

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

М.И.Азимов

**БОЛАЛАР ЖАРРОХЛИК
СТОМАТОЛОГИЯСИ**

Тиббиёт олий ўқув юртлари учун дарслик

Тошкент-2013

Такризчилар:

А.А. Жилонов – Тошкент тиббиёт академиясининг жарроҳлик стоматология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

А.А. Абдуқодиров – Тошкент шифокорлар малакасини ошириш институтининг жарроҳлик стоматология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

“Болалар жарроҳлик стоматологияси” дарслиги тиббиёт олий ўқув юртлари стоматология факультети талабаларини ўқитиш учун шу фаннинг намунавий дастури ва давлат таълим стандарти талабларига жавоб беради.

Дарсликда бола организмнинг ривожланиши ва ўсиши билан боғлиқ хусусиятларини эътиборга олган ҳолда маҳаллий ва умумий оғриқсизлантириш, юз-жағ соҳалари яллиғланиш касалликлари, жароҳатлар, чакка пастки жағ бўғими касалликлари ва ўсмалар, юз ва жағлар туғма нуқсонлари ҳақида замонавий ташҳислаш ва даволаш услублари ёритилган. Китобда Тошкент тиббиёт академиясини болалар стоматология кафедрасининг ходимларини кўп йиллик амалий ва илмий изланишлар натижалари келтирилган.

МУНДАРИЖА

I-БОБ. ЮЗНИНГ РИВОЖЛАНИШИ ВА БОЛАНИНГ ЁШИ БИЛАН БОҒЛИҚ ХУСУСИЯТЛАР.....

| | |
|---|--|
| Ҳомиланинг ривожланиш даври..... | |
| Чақалоқлик даври..... | |
| Эмизиклик даври..... | |
| Мактабгача бўлган давр..... | |
| Юз-жағ тузилишидаги хусусиятлар..... | |
| Бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари ривожланиши..... | |
| Болаларда сўлак безлари ривожланиши ва функционал ҳолати..... | |
| Жағ суяклари..... | |
| Тишлар илдизларининг шаклланиши..... | |
| Периферик лимфа тугунлари тузилиши..... | |
| Жигарнинг хусусиятлари..... | |
| Қон ва қон ҳосил бўлиши..... | |
| Назорат саволлари..... | |

II. БОБ. БОЛАЛАР СТОМАТОЛОГИЯСИДА МАҲАЛЛИЙ ВА УМУМИЙ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ.....

| | |
|--|--|
| Маҳаллий оғриқсизлантириш ривожланишида аҳамиятга молик даврлар..... | |
| Инъекцион анестезия ўтказишда қўлланиладиган маҳаллий оғриқсизлантириш воситалари..... | |
| Маҳаллий оғриқсизлантириш турлари..... | |
| Аппликацион оғриқсизлантириш..... | |
| Инфильтрацион оғриқсизлантириш..... | |
| Болаларда ўтказувчан оғриқсизлантириш ўтказиш принциплари..... | |
| Уч шохли нервни икинчи шохини анатомияси..... | |
| Туберал анестезия..... | |
| Кўз ости анестезияси..... | |
| Танглай анестезияси..... | |
| Курак тишлар тешиги (foramen incisivum) да анестезия..... | |

Уч шохли нервни учинчи шохини анатомияси.....

Мандибуляр оғриқсизлантириш.....

Ментал анестезия.....

Марказий ўтказувчи анестезия.....

Маҳалий оғриқсизлантириш ўтказилишидаги асоратлар.....

Оғриқсизлантирувчи модда таъсирига анафилактик реакция.....

Болаларда премедикация.....

Стоматологик поликлиника ва стационар шароитида умумий оғриқсизлантириш хусусиятлари.....

Поликлиника шароитида ўтказиладиган наркоздан сўнг юзага келиши.....

мумкин бўлган асоратлар, уларнинг олдини олиш ва даволаш.....

Назорат саволлари

III -БОБ. БОЛАЛАРДА ЮЗ-ЖАҒ СОҶАЛАРИНИ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ.....

Периодонтитлар.....

Ўткир периодонтит.....

Сут тишларнинг сурункали периодонтити.....

Болаларда доимий тишлар периодонтитларини консерватив-жарроҳлик усуллари билан даволаш.....

Сут тишларини олиш техникаси.....

Тиш олинishi билан боғлиқ асоратлар.....

Назорат саволлари.....

ЖАҒЛАРНИНГ ОДОНТОГЕН ПЕРИОСТИТИ.....

Ўткир зардобли периостит.....

Ўткир йирингли периостит.....

Сурункали периостит.....

Назорат саволлари.....

ЖАҒЛАРНИНГ ОДОНТОГЕН ОСТЕОМИЕЛИТ ТАСНИФИ ВА КЛИНИК МАНЗАРАСИ.....

Одонтоген остеомиелитда жағлар ва юмшоқ тўқималарда йирингли яллиғланиш жараёнларни тарқалиш даражалари.....

Юқори жағнинг ўткир одонтоген остеомиелити.....

Юқори жағнинг ўткир гематоген остеомиелити (*osteomyelitis haematogenica*).....

Пастки жағнинг ўткир одонтоген остеомиелити.....

Ўткир остеомиелити бўлган болаларни текшириш усуллари.....

Болалар ўткир одонтоген остеомиелитини даволаш.....

Назорат саволлари.....

ЖАҒЛАРНИНГ СУРУНКАЛИ ОДОНТОГЕН ОСТЕОМИЕЛИТИ.....

Болаларда сурункали одонтоген остеомиелитни жарроҳлик усулида даволаш (секвестрэктомияга тайёрлаш ва операция хусусиятлари).....

Жағлар одонтоген остеомиелити касаллигини ортодонтик даволаш, тиш ва жағ тизими иккиламчи деформацияларининг профилактикаси.....

Пастки жағ одонтоген остеомиелитининг асоратлари.....

Назорат саволлари.....

ЖАҒЛАР АТРОФИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ....

Йирингли яллиғланиш жараёнлари таснифи ва болаларга хос хусусиятлари

Лимфа тугунларининг тузилиши.....

Одонтоген зардобли лимфаденит.....

Ўткир йирингли одонтоген лимфаденит (*limphadenitis odontogenica purulata acutae*).....

Сурункали одонтоген лимфаденит. (*lymphadenitis odontogenica chronica*).....

Ноодонтоген лимфаденит. (*lymphadenitis no odontogenica acutae*).....

Ўрмаловчи (миграцияловчи) гранулёма.....

Герценберг сохта паротити.....

Болаларда лимфаденитни қиёсий ташхислаш

Яллиғланиш инфилтрати.....

Сарамас

Болалар юз-жағ соҳаси фурункул (чипқон)и карбункул (хўппоз)и. Соч қопчасининг тузилиши.....

Назорат саволлари.....

ЮЗ-ЖАҒ СОҶАЛАРИНИ ОДОНТОГЕН АБЦЕСС ВА ФЛЕГМОНАЛАРИ.

Пастки жағ ости соҳаси абсцесси ва флегмонаси

Энгак ости соҳаси абсцесси ва флегмонаси.....

Тил ости бўшлиғи абсцесси.....

Жағ-тил эгатчаси абсцесси.....

Кўз ости соҳаси абсцесси ва флегмонаси.....

Лунж абсцесси ва флегмонаси.....

Оғиз туби флегмонаси.....

Жансуэл Людвиг анаэроб флегмонаси.....

Қанотсимон –пастки жағ оралиғи абсцесси ва флегмонаси.....

Чакка соҳаси абсцесси ва флегмонаси.....

Чакка ости чуқурчаси абсцесси ва флегмонаси.....

Қулоқ олди-чайнов соҳаси абсцесси ва флегмонаси.....

Кўз косаси ва ретробулбар соҳа абсцесси ва флегмонаси.....

Юткин ён деворлари соҳаси абсцесси ва флегмонаси.....

Абсцесс ва флегмоналарни комплекс даволашнинг умумий тамойиллари.....

Септик ҳолатлар.....

Юз-жағ соҳаси абсцесси ва флегмоналарини комплекс даволашни режалаштириш принциплари.....

Назорат саволлари.....

IV-БОБ. БОЛАЛАРДА СЎЛАК БЕЗЛАРИНИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Сўлак безлар анатомияси.....

Катта сўлак безларининг тузилиши.....

Сўлак безларини текшириш усуллари.....

Сўлак безларининг яллиғланиш касалликларини таснифи.....

Ўткир вирусли сиалоденитлар.....

| | |
|---|--|
| Ўткир бактериал сиалоденит (<i>Sialodenitis bacterialis non calculosa acuta</i>)..... | |
| Сурункали сиалоденит (<i>Sialodenitis bacterialis noncalculosa chronica</i>)..... | |
| Сўлак тош касаллиги (<i>sialolitiasis</i>)..... | |

Назорат саволлари.....

V-БОБ. БОЛАЛАР ЮЗ-ЖАҒ ТЎҚИМАЛАРИ ВА АЪЗОЛАРИ

ЖАРОҲАТЛАРИ

Болалар юз-жағ тўқималари ва аъзолари жароҳатларининг таснифи ва ўзига хос хусусиятлари.....

Юмшоқ тўқималар жароҳатлари.....

Юз-жағ соҳалари жароҳатларига ишлов бериш тартиби.....

Термик ва кимёвий куйиш.....

Куйиш касаллиги.....

Куйишни даволаш.....

Электр токидан куйиш.....

Музлаш (совуқ олиш).....

БОЛАЛАРДА ТИШЛАР, ЖАҒЛАР ВА ЮЗ СУЯКЛАРИНИ ЖАРОҲАТЛАРИ.....

Тишлар жароҳати.....

Тиш жароҳатларини даволаш алгоритми

Болалар юз-жағ жароҳатлари таснифи.....

Жағ суяклари жароҳатлари

Пастки жағ синишлари. (*Fracturae ossium mandibulae*).....

Жағ суякларининг синишларини даволаш.....

Болаларда жағ синишларини жарроҳлик усули билан даволаш.....

Юқори жағ синиши (*Fracturae os maxillae*).....

Бурун суяклари синиши.....

VI-БОБ. ЧАККА–ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Болалар чакка–пастки жағ бўғими (ЧПЖБ) тузилиши ва вазифаларининг ўзига хос хусусиятлари.....

ЧПЖБ суякларининг бирламчи касалликлари.....

Суяклар бўғим юзаларининг яллиғланиши.....

Болалар ва ўсмирларда ЧПЖБ касалликларини қиёсий ташхислаш жадвали....

VII. БОБ. ЮЗ ВА ЖАҒЛАРНИ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ.

Юқори-лаб ва танглай туғма нуқсонлари частотаси...

Болаларнинг юз-жағ туғма нуқсонлари билан туғилишига таъсир этувчи омиллар.....

Юз соҳаси эмбриогенези ва туғма нуқсонларнинг ривожланиши.....

Оғиз шиллиқ пардасининг ривожланиш аномалиялари.....

Юқори лаб юганчасининг калталиги.....

Назорат саволлари.....

ЮҚОРИ ЛАБНИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ

Юқори лабларнинг тузилиши.....

Юқори лабнинг туғма нуқсони туфайли юзага келадиган анатомик ўзгаришлар.....

Юқори лаб туғма нуқсонларининг таснифи.....

Юқори лаб кемтиклари туфайли юзага келувчи функционал ўзгаришлар.....

Юқори лаб туғма нуқсонларини даволаш муддатлари.....

Юқори лаб туғма нуқсонларини жарроҳлик усуллари билан даволаш.....

Юқори лаб бир томонлама туғма кемтигининг Евдокимов А.И. (1950) усули бўйича хейлопластикаси.....

Лимберг усули бўйича хейлопластика босқичлари.....

Бир томонлама кесиб ўтувчи нуқсонларда Миллард усули бўйича юқори лаб пластикаси.....

Юқори лаб бир томонлама туғма кемтикларининг Л.М.Обухова усули бўйича хейлопластикаси.....

Бир томонлама кесиб ўтувчи нуқсонларда Лимберг-Обухова усули бўйича юқори лаб пластикаси.....

Юқори лабнинг бир томонлама тўлиқ туғма кемтигининг Ле Мезурье усули бўйича хейлопластикаси.....

Юқори лабнинг икки томонлама туғма нуқсонларини жарроҳлик усули билан даволаш.....

ТАНГЛАЙНИ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ

Танглай – (palatum)нинг тузилиши.....

Танглай туғма нуқсонларининг таснифи.....

Танглай туғма нуқсонлари.....

Юқори лаб ва танглайнинг бир томонлама кесиб ўтувчи туғма кемтиклари.....

Юқори лаб ва танглайнинг икки томонлама кесиб ўтувчи туғма кемтиклари клиник манзараси.....

Вело ва уранопластика операцияларини ўтказиш муддатлари.....

Юқори жағ туғма нуқсонларини жарроҳлик усуллари билан даволаш.....

Радикал уранопластика босқичлари.....

Юз-жағ тизимида туғма нуқсони бўлган болаларни диспансер назоратига олишни ташкил қилиш.....

Юз-жағ тизимида туғма нуқсони бўлган болаларни диспансер назоратга олишни ташкил қилиш.....

ЮЗ ВА ЖАҒЛАРДА УЧРАЙДИГАН ТУҒМА НУҚСОНЛАР (АНОМАЛИЯЛАР).....

Эктодерамал дисплазиялар.....

Юз ва жағларнинг нотипик туғма нуқсонлари.....

Краниофациал дизостозлар ва дисплазиялар.....

Краниосиностозлар.....

Пастки жағ ва юз суяклари дизостози.....

Голденҳар (Goldenhar) синдроми.....

Орбитал гипертелоризм.....

Сохта орбитал гипертелоризм.....

Назорат саволлари.....

VIII-БОБ. ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИ ВА СУЯКЛАРИНИНГ ЎСМАЛАРИ ВА ЎСМАСИМОН ҲОСИЛАЛАРИ.....

Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси, юз ва бўйин соҳалари юмшоқ тўқималарининг хавфсиз ўсма ва ўсмасимон ҳосилалари.....

Бириктирувчи тўқима ўсмалари.....

Юз-жағ соҳасидаги томирлар ўсмалари.....

Гемангиомаларни даволаш.....

Гормонлар билан даволаш.....

Суюклар гемангиомалари (жағ суюклари ўсмалари келтирилади).....

Безлар эпителийсидан ҳосил бўлган ўсмасимон ҳосилалар.....

Юз суюкларининг ўсма ва дисплазиялари.....

Ташхислаш ва даволашнинг умумий принциплари.....

Суюк тўқимасининг хавфсиз ўсмалари.....

Юз суюкларининг ўсмасимон ҳосилалари.....

Жағ суюкларининг эозинофил гранулемаси.....

ОДОНТОГЕН ЎСМА ВА ЎСМАСИМОН ҲОСИЛАЛАР.....

Амелобластик фиброма (юмшоқ одонтома).....

Жағ кисталари.....

Жағларнинг хавфли ўсмалари.....

Жағларида хавфли ўсма бўлган беморларни даволаш принциплари.....

Ўсманинг абластик принципда олиниши.....

Бўйиннинг туғма кисталари ва оқма йўллари.....

Назорат саволлари.....

СЎЗ БОШИ

Мазкур дарслик стоматология факультети талабаларини ўқитиш учун Давлат Таълим стандарти ва “Болалар жарроҳлик стоматология” фанини намунавий дастури асосида ёзилган талабларга жавоб беради. Дарслик 8-бобдан иборат. Биринчи бобда ҳомилани ривожланишидан то мактабгача бўлган даврда юзни ривожланиши боғлиқ хусусиятлар қисқа келтирилган. Оғиз бўшлиғи аъзоларида ривожланиш билан боғлиқ анатомик ўзгаришларга катта эътибор берилган.

Иккинчи бобда, болалар стоматологиясида маҳаллий ва умумий оғриксизлантириш ёритилган. Унда замонавий оғриксизлантирувчи эритмаларни хусусиятлари, болаларни ёшини эътиборга олган ҳолда маҳаллий оғриксизлантиришни барча услублари баён этилган. Алоҳида стоматологик аралашувларда болани руҳий ҳолатидаги тангликни бартараф этишда поликлиника шароитида премедикацияда қўлланиладиган дорилар, уларни дозаларини, болани ёшини эътиборга олган ҳолда келтирган.

Учинчи бобда, болаларда юз-жағ соҳаларини ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликлари ёритилган. Бу бобда периодонтитлар, уларни радикал даволашга кўрсатмалар, болаларда тиш олинishi билан боғлиқ асоратлар ёритилган. Бу бобни асосий қисмини одонтоген (жағлар периостити, остеомиелити ва жағлар атрофи юмшоқ тўқималарни яллиғланиши) касалликларини болаларга хос хусусиятлари келтирилган.

Тўртинчи боб, болалар сўлак безларини касалликларига бағишланган. Эътиборга лойиқ бўлгани сўлак безларини анатомиясига ва физиологиясига оид қисқача маълумот берилган. Бу бобда болаларда кўп учрайдиган бактериал сиалоденитларни юқумли сўлак безлар касаллиги-эпидемик паротитни фарқлашни келтирган.

Бешинчи бобда, “Болалар юз-жағ тўқималари ва аъзолари жароҳатлари”нинг ўзига хос хусусиятлари ёритилган. Алоҳида юмшоқ тўқималарни механик термик ва электр токидан куйиш жароҳатларини болаларга хос клиник манзараси, ишлов бериш тартиби ёритилган. Болаларда тишлар, жағлар ва юз суякларини жароҳатлари алоҳида ёзилган. Маълумотлар болани юз-жағ тизимини ривожланиши билан боғлиқлигини сақлаган ҳолда келтирилган.

Олтинчи бобда, чакка-пастки жағ бўғими тузилиши ва вазифалари болаларни ўсиш давлари билан боғланган ҳолатда ёзилган. Бўғим касалликларини болаларга хос кечишини ўз ичига олган тасниф келтирилган. Иккиламчи деформацияланувчи остеоартрозни ТГА болалар стоматология кафедрасида илмий асосланган даволаш комплекси келтирилган.

Еттинчи бобда, “Юз ва жағларни туғма нуқсонлари”га бағишланган. Маълумки ТГАСида 50 йилдан ортиқ вақт давомида шу йўналишда кўплаб ватандош олимларимиз изланишлар олиб борган. Шулар қаторида Л.М. Обухова, Л.Е. Фролова, Э.У. Махкамов катта мерос қолдирган устозларимиз кашф этган усуллар ўқувчилар она тилида тушунарли ёзилган. ТГА болалар стоматологияси кафедрасида бугунги кунда нафақат ўзимизда кашф этилган усуллар борки Европа, АҚШ, Жанубий Корея ва бошқа мамлакатларда фойдаланиб келаётган усуллари ҳам келтирилган.

Дарсликда юқори лаб ва танглай туғма нуқсонларини болалар стоматология кафедрасида ва бўлимида бугунги кунда ишлаб чиқилган ва қўлланилиб келаётган комплекс (жарроҳ, ортодонт, логопед) даволаш ёритилган. Алоҳида урғу ортодонтик даво ўтказишга қаратилган.

Саккизинчи бобда, “Юз-жағ соҳаси юмшоқ тўқима”лари ва суякларининг ўсмалари ва ўсмасимон ҳосилаларига бағишланган. Бобда болаларда ўсмаларни дизонтогенетик ривожланиши, ташхислаш ва даволашни замонавий усуллари ёритилган. Муаллиф ТГА кўп йиллар давомида олиб борилган шу йўналишдаги Н.Н. Мазаловани, Э.У.Маҳкамовни илмий изланиш натижалари дарсликда ўз ўрнини олган.

Дарслик ўзбек тилида биринчи марта нашр қилинмоқда, шу боис, камчиликлардан холи эмас, албатта. Муаллиф дарсликдан фойдаланилаётганда аниқланган камчиликларни тузатиш ва тўлдиришга қаратилган барча таклифларни қабул қилишга тайёр ва ўз навбатида, миннатдорчилигини билдиради.

Профессор Азимов М.И.

PREFACE

This book was written for the students of faculty of stomatology. This textbook meets the requirements of State educational standards and training programs of children stomatology.

The book is thus divided into 8 sections: 1) Development and features of the face; 2) Methods of general and local anesthesia in children stomatology; 3) Acute and chronic inflammatory diseases of maxilla-facial region of children; 4) Diseases of salivary glands; 5) Traumatic injury of the soft tissue and bone of the face of children; 6) Temporomandibular joint diseases of the children; 7) Congenital facial and jaw deformity; 8) Facial tumor disease in children.

Development and features of the face. In this section written of particularly the development of the child's body from inside to the uterine to school age. Attention is paid to the development of the face and oral mucosa. Anatomically feature of the development of children body.

Methods of general and local anesthesia in children stomatology. In this section attention paid to modern anesthetic solutions, feature of anesthesia in children. Using general methods of anesthesia in children body. Methods of premedication in children.

Acute and chronic inflammatory diseases of maxilla-facial region of children. Etiological factors, pathogenesis of inflammatory diseases of children. Different types of periodontitis, osteomyelitis, abscess and phlegmonas of the face of children. Methods of surgical treatment of inflammation diseases of children. Provenance of inflammatory diseases of the face of children.

Diseases of salivary glands. In this section described different types of injury of salivary glands. Features of the course salivary gland diseases of children. Methods of diagnosis and treatment this pathology.

Traumatic injury of the soft tissue and bone of the face of children. Features of trauma of the face of children. Types of soft tissue injury, types of bone fractures, emergency action for children. Especially facial burns in children. Clinical signs, diagnosis and treatment of burns of the face of children.

Temporomandibular joint diseases of the children. In this section described especially temporomandibular joint diseases in children. Development of these diseases in children. Mechanisms of development of secondary deformity of temporomandibular joint.

Congenital facial and jaw deformity. If you know we are more than 50 years study this pathology. Children stomatology department is the center of congenital face deformity, cleft lip and palate. Such as scientific as: Obuchova L.M., Fralova L.E., Mahkamov I. U are pioneer in this field. Their school continues their students. In this section written a lot of their methods of surgical treatment of cleft lip and palate.

Facial tumor disease in children. The last part of this book. There are a lot of information about facial tumors in children. Clinical signs, methods of diagnosis and treatment.

In order to make this information accessible, readable, and understandable, we have liberally used tables, figures, and illustrations.

We believe that, you will find the book informative, useful, and enjoyable. It is our earnest hope that it serves as a reference that you use regularly and that you find the information within it to be readily available.

Professor Azimov.M.I.

ЮЗНИНГ РИВОЖЛАНИШИ ВА БОЛАНИНГ ЁШИ

БИЛАН БОҒЛИҚ ҲУСУСИЯТЛАР

Ҳомиланинг ривожланиш даври

Она қорнидаги ривожланиш даври қуйидаги икки босқичга бўлинади, яъни: биринчиси – эмбрионал (муртакли) босқич 11 – 12 ҳафта ва фетал (плацентар) босқич ҳомила туғилгунича давом этади.

Биринчи босқичда аъзо ва тизимлар сариқ халтачадан озикланиб шаклланади. Бу даврда муртак аъзо ва тизимлар одам онтогенезининг дастлабки даврига хос ривожланиб, ҳомилага айланади. 12 кунлик эмбрионда мия пуфакчаси ва юрак бўртмаси оралиғида ботик ҳосил бўлиб, у оғиз чуқурчаси номини олади.

Чуқурча узунасига чўзилиб, (ундан кейинчалик оғиз бўшлиғи ҳосил бўлади) чуқурлашади ва олд ичакнинг кўр қисмига туташади. Улар орасидаги мембрана 3-ҳафтада ёрилиб, олд ичак ташқи муҳит билан туташади.

Ҳомила ривожланишининг 4-ҳафтасида жабра ёйи элементларидан 5 та бўртма (ўсиқ) ривожланади. Улар оралиғида оғиз чуқурчаси жойлашади. Оғиз чуқурчаси тепадан пешона бўртма, икки ёндан – жуфт юқори жағ бўртмалари, пастда эса–пастки жағ жуфт бўртмалари билан чегараланади.

Пастки жағ бўртмалари ўрта чизикда ўзаро яқинлашиб, 3-чи ҳафтада бирика бошлайди ва пастки жағ ҳамда пастки лабни ҳосил қилади.

Юқори ва пастки жағ бўртмаларининг ўзаро бирикиши натижасида юзнинг ўрта соҳаси – лунжлар ва юқори лаб шаклланади.

Юқори жағ бўртмалари орасига (бурун) пешона ўсиғи ботиб киради, ундан ташқи бурун, бурун тўсиғи, кесув тишлар суяги ва лабнинг ўрта қисми – philtrum шаклланади.

Юқори жағ бўртмаларидан юқори жағ, танглай ва альвеоляр ўсиқ (кесув тишлар суягидан ташқари) суяклари шаклланади.

Юзнинг шаклланиши ва қисмларининг бирикиши наслий белгиланган чизиклар бўйлаб эмбрионал ривожланишнинг 7-ҳафтасида тугайди. Бу жараённинг бузилиши туғма нуқсон ҳосил бўлишига олиб келади.

Дастлаб оғиз ва бурун бўшлиқлари бир-биридан бирламчи танглай (юқори лабнинг ўрта қисми philtrum, кесув тишлар суягининг альвеоляр ўсиғи) билан ажратилган бўлади.

8– 9 ҳафталарда юқори жағ ва танглай ўсиқлари бир-бирига яқинлашади ва бурун тўсиғи билан бирикиб, иккиламчи танглайни ҳосил қиладилар. Танглай суяклари ортидаги тўқималар бирикиб, юмшоқ танглай ва тилчани ҳосил қиладилар.

Юқори лаб ва лунжни танглайдан ёй шаклидаги бирламчи эгатча ажратади. Шундай эгатча пастки жағда ҳам бўлади. Иккала эгатчадан ичкарига эпителиал пластинка ўсиб кириб уларни иккига ажратади: ташқи – вестибўляр ва ички – тиш сақловчи қисмларга – улар орасидаги мезенхимал тўқима ўсиб, альвеоляр ўсиқни шакллантиради. Вестибўляр пластинка чуқурлашиб, бир томондан лаб ва лунж, иккинчи томондан эса– альвеоляр ўсиқ билан чегараланган оғиз даҳлизини ҳосил қилади.

Оғиз бўшлиғининг ривожланиши

Тил биринчи уч жабра равоқлари ва мезенхимал хужайралардан ҳосил бўлган латерал тил дўмбоқчаси ҳамда улар оралиғида жойлашган кичик (тоқ) бўртма (*tuberculum impar*) дан шаклланади.

Тилнинг олдинги 2/3 қисми латерал тил дўмбоқчаларидан ривожланади.

Тил ва чайнов мушаклари биринчи жабра равоғидан ривожланади.

Тил мушаги – тил ости нерви (XII), тил илдизи – тил-ҳалқум нервининг сезувчи толалар (XI) ва адашган(X); тил танаси – уч шохли нерв(V) билан иннервация қилинади.

Тилнинг таъми ҳис қилиши VII ва IX жуфт нервлар афферент толаларининг биргаликда таъм сўрғичларидаги ўзгаришларни сезиши воситасида амалга оширилади.

Эмбриогенезнинг 4-ҳафтасида – кўп қатламли ясси эпителий ҳосиласидан қулоқ олди сўлак беши; 6-ҳафтада– жағ ости; 8–9 ҳафтада– тил ости сўлак безлари ривожлана бошлайди.

Жағларнинг ривожланиши

Юз ривожланишининг дастлабки босқичларида юқори жағ бурун ўсиғи билан бирикиб, юзнинг ўрта қисмини ҳосил қилади. Шу соҳада 6 та суякланиш ўзаклари ҳосил бўлади– дастлаб танглай ўсиғи ва юқори жағнинг ён қисмларида, кечроқ – кесув тишлар суягининг жағ билан бирикиш соҳасида пайдо бўлади.

Юқори жағ ривожланишидаги ўзига хос хусусият шундаки, у тоғай босқичини четлаб ўтиб, бириктирувчи тўқимадан (суяк) ҳосил бўлади.

Пастки жағ ривожланиши Меккель тоғайи атрофидаги клетчаткада ҳосил бўлган бир нечта суякланиш нуқталаридан бошланади. Меккель тоғайи атрофида қопловчи суяк шаклланади. Тоғай эса сўрилиб, ўз ўрнини ўсаётган пастки жағ танасига бўшатади.

Пастки жағнинг бурчак ва шох қисмлари, Меккель тоғайига боғлиқ бўлмаган ҳолда, алоҳида суякланиш нуқталаридан ўсади.

Пастки жағнинг суякланиши бир ёшгача давом этади ва иккала (ярим) томониларнинг ўзаро бирикиши билан тугалланади.

Ҳомила ривожланишининг 3- ойида пастки жағнинг альвеоляр ўсиғи ва 4- ойда юқори жағ альвеоляр ўсиғи ривожлана бошлайди.

Альвеоляр ўсиқ жағ танаси билан бола туғилганидан сўнг пастки жағда – бир ой, юқори жағда уч ой ўтиб сўнг бирикади.

Тишлар чиқиши билан альвеоляр ўсиқнинг шаклланиши тугайди. Тишлар илдизларининг шаклланиши тугаллангандан сўнг альвеоляр ўсиқлар асосларининг ривожланиши ўз якунига етади.

Болалар жағ суяқларининг ичида тиш куртаклари ривожланиши ҳамда ёриб чиқиши жараёнлари таъсирида жағлар суяқлари ҳам ўсиб шаклланади.

Тишларнинг ривожланиши

Тишларнинг ривожланиш даври уч босқичга бўлинади, яъни: биринчи босқичда – тиш куртаклари (асоси) ҳосил бўлади, иккинчи босқичда– тиш куртаклари бир-биридан фарқланиб такомиллашади, учинчи босқичда эса– тиш тўқималарининг гистогенез жараёни кечади.

6-7 ҳафталик ҳомилада бирламчи оғиз тешигининг юқори ва пастки четлари бўйлаб кўп қаватли ясси эпителий бўртмаси ҳосил бўлади ва у эпителий остидаги мезенхимага ботиб кириб, тиш пластинкасини ҳосил қилади. Ўз навбатида, пластинка ҳам чуқурлашиб киради ва вертикал ҳолатни эгаллайди.

Тиш пластинка четларидан эпителий колба шаклида ўсиб, қалпоқча шаклини олади ва эмаль аъзо деб номланади. Ҳар қайси жағда 10 тадан шундай ўсиқлар ҳосил бўлади.

Эмбрион тараққиётининг 10- ҳафтасига келиб, ҳар қайси эмаль аъзога мезенхима ўсиб киради ва тиш сўрғичини ҳосил қилади. Кейинчалик у сут тишларининг тож қисми шаклини олади.

Ўсиш жараёнида эмаль аъзо секин-аста тиш пластинкасидан ажралади ва учинчи ой охирига келиб ингичка тортма билан боғланган бўлади.

Шу вақтда эмаль аъзо атрофидаги мезенхима қалинлашиб, ўсаётган тиш куртагини камраб олади ва шу аснода тиш халтачаси ёки фолликулини ҳосил қилади. Тиш куртаги асосида тиш халтачаси тиш сўрғичидаги мезенхима билан бирикиб кетади.

Тиш халтачаси эмаль аъзо бўйинчасини ўраб олади ва оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг бириктирувчи тўқимасига (*Lamina propria*) ўтиб, тиш дўмбоқчаси (*gubernaculum dentis*) номини олади.

Дастлаб, эмаль аъзо эпителиал хужайралар қатламларига ажралади. Эмаль аъзонинг тиш сўрғичи юзасига бириккан хужайралардан эмальнинг ички қатлами хужайралари ҳосил бўлади. Улар, ўз навбатида, адамантобластларга айланиб, эмаль ҳосил бўлишида иштирок этади.

Эмаль билан бир вақтда тиш сўрғичи ҳам такомиллашади – у катталашиб, эмаль аъзоси томон чуқурлаша боради ва шу билан бир қаторда унга қон томирлари ўсиб киради.

Тиш сўрғичи юзасида зич жойлашган бир неча қатор мезенхима хужайраларидан ҳосил бўлган тўқ базофил протоплазмали одонтобластлар ёки дентин ҳосил қилувчи хужайралар пайдо бўлади.

3-ой охирига келиб, эмаль аъзо бўйинчасига ўсиб кирган мезенхима аста-секин сўрилиб кетади ва шу сабабли тиш куртаклари тиш пластинкасидан ажралади. Шу аснода, тиш пластинкасининг оғиз бўшлиғи эпителийси билан ҳам алоқаси узилиб, мезенхимал тўқима билан (ўсиб кириш воситасида) алмашади.

Эмбрионал даврда (4 -ой охирига бориб) сут тишларнинг куртаги ва тож қисми шаклланади. Шундан сўнг *гистогенез босқичи бошланади* ва бу даврда тишнинг асоси бўлган дентин, эмаль ҳамда пульпа тўқималари ҳосил бўлади.

Дастлаб (4- ой охирида) тиш тож ҳосил бўлишидан аввал дентин пайдо бўлади. Дентин ҳосил бўлишида одонтобластлар фаол иштирок этади. Тишнинг асосини ташкил қилувчи дентиннинг найчалари ичида одонтобластларнинг нозик протоплазмали ўсиқлари (Томс толалари) жойлашади. Дентин қатлам қалинлашиб, одонтобластларнинг ўсиқлари чўзилади ва тез тармоқланади.

Одонтобластлар ўзи ҳосил қилган хужайраларнинг таркибий қисмига кирмайди ва тиш сўрғичларининг ташқарисида қолади. Катта одамларда эса улар пульпанинг ташқи қисмида жойлашади. Бу узок вақт хужайрасиз тузилишга эга тўқимадан ҳосил бўлган ва ривожланувчи дентиннинг ўзига хос хусусиятидир.

Одонтобластлар ўзининг протоплазматик ўсиқлари ёрдамида кондаги минерал тузларни тишнинг асосини ташкил этувчи дентинга етказди.

Таъкидлаш жоизки амелогенездан аввал дентин тўқимаси ҳосил бўлади.

Бундай кетма-кетлик (тартиб) тиш тўқималарининг ривожланишида тиш куртакларидаги эпителиал ва бириктирувчи тўқималарда узвий боғлиқлик мавжудлигини англатади.

Тиш сўрғичи чўққисида нозик предентин қатламининг ҳосил бўлиши – эмаль ривожланиши учун зарур бўлган шарт ҳисобланади.

Эмаль ва дентин дастлаб олд тишларнинг кесув қирраси ва ён тишларнинг чайнов дўмбоқчаларида ҳосил бўлади. Бу соҳалар тишларнинг ўсиш марказлари ҳисобланади.

Эмаль тўқимасининг ривожланиш даврида ҳар бир энамелобласт мураккаб ўзгаришларга учраб, эмаль призмасига айланади, ҳали ёриб чиқмаган (суяк ичидаги) тиш эмали ўз тузилишига кўра, чиққан тиш эмалидан фарқ қилмайди.

Иккала ҳолда ҳам эмаль призмалари бир-бири билан ўзаро ёпиштирувчи оралиқ модда воситасида бириккан. Фақат ёш эмалда, етилган эмальдан фарқли равишда, органик моддалар кўпроқ бўлади, минерал тузлар ҳам бўлади. Тиш тожи шаклланиб, ёриб чиқишига яқин илдизи ривожлана бошлайди.

Пульпа тиш сўрғичи мезенхимасидан ривожланади. Тиш сўрғичининг марказий қисмидаги мезенхима дастлаб фибробластлар, гистиоцитлар ва қон томириларга бой бириктирувчи тўқимага айланади. Одонтобластлар пайдо бўлишидан олдин тиш сўрғичининг базал қисмига қон томир ўсиб киради ва тармоқланмасдан сўрғич чўққисига етади. Шу ернинг ўзидан одонтобластларга толалар беради, шунингдек қон томирлари билан бир вақтда тиш сўрғичига нерв толалари ҳам ўсиб киради (9 – 10 ҳафтада).

Тишларнинг тож қисми эмбрионал ривожланишнинг 5-ойида бошланади, дастлаб медиал (кесув) тишларда, кейинчалик дистал жойлашган тиш куртакларида, 7 ойда эса– тиш қаттиқ тўқималари моляр тишларда пайдо бўлади.

Доимий тишлар ўзаглари (куртаклар) ҳомиладорликнинг 5-ойида тиш пластинкаси эркин қиррасининг қалинлашиши билан бошланади.

Бу ўзақлар ҳар бир сут тиши куртакларининг тил томонида жойлашади.

Доимий тишлар куртаклар ҳосил бўлиши яқунлангандан сўнг тиш пластинкаси сўрилиб тугайди.

Дастлаб, олдинги 10 та доимий тиш куртаклари тегишли сут тишларининг куртаклари билан бирга умумий (бир) катакча ичида жойлашган бўлади, кейинчалик улар орасида суяк тўсиқ ҳосил бўлади.

Ривожланишнинг фетал босқичида ҳамма тўқималар жадал ўсиб чўзилади, вазни ошади, такомиллашади ва етилади ҳамда туғилгандан кейинги ҳаёт (яшаш)га тайёрланади.

12 ҳафталик ҳомилада қон ҳосил бўлиши (гемопоз) мегалобластик типдан нормобластик типга ўтади ва периферик қонда лейкоцитлар пайдо бўлади.

Ҳомила ривожланишининг 13-ҳафтасида гемоглобин пайдо бўлади ва катта одамлардаги каби қонда антиген тизими ҳосил бўлади.

Ҳомиладорнинг 20– 28-ҳафталарда қон яратилиши жигардан иликка ўтади.

Она қорнида ривожланишнинг 16 – 17-ҳафталарида нафас олиш маркази ва тизими шаклланади.

20 ҳафталик ҳомиланинг беихтиёр спонтан ҳаракатларини ҳомиладор она ва шифокор аниқ сезадилар.

22 – 24 ҳафталик ҳомила нафас олиш ва сўриш акт (ҳаракат)ларини амалга ошириш мумкин.

28 ҳафталик ҳомила яшаши мумкин, аммо унинг морфологик ва функционал ривожланиши тугалланмаган бўлади. Масалан, бош мия ташқи кўриниши жиҳатидан туғилган чақалоқникидан фарқ қилмаслиги мумкин, аммо унинг қобиғи ҳали фаолиятга тайёр бўлмайди.

Ҳомила бош миясининг танаси ва орқа мия ҳаёт учун зарур аъзо бўлганлиги боис, бошқа аъзоларга нисбатан жадал ўсиб, барвақт етилади.

Ҳомиладорликда нормал ривожланган ва етилган бола туғилганидан сўнг ташқи муҳитга тезда мослашиш ҳамда яшаб кетишга тайёр бўлади.

Ҳомиладорликнинг учинчи даврида, ҳомила организмида темир, кальций, витаминлар ва бошқа кўплаб моддалар йиғилади, туғилгандан сўнг уларга бўлган эҳтиёж она сути билан етказилади.

Эмбрионал ривожланиш даврида онанинг ҳар хил касалликлари ҳомиланинг тушишига, экзоген ва эндоген, тератоген омиллар таъсири эса унинг туғма нуқсонлар билан туғилишига сабаб бўлади.

Ҳомиланинг ривожланиши билан йўлдошнинг ўтувчанлиги ортиб, вирусли инфекция (грипп, қизилча ва бошқа)лар микроблар токсинлари, шунингдек дорилар, жумладан антибиотиклар ҳам ҳомиланинг жисмоний ўсиши ва асаб тизимининг ривожланишига салбий таъсир этиши мумкин.

Турли патоген омилларнинг салбий таъсири туфайли ҳомила аъзо ҳамда тўқималарида дисплазия ёки гипоплазия, муддатидан аввал туғилиш, ҳомила гипотрофияси ва шу каби бошқа патологик ҳолатдар юзага келиши мумкин.

Ҳомила ривожланиши аномалияларидан юқори лаб ва жағлар туғма нуқсонлари, кисталар, оқма йўллари, қон-томир, юрак, асаб, мушаклар тизимлари нуқсонлари дастлабки уч ой (триметр) мобайнида юзага келади.

Ривожланишнинг кейинги босқичларида юзага келган аномалиялар ҳомиладаги ўсиш ва ривожланиш жараёнининг (суствлиги) орқада қолиши билан боғлиқ бўлади.

Уларга калла ва юз суюқларидаги шакл бузилишлари, кулок, бурун- кўз ёриғи тузилишининг ўзгаришлари ва бошқалар киради.

Ҳомила ривожланишининг 4,5 – 5-ойида кесувчи сут тишлар, 7 ойда қозик ва молярлар минералланиши бошланади. Шу сабабдан, ҳомиладор аёл ва ҳомила саломатлигини ҳимоя қилиш, ҳамма соҳа шифокорларининг вазифаси ҳисобланади.

Чақалоқлик даври

Боланинг чақалоқлик (неонатал) даври туғилгач, биринчи нафас олиши билан бошланиб, 4 ҳафта (28 кун) давом этади. Шу вақт ичида бола организми яшашнинг янги шароитига мослашади. Ўпкаси билан нафас олади, кичик қон айланиш доираси тизими ишга тушади, артериал (Боталов) йўли ёпилади, барқарор бўлмаса ҳам, терморегуляция маркази ҳосил бўлади.

Туғилганда бош мия қобиғи яхши ривожланмаганлиги учун болада фақат шартли бўлмаган рефлекслар (эмиш, ютиниш) кузатилади, шунинг учун, болалар (овқатланиш вақтларидан ташқари) доим уйқуда бўлади. Қўл-оёқларнинг гипертонус бўлиши, шу даврда қобик ости ва орқа мия бошқаруви устунлиги билан изоҳланади.

Чақалоқлар вазнининг тез ортиши ва улар организмида фаол кечаётган пластик жараён ошқозон-ичак ҳазм тизими (ферментатив активлиги паст) жадал ишлаши эвазига таъминланади. Боланинг ушбу даврдаги физиологик жиҳатдан энг фойдали овқати – онанинг кўкрак сутидир.

Боланинг иммун тизими секин етилади. Иммун тизимнинг физиологик суст даврида, табиий овқатлантириш, асептика ва антисептика чоралари қўлланилиши юқумли касалликларнинг олдини олишни таъминлайди.

Чақалоқлар организмида сув алмашувининг нейроэндокрин тизими ва буйраклар орқали бошқаруви суст бўлганлиги туфайли, плазманинг онкотик босими турғун бўлмайди. Шу сабабли бола организмида сувсизланишга мойиллик кузатилади.

Чақалоқлардаги асосий аъзолар фаолияти беқарор мувозанатда бўлади ва шу боис, муҳитнинг ҳар қандай ўзгаришлари ҳаёт учун зарур бўлган аъзолар фаолиятини осонгина издан чиқариши мумкин. Шунинг учун ҳам, чақалоқ алоҳида эътибор ва парваришга муҳтож бўлади.

Чақалоқлик даврида физиологик ва патологик ҳолатлардан чақалоқлар эритемаси, физиологик сариклик, физиологик мастит, транзитор безгак, физиологик вазн камайиши, альбуминурия учрайди. Бундай ҳолатлар қисқа муддат давом

этиб, ўтиб кетади, аммо баъзан салбий вазиятларда патологик жараёнга ўтиши мумкин.

Чақалоқлар соғлом туғилишган бўлишларига қарамай уларнинг бадан териси ёки шиллиқ пардаларида туғилиш вақтида капиллярлар ёрилиб, қон тўпланиб қолиши туфайли майда қонталашлар ҳосил қилган бўлиши мумкин. Одатда, улар қисқа вақт ичида асоратсиз ўтиб кетади.

Чақалоқларнинг физиологик сариқлиги асосан 2 – 3-кунларда ёки 4 – 5-кун дастлаб юз соҳасида пайдо бўлиб, кейин баданга тарқалади ва ўз-ўзидан ўтиб кетади. Физиологик (туғилиш жараёни) жароҳатларига бош, юз, (аксарият пешона) юмшоқ қопламанинг шикастланиши натижасида қон қуйилиб қолиб, ҳосил бўлган туғруқ шишлари киритилади.

Чақалоқ дастлабки 3 – 4 кун давомида ўз вазини йўқотади ва бундай ҳолат физиологик вазн камайиши деб номланади.

Стоматолог, педиатр, ҳамда акушер-гинекологлар сўриш, эмиш, ютиш актларини билишлари лозим: айрим чақалоқлар кўкрак сўрғичини жағлари, лаблари ва тил воситасида сиқиб ушлолмайдилар, натижада шапиллатиб, кучаниб сўрадилар, сутни юта олмайди безовталанадилар – бу ҳолат тил юганчаси калталигидан далолат беради.

Онанинг сути етарли миқдорда бўлиб, бола вазнининг кўпаймаслиги, унинг тил юганчасини узайтириш (кесиш)га кўрсатма бўлади.

Чақалоқнинг юмшоқ танглайи калта ёки унда яширин нуқсон мавжуд бўлса, эмаётганида сут билан қалқиб кетиши ёки сут бўрндан қайтиб чиқиши мумкин. Бундай вазиятда болани вертикал ҳолатда тўтиб эмизиш лозим.

Чақалоқ сунъий равишда овқатлантирилса, биринчи кундан оқ жағлар ва мушакларга етарлича босим юклаш зарур. Кўкрак эмаётган бола ҳаётининг биринчи кунларида милк дўмбоқлари билан кўкрак сўрғичига тахминан 300г босим билан таъсир этади, иккинчи ҳафтага келиб, 700-800г босим ўтказилади. Шу фаол ҳаракатлар ҳисобига чайнов ва юз мушаклари ўсади.

Сунъий овқатлантириганда, шишага ўрнатиладиган резинали сўрғич етарли даражада қаттиқ, (қиздирилган нина билан тешилган) тешиги эса кичик бўлиб,

сўрганда жағ суякларига қаршилиқ кўрсатиши керак. Чақалоқ сутли овқатини 12-15 минут давомида сўриб улгуриши керак. Шунда у етарли ҳажмдаги ҳаракатларни бажаради.

Чақалоқ она қорнида бўлган даврида ҳар хил инфекцияларни юктирган бўлиш мумкин. Ҳомила вируслар ва коккларга чидамсиз бўлади. Инфекция йўлдош орқали ёки туғруқ йўлларида ёки туғилганидан сўнг ташқи муҳитдан юқиши мумкин. Организмга тушганидан сўнг, инфекция қисқа муддат ичида генераллашиши, оғир септик ёки токсико-септик ҳолатга олиб келиши ва пневмонияга сабаб бўлиши мумкин.

Эмизиклик даври

Эмизиклик даври 4 ҳафтадан 12 ойгача давом этади. Бу давр кейингиларидан боланинг жисмоний ва руҳий ўсиши ҳамда жадал кечиши билан фарқланади.

Бир ёшга етган боланинг вазни дастлабки вазнига нисбатан уч карра кўпаяди. Бўйи 26см. гача, бош айланаси –12см бўлади. Кўкрак қафаси эса – 13-15см.га етади. Тана пропорцияси сезиларли ўзгариб, катталардаги тана пропорциясига яқин бўлади. Қўл, оёқлар, тана бошга нисбатан узаяди.

Икки ойдан сўнг бола вертикал ҳолатда бошини ушлайди; 4– 5-ойда қорнидан белига ва белидан қорнига ағдарила олади. 7-ойда бемалол ўтиради, бир ёшга етганда юра олади.

Боланинг жисмоний ўсиши билан руҳий ўсиши баробар кечади, 2– 3-ҳафтадан МНС шаклланиб, шартли рефлекслар пайдо бўлади. Бир ойга келиб, кўз олмалари ҳаракатлари йўналган бўлади, рангларни фарқлайди, товушларга эътибор қаратади, 2 ойли бола предметлар ҳаракатини кузатади, жилмаяди. 3-4 ойли бўлганда товуш чиқаради, яқинларини таний олади. 6 ойга тўлганида, алоҳида аниқ товушларни чиқаради. Ёшига тўлганда онгли равишда айрим сўзларни айтади (иккинчи сигнал тизими ривожлана бошлайди). Оддий талабларни бажаради, тақиқловчи сўзларни тушунади, юқорида келтирилган жараёнларнинг меъёрда кечиши учун бола парвариши, овқатланиши ва уйқуси режали равишда тўғри ташкил қилинган бўлиши керак.

Бола жадал ўсаётганда овқат таркиби талабга мувофиқ бўлмаса, анемия, рахит каби моддалар алмашинувининг бузилиши ва етишмовчиликлар билан боғлиқ бўлган ҳар хил касалликлар келиб чиқади. Шу билан бир вақтда, ошқозон-ичак тизимининг етилмаганлиги ҳам овқат ҳазмини қийинлаштиради ва оқибатда диспепсияга мойиллик кузатилади.

Айрим болаларда конституцион аномалиялар – экссудатив, невропатик ва лимфатик диатезлар кузатилади. Интенсив ўсаётган скелет, алмашинув мувозанати бузилиши юз берган даврда рахитга юқори мойиллик ҳолатида бўлади.

Дастлаб онадан ўтган сушт (туғма-пассив) иммунитет аста-секин йўқолиб боради. Орттирилиши лозим бўлган иммунитет эса кечикади. Шу даврда инфекциялар билан бўлган тасодифий контакт бола организмида сенсibiliзацияни келтириб чиқаради ва ҳар хил йирингли ва бошқа инфекцияларга мойиллик яратади. Инфекция тери, оғиз шиллиқ пардаси ва нафас йўллари орқали кириши мумкин.

Эмизиклик даврида бола ҳар хил таъсирларга диффуз кўламдаги реакция намоён қилишга мойил бўлади ва унинг жараёни чегаралашга бўлган жавоби аъзо ёки тўқима атрофида бўлиб, етарли даражада бўлмайди.

Болаларда сув-электродитлар алмашувининг бузилиши билан кечадиган касалликлар тиш куртаклари минераллашининг бузилиши ва қаттиқ тўқималар структурасига таъсир этиб, тизимли гипоплазия ва кариесга мойиллик келиб чиқишига сабабчи бўлади.

Юз-жағ тузилишидаги хусусиятлар Туғилганда чақалоқ юзи катталардан калла ва юз скелетининг пропорцияси (ўзаро нисбати) билан фарқ қилади. Чақалоқ бош скелети юз скелетидан катта бўлади. Чақалоқ юз қиёфасига пастки жағнинг кичиклиги хос бўлади. Чайнов мушаклари ва жағларга физиологик юк тушиши ва ҳаракатларининг ортиши уларнинг бошқа суякларга нисбатан узайиши ва йўғонлашишига олиб келади, яъни бу мушакларнинг ўсишини тезлатади.

Юз скелетининг ўсиши туғилгандан – 6 ойгача, 3 ёшдан – 4 ёшгача, 7 ёшдан – 11 ёшгача бўлган даврларда жадаллашиб, тўлқинсимон кечади.

Тери тузилишидаги хусусиятлар. Эмбрионал ривожланишнинг 5-хафтасида эктодермадан – эпидермис ва дермадан – тери пайдо бўлади.

Эпидермис 2–3 қават мугузланувчи хужайралардан, дерма эса – ретикуляр ва сўрғичсимон қатламлардан тузилиб, нозик бириктирувчи асосга эга бўлади.

Гўдақлар териси майин, нозик, шу билан бирга, жуда таранг бўлади. Терининг асосий қатлами капилляр қон томирлари кучли ривожланган тўр ҳосил қилиб, уни қон билан яхши таъминлайди. Шунинг ҳисобига терида пролифератив жараён фаол кечади. Тери организмни ташқи механик, кимёвий ҳамда инфекцион таъсирлардан ҳимоялайди.

Чақалоқ терисининг мугузланувчи қатлами яхши ривожланмаганлиги, маҳаллий иммунитет омиллари етарли даражада қаршилик кўрсата олмаслиги сабабли тери осон шикастланади ёки зарарланади.

Чақалоқ териси тер ажратиш функцияси суст бажаради. Терморегуляция жараёнини таъминлаб бера олмайди, шу сабабдан танадаги гипертермия ҳолатини бошқариш қийин кечади.

Гўдақлар териси ўзининг анатомик хусусиятлари боис чўзилувчан, механик таъсирларга чидамли, яхши тармоқланган қон-томирлар тўри ҳисобига кислород билан етарли таъминланган. Таркибидаги бой рецепторлар туфайли ҳарорат, тактил таъсир босим ва оғриқни яхши сезади.

Болаларда тери меланин пигментини, витамин D ҳамда бошқа бир қанча ферментлар синтезида иштирок этади. Шу боис, юз ва бўйин териси тозалигига қатта эътибор бериш керак.

Бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари ривожланиши. Беш ойлик ҳомилада буруннинг ташқи юзаси дастлаб кичик ботиқлик (чуқурча) шаклида пайдо бўлади. 7- ойда писта шаклидаги бўшлиқ атрофида деворлар ҳосил бўлади. Чақалоқнинг бурни кичик, бурун йўллари эса жуда тор бўлади. Пастки бурун йўли бўлмайди. Шунинг учун ҳаётининг биринчи кунлари шиллик парда шишганда, нафас олиш қийинлашади ва кўкракни сўра (эма) олмайди.

Бурун бўшлиғининг шиллик пардаси нозик қон ва лимфа томирларига бой. Бурун, кекирдак ва ҳиқилдоқ тоғайлари юмшоқ бўлганлиги туфайли гоҳида

бурундан нафас олиш қийинлашиб қолади. Бурун бўшлиғининг шаклланиши ғалвирсимон суяк, юқори жағ ривожланиши, тишлар чиқиши алмашиши ва шиллиқ парда ҳолатига боғлиқ. Юз скелетининг ўсиши ва ўзгаришлари бурун ва унинг бўшлиқлари ўсишига таъсир қилади. Соғлом болаларда буруннинг территория қисми суяк қисмига нисбатан тез ўсади. 10–13 ёшларда ўсиш асосан тугайди. Бурун пастки йўли 6-ойда пайдо бўлиб, 13 ёшгача ўсиб боради. Бурун бўшлиғининг ўсиши юқори жағ ўсиши билан биргаликда кечади.

Чақалоқларда юқори жағ бўшлиғи, латерал деворида жойлашган чуқурча шаклида бўлади. Бўшлиқнинг олд томони кўз ёш канали, латерал деворининг кўз ости қатлами билан чегарадош бўлади. Бир ёшгача бўлган болаларда юқори жағ бўшлиғи олд томонда бурун тубидан баланд жойлашади.

Икки ёшли болада юқори жағ бўшлиғи кўз ости каналига медиал жойлашади, 5 ёшда бўшлиқ латерал томонга кенгаяди, 8–9 ёшда юқори жағнинг ёноқ ўсишига етади.

9–10 ёшда юқори жағ бўшлиғи бурун туби билан бир сатҳда бўлади. Ёш катталашган сайин тишлар ёриб чиқиши алмашиши натижасида юқори жағ бўшлиғи катталашиб, пировардада овал шаклга эга бўлади. Юқори жағ бўшлиғининг туби, дастлаб, доимий тишларнинг куртаклари устида жойлашади. 8–9 ёшгача бўлган болаларда юқори жағ бўшлиғи бурун бўшлиғи тубидан юқорида бўлади, доимий тишлар ёриб чиққандан сўнг эса бурун бўшлиғи билан бир текисликда жойлашади.

Юқори жағ бўшлиғининг максимал кенглигига 15 ёшларда, максимал баландлиги эса– 20 ёшда аниқланиш мумкин.

Оғиз бўшлиғи. Чақалоқ туғилиши билан сўриш, қўсиш, йўталиш, кейинчалик эса тишлаш рефлексларига эга бўлади. Чақалоқ ўсиши билан биринчи ойда оғиз бўшлиғи кенгайиб боради, тактил сезиш аниқланади: лаблар ва тилда – ҳароратни сезиш; бурун, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида таъмини билиш – тилнинг юзасида, айниқса, тил учида.

Чақалокларда лунж орасида нисбатан зич аниқ чегарали ёғ тўплами – Биша ёғ тугунчалари жойлашган. Бу ёғ таначаси узок вақт давомида сақланиб, ўзининг зичлиги туфайли лунжга таранглик беради.

Чақалок ва гўдаклик даврларида юқори жағ ва альвеоляр суяк яхши ўсганлиги учун оғиз бўшлиғи кўз соҳасига яқин жойлашади. Чақалокларда қаттиқ танглай гумбази шаклланмаганлиги учун текис, юмшоқ танглай горизонтал ҳолатида ётади.

Чақалок оғиз бўшлиғининг шиллик пардаси нозик эпителий билан қопланган бўлиб, эпителий осон кўчади, шу сабабдан, оғиз қурийди. Қон-томирларига бой бўлганлиги учун шиллик парда қип-қизил рангда. Танглай ўрта чизиғи бўйлаб сарғиш-оқ нуқтадек бўртмалар–Бонов тугунлари бор. Милк болишлари бўйлаб қаттиқ тугунсимон шаклда Робен-Мажито милк бўртмаси (эмганидан сўнг) ажралиб кўринади.

Бола туғилганидан бошлаб, то 4–5 ойгача оғиз шиллик пардаси қуруқ ва маҳаллий иммунитет заиф бўлганлиги сабабли, шиллик парда шикастланганда инфекция гематоген йўл билан тарқалиб, ўткир йирингли касалликлар– хусусан, гематоген остеомиелит ривожланиши мумкин.

Болаларда сўлак безлари функционал ҳолати.Бола туғилиши билан сўлак безлари фаолияти бошланади, аммо дастлаб сўлак кам ажралади, шунинг учун оғиз бўшлиғи шиллик қавати қуруқ бўлади. 5–6-ойларга келиб, сўлак кўпаяди. Айрим болалар сўлакни ютиб улгурмайди (физиологик гиперсаливация).

Бола иситмалаб безгак тутган, ичи бузилиб диарея бўлган ҳолатларда ва бошқа ҳар хил сабабларга кўра сўлак бези атрофияга учраганда сўлак чиқиши камаяди. Аксарият ҳолларда, оғиз бўшлиғидаги ҳар хил яллиғланишларда сўлак кўпаяди. Бола қуюқ ҳолдаги озуқага қанчалик эрта ўтса, шунчалик эрта сўлак секрецияси кўпаяди.

Қулоқ олди безнинг чиқарув йўли, катталардан фарқли равишда пастроқда жойлашган, чайнов мушакларининг олд қиррасидан 0,8–1,0 см олдинга очилади. Қулоқ олди сўлак бези думалоқ шаклда, жағ қиррасидан бир оз олдинга ўтиб, унинг бурчагида ётади. Юз нерви юза жойлашган.

Жағ суяқлари хомилада 5–6-хафтада пайдо бўлиб, ривожланиша бошлайди. Туғилгандан сўнг, скелет интенсив ўсади, узаяди ва вазни ортади.

Ҳомила ва чақалоқларда суяк тола- тутам шаклида бўлиб, эмизикли даврда суякнинг 50–60%и, 5–4 ёшгача қолган қисми қайта моделлашади ва қатламли (ясси парчали) тузилишга эга бўлади.

Болалар суяқларининг кимёвий таркибида кўп миқдорда сув ва органик моддалар бўлиб, минерал моддалар кам бўлади. Гўдақлар суяги толалардан тузилганлиги ва органик моддаларга бой бўлганлиги сабабли, сиқилиш ва буқилишга чидамли бўлади. Суяк қобиғи нисбатан қалин ва чўзилувчан, шу сабабдан, болаларда суяк, одатда, яшил новдага ўхшаш синади.

Болаларда суяқлар яхши ривожланган қон-томирларга эга бўлганлиги боис, остеокластик ва остеобластик жараёнлар фаол кечади.

Жағ суяқларининг қон билан яхши таъминланиши уларда йирингли жараёнларнинг ривожланиши учун қулай шарт-шароит яратади. Йирингли жараёнларнинг фаол кечишига жағ-суяқларнинг озиклантирувчи кенг Гаверс каналлари, нозик ва юпқа тузилган суяк тўсинлари, улар орасидаги кўп миқдорда бўлган миелин тўқимаси ва катталар сариқ илигига нисбатан инфекцияга чидамлилиги паст бўлган қизил илик мойиллик туғдиради.

Чақалоқда пастки жағ танаси энсиз ва юпқа бўлади, устидаги альвеоляр ўсиқ унга нисбатан қалин ва баланд бўлади. Альвеоляр ўсиқнинг баландлиги 5мм бўлса, тананики 3–4мм. бўлади. Катталарда альвеоляр ўсиқ баландлиги 11,5мм, танаси 18мм бўлади. Жағ шохи нисбатан калта, аммо кенг, бўғим ва тож ўсиқлари яхши ривожланган бўлади.

Чақалоқлар ва гўдақлар пастки жағи танаси ва шохинининг структураси рентген тасвирида яхши кўринади, аммо суяк устунчаларининг кучланиш чизиқларини кўз илғай олмайди. Бу чизиқлар (эмиш) сўриш жараёнида жағга туташган босим (юк)нинг қандай даражада бўлганлигини билдиради. 6 ойлик гўдақларда альвеоляр ўсиқларда зич жойлашган сут тишларининг куртаклари атрофидаги ғоваксимон модда жуда кам миқдорда ва такомиллашмаган ҳолатда бўлади.

Сут тишлари чиқиши давомида 3 ойдан–6 ойгача жағларда ғовак модда ҳажми жадал кўпайиб боради. Бола овқат чайнашга ўтиши мобайнида жағнинг катталashiши, зичлиги ортиши, асосий суяк устунларининг гуруҳ-гуруҳ бўлиб, жағ танаси ва альвеоляр ўсиқда жойлашганлигини кузатиш мумкин.

Чақалокларда юқори жағ яхши ўсмаган бўлади, у калта ва кенг, асосан, тиш куртаклари ҳисобига катталашган альвеоляр ўсиқдан тузилган.

Юқори жағ танаси калта бўлганлиги туфайли, сут тишларнинг куртаклари кўз остига яқин жойлашади, жағнинг ўсиш жараёни давомида альвеоляр ўсиқ кўз косасидан узоқлаша боради.

Юқори жағ бошқа суяклар билан бирикиш чоклари ва танглай ўртасидан ўтган чокларда, кечаётган перихондрал суякланиш ҳисобига ўсади. Юқори жағнинг (олд–орқа) сагиттал текислик бўйлаб узайиши бурун тўсиғи ўсиши ҳисобига амалга ошади.

Тишлар маълум тартибда ва ўз вақтида чиқиши боланинг саломатлиги ва конституцияси билан боғлиқ бўлиб, унинг соғлом ўсаётганлигидан далолат беради.

Тиш чиқиши механизми ҳозирга қадар яхши ўрганилган эмас. Уни тушунтирувчи, бир қанча назариялар бор: ўсаётган илдиз тишни итариб чиқаради, тиш катакчаси ўсиб, тишни чиқариб юборади, пульпанинг ўсиши билан боғлиқ, гормонал назария ва бошқалар.

Эмизикли болаларнинг милки нозик, эластик толалари кам, хужайравий элементлари кўп бўлган бириктирувчи тўқималардан тузилган. Ёшига тўлишига яқин эластик тўқима толалари кўпаяди. Тиш куртаклари етилиб, катталашади ва шунинг ҳисобига альвеоляр ўсиқ оғиз туби ва танглайдан узоқлашади.

Тиш чиқаётган соҳа (милк)да бўртма пайдо бўлади. Шиллиқ парда дастлаб юпқалашади, сўнг (оқаради) анемизацияланади.

Тиш ёриб чиқишига яқин, тиш тожининг устидаги суяк сўрилиб, атрофияга учрайди, шундай жараён альвеоляр ўсиқнинг – милк тўқимасида ҳам кечади. Бир томонда суяк сўрилиши кетса, иккинчи томонда суяк ҳосил бўлиш жараёнлари

баробар кечади. Мазкур жараён тиш катакчасининг чуқурлашиб бориши билан кечади.

Ёриб чиқаётган тишда томирлар ўтказувчанлиги шунингдек, тўқималарнинг қон билан таъминланиши ортади, пульпа ва периодонтнинг асосий моддаси кўпайиб боради.

Чиқаётган тиш устидаги милк (тўқима) босим таъсирида атрофияга учрайди ва чиқаётган тиш тожининг редукцияга учраган (асл ҳолига қайтган) эпителийси билан бирлашиб кетади. Сўнг бу эпителиал парда ёрилиб, оғиз бўшлиғида тиш тожи кўринади.

Тиш тожи кўтарилиши билан оғиз эпителийси эмаль эпителиал қатлами билан бирлашиб, редукцияга учраган эпителиал қатламни ҳосил қилади. Бу эпителиал қатлам, эмалнинг Насмит (Nasmit) қатлами билан бирикади ва тиш тожининг кўтарилиши натижасида уни атрофлича юпқа эпителиал бирикма – милк (Насмит) чамбараги билан ўраб олади.

Эпителиал қатлам эмальдан ажралади ва милкда тиш чўнтаги ҳосил бўлади. Милк тиш чўнтагининг туби, эпителиал қатлам эмалдан ажралган жойига тўғри келади.

Муддатидан аввал туғилган, туғруқ йўлларида жароҳат олган, касалманд (бош мияси шикастланган ва инфекцион яллиғланишларга учраган) болаларда тишлар чиқиши кечикади (11–12 ой ва ундан кечроқ) ва бошидан кечирган касалликларнинг оғирлигига боғлиқ бўлади.

Тишлар чиқиши, аввало, генетик омиллар билан боғлиқ, ундан ташқари, бу жараёнга боланинг кўкрак сути эмиши давомийлиги, онани ҳомиладорликда, болани чақалоқ кечирган касалликлари ҳам таъсир этади. Шунингдек, эндокрин тизимдаги ўзгаришлар, жумладан гипотиреоз, рахит каби касалликлар сут тишлари чиқишини кечиктиради.

Ҳомиладорлик давридаги токсикоз таъсирида аёл организмида содир бўладиган метаболик ўзгаришлар сут тишлари чиқишига салбий таъсир қилади. Шу сабабли тишлар чиқиши камида 2 ойга кечикади.

Қатор муаллифларнинг қайд этишларича, туғма гипотиреоз ҳамда рахит касалликларини бошидан кечирган болаларда сут тишлар чиқишининг кечикиши ва чиқиш тартиби бузилиши кузатилади.

Маълумки, барча биологик (шаклланиш ва ўсиш) жараёнлари каби тишлар чиқиши эндокрин безлар (гипофиз, қалқонсимон без) фаолияти, шу жумладан, нейрогуморал бошқарув таъсирида кечади ва улар функциясининг бузилиши тишлар чиқишига салбий таъсир қилади.

5–6 ойлик гўдакда гиперсаливация(сўлак кўп чиқиши) кузатилади, бу физиологик ҳолат ҳисобланади. Чиқаётган тиш милкдаги нерв толаларига босим ўтказиб, уларни қўзғатади, шунга жавобан сўлак кўп чиқади.

Оғиз бўшлиғининг туби саёз бўлганлиги туфайли, кўп миқдордаги сўлак сиғмайди бола эса, ютиб улгура олмайди ва шунинг учун сўлак оғиздан (тошиб) оқиб туради.

Болада оғиз бўшлиғи туғилган кунидан бошлаб ҳар хил омиллар таъсирига учрайди, шу сабабдан, биринчи ойларда дастлаб тактил ва ҳароратни сезиш ҳисси пайдо бўлиб, кейинчалик кучайиб боради. Айниқса, тил учи ва лабларда бундай ҳолат эрта пайдо бўлади.

Таъм (ширин, шўр, нордон ва сувни) сезиш ҳаётнинг иккинчи ойида бошланади. Таъм сезувчи рецепторлар тил учи, ён томонлари ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида жойлашган. Тишлар чиқишига яқин бола безовталаниб, инжиқ бўлиб қолади. У дуч келган нарсани оғзига солиб, тишсиз милклари билан чайнашга ҳаракат қилади, тўсатдан сабабсиз йиғлайди. Кузатувчан ота-оналар боланинг оғзига солган нарсаларни ғажиб ташлашга қаратилган ҳаракатларини “милklar қичишиши” деб талқин қиладилар.

Ҳақиқатан ҳам, тиш чиқаётган даврда милкда кечадиган гисто-кимёвий муҳит туфайли рецепторлар қўзғалиб, шу соҳада қичишиш, ноқулайлик юзага келиши табиий. Тишнинг бир чети ёриб чиқиши билан бу безовталиқ барҳам топади, боланинг умумий аҳволи ва кайфияти яхшиланади.

Физиологик равишда чиқаётган тишлар ўрта ҳисобда олганда маълум бир вақтда ва кетма-кетликда, жуфт-жуфт бўлиб чиқади. 30 - ойга келиб, иккинчи

озик тишлар тўлиқ чиқиб бўлади, 2,5– 3 ёшли болаларда 20та сут тиши чиққан бўлиши керак. Охирги йилларда сут тишлари эрта (4 ойдан 2 ёшгача) чиқиши ҳақида маълумотлар пайдо бўлди. Аммо соғлом болаларда ҳам тишларнинг кеч (8–10 ойдан 3,5 ёшгача) чиқиш ҳоллари мавжуд.

Камдан-кам ҳолларда чакалоқлар пастки жағда бир ёки бир жуфт чиққан тишлар билан туғилишлари мумкин. Бундай тишлар, одатда, илдизлари шаклланмаган, тўқималар структураси етилмаган бўлиб, функционал жиҳатдан яроқсиз бўлади. Улар эмиш жараёнида онанинг кўкрак сўрғичини шикастлашлари ва бу жароҳат мастит ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Бундай тишлар дарҳол олиб ташланиши керак. Аммо, уларнинг ўрнидан бошқа сут тишлари чиқмайди, фақат 6-7 ёшдагина шу жойдан доимий тишлар чиқади.

Тишлар чиқиши – физиологик жараён бўлганлиги боис, организмда умумий патологик ўзгаришларсиз кечади. Аммо шу кунгача аҳоли ва шифокорлар орасида, тишлар чиқиши болалар ошқозон-ичак тизимида ўзгаришлар (ич кетиши, безовталаниш, тана ҳароратининг кўтарилиши) юзага келиши билан кечади, деб фикрловчилар мавжуд.

Тиш чиқиш даврида гўдакларда юзага келган умумий касалликларни овқатланишнинг бузилиши ёки қандайдир инфекция юқиши деб тушуниш керак. Шу даврдаги касалликларни тиш чиқиши билан боғлаш, кўп ҳолларда қатор нохушликларга олиб келиши амалиётда учраб туради. Чунки бундай фикр юритиб, оғир касалликларни ўтказиб юбориш мумкин.

Одатда, сут тишларнинг чиқиш даври болаларнинг кўкрак эмиши ёки уларни сунъий овқатлантиришдан қўшимча овқатга ўтказиш даврига тўғри келади. Овқатланишнинг янги тизимига ўтилаётганда оналар (парваришловчилар) томонидан йўл қўйилган нуқсонлар бола саломатлигига салбий таъсир этган бўлиши мумкин. Одатда, бундай ҳоллар болага номақбўл ҳамда кўп овқат едириш оқибатида юзага келади.

Мактабгача бўлган давр

Мактаб олди, мактабгача (1 ёшдан 3 ёшгача) даврда боланинг ҳаракатлари жадал такомиллашади, нутқи ўсади, кузатувчан ва қизиқувчан бўлади.

Улғайиш жараёни асосан ўйин орқали бўлади ва бола бунда атроф муҳитни ўрганеди. Шу тариқа, у дастлабки меҳнат кўникмаларини эгаллайди ва сўз бойлиги ошиб боради.

2–3 ёшли бола сергап бўлади, катталарга тақлид қилади. Гаплари ва қилиқларини қайтаради. Шунинг учун катталар болалар билан мунтазам шуғулланиб, гаплашишлари керак.

Бу ёшда болаларда туғма иммунитет сусайган бўлади, мулоқотлар тобора ортиб бориши боис, атрофдагилар билан бўлаётган мулоқот туфайли юқумли касалликлар (қизамиқ, кўкйўтал, сувчечак, скарлатина (қизилча), дизентерияга чалиниши ва уларни тарқатиш хавфи ошади.

Юқори жағ 5 ёшдан 15 ёшгача сезиларли катталашади. Доимий тишлар жағ танасидан альвеоляр ўсикқа ўтиб, ёриб чиқиши жараёни давомида юқори жағ бўшлиғи аста-секин катталашиб боради.

Юқори жағ бўшлиғи бола ҳаётининг биринчи беш йилида сут тишларининг ёриб чиқиши ва илдизларининг шаклланиши сабабли жадаллик билан ўсади.

Пастки жағ бўғим ўсиғининг энхондрал суякланиши ҳисобига узаяди. Ўсиш жараёни жағнинг шохи қисмида кечадиган мураккаб суяк ўзгаришлари ҳисобига амалга ошади. Жағ шохининг олд қиррасида суякни моделлаштирувчи резорбция жараёни кетади, айна пайтда унинг орқа қиррасида суяк қобиғидан периоссал суяк тикланиши (ҳосил бўлиши) кечади ва ана шу жараёнлар ҳисобига жағ шохи ва танаси чўзилиб узаяди.

Пастки жағ суяк қобиғидан оппозицион тарзда ҳосил бўлаётган суяк тўқимаси ҳисобига ташқи юзаси рельефи шаклланади ва қалинлашади.

Пастки жағ шохининг узайиши, унинг танаси ва шохи орасидаги (тахминан 140°) бурчагининг ўзгаришига олиб келади ва у бир оз ўткирлашади (105° – 110° ни ташкил этади).

Пастки жағ канали 9 ойликдан 1,5 ёшгача бўлган гўдакларда альвеоляр ўсик қиррасига нисбатан 5мм. пастроқда жойлашади. 3,5–4 ёшдаги болаларда чайнов тишлари юзасидан 1–2мм. пастроқ, 6–9 ёшдаги болаларда, чайнов

тишлари юзасидан 3мм. баландроқ, 12 ва ундан катта ёшли болаларда 6мм юқори жойлашади. Пастки жағ канали тешигининг болалар ёшига нисбатан топографиясини билиш уларда мандибўлар анестезияни тўғри ўтказиш учун зарурдир. Пастки жағнинг ички тузилиши ҳам боланинг ёши ва функционал ҳолатига боғлиқ.

3–9 ёшдаги болалар жағ суяклари ғовак моддасида катта ўзгаришлар кечади. Суяк устунчалари тартибли, узунасига йўналган ҳолатда жойлашади. Кесув тишлар соҳасида эса катта тўрсимон тузилишда бўлади.

Пастки жағ суяги боланинг 2,5 дан 4 ёшгача ва 9–дан 11 ёшгача бўлган даврлар мобайнида жадал ўсади. Ўсиш жараёни асосан, жағнинг ён соҳалари ва шохида кечиб, 15–17 ёшларга келиб тугайди. Бу ҳолат доимий тишлар чиқиб, тишлам (прикус) шаклланаётган пайтга тўғри келади. Шу даврга келиб, суяк структураси ўзининг юқори такомиллашган, етук даражасига етади.

Юқори ва пастки жағлар альвеоляр ўсиқларининг ўсиши тиш куртакларининг етилиши ва тишлар чиқиши билан синхрон, равишда уйғунликда кечади.

Жағлар ҳажми ва ўлчамларининг бола ёшига боғлиқ ҳолда ўзгариши, аввало, тишлар куртакларининг шаклланиши ва ёриб чиқиши билан белгиланади. Туғма (бирламчи) адентияси бўлган болаларда жағлар альвеоляр ўсиқлари ривожланмайди, ўсмайди.

Тишлар чиқаётган даврда альвеоляр ўсиқнинг рентген тасвиридаги кўриниши ўзгача тус олади. Тишлар орасидаги суяк тўсиғи чиқаётган тиш томонида гўё кесилгандек – суяк сўрилиб, чўнтак ҳосил қилгандек бўлиб кўринади. Чиқаётган тишга ёндошган альвеоляр ўсиқни қаттиқ, компакт пластинкани юқори қисми эса кенгайган. Тиш ёриб чиқиши билан катакчалараро тўсиқ ўлчами (баландлиги) қисқаради ва шу шахсга хос кўринишни олади.

Тўлиқ чиққан кесув тишлар катакчалари орасидаги тўсиқлар ўткир ёки тўмтоқ учли бир текис кенгликда кортикал пластинкага эга бўлиб, илдизлар бўйича жойлашади. Альвеолалараро тўсиқ, марказий кесув тишлар орасида юқори жағда доим, пастки жағда эса айрим ҳолларда иккига бўлинган бўлади.

Одатда, соғлом, яхши ривожланган суякда илдизлараро тўсиқ чўққиси тиш эмалининг цементга ўтиш чегарасигача етади. 7–11 ёшдаги болаларда катта болаларга нисбатан илдизлараро тўсиқ ўткир (ингичка) бўлади.

Рентген тасвирида, тиш фолликули думалоқ шаклда бўлиб, кортикал пластинкада унинг аниқ чегараси кузатилади.

Тиш тожининг бўлғуси чегараларини минералланиш бошлангандан сўнг, илк бор эмаль–дентин чегарасида кўриш мумкин. Тиш тожи шаклланаётган даврда, куртак думалоқ шаклда бўлади.

Шундан сўнг тиш елкаси (бўйинчаси) шаклланиб, куртак чўзилади ва альвеоляр ўсиқ қиррасига яқинлашади. Айни вақтда, илдиз ва илдизлараро тўсиқ ривожланиб, пародонт шакллана бошлайди. Рентген тасвирида сўрғич шаклидаги доғ аниқ кўринади.

Тишлар илдизларининг шаклланиши

Сут тишларнинг илдизлари шаклланишида 1) илдиз учи шаклланмаган ва 2) илдиз учи беркилмаган икки босқичга ажратилади.

Шаклланмаган (биринчи босқичда) илдизлар девори юпқа, бир-бирига параллель канали кенг, илдиз учи соҳасида кенгаймаган, атрофдаги суяк емирилган ўчоққа ўхшаш бўлиб, четлари қаттиқ кортикал пластинка билан чегараланмаган бўлади.

Илдиз учи беркилмаган бўлса, канал деворлари шаклланиб, уч қисмида яқинлашади, апикал тешиқ тораяди. Ўсиш зонаси кўринмайди, периодонт оралиғи бир оз кенг ҳолатда бўлади.

Сут тишлари янги чиққан даврда қаймоғи олинган сут рангида бўлади. Сут тишларни доимий тишлардан ажратиш турадиган ишончли белги – бу тиш бўйни атрофида эмаль қалинлашиши (эмаль болишчаси) мавжудлиги ва сут тишлар қаттиқ тўқималарининг бир мунча юмшоқ (қаттиқ эмас) лигидир.

1) Доимий тишлар шаклини деярли қайтаради. 2) Тиш қаттиқ тўқималари қатламлари анча юпқа. 3) Тиш қаваги кенг. 4) Илдиз канали ва апикал тешиқнинг шаклланиш ва сўрилиш даврлари қарийиб тенг.

Фронтал соҳада доимий тиш куртаклари сут тишлар илдизларининг тил томонида жойлашади. Кичик озик тиш куртаклари сут озик тишлар илдизлари орасида, яни: пастки жағда – дистал илдизга яқин, юқори жағда эса – дистал-лунж илдизига яқин жойлашади.

Бир илдизли сут тишлари соҳасидаги сўрилиш жараёни доимий тиш куртагига ёндошган ички юзаси – илдизлараро тўсиқларда бошланади.

Сут моляр тишлар илдизларининг сўрилиши доимий тиш куртагига (ички илдизлараро тўсиққа) ёндошган юзасидан бошланади.

Сут тишнинг илдизи сўрилайётганда дастлаб пульпа грануляцияли тўқимага алмашинади. Грануляцияли тўқима кўпайганидан сўнг марказдан яна кўшимча сўрилиш ўчоғи ҳосил бўлади.

Пульпаси ўлган, сурункали жароҳат таъсирида бўлган, ўсма соҳасида жойлашган, ёнидаги тишлар босими остида қолган сут тишлар илдизларининг сўрилиш жараёни тезроқ кечади. Доимий тиш куртаги мавжуд бўлмаса, сут тиш илдизининг резорбцияси секинлашади.

6 ёшли болаларда даставвал катта озик тиш чиқа бошлайди. Рентген тасвирида 3 қават жойлашган тишларни кўриш мумкин. Биринчи қаватда ёнидаги сут тишлар, иккинчи қаватда ҳар хил босқичда ривожланаётган доимий тиш куртаклари, учинчи қаватда – юқори жағда кўз косаси остида жойлашган қозик тиш, пастки, жағда эса, жағ қирраси кортикал қатлами остида жойлашган қозик тиш бўлади. 12–13 ёшга келиб, барча сут тишлар доимийга алмашинади. Бу даврда жағлар суякларида ҳар хил даражада ривожланган, фақат доимий тишлар бўлади.

Рентген тасвирида доимий тишлар илдизлари ҳар хил даражада шаклланганлигини кўриш мумкин. Сут тишлар илдизларининг шаклланишида ажратилганидек, доимий тишлар илдизларининг ривожланишида ҳам икки босқич ажратилади: биринчи босқич – илдиз учи шаклланиши тугалланмаган, иккинчи босқич – илдиз учи етилмаган.

1-босқичда илдиз нормал узунликда, деворлари параллель, уч (арех) қисми ўткирлашган (торайган). Тиш канали (найчаси) кенг, (карнай оғзига ўхшаш) кенгайган, периодонтал оралиқ илдиз ён соҳаларидагина кузатилади.

2-босқичда илдиз учи етилмаган, доимий тиш илдиз деворлари шаклланган, аммо илдиз учи қисмида улар яқинлашмаган, шунинг учун рентген суратда улар кенг апикал тешик шаклида кузатилади. Илдиз учи тешиги бўйин қисмига нисбатан торроқ. Периодонтал ёриқ илдиз бўйлаб аниқ кўринади, илдиз учи соҳасида нисбатан кенгроқ намоён бўлади. Тиш катакчасининг девори бутун илдиз бўйлаб аниқ кўринади. Илдиз учи бекилганидан сўнг, периодонтал ёриқ бир хил кенгликда кўринади. Доимий тишлар илдизларининг шаклланиши 10-15 ёшларда тугайди. Рентген тасвирида аниқ периодонтал чегара пайдо бўлади, илдиз чўққисида тешик кўринмайди.

Болалар тиши катта одамнинг доимий тишларидан фарқ қилишини ёдда тутиш керак. Болаларда тишлар бўшлиғи ва пульпа ҳажми каттароқ, пульпаси эса кўпроқ, шунинг ҳисобига тиш қаттиқ тўқималари юпқароқ бўлади. Шу сабабли, болалар тишига кучли таъсир кўрсатувчи экзоген омилларнинг пульпага шикаст етказиш эҳтимоли баланд бўлади.

Периферик лимфа тугунлари тузилиши

Чақалоқларнинг лимфа тугунлари асосан паренхиматоз (лимфоид) тўқималардан тузилган ва орасида катта синуслари бўлиб, улар юпқа жуда нозик капсула билан ўралган бўлади.

Лимфа тугунлари паренхимани бўлақларга ажратиб турувчи ретикуляр ва бириктирувчи тўқимадан иборат ички тўсиқлари деярли шаклланмаганлиги ва капсуласи нозик бўлганлиги сабабли безни пайпаслаб аниқлаб бўлмайди.

Гўдаклар лимфа тугунларининг морфологик тузилиши ёт моддаларга нисбатан механик тўсиқ вазифасини таъминлаб бера олмайди. Иммун хужайралар етарли даражада такомиллашмаганлиги туфайли инфекцияга қаршилик кўрсата олмайди.

Лимфа тугунлари тузилишидаги бу хусусият лимфа тизимига тушган инфекциянинг, безда сезиларли ўзгаришларни келтириб чиқармаган ҳолда тўғридан-тўғри қонга тушиши учун қулай имконият яратади.

Бир ёшдан уч ёшгача бўлган болаларда лимфа тугунлари бириктирувчи тўқимадан сезиларли даражада қалинроқ капсула билан қопланганлиги учун, пайпасланганда аниқ сезилади. Инфекция тушганда, унга механик тўсиқ сифатида қаршилик кўрсатади ва яллиғланиш билан жавоб беради. Шу сабабли, мактабгача ёшдаги болаларда ўткир лимфаденит кўп учрайди.

7–8 ёшларга келиб, лимфа тугунлари шаклланиб бўлади: ретикуляр строма, трабекулалар, яъни тўсиқлар ҳосил бўлади, синуслар эса тораяди. Маҳаллий иммунҳимоя омиллари фаоллашади. Инфекция лимфа тугунларига тушганда без катталашади, оғрийди.

Лимфа безлари функционал жиҳатдан ҳимояни тўлиқ бажара олмаганлиги сабабли, паренхиманинг бир қисми нобуд бўлади, шунинг ҳисобига ўткир зардобли, зардобли-йирингли, йирингли лимфаденит ва аденофлегмона ёки сурункали-гиперпластик ёки йирингли яллиғланиш ривожланади.

12– 13 ёшларда лимфа безлари тузилиши ва фаолиятига кўра катталарни- кига яқин бўлиб, уларга тушган инфекцияни ушлаб қолиш ва тўлиқ зарарсизлан- тириш вазифасини бажара олади.

Жигарнинг хусусиятлари

Жигар инсон организмидаги қатор ҳаётий муҳим вазифаларни бажаради: 1) сафро ишлаб чиқаради; 2) озуқа моддаларини (йиғади) деполаштиради; 3) организмни патологик таъсир этувчи экзоген ва эндоген моддалардан ҳимоялайди, токсин (заҳар)лар ва дорилар метаболизмида иштирок этади; 4) моддалар алмашинувида, А, В₁₂, Д, С витаминлар ўзлаштиришда иштирок этади.

Кичик ёшдаги болаларда жигарнинг функционал етишмовчилиги (танқислиги) жароҳатлар яллиғланиш ва бошқа стоматологик касалликларда организм заҳарланишининг кучайишига олиб келади.

Қон ва қон ҳосил бўлиши

Чақалоқларда қон (лимфоцитлардан ташқари) ҳужайралари ясси ва найсимон суякларнинг қизил илигида ҳосил бўлади.

Бир ёшдан сўнг бола суягининг қизил илиги аста-секин сариқ иликка айлана бошлайди. 12–15 ёшларда бу илик катталарникига яқинлашади. Бу ёшда фақат ясси суяклардагина қисман қон ҳужайралари ҳосил бўлади.

Бола туғилганидан сўнг, лимфоцитлар лимфа безлари, талоқ солитар фолликулалари, лимфатик тўпламлари (Пейер бляшкалари) ва бошқа лимфоид тўқималарда ҳосил бўлади.

Моноцитлар суяк илиги стромасидаги ретикуляр ҳужайралардан ҳамда талоқ ва лимфатик тугунларда ҳосил бўлади.

Организмда физиологик ҳолатнинг ўзгариши ва ҳар хил касалликларда лейкоцитоз ёки лейкопения юзага келиши мумкин. Оқ қон манзараси лейкоцитар формула асосида, яъни ҳар хил шаклдаги лейкоцитларнинг ўзаро нисбатини процент (фоиз) ҳисобида санаб баҳоланади.

Юз-жағ соҳаси йирингли яллиғланишларида, одатда, нейтрофил лейкоцитоз кузатилади.

Иммунологик ҳимоя

Бирламчи иммунтанқислик Т ва В лимфоцитлар ишлаб чиқилишининг генетик (ирсий) бузилиши ёки иммуноглобулинларга зид моддалар ишлаб чиқилмаслиги билан боғлиқ. Бунда ҳужайравий иммунитет ёки фагоцитоз бузилган бўлади.

Иккиламчи иммунтанқислик организмнинг толиқиши, заҳарланиши, оғир юқумли касалликларни бошдан кечириши (ва бошқа сабаблар) туфайли юзага келади. Одатда, бундай ҳолат Т-супрессор ёки Т-ёрдамчилар фаолияти сустлашганда юзага келади.

Кальций алмашинуви

Одатда, қондаги кальций $2,5 \pm 0,2$ ммоль\л атрофида бўлади. Зардобдаги намланган кальций миқдори уч аъзо (ичак, суяклар ва буйраклар) воситасида таъминлади. Қон таркибидаги кальций миқдори уч гормон – паратиреоид (ПТГ), витамин Д нинг Д-1,25(ОН)₂ О₃ (кальцитриол) гормонал шакли ва кальцитонин воситасида назорат қилинади.

ПТГ суякдаги кальций ионларини қонга чиқариш ҳисобига қон таркибидаги кальций миқдорини оширади.

Витамин Д кальций ионларининг ичак ва буйрақларда қонга сўрилишини кучайтиради. Кальцитонин суяк резорбциясини сусайтиради ва шунинг учун қондаги кальций миқдори камайтиради.

Организмдаги кальций миқдорига норгормонал таъсир кўрсатувчи моддалар орасида магний ва ноорганик фосфатларнинг аҳамияти катта. Магний етишмовчилигида ичакда кальцийнинг адсорбцияси кескин камаяди (масалан, спазмофилияда). Каттароқ болаларда магний етишмовчилиги қуйидаги уч белги: болдир мушакларининг ихтиёрсиз равишда қисқариши, сочларнинг тўкилиб кетиш ҳамда тишларда тош ҳосил бўлиши билан намоён бўлади.

Тиш тўқималарининг ўсиши ва ривожланишига ўпканинг ирсий ва туғма, юрак-қон томир тизими ҳамда буйрақларнинг сурункали ҳасталиклари, ревматизм, шунингдек, ошқозон-ичак ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари салбий таъсир кўрсатади.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Келиб чиқиши дисэмбриогенетик бўлган патологик жараёнларни санаб беринг?
2. Тиббий-генетик текширув натижаларидан қандай маълумотлар олиш мумкин?
3. Ота-оналарда учрайдиган қандай белгиларни ирсий (хромосомаларга боғлиқ) омилларга киритиш мумкин?
4. Экзоген ва эндоген токсинларнинг она организми ва ҳомилага таъсир даражаси нималарга боғлиқ?
5. Экзоген ва эндоген омилларнинг нуқсонлар шаклланишига таъсири нималарга боғлиқ?
6. Келиб чиқиши ирсий ва мультифакториал бўлган нуқсонларни ташқи белгиларидан фарқлаб бўладими?
7. Оғиз бўшлиғи қай тарзда ва муддатда ривожланади?

8. Оғиз чуқурчасида ҳомиладорликнинг 3-ҳафтасида кузатиладиган динамик ўзгаришлар нималардан иборат?

9. Биринчи жабра ёйидан ривожланган ва оғиз чуқурчасини чегаралаб турувчи 5 бўртмани номлари билан санаб беринг?

10. 5 та бўртмадан дастлаб қайси жуфти бирикади?

11. Юзнинг ўрта соҳаси қандай шаклланади?

12. Пешона ўсиғидан юзнинг қайси қисмлари шаклланади?

13. Юқори жағ бўртмаларидан юзнинг қайси қисмлари шаклланади?

14. Эмбрионал ривожланишнинг нечанчи ҳафтасида юз шаклланиши якунланади?

15. Бирламчи танглай деганда нима тушунилади, қандай қисмлардан ташкил топган?

16. Иккиламчи танглай қандай ҳосил бўлади?

17. Оғиз даҳлизи қандай шаклланади?

18. Тил қайси жабра равоқларидан шаклланади?

19. Тилнинг олдинги 2/3 қисми қандай эмбрионал birlikлардан ривожланади?

20. Тил ва чайнов мушаклари қайси жабра равоғидан ҳосил бўлади?

21. Тилнинг иннервациясида қайси нерв толалари иштирок этади?

22. Бош мия-нерв толаларининг қайси жуфти тилнинг таъмин сизишини таъминлайди?

23. Эмбриогенезнинг қайси босқичида сўлак безлари асоси пайдо бўлади?

24. Юқори жағда суякланиш қандай кечади?

25. Юқори жағ суягининг шаклланиши жараёнидаги ўзига хос хусусият нималардан иборат?

26. Пастки жағ ривожланиши қандай бошланади?

27. Меккель тоғайи ва унинг тақдири ҳақида тушунча беринг?

28. Пастки жағ бурчаклари ва шохлари қандай ҳосил бўлади?

29. Пастки жағ икки яримбўлакларининг суякланиши қачон тугайди?

30. Жағлар альвеоляр ұсықларининг ривожланиши эмбриогенезнинг нечанчи ойида бошланади?

31. Альвеоляр ұсықлар жағлар танаси билан қайси муддатларда бирикади?

32. Альвеоляр ұсықлар шаклланиши қачон тугайди?

33. Қандай омиллар таъсирида жағлар ўсиб шаклланади?

34. Тишлар ривожланишида қандай босқичлар ажратилади?

35. Тиш пластинкаси қачон ва қандай ҳосил бўлади?

36. Эмаль аъзо (танаси) қандай ҳосил бўлади (шаклланади)?

37. Тиш сўрғичлари қачон ва қандай шаклланади?

38. Ҳомилалик даврининг 3- ойи якунида эмаль аъзо қандай ўзгаришларга учрайди?

39. Тиш халтачаси қандай шаклланади?

40. Тиш дўмбоқчаси нима (нимадан ҳосил бўлади)?

41. Тиш куртаклари дифференцияси қандай кечади?

42. Тиш сўрғичи дифференцияси жараёни қачон ва қандай кечади?

43. Дентиннинг дифференцияси жараёни қандай кечади?

44. Тиш куртаклари дифференцияси жараёни қандай яқунланади?

45. Ҳомиланинг эмбрионал ривожланиш даврида тишнинг қайси қисми ривожланади?

46. Сут тишининг тож қисми ривожланишида дастлаб қандай тўқима ҳосил бўлади?

47. Дентиннинг ўсиши қандай кечади?

48. Дентин ривожланиши ва тузилишидаги ўзига хос хусусиятлар нималардан иборат?

49. Дентин оҳакланишида одонтобластлар қай тарзда иштирок этадилар?

50. Дентин ҳосил бўлганидан сўнг, унинг атрофида қандай жараён кечади?

51. Тиш ривожланиши жараёнида тўқималарнинг ҳосил бўлишидаги кетма-кетлик нимадан далолат беради?

52. Эмаль қатлам ҳосил бўлиши бошланиши учун тиш сўрғичида қандай жараён кечиши шарт?

53. Эмаль ўсиш марказлари тиш куртакларининг қайси қисмида жойлашган?
54. Эмаль шаклланиши жараёнида ҳар бир энамелобласт қандай ўзгаришларга учрайди?
55. Чиқмаган тишларнинг ёш эмали етилган эмал тўқимасидан қайси сифатлари билан фарқланади?
56. Сут тишлар пульпаси қандай ривожланади?
57. Эмбрионал ривожланишнинг қайси босқичида сут тишлари тож қисми ҳосил бўлади?
58. Доимий тиш куртаклари ҳомиладорликнинг қайси даврида пайдо бўлади?
59. Доимий тиш куртаклари сут тишларига нисбатан қандай жойлашади?
60. Тиш пластинкаси қачон сўрилади?
61. Вақтинчалик ва доимий тиш куртаклари жағларда қандай тартибда жойлашади?
62. Ҳомиланинг ривожланиши қандай даврларга бўлинади?
63. Эмбрионал даврда қандай жараёнлар кечади?
64. Фетал даврда қандай жараёнлар кечади?
65. Ҳомиладорликнинг қайси муддатида мегалобластик типдаги қон яратилиши нормобластик типга ўтади?
66. Ҳомиладорликнинг қайси ҳафтасида гемоглобин ҳосил бўла бошлаб, антигенлик тизими шакллана бошлайди?
67. Ҳомиладорликнинг нечанчи ҳафтасида жигарда қон яратилиши (гематоз) тугалланиб, суяк илигида ҳосил бўлиши изга тушади?
68. Ҳомила ривожланишининг қайси ҳафтасидан нафас олиш маркази ва тизими ривожланади?
69. Ҳомиладорликнинг қайси муддатида она ҳомиланинг спонтан (тасодифий) ҳаракатларини сезади, шифокор аниқлайди?
70. Ҳомила ривожланишининг қайси ҳафтасидан бошлаб нафас олиб ҳамда сўра олади?

71. Ривожланишнинг нечанчи ҳафтасида ҳомила яшаб кетишга лаёқатли?
72. Дастлаб мианинг қайси қисмлари (интенсив равишда) ўсиб, етилади?
73. Туғилиш вақтига етган ҳомила қай даражада етилган бўлади?
74. Ҳомиладорликнинг учинчи даврида ҳомила қандай моддалар билан тўйинади?
75. Нега ҳомиладорликнинг 3–7 ҳафталари ҳатарли (критик) давр ҳисобланади?
76. Плацента(йўлдош)нинг вируслар, микроблар ва дориларга нисбатан ўтувчанлиги баланд бўлса, қандай асоратларга олиб келади?
77. Ҳомилага салбий таъсир этувчи омиллар қандай оқибатларга олиб келиши мумкин?
78. Ҳомила ривожланишининг қайси муддатида қулоқ олди ва бўйин соҳалари киста ва оқма йўллари ҳосил бўлади?
79. Эмбрионал давр тугаганидан сўнг ривожланган аномалиялар қандай тушунтирилади?
80. Яхши ўсмай қолган ва ривожланмаган ҳомилада қандай аномалиялар юзага келиши мумкин?
81. Ҳомила ривожланишининг қайси ойида сут тиш (кесув, қозик, моляр)ларнинг минералланиши бошланади?
82. Чақалоқлик (неонатал) даврининг давомийлиги қанча?
83. Туғилгандан бошлаб чақалоқларда қандай морфологик, функционал, биокимёвий ўзгаришлар кечади?
84. Чақалоқлар қўл-оёқларининг гипертонус ҳолатида бўлиши нимадан далолат беради?
85. Чақалоқнинг доим (овқатланиш вақтини ҳисобга олмаганда) уйқу ҳолатида бўлишини қандай тушунтириш мумкин?
86. Чақалоқ вазнининг тез ортишини қандай тушунтириш мумкин?
87. Физиологик иммун тизими заиф чақалоқларда юқумли касалликлар олдини олиш чоралари нималардан иборат?

88. Чақалоқларда плазманинг осмотик босими турғун бўлмаслиги ва бола организмнинг сувсизланишга мойиллигини нима белгилайди?
89. Нима сабабдан ташқи муҳитнинг ҳар қандай минимал ўзгаришларига жавобан чақалоқларда ҳаёт учун зарур бўлган жараёнлар кескин бузилади?
90. Чақалоқларда кузатиладиган қандай алоҳида ҳолатлар физиология ва патология орасида чегаравий ҳисобланади?
91. Чақалоқлар юз териси ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида меъёрлар чегарасидан чиққан қандай физиологик ўзгаришлар учраши мумкин?
92. Чақалоқда учрайдиган қандай жароҳатлар физиологик ҳисобланади?
93. Чақалоқларда физиологик сариқлик қачон ва қайси соҳада пайдо бўлади?
94. Ҳаётининг дастлабки 3-4 кунларида ичида чақалоқ вазнининг камайиши қандай номланади?
95. Чақалоқ онасининг кўкрак сўрғичини яхши сиқиб ололмаслиги ва эмиш вақтида шапиллатиб сўриши нима билан боғлиқ бўлади?
96. Чақалоқ тилининг калта юганчасини кесишга кўрсатма бўла оладиган ҳолатга таъриф беринг?
97. Чақалоқнинг эмиш вақтида қалқиб кетиши қандай анатомик ўзгаришларга боғлиқ бўлади?
98. Чақалоқ сунъий овлатланиши учун қандай шароитни таъминлаш зарур?
99. Чақалоқ эмаётганда, кўкрак сўрғичига сут келиш учун, милк болишчалари воситасида қандай куч билан босим ўтказиши керак?
100. Сунъий равишда овқатлантирганда сўрғичдаги тешикка қандай талаблар қўйилади?
101. Сунъий овқатланганда бола сутли аралашмани қанча вақт ичида сўриб тугатиши керак?
102. Юқумли касалликлар чақалоқларга қандай йўллар билан ўтади?
103. Эмизиклик даврининг давомийлиги қанча?
104. Эмизиклик даврига хос хусусиятлар ҳақида сўзлаб беринг?

105. Боланинг жисмоний ўсиш кўрсаткичлари бир ёшгача бўлган давр мобайнида қандай ўзгариб боради?
106. Эмизиклик даврида бола танасининг пропорцияси қандай ўзгариб боради?
107. Ўсаётган боланинг статик фаолияти қандай ривожланади?
108. Болада анемия, рахит, гипотрофия хасталикларининг ривожланиши нималар билан боғлиқ?
109. Болаларда хазм қилишнинг бузилиши ва диспепсия мойиллик туғдирувчи ривожланишига қандай омиллар мавжуд?
110. Болаларда учрайдиган конституцион аномалиялар нималардан иборат?
111. Болаларнинг йирингли ва бошқа инфекцияларга бўлган мойиллиги қандай тушунтиради?
112. Эмизиклик болаларга хос бўлган инфекцияга қарши реакция қандай кечади?
113. Эмизиклик даврида кечирилган қандай касалликлар сут ва доимий тишлар шаклланиши ва минералланишига таъсир этади?
114. Мактабгача ёшдаги болаларга хос хусусиятлар?
115. Болаларда нутқ бойлиги қандай шаклланади?
116. Болаларда нутқ қандай шаклланади?
117. Мактабгача ёшдаги даврда ўткир юқумли болалар касалликлари кенг тарқалганлигини қандай тушунтириш мумкин?
118. Чақалоқ ва катталар юзи пропорцияларида қандай фарқ бор?
119. Чақалоқлар юзида қандай ўзига хос хусусият кўзга ташланади?
120. Чақалоқларнинг жағлари нима ҳисобига катталашади?
121. Юз скелети(жағлар)нинг фаол ўсиш даври ҳақида сўзлаб беринг.
122. Эмбрионал ривожланишнинг қайси ҳафтасида тери пайдо бўлади?
123. Эмбрионал терининг тузилишидаги ўзига хос хусусиятлар нимадан иборат?

124. Кичик ёшдаги болалар, чақалоқлар терисининг ўзига хос хусусиятларига изоҳ беринг.

125. Чақалоқлар терисининг морфологик ва физиологик хусусиятлари нималардан иборат?

126. Чақалоқлар терисининг осон шикастланиши ва осон инфекцияланишининг сабаблари қандай?

127. Чақалоқ терисининг қайси функциялари яхши ривожланмаган?

128. Кичик ёшдаги болалар терисининг қайси функциялари яхши ривожланган?

129. Тери қандай муҳим моддаларнинг синтезида иштирок этади?

Бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари

130. Чақалоқларнинг бурундан нафас олиши ва эмишининг қийинлашишига нималар сабабчи бўлади?

131. Чақалоқларнинг бурун тузилишига оид хусусиятлар ҳақида нима дея оласиз?

132. Чақалоқларда юқори жағ бўшлиғининг жойлашиши ва шакли ҳақида гапириб беринг?

133. Юқори жағ бўшлиғининг ривожланиши динамикаси?

134. 1 ёшгача бўлган болада юқори жағ бўшлиғи бурун бўшлиғи тубига нисбатан қандай жойлашади?

135. Юқори жағ бўшлиғининг шакл ўзгаришлари нималарга боғлиқ?

136. Бола туғилганда оғиз бўшлиғи қандай рефлексларга эга бўлади?

137. Чақалоқ ҳаётининг биринчи ойида қандай сезгилар пайдо бўлади?

138. Қандай аъзо чақалоқ лунжларининг таранглигини таъминлаб сўришга ёрдам беради?

139. Чақалоқларда оғиз бўшлиғи кўз остига яқин бўлишини қандай изоҳлаш мумкин?

140. Чақалоқлар оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардаси тузилишидаги ўзига хос хусусиятлар ҳақида сўзлаб беринг.

141. Чақалоқлар юмшоқ ва қаттиқ танглайи шаклига таъриф беринг.

142. Чақалоқларда оғиз бўшлиғи шиллик пардаси тузилишидаги ўткир йирингли касалликларга мойиллик туғдирувчи хусусиятлар нималардан иборат?

143. Чақалоқлар ҳаётининг дастлабки ойларида оғзи қуришининг сабаби нима билан боғлиқ?

144. Қайси ёшда болаларда сўлак ажралиши кучаяди (физиологик гиперсаливация)?

145. Қандай ҳолатлар болаларда сўлак ажралиши камайишига олиб келади?

146. Чақалоқларда кулоқ олди сўлак беzi чиқарув найининг проекцияси қай ҳолатда бўлади?

147. Ҳомиладорликнинг қайси ҳафтасида суяклар пайдо бўла бошлайди ва уларнинг ривожланиши қандай кечади?

148. Ҳомила ва чақалоқлар суяклари тузилишидаги ўзига хос хусусиятлар нималардан иборат?

149. Болалар суяklarининг кимёвий таркиби (ўзига хос хусусиятлар)ни таърифлаб беринг.

150. Болалар суяklarининг сиқилиш ва буқилишга чидамли бўлишини қандай тушунтириш мумкин?

151. Нима ҳисобига болалар суяklarида остеопластик ва остеобластик жараёнлар фаол кечади?

152. Болалар жағ суяklари тузилишидаги қандай хусусиятлар йирингли яллиғланишга мойиллик туғидиради?

153. Юқори жағнинг ўсиши қандай юз беради?

154. Юқори жағнинг (олд–орқа) сагиттал ўлчамлари қандай катталашади?

155. Чақалоқларда юқори жағ қай даражада ривожланган?

156. Чақалоқлар юқори жағ суягида тиш куртаклари қандай жойлашган?

157. Юқори жағ бўшлиғи эмбрионал ривожланишнинг қайси муддатида пайдо бўлади ва ривожланади?

158. Юқори жағ бўшлиғи қайси даврда жадаллик билан катталашади?

159. Тишлар алмашинуви даврида юқори жағ бўшлиғи қандай катталашади?
160. Болаларда юқори жағ бўшлиғининг туби тишларга нисбатан қандай жойлашган бўлади?
161. Қайси ёшга келиб юқори жағ бўшлиғи ўзининг максимал ҳажмига эга бўлади?
162. Пастки жағнинг бўйига ўсиш қандай юз беради?
163. Пастки жағнинг бўйига узайиш даврида суяк ҳосил бўлиши қандай кечади?
164. Пастки жағнинг қалинлашиши ва унинг ташқи юзаси шаклланиши қандай юз беради?
165. Пастки жағ ўсиши билан унинг шохи ва танаси орасидаги бурчак қандай ўзгариб боради?
166. Чақалоқларда пастки жағ танаси ва альвеоляр ўсиқ орасидаги нисбат қандай бўлади?
167. Катталарда пастки жағ танаси ва альвеоляр ўсиқ қандай нисбатда бўлади?
168. 9 ойликдан 1,5 ёшгача бўлган болаларда пастки жағ канали тешиги (for.mandibulare) альвеоляр ўсиқ қиррасига нисбатан қандай жойлашади?
169. 3,5–4 ёш ва ундан катта болаларда пастки жағ каналининг тешиги альвеоляр ўсиқ қиррасига нисбатан қандай жойлашади?
170. Янги туғилган чақалоқ ва эмизикли ёшдаги болаларда пастки жағ шохи ва танасининг рентген тасвиридаги тузилиши қандай бўлади?
171. 6 ойлик болада жағлардаги ғовак модда ҳажми қандай?
172. Қайси даврда ғоваксимон модда жадал ўсиб кўпаяди?
173. Бола овқатни чайнашга ўтиши жағларда қандай морфо-функционал ўзгаришлар юзага келишига сабаб бўлади?
174. 3–9 ёшдаги болалар жағлари ғовак моддасида қандай ўзгаришлар кечади?
175. Қайси даврлар (ёш)да пастки жағ жадаллик билан ўсади?

176. Юқори ва пастки жағлар альвеоляр ўсиқларининг ўсишида қандай ўзаро ўхшашлик бор?
177. Жағларнинг болалар ёшига боғлиқ ҳажми (ўлчами) нимага боғлиқ?
178. Туғма адентияси бўлган болалар жағлар ўсиши қандай кечади?
179. Тишлар чиқаётган даврда альвеоляр ўсиқнинг рентген тасвиридаги тuzилиши қандай?
180. Чиққан кесув тиш катакчалари орасидаги тўсиқлар рентген тасвирида қандай кўринишга эга бўлади?
181. Ренген тасвирида илдизлараро суяк тўсиғининг чўққиси қандай сатҳда бўлади?
182. Тиш куртаги (фолликули) рентген тасвирида қандай кўринади?
183. Рентген тасвирида бўлган тиш тож қисмини илк бор қачон кўриш мумкин?
184. Тиш куртаги қачон чўзила бошлайди?
185. Тишнинг ўсиш соҳаси рентген тасвирида қандай кўринишда бўлади?
186. Тишларнинг маълум тартибда чиқиши нимадан далолат беради?
187. Тишлар чиқиши назарияларини биласизми? Бу ҳақида сўзлаб беринг.
188. Эмизикли болалар милк тўқимаси катталарникидан нима билан фарқланади?
189. Тишлар чиқишига яқин альвеоляр ўсиқда қандай ўзгаришлар юз беради?
190. Тиш чиқаётган вақтда альвеоляр ўсиқда қандай жараёнлар кечади?
191. Чиқаётган тиш ва атрофдаги тўқималарда қандай морфологик ўзгаришлар содир бўлади?
192. Чиқаётган тиш устидаги милкда қандай ўзгаришлар содир бўлади?
193. Оғиз бўшлиғида тиш тожи кўринганидан сўнг, атрофдаги тўқималарда қандай ўзгаришлар содир бўлади?
194. Эпителиал бирикма ёки милк ҳошияси қандай юзага келади?
195. Милк чўнтаги қандай ҳосил бўлади ва унинг туби қаерда жойлашган?

196. Ҳомиланинг туғилиш муддати ва сут тишларнинг чиқиш вақти орасида қандай боғлиқлик бор?
197. Муддатидан аввал ва туғилган ва хасталанган болаларда сут тишлар чиқиши қандай кечади?
198. Тишлар чиқиши жараёни бошланишига қандай омиллар таъсир этади?
199. Ҳомиладорликнинг кечиши сут тишлари чиқишига қандай таъсир этади?
200. Қандай омиллар таъсирида сут тишлар чиқиши муддатлари ва тартиби бузилади?
201. Тишларнинг чиқиши ва алмашинувига қандай нейрогуморал омиллар таъсир кўрсатади?
202. 5–6 ойлик болалардаги гиперсаливация ҳолати қандай омиллар билан боғлиқ?
203. Нима сабабдан боланинг сўлаги оғиз бўшлиғидан ташқарига оқиб туради?
204. Боланинг оғиз бўшлиғида тактил в ҳароратни сезиш қачон бошланади?
205. Таъм сезиш болаларда қачон пайдо бўлади?
206. Тишлар чиқишидан аввал боланинг безовта бўлишини қандай изоҳлаш мумкин?
207. Тишларнинг физиологик равишда чиқиши белгилари қандай?
208. Сут тишлари чиқиши ўрта ҳисобда неча ёшда тугалланади?
209. Ҳомила туғилмасдан аввал чиққан тишлар қандай оқибатларга олиб келиши мумкин?
210. Тишлар чиқиш даврида болада кузатиладиган патологик ҳолатларни қандай изоҳлаш мумкин?
211. Ошқозон-ичак касалликлари ва сут тишлар чиқиши орасида қандай боғлиқлик бор?
212. Сут тишларининг илдизлари шаклланишида қандай босқичлар мавжуд?

213. Илдиз учи шаклланмаганлигининг белгилари қандай?
214. Илдиз учи беркилмаганлигининг белгилари қандай?
215. Сут тишларининг ранги қандай?
216. Сут тишлари шакли доимий тишларникидан нима билан фарқ қилади?
217. Сут тишларини доимий тишлардан ажратиш учун қандай ишончли белгилардан фойдаланилади?
218. Доимий фронтал тишларнинг куртаклари сут тишлар илдизига нисбатан қандай жойлашади?
219. Премолярлар куртаклари сут (моляр) тишлар илдизига нисбатан қандай жойлашади?
220. Бир илдизли сут тишлар илдизининг сўрилиши қайси юзасидан бошланади?
221. Сут моляр (озик) тишлари илдизларининг сўрилиши қандай кечади?
222. Илдизи сўрилаётган сут тиши пульпасида қандай ўзгаришлар содир бўлади?
223. Қандай вазиятларда сут тишлар илдизларининг сўрилиши тезлашади?
224. Қандай вазиятда сут тишлар илдизларининг резорбцияси секинлашади?
225. 6 ёшдаги боланинг тишлари рентген тасвирида қандай кўринишга эга?
226. Илдизи шаклланиб бўлмаган тишнинг рентген тасвиридаги кўринишини изоҳлаб беринг?
227. Илдиз учи етилмаган доимий тишларнинг рентген тасвиридаги кўринишини изоҳлаб беринг.

Баъзи аъзо ва тизимлар тузилишидаги ўзига хос хусусиятлар. Периферик лимфа тугунлари

228. Чақалоқларнинг лимфа тугунлари қандай тузилган?
229. Нима сабабли кичик ёшдаги болалар лимфа тугунларини пайпаслаб аниқлаб бўлмайди?

230. Нима учун кичик ёшдаги болаларнинг лимфа тугунлари ҳимоя вазифасини суст бажаради?

231. Лимфа тугунларининг тўсиқ вазифасини бажара олмаслиги қандай оқибатларга олиб келади?

232. 1-3ёшдаги болаларда лимфа безлари қандай ҳолатда бўлади?

233. 7-8 ёшдаги болаларда лимфа тугунларининг тузилиши қандай ?

234. Қандай сабабларга кўра болаларда ҳар хил шаклдаги лимфаденитлар учрайди?

235. Неча ёшда лимфа тугунлари уларга тушган инфекцияни тўлиқ ушлаб қолиб, зарарсизлантира олади?

236. Жигарнинг қайси вазифаси стоматологик касалликларнинг кечишига таъсир этади?

237. Кичик ёшдаги болаларда жигар етишмовчилиги қандай оқибатларга олиб келади?

Қон ва гемопоз

238. Чақалоқларда қоннинг (лимфоцитлардан ташқари) хужайралари қайси аъзода ҳосил бўлади?

239. Қайси ёшда суяк қизил илиги сариқ иликка айланади?

240. Бола туғилганидан сўнг лимфоцитлар қаерда ҳосил бўлади?

241. Моноцитлар қаерда ҳосил бўлади?

242. Оқ қон (лейкоцитлар) манзараси қандай баҳоланади?

243. Нейтрофил лейкоцитоз қандай ҳолатларда юзага келади?

Иммунологик ҳимоя

244. Организм ҳимоясининг асосий нонспецифик (хусусий бўлмаган) омилларини санаб беринг?

245. Бирламчи иммунтанқислик нима билан боғлиқ?

246. Иккиламчи иммунтанқислик ҳолати қандай юзага келади?

247. Қондаги кальцийнинг нормал миқдори?

248. Қондаги кальций миқдорини қандай гормонлар назорат қилади?
249. Қандай қилиб ПТГ қондаги кальций миқдорини оширади?
250. Кальций алмашинувида Д витаминининг иштироқи қандай изоҳланади?
251. Кальцитонин қондаги кальций миқдorigа қандай таъсир қилади?

II. БОБ.

БОЛАЛАР СТОМАТОЛОГИЯСИДА

МАҲАЛЛИЙ ВА УМУМИЙ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Руҳий ёки (соматик) жисмоний оғриқ деярли ҳамма маълум касалликларнинг ривожланиши ва турли босқичларида кузатилади. Оғриқни

камайтириш тиббиёт илми ва амалиётининг энг мураккаб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Маҳаллий оғриқсизлантириш усуллари ривожланишидаги аҳамиятга молик даврлар:

1. XV-XVI аср - тери сезувчанлигини йўқотиш учун музни ишқалаб оғриқсизлантириш.

2. XIX аср - терини совутувчи моддалардан фойдаланиш, (эфир, хлороформ, бромметил, хлорметил ва ш.к.). 1867 йилда биринчи бор, маҳаллий анестетик сифатида хлорэтил моддаси ишлатилган. У бугунги кунда ҳам ўз аҳамиятини йўқотмаган.

3. 1859 йил - Неман кокаинни кашф этди, 1879 йил - В.К. Анреп унинг анестетик таъсирини аниқлади ва И.Н. Кацауров 1884 йилда илк бор клиникада кокаинни, кўзлардаги баъзи операцияларда маҳаллий оғриқсизлантириш учун қўллади. Бу усул тиббий амалиётда узоқ ишлатилмади, чунки кокаинга ўрганиб қолиш ҳавфи баланд эди. Кокаин ўрнига бошқа препарат – прокаиндан фойдалана бошланди. 1903 йилда Генрих Браун анестетик билан адреналинни биргаликда қўлланилганда биринчисининг токсиклиги камайтирилишини ва унинг оғриқсизлантирувчи таъсирининг давомийлиги узайтирилишини исботлаб берди. Шу тарзда юз йил аввал амалиётда маҳаллий анестезия асослари юзага келган эди.

4. 1905 йил - новокаин Einhorn томонидан кашф этилди.

5. 1922 йил - О.В. Вишневский ўзида инфльтрацион ва ўтказувчан оғриқсизлантириш принципларини бирлаштирган “ўрмаловчи инфилтрат” усулини амалиётга таклиф этди ва жорий қилди.

6. XIX аср ўрталарида янги маҳаллий оғриқсизлантирувчи препаратлар кашф қилинди ва клиник амалиётга жорий этилди – дикаин (1936 йил А.И. Фельдман томонидан синтез қилган), совкаин (О.Ю. Магидсон ва М. Федотова 1937 йил), ксилокаин (1943), оксикаин (1953), мезокаин ва бошқаларни, шунингдек анестетиклар таъсирини кучайтирувчи ва узайтирувчи воситалар - супраренин, корбазил, норадреналин ва х.к.лар ишлаб чиқилди.

Ҳозирда маҳаллий анестезия соҳасида катта ютуқлар қўлга киритилган:

1. Бугунги кунда таркиби оптимал бўлган, организм томонидан амалда салбий реакциялар келтириб чиқармайдиган ва минимал миқдорда исталган даражада самарали анестезияловчи эритмалар ишлаб чиқилган.

2. Асбоблар стерилизацияси билан боғлиқ ноқулайликлар минимумга туширилган – кичик контейнерларда жойлашган, бураб ўрнатиладиган стерил ҳолатдаги игна, карпулада стерилланган анестетик эритмаси бўлган карпулалардан фойдаланиб, анестезия қилиш имконини берувчи, осон стерилланадиган махсус шприцлар.

Инъекцион анестезия ўтказишда қўлланиладиган маҳаллий оғриқсизлантириш воситалари

Ҳозирги давр – тўртинчи авлод анестетиклари даври, улар иккинчи авлоднинг оғриқсизлантирувчи воситалари – эфир туридаги (новокаин ёки прокаин) ва учинчи авлоднинг – амидли анестетиклари лидокаин ва тримекаинга нисбатан анчагина ҳавфсиз ва самарали.

Тўртинчи авлод маҳаллий анестетиклари таркибига чуқур таъсир этувчи фаол модда артикаин препарати киритилади (1974 йилда J.E. Winther томонидан синтез қилинган).

Маҳаллий анестетик куйидаги хусусиятларга эга бўлиши талаб этилади:
сувда ва физиологик муҳитларда етарлича ва тез эрувчанлик;
эритмаларда барқорорлик;
стерилизацияга турғунлик;
минимал токсиклик;
максимал терапевтик таъсирга эгалик;
тўқималарга осон сингувчанлик;
асаб толалари охирларида импульсларни тезда блокада қила олиш;
чуқур, тўлиқ ва давомли оғриқсизлантириш;
тўқималарни таъсирлантирмаслик ва деструкция келтириб чиқармаслик;
умумий қон оқимида тушганда организмга минимал салбий таъсир этиш,
хусусан, МАТ (Марказий асаб тизими)га;

метаболизми натижасида заҳарли моддалар ҳосил қилмаслик;
кўшимча (салбий) таъсири минимал бўлиш;
узок муддат сақланиш (2-3 йил).

Сўнгги йилларда етакчи фармацевтик фирмалар: “ESPE”, “Astra”, “Poechst” (Германия), “L.Molteni” (Италия) “Septodont” (Франция) томонидан энг янги маҳаллий оғриқсизлантириш воситаларини стоматология амалиётига тадбиқ этганлар. Бу анестетиклар кичик дозаларда ҳам юқори самарали, қарши кўрсатмалари кам, катталар ва болалар учун ҳавфсиз бўлганликлари эътиборга лойиқдир.

Энг замонавий анестетиклар тўқималарга чуқур сингиб бориш хусусиятига эга. Бу эса ҳавфли оғриқсизлантириш усулларида бири бўлган ўтказувчан анестезиядан воз кечиш имконини беради.

Нашр қилинган маълумотларга кўра, тўртинчи авлод анестетикларини қўллаш натижалари:

инсон саломатлиги учун салбий таъсири минималлаштирилган (болалар, ҳомиладор аёллар ва ҳамроҳ патологияси бўлган беморлар учун махсус анестетиклар ишлаб чиқилган);

замонавий анестетиклар ишлатилганда 99,4% ҳолатларда асоратлар аниқланмаган, фақат 0,6% асоратлар қисқа муддатли бўлиб даволашни талаб қилмаган.

Заҳарлилиги (токсиклиги) паст, ярим парчаланиш даври қисқа ва препаратлар жигар иштирокисиз метаболизация қилинади;

умумий ва маҳаллий юқори толерантлик (таркибида вазоконстрикторлар миқдори жуда кам бўлганлиги, консервантлар ва буфер тизимига мансуб моддаларнинг йўқлиги), янги турдаги анестетиклар такрор-такрор ишлатилганда ҳам уларнинг таъсири сусаймайди ва аллергия реакцияларнинг олди олинади;

анестетикнинг оқсиллар билан юқори даражада боғланиш хусусияти оғриқсизлантиришнинг узок давомийлигини таъминлайди;

аралашув соҳасида ишончли гемостаз шароити мавжуд;

операциядан кейин қўшимча оғриқсизлантириш (аналгезия)га эҳтиёжнинг йўқ.

- 5 ёшгача бўлган болаларга таркибида томирни торайтирувчи моддаси бўлган, барча маҳаллий анестетикларни киритиш, улар юрак-томир тизимининг лабиллиги сабабли бола ҳаёти учун ҳавfli бўлиши мумкин. Шу сабаб амбулатория шароитида 5 ёшгача бўлган болаларга таркибида вазоконстр бўлган анестетикларини ишлатмаслик керак. Стационар шароитида эса кичик ёшдаги болаларда ўтказиладиган жарроҳлик аралашувларида юқорида эслатиб ўтилган анестетикларга қон томирларини торайтирувчи моддалар қўшиб ишлатиш мумкин (қарши кўрсатма йўқ).

Қуйидаги препаратлар энг кенг тарқалган оғриқсизлантирувчи воситалар сирасига кирадилар:

лидокаин асосида – Xylonor 2% SVC (вазоконстрикторларсиз), Xylonor 2% Special (адреналин ва норадреналин билан 1:100 000), лигноспан форте. Бу ўртача куч билан таъсир этувчи анестетиклар, шунинг учун оғриқсизлантириш самарасини кучайтириш учун баъзан вазоконстрикторни юқори концентрацияларда қўллайдилар – 1:25 000-1:80 000;

мепивакаин асосида: Scandonest (scandicaine) 2% Special (адреналин билан 1:100 000), Scandonest (scandicaine) 2% NA (норадреналин билан 1:100 000) Scandonest (scandicaine) 3% SVC (вазоконстрикторларсиз), карбокаин, мепивастезин.

артикаин асосида: Septanest 4% (адреналин билан 1: 100 000), Septanest 4% (адреналин билан 1: 200 000) Septanest 4% SVC (вазоконстрикторларсиз), ультракаин ДС.

Бу анестетиклар киритилгандан 1-3 дақиқадан сўнг оғриқсизлантириш бошланади ва 10 дақиқадан 30-45 дақиқагача давом этади. Уларнинг таъсири новокаин, лидокаин ва мепивакаинга қараганда самаралироқ, уларда консервантлар йўқлиги учун парабенлар аллергия реакциясига мойил бўлган беморларга қўллаш мумкин.

Болаларда кучли аналгетик самарага эга бўлган, вазоконстрикторсиз, маҳаллий анестетик Isocaine 3% SVC кенг қўлланилади.

Инъекцион анестезия ўтказиш учун қўлланиладиган асбоблар

1853 йилда Лионлик ветеринар хирург С.Pravaz замонавий тиббий шприцнинг ўтмишдоши бўлиб қолган шприцни яратди. Шу йилнинг ўзида Шотландиялик врач F.Wood шприц учун кавакли игна таклиф этди. Бироқ бу асбоблар кўп вақт қўлланилмади. Фақат вақт ўтиб, улар кераклича баҳоландилар ва врачлик амалиётига кенг жорий этилдилар.

1921 йилда врач Н.Cook (АҚШ) томонидан оғриқсизлантириш учун карпул шприцнинг ишлаб чиқилгани анестезиология соҳасида катта ютуқ бўлди. Махсус дентал шприц, бармоқлар ва кафт учун таянчлар билан жиҳозланган бўлиб, игна канюла ёрдамида шприц корпусига бураб маҳкамланди. Унга анестетик эритмаси бўлган цилиндрик ампула (карпула) жойлаштирилди. Бу герметик мослама, асептика талаблари юқори даражада бажарилишини таъминлади, шунингдек оғриқсизлантиришда медикаментлар адаштириб қўйилишининг олдини олди.

Даволаш воситаларини игнасиз киритиш ғоясини Beclard (1856) таклиф қилди. 1958 йилда R.Lindberg (АҚШ) игнасиз инъекторларни ишлаб чиқди, дастлаб врачлар янги инъекторни зўр иштиёқ билан қўллаганлар, бироқ у стоматологик амалиётда кенг тарқалмади.

Техник прогресс шарофати билан игнасиз инъекторларнинг такомиллаштирилиши рўй берди. Сўнгги вақтда игнасиз INSEX ТМ инъекцион тизими кенг қўлланилмоқда. Оғриқсизлантириш вақтида у болада қўрқув пайдо қилмайди, анестетикнинг оғриқсиз киритилишини, унинг тезкор таъсирини таъминлайди, тўқималарни жарроҳатламайди. Уни ўтказувчан (ментал, инцизив) ва инфилтрацион (тишларни олиб ташлаш учун субпериостал) анестезиялар учун қўллайдилар. INSEX ТМ игнасиз инъекцион тизими билан анестетикни киритиш 15-20* бурчак остида амалга оширилади ва 0,3 мл эритма киритилади. Оғриқсизлантирувчи модданинг тарқалиш майдони -3-4 см., анестезия бошланиш вақти -1-2 мин.

1975 йилда A.Colombo (Италия) мультиаппликаторли шприц ишлаб чиқди, унинг қўлланилиши жуда қулай, анестетикни тиш-жағ тизимининг зич тўқималарига юқори босим остида, (боғлам ичи, суяк ичига) киритиш имконини берди. Шунинг билан биргаликда клиник амалиётга карпул (картридж) инъекцион тизими кенг жорий этилмоқда. Ҳозирги вақтда икки инъекцион тизим рақобат қила бошлади: умумтиббий ва дентал карпул шприцлар.

Инъекциялар умумтиббий тизими - анъанавий ва асосий бўлиб келмоқда. Унда бир маротабали пластмасса шприцлар ва инъекциялар учун игналар ишлатилади. Инфильтрацион анестезия учун узунлиги 20-25 мм ва диаметри 0,5-0,6 мм бўлган калта игналар, ўтказувчан анестезия учун – узунлиги, 38-42 мм, ва диаметри 0,8 мм қўлланилади. Игна шприцга бураб ўрнатилмайди, балки конусли уланиш ҳисобига тутиб турилади. Игнанинг шприц билан бундай уланиши анестетик тўқимага киритилаётганда юқори босим пайдо бўлишини таъминлай олмайди.

Инъекциялар учун дентал картридж тизими махсус шприц, картридж ва икки учи ўткир бўлган игнадан иборат. Бу тизимнинг асосий афзаллиги – инъекцияга тайёрлаш тезкор (1 минутдан камлиги) ва ишлаб чиқарувчи томонидан игналар ва картриджлар стериллиги кафолатланган бўлади.

Маҳаллий оғриқсизлантириш турлари

С.Н. Вайсблат таклифи билан маҳаллий оғриқсизлантириш инъекцион ва ноинъекцион (ёки юза) турларга бўлинган. Ўз навбатида, инъекцион оғриқсизлантириш ўтказувчан ва инфильтрацион (шу жумладан А.В. Вишневский бўйича ўрмаловчи инфильтрат) усулларига бўлинади. Ўтказувчан оғриқсизлантириш периферик ва марказий усулларга бўлинади. Ноинъекцион оғриқсизлантириш (юза) кимёвий ва физикавий усулларга бўлинади – болалар хирургик стоматологиясида анестезия учун ишлатилиши мумкин бўлган ягона препарат – хлорэтил аммо уни қўлланилиши тавсия этилмайди, сабаби:

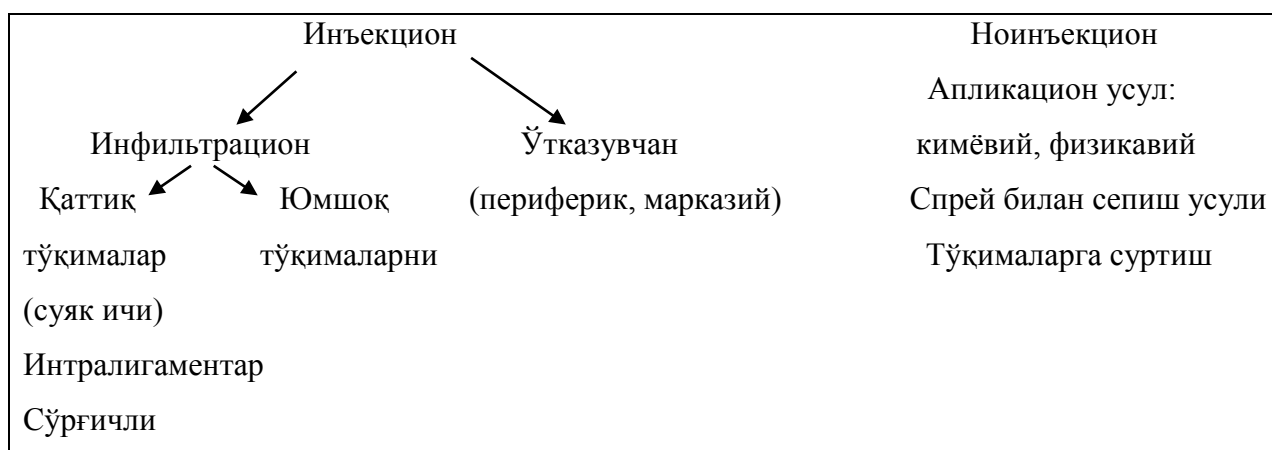
1. Хлорэтилга берилган йўриқномага кўра, буғланаётган оқим операцион майдондан 30-40 см.. масофада бўлиши керак. Кичик беморнинг безовталиги,

операцион майдон ва оғзи торлиги оғиз бўшлиғида ва юз соҳасидаги аралашувларда ундан фойдаланишни анча мураккаблаштиради. Оқим оғизга, кўзга, бурунга, қулоққа тушса, ноҳуш асоратлар келтириб чиқаради.

2. Хлорэтил оқими йўналтириб ёки препаратни пахтага шимдириб, шиллик парда ёки терига босиб музлатиб оғриқсизлантириш усули, бугунги кунда аппликацион анестезия учун таклиф қилинган оғриқсизлантирувчи воситалар билан рақобат қила олмайди.

Инстилляцион анестезия (оғриқсизлантирувчи эритмани томчилаб киритиш усули), С.Н. Вайсблат томонидан тавсия этилган. Бу усул стоматологияда ўз ўрнини топмади, фақат офтальмология ва отоларингология амалиётида қўлланилади. Шунинг учун, мазкур усул хирургик стоматология ва юз-жағ хирургиясида қўлланиладиган маҳаллий оғриқсизлантиришнинг замонавий классификациясида йўқ. А.В Вишневскийнинг ўрмаловчи инфильтрат усули жарроҳлик стоматологиясида қўлланилишига кўрсатмалар катталарда ҳам болаларда ҳам чекланган. У катталарда қўлланилиши лозим бўлган ҳолатларда, болалар амалиётида наркоз ўтказилади. Юқорида айтилганларни инобатга олиб, болаларда қўлланиладиган маҳаллий оғриқсизлантириш турларининг классификациясини қуйидаги кўринишда ифодалаш мақсадга мувофиқ (чизма 1).

Маҳаллий оғриқсизлантириш



Чизма 1. Болаларда қўлланиладиган маҳаллий оғриқсизлантириш турлари таснифи

Ўтган асрнинг 50-60 йилларида стоматологик беморларни поликлиника ёки стационар шароитларида операцияга седатив тайёрлашни кўзда тутувчи потенциалланган (кучайтирилган) оғриқсизлантиришни Ю.И. Бернадский, Е.Д.

Покотило ва Л.К. Банная таклиф қилганлар. Шу мақсадда болаларга 2% хлоралгидрат хукналарини, катталарга аминазин, андаксин ёки мепробамат дориларини асосий даволаш воситаси сифатида қўллашни тавсия этганлар. Умумий оғриқсизлантириш эндигина жорий этилаётган ва кўпгина клиникалар ҳали етарлича керакли асбоб ва ускуналар билан таъминланмаган вақтда маҳаллий потенцияланган оғриқсизлантириш ўзининг ижобий ролини ўйнади. Ҳозирги вақтда бундай схемалар замонавий маҳаллий ва умумий оғриқсизлантириш усуллари билан рақобат қила олмайди.

Аппликацион оғриқсизлантириш

Бу усул тўқималарнинг юқори қатламлари (шиллик парда, тери)га анестетикни тампон билан бостириш ёки спрей сепиб оғриқсизлантиришни кўзда тутлади. Шиллик парда, терига караганда анча яхши оғриқсизлантирилади. Шу мақсадда болаларда шафтоли мойидаги 5-20% анестезин эритмаси қўлланилар эди. Ҳозирда замонавий гель, малҳам дорилар қўлланилади (масалан, перилен-ультра, ксилонол-гель, инстила-гель, пиромекаин 1-2% эритмаси ёки 5% малҳамли), хап дорилар (облаткалар) анестезия учун (Anaesthetic tabs), стоматологик фирмалар мева-резаворлар ҳиди билан бойитилган турли препаратлар чиқарадилар (“Septodont“, “ESPE” ва ш.к.).

Анестезиянинг аппликацион усулига кўрсатмалар: инъекцион анестезия олдидан, игна санчиш жойини оғриқсизлантириш; одатда милқда юза жойлашган шиллик ости абсцессларини кесиш.

Айрим муаллифларнинг вақтинчалик тишларни олиб ташлаш учун аппликацион оғриқсизлантиришдан фойдаланиш ҳақидаги тавсияларига амал қилиш қийин. Тиш, маълумки, хатто илдизлари физиологик сўрилиш босқичида турса ҳам, айлана боғлам периодонт тўқималари ва нерв-томир боғлами билан бирлашган. Периодонт тўқимасини аппликацион анестезия ёрдамида самарали оғриқсизлантириб бўлмайди, шунинг учун қимирлаб турган тишни ҳам оғриқсиз олиш мумкин эмас. Барча йўналишларда қимирлаётган, фақатгина циркуляр боғлам толаларида ушланиб турган тишни эса ота-оналар, боланинг ўзи ўйнаб, оғриқсизлантиришсиз олиб ташлаши мумкин.

Сурункали перикоронарит билан зарарланган “капюшон” кесилиши вақтида бу анестезияни қўллаш тавсия этилмайди, чунки тўқималарда оғриқсизлантириш етарли бўлмаганлиги сабабли операцияни тўлиқ ҳажмда бажариб бўлмайди. Жағлар синишида, шиналар ёки каппалар қўйишдан олдин аппликацион анестезиясидан фойдаланиш ҳам хато ҳисобланади. Милклар ва шиллик парда сезиш кабилиятини йўқотса, технологик жиҳатдан нотўғри тайёрланган шиналардан ҳосил булган ҳаддан зиёд (ортиқча) босимни милк сезмайди ва кейинчалик милкларда, жарроҳатдан яллиғланиш жараёнининг авж олиши (генерализацияси)га сабаб бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, ҳамма ҳолатларда ҳам самарали оғриқсизлантиришга эришиб бўлмаслиги боис болалар хирургик стоматологиясида аппликацион оғриқсизлантиришни қўллашга кўрсатмалар чегараланган ва уларни кенг ишлатишга эҳтиёж йўқ.

Шиллик парда ва терини аппликацион усулда оғриқсизлантиришга кўрсатмалар бўлса 10% лидокаин эритмаси, Xylonor spray, Peryl-spray (спрей билан) ишлатилади. Бундай юқори концентрацияли анестетиклар шикастланмаган шиллик пардада қўлланилиши мумкин эканлигини ёдда тутиш керак. Айрим ҳолатларда аллергик реакциялар кузатилиши мумкин.

Инфильтрацион оғриқсизлантириш

1880 йилда В.К. Анреп “Кокаиннинг физиологик таъсири ҳақида” олиб борган изланишлари хулосаларини нашр қилди. А.В.Орлов 1887 йилда “Хлорид кислотали кокаиннинг маҳаллий анестезияси ҳақида бир неча сўз” мақоласида, биринчи бўлиб, инфилтрацион анестезияни маҳаллий оғриқсизлантириш усули сифатида таклиф этди.

Инфильтрацион оғриқсизлантиришда анестезияловчи эритма тўқима ичига киритилади, тўқимага сингиб, шу жойдаги нерв толалари ва тугунларини блокада қилиши кўзда тутилади. Ривожланаётган патологик жараён ва оператив аралашув ўтказиладиган жойга нисбатан инфилтрацион анестезиянинг фокал ва перифокал усуллари ишлатилади.

Фокал инфилтрацион анестезия усулида эритма бевосита аралашув амалга ошириладиган жойга киритилади. Масалан, фиброма ёки лунж шиллик пардаси папилломалари қесиб олинаётганда, анестетик модда тахмин қилинаётган кесмалар соҳасига киритилади.

Перифокал инфилтрацион анестезия усулида анестетик модда хирургик аралашув ўтказиладиган соҳага эмас, балки ундан ташқари (атроф)га киритилади. Бундай анестезияни ўтказувчан оғриқсизлантиришдан фарқлаш керак, унда ҳам анестетик аралашув ёки шикастланиш соҳасидан ташқарига киритилади, бироқ бунда асосий (магистрал) толани ёки бир неча нерв толаларини оғриқсизлантириш назарда тутилади. Болаларда инфилтрацион анестезия учун одатда маҳаллий анестетик моддаларнинг 0,25%, 0,5% эритмалари қўлланилади (катталарнинг ярим дозаси). Айрим ҳолатларда эритма концентрацияси (1%гача) кўтарилиши ҳисобига (мувофиқ тарзда) киритиладиган анестетик модда ҳажмининг миқдори камайтирилади.

Стоматологияда болалар ёши қуйидаги даврларга ажратилади: I- тишсиз жағлар даври (1-кундан 6-ойгача); II – вақтинчалик тишлар пайдо бўлиши давр (6-ойдан 2-ёшгача); III - вақтинчалик тишлар даври (2-дан 6-ёшгача); IV-тишлар алмашиши – алмашли тишлар даври-(6-12 ёш); V – доимий тишлар даври (12-15 ёш).

Болалар ёши даврларини ҳисобга олган ҳолда инфилтрацион оғриқсизлантириш усулини қўллашга кўрсатмалар қуйидагича:

- **I даврда** – альвеоляр ўсикнинг фронтал кисмида жойлашган, кичикроқ ўлчамдаги туғма шишусмаларни (кўпинча фибромалар): тил ва лунжлардаги папилломани олиб ташлаш, тил узангисини узайтириш, юзнинг юмшоқ тўқималари ва оғиз бўшлиғи аъзоларининг травматик жарроҳатларига хирургик ишлов бериш; сут бериш вақтида кўкрак сўрғичини шикастловчи туғма кесувчи тишларни олиб ташлаш.

- **II даврда** – юз ва оғиз бўшлиғидаги безарар ўсмаларни, кичик ўсмасимон шишларни олиб ташлаш, юқори ва пастки жағлардаги тишларни

даволаш, оғиз бўшлиғининг нуқсонсиз, узоқ давом этмайдиган, умумий оғриқсизлантиришга эҳтиёж бўлмаган жарроҳатларига хирургик ишлов бериш.

- **III даврда** – юқори ва пастки жағлардаги вақтинчалик тишларни олиш, юзнинг юмшоқ тўқималари ва оғиз бўшлиғи тўқималарининг кичикроқ ўсмаларини олиш; юқори ва пастки лабларнинг узангисини узайтириш; юзнинг юмшоқ тўқималари ва оғиз бўшлиғининг кичикроқ жарроҳатларига хирургик ишлов бериш.

- **IV даврда** – юқори ва пастки жағлардаги вақтинчалик тишларни, юқори жағдаги доимий кесувчи тишларни, папиллома, фибромани олиш; юз ва оғиз бўшлиғининг ретенцион кисталарини хирургик даволаш; юмшоқ тўқималар жарроҳатларига хирургик ишлов бериш; ўтказувчан анестезиядан аввал қўшимча оғриқсизлантириш.

- **V даврда** – юз соҳаси юмшоқ тўқималарининг кичикроқ жарроҳатларига хирургик ишлов бериш, кичикроқ ўсма ва ўсмасимон ҳосилаларни олиш; перифокал инфилтратион анестезия билан оғиз бўшлиғи ва юз-жағ соҳаси абсцессларини очиш; ўсмалар ва ўсмасимон ҳосилаларнинг диагностик пункциялари; юмшоқ тўқималар ўсмаларининг биопсияси; ўтказувчан оғриқсизлантиришдан олдин қўшимча анестезия.

Болаликнинг III ва IV даврларида инфилтратион анестезия аксарият юқори жағдаги вақтинчалик тишларни олишда қўлланилади. Бунга асос: вақтинчалик ва доимий тишлар куртакларини ўз ичига қамраб олган жағларнинг ғовак қисмида органик моддалар устун туради, суяк каналчалари вақтинчалик тишларнинг периодонтал оралиқлари кенг. Бу хусусиятлар суяк ва периодонтга анестезияловчи эритманинг яхши сўрилишига шаронт яратади, тиш олиш ва альвеоляр ўсиқдаги оператив аралашувларни оғриқсиз ўтказиш имконини беради.

Юмшоқ тўқималарни оғриқсизлантириш учун инфилтратион анестезия қуйидагича бажарилади: шиллиқ парда ёки тери (олдин ўтказилган аппликацион анестезиядан сўнг) юзасига нисбатан кичикроқ бурчак остида тўқимага игна суқилиб; киритиш билан аста секин эритма, режалаштирилган жарроҳлик аралашуви соҳасига юборилади ва инфилтратция қилинади.

Тишлар олинаётганда кўпинча плексуал анестезиядан фойдаланилади. Уни амалга ошириш техникаси куйидагича: юқори жағда ўтув бурмаси соҳасидан бироз юқорига, пастки жағда эса пастроққа игна санчилади ва суяккача киритилади ва 0,3 мл эритма юборилади. Тўқимадан игна чиқариб олинганидан сўнг, юмшоқ тўқималарни тампон билан суякка босиб кўйиш керак, бу анестезияловчи эритмани яхшироқ шимилишига ёрдам беради. Бундай анестезияни баъзан милк инфльтрацияси деб аташади.

Болаларда сут тишини олаётганда оғриқсизлантирувчи моддани тишнинг икки томонидан тишлараро сўрғичига киритиб, сўрғичли анестезияни ўтказиш мумкин. (тишлараро сўрғичлар соҳасидаги суяк ғовак тўқимасига анестетик модда яхши шимилади). Бироқ бундай (интралигаментар) анестезия кам қўлланилади, чунки анестетик эритмаси сўрғичга ёки боғламга киритилаётганда қаттиқ оғриқ беради.

Суяк ичи инфльтрацион оғриқсизлантириш усулидан кўпроқ биринчи уч гуруҳ ёшидаги болаларда ўтказиладиган хирургик аралашувларда фойдаланиш тавсия этилади. Сўрғичли анестезия ўтказилаётганда, игнани суякка чуқур киритилсагина, самарали суяк ичи анестезиясига эришиш мумкин. Анестезия бажарилаётганда, игна олинаётган тишдан дистал тишлараро сўрғичларга суқилади ва пардадеворга босим остида анестезияловчи эритма киритилади. Анестезияловчи эритма альвеоляр ўсиқнинг ғовак моддаси ва периодонт тўқималарига ўтиб боради. Баъзан бундай анестезия ўтказилганда, эритма шу даражада суякка кириб борадики, пастки жағ каналидаги пастки альвеоляр нерв толасигача етиб боради, ва мандибуляр (ўтказувчан) анестезия амалга ошади. Болаларда суяк ичи анестезиясини ўтказиш учун калта, (йўғон) бақувват игна, пластмасса ёки металл шприцдан фойдаланган яхши, (эритмани юқори босимда киритаётганда шиша шприц ёрилиши ва хирург кўлининг жарроҳатланишига олиб келиши мумкин). Суяк ичи анестезиясидан II ва IV гуруҳ ёшидаги болаларда тишлар олинаётганда фойдаланиш мумкин.

Инфльтрацион оғриқсизлантириш

Ўтказилишидаги асоратлар

Умумий асоратлар

Хушсизлик – (syncope) тўсатдан онгнинг қисқа муддатли бузилиши, бош мия кислород билан таъминланишининг вақтинчалик танқислиги, юракка қон келишининг кескин камайиши туфайли юзага келади. Келиб чиқиш сабабига кўра нейроген ва соматоген хушсизлик ҳолатлари фарқланади. Болаларда нейроген хушсизликларни келтириб чиқарадиган омиллар - турли эмоционал ҳолатлар (игна санчилганда ёки турли муолажа ва хирургик аралашув вақтида, оғриқ пайдо бўлиши, врачлардан кучли кўрқув) ҳисобланади. Соматоген хушсизлик периферик томирлар (артериялар) тонусининг пасайиши (инфекция, токсинлар билан захарланиш, аллергия реакциялар, иситмадан қизиб кетиш ва х.к.) билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Шикоятлар. Бола ёки ота-онаси унинг умумий ҳолати ёмонлашганлиги ҳақида врачни огоҳлантиришга ҳам улгурмайдилар. Синчковлик билан эътибор берилса врач ранги оқараётган боланинг кўнгил айланиши, қорнида оғриқ қулоқларида шовқин пайдо бўлганлигини, сўраб билиб хушсизлик бошланаётганлигини аниқлай олади.

Хушсизликнинг клиник манзараси уч босқичдан ташкил топади: ноҳушлик аломатлари, хушсизлик ва тикланиш босқичидан.

Ноҳушлик босқичи аломатлари ҳолсизлик, кўнгил айланиши, қоринда оғриқ ва юракда ноҳуш ҳиссиёт, бошланади. Қулоқларда шовқин пайдо бўлади, лаблар, қовоқлар, кўллар ва оёқлар увишади. Кейинчалик бу ҳолат кучайиб боради ва хушсизлик босқичи симптомлари юзага келади. Тери ва лабларда кескин рангпарлик пайдо бўлади, мушаклар тонуси пасаяди, натижада, бола (агар турган бўлса) йиқилади ёки “ўтириб” қолади, ва ҳушидан кетади. Ҳушдан кетган бола қимирламасдан ётади, кўзлари очиқ бўлади, қорачиқлар (кўпинча) кенгайган, кўз шох пардаси рефлекслари сақланган, нафас олиши секин, пульс кучсиз. Хушсизлик ҳолати бир неча секунддан 1-1,5 мин.гача давом этади. Ҳушига келгандан кейин бола ориентация олади, қаерда турганлигини ва ҳаттоки, нима сабабдан бу ҳолатга тушганлиги (кўрқув ва ш.к.)ни эслайди.

Тикланиш босқичида ҳолсизлик, бўшашиш, бош оғриғи кузатилади, бироқ бола тўлиқ ҳушида, бўлиб врач ва, ота-онаси билан мулоқотга кира олади. Ҳаракатлари қатъиятсиз, тери ва, шиллиқ пардалар оқарган ёки цианотик бўлиши мумкин

Даволаш:

бола дархол горизонтал ҳолатда ётқизилади, (оёқлари бошидан юқориқроқ) бошмиёда қон айланишининг тикланишига ёрдам қилинади;

бола тоза ҳаводан нафас олиши таъминланади;

новшадил спиртини болага хидлатиб чуқурроқ нафас олдирилади ва чаккаларига ишқаланилади.

Бу тадбирларни ўтказиш болани ҳушига келтириш учун кифоя қилади.

Бола ҳушига келганидан кейин 1-2 соат шифокор назорати остида ётиши керак. Шу вақт давомида унинг умумий ҳолатини кузатиш артериал босимини ўлчаб пульсини санаб туриш керак. Нафас олиш, юрак-қон томир тизимлари фаолияти бузилган, узоқ муддат ҳушсиз бўлган, ҳолатларда беморни госпитализация қилиш мақсадга мувофиқдир.

Оғриқсизлантирувчи модда таъсирига анафилактик реакция.

Хирургик аралашув вақтида қўлланиладиган анестетиклардан новокаинга анафилактик реакция пайдо бўлади, шунинг учун болаларда бу анестетикдан бошқа имконият йўқ вақтлардагина фойдаланиш мумкин. Реакциянинг асосида Артюс-Сахаров феномени ётади яъни – зудлик билан юзага келадиган турдаги гиперергик анафилактик реакция ривожланиб, анафилактик шок билан тугайди деб ҳисобланади. Антиген-антитело мажмуасининг пайдо бўлиши биологик фаол моддалар (гистамин, серотонин, брадикинин)нинг, ҳаддан ташқари кўпайишига олиб келади ва микроциркуляциянинг бузилишини келтириб чиқаради, томирлар ўтказувчанлиги ошади, силлиқ мускулатуранинг қисқариши, периферик томирларда қон йиғилиб қолишини вужудга келтиради. Бундай ўзгаришлар натижасида юқори нафас йўллари ва юз тўқималарининг тез ортиб борадиган шиш (солқиши), нафас олиш қийинлашиши, овознинг хирриллаши, юз ва бўйин

соҳасида қизил доғлар, билакнинг ички қисмларида тери қичиши, безовталиқ ва қўрқув билан намоён бўлади. Шошилиқ равишда малакали ёрдам кўрсатилмаса, бундай ҳолат ўлим билан тугалланиши мумкин.

Қоллақ - бу юрак фаолиятининг кескин сусайиб кетиши ва томирлар тонусининг етишмовчилигидан келиб чиқадиган ҳолат. Қон томирлар тонусини пасайиши натижасида ва периферик томирларда қон йиғилиб, депо ҳосил қилиши туфайли циркуляциядаги қон ҳажми камаяди, артериал ва веноз босимнинг кескин пасайиши кузатилади, бош миянинг гипоксияси белгилари ва организмнинг ҳаёт учун муҳим бўлган функцияларининг сусайиши билан намоён бўлади.

Даволаш. Бундай ҳолат кечиктириб бўлмас тадбирларни - юрак фаолиятини яхшилайдиган, периферик томирлар дилатациясини бартараф этувчи дориларни киритиш; ҳамда симптоматик терапия ўтказишни талаб қилади. Агар стоматологик аралашув зарур бўлмаса, уни маълум муддатга кечиктириш лозим, турли ҳамроҳ касалликлари бўлган болаларга диққат-эътибор бериш зарур. Бундай болага ёрдам педиатр билан биргаликда ёки асосий касаллик бўйича соҳа мутахассиси билан биргаликда ўтказилса бўлади.

Анафилактик шок - организмнинг ўткир умумлашган ўзига хос аллергия жавоб реакцияси бўлиб, хатарли симптомлар мажмуасидир тўқималар даражасида гемодинамиканинг декомпенсацияланган бузилиши билан кечиши. Мумкин “шок” атамаси йиғма ҳарактерга эга бўлиб, беморнинг фақатгина оғир ҳолатини, патофизиологик ўзгаришлар изчиллиги ва уларнинг компенсация даражасини таъкидлайди. “шок”ни юзага келтирган омил хусусан анестетик модда юрак, томирлар, қоннинг реологик хусусиятлари ва тўқима ҳужайраларига турлича таъсир этади.

Пайдо бўлиш механизми ва клиник белгиларига асосланиб шокнинг қуйидаги шакллари ажратилар:

гиповолемик (геморрагик, травматик, дегидратацион);

анафилактик;

кардиоген;

инфекцион-токсик.

Организмга антиген тушгандан сўнг, патофизиологик жараёнлар бошланади: микроциркуляция бузилиб, қон босими пасаяди, портал тизимда қон тўпланиб, ҳиқилдоқ, ўпка ва мия соҳаларида солқиш ривожланади. Шунингдек бронхоспазм юзага келади.

Ота-онаси ёки боланинг ўзи анестетик киритилган юмшоқ тўқималарда оғриқлар, кейинчалик эса – оғиз атрофидан бошланиб; юз, бўйин, кўл-оёқлар терисигача тарқалган қичишишга, кўнгил айниши, аксириш, қорин оғриғи, томоқ бўғилиши, кўкрак оғриши, нафас олиш оғирлигига шикоят киладилар. Шок симптомлари зудлик билан ривожланади, баъзан болалар врачни ўз ҳолати ҳақида огоҳлантириб улгурмайдилар.

Клиник манзараси. Анафилактик шокнинг биринчи клиник симптомлари пайдо бўлиши ва оғирлиги одатда аллерген билан контакт вақти (экспозицияси)га нисбатан тўғри пропорционал бўлади. Дастлаб юз териси, оғиз шиллик пардасининг ранги оқариб, шишиб қолади. Пульс тез лашади, томирлар тонуси тушиб, артериал босим пасаяди. Клоник тиришишлар, ғайриихтиёрий сийиш ва дефекация, ҳушидан кетиш кузатилиши мумкин. Симптомларнинг қай даражада яққол намоён булишига кура анафилактик шокнинг қуйидаги клиник шакллари фарқланади:

1 – респиратор – ҳиқилдоқнинг қисилиши (стридор) товуш йўлининг қисқариши (ларингоспазм) бронхнинг сиқилиши (бронхоспазм) бурун йўллари битиб ринит билан кечади.

2 – дерматоген - тери қичиши, уртикар, тўқималарнинг ангионевротик шиши, биллакнинг букилиш юзаларида ва кўкрак қафасининг олд қисми терисида гиперемия соҳаларининг пайдо бўлиши хос;

3 – васкуляр – юрак-қон томир тизими фаолиятининг бузилишлари (тахикардия, гипотензия, аритмия, юрак товушлари бўғиқлиги) устун туради;

4 – абдоминал – қоринда спастик оғриқ пайдо бўлиши, қусиш, диарея кузатилади.

Даволаш. Анафилактик шок ҳолати юзага келганда шошилишч ёрдам қуйидаги изчил амалларни ўз ичига олади:

шок сабабчиси бўлган препаратни киритишни тўхтатиш;

болани ёнбошлатиб ётқишиш, (қусиқ массалари туфайли аспирацион асфиксия юзага келишининг олдини олиш), дислокацион асфиксия хавфи бўлса, – тилдан ип ўтказиб, ташқарига тортиб маҳкамлаш;

препарат инъекция қилинган соҳа атрофига 0,1% адреналин ёки 1% мезатон эритмаси (0,2-0,5 мл) ва тери остига тана массасига нисбатан 0,01 мл/кг миқдорида юборилади;

Боланинг умумий ҳолати бирозгина ўзгариб терида касаллик белгилари намоён бўлганда, мушак орасига антигистамин (димедрол, супрастин 1 мл/кг; циметидин 5 мл/кг, ранитидин 1 мл/кг) дорилар қилинади;

кортикостероидларни қўллаш, ваҳолонки улар шокдан чиқарувчи препарат ҳисобланмасалар ҳам, бироқ уларнинг антиаллергик, антитоксик, антигистамин таъсири шок асоратларини бартараф этади. Шунинг учун бирданига мушак ичига гидрокортизон (4-8 мг/кг) ёки томир ичига 3% преднизолон эритмаси (0,1-0,2 мг/кг) ёки метилпреднизолон (20-40 мг) юбориш лозим;

анафилактик шок қаерда пайдо бўлганлигидан қатъий назар, бола педиатрик клиникага ёки юз-жағ жарроҳлиги бўлимига, интенсив даво ўтказиш учун госпитализация қилинади.

Стационар шароитида бошланган медикаментоз даво беморнинг умумий ҳолатини ҳисобга олган ҳолда давом эттирилади. Шокнинг умумий симптоматикаси сақланиб, қон босим паст бўлса, вена ичига 0,01% адреналин гидрохлорид эритмаси такроран, плазма ўрнини босувчи эритмалар қуйилади, натрий хлориднинг изотоник эритмаси (15 мл/кг мин.). Бронхоспазмда ёки нафас олишнинг бошқа бузилишларида – эуфиллин 5-7 мл/кг 20 мл натрий хлориднинг изотоник эритмаси, юрак заифлигида - глюкагон (0,225 мг/кг), юрак гликозидлари (строфантин ёшига монанд дозаларда) юборилади.

Анестетикларга сезучанликни аниқлаш учун қатор синама реакциялар мавжуд. Энг кенг тарқалган синама – тери ичига юбориш. У қуйидагича

ўтказилади: билакнинг букилувчи юзасидаги тери ичига 0,1 мл изотоник эритма киритилади. Кейин, шу жойдан 10 см.. масофада (пастроқ), тери ичига 0,1 мл 0,1% анестетик эритмаси киритилади. Анестетикка организмнинг реакцияси 10-15 мин. ўтгандан кейин баҳоланади, анестетик ва изотоник эритма киритилган соҳаларни бир бири билан қиёслаб кўрилади. Кўпинча изотоник эритмани тери ичига киритиш гиперемия участкаси пайдо бўлиши билан тугайди, шунинг учун ундан назорат учун фойдаланидилар.

Анестетик модда киритилган жойдаги терининг гиперемияси диаметри изотоник эритмадан ҳосил бўлган гиперемия участкаси билан қиёслаб солиштирилганда, диаметри 10 мм ошса, проба мусбат ҳисобланади ва бу анестетикни қўллаш мумкин эмас деган хулоса қилинади. Анестетикдан ҳосил бўлган гиперемия диаметри 8-9 мм ташкил этганда ҳам, ушбу моддани мазкур беморга ишлатиш мумкин эмас. Бундай ҳолатда анестетикни алмаштириш ёки вақтинча режали оператив аралашувдан воз кечиш зарур. Агар аралашув ҳаётий кўрсатмаларга кўра ўтказилаётган бўлса, бошқа анестетик моддаси бўлмаса, умумий оғриқсизлантиришни эса таъминлаш имкони бўлмаса, антигистамин дори воситаларини юбориб, юқорида айтиб ўтилган тез ёрдам препаратлари мажмуини тайёрлаб, анестезияловчи эритмани жуда паст концентрацияларда киритиб, биологик пробани ўтказиб, кейингина керакли микдорда юбориш мумкин. Бу, сўзсиз, хатарли.

Маҳаллий асоратлар

Инфильтрацион анестезия ўтказилиши билан боғлиқ бўлган маҳаллий асоратлар орасида – тўқималарга инфекция киритилиши. Кўп учрайди у кўпинча оғриқсизлантириш оғиз ичидан ўтказилганида кузатилади. Бунинг профилактикаси стерил шприцлар, игналар ва анестезияловчи эритмалардан фойдаланиш ҳисобланади. Тери томондан анестезия қилинганда инъекция жойи антисептиклардан бири ёки Люголь эритмаси билан пухта тозаланиши зарур. Болаларда бу қоидага қаттиқ амал қилиниши шарт, бироқ, турли сабаблар (турмуш даражаси ва ота-оналар салоҳияти ва ш.к.)га кўра улар шахсий гигиена

қоидаларига ҳамиша ҳам амал қилмайдилар. Инъекция жойига бирор антисептик эритма билан ишлов бериш лозим. Шиллик парда томонидан анестезия ўтказилганда ҳам оғиз бўшлиғи аъзолари гигиеник ҳолатини ва мазкур аралашув қандай касаллик билан боғлиқлигини инобатга олиш керак. Оғизни антисептик эритма билан чайишнинг ўзи кифоя қилади ёки (агар бола кичик ёшда бўлса) инъекция жойига антисептик билан хўлланган тампон ёрдамида ишлов бериш лозим.

Инфилтрацион анестезиянинг баъзи маҳаллий асоратлари ўтказувчан оғриқсизлантириш усулида ҳам кузатилади. Шу боис улар ҳақида – мувофиқ бўлимларда батафсил маълумот берилади..

Инфилтрацион анестезиянинг афзалликлари ва камчиликлари

Инфилтрацион анестезия ўтказувчан оғриқсизлантириш усули билан солиштирилганда қуйидаги афзалликларга эга:

- оғриқсизлантиришнинг тез бошланиши;
- анестезияловчи моддаларнинг кичик концентрацияларда қўлланилиши, уларнинг оғриқсизлантириш хусуситларини сақлаган ҳолда токсиклигини камайтиради.
- тўқима кесилганда оғриқсизлантирувчи эритманинг қисман ярага чиқиши, организмга суриладиган анестетикнинг умумий миқдорини камайтиради;
- тўқималарнинг анестетик модда билан инфилтрацияси уларнинг ҳажмини, таранглигини ошириб турли аралашувларнинг бажарилишини енгиллаштиради;
- анестетик моддага қон томирини торайтирувчи моддалар (вазоконстрикторлар)ни қўшилиши кесилган тўқималарга гемостатик таъсир қилади;
- хирург нерв толаларининг бош суягидан чиқиши, юз юмшоқ тўқималарида тарқалиши (анатомияси)ни инобатга олишга зарурат йўқ.

Инфилтрацион анестезия усулининг айрим *камчиликлари ҳам мавжуд*:

анестетик имбибицияси тўқималар конфигурацияси ҳамда ўлчамини ўзгартиради ва маҳаллий пластик операциялар ўтказилишини мураккаблаштиради;

инфильтрациядан сўнг, тўқималар рангини ўзгартириб уларнинг нормал ва патологик ўзгарган қисмларини ажрата олишни қийинлаштиради;

яллиғланиш ўчоғида оғриқсизлантирувчи эритма инактивацияси натижасида тўқима ичида босим кўпайишидан оғриқ янада кучаяди (хатто перифокал усулда киритилган ҳолда ҳам);

юз скелети суякларида адекват равишда аралашувлар ўтказиш имконияти чекланган.

Таъкидлаш жоизки, кўзланган оғриқсизлантиришга тўлиқ эришиш учун, ҳар қандай даволаш тури каби, анестезиянинг усули тўғри танланган бўлиши, кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар таҳлили ҳисобга олиниши катта аҳамият касб этади.

Болаларда ўтказувчан оғриқсизлантириш ўтказиш принциплари

1. Ўтказувчан оғриқсизлантириш 6-15 ёшлардаги болаларда юқори жағдаги доимий тишлар, пастки жағдаги сут ва доимий тишлар олинганда, шунингдек – пастки жағда турли жарроҳлик аралашувлари ўтказиш учун қўлланилади.

2. Болаларда марказий ўтказувчан анестезия усуллари фақат фавқулодда ҳолатлардагина ўтказилади.

3. Жағ суякларининг ўсиш жараёни давомида, улардаги анатомик тузилма (эгат, чуқурча, дунглик, тешик, қирралар ва ҳ.к.)нинг жойлашиши ўзгаради ва аксарият куйидаги қонуниятларга эга ():

- юқори жағда – кўз ости тешиги, кўз косасининг остки четидан пастга бола ёшига кўра: 6 дан 12 ёшгача – 1-2 мм га, 13 дан 15ёшгача – 4-5 мм гача “силжийди”;

- юқори жағ дўнглиги участкасида орқа юқори альвеоляр толалар чиқиш жойи ҳам пастга силжиш тенденциясига эга ва катта ёш гуруҳидаги болаларда қарийб альвеоляр ўсиққа яқин жойлашади;

- курак тишлар тешиги (foramen incisium) альвеоляр ўсикдан марказий тишлар чизиги бўйича ортга томон кўчишга мойил бўлади;

- танглайнинг катта тешиги жойлашиши қаттиқ ва юмшоқ танглай чегараси йўналишидан бироз орқага силжийди;

- пастки жағ тешиги f.mandibulae боланинг ёши катталашган сайин юқорига “силжийди”, энгак тешиги эса – тишларнинг вақтинчалик окклюзиясида биринчи ва иккинчи молярлар, доимий тишламда эса премолярларнинг ўртасида жойлашади.

4. IV гуруҳ ёшидаги (6-12 ёш) болаларда периферик ўтказувчан анестезия ўтказилаётганда, игнани жағ суяги каналларига киритиш шарт эмас, анестетик эритмасини тешик атрофига юборилиши кифоя килади.

5. Периферик ўтказувчан (палатиналдан ташқари) анестезия болаларда экстраорал усулда бажарилгани маъқул, чунки бунда тўқималарга инфекция тушиши эҳтимоли камаяди, инъекцион игнани суяк (суяк пардаси) ва мушак бўйлаб киритиш эҳтиёжи бўлмайди ва қатор асоратларнинг олди олинади; бола боши билан кескин ҳаракат қилгудек бўлса, ёки тўсатдан оғзини беркитса игнанинг оғизга тушиши, тилга санчилиши, ютиб юбориши, нафас йўллариغا кетиб қолиш ҳавфи бўлмайди.

6. Болаларда ўтказувчан анестезияни экстраорал йўл билан ўтказишдан олдин терининг инъекция қилинадиган жойини аппликацион анестезия усули ёрдамида оғриқсизлантириш мақсадга мувофиқдир.

7. Ўтказувчан оғриқсизлантиришдан сўнг, болани назоратсиз қолдириш мумкин эмас, чунки ҳар дақиқа кутилмаган вазият (умумий ва маҳаллий асоратлар, пациентнинг ножоиз ҳатти-ҳаракати ва ш.к.) юзага келиши мумкин.

8. Ўтказувчан анестезия болаларда анестетикнинг 1% эритмаси билан амалга оширилади. Агар анестетикнинг йўриқномасида, эритманинг концентрацияси ва болалар учун дозалари кўрсатилмаган бўлса, бу ҳолатда катталарнинг ярим дозаси юборилади.

9. Ўтказувчан оғриқсизлантиришнинг бошланиш вақти қатор омилларга: эритма концентрацияси, унинг миқдори, керакли соҳага етиб боришига, шу билан

бирга тўқималарнинг ҳолати (чандиқлар, битишмалар, периферик нерв толалари касалликлари)га боғлиқ.

10. Болаларда юзага келиши мумкин бўлган асоратлар туфайли марказий анестезия камдан-кам ҳолатларда амалга оширилади. Бундай анестезия ўтказишдан аввал вазиятни баҳолаш ва бу усулни қўллаш қай даражада ижобий ва салбий таъсирига эга эканлигини ҳисобга олиш ва энг оптимал йўлни танлаш лозим.

Ўтказувчан анестезия техникаси

Ўтказувчан анестезия ўтказилишининг умумий қоидалари:

1. Ўтказувчан анестезиянинг ҳар қандай турини бажаришда игна санчиш нуқтасини ва юбориладиган анестезияни соҳасини аниқ билиш керак.

2. Ўтказувчан оғриқсизлантириш йўли танланганда, игна суяк ва мушаклар бўйлаб ҳаракатланса кўзланган соҳага қисқа масофа билан етиб борадиган услуб афзал эканлигига эътибор бериш керак. Агар танлаш имконияти бўлмаса, игна учига қия кесикни суяк томонга қарата, тутиб эритмани юборган ҳолда аста-секин ичкарига киритилиши лозим. Игна чиқарилаётганда ҳам оз-оздан эритма юбориб орқага ҳарокат қилинади.

3. Ўтказувчан анестезия бажараилаётганда игнанинг канюля билан уланган жойи синиб қолиш эҳтимолини ҳисобга олиб, тўқималарга (0.5-1 см. ташқарида қолдириб) уни охиригача киритмаслик керак.

4. Эритманинг имконият қадар оғриқсизлантирилиши лозим бўлган соҳага яқин киритилиши оғриқсизланиш тез бошланишини таъминлайди.

5. Оғриқсизлантирувчи эритмани тўқималарга секин (1 мл\мин) киритиш керак, акс ҳолда оғриқ пайдо бўлиши, айрим ҳолда трофик ўзгаришлар юзага келиши мумкин.

Юқори жағда ўтказиладиган периферик ўтказувчан анестезия

Юқори жағ тўқималарини оғриқсизлантириш учун: туберал (юқори жағ дўнги), инфраорбитал (кўз косаси ости тешиги), палатинал (танглайнинг катта тешиги), инцизив (курак тишлар тешиги) анестезия усуллари қўлланилади.



1-пастки жағ альвеоляр нерви

2- учламчи (Гассеров) тугуни

3- кўз нерви

4- юқорри жағ нерви

5- қанот танглай тугуни

6-ёноқ нерви

7- кўз ёш нерви ва уни ёноқ нерви билан

боғланиши

8-кўз ёш беши

9- кўз ости каналидаги кўз ости нерви

10- кўз ости тешиги

11- бурун шохлари

12- юқори тиш катаги нервлари (олдинги, ўрта, орқа)

13- юқори лаб шохлари

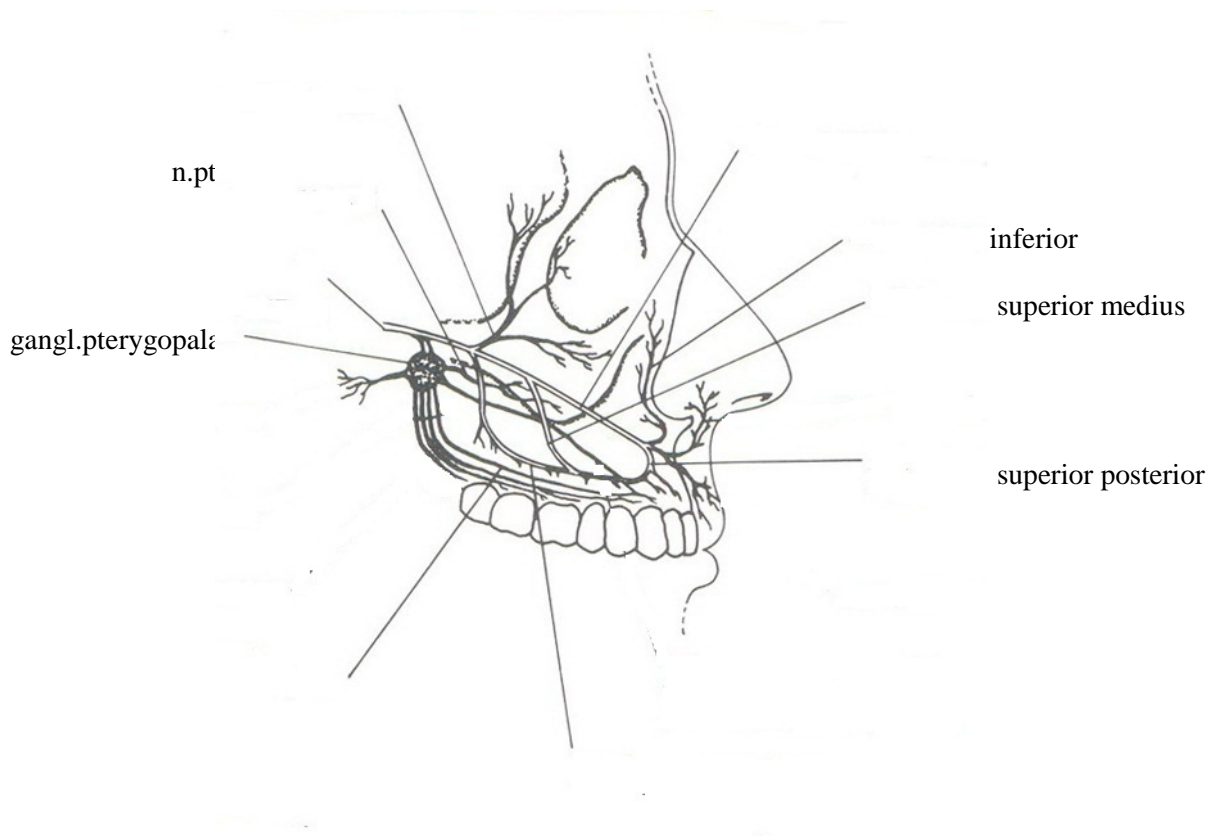
14- юқори тиш тутами

15-юқори тиш шохлари

16- милк юқори шохлари

N.maxillaries понасимон суякнинг катта қанотидаги юмалок тешик (foramen rotundum) орқали канот-танглай чуқури fossa pterigopalatina соҳасига чиқади ва учта шохга бўлинади:

Ёноқ нерви – n. zygomaticus юқори жағ нервдан ажралиши билан кўз косасининг пастки ёриғи орқали кўз косасига киради, унинг ташқи девори бўйлаб бориб икки тармоққа бўлинади. Уларнинг бири ёноқ – юз тармоғи – ramus zygomaticofacialis, ёноқ суягидан шу номдаги тешикдан ташқарига чиқади ва лунж терисини иннервация қилади, иккинчи тармоғи – (ramus zygomaticotemporalis) ёноқ –чакка тармоғи ҳам ўз номидаги тешик орқали ташқарига чиқиб, чакканинг олдинги (юз соҳасига яқин) қисмидаги терини иннервация қилади.



N.maxillariesнинг энг йўғон ва узун шохи n. infraorbitalis бўлиб, унинг тўғридан–тўғри давоми сифатида кўз косасини пастки ёриғи (fissura infraorbitalis)

орқали кўз косасининг ичига киради ва пастки деворидаги *sulcus et canalis infraorbitalis* орқали кўз косасининг пастки деворининг чети остидаги тешик (*foramen infraorbitale*) дан ташқари (юз)га чиқади.

Тешикдан чиқиши биланок майда ва калта шохобчаларга бўлиниб, ғоз панжаси сингари ёйилади (*pen anserinus minor*). Бу шох пастки ковок, юқори лаб ва буруннинг ён деворлари терисини иннервация қилади.

Қанот танглай чуқурчасида, кўз ости нерви, кўз ости ёриғига киришидан олдин (*rami alveolares superiores posteriores*) орқа юқори катакчалар (4-8 толадан ҳосил бўлган) шохчасини беради. Бу орқа юқори альвеоляр нерв толалари юқори жағ дўнгидаги майда тешикчалар (*foramina alveolaria*)лардан жағга кириб, жағ ва альвеоляр ўсикнинг орқа қисмини ҳамда шиллик парда ва тишларни иннервация қилади.

Кўз косаси ичида, кўз косаси канилига киришдан олдин, юқори ўрта катакчалар (альвеоляр) толаларини беради (1-3 тола), улар юқори жағнинг олдинги деворида тармоқланиб альвеоляр ўсикқача борадилар ва альвеоляр ўсикда юқори ўрта альвеоляр чигалнинг – (*plexus dentalis superior*) урта қисмини ҳосил этадилар. Кўз косаси каналидан чиқишдан олдин – олдинги юқори альвеоляр (катакчалар) тармоғини (1-3 тола) беради (*rami alveolares superiores anteriores*). Бу тармоқлар юқори жағ олд деворидан альвеоляр ўсикқа томон олдинги юқори альвеоляр чигалини ҳосил қиладилар. Учта чигал анастомозлар билан қўшилиб –юқори альвеоляр чигал- *plexus dentalis superior* ни ҳосил қиладилар. Бу чигал альвеоляр ўсик ичида, унинг узунаси бўйича тишлар илдизи устидан то юқори жағ бўшлиғи тубигача ёйилади.



Юқори жағ чигалидан қатор тармоқлар ажралади:

А – тишларга (*rami dentales*) тишлар пульпасини иннервация қилади

Б – периодонт ва милкка (*rami periodontalis et rami gingivales*) периодонт ва милкни иннервация қилади.

В – катакча ораликларига, периодонтга ва периостга

Г – юқори жағ бўшлиғи деворлари ва шиллиқ пардасига.

Юқори жағ чигали орқа қисмидан – катта озиқ тишларга

Ўрта қисмидан – қозик тиш ва кичик озиқ тишларга

Олд қисмидан кесув тишларга тармоқлар беради.

Кўз ости нерви тешиқдан юзга чиқиши билан қуйидаги тармоқларни беради:

пастки қовоққа (*rami palpebrales inferiores*);

бурунга ташқи шохлар (*rami nasals externi*);

бурун ичига (*rami nasals interni*);

юқори лабга (rami labials superiores);

Бу тўрттала тармоқ юз нерви толалари билан ўзаро боғланадилар.

Туберал анестезия

Туберал анестезия амалга ошираётганда унинг худуди юқори жағ дўнгида жойлашган тешикчалар ва уларга кираётган нерв толалари ҳисобланади.

Анестезия худудининг ориентирлари болаларда охирги доимий тиш лунж илдизлари учининг проекциясидан 1.2-1.5 см. баландроқ ва ичкарироқ жойлашади. Доимий тиш бўлмаса охирги, вақтинчалик (сут) моляр тишга нисбатан мўлжал олинади.

Анестезияни икки усулда, ташқаридан ва оғиз ичидан бажариш мумкин.

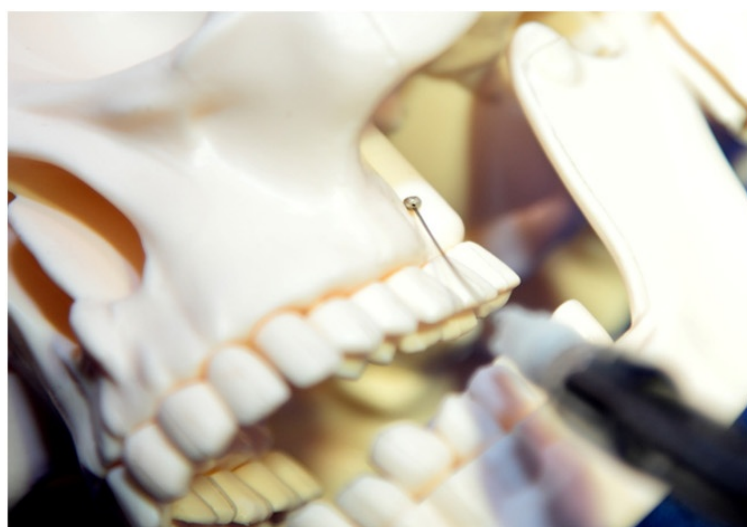
Туберал анестезияни ташқаридан бажариш усули

Болани креслога қулай ўтказиб, боши қарши томонга бурилади. Инъекция жойига антисептиклар билан ишлов берилади. Ёноқ суяги танасини пайпаслаб ёноқ-альвеоляр қиррани – *crista zygomatica alveolaris* – икки бармоқ билан ушлаб устидаги юмшоқ тўқималар пастга ва ёнга сурилади. Игна ёноқ суягининг танаси тагидан 1 см. ёнга силжиб санчилади ва юқори жағ дўнги томон ичкарига киритилади, суякка қадалгани сезилиши билан шприц поршени орқага тортилади. Игна қон томирда эмаслигига ишонч ҳосил қилиниб, 0.5-1.0 мл анестетик юборилади. Игна секин-аста тортиб олингач, шу соҳага тампон қўйиб, суякка босиб 2-3 дақиқа ушлаб турилади. Шу вақт ичида анестетик суякка сўрилади.



Оғиз ичидан туберал анестезия бажариш усули

Болани қулай ўтказиб, оғзини ярим очик ҳолатида шпатель ёки Фаробеф илмоғи ёрдамида юқорига лунж тортилади. Ёноқ-альвеоляр кирра орти, тахминан иккинчи озик тиш илдизи усти, ўтув бурмасидан юқорирокқа, игна (кесигини суякка қаратиб), санчилади ва суяк бўйлаб, юқорига, орқага ва ичкирига узлуксиз анестетик юбориб, анестезия худудига етгунча 1.2-1.5 см. киритилади ва 0.5-1.0 мл эритма юборилади.



Асоратлар ва уларнинг олдини олиш. Туберал анестезия сабабли юзага келиши мумкин бўлган асоратлар: томирлар шикастланиши туфайли гематома пайдо бўлиши, игна синиши, қанотсимон бўшликқа инфекция тушиши ва инъекциядан сўнг абсцесс ҳосил бўлиши мумкин. Сўнгиларининг профилактикаси стерил асбоблар (игналар ва шприцлар)дан фойдаланиш ва инъекция жойларига антисептик ишлов бериш ҳисобланади. Томирларнинг жарроҳатланиш ҳолатлари анестезия ўтказиш қоидаларига риоя қилмаслик оқибатида юзага келади: игна тўқимага киритилаётганда аввал оғриқсизлантирувчи эритма киритилиши ва ҳамisha игна анестетикдан кейин силжиши лозим. Интраорал йўл билан туберал анестезия амалга оширилганда, юқори орқа альвеоляр артериялари, ва юзнинг чуқур вена тизимлари томирларига шикаст етказилиши мумкин. Улар чакка ости ва қанот-танглай чуқурчаларида

жойлашган канотсимон вена чигалларини ҳосил қилиб, бош суягининг ғорсимон ораликлари билан туташади. Игна ҳаракатлари вақтида унинг суяк билан алоқаси узилса веналарни жарроҳатлаши мумкин. Туберал анестезияда игнани суяк бўйлаб киритиш шарти инъекция давомида шприцни қиялаб суриш ва игна йўналишини ўзгартиришни тақазо қилади. Бундай вазиятда игна синиши мумкин. У одатда канюляга яқин синади, шунинг учун игнани тўқимага охири (канюля)гача киритиш мумкин эмас, ташқари 0,5-1 см қисмини. қолдириш керак.

Хирург аксарият туберал анестезия ўтказилаётганда томирлар жарроҳатиланиши билан гематома пайдо бўлганлигини кузатади. Буларнинг олдини олиш учун шприцда қон пайдо бўлганда, анестетик киритишни дарҳол тўхтатиб, игнани орқага тортиш зарур. Агар анестезия муолажаси тугатилмаган бўлса, игнани бироз орқага тортиб олиб, уни қайтадан янги йўналишда киритиб, давом эттириш керак. Одатда, гематоманинг кучайишини тўхтатиб бўлмайди, у шифокор кўз олдида катталашади. Фақат айрим ҳолатлардагина, юмшоқ тўқималарни суякка (камида) 5 мин. босиб туриш натижа беради. Шикастланган томир ва атроф тўқималардаги босим бир хил бўлмагунга қадар шиш катталашиб боради. Одатда, у чакка ости чуқурчасини тўлдиреди ва бирозгина лунжнинг дистал бўлими шаклини ўзгартиради. Бундай асорат, гематома йиринглаши ва қанот-танглай чуқурчасига тарқалиши, ҳамда – калла ораликларига ўтиши билан ҳавфли. Туберал анестезиядан кейин гематома пайдо бўлганида, даволаш учун қиздирувчи ярим спиртли компресслар, мазли боғламлар, ва физиотерапиядан (УВЧ) фойдаланиш мумкин эмас, чунки кўп ҳолатларда улар гематоманинг сўрилишга эмас, аксинча йиринглашига олиб келадилар. Иситувчи куруқ боғлам, 8-10% димексид эритмаси билан компресслар, шунингдек яллиғланишга қарши ва антигистамин препаратлар қўллаш мақсадга мувофиқ булади. Даволаш самарасиз бўлиб, гематоманинг йиринглашига хос бўлган симптомлар пайдо бўлса, кесма ўтказиш (очиш) ва ярани дренажлаш керак.

Кўз ости анестезияси

Уч шохли нервнинг иккинчи шохи n.maxillaris, қанот танглай чуқурчасидан кўз пастки ёриғига ўтиб, куз ости нерви (n. infraorbitalis) номини олади ва кўз косасининг пастки деворидаги эгатчасидан ўтиб, кўз ости каналига киради ва юқори жағнинг олд юзасига кўз ости тешигидан чиқади.

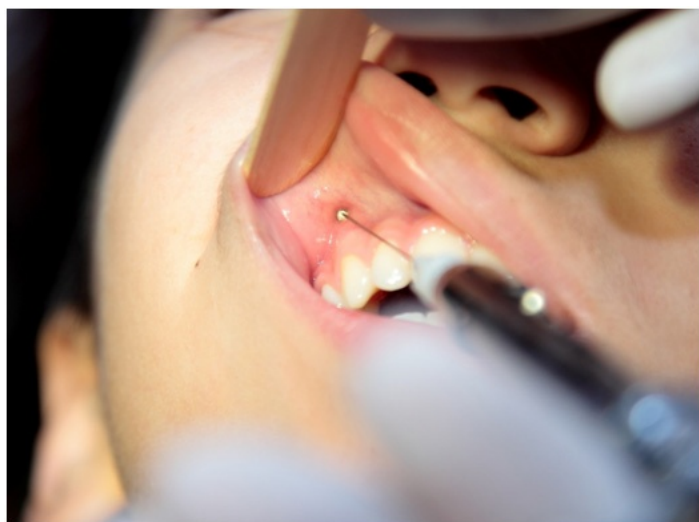
Анестезия худуди кўз ости тешиги атрофи ҳисобланади, 6-15 ёшли болаларда кўзости тешиги, кўз косасининг пастки чети ўртасидан 0,2-0,4 см. пастрокда жойлашади.

Анестезия техникаси. Болаларда оғиз ташқарисидан бажариш усули жуда оддий ва қулай. Чап қўлнинг кўрсаткич бармоғини кўз косаси пастки четининг ўртасига қўйиш керак. Яшил бриллиант эритмаси билан, кўз қорачиғи ўртасидан вертикал чизик ўтказиб, анестезия худуди проекцияси белгиланади. Кейин игна суякка перпендикуляр ҳолатда киритилиб томирга тушмаганлигига ишонч ҳосил қилинади ва 0,5-1 мл оғриқсизлантирувчи эритма юборилади. Бола хирургнинг қўлини туртиб, тасодифан суриб юбормаслиги ва бошқа кутилмаган ҳатти-ҳаракатлари билан игна йўналишини ўзгартирмаслиги учун, анестезия давомида шифокор чап қўлининг кўрсаткич бармоғи кўз косаси пастки даворининг четида туриши керак. Игна чиқариб олинганидан сўнг, эритма киритилган соҳа (юмшоқ тўқималар) тампон билан суякка босиб ушлаб турилади.



Оғиз ичидан бажариш усули. Анестезия ўтказилаётган томонда кенгайтиргич ёрдамида юқори лаб юқorigа ва ташқарига тортилади. Чап қўлнинг кўрсаткич бармоғини (агар инъекция ўнг қўлда бажарилса) кўз косасининг пастки

четига кўйилади. Сут тишлар окклюзиясида игна молярлар орасидан, доимий тишлар окклюзиясида – премолярлар орасидаги ўтув бурмасидан юқорирок санчилади ва пастдан юқорига кўз ости соҳасига чап қўл бармоғи томон тўқимага киритилади. Шприц поршенини орқага тортиб, игна томирга тушмаганлигига ишонч ҳосил қилиб, каналга киритмасдан, тешик атрофига 0,5 мл оғриқсизлантирувчи эритма юбориб, шу жой тампон билан босиб, ушлаб турилади.



Болаларда суяклар зичлиги пастлиги, остеон каналлари кенг эканлиги, суяк таркибида органик моддалар кўплиги, кўзости каналнинг ичи ва оғзи торлиги ҳамда бошқа хусусиятларни назарда тутиб, кўз ости анестезияси ўтказилаётганда, анестетикни каналга киритиш зарурати йўқ. Бундай услубда ўтказилган анестезия жуда самарали ҳисобланади. Доимий кесув, қозик ва премоляр тишлар болаларда камдан-кам олинади, бироқ айнан шундай ҳолатларда юқори жағда амбулатория шароитида ўтказиладиган барча аралашувларда кўз ости анестезиясини оғиздан ташқари усул билан ўтказиш тавсия этилади.

Ёдингизда бўлсин! катталарда кўз ости анестезиясини бажариш техникаси болаларникидан фарқ қилади. Катталарда игна шиллиқ пардага биринчи ва иккинчи кесув тишлар орасидан санчилади ва пастдан юқорига, ичкаридан ташқарига йўналтирилади ва албатта канал ичига киритишни талаб қилади.

Оғриқсизлантириш зонаси: анестезия ўтказилган томоннинг биринчи кесув тиш тожининг ярмидан, доимий иккинчи премолярнинг ярмигача, юқори лаб шиллик пардаси ва лунж оғриқсизлантиради.

Асоратлар. Юқорида келтирилган экстра ва интраорал усулда кўз ости анестезияси ўтказиш хусусиятларини эътиборга олинса кам асоратлар беради. Аммо қуйидагиларни таъкидлаш жоиз:

1) Кўз ости анестезиясидан сўнг, муолажа ўтказилган томонда юқори лаб сезувчанликни йўқотади. Аралашувдан кейин, анестезия таъсири ўтиб кетмасдан, болалар овқат танаввул қилсалар, лабларини тишлаб олишлари ва шу ерда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин;

2) Игна тўқимага киритилаётганда томирларнинг жарроҳатланиши. Бу кўпинча С.И. Вайсблат катталар учун таклиф қилган интраорал классик усул бўйича бажарилганида юзага келиши мумкин, чунки игна тўқималарга чуқур киритилади.

3) Кўз олмаси тўқималарининг жарроҳатланиши. Бу асорат жуда-кам учрайди. Эҳтиётсизлик ва кўпол ҳаракат натижасида юзага келади. Оғиздан ташқари усул ўтказилаётганда игна катта куч билан суякка киритилса (суяк юпка ва ғовак бўлгани учун) кўз косаси пастки деворини тешиб чиқиши мумкин ёки суякдан сирғалиб, кўз косасининг пастки чети орқали ўтиб кўз олмаси тўқималарини шикастлаши мумкин. Ушбу асоратнинг олдини олиш учун доимо чап қўлнинг кўрсаткич бармоғини кўз косасининг пастки четига қўйиб, игна ҳаракатларини назорат қилиш лозим.

4) Анестетик эритмаси кўз косасига киритилиши. Бу асорат ҳам кам учрайди. Белгилари диплопия ва пастки ковокда юмшоқ шиш.

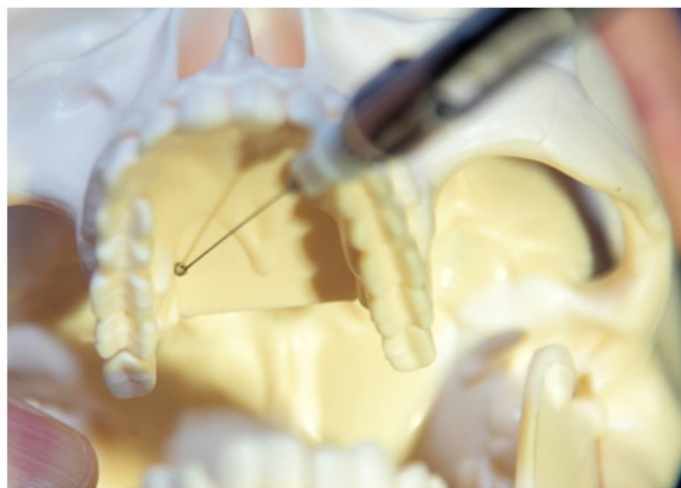
Танглай анестезияси

Юқори жағ нерви (n. maxillaris) думалоқ тешиқдан қанот-танглай чуқурчасига тушиши билан ёноқ толаси (r. zigomaticus)ни бериб, (пастки кўз ёриғига киришдан олдин), қанот танглай тугунига қўшилади ва ундан тармоқлар – кўз толаси, орқа юқори бурун ён толаси, орқа ўрта бурун ён толаси, танглай нерви

ва бурун танглай нерв толалари ажралади. Танглай нервлари қанот-танглай каналидан ўтиб, катта қисми (қаттиқ ва юмшоқ танглай чегарасига очиладиган) катта танглай тешигидан чиқади ва **катта танглай** (n.palatini major) нерви деб аталади. Қолган толалари катта танглай тешиги ортидаги майда тешиклардан чиқиб, **кичик танглай нерви** (n. palatini minor) номини олади. Улар юмшоқ танглайнинг орқа қисмини ва бодом безларини иннервация қилади. Катта танглай тешигидан чиқаётган кон томир нерв тутами альвеоляр ва танглай ўсиқлари орасида ҳосил бўлган эгатчага жойлашади ва қаттиқ танглайда тармоқланиб кетади.

Анестезия худуди – бу катта танглай тешиги. Бу тешик болаларда охириги тиш ўртасидан 1 см. медиал, қаттиқ ва юмшоқ танглай чегарасидан 3-4 мм олдинроқ жойлашади.

Анестезия ўтказиш техникаси. Боланинг боши орқага ташланиб, оғиз катта очилади, 10% лидокаин инъекция соҳасига сепилади ёки суртилади. Анестезия худудидан 1 см. олдинроқ, қия қилиб игна санчилади ва тешик томон киритилиб 0,2-0,4 мл эритма юборилади. Игнани катта танглай тешигидан каналга киритиш зарурати йўқ, чунки канал орқали анестетикнинг қанот-танглай чуқурчасига ўтиши, марказий ўтказувчан анестезия юзага келишига олиб келади.



Оғриқсизлантириш соҳаси - муолажа ўтказилган томон қаттиқ танглайнинг сагиттал чокидан альвеоляр ўсиққача.

Асоратлари: 1. юмшоқ танглай парези. Бу асорат анестезия худуди тўғри

танланмаганида, танглай катта тешиги эмас, балки танглайнинг кичик тешиги атрофига анестетик юборилганда. Кичик танглай тешигидан чиқаётган танглай нерви орқа толалари n. palatinus posterior ва ҳаракатни таъминловчи (юз нервдан n. petrosus superficialis major) оғриқсизлантирувчи эритма таъсири остида сезувчанлиги ва ҳаракатчанлиги бузилиши натижасида юзага келади.

2. Катта танглай тешиги атрофига керагидан зиёд анестетик юборилганда, юмшоқ танглай парезига олиб келиши, натижасида бола безовталаниши, сўлагини юта олмай қолиши кузатилади.

Бу ҳолат қисқа вақт ичида ўтиб кетади, болага бир оз сув ичириб, тинчлантириб қўйиш керак.

3. Қон-томир нерв тутами жарроҳатланиши. Игна санчилган жойидан бир оз вақт қон оқади, шу жойга тампон қўйиб бир неча дақиқа суякка босиб турилса қон кетиши тўхтайд.

4. Қаттиқ танглайда некрозланган соҳа юзага келиши. Бу асорат камдан-кам учрайди. Сабаби анестетик ҳаддан зиёд, катта босим остида ва тез юборилиши.

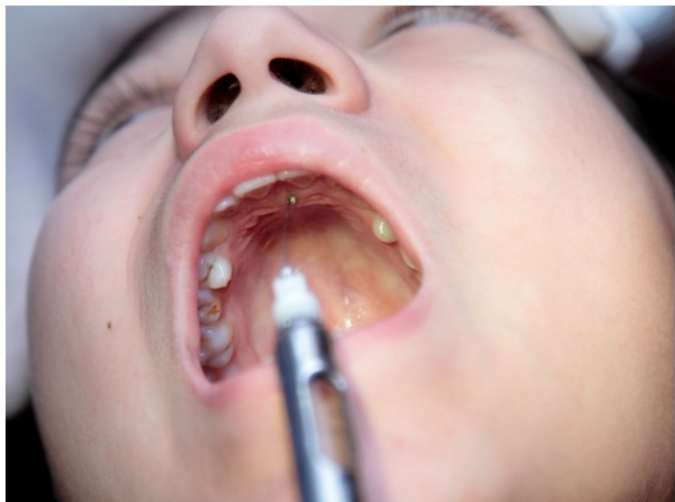
Курак тишлар тешиги (foramen incisivum) да анестезия

Бурун-танглай нерви (n.nasopalatinus) қанот-танглай тугунидан ажралган энг катта орқа юқориги бурун толаси ҳисобланади. Бу нерв бурун тўсиғининг ўнг ва чап томонидан қия ва медиал жойлашиб бурун тўсиғининг икки томонидан олдинга ўтиб кесув каналига киради ва суяк ичида улар бирлашиб, танглайнинг олд қисми марказий тишлар орқасида жойлашган кесув канали тешигидан чиқади.

Анестетик юбориш соҳаси. Ҳаёлан танглай чокидан ўтказилган сагиттал чизиқнинг қозик тишларнинг дистал қиррасидан ўтказилган кўндаланг чизиқ билан кесишган нуқтаси. Ёки икки марказий курак тишлар ўртасидан ёки улар ортидаги сўрғич (papillae incisivum)дан 0.5 см. орқада жойлашади.

Интраорал усул техникаси. Боланинг боши орқага ташланиб, игна санчиладиган соҳа аппликацион усулда оғриқсизлантирилади. Юқорида келтирилган услубда анестетик юбориладиган соҳа топилади ва игна кесув сўрғичи ёнидан санчилиб, мўлжал томон киргизиб борилади ва 0.2 мл анестетик

юборилади. Игнани кесув каналига киритиш зарурати йўқ. Агар игна каналга тушиб қолган булса, уни 0.5 см. дан кўп киритиш керак эмас.

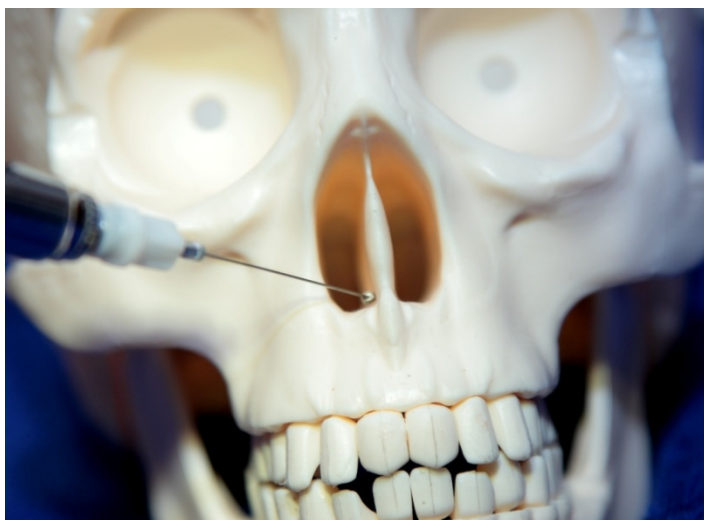
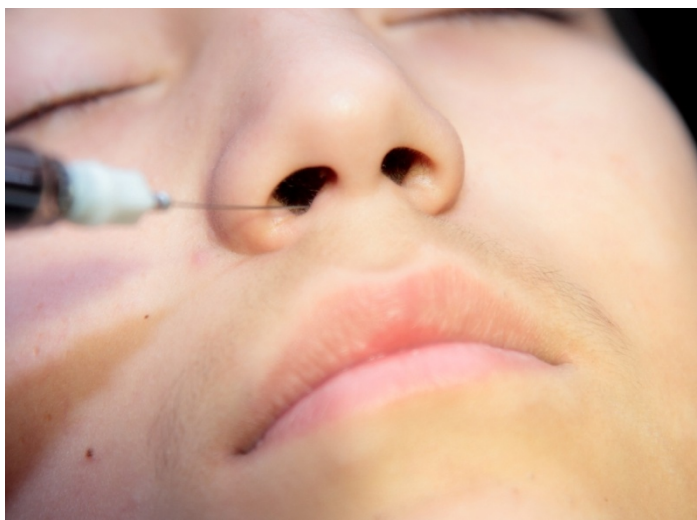


Бурун ичидан оғриқсизлантириш услуби. Бурун танглай нерви курак тишлар каналига кириш соҳасида жуда саёз жойлашган бўлиб юпқа шиллик парда билан қопланган. Шунинг учун кичик ёшдаги болаларда оғриқсизлантиришни аппликацион усулда ўтказиш мумкин. 2% дикаин ёки 10% лидокаин эритмаларида бўктирилган пахта тампонларни бурун дахлизига, тўсиқ ёнига қўйиб кутилади ва бир неча дақиқадан сўнг, анестезия белгилари юзага келади.

Катта ёшдаги болаларда, юқорида келтирилган соҳага 0.2 мл анестетик шприц ёрдамида юборилади.

Оғриқсизланиш худуди – танглайнинг олд қисми.

Асоратлар – қон томир нерв тутамининг жарроҳатланиши.



Пастки жағда ўтказиладиган периферик ўтказувчан анестезия усуллари

Пастки жағда мандибуляр ва ментал периферик ўтказувчан оғриқсизлантириш усуллари мавжуд.

Мандибуляр оғриқсизлантириш.

Пастки жағ нерви (n.mandibularis) уч шоҳли нервнинг учинчи шоҳи бўлиб, у калла суяги асосидаги овал тешикдан чиқиб икки – кичик (portio motorica) ҳаракатлантирувчи ва катта (portio sensorica) – сезувчан толалардан иборат тармоқларга бўлинади. Ҳаракатга келтирувчи (лунж) тармоғи лунж, чайнов мушаклари ва юмшоқ танглайни тарангловчи мушакларини иннервация қилади. Сезувчан қисми эса – кулоқ чакка, пастки альвеоляр ва тил тармоқларидан иборат бўлиб, шу соҳаларни сезги билан таъминлайди.

Пастки альвеоляр нерв (n.alveolaris inferior) пастки жағ нервидан ажралиб, қанотсимон мушаклар орасидан ўтиб, пастки жағ тешиги (foramen mandibularis)дан суяк ичидаги пастки жағ каналига киради, унинг ичидан ўтиб ташқарига даҳан тешиги (foramen mentalis)дан чиқади ва даҳан нерви номини олади (n.mentalis). Пастки жағ каналига кириш олдидан тил ости – жағ толалари, канал ичида ҳамма тишлар ва милкка тармоқлар беради, даҳан тешигидан чиқишидан олдин кесув тишларга кесув нерв толалари (n.incisivi) ажралади.

Болалар ёшига боғлиқ ҳолда пастки жағ ва даҳан тешикларининг жойлашиши ўзгарувчан бўлади. 9 ой – 1.5 ёшгача пастки жағ тешиги альвеоляр ўсиқ қиррасидан 5 мм пастроқда жойлашади. 3,5-4 ёшдаги болаларда охирги озик тишни чайнов юзасидан 1 мм пастроқ, 6 ёш болада эса вақтинчалик озик тишлар чайнов юзаси билан бир сатҳда, 9 ёшда – вақтинчалик озик тишлар чайнов юзасидан 5 мм баландроқда. 12 ёшларга келиб, альвеоляр ўсиқ катталашиши ва жағ шоҳи ўсиши сабабли, пастки жағ тешиги пастроқда пастки жағ озик тишлари чайнов юзасидан 3 мм юқорида жойлашади.

Анестетик юбориладиган пункти. Мандибуляр анестезия ўтказиладиганда анестетик пастки жағ тешиги атрофига юборилиши керак.

Маълумки, бу тешик (foramen mandibulae) пастки жағнинг ички юзасида жойлашган. Тешикни ташқари, олд ва юқоридан суякдан ҳосил бўлган “бўғот” тўсиб туради. Шунинг учун анестетик тешикдан юқорирок, пастки жағ нерви эгатчаси ва пастки жағ-қанот оралиғидаги клетчаткага юборилади. Анестетик қисқа вақт ичида пастга оқиб тушиб, кўзда тутилган соҳага сўрилади. Игнани ичкарига киритиш узунлиги жағ суяги шохининг кенглигига боғлиқ бўлиб, у кўп ҳолларда ўзгармайди. Ташқаридан бу масофа (f. mandibularae)ни топиш учун шохнинг олдинги ва орқа қирралари пайпаслаб олинади, шохнинг орқа қиррасидан 10 мм, пасткисидан 22-25 мм юқорида жойлашади. 5 ёшгача бўлган болаларда, бу соҳа озиқ тишлар чайнов юзасидан 1-2 мм пастроқда, 5 ёшдан катта болаларда озиқ тишлар чайнов юзасидан 3-5 мм баландроқ эканлигини эътиборга олиш керак.

Оғиз ичидан мандибуляр анестезия ўтказиш техникаси.

Болаларда мандибуляр анестезия одатда оғиз ичидан ўтказилади. Фаробеф илмоғи билан лунж ён томонга тортилади. Хаёлан икки томондаги озиқ тишлар чайнов юзасидан горизонтал, ҳамда қанот-жағ бурмасидан вертикал чизик ўтказилиб, улар кесишган нуқтага, игна санчилади ва шу заҳотиёқ анестетикни юбориб суяк бўйлаб 1,2-1,3 см. ичкарига киритилади. Шундан сўнг, шприц қарши томонга ўтказилиб, 0,9 – 1 мл анестетик юборилади, игна чиқарилиб, ўрнига тампон қўйиб бармоқ билан юмшоқ тўқималар босиб турилади.

Бармоқ ёрдамида пайпаслаб бажариш усули. Бу усулда игна санчиш жойи бармоқ ёрдамида аниқланади. Чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан молярорти чуқурчасини пайпаслаб, жағ шохининг ички қирраси (чети) топилади ва бармоқ учи шу ерга қўйиб олинади. Бармоқ ёнидан биров пастроқ шиллик пардага игна санчилади ва суяк бўйлаб шприцни қарши томонга ўтказиб ичкарига 1,2-1,3 см. киритилади. Оғриқсизлантириш бундай услубда фақат 12-15 ёшдаги болаларда ўтказилиши мумкин. Чунки бу ёшдаги болаларда пастки жағ тешигининг жойлашиш координатлари (ўлчамлари) катталарникига яқин бўлади.

6-12 ёшгача бўлган болаларда бу услубда оғриқсизлантириш ўтказиш тавсия этилмайди.



Болаларда пастки альвеоляр нервни оғриқсизлантириш учун аксарият М.М. Вайсбрём усули қўлланилади. Бу усулда анестетик пастки жағни тожсимон ва бўғим ўсиқларидан ҳосил бўлган суяк қирралари туташиб ҳосил қилган “дўнглиги” (torus mandibulae)да ўтказилади. Дўнглик соҳасидаги юмшоқ клетчатка орасида бир-бирига яқин ҳолда уч нерв: лунж, пастки альвеоляр, тил нервлари ётади. Анестетик модда айнан шу, уч нерв бир-бирига яқин жойлашган, пастки жағ шохининг ички юзасидаги дўнглик устига юборилиши керак.

Бажариш техникаси. Оғиз катта очилган ҳолатида қанот-пастки жағ бурмаси ва лунж шиллик қатлами оралиғига, юқориги охирги озиқ тиш чайнов юзасидан 1 см. пастроқ нуқтага, қарши томондан игна санчилади ва суякка теккунча ичкарига киритилади ва (torus mandibulalae) 0,8-1,0 мм анестетик юборилиб, игна олингандан сўнг юмшоқ тўқималар суякка босиб ушлаб турилади. Бу услуб игна, санчилган жойдан унинг йўналишини ўзгартирмай, бир вақтнинг ўзида учинчи шохнинг ҳамма тармоқларини оғриқсизлантириш имконини беради.

Болалар, айниқса кичик ёшдагилар, ҳамиша ҳам оғизларини катта очмайдилар. Шундай ҳолларда **Б.Ф. Кадачник**ов усулидан фойдаланиш мумкин. Оғиз ярим очик ҳолатида, анестезия қилинаётган томондан, ретромоляр учбурчакнинг юқори чўққисига игна санчилади, қия қилиб пастки жағ дўнглиги

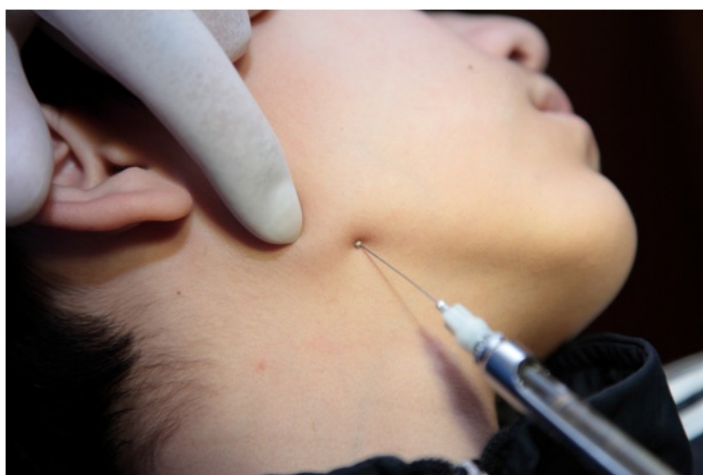
томон йўналтириб, ичкарига 1,5-1,9 см. киритилади ва 0,9-1,0 мл анестетик юборилади.

Бу услубда анестезия ўтказиш олдидан оғиз бўшлиғи ва инъекция соҳасига антисептиклар билан ишлов берилиши шарт.

Оғиз ташқарисидан торусал анестезия ўтказишнинг тўртта: жағорти, жағости, ёноқости, жағолди усуллари мавжуд.

Болалар амалиётида торусал анестезиянинг жағ ости ва ёноқ ости усуллари кенгрок ишлатилади.

Жағ ости усули: Бола боши қарши томонга қаратилиб, терига антисептиклар ва спирт билан ишлов берилади. Чап қўлни кўрсаткич ва бош бармоқлари билан, жағ бурчаги яхши кўринадиган даражада, юмшоқ тўқималар таранглаштирилади, жағ бурчагидан медиал томонга 1-1,2 см. ташлаб, игна санчилади ва тери остига 0,6-0,8 мл анестетик юборилади. Игна учи билан жағнинг ички юзасини сезган холда, жағ шохининг орқа қиррасига параллел йўналишда, игна ҳаракати давомида анестетик юбориб, 1,8-2 см. ичкарига ва юқорига киритилади. Игна қон-томирга тушмаганлигини текшириб 0,3-0,4 мл анестетик юборилади.



Оғриқсизлантириш бу услубда ўтказилганда, пастки жағ тешигидан 0,3-0,7 см. юқорироқда анестетик депоси ҳосил қилинади. Бу эса, пастки альвеоляр нерв ва тил нервини оғриқсизлантириш имконини беради. Таъкидлаш керакки, бу усулдаги оғриқсизлантиришни карпулали шприц ёрдамида бажариш қийин, чунки

игнаси эгилувчан ва калталиги сабабли уни суяк бўйлаб (устидан) юргизиш мураккаб.

Мандибуляр оғриқсизлантиришнинг жағ остидан ўтказиш усули фақат яллиғланиш ёки ўсма касалликлари туфайли оғиз очилиши чегараланганида ёки бола жуда ўжар бўлиб, оғзини очишдан қатъиян бош тортган ҳолларда ўтказилади.

Ёноқ (ёйи) ости усули 1922 йил Берше томонидан қанот-жағ оралиғига новакаин юбориб яллиғланиш контратураси (тризм)ни камайтириш учун таклиф қилинган. Бу услуб бўйича, игна қулоқ (tragus) дирилдоғидан 2 см. олдинроққа, ёноқ ёйи тагидан 2-2.5 см. чуқурликка киритилади ва 2-3 мл анестетик юборилади. Анестетик пастки жағ нервининг ҳаракатлантирувчи толаларига таъсир этиб, қанотсимон мушаклар тонусини тушириб, оғиз очилишига имконият яратади. 1927 й. В.М. Уваров Берше таклиф қилган усулни такомиллаштириб, игнани 2-2,5 см. чуқурликка эмас, балки чуқурроқ 4,5 см. киритишни ва марказий оғриқсизлантириш усулини таклиф қилди. М.Д. Дубов 1947 йилда игнани Берше услубида 2-2,5 см. чуқурликка киритганда пастки альвеоляр нерв оғриқсизлантирилишини, янада чуқурроқ 3-3,5 см. киритилса, тил нерви ҳам оғриқсизлантирилишини аниқлади.

Болаларда Уваров ва Дубов усуллари деярли қўлланилмаслигини таъкидлаб ўтиш жоиз. Лекин Берше усулини болаларда яллиғланиш контратурасини камайтириш мақсадида қўллаш мумкин. Бунинг учун игнани 1,8-2 см. чуқурликка киритиш ва 1,2-1,5 мл анестетик юбориш кифоя қилади.

Оғриқсизлантириш зонаси

Оғриқсизлантириш ўтказилганидан 2-3 дақиқадан сўнг, тилда ва пастки лаб яримида “увишиш” сезилади. Бу белгилар қанча тез намоён бўлса, анестетик мўлжалга нечоғли яқин юборилганлигини билдиради. Анестезия белгилари дастлаб тил учида, кейинроқ тил ярмида, пастки лаб ва оғиз бурчагида сезилади ва амалиётни бошлаш мумкинлигини билдиради. Пастки жағнинг ҳар хил

қисмларида оғриқсизлантириш турлича бўлиши мумкин. Тўлиқ оғриқсизлантириш пастки катта ва кичик озиқ тишлар соҳасида, камроқ қозиқ ва кесув тишлар асосида (карама-қарши томонлар кесув ва даҳан нервлари туташганлиги боис) эришилади.

Асоратлар. Юқорида келтирилган асоратлар (қон-томир, нервлар шикастланиши, инфекция киритиш, игна синиб қолиши)дан ташқари мандибуляр оғриқсизлантиришдан сўнг тризм (оғиз очилишининг чегараланиши) содир бўлиши мумкин. Бу, анестезия учун ишлатилган учи қийшайиб, илгак шаклига келиб қолган игна суяк қобиғини ва мушакларни шикастлаши туфайли - травматик периостит, миозит юзага келади. Оғиз очилишининг чегараланиши бундан далолат боради.

Ментал анестезия

Пастки альвеоляр нервнинг асосий қисми пастки альвеоляр каналдан, жағ танасининг ўртаси, доимий премолярлар тишлар илдизлари ораси (6-12 ёш болаларда биринчи кичик озиқ тишга яқинроқ, сут тишлар даврида – биринчи катта озиқ тиш) соҳасида энгак тешиги орқали ташқарига чиқади ва энгак нерви номини олади. Чиқиши билан ияк, пастки лаб, кичик озиқ, қозиқ ва кесув тишларга тармоқлар беради.

Анестетик юбориладиган пункт. Бола улғайиши ва ўсишига параллел равишда пастки жағ ҳам ўсади, даҳан (энгак) тешиги дистал йўналишда силжиб ўз топографиясини ўзгартиради. Вақтинчалиқ тишлам даврида биринчи озиқ тиш илдизи соҳасидан доимий тишлар окклюзияси даврига келиб, премолярлар соҳасига “кўчади”. Энгак тешиги проекциясини аниқлаш учун “Кўз қорачиғидан” ўтказилган вертикал чизикдан фойдаланилади. Одатда, “қорачиқ чизиғи” кўз ости ва даҳан тешиклари соҳасидан ўтади. Бунинг учун бола бошини тўғри қўйиб, олд томонга қараб турганида унинг, кўз қорачиғидан ўтказилган шартли чизик, тешиқ проекциясини аниқлаш имконини беради. Энгак (ментал) тешиги олдиндан орқага қараб очилишини ёдда тутиш лозим. Шунинг учун игнани дистал томондан, яъни катта озиқ тишлар проекциясидан олд томонга йўналтириш керак.

Оғиз ташқарисидан анестезияни бажариш техникаси

Энтак тешигининг, проекцияси юқорида келтирилган усулларнинг бирдан фойдаланиб, аниқланади ва игна орқадан олдинга, пастга, ичкарига йўналтирилган ҳолда санчилиб суякка қадар киритилади, 1-1,2 мл анестетик юборилади. Игна тортиб олингач, юмшоқ тўқималар тампон билан суякка босиб, бир неча дақиқа ушлаб турилади.



Ментал анестезияни оғиз ичкарисидан бажариш техникаси.

Энтак тешиги проекциясида, терининг яллиғланиш касалликлари ёки жарроҳат белгилари бўлса, анестезия оғиз даҳлизи томонидан бажарилиши мумкин. Юқори ва пастки жағ тишлар оккюзияси ҳолатида Фарабеф илмоғи ёки шпатель ёрдамида пастки лаб билан лунж ташқарига тортилади, ҳамда юқорида келтирилган усулларнинг бирдан фойдаланиб, ўтув бурмасидан пастроққа игна санчилади ва 0,5-1,0 мл эритма юборилади.

Оғриқсизлантириш зонаси энтак ва пастки лаб териси, альвеоляр ўсиқнинг вестибуляр юзасидаги шиллиқ парда, биринчи кесув тишдан иккинчи премолярғача бўлган соҳани ўз ичига олади.



Болаларда ментал анестезия энгак, пастки лаб териси, қизил ҳошияси, лабнинг шиллиқ пардаси ва альвеоляр ўсиқнинг оғиз даҳлизи томонини оғриқсизлантириш зарурати бўлган ҳолларда ўтказилади. Пастки кесув тишлар, қозик ва биринчи кичик озик тишларни олиш учун анестетикни канал ичига киритиш зарурати туғилади. Канал ичига игна киритмай, бундай вазиятда мандибуляр ва маҳаллий инфилтрацион оғриқсизлантириш усулларини қўллаш афзаллиқларга эга.

Асоратлар: мантал оғриқсизлантириш вақтида анестетик 0,5 мл.дан кўпроқ юборилса, мушакларининг вақтинчалик нимфалажи ва фалажи кузатилади. Бу асорат даволаш чоралари ўтказилмаса ҳам маълум вақтдан сўнг ўз-ўзидан ўтиб кетади. Бошқа асорат (кон-томир нерв тутамининг жарроҳатланиши, инфекция киритилиши каби)лар камдан-кам учрайди.

Ёдингизда бўлсин: 1) болаларда периферик ўтказувчи анестезияни режалаштирилаётганда имконият қадар экстраорал усуллардан, айниқса анестетик юбориладиган пунктга игна тўқималар орасидан энг қисқа масофа орқали етиб борадиган усулдан фойдаланиш афзалроқ; 2) бола ёши қанча кичик бўлса, (юқорига нисбатан) пастки жағда периферик ўтказувчи анестезиядан фойдаланиш пастки жағнинг анатомик тузилиши боис шунча ижобий аҳамият касб этади.

3. Болаларда периферик оғриқсизлантириш ўтказиш шифокордан юз –жағ соҳаси анатомик тузилишининг боланинг ривожланиш даврлари билан боғлиқ бўлган ўзига хос хусусиятларини ёддан билиб олишини талаб этади.

4. Юз-жағ соҳасида қўлланиладиган периферик ўтказувчи оғриқсизлантириш усулларининг техникаси содда, бажарилиши осон шу билан бирга натижаси, юқори даражада самарадорлиги, болалар стоматологиясида ҳар қандай оғриқни бартараф қилиш имкониятини яратади.

Марказий ўтказувчи анестезия

Уч шохли нервнинг иккинчи шохи (n.maxillaris) думалоқ тешик орқали қанот-танглай чуқурчасига чиқади ва тармоқланиб кетади. Учинчи шохи (n.mandibularis) овал тешик орқали калла суягидан чиқади ва тармоқланиб кетади.

Марказий ўтказувчи оғриқсизлантириш усулларини 12 ёшдан катта болаларда қўллаш тавсия этилади. Болаларда марказий ўтказувчи анестезия қўлланилиши чекланганлиги қуйидаги сабаблар билан изоҳланади:

1) Пастки ва юқори жағларда ўтказиладиган катта ҳажмдаги жарроҳатли (жағ суяги резекцияси, катта ўсмаларни экстирпация килиш, реконструктив тиклаш) операциялари ихтисослашган клиникаларда наркоз остида ўтказилади.

2) Замонавий анестетикларнинг қулланилиши амбулатор шароитда юмшоқ тўқималар ва суякда ўтказиладиган жарроҳлик аралашувларини ўтказувчи ва инфилтратсион оғриқсизлантириш остида тўлиқ ҳажмда бажариш имкониятини таъминлайди.

Юқорида келтирилган маълумотлар, марказий ўтказувчан оғриқсизлантириш усуллари бугунги кунда мукамал билишга эҳтиёж йўқ деган хулоса келиб чиқмайди. Қишлоқ врачлик пунктлари ва стоматология кабинетларида шошилиш ёрдам кўрсатилишига зарурат (ер қирмирлаши, ёнғин, сув тошқини, йўл транспорт ҳодисалари ҳужалик ва саноат корхоналаридаги авария ҳолатлари, шунингдек ҳарбий ҳаракатлар натижасида) юзага келиши мумкин. Бундай фавкулотда вазиятларда стоматологлар марказий оғриқсизлантириш усулларидан фойданаладилар албатта.

Марказий ўтказувчи анестезиянинг периферик ўтказувчи оғриқсизлантиришга нисбатан бир қанча афзалликлари мавжуд:

пастки ёки юқори жағни бир (чап ёки ўнг) томонлама тўлиқ оғриқсизлантиради;

биргина инъекция воситасида бир нерв шохи инервация қиладиган соҳа тўлиқ оғриқсизлантирилади;

узоқ давомий ва самарали оғриқсизлантирилади;

Марказий ўтказувчи анестезия усуллари оғиз очилиши чегараланган ҳолатларда ҳам турли йўллар билан амалга ошириш мумкин.

Юқори жағ нерви (n. maxillaris) калла суягидан думалоқ тешик орқали қанот- танглай чуқурчасига чиқади. Марказий оғриқсизлантириш усули бевосита думалоқ тешик атрофида ёки қанот танглай чуқурчасида ўтказилади. Анестезия

қанот танглай чуқурчасида ўтказилишининг амалий жиҳатдан бир қанча афзалликлари бор:

- юқори жағ нерви думалоқ тешикдан чиққанидан сўнг тармоқ бермайди;
- игнанинг думалоқ тешиккача киритилиши бир қанча асоратлар келтириб чиқариши мумкин;
- игна қанот танглай чуқурчасига бир неча йўналишда киритилиши мумкин;
- анестетикни айнан думалоқ тешик атрофига юбориш амалий жиҳатдан мураккаб бўлгани учун қанот танглай чуқурчаси тўқималарига инфильтрация қилиш кифоя қилади. Қанот танглай чуқурчаси (fossa pterygopalatina) юқори жағ дўнги (tuber maxillae) ва понасимон суякнинг қанотсимон ўсиқлари орасидаги бўшлиқ бўлиб, унинг медиал деворчасини танглай суяги пластинкаси ташкил қилади, чуқурчанинг пастки қисми торайиб, шу номли канал (canalis pterygomaxillaris)ни ҳосил қилади ва танглайда оғиз бўшлиғига очилади латерал томондан чакка ости чуқурчаси (fossa infratemporalis)га қўшилиб кетади.

Қанот – танглай анестезиясини: ёноқ ости – қанотсимон, юқори жағ дўмбоғи (туберал), кўз косаси ичи ёноқ усти, танглай йўллари орқали амалга ошириш мумкин.

Ёноқ ости – қанот (трагоорбитал) йўл – Бу услубда кулоқ олди дўмбоғи (tragus)дан ўтказилган горизонтал чизик ҳамда куз косаси ташқи чеккаси билан ёноқ суягининг олд-пастки қисмини бирлаштирувчи тик чизик марказини туташтирувчи (tragoorbital) чизик ўртаси, бевосита ёноқ ёй остига, терига нисбатан перпендикуляр равишда, игна санчилади ва суякка (ташқи қанотсимон ўсиққа)ча, анестетик юборган ҳолда ичкарига киритилади. Игна киритилган



масофани унга тақилган стерил резина бўлаги билан белгилаб, игна ярмигача орқага қайтарилади ва 15⁰ бурчак остида олд томонга резина билан белгиланган чуқурликкача киритилади ҳамда 1,5 мл анестетик юборилади. Юқори жағ нерви анестезияси марказий оғриқсизлантириш усуллари орасида бажарилиши осон, кам асоратли ва юқори самаралиси ҳисобланади.

Туберал йўл. Бу йўл туберал анестезия оғиз ташқарисидан бажарилиши каби ўтказилади. Юқори жағ дўнгидан сўнг игна юқорига, орқага ва ичкарига ўроксимон тирқиш орқали қанот– танглай чуқурчасига киритилади ва 1,5 мл анестетик юборилади.

Кўз косаси (орбитал) йўли. Чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан кўз косасининг чеккаси топилади. Бармоқни ўртадан медиалроқ қўйиб, юмшоқ тўқималар пастга тортилади. Игнани териға санчиб, анестетик юбориб, кўз косаси чеккасига қадалгунча киритилади. Анестетикни юбориб кўз косаси чеккасининг устиға ўтиб кўз косаси тубиға чиқилади ва суяк бўйлаб (уни “сезиб”), анестетик юборган ҳолда, 1,5-1,6 см. ичкариға киритилади ва 1,5 мл эритма юборилади.

Бу йўл билан анестезия ўтказилаётганда, кўз олмаси ва косасиға шикаст етказиш, қон томир ва нерв толаларини тешиб ўтиш, тўқималарға инфекция тушириш каби асоратлар юзаға келиши мумкин. Бундай асоратлар олдини олиш учун шифокор оғриқсизлантириш техникасини мукамал билиши, гидропрепаровкани тўғри бажариши ва асептика қоидаларига риоя қилиши зарур.

Ёноқ усти йўли. Бу йўл анестезия юқорида келтирилган ёноқ ости йўли услубида ёзилгандек бажарилади. Фарқи трагоорбитал чизиқ ёноқ равоғи остидан эмас, балки устидан ўтказилади. Игна юқоридан пастга, ичкариға қанотсимон пластинка томон киритилади.

Танглай йўли. Оғиз катта очилган ҳолатида танглай анестезияси усулидек ўтказилади.

Танглай тешиги атрофиға 0,5-1 мл эритма юборилиб, игна учи билан танглай тешиги пайпаслаб топилади. Каналға тушганидан сўнг, игна 1,5-2 см. ичкари (юқори)ға киритилади ва 1.5 мл эритма юборилади. Бу йўл билан қанот-

танглай чуқурчасида оғриқсизлантириш ўтказиш осон, аммо баъзан қийинчиликлар ҳам бўлиши мумкин. Масалан: оғиз яхши очилмаса, бошқа интраорал анестезия усуллариغا хос асоратлар бу усулда ҳам учраши мумкин.

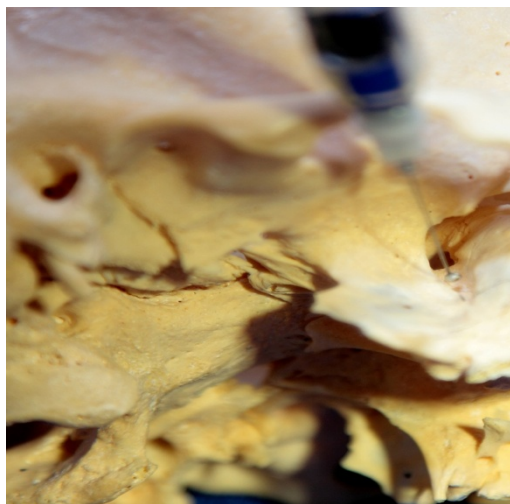
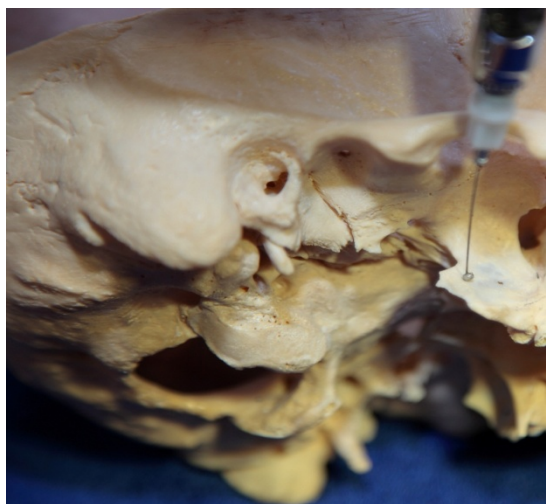
Пастки жағ нерви (n. mandibularis)ни овал тешик атрофида оғриқсизлантириш

Пастки жағ ва унинг атрофидаги тўқималарда узок давом этадиган кенг кўламли операциялар ўтказиш учун, умумий оғриқсизлантириш имконияти бўлмаган ҳолатларда, овал тешик атрофида бажариладиган марказий ўтказувчан анестезиядан фойдаланиш мумкин.

Пастки жағ нерви (n. mandibularis) калла суяги ичидан понасимон суякнинг катта қанотидаги овал тешик (foramen ovale) орқали чакка ости чуқурчасига чиқади ва шу ондаёқ ҳаракатлантирувчи ҳамда сезувчи нервлар тармоқларига бўлиниб кетади.

Овал тешик атрофида оғриқсизлантириш тўрт йўл билан амалга оширилиши мумкин.

Ёноқ ости йўли. Ёноқ ёйи остида ўтказиладиган трагоорбитал чизик ўртасига, териға нисбатан перпендикуляр ҳолда игна санчилади ва анестетик юборган ҳолда, ичкариға, қанотсимон ўсиқнинг ташқи пластинкасиға тақалгунча киритилади масофани белгилаб, ярмигача орқаға чиқарилади ва 15⁰ бурчак остида белгиланган чуқурликка қайтадан киритилиб, 1,5 мл анестетик юборилади.





Ёноқ усти йўли, ёноқ ости йўлидан бир оз фарқ қилади. Игна терига трагоорбитал чизик ўртасидан перпендикуляр эмас, бир оз юқоридан пастга йўналтириб, суякка қадалғунига қадар киритилади. Сўнг, ярмигача орқага тортиб чиқарилади, 15^0 бурчак остида, белгиланган чуқурликка қайтадан киритилиб, 1,5 мл анестетик юборилади.

Пастки жағ ости йўли С.Н. Вайсблат аниқлашича, овал тешик пастки жағ тешиги билан бир фронтал текисликда жойлашган. Пастки жағ шохининг орқа чеккасидан 1-1,2 см. олд томонда пастки жағ асосидан ёноқ равоғининг пастки қиррасигача бўлган масофа, овал тешиккача бўлган масофага тенг келади. Бу масофа тахминан игнага белгиланади ва мандибуляр анестезия оғиздан ташқари усулда бажарилаётгандек бошланади. Игнани 1 см. киритиб, суяк (ички кортикал пластинка) юзасидан $7-10^0$ бурчак остида ичкари (юқори)га игнада белгиланган масофага ёноқ суяги равоғи томон киритилиб, 1,5 мл эритма юборилади.

Кўз косаси ичи йўли. Бу усулда игнани киритиш чуқурлиги трагоорбитал масофага тенг. Игна кўз косасининг ташқи пастки чеккасидан пастроқ санчиб, анестетик юборилади ва игнани кўз косасининг пастки девори бўйлаб суякни сезган ва эритмани юборган ҳолда ичкарига киритилади. Игна тахминан 2 см.. киритилгандан сўнг суяк тўқимаси (билан контактни йўқотади) сезилмай қолади бу ҳолат игна пастки кўз ёриғидан чакка ости чуқурчасига тушганлигини англатади. Анестетик юбориб, игна ўртароқ олиниб, чуқурроқ-қанотсимон

Ўсиқнинг ташқи пластинкасига тақалгунча, тахминан трагоорбитал чизиқ узунлигига тенг масофага киритилади ва 1,5 мл эритма юборилади.

Юқорида келтирилган марказий ўтказувчан оғриқсизлантириш усуллари болаларда фақат экстремал ҳолатларда (охирги икки йўл) қўлланиши мумкин.

Болаларда марказий ўтказувчан оғриқсизлантириш қўлланилишининг ўзига хос камчиликлари ҳам бор, жумладан:

боланинг кўрқув, туфайли кутилмаган беихтиёр хатти-ҳаракатлар қилиши оқибатлари;

болаларда анато-топографик тузилмалар ўлчамларининг ўзгарувчанлиги (вариабеллиги) ва аниқ мўлжал олиш қийинлиги;

маҳаллий анестезия даврида, жарроҳлик амалиёти ва ундан кейин боланинг руҳий ҳолатида турли ўзгаришлар юзага келиши.

Болаларда премедикация.

Стоматолог пациент (бемор) билан (айниқса бола билан) мулоқотга кирганда унинг ўтказиладиган муолажаларга қандай муносабат билдиришини тахмин қила олиши керак. Баъзи тоифадагиларга уқтиришнинг ўзи кифоя қилса, айримларда медикаментоз тайёргарлик ўтказиш зарурияти бўлади. Бундай тайёргарлик амалиётда премедикация деб юритилади. Премедикация стоматологик муолажадан 30-40 минут олдин ёки узоқ бир неча кун давомида ўтказилиши мумкин.

Стоматолог қабулида болалардаги хавотирлик ва кўрқувнинг фармакологик коррекцияси.

Маълумотларга кўра стоматологик қабулга келганларнинг 84% ўтказиладиган муолажага нисбатан хавотирлик ва кўрқув бўлади. 5-6% болалар эса стоматологик муолажа ўтказилишига мутлақо қарши бўладилар ва уларни кўндириб бўлмайди.

Стоматолог қабулига биринчи марта келган пациент (ёш бола ёки катта ёшли одам)ни бир савол қийнайди. Ўтказилажак амалиёт нечоғлик оғриқ билан кечади?

Стоматологик кабинет остонасидан ўтмасдан, бемор кўрқувга тушади унда эмоционал таранглик юзага келиб, шифокорга ишончсизлик пайдо бўлади.

Бемор аввал стоматолог қабулида бўлиб, оғриқ ҳис қилган бўлса, унинг ёдда қолган кечинма-таасурот кўрқувини янада оширади.

Стоматолог врач муоложа олдидан беморнинг руҳий ҳолатига салбий таъсир этувчи мана шу хилма хил омилларни тасаввур этиши, турли услублардан фойдаланиб бемор билан узаро ишонч вужудга келишига эришиш зарур.

Хавотирлик ва кўрқув стоматологик ёрдам кўрсатилмасдан, кутиш хонасидаёқ бошланади. Қабулга келган одам атрофга назар солади. Қабулдан чиққан беморга, уни ранги рўйига аҳамият беради. Бемор ох-воҳ ўриб, оғзидаги сўлакни дуч келган жойга(айниқса, қон аралаш) тупирса, хавотирлик янада ошади. Кўрқув ва эмоционал тангликни камайтиришда поликлиника интерьери, тиббий ходимлар ташқи кўриниши ва муомаласи ҳам жуда кучли таъсир этади. Шунинг учун стоматологик поликлиникага кириб келган (катта одам ёки бола) учун унинг интерьери дизайни қизиқарли бўлиши лозим. Айниқса болалар қабул қилинадиган хона атрофида танилган мультфильмлар ижобий қахрамонлари тасвирланганликлари, уларнинг ҳолатларини психоэмоционал енгиллаштиради. Шифокорнинг ҳалати тоза, муомаласи ёқимли бўлиши бемор ишончини янада ортттиради. Бугунги кунда беморлар тиббиёт муассасаси ва ходимлари билан танишиш ҳамда суҳбатлашиш учун махсус даволанишдан аввал ташриф буюрадилар.

Оғриқни сезиш поғонасини кўтариш.

Бажараладиган стоматологик муолажадан олдин албатта анестезия ўтказилиши керак. Нина санчилиши ва анестетик юборилиши оғриқсиз ўтказилиши шарт, айниқса, болалар амалиётида. Бола нина санчилиши ёки анестетик юборилганида оғриқ сезган захоти қаршилиқ кўрсатиб, хатто анестезияни тугатишга ҳам бермаслиги ва шифокор билан мулоқатдан бош тортиши мумкин.

Оғрикни камайтириш учун таламусга (сезувчи импульсларни мия пустлоғига ўтказадиган асосий марказ) таъсир этувчи анальгетиклардан фойдаланиш ижобий натижалар беради.

Хавотирлик ва кўрқув хиссиётларини бартараф этишда транквилизаторларнинг қўлланилиши синалган усул ҳисобланади.

Аввал беморга, айниқса болага, даволаниш заруратлигини уқтириш керак. Мулоим оҳангда, таъсирли сўзлардан фойдаланиб, эмоционал тангликни камайтириш, беморни иродасини активлаштириши, ўтказиладиган муолажага нисбатан бир оз сабрли бўлишга ундаш муваффақиятга олиб келади.

Стоматологик муолажа олдиндан бола психоэмоционал ҳолатини коррекция (тарангликни пасайтириш) қилиш мақсадида психотроп (седатив, транквилизаторлар ва нейролептиклар) ва ухлатувчи препаратлардан фойдаланилади.

Маълумки психотроп препаратлар оғрикни сезиларли даражада камайтирмайдилар шунинг учун уларни наркотик бўлмаган анальгетиклар билан бирга ишлатилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Маҳаллий оғриксизлантириш ўтказиш ҳар қандай стоматологик муолажанинг таркибий қисми саналади.

Тинчлантирувчи препаратлар ва аналгетиклар нафақат стоматологик муолажани бажариш вақтида, балки ундан кейинги даврда ҳам беморга лозим.

Препаратлар дозаси боланинг ёши ва вазнига қараб ҳисобланади.

Дорилар дозаси аниқланаётганда (Р.Ф. фармокопееяси схемага биноан) катта одамларга бериладиган миқдори 1 (бирлик деб олинади). Болага буюриладиган доза миқдори, шу бирликнинг маълум қисми бўлади. Масалан 3 ёшдаги болага, катта ёшдаги одамга бериладиган дозанинг 1/8 қисми, 4 ёшда – 1/6, 5 ёшдагиларга – 1/5 қисми; 6 – j , 8 – 10 – 1/3 , 13 – 14 – S , 15-16 – s қисми бериледи.

Стоматологик қабулда болалардаги психоэмоционал стресс (танглик)ни коррекция қилиш учун ишлатиладиган дорилар (2)жадвалда келтирилган.

Жадвал 2 .

| Препаратлар, гуруҳи, қисқача тавсифнома. | Боланинг | Дорилари дозаси |
|--|----------|-----------------|
|--|----------|-----------------|

| | ёши (йилларда) | Бир марталик | Сутка давомида |
|--|--|--|--|
| <p>Транквилизаторлар, бензодиазепин ҳосиласи.</p> <p><u>Диазепам</u> (сибазон, седуксен, реланиум)</p> <p>Чиқарилиш шакли 0,001 г; 0,002 г; 0,005 г (5 мг)</p> <p>Кучли психотроп таъсирга эга, хавотирлик, эмоционал танглик ва асабийлашишни камайтиради. Вегетатив нерв тизими фаолиятини меъёрлаштиради, иккиламчи таъсири: мушаклар бўшашиб, уйқусираш кузатилади, айрим ҳолларда вегетатив бузилишлар - кўнгил айнаши, қусиш, артериал босим тушиб кетиши, аллергия (дерматит) реакция учрайди.</p> <p>Қарши кўрсатма: жигар ва буйрак касалликлари. Дори ичилгандан 2-4 соат кейин концентрацияси юқори чўққисига чиқади, таъсири 8-10 соат давом этади.</p> <p><u>Хлозепид</u> (хлордiazепоксид, элениум)</p> <p>Чиқарилиш шакли 0,005 (5 мг); 0,01; (10 мг) 0,025. дражелар.</p> <p>Кучли психотроп таъсирга эга</p> | | | |
| <p><u>Нозепам</u> (оксазепам, тазепам)</p> <p>Чиқарилиш шакли 0,01 (10 мг) 0,015 (15 мг) таблеткалар.</p> <p>Препарат биров миорелаксация таъсирига эга.</p> | <p>дiazепамга</p> <p>ўхшаш</p> <p>3-4</p> <p>5-7</p> <p>7-9</p> <p>10-14</p> | <p>5 мг</p> <p>8 мг</p> <p>10 мг</p> <p>10-15 мг</p> | <p>10 мг</p> <p>15 мг</p> <p>20 мг</p> <p>30-40 мг</p> |

| | | | |
|--|------------|--------------------|---------------------------------------|
| Нитрозепам (эуноктин) | 3-4 | 5 мг | 10 мг |
| Чиқарилиш шакли таблетка 0,005 (5 мг), 0,01 (10 мг) | 5-7 7-9 | 5-7 мг 7 мг | 15 мг 15 мг |
| Сезиларли ухлатувчи ва мушаклар тонусини туширувчи таъсирга эга | 10-14 | 7-10 мг | 20 мг |
| Мезепам (рудотель). | | | |
| Чиқарилиш шакли 0,01 г (10 мг) таблетка | | | |
| Ухлатувчи ва миорелаксация қилувчи таъсири йўқ | | | |
| Феназепам | 3-4 | 0,03 мг | 0,06 мг |
| Чиқарилиш шакли таблетка 0,0005 (0,5 мг), 0,001; 0,025 | 5-7 8-9 | 0,06 мг 0,08 мг | 0,012 мг 0,16 мг |
| Таъсири диазепамга яқин бўлганлиги учун болалар стоматологияси амалиётида қўлланилади | 10-14 | 0,12 мг | 0,24 мг |
| Пропандиол ҳосилалари. | 3-4 | 0,1 г | 0,2 г |
| Мепротан (мепробамат, андаксин) | 5-7 | 0,2 г | 0,6 г |
| Чиқарилиш шакли таблетка 0,2; 0,4 г | 8-14 | 0,3 г | 0,6 г |
| Беморлар учун адекват препарат, миорелаксантлик таъсири баланд, аллергия реакция, ич кетиш ҳаракат координацияси бузилиши кунгиллик хушлиги, уйқусираш салбий таъсирлар нисбатан кам. Вегетатив нерв тизимига сезиларли таъсир ўтказмайди. | | | |
| Дифенилметан хоссалари. | 3-4 | 0,5-1 мг | Бир |
| Амизил. | 5-7 | 1-1,5 мг | марталиқ |
| Чиқарилиш шакли таблетка 0,001 (1 мг); 0,002. | 8-14 | 1,5-2 мг | кабул |
| Маҳаллий оғриқсизлантирувчи, антигистамин, холинолитик (сўлакни камайтиради) йўтални сўндиради, текис мушаклар тонусини пасайтиради. Болаларда ҳавотирлик ва | | | қилинадиган суткалик 2-3 маротаба кўп |

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|
| <p>кўрқувни баргараф қилиш ва сўлак безлари фоолиятини сусайтириши мақсадида ишлатилади. Салбий таъсирлари оғиз қуриydi, пульс тезлашади, кўз қорачиғи кенгаяди, бош айланаши, кўнгил (кўтаринки кайфият) хушлиғи чақиради.</p> <p>Триметоксибензой кислота хоссалари</p> <p>Триоксазин. (триметозин)</p> <p>Чиқарилиш шакли 0,3 г таблетка</p> <p>Кундузги транквилизаторлар</p> <p>гурухига киритилади, уйқу ва миорелаксация чақирмайди.</p> <p>Психотроп активлиғи нисбатан паст, шунинг учун бошқа транквилизаторлар билан қўшиб ишлатиш мумкин. Асосан кичик ёшдаги болаларда тиш даволаш учун фойдаланилади.</p> <p>Кўшимча таъсири: дозаси меъёрдан ошганда, бўшашиш, кўнгил бузилиши, оғиз қуриши, ёхуд аллергик реакция кўринишида намоён бўлиши мумкин.</p> | <p>3-4</p> <p>5-7</p> <p>8-14</p> | <p>0,1 г</p> <p>0,15-0,2г</p> <p>0,3 г</p> | <p>0,3-0,5г</p> <p>0,6-0,9г</p> <p>0,75-0,9г</p> |
|--|-----------------------------------|--|--|

Жадвалда келтирилган дозалар ўртача терапевтик миқдор ҳисобланади, препарат таъсирини кучайтириш мақсадида, бир марталик юқори дозани киритиш мумкин, бироқ ундай ҳолда унинг ножўя таъсири ўртача терапевтик дозаникидан таъсирдан 1,5-2 мартага ошади.

Кичик ёшдаги бемор билан суҳбат ўтказиб, педиатр – стоматолог қабулида бола ўзини қандай тутишини тахмин қилиш ва шундан келиб чиқиб, аниқ режа тузиш лозим. Қуйидаги жадвалда стоматолог қабулида боладаги ҳавотирлик ва оғриқни камайтиришга қаратилган тадбирлар келтирилган.

Жадвал 3.

| Боланинг даволанишга бўлган муносабати ва ўзини тутишига Врач томонидан берилган баҳо. | Ўтказиладиган тадбирлар |
|--|--|
| “Ижобий” | <ol style="list-style-type: none"> 1.Эҳтиётловчи режим 2.Кутиш даврида (аудио, видео техникадан фойдаланиб) физиологик чалғитиш 3.Болага ўтказиладиган муолажа ҳақида тушинча бериб сабрли бўлишга кўндириш 4.Адекват равишда маҳаллий оғриксизлантириш ўтказиш. |
| <p>Нисбатан қониқарли (ижобий)</p> <p>Болани даволанишга кўндириш мумкин</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.Эҳтиётловчи режим 2.Кутиш даврида (аудио, видео техникадан фойдаланиш) физиологик чалғитиш; 3.Болага ўтказиладиган муолажа ҳақида тушинча бериб, сабрли бўлишга кўндириш; 4.Транквилизатор ёки плацебо бериш; 5.Даволаш жараёнида болага сўз билан уқтириш ва далда бериш; 6.Имконият қадар унинг фикрини даволаниш билан боғлиқ бўлмаган ҳодисалар билан чалғитиш; 7.Адекват маҳаллий оғриксизлантириш ўтказиш; 8.Даволаш жараёни тугаганидан сўнг рағбатлантириш; 9.Ўтказилган даводан кейин бўладиган оғрикнинг олдини олиш учун дори- дармон буюриш. |

Стоматологик поликлиника ва стационар шароитида умумий оғриқсизлантириш хусусиятлари

Умумий оғриқсизлантириш ёки наркоз деганда, суъний равишда МНС фаолиятини ўзгартириб (қайта тикланувчи) “онгни вақтинча ўчириш”, ҳар хил шаклдаги сезувчанлик ва реффлектор активликни бартараф қилиш тушунилади.

Наркоз сўзининг луғавий маъноси, онг хиралашиши, мурдадек қотиб қолиш демакдир. Шифокорлар томонидан “маҳаллий наркоз” ёки “умумий наркоз” ибораларининг ишлатилиши ножоиз. Наркоз термини остида фақат умумий оғриқсизлантириш назарда тутилади. Оғриқсизлантириш анестетик моддани тўқимага киритиш усули билан амалга оширилса, маҳаллий анестезия деб юритилади.

Умумий оғриқсизлантиришга оид тарихий маълумотлар

Эфир XVI асрда спиртнинг ҳосиласи сифатида кашф этилиб “ширин кўпорос” номини олган эди. Эфирнинг оғриқсизлантирувчи ва ухлатувчи хусусиятларини биринчи бўлиб Лонг 1842 йилда Джорджия штатида тиш олиш ва шу йилнинг март ойида эса, ўсмани олиб ташлаш учун ишлатган. 1846 йил сентябрда Мортон эфирдан фойдаланиб, жағ остидаги ўсмани экстирпация қилган. 1844 йил декабрда америкалик дантист (тиш доктори) азот оксидини ишлатиб, ўзининг ҳамкасби Уэлснинг тишини олган, шунданг сунг, Уэлс ўзининг тиш докторилик фаолиятида, азот оксидини наркоз учун кенг ишлата бошлаган. Аммо, кунларнинг бирида, азот оксидининг таъсирини намойиш этаётганида, беморнинг ҳолати кескин ёмонлашиб, фожия рўй беришига оз қолади. Бу ҳодисадан таъсирланган Уэлс ўзига келолмай, ақлдан озиб, ўз жонига қасд қилган.

1869 йил Claude Bernard хлороформ билан наркоз ўтказиш олдидан морфин гидрохлоридни премедикация учун ишлатган.

Dostre ва Morat биринчи бўлиб, премедикация учун морфин гидрохлорид билан бир вақтда атропин сульфатни ишлатганлар.

Кейинчалик, наркотик ва кучли аналгетик дорилар дозаларини камайтириш мақсадида, тарғил мушаклари тонусини туширувчи кўрарегга ўхшаш препаратлар ишлатила бошланган. Аммо сусайтириш, ўпка сунъий вентиляцияси масаласи ҳал этилишини тақозо этди.

1870 йил Trendelenburg трахеостомага найча киритиб, юқори жағни резекциясини қилади. 1878 йили Mac Ewen биринчи марта трахеяга оғиз орқали найча киритиб, наркоз берилганлигини эълон қилди. Шундан сўнг, Hewitt биринчи наркоз аппаратини ихтиро қилди.

Россияда биринчи бўлиб трахеостома орқали наркозни Р.В. Бутс 1887 йилда ўтказди. Кейинги йилларда Donyen ва Kuhn эндотрахеал наркозни такомиллаштириб, оғиз ва бурун аъзолари операцияларини ўтказиш учун фойдаландилар ва 1902 й. бурун орқали найни трахеяга визуал назоратсиз “кўрмасдан” киритиш услубини матбуотда эълон қилдилар.

1909 й. Meltzer ва Aker тажрибада марказий инсуфляция (трахеядан бифуркациягача киритилган ингичка найча орқали наркотик моддани пуфлаш усули ёрдамида эндотрахеал наркоз) ўтказиш мумкинлигини ишлаб чиқдилар.

Россияда юз ва оғиз бўшлиғи операцияларида найча ёрдамида эндотрахеал наркоз ўтказилиши ҳақидаги мақолани Д. Боталин 1913 йилда босмадан чиқарди.

1913 й. Jakson биринчи бўлиб, интубацияни ларингоскоп ёрдамида амалга оширди ва шундан сўнг, интубация ўтказиш анча осонлашди.

Ноингаляцион наркоз амалиётга анча кеч кириб келди. 1902 йил рус фармакологи Н.П. Кравцов наркоз учун вена ичига гедонал юборишни таклиф қилди. Веесе шу мақсадда гексенал, Ланди эса 1936 й. – тиопентал натрий ишлатишни таклиф қилдилар.

1907 – 1910 йилларда операциялар электронаркоз остида ўтказилиши ҳақида биринчи маълумотлар эълон қилинди. Кейинги йилларда, тиббиёт наркозсиз операциялар қилинишини тасаввур ҳам қилиб бўлмайдиган даражага етди. Изланишлар, наркоз учун ишлатиладиган, интубация техникасини такомиллаштириш, янги авлод наркоз аппаратлари ва дориларини яратиш, наркоз

ҳолатидаги беморнинг ички аъзолари ва гомеостазини чуқур ўрганишга қаратилди.

Ҳозирги даврда узоқ вақт давом этадиган, кўп қон йўқотиш, ва оғир операцион жароҳат юзага келишига олиб келувчи операцияларнинг, айниқса болаларда, наркозсиз ўтишини тасаввур қилиб бўлмайди.

Бугунги кунда поликлиника ва стационар шароити эҳтиёжларидан келиб чиққан ҳолда наркоз қўллаш имкониятлари кенг.

Наркознинг қайси (**ингаляцион, ноингаляцион**) услубидан фойдаланишдан қатъий назар, дастлаб премедикация қилинади. Премедикация деганда, медикаментлар ёрдамида беморни тинчлантириб, асосий оғриқсизлантирувчи препарат таъсирини кучайтириш, суюқликлар (сўлак ва шиллик) ажралишини камайтириш, вагус (n. vagus) рефлексларини сусайтириб, наркоз ва операциянинг беҳатар ўтишини таъминлаш тушунилади. Айниқса, ноингаляцион наркоз остида оғиз бўшлиғида ўтказиладиган операцияларда премедикация таркибига атропинни қўшиш катта аҳамиятга эга. Чунки атропин сўлак ажралишини камайтириб, аспирациясининг олдини олади.

Ингаляцион наркоз ўтказилганда умумий таъсир этувчи анестетик модда буғ ёки газ ҳолатида нафас йўлларига киритилади ва диффузия йўли билан альвеола деворларидаги капилляр томирлар орқали қонга ўтади.

Наркоз чуқурлиги ва наркотик уйқудан (уйғониш) чиқиш бемор нафас олаётган наркотик модданинг концентрацияси ҳамда, қон ва тўқималарда эрувчанлигига боғлиқ.

Ингаляцион наркоз ноингаляцион наркоздан фарқли ўлароқ осон бошқарилади. Ингаляцион анестетикларга: диэтил эфир, фторотан, энтран, наркотан, азот оксиди, трихлорэтилен ва ҳ.к. киради. Болаларда аксарият азот оксиди (кислород билан 2:1 ёки 3:1 нисбатида) бошқа анестетиклар билан комбинацияда ишлатилади.

Ноингаляцион наркоз учун одатда барбитуратлар – гексенал, натрий тиопентал, виадрил, альгизин, стероид наркотиклар ва шулар қаторида кетамин, кеталар, кетанест қўлланилади. Охириги келтирилган уч дори препаратлари

болалар амалиётида наркозга киритувчи, асосий ва мононаркоз учун ишлатилади. Кетамин қаторидаги препаратлар кучли аналгетик таъсирга эга, аммо шу билан бирга уларда, галлюциногенлик хусусияти ҳам мавжуд. Бир маротабалик наркотик доза киритилганида, бемор онги 30-40 дақиқадан сўнг тикланади. Дроперидол ва седуксен қўшиб киритилса, наркотик модданинг салбий таъсири камайиб, наркоз чуқурлаштирилади. Ҳозирги вақтда ультрақисқа таъсир этувчи онгни “ўчирувчи” (мидазолам, пропафол каби) препаратлар қўлланилмоқда. Улар, айниқса, амбулатор шароитда наркоз ўтказиш учун, маҳаллий анестезия билан комбинацияда (қўшиб) ишлатилганда, бошқа дориларга нисбатан афзалликларга эга.

Замонавий комбинацияланган умумий оғриқсизлантириш организмга уч йўналишда таъсир этишни тақозо этади - оғриқсизлантириш, онгни “учириш” ва мушаклар (тонуси)ни бўшаштириш.

Умумий оғриқсизлантиришни самарали ўтказиш, дориларнинг салбий таъсирини камайтириш ва наркозни кучайтиришга препаратларни комбинацияда ишлатиш йўли билан эришилади.

Шундай усуллардан бири нейролептаналгезия (НЛА), умумий оғриқсизлантиришнинг комбинацияланган тури. Бу услубда ишлатиладиган препаратлар нейролепсия ва аналгезия ҳолатларини таъминлайди ва болалар жарроҳлик амалиётида кенг қўлланилади.

Болалар жарроҳлигида НЛА нинг уч тури ишлатилади:

- 1) ўпканинг суъний вентиляцияси остида фентанил, дроперидол, азот оксиди, кислород билан миорелаксантлар аралашмаси юбориш;
- 2) НЛА ингаляцион наркозга қўшимча сифатида;
- 3) нафас олиш сақланиб қолган ҳолда, НЛА маҳаллий оғриқсизлантириш усуллари билан комбинацияда.

Комбинацияланган электроанестезия нисбатан яқинда қўлланилаётган усул бўлиб – бунда генераторнинг импульси, синусидал токидан фойдаланилади. Усулнинг афзалликлари:

1) комбинацияланган наркоз схемасидан барча турдаги наркотик таъсирга эга дориларни чиқариб ташлаш имкониятини беради;

2) электр токи заҳарли таъсирларидан ҳоли бўлиб, бевосита МНС таъсир этади;

3) ўтказиш техникаси жуда осон, исталган вақтда беморни наркоз ҳолатидан чиқариш мумкин. Организмда дорилар кумуляцияси юз бермайди, иктисодий жиҳатдан кам ҳаражатли. Шу билан бирга усул камчиликлардан ҳоли эмас. Ток кучининг кириш жойида оғриқ чақириши, қўшимча дори воситаларини ишлатилишини тақозо этганлиги учун бу усул кенг ишлатилмайди.

Умумий оғриқсизлантириш остида операция ўтказаетган (анестезиолог ва жаррох) шифокорлар бола организми аъзо ва тизимларининг катталардан фарқ қилиши, боланинг ривожланиш даврларига хос анатомио-физиологик ҳамда психологик хусусиятлари шунингдек юз-жағ соҳаси ёки оғиз бўшлиғида ўтказиладиган операция ҳажмини эътиборга олишлари лозим. Бола аъзоларининг анатомик тузилишидаги хусусиятларни эътиборга олган ҳолда ўтказиладиган муолажа учун ишлатиладиган асбоблар мос бўлиши талаб этилади.

Нафас олиш тизими кичик ёшдаги болаларда ўзига хос хусусиятларга эга. Юқори нафас йўллари болаларда тор бўлиб, яраланиши (шикастланиши) осон, юмшоқ шишга мойил: танглай безлари гипертрофияси, гиперглоссия (тилнинг катталиги) шиллиқ ажратувчи безлар функциясининг фаоллиги нафас йўллари, ўтувчанлигининг бузилиш ҳавфини оширади. Кичик ёшдаги болаларда кўкрак қафаси (қовурғалар, тўш) ва ўпка экскурсияси ҳамда диафрагма ҳаракатлари чекланганлиги учун нафас йўлларининг аэродинамик қаршилиги ва кислородга талаби юқори. Шунинг учун кичик ёшдаги ҳатто соғлом болада ҳам газларнинг адекват алмашинувини таъминлаш маълум даражада мурраккаб вазифа. Чақалоқда трахеяга кириш жойи - овоз боғламлари орасидаги масофа 14 мм.га яқин бўлади, узуксимон тоғай соҳасидаги трахея диаметри 4 мм. Гўдак ўпкаси серқон, эластиклиги паст, фаол ишлаб турган альвеолалар сатҳи вазнига нисбатан (катталарникидан) уч марта кам. Чақалоқ қовурғалари горизонтал жойлашган, қовурғалараро ва ёрдамчи мушаклар яхши ривожланмаган, қорин бўшлиғи ҳажми

катталашган, ичакларида газлар тўпланиб, корин бўшлиғида босимни кўпайтиради, ва диафрагмани юқорига кўтаради. Бўларнинг ҳаммаси гўдаклар нафас олиш тизимининг функционал хусусиятларини белгилайди. Маълумки, чақалоқнинг тана ҳарорати ошса, унинг кислородга эҳтиёжи 25-30% кўпаяди.

Бу талабни қоплаш учун нафас олиш актлари (частотаси, тезлиги) ортади, аммо нафас юза олинади, натижада (оқибатида) нафас олиш ва чиқариш функциялари ўзаро муносабатлари бузилади. Гиппервентиляция натижасида карбонат ангидрид газининг миқдори камайиб, унинг нафас олиш марказига стимулловчи таъсири камаяди.

Болалар нафас олиш тизимининг анатомик ва физиологик хусусиятлари, яъни уларнинг ташқи таъсиротларга гиперергик жавоби ўта ҳавфли асорат – ўпкада солқиш (керкиш) юзага келишига олиб келади.

Катталарда таъсир этувчи омил томоқда қичиш юзага келтирса, чақалоқларда – ларингоспазм (товуш йўлининг қисқариб берқилиши)га сабаб бўлади.

Гўдак нафас йўллари шиллиқ пардасининг 1 мм қалинлашиши, уларнинг ўтувчанлигини 75% камайтиради, шу вазият катталарда – 19% ташкил қилади.

Турли омилларнинг фикча нафас олиш, ўпка вентиляцияси, газлар алмашинуви ва гомеостазга салбий таъсир этиш даражаси болаларнинг ёшига тескари пропорционалдир, яъни, бола қанча кичик ёшда бўлса, патоген таъсир туфайли юзага келадиган клиник манзара шунча оғир кечади.

Юрак қон-томир тизими болаларда нафас олиш тизимига нисбатан бир мунга барқарор. Болалар ЮКТТда ўпка тизимидан фарқли улароқ ҳар бир таъсир этувчи омилга жавоб реакцияси юзага келавермайди. Болаларда юрак мушаклари аксарият инфекцион касалликларга дучор бўлади, аммо катталарга нисбатан миокард функционал ҳолати тез тикланади. Кичик ёшдаги болаларда симпатик иннервация устунлиги боис ҳар хил таъсиротлардан пульс тезлигининг ошиши (тахикардия)га мойиллик бор. Масалан, чақалоқ йиғласа, ёки кучанса, пульслар сони шу ондаёқ ортади. Кичик ёшдаги болаларда артериал босим катталарникига нисбатан паст бўлади. Бу қон томирлар диаметри кенглиги, деворларининг

эластиклиги, юракнинг қонни хайдаш имконияти сустлиги билан боғлиқ. Кичик ёшдаги болаларда томирлар нормал тонуси барқарорлигини таъминлашдаги мураккаблик, организм адашган нерв таъсирини етарли даражада муҳосара (блокада) қилишга лаёқатсизлиги билан боғлиқ. Пульс ва артериал босим бу ёшдаги болаларда тез-тез ўзгариб туришининг яна бир сабаби – марказлашган қон айланиш тизими – қоннинг 2/3 қисми капиллярлар ўзанида бўлиб, айланиш (циркуляция)даги қоннинг ҳажмида иштирок этмайди. Аммо болаларда олий даражадаги жадал кечаётган моддалар алмашинуви, организмнинг кислородга бўлган талабини кучайтиради ва гемодинамик жараёнлар интенсив кечишини тақозо этади. Боланинг 1 кг массаси (вазни)га унинг қон ҳажмини солиштирганда, катталарникидан 20-30 % кўп. Қон айланиш тезлиги, юракдан чиқариладиган қон ва унинг босими катталарга нисбатан 2 марта баланд. Шунинг учун, болалар организми қон йўқотишга нисбатан жуда таъсирчанлигини доимо ёдда тутиш лозим. Агар бола циркуляциядаги қон ҳажмидан 12-15 % йўқотса, дарҳол унга қон (60-70%) ва суюқликлар (30-40%) қуйиш талаб этилади.

Асаб тизими ҳам болаларда қатор хусусиятларга эга. Улардан асосийси мия пустлоғи ўзидан пастдаги бўлинмаларга бошқарув таъсирини етарлича ўтказма олмайди, шу сабабли кичик ёшдаги болаларда рефлекслар МНС пустлоқ ости бўлинмалари орқали бажарилади ва улар рефлекс стереотип характерга эга бўлади. Натижада болаларда қуйидаги функционал ўзгаришлар кузатилади:

1. Кичик ёшдаги болаларда турли ташқи ва ички таъсир этувчи омилларга нисбатан бир хил стереотип жавоб – тутқаноқ (*convulsio, spasmus*) кузатилади. Болалардаги тутқаноққа мойилликни, улар организмда кечаётган юқори даражадаги моддалар алмашинуви ва мия тўқимасининг гидрофиллик хусусиятлари билан тушунтириш мумкин.

2. Болалар нерв тизими ҳар хил таъсирларга, хусусан оғриққа, диффуз ва генераллашган реакция билан “жавоб беради”. Болалар организми ҳар қандай стресс таъсири (совуқ қотиш, оғриқ, жарроҳат ва шу кабиларга жавоб реакцияси) кучли гипертермик ёки тутқаноқ синдромлари билан намоён бўлади. Натижада нафас олиш ва бошқа ҳаётий зарур тизимлар фаолияти издан чиқади.

3. Чақалоқлар ва кичик ёшдаги болаларда (юқорида келтирилган) салбий омиллар таъсири натижасида ҳаёт учун зарур бўлган нафас олиш ва юрак-қон томир тизимларининг компенсатор тикланиш реакциялари сусайиб, “толиқиш” ривожланади.

4. Чақалоқлар ва кичик ёшдаги болалар вегетатив нерв тизимининг ўзига хос хусусиятлари боис, юрак-қон томир тизими нафас олиш тизимига нисбатан яхшироқ бошқарилади. Шу сабабли критик ва стресс ҳолатларида, болаларда бошқа аъзо ва тизимларига нисбатан нафас олиш тизими тезда издан чиқади ва чуқур ўзгаришлар юзага келади.

Чақалоқ ва кичик ёшдаги болаларда бош миёна пўстлоғи ривожланмаганлиги ва дифференциалланмаганлиги учун оғриққа нисбатан таъсирланувчанлик паст деган тушунча мутлақо нотўғридир. Болаларда оғриқдан таъсирланувчанлик жуда кучли бўлиб, уларнинг жавоб реакциялари катталарникидан фарқли улароқ: нафас олиш фаолиятининг тезда издан чиқиши, компенсатор механизмлар толиқиши ва МНТ салбий из қолдириши билан характерланади. Масалан болага маҳаллий оғриқсизлантиришсиз бирон бир муолажа (тиш олиш, юганча кесиш ва ш.к.) ўтказилган бўлса, уйқу ҳолатида қўрқинчли тушлар кўриш, алаҳсираш, нутқда дудуқланиш каби патологик ҳолатлар кузатилади. Шу сабабдан адекват равишда (умумий ёхуд маҳаллий) оғриқсизлантириш ўтказмай, қимирлаб турган тиш ёки, кичик ўсмани олиб ташлаш, ярага ишлов бериш ва шу каби муолажаларни бажариш болага нисбатан: бир томондан, агрессия, шифокорлик фаолиятига эса зид муносабат ҳисобланиб, бунинг оқибатида кутилмаган ва тузатиб бўлмайдиган асоратлар келиб чиқиши мумкин бўлса, иккинчи томондан - бу шифокорнинг назарий билимлари ҳамда амалий малакасининг паст даражадалигидан далолат беради. Дарҳақиқат, бола организмнинг анатомио-физиологик ва функционал хусусиятларини билмай фаолият юритиш кечириб бўлмас хатоликларга йўл қўйилишига олиб келади.

Моддалар алмашинуви. Болаларда асосий моддалар алмашинуви юқори даражада кечади. Шу сабабли уларга даволаш мақсадида бериладиган дори дармонлар катталарга нисбатан кўпроқ дозада берилади. Бола организмда

энергия сарфи юқори бўлганлиги учун унинг ўрни адекват тўлдирилиши талаб этилади.

Шунинг учун ҳам инфузион даво ўтказилаётганда етарлича оксил ва электролитлар киритиш – интенсив давонинг асосий мақсадидир. Кичик болаларда нуклеин кислоталарга талаб, катталарга нисбатан кўпроқ, углеводлар етишмаганда ёки уларнинг сарфи ортганда, ёғ депоси кескин камаяди. Болаларга хос хусусият – сувни тез сарф қилиш ва унга талаб катталиги. Бола қанча кичик ёшда бўлса, унинг кислород етишмовчилигига чидамлилиги шунча паст бўлади.

Сийдик чиқариш тизими болаларда сув алмашинуви юқори даражада бўлганлиги учун максимал даражада фаол ишлайди. Кичик ёшдаги болаларда метаболик ацидозга мойиллик баланд бўлади. Шунингдек уларда натрий тузини сақлаб қолиш ва шишга мойиллик ҳам кучлидир. Керагидан кўп тузлар киритиш, хлорнинг меъёрдан ошиб кетишига олиб келади. Болада (диарея) ич кетиш, қўсиш кузатилса, хлор йўқотилиб, плазманинг осмотик босими тушиб кетади ва эксикоз ривожланади.

Терморегуляция. Жарроҳ кичик ёшдаги болалар танасининг ҳарорати доим бир маромда барқарор туришини таъминловчи физиологик жараёнлар хусусиятларини билиши лозим. Тана ҳароратини асосан тери ости ёғ қатлами ушлаб қолади, агар у яхши ривожланмаган бўлса, иссиқлик кўп йўқотилади. Бундай вазиятда, боланинг тана ҳарорати ташқаридаги ҳароратга жуда боғлиқ. Гўдакнинг совуқ қотиши метаболизм ва гемодинамиканинг кескин бузилишига олиб келади. Боланинг қон-томир тизими ҳаракатларини бошқариш маркази тўла ривожланмаганлиги учун, у томирларнинг торайиб, кенгайиши ёрдамида тана ҳарорати меъёрда бўлишини таъминлай олмайди. Тана ҳароратининг пасайиб кетишини, бола жисмоний ҳаракатлар билан ҳам тиклай олмайди, чунки унинг энергетик заҳираси бунга етарли эмас. Кичик ёшдаги болаларда умумий оғриқсизлантириш ўтказилаётган вақтдаги асосий масалалардан бири- уларнинг тана ҳароратини меъёрида ушлаб туришдир .

Замонавий янги авлод маҳаллий анестетикларнинг ишлатилиши, шифокорлар савиясининг ошиб бориши, стоматологияда наркозга бўлган

эхтиёжни камайтиради. Маҳаллий оғриқсизлантириш усулари самарадорлиги ортиши билан бир қаторда, техник ҳамда дори воситаларининг такомиллашиши билан амбулатор шароитда наркоз ўтказиш ҳам ривож топади. Наркозни стоматологик поликлиникада анестезиолог ўтказади. Шу сабабдан, анестезиолог айниқса болаларда бажариладиган муолажа босқичлари ва хусусиятлари билан яхши таниш бўлиши шарт. Наркоз ўтказиладиган боланинг саломатлигига анестезиолог, педиатр ва стоматолог баробар маъсулдирлар. Шу сабабдан стоматолог, педиатр, анестезиолог ва бошқа мутахассислар биргаликда наркозга кўрсатмани чуқур таҳлил ва муҳокама қилишлари лозим. Шунингдек бажариладиган муолажа ҳақиқатан амбулатор шароитда умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилиши асосли эканлиги, ёки стационарда ўтказиш афзаллиги ҳақида мулоҳаза юритиб, якуний, тўғри фикрга келишлари мақсадга мувофиқдир.

Наркоз остида стоматологик муолажалар бажариш қулай ва тез амалга оширилади, ундан ташқари бола шифокорга ҳалақит бермайди, сўлак оқиши билан боғлиқ муаммо мустасно этилади. Поликлиникада ўтказилган наркоз ва муолажадан сўнг, бола ўз уйига кетишини назарда тутиш лозим.

Поликлиника шароитида қуйидаги вазиятларда стоматологик ёрдам наркоз остида ўтказилиши мумкин:

1) Шошилинч ёрдамга муҳтож ҳолатлар – ўткир одонтоген ва ноодонтоген яллиғланиш ўчоқлари (периостит, абцесс, чипқон)ни очиш, кичик (эзилиб йиртилган, кесилган) жарроҳатларда бирламчи жарроҳлик ишлови ўтказиш, бир нечта тишларни олиш ва шу кабилар.

2) Режа асосида (пульпит ва периодонтит билан зарарланган тишларни) даволаш ва (радикуляр ва фолликуляр кистларни олиб ташлаш, тил ва лаб юганчасини узайтириш) операциялари ўтказиш.

Бу муолажаларни наркоз остида бажариш учун кўрсатмалар:

муолажани маҳаллий оғриқсизлантириш ёрдамида бажариш имконияти йўқлиги;

болада ривожланишнинг туғма нуқсонлари, МНТ касалликлари ва руҳий ҳолатининг ўзига хос хусусиятлари мавжудлиги;

юракнинг туғма ва орттирилган нуқсонлари борлиги;

невротик ва маҳаллий анестетикларга нисбатан аллергия реакциялар ўрин тутиши.

Амбулатор шароитда болаларда наркоз ўтказишга қарши кўрсатмалар:

1. Юқори нафас йўллариининг ўткир ва ўткирлашган сурункали яллиғланиш касалликлари;

2. Инфекцион касалликларнинг ўткир даври;

3. Буйрак, сийдик йўллари, жигар, ҳамда ўпкада ўткир яллиғланиш касалликлари ҳамда, диатез мавжудлиги.

Анестезиолог ва стоматолог боланинг ота-онаси билан суҳбатлашиб, даволаш режасини тушунтириб, наркоз ўтказиш учун уларнинг розилигини олишлари зарур.

Поликлиника ва стационар шароитида ўтказиладиган наркоз ўзаро фарқлидир. Наркозни олиб борувчи анестезиолог бунга яхши билиши лозим:

1. Наркоз жуда содда ва осон бажариладиган, бола ва атрофдагилар учун безарар бўлиши;

2. Наркоз (уйқуси)га киритиш ва чиқариш (уйғотиш) қисқа вақтни талаб этиши;

3. Наркоз оғир асоратлар қолдирмаслиги керак.

Поликлиника шароитида наркоз ўтказиш учун анестезиолог вена ичига, мушаклар орасига; юбориладиган ёки ингаляцион усулда киритиладиган турли хил дори воситалардан фойдаланиши мумкин. Бажариладиган муолажа ҳажми, боланинг ёши, аралашув ўтказиладиган соҳа (оғиз бўшлиғи ёки ташқарида) ва бошқа сабаблар (анестезиологик асбоб-ускуналар, мавжуд медикаментоз препаратлар, анестезиолог ва стоматолог тажрибаси)дан келиб чиққан ҳолда наркоз ўтказиш усули танланади. Ҳар қайси наркоз усули ўзининг ижобий томонлари ва камчиликларига эга, вена ичига моноанестетик (масалан – кетамин,

кеталар, калипсол, пропофол) юборилиб ўтказилган наркоз жуда қулай: бола тез наркоз уйқусига киради ва наркоздан аста чиқади, ўтказилиши осон, қимматбаҳо наркоз аппаратларига эҳтиёж йўқ, гипотензив таъсир этмайди, қўсиш рефлексини чақирмайди, зарурат бўлса, қўшимча равишда дори (дастлабки дозанинг $\frac{1}{4}$ ёки $\frac{1}{2}$ қисми) юборилиб наркозни чўзиш мумкин.

Кетамин қаторидаги дориларни болаларда мушак ичига киритиб, ёки сироп ҳолатида ичириб, наркозга киритиш мумкин. Агар болага вазнига нисбатан 8-10 мг/кг миқдорида сироп ичирилса, 20 дақиқадан сўнг, у наркотик уйқуга кетиши ва 1 соат давомида ухлаши, шунингдек мушак ичига юборилганида ҳам, секин аста ухлаб, узок вақтдан сўнг уйғониши мумкин. Кетамин қаторидаги дорилар бу усулда қўлланилишининг салбий томонлари: наркоз бошқарилиши мураккаблиги; наркоз енгил ўтказилса бола уйғониб қолиши, чуқур бўлса, уйғониши қийин бўлади; тили орқага кетиб, нафас олиш қийинлашади (дислокацион асфиксия). Бундай вазиятда, дарҳол тилдан ип ўтказилиб ёрдамчи (ассистент) уни тортиб туриши ҳамда, оғиздаги қон ва суюқликлар, ёд моддалар (тиш бўлаклари, асбоблар) нафас йўлига тушиб қолмаслигини асбоб ёрдамида (сўриб) таъминлаши лозим. Бу жараён эса бажарилаётган муолажадан чалғитади ва наркоз вақтининг чўзилишига сабаб бўлади.

Поликлиника шароитида наркоз остида ўтказиладиган жарроҳлик амалиёти, стоматологик креслода эмас, операция столида бажарилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Чунки, беморни ўтказиб амалиёт бажарилганда, унинг кичик қон айланиш доирасида гемодинамик ўзгаришлар юзага келиши мумкин.

Вена ичига ёки мушак орасига наркотик дорилар юбориш ёрдамида ўтказилган умумий оғрикисизлантиришнинг муҳим афзалликлари бўлишига қарамай камчиликлардан ҳоли эмас. Уларни ингаляцион наркоз билан таққослаганда, охиргисининг ўзига хос афзалликлари кўпроқ. Масалан:

1. Трахея орқали ўтказиладиган (интубацион) наркозда, сунъий вентиляция ўпкада газлар алмашинувини адекват равишда таъминлайди.

2. Нафас йўлларида қон ва сўлак тушиши (аспирацион асфиксия)нинг тўлиқ олди олиниши мумкинлиги.

3. Наркознинг бошқарилиши – наркотик уйқуни чуқурлаштириш ва чиқариб (уйғотиб) олиш осонлиги.

Бироқ шу афзалликлар билан бир каторда ингаляцион наркознинг қуйидаги камчиликлари ҳам мавжуд:

1. Наркоз аппарати ва унга керак бўлган ҳар хил мосламалар нарҳи қимматлиги.

2. Операция тугаганидан сўнг уйғотилган боланинг узок вақт давомида шифокор кузатувиға муҳтожлиги.

3. Болаларда эндотрахеал наркоздан сўнг, овоз бойламлари остида шиш (солқиш) ривожланиши мумкин.

Юқорида баён этилганларни эътиборға олиб, (жарроҳлик) амалиёти умумий эндотрахеал оғрикисизлантириш остида ўтказилишини тақозо этса, бундай наркоз фақат стационар шароитида ёки кундузги стационар мавжуд бўлган поликлиникаларда ўтказилиши лозим.

Ўз амалиётини тугатиб, бола накроз ҳолатидан чиқарилиши олдида стоматолог қуйидагиларни ҳам бажариши шарт:

1. Оғиз бўшлиғида оператив амалиёт ўтказилган бўлса, ярадан қон кетмаётганлиғиға тўлиқ ишонч ҳосил қилиши;

2. Оғиз бўшлиғини назорат кўриғидан ўтказиб – тиш бўлаклари, пломба ашёлари, игна, тампон ва бошқа бегона моддалар бор ёки йўқлиғини текшириши;

3. Оғиз очқичлардан фойдаланилган бўлса, пастки жағ бўғимдан чиқмаганлиғи, тишларда синиш ва чиқиш ҳолатлари бўлмаганлиғиға эътибор бериши;

4. Оғиз бўшлиғида тўпланган қон, сўлакни сўрувчи асбоб ёрдамида тортиб олиши, қолиб кетган ёд модда ва жисмлар аспирация қилиниб, ларингоспазм ва қўсишға сабаб бўлишини унутмаслиғи керак.

Бола, уйғонганидан сўнг, наркоз уйқусидан кейинги депрессия давриға ўтади. Бу даврнинг давомийлиғи наркоз тури, ишлатилган дорилар ва уларнинг миқдорига боғлиқ. Наркоз вақти нечоғли қисқа бўлган бўлса, у шунча қисқа бўлади. Бу даврда боланинг гемостаз кўрсаткичлари меъёрлашади, руҳий, ақлий,

фикр юритиш, эслаш, эътибор бериш, фаолияти ҳаракатлари координацияси, ҳаракат мотор реакциялари тикланади. Бола тикланиб олиши учун ўртача 30-60 минут вақт талаб этилади. Шундан сўнг, у ўзини (адекват) бошқара олса, уйига кетишига руҳсат берилиши мумкин. Ота оналарга, бола тинчлигини таъминлаб, фаол жисмоний ҳаракатларини чегаралаш, 4-5 соатдан сўнггина суяқлик ва овқат бериш мумкинлиги тавсия этилади.

Стоматологик поликлиника шароитида ўтказилган наркоздан сўнг юзага келиши мумкин асоратлар, уларнинг олдини олиш ва даволаш

Кичик ёшдаги болаларда кўп учрайдиган асоратлар қуйидагича тақсимланади энг аввал - нафас олиш тизими, иккинчи ўринда гемодинамика бузилишлари - кўпроқ қон–томир, кейин эса юрак фаолиятининг етишмовчилиги, сўнгги учинчи ўринда – тана терморегуляциясининг бузилиши туради.

Наркозга киритиш даврида нафас йўллариининг ўтувчанлиги бузилганлиги аниқланиши мумкин. Бунинг сабаблари: аъзолар анатомик тузилишидаги ўзгаришлар (хоаналар атрезияси, аденоидлар, бодом безлари гипертрофияси, тил ва атрофидаги тўқималарнинг орқага кетиши); ёд жисмлар туфайли обтурация юзага келганлиги, анестезиологик асбоб-ускуналар ишдан чиқиши ёки яроқсизлиги бўлиши мумкин. Юқори нафас йўллари обструкциясини бартараф қилиш учун бемор бошини орқага ташлаб, пастки жағни олдинга ва юқорига суриш, ҳаво ўтказгични киритиш натижа бермаса, маска билан вентиляция қилиш ёки релаксантлар юбориб, интубация қилиш лозим бўлади.

Наркозга киритиш вақтида юзага келадиган ҳавфли асорат–бола қўсишидир. Бу ҳолат бола яқин вақт орасида (наркоздан олдин) егулик танаввул қилган бўлса кузатилади. Бундай ҳолат бўлмаслиги учун анестезиолог синчиклаб, бола қачон охирги марта овқатланган ёки сув ичган, қанча миқдорда ва қандай таом истъеомол қилганлигини батафсил сўраб ўрганиши лозим. Акс ҳолда қусиқ массаси аспирация қилинмаслигининг шошилини чоралари кўрилишига тўғри келади. Бола ёнбошлаб ётқизилади, тампон ёки сўлак сўргич аппарати билан оғиз

бўшлиғи тозаланади, зарур бўлса, ошқозонга зонд киритилиб, сўриб олинади, оғиз бўшлиғи салфеткалар билан такроран тозаланиб қурилади.

Трахея, ҳиқилдоқ ва овоз боғламларига ўтказилган (механик) таъсир натижасида ларингоспазм чақирилиши мумкин, оқибатда кескин гипоксия ва гиперкапния ҳолати юзага келади, нафас олиш вақтида кўкрак кафаси мушакларининг кескин қисқариши туфайли трахея сурилиб, нафас чиқариш қийинлашади.

Юқори нафас йўлларида ҳаво оқимини ўтмай қолса, нафас олиш тўхтайдиган (апноэ). Ларингоспазмнинг олдини олиш учун премедикация таркибига албатта ҳолинолитиклар киритилиши, қон кислород (оксигенация) билан тўйинтирилгандан сўнггина ингаляцион анестетиклар концентрациясини кўттариш мумкин. Ларингоспазм барқарор равишда сақланиб қолаверса, миорелаксантлар юбориб, интубация қилинади ва ўпка суъний вентиляцияси бошланади. Фторотанли наркоз ўтказилаётганда болаларда кўпинча қалтириш кузатилади. У одатда совуқ қотганда ғоз терисига ўхшаш бўлиб, мушакларнинг тез-тез қисқариши (қалтираш) билан кечади. Бадан увишиши (титраши), бош миёдаги терморегуляция марказининг рефлектор реакцияси ҳисобланади. У периферик қон томирларининг спазм ҳолати бўлиб, терида қон айланишининг камайиши натижасида юзага келади. Титраш танада ҳароратнинг ошиши, бироқ иссиқлик сарф қилиниши камайиши натижасида бўлади. Бундай асоратни олдини олиш учун болани тана ҳароратини наркоз даврида мунтазам ўлчаб, назорат қилиш хонадаги оптимал ҳароратни етарли даражада барқарор ушлаш, зарурат бўлса операцион столни иситиш чораларини кўришдан иборат.

Операциядан кейинги давридаги титроқ, узоқ вақт давом этиб, тутқаноқ, гипоксия, гиперкапния, мия шиши (солиқиши) ва дегидратацияга ҳарактерли белги бўлади.

Болада тутқаноқ синдроми ривожлана бошласа уни сабабини аниқлаб баргараф қилиш, седуксен, натрий оксибутират ёки барбитуратларни киритиш, титроқ бутун танага ўтса, нафас ва юрак етишмовчиликлари асоратлари юзага

келса, бола ўпкасини суъний вентиляцияга ўтказиш ва шошилиш равишда стационарга ётказилиши керак.

Болаларда маҳаллий ва умумий оғриқсизлантириш туфайли камдан-кам учрайдиган асорат бу ҳавfli гипертермия, адабиётдаги маълумотларга қараганда 14000 наркозга битта(1:14000 нисбатда) учрайди.

Кам учрайдиган асоратларга шунингдек status –thymicolymphaticus ҳам мансуб. Бу асоратда рефлектор равишда тўсатдан юрак уриши тўхтаб қолади. Бу ҳолат болаларда анестетикларга ўта сезувчанлик мавжудлиги , адашган нервнинг стимулловчи таъсири ва гипоксия оқибатлари билан тушунтирилади. Бундай асоратнинг олдини олишда бола ҳаёти анамнезини диққат билан йиғиб, авваллари хушдан кетиш, бўғилиш, опистотонус (камалакка ўхшаб эгилиб қолиши) ҳоллари ўрин тутишига алоҳида эътибор бериш, яни тўш орқасида жойлашган айрисимон без гиперплазиясини аниқлаш жуда муҳим аҳамиятга эга.

Болаларда асоратлар орасида гипертермия, крапивница (эшакем), квинке шиши (oedema), анофилактик шок кузатилиши мумкин. Ушбу асоратларни келтириб чиқарувчи эндоген гистаминнинг ажралиб чиқишига сабаб бўладиган анестетик ва бошқа препаратлар (тиопентал, гексенал ва шу кабилар) дан болалар амалиётида фойдаланмаслик, бундай вазиятда шошилиш равишда махсус реанимацион бригадани чақириб болани ихтисослашган реанимация бўлимига ўтказилиши мақсадга мувофиқдир.

Қуйда келтирилган қоидаларга риоя қилиш поликлиника шароитида ўтказиладиган наркоз билан боғлиқ асоратлар олдини олиш гаровидир:

1. Наркоз оч қоринга ўтказилиши лозим.
2. Наркоз ўтказиш учун ишлатиладиган барча асбоб –ускуналар жумладан суюқлик сўрувчи аппарат (слюноотсос) ишчи ҳолатда бўлиши шарт;
3. Наркоз ўтказилаётган хонада тинчлик сақланиши, яъни шифокор ва болани эътиборини жалб қилиб, асаб тизимига салбий таъсир ортиқча шовқин бўлмаслиги лозим.

4. Болани наркозга киритиш олдида кислород билан тўйинтириш, у нафас олаётган газлар таркибида кислород миқдори 20% кам бўлмаслигини таминлаш зарур.

5. Ноингаляцион усулдаги наркоз вақтида боланинг оғиз бўшлиғида амалиёт ўтказилаётганлиги боис нафас йўллариининг ўтувчанлиги мумтазам назорат қилиниши (керак бўлса тил ва бош ҳолатини ўзгартириш йўли билан) ҳамда барқарор сақланиши керак

6. Зарурат тугилганда стоматолог шошилинич равишда болага трахеостома қўйиш, юракни (ёпик, ташқи) массаж қилиш, сунъий нафас олдириш, венепункция (венесекция) қилишга тайёргарлик кўрган бўлиши.

7. Кичик ёшдаги болаларда умумий оғриксизлантиришдан сўнг нистагм, атаксия, кўнгил айнаши, қўсиш ҳолатлари кузатилмаса, поликлиникадан ота оналари ҳамроҳлигида кетишлари мумкин. Каттароқ ёшдаги болалар эса Ромберг позасида мустаҳкам туролсалар ва текис чизик бўлаб тўғри юра олсалар мустақил равишда поликлиникани тарк этишлари мумкин.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Болалар анестезиологиясини асосий мақсади қандай?
2. Врач-стоматолог бола ва ота-онаси орасида муносабат қандай тузилиши керак?
3. Болаларда оғриксизлантириш усули танланаётганда нималар этиборга олинади?
4. Болани оғриксизлантиришга тайёрлаш қандай босқичларга бўлинади?
5. Стоматологик поликлиникада ўтказиладиган оғриксизлантириш олдидаги масалалар?
6. Оғриксизлантиришни асосий мақсади?
7. Аппликацион анестезияга кўрсатмалар?
8. Нима сабабдан болаларда электроанестезия ва ультратовуш билан оғриксизлантиришни самараси паст?

9. Болани стоматологик креслода тинч ўтириб даволанишига қандай эришиш мумкин?
- 10.Премедикация деганда нимани тушинамиз?
- 11.Премедикациядан асосий мақсад?
- 12.Премедикацияга қарши кўрсатмалар?
- 13.Премедикация ва маҳаллий анестезия қайси ёшдаги болаларда юқори самарадорлик беради?
- 14.Нима сабабдан премедикация умумий оғриқсизлантиришни таркибий қисми ҳисобланади?
- 15.Умумий оғриқсизлантиришдан аввал ўтказиладиган премедикацияни мақсади?
- 16.Умумий оғриқсизлантириш ва операциядан олдин премедикация учун қандай дорилар қўланилади?
- 17.Маҳаллий оғриқсизлантириш усуллари санаб ўтинг?
- 18.Маҳаллий оғриқсизлантиришга кўрсатмалар?
- 19.Маҳаллий оғриқсизлантиришга қўйилган асосий талаблар?
- 20.Маҳаллий анестетик таркибидаги вазоконстриктор қандай таъсир этади?
- 21.Маҳаллий оғриқсизлантиришни хавфсизлиги нималарга боғлиқ?
- 22.Нинасиз оғриқсизлантиришни афзалликлари нимада?
- 23.Юз юмшоқ тўқималаридаги операциялар қандай оғриқсизлантириш билан бажарилади?
- 24.Ўтказувчан оғриқсизлантиришга болаларга кўрсатмалар?
- 25.Таъсир давомийлиги бўйича новокаин қайси гуруҳга киради ва қанча вақт таъсир этади?
- 26.Лидокаин таъсири давомийлиги бўйича қайси гуруҳга мансуб ва қанча вақт давом этади?
- 27.Узоқ таъсир этувчи гуруҳга қайси анестетиклар киради?
- 28.Қандай қилиб анестетикни шприцга қайтиб келмаслигини олдини олиш мумкин?

- 29.Интерлигаментар анестезия оғриқсизлантиришни қайси усулига мансуб?
- 30.Болалар стоматологиясида қўлланиладиган оғриқсизлантириш усулларини келтиринг?
- 31.Маҳаллий оғриқсизлантиришни хавфсиз ўтказиш учун қандай омилларга эътибор бериш керак?
- 32.Анестетикни тишларга нисбатан юбориладиган миқдори?
- 33.Анестезияни етарли даражада ўтказилганлигини қандай клиник белгилар билан баҳолаш мумкин?
- 34.Тиш олаётганда оғриқсизлантириш усули қандай танланади?
- 35.Болаларда тишни даволаш ва олишда инфилтрацион оғриқсизлантиришдан кенг қўлланилиши сабабини изохлаб беринг?
- 36.Болалар тишларини олаётганда қандай усулдаги оғриқсизлантиришдан фойдаланилади?
- 37.Маҳаллий анестетиклар кимёвий структурасидан келиб чиқиб қандай гуруҳларга бўлинади?
- 38.Амидлар гуруҳига қайси анестетиклар киради?
- 39.Амидлар гуруҳига мансуб анестетикларни асосий афзаллиги нимада?
- 40.Маҳаллий оғриқсизлантиришни ўтказишдан аввал қандай маълумотларни аниқлаш керак?
- 41.Болаларда юмшоқ тўқималарда инфилтрацион анестезия қандай ўтказилади?
- 42.Болаларда сўрғичли оғриқсизлантириш ўтказилаётганда нина қаерга санчилади?
- 43.Болаларда инфилтрацион анестезияни қўлланилишидаги афзалликлар?
- 44.Болаларда ўтказувчан оғриқсизлантириш ўтказиш принциплари?
- 45.Ўтказувчан анестезияни ўтказилишининг умумий қоидалари?
- 46.Болада туберал анестезияни ташқаридан бажариш усули?
- 47.Болада туберал анестезияни оғиз ичидан бажариш усули?

- 48.Кўз ости анестезиясини 6-15 ёшдаги болаларда оғиз ташқарисидан бажариш усули?
- 49.Кўз ости анестезиясини 6-12 ёшдаги болаларда оғиз ичидан бажариш усули?
- 50.Болаларда қаттиқ танглай тешигида анестезия ўтказиш техникаси?
- 51.Болаларда курак тишлар тешигида интраорал ва бурун ичидан оғриқсизлантириш техникаси?
- 52.Болалар ёшига боғлиқ ҳолда пастки жағ ва дахан тешикларининг жойлашиши қандай ўзгаради?
- 53.Болаларда мандибўляр анестезияни оғиз ичкарисидан аподактил ва бармоқ ёрдамида пайпаслаб бажариш техникаси?
- 54.Болаларда ментал анестезияни оғиз ичкарисидан ва оғиз ташқарисидан бажариш техникаси?
- 55.Болаларда марказий ўтказувчан анестезияни қўлланилишини чеклаш сабаблари?
- 56.Болалар стоматологиясида маҳаллий (инфильтрацион ва ўтказувчан) анестезияда юзага келиши мумкин бўлган асоратлар?
- 57.Умумий оғриқсизлантиришдан мақсад?
- 58.Умумий оғриқсизлантиришни қандай турлари фаркланади?
- 59.Ингаляцион наркоз ўтказиш учун қандай препаратлардан фойдаланилади?
- 60.Ингаляцион наркоз қандай амалга оширилади?
- 61.Аралаш (комбинацияланган) наркоз деганда нима тушинилади?
- 62.Замонавий умумий оғриқсизлантириш қандай босқичларга бўлинади?
- 63.Поликлиника шароитида болаларга ўтказиладиган наркозга талаблар?
- 64.Стоматологик муолажаларни поликлиникада наркозда ўтказишга кўрсатмаларни келтиринг?
- 65.Поликлиника шароитида болаларда ўтказиладиган наркозга талаблар?
- 66.Вена ичига наркотик дорилар юбориб ўтказиладиган умумий оғриқсизлантиришни ингаляцион ва мушак ичи наркоздан афзалликлари?

- 67.Поликлиника шароитида ўтказиладиган наркоздан сўнг юзага келиши мумкин асоратлар, уларни олдини олиш ва даволаш?
- 68.Болаларда стоматологик муолажалардан олдин ўтказиладиган премедикация мақсади?
- 69.Премедикация учун ишлатиладиган препаратлар дозаси қандай аниқланади?
- 70.Қайси гуруҳдаги препаратлар болаларда премедикация мақсадида фойдаланилади?

III-Боб. БОЛАЛАРДА ЮЗ-ЖАҒ СОҲАЛАРИНИ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

Периодонтитлар

Болалар сут (вақтинчалик) тишлари пульпит ва периодонтитлари касалликлари терапевтик стоматология дарслигида батафсил ёритилган. Жарроҳлик стоматологияси нуқтаи назаридан периодонтит: остеомиелит, периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит, аденофлегмона сингари

касалликларга сабабчи бўлади, шунингдек, периодонтит нафақат эндодонтик, балки жарроҳлик усуллари билан ҳам даволанади. Болалар стоматологиясида ҳам катталар учун кабул қилинган периодонтит таснифидан фойдаланилади. Яллиғланган соҳа жойлашишига кўра периодонтитнинг апикал (илдиз учи) ва маргинал (илдиз ёни атрофи) турлари фарқланади. Кечиши бўйича периодонтитлар ўткир ва сурункали даврларга бўлинади.

Апикал периодонтитлар таснифи:

1. Ўткир апикал периодонтит.

2. Сурункали апикал периодонтит:

а) фиброз; б) гранулёма ҳосил қилувчи; в) грануляция ҳосил қилувчи.

3. Сурункали периодонтитнинг ўткирлашуви (сурункали периодонтит хуружи).

Ўткир периодонтит

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

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

Ташхис – ўткир периодонтитга хос клиник ва рентгенологик белгилар асосида қўйилади.

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

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

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

Сут тишларнинг сурункали периодонтити

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

Фиброз периодонтит. Бу турдаги периодонтит фақат илдизи шаклланган (сут ва доимий) тишлардагина юзага келади. Илдиз шаклланмаган ёки сўрилайётган (резорбцияланаётган) бўлса, фиброз периодонтит ривожланмайди. Фиброз периодонтит субъектив белгиларсиз кечади. Болалар чайнаётганларида оғриқ сезмайдилар.

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

Грануляциялар ҳосил қилувчи сурункали периодонтит кичик ёшдаги болалар сут тишларида учрайди.

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

Клиник манзараси: Зарарланган тишда чуқур кариес қаваги бўлиб, тиш тожининг ранги ўзгарган, қавак ичида грануляцияли тўқима бўлиши мумкин. Милкдаги оқма йўлидан ажралма чиқади, айримларда – оқма ичидан грануляцияли тўқима бўртиб чиқиб туради. Оқма йўл териға очилганида, унинг атрофидаги тўқималар яллиғланади, тери қизариб, кўкимтир–тўқ қизил тус олади, гоҳида юпқалашиб, бичилади. Оқма вақти-вақти билан бекилиб, ажралма чиқмай қолади. Оқма атрофида кечган пролифератив яллиғланиш ҳисобига бириктирувчи тўқимадан тортма шаклланади. Пайпасланганда тиш илдизидан ташқаридаги оқмага йўналган қалин пилик тортма аниқланади. Оқма ичидан грануляцияли тўқима бўртиб чиққанлиги учун “миграцияловчи гранулёма” деб аталган. Аслида, у грануляциялар ҳосил қилиб кечувчи периодонтитнинг бир белгиси ҳисобланади.

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

Рентгенологик текширувда сут тишининг сурункали грануляция ҳосил қилувчи периодонтитида деструкция ўчоғи кўпроқ бифуркация атрофида

аникланади. Бундай ҳолатни Чуприна (1985) пульпа чириндиси ва инфекциянинг тиш қаваги тубида жойлашган қўшимча каналлар орқали бифуркацияга чиқиши билан изоҳлайди. Деструкция кенг ва чуқур тарқалиб, илдизлар атрофи ҳамда улар орасидаги ораликни қамраб олиши ва доимий тиш куртагигача ўтиши мумкин. Жараён суякда кечганлиги боис Т.Ф. Виноградова бундай ҳолатни “сурункали остит” деб атаган. *Сут тишларида сурункали грануляциялар ҳосил қилиб кечувчи периодонтитнинг доимий тиш куртагига таъсири унинг ривожланиш даражасига боғлиқ:*

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

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

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

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

5) Сут тишида кечаётган яллиғланиш жараёни ривожланаётган доимий тишнинг ретенцияси ёки кистасига сабабчи бўлиши мумкин.

Қиёсий ташхислаш: ўрта, чуқур кариес, сурункали гангреноз пульпит билан ўтказилади.

Гранулёма ҳосил қилувчи сурункали периодонтит сурункали фиброз периодонтитга ўхшаш белгиларсиз кечади. Вақтинчалик (сут) тишларда жуда кам

учрайди. Одатда, бу касаллик доимий тишларда учрайди. Беморларда шикоятлар деярли бўлмайди. Тиш даволаш мақсадида шифокорга мурожаат қилинганида, рентгенологик текширув вақтида тасодифан аниқланади.

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

Қиёсий ташхис: сурункали гранулёма ҳосил қилиб кечувчи периодонтитни ўрта кариес, сурункали гангреноз пульпит, периодонтитнинг бошқа шакллари, кистогранулёма, киста, тишнинг нотўлиқ чиқиши (рентген тасвирида тиш окклюзион текисликдан силжиган, тиш альвеоласи (тиш катагини)нинг туби бўш қолиб гранулёмага ўхшаб кўринади.

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

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

Клиник–экспериментал тажрибаларимиз ва адабиётлардаги маълумотлардан келиб чиқиб, тишларни олишга кўрсатма, уларнинг ривожланишидаги уч давр ёки (сут, аралаш, доимий окклюзия) тишлам ҳусусиятларини эътиборга олиб белгиланади.

Сут тишлами даврида (6 ёшгача) сут тишларини олишга оид кўрсатмалар:

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

– сурункали периодонтитни бир неча марта даволаш самарасиз бўлса;

– яллиғланиш жараёни доимий тиш куртагига тарқалиш хавфи бўлса;

Тишлар алмашуви – аралаш тишлам (6-10 ёш) даврида тишларни олишга кўрсатмалар: – ўткир одонтоген касалликлар (йирингли периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит)га сабабчи бўлган тишлар, илдизларининг ярмидан кўпи сўрилган сут тишлари, қайта-қайта даволаш самара бермаган сут ва доимий тишлар албатта олиб ташланади. 9-10 ёшдаги болаларнинг ўткир пульпит ёки периодонтит билан касалланган сут тишлари (доимий тиш куртаги борлиги аниқ бўлган ҳолларда): Сут ва доимий тишлар – илдизлари орасидаги тўсиқда яллиғланиш аломатлари аниқланганда;

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

– одонтоген остеомиелитга сабабчи бўлган тишлар;

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

Болаларда доимий тишлар периодонтитларини консерватив- жарроҳлик усуллари билан даволаш

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

1.Тиш тож қисмини тўлиқ сақлаб қолган ҳолда, шикастланган илдизни кесиб олиб ташлаш– илдиз ампутацияси.

2. Илдизни унга бириккан тиш тож қисми билан биргаликда олиб ташлаш коронорадикуляр ампутация.

3. Тишни илдизларнинг айрилган (ажралган) соҳасидан кесиб, шикастланган илдизни тож билан қўшиб олиб ташлаш – тиш гемисекцияси пастки жағнинг катта озиқ тишлари ва юқори жағ кичик озиқ тишларида қўлланилади.

4. Катта озиқ тишлар бифуркацияси соҳасида патологик жараён бўлиб, илдизлари соғлом бўлса, тиш коронорадикуляр сепарацияси ўтказилади. Пастки моляр ўртасидан бўлиниб, бўлакларга алоҳида иккита премоляр шакли берилади ва даволанади. Юқоридаги моляр учга бўлиниб, ҳар бири алоҳида даволанади.

5. Илдизлараро гранулёмэктомия – тиш илдизларининг катакчалари орасидаги тўсиқни борлар ёрдамида кесиб силлиқлаш.

6. Тиш илдизи учини резекция қилиш.

Болаларда доимий тишлар сурункали периодонтитларини радикал даволашга оид кўрсатмалар

Соматик кўрсатмалар – сурункали одонтоген ўчоқлари бўлган болалар ва ўспиринларнинг соматик ҳолатини комплекс равишда баҳоланиб, саломатлик кўрсаткичлари бўйича қайси гуруҳга мансублиги аниқланади. Агар периодонтитни консерватив даволаш, одонтоген ўчоқни бартараф қилиб, саломатликни тиклаш учун етарли бўлмаса, бундай ҳолат радикал жарроҳлик усулида даволашга, яъни тишни олиш (extirpacio)га кўрсатма бўлади.

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

Консерватив даволаш ўтказиш қийинлиги ёки бажариб бўлмаслиги (бифуркацияда патологик жараён кечиши, пульпа бўшлиғи ва илдиз канали девори даволанаётганда тешилиши, каналнинг қотувчи пломба ашёлари (цемент)

билан яхши тўлдирилмаганлиги, канал битиб қолган (облитерацияга учраган)лиги, канал ичида дентикл бўлиши, эндодонтик асбоб синиб қолиб кетиши, қўшимча илдиз ёки илдиз 50° қийшайиб, пломбалаш имконияти мутлақо бўлмаса, пломба ашёси илдиз учидан кўп миқдорда чиқариб юборилиши, катта озиқ тишларнинг илдизи кариес билан зарарланганлиги учраса, илдиз учи атрофидаги суякда кенг кўламдаги резорбция ўчоқлари бўлиши) радикал даволашга кўрсатма бўлади.

Маҳаллий кўрсатмалар: тишни пломба ёки протез ёрдамида тиклаш имконияти йўқлиги.

Периодонтитларни консерватив хирургик даволаш усуллари уч босқични ўз ичига олади:

Терапевтик даволаш – ўта синчковлик билан тиш каналига эндодонтик асбоблар ёрдамида ишлов бериш, кесув тишлар ва премолярларни эвгенол билан, молярларни резорцин-формалин пастаси билан пломбалаш. Тишнинг анатомик шаклини амальгама ёки композицион ашёлар билан тиклаш.

Жарроҳлик даволаш чоралари юқорида келтирилган операциялардан бири ўтказилади. Операциядан сўнг оғриқни қолдириш, яллиғланишни камайтириш, суякда кечаётган тикланиш жараёнларини рағбатлантириш учун физиотерапевтик муолажалар буюрилади.

Ортопедик даволаш – операциядан сўнг 4-5 ҳафта ўтиб, тишнинг анатомик шакли қистирма ёки коронка билан тикланади.

Сут тишларни олиш техникаси

Сут тишларни олишнинг бир қанча ўзига ҳос хусусиятлари бор. Сут тишларни олаётганда омбурнинг қисувчи қисми илдиз ўқи бўйлаб чуқур киритилмайди; олингандан сўнг тиш катакчаси (туби ва деворлари) кюретажи (қириб тозалаш) ўтказилмайди.

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

- Сут тишларни олиш операцияси қуйидаги босқичларга бўлинади;
- тиш атрофидаги айланма боғлам ажратилади;
 - омбурни сут тиши экваторидан ўтказиб солинади;
 - сут тиш сиқиб ушланади;
 - тишни ярим айланма ва тебранувчи ҳаракатлар ёрдамида катакчада қўзғатилади;
 - тиш катакчадан оғиз даҳлизи томон силжитиб чиқариб олинади;
 - тиш чиқариб олинганидан сўнг катакча устига тампон қўйиб, ён қирғоқлари (четлари) сиқиб яқинлаштирилади;
 - катакчада қон қуйқаси шакллангунча (10-15 дақиқа) кузатилади. Шу вақт ичида бола тампонни чайнамаслиги ёки ютиб юбормаслиги, нафас йўлига кетиб (аспирация) қилинмаслиги назорат қилинади;
 - ота-оналарга тавсиялар берилади.

Тиш олинishi билан боғлиқ асоратлар

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

– альвеоляр ўсиқ четлари синса, кюретаж қошиқчаси билан бўлаклар аста олиб ташланади;

– юқори жағ бўшлиғининг туби тешилиб қолса, катакча четларига чок қўйилади ёки катакча чуқурлигининг $1/3$ қисмига тампон киритилиб, ҳимоя пластинкаси тайёрланади, сўнг яллиғланишга қарши даволаш ўтказилади.

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

Тиш олинганидан сўнг катакчада оғриқ мавжуд бўлса оғриқсизлантирилади ва босим остида антисептик эритмалар билан ювилади, катакчада енгил кюретаж ўтказилиб, унда антисептиклар, антибактериал ва

оғриқсизлантирувчи препаратлар қолдирилади ҳамда физиотерапевтик муолажалар буюрилади.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Тиш ва жағлар синганида қандай кўрсатмалар билан тишлар олинади?
2. Тиш олишга қандай ортодонтик кўрсатмалар бор ?
3. Тиш олаётгандаги асоратларда қандай ёрдам кўрсатилади?
4. Тиш катакчасидан қон кетганда қандай ёрдам кўрсатилади?
5. Болаларда алвеолитда қандай ёрдам кўрсатилади?
6. Сут тишларни олишда қандай хусусиятлар бор?
7. Сут тишларни олишда қандай тайёргарлик ўтказилади?
8. Сут тишлар олинаётганда қандай босқичлардабажарилади?
9. Болаларда сут тишлар илдизи қандай олинади?
10. Қандай клиник ва рентгенологик кўрсатмалар бўлганида сут тишлар олинади?

ЖАҒЛАРНИНГ ОДОНТОГЕН ПЕРИОСТИТИ

Жағлар периостити дейилганда суяк устидаги парда (периост)нинг инфекция ёки жароҳат таъсирида яллиғланиши тушунилади.

Жағлар ва юмшоқ тўқималарнинг қон билан (айниқса, тишлар алмашуви ва жағларнинг ўсиш вақтида) таъминланиши, лимфа айланиши яхши бўлганлиги

сабабли, пульпа ва периодонт тўқимасидаги инфекция суякка одонтоген, гематоген (асосан, вена томирлари) ва лимфоген йўл билан тарқалади. Дастлаб ўткир зардобли яллиғланиш кечади.

Периоститлар таснифи

| Клиник кечиши бўйича | Инфекция кириш (тушиш) йўли | Патоморфологик ўзгаришлар | Инфекция тури | Инфекция кириш (тарқалиш) йўли |
|----------------------|--|---|--|---|
| Ўткир Сурункали | Одонтоген Ноодонтоген (жароҳат орқали, стоматоген) | Зардобли Йирингли Гиперпластик Суякланувчи | Ўзига хос бўлмаган носпецефик Ўзига хос спецефик Туберкулёз, актиномикоз | Қўшни соҳадан ўтиш, гематоген, лимфоген |

Ўткир зардобли периостит

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

Шикоятлар: Тишлаганда, чайнаганда касалланган тишда оғриқ борлиги, жағ атрофида (лимфа тугунларда) шиш пайдо бўлганига шикоят қилади.

Клиник манзараси: касаллик ўткир ёки сурункали периодонтит ҳуружига хос белгилар билан кечади. Зардобли периостит бўлган болаларда ланжлик, беҳузурлик кузатилади, уйқу бузилади, шу билан бир вақтда, жағ атрофидаги тўқималарда юмшоқ шиш пайдо бўлади, сабабчи тишда чуқур кавак мавжуд бўлиб, ранги ўзгарган, перкуссия оғриқли бўлади. Сабабчи ва қўшни тишлар соҳасидаги ўтув бурмаси шишиб, текисланади, пайпаслаганда оғрийди.

Ўткир зардобли периостит альвеоляр ўсиқнинг вестибўляр юзасида учрайди. Яллиғланган периост устидаги шиллик парда қизарган ва шишган бўлади. Периостит билан оғриган бола безовталанади, уйқу ва иштахаси бузилади, тана ҳарорати субфебрил бўлади. Болада пульпитнинг ўткир периостит белгилари билан кечиши, организмнинг қаршилик кучлари сусайганлиги ҳамда, мазкур яллиғланиш жараёнини вирулентлиги баланд инфекция келтириб чиқарганлигини билдиради.

Патологик анатомияси

Периост (суяк қобиғи) зардобли яллиғланиши босқичининг морфологик текширувида қон томирлар кенгайганлиги (қизариш), шиш, хужайралар тўпланиб (инфильтрация) периостнинг қалинлашганлиги, толалари титилиб, бир-биридан зардоб туфайли ажралганлигини кузатиш мумкин.

Даволаш. Ўткир зардобли периоститни даволашда дастлаб бирламчи инфекция ўчоғи (пульпит, периодонтит) ни бартараф қилиш зарур. Вақтинчалик тиш иллизининг ҳолати этиборга олинади, сўрилиш жараёни кетаётган бўлса, олинади. Доимий тишлар имкон қадар сақланаб қолинади. Даволаш чоралари самара бермаса, тиш олиб ташланади. Сабабчи тиш даволанган (олинган)дан сўнг шиш бир неча кун сақланиб туради. Боланинг аҳволи яхшиланмаса, жарроҳлик усулида даволаш зарур бўлади. Шу сабабли, тишни олиш ва периостотомия операциялари бир вақтда ўтказилиши мақсадга мувофиқдир.

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

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

Ўткир йирингли периостит

Ўткир йирингли периостит юзага келганда бола (ота-она)лар юз шишганлигига, зарарланган томонда чайнаш вақтида оғриқ бўлиши, тана ҳарорати кўтарилиб, иштаҳа пасайиши ва уйқу бузилишига шикоят қиладилар. Кўпчилик бемор ва ота-оналар юздаги шишни тишдаги оғриқ билан

боғламайдилар, чунки йирингли ўчоқ периодонтдан периостга кўчади. Шу сабабли, анамнез йиғаётганда касаллик қандай бошланганлиги ва қайси тиш сабабчи бўлганлигини синчковлик билан суриштириш керак.

Касалликнинг клиник манзараси умумий ва маҳаллий белгилар билан намоён бўлади. Боланинг умумий аҳволи периостит ривожланишидан аввалги соматик ҳолати ва ёшига боғлиқ. Бола нечоғлик кичик бўлса, ўткир йирингли периостит шунчалик оғир кечади. Тана ҳарорати 38-38.8 С⁰ га кўтарилиб, заҳарланиш белгилари намоён бўлади.

Юқори жагда периоститда юқори лаб, бурун-лаб бурмаси, кўз ости соҳаси ва лунжда юмшоқ (коллатерал) шиш пайдо бўлади, натижада, кўз ёриғи тораяди ёки умуман ёпилиб қолади. Жараён жағнинг вестибўляр юзасида кечганида, оғиз ичида сабабчи ва икки ён қўшни тишлар соҳасида ўтув бурма шиш ҳисобига саёз (текис)ланганлиги ва шиллик парда қизарганлигини кўриш мумкин. Абсцесс танглайда жойлашганда бола юзининг симметрияси бузилмайди, оғиз эркин очилади. Танглайда алвеоляр ўсиқ яқинида шиллик парда қизариб, бўртиб чиққанлигини кўриш мумкин. Пайпаслаганда – оғриқ, шиш ўртаси юмшаб қолганлигини аниқлаш мумкин.

Пастки жағ периоститида шиш лунж, пастки лаб, жағ остига (айрим ҳолларда шикастланган томон) кўз ости, пастки қовоққа тарқалади. Оғиз ичида, жағнинг вестибўляр юзаси, яллиғланган соҳасида ўтув бурма инфильтрат ҳисобига саёзлашган, устки шиллик парда шишган, қизарган, йирингли экссудат кўп миқдорда тўпланган бўлса, пайпаслаганда флюктуация белгиси аниқланади.

Даволаш ўз вақтида ўтказилмаса, лунж ва жағ ости соҳаларидаги шиш ҳисобига оғиз очилиши чегараланади. Яллиғланиш ўчоғи атрофида қаттиқ шиш (инфильтрат) ҳосил бўлади, устидаги тери қизаради, лимфа тугунлари катталашади, бир-бири билан қўшилиб, периаденит белгилари ҳам юзага келади. Сабабчи тиш қимирлаб қолган тож қисми емирилган, бўлади. Периодонтдаги яллиғланиш периост остига ўтгандан сўнг сабабчи тиш перкуссияси оғриқсиз бўлиши мумкин.

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

Қонда ЭЧТ 30-40мм/сга етганлиги, лейкоцитлар $20-25 \times 10^9$ /л кўпайганлиги, оқ қон таначаларида яллиғланишга хос ўзгаришлар аниқланади.

Ўткир йирингли периоститнинг патологик анатомияси

Ўткир йирингли периостит касаллигида периост (суяк усти парда нобуд бўлади), жонсизланади, эриб кетади, унинг ёрилган жойидан йиринг шиллик парда остига чиқади. Натижада, периостни остида (жағ билан периост орасида) ва устида (периост ва шиллик парда орасида) иккита йирингли ўчоқ ҳосил бўлади, Суякнинг кортикал пластинкаси ҳам емирилади. Периост тўқимаси йиринг ўчоғини чегаралаш учун фаол равишда янги суяк ҳосил бўлиши билан жавоб беради.

Ташхислаш. Ўткир йирингли периостит ташхиси учун шу касалликка хос бўлган белгилар – сурункали периодонтитнинг ўткирлашуви оқибатида, альвеоляр ўсиқнинг ташқи юзаси периости остида абсцесс ҳосил бўлганлиги асос бўлади.

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

Периоститдан фарқли равишда, остеомиелит касаллигида альвеоляр ўсиқ (жағ танаси) икки (вестибўляр ҳам орал) тарафлама шишади, бир гуруҳ (3 ва

ундан кўп) тишлар қимирлаб қолади, милк тиш чўнтақларидан йиринг ажралади. Жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарда абсцесс ва флегмоналар шаклланади.

Жағ танасида кечаётган ўткир периоститни ўткир лимфаденитдан фарқлаш керак. Маълумки, айрим ҳолларда жағ танаси қирраси (чети)га яқин жойлашган лимфа тугун (без)лари яллиғланиши мумкин. Периоститдан фарқлаш учун анамнезга аҳамият бериш лозим. Лимфаденит дастлаб думалоқ ёки овал (нохотсимон) тугун шаклида пайдо бўлади ва секин-аста катталашиб боради.

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

Ўткир йирингли периоститни даволаш принципи – шошилини равишда йирингли ўчоқни очиш, сабачи тишни олиш, медикаментоз даволаш, физиотерапевтик ва умумқувватловчи воситалар билан саломатликни тиклаш. Кичик ёшдаги болаларга периостит ташхиси қўйилса, йирингли ўчоқни умумий оғриқсизлантириш остида кесиб очиш ва жадал медикаментоз даволаш тадбирларини ўтказиш учун, бемор стационарга ётқизилиши шарт.

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

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

Йирингли ўчоқни очиш вақтида, доимий тишни сақлашга қарор қилинса, қисқа вақт мобайнида илдиз канали тозаланиб, даво ўтказилиши шарт. Периоститда йирингли ажралма яхши чиқиши ва тез тозаланиши учун периост кенг кўламда кесилиши лозим.

Окклюзия (тишлам) алмашинуви даврида пастки жағда периостотомия (кесма) ўтув бурмадан пастрокда, юқори жағда – юқорироқ ва параллель равишда ўтказилади.

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

Абсцесс танглайда жойлашган бўлса, кесма тўғри чизиқли ўтказилганда, четлари қисқа вақт ичида бир бири билан ёпишиб, операцион яра бекилиб қолади ва ажралма чиқа олмайди. Яра чуқур бўлмаганлиги туфайли ичига киритилган резина чиқаргич ярадан тез чиқиб кетади. Шу сабабдан, шиш устидаги шиллик пардани учбурчак ёки овал шаклда кесиб олиб ташлаш керак. Бундай ўтказилган операциядан сўнг ярага чиқаргич қўйишга ҳожат қолмайди. Яра иккиламчи тортилиш билан битади.

Болаларда жарроҳлик амалиёти қўполлик билан бажарилса, скальпель ёрдамида доимий тиш куртаклари, юқори жағ бўшлиғининг олд деворини кесиб, очиб қўйиш, ментал ва кўз ости қон томир-нерв тутамларини жароҳатлаш мумкин. Амбўлатор шароитда даволанаётганда, антибактериал (сульфаниламидлар, антибиотиклар) ва яллиғланишга қарши (аскорутин, кальций глюконат), десенсибилизацияловчи дорилар боланинг ёши ва вазни этиборга олинган ҳолда буюрилади.

Жағ суяклари ўткир периостити касаллиги, яллиғланиш инфилтрати, лимфаденит, периаденит каби хасталиклари билан асоратланиб кечган ҳолатларда физиотерапевтик муолажалардан: гелий-неон лазер, ЮЧ-ток буюрилади ҳамда яллиғланишга қарши ва сўрилиш жараёнини таъминловчи гидрофил асосдаги малҳамлар (левомеколь, левомизол ва бошқалар) билан боғламлар қўйилади. Агар периостотомия ўтказилгандан бир сутка (24 соат) ўтганидан сўнг ҳам боланинг умумий аҳволи яхшиланмаса ва интоксикация белгилари ҳамда ярадан ажралма чиқиши камаймаган бўлса, жағ суягида ўткир одонтоген остеомиелит ривожланаётганлиги, касаллик абсцесс ёки флегмона билан асоратланганлигидан далолат беради.

Сурункали периостит

Жағ суяқлари сурункали периостити болаларда кам учрайдыган касаллик. Одатда, периодонтдаги яллиғланиш жараёни тўлиқ бартараф этилмаса, 10-14 кундан сўнг сурункали одонтоген периостит ривожлана бошлайди. Болаларда сурункали периостит сурункали периодонтит, сурункали остеомиелит, ўтқир периостит ва жароҳатдан сўнг (инфекцион ва механик омиллар таъсирида) юзага келиши мумкин.

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

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

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

Шикоятлар: Бола ёки унинг ота-онаси жағ соҳасида оғриқсиз шиш ҳосил бўлиб, юзнинг шакли ўзгарганлигини айтади. Суриштирилганда, сабабчи тишда бир неча марта оғриқ ҳуружи бўлганлиги ва жағ атрофида шиш пайдо бўлганлиги ёки жағ суяги жароҳатланганлиги аниқланиб, қайд этилади.

Клиник манзараси: Гиперпластик (оддий) периоститда жағ маълум даражада катталашганлиги сабабли юзнинг шакли ўзгаради. Пайпаслаганда шикастланган соҳасада бироз оғриқ бўлади. Жағ ости соҳасида регионар лимфатик тугунлар катталашиши мумкин. Оғиз очилиши эркин, саёзланган ўтув бурма шиллиқ пардаси кўкимтир, шишган, пайпаслаганда альвеоляр ўсик қалинлашганлиги аниқланади. Сабабчи тиш тожининг ранги ўзгарган, емирилган, чуқур кариоз қаваги мавжуд бўлади.

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

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

Қиёсий ташхислаш жағларнинг фиброз остеодисплазияси, остеобластокластома, продуктив ва деструктив продуктив шаклдаги сурункали остеомиелит, шунингдек жағ суяқларинингнинг сил касаллиги билан ўтказилади.

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

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Жағларнинг периостити деганда қандай касаллик тушинилади?
2. Клиник кечиши ва патоморфологик ўзгаришларга кўра периостит қандай таснифланади?
3. Ўткир зардобли периоститга хос шикоятлар.
4. Жағлар ва атроф юмшоқ тўқималар тузилишининг қандай хусусиятлари, тиш пульпаси ҳамда периодонтдаги яллиғланиш жараёнининг суяк ва периостга тарқалишига қулай шароит яратади?
5. Инфекциянинг тарқалиш йўллари санаб беринг?
6. Суяк қобиғининг зардобли яллиғланишига хос морфологик ўзгаришлар.
7. Ўткир зардобли периоститга хос маҳаллий белгилар қандай?
8. Ўткир зардобли периоститнинг умумий белгилари қандай?
9. Ўткир зардобли периостит аксарият жағнинг қайси юзасида учрайди?

10. Яллиғланган периостит устидаги шиллик парда бқандай кўринишга эга бўлади?
11. Пульпит касаллигига ҳамроҳ периостит нима сабабдан хавфли ҳисобланади?
12. Ўткир зардобли периостит қандай даволанади?
13. Ўткир зардобли периостит даволангандан сўнг, шиш қанчагача сақланиб қолади?
14. Кичик ёшдаги болаларга қандай дори воситалари буюрилади.
15. Ўткир йирингли периостити бўлган болаларнинг шикоятлари.
16. Ўткир йирингли периоститда суяк усти пардасида қандай морфологик ўзгаришлар кечади?
17. Периост остида тўпланган йиринг, суяк кортикал пластинкасида қандай ўзгаришлар юзага келтиради?
18. Периостда яллиғланишга қарши қандай жавоб реакцияси кечади?
19. Ўткир йирингли периостит касаллигида боланинг умумий ҳолати қандай бўлади?
20. Юқори жағ периоститида шиш қайси соҳаларга тарқалиши мумкин?
21. Пастки жағ периоститида шиш қайси соҳаларга тарқалади?
22. Ўткир йирингли периоститда қандай клиник манзара кузатилади?
23. Периостит касаллигида флюктуация қандай ҳолатда аниқланади?
24. Ўткир йирингли периоститда қон таҳлилларида қандай ўзгаришлар кузатилади?
25. Ўткир йирингли периоститни стационар шароитида даволаш учун кўрсатмалар қандай?
26. Ўткир йирингли периоститни даволаш қандай принципга асосланган?
27. Периоститда йирингли ўчоқни очишга асосий талаб қандай?
28. Периоститни очиш қўпол ўтказилган оператив амалиёт қандай асоратлар билан тугайди?
29. Периостит амбулатор даволанганда қандай дорилар буюрилади?

30. Ўтказилган периостотомия ва медикаментоз даводан сўнг, умумий аҳволда яхшиланниш кузатилмаса, қандай тахминлар қилиш мумкин?
31. Сурункали периоститнинг ривожланиш сабаблари қандай?
32. Оддий ва суякланувчи периостит қандай фарқланади.
33. Бирламчи сурункали периостит бривожланиши сабаблари ва клиник белгилари қандай?
34. Сурункали периостит рентген тасвирда қандай кўринишга эга?
35. Қандай маълумотларга асосланиб, сурункали бпериости ташхиси қўйилади?
36. Сурункали периоститни даволаш принциплар нималардан иборат?

**ОДОНТОГЕН ОСТЕОМИЕЛИТНИ ТАСНИФИ ВА КЛИНИК
МАНЗАРАСИ**

Жағлар одонтоген остеомиелити хилма-хил кўринишда кечувчи йирингли яллиғланиш касаллигидир. Бу касаллик болаларда кўп учрайди, оғир кечади, ўткир даврида ҳаётга хавф солувчи асоратлар беради, сурункали даврида жағни катта қисми некрозга учраб, ўрнида нуқсон (дефект) ҳосил бўлиб иккиламчи шакл бузилишларга сабабчи бўлади. Касалликни кечиши инфекцион яллиғланишни кўламига, организмни умумий ва маҳаллий реактивлигига ҳамда яллиғланишни босқичларига боғлиқ.

Шу кунгача стоматология фанида жағлар остеомиелитининг бир қанча таснифлари мавжуд. Этиборга лойиқ тасниф А.С. Григорян (1973) томонидан таклиф қилинган. Тажрибалар ва морфологик текширувлар асосида муаллиф суякда гиперемия (қизариш) ва эксудация устунлиги билан кечаётган жараённи реактив ёки *транзитор* (орқага қайтувчи) *остит* деб ажратган. Бу шаклдаги яллиғланиш зўрайиб бориб, *ўткир остеомиелитга*, кейинчалик *сурункали остеомиелитга* ўтади. Ўз навбатида, *сурункали остеомиелит* суякда кечувчи резорбция ва суяк ҳосил бўлишига қараб, *деструктив* ҳамда *гиперпластик* турларга бўлинган.

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

М.М. Соловьев ва И. Худояров (1979) одонтоген остеомиелитда юзага келадиган клиник рентгенологик ўзгаришларни этиборга олиб қуйидаги таснифни таклиф қилганлар:

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

шаклларни ажратишган.

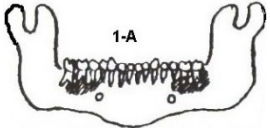
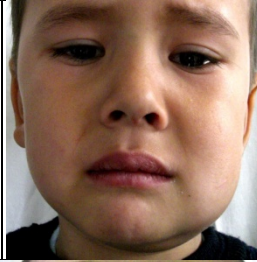
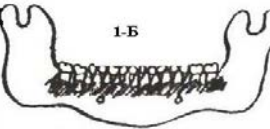

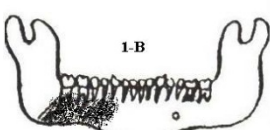

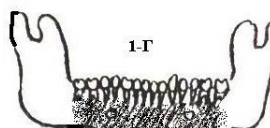
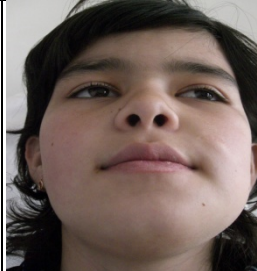
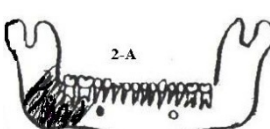
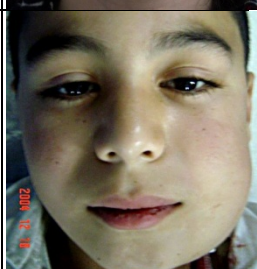
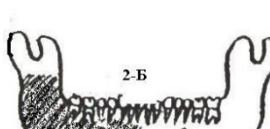
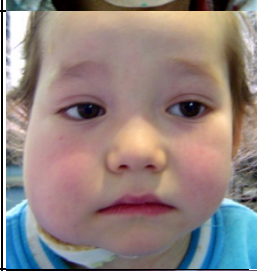
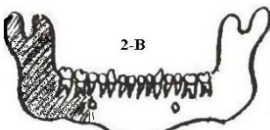

Таснифда инфекцион яллиғланиш жараённинг ҳажмига кўра чегараланган,

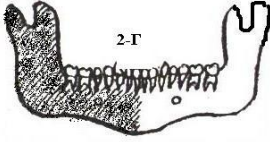

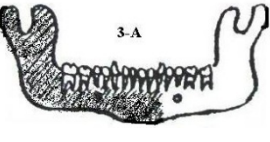

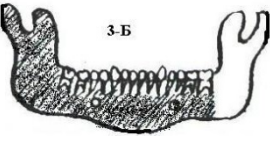

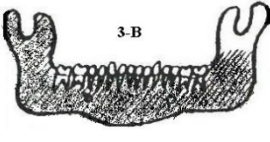

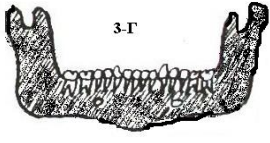

| Тарқалиш даражаси | Йирингли-яллиғланиш жараёнини жойлашиши | | Беморларни расми |
|-------------------|---|----------------|------------------|
| | Жағ суягида | Юмшоқ тўқимада | |

ўчоқли ва тарқалган остеомиелит фарқланган.

Биз юқорида келтирган таснифни тўлиқ қўллаган ҳолда, унга ўзгартиришлар киритишни лозим топдик.

Пастки жағ ва юмшоқ тўқималарда йирингли-яллиғланиш жараёнларини тарқалиш даражаси (М.И. Азимов 1991 йил)

| | | | |
|--|--|--|---|
|  <p>1-A</p> | <p>Бир тишни парадонти чегарасида: периодонтитлар, илдиз учи кистогранулемаси, перикоронарит, тиш катаги остеомиелити, альвеолит</p> | <p>Жағнинг вестибуляр томонидаги суяк усти пардаси, регионар лимфа тугунлар (периостит, лимфаденит)</p> |  |
|  <p>1-B</p> | <p>Жағнинг альвеоляр ўсиғи (икки ва ундан зиёд тишлар парадонти соҳасида)</p> | <p>Альвеоляр ўсиғининг иккала (юзаси)томони, суяк усти пардаси, регионар лимфа тугунлар бўйлаб (периостит, лимфаденит)</p> |  |
|  <p>1-B</p> | <p>Пастки жағнинг бир томонида альвеоляр ўсиғи ва танаси</p> | <p>Жағ ости соҳасини , тил-жағ тарнови, лунж соҳасини пастки қисми</p> |  |
|  <p>1-Г</p> | <p>Пастки жағнинг бутун танаси ва альвеоляр ўсиғи</p> | <p>Жағ ости соҳасини учбурчаклари, тил-жағ тарнови, дахан ва оғиз туби соҳалари</p> |  |
|  <p>2-A</p> | <p>Пастки жағни танаси альвеоляр ўсиғи билан, бурчаги ва шох қисмини ярими</p> | <p>Жағ ости соҳаси , қанотсимон-жағ ва чайнов мушаги ости бўшлиқлари</p> |  |
|  <p>2-B</p> | <p>Пастки жағнинг бир томони (бўғим ва тож ўсиқларисиз)</p> | <p>Жағ ости, тил-жағ тарнови, дахан ости соҳалари , қанотсимон-жағ ва чайнов мушаги ости бўшлиқлари</p> |  |
|  <p>2-B</p> | <p>Пастки жағнинг бир томони тўлиқ шох қисми, танаси ва альвеоляр ўсиғи</p> | <p>Жағ ости , чакка ости, жағ орти кулоқ олди чайнов ва лунж соҳалари, қанотсимон-жағ ва чайнов мушаги ости бўшлиқлари</p> |  |

| | | | |
|---|--|---|---|
|  | <p>Пастки жағнинг бир то- мони (бўғим ўсиғидан мар- казий чизиқгача)</p> | <p>Бўйин соҳасига тарқалиш хафи бўлган кўплаб юз-жағ бўшлиқларига тарқалган флегмоналар</p> |  |
|  | <p>Пастки жағнинг тўлиқ бир томони –қарши томонни қисман тана ва альвеоляр ўсиғи</p> | <p>Бўйин соҳасига тарқалиш хафи бўлган кўплаб юз-жағ бўшлиқларига тарқалган флегмоналар</p> |  |
|  | <p>Пастки жағнинг тўлиқ бир томони ва қарши томонида жағнинг танаси ва альвеоляр ўсиғи(бўғим ва тож ўсиқларисиз)</p> | <p>Бўйин соҳасига тарқалиш хафи бўлган кўплаб юз-жағ бўшлиқларига тарқалган флегмоналари</p> |  |
|  | <p>Пастки жағнинг тўлиқ бир томони ва қарши томонни тана ва қисман шох(бўғим ва тож ўсимталарисиз)</p> | <p>Бўйин кўкс соҳалариига тарқалиш хафи бўлган юз-жағ бўшлиқларига тарқалган флегмоналари</p> |  |
|  | <p>Пастки жағнинг тўлиқ танаси ва шохлари</p> | <p>Бўйин кўкс соҳалариига тарқалиш хафи бўлган юз-жағ бўшлиқларига тарқалган флегмоналари</p> |  |

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

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

ТТА болалар стоматология кафедрасида (М.И.Азимов, 1991) суякда кечадиган инфекцион яллиғланишни ҳажми ва жойлашини акс эттирувчи

даражаларга ажратиш таклиф қилинган (пастки жағда – уч, юқори жағда – икки). Ҳар бир даража, ўз навбатида, тўрт пағонага бўлинган, (расм 1) улар А.Б.В.Г. харфлар билан белгиланган.

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

Одонтоген остеомиелитни пастки жағ ва юмшоқ тўқималарда тарқалганлик даражалари

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

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

Болаларда жағ остеомиелити ривожланиши ва кечишига таъсир этувчи омиллар

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

Сут тишнинг кенг каналчалари ва апикал тешиги орқали тиш бўшлиғи инфекцияси суякка тўсиксиз ўтиши.

Қон томирларга бой пульпанинг периодонт тўқимасига узвий боғлиқ эканлиги.

Болалар жағ суякларининг органик моддаларга бойлиги, каттиклик берувчи минерал моддаларни камлиги, суяк трабекулаларининг нозик тузилиши, Гаверс каналлари кенг эканлиги, суяк тўқимаси инфекцияга чидамсиз бўлган, асосан ёш миелоид тўқима ва қизил илик билан тўлганлиги.

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

В.М Уваров таърифлашича, чақалоқларда пастки жағ альвеоляр артерияси бевосита тиш куртаклари остидан ўтади. Ундан чикувчи шохчалар ҳар бир тиш куртагини тўр каби ўраб олади. Тиш чиқаётганда бу тўрни тож қисми билан ёриб чиқади, фақат тиш каналига кирувчи томиргина қолади. Жағ суякларининг юпқа кортикал пластинкасига юмшоқ тўқималардан кўп миқдорда қон ва лимфа томирлар киради. Ўткир одонтоген остеомиелит касаллигида доимий тишларнинг куртаклари яллиғланишга жалб этилади ва бу жараённинг узок вақт давом этишига сабаб бўлади.

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

Болалар организмига хос бўлган хусусиятлар:

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

б) организмнинг йирингли инфекцияга нисбатан сезувчанлигининг баландлиги;

в) нерв тизимини йирингли инфекцияга жавобан ноадекват реакцияси;

г) болалар аъзолари тўқималарини яшовчанлиги ва юқори даражада тикланувчилиги.

Суяк тўқимасининг ўсиш даврига хос хусусиятлари:

а) суякда Гаверс ва Фолкман каналлар кўп миқдорда ва кенг бўлади;

б) қон билан таъминланиши яхши;

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

г) 9 ёшгача бўлган болаларда альвеоляр ўсикнинг ғоваксимон қисми бўлмаслиги;

д) жағнинг тана қисмида ғовак суякнинг компакт суякка нисбатан 2-3 баравар кўплиги;

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

ё) жағ суякларида тиш куртакларининг мавжудлиги.

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

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

Уч ёшгача бўлган болаларда, яллиғланиш жараёнининг ривожланиши ва кечишига асосан, умумий ҳимоя кучларини пастлиги, маҳаллий тўқималар иммунитетининг шакилланмаганлиги, нерв эндокрин ва лимфа тизимларининг

яхши етилмаганлиги салмоқли таъсир қилади. Макроорганизм ва микроорганизм орасидаги мувозанатнинг бузилишига совуқ олиш, чарчаш, юқумли ва вирусли касалликлар билан касалланиш(қизамиқ, сувчечак, қизилча, ич кетар, айниқса грип ва бошқалар) таъсир қилади.

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

Ёши каттароқ болаларда юқори жағдаги ўткир остеомиелит бир мунча енгилроқ кечади ва касалликнинг катталарда намоён бўлишига монанд бўлади.

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

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

Юқори жағ ўткир остеомиелити

Шикоятлар: бола ёки унинг ота-онаси емирилган тишда ўткир оғриқ бўлиб, сўнг юзда шиш пайдо бўлганлигига ҳамда қисқа муддатдан сўнг тана ҳарорати кескин кўтарилганига(38-39 С⁰), бола ҳолсизланиб, ётоқчилаб қолгани ва иштахаси ёқолгани, шунингдек, эти увишиб титраб, бутун аъзои бадани оғришига шикоят қилади.

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

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

Айрим беморларда қаттиқ танглайда 2-3 тиш соҳасида абсцесс кузатилади (1В). Касаллик барвақт ташҳисланиб, адекват даво ўтказилмаса, кўз ости соҳасида абсцесс ёки флегмона (1Г) шаклланади (шиш устидаги тери қизаради, қовоқлар шишиб кўз ёпилиб қолади). Тана ҳарорати 39 C^0 дан юқори, бола оғир аҳволда, безгак тўтиб, ҳушдан кетиши мумкин. Жараён юқори жағ танаси ва ёноқ суягида жойлашганда (2А) кўз ости, ёноқ ва лунж соҳаларда кенг тарқалган флегмоналарни, айримларда йирингли гайморит белгиларини кузатиш мумкин.

Альвеоляр, танглай ўсиқлари ва кўз косаси деворларида йиринли яллиғланиш кечганда (2Б), кўз ости ва кўз косаси, айрим ҳолларда лунж флегмоналарига хос клиник манзарани кузатиш мумкин. Бунда тана ҳарорати 40 C^0 ва ундан ҳам юқори бўлади, безгак тўтиб бола қалтирайди, саволларга базўр жавоб беради, гаплари ноаниқ, ҳушдан кетиб қолиш ҳоллари ҳам кузатилиши мумкин.

Яллиғланиш жараёни юқори жағ танаси, альвеоляр, танглай ўсиқлари билан бир вақтда чакка ости юзасида кечса (2В), юқорида баён қилинган умумий оғир аҳвол кўз ости, чакка ости соҳалари абсцесс ва флегмоналари, юқори жағн 3-5 тиш соҳасида йирингли периостит белгиларини кузатиш мумкин. Остеомиелитик жараён юқори жағ танаси, ўсиқлари ва барча (олд, кўз чакка ости) юзаларида кечганда (2Г), кўз косаси, кўз ости, чакка ости, чакка соҳалари флегмонаси ва ўткир гайморит туфайли боланинг аҳволи жуда оғир бўлади. Оғиз ичида альвеоляр ва танглай ўсиқлари остеомиелитига хос ўзгаришлар кузатилади.

Пастки жағ ўткир остеомиелити

Шикоятлар: юзда шиш борлигига, тана ҳароратини кўтарилишига, ҳолсизлик, тишларни қимирлаб қолганига, жағда оғриқ борлигига, оғиздан бадбўй хид келишига.

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

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

Мактабгача ёшдаги болаларда, чайнов тишлар сабабчи бўлган остеомиелитик жараён жағ танаси, бурчаги ва шохига (2А) тарқалиши кузатилади. Бундай ҳолатда жағ ости бурчагидан ташқари, қанотсимон жағ оралиғи флегмоналарига, айримларда чайнов ости соҳалари флегмоналарига хос белгилар намоён бўлади. Оғиз ичида чайнов тишлар атрофида альвеоляр ўсиқ шишганлиги,

милк ва ўтув бурма қизарганлиги, сабабчи ва ёнидаги тишлар қимирлаши аниқланади.

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

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

Жағ ўткир остеомиелити бўлган болаларни текшириш усуллари

Болаларда юз-жағ аъзоларини яллиғланиш касалликларига клиник ташҳис қўйиш малум қийинчиликлар туғдиради. Биринчидан, бу боланинг руҳий-эмоционал барқарорлиги билан боғлиқ. Болалар организмда содир бўлаётган ўзгаришларни аниқ баҳолаб ва тўғри тарифлаб бера олмайдилар. Шу сабабли, анамнез йиғилаётганда ота-она ва болани парвариш қилувчи кимса (энага, тарбиячи, мураббий)лар жалб этилади. Сўров ўтказганда касаллик қандай, қачон бошланган ва шу давргача нима ёрдам кўрсатилганлиги аниқланади. Шунингдек, боланинг касаллик бошланганидан сўнг ўзини тутиши, уйқуси, иштаҳаси, ичи келиш, сийиши, тана ҳарорати кўтарилганлиги, кўтарилган бўлса неча марта, қандай рақамларгача, қанча вақт кўтарилиб тургани, даво ўтказилган

бўлса, кимни тавсияси билан, қандай дори-дармон қабул қилгани, уларни ишлатган дозаси, давомийлиги (ва бошқалар)ни хронологик тартибда ўрганиб чиқилади, сўнг хулоса қилинади. Шундан сўнг, беморни кўрикдан ўтказилади. Дастлаб ташқи кўрик ўтказилади. Бунда асосан юзни шаклига, шиш бор соҳага: шиш ўлчами ва устидаги тери рангига аҳамият берилади. Пастки жағни ҳаракатларига баҳо берилади, оғизнинг очилиб-ёпилишида чегараланиш борлиги жиддий эътиборга молик ҳолатдир. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда, емирилган тишлар, уларнинг ҳолати, асосий жараёнга боғлиқлиги, оғиз даҳлизи, қизарган ва шишган шиллиқ парда, альвеоляр ўсиқнинг иккала тарафидаги периоститга хос бўлган белгилар, сабачи ва унинг атрофидаги тишларни қимирлаши ва бошқа белгилар аниқланади. Бола оғзи яхши очилмаса 1% ли новакаин эритмаси билан блокада қилиб, оғиз очилгандан сўнг кўрикни давом эттириш мумкин.

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

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

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

Бола танаси ҳароратини юқорилиги (38°C дан баланд) умумий аҳволининг оғирлиги, яллиғланиш кўлами кенглиги, оғирлаштирувчи ва ҳамроҳ касалликлар қўшилиши, шошилинич жарроҳлик амалиётини умумий оғриқсизлантиришда

ўтказилиши, уй шароитида лозим бўлган парваришни ташкил қилиб бўлмаслиги – бўларнинг ҳаммаси болани стационарга ётқазिशга кўрсатма бўлади.

Болалар ўтқир одонтоген остеомиелитини даволаш

Болаларда яллиғланиш касалликларини даволаш жараёнининг ривожланиш босқичи ва беморни ҳолати билан боғлиқ. Яллиғланиш жараёни шаклланаётган даврида сабабчи тишни олиб ташлаш ва комплекс медикаментоз даво билан чегараланиш мумкин. Агар жағ атрофидаги тўқималарда периостит, абсцесс, флегмона шаклланган бўлса шошилиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши шарт. Операцияни бошлашдан аввал оғриқсизлантириш усулини танлаб олиш керак. Болалар организми оғриқга ўта сезгир, оғриқ натижасида кўп аъзо ва тизимларда функционал ўзгаришлар келиб чиқиши мумкин. Шу боисдан, операция умумий оғриқсизлантириш (маскали, вена ичига юбориш, нейролептаналгезия) остида бажарилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Одонтоген остеомиелитда шошилиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш принциплари

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

Кесма ўтказишдан аввал ультратовуш текшируви ёрдамида яллиғланиш жараёнини топик диагностикасини ўтказиб, бўшлиқнинг шакли ва ҳажмини ҳақида имконият қадар, батафсил малумотга эга бўлиш лозим. Бу эса яллиғланиш жараёнининг жойлашуви ва кўламини аниқ билган ҳолда оптимал жарроҳлик амалиётини ўтказишни тақазо қилади. Юқорида келтирилган инфекцион

яллиғланиш жараёнининг тарқалганлик даражаларини ҳисобга олган ҳолда, тезкор ўтказиладиган жарроҳлик амалиётларининг қуйидаги тамойилларини баён қиламиз.

Юқори ва пастки жағлар 1А ва 1Б даражалардаги йирингли яллиғланиш жараёнларида сабабчи тиш олиб ташланади ва оғиз даҳлизида ўтув бурма бўйлаб суяккача кесма ўтказилади. Яллиғланиш жараёни тарқалган соҳа кўлами узунлигида кесма ўтказилади. Кесма ўтказганда, – йирингли бўшлиқ икки қават яъни – шиллик парда ва суяк қобиғи ҳамда суяк қобиғи билан жағ суяги орасида жойлашиши мумкинлигини ёдда тутиш лозим.

Эхотомография текширувида шиллик парда остидаги йирингли ўчоқ, доимо суяк қобиғи тагидаги йирингли жараёндан катта бўлади. Шу сабабли, узун кесма ўтказилиши шарт, аммо зарарланган суяк қобиғини ажратилишига йўл қўйиб бўлмайди.

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

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

Йирингли ва деструктив остеомиелитни 2А даражасида йирингли ўчоқни очиш учун жағ бурчаги остида қия кесма ўтказилиб, чайнов ва қанотсимон-жағ ораликлари ўтиб дренажланади ва сабабчи тиш олинади.

2Б даражали остеомиелитда кесма ташқаридан пастки жағнинг бурчаги остидан энгак остигача ўтказилади ва жағ ости, ияк ости, қанотсимон-жағ ораликларига кирилади ва шу соҳаларда тафтиш ўтказилади.

2В ва 2Г даражали остеомиелитда, жағ суягидаги яллиғланиш атрофидаги юмшоқ тўқималар жумладан, қанотсимон-жағ, ҳалқум атрофи, чайнов мушак ости, қулоқ олди соҳаларига тарқалади. Бемор кеч мурожаат қилган ёки дастлабки жарроҳлик амалиёти тўлиқ ўтказилмаган ҳолларда, жараён чакка ости ва қанот-танглай оралиқларига ўтиши туфайли, кесма кенг ўтказилиб, ҳамма бўшлиқларда бармоқ билан тафтиш ўтказиш лозим. Ультратовуш текширувида жағ суяги ичида бўшлиқлар аниқланса, остеоперфорация ўтказилиб, суяк ичидаги бўшлиқлар антисептиклар билан ювилади.

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

Кузатувлар шуни кўрсатдики кўпчилик беморларда яллиғланиш жараёни кенг тарқалган бўлишига қарамай, жойларда кесма етарлича кенг ўтказилмаган – бир неча соҳадан йиринг чиқариш билан чегараланилган, суяк ичидаги йиринг чиқиши учун шароит яратилмаган. Натижада, пастки жағ суяги тўлиқ некрозга учраган.

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

Юқори жағ ўткир гематоген остеомиелити (osteomyelitis haematogenica)

Гематоген остеомиелит асосан чақалоқлар ва гўдаклар жағ суякларида учрайди. Касалликнинг сабабчиси йирингли инфекция-стафило-стрептококклардир. Инфекция ёки токсинлар ҳар хил инфекция ўчоқлари (яллиғланган киндик, теридаги йирингли ўчоқлар (стрепто-стафилодермия) оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг майда жароҳатлари, ўткир отит)дан қонга тушади ва сепсис ривожланади. Шу сабабли гематоген остеомиелитнинг токсик, септикопиемик ва маҳаллий-ўчоқли шакллари ажратилади.

Шикоятлари: ота-онаси бола тўсатдан, бесабаб безовтолангани, уйқуси бузилганлиги, эммаётганлиги, тана ҳарорати кескин кўтарилганлиги ва кўз остида шиш пайдо бўлганлигига шикоят қиладилар.

Клиник манзара: бола безовта бўла бошлаганидан бир сутка ўтар-ўтмас, кўз ости соҳаси ва пастки қовоқдаги шиш катталашиб, кўз ёриғи беркилади, пастки қовоқ ҳаракатланмай қолади. Бурун-лаб бурмаси текисланиб, оғиз бурчаги пастга тушади, юқори лаб ҳаракатлари чегараланади. Шиш устидаги тери қизаради, таранглашиб бурмага йиғилмайди. Оғиз бўшлиғида: алвеоляр ўсик, ўтув бурма ва танглайда инфилтрат (газак) пайдо бўлиб, устидаги шиллик парда қизаради. Икки –уч кун давомида шиш катталашади ва пайпаслаганда юмшаш аниқланади. Айрим ҳолларда шиш ўз-ўзидан ёрилиб, йиринг ажралганидан сўнг, оқма йўл пайдо бўлади. Касалликнинг биринчи кунларидан касалланган томон бурун бўшлиғидан сероз ёки йирингли ажралма оқади. Боланинг умумий ахволи оғир бўлади. Тана ҳарорати юқори бўлиши билан бир вақтда кўнгли айниб, истеъмол қилган овқатини қайтариб қусади, ичи кетади. Безовта бўлган бола сустлашиб қолади, атрофга бефарқ бўлиб, хушидан кетади, алахсирайди. Пульси дақиқасига 150 мартага етади, санаш ҳам мураккаблашиб қолади. Нафас олиш қийинлашиб, бир дақиқада 40-50 мартача етади. Ҳафта охирига келиб, кўз косасининг пастки қирраси бўйлаб, ички ёки ташқи бурчаклар соҳасидаги тўқималар эрийди, юмшаб қолади. Шиш устидаги тери таранглашиб юпқалашади тўқ-қизил, кўкимтир ранг олади. Пайпасланганда флюктуация (билқиллаш) аниқланади. Шу вазиятда ҳам жарроҳлик муолажаси ўтказилмаса, йирингли ўчоқ ўз-ўзидан очилиб, оқма йўл ҳосил бўлади. Айрим беморларда кўз остига очилган оқма оғиз ичидаги оқма билан ҳам туташади. Лунжга бармоқ билан босилса, бурундан ажралма чиқиши кўпаяди.

Юқори жағнинг гематоген остеомиелитида бурун йўлидан ажралма чиқиши, юқори жағ бўшлиғи яллиғланишга жалб этилганлигини билдиради. Юқори жағ (кўз косасини пастки қирраси)нинг ўткир остеомиелити, кўз атрофи тўқималарининг яллиғланиши билан кечади. Йиринг қовоқларни ёриб чиқади, аксарият, пастки қовоқда оқма ҳосил қилади. Кўзда хемоз пайдо бўлади.

Конъюнктивит ривожланади. Айрим беморларда экзофтальм юзага келади ва кўз ҳаракатлари чегараланади. Кўз соққаси яллиғланишга жалб этилмайди, кўриш қобилияти ўзгармайди. Дакриоцистит клиникасига монанд белгилар намоён бўлади. Ёш халтачасига босим ўтказилса, кўз ёш йўлининг ўтувчанлиги бузилмаган бўлса ҳам, ёш нуқтасидан йиринг чиқиши кузатилади. Алвеоляр ўсик гематоген остеомиелитида ўтув бурмаси ва қаттиқ танглайда шаклланган абсцесс, ёрилганидан сўнг оқмадан хали шаклланиб улгурмаган ва секвестрга айланган тиш куртакларини ажралади. Бу жараён сурункали даврда ҳам давом этади.

Сут тишлари чиққан болаларда гематоген остеомиелит клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари бор. Жағда бошланган йирингли жараён алвеоляр ўсикқа тарқалиб, сут тишларнинг қимирлаб қолишига сабаб бўлади. Қимирлаётган сут тишларнинг милк-тиш чўнтақларидан йиринг ажралади. Бундай ҳолатда тишларни касаллик сабабчиси ҳисоблаб, нотўғри хулоса қилиш, сут тишларнинг олинишига сабаб бўлиши мумкин. Аслида эса, остеомиелитик жараён тиш қимирлашига сабаб бўлади.

Болаларда юқори жағ гематоген остеомиелитининг хусусияти шундан иборатки, жағ ва атроф юмшоқ тўқималарда яллиғланиш кўлами кенглигидан қатъи назар жараён чакка ости, чакка ва қанот танглай чуқурчаси соҳаларига яллиғланиш камдан-кам ҳоллардагина тарқалади. Чайнов мушаклар ҳам жалб этилмайди, шунинг учун оғиз очилиши чегараланмайди .

Лаборатор текширувлар: Юқори жағ гематоген остеомиелити кичик ёшдаги болалар тахминан ўзига хос ўзгаришлар билан кечади. Аввало, гемоглобин кўрсаткичи 50% гача тушиб кетади. Эритроцитлар сони камаяди, септик ҳолатларда 2.500000 гача пасаяди. Гипохром, айрим ҳолларда полихрамазияли эритроцитлар учрайди. Лейкоцитлар сони 20000-30000 атрофида бўлади. ЭЧТ кенг диапазонда ўзгарган бўлади - 40 мм\с етади. Сийдикда оқсиллар аниқланади. Рентгенологик текширувлар ўткир даврда натижа бермайди.

Қиёсий ташхис: юқори жағ кўз косасининг пастки қирраси ва пешона ўсиғи гематоген остеомиелитини кўз ёш канали касалликларидан фарқлаш керак. Чақалоқларда бурун-кўз ёш канали туғма берк бўлса, ёш халтачаси тўлиб

шишади, инфекция тушса, кўз ёш йўлида ўткир яллиғланиш ривожланади. Кўз ёш халтачаси шишади, шиш қоқовларга тарқалади. Остеомиелит касаллигида кузатилгандек кўз юмилиб қолади.

Чақалоқларда **дакриоцистит** учраши мумкин. Туғилганидан бир неча кун ўтгандан сўнг, конъюнктивал халтачадан кам миқдорда ажралма пайдо бўлади. Конъюктива ранги ўзгармайди, бурундан ажралма оқмайди, ёш халтачаси ўзгаришсиз бўлади. Остеомиелитдан фарқли равишда **кўз ёш йўллари**нинг яллиғланиши оғиз бўшлиғидаги яллиғланиш билан биргаликда кечмайди. Бармоқ билан кўз халтачасига босим ўтказилганда кам миқдорда қуюқ ажралма чиқади, кейинчалик у суюқлашади, бир неча кундан сўнг соғайиш билан тугайди.

Юқори жағ гематоген остеомиелитини **сарамас, чипқон, зоваксимон суяк катакчаларининг яллиғланиши билан ҳам фарқлаш** керак. Бу касалликларга бир хил белгилар хос: қовоқларда шиш, экзофтальм, хемоз. Кўз қосаси пастки қиррасида абсцесс ва оқма йўл бўлиши. Этмоидитда, абсцесс фақат кўзнинг ички бурчагида очилиши мумкин. Этмоидитда одатда, шиш фақат қовоқларда бўлади, остеомиелитда эса коваклар, лунж, юқори лаб, алвеоляр ўсиқ ва қаттиқ танглайда ҳам бўлади. Бурундан ажралма келиши этмоидит ва остеомиелит касалликларида мавжуд. Остеомиелитда ажралма буруннинг бир томонида бўлса этмоидитда эса иккала томонда, ажралма фақат 50% беморларда учрайди. Яна бир эътиборга лойиқ белги остеомиелит бир икки ҳафталик чақалоқларда учраса, этмоидит билан оғриган энг кичик ёшдаги беморлар 6 ойлик бола бўлган, шунингдек, оқма йўл ҳеч қачон оғиз бўшлиғига очилмайди ва тиш куртаклари остеомиелитдаги каби секвестрланмайди.

Рентгенологик текширувлар деярли маълумот бермайди. Бир бирига яқин қалашиб жойлашган тиш куртаклари, суякдаги ўзгаришларга баҳо беришни қийинлаштиради.

Даволаш: гематоген остеомиелит билан касалланган болаларни даволаш стационар шароитида, эрта бошланиб, комплекс равишда шунингдек педиатр билан ҳамкорликда ўтказилиши керак.

Медикаментоз даво фақат вена ичи орқали ўтказилиши керак. Шунинг учун периферик ёки ўмров ости венасига ангиокатетр киритилади. Антибиотиклардан - таъсир этиш спектри кенг бўлган клафоран, кефзол, цефозолин, цефалоспоринлар, кўрсатма бўлса, бир-бирига нисбатан синергетик таъсирга эга бўлган антибиотиклар бир вақтда киритилади. Детоксикация мақсадида изотоник эритма, глюкоза, неокомпенсан, реополиглюкин қўйилади. В ва С гуруҳ витаминлари юборилади. Пассив иммунизация қилиш мақсадида: стафилококка қарши гипериммун плазма, стафилококка қарши гамма-глобулин препаратлари киритилади.

Жарроҳлик усули билан даволаш. Касалланган жағ атрофи юмшоқ тўқималаридаги йирингли ўчоқ (периостит, абсцесс, флегмона)лар адекват равишда кесиб очилади. Ярада резина чиқаргичлар қолдирилади. Яра ўрнатилган тартибда парвариш қилинади. Медикаментоз даво билан чақалоқ парваришига катта эътибор қаратилиши лозим: тез-тез хонани шамоллатиш, кийимларни алмаштириш, бадан тозалигини таъминлаш. Ошқозон ва ичаклар тизими фаолиятини назорат қилиш. Айниқса, рационал овқатланишга аҳамият бериш лозим, ҳар қандай вазиятда ҳам чақалоқ эмизилиши шарт. Агар оғиз бўшлиғидаги яллиғланиш эмишга ҳалақит қилса, бола эммай қўйса, унга онасининг соғилган сутини ичириш лозим. Тана ҳарорати субфебрил даражада бўлса ҳам болани 3-4 дақиқа давомида чўмилтириш (сув ҳарорати 38 С⁰) мумкин. Юрак-қон томир тизимида ўзгаришлар аниқланса, қабўл қилинган дозаларда камфора, кофеин, кардиамин юборилади.

Даволаш чоралари кечиктирилмай, дарҳол ўтказилса, касаллик беморнинг соғайиши билан тугайди. Йирингли ўчоқлар кесилиб, медикаментоз даво ўтказилиши билан, тана ҳарорати тушади, бола тетиклашади, иштахаси тикланади, уйқуси меъёрлашади. 10чи кун юздаги шиш қайтиб, терининг ранги тикланади, қовоқлар ҳаракатга келади. 14-15-кунларга келиб, кўпчилик болаларда касаллик барҳам топиб, соғайиш кузатилади. Қатор ҳолатларда 10-12 кунларга келиб, касалликнинг ўткир даврига хос белгилар йўқолади, аммо оғиз бўшлиғи ёки кўз ости соҳасида оқма йўл пайдо бўлади ва жараён ўткир ости (сурункали)

шаклига ўтганлигидан далолат беради. Икки уч ҳафта давомида оқмадан кам миқдорда ажралма ва майда суяк бўлакчалари (секвестрлар) ажралади. Оқма йўл тафтиши ўтказилиб, грануляциялар қириб ташланганидан сўнг, битиб кетади. Айрим беморларда жараён бир неча ой давом этади. Катта секвестрлар ҳосил бўлиб, сут тишлар куртаклари зарарланади (нобуд бўлади).

Асоратлар. Ўткир гематоген остеомиелит чакалоқларда сепсис, септик пневмония, менингит, юмшоқ тўқималар ва таянч-харакат аппарати суякларида метастатик йирингли ўчоқлар билан асоратланиши мумкин. Адабиётларда, кўз соққаси ва кўриш нерви зарарланиб, кўриш қобилияти йўқолиши мумкинлиги ҳақида маълумотлар келтирилган.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Ўткир остеомиелит деганда қандай жараёнлар назарда тутилади?
2. ТГА болалар стоматология кафедрасида суяк ва атрофдаги юмшоқ тўқималарда кечаётган яллиғланиш жараёнлари ҳажми ва жойлашиши қандай даражаларга бўлинган.
3. Пастки жағнинг остеомиелитини биринчи даражали тарқалганлигида суяк ва юмшоқ тўқималарда шикастланиши қандай ҳажмда бўлади.
4. Пастки жағни остеомиелитини иккинчи даражада тарқалганлигида суяк ва юмшоқ тўқималарда шикастланишлар қандай ҳажмда бўлади.
5. Пастки жағни остеомиелитини учинчи даражадаги тарқалганлигида суяк ва юмшоқ тўқималарда шикастланишлар қандай ҳажмда бўлади.
6. Юқори жағ ва юмшоқ тўқималарда йирингли яллиғланиш жараёнлари тарқалиши неча даражага бўлинган?
7. Болаларда одонтоген остеомиелитни ривожланиши ва кечишига таъсир этувчи маҳаллий омиллар.
8. Болаларда одонтоген остеомиелитни кечишга таъсир этувчи умумий омиллар?
9. Қандай вазиятда суяк ва атрофдаги юмшоқ тўқималарда одонтоген яллиғланиш жараёни ривожланади.

10. Кичик ёшдаги болаларда остеомиелит қайси омиллар таъсирида тез ривожланади ва оғир кечади?
11. Ўткир остеомиелитга хос шикоятлар.
12. Юқори жағ ўткир остеомиелитида болани умумий ҳоли қандай бўлади?
13. Юқори жағ ўткир остеомиелитини маҳаллий клиник манзараси
14. Пастки жағ ўткир остеомиелитида болани ҳоли қандай бўлади?
15. Пастки жағ альвеоляр ўсиғида кечаётган остеомиелитни (IБ) маҳаллий клиник манзараси.
16. Пастки жағни бир томон альвеоляр ўсиқ ва танаси остеомиелитини(I В) маҳаллий клиник манзараси
17. Пастки жағ альвеоляр ўсиқ ва танаси (I Г) остеомиелитини маҳаллий клиник манзараси
18. Ўткир остеомиелит жағ танаси, бурчаги ва шохида (2 А) кечаётганда маҳаллий клиник манзараси.
19. Пастки жағ бир томони (2 Б) остеомиелити (жағ ўсиқлари жалб этилмасдан) маҳаллий клиник белгилари.
20. Пастки жағ шохи, бурчаги, қисман танасида кечаётган ўткир остеомиелитни (2 В) клиник маҳаллий белгилари.
21. Остеомиелит жағни бир томонида бошланиб (2 Г) иккинчи томонига (3А,3Б,3В,3Г) ўтган бўлса клиник манзара қандай бўлади.
22. Ўткир остеомиелит тахмин қилинаётганда анамнез йиғилаётганда нималарга эътибор бериш керак.
23. Остеомиелит кечаётган болани кўриқдан ўтказиш тартиби.
24. Остеомиелит кечаётган болада пайпаслаш қандай ўтказилади.
25. Остеомиелит кечаётгандалабаратор текширувларда қандай ўзгаришларни кузатиш мумкин.
26. Стационар даволашга кўрсатмалар?
27. Даволаш режаси нималарни эътиборга олиб тузилади.

28. Юқори ва пастки жағларни 1 Б ва 1 В даражаларидаги йирингли яллиғланиш жараёнларида қандай ҳажмдаги жарроҳлик амалиёти ўтказилади.

29. Ўткир йирингли ва деструктив остеомиелитда остеоперфарацияга кўрсатмалар ва бажарилиш техникаси.

30. Пастки жағ тана ва шохида кечаётган остеомиелитда (2 А 2 Б 2 В 2 Г) йирингли яллиғланиш ўчоқларини очиш учун қандай ҳажмдаги жарроҳлик амалиёти ўтказилади.

31. Пастки жағни 3 даражали тарқалган остеомиелитида қандай ҳажмда жарроҳлик амалиёти ўтказилади.

32. Одонтоген остеомиелит яқуни қандай бўлиши мумкин.

33. Гематоген остеомиелитни сабаблари ва ривожланиши.

34. Гематоген остеомиелитда боланинг ахволи қандай бўлади?

35. Гематоген остеомиелитни маҳаллий клиник манзараси.

36. Юқори жағ гематоген остеомиелити кўз атрофи тўқималарининг яллиғланиши билан кечгандаги клиник манзара.

37. Сут тишлари чиққан болаларда гематоген остеомиелитнинг кечиш хусусиятлари.

38. Юқори жағ гематоген остеомиелитида лаборатор текширувида кузатиладиган ўзгаришлар.

39. Гематоген остеомиелит қайси касалликлар билан қиёсий ташхисланади.

40. Гематоген остеомиелитни медикаментоз давоси.

41. Гематоген остеомиелитда жарроҳлик усули билан ўтказиладиган даво.

42. Гематоген остеомиелини асоратлари.

Сурункали одонтоген остеомиелит

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

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

Ўткир остеомиелитнинг сурункали босқичга ўтишига сабаб қуйидагилардан иборат:

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

– беморнинг шифокорга кеч мурожаат қилиши;

– ташхис ўз вақтида тўғри қўйилмаганлиги;

– вақтида адекват ўтказилмаган даволаш чоралари: сабабчи тиш вақтида олинмаган, йирингли ўчоқ тўлиқ очилмаган, медикаментоз даволаш тўлиқ яъни комплекс ўтказилмаган.

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

Сурункали одонтоген остеомиелитда суяк эрийди ва деструктив ўзгаришлар (суякнинг таркиби бузилиши) натижасида некроз ўчоқлари ҳосил бўлади.

шикастланган соҳада доимий тиш куртаклари ҳам некрозга учраб, секвестр сингари яллиғланишни сақлаб туради.

Сурункали одонтоген остеомиелит қуйидаги уч клиник шаклга бўлинади:

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

– **деструктив-продуктив** зарарланган соҳада бир вақтнинг ўзида суяк емирилади ва эндооссал ҳамда периоссал тикланиш жараёнлари кечади;

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

Сурункали деструктив остеомиелит, одатда, пастки жағда учрайди. Ўткир яллиғланиш босқичида ҳосил бўлган йиринг 3-4 ҳафта давомида жағ суягининг каттагина (тана, бурчак, шох ва ўсиқлари) қисмини ва атрофидаги периостни эритади, шунинг ҳисобига эндооссал ва периоссал ўсиш ўчоқлари нобуд бўлади. Суяк зарарланган соҳада тиш куртаклари ва тишлар некрозга учраб, секвестрга айланади. Некрозга учраган жағ ёки унинг қисмлари (тана, бурчак, шох) катта (яхлит) ёки бир нечта кичик секвестрни ҳосил қилади. Секвестрлар юмшоқ тўқималардан ажралади. Тиш катаклари ва суяк атрофидан кўп миқдорда йиринг ажралади.

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

Клиник манзараси: бемор кўздан кечирилганда юзининг касалланган томонида шиш борлиги аниқланади. Устидаги тери ранги ўзгармаган. Пайпаслаганда – оғриксиз. Ўтказилган кесма битмай, унинг ўрнида ҳосил бўлган оқма йўлни кўриш мумкин. Оқма йўл четлари яра ичига тортилиб, ўртасидан грануляцияли тўқима бўртиб чиққан бўлади. Оғиз бўшлиғида: олинган тиш катакчаси битмаганлиги ва йиринг ажралаётганлигини кўриш мумкин. Оқма йўлга зонд киритиб, унинг йўналишини, чуқурлигини, суяк усти емирилганлиги ва юмшоқ тўқималардан ажралганлигини аниқлаш мумкин. Сурункали равишда кечаётган яллиғланиш жараёни негизида суяк тўқимасининг эриб, некрозга учраши ётади. Сурункали деструктив остеомиелитда суякнинг катта қисми секвестрланади. Секвестрлар ҳар хил катталиқда ва турли шаклларда бўлиши мумкин. Деструктив остеомиелит жағнинг альвеоляр ўсиғини зарарлаганда, бир неча тиш (1-Б) соҳасидаги суяк ёки альвеоляр ўсиқ тўлиқ секвестрланиши мумкин. Секвестр яланғочланган, кўкимтир суяк бўлагидир. Тушиб кетган тишлар катакчаларидан йирингли ажралма чиқади. Секвестрга айланган суяк ўз атрофидаги юмшоқ тўқималардан ажралган бўлади. Юмшоқ тўқима билан суяк орасидан йиринг ажралади. 1-Г даражали сурункали деструктив остеомиелитда альвеоляр ўсиқнинг икки юзасида ҳам ажралма ва грануляцияли оқмаларни кўриш мумкин. Тушиб қолган (ёки олинган) тиш катакчасидан ҳам кўп миқдорда йиринг ажралади. Жағ остида ўтказилган кесма ўрнида бир-иккита оқма яра шаклланади. Оқма ичига зонд киритилса, у яланғочланган ғадир-будур суякка тарқалади. Бизнинг кузатувларимизга кўра сурункали деструктив остеомиелит, касалликнинг 1-ва 3- даражада тарқалган шаклларида учраган. Тарқалган йирингли жараён натижасида нафақат суяк, балки суяк қобиғи ҳам некрозга учрайди. Шу сабабли болаларда суяк катта ҳажмдаги секвестрга айланган бўлиб,

юмшоқ тўқималар орасида эркин ётган бўлади. Бундай вазиятда патологик синиш юзага келиб, секвестрлар ҳаракатчан бўлади ва уларни олиб ташлаш қийинчилик туғдиради.

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

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

Клиник манзара: боланинг умумий ҳолати қониқарли. Оғиз очилиши яхшиланган. Юздаги шиш сақланган, шиш устидаги терида қизариш камайган. Олинган сабабчи тиш ва ўтув бурмасида ҳамда ташқаридаги кесма ўрнида оқма шаклланган, ичидан грануляцияли тўқима бўртиб чиққан. Пайпаслаганда жағ суяги қалинлашганлиги, регионар лимфа тугунлари катталашганлиги сезилади.

Бу шаклдаги сурункали остеомиелитда суякнинг катта қисмида кўплаб майда емирилиш ўчоқлари пайдо бўлади. Суякнинг емирилиши майда секвестрларнинг ҳосил бўлиши билан кечади. Емирилиш жараёни (сақланиб қолган соғлом суяк ҳисобига) иккиламчи суяк тикланиши (пролиферацияси) билан баробар кечади. Болаларда майда секвестрлар сўрилиши ёки йиринг билан оқма йўл орқали чиқиб кетиши мумкин. Секвестр катта бўлиб (2^A 2^B), оқма йўл орқали чиқа олмаса, унинг атрофида бириктирувчи тўқима ва янги ҳосил бўлаётган иккиламчи суякдан иборат секвестр қутиси шаклланади. Ҳосил бўлаётган суяк секвестрнинг емирилишига олиб келади. Ҳосил бўлаётган ажралма оқма йўл орқали чиқади. Периост хужайралари фаол кўпайиши ҳисобига янги, ёш суяк шакллана бошлайди.

Рентген тасвири. Рентген тасвирида сурункали деструктив-продуктив остеомиелит янги суяк қатлами сифатида намоён бўлади. Жараён пастки жағда кечганда периостнинг қалинлашуви ва янги суяк пайдо бўлиши 9–10- кунга келиб, сезиларли бўлади. Бир неча ҳафтадан сўнг рентген тасвирида майда ва йирик секвестрларни кўриш, шунингдек, улар атрофида иккиламчи (янги ҳосил бўлган) суякдан шаклланаётган секвестрал қутини кузатиш мумкин.

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

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

Клиник манзараси: Юз соҳасида сезиларли даражадаги шиш кузатилади. Устидаги тери ранги ўзгармаган. Пайпаслаганда юмшоқ тўқималар ўзгаришсиз, оғриқсиз, тери бурмага йиғилади. Жағ суяги калинлашган.

Анамнези (morbi) синчиклаб суриштирилганда, тана ҳарорати гоҳида бесабаб кўтарилганлиги, жағда ўқтин-ўқтин ўз-ўзидан оғриқ пайдо бўлиши, тишларнинг бирида кариес қаваги бўлиб, вақти-вақти билан оғриб, ҳуруж берганлиги, айримлар тишни даволашни бошлаб, охирига етказмаганлигини аниқлаш мумкин. Болалар ва ота-оналар юзда кўзга ташланувчи асимметрия кузатилганидан сўнггина аҳамият берганликларини таъкидлайдилар. Касаллик кечишида даврийлик кузатилади. Маълум бир даврда шиш катталашади, вақт ўтиб яна кичраяди. Суяк ҳажми аста катталашади. Шиш устидаги тери ранги ўзгармайди, оқма йўл пайдо бўлмайди. Пайпаслаганда, юмалок, чегаралари аниқ бўлган, зич, бироз оғриқли шиш аниқланади. Регионар лимфа безлари катталашган, ҳаракатчан, оғриқли бўлади.

Рентген тасвири: сурункали бирламчи гиперпластик остеомиелитда эндоссал ва периоссал тикланиш (пролиферация) ҳисобига суякнинг ҳажми кўпаяди ва қалинлашиш кузатилади. Бу шаклдаги остеомиелитда секвестрлар бўлмайди. Зарарланган соҳада суякнинг шаклсиз, чегаралари аниқ бўлмаган, емирилган ва остеосклерозга учраган ўчоқлари кузатилади. Жағнинг кортикал қатлами периоссал ривожланаётган суяк билан бирлашиб кетганлиги сабабли, алоҳида кўринмайди. Сабабчи тиш олинмаган бўлса, чуқур кариес қаваги, илдиз

каналли учигача пломбаланмаганлиги, периодонтал оралиқ (ёриқ) кенгайганлиги, илдиз атрофидаги суяк емирилганлигини кўриш мумкин.

Лаборатория текширувлари: ўткир яллиғланиш сурункали турга ўтганда қон ва сийдик таҳлиллари кўрсаткичлари меъёрга яқинлашганлигини таъкидлаш мумкин: лейкоцитоз камайган, таркибий қисмдаги чапга силжиш камайган. Гемоглобин кўрсаткичлари пасайган, яъни гипохром анемияга хос бўлади. Эритроцитлар сони камайиб, анизоцитоз, (қонда турли ўлчамдаги эритроцитларнинг кўпайиб кетиши), пойкилоцитоз (қонда шакли ўзгарган эритроцитлар пайдо бўлиши) кузатилади. Эритроцитлар чўкиши тезлашади (10-15мм/с). Тарқалган деструктив шаклдаги остеомиелит узоқ давом этганда, буйракда дегенератив ўзгаришлар содир бўлади: сийдикда оксил, цилиндрлар, эритроцитлар пайдо бўлади. Боланинг ёши нечоғли кичик бўлса, буйракдаги ўзгаришлар шунча барвақт намоён бўлади. Сурункали одонтоген остеомиелит болаларда жуда узоқ, баъзан бир неча йил давом этган ҳолатлар ҳам кузатилган, шу сабабли бу касаллик халқ орасида “оқма” касал номи билан ҳам юритилади.

Секвестрэктомия ўтказиш муддати куйидагиларга боғлиқ:

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

Секвестрэктомия эрта ўтказилиши, стационар ва амбулатор даволашнинг муддати қисқартириб, асоратларнинг олди олинишни таъминлайди.

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

Секвестрэктомия операциясигага кўрсатмалар:

- 1) Клиник ва рентгенологик эркин ётган секвестрлар;

2) Сўрилиш ёки оқмадан мустақил ажралиб чиқиш эҳтимоли кам бўлган секвестрлар;

3) Тез-тез ҳуруж бериб, организмда захарланиш ҳолатини юзага келтирувчи, паренхиматоз аъзолар зарарланишига сабаб бўлувчи секвестрлар;

4) Секвестрэктомиядан сўнг қайталанувчи оқмалар юзага келишига сабаб бўлувчи некротик тўқималар;

5) Яллиғланиш жараёнининг сурункали равишда кечишини кучайтирувчи, некрозга учраган сут ва доимий тишлар куртаклари.

**Болаларда сурункали одонтоген остеомиелитни жарроҳлик усулида даволаш
(секвестрэктомияга тайёрлаш ва операция хусусиятлари)**

| Остеомиелитнинг тарқалган -лик даражалари | Остеомиелит касаллиги кечишидаги хусусиятлар | Секвестр-эктомия операциясига тайёргарлик | Операция хусусиятлари |
|--|--|--|---|
| 1-А | 1А даражадаги деструктив остеомиелитда тиш катчаси девори ёки илдизлараро тўсиқ 3-4 ҳафтада секвестрланиб ажралади. Рентген тасвирида ажралган секвестр эркин ёт жисм, бўлиб кўринади. Уни зонд ёки пинцет ёрдамида қимирлатиб, ажралганлигини аниқлаш мумкин. | Операциядан аввалги кунларда қоннинг умумий таҳлили ва ивиш вақти аниқланади. Операцияни бошлашдан 30 дақиқа олдин, 50%ли аналгин, 1%ли димедрол эритмалари бола ёшига мувофиқ дозада мушак орасига юборилади. | Амбулатор шароитда 1-2%ли лидокаин эритмаси билан ўтказувчи ва маҳаллий (инфилтрацион) анестезия ўтказилиб, альвеоляр ўсиқ (оқма йўл) бўйлаб кесма ўтказилади. Секвестр ажратиб олинадиган ва грануляцияли тўқима қириб ташланади, операцион жароҳат йодоформли тампон билан зич қилиб тўлдирилади. |
| 1-Б | 1Б даражада тарқалган деструктив остеомиелитда 2-3 ва ундан зиёд тишлар соҳасида альвеоляр ўсиқ ва ташқи кортикал пластинка суяги 3-4 ҳафта мобайнида ажралади, секвестр яхлит бўлиб, атрофида ҳосил бўлган грануляцияли тўқималар орасида эркин ётади. | Амбулатория шароитида ўтказиладиган операция учун қоннинг умумий таҳлили ва ивиш вақти аниқланади. Операциядан 30 дақиқа олдин премедикация қилинади. | Альвеоляр ўсиқ қирраси бўйлаб, асоси ўтув бурмага йўналган, трапеция шаклида кесма ўтказилади. Шиллик парда суяк қобиғи билан биргаликда ажратилади. Секвестр олиниб, грануляциялар қириб ташланади. Ажратилган трансплантациясимон лахтақ ўрнига қайта жойлаштирилиб тикилади. |
| 1-В | 1В даражадаги деструктив остеомиелит ўткир ости даврининг 4-6 ҳафтасида пастки жағнинг бир томондаги альвеоляр ўсиқ ва тана қисми секвестрланади. Секвестр ажралганлигини рентген тасвири ёки пинцет ёрдамида аниқлаш мумкин. 1В деструктив-продуктив | Секвестрэктомия умумий оғриқсизлантириш остида стационар шароитида ўтказилади. Операциядан олдин: 1) кариес ва унинг асоратлари бўлган тишлар даволанади; 2)Тиш милк шинаси тайёр- | Жағ ости соҳасида оқма ярани ўз ичига олган кесма ўтказилади. Жағ танаси яланғочланиб, эркин ётган секвестрлар олиб ташланади. Секвестрлар атрофидаги грануляцияли тўқима қириб ташланади. Оғиз ичидаги оқма кесиб олинадиган жароҳатга зич қилиб чоклар қўйилади. тишмилк шинаси тақилади. Касалликнинг деструктив-продуктив турида жағ танаси ялан- |

| | | | |
|------------|---|--|---|
| | <p>даражали остеомиелитда секвестр-нинг ажралиши 10-12 ҳафта давом этади. Оғиз ичида кўриниб турган секвестр қимирламайди. Фақат рентген тасвиридагина катта секвестр проекциясини кўриш мумкин.</p> | <p>ланади; 3) ажралма йиринг-дан суртма олиниб, микрофлора таркиби ва уларнинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқланади.</p> | <p>ғочлангандан сўнг, эркин ётган секвестр аниқланмайди. Чунки иккиламчи суяк секвестр кутисини ҳосил қилганлиги учун жағ танаси қалинлашади. Шу боис оқма чиқаётган тешиқнигина кўриш мумкин. Секвестрни олиш учун кутининг ташқи деворини синдириб, секвестр чиқариб олинади ва грануляцияли тўқима қириб ташланади, сўнг бўшлиқ ичида йодоформли дока (бинт) қолдирилади.</p> |
| 1-Г | <p>1Г даражада тарқалган деструктив остеомиелит кам учрайди. Пастки жағнинг альвеоляр ўсиғи яланғочланади, тўкилиб кетган тиш катакчаларидан йиринг ажралади. Деструктив жараён патологик синиш билан кечади, 8-12 ҳафтага келиб рентген тасвирида бир нечта йирик секвестрларни кўриш мумкин. Улар жағ суягидан ажралгани оғиз бўшлиғи ёки оқма йўл орқали киритилган зонд билан (пинцент) ёрдамида қимирлатиб аниқлаш мумкин.</p> | <p>1Г шаклдаги деструктив остеомиелит одатда, ҳолдан тойган, реактивлиги тушиб кетган болаларда юзага келади. Суяк қобиғидан ҳосил бўлаётган иккиламчи (периоссал) суяк секин (4-5 ой) ҳосил бўлади. Секвестрэктомия-гача бир неча марта умумқувватловчи ва заҳарланишга қарши даволаш ўтказилади. Ванкевич шинаси тайёрланади. Микробларнинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқланади.</p> | <p>Секвестрэктомия эндо-трахеал наркоз остида ўтказилади, бунинг учун ияк ости соҳасида жағ қиррасига параллель қилиб чандиқлар ва оқма ярани ўз ичига олган суяккача кесма ўтказилади. Жағ танаси соғ қисмигача икки (ички, ташқи) томонлама яланғочланади. Секвестр иккиламчи суяк орасида бўлса, секвестрал қутидаги йўл кенгайтирилади. Секвестрлар ажратиб олинади ва грануляцияли тўқима қириб ташланади. Кесма альвеоляр қирра бўйлаб оғиз бўшлиғи билан туташади, яра четлари кесиб ташланади ва ярага икки қават қилиб, зич чоклар қўйилади. Секвестрал бўшлиқ йодоформли дока билан тўлдирилиб, учи ташқарига чиқарилиб қўйилади. Юмшоқ тўқи-маларга қаватма-қават чоклар қўйилади.</p> |

| | | | |
|------------|---|--|--|
| 2-А | 2А даражада тарқалган деструктив остеомиелит, одатда, сут ва чиқиб келаётган доимий биринчи озик тишлар соҳасида, жағ танаси ва бурчагида кечади. Одатда, бу соҳада яллиғланиш узоқ (8-12 ҳафта) давом этиб, касаллик сурункали турга ўтади. | 2А, 2Б даражада тарқалган деструктив остеомиелит патологик синиш билан асоратланиши мумкин ва шу сабабли, бола доим милк-тиш шинасини тақиб юриши лозим. 10-12- ҳафтага келиб, одатда, секвестрлар ажралиб қолади. | Секвестрэктомия стационар шароитида умумий оғриксизлантириш остида ўтказилади. Кесма ташқа-ридан жағ танаси ва бурчагининг остида ўтказилиб, оқма яра ва чандиклар кесиб олинади. Кесманинг узунлиги патологик жараёни кўздан кечириш учун етарли бўлиши керак. Юмшоқ тўқималар ўтмас усулда суякдан ажратилгандан сўнг, мавжуд (ҳосил бўлган) секвестрал кути кўзга ташланади ва унинг пастки қиррасида ёки юзасида оқма йўл аниқланади, у суяк қисқичи ёки борлар ёрдамида кенгайтирилиб, бўшлик ичида ётган секвестрлар топилади. Кичик ёшдаги болаларда, секвестрал кути ичида доимий тиш куртаклари секвестр таркибида бўлса, улар бирга олиб ташланади. Баъзи ҳолатларда жағнинг ташқи кортикал пластинкаси секвестрланади, доимий тиш куртакларининг ранги ўзгармаган ва суяк ичида қоникарли ҳолатда сақланган бўлса, улар олинмайди. Оқма йўл оғиз бўшлиғи очилган бўлса, унинг четлари тозаланиб, кесиб ташланади, сўнг, зич қилиб чоклар қўйилади. II Б даражадаги остеомиелитда эса операция ҳажми кенгайди. Жағ танасининг ярми альвеоляр ўсиқ билан бирга зарарланганлиги туфайли шу соҳадаги барча доимий тишларнинг куртаклари нобуд бўлади. |
| 2-Б | Деструктив 2Б даражада тарқалган остеомиелитда пастки жағ танасининг ярми альвеоляр ўсиқ билан шикастланади, яллиғланиш шохга, ўсиқлар (бўғим ва тожсимон) асосига етади. 2А ва 2Б даражасидаги остеомиелитда суякнинг яллиғланган соҳаси юмшоқ тўқималар билан ўралганлиги ва суяк қобиғи сақланганлиги туфайли периоссал тикланиш билан (деструктив- продуктив шаклда) кечади. Бунда мабодо секвестр барвақт олиб ташланса, жағ яхлитлиги сақланмай қолади. | Аммо, шу вақтда секвестрлар олиб ташланса, сақланиб қолган жағ бўлақлари бир-биридан узилиб қолади. Шу сабабли, секвестр атрофида иккиламчи суяк ҳосил бўлишини кутиш керак. Ўрта ҳисобда бу жараён 5-6 ой давом этади. Шу вақт ичида бемор бир неча марта заҳарланишга қарши дезинтоксикацион ва умум-қувватловчи комплекс даволash курсини қабўл қилар экан, жағнинг соғ томонини окклюзия (прикус) да ушлаб туриш учун милк-тиш шинасини тақиб юради. | Секвестрэктомия стационар шароитида |
| 2-В 2-Г | 2В ва 2Г даражасида тарқалган деструктив | Ўткир ости ва сурункали | Секвестрэктомия стационар шароитида, |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>остеомиелитда жағнинг асосий ўсиғи, шохнинг орқа қирраси ва бурчагининг некрозга учраши сабабли касаллик оғир кечади. Ўткир ва ўткир ости даврларда бир нечта соҳаларда патологик синиш юзага келиб йирик ҳамда кичик ҳажмдаги секвестрлар ҳосил бўлади, тушиб кетган тишлар ва ретромоляр соҳада ўтказилган кесма ўрнида окма йўл шаклланади. Ўткир остеомиелит даврида суяк қобиғи некрозга учраган бўлса, секвестрлар атрофида иккиламчи суяк тўқимаси ҳосил бўлмайди. Окмалардан кўп миқдорда суюқ йирингли ажралма чиқади. Ўткир ости даврда бир нечта жойда патологик синишлар юзага келиб, дахан шикастланган томонга силжийди. Оғир заҳарланиш белгилари намоён бўлади. Буйраклар ва жигар фаолияти бузилади. Суяк қобиғи сақланган беморларда остеомиелит деструктив-продуктив шаклда кечади. Секвестрлар атрофида иккиламчи суякдан секвестрал кути ҳосил бўлади. Окмалардан доимий равишда оз миқдорда ажралма чиқади. Ҳосил бўлган иккиламчи суякни жағнинг рентген тасвирида кўриш</p> | <p>даврларда ўтказиладиган даволаш усуллари секвестрларнинг ажралиши ва уларнинг атрофида иккиламчи суяк тўқимасидан секвестрал қутининг шаклланишини тезлатишга қаратилади. Бемор режали равишда стационарга ётқизиблиб, умумқувватловчи ва организм заҳарланишининг олдини олишга қаратилган даво чоралари ўтказилади. Патологик синишларнинг олдини олиш, тишлар окклюзиясини тишламни тўғри ҳолатда сақлаш учун тиш-милк шинаси ёки Ванкевич шинасидан фойдаланилади. Заҳарланиш даражаси юқори бўлиб, паренхиматоз аъзолар (буйраклар ва жигар)нинг зарарланиш белгилари барқарор турса, иккиламчи суяк ҳосил бўлиш муддати етмасдан секвестрэктомия операцияси</p> | <p>эндотрахеал наркоз остида ўтказилади. Операцияни муваффақиятли ўтиши учун операция майдони етарли даражада кенг қилиб очилади. Ҳосил бўлган иккиламчи суяк тўқимаси жағ шаклини қайтаради. Кесма жағ танаси, бурчак ва шохининг орқа қиррасига параллель равишда суяккача қия қилиб кесилади. Секвестрал кути (атрофидаги юмшоқ тўқималар ажратилиб) яланғочланади. Секвестрларни чиқариб олиш ва секвестрал кути ичида тафтиш ўтказиш учун суякдаги окма йўл етарли даражада кенгайтирилади. Секвестр кутиси ичида сут тишлари, доимий тишларнинг куртаклари, бўғим бошчаси ва кўплаб ўсиб кетган грануляцияли тўқима мавжуд бўлади. Бўларнинг барчаси кириб олиб ташланади. Оғиз бўшлиғига очилган яра четлари кесилиб, зич қилиб чоклар қўйилади. Секвестрал бўшлиқ водо-род пероксиди ва антисептиклар билан ювилади. Суяк ичидаги бўшлиқ йодоформли дока билан тўлдирилиб, яра четидан чиқариб қўйилади.</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|---|--|---|
| | мумкин. | ўтказилади. Деструктив-продуктив шаклда кечувчи остеомелит ўзоқ давом этади. Ҳосил бўлган иккиламчи суяк орасида қолган секвестрлар емирилади ва қисман сўрилиб, кичиклашади. Бўғим ўсиғида патологик синиш юзага келади ва бутунлай сўрилиб кетади. Натижада кичиклашиб, грануляцияли тўқима орасида эркин ётади. Ҳосил бўлган иккиламчи суяк жағ шаклини тиклайди ва шикастланган томонга силжишдан сақлайди. Жағнинг иккиламчи суяк воситасида тикланиши 6-8 ой давом этади. | |
| 3-А 3-Б 3-В 3-Г | 3 даражада тарқалган деструктив одонтоген остеомиелит оғир касаллик ҳисобланади. Бундай жараён ҳолсизланган болаларда агрессив (патоген) хусусиятли микроблар таъсирида ривожланади. Бизнинг кузатувларимизда бундай даражалардаги остеомиелит даволаш кеч бошланган, йирингли ўчоқлар етарли очилмаган (кенг | Секвестрэктомия 3 А, 3 Б, 3В даражадаги остеомиелитда рентгенологик демаркация чизиғи, аниқ кўринган ҳолатда, ўрта ҳисобда 15-16- ҳафтада ўтказилади. 3 даражада тарқалган сурункали деструктив остеомиелитда | Операция эндотрахеал оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Оғиз бўшлиғида жағ суягининг катта қисми яланғочланиб турганлигини ҳисобга олиб, секвестрларни оғиз ичидан чиқариб олингани маъқул. Шундай қилинганда жағнинг чети (асоси) ва ички юзасида ҳосил бўлаётган иккиламчи суяк шикастланмайди. Бўғим ўсиғи кўп ҳолларда сўрилиб, ўрнида янги суяқдан ҳосил бўлган |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>кесма лозим бўлган йирингли ўчоқлар аксарият тешиб кўйилган; ташки кесмага кўрсатма бўлса ҳам оғиз бўшлиғи ўтув бурмаси соҳаси тешиб кўйилган), антибактериал даволаш самарасиз бўлган ҳолатларда юзага келган. Бундай вазиятда йирингли яллиғланиш нафақат суяк ва тиш куртакларининг нобуд бўлиши, балки суяк қобиғи (периост)нинг ҳам емирилишига олиб келади ва оқибатда, периоссал суяк тикланиши тўхтайди. Нобуд бўлган периост суякдан ажралганлиги туфайли альвеоляр ўсиқ ва жағ танаси яланғочланади. 5-6 ҳафтадан сўнг сақланиб қолган периост янги суяк тўқимаси ҳосил қила бошлайди. Суяк тўлиқ некрозланганлиги сабабли эндоссал суяк тикланиши ҳам кузатилмайди. Рентген тасвирида некрозга учраган суякни сақланиб қолган (соғлом) суякдан ажратувчи чизик (демаркация чизиғи) 12-14 ҳафтада сезилади.</p> | <p>секвестрэктомия ўтказиш муддати боланинг умумий ҳолатига боғлиқ бўлади. Суяк ва атрофдаги тўқималарда кечаётган тарқалган йирингли яллиғланиш бола организмни заҳарлайди ва шу тариқа, сийдикда оқсил, эритроцитлар, лейкоцитларнинг кўп миқдорда пойдо бўлиши, демаркация чизиғи ҳосил бўлишини кутмай секвестрэктомия операциясини ўтказиш учун кўрсатма бўлади. Операциядан олдинги даврда ўтказиладиган тайёргарлик, 2-чи даражада тарқалган остеомиелитда кўрсатилган тадбирлардан иборат.</p> | <p>регенератни топиш мумкин. Секвестрлар олингандан сўнг, грануляцияли тўқима кириб ташланади. Сақланиб қолган суяк ва ҳосил бўлган янги иккиламчи суяк ўчоқларини бири-бирига бирлаштириш учун, улар орасидаги нуксон, консервация қилинган аллоген суяк ёки тоғай билан бартараф қилинади. Агар иккиламчи суяк бўлмаса, нуксон (дефект) тоғайли (трансплантат) коворға билан бартараф қилинади. Тоғай қисми бўғим бошчаси вазифасини бажаради. Оғиз бўшлиғидаги ярага қаватма-қават қилиб, зич чоклар қўйилади.</p> |
|--|--|--|---|

Жағлар одонтоген остеомиелити касаллигини ортодонтик даволаш, тиш ва жағ тизими иккиламчи деформацияларининг профилактикаси

Одонтоген остеомиелитни ортодонтик даволашдаги асосий йўналиш тиш ва жағ тизимидаги ўзгаришларни, хусусан, иккиламчи адентия ва патологик окклюзия (тишлам)нинг олдини олиш. Остеомиелит кечишининг ҳар бир даврида

Ўтказиладиган ортодонтик даволашнинг хусусий мақсади бор: а) касалликнинг ўткир ва ўткир ости даврида қимирлаб қолган интакт тишларнинг маҳкамланишини таъминлаш; б) жағ суяги патологик синишларининг олдини олиш; в) тиш қаторлари нуқсонларини сунъий тишлар билан тўлдириш; г) тайёрланган аппарат ва мосламалардан фойдаланилаётганда, уларнинг салбий таъсири ва гигиеник ҳолатини назорат қилиш.

Пастки жағнинг ўткир остеомиелитида қимирлаб қолган тишларни маҳкамлаш учун, силлиқ шина–скоба ҳамда индивидуал равишда пластмассадан тайёрланган тиш-милк шина – каппасидан фойдаланилади.

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

Пастки жағдаги одонтоген остеомиелитининг асоратлари

Ўткир остеомиелит касалликнинг ривожланиши, кечишини ва уни даволаш давомида бевосита юмшоқ тўқималардаги йирингли яллиғланиш (периостит, лимфаденит, абсцесс ва флегмона)лар билан асоратланиши мумкин. Бунда юмшоқ тўқималардаги яллиғланиш бир ёки бир неча соҳаларга ўтган бўлиши мумкинлиги назарда тутилади. Остеомиелит сабабли ривожланган абсцесс ва флегмона жароҳлик усули билан очилгандан сўнг, яранинг тозаланиши ҳамда кесманинг битиши суст кечади ва ўткир ости даврда ҳам кузатилади. 1Б 1В даража тарқалган остеомиелитида, сут тишлар тишлами даври доимий тишларнинг куртаклари некроз (секвестрация)га учрайди, альвеоляр ўсиқда нуқсон пайдо бўлиб сут тишлари илдизларининг физиологик резорбцияси кечиқиши билан асоратланади. Суякда юзага келган яллиғланиш жараёнида майда секвестрлар пайдо бўлади, улар сўрилиб кетади ёки оқма йўл орқали ярани ювиш вақтида чиқиб кетади. Остеомиелит 1^Г даражада тарқалган бўлса, юқорида келтирилган асоратлардан ташқари, *жағ суягининг патологик синишлари юзага келади, тишлар тўкилиб, альвеоляр ёй кичик ва калта бўлиб қолади, жағ танасида жойлашган доимий тишлар куртакларининг бир қанчаси нобуд*

бўлади ва адентия вужудга келади. (2^A,2^B) даражасида тарқалган деструктив остеомиелитда суяк емирилиб, жағ патологик равишда синади, доимий тиш куртаклари нобуд бўлади, суяк ўлчами қисқаради ва унинг маркази шикастланган томонга силжийди. 2^B, 2^Г даражада тарқалган деструктив остеомиелит бўғим ўсиғининг дастлаб остеоартрити, кейинчалик иккиламчи деформацияловчи остеоартрозига олиб келади.

Пастки жағ остеомиелитидан сўнг юзага келадиган асоратлар: 1) жағ атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг чандикли шакл бузилишлари; 2) жағ суяги (альвеоляр ўсиқ, тана, бурчак шохи) нуқсонлари туфайли унинг шакл бузилишлари; 3) тиш қаторининг қисман ёки тўлиқ адентияси, кеч чикқан доимий тишларнинг шакл бузилишлари (бочкасимон, эмаль гипоплазияси). Тишлар дистопияси, окклюзия бузилиши; 4) Чакка–пастки жағ бўғими касалликлари; 5) юқори жағ ва ёноқ суяklarининг иккиламчи шакл бузилишлари. Пастки жағ ўсиш зоналарининг шикастланиши билан боғлиқ бўлган асоратлар аксариятини ташкил этади. Маълумки, пастки жағдаги фаол ўсиш зоналари бўғим ўсиғи, жағ бурчаги ва шох қисмининг орқа қирраси ҳисобланади. Шу соҳалар зарарланганида жағ суягининг ўсиши ортда қолади ёки тўхтайдди. Энгак касалланган томонга силжийди. Жағнинг соғлом томонидаги тана ва бурчак қисми сўрилган ияк томонга узайиб, шакли бузилади (бир томонлама микрогения). Жағнинг касалланган ва калталанган томонида, юмшоқ тўқималар йиғилиб қолиши туфайли беморнинг юзи юмалоқлашиб, соғлом томон эса узайганлиги учун тўқималар кам (тортилиб қолган)дек кўринади, яъни жағ суягининг яхши ўсмаган томони бир оз кўтарилган, узун (соғлом) томони – пастга тушган. Кичик ёшда касалликни бошдан кечирган болалар ўсмирлик даврида мурожаат қилганларида, айнан юз шаклининг бузилганлигига шикоят қиладилар. Уларда нафақат пастки жағнинг бир томони микрогениясини, балки шу томонда калла ва юз скелетининг ҳам ўсишдан қолганлигини кузатиш мумкин. Соғлом томоннинг ўсиб (чўзилиб) кетиши ҳисобига юз қисмлари пропорцияси сезиларли бузилади (юз гемиатрофиясига ўхшаш ҳолат юзага келади).

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

1^Г-3^Г даражада диффуз тарқалган остеомиелитда альвеоляр ўсиқ яланғочланиб қолади ва бундай ҳолатда Ванкевич таклиф қилган, юқори жағ учун тайёрланадиган тиш-милк шинадан фойдаланилади. Шина воситасида патологик синиш оқибатида силжиган жағ бўлақларини ўз ўрнига келтириш

мумкин. Йўналтирувчи текислик бўлақларнинг ҳолатига қараб, бир томонда ёки иккала томонда бўлиши мумкин. Ортодонтик даволаш мутахассислар томонидан олиб борилади. Даволаш услуби ва унинг давомийлиги боланинг ёши, касаллик даври ҳамда оғирлиги эътиборга олинган ҳолда белгиланади бемор диспансер назоратига олинади. Хирург ва ортодонт мутахассисларнинг ҳамкорликда тузган режалари асосида даволаш давом эттирилади.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Қандай омиллар таъсирида ўткир одонтоген остеомиелит ўткир ости даврига ёки сурункалига ўтади.
2. Сурункали одонтоген остеомиелитда суяк ва тиш куртаклари қандай морфологик ўзгаришларга учрайди?
3. Сурункали одонтоген остеомиелитни қандай клиник -рентгенологик шакллари фарқланади?
4. Сурункали деструктив остеомиелитда суякда кечадиган патоморфологик ўзгаришлар.
5. Сурункали деструктив остеомиелитда болани шикоятлари.
6. Сурункали деструктив остеомиелитга хос клиник белгилар
7. Сурункали деструктив остеомиелитда оқма йўлни қаерларда учратиш мумкин? Зондлаб нимани аниқласа бўлади.
8. Сурункали деструктив остеомиелитда секвестрлар қаерда ва қандай бўлади?
9. Сурункали деструктив остеомиелитда учрайдиган асоратлар.
10. Сурункали деструктив- продуктив остеомиелитни деструктив остеомиелитдан фарқи.
11. Сурункали деструктив- продуктив остеомиелитни рентгенологик тасвири.
12. Сурункали деструктив- продуктив остеомиелитда боланинг шикоятлари.
13. Сурункали деструктив- продуктив остеомиелитни клиник манзараси.
14. Иккиламчи суякдан иборат секвестр қандай шаклланади.

- 15.Сурункали продуктив (гиперпластик) остеомиелити қайси ёшдаги болаларда учрайди.
- 16.Бирламчи продуктив остеомиелитда бола ёки унинг ота- онаси қандай шикоятлар билан мурожат қилади.
- 17.Продуктив остеомиелитнинг клиник манзараси.
- 18.Сурункали бирламчи гиперпластик остеомиелитни рентген тасвиридаги кўриниши.
- 19.Сурункали одонтоген остеомиелитда қон ва сийдик таҳлиллари кўрсаткичларида қандай ўзгаришлар кузатилади.
- 20.Секвестрэктомия ўтказиш муддати қандай омилларга боғлиқ
- 21.Секвестрэктомия операцияси ўтказишга кўрсатмалар.
- 22.Сурункали деструктив 2 А 2 Б даражада тарқалган остеомиелитда секвестрэктомия операциясига қандай тайёргарлик ўтказилади.
- 23.Сурункали 2 В ва 2 Г даражада тарқалган деструктив остеомиелитда медикаментоз даво нимага қаратилган бўлади.
- 24.Қандай вазиятда иккиламчи суяк ҳосил бўлмаса ҳам секвестрэктомия эрта ўтказилади.
- 25.Сурункали деструктив 3 даражада тарқалган остеомиелитда секвестрэктомия ўтказиш муддати қандай белгиланади.
- 26.Секвестрэктомия операциясида нуқсонни қовурға, аллоген трансплантати ёки тоғай билан тўлдиришга кўрсатмалар.
- 27.Одонтоген остеомиелитни ортодонтик даволаш мақсади.
- 28.Юқори жағ одонтоген остеомиелитининг асоратлари
- 29.Пастки жағ остеомиелитидан сўнг юзага келадиган асоратлар.

БОЛАЛАР ЖАҒЛАР АТРОФИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ҲУСУСИЯТЛАРИ

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

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

Одатда ўткир периостит ўткир лимфаденит билан, ўткир остеомиелит периостит, абсцесс ва флегмона билан кечади. Ўқувчига бу динамик жараённи тушунарли етказиш мақсадида, жағ атрофида кечадиган яллиғланиш касалликлар алоҳида мавзу қилиб ёзилган.

Болаларда яллиғланиш касалликларининг ривожланиши ва кечишида ўзига хос ҳусусиятлари бўлиб, куйида уларнинг қисқача таърифини келтирамыз.

Одонтоген яллиғланиш касалликлари ривожланишига тиш сабабчи бўлади. Сабабчи тишни тож қисми қисман ёки бутунлай емирилган, сақланиб қолган тож қисмини ранги ўзгарган, перкуссия оғриқли, қимирлаб қолган, милкларда яллиғланиш аломатлари бўлади.

Болаларда жағ атрофи юмшоқ тўқималари ҳосил қилган анатомик ораликлар, бир–биридан юпқа ва зич бўлмаган нозик фасция ва апоневрозлар билан ажратилган, шу боис тўқималар инфекцияни бир соҳадан иккинчисига тарқалишига қаршилиқ қила олмайди;

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

Ўткир одонтоген яллиғланиши касаллиги бўлган бола (ота-онаси) яқин кунларда тиш оғриганини қайд этади.

Одонтоген яллиғланиш касалликлари одатда кариесни интенсивлиги ва асорати юқори бўлган ёшларда (3-5 ёшда), тишлар алмашинуви даврида кўп учрайди.

Болалар организмида ҳам катталарда бўлгани каби, яллиғланиш касалликлар уч типда намоён бўлади:

гиперергик – умумий реакциялар касалликни маҳаллий белгиларидан устун кечади;

гипоергик – умумий реакциялар ва яллиғланишнинг маҳаллий белгилари сезиларли даражада намоён бўлмайди.

Ноодонтоген яллиғланиш касалликларини ривожланиши ва клиник кечиши болаларда юз юмшоқ тўқималарини уларни тузилиши ва функционал ҳолати билан боғлиқ.

Ноодонтоген касалликлар деганда уларни ривожланишда тишларни иштироки бўлмаган яллиғланиш назарда тутилади. Одатда тишлар интакт (соғлом) бўлади. Инфекция тўқималарга тери жароҳатлари (дерматоген) оғиз шиллик пардаси (стоматоген), бурун (риноген), тонзилоген ёки қулоқ касалликлари орқали (отоген) ривожланади.

Болаларда ноодонтоген яллиғланиши касалликларининг ривожланиши ва кечиши юз юмшоқ тўқималарини тузилиши хусусиятлари ва функционал ҳолатига боғлиқ.

Бола ёши қанча кичик бўлса териси нозик, қон билан яхши таъминланган, пролифератив жараён фаол кечади.

Юз юмшоқ тўқималарини тананинг бошқа соҳаларига нисбатан қон билан яхши таъминланганлиги яллиғланиш касалликларни кечишга бир томондан ижобий (яллиғланиш ўчоғидан токсинларнинг тез олиб кетилиши, гормонлар, ҳимоя омилларни ҳамда кислороднинг яхши етиб келиши), иккинчи томондан, салбий (инфекция жадал суръатлар билан тарқалишига) таъсири бор.

Болалар қон-томирлари ўтувчан ва инфекция агрессиясига жуда сезувчан бўлгани боис, яллиғланиш бергилари (шиш, қизариш, маҳаллий жароҳат олиши) яққолроқ намоён бўлади;

Лимфатик тизим функционал жиҳатдан етилмаганлиги;

Йирингли ўчоқ тез (2-3 суткада) шаклланади;

Яллиғланиш кучли оғриқ билан кечади;

Ноодонтоген абсцесс ва флегмоналар юза жойлашган ҳолларда, тери ости ёғ қатламида юзага келган яллиғланиш инфилтрати ҳисобига юз шакли сезиларли ўзгаради, шиш устидаги тери қизаради, пайпаслаганда оғрийди;

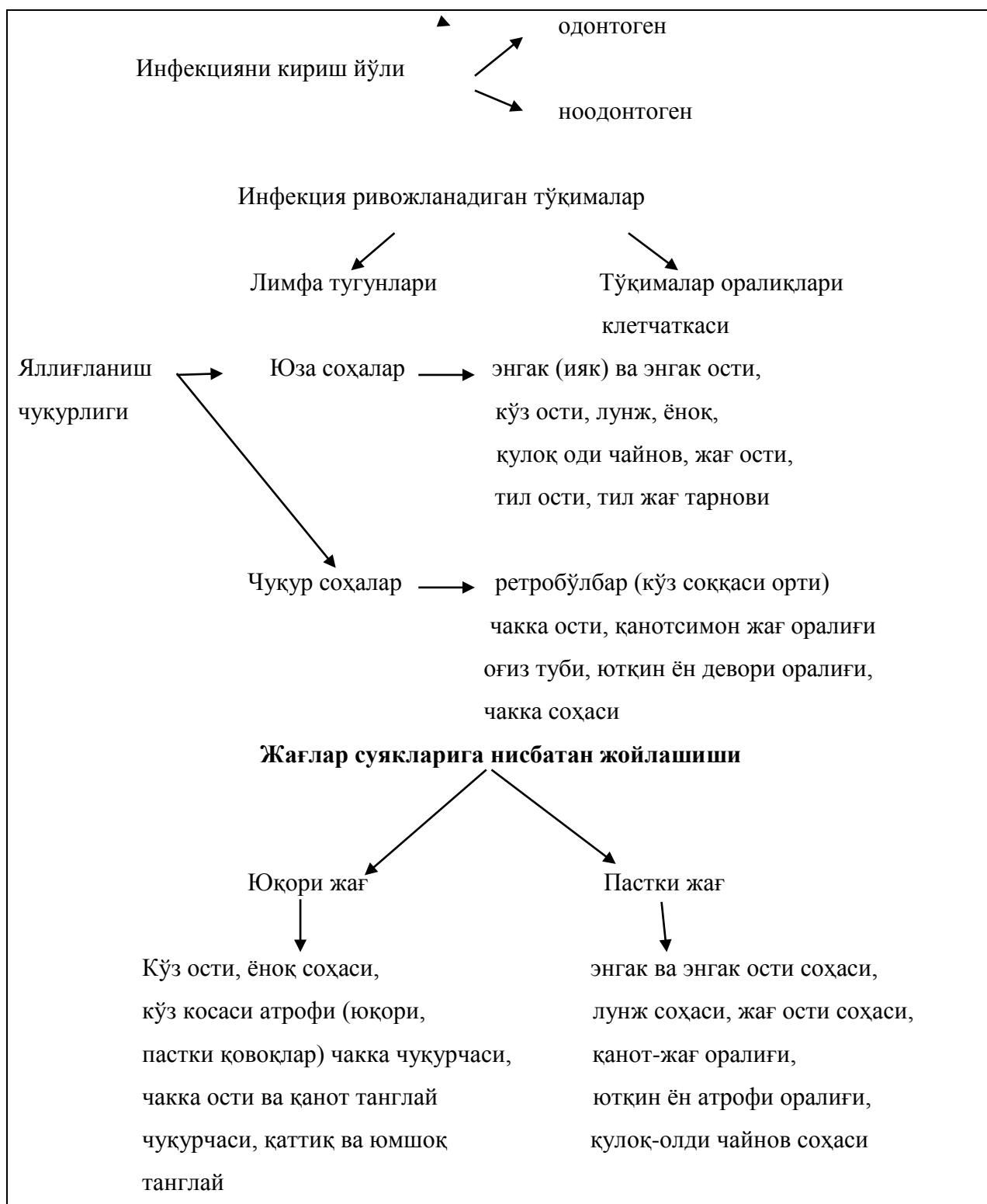
Тери ости ёғ қатлами ва мушаклар аро клетчатка нисбатан буш сийрак ва нозик бўлиши;

Болаларда ўткир йирингли яллиғланиш жараёни ривожланишида касалликнинг умумий белгилари маҳаллий белгиларидан аввалроқ пайдо бўлиб, тана ҳарорати кўтарилиши, ҳолсизлик ўйку ва иштаха бузилиши билан намоён бўлади.

Ўткир яллиғланиш жараёни бўлган болаларнинг умумий ҳолатига баҳо бериш учун уч даражага ажратилади, яъни: “қониқарли”, “ўртача оғирлик” ва “оғир” ҳолатлар.

Одатда, анъанавий белгилар билан кечувчи абсцесс ва флегмоналарни ташхислашда катта муаммо юзага келмайди. Сўнгги вақтларда клиникалар амалиёти ва адабиётларда ўткир ҳамда сурункали яллиғланиш белгилари билан кечувчи ўсма ва қон касалликлари кўпроқ учрамоқда.

Йирингли яллиғланиш жараёнлари таснифи (чизма келтирилган)



Атипик кечадиган яллиғланиш касалликларини албатта ўсмалардан ажрата олиш талаб этилади. Бунинг учун куйидаги замонавий текширув усулларидан фойдаланиш керак:

Қон таркибий қисмининг тўлиқ таҳлили

Ультратовуш билан тўлиқ ташхислаш

Пункция ва биопсия ўтказиб, олинган маълумотларни онколог, гематолог ва бошқа мутахассислар билан муҳокама қилиш.

Компьютер томографияси

Магнит резонансли томография (МРТ).

Лимфаденит, аденоабсцесс, аденофлегмона

Лимфаденит (limphadenitis) – лимфа тугунларининг, *лимфангаит* – лимфа томирларининг яллиғланиши. Лимфаденитни сабабчиси одатда стафилакокклар ва стрептококклардир.

Охирги йилларда микроблар хусусиятларини ўзгариши таъкидланмоқда: антибиотикларга сезувчанлик пасаймоқда, микробларнинг антибиотикларга чидамли турлари эса тобора кўпайиб бормоқда.

Лимфа безлари яллиғланишининг, аденоабсцесс ёки аденофлегмона билан асоратланишини, ТМА III-клиникаси Болалар стоматологияси бўлими ҳисоботида кўра яллиғланиш касалликларининг 5% ташкил қилган. Беморлар ёшига кўра 62% 3ёшгача, 38% 4-5ёшда бўлган.

Лимфаденитларни кичик ёшдаги болаларда кўпроқ учраши уларнинг анатомик-морфологик тузилиши ва функционал жиҳатдан такомиллашмаганлиги билан боғлиқдир.

Лимфа тугунлари тузилиши

Лимфа тугунлари (noduli lymphatici) периферик қон яратувчи ва иммун ҳимоя аъзоларидан биридир. Гарчанд ҳар бир тугун у қадар катта бўлмасада, уларнинг сон жиҳатдан кўплиги қон яратилиши ва иммунитет жараёнларида юқори ўринлардан бирини эгаллайди. Уларнинг умумий оғирлиги катта одамда тахминан 1,5-2 кг гача етиши мумкин. Лимфа тугунлари лимфа томирлар бўйлаб жойлашиб, қуйидаги вазифаларни бажаради:

Лимфа тугунларда Т-ва В- лимфоцитларнинг кўпайиши ва уларнинг антигенга мос равишда ихтисослашиши кузатилади. Т- ва В- лимфоцитларнинг ўзаро ҳамда микромухит хужайралари билан мулоқотда бўлиши, маълум антигенларга қарши специфик антителиларнинг ишлаб чиқарилишига олиб келади;

Тугунлар, оқиб ўтаётган тўқима суюқлиги ёки лимфани барча ёт антигенлардан тозалайди. Тугуннинг бу вазифасига ўзига хос биологик филтёр сифатида қараш мумкин;

Тугунлар тўқима суюқлиги учун ўзига хос йиғувчи аъзо ёки депо ҳисобланади. Шунингдек, лимфа тугунларида қон орқали келган моноцитларнинг макрофагларга ва итердигитирловчи хужайраларга айланиши рўй беради.

Ривожланиши. Лимфа тугунлар яхши ривожланган лимфа томирлар йўлларида пайдо бўла бошлайди. Дастлабки лимфа тугунлар ҳомила ривожланишининг учинчи ойида пайдо бўлади. Лимфа томирлари бўлажак лимфа тугунларининг негизини ташкил этади. Тугун куртагининг атрофида жойлашган мезенхима хужайраларидан тугинни ўраб турувчи капсула ва унинг (ичкарига кирувчи) тўсинлари ҳосил бўлади. Тугун куртагининг мезенхимал хужайралари ретикуляр хужайраларга айланади. Ретикуляр хужайралар ретикулин толалар билан биргаликда бўлғуси лимфа тугунининг тўрсимон тузилишига эга бўлган асосини ёки стромасини ташкил этади. Тўрсимон строманинг бўшлиқлари тўртинчи ойдан бошлаб лимфоцитлар билан тўла бошлайди. В- лимфоцитлар дастлаб тугунинг маркази (бўлғуси мағиз моддаси)да, сўнгра эса чекка қисми (бўлғуси пўстлоқ моддаси)да пайдо бўлади. Т- лимфоцитлар эса пўстлоқ ва мағиз моддалар орасидаги чегара зонада жойлашади. Бу даврга келиб тугун куртагида микромухит яратувчи макрофаглар, интердигитирловчи ва дендритли хужайралар ҳам ҳосил бўлади. Эмбрион тараққиётининг олтинчи ойига келиб лимфа тугунлари қон яратувчи ва иммун ҳимоя тизимининг аъзолари сифатида шаклланади.

Чақалоқлар ва эмизиклик ёшдаги болаларда лимфатик тизими яхши ривожланмаган. Лимфа тугунлари тўлиқ шаклланмаганлиги учун филтёрловчи

(тозаловчи) вазифасини бажара олмайди. Чакалоқларнинг лимфа тугунларни пайпаслаб бўлмайди ва уларда яллиғланиш жараёни ҳам кузатилмайди. 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган даврда лимфа тугунлар кўпайиб боради. Функционал жиҳатдан, бу ёшда лимфа тугунлари организмга тушган ёт моддалар ва микробларни ютиб, тўлиқ хазм қила олмайди, шу сабабли, ҳар хил омиллар таъсирида қисқа вақт ичида яллиғланади. Бола ўса борган сари, қатор лимфа тугунлар атрофияга учрайди ва уларнинг ўрни ёғ ёки бириктирувчи тўқима билан тўлади. Ривожланган лимфа тугунлари иммунологик реактивликнинг шаклланишида иштирок этади ва организмга тушган ёт моддалар таъсирини зарарсизлантиришни тўлиқ бажара олади.

Тузилиши. Лимфа тугуни ловиясимон шаклга эга бўлиб, катталиги 0,3-1 см атрофида бўлади. Унинг кабарик юзаси орқали олиб келувчи лимфатик томирлар алоҳида-алоҳида ҳолда тугун ичига киради. Ботик юзаси эса тугун дарвозаси (*hylus noduli lymphatici*) деб аталиб, шу ердан артерия тугунга киради ва вена ҳамда олиб кетувчи лимфатик томирлар эса чиқади. Лимфа тугуни сиртидан коллаген толаларга бой, зич бириктирувчи тўқимадан иборат капсула билан қопланган. Капсула таркибида силлиқ мушак хужайраларининг тутамлари ҳам учрайди. Улар айниқса капсуланинг дарвоза соҳасида кўп миқдорда бўлади. Капсуладан тугуннинг ичига ўзаро анастомозлар ҳосил қилувчи тўсинлар ёки трабекулалар киради. Трабекулалар капсула билан бирликда тугуннинг бириктирувчи тўқимали негизини ташкил этса, лимфа тугунининг асоси (стромасини) ретикуляр тўқима ташкил этади. Бу тўқима ўсимталарга эга юлдузсимон ретикуляр хужайралардан ва улар билан чамбарчас боғланган ретикуляр толалардан тузилган. Улар ҳосил қилган тўр бўшлиқларида Т-, В-лимфоцитлар ва микромуҳит хужайралар жойлашади.

Тугунинг дарвоза соҳасидан ўтган кесмада тўқроқ бўялган, чекка жойлашган пўстлоқ (*cortex*) ва очроқ бўялган марказий мағиз (*medulla*)ни фарқлаш мумкин. Пўстлоқ модда асосан юмалоқ ва овал тузилмалардан – лимфоид фолликулалардан иборатдир. *Мағиз модда* эса мағиз тасмалари ва улар орасида жойлашган синуслардан ташкил топган. Пўстлоқ ва мағиз моддалар

чегарасида лимфоцитлар тарқоқ ҳолда ётадиган оралик ёки пўстлоқ олди зона (paracortex) фарқланади. Асосан Т- лимфоцитлар жойлашиши туфайли бу соҳа тимусга тобе ёки Т- зона деб аталади.

Пўстлоқ модда. Лимфоид фолликуллар пўстлоқ модданинг асосий қисмини ташкил этади. Улар диаметри 0,5-1 мм атрофидаги юмалоқ ёки овал тузилмалардир. Бу тузилмаларнинг асосини ретикуляр тўқима ташкил этиб, унинг тўрларида лимфоцитлар ва микромуҳит хужайралари жойлашгандир. Ҳар бир фолликулда унинг ташқи (қопловчи), ўрта (оралик) ва марказий қисмлари фарқланади. Ташқи ва оралик қисмларда асосан майда ва ўрта лимфоцитлар жойлашади. Фолликулнинг марказий қисми очроқ бўялиб, герминатив ёки кўпайиш марказлари (centrum germinale) номи билан юритилади. Бу соҳанинг турли антигенлар таъсири остида ўзгариши унинг реактив марказ деб ҳам аталишига сабабдир. Кўпайиш марказида митотик бўлиниш қобилятига эга бўлган лимфобластлар ва пролимфобластлар ҳамда оз миқдорда майда лимфоцитлар учрайди. Улардан ташқари, кўпайиш марказида кўп миқдорда макрофаглар ва фолликулнинг дендритли хужайралари ҳам жойлашади. Фолликуллар таркибига асосан В- лимфоцитлар ва уларнинг ҳосиласи ҳисобланган плазматик хужайралар киради. Шу туфайли фолликуллар суяк кўмигига тобе ёки В- зонага киритилади. Кўпайиш марказининг катталиги организмнинг турли ҳолатларига қараб ўзгариши мумкин. Организмга антигенлар тушганда кўпайиш маркази кенгайиб, унда жуда кўп миқдорда митоз йўли билан бўлинадиган хужайралар кузатилади. Аксинча, организмнинг нисбатан адекват ҳолатида кўпайиш марказлари кичрайиб, унда яқка бўлинаётган лимфобластлар ва озгина макрофагларни кўриш мумкин.

Пўстлоқ ва мағиз моддалар чегарасида жойлашган оралик зонада Т- лимфоцитлар жойлашади. Пўстлоқ олди зонада (паракортекс) Т- лимфоцитлар учун махсус микромуҳит яратувчи интердигитирловчи хужайралар учрайди. Улар Т- лимфоцитларнинг кўпайиши ва ишчи (ёки эффектор) хужайраларга дифференциалланишини таъминлайди. Паракортекснинг муҳим хусусиятларидан яна бири унда кўп миқдорда посткапилляр венулаларнинг бўлишидир. Бу

венулалар баланд, деярли цилиндрсимон эндотелий хужайралари борлиги билан ажралиб туради. Бу эндотелий орасидаги ёриқлар орқали Т- ва В-лимфоцитларнинг тугун ичига кириши ва ундан чиқиши кузатилади.

Мағиз модда. Фолликуллардан ва пўстлоқ олди зонадан тугуннинг мағиз моддаси томон мағиз тасмалари (chordae medullariae) йўналади. Бу тасмалар ретикуляр тўқима тўрлари орасида ётган В- лимфоцитлар, плазматик хужайралар ва макрофаглардан ташкил топган бўлади. Уларнинг орасида В- лимфоцитлар учун микромуҳит яратувчи дендритли хужайралар ҳам учрайди. Мағиз тасмаларида асосан В- лимфоцитлар ва улардан ҳосил бўлган плазмоцитлар бўлиши туфайли тасмалар суяк кўмигига тобе ёки В- зона деб ҳисобланади. Тасмалар ўзаро бир-бири билан анастомозлар ҳосил қилади. Тасмалар ичидан эндотелий хужайралари орасида ёриқлари бўлган қон капиллярлари ўтади. Сиртидан эса тасмалар яссиланган, эндотелий хужайраларига ўхшаб кетувчи ретикуляр хужайралар билан қопланган бўлиб, улар лимфа суюқлиги оқувчи синусларнинг деворини ҳосил қилади. Мағиз моддада тасмалар, ташқи тарафдан синуслар билан ўралган ҳолда ётади.

Тугунда лимфа суюқлиги ҳаракати. Тугунга лимфа олиб келувчи томирлар тугуннинг қабарик томонидан кириб, у дастлаб чекка ёки капсула ости синуслари (sinus subcapsularis)га қуйилади. Бу синуслар тугун капсуласи ва фолликуллар орасида жойлашган бўлади. Уларнинг ташқи деворини ҳосил қилувчи эндотелий хужайралари базал мембранада ётиб, тузилиши жиҳатдан лимфа томирларининг эндотелий хужайраларидан деярли фарқланмайди. Синусларнинг фолликулларни қоплаб турувчи ички деворида эса эндотелийга ўхшаш яссиланган ретикуляр хужайралар бўлиб, уларнинг орасида ёриқлар кўринади, лекин бу ерда базал мембрана бўлмайди. Эндотелий хужайралари орасидаги ёриқлар орқали, тугунда ҳосил бўлган янги лимфоцитлар лимфага тушиши ёки, аксинча, лимфа суюқлигидан тугунга ўтиши мумкин. Лимфа чекка синуслардан оралиқ синусларга ёки фолликулар ва трабекулалар орасида жойлашган синусларга (sinus corticalis perinodularis) ўтади. Улардан лимфа суюқлиги мағиз моддага ўтиб, бу ердаги мағиз тасмалар ва трабекулалар

орасидаги мағиз синуслар (sinus medullaris)га куйилади. Шунини таъкидлаш керакки, оралиқ ва мағиз синусларининг девори юқорида кўрсатиб ўтилган чекка синусларнинг айнан ички деворига ўхшаш тузилишга эга бўлади. Уларда ҳам эндотелий хужайралари орасида ёриқлар бўлиб, эндотелий хужайралари орасида макрофаглар учрайди. Мағиз синусларидан лимфа суюқлиги дарвоза соҳасида жойлашган марказий синус (sinus centralis)га йиғилади ва тугуннинг дарвозасидан олиб кетувчи лимфа томири орқали чиқиб кетади.

Тугундан ўтиш давомида лимфа суюқлиги ёт антигенлардан тозаланади, янги лимфоцитлар ва антителолар билан бойитилади. Лимфа тугунларининг ёт заррачалар ва ўсма хужайраларини ўзида тўтиб қолиш хусусияти, уларнинг турли касалликларда ўзгаришига олиб келади.

Қон айланиши. Артерия тугун дарвозаси орқали кириб, асосан, икки қисмга тармоқланади. Биринчи қисми капсула ва трабекулалар томон йўналса, иккинчиси пўстлоқ ва мағиз моддаларда капиллярлар тўрини ҳосил қилади. Бу тўрдан посткапилляр венулалар бошланиб, улар веналарга йиғилади ва тугун дарвозасидан вена шаклида чиқиб кетади. Соғлом организмда ҳеч қачон синусларда қон учрамайди.

Лимфа безлар яллиғланишини таснифи уч тамойилга асосланган:

Топографик-анатомик;

- А) Тўқималарда жойлашишига кўра – юза ва чуқур.
- Б) Соҳалар бўйича – жағ ости, энгак ости, жағ орти, лунж, қулоқ олди-чайнов.

Инфекциянинг кириш йўллари;

- А) одонтоген
- Б) ноодонтоген – респиратор ва вирусли инфекция, сепсис, хусусий (специфик) инфекция (ОИТС, захм, сил, актиномикоз), метастазлар

Клиник кечиши бўйича;

- А) Ўткир (зардобли, йирингли)
- Б) Сурункали (гиперпластик, йиринли)
- В) Ўткирлашган сурункали лимфаденитлар.

Одонтоген зардобли лимфаденит

Шикоятлари: ўткир одонтоген зардобли лимфаденитда (lymphoadenitis odontogenica seroza acutae) аксарият беморлар анатомик соҳалар (жағ ости, жағ орти, кулоқ олди, лунж, энгак ости)дан бирида думалоқ (нохот, данак, бодомдек) шиш пайдо бўлганлиги ва пайпаслаганда оғришига шикоят қиладилар. Шишнинг юзага келиши, бир неча кун аввал, емирилган тишда оғриқ бўлганлиги билан боғланади.

Клиник манзара: боланинг аҳволи яхши, айрим ҳолларда тана ҳарорати бир оз кўтарилган бўлади. Кўздан кечирганда, чегаралари аниқ, думалоқ, шарсимон, пайпасланганда оғриқли, ҳаракати чегараланган тугун аниқланади. Шиш усти тери ранги ўзгармаган, бармоқлар ёрдамида бўрмага йиғилади. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда касалланган томон сут ёки доимий тишларнинг бирида, чуқур кариес коваги бўлиб, тишнинг ранги ўзгарган, перкуссияси оғриқлилиги (ўткирлашган сурункали периодонтит) аниқланади. Сабабчи тиш атрофидаги шиллиқ парда қизарган, тиш-милк чунтагидан ажралма чиқиши мумкин. УТТга кўра зардобли лимфаденит икки хил кўринишда бўлиши мумкин: тузилиши гипоезоген – ҳар хил даражада катталашган, чегараси аниқ, зич тузилиши (5-25 бирлик)га эга, ёки тузилиши изоэзоген – чегараси аниқ, маркази бироз гиперэзоген кўринишда лимфа без визуаллашади. Соғлом без УТТ аппарати мониторида одатда “изоэзоген”, маркази “гиперэзоген” тузилишга эга кўринишда бўлади. Зичлик гистограммани шакли билан аниқланади. Тўқима (лимфа бези) етарли даражада зич бўлса, учбурчак шаклдаги гистограммани асоси кенг (учбурчак асоси қанча кенг бўлса, тўқима зичлиги юқори) бўлади. Текширилаётган соҳада зичлик паст (суюқлик бор) бўлса, гистограмма учбурчаги асоси тор бўлади ёки ордината укига параллел жойлашади.

Зардобли лимфаденит барвақт аниқланиб, рационал даволаш чоралари ўтказилса, яллиғланиш жараёни қисқа вақт ичида сўрилиб кетади, акс ҳолда йирингли шаклга ўтади.

Ўткир йирингли одонтоген лимфаденит (*limphadenitis odontogenica purulata acutae*)

Ўткир йирингли одонтоген лимфаденит одатда ўз вақтида ташхисланиб, тўғри даволанмаган зардобли яллиғланиш (компресслар, иссик жисмлар қўллаш) асорати ҳисобланади.

Шикоятлар: бола ёки ота-онаси бир неча кун аввал без пайдо бўлганлиги, дастлаб ушлаганда думалок ҳаракатчан тугун бўлиб, тобора катталашиб бораётгани, охириги вақтда лўқиллаб оғриётгани, шунингдек тана ҳароратининг кўтарилишига, боланинг безовта ва инжиқ бўлиб қолганига шикоят қилади.

Клиник манзара: юздаги шиш ҳисобига асимметрия, устидаги тери кизарган, таранг, бўрмага йиғилмайди. Пайпаслаганда оғриқли, катталашган, чегараси аниқ бўлмаган, (яллиғланиш без атрофидаги тўқималарга ўтганлиги учун) силжимайдиган лимфатик тугун аниқланади. Яллиғланиш туфайли лимфа тугун капсуласи қалинлашади ва таранглашади, шу боис “билқиллаш” белгиси ҳар доим ҳам аниқланавермайди. Оғиз очилиши эркин, сабабчи тишни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди.

Қон таҳлилларида яллиғланишга хос ўзгаришлар аниқланади. УТТда йирингли лимфаденит (зичлик 0-дан 10 бирликкача) гипоезоген бўлади ва бу кўрсаткич шу соҳада суяқлик (йиринг) борлигини билдиради.

Сурункали одонтоген лимфаденит (*lymphadenitis odontogenica chronica*)

Сурункали одонтоген лимфаденит **гиперпластик, йирингли ва ўткирлашган сурункали** шаклларда бўлиши мумкин.

Шикоятлар: бола ва унинг ота-онаси узоқ вақт аввал думалок без пайдо бўлгани, ҳамда вақти-вақти билан безовта қилишини, антибиотиклар қабул қилинганидан сўнг, шиш бироз камайганлигини маълум қиладилар. Ота-оналар билан батафсил суҳбат ўтказилганда, шиш тишларнинг бирида оғриқ пайдо бўлиши билан боғлиқ эканини ва тишни даволаш охирига етказилмаганлигини, тиш оғриган даврларда шиш катталашганлигини эслайдилар.

Клиник манзара: шиш ҳисобига юз соҳасида асимметрия кузатилади, шиш устидаги терининг ранги ўзгармаган. Пайпаслаганда консистенцияси зич, бироз оғриқли, силжиши чегараланган, териға ёпишмаган думалоқ ёки овал шаклидаги без (лимфа тугуни)ни аниқлаш мумкин. Без марказида юмшоқлик – флюктуация белгиси бўлиши мумкин. Оғиз очилиши эркин, касалланган тишнинг ранги ўзгарган бўлади.

Сурункали йирингли лимфаденит. УТТ ёрдамида лимфа без катталашганлиги, капсула атрофи изоэхоген, маркази анэхоген (зичлиги 0дан 10 бирликкача) бўлган йирингли ўчоқ мавжудлиги аниқланади. Сурункали гиперпластик лимфаденитда эса зичлиги 5 дан 40 шартли бирликкача ортган, катталашган лимфа без аниқланади. УТТда ўткир йирингли ва сурункали йирингли лимфаденитлар солиштирилганда зичлиги бир хил (0дан 10шартли бирлик) бўлган. Ўткир зардобли ва сурункали гиперпластик лимфаденит УТТ без зичлиги (5 дан 40 шартли бирлик) деярли бир хил бўлади. Ташҳис қўйиш учун УТТ воситасида олинган маълумотлар ҳамда клиник ҳулосалар жамланиши ва таҳлил қилиниши лозим.

Ноодонтоген лимфаденит (*lymphadenitis no odontogenica acutae*)

Болалар бошдан кечирган ўткир респиратор вирусли инфекция (грипп, пневмония, ангина, отит, ринит) ва юқумли касалликлар юз-жағ соҳаси ўткир ноодонтоген лимфаденити ривожланишига мойиллик яратади. Лимфа безлари яллиғланишига юз ва бош терисидаги йирингли (стрепто-стафилодермия) ярачақалар, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг яллиғланишлари (стоматитлар), чақалоқларда – киндик яллиғланиши (намланиши), тери бичилиши ва ёрилишлари сабаб бўлади. Одатда, бундай лимфаденитлар 2-5ёшдаги болаларда, яъни организм бактериал ва вирусли инфекцияга адекват жавоб бериш учун лаёқатсиз даврда учрайди.

Лимфа безлар бу турдаги яллиғланиши эрта баҳор ва куз-қиш фаслларида кўпроқ учрайди. Куз-қиш мавсумида кўп учрашини, болалар иммун тизимини

фаол ҳолатда бўлиб, гиперэргик реакция намоён қилиш билан тушунтирилади, баҳорда эса тескари, метаболик жараёнларни сустлиги, Т-лимфоцитларнинг юқори даражадаги супрессор ва паст хелперлик фаоллиги ҳамда яллиғланишнинг гипоергик кечиши билан ҳарактерланиши мумкин.

Шикоятлар: ўткир ноодонтоген лимфаденит касаллигида ота-оналар, болада шамоллаш ҳолатидан сўнг бир нечта без (лимфа тугуни) пайдо бўлганлиги, шиш катталашгани, тана ҳароратининг кўтарилганига, шиш устки терисида қизариш пайдо бўлганлигига шикоят қилади.

Клиник манзара: болани ёши, соматик ҳолати, касаллик сабабига боғлиқ. Инфекция кулоқдан тушган (отоген) бўлса – кулоқ олди, жағ орти соҳасидаги безлар, юз терисидаги (дерматоген) яра-чақадан ярага яқин (регионар) безлар, оғиз ва бурун бўшлиғи шиллик пардасидан (стоматоген, тонзиллоген) жағ ости, даҳан ости соҳаларда бир нечта без катталашган бўлади. Пайпаслаганда ёнма-ён жойлашган бир нечта оғриқли, катталашган безларни, айрим ҳолда бир-бири билан қўшилиб катта газзак ҳосил бўлганлигини аниқлаш мумкин. Вақтида аниқланиб рационал даво ўтказилмаган ҳолда яллиғланиш безни капсуласи ташқарисига чиқади (периаденит), шиш устидаги тери қизаради.

Қиёсий ташҳис: абсцесс, флегмона, хусусий лимфаденит (захм, сил, актиномикоз), миграцияловчи гранулема, сиалоденит, йиринглаган атерома билан ўтказилади.

Сурункали ноодонтоген лимфаденит

Сурункали ноодонтоген лимфаденит кўпроқ 5-6 ёшли болаларда гиперпластик ва йирингли шаклларда учрайди.

Шикоятлар: бола ёки ота-оналар боланинг юқори нафас йўллари шамоллаганидан ангина, отит ва бошқа сабаблардан сўнг, бир ёки бир нечта катталашган без пайдо бўлганлиги ва қайта-қайта катталашганлиги ҳамда шу даврларда тана ҳароратини кўтарилганига шикоят қиладилар.

Клиник манзара: сурункали гиперпластик лимфаденит, анатомик соҳалардан бирида, бир ёки бир нечта консистенцияси ҳамирсимон, юмшоқ ёки

зич эластик бўлган, чегараси аниқ, бироз силжийдиган, тери билан ёпишмаган думалоқ ёки овал шаклдаги шиш сифатида намоён бўлади. Болани деярли безовта қилмайди. Инфекция ўчоғидаги ҳуруж безнининг янада катталашини ва унда оғриқ пайдо бўлишига сабаб бўлади. Без паренхимаси эриб юмшайди, устидаги тери қизаради. Пальпация қилинганда капсула ичида тўпланган йиринг билқиллайди.

Ташҳислаш: лимфаденитни ҳар хил турларини ташҳислашда қийинчиликлар вужудга келади. Уларни фарқлашда УТТ, тепловизиография, қон кўрсаткичларни таҳлили хулосалари аҳамият касб этади.

Йирингли лимфаденит УТТ мониторда анэхоген бўлади – лимфа бези эриб кетганлигини билдиради.

Термография – натижаларига кўра симметрик соғлом томонга нисбатан зарарланган томонда ҳарорат 1,4 градус юқори бўлса зардобли яллиғланишдан далолат беради. Ҳарорат фарқи 1,6 градусдан 2,6 градусгача бўлса йирингли жараён кечаётганини билдиради. Қонда нейтрофилларни лимфоцитларга нисбати, зардобли шаклда йиринглига нисбатан 2 марта паст, лимфоцитлар моноцитларга нисбати 1,5-2 марта юқори бўлади.

Қиёсий ташҳис: сурункали лимфаденитни лимфагранулематоз, лимфолейкоз, атерома, эпидермоид липома, дермоид ва бўйин кисталари, ҳавфли ўсма ва уларнинг метастазлардан фарқлаш лозим.

Даволаш: ҳар қандай лимфаденитларни даволаш сабабини баргараф этишдан бошланади.

Одонтоген лимфаденитларда сабабчи тишнинг тақдири ҳал қилиниши керак. Бунда болани ёши, тиш илдизларининг шаклланиши ёки сўрилиши ҳамда уларнинг функционал ҳолати ҳисобга олинади. Зардобли лимфаденитда консерватив даволаш чоралари барвақт бошланган бўлса, тузалиш эҳтимоли баланд бўлади. Дастлаб антибактериал ва яллиғланишга қарши дорилар буюрилади. Дастлабки 2-3 сутка ўтгандан сўнг, шифокорга мурожаат қилган болаларга гидрокортизон эритмаси, фонофорези, ДМСО электрофорези, лазер нурлари билан даволаш яхши самара беради. Қўлланма ва дарсликларда ўткир

зардобли лимфаденитни даволаш учун иситувчи ярим спиртли компресс, парафин аппликацияси ёки малҳамлар билан Вишневский-Дубровин бўйича боғламлар тавсия этилган. Бўлар касаллик бошланган биринчи кунлар яхши самара беради. Кечиқиб (3-4 кунда сўнг) мурожаат қилган беморларда бу муолажалар яллиғланиш белгиларини янада кучайтиради, маҳаллий харорат кўтарилади – микроблар кўпайиши учун кўлай шароит яратилади (зардобли яллиғланиш йиринглига ўтади). Малҳамли боғламлардан узоқ фойдаланиш тер ва ёғ безлари, соч пиёзчасининг кислород билан таъминланишига салбий таъсир қилади. Юқоридагиларни инобатга олиб, кеч мурожаат қилган болаларда гипотермия (совуқ билан таъсир этиш)дан фойдаланиш афзал. Гипотермия шишни камайтиради, оксиллар парчаланиши ва микроблар кўпайишини сусайтиради. Ацидоз ва тўқима гипоксиясини камайтиради, тугунда кечаётган энергетик алмашинув пасаяди.

Йирингли лимфаденитни даволашни асосий йўли – жарроҳлик усули. Операция стационар шароитида, умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Кесма йўналиши табиий бўрмалар бўйлаб ёки уларга параллел қилиб чизиб олинади. Тери, тери ости ёғ қатлами ва лимфа тугун капсуласи тенг (бир хил) узунликда кесилади (ажралма чиқиши осон бўлиши учун) ва йирингли ўчоқда қуйдаги тартибда санация ўтказилади:

- Лимфа тугунини йирингли емирилган паренхимасини қириб тозаланади;
- Ярада резинали чиқаргич қолдириб дренажлаш;

Ярага NaCl нинг (10%) гипертоник ёки 5% ДМСО эритмаси билан боғлам қўйилади.

Яранинг йирингдан тозаланишини таъминлаш мақсадида физиотерапевтик муолажалар (ферментлар электрофорези, ЮЧТ, магнит майдони билан таъсир этиш, гелий-неон лазер билан нурлантириш) ўтказилади.

Гиперпластик лимфаденитда без жарроҳлик усулида ажратилиб олиниб гистологик текширувга топширилади.

Асоратлар: юз-жағ соҳасида лимфаденит аденофлегмонага ўтиши, аденофлегмона эса флебит, тромбофлебит, сепсис каби асоратлар бериши

мумкин. Бундай асоратлар юзага келишига қуйидаги ҳолатлар сабабчи бўлиши мумкин:

вирусли ёки юқумли касалликлар таъсирида бола организми иммунитетининг кескин пасайиб кетиши;

йирингли микроблар (стафилококк, стрептококк, ичак таёқчаси, диплококк)дан ташқари анаэробларни (кlostридийлар, фузобактериялар) иштироки бўлиши;

даволаш чоралари кеч бошланиб адекват равишда ўтказилмаганлиги;

Ташхислаш жараёнида хатоларга йўл қўйилиши.

Лимфаденитларнинг олдини олиш учун оғиз бўшлиғи санациясининг ўз вақтида ўтказилишини таъминлаш, ўткир ва сурункали йирингли яллиғланиш ўчоқлари (юз-бўйин, бош терисидаги ўчоқлар, юқори нафас йўллари, кулок, томоқ ва бурун)ни бартараф қилиш. Бир турдаги лимфаденит иккинчи турга ўтишини олдини олиш, яъни ўз вақтида ва самарали даволаш чораларини кўриш керак бўлади.

Ўрмаловчи (миграцияловчи) гранулёма

Ўрмаловчи гранулёма сурункали гиперпластик лимфаденитнинг бир тури бўлиб, унинг ривожланиши грануляция ҳосил қилувчи периодонтит билан боғлиқ.

Болаларда ўрмаловчи гранулёмага доим биринчи озиқ тиш сабабчи бўлади. Одатда, бу тиш болаларда биринчи бўлиб чиққанлиги учун, кариесга бошқа доимий тишлардан аввалроқ учрайди ва асоратлар беради.

Грануляция ҳосил қилувчи сурункали периодонтитда инфекция лимфа томирлар орқали лимфа безга тушади, без паренхимасида яллиғланиш натижасида грануляцияли тўқима ўчоқлари ҳосил бўлади ва улар ёрилиб, грануляция ҳосил қилади.

Тиш илдизи учидеги яллиғланши ўчоғи, лимфа без билан боғлаган бўлади, яъни бунда лимфа томирида ва без паренхимасида кечаётган пролифератив жараён натижасида томир йўғонлашиб, тортма (шнур) ҳосил қилади, без эса тери ости ёғ қатлами ва терини ёриб чиқиб оқма ҳосил қилади.

Шикоятлар: Одатда, бемор жағ атрофида яра ҳосил бўлганлиги ҳамда ундан ажралма чиқишига шикоят қилади. Сабаби ўрганилганда, доимий (одатда биринчи) озиқ тиш узоқ вақт мобойнида даврий равишда оғриши, даволашга ўриниш бўлганлиги, аммо даво охиригача етказилмаганлиги, шунингдек, вақт ўтиши билан жағ ости ёки жағ устида кичик шиш пайдо бўлганлиги ва ўз-ўзидан ёрилиб, оқма ҳосил бўлганлиги аниқланади.

Клиник манзара: жағ ости ёки жағ усти соҳаларида кичик ҳажмдаги, чегаралари аниқ бироз оғриқли газзак (инфилтрат)ни кўриш мумкин. Устидаги тери кўкимтир тусда, юпкалашган, таранг ҳолатда, айримларда ёрилиб, оқма ҳосил қилган бўлади.

Оғиз бўшлиғида: тож қисми емирилган, чуқур кариес ковак бўлган сабабчи тиш аниқланади. Ўтув бўрмасини пайпаслаб, оқма йўлни сабабчи тиш билан боғловчи қалин тортмани топиш мумкин. Беморнинг умумий ҳолатида ўзгаришлар кузатилмайди.

Даволаш: ўрмаловчи гранулёмани доволаш учун – сабабчи тиш олиб ташланади. Тиш катаги қириб тозаланади, ўтув бўрмаси соғ тери чегарасида кесма ўтказилиб тортма кесилади, оқма йўл олиб ташланади ва чоклар қўйилади.

Герценберг сохта паротити (сохта тепки)

Сохта паротит – кулоқ олди сўлак безининг капсуласи остида жойлашган лимфа тугунларнинг ноодонтоген ялангланиши.

Шикоятлар: бир томон кулоқ олди соҳасида оғриқли шиш пайдо бўлганига, оғиз очилганда оғриқ пайдо бўлиши, уйқу ва иштаҳа бузилиши, шунингдек, тана ҳароратининг кўтарилишига тааллуқли бўлади.

Клиник манзара: бемор кўздан кечирилганда, кулоқ олди–чайнов соҳасидаги шиш ҳисобига юз симметрияси бузилган ва шиш устидаги тери ранги ўзгарган бўлади. Пайпаслаганда шиш юмшоқ, унинг марказида оғриқли газзак (инфилтрат) топилади. Лимфаденитга хос (аниқ чегарали, тугун шаклидаги шиш, марказида юмшаш каби) белгилар аниқланмайди. Сўлак чиқиши (безнинг сўлак йўллари сқилганлиги туфайли) бир оз камайган бўлади, аммо сўлакнинг сифати

(таркибий қисми) ўзгармайди шунинг билан асл паротитдан фарқ қилади. Эпидемик паротит билан касалланган без уқаланганда, тиниқ рангсиз 1-2 томчи сўлак ажралади, ноэпидемик паротитда эса сўлак йиринг аралаш бўлганлиги сабабли, тиниқ бўлмайди, айрим ҳолларда фақат йиринг ажралади.

Герценберг сохта паротирининг клиник кечишдаги ўзига хос хусусият – лимфатик тугун сўлак безининг капсуласи остида жойлашгани боис, узоқ вақтгача қулоқ олди– чайнов соҳасида шиш кузатилмаслигидир. Касалликнинг зардобли яллиғланиш босқичида шифокор (аксарият педиатр)томонидан эпидемик паротит ташҳиси қўйилиб, даволаш мақсадида (шишни қайтариш учун) иситувчи муолажа буюрганда жараён йирингли шаклига ўтади. Шундан кейингина безнинг йирингли яллиғланиш белгилари намоён бўлади.

Ташҳис қўйиш учун объектив малумотларни УТТ ёрдамида олиш мумкин. Текширув воситасида сўлак без тўқимаси ва лимфа безни яллиғланишнинг ҳар хил босқичидаги эхоманзарасини кўриш мумкин бўлади.

Даволаш: Йиринглаган лимфа без (аденоабсцесс) соҳасида кесма ўтказилади, йиринг эвакуация қилиниб, операцион жароҳатга дренаж қолдирилади. Сўлак беzi перифокал яллиғланишга жалб этилганлиги учун тузалиш муддати бир оз ўзаяди. Соғайиш муддатини қисқартириш мақсадида гидрокортизон билан фонофорез, димексид, калий йодид билан электрофорез, лазер билан нурлантирши ўтказилади.

Асоратлар: Операция ўтказилаётганда сўлак беzi шикастланса, сўлак окмаси шаклланиши мумкин. Бундай ҳолатдада яллиғланиш белгилари тугалланганидан сўнг, яра (оқма йўл) без капсуласи ва тери ости ёғ қатламини тикиш йўли билан бартараф қилинади.

Лимфогранулематоз (limphogranulomatosis)

Лимфогранулематоз – тизимга тааллуқли касаллик бўлиб, лимфатик тугунлар ретикуляр асосининг зарарланиши билан кечади. Бу касаллик барча ёшдаги одамлар (болалар ва ёши катталар)да учрайди. Адабиётларда бир неча

номлар билан юритилади –“лимфоаденома”, “ҳавфли лимфома”, “ҳавфли гранулема”, “лимфогранулема”, “Ходжскин касали” ва “лимфогранулематоз”.

Юқумли касалликлар ҳамда уларнинг оқибатида организмдаги ўзгаришлар ва ўсмалар лимфогранулематоз ривожланишига сабаб бўлади.

Шикоятлар: болалар ёки уларнинг ота-оналари бўйин ва жағ ости соҳаларда оғриқсиз без пайдо бўлганига шикоят қиладилар. Касаллик узоқ давом этганда беморлар умумий ҳолсизлик, тана ҳароратини кўтарилиши, иштаҳа ва уйқу бузилишига шикоят қиладилар.

Клиник белгилари: буйинтуруқ вена (v.yugularis) йўналиши бўйича бир нечта без катталашади, оғримайди, эластик консистенцияга эга бўлиб, бир-бири билан ўзаро ва атрофидаги тўқималар билан бирикиб кетмайди.

Лимфа тугунларида юзага келадиган морфологик ўзгаршилардан келиб чиққан ҳолда, касалликни ривожлинишида қуйидага уч босқич фарқланади:

1 босқич – лимфатик без диффуз гиперплазияга учрайди. Без ўз тузилишини йўқотади – четида ва ораликдаги бўшлиқларда кўплаб нормал ва патологик ҳужайралар тўпланади.

2 босқич – полиморф ҳужайрали гранулёма ҳосил бўлиш босқичи.

Қон ва лимфа томирлардаги бириктирувчи тўқима ва ретикуляр ҳужайралар диффуз ёки ўчоқли равишда ўсиши натижасида, без тўқимаси, ретикуляр, плазматик ва эозинофил ҳужайралар билан алмашади. Ретикуляр ҳужайралар ҳар хил ҳажм ва шаклни олади. Лимфогранулематозга хос бўлган катталашган бир нечта ядроли ҳужайраларни Березовский ва Штернберг томонидан кузатилган.

3 босқич – фиброз босқичи. Без буришиб, қаттиқ бўлиб қолади.

Лимфогранулематоз касаллигидада – организм заҳарланиши туфайли тана ҳарорати кўтарилади, қонда ЭЧТ ортади, анемия белгилари кузатилади. Гипохром анемия келишини кўпчилик изланувчилар талоқ ва қорин орти пардалар (ретроперитонеал) лимфатик безлари патологик жараёнга жалб этилиши билан изоҳлайди. Касаллик авжида, лейкоцитлар сони лейкопения ва эозинофилия даражасигача камаяди. Анемия, заҳарланиш ва дармонсизланиш натижасида

миокардда иккиламчи дистрофик ўзгаришлар содир бўлиб, юрак қон-томир етишмовчилигини юзага келтиради.

Лимфогранулематоз ошқозон-ичак тизимини ҳам шикастлайди. Бу касалликда лимфа безлардан сўнг, иккинчи ўринда талоқ зарарланади, жигарни шикастланиши касалликни кечишини сезиларли оғирлаштиради.

Лимфогранулематоз кенг кўламда тарқалган даврида, паренхиматоз аъзолардан ташқари, бевосита ёки гематоген йўл билан суякларга ўтади.

Қиёсий ташҳис ўтказилади:

Одонтоген ва ноодонтоген лимфаденит билан

Силдаги лимфаденит билан

Ретикулез

Лимфосаркома

Брилл – Симмерс ўсмаси билан

Лимфаденит билан қиёсий ташҳис ўтказилаётганда, унга хос бўлган қуйидаги тавсифли белгиларга асосланиш керак:

– инфекцион лимфаденит безлар кўп жойлашган соҳаларда учрайди, думалоқ шаклда бўлиб, пайпаслаганда оғрийди;

– безнинг катталанишини бирон сабаб (тиш касаллиги, ринит, тонзилит ва бошқалар) билан боғлаш мумкин;

– яллиғланиш жараёнигага хос бўлган барча белгилар мавжуд бўлади;

яллиғланишга қарши ўтказилаётган даволаш чоралари натижасида без соҳасида сезиларли ўзгаришлар кузатилади;

– безда яллиғланиш кечаётганлиги лаборатор ва функционал текширув (қон таҳлилида, термовизиография УТТ ва бошқа)лар натижасидан тасдиқланиши мумкин.

Лимфа безларининг сил касаллиги – бир ғужум (пакет) катталашган, бир-бири билан ўзаро ҳамда териға ёпишган безлар (лимфа тугунлари) аниқланади. Лимфа безлари силида, тугунлар атрофида перифокал яллиғланиш кечади, болаларда, айниқса кичик ёшдагиларда, без ёрилиб, оқма ҳосил қилади, кейинчалик эса ўз ўрнида чандиқ қолдиради. Миллиар шаклдаги силда, безларда

айнан шу касалликка хос бўлган Пирогов – Лангханс гигант ҳужайралар пайдо бўлади.

Ретикулёзлар – лимфогранулематозга кўп жиҳатдан яқин касалликлар. Ретикулёзлар клиник манзараси ўткир лейкозларга ўхшаш кечади. Бола ҳолсизлик, бош оғриши ҳамда тери ва шиллик пардалар остига қонталаш пайдо бўлганига шикоят қилади. Пайпаслаганда лимфа тугунлари бир оз катталашган бўлади. Эластик консистенцияли оғриқсиз лимфа безлар аниқланади. Аниқ ташҳис қўйиш учун қон ва суяк илиги таркибида ретикулёзларга хос ўзгаришлар (ретикуляр ҳужайралар) топилиши лозим.

Лимфосаркома – лимфа безининг ҳавfli ўсмаси. Лимфосаркома касаллигида бирор соҳадаги безлар катталатшади. Дастлабки даврда пайпаслаганда безлар юмшоқ, эластик ҳолатда бўлади. Қисқа вақт ичида безлар катталашиб, бир-бирига қўшилиб кетади ва катта тугун ҳосил қилади. Устидаги тери таранглашиб, кўкимтир тус олади, сўнг ёрилиб яра пайдо бўлади.

Билл-Симмерс ўсмаси – гигант фолликулли лимфаденопатия. Касалланган безда гиперплазияга учраган гигант лимфоид фолликуллар пайдо бўлади. Периферик қонда ўзгаришлар бўлмайди, тана ҳарорати кўтарилмайди, шунингдек экссудатив реакциялар ҳамда шишга мойиллик бўлади.

Лимфогранулематозни давоси комплекс тарзда, ихтисослашган бўлимларда – рентген нурлари, химия ва гормон терапия ўтказилади. Зарарланган лимфа безлари жарроҳлик усули ёрдамида олиб ташланади.

Яллиғланиш инфилтрати

Маълумки, одонтоген инфекция туфайли, жағ суякларини ўраб турувчи юмшоқ тўқималарнинг йирингли яллиғланиш жараён (абцесс, флегмона) ривожланади. Бироқ, бу одонтоген яллиғланиш жараёнларининг йиринг пайдо бўлгунга қадар “йирингсиз”, яъни сероз яллиғланиш босқичи мавжудлигини унутмаслик лозим. Бу давр, юз-жағ тизими юмшоқ тўқималари яллиғланиши пролимератив фазасининг устунлиги, клиник жиҳатдан шиш пайдо бўлганлиги билан характерланади. Аксарият ҳолларда ана шу даврда болаларнинг ўзлари ёки ота-оналари шифокорга мурожаат қилишга қарор қиладилар.

Интенсив равишда олиб борилган даволаш чоралари, одатда самарали бўлиб, яллиғланиш жараёни ўзининг инфильтрат босқичида инволюцияга учрайди.

Болалар стоматологияси амалиётида, пульпит ва периодонтит касалликларининг, “сероз периостит” ёки “периаденит” аломатлари билан кечиши кўп кузатилади ва реактив ҳолатлар сифатида эътироф этилади. Аслида эса, яллиғланиш инфильтроти, абцесс флегмоналарнинг дастлабки (йирингсиз) босқичи сифатида аниқланиб, мувофиқ равишда даволаш чоралари кўрилиши, беморлар саломатлигини тиклаш борасида адекват ва самарали услубдир.

В.В. Рогинский (1998) келтирган маълумотларга кўра, яллиғланиш инфильтратлари келиб чиқишига кўра 37% беморларда жароҳатлар, 23% одонтоген ва 40% бошқа инфекция жараёнлар туфайли ривожланади.

Яллиғланиш инфильтратлари инфекциянинг контакт(per continuitatum) ҳамда лимфоген йўллар орқали тарқалиши ва тўқималар инфильтрацияси натижасида юзага келади. Организмнинг индивидуал хусусиятларига боғлиқ ҳолда, инфильтрат ҳосил бўлиши учун бир неча соатдан, бир неча кунгача вақт ўтиши мумкин. Тана ҳарорати ўзгармаслиги ёки субфебрил бўлади. бир ёки бир нечта анатомик соҳалар тўқималарининг аниқ чегараланган зичланиши, шишганлиги аниқланади. Пальпация қилинганда, оғрик деярли йўқ, ёки жуда оз миқдорда сезилади. Флюктуация (суюқликнинг лиқиллаши) бўлмайди. Тери қоплами ранги ўзгармаган. Енгил гиперемия ва таранглашиш кузатилади. Шу соҳа юмшоқ тўқималарининг барча қатламлари-тери, шиллик қават, териости ёғ ва мушак тўқимаси, фасция ва лимфа тугунлари зарарланади. Шу боис яллиғланиш жараёнининг бу босқичи яллиғланиш инфильтроти деб юритилиши тўғри бўлади. “Целлюлит” термини эса патологик жараён кўлами ҳақидаги тўлиқ маълумотларни ифода этмайди.

Постравматик яллиғланиш инфильтратлари кенг тарқалган бўлиб, юз-жағ тизимининг деярли барча анатомик қисмларида, хусусан лунж ва оғиз туби соҳаларида кўп учрайди. Постинфекцион яллиғланиш инфильтратлари – жағости, лунж, қулоқолди-чайнов ва энгакости соҳаларида кузатилади. Яллиғланиш инфильтроти билан болалар клиникага касалликнинг 5 кунидан кейин тушадилар.

Батафсил йиғилган касаллик тарихи, юқорида келтирилган, клиник белгилар асосида ташҳис қўйилади. Мушаклар остида ривожланган (чакка ости ва субмассетериал) яллиғланиш ўчоқлари, дифференциал ташҳис ўтказишда қийинчиликлар туғдиради. Айрим ҳолларда диагностик пункция қилиниб, морфологик текширув ўтказилади. Пунктат таркибида, яллиғланишнинг пролифератив фазасига оид хужайралар аниқланади, йирингли яллиғланишга хос сегментядроли нейтрофил лейкоцитлар эса бўлмайди ёки жуда оз миқдорда топилади.

Даволаш. Барча яллиғланиш жараёнлари каби, инфилтратларни даволаш, дастлаб этиопатогенетик омилларга қарши чоралардан бошланади. Одонтоген яллиғланиш инфилтратларини даволашда сабабчи тиш тақдирини ҳал қилиш талаб этилади. Стационар шароитида умумий ва маҳаллий тарзда консерватив усуллар қўлланилади. Умумий даволаш чоралари: таъсир доираси кенг бўлган антибиотиклар, яллиғланишга қарши перапаратлар, десенсибилизацияловчи ва дезинтоксикацияловчи дори воситалари инъекция усули билан (мушаклар ораси ва вена ичига) юборилади. Маҳаллий яллиғланиш жараёнини даволаш учун лазер нурлари билан таъсир этиш; малҳамли ва истиувчи боғламлардан фойдаланилади. Ўткир яллиғланиш жараёни белгиларининг кучайиб бориши ва инфилтрат соҳасида “юмшаш” (йиринг) ўчоғи пайдо бўлиши кесма ўтказиш учун кўрсатма ҳисобланади. Операцион жароҳат, йирингли яраларни даволашнинг умумий принципларига асосланиб олиб борилади.

Сарамас – erysipelas - юкумли касаллик бўлиб, тери ёки шиллиқ пардаларнинг чегараланган соҳаси яллиғланиши, иситма ва интоксикация белгилари билан кечади. Дунёнинг деярли барча мамлакатларида учрайди. Касалликни қўзғатувчиси – “А” гуруҳга мансуб, бета-гемолитик стрептококкдир. (*Streptococcus pyogenes*). Беморлар ва бактерия ташувчилардан контакт йўл билан тарқалиши ҳам мумкин. Бундай ҳолларда бурун-ҳалқум, бодомсимон безларда инфекция ўчоқлари ҳосил бўлиши, кейинчалик лимфоген, гематоген йўллар ёки қўл орқали терига етказилиши мумкин. Шунини таъкидлаш лозимки, отит стрептодермия, тонзиллит, қизилча ва ҳакозо стрептококклар туфайли юзага келадиган бошқа касалликлар билан оғриган беморлар сарамас касаллигининг манбаи бўлишлари эҳтимолдан ҳоли эмас. Касалликнинг ривожланишида бола организмнинг реактивлиги ва шу касалликка нисбатан мойиллиги катта аҳамият касб этади. Шунингдек, тери қоплами

бутунлигига шикаст этиши, жумладан хашоратлар чақиши, қичиш, яъни майда жароҳатлар ифлосланиши –етакчи омиллардан ҳисобланади. Инкубацион давр бир неча соатдан 3-5 кунгача давом этиши мумкин. Микроорганизмлар дерманинг лимфа томирларида кўпаядилар. Стрептококклар токсинларининг қон оқимига тушиши тана ҳароратининг кўтарилиши, эт увишиши, бош оғриғи, иштаҳанинг пасайишига олиб келади. Маҳаллий ўзгаришлар терида инфекцион-аллергик яллиғланиш ўчоғи ва регионар лимфаденит кўринишида намоён бўлади. тери ва лимфа тугунларда стрептококкнинг сурункали ўчоқлари шаклланиши айрим беморларда касаллик рецидивларига сабаб бўлади. беморда баъзи ҳасталиклар (диабет, микозлар, кулоқ, бурун, томоқ, бодомсимон безлар ва оғиз бўшлиғи аъзоларининг сурункали касалликлари) мавжудлиги ҳам сарамаснинг юзага келиши ва клиник кечишига маълум даражада таъсир кўрсатади. **Шикоятлар:** юз терисида тез катталашаётган қизариш ва оғриқли шишга, ҳолсизлик, тана ҳароратини кўтарилиши, эт увишиб танада оғриқ туришига.

Клиник манзара. Маҳаллий белгилар намоён бўлишига кўра, қуйидаги кўринишлари фарқланади: эритематоз, эритематоз-буллёз, эритематоз-геморрагик, буллез-геморрагик. Маҳаллий яллиғланиш жараёнининг кўламига кўра эса – локал ва тарқалган (адашган, ўрмаловчи, миграцияловчи), метастатик шакллари фарқланади. Сарамас касаллиги, интоксикация даражасига боғлиқ ҳолда: енгил, ўртача оғирликда ёки оғир клиник кечишига эга бўлиши мумкин.

Дастлаб, лоҳаслик, дармонсизлик, бош оғриғи кузатилиб, сўнг иситма, эт увишиши ҳамда кўнгил айнаши, боланинг ичи кетиши мумкин. Шунингдек, мушак ва бўғимларда оғриқ пайдо бўлади, қувватсизлик ва бош оғриғи кучаяди.

Сарамас юзага келадиган соҳа терисида шиш, ачишиш, қизиш пайдо бўлади. Бир неча соатдан сўнг шу жойда қизил ёки пушти доғ ҳосил бўлиб, қисқа вақт ичида сарамас касаллигига ҳос эритемага айланади. Сарамаснинг эритематоз шакли – гиперемияга ҳолатидаги терининг аниқ чегараланган, четлари нотекис соҳаси бўлиб, терининг инфильтрацияси, солқиши (керккиши), ушлаб кўрилганда қизиганлиги, оғриши билан характерланади. Баъзи ҳолларда эритеманинг периферик қисмида инфильтрацияланган четлари ҳосил қилган –демаркацион болиш аниқланади. Кейинчалик, шу эритема соҳасида пуфаклар (эритематоз-буллез шакли); геморрагиялар (эритематоз-геморрагик шакли) ва

пуфаклар (буллез-геморрагик шакли) да геморрагик экссудат ҳамда фибринли фасод (йиринг) ҳосил бўлиши мумкин.

Касаллик енгил кечганда, интоксикация белгилари жуда кам ифодаланган ёки умуман бўлмаслиги ҳам мумкин. Инфекцион жараён фақат маҳаллий яллиғланиш белгилари билан чегараланади. Сарамаснинг оғир турдаги клиник кечишида болаларда кучли захарланиш аломатлари: бошнинг каттиқ оғриши, адинамия, қайта-қайта қусиш, қисқа вақтга хушдан кетиш, менингизм белгилари, тана ҳароратининг 40⁰С гача ёки ундан баланд бўлиши ва маҳаллий жараён кенг тарқалган кўламга эга.

Реконвалесценция даври касалликнинг 8-15 кунлари оғир клиник формаларида эса, 3-5 ҳафталарда бошланади.

Маҳаллий асоратлар: терининг зарарланган қисмида пигментли доғлар, некрозланган соҳалар, чандикли ўзгаришлар, абцесс ва флегмоналар, лимфангиит, флебит, отит ва ҳақозолар. Умумий асоратлар: сепсис, менингит, юрак-қон томир ўткир етишмовчилиги ва бошқалар.

Ташҳис қўйиш учун клиник белгилари ва қон таҳлилдаги ўзгаришлар (нейтрофил лейкоцитоз, лейкоцитларнинг токсик донадорлиги, ЭЧТ ортиши) кифоя қилади.

Даволаш чоралари стационар шароитида олиб борилади. Бола изоляция қилиниб, 7-10 кун давомида антибактериал, дезинтоксикацияловчи ва умумқувватловчи шифо, йирингли инфекцияон касалликларни даволашнинг умумий қоидаларига асосланган ҳолда ўтказилади. Шунингдек, носпецифик иммунотерапия препаратлари буюрилади. Маҳаллий жараён дастлаб антисептик воситалар (0,1% риванол; 0,02% фурацилин эритмалари) билан (3-5кун) аппликациялар ёрдамида даволанади. Пуфакчалар эҳтиёткорлик билан кесиб очилади. Заруратга кўра, регенерацияни кчайтирувчи малҳамлар ва физиотерапевтик муолажалар қўлланилади.

Сарамас касаллигининг профилактикаси стрептококк сурункали ўчоқларининг санацияси; шахсий гигиена қоидаларига доимий равишда риоя қилиш; тери микротравмалари олдини олиш, улар юзага келса, дарҳол антисептик ишлов бериш; аҳолининг тиббий маданиятини ошириш ва бошқа кенг қамровли чора-тадбирларни ўз ичига олади.

Болалар юз-жағ соҳаси фурункул (чипқон)и ва карбункул (хўппоз)и

Соч қопчасининг тузилиши

Соч (pili) яъни туклар терининг ҳосиласи бўлиб, бадан терисининг деярли 95% юзасида учрайди, фақат лабларнинг пушти хошияси қисмидагина тук бўлмайди. Юзнинг қолган соҳалари терисида туклар мавжуд. Туклар узун (мўйлов, соч, соқол), қаттиқ ёки мўйсимон (қош, киприклар, бурун тешиклари ва ташқи эшитув йўлларида) ҳамда майин (болалар юзида) туклар сифатида фарқланади.

Маълумки, тук икки қисмдан: теридан чиқиб турган соч ўқи ва терида жойлашган илдиздан иборат. Тук ўқи тук воронкасида чиқиб, тери устида ётади. Тук илдизи дерманинг чуқур қатламида тери ости ёғ клетчаткаси чегарасига қадар давом этади ва у ерда тук пиёзчаси билан тугайди. Яхши ривожланган туклар илдизида тукнинг кутикуласи, пўстлоғи ва мағиз қисмлари фарқланади.

Тук илдизи тери сатҳига нисбатан бурчак остида, қия йўналади ва тук пиёзчасини (bulbus pili) ҳосил қилади. Тук пиёзчасига унинг асосидан тук сўрғичи (papilla pili) ботиб киради. Тук илдизи тук қопчаси ёки фолликулида жойлашади. У ташқи томонидан бириктирувчи тўқимадан иборат бўлган дермал қин - тук халтаси билан ўралган.

Тук фолликули, ўз навбатида, ички ва ташқи эпителиал қинларга бўлинади. Тук илдизининг ички эпителиал қини (vagina epithelialis interna) илдизнинг пастки қисмларида тук пиёзчасига қўшилиб кетади. Тук илдизининг ташқи эпителиал қини (vagina epithelialis radicularis pili externa) эпидермис Мальпиги қаватининг давоми ҳисобланиб, тук пиёзчасига қадар давом этади.

Тук халтаси (vagina dermalis radicularis pili) бириктирувчи тўқимадан иборат бўлиб, унда иккита: ички – айлана ва ташқи – узунасига йўналган коллаген толалар ташкил топган қаватлари ажратилади.

Тук воронкасига ёғ безлари ўз маҳсулот (секрет)ларини чиқаради.

Ёғ безлари терининг юқори қатлами - дерманинг сўрғич ва тўр қаватлари чегарасида жойлашган. Тузилишига кўра улар оддий тармоқланган альвеоляр безлар туркумига киради, секреция типига кўра - голокрин без ҳисобланади (без

хужайралари бутунлай парчаланиб, протоплазмаси секрет таркибига қўшилиб кетади). Лабларнинг қизил хошияли қисмида, ковоқ четларида ёғ безлари тўғридан – тўғри тери юзасига очилади. Юзнинг бошқа соҳаларида ёғ безлари тук илдизи билан боғланган бўлиб, тук воронкасига очилади ва тук ҳамда эпидермисни мойлаб туради. Ҳар бир тук илдизига 1–2 ёғ беzi тўғри келади. Ёғ безлари ҳажми турлича катталикларда бўлади. Лунжда ва бурун терисида йирик ёғ безлари жойлашади.

Чипқон (*furunculus*)- тук фолликули (қопчаси) ва ёғ безларининг ўткир йирингли яллиғланишидир. ТМА 3-клиникасининг болалар жарроҳлик стоматологияси бўлимида ётиб даволанган беморларнинг 2,5% ни чипқон билан даволанганлар ташкил этган. Чипқон кўпроқ кичик ёшдаги болаларда учраган.

Чипқоннинг этиологияси ва патогенези. Касалликни одатда, стафилококк, стрептококклар ва терида яшовчи сапрофит микроблар келтириб чиқаради. Инфекция тук ўқи орқали тук илдизига ва ёғ безларига ўтади ва яллиғланиш жараёнини юзага келтиради.

Касалликни одатда, стафилококк чақиради. Тери қоплами жароҳатланганда, ифлосланганда, тер ва ёғ безлари фаоллиги ошганда, организм керагидан ортиқ қизиган (гипертермия)да ҳамда тери парваришида гигиеник талабларга риоя қилмаслик сабабли микроорганизмлар тук пиёзчасига тушади.

Чипқон кўпроқ лаблар, бурун, даҳан, бурун-лаб бурмаси ва лунжда учрайди, чунки аксарият айнан шу соҳаларни болалар ёз кунлари ифлос қўллари билан терини артиш вақтида ишқалаб ёки тирнаб жароҳатлайдилар.

Шикоятлар: юзда ката бўлмаган оғриқли қаттиқ шиш борлигига, устидаги тери қизарганлигига, шунингдек, бош оғриғи ва тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қиладилар.

Чипқоннинг клиник манзараси: Аввали тери қичишади ва ана шу жойда билинар-билинемас дўмбоқча пайдо бўлади. Бир-икки кундан сўнг учи оқариб, қобиқ билан қопланади. Атрофи қаттиқлашади, оғриқ пайдо бўлади. Қисқа вақт ўтиб, инфилтрат катталашади, оғриқ зўраяди. Марказида ўзак пайдо бўлади. Ҳафта охирига бориб, ичига йиринг тўпланган пуфакча ёрилади, йиринг ва у

билан бирга некротик ўзак ажралиб чиқади. Ўзакни олиб ташлангандан сўнг, терида тешик, шаклда цилиндрсимон чуқурча пайдо бўлади.

Чипқон билан оғриган боланинг тана ҳарорати биринчи кундан бошлаб дастлаб субфебрил бўлиб, инфилтрат катталаша борган сайин кўтарилиб, 39-40⁰С даражагача етиши мумкин. Болаларда юз соҳасида, айниқса, юқори лаб ва бурун-лаб бурмасида юзага келган чипқонлар хатарлидир, чунки бу инфекцион жараёнлар юз веналари тромбозини келтириб чиқариб, бош суягининг веноз синусларига тарқалиб кетиши, мия пардаларини яллиғлантириши ва оқибатда, боланинг ўлимига олиб келиши мумкин. Одатда, аксарият юз веналари тромбофлебита, чипқонни сиқиб, йирингни чиқариб юборишга ўринишлар туфайли ривожланади. Бундай ҳолатларда, инфекция мия синусларига юз веналари орқали тарқалади. Юздаги шиш катталашади, ҳарорат кўтарилади (40-41⁰С), бош оғриғи, сепсис ва бош мия синуслари тромбозига хос белгилар пайдо бўлади.

Хўппоз (карбункул - carbunculus)

Ёнма-ён жойлашган бир неча туклар халтачалари, ёғ безларининг ва клетчатканинг ўткир йирингли яллиғланишидир.

Шикоятлари: юзда майда оғриқли тугунчалар бирин-кетин пайдо бўлиб, тарқоқ шиш ҳосил бўлганига, қисқа вақт ичида шиш катталашиб, бола ҳолсизланиб ётиб қолиши ҳамда уйқу ва иштаҳа бузилишига шикоятлар қилади.

Хўппознинг этиологияси ва патогенезини чипқон касаллигида ёритилганидек (деярли бир хил) эътироф этиш мумкин. Аммо хўппоз кўпроқ реактивлиги пасайган (респиратор, юқумли касалликларни бошдан кечирган), иккиламчи иммунтанқислиги бўлган болаларда учрайди.

Карбункулнинг патологоанатомик манзараси чипқондан фарқ қилади. Бир нечта соч халтачалари ва ёғ безларидан ташқари, инфилтрат тери ва тери ости клетчаткасини ҳам қамраб олади. Яллиғланиш марказида қон айланиши (микроциркуляция) бузилади. Тўқималар кенг кўламда некрозга учрайди. Ўзаклар ажралиб, ўринларида ҳосил бўлган тешиклардан йиринг ташқарига ажралиб

чиқади. Некрозга учраган тўқималар ўрнида ҳосил бўлган чуқурчалар бир-бири билан қўшилиб, катта “вулқон оғзига” ўхшаш ёриқ ҳосил қилади.

Хўппознинг клиник манзараси: боланинг тана ҳарорати сезиларли даражада кўтарилади, ҳолсизланади ва боши қаттиқ оғрийди, қайт қилиши мумкин, эти увишади. Хўппоз одатда, болаларда юқори ва пастки лаблар соҳасида учрайди. Яллиғланиш кечаётган соҳада шиш тез катталашиб боради (бир нечта тук қопчаларида кечаётган йирингли яллиғланиш ўчоқлари бир-бирига қўшилади). Оғриқ кучаяди. Тери кўкимтир қизил тусга киради. Яллиғланган соҳа шиш ҳисобига атрофдаги тўқималарга нисбатан бўртиб чиқади. Ўрнида бир нечта туйнукчалар пайдо бўлиб, улардан йиринг ажралиб чиқа бошлайди. Юқори лабда юзага келган хўппоз ўта хавфли асоратлар (тромбофлебит, лимфангит, бош мия синуслари тромбози, сепсис ва йирингли менингит)га олиб келиши мумкин.

Қиёсий ташхислаш: чипқон ва хўппозни ноодонтоген абсцесс ва флегмоналардан фарқлаш лозим. Бир ёки бир нечта тук ўзакларининг ажралиб чиқиши фарқлаш учун асосий белги сифатида хизмат қилади.

Чипқон ва хўппоз билан оғриган беморларда учрайдиган оғир асоратларни назарда тутган ҳолда уларни албатта стационар шароитида даволаш керак.

Инфилтратив шаклда кечувчи чипқон консерватив даволанади: маҳаллий гипотермия, яллиғланиш соҳасига Д М С О нинг 10% эритмаси билан боғламлар қўйилади, антибактериал ва дезинтоксикацион даволаш чоралари ўтказилади.

Чипқон ёки хўппоз абсцесланган бўлса, йирингли ўчоқ умумий оғриқсизлантириш остида кесиб очилади. Кесма йўналиши имконият қадар табиий бурмалар бўйлаб ўтиши керак. Хўппозда бир нечта кесмалар ўтказилиши мумкин. Кесилган йиринг ўчоғи ўзаклар ажралгунга қадар дренажланиши керак. Ўзакларни сиқиб, босиб чиқариб ташлашга ўринмаслик керак, акс ҳолда юзага келган манфий босим туфайли инфекция кенг кўламда тарқалиши мумкин. Ярани антисептик, протеолитик ҳусусиятга эга дори воситалари эритмалари билан мунтазам ювиб турилади ва ўчоқ тозаланганидан сўнг, физиотерапевтик муолажалар (УВЧ,УБН, ультратовуш, гелийнеон нурлари) грануляция ва эпителизация жараёнларини тезлаштирувчи тавсия этилади.

Боланинг умумий аҳволи оғир бўлса ёки кучли захарланиш ҳолати вужудга келса, дезинтоксикацион даволаш чоралари кўрилиб, неокомпенсан, тузли эритмалар, витаминлар ва антибиотиклар вена ичига юборилади. Қон ивиш тизими фаоллашуви кузатилса, гепарин ёки бошқа антикоагулянтлар буюрилади.

Болаларда чипқон қайта-қайта юзага келган ҳолларда беморлар қонининг стериллиги текширилиши лозим. Кўрсатмаларга кўра схема бўйича: 3,5,7,9,10,10,9,7,5,3 мл мушак орасига аутогемотерапия, хусусий реактивликни (актив) стимуллаш(кўзғатиш) учун стафилококк анатоксини бактериофаг; пассив иммунотерапия учун стафилококка қарши гаммаглобўлин, плазма буюрилади. Чипқоннинг қайталаниши ёки йирингли яранинг тозаланиши, битиши суст кечса ҳамроҳ касалликлар (қандли диабет)ни аниқлаш ва даволаш учун эндокринолог, иммунолог мутахассислар жалб этилишлари керак бўлади.

Чипқон касаллигининг олдини олиш учун айниқса ўспиринлик даврида юз терисини тоза тутиш ва тўғри парваришлаш лозим.

Асоратлар: Чипқон ва хўппоз касалликларида инфекция жараён атрофдаги тўқималарга тарқалиб, флегмона шаклланиши натижасида юз ва кўз веналарининг яллиғланиши (тромбофлебит)га олиб келиши мумкин. Шунингдек, инфекция яхши тармоқланган томирлардан кўз бурчаги венаси (*v.angularis*) орқали калла синуслари ораликларида тромбоз ҳосил қилиши; менингит, сепсис каби оғир ҳолатлар билан асоратланиш эҳтимоли баланд.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Юз юмшоқ тўқималарини болалардан ноодонтоген яллиғланиши касалликлари деганда нимани тушинасиз?
2. Болаларда ноодонтоген яллиғланиши чакирувчи инфекция тўқимага қандай тушади?
3. Болада ривожланиши ва кечишига таъсир этувчи маҳаллий омилларни изохлаб беринг.
4. Кичик ёшдаги болалард лимфаденитни кўпроқ учраши сабабларини келтиринг.
5. Болаларда лимфа тугунини тузилишидаги ва вазифаларидаги хусусиятларини келитиринг?
6. Болаларда лимфа суюқлигини без ичида ҳаракати қандай?
7. Зардобли лимфаденитга хос шикоятлар ва клиник манзара.
8. Ўткир йирингли лимфаденитга хос шикоятлар ва клиник манзара.
9. Сурункали лимфаденитга хос шикоятлар, шакллари, клиник манзара.
10. Лимфаденитнинг ҳар хил турларини қандай текшириш усулларидан фойдаланиши ва қайси кўрсаткичлар ёрдамида аниқ ташхислаш мумкин.
11. Ўткир зардобли ва йирингли лимфаденитини даволаш қандай ўтказилади.
12. Ўрмаловчи гранулёма ривожланиши, кечиши ва даволаш усули.
13. Герценберг псевдопаротити ривожланиши, шикоятлар ва клиник манзараси.
14. Лимфагрануламатоз: касаллик сабаблари, шикоятлар, клиник белгилари.
15. Лимфаденит қайси касалликлар билан қиёсий ташхисланади.
16. Яллиғланиш инфилтрати (газак) деганда нимани тушунасиз.
17. Юз яллиғланиш инфилтратида бемор шикояти?

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ АБЦЕСС ВА ФЛЕГМОНАЛАРИ

Пастки жағ ости соҳаси абсцесси ва флегмонаси

Шикоятлар: пастки жағ ости соҳаси абсцессиди болалар ва ота-оналар жағ ости соҳасиди оғриқли шиш пайдо бўлганлиги ҳамда шиш устидаги тери қизарганлиги, тана ҳарорати кўтарилганлигига шикоят қиладилар.

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

Пастки жағ ости флегмонасида болалар кенг кўламда тарқалган шиш ва оғриққа шикоят қиладилар.

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

Жарроҳлик усули билан даволаш: жағ ости соҳаси абсцесс ва флегмонасида, йирингли ўчоқ адекват(маҳаллий, имконият қадар, умумий) оғриқсизлантириш остида кесилади, сабабчи тиш олинади. Боланинг руҳий эмоционал ҳолатини эътиборга олган ҳолда операциянинг умумий оғриқсизлантириш остида бажарилиши мақсадга мувофиқдир.

Операция техникаси: операция майдонига спирт билан ишлов бериб, бриллиант кўки билан ўтказиладиган кесма чизиб олинади, бунинг учун жағ бурчагидан пастга 2 см ташлаб, нуқта кўямиз, иккинчи нуқтани энгак қирраси ўртасига кўямиз. Шу икки нуқта орасида ўтказилган чизиқ жағ танасининг асоси (қирраси)га параллель равишда ундан 2 см пастроқда жойлашади. Бундай йўналишда ўтказилган кесма юз нерви ҳамда вена ва артерия шикастланишининг олдини олиш. Қаватма-қават 3-4 см узунликда тери, тери ости ёғ қатлами, тери ости мушаги ва юза фасция кесилади. Қон тўхтатувчи қисқич ёрдамида тўқималар ёнга сурилади. Скальпель билан йирингли ўчоқ тешиб олинади. Қисқич учи йирингли ўчоққа киритилиб, яра кенгайтирилади. Ўчоқда тўпланган ажралма (йиринг) чиқарилиб, ярада тафтиш ўтказилади ва жараён атрофдаги соҳаларга тарқалган бўлса, шу яра орқали улар ҳам эвакуация қилинади. Гемостаз ўтказиб ярага боғлам қўйилади.

Энгак ости соҳаси абсцесси ва флегмонаси

Кичик ёшдаги болаларда лимфатик тугунларнинг яллиғланиши, энгак (ияк) ости соҳаси абсцесс ва флегмоналарига, катта ёшдаги болаларда эса –кесув тишлар кариесининг асорати сифатида жағ ости соҳасидаги яллиғланишларга сабабчи бўлади.

Абсцессга хос шикоятлар: даҳан ости соҳасида, ушлаганда оғриқли шиш сезилиши ҳамда тана ҳароратининг кўтарилиши, одонтоген абсцессда жағдаги оғриққа шикоят қилинади. Умумий ҳоллати кичик ёшдаги болаларда ўзгариши мумкин.

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

Флегмонага хос шикоятлар: одатда, даҳан остида кенг тарқалган оғриқли шиш мавжудлигига, шунингдек, оғиз очилиши бир оз чегараланганлигига шикоят қилинади..

Клиник манзараси: даҳан ости соҳасида кенг кўламда тарқалган, пайпаслаганда оғриқли, зич консистенцияга эга газак, атрофи тўқималарда юмшоқ шиш аниқланади. Шиш устидаги терининг ранги ўзгармаган, бурмага йиғилмайди. Оғиз очилиши оғриқ туфайли бир оз чегараланган бўлади. Яллиғланишга сабабчи бўлган тиш атрофида милк ва оғиз бўшлиғининг шиллик пардаси қизарган ҳамда шишган бўлади. Умумий аҳволида эндоген захарланиш белгилари: холсизлик, тана хароратининг кўтарилиши, иштаҳа пасайиб, уйқу бузилганлиги аниқланади.

Жарроҳлик усули билан даволаш: премедикация ва оғриқсизлантириш (махаллий ёки умумий) остида операция майдонига антисептик ва 96⁰ тиббий (этил) спирти билан ишлов берилиб, иякдан тил ости суяги томон ёки ярим овал (бўйин юқори бурмаси йўналишида) кесма ўтказилади тери, тери ости ёғ қатлами, бўйин юза фасцияси ва мушак (Platysma) кесилиб, тўқималар четга сурилади, сўнг “москит” қисқичи йирингли бўшлиққа киритилади ва кенгайтирилади. Ажралма чиқариб ташланиб, бўшлиқ ювилади. Жароҳатга асептик боғлам қўйилади.

Тил ости бўшлиғи абсцесси

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

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

Жарроҳлик усули билан даволаш: маҳаллий оғриқсизлантириш остида, тил ости соҳаси марказида шиллик парда кесилади; жағ ости сўлак безининг найи ва тил артерияларини кесиб юбормаслик учун йирингли ўчоққа “москит” қисқичи

киритиб, яра кенгайтирилади. Ажралма чиқариб ташланиб, операцион ярада резина чиқаргич қолдирилади.

Жағ-тил эгатчаси абсцесси

Шикоятлар: одатда, беморлар оғиз очилишининг (оғриқ туфайли) чегараланиши ва овқат чайнаш вақтида ўткир оғриқ пайдо бўлишига, ҳолсизлик, иштаха пасайиши, тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: жағ-тил чуқурчаси абсцессига хос белгилардан бири оғиз очилишининг оғриқ сабабли чегараланиши (ҳар хил даражадаги тризм). Берше бўйича оғриқсизлантириб, ёки наркоз остидагина жағ тил эгатчасини кўриқдан ўтказиш имконияти яратилади. Жағ-тил эгатчаси шиш ҳисобига текисланган бўлади ва аниқланмайди. Шиллиқ парда шишган, қизарган, пайпаслаш оғриқли. Сабабчи тишнинг тожи емирилган, ранги ўзгарган, атрофидаги шиллиқ парда ва милк қизарган бўлади.

Жарроҳлик усули билан даволаш: бу соҳанинг абсцесс ва флегмонаси, одатда, умумий оғриқсизлантириш остида очилади. Тил артерияси ва венаси медиал ва юза жойлашганлигини эътиборга олиб, шиллиқ парда жағ танасига параллель равишда кесилади. “Москит” қисқичи билан йирингли бўшлиққа ўтилади ва яра кенгайтирилади. Яра кенгайтирилганда чап кўл бармоқлари ёрдамида жағ ости тўқималари юқори кўтарилади. Ажралма чиқариб ташланади ва ярада резина чиқаргич қолдирилади. Кесма ўтказилгандан сўнг, яллиғланиш экссудати яра орқали етарли даражада чиқмаса, унинг қанот-жағ оралиғига ўтганлиги ҳақида тахмин қилинади. Жағ бурчаги ости пайпасланганда шиш ва оғриқ аниқланса, кўшимча кесма ўтказиш зарурати туғилади.

Кўз ости соҳаси абсцесси ва флегмонаси

Шикоятлар: кўз ости соҳасидаги оғриқли шишга бўлади.

Клиник манзараси: кўз ости соҳасида оғриқли шиш, устидаги терининг ранги қизарган, бурмага йиғилмайди. Оғиз очилиши эркин. Оғиз бўшлиғида –

сабабчи тишни топиш қийин бўлмайди – тишнинг тож қисми емирилган, ранги ўзгарган, атрофидаги милк тўқималари қизарган бўлади.

Жарроҳликда даволаш усули: премедикация ва умумий оғриқсизлантириш остида, оғиз бўшлиғи юқори ўтув бурмаси сабабчи ва ёнидаги тишлар соҳасида суяккача кесма ўтказилади. “Москит” қисқичининг учи билан суякни сезган ҳолда кўз косасининг пастки қиррасигача яра кенгайтириб борилади. Чап қўлнинг кўрсаткич бармоғини кўз косасининг пастки четига қўйиб, “москит” қисқичининг учки қисми кўз косасининг пастки қиррасигача ўтганлиги назорат қилинади. Сўнг операцион ярага антисептиклар эритмалари билан ишлов берилади, ичида резина чиқаргич қолдирилади.

Лунж абсцесси ва флегмонаси

Лунж абсцесс ва флегмоналари болаларда озиқ сут тишлари ёки қўшни (кўз ости, кулоқ олди чайнов соҳалари, йирингли яллиғланиш ўчоқлари (йиринглаган гематома, чипқон)дан тушган инфекция туфайли ривожланади. Болаларда лунж абсцесси аксарият лунжнинг ёғ (Биша) тугуни яллиғланганда учрайди.

Шикоятлар: лунж абсцессида болалар юздаги оғриқли шишга шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: лунж соҳасида чегаралар аниқ думалоқ шаклдаги, оғриқли шиш аниқланади. Шиш териға ёпишган бўлиб, тери ранги қизарган, бурмага йиғилмайди. Шиш марказида юмшаган соҳа кузатилади. Оғиз очилиши оғриқ туфайли бир оз чегараланган бўлади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси шишган, қизарган, тишлар ботиб, из қолдирган. Сабабчи тишнинг ранги ўзгарган, тож қисми емирилган, атрофидаги милк шиллиқ қавати солқиган, шишган ва қизарган бўлади.

Шикоятлар: лунж флегмонасида болалар лунж, қовоқлар ва юқори лаб соҳаларида шиш борлигига ҳамда оғизни очиб ёпиш ва чайнаш вақтида кескин оғриқ пайдо бўлишига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: боланинг умумий аҳволи ёмонлашади, ҳолсизлик кузатилади. иштаҳа ва уйқу бузилади, тана ҳарорати кўтарилади. Беморнинг юзи кўздан кечирилганда кўзости, лунж, қовоқлар, бурун лаб бурмаси, юқори лаб соҳаларида тарқалган шиш мавжудлиги аниқланади. Тери таранглашиб қизарган, бурмага йиғилмайди. Оғиз ичида: лунж шиллик пардаси шишган, қизарган, тишларнинг изи тушиб қолган.

Лунждаги йирингли жараён кулоқ олди чайнов, чакка ва ёноқ соҳаларига тарқалиши мумкин.

Жарроҳлик усулида даволаш: лунж абсцесси ва флегмоналари, (тери ёки оғиз шиллик пардасига яқин) жойлашувидан қатъий назар, эстетик талабларга кўра, оғиз ичидан очилади. Умумий оғриқсизлантириш остида – кулоқ олди сўлак беи найининг жойлашишини эътиборга олиб, ўтиш бурмасига яқин ёки тишларнинг жипслашиш чизиғи сатҳида шиллик парда 3-4 см узунликда кесилади ва яра “москит” қисқичи билан кенгайтирилади. Яра антисептик воситалар билан ювилиб, ичига резина чиқаргич киритилади. Чиқаргич бутунлай ичкарига кириб кетмаслиги ёки ярадан чиқиб кетмаслиги учун, уни яра четига чок билан маҳкамлаб қўйиш тавсия этилади.

Оғиз туби флегмонаси

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

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

Клиник манзараси: флегмона оғиз тубининг қайси қаватида жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Яъни касаллик оғиз тубининг юқори қаватида жойлашган ҳолатда оғиз ярим очик бўлиб, сўлак оқиб туради, оғиздан бадбўй ҳид келади. Оғиз оғриқ туфайли яхши очилмайди. Энгак ости териси ранги

ўзгармаган, шиш аниқланмайди. Оғиз ичида: шиллик парда қизарган, тил шиш мавжудлиги боис кўтарилган, усти кулранг қараш билан қопланган, пайпаслаганда кучли оғриқ сезилади.

Йирингли ўчоқ оғиз тубининг пастки қаватида жойлашган бўлса, юз оқимтир кулранг тус олган, кўриниши азоб чеккан ҳолатда бўлади.

Оғиз ярим очик, ютина олмаганлиги сабабли сўлак оқади. Энгак ости ва жағ ости соҳаларида тери таранг, қизарган. Пайпаслаганда, тарқалган қаттиқ (инфилтрат) газак ва катталашган регионар лимфа безлари аниқланади, сабабчи тиш емирилган бўлиб, перкуссияда оғриқли, тил ости болиши пастки тишлардан кўтарилиб туради. Шиллик парда қизарган фибрин қараш билан қопланган. Оғиз туби тўқималари шишган, тилнинг орқага сурилиши сабабли трахея сиқилиб, нафас олиш қийинлашган бўлиши (хатто асфиксия ҳолати кузатилиши ҳам) мумкин. Вақтида ёрдам кўрсатилмаса, яллиғланиш кўлами қанот-жағ, ютқин ёни соҳаларига ҳам тарқалиши мумкин.

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

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

Операция техникаси: умумий оғриқсизлантириш остида операция майдонига спирт билан ишлов бериб, бриллиант кўки билан кесма соҳаси белгилаб олинади. Айлана кесма ўтказишни режалаштирганда, кесма юқори тери бурмага мос тушиши учун, беморнинг боши бир томонга қаратилади ва шунда ҳосил бўлган бурма кесманинг юқори чегараси бўлади. Шу чегарадан пастки жағ қиррасига параллель қилиб, бриллиант кўки билан чизиб олинади, тери ости ёғ

қатлами юза фасция ва m. Platysma кесилади, “москит” қисқичи йирингли ўчоққа киритилади ва яра кесиб кенгайтирилади. Бармоқ билан ярада тафтиш ўтказилади. Оралиқларда резина чиқаргич қолдирилади. Асептик боғлам қўйилади.

Жансуэл Людвиг анаэроб флегмонаси

Бу касалликнинг кечишидаги хусусиятлар яллиғланиш сабабчиси бўлган анаэроб микроблар: (clr.Perfringes, Act.Hystoliticus, Act.Aedematies, Cls. Septicum) билан боғлиқ. Ўткир яллиғланиш оғиз тубини ташкил этувчи барча тўқималарда кечади, қисқа вақт ичида қанот-жағ ва юткин ёни соҳаларига ўтиб, бемор хаётини хавф остида қолдиради.

Анаэроб флегмонага хос белгилар қуйидагилардан иборат:

Тўқималарда крепитация мавжуд

Инфилтрат тез фурсатда бўйин ва кўкс оралиғига тарқалади

Кесма ўтказилганда, дастлаб йирингли ажралма чиқмайди

Ярадан чиринди хиди келади

Кесилган тўқималарда анаэроб инфекцияга хос ўзгаришлар: клетчатка кулранг ёки тўқ жигарранг тус олади, тўқималардан чиринди хидли, газ пуфакчалари бўлган қон аралаш ажралма чиқади.

Даволаш: Людвиг ангиnasi ташхиси қўйилган бола стационарнинг интенсив даволаш палатасига жойлаштирилиши шарт. Умумий оғриқсизлантириш остида (интубация бронхоскоп ёрдамида амалга оширилиши лозим) оғиз тубини очиш учун қўлланиладиган ёқасимон кесма ўтказилади. Ярани доимий кислород ажратувчи эритмалар (водород пероксиди, калий перманганат, хлоргекседин) ва антисептиклар билан ювиш(диализ) йўлга қўйилиши керак. Яранинг тозаланишини таъминлаш учун протеолитик ферментлардан фойдаланиш лозим. Антибактериал, зарарланишга қарши антигистамин, умумий қувватловчи ва витаминлар билан ўтказиладиган даволашдан ташқари, болага албатта газли гангренага қарши барча антитоксинлар бўлган поливалент зардоб юборилиши шарт. Медиастенит юзага келишининг

олдини олиш чоралари кўрилиши ва бемор торакал хирург назоратида бўлиши керак.

Қанотсимон-пастки жағ оралиғи абсцесс ва флегмонаси

Шикоятлар: қанотсимон пастки жағ оралиғи абсцессада, болалар оғиз очилиши чегараланишининг кучайиши, шунингдек, чайнаш ва ютиниш вақтидаги оғриққа шикоят қилади.

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

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

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

Жарроҳлик усулида даволаш: қанотсимон жағ оралиғи абсцесс ва флегмонаси, пастки жағ бурчагига яқин жойлашганда, ташқари (пастки жағ

бурчаги ости)дан, қанотсимон жағ оралғининг юқори қисмида -жойлашганда эса - оғиз ичидан очилади.

Операция техникаси: йирингли ўчоқ ташқаридан очилганда, пастки жағ бурчаги соҳасига спирт билан ишлов берилади. Бриллиант кўки билан жағ бурчагидан пастга 1,5-2 см ташлаб, бурчакка параллель равишда қия чизиқ (кесма) белгиланади. Чизиқ устидан тери, тери ости ёғ қатлами, m. platysma кесилади. Жағ бурчагини яланғочлаб, ўтмас йўл билан медиал қанотсимон мушак сурилади ва қанотсимон жағ оралғига ўтилади, яра кенгайтирилиб, бармоқ билан тафтиш ўтказилади, заруратга кўра, жағ орти соҳасида ҳам тафтиш ўтказилади. Оғиз ичидан очиш операцияси техникаси куйидагича: бу операцияни маҳаллий оғриқсизлантириш (Берше усули) остида ўтказиш маъқул бўлади. Бемор оғзи катта очилади, қарши томондаги чайнов тишлари орасига тиргак ўрнатиб, қанот-жағ бурмаси шиллиқ пардаси кесилади. “Москит”қисқичи билан яра яна кенгайтирилади ва жағ қирраси топилиб, “москит” билан жағнинг ички юзасига ўтиб, яра кенгайтирилади. Яра ювилиб, ичида резина чиқаргич қолдирилади. Сабабчи тиш олинади.

Чакка соҳаси абсцесс ва флегмонаси

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

Чакка соҳаси анатомик тузилишининг ўзига хос хусусиятлари:

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

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

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

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

Жарроҳлик усули билан даволаш: операция техникаси: наркоз остида, чакка соҳасига 96% ли спирт билан ишлов берилади; ёнок ёйига параллель равишда унинг устки қисмида ёки чакка мушакларининг суякка бириккан соҳасида бриллиант кўки билан айлана шакли чизиб олинади. Сўнг тери, тери ости ёғ қатлами тўқималари қаватма–қават кесилиб, яра кенгайтирилади ва ўтмас йўл билан йирингли ўчоққа ўтилади. Яра антисептиклар билан ювилади, ичида резина чиқаргич қолдирилади. Чакка соҳасининг чуқур флегмонасида чакканинг юқори чизиги бўйлаб ярим ой шаклида кесма ўтказилади ва “москит” қисқич ёрдамида чакка мушаги ости соҳасига йирингли ўчоққа ўтилади. Заруратга кўра, иккала кесма орқали ўтувчи, тасма ёки найсимон резина чиқаргич учлари боғланиб бирлаштирилади. Бундай чиқаргич айлана шаклидаги дренаж деб юритилади.

Чакка ости чуқурчаси абсцесси ва флегмонаси

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

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

Қилиник манзараси: бола ҳолсизланган, уйқуси ва иштаҳаси камайган. Юз ва чакка соҳасида бир оз шиш бўлади, айрим болаларда бу шиш лунж ва ёнок соҳаларига ҳам тарқалганлигини кўриш мумкин. Тери ранги ўзгармаган, бурмага йиғилади. Оғиз очилиши чегараланган, оғриқли. Оғиз бўшлиғида: юқори жағ дўнги атрофида ўтув бурмаси (шиллик пардаси)да шиш, қизариш аниқланади, пайпасланганда оғриқ кучаяди, сабабчи тиш емирилган, перкуссия қилинганда оғриқли.

Жарроҳлик усули билан даволаш: Чакка ости абсцесси ва флегмонаси бўлган бола стационар шароитда даволаниши лозим. Йирингли ўчоқ наркоз остида очилади, сабабчи тиш олинади. Операция техникаси: боланинг боши орқага ташланган ҳолда ёткизилади. Оғиз кенг очилади. Ретромольяр соҳага тампонлар қўйилиб, юқори жағ дўнги проекцияси чайнов тишлари соҳасида ўтув бурмаси суякгача кесилади. “Москит” қисқич ёрдамида, юқори жағ дўнгини сезган ҳолда, орқага–юқорига–ичкарига, пастки жағ шохи ўсиқлари орасидаги ўйиқгача кенгайтирилади. Яра антисептиклар билан ювилиб, ичида резина чиқаргич қолдирилади.

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

Қулоқ олди-чайнов соҳаси абсцесси ва флегмоналари

Бу соҳадаги абсцесс ва флегмоналар кичик ёшдаги болаларда шу соҳадаги лимфа безлари яллиғланиши ёки йирингли паротит, шунингдек, сўлак бези ичидаги аденоабсцесс (Герценберг псевдо паротити) билан боғлиқ йирингли жараёнларнинг тарқалиши туфайли юзага келади. Шулар билан бир қаторда, терининг жароҳатлари ва тери ости ёғ қатламининг гематома (қонталаш)лари яллиғланиши ҳам сабабчи бўлади. Ўспирин болаларда қулоқ олди-чайнов

соҳасидаги яллиғланишлар пастки ва юқори тишлардаги сурункали ўчоқлардан тушган инфекция сабабли ривожланади.

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

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

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

Жарроҳлик усули билан даволаш (операция) техникаси: Премедикациядан сўнг умумий оғриқсизлантириш остида жағ ости, жағ орти соҳалар терисига спирт билан ишлов берилади, пастки жағ бурчаги остида ўтказиладиган кесма бриллиант кўки билан чизиб олинади, сўнг скалпель билан жағ ости ёки жағ орти соҳасида 3-4см узунликда тери, тери ости ёғ қатлами, юза фасция билан *m.platysma* кесилади. “Москит” қисқич ёрдамида яра кенгайтирилиб, пастки жағ шохининг орқа қиррасидан ташқи юзасига ўтилади, кўрсатма бўлса, чайнов мушаги, пастки жағ суяги юзасидан ажратиб юборилади. Яра антисептиклар эритмалари билан ювилиб, резина чиқаргич қолдирилади.

Кўз косаси ва ретробўлбар соҳа абсцесси ва флегмонаси

Маълумки, кўз “олмаси” атрофида клетчатка бир текисда жойлашган бўлиб, унинг дистал қисмида кўзнинг пастки ёриғи орқали қанот-танглай

чуқурчаси билан туташади. Болаларда, бу соҳа яллиғланиш жараёнларига аксарият ҳолларда гематоген остеомиелит сабаб бўлади.

Юқори жағнинг анатомик хусусиятлари: суякнинг ғоваксимон тузилиши, аорганик моддалар миқдорининг камлиги ва ёғ қатламида коллатерал қон томирлари тўрининг кучли ривожланганлиги, шунингдек, юқори жағ бўшлиғининг кўз косасига ёндошганлиги яллиғланиш ривожланишига мойиллик яратади.

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

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

Ретробўлбар соҳа абсцесси қуйидаги асоратларни келтириб чиқариши мумкин: бош мия қобиқлари ва бош миянинг яллиғланиш касалликлари, кўз нервининг атрофияси туфайли кўриш қобилятининг ўта ёмонлашувига олиб келиши, шунингдек, иккинчи томон кўз ва қовоқларда шиш пайдо бўлиши, бош мия бўшлиқларида яллиғланиш жараёни юзага келганлигидан далолат беради (ғоваксимон синус тромбози).

Жарроҳлик усули билан даволаш: операция техникаси: кўз косаси ва ретробўлбар оралиқларидаги яллиғланиш ўчоқлари наркоз остида очилади: териға спирт билан ишлов берилгандан сўнг, кўз косасининг пастки қирраси пайпаслаб аниқлаб олинади ва ўтказиладиган кесма бўёқ билан чизиб олинади. Скальпель билан тери, тери ости ёғ қатлами суяккача кесилади, яра “москит” қисқич билан кўз косасининг пастки деворини ҳосил қилган суякни сезган ҳолда орқага, ретро-бўлбар соҳагача киритилади ва (сероз ёки йиринг) ажралма чиқарилади.

Операцион жароҳат антисептиклар билан ювилиб, ичида резина чиқаргич кодирилади.

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

Ютқин ён деворлари соҳаси абсцесси ва флегмоналари

Бу соҳада бирламчи яллиғланиш жараёни деярли кузатилмайди. Инфекция иккиламчи равишда жағ ости, тил ости, қанот-танглай оралиқларидан ёки ўткир ва сурункали тонзиллит ўчоқларидан ютқин ён деворлари соҳасига тарқалиши мумкин. Ютқин ён соҳаси яллиғланиш жараёни ўз навбатида, ютқин деворлари ва қон томир нерв - тутами бўйлаб олд кўксга тарқалиб, медиастенит юзага келишига сабабчи бўлиши мумкин.

Ютқин ёни соҳаси абсцесси касаллигида боланинг **шикоятлари:** ютиниш вақтида бир (касал) томонда оғриқ пайдо бўлиши, иштаҳа йўқолиши, умумий аҳволи ёмонлашиб, безовта бўлиши: ҳолсизланиш ҳамда уйқу бузилиб, тана ҳарорати кўтарилишига.

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

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

Клиник манзараси: жағ бурчаги остида шиш яққол кўзга ташланиб, пайпаслаганда чуқур газак (инфильтрат) сезилади. Медиал қанотсимон

мушакнинг контрактураси туфайли оғиз очилиши чегараланган бўлади. Марказий ёки умумий оғриқсизлантириш ўтказилиб, оғиз бўшлиғи орқали касалланган томон юмшоқ танглай, тилча, қанот–танглай бурмаси ва ютқин ён девори соҳасида тарқалган шишни кўриш мумкин. Шиш баъзан тил ости ва тил соҳасига тарқалган бўлади.

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

Операция техникаси: ташқи кесма ўтказиш учун дастлаб, жағ ости соҳаси тери қопламига спирт билан ишлов берилади. Бриллиант кўки билан жағ бурчаги остида ўтказиладиган кесма ўлчами белгиланиб, чизиб олинади. Тери, тери ости ёғ қатлами, юза фасция ва *m platysma* кесилиб, “москит” қисқич билан яра кенгайтирилади ва ички қанотсимон мушакнинг медиал юзасига ўтилади ва шу аснода, яна кенгайтира бориб, йирингли бўшлиққа ўтилади ва антисептиклар билан йиринг ювилиб, резина чиқаргич қолдирилади. Оғиз бўшлиғи ичидан кесилганда – оғиз бўшлиғига антисептиклар билан ишлов бериб, оғиз – ҳалқум соҳаси эндотрахеал (трубка атрофи) тампонада қилинади. Қанот-жағ бурмасига параллель ва бир оз медиал равишда шиллиқ пардани кесиб, “москит”нинг учи билан тўқималарни аста-секин суриб, чуқур (ичкари)га йирингли ўчоққа етгунча бориши керак. Оғиз ташқарисидан кесаётганда жағ танасидан пастга 1,5-2 см ташлаб, жағ танаси четига параллель равишда тери, тери ости ёғ қатлами, бўйин юза фасцияси кесилади, сўлак беги четга сурилиб, “москит” билан ютқин ёни соҳасига ўтилади ва тафтиш ўтказилади.

Абсцесс ва флегмоналарни комплекс даволашнинг умумий тамойиллари

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

Жарроҳлик даволаш усуллари қуйидагилардан иборат:

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

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

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

4. **Кесилган ярага боғлам қўйиш.** Абсцесс ва флегмоналар ўчоқлари очилганидан сўнг, яра ювилиб, асептик боғлам қўйилади. 10%ли NaCl гипертоник эритмаси билан қўйилган боғлам 4-6 соатдан сўнг алмаштирилиши лозим, чунки у кўпроқ вақт қолиб кетса, ўз вазифасини бажара олмайди, малҳамлар билан янги кесилган ярага боғлам қўйиш, ажралма чиқишини қийинлаштириши боис тавсия этилмайди. Шунингдек, боғламлар учун ДМСО-нинг 5%ли эритмасидан фойдаланиш ҳам ижобий натижалар беради.

5. **Маҳаллий медикаментоз даволаш** ўтказилганда, яранинг битиш даврлари орасидаги дастлабки босқичлар, яъни фазалар эътиборга олиниши керак.

I фазада альтерация ва экссуляция, II фазада эса, пролиферация жараёни устун келади.

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

Полиэтиленгликол асосидаги малҳамлар; 2. Сорбентлар. 3. Ферментлар; 4. Антисептик эритмалар; 5. Аэрозоллар; 6. Яранинг битиши жараёнини тезлатиш ва кўпол чандиқ ҳосил бўлишининг олдини олиш. Абсцесс ва флегмоналарни даволаш мақсадида кесилган яра, одатда, иккиламчи равишда битади. Яранинг четлари узоқлашиб, ағдарилиб қолса, битиш жараёни чўзилади ва кенг чандиқ ҳосил бўлади. Бундай асоратларнинг олдини олиш мақсадида, яра тозаланганидан сўнг (7-8 кунлар) иккиламчи чоклар қўйиш (тикиш) мумкин. 7. Физиотерапевтик муолажаларни қўллаш. 8. Боланинг умумий аҳволи ва ярадаги вазиятдан келиб чиққан ҳолда, антибактериал, антигистамин, дезинтоксикацион антиоксидант, замбуруғлар (кандидоз)га қарши умумқувватловчи, иммунотерапевтик, симптоматик ва витаминлар билан медикаментоз даволаш чоралари ўтказилади.

Орттирилган иммун танқислиги синдроми

Одам организмида иммун-танқислиги синдроми (ОИТС) ни келтириб чиқарувчи вирус (ОИВ) ретровируслар оиласига мансуб (оиладош) ленти-вирусларга оид бўлиб, хужайра ичи облигат микроорганизмидир. ОИВ-нинг хужайра ичига киришга лаёқатсиз бўлган тирик культураси, қон оқимида юборилганда, 15-дақиқа ичида нобуд бўлиши экспериментал тарзда исботланган.

ОИТС-нинг клиник манзараси асосан иккиламчи (индикатор) инфекция ва ўсмалар билан намоён бўлади. юзага келган иммун-танқислик шароитида ривожланган бу

касалликлар атипик, ўта оғир тусда кечиб, пировард натижада бемор ҳаётининг ўлим билан тугашига олиб келадилар.

Хасталикнинг оғирлиги ва летал якуни бартараф этиб бўлмаганлиги, ОИВ-нинг ўзига хос биологик хусусияти билан боғлиқ. Бу хусусият вируснинг макроорганизм (одам) ҳужайрасининг генетик аппаратига кира олишидир. Беш, ўн ёки ундан ҳам узоқ йиллар давом этиши мумкин бўлган латент даврдан сўнг вужудга келадиган сурункали ОИВ-инфекцияси, ўзининг охирги босқичи-одам иммун-танқислиги синдромига ўтади.

ОИТС ҳозирги даврда бутун дунё бўйлаб, глобал муаммо ҳисобланади ва пандемия кўламига эга. касалликнинг ягона манбаи – одам бўлганлиги боис, вирус-антропоноздир. ОИВ-инфекцияси эпидемиологик жиҳатдан ўта хавфли инфекциялар сирасига киради.

Катта ёшлилардан фарқли ўлароқ, болаларда ОИВ билан боғлиқ юз-жағ тизими ўсмалари жуда кам учрайди. Капоши саркомаси ва лимфома учраган ҳоллар қайд этилган.

ОИВ-инфекциясини даволаш учун ишлатиладиган баъзи препаратлар таъсирида сўлак ажралиши камайиши мумкин. Масалан, М-холиноблокаторлик хусусиятига эга дифенгидромин, сўлак ажралишини 50% га камайтириши мумкин. Натижада сўлакнинг намловчи, тозаловчи ва антибактериал функциялари етишмовчилиги сабабли, тишларнинг кариесга ҳамда оғиз бўшлиғининг кандидозга мойиллиги ортади.

ОИВ билан зарарланган болаларда сўлак безларининг функцияси сусаяди, бироқ айрим беморларда сўлак безининг катталашини (2-15%) кузатилган. Сўлак безлари лимфоцитар инфильтрация ёки (баъзан) бактериал инфекция туфайли катталашади. Лимфоцитар инфильтрация натижасида сўлак безлари бир ёки икки томонлама катталашини мумкин. Бундай ҳолат узоқ вақт давом этиб, ксеростамия ва оғриқларга олиб келади. Магнит-резонансли томография (МРТ) текширувида, баъзан таркибида лимфоид ҳужайралар тўплами бўлган кисталар аниқланади.

Сўлак беzi уқалаб кўрилганда, шаффоф секрет (сўлак) ажралади. Бактериал сиалоденитларга эса, йиринг чиқиши характерли. Вакциналанган болаларда эпидемик ибораси билан тепки деб номланувчи халқ паротит учрайди. Шунингдек, сўлак безларининг катталашини ўсмалар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу касалликларнинг барчаси дифференциал ташхис ўтказилишини тақазо этади. Заруратга кўра, пункцион биопсия ўтказилади.

ОИВ билан зарарланган болаларнинг 25% - да имлкларнинг чизикли эритемаси кузатилиб, ушбу касаллик фақат ОИВ-инфекциясига хосдир. Бу хасталик милк шиллик қавати (четларининг) аниқ чизикли ёрқин гиперемияси ва қонаши билан намоён бўлади. яллиғланиш жараёни тишлар соҳасидаги караш миқдорига боғлиқ бўлмай, даволашнинг оддий чоралари доим ҳам бемор ҳолатининг яхшиланишига олиб келмайди. Кам ҳолларда ярали-некротик гингивит ривожланиб, бир ёки бир нечта тишлараро (милк шиллик қавати) сўрғичлари (Papillae(нинг некрозга учрашига олиб келади. Бундай ҳолларда беморни, оғиз бўшлиғидан нохуш ҳид келиши, оғриқ овқат истъемол қила олмаслик безовта қилади. Жуда кам ҳолларда болаларда ярали-некротик гингивит ва ярали-некротик стоматит юзага келиши мумкин.

Бу касалликлар, оғиз бўшлиғи юмшоқ тўқималаридан ташқари, периодонт ва суякнинг зарарланиши билан кечади. Периодонтит оғир шаклда кечиб, тишлар қимирлаб қолади ва (некротик стоматит касаллигида) тушиб кетади.

ОИВ-инфекцияси бўлган болаларда тишлар чиқиши ва алмашинуви муддатлари кечикиши, сут тишларнинг узоқроқ сақланиши кузатилган. Шунингдек, пародонт тўқималарида чуқур ўзгаришлар юзага келишидан аввал қон таҳлилларида нейтропения аниқланган.

Тери касалликларидан себорияли ёки бактериал дерматитлар ўраб олувчи темиратки, сўгал ва ўткир учли кондилломалар, контагиоз моллюск, қичима, оддий герпес юз соҳасида ҳам жойлашиб, ОИВ-инфекцияли болаларда асоратли ҳамда узоқ кечади. Булардан ташқари псориаз, терининг патологик куруқлиги, васкулитлар, витилиго, диспластик невуслар, трихомегалия учраши мумкин.

Кандидозли стоматит оқ рангли қирилганда осон кўчириладиган, творогсимон элементлар билан характерланади.

Бундай караш ёки бошқа элементлар кўчирилганда, сочли лейкоплакия билан дифференциал ташхис ўтказиш лозим. Сочли лейкоплакия эпителиал хужайраларнинг Эпштейн –Барр вируси билан сурункали равишда зарарланиши туфайли юзага келади. Кўпинча, тилнинг ён қисмларида жойлашади. Болаларда жуда кам учрайди.

Профилактик чора-тадбирлар ва стоматологнинг мунтазам кузатуви, оғиз бўшлиғи ва тиш касалликлари ОИВ-инфекцияли болаларда юзага келтирувчи оғир асоратларининг олдини олишга ёрдам беради.

Ташхис ОИВ-га тест синовни ўтказилади.

Даволаш – махсус клиникаларда ўтказилиб, стоматолог назорати таъминланади.

Септик ҳолатлар

Сепсис (sepsis)– бола организмда , катта миқдордаги микроблар ва уларнинг токсинлари, ҳосил қилган биологик актив моддалар таъсирида ривожланган умумий инфекцион касаллик ҳолати.

Сепсиснинг ривожланиши ва кечиши бола организмнинг функционал ҳолати, аъзолар етишмовчилиги ва дисфункцияси, иммунологик жавоб ва детоксикацион механизмнинг резерви етарли бўлмаганлиги билан бевосита боғлиқ. Бунда микробга оид хусусиятларнинг аҳамияти катта эмас. Сепсиснинг кечиши ва оқибати, асосан бола организмнинг химояланиш қуввати ва адекват равишда медикаментоз даволашчоралари ўтказилишига боғлиқ.

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

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

Сепсиснинг ривожланишида бир қанча омилларнинг таъсири катта:

1. Бола ёшининг кичиклиги, яъни боланинг ёши қанча кичик бўлса, сепсис ривожланиши эҳтимоли шунча баланддир;
2. Муддатидан аввал туғилганлик;
3. *Anamnesis vitae* ёки *anamnesis morbi* –да куйиш, жароҳатланиш мавжудлиги;
4. Узоқ вақт давомида касалликларни бошдан кечириш;
5. Инвазив диагностик усуллардан фойдаланиш;

6. Овқатланишдаги камчиликлар (алиментар фактор);
7. ОИТС;
8. Кимёвий ва иммунодепрессив дорилардан фойдаланиш;
9. Генетик мойиллик.

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

Биринчи тоифа боғланишга чақалоқлар киндигининг яллиғланиши туфайли сепсис ривожланишига, сўнг эса юқори ёки пастки жағлар остеомиелити юзага келиши мисол бўла олади. (Бундай ҳолат 1,5 ёшгача бўлган болаларда учрайди, келтирилган мисолда сепсис ҳолати юз-жағ соҳалари яллиғланиш жараёнига сабабчи бўлган. Иккинчи тоифа боғланишда, беморлар юз-жағ соҳалари оғир йирингли яллиғланиш (чипқон, хўппоз, одонтоген остеомиелит) касалликлари сепсис ҳолатига сабаб бўлади. Бундай тарзда сепсис ҳолати аксарият 9-10ёшдаги болаларда кузатилади. Одатда, сепсис ташҳиси беморларда оғир гемодинамик ўзгаришлар содир бўлиб, полиорган етишмовчиликлар юзага келган ҳолатда қўйилади. Ҳозирги вақтда эса, сепсис ташҳиси организмнинг инфекцияга қарши тизимли яллиғланиш жавоби синдроми белгилари бўлганда ҳам қўйилади.

Болаларда SIRS (ТЯЖС–тизимли яллиғланиш билан жавоб бериш синдроми) мезонларига қўйидагилар киради:

1. Тана ҳарорати $37,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ дан пасаймаслиги;
2. Тахикардия: юракнинг бола ёшига мос равишда қабул қилинган кўрсаткичнинг юқори чегарасидан тез уриши.
3. Тахипноэ–нафас олиш тезлиги ёшига нисбатан қабул қилинган меъёрдан юқори ва гипервентиляция ($\text{PCO}_2\text{--}32\text{мм.с.у.}$ баланд) ҳолати юзага келиши;
4. Лейкоцитоз ўрнига – периферик қонда $12 \cdot 10^9 \text{ \textbackslash л}$ ёки $4 \cdot 10^9 \text{ \textbackslash л}$ (лейкопения), ёки етилмаган шаклдаги лейкоцитларнинг 10%дан камлиги.

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

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

2) ТЯЖС(SIRS) ва бактеремия, масалан ўткир йирингли периодонтит туфайли боланинг тиши олиб ташланган, тиш катакчаси битиш арафасида бўлишига қарамай ТЯЖС белгилари пайдо бўлиб, қонда эса микроблар мавжудлиги аниқланса, бундай ҳолатда ҳам сепсис ташхиси қўйилиб, комплекс равишда (биринчи навбатда антибактериал) даво ўтказилади. Айрим ҳолларда айниқса, чақалоқларда сепсис ташхисини қўйиш қийин кечади.

Организмда ТЯЖС ва инфекция мавжудлигининг клиник белгилари : бир ойлик чақалоқларда ТЯЖС белгилари пайдо бўлиб, киндик яраси битган, қонда микроблар аниқланмай, инфекцион жараёнга хос белгилар пайдо бўлиши, сепсис балки, сепсисга яқин ҳолат ёки интоксикация чақалоқ токсикози деб номланиши асослидир.

Сепсиснинг қуйидаги фаза (босқич)лари фарқланади:

- йирингли –резорбтив (иситма) гипертермия
- сепсиснинг бошланғич фазаси (токсемия)
- септицемия(йирингли метастазларсиз кечувчи бактеремия)
- септикопиемия- инфекциянинг йирингли ўчоқдан қонга ўтиши ва қон билан бутун танага тарқалиб, турли аъзоларда йирингли жараёнлар ривожланишига олиб келиши.

Шикоятлар: ота-оналар ёки бола ўзини ёмон хис қилаётгани, ҳолсизлиги, иштаҳа ва уйқуси бузилгани, бош оғриши ҳамда тана ҳарорати кун давомида $35,2^{\circ}$ С дан 40° С гача ўзгариши ва безгак тўтиб, муздек тер чиқишига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: касаллик бошланиши (йирингли резорбтив иситма)да умумий заҳарланишга хос белгилар устун келади: тери ранги ўчган (оқарган),

ёпишқоқ муздек тер билан қопланган , ҳолдан тойдирувчи иситма – ҳароратнинг бирданига (бир суткада 3-5 °С гача) кўтарилиб, сўнгра меъёр (норма)дан ҳам паст тушиши билан кечадиган иситма, тахикардия , тахипноэ. Қон таҳлили кўрсаткичлари кескин ўзгаради– ЭЧТ 50-60мм\с, лейкоцитоз $12 \cdot 10^9$ \л ёки лейкопения $-4 \cdot 10^9$ \л дан кам. Шунингдек, кўриш майдонида ёш, етилмаган лейкоцитлар, нейтрофилларда захарланишга хос доначалар, айримларида анизоцитоз , пойкилоцитозга учраган хужайраларни кузатиш мумкин.

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

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

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

Даволаш. Септик ҳолатдаги бола стационар шароитида комплекс медикаментоз (умумий) ва маҳаллий даво олиши керак. Даволаш режаси юз-жағ жарроҳидан ташқари, педиатр, умумий хирург, невропатолог ва бошқа мутахассислар иштироки (консилум)да тузилади ва уларнинг мунтазам назорати остида ўтказилади. Маҳаллий даволаш чоралари: юз ва жағ соҳасидаги йирингли ўчоқларни ке-

сиб очиш, тафтиш ўтказиш, ажралма тўсиқсиз чиқишини таъминлаш, ҳамда ярани антисептиклар ва ферментлар эритмалари билан ювиб туришдан иборат .

Медикаментоз даво:

Организмни захарли моддалардан тозалаш (дезинтоксикация) усуллари –плазмоферез, гемосорбция, энтеросорбция, *қонни ультрабинафша ёки лазер билан нурлантириш*, диуретиклар, гормонлар киритиш ва ҳақозолардир.

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

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

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

Юрак қон томир етишмовчилигини даволаш жараёнида кардиолог- му- тахассислар иштроки талаб этилади.

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

Юз-жағ соҳаси абсцесс ва флегмоналарини комплекс даволашни ре- жалаштириш принциплари

| | | |
|-----------------|------------------------|------------------|
| Даволашнинг ва- | Қўйилган вазифани ечиш | Тавсия қилинувчи |
|-----------------|------------------------|------------------|

| зифаси | йўллари | Тадбирлар |
|--|---|--|
| <p>1.Инфекцион яллиғланиш жараёнининг тарқалиш зонасини чегаралаш ва инфекциян ўчоқ билан бемор организми орасидаги бузилган мувозонатни тиклаш.</p> | <p>Касалликнинг ўткир босқичида</p> | |
| | <p>1.Инфекциянинг вирулентлигини пасайтириш. А) Бирламчи инфекциян ўчоқдан микроблар, уларнинг токсин (захар)лари, тўқималар парчаланиши натижасида ҳосил бўлган маҳсулотларнинг атроф тўқима ва суюқликлар (қон, лимфа)га тушишини тўхтатиш.</p> | <p>Жағ суягидаги сабабчи тишни олиш, бирламчи инфекциян ўчоқни эрта кесиш ва дренажлаш. Ноодонтоген тавсифдаги бирламчи инфекциян ўчоқ (яра ва эрозия)ларни антимикроб препаратлар ва эпителизацияни тезлаштирувчи воситалар (этиопатогенетик даво) ёрдамида йўқотиш.</p> |
| | <p>Б) Иккиламчи инфекциян ўчоқдан микроблар, уларнинг токсинлари ва тўқиманинг парчаланиш маҳсулотларини чиқариб ташлаш (эвакуация).</p> | <p>Иккиламчи инфекциян ўчоқ (абсцесс, флегмона)ларни кесиш, ярани мунтазам равишда диализ ва экссудатни фаол аспирация қилиш билан эрта дренажлаш, сорбентларни қўллаш, левомеколь малҳами билан боғламлар қўйиш.</p> |
| | <p>В) Касаллик қўзғатувчи микроорганизмларнинг ҳаёт фаолиятини тўхтатиш.</p> | <p>Микрофлоранинг сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда, антибиотикларни умумий ва маҳаллий даволаш мақсадларида қўллаш, шунингдек, сульфаниламид ва микробларга қарши бошқа препаратлар; стафилококкли бактериофаг юбориш.</p> |
| | <p>Г) Бактериялар захарларини нейтраллаш.</p> | <p>Гипериммунли гамма-глобулин, стафилококка қарши плазма, гангрена (анаэроб инфекция)га қарши зардоб донор қонини қуйиш (гемотрасфузия) йўли билан пассив тарзда беморни иммунлаш.</p> |
| <p>2.Иммун реакцияларнинг йўналишини коррекция қилиш.</p> | <p>А) Гиперергик типдаги реакцияли беморларда гипосенсибилизацияловчи терапия ўтказиш.</p> | <p>Гистаминга қарши препаратлар: димедрол, дипразин., супрастин, диазолин ва бошқалар. Кальций препаратлари (кальций хлорид, кальций глюконат, кальций лактат); Салицил кислотаси ва пирозолон ҳосилалари: ацетилсалицил кислотаси, антипирин, амидопирин, анальгин; Нейролептик воситалар: аминазин, пропазин, этаперазин ва бошқалар; Бўйрак усти беши қобиғи (кортикостероид) гормонлари ва унинг синтетик турдошлари: гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон юбориш.</p> |
| | <p>Б) гипоергик типдаги реак-</p> | <p>Айрисимон без препаратлари:</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | цияли беморларда инфекцион ўчоқ зонасидаги иммунологик жараёнларни фаоллаштириш. | тималин, тимоген, дезоксикортикостеронацетат. Физиотерапия: илиқ чайқаш, оғиз бўшлиғи ирригацияси, УЮЧ, ЎЮЧ электр майдони билан таъсир қилиш, гелий-неон лазери ва УБН билан нурлантириш. |
| | В)организмнинг умумий иммунологик реактивлигини ошириш. | Сутли, ўсимликларга бой пархез таомлар буюриш. Витаминлар (биринчи навбатда, В гуруҳи ва С витаминлари ҳамда адаптоген гуруҳ препаратлари: бидазол, женьшень, элеутерококк, пантокрин, хитой лимонниги тавсия этиш. |
| 3. Тўқималарда микроциркуляциянинг бузилиши туфайли қайта тикланмайдиган ўзгаришлар (некроз) юзага келишининг олдини олиш. | 1.Тўқималарнинг кўтарилган ички босимини ва вақтида тўқималар жароҳатланишини бартараф этиш. | Инфекцион ўчоқни эрта кесиш ва дренажлаш. Операция давомида тўқималарга нисбатан авайловчи эҳтиёткорона муносабатда бўлиш. |
| | 2.Қоннинг реологик хусусиятларини яхшилаш. | Вена орқали гемодез, реополиглюкин, полиглюкин, Рингер-Локк эритмаси, 5% ли глюкоза эритмаси юбориш. |
| | 3.Гиперкоагуляциянинг коррекцияси. | Антикоагулянтлар: гепарин, ацетилсалицил кислотаси буюрилади. |
| 4.Моддалар алмашинуви бузилишини меъёрга солиш, ҳаёт учун муҳим аъзолар ва тизимлар фаолиятини яхшилаш. | 1.Сув-туз ва оқсил баланси бузилишини коррекциялаш. | Кўп миқдорда суюқлик ичиш, тузли ва оқсилли эритмалар парентерал йўл билан юбориш. |
| | 2.Юрак-томир тизимининг фаолиятини яхшилаш. | Аналептиклар: камфора, кордиамин. Юрак гликозидлари:дигитоксин, дигоксин, строфантин, коргликон ва хоказо; Юрак мушагида моддалар алмашинуви жараёнларини яхшиловчи воситалар: кокарбоксилаза, АТФ ва хоказолар тайинлаш. |
| | 3.Нафас тизими фаолияти бузилишларини бартараф қилиш. | Шиш ва яллиғланишга қарши таъсирга эга препаратлар (венага кальций хлорид ва глюкозанинг гипертоник эритмаларини юбориш); гистаминга қарши препаратлар (димедрол, дипразин ва хоказо), буйрак усти беги қобиғи гормони ва унинг турдошлари (гидрокортизон, преднизолон); сийдик ажралишини кучайтирувчи воситалар (фуросемид, ланнитол ва хоказо) буюриш. Оксигенотерапия –намланган кислород билан нафас олишни |

| | | |
|---|--|---|
| | | таъминлаш. Метаболик ацидоз, венага 4% натрий гидрокарбонат эритмаси юбориб бартараф қилиш. Кўрсатма (асфиксия) мавжуд бўлса трахеостомия ўтказиш. |
| | 4.Жигарнинг токсин (захар)ларни зарарсизлантириш фаолиятини ошириш. | Венага, инсулин ва витаминлар (В ₁ , В ₂ , С, Рр), глюкоза эритмаси ҳамда эссенциале-форте юбориш. Ичишга бензонал, фенобарбитал бериш. |
| Касалликнинг ўткир ости босқичида | | |
| 1.Операцион яранинг битишини оптималлаштириш. | 1.Некрозга учраган тўқималарнинг ажралиб чиқишини тезлатиш. | Маҳаллий даволашда протеолитик ферментларни трипсин, химопсин, химотрипсин, рибонуклеаза, терримитин, сиртки юзларга фаол таъсир этувчи моддалар (роккал, хлоргексидин, биглюконат) қўлланилади. Некрэктомия ўтказиш. Ярага ультратовуш билан ишлов бериш. |
| | 2.Репаратив жараёнларни жадаллаштириш. | Физиотерапия. УЮЧ, ЖЮЧ электр майдонлари билан таъсир қилиш. Тўқималар тикланишини яхшиловчи моддалар: метилурацил, пентоксил, А ₁ ,В ₁ , В ₂ , С, РР витаминларини буюриш. |
| 2.Касаллик қайталанганининг олдини олиш мақсадида инфекцион ўчоқни бутунлай бартараф қилиш. | 1.Касаллик кўзгатувчиларининг ҳаёт фаолиятини батамом тўхтатиш. 2.Махсус ва махсус бўлмаган иммунитетни кучайтириш. | Антибиотиклар, сульфаниламидлар ва бошқа антибактериал препаратлар, стафилококк анатоксини, аутовакцина билан фаол тарзда ўтказиш имунлаш. Биоген стимуляторлар: аутогемотерапия, алоэ, фибс, бактериал полисахаридлар (пирогенал, продигозан, родексман, зимозан) буюриш. Умумий УБ-нурлантириш. |
| 3.Доимий контрактуранинг олдини олиш ва бартараф қилиш. | 1.Патологик рефлексларни бартараф қилиш. | Чакка ости соҳасида тригеминосимпатик ёки Берше-Дубов усули бўйича блокада ўтказиш. |
| | 2. Чандиқ тўқималарнинг ҳаддан зиёд ривожланишини тўхтатиш. | Физиотерапия: калий йодидни ультратовуш, лидазани электрофорез ёрдамида киритиш. |
| | 3. Механотерапия | Даволовчи жисмоний тарбия машқларини мунтазам равишда бажариш. |

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Болаларда ноодонтоген яллиғланиши чақирувчи инфекция тўқимага қандай тушади?
2. Болада ривожланиши ва кечишига таъсир этувчи маҳаллий омилларни изоҳлаб беринг.
3. Яллиғланиш инфилтрати (газак) деганда нимани тушунаси.
4. Юз яллиғланиш инфилтратида бемор шикоятлари.
5. Юз яллиғланиш инфилтратини клиник манзараси.
6. Юз тўқималари инфилтратини этиология ва патогенези.
7. Болаларда соч қопчасининг тузилиши.
8. Болаларда чипқон ва хўппознинг ривожланиши.
9. Чипқон ва хўппозда бола шикоятлари ва клиник манзара.
10. Чипқон ва хўппозни болаларда даволаш.
11. Болаларда юз тўқималарини яллиғланиш инфилтрати (газак) деганда нимани тушинаси.
12. Болалар юзда инфилтрат ривожланишини сабаблари.
13. Болаларда яллиғланиш инфилтрати целюлитдан нима билан фарқланади.
14. Болаларда юздаги яллиғланиш инфилтратни даволаш. Болаларда
15. юз сарамасини ривожланиш сабаблари.
16. Юз юмшоқ тўқималарини болаларда ноодонтоген яллиғланиши касалликлари деганда нимани тушинаси?
17. Болаларда ноодонтоген яллиғланиши чақирувчи инфекция тўқимага қандай тушади?
18. Болада ривожланиши ва кечишига таъсир этувчи маҳаллий омилларни изоҳлаб беринг.
19. Яллиғланиш инфилтрати (газак) деганда нимани тушунаси.
20. Юз яллиғланиш инфилтратида бемор шикоятлари.
21. Юз яллиғланиш инфилтратини клиник манзараси.
22. Юз тўқималари инфилтратини этиология ва патогенези.
23. Болаларда соч қопчасининг тузилиши.
24. Болаларда чипқон ва хўппознинг ривожланиши.

25. Чипқон ва хўппозда бола шикоятлари ва клиник манзара.
26. Чипқон ва хўппозни болаларда даволаш.
27. Болаларда юз тўқималарини яллиғланиш инфильтрати (газак) деганда нимани тушинасиз.
28. Болалар юзда инфильтрат ривожланишини сабаблари.
29. Болаларда яллиғланиш инфильтрати целюлитдан нима билан фарқланади.
30. Болаларда юздаги яллиғланиш инфильтратни даволаш.
31. Болаларда юз сарамасини ривожланиш сабаблари.
32. Болаларда сарамасни клиник кечиши ва даволаш.

IV-БОБ. БОЛАЛАРДА СЎЛАК БЕЗЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Сўлак безлар анатомияси

Т.Warton (1656 й) жағ ости , N.Stenon (1662 й) кулоқ олди сўлак безларининг анатомияси ҳақида чоп этган ишларидан сўнг бу аъзолар касалликлари ўрганила бошланди. Одамда уч жуфт катта сўлак безлари: кулоқ олди (glandula parotis), пастки жағ ости (glandula submandibularis), тил ости (glandula sublingularis) ва (лаблар, лунж, танглай, тил, милк) шиллик пардасида майда сўлак безлари мавжуд. Функционал жихатдан, майда безлар катта аҳамиятга эга бўлмасалар ҳам, уларда ҳар хил патологик ўзгаришлар юзага келиб, болани безовта қилиши мумкин.

Кулоқ олди сўлак беги ва бошқа катта сўлак безлари эмбрионал ривожланишнинг 6-хафтасида пайдо бўлади, ривожланишнинг 22-хафтасида сўлак найлари ўтувчан бўлади. Бир ёшгача бўлган болаларда сўлак безлари фаолияти суст бўлса, бир ёшдан сўнг уларнинг фаоллиги ортади ва 15 ёшларга келиб, без шакли, ҳажми ва функционал жихатдан катталарникидан фарқ қилмайди. Туғилган бола-

да без вазни 1,8 г. бўлади. Бола ўса борган сари бу безлар пропорционал равишда катталашади. Балоғатга етган болада без вазни 25-30 г. га етади.

Қулоқ олди бези асосан жағ орти соҳасини эгаллайди. Ясси шаклга эга бўлиб, юз териси остида, олд томондан қисман чайнов мушаги (*m. masseter*) тўсиб туради, орқа томондан - тўш-ўмров-сўрғичсимон (*m. sternocleidomastoideus*) мускул ва қисман сўрғичсимон ўсиққа ётади. Адабиётларда берилган маълумотларга кўра, без узунлиги 48-86 мм, эни 42-74мм, қалинлиги 22-45 мм гача етади. Қулоқ олди сўлак безида ташқи, олд ва орқа юзалари, юқори ва пастки қутблари фарқланади.

Без юмшоқ, пушти рангда бўлиб, алоҳида бўлақлардан иборат. Медиал қисмдан қўшимча бўлақлар тармоқланади. Безнинг бирламчи бўлақчалари қўшилиб, бўлақлар ҳосил қилади. Бўлақларни бириктирувчи тўқимадан иборат бўлган строма ўзаро ажратиб туради. Строма орасида кон томирлари, нерв толалари ва сўлак чиқарув йўллари жойлашади.

Без бўлақчаларининг найчалари қўшилиб, марказий найни (5-7 см. узунликда) ҳосил қилади. Марказий най (*ductus parotideus Stenoni*) безнинг олд қиррасидан чиқиб, горизонтал ҳолатда ётади. Чайнов мушаги олдидан ўтиб, лунж мушаги орасидан оғиз бўшлиғига, яъни биринчи озиқ тишлар қаршисида шиллик пардага очилади.

Қулоқ олди сўлак безининг чиқарув найига 7-18 тагача ён найчалар келиб қўшилади. Магистрал найнинг ички диаметри 1,5-3мм, узунлиги 15-40 мм ни ташкил қилади.

Қулоқ олди сўлак бези орасидан *юз нерви* (*n. facialis*) толалари ўтади. Нерв чакка суягининг сўрғичсимон ва бигизсимон ўсиқлари ўртасидаги тешик (*foramen stylomastoideum*) дан чиқиб, қулоқ олди сўлак безининг орқа қиррасидан без тўқимасига киради, юқоридан пастга, ичкаридан ташқарига ва олдинга йўналади.

Без тўқимаси ичидан ўтган *юз нерви* яхлит тола бўлиб, 0,6-1,5см гача узунликда ташқи уйқу артерияси ва жағ орти венаси ёнидан ўтади, сўнг 0,5-1см чуқурликда иккига бўлинади, ва уларнинг бири нервнинг давоми сифатида горизонтал, иккинчиси пастга 2 см. гача тушиб, бездан чиқиш олдидан тармоқданиб кета-

ди. Юз нервнинг тармоклари без ичида чигал (plexus parotideus) ёки катта гоз панжаси- *pes anserinus major* ҳосил қилади. Чигалдан ажралган толалар елпигичсимон шаклда олдинга - ташкарига йўналади. Без юзасида юз нерви мимика мушаклари: чакка (*rr. temporalis*), ёнок (*rr. zigomatici*), лунж (*rr. buccalis*) пастки жағ ости (*r. marginalis mandibulae*) буйин (*r. coli*) тармоқларини беради.

Ташки уйқу артерияси (без остида, кулоқ олди беги фасцияси юзаси) кулоқ олди сўлак беги паренхимасининг медиал қисмидан жағ шохи орқа қирраси бўйлаб юқорига кўтарилади, ундан олд томонга йўналган юқори жағ артерияси (*a. maxillaris*) ажралади, орқага - кулоқ орти артерияси (*a. auricularis posterior*) юқорига эса - ташки уйқу артерияси охири тармоғи чакканинг юза артерияси (*a. temporalis superficialis*) тери остида жойлашади, ундан ажралган майда томирлар беги артериал кон билан таъминлайди. Бездан кетаётган кон юза ва ўрта чакка веналари *vv. temporalis superficialis*, *temporalis media*, юз кундаланг венаси (*v. transversa faciei*) ва юқори жағ венаси (*v. maxillaris*) воситасида, ташки уйқу артериясига параллель жойлашган жағ орти венаси (*v. retromandibularis*) га куйилади.

Кулоқ олди сўлак бегининг иннервацияси: кулоқ-чакка нерви *n. auriculotemporalis* билан таъминланади. Бу нерв пастки жағ нерви (*n. mandibularis*) дан ажралиб иккига бўлинади (ёки аввалданок икки тармоқ ҳолда ажралади) ва а. *Meningea media* ни ўраб олгач, қайтадан бирлашиб, битта пояга айланади, сўнгра пастки жағ бўғим ўсиғини орқасидан айланиб ўтиб, кулоқ олди бегига кўтарилади. Шу жойда у бегининг ўзига ҳамда без ичидан ўтаётган юз нервига алока (анастамоз) толаларини беради.

Пастки жағ ости сўлак беги (*glandula submandibularis*) анатомияси

Жағ ости сўлак беги катталиги жихатидан кулоқ олди бегида сўнг иккинчи ўринда туради. Оғирлиги 10 гр гача боради. Без чўзинчок, тухум шаклига эга бўлиб, жағ ости учбурчаги (*trigonum submandibulare*) жағ танаси ва қўш қоринли (*m. digastricus*) мушак орасида жойлашган. Без яхши риво-

жланган халта (капсула) билан ўралган. Безнинг латерал, медиал ва пастки юзалари фарқланади.

Без ўзининг ташқи чети билан пастки жағнинг тана қисмига тегиб туради, медиал чети эса *m. Styloglossus* ва *m. Hyoglossus* га ёндошади. Ташқи томондан тери ости ёғ кавати ва тери билан қопланган.

Без найи (*ductus submandibularis Wartoni*) тил остида тил юганчаси (*frenulum sublingualis*) ва икки ёнидаги сўргичлар - (*caruncula sublingualis*) га очилади.

С.Н. Касаткин без найининг уч хил турдаги шаклини ажратиб кўрсатади: *тўғри най* - (кўпчиликда учрайди) юқоридан пастга тўғри йўналган, *ёйсимон букилган*- ёйнинг буртган қисми юқорига қараган ва *S шаклда*. Най кенглиги 3-3,5 мм, узунлиги 5-7 см га етади.

Жағ ости сўлак бези ташқи уйқу артерианинг юз (*a.facialis*), дахан ости (*a.submandibularis*), тил (*a.lingularis*) артериялари тармоқларидан озиқланади. Бездан қайтаётган қон юз (*v.facialis anterior*) ва тил (*v.lingularis*) веналари орқали, ички бўйинтуруқсимон вена (*v.jugularis interna*) га қуйилади.

Жағ ости сўлак безининг иннервациясини пастки жағ ости тугуни (*ganglion submandibularis*) дан чиккан толалар таъминлайди. Тугун жағ ости безининг устида, *m. Pterygoideus lateralis* билан *m.mylohyoideus* ўртасида жойлашган. Бу тугун *n.Trigeminus* учинчи шохининг тармоги - тил нерви (*n.lingualis*) билан боғланган.

Юқорида келтирилган нерв толаларига шунингдек тил ости нерви (*n.hypoglossus*) ҳам қўшилади.

Тил ости бези - (*glandula sublingualis*) анатомияси

Тил ости бези- йирик сўлак безлари орасида энг кичиги ҳисобланади, огирлиги ўрта ҳисобда 5 г ни ташкил қилади. У овалсимон, узунчок тана сифатида пастки жағ суяги танасининг ички юзасидаги шу номли чуқурда

(fossa sublingualis) m. mylohyoideus ning bevosita ustida, pastki jaғ bilan m.geniohyoideus et m. hyoglossus opasida жойлашади. Бошқа безлар каби бу

без ҳам алоҳида бўлакчалардан иборат бўлиб, шу бўлаклардан йирилган катта най- ductus sublingualis major (диаметри 1-2 мм узунлиги 0,9-2см га етади) жағ ости безининг найи билан қўшилиб, ёки алоҳида тил ости соҳасидаги сургичлар - caruncula sublingualis га очилади. Майда найчалар - (ductus sublingualis minor) эса тил остидаги бурма (plica sublingualis) га очилади. Сўлак безининг калта найлари (ductus sublingualis minores) 3 тадан-20 гача, узунлиги 0,5 дан 1,0 см гача бу либ, тил ости бурмаси бўйлаб очилади.

Тил ости сўлак беzi тил артериаси ва венасининг тармоклари бўлган тил ости артериаси ва венаси (a. et v. sublingualis) воситасида озикланади. Бу томирлар дахан ости тил мушаги (m. genioglossus) юзасида жойлашиб узидан 4 тадан-11 тагача майда томирлар беради, улар тилнинг чуқур артериаси (a. profunda linguae) дан чиккан майда томирлар билан анастамозлар ҳосил қилади.

Катта сўлак безларининг тузилиши

Барча сўлак безлари тузилишига кўра найсимон, альвеоляр ва альвеоляр найсимон безларга бўлинади. Секритининг таркибига кўра, шиллик ишлаб чиқарувчи безлар, оқсил ишлаб чиқарувчи безлар ва аралаш безлар фарқланади.

Кулок олди сўлак беzi (glandula parotis) мураккаб тармокланган альвеоляр без бўлиб, унинг секретиси соф оқсилдан иборат. Без ташқи томондан нозик бириктирувчи тўқимадан ташкил топган капсула билан қопланган, капсуладан без ичига кирган уни майда бўлакларга бўлувчи тўсиқлар - трабекулалари мавжуд. Тўсиқдарда кон томирлари, сўлак найлари, нерв тутамлари ва ҳужайралари жойлашган. Кулок олди безининг ҳар бир бўлакчаси охирги секретор пуфакча - ацинуслардан ва чиқарув найларидан иборат. Ацинуслар икки хил ҳужайралардан тузилган. Секретор хусусиятига эга бўлган, пирамидасимон ҳужайраларнинг ядроси юмалок бўлиб, базал қисмида жойлашади. Ядронинг устки қисми майда оксифил секретор дона-

ларни тутади, кенгрок базал қисми эса базофил хусусиятига эга. Секретор хужайранинг учуда микроворсинкалар мавжуд, апикал цитоплазмада кўпгина секрет доналари жойлашади. Уларнинг микдори хужайранинг иш ҳолатига кўра ўзгариб туради. Оксил секрециясида иштирок этувчи хужайралар орасида хужайралараро секретор найи бўлиб, хужайралар махсулоти шу най орқали ацинус бўшлиғига тушади.

Ацинуснинг иккинчи хужайраси ацинус билан базал мембрана ўртасида жойлашган миоэпителиал хужайралардир. Миоэпителиал хужайралар аслида хужайраларини ҳосиласи бўлса-да, бажарадиган фаолияти - кискариш бўлиб, уларнинг бу функцияси мушак элементларини эслатади. Бу хужайралар ацинус эпителий хужайраларини ҳар томондан ураб турганлигидан улар "саватсимон хужайралар" деб ҳам аталади. Миоэпителиал хужайралар цитоплазмасида жойлашган махсус кискарувчи фибриллалар бу хужайранинг ацинус эпителийсини сиқиб, хужайра секретини ацинус бўшлиғига чиқарилиши (эвакуацияси)ни таъминлайди.

Безнинг чиқарув найлари қуйидагиларга бўлинади: бўлакчалар ички найи (*dustus intralobularis*), бўлакчалараро (*ductus interlobularis*) найлар ва безнинг умумий найи (*ductus excretorius seu glandulae*). Бўлакчалар ички найи. уз навбатида, киритш қисмидан (*dustus intercalates*) ва сўлак найидан ташкил топган.

Чиқарув найлари киритш қисмидан бошланади. Киритма най паст кубсимон эпителийдан тузилган бўлиб, уларнинг базал мембранасида миоэпителиал хужайралар жойлашади. Киритма найлар сўлак найига ўтади. Сўлак найи бир каватли цитоплазмали цилиндрсимон эпителий билан қопланган. Хужайраларнинг базал қисмида плазматик мембрананинг бурмалари орасида кўплаб таёкчасимон митохондриялар жойлашиб, базал чизиклар ҳосил қилади ва шунинг учун ҳам бу тузилма чизикли най (*dustus stratus*) ҳам деб аталади. Сўлак найи бўлакчалараро найга ўтади. Бу най икки кават цилиндрсимон эпителий билан қопланиб, най йириклашган сайин унинг эпителийси кўп каватли бўлиб боради. Бўлакчалараро найлар умумий найга қўшилади. Бу найлар кўп каватли кубсимон ва найнинг

оғизга очилиш жойида кўп каватли ясси эпителий билан қопланган бўлиб, юқори-ги катта озик тиш соҳасида лунжнинг шиллиқ каватига очилади.

Жағ ости сўлак беzi. Бу орган тузилишига кўра альвеоляр-найсимон, секретининг характериға кўра аралаш - ҳам оқсил, ҳам шиллиқ ишлаб чиқарувчи бездир. Без ташкаридан юпқа бириктирувчи тўқимадан иборат капсула билан қопланган. Капсула беzни бўлакларға бўлиб, бириктирувчи тўқимадан тузилган трабекулаларғача давом этади. Ҳар бир бўлак, уз навбатида, кулоқ олди беzi сингари, ацинус ва секрет чиқарув найининг бошланиш қисмларидан иборат. Бу безда икки хил - соф оқсил чиқарувчи, шунингдек ҳам оқсил, ҳам шиллиқ ишлаб чиқарувчи ацинуслар фарқланади. Соф оқсил ишлаб чиқарувчи хужайралардан иборат ацинуслар кўп бўлиб. улар кулоқ олди безининг охириги секретор қисми каби тузилишға эғадир.

Ацинуснинг иккинчи хужайраси ацинус билан базал мембрана ўртасида жойлашган миоэпителиал хужайралардир. Миоэпителиал хужайралар аслида хужайраларининг ҳосиласи бўлса-да, бажарадиган фаолияти - кискариш бўлиб, уларнинг бу функцияси мушак элементларини эслатади. Бу хужайралар ацинус эпителий хужайраларини ҳар томондан ўраб турганлигидан улар "саватсимон хужайралар" деб ҳам аталади. Миоэпителиал хужайралар цитоплазмасида жойлашган махсус кискарувчи фибриллалар бу хужайранинг ацинус эпителийсини сиқиб, хужайра секретини ацинус бўшлиғига чиқарилиши (эвакуацияси)ни таъминлайди.

Безнинг чиқарув найлари қуйидагиларға бўлинади: бўлакчалар ички найи (*dustus intralobularis*), бўлакчалараро (*ductus interlobularis*) найлар ва безнинг умумий найи (*ductus excretorius seu glandulae*). Бўлакчалар ички найи, ўз навбатида, киритш қисмидан (*dustus intercalates*) ва сўлак найидан ташкил топган.

Чиқарув найлари киритш қисмидан бошланади. Киритма най паст кубсимон эпителийдан тузилган бўлиб, уларнинг базал мембранасида миоэпителиал хужайралар жойлашади. Киритма найлар сўлак найига ўтади. Сўлак найи бир каватли цитоплазмали цилиндрсимон эпителий билан қопланган. Хужайраларнинг базал қисмида плазматик мембрананинг бурмалари орасида кўплаб таёкчасимон

митохондриялар жойлашиб, базал чизиклар ҳосил қилади ва шунинг учун ҳам бу тузилма чизикли най (dustus stratus) ҳам деб аталади. Сўлак найи бўлакчалараро найга ўтади. Бу най икки кават цилиндрсимон эпителий билан қопланиб, най йириклашган сайин унинг эпителийси кўп каватли бўлиб боради. Бўлакчалараро найлар умумий найга қўшилади. Бу найлар кўп каватли кубсимон ва найнинг оғизга очилиш жойида кўп каватли ясси эпителий билан қопланган бўлиб, юқори-ги катта озик тиш соҳасида лунжнинг шиллик каватига очилади.

Жағ ости сўлак беи. Бу орган тузилишига кўра альвеоляр-найсимон, секретининг характериға кўра аралаш - ҳам оқсил, ҳам шиллик ишлаб чиқарувчи бездир. Без ташқаридан юпқа бириктирувчи тўқимадан иборат капсула билан қопланган. Капсула беи бўлакларға бўлиб, бириктирувчи тўқимадан тузилган трабекулаларғача давом этади. Ҳар бир бўлак, уз навбатида, қулоқ олди беи сингари, ацинус ва секрет чиқарув найининг бошланиш қисмларидан иборат. Бу безда икки хил - соф оқсил чиқарувчи, шунингдек ҳам оқсил, ҳам шиллик ишлаб чиқарувчи ацинуслар фарқланади. Соф оқсил ишлаб чиқарувчи хужайралардан иборат ацинуслар кўп бўлиб, улар қулоқ олди безининг охириги секретор қисми каби тузилишға эғадир. Аралаш секретор ацинуслар соф оқсил ҳосил қилувчи ацинусларлан йирикрок бўлиб, 2 турдаги: оқсил ва шиллик ишлаб чиқарувчи хужайралардан ташкил топган. Шиллик хужайралар (mucocyti) йирик бўлиб, ацинуснинг марказий қисмини эғаллайди. Хужайра ядроси жуда яссиланган ва зичлашган бўлиб, доимо унинг базал қисмида жойлашади. Шиллик хужайралар цитоплазмаси окиш бўлиб, шиллик секрет тутгани учун катак-катак кўриниш касб этади ва муцикармин билан яхши буялади. Аралаш хужайрали ацинуслар таркибида оқсил хужайралар шиллик ишлаб чиқарувчи хужайралар ёнида ўзига хос ярим ойсимон тузилма (Жиануцци ярим ои) сифатида ажралиб туради.

Жағ ости безининг сўлак чиқарув найлари қулоқ олди безининг найлари каби тузилишға эға. Бош чиқарув найи бўлмиш - Вартонов найи, тил юганчаси соҳасида, тил ости беи иайининг ёниға очилади.

Тил ости сўлак беzi. Тил ости беzi мураккаб альвеоляр-найсимон, тармокланган бездир. Тил ости беziда уч хил: аралаш - ҳам шиллик, ҳам оксил ишлаб чиқарувчи, соф шиллик ҳамда кам микдорда факатгина оксил ишлаб чиқарувчи хужайралардан ташкил топган ацинуслар фарқланади. Оксил хужайралар аралаш хужайрали ацинусларда жағ ости беzi хужайраларига ўхшаш Жиануцци ярим ойларини ҳосил килиб жойлашади. Тил ости безининг сўлак чиқарув найи йирик сўлак безларига ўхшаш тузилган бўлса ҳам, най узунлиги жуда калта бўлади. Безнинг бош (асосий) чиқарув найи тил юганчасига очилади.

Без стромасида кон томирлари, нерв толалари ва секрет чиқарув найлари жойлашади. Безларга кирувчи артериялар сўлак найларининг тармоклари бўйлаб таркалади. Улардан шу найларни таъминловчи артериолалар шохланиб кетади. Охирги секретор бўлим - ацинусларга келган артерияларнинг шохобчалари капиллярлар тўрини ҳосил қилади. Сўлак безлари парасимпатик нерв тизимининг краниал қисми ва симпатик нерв тизимининг кўкрак қисмидаги нерв толалари билан таъминланади. Сўлак безларининг жароҳатдан сўнг қайта тикланиш хусусияти кучли ифодаланган.

Сўлак таркиби ва унинг моҳияти. Катта ва майда сўлак безларининг секретлари қўшилиб, умумий сўлакни ҳосил қилади. Унинг таркиби 99,5% сув, анорганик моддалар, яъни тузлар ва органик моддалар (бир канча ферментлар - птиалин, мальтаза, липаза, пептидаза ва протеиназалардан) иборат. Бундан ташқари, унда муцинлар, хужайра элементларидан эпителий ва лейкоцитлар учрайди. Сўлакнинг таркибида шунингдек турли хил бактериялар учрайди. Сўлак озик моддани намлайди, юмшатади, ярим суюқ ҳолатга келтириб, чайнаш ва ютишни енгиллаштиради. Сўлак таркибидаги ферментларнинг таъсири унинг муҳим фаолиятларидан биридир. Карбон сувлари оғиз бўшлиғидан бошлаб парчаланади. Сўлак ёрдамида организм бир канча органик ва анорганик чиқиндилардан (сийдик кислотаси, креатин, йод ва бошқалар) тозаланади. Сўлак безларининг химоя фаолияти, бактерицид хусусиятга эга бўлган лизоцим моддасини ажратиши билан боғлиқ.

Сўлак таркибида инсулин, паротин, эпителийнинг ўсиш омили ва бошқа шунга ўхшаш гормон ва биологик фаол моддалар (инкретлар)нинг бўлиши, сўлак безлари эндокрин функцияни бажаришидан далолат беради.

Сўлак безларининг ривожланиш билан боғлиқ нуқсонлари

Сўлак безлари аплазияси- тўлик ва қисман бўлиши мумкин. Кам учрайди, одатда, катта сўлак без аплазияга учрайди. Оғиз қуриши, кўп тишларнинг емирилиши, текширишга сабаб бўлиб, тасодифан сўлак беzi аплазияси аниқланади.

Сўлак беzi дистопияси (гетеротопияси) - эмбрионал ривожланиш даврида сўлак беzi атрофида капсула кеч ҳосил бўлади. Безни айрим бўлаклари капсуладан ташқарида қолиб кетади. Шу сабабдан, тананинг турли (буйин, кекирдак, тил ва бошқа) соҳаларидан олинган «ўсма» тўқималари текширилиб, сўлак беzi аниқланади.

Сўлак чиқарув найи жойининг сурилиб кетиши - текширув мақсадида сўлак чиқиш тешигини аниқлаш кийин бўлиб қолади. Тешик одатдагидан бошқа жойда топилади.

Сўлак чиқарув найининг ривожланиш нуқсони - одатда, чиқарув найи кенгайган бўлади ва сиалодохит, сиалодохит ривожланишига сабабчи бўлади.

Сўлак безларини текшириш усуллари

Сўлак безларининг касалликларини аниқлаш учун кўпгина усуллар ишлаб чиқилган бўлиб, улар *умумий* (суров, кўрик, пайпаслаш, кон ва сийдик тахлиллари) *хусусий* (хос) чиқарув найини зондлаш, без соҳасини рентгенографияси, сиалометрия, сўлак сифатини аниқлаш, сўлак суртмасининг цитологик текшируви, сиалогграфия, пантомосиалогграфия ва *махсус* томосиалогграфия, радионуклеид текширув, термовизиография, эхосиолография, реография ва бошқалардан иборат.

Цитологик текширув сўлак безидаги патоморфологик ўзгаришларни аниқлаш ва киёсий ташхис учун фойдаланилади (О.В. Рыбаков 1970). Люминисцент микроскопия ёрдамида сўлак беги ажралмасидаги хужайраларнинг хаётлиги ёки нобуд бўлганлигини аниқлаш мумкин.

Биохимик текширув билан сўлакдаги амилазанинг камийиш даражаси аниқланади.

Радионеклеид усул (радиосиалография, сканерлаш, сцинтиграфия) сўлак безида J -131 ёки техниций 99 m тупланишини сканер кайд этиши - безнинг шакли, катта кичиклиги ҳамда зичлигини, ундаги патологик ўзгаришлар бор йўқлигини аниқлашга имкон беради.

Сўлак беги тўкималарида кечаётган ўткир ва сурункали яллиғланишга ва ўсмаларга хос ўзгаришларни аниқлашда шунингдек эхосиалография, ва термовизиография усулларида фойдаланилади.

Бу усуллар оддийлиги ва зарарсизлиги туфайли, уларни динамик равишда ўтказиш ва даволаш жараёнини баҳолашда болалар амалиётида кенг қўллаш имконини беради.

Сўлак беги найининг ўтказувчанлигини аниқлаш мақсадида хар хил (№1 дан- 6 гача) диаметрдаги сўлак беги учун махсус зондлардан фойдаланилади.

Бу усул билан сўлак чиқарув йўллари структуралари ва улардаги компонентларни аниқлаш мумкин.

Сиалометрия без паренхимасининг сўлак чиқариш имконияти (секретор фаолияти) ўрганилади. Маълум вақт оралигида ажралган сўлакни стимуллашдан олдин ҳамда кейин сўлак йигилади ва унинг микдори ўлчанади.

Хар бир сўлак безининг фаолиятини алоҳида ўрганиб, аниқрок натижага эришиш мумкин. Бунинг учун Лошли- Юшенко- Краснагорскийлар таклиф килган, шиллиқ пардага қўйиладиган махсус капсуладан фойдаланилади.

Жағ ости сўлак безидан бу капсула ёрдамида сўлак йигиб бўлмайди. Шу сабабли, жағ ости сўлак беги найига учида махсус бўртма (зайтун меваси шаклидаги олива)си бўлган тўмтоқ нина киритилади. Бу усулларни кичик ёшдаги болаларда қўллаш бирмунча кийин. Чунки текширув эрталаб оч коринга ўтказилади,

бемор оғзига 8 томчи 1% ли пилокарпин томизилади ва 20 дакика давомида сўлак йиғилади.

Оддий рентгенологик текширув- сўлак безида тош, сил касаллигига хос петрификат ёки ёд модда мавжудлигини аниқлаш учун ўтказилади. Батафсил маълумот эса, *сиалография* - сўлак йўлларида рентген контраст хусусиятга эга бўлган модда юбориб, туширилган рентген таъсвирдан олинади. Сиалография ўтказиш учун 30% ли йодолипол, (шафтоли мойидаги 30% йод эритмаси), сувда эрийдиган, таркибида йод бўлган органик бирикмаларнинг эритмалари (кардиотраст, верографин, урографин) дан фойдаланилади.

Сувда эрийдиган контраст моддаларнинг бир канча камчиликлари бор: контраст модда безга юборилгандан сўнг, шу ондаёқ зудлик билан рентген тасвирга тушириш зарур; бир вақтда факат биргина безни текшириш мумкин, чунки сўлак безига юборилган контраст модда 2- 3 дакикадан кейин бездан чиқарилади.

Қулоқ олди сўлак безининг рентгенологик текшируви пешона - бурун, ён проекцияларда; жағ ости сўлак бези эса ён ва горизантал проекцияларда ўтказилади.

Пантомосиолография усулида- контраст модда икки ва ундан ортик катта сўлак безларига юборилади ва панарама рентген тасвирига олинади (Л.А.Юдин таклиф қилган). Усулнинг афзаллиги, бир беморда зарарланган безни соғ без билан солиштириб ўрганиш ва яширин кечаётган касалликни аниқлаш мумкунлигидир.

Дигитал сиалография-бунда сиалографик текширув ангиографда ўтказилади. Мазкур усул, суяклар соясини туширмай, ренген суратида факат без структурасидаги (оддий сиалограммада кўринмайдиган) ўзгаришларни кузатиш имкониятини беради.

Компьютер томографияси- сўлак бези рентген нўрининг ингичка тутами билан нурлатилади, сўнгра текширилган бу кават тасвири ЭХМ ёрдамида тикланади. Экранда безнинг турли катламларининг кундаланг кесими зичлиги рангли

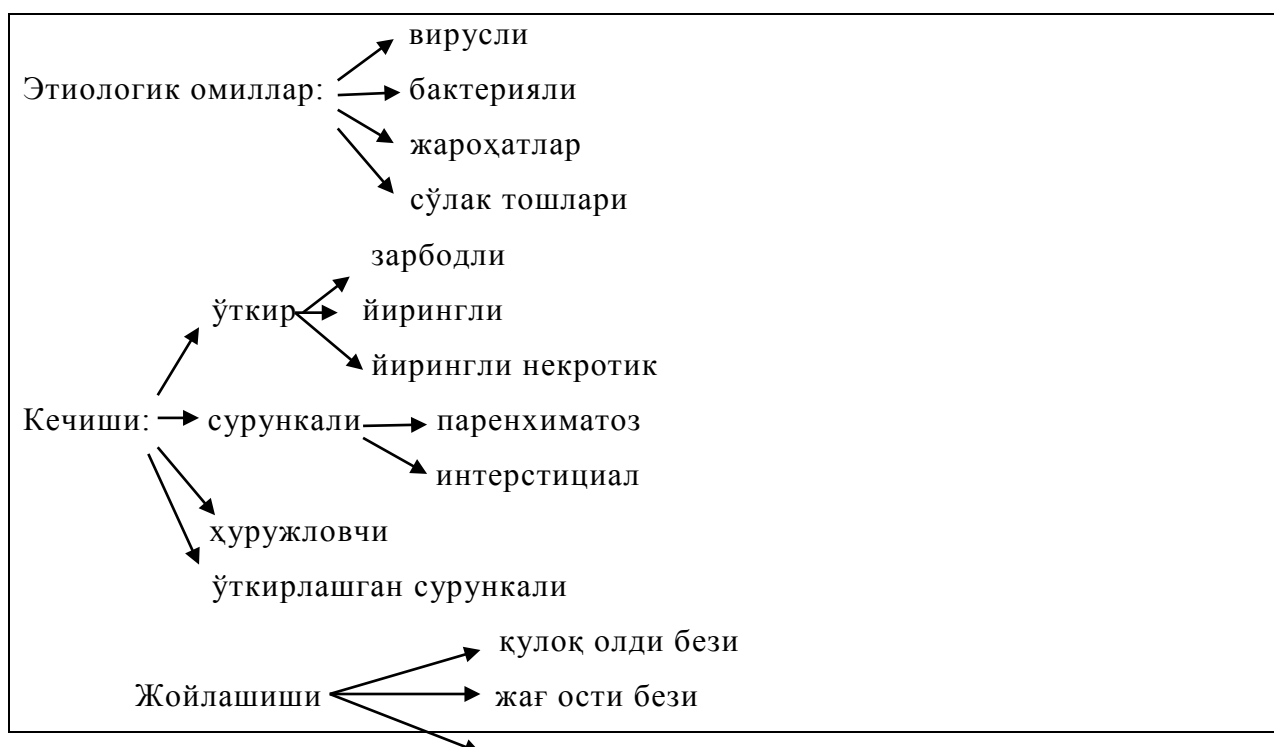
тасвирда намоён бўлади. Бу усулда без ҳолатини, унинг ўсма билан «муносабатини», без тўқимасидаги рентген контраст бўлмаган тошни аниқлаш мумкин.

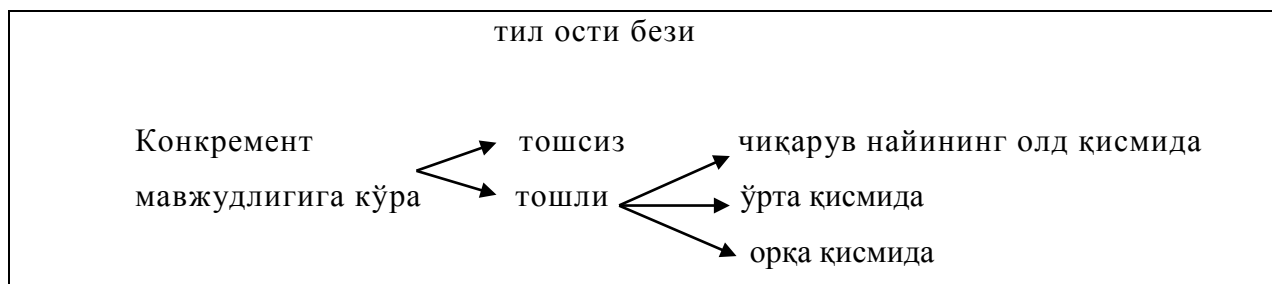
Сўлак безларининг яллиғланиш касалликлари

Болаларда юз-жағ соҳаси яллиғланиш касалликларининг 11-13 % и сўлак безларида учрайди. Сўлак безлари яллиғланишининг деярли 90 % и кулоқ олди безига тўғри келади.

Болаларда сиалоденит ривожланишига таъсир этувчи бир канча омиллар мавжуд бўлиб, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг касалликлари; ўткир ва сурункали тонзиллит; ўткир респиратор касалликлар; кариес ва периодонтит билан касалланган тишлар; сўлак йўлларига ёт моддаларнинг тушиши; сўлак найи ва паренхимаси тузилишида учрайдиган аномалиялар (чиқарув найининг кенг - калталиги, дахлизи очилиб туриши) шулар жумласидандир. Сиалоденит касаллигига вирус ва микроорганизмларнинг сўлак йўли, гематоген, лимфоген ёки бевосита атрофдаги яллиғланиш ўчоқларидан контакт йўллари орқали безга тушиши сабаб бўлади.

Сўлак безларининг яллиғланиш касалликларини ташхислашда қуйидаги (чизма) таснифдан фойдаланиш мумкин:





Ўткир вирусли сialоденитлар

Эпидемик паротит (тепки, *parotitis epidemica acuta*). Охирги йилларда касалликнинг болаларда ва катталарда учраши бир мунча кўпайган. Биринчи бор 1752-йилда Портоломго эпидемик касалликлигини асослаб берган . 1759-йилда Р.Намилтон ўз мақолларида ушбу касаллик шунингдек юқумли эканлигини такидлаган.

Этиологияси: Тепки сабабчиси филтрланувчи РНК геномли вирус бўлиб, касаллик *Paramyxovirus* авлодига мансуб *Pneumophilus parotidis* вируси туфайли келиб чиқади. Бу вирус касалликни фақат одамларда келтириб чиқаради. Тажрибада фақат маймунларда паротит чакиришга мувофиқ бўлинган. Вирус юқори ҳароратда, УБ нурларда 0,1%ли формалин эритмасида, 50% ли этил спиртида зарарсизланади. Атроф мухит ҳарорати 20° С дан ошмаса, бир неча хафта сақланади.

Касал бўлган одам, инкубацион даврнинг охирги кунидан бошлаб, 9 кунгача инфекцияни юқтириши мумкин. Инфекция организмдан сўлак билан чиқарилиб, хаво-томчи йўл билан тарқалади. Касал болалардан соғларига ўйинчоқлар, идиш-товок, сочик орқали ҳам юқиши мумкин. Эпидемик паротит вирусининг касал бўлган хомиладор аёлдан бачадон орқали хомиллага ўтганлиги кайд этилган. Бу касаллик одатда 3 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларда учрайди. 1-3 ёшдаги болаларда касаллик кам учрайди. Йил фаслларида киш ва баҳорда кўп учрайди. Касаллик эпидемия шаклида тарқалган ҳолатлар ҳам бўлган.

Патогенез: Тепки вируси организмга юқори нафас йўллариининг шиллик пардаси ва конъюктива орқали конга ўтади ва келиб чиқиши фақат энтодермал бўлган безлардаги нерв тўқималарига ўрнашади ва касаллик чакиради.

Шикоятлар: Бола ёки ота-оналар, тусатдан тана ҳарорати кўтарилиши, ҳолсизланиш, бош оғриши, иштаха ва уйқу бузилиши, қулоқ

олди сўлак безларининг бирин-кетин катталашганлига, оғиз қуриши, юти-ниш ва овқат чайнаш вақтида безда оғриқ пайдо бўлишига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: Эпидемик паротит кечишида продромал (касаллик белгилари юзага чиккунга қадар бўлган) давр ва касалликнинг клиник белгилари аниқ намоён бўлиш давлари фарқланади. Тепки вируси конга тушганидан сўнг инкубацион (11-13 кун, ўртача 18-20 кун) давр ўтади. Вирус кўпайганидан сўнг, организмнинг заҳарланиши аломатлари пайдо бўлади: - бош оғрийди, уйқу бузилади, мушакларда, бўғимларда оғриқ юзага келади, тана ҳарорати кўтарилади, безгак тутаяди, қоринда оғриқ пайдо бўлади. Вирус ўрнашган тўқималарга кўра унинг безлар, асаб (нерв) тўқимаси зарарланиши билан ва аралаш кечувчи шакллари фарқланади.

Безларнинг зарарланиши билан кечувчи шаклида (фақат қулоқ олди сўлак беши) ёки бошқа без структурасига эга бўлган аъзолар (сўлак, қулоқ ёши, кўкрак беши, ошқозон ости беши, мойяк) (қулоқ олди ва жағ ости сўлак безлари) касалланади. Безлар бир вақтда ва кетма кет зарарланиши мумкин.

Паротитнинг асаб тўқималари зарарланиши билан кечувчи шаклида марказий нерв тизими касалланиб, зардобли менингит ёки менингоэнцефалит ривожланади.

Хасталикнинг аралаш шаклида, марказий нерв тизими ва без тузилишига эга бўлган аъзолар зарарланади (масалан, тепки ва менингит). Касаллик қулоқ олди сўлак безидан бошланиб, кейин марказий асаб тизимида ёки аксинча кечиши мумкин.

Касаллик бола тана ҳароратини 38-39° С гача кўтарилиши, бадан увишиши, сўнг қулоқ олди безларини (аввал бир, кейин икки томонда) катталашини билан бошланади. Бола қулоқ олдида оғриқ борлиги, овқат чайнаётганда ва оғиз очганида оғриқ кучайишига шикоят қилади. Айрим ҳолларда болалар оғриқнинг қулоқ томон тарқалиши, қулоқ шангиллаши, товуш димоғдан келишига шикоят қиладилар. Кейинги кунларда шиш ва оғриқ қулоқ орти соҳаси ҳамда пастга тар-

калиб, пастки жағ шохининг орқа чети билан чакка суягининг сургичсимон ўсиғи орасидаги ораликни тўлдиради, шунинг хисобига кулоқ солинчаги ён томонга силжийди. Катталашган без устидаги тери қоплами таранглашади, лекин ранги кизармайди, пайпаслаганда шиш маркази бир оз оғрикли, консистенцияси ҳамирсимон, четларида бироз юмшоқ без тўқимаси аниқланади. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда Стенон найининг сўлак чиқариш тешиги атрофида шиш ва кизариш(Мурсо симптоми)ни кўриш мумкин.

Тепки хасталиги билан касалланганларнинг 3,1-5,1% ошқозон ости беши ҳам зарарланади. Бундай ҳолатда боланинг тана ҳарорати кўтарилади, қоринда доимий оғрик бўлади. Иштаҳасизлик (анорексия), кўнгил айниши, қусиш, бош оғриғи, кичик ёшдаги болалар ичи (фекалияси) суюқ, ёғли келади. Катта болаларда ич қотади. Сийдикда диастазалар миқдори ошади. Бу ҳолат 3-6 кун (сутка) давом этади.

Айрим беморларда жағ ости ва камдан-кам ҳолларда тил ости сўлак безлари ҳам касалланади. Пастки жағ ости сўлак беши зарарланганда, пастки жағ қиррасининг ички томонида оғрикли, каттик шиш борлиги аниқланади.

Аксарият беморларда, касалланган сўлак безларидаги шиш 4-5 кунда қайтиб, без ўз ҳолатига қайтади. Безнинг ўлчами бир оз катталашган ёки сезиларли даражада катта бўлиши мумкин. Иситмалаш даври 3-4 кун бўлади. Касаллик оғир кечаётган ҳолларда 6-9 кунгача давом этади. Ҳолсизлантирувчи доимий гектик иситма сакланади. Иситманинг гоҳ пасайиб, гоҳ қайтадан юқори даражага чиқиши, патологик жараён бошқа аъзолар (мойк, марказий нерв тизими ва хоказолар) ни ҳам зарарланганлиги ёки асоратлар (плеврит, нефрит, артрит, полиневрит) ривожланганлигидан далолат беради.

Ўсмир болаларда эса, касалликнинг 6-8-чи кунлари, мойкларнинг бирида ёки ҳар иккаласида шиш пайдо бўлиши мумкин. Боланинг аҳволи кескин оғирлашади, тана ҳарорати 40-41° С гача кўтарилади -, сўнг мойк 2-3 барабар катталашиб, кучли оғрик пайдо бўлади. Мойк халтачаси устидаги тери кизаради, шишади, пайпаслаганда кучли оғрик туради. 2-3 кунда сўнг яллиғланиш белгила-

ри қайта бошлайди, 1-чи хафтанинг охири 2-чи хафтанинг бошларида бутунлай қайтади.

Зардобли менингит, одатда, 10-12 ёшдаги болаларда тепки касаллигининг 3-6-кунларида бошланади. Тана ҳарорати кутарилади, бола кусади, боши каттик огрийди, тутканок тутади, касалнинг оёғи корин томонга букилганда, оғриқ пайдо бўлиб, болдирлар ва буйин мушакларининг рефлектор кискариши (Кернинг симптоми) кузатилади. Менингиал симптомлар 3 кундан - 10 кунгача кузатилиши мумкин. Ташхис, юқорида келтирилган клиник белгиларга асосланган ҳолда ва коннинг серологик текширувлари ўтказилиб, қонда (амилаза ва комплемент титрининг кутарилиши), вирус борлиги аниқлангач, куйилади.

Пайпаслаганда эпидемик паротитга хос бўлган қуйидаги (5) оғриқли нукталарга этибор қилинг:

- 1 Кулоқ солинчоғи ортида оғриқ пайдо бўлади (Филатов симптоми).
- 2 Кулоқ дирилдоғи (tragus) олди.
- 3 Сургичсимон ўсиқ чуққиси.
- 4 Пастки жағ шохи чуқурчаси.
- 5 Пастки жағ бурчағи (Хетчкок симптоми).

Бу белгиларнинг барчаси бир беморда жавжудлигини аниқлаш кийин. Сўлакнинг шаффофлиги сакланган ҳолда ёпишқокдиги ортади, аммо ажралиш микдори камаяди.

Даволаш: Эпидемик паротит касаллиги, асосан, уй шароитида даволанади. Бемор бошқа болалардан ажратиб куйилади, бўлимда тушак тартибига ўтказилади. Кўп микдорда суюқлик (чай, шарбатлар, сув) ичиш, суюқ овқат истеъмол қилиш буюрилади. Овқатдан сўнг, оғиз бўшлиғи кайнатилган сув ёки антисептик эритмалар билан чайилади. Махаллий даво -иситувчи боғламлар, физиотерапевтик муолажалар (ЮЧТ, СЧТ, БНМ), паренхиматоз аъзолар зарарланган ҳолатларда, педиатр, эндокринолог; МНС хасталанганда эса, невропатолог тавсияларига кўра даволаш ўтказилади.

Касаллик одатда тўлиқ соғайиш билан тугайди. Бемор организмда тепки вирусига нисбатан иммунитет ҳосил бўлади. Иирингли (инфекция), яллиғланиш

жараёни ривожланса, бактериал паротит, кулоқ олди чайнов соҳасида абсцесс ва флегмоналар юзага келади. Хасталик орхит касаллиги билан ҳамроҳликда кечган болаларда бепуштлик кузатилиши мумкин. Нерв тизимининг зарарланиши билан кечган тепки касаллигининг эшитув нервига таъсири оқибати, гарангликка олиб келиши эҳтимолдан ҳоли эмас.

Вирусли сиалоденит болаларда оғир, нотипик кечишига эга бўлган грипп касаллигининг асорати ҳисобланади. Касалликни РНК сакловчи Orthomyxovirus авлодига мансуб А,В,С типдаги вирус чакиради. Аксарият 7-10 ёшдаги болаларда учрайди.

Шикоятлар: Болалар ва ота-оналар тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриғига, ҳолсизлик, шунингдек иштаха пасайиши ва сўлак безлардаги оғриқка шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: Боланинг сўлак безлари катталашади, овқат еган вақтда оғрийди. Без атрофидаги юмшоқ тўқималарда шиш пайдо бўлади. Оғиз бўшлиғида: сўлак чиқариш найининг дахлизи очик бўлиб, атрофида кизариш ва шиш аниқланади. Сўлак бир маромда ажралади, аммо тиниқ эмас, балки ёпишқок бўлади. Эпидемик паротитдан фарқли равишда оғриқли нукталар бўлмайди. Боланинг умумий ахволи гриппга хос бўлади. Тана ҳарорати кутарилади, бола ҳолсизланади, боши оғрийди, ланж бўлиб, ичак фаолияти бузилади. Вирусли паротит касаллигини эпидемик паротит, сурункали бактериал паротитнинг ўткирлашиши, Герценберг сохта паротити, кулоқ олди чайнов соҳаси абсцесс ва флегмоналаридан фарқлаш керак.

Даволаш: Вирусга қарши препаратлар, В ва С гуруҳларига мансуб витаминлар, лейкопозни стимулловчи препаратлар тайинланади. Тана ҳароратини туширувчи, оғриқсизлантирувчи ва симптоматик даволаш ўтказилади. Махаллий: 5 %ли ДМСО эритмаси ҳамда бонафтон билан компресслар, таркибида интерферон бўлган эритмалар билан оғиз бўшлиғини чайиш, бурунга томизиш буюрилади. Сўлакни хайдаш учун нордон ичимликлар, куритилган нон истеъмол қилиш тавсия қилинади. Бактериал инфекция кўшилса, бактериал сиалоденит касаллигидаги каби комплекс даволаш ўтказилади.

Ўткир бактериал сиалоаденит **(Sialoadenitis bacterialis non calculosa acuta)**

Ўткир бактериал сиалоаденит юз-жағ яллиғланиш касалликларининг 14 % ини ташкил қилади. Турли ёшдаги, кўпроқ 7-12 ёшдаги болаларда учрайди. Ўткир бактериал сиалоаденит аксарият кулоқ олди, баъзан жағ ости сўлак безида учрайди ва тил ости сўлак безида эса деярли учрамайди. Болаларда ўткир сиалоаденитнинг ривожланишига махаллий (безнинг анатомик-физиологик тузилишидаги хусусиятлар, без ичида жойлашган лимфа тугунларнинг яллиғланиши, сўлакнинг миқдори ва сифати, безнинг жароҳатлари, оғиз бўшлиғи ва ЛОР аъзолари шиллик пардаси касалликлари) ва умумий (умумий ҳамда махаллий иммунитетнинг пасайиши, организмнинг сурункали захарланиши, моддалар алмашинуви бузилишлари) омиллар таъсир этади. Ўткир бактериал сиалоаденитнинг зардобли ва йирингли шакллари фарқланади.

Шикоятлар: Тана ҳароратининг кутарилиши ва ҳолсизлик, шунингдек сўлак бези соҳасидаги оғриққа шикоят қилинади, каттарок ёшдаги болалар эса оғизда йиринг иси ва таъмини сезадилар.

Клиник манзараси: Киска продромал даврдан сўнг касалликнинг ўткир даври бошланади. Тана ҳарорати кутарилиб, бола безовталана бошлайди, бир оз вақт ўтиб - ҳолсизланади ва бош оғриғи ҳамда сўлак бези соҳасидаги оғриққа шикоят қилади.

Зардобли кечаётган сиалоаденитда без катталашади, пайпаслаганда оғрийди. Сўлак одатдагидек бўлади. Жағ орти ва жағ ости лимфа тугунлари катталашади. Шу даврда касаллик ташхисланиб, етарли куламда даволаш чоралари ўтказилмаса, киска вақт ичида яллиғланиш касалликнинг йирингли шаклига утади.

Йирингли сиалоаденитда без атрофидаги тўқималарда шиш пайдо бўлади. Тери қоплами кизара бошлайди. Сўлак найининг дахлизи буртиб чиқади, атрофи кизаради. Лойқаланган ипир-ипир кўринишда йиринг аралаш сўлак ажралади. Йирингли сиалоаденитда дастлаб микроабсцесс л ар

пайдо бўлади, кейинчалик улар қўшилиб катта йиринг учогини ҳосил қилади. Сўлак найдан кўп микдорда йиринг ажралади.

Таъхис: Шикоятлар ва клиник белгилар (сўлак безининг катталашини ва унинг устидаги тери таранглашиб, ялт-ялт кизариши, безни уқалаганда сўлак йўлидан кўп микдорда йиринг аралаш лойқа сўлак чиқиши) асосида куйилади. Касалликнинг ўткир даврида сиалография усули ёрдамида текшириш ўтказилмайди.

Киёси таъхис: Эпидемик ва вирусли паротит, қулоқ олди чайнов соҳаси абсцесс ва флегмонаси, ўткирлашган сурункали паротит, Герценберг сохта паротити ҳамда ўткир лимфаденит касалликлари билан солиштирган ҳолда куйилади.

Даволаш чоралари: Сиалoadенитнинг сабабчиси бўлган микроорганизмларни йўқотишга ва организм заҳарланишини камайтиришга қаратилади. Бугунги кунда макролид антибиотиклар (азитромицин, азивок, зомакс) юқори самара бериши аниқланган. Пенициллин каторидаги дорилар билан даволаш ҳам ижобий натижалар беради. Шунингдек, Антигистамин, симптоматик ва иммуностимулловчи препаратлар кулланилади. Сўлак ажралишини тезлигини ошириш, оқсиллар ва нуклеин кислоталар алмашинувини яхшилаш мақсадида натрий нуклеинат, ингибиторлар таъсирида инактивацияга учраган каллекреин протеазаларини тиклаш учун трасилол, контрикал каби ферментатив препаратлар буюрилади. Шулар билан бирга даволаш схемасига замбуруглар ривожланишига қарши дорилар ҳам киритилади. Овқат юқори каллорияли, витаминларга бой, сўлак ҳайдовчи ҳусусиятга эга бўлиши керак.

Маҳаллий даволаш: сўлак найи орқали сўлак йўллари ҳамда без ювилиб, йиринг ва микроблардан тозалашга қаратилади. Бунинг учун учи тўмтоқлаштирилган нина шприцга ўрнатилади. Антисептик тортиб, нина охишта сўлак йўлига киритилади ва 0,1-0,2 мл суюқлик юборилади. Нина чиқарилиб, без паренхимаси босмай енгил уқаланади, шунда бездан антисептик ва йиринг аралаш сўлак чиқади. Қайтадан сўлак йўлига антисептик юбори-

либ, без уқаланади. Бу муолажа бир неча марта такрорланади. Йиринг эвакуациясини осонлаштириш учун протеолитик ферментларни юбориш мақсадга мувофиқ бўлади. Стационар шароитда даволанаётган катта болалар чиқарув найига катетер ўрнатиб, безни ювиш мумкин. Кечаси зарарланган без устига 5 % ДМСО эритмаси, оғриқсизлантирувчи ва гистаминга қарши препаратлар қўшилган эритма билан компресс қўйиш буюрилади. Абсцесс шакланса (қулоқ олди безида) қулоқ олд бурмаси бўйлаб, (жағ ости безида) ёки жағ қиррасига параллел равишда қиррадан пастга 1,5-2см ўтиб кесма ўтказилади. Бир неча кундан сўнг, ярадан чиқаётган ажралма тўхтайдиган ва операцион жароҳат бита бошлайди. Айрим беморларда йиринг ажралиши тўхтаб, сўлак ажралиши давом этиши мумкин. Бундай ҳолда сўлак чиқишини камайтирувчи овқатларни истеъмол қилиш тавсия этилиб, ярага атропин, инсулин препаратлари билан боғлам қўйилади. Яра узок вақт битмаса - жарроҳлик йўли билан бартараф қилинади. Яраинг битишини тезлаштириш ҳамда бездаги яллиғланиш ва оғриқни камайтириш мақсадида лазер нури ва магнит майдони билан таъсир кўрсатиш мумкин.

Сурункали сиалоденит

(*Sialodentitis bacterialis noncalculosa chronica*)

Сурункали сиалоденит ўткир сиалоденитга нисбатан 4 мартаба кўпроқ учрайди. Касаллик асосан қулоқ олди сўлак безида (88%), камдан кам ҳолларда жағ ости безида (3%), тил ости безида деярли учрамайди. Жағ ости сўлак безида кўпроқ (9%) сурункали сиалоденит сўлак тош хасталиги шаклида кечади.

Сурункали сиалоденитнинг ривожланишига цетомегаловирус, оғиз-бурун-ҳалқум, бодом безлари, шунингдек кариес ковагидаги микрофлора сабаб бўлади.

Сурункали сиалоденитнинг қулоқ олди безида кўп учрашида унинг паренхимаси морфофункционал жихатдан етилмаганлигининг аҳамияти каттадир. Сурункали сиалоденитлар куз ва баҳор фасилларида қайталаб, авж

олади. Бола катта бўла борган сайин хуружлар камаяди. Буни кўпчилик муаллифлар ўсмирлар жинсий улғайиши билан боғлайдилар, айримлар ўз-ўзидан тузалиб кетишини болани организм қувватга кириши билан изохлайдилар.

Сурункали паренхиматоз сиаłodенит

Шикоятлар: бола ва ота-оналар сўлак безининг катталашиб оғриши, овқатланаётганда оғриқ кучайишига, тана ҳарорати кутарилиб, иштаха ва уйқу бузилишига шикоят қиладилар. Сўраб суриштирилганда бундай ҳолат авваллари ҳам бир неча марта кузатилиб сўнг, ўтиб кетганлигини аниқлаш мумкин.

Клиник манзараси: Сурункали паренхиматоз паротитнинг хуружлари йил давомида 6-8 мартагача кузатилиб, ўткирлашган даврда клиник касалликнинг манзараси ўткир бактериал паротитга ўхшаш бўлади. Ремиссия босқичида без ҳажми катталашган, пайпаслаганда оғриқсиз, устки юзаси ғадир-будир (нотекис), зич бўлади. Безда, паренхиманинг яллиғланган қисмларида ҳосил бўлган чандиклар туфайли бўртмалар пайдо бўлади. Сўлак найининг дахлизи кенгайган, атрофидаги шиллиқ парда кўкимтир, солкиган юзасида ботган тишлар излари кўринади. Без уқаланганда тиниқ ёки бир оз лойқаланган сўлак ажралади. Сўлак микдори бир оз камайган, ҳар бир хуруждан сўнг без янада катталашади, ғадир-будирлиги ортади. Ремиссия даврида бездаги яллиғланиш жараёни аста-секин давом этади ва сўлак чиқариш камаяди (гипосаливация). Кетма-кет ўтказилган хуружлардан сўнг сўлак чиқарув найи дағаллашади. Пайпасланганда шиллиқ парда остидаги чиқарув найи қалин (пилик) тортма бўлиб сезилади.

Касаллик кечишида уч клиник - рентгенологик босқичлар ажратилади: бошлангич, авж олган, кечиккан (ўтказиб юборилган). Ҳар бир босқичда хуруж ва ремиссия даврлари фарқланади.

Интерцистиал сиаłodенит - болаларда кам учрайди. Асосан ўспиринларда кузатилиши мумкин. Бу касалликда без таркибидаги бириктирувчи тўқима гипертрофияга учрайди. Без ҳажми катталашади, юзаси текис, оғриқсиз бўлади. Ремиссия даврида тиниқ, хуруж даврида -суюқ, лойқа ёки йиринг аралаш сўлак

ажралади. Ўткирлашган даврда касаллик ўткир паренхиматоз сиалоденитга ўхшаш кечади.

Ташхис рентгенологик текширув натижаларига асосланиб қўйилади. Бошланғич даврда, III - IV тартибдаги сўлак чиқарув йўллари торайган бўлса, клиник манзара авж олганда, II-IV тартибдаги сўлак йўллари ҳам торайиб қолади, лекин шунга қарамай четлари аниқ, текис кўринади. Касаллик ўтказиб юборилганда, барча тартибдаги сўлак йўллари торайиб, уларнинг текислиги йўқолади, айрим соҳаларда контраст модда утмай қолади.

Қиёсий ташхис: сурункали сиалоденитлар, сўлак беши ва юмшоқ тўқималарнинг ўсмалари, ўткир бактериал сиалоденит, тепки. Герценберг сохта паротити касалликлари билан солиштирган ҳолда қўйилади.

Сўлак тош касаллиги (sialolitiasis)

Сўлак тош касаллиги - сўлак чиқарув (йўлида) найида ёки паренхима ичида конкремент (тузлар тупланишидан ҳосил бўладиган зич модда) - тош пайдо бўлади ва сўлакнинг чиқишига тўсқинлик қилади.

Сўлак тош касаллиги номини 1879 йилда Scherer киритган. Ҳозирги даврда сўлак тоши касаллиги патогенизида катта ўрин тутувчи моддалар алмашинуви (қон ва сўлак таркибида кальций ҳамда фосфор микдорининг ортиши), «А» витаминининг етишмаслиги ва бошқа сабаблар алоҳида таъкидланади. Сўлак тошларининг кимёвий таркиби деярли бир хил бўлиб, -уларнинг асоси (30%) ни органик, қолган қисми анорганик (фосфор карбонат, кальций карбонат, магний ва темир) моддалар ташкил қилади. Сўлак тошлари сувда қисман эрийди, жойлашишига қараб, шакли ва ҳажми ҳар хил бўлади. Касаллик кўпроқ 10-12 ёшдаги болаларда, жағ ости сўлак бешида учрайди.

Жағ ости сўлак безининг анатомик тузилиши (сўлак чиқарув йўли S шаклда бўлиб, унинг узун ва бир текисда кенг эмаслиги, чиқарув тешигидан пастда жойлашиши) тош ҳосил бўлишига мойиллик яратади. Қулоқ олди сўлак безининг чиқарув найи калта, кенг ва юқоридан пастга йўналганлиги

сабабли, унда сўлак туриб қолмайди ва тош ҳосил бўлиши эҳтимоли ҳам кам.

Тил ости сўлак безининг сўлак йўли жуда калта, кенг вертикал йўналганлиги учун, унда ҳеч тош ҳосил бўлмайди.

Сўлак тошининг жойлашиши (лаколизацияси)га кўра касалликнинг қуйидаги шакллари фарқланади:

1. Сўлак йўли (олд, утра, орқа қисмлари) тош касаллиги, одатда, тош чиқарув найининг олд қисмида жойлашади.
2. Паренхимада жойлашган сўлак тоши касаллиги.
3. Сўлак тоши (ўзи чиқиб кетиши ёки жарроҳлик усулида) олинганидан сўнг безнинг сурункали яллиғланиши.

Шикоятлари: одатта болалар овқат (айниқса нордон, шур таомларни) истемол қилаётганларида безнинг катталашиб кетиши, оғриқ пайдо бўлишига шикоят қиладилар ва аста секин шишнинг ўз-ўзидан қайтиб, оғриқ пайдо бўлишини таъкидлайдилар.

Клиник манзараси: Пастки жағ ости соҳаси сўлак бези проекциясида ўсмасимон шиш кўринади. Оғиз очилиши эркин. Сўлак чиқарув найининг дахлизи атрофидаги шиллиқ парда кизарган, дахлиз одатдагидан кенгроқ. Без қўлга илинади, пайпаслаганда най дахлизидан қуюқ (гохида йиринг аралаш) сўлак чиқади. Пайпаслаганда, сўлак найи яллиғланганлиги боис қўлга қалин тортма сифатида уннайди. Сўлак найини ҳам ички ҳам ташқи томондан бимануал усулда (тошни без ичига киритиб юбормаслик учун), бездан най дахлизи томон пайпаслаб тош аниқлаш мумкин. Сўлак тоши касаллиги без тўқимасида кучли ўзгаришларни юзага келтиради, қон билан таъминланиши, инервацияси бузилади, сўлак чиқариш сусаяди, кимёвий таркиби ўзгаради. Сўлак эвакуацияси кийинлашиши натижасида сиалостаз (туриб қолиши) йирингли сиалоденит юзага келади.

Қиёсий ташхис. Сўлак тоши касаллиги безнинг яллиғланиш касалликлари билан боғлиқ ўсма ва ўсмасимон ҳосилалар, қумсоат шаклидаги киста, оғиз туби эпидермоид ва дермоид кисталар билан ўтказилади.

Сўлак безларининг яллиғланиш касалликларини қиёсий ташхислаш:

| Белгилар | Эпидемик сиалоденит | Ноэпидемик (бактериал) сиалоденит | Сўлак тоши касаллиги | Вирусли сиалоденит |
|--|---|--|--|--|
| Этиология | Вирус | Оғиз бўшлиғи бактериал флораси | Сўлак йўлининг тоши билан бекилиши. | Вирус |
| Ёши | 3ёшдан 15ёшгача | 10-15ёшда | Болаларда кам учрайди. (асосан 12-15 ёшда). | 7-10ёшда |
| Бошланиши ва кечиши | Ўткир | Ўткир, сурункали ва ўткирлашган сурункали | Ўткир, сурункали ва ўткирлашган сурункали | Ўткир |
| Тана ҳарорати | Субфебрилдан 38-39 ⁰ С гача | 37,6-39 ⁰ С ва ундан юқори | Меъёрида, фақат сўлак йўли тоши билан бекилса кўтарилади. | 38-39 ⁰ С |
| Сўлак беши атрофидаги ўзгаришлар | Юмшоқ тўқималарда шиш. Без катталашган, оғрийди. Маълум нуқталарда оғрик. Тери ранги ўчган. | Бир томонда шиш, без катталашган, қаттиқ оғриқли, тери қизарган. | Овқат истеъмол қилганда без катталашди. Кейин аста қайтади, оғриқ камаяди. Нордон нарсалардан тўсатдан оғриқ бошланади (санчикли оғрик.) | Катталашган, қаттиқ оғриқли без. Атрофидаги юмшоқ тўқималарда шиш. |
| Оғиз шиллик пардасидаги ўзгаришлар | Мурсон белгиси, сўлак чиқиши камаяди, ёпишқоқлиги ортади. | Сўлак йўли даҳлизи очик, сўлак йиринг аралаш каммикдорда. | Шикастланган бездан сўлак кам ажралади, сўлак тиник эмас. | Сўлак тиник эмас. Сўлак найи даҳлизи очик, атрофида қизариш. |
| Бошқа аъзо ва тизимларнинг шикастланишлари | Панкреатит, орхит, субмаксиллит, МНС шикастланиши (менингит, менингоэнцефалит) | Камдан-кам асорат билан кечади. | Хос эмас. | Гломеруло-нефрит, пневмония. |

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Қулоқ олди сўлак беши тузулиши, сўлак ҳосил бўлиши ва чиқарилиши.
2. Жағ ости сўлак беши тузулиши, сўлак ҳосил бўлиши ва чиқарилиши.
3. Тил ости сўлак беши тузулиши, сўлак ҳосил бўлиши ва чиқарилиши.
4. Умумий сўлак таркиби ва унинг моҳияти.
5. Болаларда сўлак безларининг ривожланиши билан боғлиқ нуқсонлар.
6. Сўлак безларини текширув усуллари.
7. Сўлак безлари касалликлари таснифи.

8. Эпидемик паротит сабабчиси.
9. Эпидемик паротитда бола ёки ота-онасини шикоятлари.
10. Эпидемик паротитни клиник манзараси ва кечиши.
11. Эпидемик паротитга хос оғриқли нуқталар.
12. Эпидемик паротитни асоратлари.
13. Эпидемик паротитни даволаш.
14. Вирусли сиалоденитни болаларда кечиши (шикоятлар, клиник манзара, даволаш)
15. Ўткир бактериал сиалоденит шикоятлар, зардобли ва йирингли шакллари клиник манзараси.
16. Болаларда ўткир бактериал сиалоденитни даволаш чоралари.
17. Болаларда сурункали паренхиматоз сиалоденит шикоятлар, клиник манзара.
18. Болаларда сурункали интерстициал сиалоденит клиник кечиши, ташхислаш.
19. Болаларда сўлак тош касаллиги.
20. Болаларда сўлак тошни таркибий қисми ва жойлашиши.
21. Болаларда сўлак тошини аниқлаш усуллари.
22. Болаларда кичик сўлак безлари кистаси сабаблари, клиник манзараси ва даволаш.
23. Болаларда тил ости сўлак беzi кистаси (шикоятлар, клиник манзараси даволаш).

VI-БОБ. БОЛАЛАР ЮЗ-ЖАҒ ТЎҚИМАЛАРИ ВА АЪЗОЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ҲУСУСИЯТЛАРИ

Болалар туғилган кундан то балоғат ёшига етгунларича турли хил жароҳатлар олиши табиий ҳолат, албатта. Масалан, чақалоқни тасодифан қўлдан тушириб юбориш, бола, энди тетапоя бўлиб, илк қадам қўяётганда йиқилиши, шўхлик қилиб баландликдан тушиб кетиши, куйиши ва хоказо ҳолатлар тез-тез учраб туради. Жароҳат катта бўладими, кичик бўладими, барибир бунинг оқибатида юз тўқималари ва жағ суяклари ўсмай қолиши, шунингдек юзнинг шакли ўзгариб, чайнов тизимида ўзгаришлар юзага келиши мумкин.

Болаларда юз-жағ жароҳатларининг ўзига хос ҳусусиятлари соҳанинг анатомик-тузилиши ва физиологик функциялари билан боғлиқ.

1. Юз ва оғиз бўшлиғида сезги, нутқ аъзолари, юқори нафас ҳамда ҳазм қилиш тизимлари жойлашади. Уларнинг шикастланишлари нафас олиш, гапириш, овқат қабул қилиш жараёнининг турли даражадаги бузилишларига олиб келади.

2. Жароҳат натижасида юзнинг шакли бузилиб, боланинг руҳиятига салбий таъсир этади. У атрофдагилар, айниқса, тенгдошлари орасида ўзини заиф, нуқсонли сезади, улардан узоқлашишга, яққаланишга ҳаракат қилади, натижада, болаларга кушилмайдиган, одамови, тажаввузкор бўлиб қолади ва шу тариқа бошқа салбий хислатларни ҳам ўзлаштира боради. Бундай болалар улғайган сари социал жамоада мослашиши қийинлашади. Шу боисдан, болалардаги юз-жағ жароҳатларига психосоматик касаллик сифатида ёндошиш лозим бўлади.

3. Юз-жағ соҳаси жароҳатланган беморларнинг ташқи кўриниши ва жароҳатларининг оғирлиги бир-бирига мос келмайди. Мимика мушакларининг қисқариши ва яра четларининг бир-биридан қочиши натижасида, кичик ҳажмдаги яра кенг очилиб, катта бўлиб кўринади, айниқса, бундай жароҳат суяклар синиши, қонаш ва қонталаш, бош мия шикастланиши, ҳушдан кетиш билан биргаликда учраса, жароҳат жуда оғирдек таассурот қолдиради. Аммо тўғри ўтказилган бирламчи жарроҳлик ишлови беморнинг ташқи кўринишини кескин ўзгартиради, шунингдек функционал ўзгаришлар тикланади.

4. Ҳаётӣ зарур аъзолардан – бош мия, кўз, кулоқ, ҳалқумнинг юз-жағ соҳаларига яқинлиги, жароҳатланган беморнинг умумий аҳволини янада оғирлаштиради. Юз-жағ соҳаси жароҳатларининг 50% бош мия шикастланишлари билан биргаликда учрайди. Болаларда бош мия чайқалиши белгилари (ҳушдан кетиш, кўнгил айнаш, кўсиш, бош айланиши) биринчи суткада кузатилмаслиги мумкин. Чунки бола калла суягининг эластиклиги, суяклар ораларидаги чоклар ва лиқилдоқнинг қотмаганлиги мия шишишида кенгайди ва босимнинг ошмаслигини таъминлайди. Бош мия шишиши белгиларининг кеч намоён бўлишига, катталарга нисбатан болаларда ўргимчак уясисимон парда остидаги ораликларнинг кенглиги таъсир этади. Эмизувлик давридаги гўдакларда бош мия шикастланишлари бошланғич даврида, нерв тўқимасининг етарлича дифференциация бўлмаганлиги боис, деярли белгиларсиз кечади. Бош мия шикастланишига шубҳа бўлса, шошилиш тарзда невропатолог ёки нейрохирург маслаҳатини олиш зарур.

5. Болаларда жағ суяклари ва оғиз бўшлиғи аъзоларининг жароҳатлари табиий тарзда овқатланишни қийинлаштиради. Бу ҳолат айниқса энергетик куч сарф қилиши баланд бўлган кичик ёшдаги болаларга салбий таъсир килади. Шунинг учун бола жароҳат олганидан сўнг, биринчи соатларда унинг нормал овқатланишини таъминлаш, шифокор олдида турган асосий масалалардан бири ҳисобланади.

6. Болаларда, жароҳат туфайли оғизни юмиш ва ютинишнинг бузилиши сўлакнинг ташқарига, кўкрак қафаси юзасига оқишига сабабчи бўлади. Ортикча намланиш туфайли тери бўкиб, бичилади ва оқибатда аксарият гўдакларда контакт пневмония ривожланиши мумкин. Сўлак хаддан ташқари кўп оқшининг бошқа салбий таъсири ҳам борки, бунда сўлак билан бирга бола ўзига зарур бўлган маҳаллий ҳимоя омилларини (микроэлементлар ва лизоцим) шунингдек, суюқликни ҳам йўқотади.

7. Оғиз бўшлиғи аъзолари ва жағ суякларининг жароҳатлари кўпинча ҳар хил турдаги (дислокацион, обтурацион, стенодик, клапанли, аспирацион) асфиксия ҳолатлари билан асоратланиши мумкин. Кичик ёшдаги болалар юқори нафас йўллариининг торлиги ва улар шиллиқ қаватининг шишга мойиллиги қисқа

муддатда стенодик асфиксиянинг ривожланишига олиб келиши ва ҳаётига хавф солиши мумкин.

8. Болалар ўпкаларида асоратлар ривожланиш эҳтимоли (хавфи) баланд. Инфекция бронхлар, қон ва лимфа томирлари орқали ўпка тўқимасига тушиши мумкин. Кўп қон йўқотиш, сувсизланиш ва овқатланишнинг бузилиши бронхит ва пневмония ривожланишига мойиллик яратади. Оғиздан майда бронхларга тушаётган сўлак – шиллик ва қон инфекция манбаи бўлиб, касаллик келтириб чиқаради. Натижада: а) уч шохли нервнинг тармоқлари орқали, нейрорефлектор қўзғалиш вегетатив нерв тизимига таъсир кўрсатиб, ўпкада қон турғунлиги ҳолатини юзага келтиради; б) жароҳатлар бош – мия шикастлари билан биргалликда юзага келса, нейро-рефлектор таъсирлар туфайли бош мия пўстлоғида қон айланиши бузилади.

9. Оғиз бўшлиғидаги эркин ётган синган тишлар ва уларнинг бўлаклари, обтурацион асфиксия юзага келиши ҳамда нафас йўллари ва ўпкага иккиламчи инфекция тушишига сабаб бўлишлари мумкин. Жағ синганда, бўлаклардаги синиш чизигига тўғри келган гангреноз тишлар (айниқса, вақтинча тишлам даврида) травматик остеомиелит ривожланишига сабабчи бўлиши мумкин. Бундай тишлар нафақат жағ суягининг яллиғланишига, балки унинг атрофидаги юмшоқ тўқималарда йирингли жараён ривожланишига сабаб бўлади. Айтиқса, тиш бўлаклари тилни жароҳатлаганда оғир асоратлар келиб чиқиши мумкин.

10. Юз-жағ тизими жароҳатланишларини ташхислаш ва даволашда тишларнинг аҳамияти катта. Биринчи навбатда, тишлар ҳолатидан тишлам (прикус) бузилишини аниқлаш орқали, ташхис қўйиш осонлашади. Тишлар суяк бўлакларининг силжишига қаршилиқ кўрсатиб, бўлаклар силжишини камайтиради. Иккинчидан, тишлар ортопедик даволашда таянч сифатида ишлатилади ва уларнинг жойлашишидан бўлакларнинг ҳолати қандайлигини аниқлаш мумкин бўлади.

11. Юз ва оғиз органлари тўқималарининг ҳар хил микроорганизмларга нисбан резистентлиги баланд. Тўқималардаги нейротрофик ва иммун омиллардан ташқари, қаршилиқнинг ошишида кўп сонли микроорганизмларнинг ўзаро анта-

гонистик муносабатлари ва сўлакнинг бактериоцидлик хусусиятлари катта аҳамиятга эга.

12. Юз–жағ ва оғиз бўшлиғи аъзоларининг жароҳатланган тўқималари қон билан яхши таъминлангани ва кучли иннервация ҳисобига юқори регенератив хусусиятга эга.

13. Болаларда нисбатан қалин қатламли ғовак клетчатка мезенхимал паст дифференциалланган бириктирувчи тўқима В.И. Давидовский таърифлашича, ўсиш потенциали ҳисобланади.

14. Болаларнинг юз ва жағлари шикастланганда суякларнинг ўсиш зоналари зарарланиши натижасида, юз соҳаси ҳар хил қисмларининг тўқис уйғунликда гармоник шаклланиши бузилади.

Болаларда жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлови ноадекват равишда ўтказилганда, шунингдек, посттравматик ва операциядан сўнг ривожланган шакл бузилишлари сабабли функционал ўзгаришлар кузатилади.

15. Юзнинг яхши тармоқланган қон томирлари ва иннервацияси боис бола жароҳатланганида кўп қон йўқотади ва гиповолемик шок ривожланиши мумкин, (айниқса гўдақларда, қон ҳажми вазининг 1/12 қисмини ташкил қилгани учун) болаларда бу ҳолат яранинг битиши ва шошилинич ўтказиладиган реанимацион тадбирлар натижасини ҳал қилувчи омил бўлади.

Болаларда юз–жағ жароҳатлари, бошқа соҳа жароҳатларнинг 9–15% ташкил қилади. Катталарда юз–жағларнинг жароҳатлари 25–32% ташкил қилади. Шаҳарда яшовчи болаларда, қишлоқ шароитида истиқомат қилувчи болаларга нисбатан жароҳатланиш 10 баравар кўп учрайди.

Болалар юз–жағ жароҳатлари таснифи

Болаларда юз–жағ тўқималарининг травматик жароҳатлари қуйидагиларга бўлинади:

1. Юмшоқ тўқималар жароҳатлари.
2. Юз–жағ суяклари ва тишларнинг жароҳатлари.

3. Аралаш жароҳатлар – суяк ва юмшоқ тўқималар: юз ва жағларнинг ҳар хил соҳаларида кузатиладиган жароҳатлар: жағлар синиши ва юмшоқ тўқималар шикастлари, юзнинг нуқсонли жароҳатлари ва юз суяклари жароҳатлари.

4. Биргаликда юзага келувчи жароҳатлар – бунда юз-жағ тўқималари жароҳатларининг – бош мия, кўз, кулоқ-томоқ-бурун аъзолари жароҳатлари билан бирвақтда учраши тушунилади.

Юз-жағ соҳаси тўқималарига ташқаридан таъсир этган куч натижасида юз-жағ аъзоларининг анатомик тузилиши ва фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ бўлган ҳолат - жароҳат- юзага келади.

Болаларда ўсиш ва ривожланиш даврининг турли босқичларида учрайдиган жароҳатлар болалик травматизми (жароҳатланиши) деб аталади.

Жароҳатловчи омиллар жуда ҳам турли туман бўлиб, улар қандай вазиятда ва шароитда таъсир этганлигига кўра қуйидаги туркумларга ажратилади.

Туғилиш жароҳатлари. Чақалоқ туғруқ йўлларида қийналиб ўтаётганида доянинг унга ёрдам бериш учун қилган ҳаракатлари ва реанимацион тадбирлар натижасида пастки жағ ва пастки жағ бўғим ўсиғига етказиладиган жароҳат; Туғилаётганда олинган жароҳат ўз вақтида ташхисланмайди, оғиз очилиши чегараланганлиги ёки юз соҳасида асимметрия сезилгандан сўнггина аниқланади.

Маиший жароҳатлар болаларда учрайдиган барча жароҳатларнинг 70% ташкил қилади. Улар кўпинча баландликдан йиқилиш, ҳар хил жисмларга урилиш, қайноқ ёки заҳарли суюқликларни ўзига ағдариб юбориш, очик аланга, электр асбобларидан нотўғри фойдаланиш оқибатида келиб чиқади.

Маиший жароҳатлар кўпроқ гўдакларда ва мактабгача бўлган болаларда учрайди. Болалар ўсиб, ҳаётий тажрибаси ошган сари бундай жароҳатлар камайиб боради. Маиший жароҳатларнинг олдини олиш учун боларни парваришlash ва тарбияlashни тўғри ташкил қилиш мақсадга мувофиқдир.

Кўчада жароҳатланиш деганда, транспорт воситаларининг иштирокисиз жароҳатланиш тушунилади. Бундай жароҳат турлари мактаб ўқувчилари орасида,

айниқса, қишда яхмалақда учиш, чуқурликка тушиб кетиш, ва бошқа шу каби ноқулай шароитлар туфайли юзага келади .

Транспорт туфайли вужудга келадиган жароҳатлар деганда, йўл – транспорт ҳодисалари натижасида олинган жароҳатлар тушунилади. Бундай турдаги жароҳатларга кўп сонли жароҳатлар, бош суякларининг, миянинг шикастланиши билан биргаликда юзага келиш ва оғир клиник кечиш хосдир.

Болалар назоратсиз қолганликлари, шунингдек, йўл ҳаракати қоидаларини билмасликлари, мактабда ва оилада тарбиявий ишлар суст олиб борилганлиги натижасида бундай жароҳатларга учрайдилар.

Спорт жароҳатларига уюштирилган, мураббийлар назорати остида ўтказиладиган турли мусобақалар, спорт тўғаракларида ўтказиладиган машғулотлар тўғри ташкил этилмаганлиги, спорт анжомларининг носозлиги, эҳтиёт чоралари кўрилмаганлиги оқибатида келиб чақади. Шунингдек, бундай жароҳатлар уюшмаган (назоратсиз) спорт ўйинлари вақтида ҳамда велосипед, роликли коньки, мотоцикл ва бошқа турдаги ўйинлар спорт машғулотларини олиб бориш қоидаларига риоя қилмасдан ўтказилганда учрайди.

Ўқув- ишлаб чиқариш жароҳатлари мактаб устахоналари, лаборатория тажриба участкаларида, ишлаб чиқариш техника хавфсизлигига риоя қилмаслик, ўқитувчилар шу қоидаларни ўз вақтида ва керакли тартибда ўқувчиларга ўргатмаслиги оқибатида келиб чиқади. Ўқотар қуроллардан жароҳатланиш болаларда жуда кам учрайди. Одатда улар тасодифий ҳодисалар туфайли, ов милтиқларини сақлаш қоидаларига риоя қилинмаслиги оқибатида юзага келиши мумкин. Бундай жароҳатлар нотинч мамлакатларда учрайди.

Юзнинг юмшоқ тўқималарини жароҳатлари

Болаларда юз-жағ соҳаси тўқималари жароҳатларининг 90% юмшоқ тўқималарга тўғри келади. Жароҳатларнинг 65% 6-14 ёшдаги болаларга тўғри келади ва бунда ўғил болалар қизларга нисбатан икки баравар кўпроқ жароҳатланадилар. 35% жароҳатлар эса 3-4 ёшдаги болаларда учрайди.

Юмшоқ тўқималарнинг болаларда учрайдиган жароҳатлари чизмада келтирилган (Харкевич 200...).

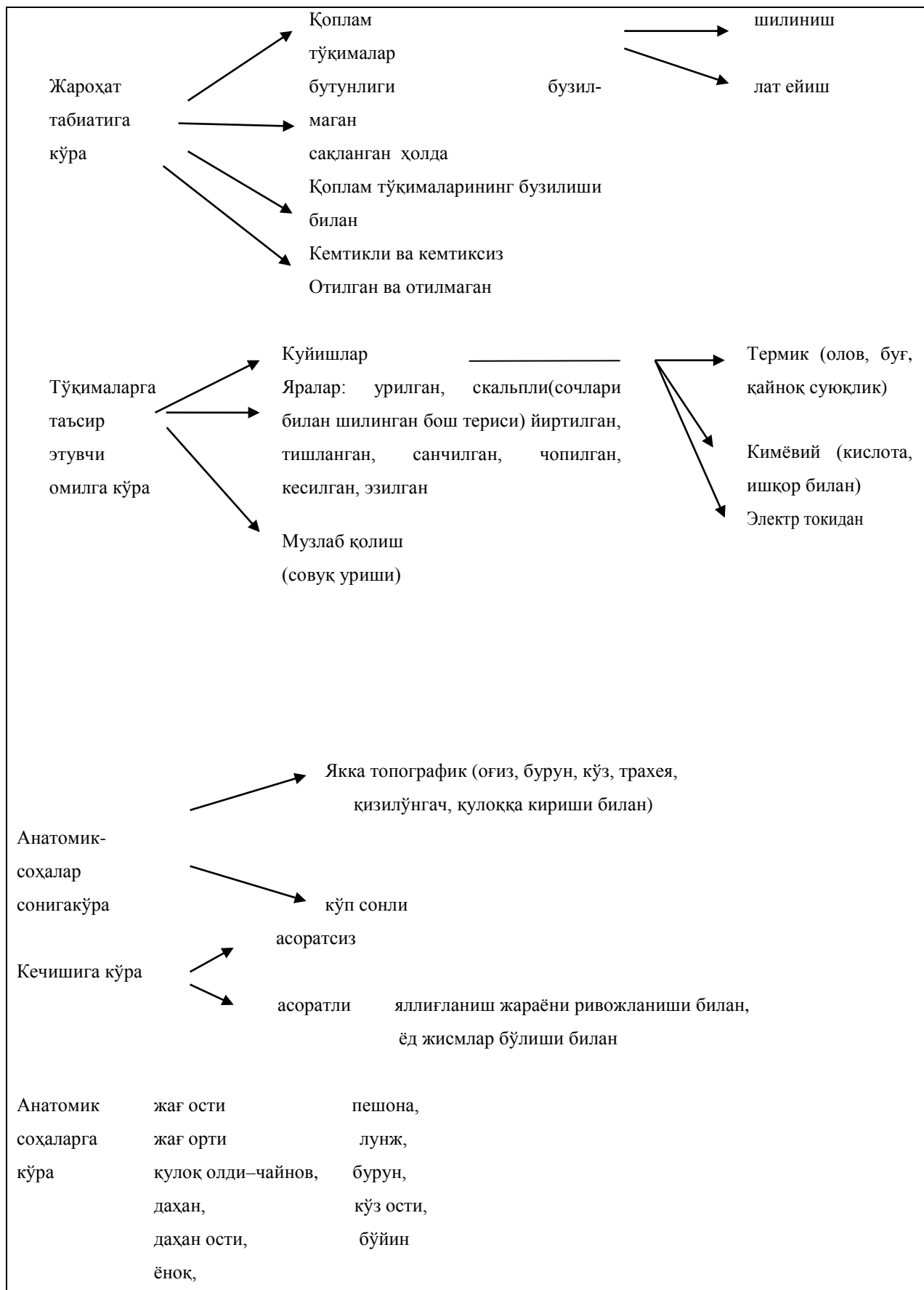
Шилиниш – болаларда жуда кўп учрайдиган жароҳатлардан бири. Бу турдаги жароҳатларда терининг юмшоқ қатлами шикастланади. Тери юзаси (эпидермис), қаттиқ жисм (тахта, асфальт, бетон) га ишқаланиши натижасида (одатда, бола йиқилганда) юзага келади. Шилинган юза ранги бир оз ўзгариб, ёрилган капиллярлардан томчи – томчи қон чиқади.

Даволаш: антисептиклар билан ювиб, бриллиант кўки суртиб қўйилади, кератопластик препаратлар суртилади. Шилинган соҳада қўтир (пўст) ҳосил бўлади, унинг остида яранинг эпителизацияси давом этади. 8-12 кундан сўнг, пўст тушиб кетади.

Лат ейиш (contusiones). Одатда, кенг ёки тўмтоқ юзали жисмга зарб билан урилганда ҳосил бўлади. Тери остидаги юмшоқ тўқималар эзилиб, қон томирлари ёрилади, тўқималарга қон қуйилиб, ранги кўкимтир – қизғиш тус олади ва шишади. 3-5 кундан сўнг шиш камайиб, устидаги тери яшил-сарғиш тус олади, кейинчалик шиш қайтиб, тери асл рангига қайтади.

Даволаш: лат еган соҳага антисептик ишлов бериб, боғлам қўйилади. Боғлам устидан дастлабки икки сутка давомида дам-дам муз қўйилади.

Юз юмшоқ тўқималари жароҳатларининг таснифи:



Кейинги вақтларда амалиётда иситувчи муолажалар (димексид эритмаси билан компресс, лазер нурлари, ультратовуш) кенг кўламда ўтказилади. Агарда, йирик қон томирлари жароҳат туфайли ёрилган бўлса, каттагина гематома ҳосил бўлади. Вақтни ўтказмай, бундай гематомадаги қонни шприц ёрдамида сўриб, олиб ташлаш ва босим турувчи боғлам қўйиш керак. Гематома жуда катта бўлиб, бир неча анатомик соҳаларни эгаллаган бўлса, бола стационар шароитида яллиғланишга қарши даволаниши зарур. Гематомада, яллиғланиш жараёни ривожланса, кесма ўтказилиб дренаж қолдирилади.

Яралар. Юзага келиши жароҳат механизмига кўра, яралар: кесилган, эзилган, эзилиб-йиртилган, чопилган, йиртилган, санчилган, тишланган, отилган ва ниҳоят, аралаш турларга ажратилади.

Шикоятлари: одатда, олинган жароҳатларнинг оғирлиги жойлашган соҳасига бевосита боғлиқ бўлади. Одатда, ота-оналар ва болалар қон кетишига, нуқсон, оғриқ ва функционал бузилишлар мавжудлигига шикоят қиладилар. Жароҳат оғир бўлса, боланинг ҳолсизлиги, кўнгли айниб, қўсиши ва безовта бўлишига шикоят қиладилар.

Клиник кечиши: болалар одатда, ўзларининг ёшига ва фаоллигига мувофиқ қиладиган шўхликлари, ўйинлари ва эҳтиётсизликлари натижасида жароҳат оладилар. Жароҳатнинг клиник кўриниши унинг турига боғлиқ.

Кесилган яра – бола ўткир предметлар – пичоқ, қайчи, шиша билан кесиб олиши ёки ойнага урилиши, металл ёки пластик парчаси билан кесилиши натижасида юзага келади. Кесилган яранинг четлари текис бир чизикда бўлиб, одатда, нуқсон бўлмайдди, туби юмшоқ тўқима ёки суяк билан чегараланган бўлиши мумкин.

Йиртилган яранинг четлари нотекис, майда лахтакли, гоҳида некрозга учраган бўлади.

Санчилган яра. Кириш жойи кичик, туби узун ва чуқур бўлади. Кичик ёшдаги болалар, одатда, қўлида ушлаб турган предметга йиқилади, агарда у шиша асбоб (банка, лампочка ва бошқа) бўлса, синиб, юз тўқималарини кесиб юборади. Югуриб кетаётган бола йиқилиши натижасида оғзига ўткир учли предметлар

(қалам, ручка, чўп, сурнай) санчилган ёки йиртилган юмшоқ танглай ва танглай равоқлари ярасини юзага келтириши мумкин яра. Ичига зонд киритиб, унинг чуқурлиги ва йўналишини аниқлаш мумкин. Мактаб ёшидаги болалар дарахтдан, томдан ёки қурилиш майдонларида ўйнаётиб бехосдан тушиб кетганда олган жароҳатларидаги эзилиб-йиртилган яраларга, тўқималарнинг қаттиқ зарб таъсирида ҳам титилиб, ҳам чўзилиб йиртилиши хос бўлади.

Кўпинча бундай жароҳатлар, юз-жағ суякларининг туртиб чиқиб турган жойларига жисмлар қаттиқ зарб билан урилиши натижасида юзага келади. Бир вақтнинг ўзида суяклар синиши ва юмшоқ тўқималар (мушаклар, йирик қон томир ва нерв толалари, сўлак безлари) ҳам жароҳатланиши мумкин.

Тишланган жароҳатлар болалар орасида кўп учрайди. Охириги йилларда улар умумий жароҳатлар сонининг 10% ташкил қилмоқда.

Аксарият уй ҳайвонлари (ит, мушук) тишлаган жароҳатлар учрайди. Тишланган жароҳатлар турли хил бўлади. Тиш излари кўринишига кўра, кўп тишланган, базан узиб олинган ёки, тиш билан йиртилган ҳолатда бўлади. Айрим ҳолларда тишлар қатта қон томирларини ёриб юбориши, нерв толаларини узиши, сўлак безларини шикастлаши кузатилади. Жароҳатлар орасида кулоқ, бурун, қош, лабнинг узиб олинишлари оғир ҳолатлар ҳисобланади.

Жароҳатнинг кўриниши, четларининг ҳолати ташхис қўйишда қийинчилик туғдирмайди.

Даволаш: болани кўриқдан ўтказиб, унинг умумий ҳолати ва жароҳатига баҳо берилади сўнгра жарроҳлик ишлови ўтказилади. Жарроҳлик ишловини ўтказишдаги асосий тамоил: имконият қадар барвақт (шошилинич) чора кўриш ва тўқималарни тўлиқ ҳажмда сақлашдан иборат. Бирламчи жарроҳлик ишлови дастлабки 24 соат ичида, кечиктирилган жарроҳлик ишлови – 48 соатгача, кеч жарроҳлик ишлови эса 72 соатгача ўтказилади.

Юз-жағ соҳалари жароҳатларига ишлов бериш тартиби

1. Операция майдонига асептик ва антисептик ишлов бериш;
2. Оғриқсизлантириш;

3. Қон кетишини охиригача тўхтатиш;
4. Ярада тафтиш (ревизия) ўтказиш;
5. Яра тубидан бошлаб қаватма-қават чоклар қўйиш.

Ярага бирламчи ишлов беришдан аввал, жарроҳ бир қанча ташкилий масалаларни ҳал қилиши, жумладан оғриқсизлантириш усули ўтказилади, чоклар қўйиш учун иплар муоложа давомида боланинг тинч кимирламай туришини таъминлаш, ҳамда операциядан сўнг овқатлантириш (яра оғиз ва унинг атрофидаги тўқималарда бўлса) услубини танлаб, режалаштириши лозим.

Бугунги кунда, ҳар қандай ярага бирламчи жарроҳлик ишловини оғриқсиз (маҳаллий инфилтрацион ёки ўтказувчи услублардан фойдаланиб) ўтказиш мумкин, аммо бунинг учун бола тинч ётиши шарт. Кичик ёшдаги болаларда маҳаллий оғриқсизлантириш, гарчи у премедикация билан биргаликда ўтказилса ҳам, буни таъминлай олмайди. Шу боис, жароҳат оғирлигидан қатъий назар, ярага ишлов берилаётганда умумий оғриқсизлантириш шубҳасиз афзалликларга эга. Яра оғиз, бурун бўшлиқлари билан туташган ҳолларда интубацион наркоз, юза жойлашган бўлса, маска ёрдамида, ингаляция ёки вена ичига, мушаклар орасига наркотик модда юбориш йўли билан ўтказилгани маъқул.

Мактаб ёшидаги болаларга: 8-10 ёш ва ундан катталарга, маҳаллий оғриқсизлантириш остида юза яраларга бирламчи жарроҳлик ишлови бериш мумкин. Ярага ишлов маҳаллий оғриқсизлантириш остида ўтказилса, аввал яра ва атрофдаги тўқималар антисептиклар (фурацилин, 2% водород пероксид эритмаси, риванол, диоксидин ва бошқалар) билан ювилади. Ювилаётганда, ҳаракатлар ярадан ташқарига қаратилган бўлиши керак. Шундан сўнг, маҳаллий оғриқсизлантириш ўтказилади.

Кейинги босқичда, қон кетиши тўхтатилади ва ярада тафтиш ўтказилади. Қон кетишини тўхтатиш учун физикавий (механик, термик) усуллардан ва дори-дармонлардан фойдаланилади.

Тирқираб қон оқаётган томир аниқланса, қисқич билан сиқиб олинади, электр коагулятор билан куйдирилади, ёки чок қўйиб боғланади. Яранинг бутун юзасидан қон кетаётган бўлса, унда дока водород пероксиди, тромбин, адреналин,

ёки капрофер ва бошқа гемостатик дориворлар билан шимдирилиб, яра юзасига ёпиштириб босиб кўйилади. Қон кетиши тўхтагандан сўнг, ярада тафтиш ўтказилади ва яранинг йўналиши, унинг кенглиги, шикастланган тўқималар ҳолати, ёд моддалар бор йўқлиги аниқланади. Бунда яранинг оғиз, бурун, юқори жағ бўшлиқларига алоҳида эътибор берилади.

Тафтиш қилинаётганда, ярадаги ёд ва ифлос моддалар яранинг ичкарасига чуқур кириб кетмаслиги учун эҳтиёт бўлиш лозим.

Санчилган яра тафтиш қилинаётганда (танглай, жағ-қанот соҳаларида) яранинг тубигача “етиб бориш” ва унинг ичини синчиклаб кўздан кечириш зарур. Бу унинг учун яра кесилиб, кенгайтирилиши керак. Шунда титилган, ранги ўзгарган, “жонланиш” эҳтимоли кам бўлган майда тўқималар кесиб ташланади. Яра ювилиб, тубидан бошлаб қаватма-қават (қатламма-қатлам) зич қилиб тикилади. Чок қўйишда қонга тўлиб қолувчи “чўнтак” ларни қолдирмаслик керак, акс ҳолда тўпланган қон йиринглаб яллиғланиш жараёнига сабаб бўлади. Агар яра чуқур бўлиб, ичида қон тўпланиб қолиш эҳтимоли бўлса, бундай яра ичида 2-3 кунга резина чиқаргич қолдирилади.

Оғиз бўшлиғи билан туташган яраларда чиқаргич оғиз ичига чиқарилиб қолдирилади. Кичик ёшдаги болаларда уни олиб ташламасликлари учун яра четларига албатта чок қўйиш керак. Мушакларга, тери ости ёғ қатламларига-сўрилувчи (кетгут, викрил ва бошқа шу каби) иплардан, терига-полиамид толадан чоклар қўйилади. Чоклар 7-8 кундан сўнг олинади. Яранинг битишига қулай шароит яратиш учун физиотерапевтик (лазер билан нурлантириш, ультратовуш, массаж) муолажалари буюрилади.

Чоклар олингандан сўнг, ҳосил бўлаётган чандиқнинг юмшоқ ва бежирим бўлиб шаклланиши учун эластопротекторлар (контрактубекс, цепон, дермотекс) суртиш ёки фонофорез билан киритиш тавсия этилади.

Юмшоқ тўқималарда кемтик бўлса, бирламчи жарроҳлик ишловини ўтказаетганда, бир вақтнинг ўзида маҳаллий тўқималар (Шимановский, Лимберг усуллари) ёки эркин тери кўчириб ўтказиш йўли билан пластик тиклаш операциясини ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Буруннинг тоғайли қисмида нуқсонли жароҳат мавжуд бўлса, уни Суслов усулида кулоқ супрасидан олинган тўқималарни эркин кўчириб ўтказиш йўли билан тиклаш мумкин.

Агар юз тўқималари (кулоқ, бурун, лунж) тишлаб, юлиб олинган бўлса ва ота-оналар уни олиб келган бўлсалар, кўриқдан ўтказиб, жонлантириш эҳтимоли мавжуд бўлса, ишлов бериб, дарҳол ўзўрнига жойлаштириб, чоклар қўйиш керак.

Ўтказилган тўқима бутунлай “жонланиб” кетмаса ҳам, яра остида грануляцион тўқима ҳосил бўлишини таъминлайди. Тишлаб (узиб) олинган тўқималар транспортировка қилиш қоидаларига мувофиқ (тоза полиэтилен пакетда муз бўлаклари билан билан ўралган бўлиб 24 соат ичида) келтирилган ҳолатдагина, ўтказилиши мумкин.

Тишланган яраларга ишлов беришнинг ўзига хос хусусиятлари: Тишланган яра биринчи навбатда кир совун 10% эритмаси билан оқар сувда (четдан ўртага қараб) ювилиши керак; тишланган яранинг четлари, одатда, копиб олингалигни учун нотекис бўлади. Терининг айрим жойлари кўкариб қолади, бундай жонсиз тўқималар кесиб ташланади; тишланган яра ифлосланган ҳисобланганлиги учун 5-7 уни кун давомида (резина чиқаргич билан) дренажлаш шарт; бемор қутуришга қарши (ЎзССВ томонидан берилган йўриқномага риоя қилган ҳолда) албатта эмланиши лозим.

Куйиш (Combustos)

Куйиш деганда - тўқималарнинг юқори даражадаги ҳарорат, электр токи, кимёвий моддалар ва радиация таъсирида шикастланиши туфайли юзага келадиган ҳолат, (ўзгаришлар) тушунилади.

Адабиётлардаги маълумотларда ҳар 1000 кишига 4-10 болада куйиш ҳолати учраши қайд этилади. Жами куйганлар орасида 48% и болалардан иборат бўлиб, шуларнинг орасида 2-5 ёшдагилари 1/3 қисми ташкил қилади. Болалар ўлимининг сабаблари ичида куйиш 2% ни ташкил қилади ёки элликта ўлим ходисасидан биттаси куйиш туфайли содир бўлади.

Куйишга олиб келувчи асосий омиллар бу: қайноқ суюқлик, аланга ва электр токидир. Таъсир этувчи омилга нисбатан: термик, кимёвий ҳамда электрдан ва нурдан куйишлар ажратилади.

Болаларнинг куйишлари уларнинг эҳтиётсизлиги сабабли қилинган хатти-ҳаракати натижасида ва ҳаётий тажрибалари йўқлигидан келиб чиқади. 1-3 ёшдаги болалар қайноқ сув ёки ёғни устиларига ағдариб юборишлари, шунингдек электр токи бўлган симларни оғизларига солишилари мумкин. Каттароқ (4-6) ёшдаги болалар эса қизиқувчанликлари боис ўта ёнувчан моддалар (бензин, керосин ва шу кабилар) ни ёқиб, аланга ичида қолиб кетишлари мумкин.

Болаларда юз-жағ соҳалари куйишининг клиник манзараси ва кечиши ўзига хос табиатга эга бўлиб, бу ҳусусиятлар болалар организми ва юз-жағлари тузилишидаги анатомик-физиологик ҳусусиятларидан келиб чиқади.

Куйиш майдони катта бўлмаса ҳам, (қарахтлик) шок ҳолати катталарга нисбатан болаларда кўпроқ учрайди ва бу бола танасининг скелети ва тери сатҳи орасидаги диспропорция, нафас олиш тизимидаги компенсаторлик (қопланиш) имкониятларининг чекланганлиги, модда алмашинувининг юқори даражадалиги, ва тўқималарнинг кислородга эҳтиёжи баландлиги билан изоҳланади

Болаларда юз соҳаси куйиши (тананинг бошқа қисмларига нисбатан) нинг ўзига хос ҳусусияти шундаки, бунда ҳарорат даражаси ва таъсир этувчи (экспозиция) вақт давомийлиги (катталар билан) бир хил бўлганда, юз тўқималари чуқур куяди. Мазкур ҳолат бола юзи терисининг тузилиши билан боғлиқ ҳусусиятлардан (мугуз) қатламининг юпқалиги ва капилляр қон-томирларининг кўплиги билан изоҳланади.

Болаларда юз тўқималарининг куйиши, кўп ҳолларда оғиз-бўшлиғи, юқори нафас йўллари, қизилўнгач куйишилар билан биргаликда учрайди ва уларнинг торайиш (стенози) билан кечади.

Болаларда куйган соҳа (айниқса қовоқлар)да қисқа вақт ичида кенг кўламда солқиш (шиш) ҳосил бўлади.

Юзнинг ҳар хил қисмлари бир хил даражада куймайди, одатда, тўртиб чиққан соҳалар (бурун, ёноқ) чуқурроқ куяди.

Термик куйишнинг маҳаллий белгилари намоён бўлиши куйиш чуқурлигига боғлиқ.

Кимёвий куйиш болаларда термик куйишга нисбатан кам учрайди. Кимёвий куйишнинг даражаси модданинг концентрацияси, миқдори, таъсирининг давомийлиги (контактда бўлган вақти)га бевосита боғлиқ. Одатда, кимёвий куйиш бола суюқликни ичиб юбориши натижасида юзага келади ва бундай ҳолатда оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардаси шикастланади. Чуқур куйиш фақат юқори концентрацияли моддалар оғизга олинганда кузатилиши мумкин.

Бу ўринда сирка эссенцияси, KMnO_4 кристаллари, ацетон, хлор эритмалари, кир ювиш воситаларининг таъсирини мисол тариқасида келтириш мумкин. Бундай куйишнинг оқибатлари ниҳоятда ачинарлидир. Масалан: қизилунгач шиллиқ пардаси куйса, кейинчалик чандиқли ўзгаришлар натижасида у торайиб, овқат ўтмайдиган ҳолатга келиб қолади.

Одатда, болалардаги кимёвий куйишлар, мактабда кимё фанидан амалий машғулотлари ўтказилаётганда, техника ҳавфсизлиги қоидаларига риоя қилинмаганлиги боис KMnO_4 кислота ва ишқорларнинг сачраб кетиши оқибатида юзага келади.

Кимёвий куйиш термик (иссиқлик) куйишдан фарқ қилади. Биринчи навбатда, у кимёвий мода таркибига боғлиқ. Кислоталар таъсирида тери бўймайиб қуриб қолади, ишқорлардан эса бўкиб, – пилчиллаб юмшаб кетади. Иккинчи ҳам атрофдаги соғлом тўқимадаги микроциркуляция ва трофикани бузади, шунинг ҳисобига кимёвий куйган яра термик ярага нисбатан сууст битади.

Кислота ва оғир металлларнинг тузлари таъсиридан куйган терида **коагуляция (қуруқ) некроз** кечади, оқсиллар парчаланиб, тўқима сувсизланади ва жонсиз (ўлик) соҳалар ҳосил бўлади. Сульфат кислотадан куйган тери жигар ранг ёки қора; хлорид кислотадан – сарғиш; фтор-водородли кислотадан – кулранг ёки оқ тус олади. Ишқор таъсиридан куйган тўқимада **колликвацион (нам) некроз** шаклланади. Ишқорлар оқсилни парчалайди ва ишқорий протеинлар ҳосил қилади, улар ёғларни кўпиртиради. Терига тушган ишқор дастлаб эпидермисни парчалайди. Эрозия сатҳи тўқ пушти ранг олади. Ишқор сизилиб, чуқур тўқималарга

сингади ва уларда бир неча кун қолиб, захарли альбуминатлар ҳосил қилади. Тўқималарданам некроз юзага келади. Ишқорлар секин сўрилиб, чуқур сингиб кирганлиги боис, тўқималарга кислоталардан кўра кучлироқ таъсир кўрсатади.

Шунинг учун тўқималарда ишқордан юзага келадиган куйиш чуқурлиги кеч аниқланади.

Кимёвий моддалардан куйган беморга биринчи ёрдам кўрсатиш теридан кимёвий моддани зудлик билан чиқариб (ювиб) ташлаш, унинг организмдаги концентрациясини камайтириш, куйган соҳа ҳароратини пасайтириш, бунда, энг оддий ва яхши самара берувчи усулдан фойдаланиш, яъни – жароҳат юзасини оқиб турган сув билан 20-30 дақиқа давомида ювиш каби амалларни ўз ичига олади.

Бўктирилмаган оҳак ва концентрацияси баланд сульфид кислота сувга қўшилганда, кимёвий реакция натижасида, иссиқлик ажралиб чиқади (экзотермия) ва бу ҳолат қўшимча жароҳатланишга олиб келишини диэтил алюминий гидриди ва триэтилалюминий сув билан қўшилганда эса, аланга бериб ёнишини ёдда тутиш лозим.

Кимёвий куйиш даражаси, мода билан тери орасида бўлган контакт давомийлигига боғлиқ бўлади. Шу боисдан, барча сайъи ҳаракатлар кимёвий моддани (кимёвий модда қайси гуруҳга мансублигини аниқлаш аксарият ҳолларда мумкин бўлмайди) сув билан ювиб ташлашга қаратилади. Нейтралловчи эритмалар билан ювиш даволаш муассасаларида бажарилади. Кимёвий агент аниқланганидан сўнг, уни нейтраллаш чоралари ўтказилади. Кислота куйдирган бўлса, 2%-5% ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан, ишқор куйдирган бўлса – 1-2% ли уксус, лимон кислоталари эритмалари билан боғлам қўйилади.

Бемор шифохонага кечиктириб келтирилган бўлса, ярага малҳамлардан боғлам қўйилади. Кимёвий моддадан захарланиш белгилари намоён бўлса, дезинтоксикацион даволаш чоралари кўрилиб, антидотлар буюрилади.

Нур таъсиридан куйиш. Болаларда юз териси, одатда, ультрабинафша нурланишдан (узоқ вақт қуёш нуридан юзлари ёпилмаган бўлса) ёки нур билан

даволаниш, шунингдек, радиация кучли бўлган ҳудудларда қолиб кетишлари натижасида қуяди.

Клиник манзараси: Дастлаб, тери қизаради, ачишиб оғрийди, кейинроқ болада умумий ҳолсизлик, ланжлик кузатилади, бош оғриғи, кўнгил айнишига шикоят қилади, қусади. Бир неча соатдан сўнг, боланинг аҳволи яхшиланади, сўнг “яширин” давр бошланади. Бу даврга пуфакчалар ҳосил бўлиб, ёрилиши хосдир. Шундан сўнг, тери тозаланиб, қаттиқлашади. Иккинчи ҳафтанинг охирида, касаллик ҳуруж беради, тери қизаради ва шикастланган соҳа аниқ чегара билан ажралиб қолади. Тери, тери ости қатлами ва фасция оралиқларида шиш кучаяди. Куйиш соҳаларида ҳосил бўлган пуфакчалар ичи суюқлик билан тўлиб оғрийди ва ёрилади, кейинчалик унларинг ўрнида узок вақт битмайдиган яра ҳосил бўлади. Нурдан куйган тўқима қуруқ некрозга учрайди.

Куйиш касаллиги

Куйиш касаллигининг кечишида уч босқич (давр) ажратилади: куйиш шоки (қарахтлик), токсемия, инфекция асоратлар.

Болаларда куйиш касаллигининг оғирлик даражаси боланинг ёшига нисбатан тесқари пропорционал кечади. Бола қанча кичик ёшда бўлса, касаллик шунча оғир кечади, 5-7 % куйган болаларда куйиш энцефалопатияси ривожланади ва бу ҳолат марказий нерв тизимидаги жиддий органик ўзгаришлардан далолат беради.

Куйиш шоки, одатда, 5% чуқур куйишда ривожланади. Болаларда куйиш шоки марказий нерв тизими фаолиятининг бузилиши билан кечганлиги боис, катталарга нисбатан оғирроқ кечади. Дастлаб, кучли оғриқ таъсирида марказий нерв тизимида толиқиш ҳосил бўлади. Бунинг оқибатида шок белгилари ўзига хос кўринишга эга бўлади, болалар йиғламайди, бўшашган, кам ҳаракатли, тери ранги оқарган, шиллик парда кўкиш, мушакларда титроқ бўлади, оёқ-қўллари музлайди, шундан сўнг чанқоқ босади, кўнгил айнаб, тутқаноқ тутади.

Куйиш токсемияси даврида, куйиш туфайли денатурация ва парчаланишга учраган оқсилларнинг қонга сўрилиб тарқалиши натижасида организм

заҳарланади. Клиник жиҳатдан токсемия: ҳароратнинг кўтарилиши, сийдик кўп ажралиши (полиурия) ва анемиянинг кучайиши билан намоён бўлади.

Одатда, бундай ҳолат тана сатҳининг 8% идан кўп қисми куйган ҳолларда учрайди. Юза (I,II даражали) куйишларда катта майдон зарарланса ҳам, йирингли яллиғланиш жараёни ривожланмаса, куйиш токсемияси белгилари пайдо бўлмайди.

Инфекцион асоратлар уч тоифага бўлинади: куйишдан заҳарланиш; куйишдан толиқиш; куйиш сепсиси. *Куйишдан заҳарланиш* деганда, куйган бола организми ҳимоя кучларининг тўқималарнинг парчаланиши натижасида ҳосил бўлган оксиллар ва микроблар токсинлари сўрилишига адекват жавоби тушинилади.

Куйишдан толиқиш деганда, давомий кечаётган заҳарланишга нисбатан организм иммун тизимининг заифлиги ва қаршилиқ кўрсата олмаслиги (лаёқатсизлиги) оқибатида анемиянинг кучайиши ҳамда боланинг вазн йўқотиши, шунингдек, репаратив жараённинг суст кечиши тушунилади.

Куйиш сепсиси деганда , юқорида келтирилган клиник белгиларнинг янада оғирлашиши тушунилади ва бунда тезкорлик билан жиддий, юқори самарали ёрдам кўрсатилмаса, мазкур ҳолат ўлим билан тугаши мумкин.

Куйишни даволаш

Термик куйишда кўрсатиладиган биринчи ва шошилишч ёрдам куйидагилардан иборат:

1. Болани зудлик билан ёнғин зонасидан олиб чиқиб кетиш.
2. Нафас йўллари тозалаб ҳаво ўтишини таъминлаш (оғиз бўшлиғини қусуқ ва шилликдан тозалаш, тилни тортиб чиқариш).
3. Куйган соҳаларни “совутиш”, хўл матолар ёпиш, бостириш, совуқ сув куйиш, яхлаган нарсаларни куйган соҳага қўйиш. Имконият бўлмаса, очик қолдириб, ҳаво таъсирида шароит яратиш совутишга. Кучли оғриқда аналгетиклар, наркотик аналгетиклар юборилиши лозим. Куйган соҳага антисептик боғлам қўйиб, (очик ҳолатда) транспортировка қилиш зарур.

4. Куйган болани дарҳол ихтисослашган бўлим (камбустология)га ётқизиш мақсадга мувофиқдир.

Касалхонага ётқизилган болага куйиш сатҳи 10% ни, уч ёшгача болаларда–5% ни ташкил этса куйидаги, шокка қарши даволаш чораларини кўриш зарур.

1. Намланган кислород оқимидан нафас олишни таъминлаш.
2. Вена ичига томчилаб (1 кг массага 10 мл суюқлик) 20% глюкоза, 5% аскорбин кислотаси, тиамин, корглюкон ёки строфантин эритмалари юборилади.
3. Оғриқсизлантирувчи ва бошқа дорилардан 25% аналгин, 1%ли димедрол, 2,5% пипольфен эритмалари, нейролептиклар (дроперидол 0,5 мл 1кг массага) куйилади.
4. Витаминлар (В,С гуруҳ)
5. Таъсир доираси кенг антибиотиклар.
6. Ишқорли сув ва парҳез (ичакда яхши ҳазм бўлиб, газ тўпламайдиган) таомлар билан таъминлаш.

Куйган болалар камбустолог томонидан даволанади.

Юз соҳаси куйганда, одатда, барча яралар очиқ даволанади. Ярага ишлов бериш болаларда премедикация ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида ўтказилади.

Биринчи даражали куйишда терини намловчи ланолинли крем, 2% борли вазелин, преднизолон ёки бошқа кортикостероид малҳамлар сурилади.

Иккинчи даражали куйишда ёрилмаган пуфакчаларга тегилмайди, фақат тўлиб, таранг бўлиб турган пуфакча тагидан тешиб, суюқлик чиқарилади, устидаги пўсти ярага ёпиштириб қўйилади. Антисептиклар (фурацилин, хлоргексидин, диоксидин, йодопирон ва бошқалар) билан ишлов берилади.

Ярагинг биринчи босқич даврида экссудатни ўзига тортувчи малҳамлардан “Левомеколь”, Невосин, 10% стрептомицин эмульсияси, иккинчи босқичда ярани тозаловчи ферментлар (трипсин, химотрипсин, ируксол ва бошқалар)дан фойдаланилади. Гелли сорбентлар “Гелевин”, “Дебризол”, “Целосорб” малҳамлари юз соҳасидаги ярага сутка давомида 2-4 марта суртилади,

натихада яра куриб, усти жигаранг кўтир билан қопланади ва кейинчалик ўзи тушиб кетади.

Куйишнинг III A даражаси, яранинг биринчи босқичида гиперосмомоляр, таркибда полиэтилен оксид ва проксонал бўлган “Диоксидиновая”, “Левосин”, “Левомеколь” малҳамлари ишлатилади. 7-8 кунга келиб, куйган соҳа демаркацион ҳалқа билан ажралади. Шу вақтда болаларда некроэктомия ўтказиш мумкин, қайта некроэктомия 9-10 чи суткада ўтказилади. Шундан сўнг яранинг тозаланиши тезлашиб, ярага тери ўтказишга тайёргарлик кўрилади. Ярада грануляцион тўқима ҳосил бўлганидан сўнг, у маҳаллий тўқималар билан озиклантирувчи асосда ёки тери эркин кўчирилиб ёпилади. Бугунги кунда биотехнологик усулларнинг ривожланиши туфайли ярани сунъий шароитда кўп қатламли аутологик кератиноцидлар, фибробластлар билан тиклаш мумкин.

Кимёвий куйишда, жароҳат юзасига ишлов бериш учун, аввало, куйдирувчи моддани нейтралловчи эритма (суюқлик)лар ишлатилади. Куйиш кислота ёки оғир металллар таъсирида юзага келган бўлса 5 % сода эритмаси, ишқордан куйган бўлса – лимон ёки борат кислотанинг кучсиз эритмаси (1 стакан сувга 1 чой қошиқ эритиб), $KMnO_4$ ёки оҳакдан куйганда – глюкоза эритмаси аппликация қилинади. Яра тозаланиб, битаётганда эластопротектор малҳамлар – контрактубекс, ворен, цепан билан ишлов берилади. Физиотерапевтик муолажалар: лидаза электрофорези, гидрокортисон фонофорези, гелий–неон лазер билан нурлаш, парафин, озокеритли аппликациялар, массаж, миогимнастика ўтказилади. Юқорида келтирилган тадбирлар ўз вақтида ўтказилса гипертрофик ва келлоид чандиқлар ҳосил бўлишининг олди олинади, акс ҳолда оғиз, бурун тешиклари торайиши, қовоқлар ағдарилиб, тортишиб қолиши ва бошқа асоратлар юзага келади.

Электр токидан куйиш

Болаларда юз-жағ соҳаси тўқималарининг электр токидан куйиши ҳамма куйишларнинг 6-7% ташкил қилади. Болаларда юз-жағ юмшоқ тўқималари юпқа,

суяклар қаршилиги баланд бўлганлиги туфайли куйиш майдони чегараланган, аммо чуқур бўлади.

Клиник манзараси куйишнинг хилма хил умумий ва маҳаллий белгилари билан кечади. Бола организмдан ўтган ток биринчи навбатда юрак қон-томир, асаб ва нафас олиш тизимлари фаолиятини издан чиқаради.

Электрокининг организмга таъсири натижасида юзага келадиган ўзгаришлар қуйидаги тўрт хил клиник даражага ажратилган:

1-даражада–мушаклар титраб–қақшаб қисқаради, бола ҳушини йўқотмайди;

2-даражада–мушаклар титраб–қақшаб қисқаради, бола ҳушидан кетади, аммо нафас олиш актлари ва юрак уриши сақланган бўлади;

3-даражада–ҳушидан кетади, нафас олиш ҳаракатлари ёки юрак уриши тўхтайдди;

4-даражада–тўсатдан клиник ва биологик ўлим юзага келади.

Электр токидан куйиш турлари

1. Контактдан куйиш (чин электр куйиши).
2. Электр чақмоғидан куйиш.
3. Иккиламчи термик куйиш.
4. Аралаш ва қўш куйишлар.

Электр токидан куйишнинг бир қатор ўзига хос хусусиятлари қуйидагилардан иборат:

1. Куйиш майдони электр токини ўтказувчи юзага боғлиқ – у нуқтадек тешиқ(ток белгиси)дан то катта майдонни эгаллаган ярагача бўлиши мумкин.

2. Теридаги «ток белгиси» оғриқсиз, қуруқ, кулранг-оқимтир, ёки жигар ранг тусдаги чегараланган яра бўлиб, атрофдаги соғлом тўқимадан кескин ажралиб туради.

3. Электр токидан куйиш доимо чуқур бўлади, ток терини, тери ости ёғ қатламини ва мушакларни суяккача куйдиради.

4. Ток тери (кичик майдон)дан кириб, тери ости қатламларида ён томонлама тарқалади ва ката кенг майдонни эгаллайди.

5. Тўқималарнинг электр токига қаршилик кўрсатиш хусусияти ҳар хил бўлганлиги сабабли, қон билан таъминланишнинг бузилиши ҳам турли даражада бўлади.

6. Чуқур жойлашган тўқималарнинг зарарланиши натижасида захарланиш (интоксикация) белгилари пайдо бўлади.

7. Иккиламчи инфекция ривожланиши боис чуқур абсцесс ва флегмоналар юзага келади.

8. 2–4 ҳафтадан сўнг йирик қон томирларидаги эрозияга учраган сохалардан, кечиккан қон кетиши кузатилади.

9. Юз соҳасида электрдан куйиши туфайли пайдо бўлган яра кам оғриқли бўлади ёки оғриқ умуман сезилмайди.

10. Куйган тўқима атрофида шиш ва қизариш бўлмайди.

11. Яра йирингли инфекцияга мойил бўлмайди.

12. Электр токи таъсирида юзага келган трофик ўзгаришлар регенерация жараёнини сусайтиради.

Электр токидан куйиш вақтида кўрсатиладиган шошилишч ёрдам куйидагиларни ўз ичига олади:

1) Ҳар қандай усул билан токни узиб ташлаш (албатта, хусусий эҳтиёт чораларини кўрган ҳолда).

2) Мустақил равишда нафас олиш ва юрак уриши тўхтаган бўлса, зудлик билан жонлантириш чоралари кўрилади: юракнинг ёпиқ массажи, «оғиздан-оғизга», «оғиздан –оғиз – бурунга» усулида сунъий нафас олдириш.

3) Электр токидан куйишнинг клиник даражасидан қатъи назар, бемор реанимация бўлимига ётқизилиши шарт.

4) Маҳаллий даволаш чоралари термик куйишда кўрсатиб ўтилган усуллар каби ўтказилади.

Музлаш (совуқ олиши)

Болаларда совуқ олиш ҳолати камдан кам учрайдиган ҳодиса бўлиб, қишлоқ шароитида яшовчи болаларда кўпроқ учрайди.

Музлашга бола организмнинг чидамсизлиги, тўқималарнинг юқори гидрофиллик хусусияти бир томондан, юпун кийиниш, нам ўтиши, катталарнинг бепарволиги иккинчи томондан, бунга сабаб бўлади. Музлаш – ўта паст ҳарорат таъсирида юзага келади. Совуқ юзнинг бўртиб чикқан қисмлари: бурун, кулоқ, ёноқ ва лунжни музлатади. Кулоқ ва бурун тоғайлари совуққа айниқса чидамсиз бўлади. Агар терида кичик бир шикаст бўлса, совуқдан биринчи навбатда тоғайда перихондрит ривожланади ва у узок давом этиб, кулоқ ва буруннинг шаклини ўзгартириб юборади.

Юз суяклари камдан-кам музлайди. Болалар музлаган темир жисмларни оғизларига олганларида лаблар ва тилни совуқ олдиришлари мумкин. Агар организмдаги табиий терморегуляция жараёни бузилса, юқори намлик шароити ва мўътадил ҳароратда ҳам тўқималар музлаши мумкин.

Паст ҳарорат тўқималарга чуқур таъсир кўрсатади. Музлаш вақтида тўқималарда содир бўладиган патологик ўзгаришлар қуйидагилардан иборат:

а) тўқималарда гипотермия даври (яширин, клиник белгиларсиз кечади). Беморлар бу даврда музлаган соҳада санчик, ачишиб оғриш, кейинчалик оғриқни сезмасликдан шикоят қиладилар. Кўпчилик совуқ олганини билмай қолади. Шу даврда тери оқариб, устидаги ҳарорат пасаяди ва бемор оғриқни сезмай қолади;

б) тўқималар исиганидан кейинги реактивлик даври (музлаган тўқимада қон томирлари торайиши ва тромблар ҳосил бўлиши натижасида яллиғланиш ва некроз) бошланади. Совуқ олган тўқималарда кучли оғриқ пайдо бўлади ва музлаш даражаси билан боғлиқ бўлган қуйидаги клиник белгилар юзага кела бошлайди: тўқимада шиш, қизариш, оғриқ ҳамда пуфакчалар ҳосил бўлади.

Совуқ олиш (музлаш)нинг тўрт клиник даражаси фарқланади:

1 - даража. Тўқималар нобуд бўлмайди, ҳамма ўзгаришлар вақтинчалик бўлиб, туқималар қайта тикланади. **Шикоятлар:** бемор қичишиш, ачишиб оғриш, сезувчанликнинг бузилиши ва аъзоларнинг увишиб қолганлигига шикоят қилади

(парестезия). **Клиник манзараси:** тери бироз қизариб, кўкимтир тус олади. Тўқималар шишади, 3–7 кун ичида юқорида келтирилган ўзгаришлар орқага қайтади, терининг эпидермиси кўчиб тушади, янги “ёш” эпителий қоплами пайдо бўлади.

2- даражали совуқ олишда эпидермис некрозга учрайди, юқорида келтирилган **шикоятлардан** ташқари, кечаси (тунда) оғриқ кучаяди ва узлуксиз давом этади. **Клиник манзараси:** эпидермис ажралиб, ичида сарғиш ёки геморрагик суюқликка тўлган битта ёки бир нечта пуфакча ҳосил бўлади. Пуфакчанинг усти олиб ташланса, тубида тўқ пушти рангли, оғриқли дерма кўринади. 2 – даражада куйган яра 10–15 кун давомида соғлом теридан ўсиб кирган эпителий билан қопланади.

3 - даражали совуқ олишда, терининг ҳамма қатламлари ва остидаги тўқималар нобуд бўлади. **Шикоятлар:** бемор кучли, доимий оғриқ ва парестезияга шикоят қилади. **Клиник манзараси:** музлаган соҳада геморрагик суюқликка тўлган пуфакчалар ҳосил бўлади. Пуфакча остида қорамтир, кулранг тусдаги дермани кўриш мумкин. Ёрилган пуфакча ўрнида 6–7 кунда жонсиз ҳужайралардан иборат қора кўтир ҳосил бўлади. 3–4 ҳафтадан сўнг кўтир ажралиб, ўрнида грануляцияли яра ҳосил бўлади. Қисман – четларидан ўсиб кирган эпителий, қисман эса – чандиқ ҳисобига яра юзаси битади.

4- даражали совуқ олганда нафақат юмшоқ тўқималар, баъзан суяк ҳам зарарланади. **Шикоятлар:** юқорида айтиб ўтилган 3 - даражадаги сингари бўлади. **Клиник манзараси:** ўлик тўқима атрофида кўзга ташланувчи шиш пайдо бўлиб, “жонсиз” тўқималар қора кўтир билан қопланади. Кўтир аста-секин ажралади. Беморнинг аҳволи ниҳоятда оғир бўлиб, унда токсинлар билан захарланиш белгилари намоён бўлади. Орадан 5-7 кун ўтгач, 3 ёки 4– даражадаги совуқ олиши аниқланади. 4 - даражада музлаш оқибатида юзнинг анатомик катта бир қисми, одатда, бурун, қулоқлар, лунж, ёноқ соҳаси, юмшоқ тўқималар узилиб тушади.

Совуқ олганда ёрдам кўрсатиш. Беморга ўз вақтида (реактив даврдан олдин) ва тўғри ёрдам кўрсатилса, тўқималарда содир бўладиган салбий ўзгари-

шларнинг олдини олиш мумкин. Тўқималардаги қон айланиши қанчалик тез тикланса ва гипотермия даври қисқа бўлса, асоратлар шунча кам бўлади. Совуқ олган соҳани кафт билан ёки юмшоқ фланель, жун мато билан ўраб оқарган тери-га ранг кириб, исигунча уқаланади.

Шундан сўнг тери спирт ёки йоднинг спиртли эритмаси билан артилади ҳамда унга вазелин ёки мой суртилади ва иситувчи боғлам қўйилади. Совуқ олганларнинг барчасига қоқшолга қарши зардоб юборилади. **Қор билан шиқалаши тавсия этилмайди**, чунки бунда тўқима янада совийди ва жароҳат кучаяди. Қор заррачалари терини тирнаб, жароҳатлайди, тўқимага инфекция тушиши учун қулай имконият яратади.

Агарда совуқ олган соҳада пуфакчалар ҳосил бўлса, уларни ёрмаган маъкул. Ичидаги суюқлик йирингласа, врач томонидан очиб бўшатилади. Ярага антибиотикли малҳамлар билан боғлам қўйилади. 3– даражали музлаш белгилари намоён бўлса, жароҳат юзасига 5% ли йод эритмасини суртиб, малҳамлар билан боғлам қўйилади, вақти-вақти билан антисептиклар воситасида ювиб турилади. Қўтир ажралганидан сўнг, ярада грануляцияли тўқима ҳосил бўлиб, четларидан эпителиал ҳужайралар ўсиб киргунга қадар малҳамли боғламлар қўйилади, кейин очик ҳолда даволаш чоралари кўрилади. 4-даражали совуқ олиш оқибатида ҳосил бўлган нуқсонлар реконструктив тиклов операциялари ёрдамида бартараф этилади. Бир марта совуқ олган тўқиманинг совуққа чидамлилиқ хусусияти сезиларли даражада пасаяди. Қайтадан ҳатто, қисқа вақт таъсир этган нисбатан паст бўлган ҳарорат ҳам тўқиманинг жиддий жароҳатланишига олиб келади.

БОЛАЛАРДА ТИШЛАР, ЖАҒЛАР ВА ЮЗ СУЯКЛАРИНИ ЖАРОҲАТЛАРИ

Тишлар жароҳати

Адабиётларда Ҳаркевичнинг келтирган маълумотларига кўра, юз-жағ соҳасининг жаъми жароҳатлари орасида тишлар жароҳати 5% ташкил қилади. Тишлар жароҳати болаларнинг ёшига бевосита боғлиқ бўлган актив ҳаракатчанлигидан келиб чиққан ҳолда содир бўлади, яъни 2-3 ёшдаги болалар,

оғзига турли предметлар ва ўйинчоқларни солган ҳолда югуриб йиқиладилар ва тишлари шикастланади. Катта болалар (8-11 ёш) қаттиқ юзалар (пол, стол, эшик ва шу кабилар)га урилиб ёки ўткир қирралар (зина, бетон, ёғоч) га шунингдек туртиб чиқиб қолган жойлар, (арматура, қозик, панжара темири) га йиқилиб, тишларни жароҳатлайдилар.

Барча тишлар баробар жароҳатланмайди. Аксарият ҳолларда, юқори жағнинг фронтал тишлари шикастланади.

Тишлар жароҳати беш тоифага бўлинади:

Лат ейиш.

Тишларнинг травматик қисман чиқиши (вертикал, горизонтал, трансверзал).

Тишни тўлиқ (тиш катакчасидан) чиқиб кетиши.

Тишнинг синиши.

Аралаш жароҳатлар.

Тишларнинг лат ейишида – механик куч таъсири зарбидан тиш атрофидаги боғлам (периодонт толалар) ва қон – томир нерв тутами узилиб, пульпага қон қуйилади, аммо тишларнинг анатомик яхлитлиги сақланиб қолади. Сут тишларида бундай ҳолат камдан –кам учрайди.

Шикоятлари. Жароҳатдан кейинги бир неча соат давомида бола тишдаги оғриққа, айниқса, тишлаганда оғриқ кучайишига шикоят қилади.

Клиник манзараси: жароҳатланган тиш ва атрофдаги тўқималарда ўзгариш деярли аниқланмайди, тиш бир йўналишдагина бир оз қимирлайди. Перкуссия қилинганда кучли оғриқ сезилади, қон – томири узилган тишнинг тож қисми пушти ранг тус олади. Пульпанинг ҳолатини аниқлаш мақсадида жароҳатдан сўнг 1, 3, 6 - ой орасида электроодонтодиагностика қилинади ва бунда электр токига жавоб ўсиб бориши кузатилса, мазкур ҳолат тиш пульпаси нобуд бўлганидан далолат беради ва эндодонтик даволаш чоралари кўрилишини тақазо этади.

Рентгенологик текширувда (тиш жароҳатлангунча соғлом бўлган бўлса) илдиз ва периодонт оралиғида ўзгаришлар аниқланмайди.

Тишлар лат ейишини қўидаги ҳолат лар билан қиёсий солиштириши ўтказиши керак:

а) Тишнинг қисман чиқиши (бундай ҳолатда тиш ҳар томонга қимирлайди, рентген тасвирида – периодонт оралик кенгайганлиги аниқланади);

б) Тиш илдизининг синиши билан (рентген тасвирида синиш чизиғи аниқланади);

в) Пульпа ичидаги гематома билан (тиш тож қисми пушти ранг тус олади).

Даволаш. Пульпа шикастланмаган бўлса, тишни окклюзиядан чиқариш (антагонист сут тишни қисман чархлаб ташлаш), юмшоқ овқатлар истеъмол қилиш тавсия этилади, пульпа некрозга учраган бўлса, эндодонтик даволаш чоралари кўрилади. Сут тишлар илдизи сўрилиш босқичида бўлса, олиб ташланади (экстракция).

Асоратлар. Шикастланган тишлар пульпаси некрозга учраши, илдиз соҳасида ўткир периодонтит касаллиги ривожланиши, тиш канали облитерацияга учраши ёки радикуляр киста шаклланиши, шунингдек вақтинчалик ва доимий тишлар илдизлари учининг шаклланишдан тўхташи кузатилиши мумкин.

Тишларнинг травматик чиқиши. Ҳамма ёшда учрайди. Сут тишлари қаттиқ тўқималарининг мустаҳкамлиги - доимий тишларга нисбатан, камроқ бўлганлиги боис сут тишлар зарб таъсир кучига нисбатан заифроқ бўлади. Тиш ривожланишининг турли, босқичларида ҳам жароҳатлар кўлами ҳар хил бўлади. Ривожланиши тугалланган тишлар, шаклланишда давом этаётган тишларга нисбатан зарб таъсирига турғун (чидамли) бўладилар.

Суяк ичида мустаҳкам ўрнашмаганлиги боис, тишлар чиқиши, зарб тушган соҳа унинг кучи ва йўналишга боғлиқ. Зарб кучи таъсирида, тишни катакчада ушлаб турган периодонт толалар узилади ёки чўзилади, натижада тиш уч йўналишда силжийди:

вертикал (окклюзион текисликка нисбатан юқорига (экструзия) ёки пастга (суяк ичига–интрузия) ёки ўз ўқи атрофида айланиб сурилади):

саггитал –олдинга (вестибўляр) ёки ичкарига (орал) (оғиз бўшлиғи томон);

трансверзал– ёнидаги тишлар томон;

Алоҳида тишнинг чиқиши, илдизи синиб чиқиши, альвеоляр ўсиқ суяги билан бирга синиб чиқиши фарқланади.

Ўзи жойлашган катакчага нисбатан, тиш **нотўлиқ чиққан** ёки катакчадан **бутунлай** (тўлиқ) **чиқиб** кетган ёки катакча деворларини кенгайтириб, жағ танасига “**қоқилган**” бўлиши мумкин.

Шикоятлар: тишнинг кимираб туриши, баландроқ (катта) ёки калтароқ (қоқилганлиги сабабли) оғиз ичига ёки ташқарига ётиб қолиши шунингдек, оғрик туфайли тишларни бир-бирига теккизиб бўлмаслигига.

Қиёсий ташхис: альвеоляр ўсиқнинг синиши, диастема ҳолатидаги тишлар, тишлар алмашинуви давридаги кимираш, пародонтитли тишлар, тишларнинг ўз ўрнида жойлашмаганлиги (аномалия) ҳолатилар билан солиштирган ҳолда ўтказилади.

Даволаш. Чиқиб кетган тиш катакчага, (жойига) туширилади яъни репозиция қилинади. Муолажа боланинг ёши, руҳий ҳолати, истагидан келиб чиқиб, маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Тиш ўз ўрнига жойлаштирилиб, сўнг силлиқ текис шинага боғлаб маҳкамланади. Агарда боғлаш имкони бўлмаса, қолип олинади ва ўзи қотувчи пластмассадан шина-каппа тайёрланиб, тақилади. Травматик чиққан тиш ва унинг ёнидаги (доимий ёки илдиз учи сурилиши бошланмаган сут), 2-3 та тишлар қўшиб шинига боғланади. Илдиз учларида сўрилиш аломатлари аниқланса, жароҳатланган тиш олиб ташланади.

Асоратлар: шикастланган тишнинг қон- томир –нерв тутами узилиши яъни нобуд бўлиши; ўткир травматик периодонтит ривожланиши; илдиз учи шаклланишдан тўхтаб қолиши ёки нотўғри ўрнашиб, тиш катакчаси суяги билан бирикиб кетиши ҳолатлари юзага келиши мумкин.

Тишнинг “қоқилиб” қолиши

Тиш қоқилиши, тиш тўлиқ чиқишининг кўринишларидан биридир. Вертикал йўналишда таъсир этувчи куч зарбидан илдиз тиш катакчаси тубининг

кортикал пластинкасини ёриб, жағ суягининг ғоваксимон қисмига “қоқилгандек” кириб кетади. Қон-томир нерв тутами ва периодонт тўқималари бутунлай узилади. Тиш, жағ суягининг альвеоляр ўсиқ қисмини ёриб, ичкарига кириб кетганлиги учун сиқилиб қолади.

Клиник манзараси: бемор жароҳатланган тишини кўрсата олади, оғриққа шикоят қилади. Кўздан кечирилганда, қоқилиб қолган тиш пастки жағда – қатордаги тишлардан пастроқ, юқори жағда– юқорироқ жойлашган бўлади. қоқилган тиш ўз ўқи атрофида айланиб, ҳар хил даражада “бурилган” бўлиши ҳам мумкин. Тиш суякка қанча чуқур кирса, шунча “калта” бўлиб кўринади. Айрим ҳолларда альвеоляр ўсиқда тишнинг кесув киррасигина кўринади, тиш суякда сиқилиб қолганлиги боис қимирламайди. Тиш пульпаси некрозга учрайди.

Рентгенологик текширувда: тиш альвеоляр ўсиқдан жағ танасига қадалиб кирганлиги, периодонтал ёриқ бутунлай кўринмаслиги; атрофдаги суяк тўқимаси зичлашиб, ўз структурасини йўқотганлиги аниқланади (20б-расм).

Даволаш. 2–3 ёшдаги болаларда қоқилиб жағ ичига кириб кетган тишнинг ўзи қайтадан мустақил “ёриб” чиқиши мумкин. Агарда 4–6 ой ичида тиш ўрнидан силжимаса, у олиб ташланади. Сут тишининг илдизи 1/3 қисмигача сурилган бўлса, у ҳам олиб ташланади.

Асоратлар: ўткир травматик периодонтит, ҳамда периостит ривожланиши илдиз шаклланишдан тўхтаб қолиши, шунингдек тиш ўрнашмасдан чиқиб кетиши, ёки кўрсатмалар бўйича олиб ташлашга тўғри келиши мумкин.

Тишнинг тўлиқ травматик чиқиши периодонт, айлана боғлам, қон-томир нерв тутами тўлиқ узилганда кузатилади. Одатда, бундай жароҳат юқори жағнинг фронтал тишларида учрайди.

Шикоятлар. Тиш қаторида бир тишнинг йўқлиги, катакчасидан қон кетиши, лабларда шиш борлигига. Айрим болалар ва ота-оналар тишни қўлларида олиб келадилар.

Клиник манзараси: бемор тиши тушиб ўрни бўш қолгани, оғриқ ва қон кетишига шикоят қилади. Оғиз бушлиғи кўздан кечирилганда: тиш катакчаси янги ивиган қон билан тўлган, атрофидаги шиллиқ парда йиртилган, катакча

деворларидан бири синган, ёки илдиз билан бирга чиқиб кетганлигини аниқлаш мумкин. Текширув ўтказилаётганда, катакча деворлари сақланганлигига эътибор бериш лозим, катакча деворлари фақат синмаган ҳолатдагина тиш, 3 сутка давомида реплантация қилиниши мумкин.

Қиёсий ташҳислаш. Агарда тиш кўрик вақтида топилмаса, албатта рентгенологик текширув ўтказилиши керак, чунки у суяк ичи (юқори жағ бўшлиғи)га қоқилиб, кирган бўлиши мумкин.

Даволаш. Агар доимий тиш бутун бўлиб. Илдизи $\frac{1}{2}$ қисмигача шаклланган; вақтинчалик тиш шаклланиши эса тугалланган бўлса, бундай ҳолатлар реплантацияга кўрсатма бўла олади. Бошқа ҳолларда реплантация ўтказиб бўлмайди. (Реплантация техникаси ва талаблари жарроҳлик стоматологияси пропедевтика курсида келтирилган).

Тиш синиши

Тиш тож қисми ёки илдизи синиши, тишнинг эмали синиши (учиб кетиши, узилиши), дентин қисмидан синиши, ёки тож бўйнидан синиб, бутунлай узилиши мумкин.

Шикоятлар: Тиш эмали ёки тожи дентин тўқимасидан синганда, пульпа шикастланмайди, шунинг учун болалар тишда нуқсон пайдо бўлганидан шикоят қиладилар, синиш дентиндан ўтса, ёки тож қисми узилиб тушса, иссиқ ёки совуқ (термик таъсир)дан оғриқ пайдо бўлади, ўткир қирралар лунж ва тилни қиради.

Клиник манзараси: синиш чизиғи тиш тожидан ўтган соҳасига боғлиқ бўлиб, пульпа очилмаган бўлса, оғриққа шикоят бўлмайди. Тиш тожи, эмаль ва дентин шикастланиб пульпа бўшлиғи очилган синишда, пульпитга хос оғриқ пайдо бўлади.

Тишнинг тож қисми бутунлай узилиб кетган бўлса, пульпитга хос оғриқ билан бир вақтда, ўткир травматик периодонтитга хос оғриқ ҳам пайдо бўлиши мумкин, чунки жароҳатловчи зарбнинг механик таъсир этувчи кучини периодонт тўқимаси қабўл қилади.

Рентген тасвирида эмаль, дентин тўқималарида пульпа бўшлиғи очилиб ёки очилмай ўтган синиш чизиғи кўринади. Тиш илдизи учининг ҳар хил босқичдаги шаклланиши аниқланади. Периодонт тўқимаси (агар тиш жароҳатгача соғ бўлган бўлса) ўзгаришсиз бўлиши мумкин.

Даволаш. Қуйидаги жадвалда кўрсатилган тартибда ўтказилади.

Болаларда доимий тишларнинг синишларини даволаш алгоритми жадвалда келтирилган.

Тиш синишларини даволаш алгоритми

| | |
|--|---|
| <p>I. Тиш тож қисмининг синиши:</p> <p>А. Қисман (тўлиқ бўлмаган) синиши</p> <p>а) пульпа очилмасдан</p> <p>б) Пульпа қисман очилиши билан</p> <p>в) Пульпа тўлиқ очилиши билан</p> <p>Б. Тўлиқ синиши</p> | <p>Синган тиш тожининг ўткир қирраларини силлиқлаш. Пломба ёки қўшимча (ортопедик усулда тайёрланган) мосламалар билан тиш тожи шаклини тиклаш (реставрация).</p> <p>Пульпитни биологик усул билан даволаш, тиш тожи шаклини пломба ёки қўшимча (ортопедик усулда тайёрланган) мослама билан тиклаш.</p> <p>Анестезия остида пульпани олиб ташлаш (exterpacio), эндодонтик усуллар билан даволаб, тиш тожи шаклини пломба, қўшимча (ортопедик усулда тайёрланган) мослама ёки сунъий қоплама билан тиклаш.</p> <p>Маҳаллий анестезия остида пульпани олиб ташлаш; штифт ўрнатиб, тиш тож қисми тиклаш шаклини.</p> |
| <p>II. Тиш илдиз соҳасининг синиши:</p> <p>А. Илдиз учи (apex radialis dentis)нинг синиши</p> <p>Б. Илдиз ўрта соҳасининг синиши</p> <p>а) қон-томир нерв тутами узилмаган ҳолатда</p> <p>б) қон-томир нерв тутами узилган ҳолатда</p> | <p>ЭОД ўтказиш, пульпа “нобуд бўлган” бўлса, маҳаллий анестезия остида пульпани exterpacio қилиш; тиш каналини пломбалаш; синган илдиз учини операция йўли билан олиб ташлаш.</p> <p>Пульпа “сақланиб” қолган бўлса, тишни иммобилизация қилиб, динамик равишда кузатиш.</p> <p>Тишни пластмасса каппа билан 4-5 ҳафта давомида иммобилизация қилиш; одатда, бўлаклар шу вақт ичида цемент ва одонтобластлардан ҳосил бўлган иккиламчи дентин тўқимаси ҳисобига бирикадилар.</p> <p>Пульпа экстирпация қилиниб, эндодонтик даволаш ўтказилади ва пўлат штифт, ёки ортодонтик сим илдиз каналига киритилиб, бўлаклар маҳкамланади. Цемент бўлаклар орасига кириб кетмаслиги учун, улар бирига яқинлаштириб, маҳкам сиқилади, кейин цемент суртилган штифт тиш каналига ўрнатилиб, маҳкам сиқилган ҳолда қотгунча ушлаб турилади. Цемент қотганидан сўнг тиш қўшимча иммобилизация қилинади. Пировард натижада, тиш қимирлаб қолса ёки оқма йўли ҳосил бўлса, у олиб ташланади.</p> |
| <p>III. Тишнинг бўйлама (узунасига, ёки бўйига, баландлиги бўйича ва қия) синишлари</p> | <p>Тиш олиб ташланади (extrakcio dentis)</p> |

Тиш илдизининг синиши. Аксарият, доимий фронтал тишларда учрайди. Сут тишлар илдизларининг синишлари (илдиз ва альвеоляр ўсиқ тузилишидаги ўзига хос хусусиятлар боис) деярли учрамайди.

Доимий тишларнинг синишлари: қия, кўндаланг, парчаланган ва аралаш бўлиши мумкин.

Шикоятлар: Тишдаги қимирлаш оғриқ тишланганда оғриқ кучайиши, шунингдек, милкдаги шишга бўлиши мумкин.

Клиник манзараси: синиш чизиғи тиш илдизининг қайси қисмидан ўтганлигига, пульпанинг очилиб қолиши ва бўлақлар ҳолати (силжиши)га боғлиқ. Илдизи синган айрим тишларнинг тож қисми, пульпасига қон қуйилгани боис, пушти ёки қизғиш тус олади. Синган тиш қимирлаб қолади, синиш чизиғи илдиз учига қанча яқин бўлса, қимирлаш даражаси шунча кам бўлади. Чап қўл кўрсаткич бармоғини илдиз проекциясига қўйиб, тиш тожини сагиттал (олд-орқа) текисликда қимирлатиб, тишнинг синиш соҳасини аниқлаш мумкин. Агар тиш илдизи синмаган бўлса, унинг илдиз бутун бўйлаб қимирлаши тишнинг қисман (тўлиқ бўлмаган) чиқишидан далолат беради.

Аниқ ташҳис (дентал) рентгенологик текширувдан сўнг қўйилади. Одатда, синиш чизиғи аниқ кўринади ва шунга асосланиб даволаш режаси тузилади.

Жағ суяклари жароҳатлари

Болаларда жағ суякларининг синиши ва битиши уларнинг ёши катталаша боргани сари анатомик – топографик тузилишидаги хусусиятларининг ўзгариб бориши билан боғлиқ: юқори ва пастки жағларда сут тишлари ва доимий тишлар куртаклари ҳамда ўсиш зоналарининг борлиги, уларнинг мустаҳкам бўлмаганлиги, ғовак модданинг кўплиги, кортикал қатламнинг юпқалиги, суякнинг кучсиз минералланганлиги уларни катталар суяги тузилишидан ажратиб туради.

Болалар юз-жағ суяклари эластиклик, яъни эгилувчанлик хусусиятига эга. Суяк қобиғи (periosteum) қон-томирлари қалин тури билан яхши таъминланган ва чўзилувчан бўлиб, механик куч таъсирига чидамлидир.

Кичик ва мактабгача бўлган ёшдаги болаларда айнан шу хусусиятлар суякларни химоялайди ва, бинобарин, болалар нисбатан кўп йиқилиб, урилсалар ҳам, ҳар гал синишлар содир бўлавермайди.

Жағларнинг лат ейиши. Болаларда кўп учрайдиган жароҳат. Бундай шикастланиш очик ва ёпиқ шаклда бўлиши мумкин. Ёпиқ лат ейишда юмшоқ тўқималарда (тирналган, шилинган, йиртилган) яралар бўлмайди. Суяк қобиғи ва атрофдаги тўқималарда асептик яллиғланиш кечади ва суяк қалинлашади (гиперостоз). Бевосита жароҳат олинганидан сўнг ўтказилган рентгенологик текширув натижаларида синиш борлиги аниқланмайди. Айрим ҳолларда юмшоқ тўқималарга қон қуйилганлиги (гематома)нинг сояси кузатилиши мумкин. Лат еган суяк қобиғида жадал равишда периостал суяк ҳосил бўлади ва шунинг ҳисобига суяк қалинлашади. 3-4 ҳафтадан сўнг рентген тасвирида суяк устида қатлам-қатлам янги ҳосил бўлган трабекуляр тузилишдаги суяк сояси аниқланади. Кейинчалик у қалин ва зич суяк шаклида кўринади. Жағлар лат еган соҳада суяк қалинлашиб, (гиперостоз), шакли ўзгаради.

Очик лат ейишда шикастланган жағ суяги атрофидаги юмшоқ тўқималарда (тирналган, шилинган, урилиб йиртилган) яралар бўлади. Қон қуйилиши натижасида тўқималар қонталаш, чайнов мушаклари қўшилиб лат еса, –миозит, яллиғланиш контрактураси (тиришиш) кузатилади. Бундай жароҳатда жағнинг бир томонлама синишига ўхшаш белгилар намоён бўлади.

Адабиётларда мактабгача бўлган болаларда жағ суяги лат еганидан сўнг саркома билан асоратлангани келтирилган. Маълумки, 8 ёшгача бўлган болаларда суяк қобиғи фаол ўсаётган ва шаклланаётган давр бўлиб, жароҳат таъсирида ривожланиши тугалланмаган хужайраларда атипик ўсиш бошланиши мумкин.

Пастки жағ синишлари (Fracturae ossium mandibulae)

Пастки жағи синган боланинг шикастлари синиш локализацияси ва сони (бир, икки ва кўп)га, бўлақларнинг ҳолати (силжимаган ёки силжиган)га, бош мия жароҳати бор– йўқлиги сингари омилларга боғлиқ бўлади. Болалар, одатда,

жағнинг урилган жойидаги оғриқ, овқат истеъмол қила олмаётганлиги ва оғиз ёпганда тишлар оғришига шикоят қиладилар.

Болаларда пастки жағ синишининг куйидаги уч хил тури фарқланади:

“Яшил новда” типидagi ёки “мажнунтол” кўринишидаги синишда суяк компакт пластинкаси ва унга яқин жойлашган ғовак модда синади. Жағ ички компакт пластинкасининг бутунлиги бузилмайди. Устидаги суяк қобиғи (периост) ажралмайди;

Қобик остида (субпериостал) синиш содир бўлганда – жағ суяги бутунлай (тўлиқ) синади, аммо суяк қобиғи бутунлиги сабабли бўлаклар ўз жойидан силжимай қолади. Бундай синишда тишлам (occlusio) ўзгармайди, бўлаклар орасида “ғижирлаш” (crepitatio) ҳам аниқланмайди. Аммо, синиш соҳасида юмшоқ тўқималар шикастланганлиги (лат ейиши, қонталаш, яра) сабабли оғриқ пайдо бўлади.

Травматик (жароҳатдан юзага келган) остеолиз пастки жағ бўғим ўсиғининг узилиб кетишида кузатилади. Узилган бўғим бошчасининг сўрилиб кетиш механизми аниқланган эмас: орадан 2–3 ой ўтгандан сўнг рентген тасвирида бўғим бошчаси тўлиқ сўрилиб кетганлигини аниқлаш мумкин. Кейинчалик жағнинг дистал қисмида кемтик ҳосил бўлиб “сохта” бўғим ҳосил бўлади ва пастки жағнинг ўз муайян ҳаракатлари сақланиб қолади. Агар бола эмизикли даврида жароҳатланган бўлса, 7–12 ёшга етгач, жағнинг бир (жароҳатланган) томони ўсишдан тўхтаб қолганлигини маълум бўлади.

Пастки жағнинг синишлари барча ёшдаги болаларда учраши мумкин: туғруқ йўлларида ўтаётганда– акушер болани кўллари билан чиқариб олаётганда, дастлабки қадамларини ташлаб, энди юришни бошлаган вақтда ўз мувозатини сақлай олмай, даҳани билан урилиб жароҳатланиши мумкин.

Мактабнинг бошланғич синфларида (7–10 ёш) назоратсиз кўнгилочар ўйинлар даврида, ўспирин болаларда– дарахтдан йиқилиш, муштлашиш оқибатида ҳам шундай жароҳатлар келиб чиқиши мумкин. Пастки жағнинг аксарият тана соҳаси, сўнг бўғим ўсиғи (бир ёки икки томонлама) синади. Тана соҳаси синган ҳолатдаги клиник белгилар, асосан, бўлакларнинг силжишига боғлиқ. Синиш

чизиғи марказий тишлардан қанча узоқ (дистал) жойлашса, бўлақларнинг силжиши шунча ортади.

Катта бўлақ *m.mylohyiodeus*, *m. digastrigus*, *m.genio-glossus* ва *genioglossus* тортишиш кучи таъсирида пастки ва ташқи томонга силжийди. *M.pterygoideus lateralis et medialis* ларнинг бир томонлама қисқариши ҳисобига синган томонга силжийди. Кичик бўлақ, жағни кўтарувчи *m.pterygoideus lateralis et medialis*, *m.masseter*, *m. Temporalis* нинг қисқариши туфайли юқорига, олдинга ва ичкарига силжийди.

Клиник манзараси: Пастки жағ “Кўк новда” ёки қобиқ остида синганда, унда синишга хос белгилар бўлмайди. Юз соҳасида сезиларли катталашаётган шиш, қонталаш, сўлак оқиши, оғриқ кузатилади. Аммо, бунда синишга хос белгилар (тишламнинг ўзгариши, тиш қаторида “зинапоя” белгиси, бўлақлар ғижирлаши) ни аниқлаш қийин. Бўлақлар силжиган бўлса, оғиз бўшлиғи шиллик пардаси шикастланганлиги, (йиртилганлиги) бўлақлар силжиб, “зинапоя ” ҳосил бўлганлиги, бўлақлар чети синиш чизиғидаги тишнинг қимирлаши ёки тўлиқ чиқиб кетганлиги кузатилади. Пастки жағнинг бурчак соҳаси синганида, клиник манзара ўзгача бўлади: Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси бутунлиги бузилмайди. Бироқ, қонталаш ва шиш кузатилиб, тишлаган ва чайнаш ҳаракатларида кучли оғриқ пайдо бўлади. Синган томонда тишлар ўз антагонистлари билан контактда бўлмаслигини куриш мумкин. Пастки жағ бурчагидан синганда бўлақларнинг силжиши йўналиши тана шикастланган ҳолатидагидек бўлади, аммо силжиш даражаси кучли бўлади. Бунга сабаб, кичик бўлақ (жағ шохи)нинг ўз ҳажми ва ўлчами жиҳатдан кичиклиги бўлиб, шу боисдан, унинг юқорига ва ичкарига силжиши осон кечади, иккинчидан – *m.pterygoideus lateralis et medialis*, ҳамда *m. temporalis* тортишиш кучлари ҳам юқорига, олдинга ва ичкарига йўналишда тортади.

Пастки жағ танаси икки томонда ҳам синганда учта бўлақ ҳосил бўлади, яъни иккита ён ва улар орасидаги бўлақ. Марказда жойлашган бўлақ *m.mylohyiodeos*, *m. digastrigus*, *m.genio-glossus* таъсирида пастга ва орқага силжийди. Бундай вазиятда тил ҳам орқага сурилиб кетиши юқори нафас

йўллари тўсиб (кекирдакка ҳаво ўтмай қолиши) ва бу обтурацион асфиксия ҳолатига олиб келиши мумкин. Ён бўлақлар эса, *m.pterygoideus lateralis et medialis* таъсирида олдинга ва юқорига силжийди.

Пастки жағ бўғим бошчаси бир томонлама ёки икки томонлама синиши мумкин. Бўғим ўсиғининг бир томонлама синиши зарб қарама– қарши ён томондан ёки даҳандан берилганда юзага келади. Катта бўлақ соғ томондаги *m.pterygoideus lateralis et medialis* таъсирида синган томонга силжийди (буни марказий чизик сурилишидан аниқлаш мумкин). Кичик бўлақ *m.pterygoideus lateralis* (синган томонда) таъсирида пастга ва ичкарига силжийди. Бўғим ўсиқлари икки томонда синса, ўртадаги катта бўлақ мушаклар тортишиш кучи мувозанатда бўлганлиги учун силжимайди. Кичик бўлақлар иккала томонда пастга ва ичкарига силжийди.

Клиник манзараси: Бўғим ўсиғи синишининг клиник манзараси бўлақларнинг силжишига боғлиқ. Суяк қобиғи остидан синишда дастлабки кунларда клиник белгилар сезилмайди. Бир неча кундан сўнг, бўғим атрофидаги юмшоқ тўқималарда шиш (аввал юмшоқ, кейинчалик қаттиқ) пайдо бўлиб, бўғимда оғриқ кузатилади, жағ ҳаракати чегараланади ва оғиз асимметрик равишда, яъни (жағ бир томонга силжиб) очилади.

Синган бўғим бошчаси силжиган бўлса ташқи эшитув йўли орқали пайпаслаб кўрилганда, унинг ҳаракатини аниқлаб бўлмайди. Бўғим ўсиқлари иккала томонда ҳам синиб, катта бўлақнинг пастга ва орқага силжиб қолиши сабабли оғиз ёпилмайди ва пастки жағнинг охириги тишлари юқори жағнинг охириги тишлари билан жипслашади. Оғизни ёпишга ҳаракат қилинганда (очик окклюзия) сагиттал ва фронтал текисликларда оралиқ кузатилади.

Пастки жағнинг чиқиши болаларда оғизни жуда катта очиш, (бақиритиш, катта бўлақни тишлаш, кўсиш, тиш олиш) вақтида юз бериши мумкин. Бунга бўғим пайлари ва капсуласининг туғма ёки орттирилган заифлиги мойиллик туғдиради. Одатда, астеник конституцияга эга бўлган болаларда кузатилади ва бу ҳолат чакка пастки жағ бўғимининг дисфункцияси ҳамда бўғим таркибий

қисмлари (юмшоқ тўқима ва суяқлар) нинг ўсишидаги диспропорцияси билан боғлиқ.

Бўғим бошчасининг чиқиши травматик ва одатий, тўлиқ, нотўлиқ (чала), бир ёки икки томонлама бўлади.

Бўғим бошчаси чиқиб олдинга, орқага ва ёнга силжиши мумкин. Бўғим бошчаси чиқиб, олдинга силжиганда оғиз катта очилади ва бола оғзини ўзи ёпа олмайди.

Бўғим бошчалари икки томонлама чиққан ҳолларда, бола оғзини ёпа олмайди (очик прикус), ютина олмайди, гапиришга қийналади, оғиздан сўлак оқади.

Пастки жағда **патологик синишлар** бўлиши мумкин. Бунга жароҳатланишгача бўлган даврда суякда кечган патологик жараён (остеомиелит, ўсма ва ўсмасимон ҳосилалар) сабабчи бўлади.

Альвеоляр ўсиқнинг синиши жағларнинг синиши орасида энг кўп учрайди. Альвеоляр ўсиқнинг синиши кўпроқ 8-11 ёшдаги болаларда учрайди. Бу ёшдаги болаларда тиш қаторидаги нуқсонлар (сут тишлари тушиб, ўрнига доимий тиш чиқмаганлиги) ва суякнинг шаклланиши тугалланмаганлиги (доимий тиш куртакларининг жойлашганлиги) альвеоляр ўсиқнинг зарбга мустаҳкамлигини пасайтиради. Бу даврда болалар ўта серҳаракат бўлиб, (роликли конькида учиш, назоратсиз спорт машғулотларида иштирок этиш туфайли) кўпинча уларнинг ўзлари шикастланишга сабабчи бўладилар.

Жағнинг синган фронтал бўлаги, жуда ҳам қимирлаши (тўлиқ синганда), бир оз қимирлаши, ёки ўз жойидан сурилиб (оғиз ичига, ёнга, олдинга) эгилиб қолиши мумкин. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда шиллиқ парда йиртилганлигини, шунингдек, тишлар чиққан ёки синганлигини кўриш мумкин. Агар бунда доимий тиш куртаклари шикастланган бўлса, кейинчалик улар некрозга учраши ҳам мумкин. Альвеоляр ўсиқ силжиганлиги сабабли прикус бузилади, тишлар бир бирига тегмайди. Айрим ҳолларда (альвеоляр ўсиқлар) юқори ва пастки жағда биргаликда баробар синади (масалан, велосипеддан, арғинчоқдан йиқилган вақтда).

Юқори жағнинг синишлари болаларда калла суялари ва бош мия жароҳатлари билан биргаликда учрайди. Бундай жароҳатлар бола баландликдан (томдан, дарахтдан) йиқилганда ёки йўл транспорт ҳодисаларида учрайди. Шу сабабли, бундай жароҳатлар калла қутисининг асоси, кўз косаси, ёнок, бурун, суяклари ва пастки жағнинг синишлари билан биргаликда учрайди.

Жароҳатланган боланинг умумий аҳволи оғир бўлади. Ташхис қўйиш учун текширувлардан ўтказиш мураккаблашади, аммо ўз вақтида ташхис қўйиб, суяк бўлаклари репозиция қилинса, қон кетиши тўхтатилади, шок ҳолати, ўпка ва бош мияда юзага келадиган ҳамда инфекцион асоратларнинг олди олинади.

Болаларда жағлар синишини ташхислашда бир қатор қийинчиликлар мавжуд бўлиб, улар қуйидагилардан иборат:

Болалардан анамнез йиғиш, жараёнида улар жароҳат механизмини ва ўзларида кечаётган ўзгаришларни тўғри таҳлил қилиб, тушунтириб бера олмайдилар.

Жароҳатдан сўнг қисқа вақт ичида юзага келган шиш (солқиш) туфайли суякларни пайпаслаб бўлмайди.

Болалар ўзларини безовта, ноадекват тўлганликлари боис, рентген, МРТ, КТ текширувларини ўтказиш қийинлашади.

Ташхис учун ишончли аниқ маълумотни рентген тасвиридан олиш мумкин. Рентгенологик текширув икки текисликда—ён ва олд проекцияларда, бўғим ўсиғи синганлигини аниқлаш учун эса Шуллер ёки Парма усулида юқори ва пастки жағларнинг ортопантомографияси ўтказилади.

Рентгенологик текширувлар ёрдамида бўғим ўсиғининг синишини тасхишлаш қийин бўлса, спираль мультипланар реконструкцияловчи компьютер томографик текширувини ўтказиш лозим бўлади. Юз суякларининг аксиал ва сагиттал текисликда ўтказилган КТ си синиш чизиғининг жойи, йўналиши ва бошқа суяклар билан муносабатини кўриш имконини беради.

МРТ бош, юз-жағ ва бўйин соҳалари барча тўқималарининг ҳолатини кўрсатиб берувчи аниқ усул ҳисобланади.

Альвеоляр ўсиқ ва тишларнинг ҳолатини аниқлаш учун оғиз ичидан олинган дентал тасвир етарли маълумот беради.

Жағ суякларининг синишларини даволаш

Болалар жағ суякларининг синишларни даволаш катта ёшдагилардаги каби принциплар асосида ўтказилади. Мақсад – суякнинг анатомик бутунлиги ва фаолиятини тиклаш. Бунинг учун:

- а) бўлақлар бир бирига яқинлаштирилиши (репозиция);
- б) тўғри ҳолатда маҳкамланиши;
- в) жағларни бир бирига тортиб, ҳаракатдан чиқариш (иммобилизация);
- г) асоратларнинг олдини олиш (травматик остеомиелит, гайморит, флегмона, абсцесс ва бошқалар);

Болаларга биринчи ёрдамни жароҳат олинган жойда катталар кўрсатадилар. Болани транспортировка қилишдан аввал бинт билан айлана энгак-тепа боғлам ёрдамида суяклар иммобилизация қилиниши керак.

Бола беҳуш бўлиб, жароҳатдан қон кетаётган бўлса, шошилиш равишида тиббиёт муасасаларига етказилиши лозим. Тез ёрдам хизмати етиб келса, реанимация қилиш тадбирлари ҳодиса рўй берган жойда бошланиб, ихтисослашган бўлимда давом этирилади.

Жароҳат кўлами катта бўлса, бола албатта невропатолог, нейрохирург ва офтальмолог кўригидан ўтиши, зарур бўлса, неврологик ёки нейрохирургик бўлимга ўтказилиши керак.

Ташхис аниқ қўйилганидан сўнг, суяк бўлақларини репозиция қилиб маҳкамлаш режаси тузилади. Режани амалга ошириш учун етарли даражада тўлиқ оғриқсизлантиришни таъминлаб бериш зарур. Бунинг учун замонавий премедикация ва маҳаллий оғриқсизлантириш усулларидан фойдаланиш, зарур бўлса, умумий оғриқсизлантириш чорасини кўриш лозим.

Болаларда тишлар тузилишидаги хусусиятлар, улар сонининг алмашинув даврида камлиги, жағ суякларининг болалар ёшига хос хусусиятлари эътиборга олинганда, катталарда фойдаланиладиган даволаш усуллари кўллаб бўлмайди.

Юқори ва пастки жағлар альвеоляр ўсиқлари синишларини, тишлар чиқиш даврида, пластмассадан тайёрланган тиш–милк каппа билан маҳкамлаш мумкин. Синган бўлакнинг ҳар икки томонида иккитадан тиш бўлганда, альвеоляр ўсиқни маҳкамлаш учун ортодонтик симдан букилган шинадан фойдаланилади. Бунинг учун альвеоляр ўсиқ репозиция қилинади. Бўлакдаги ва икки ёнидаги тишлар (камида иккита тиш) яхшилаб қуритилади. Кислота билан эмаль едирилади, сув билан ювиб ташлаб, қайтадан қуритилади, композитли кимёвий ёки нур билан қотувчи пломба ашёларидан бирини ишлатиб, симдан букилган ёй шиналарга маҳкамланади. Симдан ташқари, шу мақсадда шиша толали ёки полиэтилен лента (“Rebbond”, “Fiber Splint”) ишлатилиши мумкин. Шу мақсадда ортодонтик брекет тизимидаги симни фаоллаштирмасдан фойдаланиш мумкин. Сут тишли болаларнинг юқори ва пастки жағлар синган альвеоляр ўсиқларини маҳкамлаш учун индивидуал тайёрланган тишлар устидан тақиладиган пластмасса шина–каппадан фойдаланиш мумкин. Бу каппа чиққиб кетган ва синган тишлар, альвеоляр ўсиқни ўз жойидан қимирлатмай ушлаб туриши мумкин. Шина каппанинг юқорида келтирилган қатор афзалликлари билан бирга, айрим камчиликлари ҳам бор: у қўпол, гигиеник талабларга жавоб бермайди, каппа остидаги милкда яллиғланиш келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Ечиб олиш қийин, шунинг учун ярага ишлов бериш ва назорат қилиш қийинлашади.

Сут прикус (тишлам) даврида ва тишлар сони кам бўлганда, жағларнинг синган бўлакларини маҳкамлаш учун ўзи қотувчи пластмассалардан тайёрланган индивидуал тиш-милк усти шинасидан фойдаланилади. Бундай шина бўлакларни физиологик окклюзия (тишлам, прикус)да маҳкам ушлаб туради. Юқори жағ синганда тиш – милк усти шинаси, сифатида шина қошиқдан фойдаланилади. Бўлаклар ўзининг оғирлиқ кучи таъсирида пастга силжимаслиги учун айланма боғлам билан, пастки жағни юқорига тортиб, бошдаги боғламга маҳкамланади.

Сут ва алмашинув тишлам (прикус) даврида юқори ва пастки жағларни бир вақтда маҳкамлаш зарур бўлса, пластмассадан шина моноблок тайёрланади. Бу шина, узоқ муддат фойдаланилганда ҳам, тишларга деярли зиён етказмайди.

Болаларда жағ синишларини жарроҳлик усули билан даволаш

Жарроҳлик усули болаларда жағ суяқларининг синишларини даволаш учун қатъий кўрсатмалар бўлгандагина ўтказилади ва улар қуйидагилардан иборат:

1. Бўлақларни физиологик ҳолатда мустаҳкам туришини таъминлаш лозим бўлган ҳоллар;
2. Суяқларнинг парчаланиб синиши;
3. Пастки жағ бўғим ўсиғининг бўлақлар силжиши кузатилган синишлари.

Жарроҳлик усуллари билан бўлақларни маҳкамлаш деярли катталардаги сингари бажарилиб, болаларда баъзи ўзига хос хусусиятлар мавжуд. Бугунги кунда бўлақларни маҳкамлаш учун биоинерт материаллар (титан, пўлат, цирконий) дан тайёрланган мосламалар: мини – пластиналар ҳамда ҳар хил диаметр ва шаклдаги “ўзи” кесиб кирувчи винтлардан кенг фойдаланилмоқда.

Бўлақларни маҳкамлаш учун монокортикал (суяқнинг ташқи (битта) кортикал пластинкасини тешиб) кесиб кирувчи винтлар ишлатилади: Уларнинг бикортикал винтлардан афзаллиги шундаки, улар доимий тишларнинг куртакларини шикастламайди. Мини - пластинкалар ва винтлар билан ўтказилган остеосинтез симли чокларга нисбатан мустаҳкам бўлиб, жағ бўлақларини ишончли маҳкамлайди. Суяк бўлақлари бир бири билан бирикиб кетгандан сўнг, мини пластина ва винтни олиб ташлаш талаб этилади, чунки улар жағларнинг ўсиш жараёнига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Шунингдек,–тўқималарда узоқ вақт қолган (металл) пластина коррозияга учраши эҳтимолдан ҳоли эмас.

Катталардан фарқли ўлароқ болаларда синган суяк бўлақлари нисбатан қисқа муддатларда битади. Бирламчи бириктирувчи тўқима ва остеоид қадоқ қисқа вақт ичида шаклланади. Аммо ҳосил бўлаётган суяк қадоғининг суякка ўтиш эволюцияси даврининг давомийлиги катталарда кечадиган муддат билан бир хил ўтади. Шунинг учун бўлақларни иммобилизация қилиш муддатини қисқартириш мумкин эмас. Шиналар барвақт (муддатидан илгари) ечилса, суякланмаган қадоқ (иккиламчи суяк) чайнов мушаклари фаолияти таъсирида эгилиб, иккиламчи шакл бузилишига олиб келади.

Болаларда синиш чизиғи соҳасида жойлашган тиш ёки тиш куртаги синган бўлақларнинг бирикишига таъсир этиши мумкин. Агар тиш куртагининг қобиғи ёрилса, у некрозга учрайди ва жағ остеомиелити ривожланишига сабаб бўлади. Синиш чизиғида жойлашган тишда кариес асоратлари бўлса ёки у бўлақларни бир–бирига яқинлаштиришга халақит берса, олиб ташланади.

Боланинг саломатлиги бўлақларнинг битиш муддатига бевосита таъсир кўрсатади, 7–9 ёшдаги болаларда бу жараён ўспиринларга караганда тезроқ кечади. Рахит, сил ва бошқа сурункали касалликлар билан хасталанган, шунингдек, иккиламчи иммун танқислиги бўлган болаларда суяқлар битиши муддати узаяди.

Жағлар синишлари асоратлари эрта ва кеч ривожланиши мумкин: эрта асоратларга суяк атрофидаги тўқималарда йирингли яллиғланиш – абсцесс, флегмона, травматик остеомиелит: кечки асоратларга– бўлақларнинг нотўғри битиши, иккиламчи адентия, пастки жағнинг синган томонда ўсмай қолиши, бўғим анкилози ва ҳоказолар мисоя бўла олади.

Йирингли яллиғланиш асоратлари, болаларни мутахассисга кўрсатиш учун кеч мурожаат қилиниши билан боғлиқ; мурожаат қилганда ташхис тўғри қўйилмаганлиги (бўғим бошчаси синганда, “яшил новда” синишда) ҳам кўнгилсиз асоратларга сабабчи бўлади. Жағ суяқларининг синиши юмшоқ тўқималарнинг жароҳати (лат ейиш, қонталаш яралар) билан кечганда иккиламчи инфекция тушиши натижасида яллиғланиш жараёни ривожланади. Инфекция юмшоқ тўқималарга оғиздан синиш чизиғи орқали тушиб, тарқалиши ҳам мумкин;

Бўлақлар тўлиқ репозиция қилиниб, жағлар ўзаро маҳкамлаб қўйилмаса, травматик остеомиелит юзага келиши учун шарт шароит туғилади. Организмнинг реактивлиги паст бўлса, кўрилган антибактериал ва яллиғланишга қарши даволаш чоралари, табиий микрофлорани заифлаштириб, носпецифик ва иммунологик резистентликни янада тушириб юбориши, ярадаги микробларнинг антибиотикларга турғуниликни кучайтириши мумкин. Оқибатда шикастланган жағ суягида травматик остеомиелит ривожланиши эҳтимоли янада ошади.

Маълумки, юз-жағ суякларида юзага келадиган травматик остеомиелит касаллигини йирингли бактериялар (кокклар флораси) келтириб чиқаради ва уларнинг аксарияти облигат-анаэроб штаммлар ҳисобланиб, қолганлари факультатив анаэроблар гуруҳига тўғри келади.

Жароҳатдан сўнг, жағ атрофидаги тўқималарда ривожланган йирингли яллиғланиш ўчоқлари (абсцесс, флегмона) барвақт очилиб (эвакуация қилиниб), дренажланса ва етарли кўламда ўтказилса, жароҳат 1-2 ҳафта давомида тузалиш билан яқунланади. Даволаш жараёни адекват тарзда ўтказилмаган ҳолларда, ўткир травматик (жароҳатдан келиб чиққан) остеомиелит ривожланади. Травматик остеомиелит- бу жароҳат туфайли суякда юзага келган йирингли некротик жараён бўлиб, секвестрлар шаклланиши ва репаратив ўзгаришлар содир бўлиши билан кечади.

Клиник белгилари: болаларда жағ ўткир травматик остеомиелити ўткир одонтоген остеомиелитдан фарқли равишда очик суяк ярасида кечади, ҳосил бўлган экссудат бевосита оғиз ичи ва атрофидаги тўқималарга тарқалиб, регионар абсцесс, флегмона, лимфаденит, аденофлегмоналар ривожланишига олиб келади.

Травматик остеомиелит одонтоген остеомиелитдан экссудатнинг тарқалиш йўллари билан фарқланади. Заҳарланиш белгилари, ҳамда маҳаллий ўзгаришлар сезиларли даражада ифодаланган бўлмайди. Секин ривожланган касаллик белгилари жароҳат билан узвий боғлиқлиги аниқланса, травматик остеомиелит ўз вақтида ташхисланади. Шунинг учун синган суяк атрофидаги тўқималарда яллиғланиш (абсцесс, флегмона, лимфаденит) жараёни ривожланган ҳолатларни ўткир ёки сурункали травматик остеомиелитнинг клиник кўриниши деб баҳолаш лозим.

Айрим ҳолларда юмшоқ тўқималарда травматик остеомиелитга хос бўлган ўткир йирингли ўчоқлар ривожланмай, яллиғланиш жараёнлари суст кечиб, синиш чизиғи ва олинган тиш ўрнида оқма йўл шаклланиши мумкин.

2–3 ҳафтадан сўнг рентгенологик текширув ёрдамида суякда деструкция ўчоқлари ва майда секвестрлар мавжудлиги аниқланади.

Сурункали травматик остиомиелитни ташхислаш мураккаб эмас. Суст кечаётган деструктив ва пролифератив жараёнлар натижасида жағ суяги қалинлашади. Патологик жараёнлар соҳасида жойлашган тиш куртаклари зарарланиб, нобуд бўлади (некрозга учрайди).

Оғиз бўшлиғига оқма йўл очилиб, йиринг ажралади. Рентген тасвирида суяк қобиғидан ҳосил бўлиб, синган бўлақларни (синиш чизиғини) ўраб олган “ёш” суяк тўқимасини кўриш мумкин. Суяк бўлақларининг четлари емирилиб, синиш чизиғининг аниқ тасвири йўқолади. Шикастланган доимий тиш куртаги атрофида суякда деструктив ўзгаришлар кечиб, у ўзининг аниқ чегарларини йўқотади.

Травматик остеомиелитни даволаш. Ўткир ва сурункали травматик остеомиелит ҳам одонтоген остеомиелитни даволаш принциплари асосида даволанади.

Травматик остеомиелитнинг асоратлари қуйидагилардан иборат:

Иккиламчи адентия—жароҳат туфайли тишларнинг тўлиқ чиқиб кетиши; бўлақлар репозициясига халақит берганлиги учун тишнинг олиниши; доимий тишлар куртагининг некрозга учраши; шунингдек травматик гиперостоз, иккиламчи деформацияловчи остеоартроз, пастки жағ—чакка бўғими анкилози.

Юқори жағ синиши (Fracturae os maxillae)

Болаларда юқори жағ синиши кам учрайди ва, одатда, оғир жароҳатланиш натижасида юзага келади. Юқори жағ синиши болаларда ҳам Ле Фор бўйича таснифланади. Аммо болалардаги юқори жағ тузилишига хос хусусиятлар ва жароҳатланиш механизми ўзгача бўлганлиги учун синишлар Ле Фор таснифига ҳамма ҳолларда ҳам мос тушавермайди. Болаларда юқори жағ жароҳатлари ёноқ ёйи, ёноқ суяги ва бурун суяқларининг синишлари билан биргаликда. Болаларда Ле Фор бўйича, одатда, фақат бир ҳолат яъни пастки—альвеоляр ўсиқ асоси (Герен чизиғи) бўйлаб синиш катталарга монанддир.

Шикоятлари: юқори жағ соҳасидаги оғриқ; юмшоқ тўқималардаги шиш; оғиз, бурун, қулоқдан қон кетиши; тишларни жипслаштира олмаслик; бош оғриғи; кўнгил айнаши ва кўсишга бўлади.

Клиник манзара. Юқори жағ синишлари бош миянинг ёпиқ жароҳати билан кечгани учун боланинг умумий аҳволи оғир бўлади. У атрофдагиларга бефарқ, ранги оқарган, юқори лаби, кўз ости соҳалари, бурун атрофи тўқималари қонталаш шишади. Айрим болаларда юмшоқ тўқималар лат ейиши, шилиниши, эзилиб-йиртилган яра кузатилиши мумкин. Юзи “чўзилгандек” кўринади, қонталаш (гематома) қовоқлар, ёноқ ва кўз косаси ва тўр пардага тарқалиб, “кўз ойнак” белгиси (симптоми) намоён бўлади.

Бош суягининг асоси синган бўлса кеч, “кўз ойнак” белгиси 24-48 соатдан сўнг намоён бўлади.

Оғиз бўшлиғида: альвеоляр ўсиқни қопловчи шиллик парданинг зарб тушган соҳалари йиртилган, атрофи қонталаган, тишлар синган ёки қоқилиб кириб кетган ёки “чиққан”, жағда (жисм тешиб кирган) нуқсон бўлиб, бурун ёки юқори жағ бўшлиғи билан туташади. Пайпасланганда, жағ қимирлаб қолган. Икки бармоқни қанотсимон ўсиқларнинг илмоғига кўйиб, юқорига томон босилганда, юқори жағ синиш чизиғи соҳасида оғриқ оғриқ (Герен белгиси) пайдо бўлади.

Ташхис қўйиш учун: шикоятлар, анамнез, объектив кўрик ва рентгенологик текширув маълумотлари таҳлил қилинади.

Юқори жағ тузилиши мураккаблиги, бир неча суяклар билан бирикканлиги, шунингдек, текширувда боланинг тинч ҳолатда туришини таъминлаш мушкул бўлганлиги боис, рентгенологик текширув бир неча проекцияларда ва ҳар қил усуллар ёрдамида ўтказилади: Ортопантомография, компьютер томографияси, МРТ, спираль КТ. Улардан олинган маълумотлар асосида юқори жағ синишларини юқори даражада аниқлик билан ташхислаш мумкин.

Даволаш: Болаларда юқори жағ синишлари аксарият ҳолларда бош миянинг ёпиқ жароҳати билан биргаликда юзага келиши туфайли даволаш режасини невропатолог, нейрохирург мутахассислар билан ҳамкорликда тузишни

тақазо этади. Юқори жағ синишида бош мия чайқалиши кузатилса, бола стационарга (камида 4 кунга) ётқизилиши шарт, кўрсатмалар мавжуд бўлса, тинчлантирувчи, ухлатувчи дорилар ичирилади, мушак орасига 25% MgSO₄ магний сульфат 2,5% лазикс эритмалари; вена ичига томчилаб 10% кальций хлорид, 40 % глюкоза эритмаси юборилади. Юмшоқ тўқималар ва суякда йирингли яллиғланиш ривожланиши ҳамда бола организми захарланишининг олдини олиш учун антибактериал, дезинтоксикацияловчи ва шунингдек, реактивликни оширувчи дори воситалари киритилади.

Бола етарлича даражада қувватланиши учун оқсил, витамин ва минералларга бой овқатларни мунтазам равишда истеъмол қилиши лозим.

Маҳаллий даволаш режаси, жароҳат олган боланинг умумий ҳолатини ҳисобига олган ҳолда тузилади.

Дастлабки кўриқдан сўнг, юз-жағ соҳаси жарроҳи, педиатр, невропатолог ва анестезиолог бошқа мутахассислар иштирокида боланинг умумий аҳволига баҳо бериб, (жоиз бўлса, умумий оғриқсизлантириш остида), бирламчи жарроҳлик ишловининг ҳажми аниқланади. Бирламчи жарроҳлик ишлови давомида ярада тафтиш ўтказилади, майда бўлаклар ва ёт жисмлар олиб ташланади. Синган суяклар репозиция қилиниб маҳкамланади, юмшоқ тўқималарга қаватма-қават чоклар қўйилади. Бўлакларни жарроҳлик усули ёрдамида маҳкамлашга кўрсатма бўлса, остеосинтез операцияси ўтказилади. Юқори жағ суяги синишидан қатъий назар, синган бўлак синиш чизиғидан юқори соҳага, бош суягининг қимирламайдиган қисмига маҳкамланади. Юқори жағ бир жойидан синганда, иккала жағ тишларига симдан букилган шина ўрнатилади ва улар бир бирига маҳкамланади. Лефор бўйича пастки типдаги синишда ортодонтик аппаратлар, Ванкевич, Порт шиналари, индивидуал шина қошиқ оғиз ташқарисидаги мослама воситасида бошдаги боғламга маҳкамланади.

Асоратлар: йирингли яллиғланиш, абсцесс, флегмона, остеомиелит, синуситлар, менингит, сепсис, медиастенит, кеч асоратлар–(прикус) тишлам деформацияси, юз ўрта зонаси шаклининг бузилиши, гайморит, тишлар чиқиш жараёнининг кечикиши кабилардан иборат.

Юқори жағ соҳаси жароҳатланган болалар диспансер (жаррох, ортодонт ва болалар стоматологи) назоратида бўлишлари керак.

Ёноқ ёйи синганда, унинг бўлаклари ичкарига силжийди, шунинг учун дастлабки соатларда юмшоқ тўқималар “чўккандек” бўлиб кўринади, шиш ҳосил бўлганидан сўнг эса, кўринмай қолади. Оғиз ичидан ёноқ альвеоляр қиррасини пайпаслаб, ”зинапоя” белгисини аниқлаш мумкин.

Ташхис анамнез (morbi), клиник манзара ва рентгенологик текширув натижалари–юз скелетининг аксиал проекцияда олинган тасвирида: ёноқ суяги кўз косасининг пастки чети, ёноқ альвеоляр қирра ва соҳаларидаги ёноқ ёйи суяк яхлитлигида узилиш борлиги ҳамда “зинапоя” белгиси мавжудлиги асосида кўйилади. Ёноқ суяги синганда, юқори жағ бўшлиғи деворлари бутунлиги бузилади. Шиллиқ пардаси йиртилганлиги учун юқори жағ бўшлиғи қонга тўлади. Рентген тасвирида гемосинус ҳолати аниқланади.

Даволаш – стационар шароитида ўтказилиши мақсадга мувофиқдир. Ёноқ суяги “чўккан” бўлса, репозиция умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Жароҳатнинг биринчи кунларида репозиция қилиш учун оғиз ичидан распатор ёрдамида ёки ташқаридан Лимберг илмоғи билан ёноқ суяги “кўтарилади” ва бунда одатда суяк қирсиллаши, бўлақларнинг ўз жойларига тушишлари сезилади.

Агар ёноқ суяги, юқори жағ бўшлиғига ботиб кирган бўлса, Колдуэл-Люк усулида радикал гайморотомия ўтказилади. Юқори жағ бўшлиқларидан қон қуйқалари ва майда суяк бўлаклари олиб ташланади, сўнг ёноқ суяги репозиция қилинади. Бўшлиқ йодоформли дока тасмаси билан тўлдирилади, тампон учи пастки бурун йўлига чиқарилади. Операциядан кейинги даврда антибактериал ва яллиғланишга қарши даволаш ўтказилади.

Асоратлар жароҳат ўз вақтида ташхисланиб, суяк бўлаклари репозицияси ўтказилмаса, ёноқ ёйи ва суяги нотўғри ҳолатда битиб, юзнинг шакли шамоили ўзгаради. Кўзлар битта жисмни “иккита” кўради (диплопия) ва узоқ вақтгача кўз ости соҳасидаги сезувчанлик йўқолади.

Бурун суяклари синиши

Бурун суяқларининг синиши болаларда кам учрайди. Устки юмшоқ тўқималари шикастланмаган ҳолда бурун суяқлари синган, аксарият беморлар ЛОР бўлимларида даволанадилар. Агар юз юмшоқ тўқималари ва юз-жағ суяқлари билан биргалида бурун суяқлари ҳам синган бўлса, бундай беморлар жарроҳлик стоматологияси бўлимида даволанадилар.

Шикоятлари – бурундан қон келиши, нафас олиш қийинлашганлиги ва бурун шаклининг бузилганлигига бўлади.

Клиник манзараси: Бола даволаш муассасасига етказилганда, бурундан қон кетиши тўхтаган бўлади. Кўздан кечирилганда бурун бир томонга қийшайган, устидаги юмшоқ тўқималарда ҳар хил даражадаги (шилинган, эзилиб-йиртилган) жароҳатлар бўлиши мумкин. Бурун пайпасланганда, суяқлар “ғижирлаши” сезилади. Бурун асоси силжиган бўлиб, юқори жағнинг пешона ўсиғи устидаги тери остида крепитация (эмфизема) сезилса, ғалвирсимон суяк синганлигидан далолат беради. Рентгенологик ва КТ текширувларидан аниқ маълумот олиш мумкин.

Ташхис қўйишда юқорида келтирилган белгиларни юқори жағ ва бош суяғи асосининг синиши билан(қиёслаб) ташхислаш талаб этилади.

Даволаш маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида вакуумли сўрғич орқали бурун йўллари тозаланади. Қулай асбоб синган бўлаклар чап қўл бармоқлари назорати остида дастлабки ўз ҳолатига кўтарилади. Суяқлар қайта чўкмаслиги учун буруннинг умумий йўлига йодоформли тампон зич бостириб киритилади. Бемор пастки бурун йўлларига қўйилган резина найчалар орқали нафас олади.

VII-БОБ. ЧАККА–ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Болалар чакка–пастки жағ бўғими (ЧПЖБ) тузилиши ва вазифаларининг ўзига хос хусусиятлари

ЧПЖБ ҳосил бўлишида иккита суякнинг анатомик қисимлари – пастки жағнинг бўғим ўсиғи, чакка суягининг бўғим чуқурчаси ва (уни олд томондан чегаралаб турган) дўмбоқчаси иштирок этади. Шунингдек бу суякларни атрофидан бўғим халта (капсула) си ўраб олган бўлиб, у юқоридан чакка суяк асосига, пастдан–бўғим ўсиғи бўйинчасига ёпишган. Икки суяк орасида бўғимнинг (тоғай) диски бўлиб, у бўғим бўшлиғини юқори ва пастки ораликларга ажратади. Иккала оралик синовиал суюқлик билан тўлган бўлади. Бўлардан ташқари суякларни бир–бирига капсуляр нозик мушак ҳамда пайлар тузилмаси бирлаштиради. Жойлашишига кўра улар капсула ичи ва ташқарисидаги мушак ва пайларга бўлинади. Бўғимда яхши тармоқланган қон ҳамда лимфа томирлари тизимлари мавжуд. Болалар ЧПЖБ тизимининг ўзига хос хусусиятиларини яхши билиш, бўғим касалликларининг ривожлиниши ва кечишини аниқ тасаввур этишга, шунингдек уларни ташҳислаш, даволашни тўғри ташкил қилишга ёрдам беради. Болаларнинг ўсиши билан боғлиқ анатомик ва функционал ўзгаришлар кечаётган даврларда жумладан 7 ойликкача бўлган чақалоқ, ЧПЖБ га хос бўлган шаклланган бўғим ўсиғи ва бўғим чуқурчасига эга бўлмайди. Бўғим ўсиғи бошчасини юпқа гиалин тоғай ва суяк усти пардаси қоплаб туради. Бўғим чуқурчаси ва дўмбоқчаси –камбиал ва фиброз қатламлари яхши ривожланган суяк усти пардаси билан қопланган бўлади. Бола катта бўла борган сари, бўғим юзасидаги гиалин ўрнига бириктирувчи тўқимадан тузилган (толали) тоғай

ривожланади. Бўғим чуқурчаси ясси шакилда бўлиб, бўғим юзалари нозик (юпка) бириктирувчи тўқимали тоғай билан қопланади. Чақалоқ эмаётганда унинг пастки жағи, олд–орқа йўналишда ҳаракат қилади ва шу сабабли физиологик микрогения бартараф этилади. Тишлар чиқиб, мушаклар чайнаш жараёнида фаол иштирок эта бошлаганда бўғимда ён ҳаракатлар ҳам пайдо бўлади.

Бўғим ўсиғи ва бўғим чуқурчаснинг шаклланиши доимий тишларнинг чиқишига бевосита боғлиқдир.

Бўғим чуқурчасининг ўлчамлари бўғим бошчасидан каттароқ бўлади, улар орасидаги бўшлиқ ва (конгруэнтлик) мутаносибликни, икки томонлама ботик диск тўлдириб, ташқи томондан бўғим халтаси уларни ўраб туради. Бўғим чуқурчасининг орқа гумбази ноғора бўшлиғи билан чегарадош, шу сабабли, қулоқдаги яллиғланиш жараёнлари бўғимга, бўғимдан эса қулоққа ўтиши мумкин.

Бўғим веналари анастомозлар воситасида ўрта қулоқ, эшитув найи, ташқи ва қанотсимон вена чигали билан боғланган. Қулоқдан қайтаётган веноз қон бўғим халтасининг вена томирларига тушади, бўғим веналаридан ўтиб, юз венасига оқиб келади. Шу сабабдан, инфекция бир анатомик соҳадан иккинчисига тўсиқсиз ўтиши мумкин.

ЧПЖБ касалликлари таснифи

Бугунги кунда ЧПЖБ кенг тарқалган касалликлари таснифида қуйидагилар фарқланади:

Этиологик омилларга кўра :

А) Туғма (ривожланиш нуқсонларига оид);

Б) Орттирилган касалликлар:

– яллиғланиш (артрит)лар

дистрофик (артрозлар, иккиламчи шаклни бузувчи артрозлар)

яллиғлаш–дистрофик (артрит–артрозлар)

Касалликнинг кечишига кўра: – ўткир, сурункали, ўткирлашган сурункали;

Анкилозлар (фиброз, суякли):

туғма ва орттирилган (бир томонлама икки томонлама)

яллиғланишдан сўнг

жароҳатдан сўнг

(Изоҳ – туғма деганда – туғруқ йўлларида олинган жароҳатлар ва дастлабки 3–5 ой давомида кузатиладиган септик ҳолат билан боғлиқ бўлган бўғим касалликлари тушунилади).

Болаларда учрайдиган ЧПЖБ касалликларининг сабаблари турли хилдир. Улар боланинг туғруқ йўлларида олган жароҳати, чақалоқлик даврида кечирган йиригли ни (сепсис, гематоген остеомиелит, отит) касалликлари, каттароқ (3–9) ёшлардаги бўғим жароҳатлари (лат ейиши, синиши) ёки бир маротабалик зўриқиш, эндокрин, моддалар алмашинуви касалликлари; ўсмирлик даврида (12–15 ёшда) суяклар мушаклар ва пайлар ўсишидаги (бўғим ўсиғи ва альвеоляр ўсиқ) номутаносиблик билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Н.Н.Каспарова ЧПЖБ касалликларини икки тоифага бўлган:

Бўғим суякларининг бирламчи жароҳатлари ва касалликлари;

ЧПЖБ фукционал касалликлари;

ЧПЖБ бирламчи касалликларига эмбриогенез даврида бўғим суяклари фаол ўсиш соҳаларининг етилмаганлиги (яхши ривожланмаганлиги) ёки ривожланишдан тўхтаб қолиши (пастки жағ суягининг генетик жихатдан суст тараққиёти) сабаб бўлади.

Бўғимнинг фукционал касалликлари эса тоғай қатламда яллиғланиш–дегенератив жараённи юзага келтиради. Бу жараён узоқ йиллар давом этиб, бўғим суякларига ўтади. Яллиғланиш–дегенератив жараён тоғайда дастлаб бошланганлиги учун *бирламчи жараён касаллиги* деб номланади.

Болалар ва ўсмирлар ЧПЖБ касалликлари таснифи (Н.Н. Каспарова бўйича, 1979)

Бўғим суякларининг (бирламчи) жароҳатлари ва касалликлари;

ЧПЖБ туғма жароҳатлари;

Суяклар бўғим қисмининг яллиғланиш касалликлари:

– остеоартрит;

– неоартроз;

– иккиламчи шакл бузувчи остеоартроз;

– бўғим анкилози;

ЧПЖБ нинг функционал касалликлари ва уларнинг ўспиринлик давридаги асоратлари

2.1 ЧПЖБ нинг ўсмирлик касалликлари:

– одатий чиқиш;

– бўғим фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ бўлган оғриқ синдроми.

2.2 тоғайнинг (бирламчи) яллиғланиш ва яллиғланиш-дистрофик касалликлари:

– артрит (ўткир, сурункали);

– ўсмирликда шакл бузилиши билан кечувчи (деформацияловчи) артроз.

ЧПЖБ суяқларининг бирламчи касалликлари

ЧПЖБ туғма касалликлари - бу туғма синдромлар (Робен, Франческетти, Голденҳар ва бошқалар) нинг ягона белгиси-пастки жағнинг ўсишдан тўхтаб қолиши билан намоён бўлади. Юқорида келтирилган синдромларда ЧПЖБ суяқлари: пастки жағ бўғим бошчаси ва чакка суягининг бўғим дўмбоқчаси ўсмай қолади. Бу ҳолат Голденҳар синдроми ва юзнинг бир томонлама туғма равишда ривожланмай қолиши (гемифасциал микросомия) да оғир кечади.

Суяқлар бўғим юзаларининг яллиғланиши

Остеоартрит – arthritis articulationis temporomandibularis ЧПЖБ нинг яллиғланиши. Жағ суяги бўғим юзасининг зарарланиши бўғимнинг бошқа элементлари (бўғим тоғай диски, чакка суяги суяк усти қобиғи, бўғим халтаси (капсуласи), боғлам аппарати) га тарқалади ва бўғим ташкил топган барча элементларда яллиғланиш кечади.

Остеоартрит келтириб чиқарувчи сабаблар сирасига ўткир жароҳат, бўғимнинг туғруқ жараёнидаги жароҳатлари, бўғим бошчасининг капсуладан ташқарида ва капсула ичида синишлари, бўғим ўсиғининг гематоген ҳамда одонтоген остеомиелити, чакка суягининг (отоген) остеомиелити кабилар киради.

Шикоятлар: Ўткир артритда, болалар кулоқ олди–чайнов соҳасидаги шиш ва оғриқнинг кулоқ ва энсага тарқалиши, пастки жағ ҳаракатларининг чегараланганлиги, овқат ейиш қийинлашганлиги, шунингдек, тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: Кулоқ олди–чайнов соҳасидаги шиш туфайли юзда асимметрия бўлиб, пайпаслаганда оғриқ кузатилади, оғиз очилиши ҳам оғриқли ва чегараланган. Оғиз очилишида пастки жағнинг касал томонга силжиши, шу томондаги мушакларнинг рефлектор равишда қисқариши билан боғлиқ.

Жароҳатдан кейинги артритларда, ЧПЖБ соҳасида гематома аниқланади, энгакка босиб, пастки жағ орқага итарилса, бўғимда оғриқ пайдо бўлади.

Рентгенологик текширув: ўткир артрит даврида кам маълумот беради, бўғим тирқиши экссудат тўпланганлиги ҳисобига бир оз кенгайганлигини кузатиш мумкин. Яллиғланиш жараёни узоқ давом этса, иккиламчи деструктив ўзгаришлар, яъни бўғим ёриғининг қисман торайиши, бўғим бошчасида эса деструкция ўчоқлари кузатилади. Болалар ЧПЖБ да ревматоид ва ревматик артрит касалликлари учраши мумкин. Ревматик артритда оғриқ ЧПЖБ да, ревматоид жараёнда эса, оғриқ битта ЧПЖБ ҳамда тизза ёки елка бўғимларида бўлади.

Ревматик артрит ташхиси бемордаги клиник белгилар асосида аниқланади. Эрталаб бўғимдаги ҳаракатлар оғир оғриқли кечади, бўғим атрофи тўқималарида шиш пайдо бўлади; бундан ташқари бошқа бўғимларда ҳам оғриқ туради. Суяклар <қалинлашади> ва шу соҳадаги тери ости қатламида тугунчалар борлиги аниқланади.

Қиёсий ташхислаш: ЧПЖБ ўткир артрити, ўткир паротит, ўткир лимфаденит, ўткир отит, кулоқ олди соҳасининг абсцесси касалликлари билан қиёсий равишда ташхисланади.

Даволаш: Касаллик этиологик омилларни эътиборга олган ҳолда ўтказилади. ЧПЖБ ҳаракатлари ҳар хил усуллар (ортодонтик аппаратлар, боғламлар) билан чекланади, чайнамасдан истеъмол қилинадиган юмшоқ , яримсуёқ ва суёқ таомлар тайинланади.

Маҳаллий даволаш: 5 % ли ДМСО эритмаси билан компресс, гидрокортизон, Трилон Б фонофорези, калий йодид, лидаза, ДМСО электрофорези; УВЧ, соллюкс, шам, озокерит.

Медикаментоз (дори-дармонлар билан) даволаш: яллиғланишга қарши ностероид препаратлар: ацетилсалицилат кислотаси, натрий салицилат, салициламид, бутадион, индометацин, ибупрофен, диклофенак, вольтарен, кетонал қўлланилади. Бу препаратларни қабул қилишга қарши кўрсатма мавжуд бўлса, салицил кислота ҳосилалари буюрилади. Касаллик ривожланишида инфекция ўрин тутган ҳолларда, антибактериал даволаш тайинланади.

Сурункали артрит: (Arthritis articulationis temporomandibularis chronica).

Сурункали артрит болаларда аста-секинлик билан ривожланади ва ўспиринлик даври (12-15 ёш) да намоён бўлади.

Шикоятлар: эрталаб уйғонгандан сўнг беморларда ЧПЖБ да таранглик, оғирлик, бўғим ҳаракатлари вақтида кучаявчи оғрик, “қирсиллаш”, бош оғриғи, қулоқларда шанғиллаш, эшитишнинг пасайиши, гоҳида оғиз қуриши ёки тилнинг гўё куяётгандек ачишиши каби симптомлар кузатилади.

Клиник манзараси: Юз симметрияси сақланган. Пайпаслаганда бўғимлар соҳаси ва атрофи бир оз оғриқли. Ташқи (қулоқ) эшитув йўли орқали бармоқ билан пайпаслаб текширув ўтказилганда, бўғим чуқурчасида шакли ўзгарган бўғим бошчасининг ғирчиллаётганини сезиш мумкин. Энгак соҳасига босим ўтказилса, бўғимдаги оғриқ кучаяди.

Рентген тасвирида: бўғим тирқиши (экссудатив жараён кечаётган бўлса) кенгайганлиги ёки ҳар хил кўринишда (продуктив равишда кечаётган жараён туфайли) торайганлигини кўриш мумкин.

ЧПЖБ сурункали артрити қуйидаги клиник белгилар асосида ташхисланади:

касалликка хос шикоятлар:

– уйқудан сўнг бўғимда кузатиладиган таранглик, оғиз очаётганда бир оз оғриқ ва “қиртиллаш”, бош оғриғи, қулоқ шанғиллаши, эшитишнинг пасайиши, оғиз қуриши ва тилнинг худди қуйгандек ачишиб оғриши.

– объектив кўриқда – ЧПЖБ пайпасланганда оғриқ сезилади ва энгак соҳасига босим ўтказилса, оғриқнинг кучайиши кузатилиши мумкин.

Рентген тасвирида – бўғим тирқишининг нотекислиги ёки унинг кенгайиши аниқланади ЧПЖБ сурункали артрити, ўткир артрит, бўғимнинг оғриқли дисфункцияси, уч шоҳли нерв невралгияси ва юз шаклини бузувчи остеоартроз билан қиёсий равишда ташхисланади.

Ўткир артритнинг белгилари ЧПЖБ нинг юқорида келтирилган оғриқли дисфункциясига хос белгилар билан биргаликда кечади, яъни: оғриқ кулоқда бошланиб, бош соҳасига тарқалади ва кундузи, айниқса, овқат чайнаганда кучаяди, чайнов мушакларида оғриқ пайдо бўлади, оғиз очилиши чегараланади ёки соғ томонга силжийди. ЧПЖБ да рентгенологик ўзгаришлар аниқланмайди. Аниқлаш (диагностика) мақсадида, Берше усулида (оғриқсизлантириш) блокада ўтказилса, уч шоҳли нерв ҳаракатлантирувчи толаларига қилинган анестетик таъсирида мушаклардаги таранглик (спазм) бартараф этилади ва пастки жағ ҳаракатлари яхшиланади.

Уч шоҳли нерв невралгияси билан қиёсий ташхис ўтказиш қийинчилик туғдирмайди. Таъкидлаш лозимки, бу касаллик болаларда камдан–кам учрайди . Невралгия касалигида оғриқ маълум (триггер) соҳалар (бурун қаноти, лунж, даҳан, юқори ва пастки лаблар) га тегиш, силаш сабабли юзага келади, яъни оғриқ бошланиши ва тарқалиши триггер соҳаларни кўзғатиш билан боғлиқ.

Даволаш: ЧПЖБ сурункали артрити, касалликнинг сабабини эътиборга олган ҳолда даволанади. Биринчи навбатда касалликни келтириб чиқарувчи асосий омилларни бартараф қилиш керак бўлади. Агар артрит келиб чиқишига окклюзиянинг функционал бузилишлари сабаб бўлган бўлса: тиш тожи дўмбоқчаларини бир–бирига мослаб чархлаш; окклюзион баландлик пасайган бўлса– функционал ва механик таъсир этувчи каппа, пластинка ёки бошқа аппаратлар, масалан, вақтинча олиб қўйилувчи протез тақиб, кейинчалик рационал протезлаш ўтказилади.

ЧПЖБ нинг ревматоид ёки ревматик артритларида ностероид препаратлар тавсия этилади. Бу препаратлар уч тоифага бўлинади: тоғай тўқимасидаги

гликозамин (ГАГ) ларнинг биосинтезига таъсир этмайдиган (пироксикам, диклофенак, сулиндок); ГАГ биосинтезини тўхтатувчи (ацетилсалицил кислота, индометацин, фенопродин); ГАГ биосинтезини стимулловчи препаратлар (парацетамол, сурган).

Травматик артритларда куйидаги препаратлар тавсия этилмайди:

Бўғим тоғайида дистрофик жараён аниқланса, тоғайида метаболизмни яхшиловчи хондропротектор (траумель, дискус композититум ва бошқа препарат)лар тавсия этилади.

Маҳаллий даволаш чоралари –(димексид, медицинал гелъ малҳамлар – “Долгит”, “Випроксол”, “Вольтарен”, “Кетопрофен” ва бошқалар билан) компресслар кўйилади.

Бўғимда ҳаракатлар чегараланиб, оғриқ эса зўрайиб борса, унинг ичига лидаза ёки гидрокортизон, кеналог, артепарон каби препаратлар юборилади. Дориларни бўғим ичига фонофорез (гидрокортизон) ёки электрофорез воситасида (калий йодид, лидаза) киритиш мумкун.

Физиотерапевтик муолажалар (лазер, магнит, парафин, озонперит) бўғим атрофи тўқималари соҳасига ўтказилади .

Артроз – бўғимларда дегенератив жараён кечиши билан характерланувчи касаллик. Дегенератив ўзгаришлар бўғим тоғай қатламида бошланиб, кейинчалик унинг шакли ўзгариши ва бўғим юзаларида реактив – дегенератив ўчоқлар юзага келишига олиб келади.

Шунинг учун бу касаллик шакл бузувчи (деформацияловчи) остеоартроз (ДА) ёки сурункали артрит–артроз деб таърифланади. Иккиламчи ДА деганда эса, касаллик дастлаб артрит–артроз шаклида кечганлиги ва пировард натижада пастки жағ бўғим бошчаси шаклининг ўзгариши билан асоратланганлиги тушунилади.

Болаларда ЧПЖБ артрити ўз вақтида ташхисланиб, комплекс равишда даволанмаса, касаллик артроз шаклига ўтади. Деструктив жараён нафақат тоғай дискда ва бўғим юзаларида, балки бўғим бошчаси (суяк тўқимаси) да ҳам кечади ва натижада унинг анатомик шакли сезиларли даражада ўзгаради.

Шикоятлар: Бемор одатда, пастки жағнинг ҳаракатлари ва оғиз очилишининг чегараланиши, шунингдек, юзда асимметрия пайдо бўлишига шикоят қилади. Жағнинг зарарланган томонида ўсиш жараёни <тўхтаб> қолган ҳолларда, шу томонда пастки жағнинг тана ва шох қисми соғ томонга нисбатан калта бўлади. Шу сабабли, энгак касалланган томонга силжийди; соғ томонда эса – жағ танаси чўзилиб яссиланади ва устидаги юмшоқ тўқималар чўзилади. Остеартроз ривожланган томонда жағ суяги калта бўлганлиги туфайли, юмшоқ тўқималар йиғилиб, юзда бўртиб кўринади. Оғиз бурчаги соғ томонда пастрок жойлашади, шу сабабли оғиз тирқиши қия кўринади, кичик болаларда бу ҳолатни педиатрлар юз нервининг фалажи касаллиги билан қиёсий ташхислашлари лозим акс ҳолда ноадекват даволаш чораларини қўллашлари мумкин.

Пастки жағ бир томонда калта бўлиб, патологик (чалишган) окклюзия шаклланади. Пастки альвеоляр ёй тораяди, касалланган томонда ён тишлар тил томонга эгилади. Альвеоляр ўсиқлар ўзаро контактда бўлмаганлиги боис, улар компенсатор равишда ўса бошлайди. Шу сабабли, юқори жағ альвеоляр ўсиғи тишлари билан пастки жағнинг ўтув бурмасигача етади. Фронтал тишлар соҳасида окклюзия чуқур бўлади. Бола катта бўлган сайин пастки жағнинг бир томони ўсишдан ортда қолиб, юзидаги асимметрия кучаяди. Йиллар ўтиши билан юқори жағ ва ёноқ суягида иккиламчи шакл бузилишлари кузатилади.

Иккала ЧПЖБ да остеоартроз кечганда, пастки жағнинг иккала томони симметрик равишда ўсмай қолади. Жағнинг тана қисми ва шохлари ўсмаганлиги сабабли энгак орқага тортилиб қолади ва чуқур прогнатик шаклланади. Ён томондан қаралганда, юқори жағ ва бурун пастки жағга нисбатан кескин олдинга туртиб чиққан. Энгак деярли билинмай, бўйинга ўтиб кетади. Юзнинг бундай тузилиши адабиётларда “қуш юзи” деб юритилади.

Касаллик одатда, кеч аниқланади, бошланғич даврда бўғимда ҳаракатлар қийинчилик билан амалга оширилса ҳам, бола буни англолмайди. Оғиз очилиши овқат ейиш ва гапириш учун етарли бўлади, шу сабабли беморга эътибор берилмайди. Йиллар давомида касаллик кучайиб, дастлаб ён, кейин вертикал йўналишда ва олдинга бажариладиган ҳаракатлар чегараланади.

ЧПЖБ икки томонлама остеоартрозида жағлардаги ўзгаришлар билан бир вақтда умуртқа поғонасининг бўйин қисмида ҳам қийшайиш кузатилади, бўйин ва юзнинг мимик ҳамда чайнов мушаклари тонуси бузилади. Пастки жағ калта бўлиб, ҳаракатланмай қолади, биринчи навбатда тил орқага силжийди (дислокация), нафас олиш акти ва ўпка вентиляцияси бузилади. Айниқса, бола улғайиб, мушаклар бўшашганда, ушбу ҳолат сезиларли бўлади. Ухлаётганда қаттиқ хуррак отади, баъзан дислакацион асфиксия туфайли нафас олиш тўхтаб қолади ва бола уйғониб кетади. Болалар чалқанча ҳолат (бел)да ёта олмайдилар. Оғир ҳолларда, бола ўтириб ухлайди. Бундай ҳолат, одатда, касаллик боланинг чақалоқлик даврида бошланганда (туғруқ йўлларида жароҳат олган ёки гематоген остеомиелит билан касалланганда) кузатилади.

ЧПЖБ касаллиги бўлган беморни кўриқдан ўтказиш тартиби:

Боланинг ота– онасини сўроқлаш .

Юзнинг пастки қисмини текшириш – иккала қўлнинг жимжалокларини ташқи эшитув йўлларига киритиб, пастки жағнинг ҳаракатларини аниқлаш. Ташқаридан бўғимни ва чайнов мушакларини пайпаслаш, (прикус) тишлам ва окклюзион юзани, тишлар жипслашувини ўрганиш.

Кўрсатмалар бўлса, механография, электромиография, артрография, реография, артроскопия, рентгенография, томография, мультиспирал компьютер томография сингари махсус текширувлар ўтказилади.

ЧПЖБ ўзгаришларини рентген тасвирга тушириш учун беморнинг боши махсус ҳолатда ўрнатилган бўлиши керак. Шуллер усулида пациент-оғзи очик ҳолатда тасвирга туширилади. Парма услубида эса– оғиз ёпиқ ҳолатда бўлиши лозим. Тасвирда бўғим тирқиши чегаралари, бўғим бошчасининг шакли намоён бўлади. Ортопантограммада пастки жағнинг бўғим ва тож ўсиқлари тасвири кўринади, аммо бўғимнинг бошқа қисмлари аниқ кўринмаслиги мумкин. Бугунги кунда аниқ ва батфсил маълумот олиш мумкин бўлган текширув компьютер томографияси усулидир.

ЧПЖБнинг шакл бузилиши билан кечувчи артрозига хос бўлган рентгенологик белгиларга асосланиб, касаллик 4 босқичга (давр) ажратилган (Н.Н.Каспарова).

Биринчи босқич – остеоартрит босқичи, касалликнинг бошланғич даври бўлиб, бир неча ой давом этади. Бу босқичда, яллиғланиш жараёни туфайли бўғимни ташкил этувчи суякларнинг суяк тўқимасида йирингли яллиғланиш юзага келади ва бунинг натижасида бўғимнинг суяк қисми қисман емрилиб, қисман некрозга учрайди, оқибатда, бўғим тоғайи ҳам қисман нобуд бўлади.

Иккинчи босқич – бу босқичда касаллик, пастки жағнинг бўғим ўсиғи бошчасида деструктив жараён билан бир вақтда, репарация (тикланиш) жараёни ҳам бошланиши билан ҳарактерланади. Рентген тасвирида пастки жағнинг бўғим ўсиғи ўзининг анатомик шаклини йўқотиб, яссиланган ва бўғим бошчасининг проекцияси деярли <йўқолган> бўлади. Ўсиқ юзаси текисланган (гематоген остеомиелитдан сўнг) шакли бузилиб, янги ҳосил бўлаётган суяк, бўғим дўмбоқчасининг шаклини <қайтариши> мумкин. Шу билан бирга, айна вақтда, бўғим бошчасининг сақланиб қолган зоналарида суяк тўқимаси тиклана бошлайди. Шаклланаётган бўғим ўсиғи ва чакка суяги орасида бўғим тирқиши кузатилади. Бу давр 2–3 йил давом этади. Келиб чиқиши гематоген этиологияга эга бўлган остеоартроз шу босқичда тугалланиши мумкин. Бўғимдаги ҳаракатлар сақланган бўлади, бола оғзини 2–3 см очиб, вертикал ҳаракатларни бажара олади.

Учинчи босқич – бу босқичда касаллик, бўғимда сезиларли даражадаги суяк тўқимаси репарацияси билан кечади. Рентген тасвирида: чакка суяги ҳосил бўлаётган иккиламчи суяк ҳисобига чакка суягининг шакли ўзгараётганлигини ва бўғим чуқурчаси текисланиб, бўғим думбоқчаси яссиланганлигини кузатиш мумкин. Бўғим тирқиши эса тўғри чизик бўйлаб торайиб, ғадир–будир бўлиб кўринади. Бу босқич 5–7 йил давом этиши мумкин. Вақт ўтиши билан, иккиламчи суяк қалинлашиб, бўғимдаги ҳаракатлар чегараланади.

Туртинчи босқич– бу босқич боланинг ўсмирлик даврида кечади. Чакка суяги ва пастки жағ бўғим бошчалари бўғимларга хос барча белгиларини йўқотади ва ҳаракатлар батамом тўхтади. Рентген тасвирида: пастки жағ шохи

иккиламчи суяк воситасида калла суяги билан бирлашиб кетади. Бўғим тирқиши ўзининг шаклини бутунлай йўқотади ва тўғри чизикқа яқинлашади. Ҳосил бўлган иккиламчи суяк дағаллашиб, склеротик ўзгаришларга учрайди.

ЧПЖБ анкилози. Остеоартрит касаллиги туфайли бўғим тоғайининг бутунлай емирилиши ва иккиламчи суяк ривожланиши оқибатида бўғим ўсиғининг чакка суяги билан бирикиб кетиши тушунилади.

Болаларда ЧПЖБ анкилози келиб чиқиши ва ривожланиши жихатидан иккиламчи остеоартрозга ўхшаш бўлади. Пастки жағ бўғим ўсиғида, ҳар хил омиллар боис юзага келган деструктив, продуктив жараёнлар натижасида жағ суяги ўсишдан тўхтайдди. Унинг длеформацияловчи остеоартритдан фарқи шундаки, мазкур касалликда, бўғим тоғайи бутунлай емирилади ва шу сабаб бўғим юзалари бир–бири билан бирикиб кетишига олиб келувчи шароит яратилади. Бола қанча кичик ёшда бўлса, суяклар бириқиши ҳам шунча тез кечади. Кичик ёшдаги болаларда касаллик бошланганидан 1-2 йил ўтгандан сўнг, оғиз бутунлай очилмай қолади.

Клиник манзараси: анкилоз ва иккиламчи остеоартроз касалликларининг клиник белгилари (таърифлангандек) деярли бир хил намоён бўлади. Бирок, иккиламчи шакл бузилиши билан кечувчи остеоартроз 4 босқичига етиши учун кўп йиллар ўтиши талаб этилади, анкилозда эса нисбатан қисқа муддатда оғиз тўлиқ очилмайдиган ҳолатга келади. Рентген тасвирида– пастки жағ бўғим ўсиғи ва чакка суягининг бўғим чуқурчаси орасидаги бўғим тирқиши бутунлай йўқолган, шунингдек, бўғим ўсиғи йўғонлашиб, чакка суяги билан бирлашиб кетган бўлади.

Ташхислаш: анкилоз касаллигини шакл ўзгартирувчи остеоартроздан фарқлаш мақсадида уларнинг рентгенологик манзараси ўзаро таққослаб кўриқдан ўтказилади.

Болалар ва ўсмирларда ЧПЖБ касалликларини қийсий ташхислаш жадвали

| Касаллик Шакли | Касалликларни фарқлаш учун асосий мезонлар | | | |
|-------------------|--|---------|---------------|----------------------|
| | Касаллик | Сабаби, | Асосий клиник | Асосий рентгенологик |
| | | | | |

| | аниқланганидаги бемор ёши | бошланиши ва клиник кечиши | белгилари | белгилари |
|--|------------------------------|---|---|--|
| Эмбрионал ривожланиш билан боғлиқ тугма нуқсонлар | Чақалоқлик даврида | Туғилганда аниқланади | Зарарланган томонда пастки жағ ўсмай қолган ва калта. Ҳамроҳ нуқсонлар: оғиз тирқиши, кулоқ супраси, бўйин, қўл ва оёқларда кузатилади | Бўғим ўсиғи калта бўғим бошчаси ривожланмаган ёки умуман йўқ, бўғим чуқурчаси ва бўғим думбоқчаси шаклланмаган |
| Иккиламчи деформация ловчи остеоартроз | 8-12 ёшда | Остеоартрит, секин кечади (1-2 йил давомида) | Шикастланган томонда пастки жағ ҳар томонлама ўсмай қолган, оғиз очилиши қийинлашган | Бўғим тирқиши нотекис, торайган, бўғим бошчасининг шакли ўзгарган, калталашиб, қалинлашган, бўғим чуқурчаси ва дўмбоқчаси яссиланган |
| Суякли анкилоз | Ҳамма ёшда (кўпроқ 2-3 ёшда) | Остеоартрит оқибатида, нисбатан секин кечади, 1-2 йил давоми бўғим ўсиғи чакка суяги билан бирикиб кетади | Шикастланган томонда пастки жағ ҳар томонлама ўсмай қолган. Пастки жағ ҳаракатсиз | Бўғим тирқиши бутунлай йўқолган. Бўғим ўсиғи чакка суяги билан бирикиб, яхлит бўлиб қолган. |
| Неоартроз | 5-15 ёшда | Остеоартроз оқибати – асосан бўғим бошчаси синиб, сўрилиб (остеолиз) кетганидан сўнг, секинлик билан кечади | Шикастланган томонда пастки жағ бир оз калта ва кичик бўлиши мумкин. Пастки жағ ҳаракатлари эркин, айрим ҳолларда бироз чегараланган | Бўғим ўсиғи калта, бошчаси ясси, суяк структураси зич (склерозга учраган). Бўғим тирқиши кенг текис |
| ЧПЖБ ўсмирлик даври дисфункцияси (одатий чиқиш) | 10-15 ёшда | Бўғимнинг ўткир (жароҳатидан сўнг) ёки сурункали (тиш қатори нуқсони ёки окклюзион ўзгаришлар сабабли) зўриқиши | Оғиз очганда “қиртилланиш” ва жағнинг бўғим ҳаракатлари камайган томонга силжиши. Оғиз очганда, пайпаслаб кўриб, бўғим бошчасининг чуқурчасидан чиққанлиги дирилдоқ ва олдида чуқурча пайдо бўлганлиги аниқланади | Оғиз очиқ ҳолатда бўғим бошчаси чуқурчадан чиққан ва бўғим дўмбоқчасидан ташқарида жойлашган |
| Сурункали артрит | Кўпроқ 12-15 ёш | Одатий чиқиш ёки тиш қаторлар нуқсонлари, чуқур (прикус) тишлам аста–секин ривожланади, хуруж берганда аниқланади | Бўғим соҳасида “қиртилланиш”, чайнов мушаклари дисфункцияси (оғрик, таранглик) нинг оғриқли дисфункция синдроми | Бўғим тирқишининг торайиб бориши, бўғим бошчасининг субхондрал зонасида деструкция ўчоқлари |
| Ўсмирларда шакл бузилиши билан кечувчи остеоартроз | 15-17 ёш | Чайнов мушакларининг дисфункцияси таъсири остида йиллар мобайнида | Бўғимда ўқтин–ўқтин ўткир оғриқ туради, ҳаракатланиш чегараланади, шовқин сезилади. Оғриқли Дисфункция | Бўғим тирқиши шакли бузилиб, нотекис торайган, бўғим бошчасининг шакли ўзгарган, суяк зичлашган |

| | | | | |
|--|--|--------|----------|--|
| | | кечади | синдроми | |
|--|--|--------|----------|--|

Иккиламчи (шакл бузилиши билан кечувчи) остеоартроз ва анкилоз касалликларини даволаш принциплари ТМА болалар стоматологияси кафедрасида ишлаб чиқилган. Иккиламчи остеоартроз, анкилоз касалликлари аниқланиши билан болалар диспансер назоратга олинишлари керак. Диспансер назоратида бўлган болада комплекс текширувлар ўтказилиб, юз-жағ тизимининг клиник–рентгенологик ўзгаришлари аниқланади. Ички аъзолар ва тизимлар ҳолати клиник–лаборатор текширувлар натижалари баҳоланади ва соматик ўзгаришлардан келиб чиққан ҳолда керакли мутахассислар (педиатр, эндокринолог, травматолог) нинг хулосалари йиғилади. Жамланган малумотлар асосида ташхис қўйилиб, даволаш режаси тузилади. Мазкур режа уч босқичда бажариладиган вазифаларни ўз ичига олади.

Биринчи босқичда – а) операциягача ўтказиладиган даволаш чоралари – аъзо ва (нафас олиш, овқат ҳазм қилиш, марказий асаб) тизимлари фаолиятини тиклаш: моддалар алмашинуви, иммун тизимларини меъёрлаштириш, кам қонликни даволаш ва х.к.

б) оғиз очилиши 2 см гача бўлган беморларда деформация кучайишини ва пастки жағни конструктив равишда марказий ҳолатга келтириш мақсадида ортодонтик (олиб қўйиш мумкин бўлган ёки ечилмайдиган пружинали, винтли қия текисликка эга, Вебер шинаси ёрдамида) даволаш ўтказилади. Тишлам ва жағ суякларининг турғун ҳолатига эришилади. Комплекс равишда ўтказилган медикаментоз ва ортодонтик даволаш (тайёрлов)дан сўнг операция режаси тузилади.

Иккинчи босқичда – оператив (жарроҳлик) усуллари билан анатомик ўзгаришларни бартараф қилиб, ЧПЖБ фаолиятини тиклаш кўзда тутилади. Боланинг ёши, касаллик шакли (иккиламчи остеоартроз, анкилоз) босқичи тишлам тўрини (сут тишлари, алмашинув, доимий) эътиборга олиб, операция вақтида жағларни янги ҳолатда маҳкамлаш усули режаси тузилади. Иккиламчи

остеоартроз ва анкилоз хасталиклариди жарроҳлик аралашуви касаллик шакли ва боланинг ёшидан катъи назар, бир хил бажарилади.

Операция эндонозотрахеал (бурун йўли орқали эндоскоп билан киритилган най орқали) наркоз остида ўтказилади. Пастки жағ шохининг 1/3 қисмида кўндаланг остеотомия ўтказилади, жағ суяги пастга силжитилади ва шакли бузилган бўғим бошчаси атрофидаги ўзгарган суяк тўқимаси ва тож ўсиғи ажратилиб олиб ташланади. Икки томонлама остеоартрозда, шу операция иккинчи томонда ҳам бажарилади. Эркин қолган пастки жағ олдинга чиқарилиб, (гиперкоррекция ҳолатида) ушлаб қолиниши лозим. Бунинг бир неча усуллари бор.

Биринчи усул – тортиб чиқариш усули бўлиб, одатда, кичик ёшдаги, яъни 2-3 ёшгача бўлган болаларда бажарилади. Операция вақтида жағ бурчагида тешик очилиб, сим ўтказилади. Палатада болани чалқанча ётқизиб, сим блоklar тизими ёрдамида (200-1000 гр ча) керакли ҳолатга етгунча тортилади. Керакли ҳолатни олгандан сўнг, тишга милк усти (Вебер ёки Ванкевич) шинаси тақилади. Бундай шиналар оғизни очиб-ёпишига силжишига ҳалақит бермайди.

Иккинчи усул – остеотомия ва кондулэктомиядан сўнг эркин қолган пастки жағ олдинга, пастга ва ён томонга гиперкоррекция ҳолатида каппа аппаратлар ёрдамида (Р.К. Якубов 1999) сим билан юқори жағга– бир ой муддатга маҳкамланади.

Юқорида келтирилган операциядан сўнг узоқ муддат ортодонтик даволаш ўтказилиб, пастки жағ шохининг (ауто ёки алло трансплантация ёки сунъий имплантат билан) тиклаш операцияси ўтказилиши тақозо этилади.

Учинчи босқичда –юқорида таъриф этилган остеотомия ва кондулэктомия операцияларидан сўнг, пастки жағ аввалги (ёки олд позиция) жойига ва ён томонга гиперкоррекция ҳолатига келтирилиб, жағ шохиди ҳосил бўлган нуқсон суяк трансплантати ёки эндопротез билан тикланади. Бугунги кунда аутосуяк сифатида қовурға суяги тоғай қисми билан ёки метатарзал суяк ҳар жиҳатдан талабларга тўлиқ жавоб беради. Бизнинг клиник кузатув ва тажрибамизга

асосланиб бу тўқималарни кўчириб ўтказиш амалиётини, ўсмирлик давридан сўнг амалга оширишни тавсия этамиз.

Суяк ўрнига, нуқсон ўрнини тўлдириш учун биоинерт материаллар (титан, биоситал, акрилат, асосидаги композитлар ва бошқалар) дан тайёрланган эндопротезлар ўрнатилиши мумкин. Болалар клиникаларида кўпроқ акрил ва углеродли композитлардан фойдаланиш афзал. Қандай материал ишлатилишидан катъи назар, пастки жағ юқори жағга 2-4 хафтага конструктив ҳолатда маҳкамланади. Кўп йиллик тажрибамиз шуни кўрсатдики, операция икки босқичда ўтказилиши мақсадга мувофиқдир. Яъни ёшидан ва хасталик шакли (деформациловчи остеоартроз, анкилоз) дан катъи назар, биринчи босқичда остеотомия кондулэктомия билан бирга ўтказилади. Бола балоғат ёшига етгунча мунтазам равишда ортодонтик даволаш ўтказиб борилади ва балоғат ёшига етгандан кейин, жағда (аутосуяк билан) тиклов операцияси ўтказилади.

Мазкур операциянинг мақсади қуйидагиларни назарда тутиши лозим:

1. Пастки жағ тўғри (керакли), ҳаракатларини чегараламайдиган ҳолатни барқарор тўтиб туриш.

2. Чайнов ва мимик мушакларида янги ҳолатга нисбатан миостатик мувозанат рефлексини шакллантириш.

3. (Операциядан сўнг) жағнинг янги ҳолати билан боғлиқ бўлган тиш қаторидаги дезокклюзияцияни тўғрилаш.

4. Пастки жағ альвеоляр ёйи шаклининг бузилишини бартараф этиш.

5. Жағлардаги иккиламчи деформацияларнинг олдини олиш.

Ортодонтик даволаш жағда ўтказилган тиклов операцияларидан сўнг ҳам давом эттирилади.

БОБ. ЮЗ ВА ЖАҒЛАРНИ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ

Юқори лаб ва танглай туғма нуқсонлари (ЮЛ ТТН) частотаси

Адабиётларда келтирилган маълумотлар, ер юзида охириги 100 йил мобайнида юз-жағ соҳаси туғма нуқсонлари билан туғилган болалар сони 3 баробар ортганлигидан далолалт беради.

Дунёнинг турли қитъа ва мамлакатларида болаларнинг ЮЛТТН билан туғилиш частотаси турличадир.

EUROCAT (European Registration of Congenital Anomalies) маълумотларига кўра, болаларнинг ЮЛТТН билан туғилиш частотаси тирик туғилганлар орасида 1:1000 чақлоқни ташкил этади. ЮЛТТН бошқа туғма синдромлар белгилари билан биргаликда учраши мумкин.

Охириги 40 йил давомида Европада, ЮЛТТН билан туғилган болалар сони икки баробар ошганлиги ва тирик туғилган болалар учун ушбу аномалия билан туғилиш частотаси 1:500 нисбатга етганлиги ҳақида маълумотлар мавжуд.

АҚШда 600 та боладан биттаси, Японияда 588 боладан биттаси туғма нуқсон билан туғилади.

Белакова С.В. ва ҳаммуаллифларнинг Москва шаҳрида, 1979-93 йй. олиб борган текширувлари шуни кўрсатадики, янги туғилган 1000 чақалоқ учун ушбу патология 0,6-1,17 кишини; ўрта ҳисобда эса, бир йилда 1:700 чақалоқни ташкил этган.

Россиянинг бошқа регионлари (Чита, Екатеринбург, Новосибирск, Волгоград, Саратов вилояти)да олиб борилган изланишлар шундан далолат берадики, 15 йил ичида болаларнинг ЮЛТТН билан туғилиш частотаси ортиш тенденциясига эга ва 1:500 нисбатни ташкил қилган. Шу билан бир вақтда Сахи (Якутия) Республикасида бу кўрсаткич 1:820 (Яковлев С.В. ва ҳаммуаллифлар 1999); Оренбург вилоятида эса янги туғилган чақалоқлар учун ўртача 1:745 нисбатда. Бу кўрсаткичнинг вилоятда охириги 20 йил мобайнида барқарор равишда турғун эканлигини таъкидлаш лозим. Бироқ бундай барқарорлик ҳамма ерда ҳам сақланмаган. Жумладан Омск шаҳрида ЮЛТТН частотаси 1:530 ташкил қилган

бўлса, вилоятда 1,35:1000 бўлган, Ставрополь ўлкасида бу кўрсаткич 1:814 дан 1:690 гача кўтарилган.

Юз соҳаси туғма нуқсонлари бўлган болаларнинг туғилиш частотасининг бутун дунё бўйлаб ўсиши, шубҳасиз. У ёки бу региондаги техноген фалокатлар ҳамда табиий ресурслардан нораціонал фойдаланиш туфайли экологик шароитнинг бузилиши билан боғлиқдир.

Беларусь Республикасида 1988 йил Чернобил фалокатигача бўлган даврда ЮЛТТН бўлган болалар туғилиш частотаси 1:1124 нисбатни ташкил этиб, болалар юз-жағ жарроҳлиги клиникасида 61 бола даволанган; 1998 йилда эса -110 бола даволанган. Бу, туғилиш пасайишига қарамай, ЮЛТТН бўлган болалар сонининг ортганлигидан далолат беради ва бу ҳолат экологик шароит (“қолдик радиоактив из”) билан боғлиқлиги ҳақидаги хулосага олиб келади.

Ҳозирги даврда Орол бўйи атрофи худудларида экологик муҳит жуда ўзгарган. Антропоген омиллар биринчи навбатда ўз таъсирини кўрсатади.

Осиё мамлакатларида ЮЛТТН нинг частотаси борасида адабиётлардаги маълумотлар турлича. Жумладан Саудия Арабистони (King Khalir Universiti Hospital) да ўтказилган эпидемиологик текширувлар натижаларига биноан, 10 йил давомида 20045 чақалоқ дунёга келган бўлиб, ЮЛТТН билан туғилган болалар 0,3% ни ташкил этган, 26,8 % ҳолларда ирсиятга боғлиқлик кузатилган. Болаларнинг умумий сонига нисбатан фақат юқори лабнинг алоҳида туғма нуқсонлари 38% ни; танглайники 22,4%; юқори лаб ва танглайнинг туташган нуқсонлари 37,4% ва бошқа кичик аномалиялар билан биргаликда учраши 2,2% ни ташкил этиши аниқланган.

Ливияда болаларнинг ЮЛТТН билан туғилиш частотаси ўрта ҳисобда 0,28% ни ташкил этади. Қувайтда бу кўрсаткич 1,5:1000 га тенг.

ЮЛТТН-нинг Йемен Республикасидаги частотаси ва турлари А.Файсахл (2007) томонидан батафсил ўрганилган. Йемен Республикасининг болалар аҳолиси орасида қайд этилган туғма нуқсонлар структурасида, юз-жағ соҳаси ривожланиши аномалиялари тўртинчи ўринни эгаллайди ва 6,5% ни ташкил этади. Тоғлик минтақада яшовчиларда

болаларнинг ЮЛТТН билан туғилиши энг юқори частотаси пойтахт-Сана шахрида(2300 м.денгиз сатхидан баландликда1000 янги туғилган чакалоқларга нисбатан)– $2,9 \pm 0,5$ ($P < 0,005$); текисликка яқинлашган сари, иккинчи ўринда – Таиз шахри – $1,8 \pm 0,3$; учинчи, тўртинчи ва бешинчи ўринларни мувофиқ равишда: Адан – $1,6 \pm 0,2$; Ибб – $1,5 \pm 1$ ва Ал-Худейда – $1,1 \pm 0,2$ камайган.

Болаларнинг ЮЛТТН билан туғилишини йил фасл (ой)лари бўйича ўрганиш шуни кўрсатадики, бундай болаларнинг аксарияти- $28,6 \pm 2,7\%$ ёзда туғилган; мувофиқ равишда баҳорда $-25,7 \pm 2,5\%$; кузда $-24,6 \pm 2,5\%$ ва қишда $-21,9 \pm 2,3\%$. Энг юқори рақамлар сентябрь ойига тўғри келади – $10,2 \pm 1,2\%$ (фаслий тебранишлар индекси $117,8\%$), июль, август – $9,6 \pm 1,2\%$ (фаслий тебранишлар индекси $116,0\%$) энг кичик рақамлар декабрь ойига – $6,9 \pm 0,9\%$ (фаслий тебранишлар индекси – $83,3\%$).

Ноябр, феврал ($P < 0,005$) ойларига нисбатан, сентябр ойида ЮЛТТНни бўлган болалар кўпроқ туғилган. Бундан келиб чиққан ҳолда, куз ойларида, яъни ота-оналарнинг ўткир респиратор касалликлар билан тез-тез оғриши ва шу сабабли кўп дори воситаларини қабул қилиши мумкин бўлган даврда, ҳомила ҳосил бўлган деган хулоса юзага келади.

Юқори лаб ($23,0 \pm 3,4\%$) ёки танглайнинг ($29,1 \pm 3,7\%$) алоҳида кемтикларига нисбатан, улар (юқори лаб ва танглай)нинг биргаликда учрайдиган кемтиклари аҳамиятга молик равишда кўп ($47,9 \pm 1,0\%$, $P < 0,001$) учраши кузатилган. Шу билан бирга қиз болаларда юқори лаб ва танглайнинг биргаликдаги нуқсонлари ($20,8 \pm 3,1\%$) ва танглайнинг нуқсони ($15,3 \pm 2,9\%$); лаб нуқсонларига ($8,1 \pm 2,2\%$, $P < 0,001$) нисбатан фарқли равишда кўп учраган; ЛН; ЛТН ва ТН нисбати $1:2,6:1,9$ ташкил этган. Ўғил болаларда юқори лаб ва танглай нуқсонлари ($27,1 \pm 3,6\%$) юқори лабнинг ($14,8 \pm 2,7\%$) ва танглайнинг ($13,8 \pm 2,5\%$, $P < 0,001$) нуқсонларидан тафовутли равишда кўп учраган. ЛН; ЛТН; ТН нисбати $1:1,8:0,9$ кўринишида бўлган.

Ўзбекистоннинг йирик вилоятлари ва Тошкент шахрида юз-жағ соҳаси туғма нуқсонлари частотаси Р.А. Амануллаев томониан ўрганилган. 2% ҳолатда оилада юқори лаб ва танглайнинг туғма нуқсони бўлган болалар бўлган. Сўроқ

ўтказилган аёлларнинг 27,2%-да биринчи, 24,6% да иккинчи, 18,1% да учинчи фарзанди туғма нуқсон билан дунёга келган.

Аёлларнинг 62,1 %ида ҳомиладорлик даври гестозлар ҳолатида ўтиб, 20,1% ида ҳомилани олиб ташлаш хавфи бўлган. 15,2% ҳолатларда аборт ўтказилган. 14,1% аёлнинг ҳомиласи тушиб қолган. 1,6% онанинг боласи ўлик ҳолатда дунёга келган. Аёлларнинг 22,8% -экстрагенитал касалликлар, 4,1%-қон касалликлари ва 2,8%-эндокрин тузими ҳасталиклари билан оғриганлар.

Болаларнинг ЮЛТТ нуқсонлари билан туғилиш частотаси кенг кўламдаги тебранишларга эга эканлиги Р.А. Амануллаев томонидан аниқланган. ККАР-да юз-жағ соҳаси нуқсонлари аҳоли сонига нисбатан 1999 йилда 1:840 бўлган бўлса, 2003 йилга келиб-1:540; Фарғона вилоятида 1999 йил 1:729; 2003 йил эса 1:943 га тенг бўлган. Самарқанд вилоятида 1999 йилда 1:833, 2003 йилда 1:518; Тошкент вилоятида 1999 йилда 1:581; 2003 йил 1:714 ва Тошкент шаҳрида 1999 йилда 1:666, 2003 йилда 1:806.

Ўзбекистон Республикасида болаларнинг ЮЛТТН билан туғилиш частотаси тирик туғилганларга нисбатан ўрта ҳисобда 1:745 ни, шу билан бир вақтда Орол бўйи худудларида 1:540 ни ташкил этади.

Болаларнинг юз-жағ туғма нуқсонлари (ю.ж.т.н.)

билан туғилишига таъсир этувчи омиллар

Юз-жағ соҳасида учрайдиган бир гуруҳ ўсмалар, юз ва бўйин ҳамда тишларнинг ривожланиш нуқсонлари каби патологик жараёнлар дисэмбриогенетик ўзгаришлар оқибатида юзага келади.

Махсус тиббий-генетик текширувлар ўтказиб, ҳомила нуқсон билан туғилишнинг эҳтимоли даражасини аниқлаш мумкин.

Туғма нуқсонларни чақирувчи омиллар икки гуруҳга бўлинади: 1- гуруҳ сабаблари ирсий–наслий, ота-оналардаги мутант генлар кичик аномал белгилар (эмбриогенез стигмалари) шакллантиради. Шундай белгилари бўлган ота–оналарнинг фарзандларида типик шаклдаги туғма нуқсон учраши мумкин ва ушбу

нуқсон даражаси мутация даражасига боғлиқ бўлади. Бундай нуқсонлар генлар (хромосомалар)га боғлиқ нуқсонлар деб аталади.

2-гуруҳ сабаблари – она ва ҳомилага экзоген ва эндоген таъсир этган мультифакториал (сон бўйича кўп, таъсир доираси хилма-хил) омиллар қаторидан иборат. Салбий омилларнинг (шу жумладан, тератоген) таъсир даражаси таъсир этиш давомийлиги экспозицияси, чуқурлиги ва биргаликда келишига боғлиқ.

Экзоген ва эндоген омилларнинг таъсири она ва ҳомиланининг уларга нисбатан генетик ва (биологик) жиҳатдан юқори даражада мойиллигига боғлиқ.

Келиб чиқиши (ирсий ёки мультифакториал омиллар)дан қатъи назар, туғма нуқсонлар ташқи белгилари билан бир-биридан фарқ қилмайди.

Ҳозирги замон таълимотига кўра ю.ж.т.н. генетик ва экзоген омилларнинг ўзаро таъсирига боғлиқ Новоселов Р.Д. ва бошқа муаллифларнинг маълумотларига биноан, ҳомилани насли (ирсияти)да туғма нуқсонларнинг мавжудлиги (13,6%) ва ҳомиладорликни 1,5-2 ойларида онани вирус касалликларини бошдан кечиришни энг муҳим этиологик омиллар деб ҳисоблаш лозим. Кам учрайдиган омилларга: жароҳатлар, ўткир ёки сурункали равишда токсик моддалар ва дорилар билан заҳарланиш; рентген ва бошқа ионлаштирувчи нурлар таъсирида бўлиш, стресс ҳолатларга тушиш ва ҳақозолар киради.

Туғма нуқсонларни оилавий тарзда (барча оила аъзоларида) учраши адабиётда келтирилган. шундай оилалар баён этилганки, (K.Вoo-Chai 1970) уларда ҳар кейинги ҳомиладорликда тератоген омил таъсири сустлашиб борган. Муаллифнинг таъкидлашича, 15 оилада иккитадан, 7 оилада учтадан фарзанд туғма нуқсон билан дунёга келган. I. Pitangny (1967) отаси ва етти фарзанддан биттасида юқори лаб ва танглайнинг туғма нуқсони бўлган оила ҳақида ёзган.

Дания тиббий архивининг 10 йиллик маълумотига кўра, ота-оналарни бирида туғма нуқсон бўлганда, уларнинг фарзандида шундай нуқсон пайдо бўлиш эҳтимоли 2% ташкил этган.

Шундай оилаларда биринчи фарзанд туғма нуқсон билан дунёга келган бўлса, икинчи фарзандининг нуқсон билан туғилиш эҳтимоли 15% гача ортади.

J.Gab-ka (1974) туғма нуқсонлари бўлган 2474 беморларни ўрганиб, эндоген ва экзоген этиологияга эга бўлган ҳолатлар нисбати 50:50 эканлигини аниқлаган.

Ҳомиладорлик давридаги ҳар қандай интоксикация насилининг нуқсон билан туғилиш эҳтимолининг ортиши ҳайвонларда ўтказилган тажрибаларда исботланган.

Экзоген омиллар

Физик омиллар. Ривожланаётган ҳомилага механик таъсир этувчи омилларга: ҳомила атрофидаги сувнинг босими, бачадон аномалиялари, ҳомила тушиши ва абортлардан кейинги чандиқлар, тос бўшлиғини торлиги киради. Шунингдек онанинг ҳомиладорликнинг биринчи триместрида олган жароҳатлари ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Юз-жағ соҳасини туғма нуқсонларини шакилланишида ионлаштирувчи (рентген, радиоактив изотоплар) нурларининг таъсири муҳим ўрин тутди. шу билан бир қаторда ионлаштирувчи нурлар токсик таъсирга эга бўлиб, турли хил туғма нуқсонларга сабаб бўлади.

Ҳомиладорликнинг критик даврида нурлантирилган ҳайвонлар наслининг 93,4% да танглайнинг туғма нуқсони ҳосил қилинган.

Кимёвий омиллар: Органогенез даврида ҳомиланинг онадан плацента орқали кислород билан таъминланиши юқори даражада бўлади. Бачадон – плацентар қон айланиш турли сабаблар туфайли бузилиши ва бундай шароитда ҳомилани кислород билан таъминланиши 3-4 марта пасайиши мумкин.

Ҳомиладорликни оғир токсикозлари, анемиялар, юрак-қон томир хасталиқлари ва бошқа экстрагенитал касалликлар плацентани алмашинув юзасини 7 м² дан 4,5 м² гача камайтириб юбориши ҳамда кислородни плацентар мембрана орқали диффузиясини қийинлаштириб, ҳомилада гипоксия ривожланишига олиб келиши мумкин.

Кислороднинг сурункали етишмовчилиги туфайли ҳомилани гипоксияга мослашув реакциялари етарли бўлмаслиги боис, эмбриогенез жараёнида турли бузилишлар юзага келади. Ҳатто ҳомиланинг ривожланиши бутунлай тўхташи мумкин.

Ҳомиланинг тўқима ва аъзолари шаклланиши учун кислород билан бир қаторда бошқа кимёвий субстратларга ҳам муҳтождир. Овқатлар таркибида бу моддаларнинг етишмовчилиги маълум аъзо ва тизимлар ривожланишининг бузилишига олиб келиши мумкин.

Биринчи триместрда ҳомила пайдо бўлиши ва тўқималар дифференциацияси жараёни келиши сабабли, бу даврда ҳомиладор аёл организми оксил, витамин ва минераллар билан етарли таъминланиши лозим.

Тератоген токсинлар. Ҳомиланинг ривожланишига плацентар тўсиқдан ўтиб, салбий таъсир этувчи дори воситаларининг аёлларни даволаш учун қўлланилишига охириги йилларда катта эътибор қаратилмоқда. Фармакологик препаратларнинг ҳомилага таъсири уларнинг дозаси, қабул қилиш давомийлиги, плацентадан ўтиш тезлиги ва даражаси ҳамда ҳомиладорликнинг муддати, ҳомиланинг реактивлигига боғлиқдир. Ҳомиланинг реактивлиги, унинг ривожланиш босқичига боғлиқ ҳолда ўзгаради. Биологик фаоллиги юқори бўлган препаратларнинг зарарли таъсири, органогенез жараёни (критик) даврида кучли бўлиб, гестациянинг бошқа босқичларида ҳеч қандай патогенетик хусусиятга эга бўлмаслиги мумкин. Ҳомиладорликнинг дастлабки босқичларида, ҳеч бир дори воситасини мутлақо безарар деб ҳисоблаш мумкин эмас.

Кортикостероид, андроген, эстроген, антитиреоид, антидепрессант, антиэстроген, антикоагулянт, нейролептик, малярияга қарши ва салицил кислота препаратлари ҳамда антибиотиклар энг юқори тератоген хусусиятга эга эканлиги аниқланган.

Ҳомила гестацияни 15-90 кунлари, яъни органогенез даврда айниқса заиф бўлади. Органогенез жараёни 13 ҳафтага келиб якунланади. Бу давр ўтганидан сўнг, тератоген таъсирлар ҳомиланинг ривожланишини сусайиши ва турли хил функционал бузилишларга олиб келади. Қўпол анатомик нуқсонлар кам учрайди. Шунинг ҳам таъкидлаш лозим-ки, турли аъзоларнинг заифлик даври ҳомиладорликни турли босқичларига тўғри келади.

Ҳомиладор аёл организмига тушган дори воситалари ривожланаётган эмбрионал тўқималарда ҳам метаболизмга учрайди. Ҳомила тўқималарининг фер-

ментлар тизимлари мукамал эмаслиги туфайли дорилар метаболизми тугалланмайди. Плацентада кўп миқдорда ферментлар тўпланиб, ксенобиотикларни оралик токсик моддаларга парчалайди. Бу моддалар (метаболитлар) эса она организмига кам миқдорда қайтиши туфайли ҳомила тўқималарида йиғилиб боради ва ҳомиланинг ҳаётини хавф остида қолдиради. Метаболитлар тератогенез, трансплацентар канцерогенез жараёнларини ҳосил қилиши ҳамда ҳомиланинг тушиб қолиши ёки ўлик туғилиш хавфини ошириши мумкин. Ҳомиладорлик муддати ортиши билан ҳомилада моддалар метаболизми ва экскреция механизмлари кучаяди. Бироқ, бу жараён она организми функциясининг жуда кичик таркибий қисмидир. Шу сабабли ҳомиланинг зарарланиши муқарарлиги ҳомиладорликнинг якунигача сақланиб қолади.

Препаратларнинг организмдан чиқарилиши асосан буйраклар орқали амалга оширилади. Ҳомиладорлик даврида буйракларнинг функцияси жуда ўзгаради – улар орқали ўтадиган плазманинг миқдори 100% ортади. Бундай ҳолатда дориларнинг ярим элиминация вақти 2 мартага пасаяди, сийдик рН кўтарилади, дориларнинг найчалардаги реабсорбция даражаси ҳам ўзгаради. Бундай ўзгартиришлар натижасида дорилар тератоген таъсирга эга бўлиши мумкин. Дориларнинг зарарли таъсири ҳужайраларни шикастланиши, деформацияланиши ва уларнинг ривожланиши тўхтаб қолишда ифодаланиши мумкин. Эмбриогенез даври тугалланганидан сўнг ривожланиш аномалиялар юзага келиш хавфи бўлмайди.

Дориларнинг тератоген таъсири, нафақат оналар организми, балки оталар томонидан қабўл қилинган ҳолатларда ҳам намоён бўлади. Кокаинни қабўл қилувчи оталар наслида туғма нуқсонлар юзага келиши эҳтимоли ортади. Сперма таркибига кирган кокаин уруғланиш вақтида тухум ҳужайрага тушиши мумкин ва ҳомиланинг нормал ривожланиши бузилишига сабаб бўлади.

Ҳомиладорликнинг дастлабки босқичида никотин ва спиртли ичимликлар истеъмол қилиш турли туғма нуқсонларга олиб келиши аниқланган.

Биологик омиллар. Она организмида истиқомат қилувчи (захм, лептоспироз, бруцеллез, стафило-, стрепто-, пневмо-, гонококкозлар, паратиф, туберкулез, мохов, патоген бактериялари ва токсоплазмалар эмбриогенезни критик даврида

хароратни кўтариш, кислород билан таъминланишни ўзгартириш, эндокрин функциялар ва витаминлар балансини бузиш йўли билан туғма нуқсонлар чақириш мумкин.

Психосоматик омиллар. Рухий жароҳатларнинг патогенетик таъсири, гиперадреналинэмия туфайли плацентар қон айланишининг бузилиши билан тушунтирилади. Ҳомиланинг қон айланишининг хатто қисқа вақт давомида бузилиши ҳам туғма нуқсонлар юзага келишига сабаб бўлиши мумкин.

Туғма нуқсонларни учрашига шунингдек, тиббий ва социал омиллар ҳам ўз таъсирини кўрсатади. Диабет билан хасталанган оналарда аномалияси бўлган болалар 4-12% ҳолларда учраган. Қонда қанд миқдорини, уруғланган тухум ҳужайра имплантацияси олдидан ва бутун ҳомиладорлик давомида мунтазам ҳамда чуқур назорат қилиниши туғма нуқсонлар юзага келишини 1,2% гача пасайтиришга имкон бериши аниқланган.

Экологик омиллар. Юз-жағ соҳаси туғма нуқсонларининг учрашига экологик омиллар салмоқли таъсир этади. Ишлаб-чиқариш зарарли чиқиндилари ва экологик омиллар йиғиндиси аҳоли саломатлигига жиддий хавф туғдиради. Туғма нуқсонларни частотаси, ифлосланган табиий муҳитнинг инсон организмига таъсири оқибатларининг муҳим кўрсаткичларидан биридир.

Ташқи муҳитнинг ҳомиладор аёл организмига тушган турли хилдаги зарарли таркибий қисмлари метаболизмнинг ўзига хос хусусиятлари етарли даражада ўрганилмаганлигини таъкидлаш лозим. Ташқи муҳитда кўп миқдорда, ҳисобга олинмаган ёки аниқлаб бўлмайдиган омиллари мавжудлиги туфайли, кўп ҳолларда, туғма нуқсон юзага келишининг асосий сабабини аниқлаш имкони йўқ деган ҳулоса қилиш мумкин. Ташқи муҳитни кўп сонли омиллари плацента орқали кириб, ривожланаётган эмбрионга шикастловчи таъсир этади. Ташқи муҳитнинг ифлосланиши билан боғлиқ бўлган касалликлар бевосита ҳаётий зарур бўлган физикавий тизимлар (ҳаво, сув, озиқ-овқат) орқали вужудга келади.

Сув ва овқатнинг сифати асосан тупроқнинг таркиби билан боғлиқ бўлганлиги сабабли, санаб ўтилган тизимлар қаторига тупроқни ҳам қўшиш керак. Тиббий экологик ва гигиеник текширувлар ёрдамида, атмосфера ҳавоси ифлослани-

ши, аҳолида токсик жавоб реакцияларнинг у ёки бу кўринишларини онтогенезнинг дастлабки этапларидан бошлаб намоён этиши (чақириши), ишончли равишда аниқланган. Атмосфера ҳавоси ифлосланган ҳудудларда болаларни ЮЛТТН билан туғилиши кўрсаткичларининг юқорилиги бундан далолат беради.

Атмосфера ҳавоси юқори даражада ифлосланган Оренбург шахрида ривожланиши кўп сонли туғма нуқсонлари билан туғилиш частотаси юқорилиги аниқланган. Владивостокнинг нозологик зоналаштириш карто-схемаларини ҳамда қор қопламининг токсик-кимёвий элемент (кўрғошин, сурьма, мис, қалай, хром)лар чанги билан ифлосланиш картасини солиштирилганда, ривожланишнинг туғма нуқсонлари частотаси энг юқори бўлган районлар билан маълум территориал мос тушишлар аниқланган. Яъни, юқори даражада (бир км²га 400 кг дан зиёд) чангланган ва чангда кўрғошиннинг таркиби аномал даражада юқори бўлган районларда аксарият ҳолларда туғма нуқсонлар частотаси юқори бўлган. Екатеринбург шахрида яшовчи аҳоли орасида, фарзандларида ривожланиши туғма нуқсонларига мойиллик бўлган оилалар ва соғлом болани оилалар солиштирма таҳлил қилинганда таъсир этувчи экологик омиллар мажмуасидан ота-оналарни токсик моддалар билан касбий боғланганлиги муҳим аҳамиятга эга эканлиги аниқланган.

Тюмень областининг турли экологик муҳитга эга бўлган икки туманида яшовчи аёллар репродуктив саломатлигини ўрганиш, нефть ва газни қайта ишлаш натижасида ҳосил бўлган маҳсулотларнинг ҳавога чиқарилиши, шимолий ҳудудларда яшовчилар учун жуда хавfli бўлганини кўрсатди.

Ўзбекистонда ана шундай хавfli экологик ҳудудлар Орол бўйи атрофида мавжуд. Кўп йиллар давомида Қорақалпоғистондаги юзага келган ноқулай экологик шароит, фертил ёшдаги аёллар орасида касаликка чалиниш, нуқсонлари бўлган болаларнинг туғилиш частотаси барқарор равишда ўсиб бораётганлиги, ҳомиладорликни биринчи яримида экологик омилларнинг она организмига таъсири натижасида юзага келишига сабаб бўлади деб таҳмин қилишга асос бўла олади.

Эндоген омилларга: ирсият, жинсий хужайраларнинг биологик жихатдан тўқис эмаслиги, ота-оналарни ёши киради. Шунингдек, ирсий мойиллик ҳам муҳим аҳамиятга эга. Ота-она ёки яқин қариндошларда туғма нуқсонларни мавжудлиги, ана шундай кемтикли бола туғилиши эҳтимолини орттиради.

Яъни аномалияларни «оилавий йиғилиб бориши» ҳақида сўз боради.

Хромосом аномалияларда, ривожланишнинг кўп сонли туғма нуқсонларининг бир компоненти (таркибий) қисми сифатида лаб ва танглай нуқсонлари юзага келиши мумкин.

Хромосом этиологияга эга бўлган барча синдромларни умумий белгилари: пренатал гипоплазия, зарарланишни симметриклиги ва олигофрения. Лаб ва танглай туғма нуқсонлари бирон бир маълум хромосом синдром учун специфик (ёки хусусий хослик) эмас. Масалан Даун синдроми бўлган болаларнинг ҳаммасида лаб ва танглай нуқсонли бўлиши шарт эмас, лекин умумий популяцияга нисбатан, уларда лаб ва танглай нуқсонлари пайдо бўлиш частотаси 10 баробар юқори.

Мультифакториал тарзда наслдан-наслга ўтувчи лаб ва танглай нуқсонлари учун, генетик мойилликнинг мавжудлиги ва ташқи муҳитнинг у ёки бу зарарли таъсири зарур. Ташқи муҳитнинг зиёнли таъсирлари ўз-ўзидан, бевосита маълум генетик фонга боғланмаган ҳолда бундай синдромларни юзага келтиришга қодир эмас.

Маълум жинс вакиллари (эркаклар)да туғма нуқсонларни юзага келтира оладиган генларнинг жамланган таъсири бошқа жинс вакиллари (аёллар)да ҳам юзага келтириш учун етарли эмас.

Уруғланишда иштирок этган, тўқис зигота ҳосил қилишга қодир бўлмаган хужайраларнинг лаёқатсизлиги ирсият билан боғланган, жинсий йўлларда хужайраларнинг узоқ қолиб кетиши туфайли (эрта етилиши) ёки шикастланиш билан боғлиқ бўлиши мумкин. Шу жихатдан, 75% сурункали алкоголикларда сперматозоидлар патологик ўзгаришларга эга эканлигини таъкидлаш ўринлидир.

Наслда лаб ва танглай нуқсонларини бўлиши этиологиясида ота-оналар ёшининг аҳамияти масаласи бахслидир. Баъзи олимлар оналар ёшини ҳал қилувчи омил деб ҳисоблайдилар. Она ёши катталиги аберрант комплексларнинг пайдо

бўлишига олиб келиши, хусусан хромосомаларни айрила олмаслиги ва кариотип ўзгаришлари частоталарининг ортишига олиб келади.

Лаб ва танглайни мультифакториал нуқсонларида ота-оналарда аномал генларнинг таъсири намоён бўлиши – микробелгилар аниқланиши мумкин. Мультифакториал туғма нуқсонлари бўлган ота-оналарда учрайдиган чин микробелгиларга қуйидагилар киради:

1) лаб нуқсонларида-калта танглай, бурун қанотларининг асимметрияси бурун ўқининг девиацияси, прогнатия, тишларни атипик шакллари;

2) Танглай нуқсони – калта танглай, тишларни атипик шакллари, диастема, прогения, тилчанинг бўлинганлиги.

Бу микробелгилар лаб ва танглай нуқсонларини этиологияси генетик эҳтимолидан далолат беради. Лаб нуқсонлари учун прогнатия ва бурун ўқининг девиацияси, танглай нуқсонлари учун эса прогения, диастема ва тилчани бўлинганлиги каби микробелгилар хосдир.

Шундай қилиб, юз ва жағ туғма нуқсонлари, ташқи муҳит ҳамда аниқланиши ва бартараф этилиши мумкин бўлмаган мультифакториал омиллар таъсири оқибатида юзага келади.

Орол бўйи худудларида болаларнинг лаб ва танглай туғма нуқсонлари билан туғилишига сабаб бўлувчи омиллар дастлаб Р.А. Амануллаев (2005 й.) томонидан ўрганилган. Қорақалпоғистон Республикасининг турли регионларида яшовчи аёлларга тарқатилган анкета жавобларидан олинган бирламчи маълумотлар таҳлиliga кўра, лаб, танглай нуқсонлари билан туғилган болалари бўлган оналарда, асосий тератоген омиллар сифатида ҳомиладорлар анемияси, эрта токсикозлар, вируслар, инфекциялар, экстрагенитал патологиялар кўп учраган.

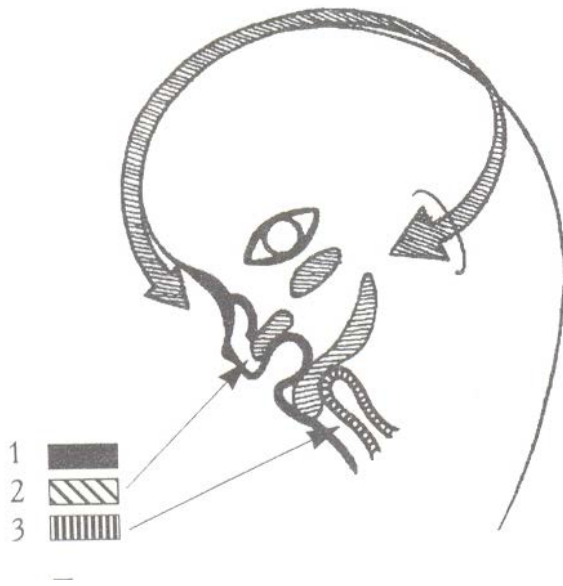
Анемияларнинг юқори частотага эгаллиги ушбу худуднинг регионал, ўзига хос хусусиятдир.

Шунингдек, лаб ва танглай туғма нуқсонлари бўлган болаларнинг оналари орасида оғир жисмоний меҳнат билан машгуллик, даволаниш мақсадида доривоситаларини қабул қилиш, (нисбатан) мунтазам равишда руҳий эзилиш, турмуш ўртоқлари билан қариндошлик алоқалари мавжудлиги ҳолатлатлари кўп бўлган.

Юз соҳаси эмбриогенези ва туғма нуқсонларнинг ривожланиши

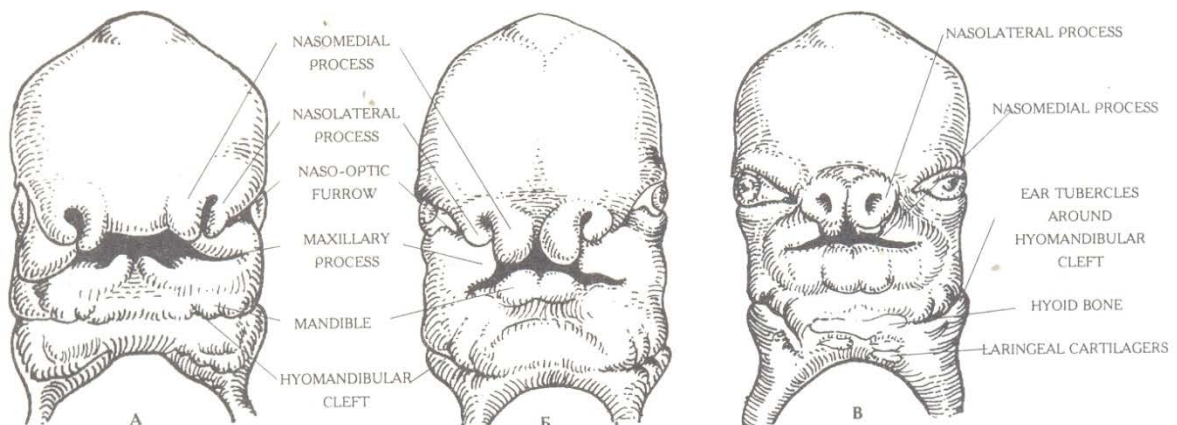
Юз-жағ соҳаси эмбриогенези ҳамда юқори лаб ва танглайнинг туғма нуқсонлари патогенези ҳозирги даврга қадар батафсил ўрганилмаган.

Эмбрионда юз соҳасининг ривожланиши, хомиладорликнинг тахминан 3 ҳафтасига келиб, эктодермада оғиз чуқурчаси (стомадеум)нинг пайдо бўлиши ҳамда унинг атрофида тўқималардан иборат дўнгчалар ва ўсиқлар кўринишидаги ҳосилалар шаклланишидан бошланади. (...расм). Стомадеум бирламчи ичакдан икки қаватли (стомадеал) оғиз пластинкаси билан ажралган. Оғиз пластинкаси оғиз бўшлиғи эктодермаси ва бирламчи ичак энтодермасидан иборат. Юз соҳаси структуралари муртақлари, эктодерма билан қопланган, энтодерма билан (ички томондан) тўшалган мезенхимал ҳужайралар тўпламидан иборат.



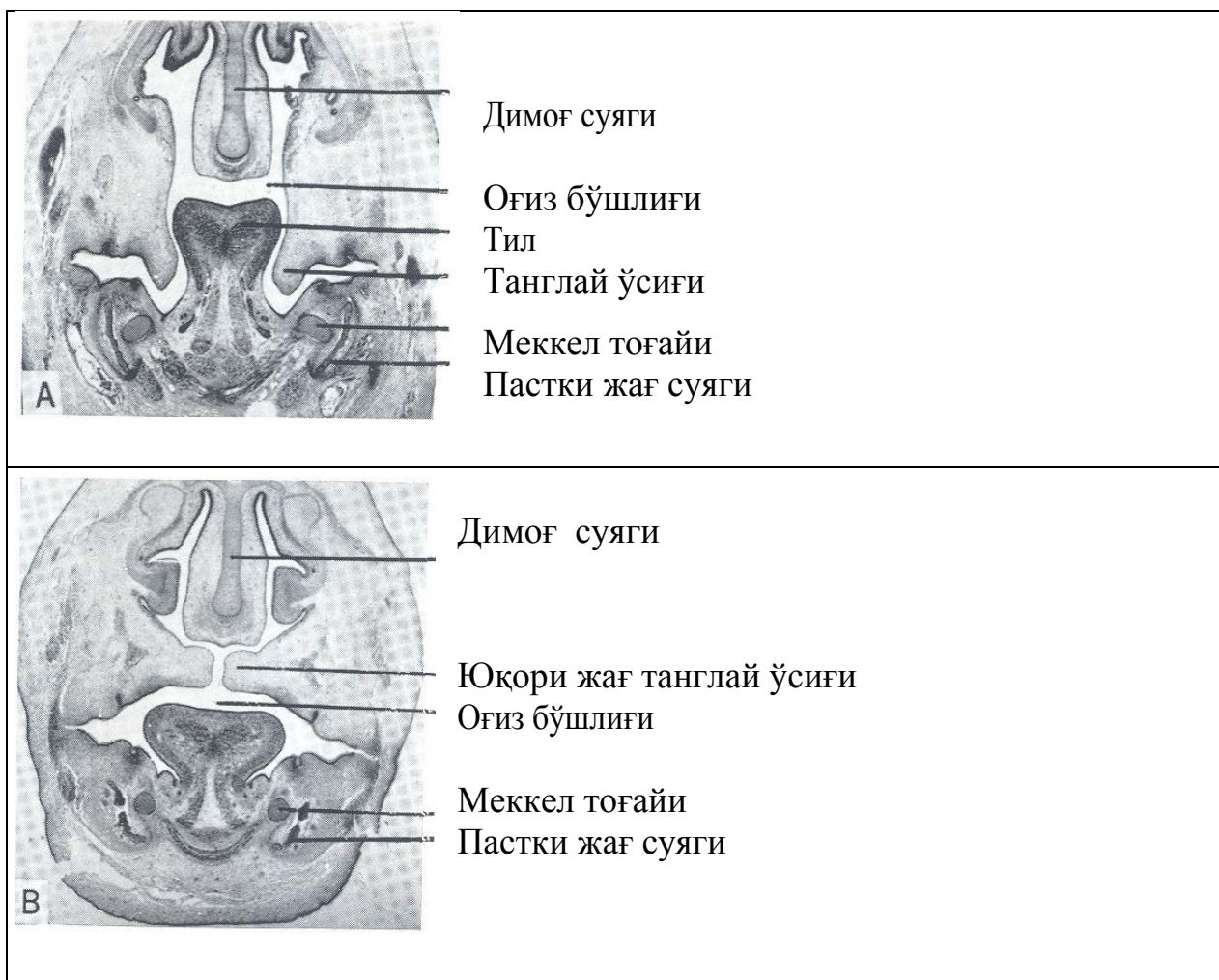
Тил асосидан бошлаб, овқат ҳазм қилиш трактининг икки қопламини энтодерма ташкил қилади. Стомадеум атрофида тўқималардан иборат 5 та дўнглик ҳосил бўлади. Стомадеумдан юқорида ток (жуфт бўлмаган) пешона-бурун дўнглиги, ўртада-

юқори жағнинг ўсиқлари, пастда-пастки жағнинг жуфт ўсиқлари жойлашади. XIX аср биринчи ярмида ўртага ташланган, ўсиқларнинг қўшилиш назариясига



биноан, юзнинг ўрта қисми 5-8 ҳафталарда шаклланади. Пешона-бурун дўнглигидан-тоқ бўлган пешона ўсиғи, жуфт назо-медиал, назо-латериал ўсиқлар ҳосил бўлиб, улар бурун, юқори лабнинг ўрта қисми (пролябиум) ва жағлараро суяк (премаксилла) ривожланишида иштирок этади. Юқори жағ дўнг (ўсиқ)лари назомедиал ўсиқлар билан қўшилиб, юқори лабнинг латерал қисми ва лунжни ҳосил қилади.

Пастки жағ ўсиқлари ўзаро қўшилиб, пастки жағ, энгак (ияк) ва пастки лабни ҳосил қилади.





Димоғ суяги

Бурун бўшлиғи

Танглай ўсиқларининг димоғ билан бирикиши

Танглай ўсиқларининг ўзаро бирикиши

Тил

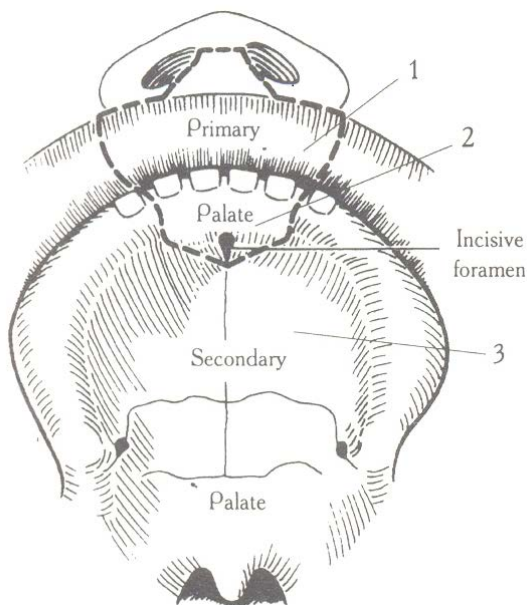
Ривожланаётган тиш

Ривожланаётган жағ

Юқорида келтирилган назарияга асосан, ҳомилада юзнинг ўсиқлари ўзаро бирикмай қолиши, лаб ва танглайнинг бир ёки икки томонлама туғма нуқсонлари пайдо бўлишини тушунтириб бера олади. Шунингдек, хатто кам учрайдиган нуқсонлар: юқори ва пастки лабларнинг кам учрайдиган марказий кемтиклари, юзнинг кўндаланг, қийшиқ (бир ёки икки томонлама) нуқсонларининг юзага келиши ҳақида ҳам ҳулоса чиқариш мумкин.

20-аср бошларида мезодермани (мезенхима)нинг миграция, кўш назариялар, оро-назал эпителиал мембрананинг яхши ривожланмаганлиги ва бошқа назариялар яратилди.

Юқори лаб ва танглайнинг нуқсонлари ҳосил бўлиш соҳаси икки қисимга бўлинади. 4-7 ҳафта давомида бирламчи танглай (Primary palate) шаклланиб, бурун тўсиғининг олд қисми (columella) юқори лабнинг марказий қисми (prolabium) ва жағлараро суяк (premaxilla) ни ўз ичига олади. Кейинги 7-12 ҳафта



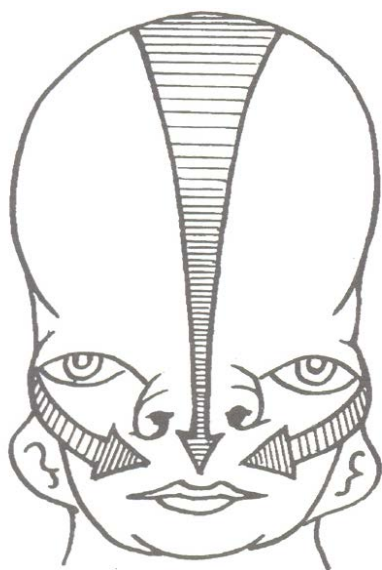
давомида иккиламчи танглай-Secondary palate (қаттиқ танглайнинг қолган қисми ва юмшоқ танглай) юқори жағ ўсиқларининг ўрта чизик томон ўсиши натижасида юзага келади.

Бирламчи ва иккиламчи танглай орасидаги чегара, кесувчи тешик (foramen incisivum) дан икки томонга, ён кесувчи ва қозик тишлар орасигача ўтади (...расм) Ҳомила ривожланишининг 8 хафтасида юқори жағнинг альвеоляр ва пешона ўсиқларининг муртаклари аниқланиб, 10-11 хафтада эса, юқори жағ суяклари жағлараро суяк билан бирикиб кетади.

Юз ўрта қисмининг кейинги ривожланиши бурун халтаси ва тўсиғининг жадал ўсишига боғлиқ. Бу даврда димоқ суяги (o.vomer) секин ўсади ва кичик ўлчамда бўлади. Юқори латерал ва катта қанот тоғайлари 7 ойгача бир бутун

(яхлит) тарзда ўсиб, кейинчалик алоҳида (латерал ва қанот) қисмларга ажралади.

ton
соғ



J.K. Avery (1962) ва J.D. Alther- (1967) олиб борган изланишлари ҳулосаларига кўра, бурун тўсиғининг томонга қийшайиши ва нуқсон томонда бурун қаноти тоғайининг яссиланиши ҳомила 8 хафталигидаёқ кузатилади. Хусусан, J.K. Avery

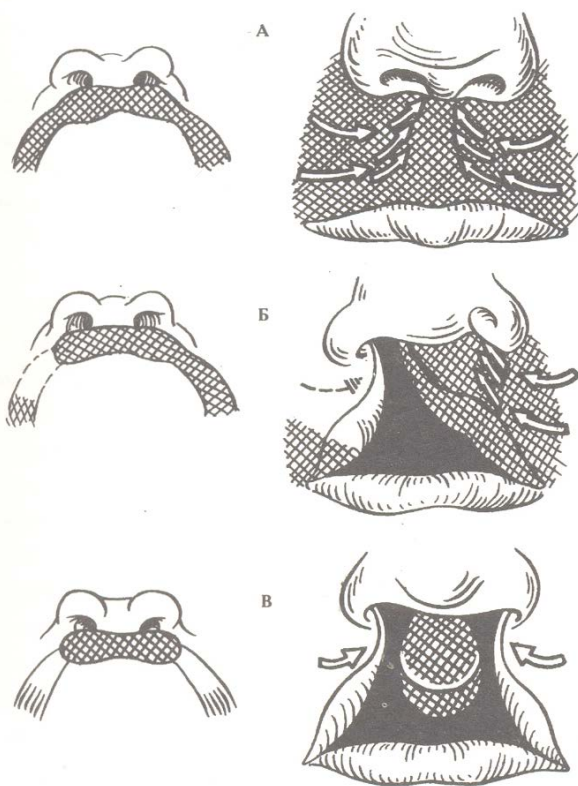
(1962), «юқори лабнинг бир томонлама туғма нуқсониди, зарарланган тарафда бурун халтаси ўсишининг кучли ифодаланган етишмовчилиги бўлиши» ни аниқланган.

Мушак толалари дифференциацияси ва миграцияси

Эмбриогенезнинг 7-хафтасидан бошлаб, тилости ёйининг мушак пластиналаридан, оғизнинг айлана мушаги (m.orbicularis oris) ни ҳосил қилувчи миобластлар лабга кирадилар. Миграция давомида, миобластлар суяк ёки бириктирувчи (қўшувчи) тузилмани учратсаларгина етук мушак хужайраларга айланадилар. Шу боис, икки томонлама туғма нуқсонларда, миобластлар нуқсон четига етиб, юқорига бурилади ва бурун қанотлари асосига бирикади (К.В. Ross, М.С. Jons-ton, 1972 ва бошқалар). Лабнинг ён фрагментларидан пролябиумга

кирган мушак тўқимаси (толалари)нинг микдори, нуқсон (кемтик)нинг ўлчамига тескари пропорционалдир (D.R. Millard, 1976).

Пролябиум



Юқори лабнинг марказий фрагменти (пролябиум) пешона-бурун ўсиғидан ривожланади. Юқори лаб ва танглайнинг икки томонлама туғма нуқсониди, пролябиумнинг мушак қатлами йўқлигига қарамай у ўзига хос «лаб»ни ташкил этади. Эмбриологик, клиник ва гистологик текширувлар (L.H. Adams (1953) ва бошқалар; K.M. Marks, ва бошқалар (1957) ана шундан далолат беради. Шу сабаб, икки томонлама бирламчи хейлопластика операцияси ўтказиш вақтида, калта колумеллани

узайтириш учун пролябиумдан фойдаланиш қатъиан мумкин эмас.

R. Stark ва Ehrman (1958) фикрича, (эктодермал эгатчалар мезодермал массалар орасида жойлашган) мутлоқ нуқсонлар ромбсимон шаклга эга. Қисқа (калта) пролябиум колумеллани узайтириш мақсадида силжитилса, лабнинг латерал фрагментлари марказий чизик бўйлаб туташади.

Лабнинг латерал бўлаклари эса, ромб (нуқсон)нинг узун томонларини ташкил этади. Натижада юқори лаб баланд, таранглашган ва кўримсиз (хунук) бўлиб қолади. Бундай шакл ўзгаришини тўғрилаш қийин бўлиб, кейинчалик юзнинг ўрта қисми иккиламчи деформацияларига олиб келади.

Пролябиумнинг нормал ривожланиши ва унга лабнинг ён фрагментларидан мушак толаларининг ўсиб кириши натижасида марказий эгатча-филтрум ҳосил бўлади.

Филтрум

Марказий эгатча (*filtrum*) ҳосил бўлиши ҳақида иккита назария мавжуд. Улардан бирининг муаллифи Waterston бўлиб, эгатча пайдо бўлишини пешона-бурун ўсиғи шарсимон элементлари ораси билан тушунтиради. Бошқа назария эса – юқори жағ мезодермасининг марказий чизикнинг икки томонида бўртиши билан боғлайди. (J.D. Boyd, 1933; W. Monie, A. Cacciatore, 1962) ҳомиладорликнинг 3-4 ойлари орасида ҳомила юқори лабининг ўрта қисмида бириктирувчи тўқиманинг зичлашган соҳаси пайдо бўлади. 3 ойлик (60 мм) ҳомиланинг юқори лабида кўндаланг бурма мавжуд бўлиб, филтрум бўлмаган.

Муддати 3,5 ойлик (85 мм) ҳомила юқори лабида ёйсимон кўндаланг бурма кузатилиб, ҳамон филтрум пайдо бўлмаган ва ниҳоят, 4,5 ойлик (130 мм) ҳомиланинг юқори лабида кўндаланг бурма ғойиб бўлиб, филтрум эгатчаси аниқланган.

Юқори лабнинг ён бўлақларидан келаётган (*m. orbicularis oris*) оғиз айлана мушагининг толалари ўрта чизикда чатишиб, филтрумнинг қарама-қарши томондаги устунининг терисига бирикиши (R.A. Latham, T.G. Deaton, 1976) ўликлардан олинган юқори лабнинг препаратларини кўп сонли гистологик кесмаларда ўрганиш йўли билан аниқланган. Муаллифлар фикрича, филтрумнинг қирралари, мушакларнинг лаб терисига бириккан икки қисми зонасининг медиал четларидир. Бундан ташқари, улар юқори лабни кўтарувчи мушаклар (*m. levator labii superior*) ҳам филтрум ҳосил бўлишида иштирок этишини кўрсатиб бердилар. Бу мушаклар толалари иқкала томондан филтрум қирраларигача тушиб, ўрта эгатчага латерал ҳолатда, қизил ҳошияга бирикади ва уни бироз юқорига кўтаради. Натижада Кўпидон камони ҳосил бўлади.

D.R. Millard фикрига кўра, филтрум ҳосил бўлишида, юқори лабнинг ён фрагментларидан мушаклар ўсиб кирувчи пешона-бурун компоненти албатта қатнашиши керак

ЮЗ ВА ЖАҒЛАРДА УЧРАЙДИГАН ТУҒМА НУҚСОНЛАР (АНОМАЛИЯЛАР)

Маълумотларга кўра, туғилган ҳар мингтасида болаларнинг 27,2-нуқсонлар аниқланади. Шуларнинг 23 - таси юз-жағ соҳасига тўғри келади.

Нуқсонлар икки гуруҳга ажратилади *туғма аномалиялар* ва *шакл бузилишлари*.

Туғма аномалиялар – бир аъзо, тўқима ёки бутун организм тузилиши ва функциясининг одатдагидан ўзгачароқ бўлиши, масалан: тиш тожининг одатдагидан икки марта катта ёки ҳаддан ташқари кичиклиги. Бундай аномалиялар, эмбрионал ривожланиш даврида ҳомилага ҳар хил омиллар зарарли таъсир этиши туфайли юзага келади. Улар бола туғилиши билан ёки маълум вақт ўтиб, намоён бўлади. Аномалиялар турли кўринишларда бўлиши мумкин, айримларда бу гисто-морфологик тузилишдаги ўзгаришлар бўлиб, улар махсус текширишлар орқали аниқланади, бошқаларда чақалоқ туғилиши биланок аниқланади. Масалан боланинг қўл ёки оёқсиз, бошсиз, юзсиз, миясиз туғилиши майиб-мажрухлик ногиронлик деб аталади.

Шакл бузилишлари (деформациялар) – эмбрионал ривожланиш билан боғлиқ бўлмайди.

Юз-жағ аъзолари шаклини ёғ бузилиши, эмбрионал ривожланиши даврида аъзонинг фаолияти ўзгариши ёки экзоген омиллар таъсирида юзага келади.

Эмбрионал ривожланиш ва постнатал ўсиш билан боғлиқ бўлган юз-жағлар шакл бузилишлари шартли равишда тўрт гуруҳга ажратилган:

Юз- жағ тизимининг эмбрионал ривожланиши ва шаклланиши билан боғлиқ аномалиялар;

Эндоген омиллар таъсирида тиш- жағлар тизимида юзага келадиган шакл бузилишлари;

Экзоген омиллар таъсири туфайли тиш- жағлар тизимида юзага келадиган шакл бузилишлари;

Юз ва жағларда жароҳатлар, патологик жараёнлар, оператив аралашувлар ёки нурланиш таъсири натижасида юзага келадиган орттирилган (иккиламчи) шакл бузилишлари;

Туғма нуқсонлар ҳар хил даражадаги клиник оғирликка эга бўлиши мумкин. Энг оғир даражадаги нуқсон ҳомила ривожланаётган (эмбриогенез) даврида, маълум бир аъзонинг муртаги ҳосил бўлмай қолиши (аплазияси) натижасида *чақалоқ мажруҳ туғилади*. Юз ва жағлар соҳасида камдан кам учрайдиган мажруҳлик – *юзнинг тўлиқ бўлмаслиги (апрозофия)*, ёки юқори жағ ўртасидаги бурун суяклари ва тўсиғининг йўқлиги сабабли кўз олмалари алоҳида бир-биридан узоқ ёки иккаласи бирга қўшилиб, битта кўз косасига жойлашади (*циклопия*). Туғилган чақалоқда пастки жағ бўлмаса (*агнатия*), оғиз ёриғи тешик шаклида бўлади, кулоқ супралари пастга осилиб, тушиб жағ ости соҳасида бир-бирига яқинлашиб жойлашади. Бундай нуқсон билан туғилган чақалоқлар одатда яшамайди ва амалиётдаги стоматолог шифокорлар фаолиятида учрамайди.

Бошқа бир гуруҳ туғма нуқсонларда, ҳомиланинг юз ва жағлар ривожланиши нормал бошланади, аммо, кейинчалик издан чиқади ва одатда бирон аъзонинг бирикиши лозим бўлган қисмлари бир-бири билан бирикмай қолади. Камдан-кам ҳолларда аксинча, нормал тешиклар бекилиб қолади. Юқори лаб ва танглай кемтиклари туғма кўп учраганлиги, ҳамда улар доимо бир хил анатомик бузилишлар билан кечганлиги учун типик нуқсонлар деб аталади. Юз суяклари, жағлар ва атрофдаги юмшоқ тўқималарда (пастки жағ ўрта қисмининг бирикмай қолиши ва кўндаланг нуқсонлар ва бошқалар) кам учрайдиган аномалиялар эса атипик нуқсонлар деб юритилади.

Тери ривожланиши аномалияларига қон ва лимфа томирларидан ҳосил бўлган ўсма (гемангиома, лимфангиома)лар киради.

Эктодермал дисплазиялар

Крист- Сименс- Турен синдроми. Эктодермал дисплазияларда ҳомиланинг эктодерма қаватида жойлашган структуралар (масалан сочлар, тишлар, тирноқлар, тер ва ёғ безлари) ривожланиши бузилади. Шунинг учун бу касаллик полидисплазия деб номланади. Эктодермал дисплазияга уч клиник белги хос: *ангидроз* (терламаслик), *гипотрихоз* (тананинг хамма соҳаларида ёки айрим жойларида тук ва сочнинг етарли ўсмаслиги) ва *адентия* (*тишлар бўлмаслиги*).

Ангидроз- тер ва ёғ безлари фаолиятининг сустлиги ёки шу безларнинг бўлмаслиги билан боғлиқ. Гипотрихоз кўпроқ бошдаги сочларнинг сийрак, ингичка (майин), калта, синувчан бўлиши айримларда эса соч ўрнига фақат тук ўсиши мумкин.

Бирламчи адентия - сут ва доимий тишларнинг тўлиқ ёки қисман чиқмаслиги билан намоён бўлади. Чиққан тишлар конус шаклини олади. Сут тишлар кеч тушиб кетади. Доимий тишларнинг тўлиқ адентияси бўлиши мумкин. Эктодермал дисплазиялардан сурункали конституционал ёки идеопатик гипопаратиреоз (қалқонсимон без олди бези функциясининг сусайиши) ни фарқлаш керак. Гипопаратиреоз туғма бўлса, унинг белгилари чакалоқлар ҳаётининг биринчи ойларида аниқланади. Гипопаратериоз боғча, мактаб ёшидаги болалар ва ўсмирларда қуйидаги белгилар билан кузатилиши мумкин: 1) тишлар, тери, сочлар ва тирноқларнинг аномалиялари 2) тутқаноқ тутиши ва бошқа неврологик белгилар 3) ичак фаолиятининг бузилиши 4) кўзга оид симптомлари;

Гипопаратериоз белгилари болалар тишларида эмизувлик давридан бошлаб намоён бўлади. Тишда дентин қавати бўлмаслиги мумкин, илдиз ўлчами калта, тиш бўшлиғи эса кенг бўлади. Тишлар эмалида чуқур бўлмаган ботиклик ёки горизонтал эгатчалар кузатилади.

Бош соҳасидаги сочлар, ингичка, лойқа рангли (), қошлар сийрак ёки умуман йўқ. Тери дағал, қалинлашган, тирноқлар юпқа калта. Шу белгилар, ушбу патологияни уларни эктодермал дисплазияга ўхшатишга сабаб бўлади.



Ретта-Ходжкин синдроми: бу синдром эктодермал дисплазиясига мансуб бўлиб, унда тери ва шиллик парда безларининг гипоплазияси, юқори лаб ва танглай туғма нуқсонлари биргаликда учрайди. Клоустон синдроми (гидротик шакли). Бу синдром бошдаги сочлар сийрак, майин ва синувчан, кўз катарактаси, страбизм, ғилайлик, бирламчи, тўлиқ бўлмаган адентия, кафт ва товон териси гиперкератози, (тери ташқи қаватининг қазғоқланиб пўст ташлаши) билан намоён бўлади.

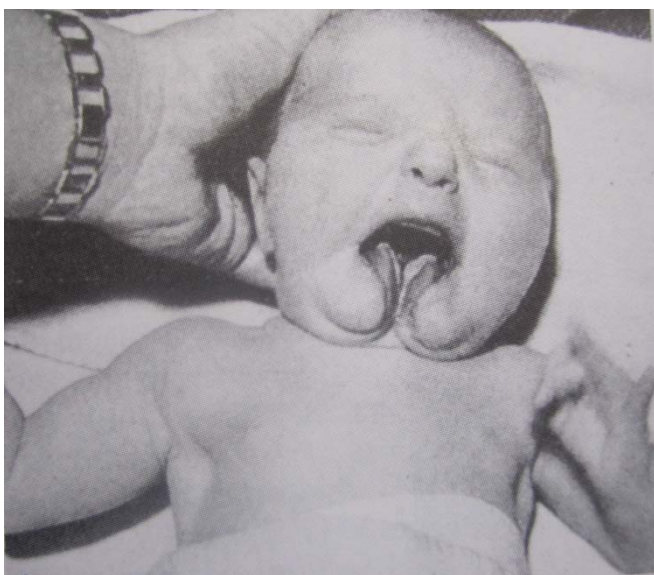
Папион - Лефевр синдроми: кафт ва товонда тери қалинлашиши, сут ва доимий тишлар атрофида парадонтит, гингивит кечиши, альвеоляр ўсиқ атрофияга учраб тишлар тушиб кетиши билан ҳарактерланади.

Юз ва жағларнинг нотипик туғма нуқсонлари

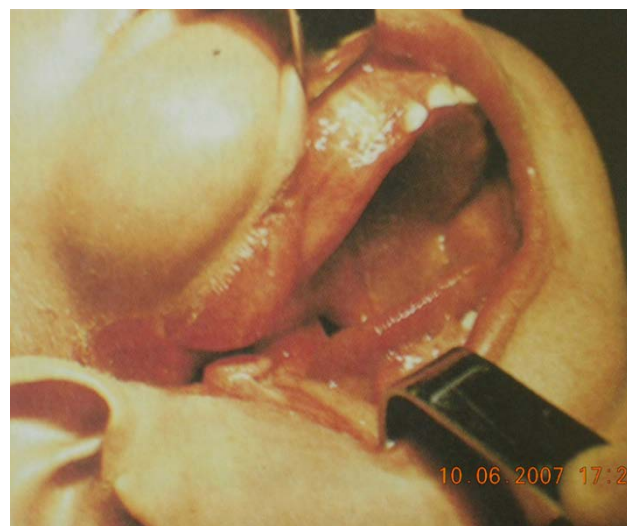
Ван-дер-Вуд синдроми: наслдан-наслга аутосом- доминант типда ўтади. Одатда, юқори лаб ва танглайнинг туғма икки томонлама кесиб ўтувчи нуқсони бўлган болаларда учрайди. Белгиси: пастки лабнинг қизил хошиясида симметрик равишда жойлашган, варонка шаклида оқма йўллар бўлиб, лаб ичига (1- 1,5 см чуқурликкача) тортилган бўлади. Даволаш усули – одатда, уранопластика операцияси вақтида оқма йўлни кесиб олишдан иборат.



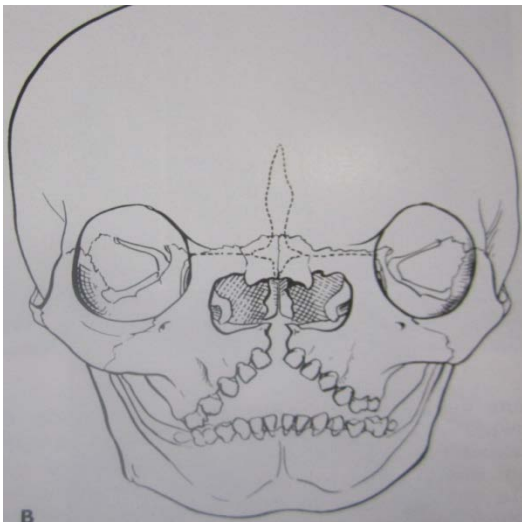
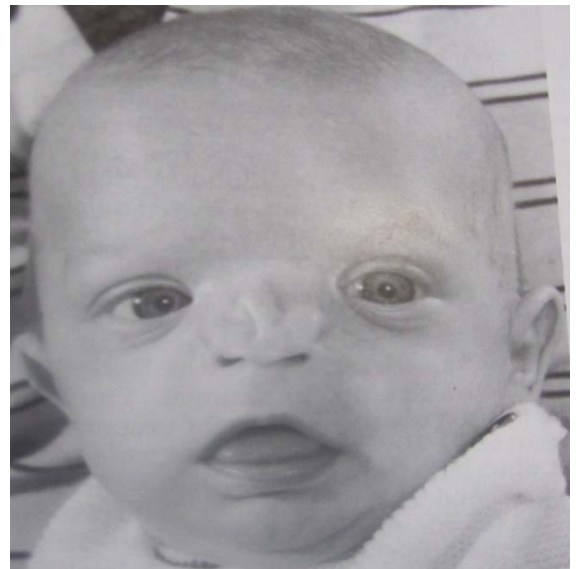
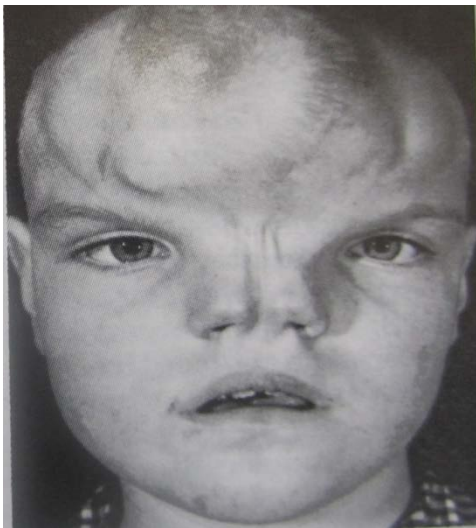
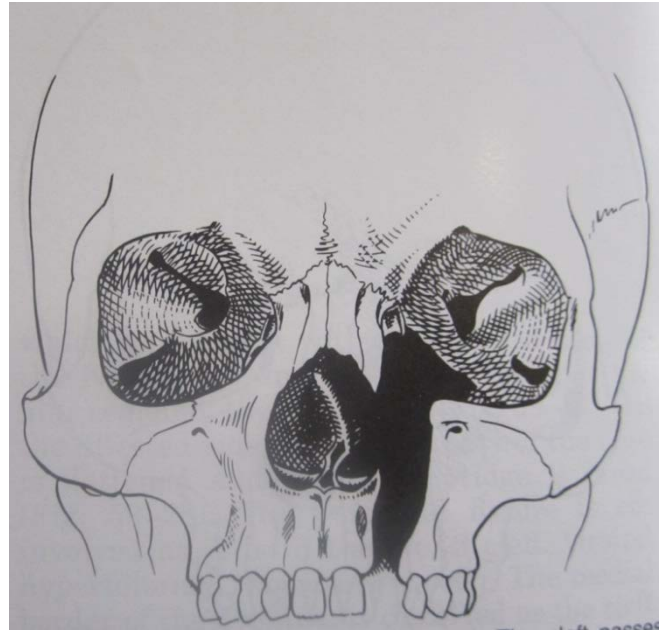
Айрим туғма нуқсонлар шифоркорлар амалиётида камдан-кам учрайди. Масалан, пастки лаб ва пастки жағнинг марказий (ўрта қисми) кемтиги шулар жумласидандир.



Шунингдек, кам учрайдиган туғма нуқсонларга юз калабомалари киради. Юз калабомалари – юз юмшоқ тўқималари ва суюқларининг трансверзал (кўндаланг) ва сагиттал текисликлар бўйича бир ёки иккала томонда бирикмаслиги. Бирикмаган тўқималар, қисман гипоплазия ва атрофияга учрайди. Даволаш усули – жарроҳлик аралашуви ўтказилади.



Калабомалар юзнинг бир ёки иккала томонида учраши мумкин.



Расм. Юзнинг ўрта зонасида камдан- кам учрайдиган аномалияларига: буруннинг ўртасидан ўтувчи яширин нуқсон, гипертелоризм (а,б); кўз тешиклари атрезияси ҳамда юқори лаб ва юқори жағнинг сагиттал туғма нуқсони (в) ва шу кабилар киради.

Пьер –Робин синдроми: наслга боғлиқлиги аниқланмаган. Белгилари – пастки жағ суяги ривожланишда ортда қолади (микрогнатия). Танглай нуқсони, тил ҳаракатлари сустлиги (глосоптоз) кузатилади.

Бу синдром билан туғилган болаларнинг 30%ида юрак, кўз, кулоқ супраси, скелет туғма нуқсонлари бўлиши мумкин. Чақалоқ яхши нафас ололмайди. Пастки жағ кичик бўлганлиги учун тил оғиз тубига ёпишиб орқага кетиб қолади (дислокация). Шу сабабли, бола ухлаётганида асфиксия ҳолати юзага келиши мумкин. Тил орқага кетмаслиги учун бола қоринга ётқизилади. Нафас олиш кескин қийинлашса, тилдан лигатура ўтказилиб, энгакости, жағости тўқималарига тортиб тикиб қўйилади. Биринчи кунларда чақалоқ эма олмаса, ошқозон зонди ёрдамида овқатлантирилади. Мувофиқ парвариш йўлга қўйилса, чақалоқ шу ҳолатга мослашган ҳолда ўсади. Пастки жағ тилнинг босими остида аста чўзилиб, олд томонга силжийди.

Қўшимча оғиз тешиги мавжудлиги ўта кам учрайдиган нуқсон. Г.И.Лазьюк (1991) ёзишича, иккинчи оғиз тешиги қўшимча кичик оғиз бўшлиғига очилади. Асосий нормал оғиз бўшлиғи билан туташмайди. Бизнинг кузатувимизда бўлган беморда (расм) Кулоқ супраси ташқи эшитув йўли тўлиқ атрезияга учраган. Кулоқ супраси ўрнида фақат солинчак мавжуд. Пастки жағнинг ўнг бурчагидан юқорироқда қўшимча оғиз тешиги аниқланади.

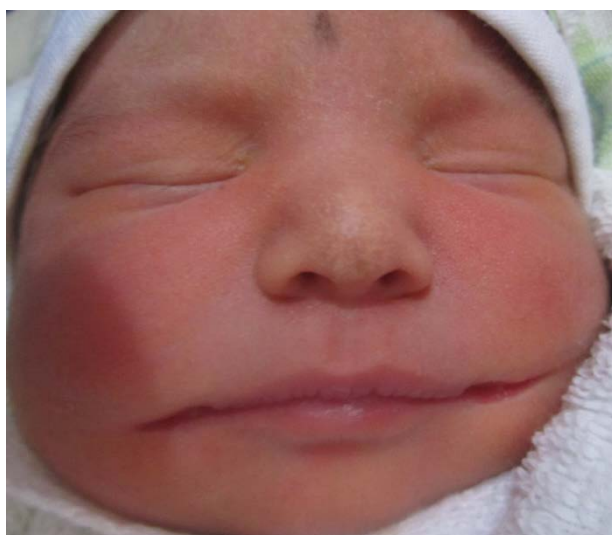
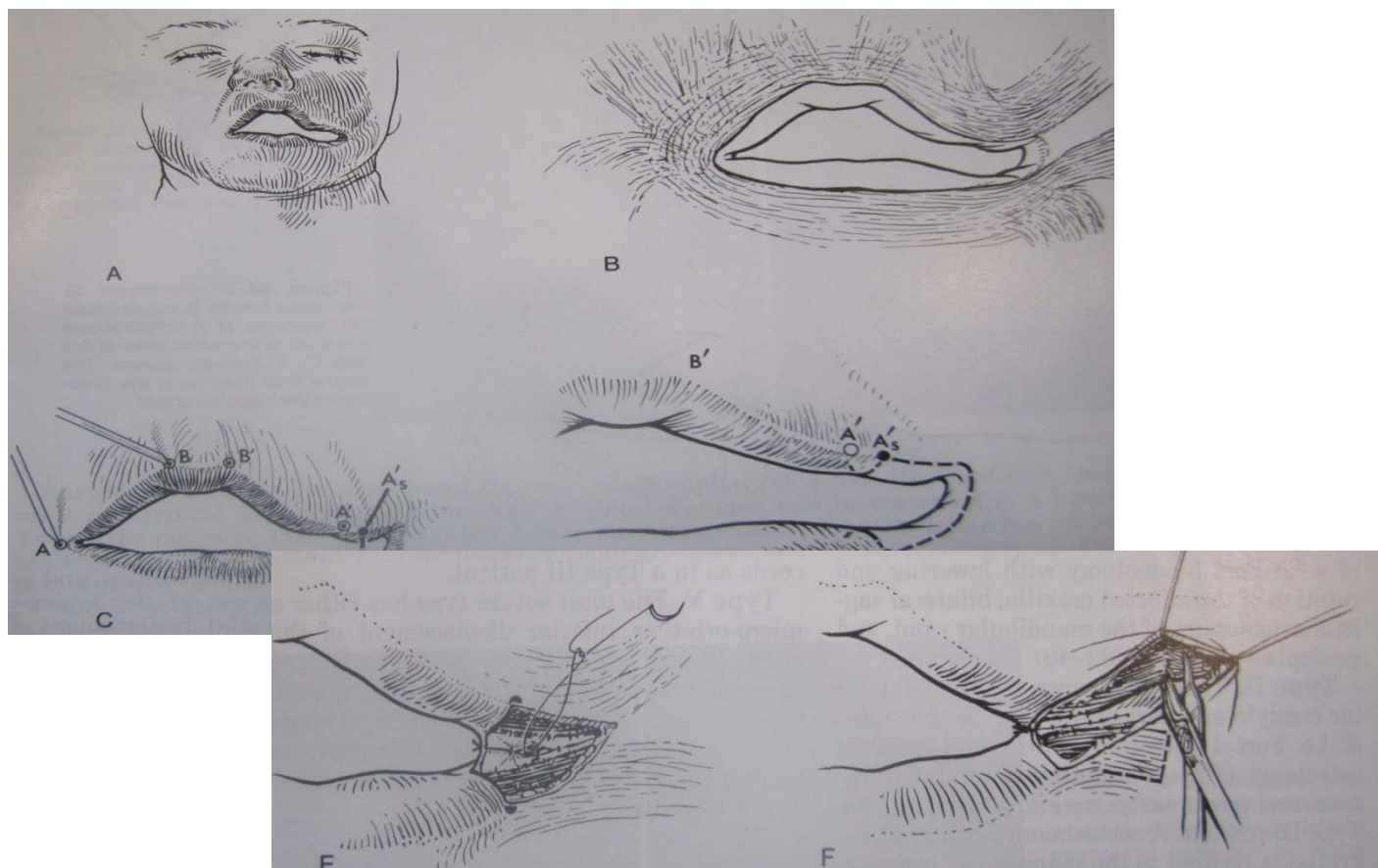


Тешикнинг пастки қисми лабга ўхшаш тўқима билан чегараланган турибди. Тешик ютқин ёни деворига очилади. Асосий оғиз билан бирга, иккинчи оғиз ҳам синхрон равишда ҳаракат қилади.

Макростомия–оғиз тешиги ўлчамининг катталиги (бир ёки икки

томонлама). Одатда бу касаллик камдан-кам мустақил тарзда учрайди, кўпроқ бошқа (I ва II жабра равоқлари нуқсонлари) синдромлар белгиси сифатида намоён бўлади.

Даволаш–жарроҳлик усулида оғиз ёриғини меъёргача келтириб (кичрайтириб) чоклар қўйиш.



Краниофациал дизостозлар ва дисплазиялар

Дизостоз - суяк системаси ривожланишининг издан чиқиши – тараққий этмай қолиши; **дисплазиялар** - эса аъзо ва тўқималарнинг нотўғри ривожланишидир.

Пфаундлер – Гурлер касаллиги – гаргойлизм - бу касаллик, кичик ёшдаги болаларда учрайдиган, остеохондродисплазиянинг алоҳида бир шакли ҳисобланади. Касаллик ақлий ривожланишнинг заифлашиши билан кечади. Боланинг бўйи паст, бошининг ҳажми ҳаддан ташқари катта, кўзлар орасидаги масофа кенг бўлиб, ғилайлик ва катарак касалликлари ҳам кузатилиши мумкин. Эшитиш қобилияти пасайган, бурун эгарсимон шаклда бўлади. Қошнинг ўсиш ёйлари бўртиб, кўз соҳасига осилиб туради. Юқори жағ суяги яхши ўсмаган, пастки жағ эса, аксинча кенг узайган шу сабабли тишларнинг прогеник (прикус) окклюзияси кузатилади. Тери қоплами қуруқ, сочлар калта, дағал, ва игнасимон. Қошлар серсоч, калта ва қалин Суякланиш нуқталари кеч пайдо бўлади. Тишларнинг чиқиш муддати ўзгаради. Бу касалликда симптоматик даво ўтказилади. Бола эрта нобуд бўлади.

Суяклар метофизар дисплазияси калла ва юз суяклари зарарланиши билан кечади. Метафизар дисплазия скелетнинг тизимли касаллиги бўлиб, одатда оилавий тарзда учрайди. Боланинг боши катта, кўзлар ораси кенг. Ўлчами катта бўлмаган эгарсимон буруннинг асоси “чўккан”дек кўринади. Тишларнинг ривожланиши секинлашади. Тишлар чиқиши билан тож қисми уқаланиб, синиб тушади. Юқори жағ бўшлиқлари суяк тўқимаси билан тўлиб қолади. Касаллик узоқ вақт давом этади. Бемор ҳаётига ҳавф солмайди.

Арахнодактелия: Боланинг қўл оёқлари узун ва ингичка, боши катта, бурни чўзиқ, асоси кенг, чуқур жойлашган. Пастки жағ жадал ўсиб, олдинга туртиб чиққан, (прогения) ёки ўсишда ортда қолиб, икки томонлама микрогения

(кушсимон юз) кузатилади. Касалликка хос хусусий белги барча мушаклар, шу жумладан чайнов мушакларнинг атрофига учраши ва скелет мушаклар атониясидир. Шу боис юз кўриниши қорамтир, хомуш, мимикаси ҳаракатсиз, кўзлар бўртиб чиққан. Қош ёйи остидаги кўзлар чуқур жойлашган, ораларидаги масофа кенг. Кўпчиликда кулоқ супралари катта. Тоғай тўқимаси деярли бўлмайди, шунинг учун мато сингари юмшоқ бўлиб, белкурак шаклига эга бўлади. Касалликнинг асосий белгиси, барча эластик тўқиманинг (гинераллашган) зарарланишидан иборат.

Юз ва жағ суяклари туғма дисплазияси (суяк системаси ривожланишининг издан чиқиши) бу касалликка оилавий зарарланиш хосдир. Кўзга ташланадиган белгилари– кулоқ супраларининг, юз ва жағлар суякларининг яхши ривожланмаганлиги. Юқори жағ бўшлиқлари кичиклигича қолиб кетган, тишлар, айниқса молярлар яхши ўсмаганлиги учун окклюзия (прикус) аномалия ҳолатида. Касалликнинг патогномоник (хос) белгиси–ёноқ ёки чакка суякларининг бутунлай бўлмаслиги.

Калла ва юз суякларининг туғма дизостози. Бу касалликда калла суягининг ҳажми кичик бўлади. Суяклар юпқалашиб, чоклари облетерацияга учрайди. Калла қутисининг асоси чуқурлашиб, зичлашади. Кўз косалари яссиланганлиги учун кўз соққалари бўртиб чиқади. Юқори жағ ва бурун суяклари яхши ўсмай, атрофияга учрайди. Пасти жағ эса, олдинга сурилиб чиқади (прогения).

Калла ва юз суяклар ўзаро бирламчи бирикмаганлигини, юқори жағнинг калла асосига нисбатан, ҳаракатчан бўлганлигидан аниқлаш мумкин.

Калла-ўмров суяклари туғма дизостози. Бу касалликда калла қутисининг мия қисми катталашиб, юз скелети кичиклашиши натижасида юз суяклари ва қисмлари пропорсияси бузилади. Юзнинг ташқи кўриниши ўзгача қиёфа олади (катта ва кенг пешона, кичик юз). Юз суяклари, айниқса юқори жағ ва унинг бўшлиқлари ўсмай қолади. Қаттиқ танглай калталашади. Пастки жағ нормал ривожланади. Юқори жағ суяги кичик бўлганлиги сабабли сохта прогения ҳолати юзага келади. Айримларда юз скелети асимметрик равишда ривожланади.

Доимий тишларнинг кеч чиқиб, яхши етилмаслиги сут тишларнинг жағда узоқ қолиб кетиши, ўмров суягининг эса умуман бўлмаслиги касалликнинг ўзига хос хусусий белгиларидир.

Акроостеоз: туғма касаллик. Асосий белгиси скелетда айрим суякларнинг шу жумладан алвеоляр ўсиқларнинг тўлиқ сўрилиб кетишидир.

Мармар касаллиги: туғма, наслдан-наслга ўтувчи оилавий касаллик. Скелетнинг бош мия қутуси, юз суяклари, кўкрак қафаси ва умуртқа поғонаси қисмларининг шакли бузилиши билан намоён бўлади. Суякланиш нуқталари кеч пайдо бўлади. Касалликка хос белгилардан бири тишлар ривожланишининг бузилиши қисқа вақт ичида кариес билан зарарланиб барвақт тушиб кетиши. Тишлар алмашинуви бузилади. Тиш атрофидаги тўқималар ва жағ суяги некрозга учрайди.

Краниосиностозлар

Калла суяклари орасидаги чоклар барвақт битиши натижасида суяклар бир-бири билан бирикиб бир бутун суякка айланиши натижасида краниосиностоз юзага келади. Калла суяклари ўсмай, мия қутуси ичидаги ҳажм чегараланиб қолади. Краниосиностозлар алоҳида мустакил касаллик сифатида учраши мумкин. Аксарият улар калла-юз дизастозлари билан биргаликда кечади. Шу сабабли синдромал краниосиностозлар деб номланади. Улардан Апер (Apert), Крузон (Crouzon), Пфейффер (Pfeiffer), Сетр – Котсен (Saethre-Chotzen), Гольденхар (Goldenhar) ёки гемифасциал микросомия (hemifacial microsomia HFM) синдромлари кўп учрайди.

Апер синдроми: Бу касалликни акроцефалосиндактилия синдроми деб биринчи бор 1906 й француз шифокори Apert Eugene ёзган. Синдромга хос белгилар: краниосиностоз, юз ўрта зонасининг гипоплазияси, қўл ва оёқ бармоқларининг симметрик бирикиши.

Апер синдроми бўлган боланинг боши чўзиқ (акроцефалия), калла асоси торайган, олд чуқурча калта. Ташқи белгилари: кўзга орбитал гипертелоризм, экзорбитизм, экзофтальм, қошнинг бўлиниб қолиши, кўз қовоқлари бурмасининг

кескин чуқурлашуви, ғилайлик, амблиопия (кўриш қобилиятининг пасайиши); махсус текширув ёрдамида кўз нервининг атрофияси аниқланади. Бурун асоси чўккан, бурун калта, учи кенг. Бурун орқали яхши нафас ололмайди. Бурун йўли стенозга учраган ёки хоаналар атрезияси туфайли бутунлай нафас олмайди. Юқори жағ, бурун, ёноқ суяклари ва равоқлари ривожланмаган. Қаттиқ танглай сезиларли даражада калта, танглай гумбази чуқур. 30% беморлар танглайда туғма нуқсон учрайди. Юқори жағ альвеоляр ўсиғи V шаклда бўлиб, тишлар зич, қатордан ташқарида жойлашган, шакли ўзгарган. Қулоқ супралари паст жойлашади.



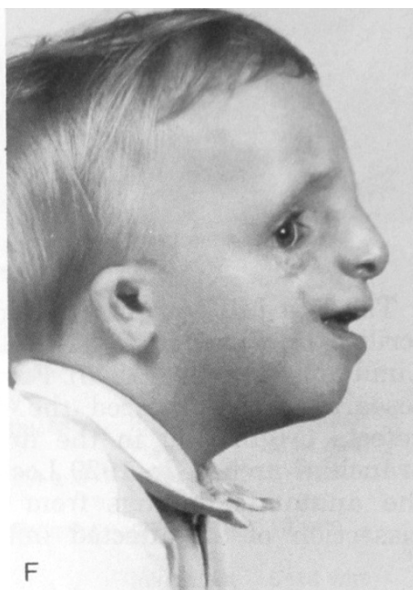
Апер синдромига кўл ва оёқларнинг I, III, V бармоқлари синдактелияси ва шакли ўзгаришлари хос. Катта бўғимларда ҳаракатлар оғриқли ва чегараланган. Ички аъзоларда ҳам қатор ўзгаришларни аниқлаш мумкин.



Сетр - Котсен (Saethre-Chotzen) синдроми: Бу касаллик хақида биринчи маълумотлар 1931 Норвегиялик психиатр Н. Sauthre ва 1932 й немис психиатри F. Chotzen томонидан матбуотда чоп этилган. Касалликка хос белгилар: акроцефалия (бош чўзинчоқ, конус шаклида, учи торайган) кранио-синостоз ва кўл 2-3 бармоқларининг қисман синдактелияси.

Бош ва юз шаклининг ўзгаришлари боланинг 2-3 ёшида аниқланади. Бола бош оғриғига шикоят қилади. Пешонаси кенг, баланд ва текис бўлади. Кўз косаллари орасидаги масофа кенг (гипертелоризм) ёноқ суяклари ва равоқлари яхши ривожланмаган. Калланинг чоклари барвақт битганлиги учун олдинги чуқурча кескин торайган. Юзнинг ўрта зонасини ташкил этган юқори жағ, ёноқ ва бурун суяклари гипоплазияга учрайди. Шунинг учун кўз косалари юза, кўзлар ташқарига бўртиб чиқади. Кўзда птоз, ғилайлик, ёш оқиши кузатилиши мумкин.

3,



ёки



Кулоқ супралари кичкина, ҳар хил шаклда. Бурун узун ва ингичка бўлади. Танглайнинг туғма нуқсони учраши мумкин. Кўлнинг 2 ва оёқнинг 3-4 бармоқлари бир- бири билан қисман бириккан, айрим кафт суяклари бўлмаслиги кўшимча бармоқлар учраши мумкин.

Пастки жағ ва юз суяклари дизостози. Бу касаллик адабиётда Томпсон синдроми, Тричер-Коллинз синдроми, Франчес Кетти синдроми билан юритилади.

Касалликка хос асосий белгилар: 1) ёноқ суяклари билан равоғи бутунлай бўлмайди ёки яхши ривожланмаган; 2) кўз косасининг пастки ва ён девори бўлмайди, шу сабабли 3) ташқаридан қаралганда кўз ёриғи антиманголоид шаклда; 4) юқори ва пастки қовоқларда нуқсон (колабома); 5) юз-пастки жағ ўсмаганлиги ва энгак орқада жойлашганлиги учун (микрогнатия) “қуш юзи” кўринишда. Оғиз ёриғи катта-макростома; 6) қулоқ супралирининг шакли ўзгарган. Юқорида келтирилган барча белгилар бир беморда вақтда учрамаслиги мумкин. Шу сабабли бу касаллик бир неча муаллиф номи билан юритилади.

A. Franceschetti va D. Klein (1949) пастки жағ ва юз суяклари дизостозининг беш турдаги шаклини фарқлаб беришган.

Тўлиқ шакли (синдромга хос бўлган ҳамма белгилар мавжуд)

Тўлиқ бўлмаган шакли, асосий белгиларининг бир ёки иккитаси учрамаган.

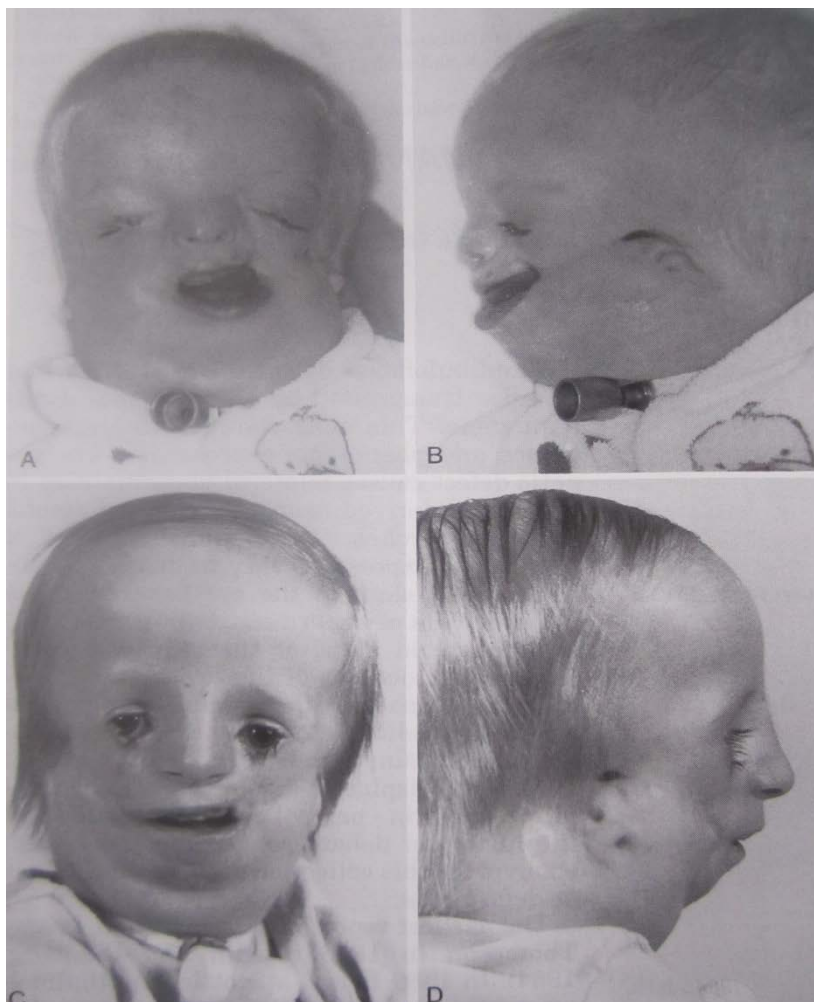
Чекланган шакли - асосий белгилардан бири мавжуд.

-Касаллик белгилари юзнинг бир томонида мавжуд.

-Атипик шакли – юқорида келтирилган асосий белгилар билан бир қаторда синдромга хос бўлмаган белгилар ҳам учрайди.

Пастки жағ ва юз суяклари дизостози бўлган болаларнинг кулоқ супраларида албатта ўзгаришлар бўлади: кулоқ супраси ўсмай қолган, кичкина, кулоқ тешиги тор ёки умуман атрезияга учраган. Кулоқ олдида, теридан ҳосил бўлган бир нечта солинчакларни кузатиш мумкин.

Тричер-Коллинз синдроми, жағ- кўз дизостози.



Пфедер (Pfeffer) синдроми: Синдромни 1964 йил Pfeffer 3 авлод, саккиз нафар беморда кузатиб, бу ҳақида биринчи бўлиб ёзган. Асосий клиник белгилари: Краниосиностоз, қўл ва оёқлар бармоқлари катта, кенг бармоқларнинг қисман синдактелияси кузатилади.

Краниосиностоз натижасида, ҳамма беморларда акроцефалия - бош хумча шаклида бўлиб, баланд, калла асоси торайиши ҳисобига, олд чуқурчаси кескин кичиклашади. Юз ва юз суякларида учрайдиган ўзгаришлар Аппер синдромига ўхшаш бўлади, аммо Аппер синдромидегидек бўлгани каби кескин бўлмайди.

Аппер синдромидан фарқли равишда бу касалликка, қўл бармоқларида 73%, оёқ бармоқларида 82% тўлиқ бўлмаган симметрик синдактелия учраши хос. Яна хусусий белгилардан бири тизза бўғимларининг аплазияси ёки анкилози. Шунингдек, Аппер синдромидан фарқли ўлароқ, бу беморларда ақлий заифлик учрамайди. F 61-15 61- 16

Крузон (Krouzon) синдроми: Француз невропатологи Krouzon бу синдромни дастлаб, 1912 йил матбуотда баён қилган. Муаллиф ёзишича, касаллик калла ва юз суяклари орасидаги чоклар барвақт бирикиб кетиши оқибатида юзага келади. Бу синдромнинг батафсил тафсилотлари Kriborg томонидан 1981 йилда ёзилган. Синдромнинг учраши 60 000 тирик туғилган чақалоқлар сонига 1 ҳолат тўғри келади, патологиянинг ирқ ва жинс билан боғлиқлиги аниқланмаган.

Касалликнинг дастлабки белгилари чақалоқ ҳаётининг 2-3 ойида билина бошлайди. Ота-онаси боланинг безовталиги ёки тутқаноқ ҳуружига шикоят қилади. Боланинг жисмоний ўсиши ва ақлий ривожланишида ортда қолиши белгилари аниқланади.

Бу синдромга хос белгилар: акроцефалия (бош-чўзинчоқ конус шаклида) пешонаси кенг ва баланд, қош ўсиш ёйи олдинга бўртган. Юз ўрта соҳасининг гипоплазияси, юқори жағ ўсмаганлиги кузатилади. Кўз косалари юза, айрим беморларда кўз олмаси тушиб кетадигандек (экзорбитизм), кўзлар орасидаги масофа кенг (гипертелоризм), кўриш қобилятининг ҳар хил даражадаги ожизлиги аниқланади. Юз кенг (эурипрозопия-бақаюз). Бурун-лаб бурмаси кенг, қалин лунжи бўртиб осилиб туради. Бурун тўсиқлари қийшайганлиги туфайли

бурун йўллари тор ёки айримларда атрезияга учраган бўлади. Калла суяклари юпқалашган, ички юзасида “бармоқ излари” чуқурлашган, калла асосини ташкил қилган суяклар, ёноқ суяклари ва уларнинг равоқлари ўсмай қолган бўлади. Яхши ривожланмаган юқори жағда тишлар зич жойлашган, уларнинг шакли ўзгарган, олигодентия, макродентия каби симптомлар кузатилади; танглай чуқур, туғма кемтикли бўлиши мумкин. Шакли ўзгарган кулоқ супралари паст жойлашган. Эшитиш қобилияти ҳам паст бўлади.

Гемифациал микросомия синдроми: бу биринчи ва иккинчи жуфт жабра равоқларининг дисплазияси оқибатида, юз бир томонининг ўсишда ортда қолиши. Махсус адабиётларда бу касалликни бошқа номлар билан ҳам учратиш мумкин- *отокраниостеноз, калла юз микросомияси, латерал фасциал дисплазия, биринчи ва иккинчи жуфт жабра равоқлари синдроми, окулоаурикуловертебрал дисплазия.*

Голденҳар (Goldenhar) синдроми.

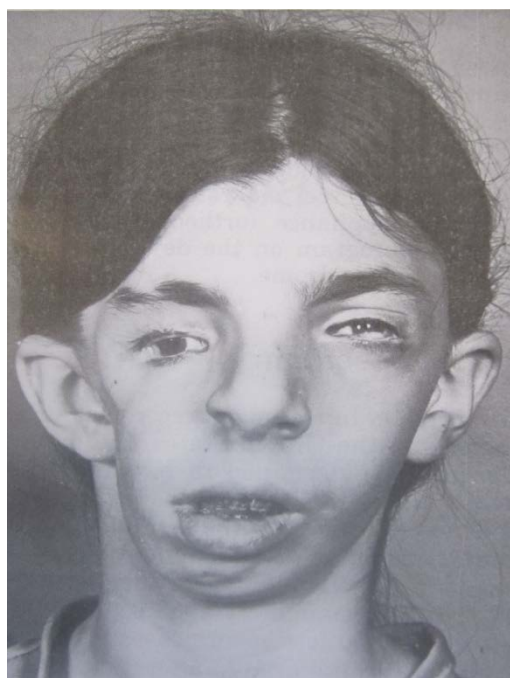
Аутосом- доминант типда наслдан-наслга ўтадиган, бу синдром ўз ичига бир гуруҳ нуқсонларни олади. Уларнинг келиб чиқиши, биринчи жабра ёриғи ҳамда биринчи ва иккинчи жабра равоқларининг ривожланиши бузилиши билан боғлиқ. Бу синдромга хос белгилар: бир томонлама *микрогеня, микрогнатия, ёноқ суяги ва равогининг ўсмай қолганлиги, кулоқ супраси шаклининг бузилиши; юз мушаклари, танглай ва тилнинг парези; оғизнинг катталиги, кулоқ олди оқма йўллари ва бир нечта солинчаклар мавжудлиги.* болада кўз атрофида эпифўлбар (субконъюнктивал) дермоид ёки липодермоид (ёғ ва тери хоссаларидан тузилган) кулоқ супраси аномалиялари мавжудлиги; пастки жағ танаси ва шохининг ўсмай қолганлиги. Юқоридаги белгилар билан биргаликда юрак, буйраклар, танглай ва юқори лаб туғма нуқсонлари ҳам учраши мумкин. Ўғил ва қиз болаларда баробар учрайди. 1чи ва 2 чи жабра равоқлари синдроми, ўз ичига марказий асаб тизими аномалиялари – туғма ақли заифлик (олигофрения, умуртқа пагонаси шаклининг бузилиши, сийдик чиқарув ва жинсий тизим, ошқозон ичак ва юрак туғма нуқсонлари учраши мумкин).

Айрим болаларда нуқсон юқори лаб ва танглайда бўлиши мумкин.

Давоси- кўп босқичли жарроҳлик амалиётлари ўтказишдан иборат.



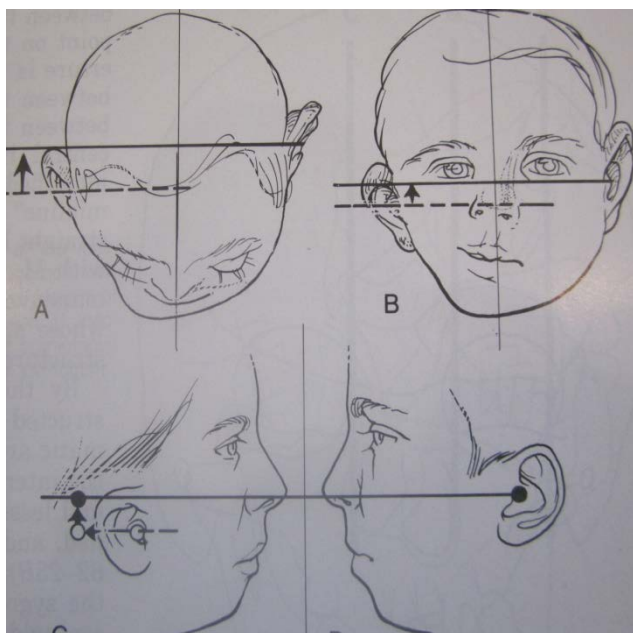
Расм: Гемифасциал микросомия синдроми бўлган беморларнинг кўринишлари.



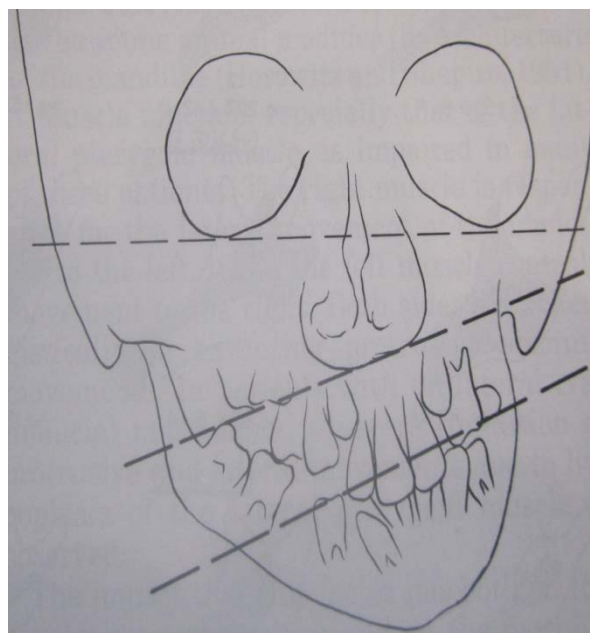
а



б



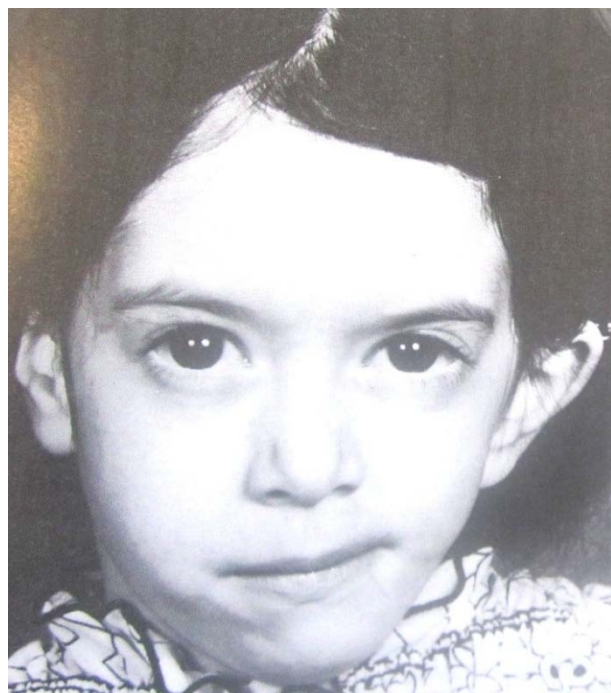
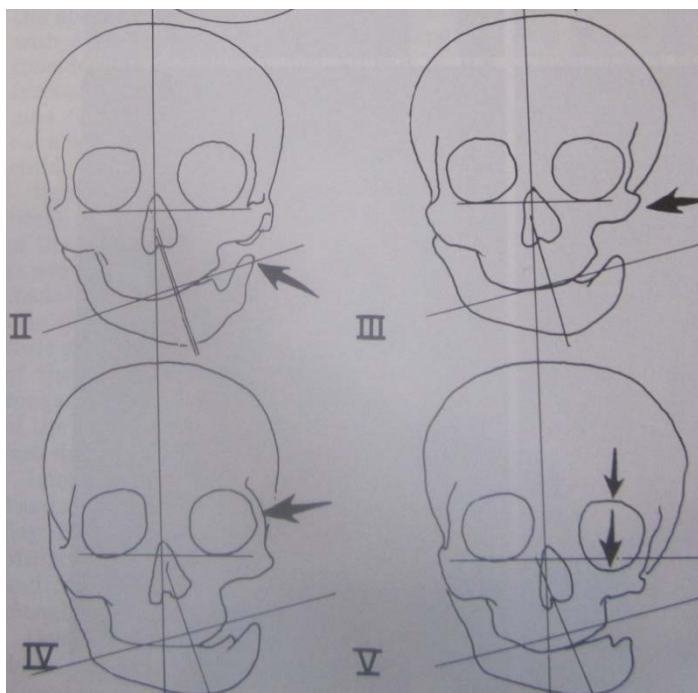
В



Г

Расм. Гемифациал микросомияси бўлган беморнинг кўриниши
окклюзион чайнов текислик ҳолати.

Чизмаларда жағлар ва юз суякларида кузатиладиган гемифасциал микросомияга хос ўзгаришлар.



Чизма (а) да хасталанган (ўнг) ва соғлом (чап) томонлардаги антропометрик ўлчовлар фарқи келтирилган.

Орбитал гипертелоризм

Орбитал гипертелоризм – кўз косалари орасидаги масофанинг катталашиб кетиши. Орбитал гипертелоризм – калла, юз суяклари ва улар атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг мураккаб туғма шакл бузилиши билан кечади. Орбитал гипертелоризм асосида ғалвирсимон суякни горизонтал текисликда – кенгайиши ётади. Fig. 60-17,18

Ғалвир суяк (*os ethmoidale*) юз суяклари орасида марказда бурун бўшлиғининг пешона суяги ўямасида – юқорида жойлашган.

Ғалвир суякнинг – горизонтал пластинкаси (*lamina cribrosa*) калла суягининг тубини (*Fundus cranium cerebrale*) ҳосил қилишда қатнашади. Ғалвир суякнинг ўртасидан пастга томон перпендикуляр пластинка (*lamina perpendicularis*) тушиб, димоғ суяги ва понасимон суяк қирраси билан бирикади. Перпендикуляр пластинканинг икки ёнида ғовакчалар лабиринти (*labirinti ethmoidales*) жойлашади.

Орбитал гипертелоризм, ғалвир суяк ғовакчалар лабиринтининг горизонтал текислик бўйлаб, олд томонда кўпайиб кетиши туфайли юзага келади.

Перпендикуляр пластинка ва кўз косасининг медиал девори орасидаги бурчак одатда у 30° ошмайди. Орбитал гипертелоризмда эса, бу бурчак 60° га етади. Орбитал гипертелоризм мустақил касаллик ёки бошқа синдромлар таркибига кирувчи симптом сифатида намоён бўлиши мумкин. Аксарият, юқори лаб ва танглай туғма нуқсонлари билан биргаликда учраб, орбитал гипертелоризм 130 ортиқ синдромларнинг белгиси ҳисобланади.

Сохта орбитал гипертелоризм

Бурун – ғалвир суяк комплексининг жароҳати, ғовакчалар лабиринти ва бурун бўшлиғи ўсмалари кўз коса (орбита)лари орасидаги масофа кенгайишига сабаб бўлиши мумкин. Сохта орбитал гипертелоризмга ўхшаш ҳолатни микроорбитизмда ҳам кузатиш мумкин. Кўз ва кўз косалари кичик бўлганлиги учун, улар орасидаги масофа узайгандек бўлиб кўринади. Микроорбитизмда, ёноқ, чакка ва пешона суяклари ўсиши ҳам ортда қолади. Бир томондаги

кичиклиги сабабли, юқори жағнинг пешона ўсиғи, ён томонга нисбатан кенг бўлади. Ҳасталанган томонда кўзнинг ташқи девори билан ёноқ ва пешона суяклари орқароқ жойлашган бўлади. шунингдек, бурун суяғи ҳам латерал томонга ёйилади. Ғалвирсимон суякнинг шу томондаги катакчалари кенгайган бўлади. Микроорбитизмда, калла сугининг олд чуқурчаси тор, юзнинг ўрта зонаси ичкарига ботқлиги кузатилади.

Даволаш- нейрохирург ва юз-жағ жарроҳлари кичик ёшдаги беморларда мураккаб реконструктив операциялар ўтказиб, калла ва юз шаклини тиклайдилар.

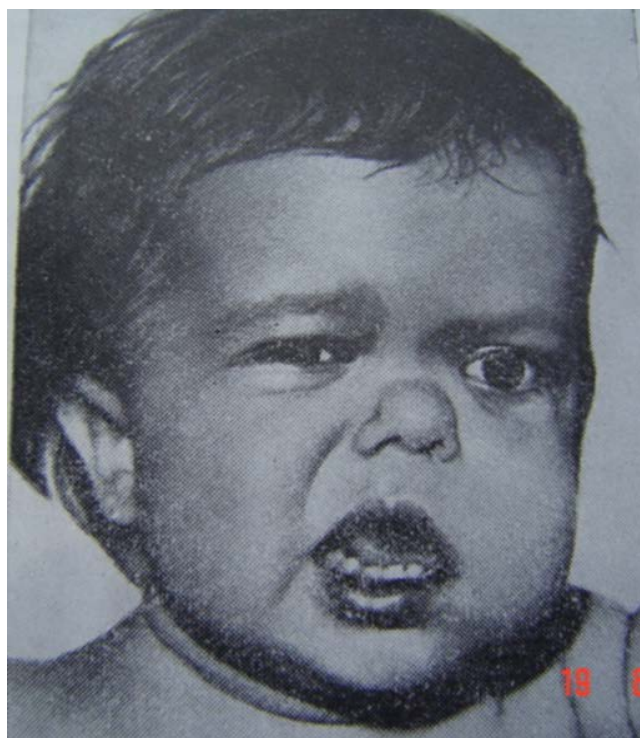
Аномалияларнинг бошқа бир гуруҳи, суякланиш жараёнининг бузилиши билан кечади. Суякланишнинг бузилишлари, скелетда мавжуд бўлган тизимли туғма касалликлар белгиси бўлиши мумкин.

Эмбрионлик даврининг 6-8 хафталарида бириктирувчи тўқимадаги остеобластлар зўр бериб кўпайиб, эндодесмал қаватида жойлашади ва суякланиш нуқтасини ҳосил қилади. Мезенхимадан ҳосил бўладиган суяклар, дастлаб гиалин тоғайга айланади ва тоғай усти пардаси (perichondrium) билан қопланади. Перихондриумнинг ички қаватидаги ҳужайраларнинг зўр бериб кўпайиши натижасида остеобластлар (суяк моддаси) ҳосил бўлади. Перихондриумнинг иштироки билан, остеобластлар ёрдамида суякнинг ғовак қисми вужудга келади. Суякнинг энхондрал қатлами ичидаги моддалар аста-секин тоғай моддасини эгаллайди ва суякнинг зич (компакт) қисми моддасини ҳосил қилади. Тоғайдан иборат бўлган суяк модели суякланиб бўлгандан кейин, тоғай пардаси, суяк усти пардаси (периост)га айланади. Суяк энига периост ҳисобига (периостал) ўсади, яъни кенгайиб йўғон йўғонлашади.

Энхондрал турда суякланишда, тоғай тўқималари тўғридан тўғри суякка айланмайди, балки улар емирилгандан сўнг суяк вужудга келади. Шунинг учун бу турдаги суякланиш-иккиламчи суякланиш деб аталади. Калла туби (асоси) суяклари, тана ва қўл оёқ суяклари иккиламчи суякланиш натижасида пайдо бўлади. Суякланиш, жараёни дастлаб ўрта қисмдан бошланади ва суякнинг танаси (диафизи) пайдо бўлади. Суяк учлари (эпифизи) нинг мускул ва бойламлар бирикадиган қисми боланинг икки ёшлик давридан бошлаб суяклана бошлайди.

Хондродистрофия касаллигида энхондрал типда ўсувчи суяклар зарарланади. Суякларнинг эпифиз метафаз соҳаларида ўсиш жараёнинг бузилиши туфайли қўл оёқлар калта бўлиб қолади. Хасталанганларнинг ташқи қиёфаси бир-бирига жуда ўхшаш бўлади: пакана бўйли, боши брахицефалик типда, юзи ясси, пешонаси бўртиб чиққан, бурун илдизи ва бел қисмида ботиқлик кузатилади. Тишлар окклюзияси патологик ҳолатда бўлиши характерли хусусиятлардан саналади.

Шундай касалликлардан бири – хондродистрофия бўлиб, бу касалликда бирламчи тоғайли суякларда суякланиш жараёни кечикади, айниқса калла суяги асоси ва унга бириккан юқори жағда, калла суякларидан фарқли, юз ўрта соҳасининг ривожланиши орқада қолади. Бундай боланинг юзи текис, пешонаси туртиб чиққан, буруннинг бел қисми ичкарига ботган бўлади.



Оғиз шиллик пардасининг ривожланиш аномалиялари

Шиллик парда ривожланиши билан боғлиқ аномалиялар болаларда кўп учрайди. Айримларда бу мустақил аномалия бўлса, бошқаларда (оғиз-юз-бармоқлар синдроми, оғиз дахлизидида кўплаб шиллик парда тортмалари шаклида учрайдиган) мураккаб нуқсонлар белгиси сифатида намоён бўлади.

Тил юганчасининг калталиги. Оғиз бўшлиғи тубининг марказида, тилости сўлак найчалари сўрғичлари (caruncula salivalis)орасида шиллик пардадан

ҳосил бўлган бурма тил юганчаси деб аталади. Бурманинг асоси пастки жағ альвеоляр ўсиғи фронтал қисмининг ички (тил томон) юзасига, учи эса тил ўртасининг ($\frac{2}{3}$ қисми)га бирикади. Агар бурма тил учига яқин, ёки тил учига бириккан бўлса, асоси альвеоляр ўсиқ қиррасига яқин жойлашади. Бундай ҳолларда тил юганчаси калта ҳисобланади.

Болаларда тил юганчаси калталигининг белгилари:

-Чақалоқ онасининг кўкрагини яхши эма олмайди;

-Тил ҳаракатларининг ҳажми чегараланади;

-Бола тилини олдинга чиқаришга ҳаракат қилганида учи тортилиб, ўртасида эгатча ҳосил болади

-Бола тилининг учини юқори лабига теккиза олмайди.

-Айрим товушларни тўғри талаффуз қила олмайди

Болаларда бу анатомик етишмовчилик одатда барвақт аниқланмайди. Бола айрим сўзларни яхши талаффуз қила олмаганлиги сабабли ота-оналар, логопедга мурожаат қиладилар, шу боис тил юганчасининг калталигини аксарият ҳолларда логопед дастлаб аниқлайди. Талаффузнинг бузилиши мурказий нерв системаси патологияси билан боғлиқ бўлиши мумкинлигини ҳам ёдда тутиш лозим.

Тил юганчасининг калта бўлиши фронтал тишлар атрофида локал пародонтит ривожланиши тишларнинг тил томонга оғиши ёки ўз ўқи атрофида айланишига сабаб бўлиши, шунингдек, дистал окклюзия шаклланишига олиб келиши, пластмассадан тайёрланган аппаратлар ва олиб қўйилувчи (ечиладиган) протезларни ўрнатишга ҳам ҳалақит бериши мумкин.

Хорошилкина Ф.Я тил юганчасининг шакли, қалинлиги ва тил мушаклари билан бирикишини эътиборга олиб, унинг қисқаришларини бешта тоифага ажратган:

1 чи тоифа: юганча калта, юпқа пардадан иборат бўлиб, тил учига етмасдан ёпишади ва унинг ҳаракатларини чегаралайди.

2 чи тоифа: юганча калта, юпқа парда бўлиб, тилнинг учигача ёпишади. Тилни олдинга чиқаришга ва кўтаришга ўриниш вақтида, тил учи марказида эгатча пайдо бўлади.

3 чи тоифа: юганча қалин ва калта тортма (пилик) шаклида бўлиб, тил учига яқин бирикади. Тилини олдинга чиқаришга ўриниш вақтида тилнинг учи ичига тортилиб, икки ёни бўртиб чиқади. Тилнинг учи юқори лабга етмайди.

4 чи тоифа: юганча тортмага ўхшаш бўлиб, тил мушаклари билан бирикиб кетади. Бундай юганча юқори лаб ва танглайнинг туғма нуқсони бор болаларда учрайди.

5 чи тоифа: юганча деярли аниқланмайди, унинг толалари тил мушаклари билан бирикиб кетганлиги учун тил ҳаракатлари чегараланган бўлади. Одатда бу тоифадаги юганча наслдан-наслга ўтади. Адабиётларда бундай ҳолат “анкилоглоссия” деб аталади.

Юганча нормал узунликда бўлса, физиологик тинч ҳолатда тил юқори фронтал тишларнинг танглай юзасида ётади. Юганча калта бўлса, тил юқорига кўтарилмайди ва тил юқори фронтал тишларга керакли даражадаги босим билан таъсир этмайди, шуни ҳисобига юқори лаб ва лунж тўқималари босимига етарлича қаршилиқ кўрсатилмайди. Натижада юқори фронтал тишлар танглай томонга оғиб қолади, юқори жағнинг фронтал соҳаси яссиланади ва медиал окклюзия юзага келади.

Тилнинг юганчаси қисқарганлигини жарроҳлик усули билан даволашга кўрсатмалар: чақалоқ ва гўдаклар она сутини эма олмаслиги (педиатр билан биргаликда ҳал қилинади), мактабгача ёшдаги болаларда талаффуз бузилиши – логопедик (талаффузнинг бузилганда логопед ва жарроҳ ҳамкорлигида ҳал қилинади), мактаб ёшидаги болаларда ортопедик, ортодонтик ва пародонтологик кўрсатмалар (тегишли мутахассис ва жарроҳлар иштирокида ҳал қилинади).

Чақалоқлар ва эмизикли гўдакларда тилнинг калта юганчасини кесиш операциясининг босқичлари:

-Навбатдаги овқатлантириш олдидан аппликацион оғриқсизлантириш ўтказилади.

-Тарновчали зонд ёрдамида тил юқорига кўтарилади.

-Сўлак найчалари чиқарув тешиги усти соҳасида юганча тилга тақаб кайчи билан кесилади.

-Кесилгандан сўнг ромб шаклида яра очилади, яранинг икки ёни кесиб кенгайтирилади. Одатда чок қўйилмайди.

Юганча юпка шиллик пардадан иборат бўлганлиги учун кам қонайди, ярага антисептиклар билан ишлов берилиб, бола онасига эмизиш учун берилади (овқатлантирилади). Тил аввалги ўрнига қайта битиб қолмаслиги учун ярага ёғ томизиш турилади. Чақалоқ ва гўдакларда бу операция юганчани маълум даражада узайтиради, аммо каттароқ ёшда учбурчак лахтаклар ўрнини алмаштириш (пластик) усули ёрдамида юганча қайта узайтирилади.

Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда тил юганчасини узайтиришни бир нечта усуллари бор. Операция мактабгача ёшдаги болаларда умумий, катта болаларда маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади юганчасини.

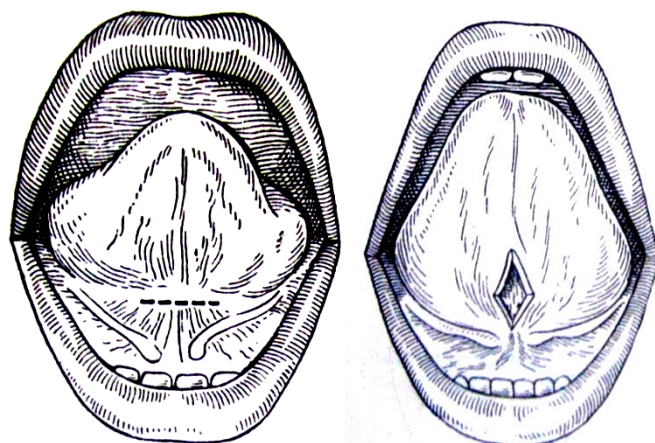
Тил узайтириш операцияси босқичлари:

Оғриқсизлантиришдан сўнг тилнинг олдинги $\frac{1}{3}$ қисмидан кўндаланг чок ўтказилади, ип учлари қисқич билан сиқилади. Ип учларини тортиб, тил юқорига кўтарилади. Юганча таранглашган ҳолатга келтирилади.

А. Сўлак сўрғичларидан юқорирокда юганча қайчи билан кўндаланг кесилади. Ромб шаклидаги операцион жароҳат юзага келади.

Б. Операцион жароҳат вертикал ва горизонтал йўналишларда тумтоқ асбоб билан (москит қисқичи ёрдамида) кенгайтирилади.

В. Юганчани ҳосил қилган шиллик парда кесиб ташланади. Яра четлари бўшатилиб, шиллик пардага вертикал йўналишда сўрилиб кетувчи иплар (викрил, кетгут) дан чоклар қўйилади.



Расм: Тилнинг калта юганчасини кўндаланг кесиш (Дешом 1935)

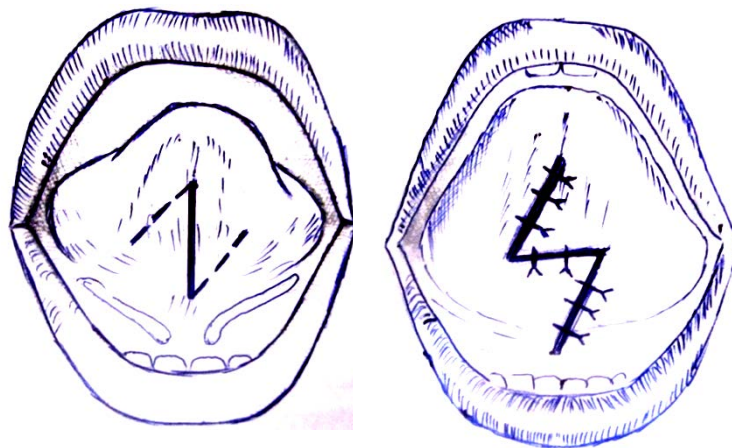
2. Лимберг усули:

А. 0,5% лидокаин ёки новокаин билан маҳаллий инфилтрацион оғриқсизлантириш ўтказилади. Тилнинг олдинги $\frac{1}{3}$ қисмидан ип ўтказилиб, қисқич билан сиқиб олинади.

Б. Ассистент тилни юқорига кўтариб бироз ағдарилган ҳолатда ушлаб туради.

В. Юганча қирраси бўйлаб кесма ўтказилади.

Г. Кесма четларидан икки томонга $45^\circ \times 45^\circ$ ёки $60^\circ \times 60^\circ$ бурчак остида томонлари (юганчада ўтказилган кесмага) тенг учбурчак ҳосил қилиб кесма ўтказилади. Учбурчакли лахтаклар ажратилиб, ўрни ўзаро алмаштирилиб, кетгут ёки бошқа сўрилувчи чоклар қўйилади.



Расм. Лимберг усули бўйича тил юганчасини узайтириш чизмаси

Операциядан сўнг кузатилиши мумкин бўлган асоратлар: тил ва оғиз тубида реактив шиш пайдо бўлиши мумкин. Бу асорат бемор ҳаёти учун хавфлидир. Операциядан, бола бир сутка давомида кундузги стационар ёки жарроҳлик стоматология бўлимида врач назоратида бўлиши керак. Десенсибилизацияловчи, яллиғланишга қарши (калций глюконат, тавегил, супрастин ёки бошқа) препаратлар тайинланади. Эҳтиётловчи парҳез таомлар ва оғизни антисептиклар эритмалари билан чайиб туриш тавсия этилади 3-4 кун давомида гапириш чегараланади..

Юқори лаб юганчасининг калталиги

Юганчанинг бир (устки) қисми юқори лаб шиллиқ пардасига кенг асосда туташган бўлиб, қизил ҳошия чегарасигача давом этиши мумкин, иккинчи

(пастки) қисми кенг асосда юқори жағ альвеоляр ўсиғининг қиррасига, айрим ҳолларда марказий кесув тишлар орасидан ўтиб, кесув тешиги сўрғичига ёпишади.

Юқори лаб юганчасининг калталиги диастемага ҳар доим ҳамроҳлик қилади. Ортопедик ва ортодонтик аппаратларни тақиш вақтида қийинчилик туғдиради, локал пародонтит юзага келишига сабаб бўлади.

Юқори лаб юганчасини узайтириш операцияси поликлиникада маҳаллий ёки стационар шароитида умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади.

Операция босқичлари.

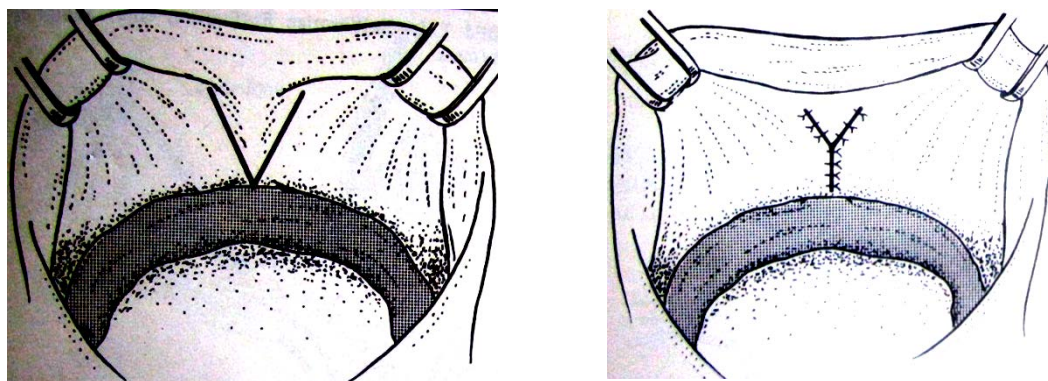
Юганча атрофи ва асосида V шаклида суяккача кесма ўтказилади. (Расм).

Ўтмас йўл билан альвеоляр ўсиқ суяги яланғочланади, альвеоляр ўсиқни сагиттал чоки бўйича бўртган суяги экскаватор, қошиқча ёки бор ёрдамида сайқалланади, зарур бўлса суякдаги чок орасига ишлов бор билан берилади.

Операцион жароҳат четлари суякдан ажратилиб, бўшатилади.

Сурилиб кетувчи иплардан чоклар қўйилади.

Бурманинг ортиқча қисми кесиб ташланади. Операциядан кейинги кунларда оғиз бўшлиғи гигиенасини сақлаш борасида тавсиялар берилади.



Расм.

Лимберг усули:

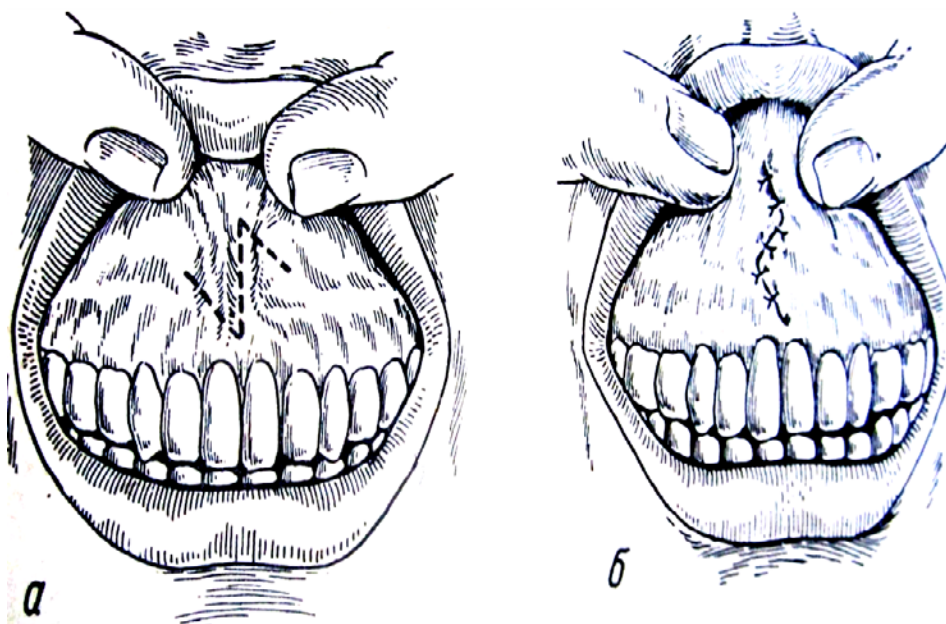
Оғриксизлантириш остида ассистент юқори лабни кўтариб, ҳамда бироз ағдариб ушлаб туради.

Юганча бўйлаб вертикал кесма ўтказилади.

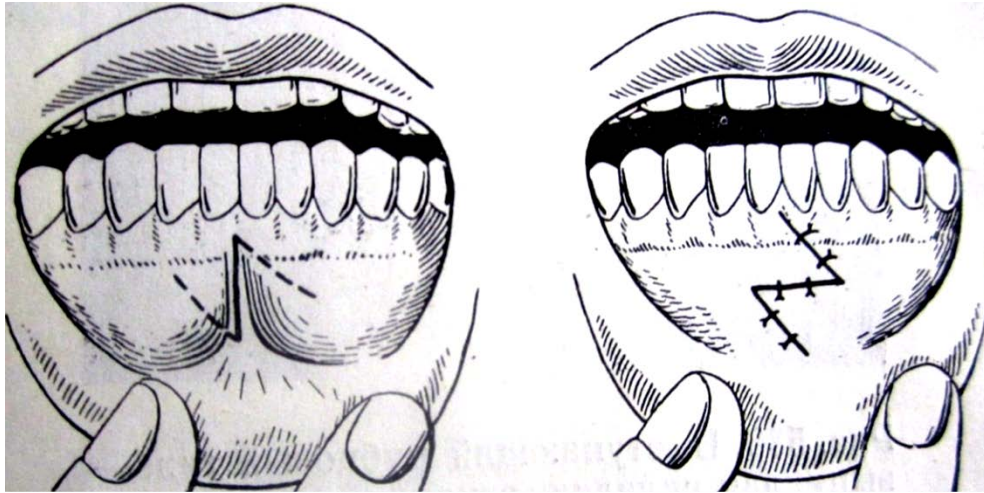
Кесма учларидан бир-бирига нисбатан қарама-қарши йўналишда $45^\circ \times 45^\circ$ ёки бурчак $60^\circ \times 60^\circ$ остида кесмалар ўтказилади.

Учбурчак лахтақлар бўшатилиб, ўрни ўзаро алмаштирилиб чоклар қўйилади.

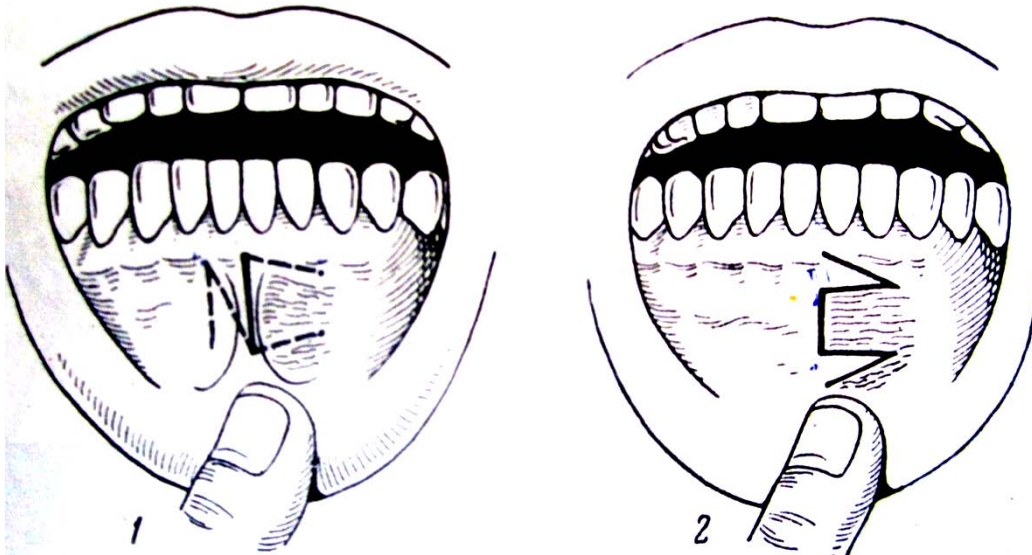
Пастки лабнинг калта юганчасининг А.А. Лимберг усулларидадан фойдаланиб бартараф этиш мумкин.



Расм. Учбурчак лахтақлар жойини алмаштириб юқори лабниг юганчасини узайтириш.



Расм. Учбурчак лахтақлар жойини алмаштириб пастки лабниг юганчасини узайтириш.

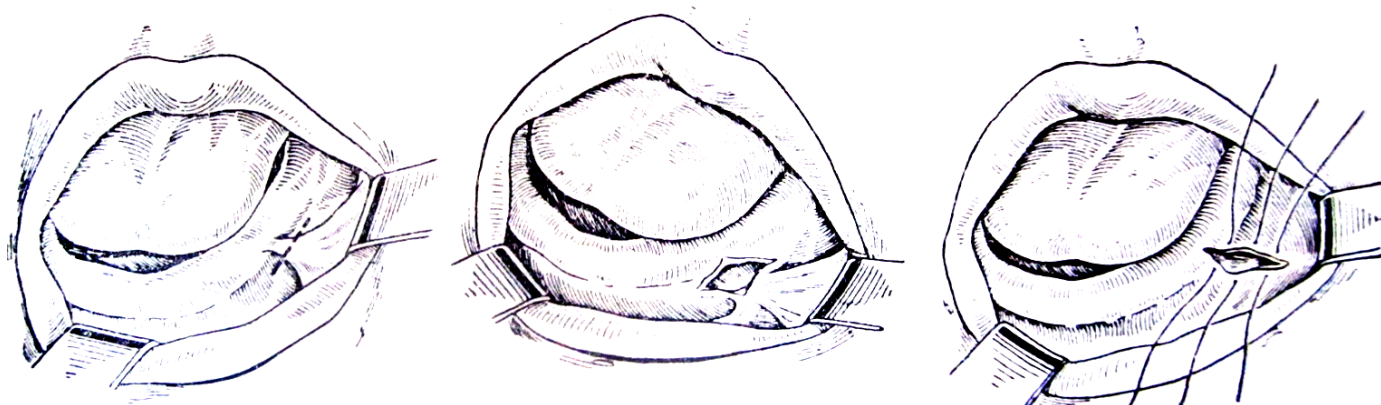


Расм. Икки учбурчак ва трапеция шаклидаги лахтақлар жойини алмаштириб пастки лабниг юганчасини узайтириш.

Операция босқичлари. Юганча қиррасидан вертикал кесма ўтказилиб бир томонда трапеция шаклида, иккинчи томондан иккита учбурчак шаклга эга лахтақлар бичиб олинган. Учбурчак лахтақлар трапеция шаклидаги лахтақ устки ва остки соҳаларга тикилган. Юганча узайтирилиши билан бирга оғиз даҳлизи ҳам чуқурлаштирилган.

Болалар оғиз даҳлизида альвеоляр ўсиқдан лунжга йўналган тортмалар ҳам учрайди. Бундай тузилмалар оғиз даҳлизини саёзлаштиради. Уларни баргараф қилиш тортмалар кўндаланг йўналишда кесилгандан сўнг, ромб шаклида

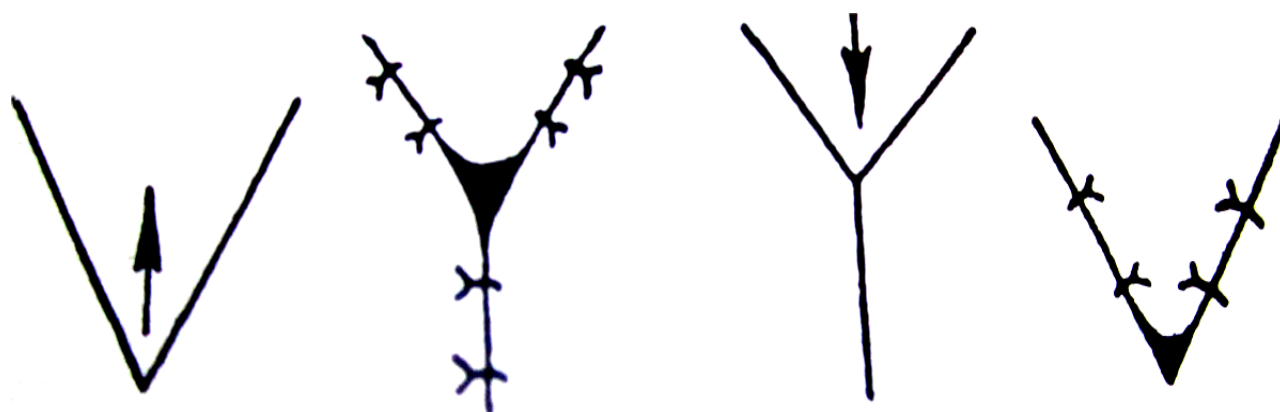
операцион жароҳат ҳосил бўлади. Кесма четларидаги шиллик парда остидаги тўқималардан бўшатилиб, чоклар қўйилади.



Расм. Оғиз даҳлизи тортмасини кўндаланг кесма ёрдамида бартараф этиш.

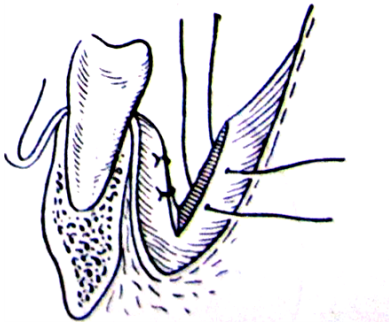
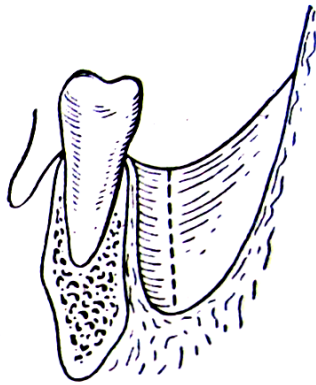
(Дешом 1935)

Оғиз даҳлизида учрайдиган тортмаларни бартараф қилиш учун “V” ёки “Y” ҳарфсимон шаклдаги кесмалардан фойдаланилади.



Расм. Тўқималарни Диффенбах усули V ёки Y шаклида кесиб узайтириш.

а



Оғиз даҳлизида учрайдиган тортмалар ўтув бурмаси саёз бўлишига сабаб бўлади. Саёз ўтув бурмасини чуқурлаштириш мақсадида, тортма (соғлом соҳа сатҳига қадар) кўндаланг кесилади. Оғиз шиллик парда қавати ўтув бурмаси, жағ суяги танасининг альвеоляр ўсикқа ўтиш соҳасига бирикади. Расм “а” Кесма четлари ажратилиб, лунж ён (латерал) томонга тортилганда, ромб шаклидаги яра ҳосил бўлади. Ўтказилган кесмага нисбатан диагонал йўналишда чоклар қўйилгандан сўнг, (Расм б) ўтув бурмаси (даҳлиз туби) чуқурлашиб, тортма баргараф этилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Туғма аномалия деганда нимани тушунасиз?
2. Шакл бузилиши деганда нимани тушунасиз?
3. Юз-жағ тизимида учрайдиган мажруҳлик шакллари изохлаб беринг.
4. Тери ривожланиши аномалиялари (эктодермал дисплазия)да учрайдиган бузилишлар.
5. Мактаб ёшидаги болаларда гипотериоз қандай белгилар билан намоён бўлади.

6. Хондродистрофия касаллигида суякларда қандай ўзгаришлар кузатилади?
7. Суякларнинг метафизар дисплазияси қандай касаллик?
8. Юз ва жағлар туғма дизостозларининг белгилари қандай?
9. Мармар касаллигида суяклар ва тишларда қандай ўзгаришлар юз беради?
10. Пьер Робин синдроми белгилари қандай?
11. Ван-дер-Вуд синдромининг клиник белгиларини айтиб беринг.
12. Гемифасциал микросомияга хос белгиларни айтиб беринг?
13. Макростомия оғизнинг катталиги қандай касаллик?
14. Юз калабомаларида қайси тўқималар бирикмайди?
15. Тил юганчаси калталигининг белгиларини санаб ўтинг.
16. Хорошилкина таснифи бўйича, тил юганчасини 1чи тоифадаги калталигининг белгилари қандай?
17. Хорошилкина бўйича, тил юганчаси 2 чи тоифадаги калталиги белгилари қандай?
18. Хорошилкина бўйича, тил юганчаси 3 чи тоифадаги калталиги белгилари қандай?
19. Хорошилкина бўйича, тил юганчаси 4 чи тоифадаги калталиги белгилари қандай?
20. Хорошилкина бўйича, тил юганчаси 5 чи тоифадаги калтали белгилари қандай?
21. Тилнинг калта юганчасини жарроҳлик усули билан даволашга кўрсатмалар.
22. Чақалоқлар ва эмизикли гўдакларда тилнинг калта юганчасини (кесиш) узайтириш операциясининг босқичлари?
23. Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда тилнинг калта юганчасини узайтириш усуллари?
24. Лимберг усули бўйича тил ва юқори лабнинг калта юганчаларини узайтириш операциялари босқичлари.

ЮҚОРИ ЛАБНИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ

Юз–жағ соҳаси туғма нуқсонларини ўрганишдан аввал оғиз бўшлиғи ва атроф аъзолар анатомик тузилиши такрорлаш фойдадан холи эмас.

Оғиз бўшлиғи—*cavitas oris* нафақат хазм аъзолари системасининг бошланиши, у бизни бир биримиз билан мулоқот қилишимиз, нутқимиз учун зарур аъзо. Оғиз ҳалқумга давом этиб, оғиз–ҳалқум нафас олиш тизимининг таркибий қисмидир.

Оғиз бўшлиғини ташқаридан чегаралаб турувчи лаблар чирой бағишлабгина қолмай, овқат қилиш, луқмани ва сўлакни оғизда ушаб туриш ҳамда энг муҳими сўзларни тушинарли талаффуз қилиш учун зарур. Инсон ҳаёти учун бу аъзолар ҳаммаси анатомик жиҳатдан бўлиб, бут ўз фаолиятини тўлиқ бажара олиши керак. Аммо ҳар–хил эгзоген ва эндоген омиллар таъсири туфайли юз–жағ тизимида туғма нуқсонлар юзага келади.

Лаблар анатомияси. Юқори лаб – *labium superius* ва пастки лаб – *labium inferius* деб аталади. Уларнинг икки томонда бир-бирига ўтиш жойи, лаблар бирикмаси – *comissura labiorum* деб аталади.

Оғизнинг кириш ёки даҳлизи қисми – *vestibulum oris*, юқори ва пастки лаблар ўртасидаги ёриқ – *rima oris* оғиз кириш тешиги деб номланади. Оғизга кириш тешигининг икки (чав ва ўнг) томондаги бурчаклари – *angulus oris (dextra et sinistra)* деб юритилади.

Юқори ва пастки лаблар асосини, оғиз тешигини атрофини ўраб турувчи *m.orbicularis oris* оғизнинг айлана мушаги ҳосил қилади. Устки қисмини юз териси, оғиз бўшлиғи томондан лунжларнинг шиллиқ қавати қоплайди. Лабларнинг тери қисми билан шиллиқ қавати орасидаги юпқа мугуз қават билан қопланган соҳа **оралиқ қисми** ёки **қизил ҳошия** деб аталади. Чунки унинг остидаги мускуллар лабга қизғиш ранг бериб туради. Лабларнинг бу қисмида шиллиқ безлари бўлмай, фақат ёғ безлари жойлашган.

Янги туғилган болаларда юқори лаб нисбатан қалин, пастки лабдан олдинга бироз туртиб туради. Лаблар шиллиқ қаватида бўртмалар бўлиб, эмиш

вақтида улар кўкрак беги сўрғичини ушлаб туришга ёрдам беради. Лабларнинг мушаклари яхши тараққий этган бўлиб, бўлар ҳам эмишни осонлаштиради.

Шундай қилиб, лаблар уч қисм – тери қисми – *pars cutaneus*; шиллик қисми – *pars mucosa* ва оралиқ қисм – *pars intermedia* дан иборат.

Лабларнинг шиллик қавати алвеоляр ўсикнинг, марказий қисмида лаб юганчалари – *frenulum labii superioris* ва *frenulum labii inferioris* деб аталадиган бурмалар ҳосил қилади. Юқори лаб юганчаси бирмунча яхши ривожланган.

Юқори лабнинг (тери қисми) марказида юқоридан пастга томон тик йўналган кенг эгатча бўлиб, у *philtrum* деб аталади. Бу эгатча мимик мускулларнинг ривожланишига боғлиқ ҳолда чуқур ёки юза бўлиши мумкин.

Терининг қизил ҳошияга ўтиш қисми Кўпидон камони шаклини эслатганлиги сабабли Кўпидон чизиғи деб юритилади. Унинг эгатча қисмида уч нуқта фарқланади. Марказий нуқта – эгатчанинг (асоси) ўртасида ва икки ён нуқталар-эгатча устунлари камон чизиғи билан туташган соҳаларда жойлашган. Марказий нуқта– энг пастки, ён нуқталар лабнинг юқори нуқталари ҳисобланади.

Ўғил болаларда балоғатга етган даврдан бошлаб юқори лабнинг терисида мўйлов – *mustax*, пастки лаб териси, энгак ва қисман бўйин терисида соқол – *rupus s. barba* ўса бошлайди. Юқори лаб ўрта қисмида бироз кўтарилган дўмбоқча – *tuberculum labii superioris* мавжуд.

Юқори ва пастки лабларни оғизнинг айлана мушаги ҳосил қилади. Бу мушакларга юзнинг қатор мушаклари бирикади ва лабларни ҳаракатга келтиради

Юзнинг мимик мушаклари: Мимика мускулларининг бошқа мускуллардан фарқи шундаки, улар тери остида жуда юза жойлашган. Анатомик препаратка эҳтиёткорлик билан бажарилмаса, мимик мускулларни теридан ажратиш вақтида кесиб юбориш мумкин. Чунки мимика мускуллари бошқа мускуллар сингари суякка бирикмай, суякдан бошланиб терига ёки теридан бошланиб терига бирикади. Шунинг учун ҳам қисқарган вақтда, терини ҳаракатга келтиради. Юзнинг мимика мускуллари оғиз, бурун, кўз ва қулоқ атрофини ҳалқа шаклида ўраб, айлана мускулларни ҳосил қилади. Кўз, оғиз ва бурун тешиклари атрофидаги айлана мускуллар, мазкур тешикларнинг торайиши ва кенгайишини

таъминлайди. Шунингдек, кўз, оғиз, бурун атрофидаги мускуллар қисқарганда, мазкур тешикларни турлича шаклларга келтириб, юзнинг қиёфасини, унинг симметриясини ўзгартиради ва инсоннинг кайфияти ҳамда ҳис-ҳаяжонларини, яъни рухий-эмоционал ҳолатини акс эттиради.

Такаббурлар мускули (m.proccerus)- пешона суягининг spina nasalisдан бошланиб, glabella терисига ёпишади. У икки қош орасида вертикал ёки кўндаланг чизик (ажин)лар ҳосил қилади.

Кўзнинг айлана мускули (m.orbicularis oculi). Бу мускул 3 қисмдан иборат; У кўз косасининг теварак атрофидан, қовоқлардан, кўз ёш суягининг орқа қиррасидан бошланиб, мускулнинг ҳар учала қисми ҳам кўз ёриғининг латерал четига, юқори ва пастки қовоқларнинг ўзаро туташган қисмига ёпишади. У қисқарганда кўз (қовоқлар) юмилади.

Қошни чимирувчи мускул (m.corrugator supercilli). Бу мускул икки қошнинг ўртасида кўндаланг равишда жойлашган бўлиб, қисқарган вақтда қошларни бир-бирига яқинлаштиради. Шунинг учун қошлар орасида вертикал чизик(ажин)лар ҳосил қилади.

Юқори лабни кўтарувчи мускул (m. Levator labii superioris)- Ёноқ суяги юқори жағ суягининг пешона ўсиғи, кўз косасининг пастки қирғоғидан бошланиб, бурун канотларига, лаб ва лунж терисига ёпишади. Бу мушак юқори лабни тепага кўтаради

Ёноқнинг катта ва кичик мускули (m. Zygomaticus major et minor)- ёноқ суяги, чакка суягининг ёноқ ўсиғидан бошланиб, оғиз бурчагининг териси (юқори томондан) ва лунжнинг шиллиқ қаватига ёпишади. Бу мускуллар хийла бақувват бўлиб, толалари юқоридан паст томонга йўналган. Бу мускуллар оғиз бурчагини юқорига ва ён томонга тортади, натижада юз табассум қилади, шунинг учун ҳам бу мускулни кулги мускуллари қаторига қўшиш мумкин.

Кулги мускули (m. risorius)-fascia parotidea et massaterica дан бошланиб, оғиз бурчагига ёпишади. Бу мускул кўндаланг, заиф тутамлардан иборат (баъзан бўлмайди). Баъзи одамларда лунж терисига бирикканлиги сабабли, кулганда, лунжда чуқурча ҳосил қилади. У оғиз бурчагини латерал томонга тортади.

Оғиз бурчагини пастга тортувчи мускул (*m. depressor anguli oris*)- пастки жағ суягининг пастки кирғоғи (*tuberculum mentale*) дан бошланиб, оғиз бурчагининг паст томонига ёпишади. Бу мускул учбурчак шаклга эга бўлиб, учбурчакнинг асоси оғиз бурчакларига йўналган. У оғиз бурчагини пастга тортади.

Пастки лабни пастга тортувчи мускул (*m. depressor anguli oris*)- пастки жағнинг кирғоқлари (*m. platizma* ёпишадиган соҳаси)дан бошланиб, пастки лаб терисига ёпишади. Бевосита пастки жағ суягининг устида ётади, мускул толалари пастдан юқорига йўналган. У пастки лабни пастга ва бироз латерал томонга тортади.

Оғиз бурчагини кўтарувчи мускул (*m. Levator anguli oris*)ёнок суягини пастки қиррасидандан бошланиб, оғиз бурчагининг юқори томонига ёпишади. Тўртбурчак шаклига эга бўлиб, катта ва кичик ёнок мускуллари остида ётади, мускул тутамлари юқоридан пастга йўналган бўлиб, бир қисми оғизнинг айлана мускулига туташиб кетади. Бу мускул оғиз бурчагини юқорига тортади.

Энгак мускули (*m. mentalis*)-пастки кесувчи тишлар соҳасида *juga alveolaria* дан бошланиб, энгак терисига ёпишади. Бу бир мунча кучли ривожланган мускул бўлиб, пастки лаб тўртбурчак мускулининг остида ётади. У энгак терисини кўтаради, пастки лаб танасини юқорига кўтаришда иштирок этади.

Лунж мускули (*m. buccinator*)- *crista –buccinatoria mandibule* ва понасимон суякнинг илмоғи билан пастки жағ суягининг *limbus alveolaris* орасидан тортилган фиброз парда (*raphe pterygomandibularis*) дан бошланиб, оғиз бурчаги яқинидаги шиллик қаватга: юқори ва пастки лабга, оғиз айлана мускулининг чуқур тутамларига ёпишади.

Лунж мускули бевосита шиллик қават остида ётади. Юқорида, озик тишлар соҳасида бу мускулни қулок олди сўлак безининг сўлак чиқариш йўли тешиб ўтади. Бу мускулнинг ташқи юзаси *Fasci buccopharyngea* билан қопланган бўлиб, фасциянинг устида ёғ тўқимаси (*corpus adiposum*) бор. Ёғ тўқимаси *m. masseter* билан *m. buccinator* орасидаги бўшлиқни тўлдиради.

Лунж мускули оғиз бурчагини оркага тортади, лунж ва лабларни тишларга ва милкларга яқинлаштиради. Оғиз дахлизидаги ҳавони ташқарига (пушфлаш) чиқаришда қатнашади. Карнай ва сурнай чалишда фаол иштирок этади. Шунинг учун бу мускул «карнайчилар мускули» деб ҳам аталади.

Оғизнинг айлана мускули (*m. orbicularis oris*)-юқори ва пастки лаблар чети (оғиз бурчаклари)дан бошланиб, унинг чап ва ўнг бўлаклари лабнинг ўрта чизиғида тутшиб, бир-бирига қўшилиб кетади. Бу мускул, оғиз тешигининг атрофида, юқори ва пастки лабларнинг таркиби (лаб териси билан шиллиқ қават ораси)да ясси ҳалқа кўринишда жойлашган. Оғиз айлана мускулининг баъзи тутамлари учбурчак, ёноқ ва лунж мускуллари тутамларининг давоми ҳисобланади. У оғизни юмишга хизмат килади.

Бурун мускули (*m. nasalis*)- юқори жағ суягининг латерал юзаси, юқориги альвеоляр ўсиғи курак тиш соҳасидан бошланиб, бурун қанотларига ёпишади. Бу мускул бурун қанотларини яқинлаштиради.

Мимика мускулларининг *n. facialis* иннервация ва *a. facialis* тармоқлари қон билан таъминлайди.

Юқори лабнинг туғма нуқсони туфайли юзага келадиган анатомик ўзгаришлар

Кемтик одатда, Кўпидон ёйи ён нуқтасини иккига ажратиб, филтрумнинг шу томон устунни бўйлаб бурун тешиги асосига йўналади. Кўпидон ёйи ён нуқтасининг ярми лабнинг кичик (латерал), иккинчи ярми катта бўлакда жойлашади. Лабнинг катта бўлаги олд томонга чиққан, кичик бўлаги осилиб ичкарига чўккан ҳолатда бўлади. Катта бўлакдаги айлана мушак толалари кемтик чети бўйлаб юқорига йўналади ва колумелла асоси билан бурун қаноти тоғайининг медиал оёчасига бирикади.

Кичик бўлакдаги айлана мушак толалари кемтик четидан юқорига йўналиб, шакли бузилган бурун қанотининг асосига бирикади.

Юқори лабнинг бир томонлама тўлиқ туғма нуқсонидо одатда айлана мушак толалари филтрумга ўсиб қирмайди. Агарда кемтик юқори лабнинг 2/3

қисми ёки ярмигача давом этган бўлса, айлана мушакнинг сийраклашган толалари филтрумда елпиғичдай ёйилиб жойлашади.

Кемтик икки томонлама бўлганида, айлана мушак бўлиниб, фақат ён бўлаклардагина сақланиб қолади. Ўртадаги бўлак (филтрум)да мушак қават бўлмайди. Оғиз айлана мушагининг узлуксизлиги бузилганида, унга бириккан қатор мимик мушакларнинг тортиш (қисқариш) вектори ҳам ўзгаради.

Юқори лаб туғма нуқсонларининг таснифи

Юқори лаб ва танглайнинг кемтиклари ҳар-хил даража ва шаклларда ифодаланган бўлиши мумкин. Уларни аниқ ва тўлиқ ақс эттириш учун бир неча таснифлар таклиф қилинган.

А.А.Колесовнинг “Стоматология детского возраста” дарслигида, клиник анатомик ўзгаришларга асосланиб тузилган ва МДМСУда қабул қилинган содда тасниф келтирилган.

Ушбу таснифда юқори лаб туғма кемтиклари уч тоифага ажратилган:

Юқори лабнинг яширин туғма кемтиги (бир ёки икки томонлама).

Юқори лабнинг тўлиқ бўлмаган туғма кемтиги

А) бурун тери-тоғай қисмининг шакли (бир ёки икки томонлама) ўзгармаган

Б) бурун тери-тоғай қисмининг шакли (бир ёки икки томонлама) ўзгарган

Юқори лабнинг (бир ёки икки томонлама) тўлиқ туғма кемтиги

ТТА болалар стоматологияси кафедрасида Л.Е.Фролова (1973) клиник – анатомик таснифи қабул қилинган.

Л.Е. Фролова (1973) юқори лабнинг уч анатомик қисми (юқори лабнинг қизил ҳошия қисми, лабнинг тери қисми, лаб ва бурун дахлизи)ни эътиборга олиб, кемтикларни уч даражага бўлади. Нуқсон катталашган сайин даражаси ортиб боради. Ҳар бир даража ўз навбатида икки ним даражага бўлинади.

Ia – Юқори лаб қизил ҳошиясининг яширин туғма кемтиги

Iб - Юқори лаб қизил ҳошиясининг туғма кемтиги

IIa - Юқори лаб қизил ҳошияси ва терисининг 1/3 қисмигача давом этган туғма кемтиги

IIб - Юқори лаб қизил ҳошияси ва терисининг 1/3 қисмигача давом этган туғма кемтиги

IIIa – Юқори лабнинг бурун тубигача давом этган туғма кемтиги

IIIб – Юқори лаб, бурун туби ва альвеоляр ўсиқнинг туғма кемтиги

Клиник манзараси. Юқори лаб туғма кемтикларининг клиник манзараси анатомик ва функционал ўзгаришлар даражасига боғлиқ. Анатомик ва функционал ўзгаришлар даражасидан қатъий назар, юқори лаб туғма кемтикларига хос уч белги доим мавжуд бўлади:

Оғиз айлана мушаги бутунлигининг ҳар хил даражада бузилиши;

Кемтик мавжуд томонда лаб баландлигининг қисқариши;

Бурун қаноти шаклининг ҳар хил даражада бузилиши.

Юқори лаб қизил ҳошияси “яширин” (Ia) туғма кемтигида, шу соҳа оғиз айлана мушаги қатлами яхши ривожланмаган бўлб, тери ва шиллиқ парданинг яхлитлиги эса сақланган бўлади. Юқори лабнинг (Iб IIa IIб) даражадаги туғма кемтигида, оғиз айлана мушагининг пастки қисми бирикмаганлиги туфайли кемтик юзага келган бўлади. Кемтикнинг устидаги тери ва шиллиқ парда, кемтик чўққисига тортилиб қолади. Бурун асосида сақланиб қолган оғиз айлана мушагининг толалари, устидаги тери билан бирга **энсиз белбоғ** сифатида лаб бўлақларини бирлаштириб туради.

Юқори лабнинг III а даражадаги туғма кемтиги, бурун дахлизигача давом этиб, оғиз айлана мушаги (тўлиқ) ажралган ҳолатда бўлади. Юқори лабни III б даражадаги кемтигида, оғиз айлана мушаги (тўлиқ) ажралган ва альвеоляр ўсиқ ҳам турли даражада бирикмай қолган бўлади. Кемтик четлари юқорига, бурун туби томон тортилиб қолади.

Юқори лабнинг икки томонлама туғма кемтикларида лаб уч - икки ён ва марказий (ўрта) бўлақларга ажралади. Кемтик иккала томонда бир хил (симметрик) ёки ҳар хил (асимметрик) даражаларда ифодаланган бўлиши мумкин. Кемтик симметрик бўлса, масалан иккала томонда ҳам II б даражада бўлса, юқори

лабнинг икки томонлама II б даражали туғма нуқсони деб ташхис қўйилади. Агар, нуқсон чап томонда бурун дахлизига давом этган, ўнг томонда эса, лабнинг 1/3 қисмида бўлса, ташхисда ҳар томондаги нуқсон даражаси алоҳида қайд қилинади. Масалан: ташхис, “Юқори лабнинг, ўнг томонлама II а ва чап томонлама III а даражадаги туғма нуқсони” деб қўйилади.

Юқори лаб кемтиклари туфайли юзага келувчи функционал ўзгаришлар

Соғлом чақалоқнинг лаблари, сўрғични маҳкам тўтиб, тил ва танглай мушаклари ҳаракатлари ёрдами билан таъсирида оғиз бўшлиғида вакуум ҳосил қилиб, кўкракдаги сутнинг оғиз бўшлиғига чиқишини таъминлайди.

Юқори лаб туғма нуқсонининг ўлчами (даражаси) катталашиб бориши билан оғиз бўшлиғининг герметиклигини таъминлаш ва вакуум ҳосил қилиш қийинлашиб боради, шу сабабли бола сутни сўриб ололмайди. Юқори лабнинг бир томонлама Ia, IIб, IIа даражадаги туғма нуқсонларида кўкрак тўғри (кўкрак сўрғичи кемтик соҳасига) тутилса бола сутни сўра олади; II б, III а даражадаги нуқсонларда, она бир қўлининг бармоқлари билан лаб бўлакларини яқинлаштирган ҳолда кўкракка босиб ушлаб турса, вакуум ҳосил қилинади, натижада алвеоляр ўсиқ ёрдамида сутни сўриб олиш имконияти пайдо бўлади.

Юқори лабнинг III б даражадаги нуқсониди, чақалоқ кўкрак сўрғичини сиқиб тўтиб тура олмайди ва эмиш имкониятидан маҳрум бўлади.

Иккинчи функционал ўзгариш-нафас олишнинг бузилиши - юқори лабнинг III а, III б даражадаги нуқсонларида намоён бўлади. Бола оғзини тўлиқ юма олмайди. Шу сабабли қисман бурун ва асосан оғиз орқали нафас олади.

Юқори лабнинг нуқсони боланинг гўдаклик даврида бартараф қилинмаса, гапира бошлаган вақтда лаблар иштирокида ҳосил бўладиган товушларни тўғри талаффуз қила олмайди. Натижада дикция ва нутқ камчиликлари юзага келади.

Юқори лаб туғма нуқсонларини даволаш муддатлари

Лабида нуқсон билан туғилган болани биринчи бор кўрган она ва ота чуқур қайғуга ботадилар. Уларни биринчи навбатда, бу нуқсонни қачон бартараф қилиш мумкин. Деган савол ташвишга солади. Табиийки, она туғруқхонадан боласини нуқсонсиз олиб чиқишни истайди, чунки чақалоқни кўриш истагида бўлган кўплаб қариндошлар кутадилар. Шу сабабли чақалоқни эрта операция қилиш истаги қадимдан бўлган, аммо оғриқсизлантириш масаласининг ечилмаганлиги, операциялардан сўнгги парваришнинг яхши таъминланмаслиги кўп асоратларга олиб келган ва операцияни эрта ўтказишдан воз кечишга асос бўлган.

Анестезиология ва реаниматологиянинг ривожланиши, даволаш усуллари ва таъминлаши билан чақалоқларда операциялар ўтказиш имкониятини яратди. Илк бор, чақалоқларда юқори лаб нуқсонларини бартараф қилиш (хейлопластика) операциясини ўтказишни собиқ совет иттифоқида, 1956-йил Тошкент Давлат Медицина институти доценти Л.Е. Фролова таклиф қилди. Л. Е. Фролова чақалоқларда хейлопластика операциясини Л.М.Обухова (1952й) ва Л.М. Обухова-Фролова усули бўйича туғруқхонада 1-3 ёки 11-14 кунлар орасида ўтказишни йўлга қўйди. 4-11 кунларда чақалоқ организмда кечадиган физиологик ўзгаришлар (янги қон айланиш типига ўтиш, нафас олиш, овқатланиш ва ҳақозалар) га мослашиш жараёни кечади. Шу даврда физиологик сариклик юзага келади, қон ивиш жараёни узаяди. Иккинчи ҳафта охирида, чақалоқ ўз вазнини тиклайди ва операцион жароҳат ва умумий оғриқсизлантирувчи восита таъсирига адекват реакцияга мойил бўлади.

Чақалоқда операцияни ўтказишга қарши кўрсатмалар: туғруқ йўлларида олинган жароҳат; асфикция ҳолатида туғилиш, юз соҳасида яллиғланиш аломатлари бўлиши; ноадекват неврологик статус.

Чақалоқда ўтказилган хейлопластика оғиз айлана мушагининг яхлитлигини тиклаб, анатомик нуқсонни бартараф қилади. Овқатланиш ва нафас олишни яхшилайдди. Ота-онанинг рухий танглик ҳолатига барҳам беради. Бирок,

чақалоқликда ўтказилган хейлопластика, кейинчалик қайта коррекцияловчи операцияларни талаб этади.

Кузатувлар ва изланишлар натижаларидан маълумки, 14-18 кунлар ва 2-3 ойлар орасида ўтказилган операциялардан сўнг, асоратлар кўп учрайди. Шу сабабли операцияни 3 ойдан сўнг ихтисослашган бўлимларда ўтказилиши ва бу масала ҳар бир болага нисбатан индивидуал равишда ҳал қилиниши мақсадга мувофиқдир. Гўдак онасини яхши эмаётган бўлса, эрта операция қилиш мақсадида кўкракдан ажратиш маъқул эмас. Хелолпастика учун оптимал муддат кўпчилик мутахассислар томонидан 6 ойдан кейинги давр деб эътироф этилади. Юқори лаб кемтиги икки томонлама бўлганда, хейлопластика дастлаб нуқсоннинг ўлчами кенг томонда, 2-3 ойдан сўнг иккинчи (кичик) томонда ўтказилади.

Юқори лаб туғма нуқсонларини жарроҳлик усуллари билан даволаш

Юқори лабнинг бир томонлама туғма нуқсонларини жарроҳлик йўли билан даволаш (бартараф этиш) усуллари

Юқори лабнинг анатомик шаклини ва фаолиятини тиклаш учун жарроҳ учта вазифани бажариши керак:

Айлана мушак толаларини бирлаштириб, кемтикни бартараф этиши;

Кемтик томонда қисқарган юқори лабни узайтириши;

Бурун шаклини тиклаши.

Ҳозирга қадар, ишлаб чиқилган талай жарроҳлик усулларининг аксарияти тарихий аҳамиятга эга. Амалиётда ишлатилиб келинаётган усуллар, терида ўтказиладиган кесмалар шаклига кўра, уч шартли гуруҳларга бўлинган: “чизиқли”, “учбурчакли”, “тўртбурчакли”.

Биринчи гуруҳга Евдокимов, Лимберг, Миллард усуллари киритилиб “чизиқли” усуллар деб аталади. Бу (чизиқли) усуллар бир биридан, лабнинг тўлиқ кемтикларидан бурун тешиклари асосига шакл бериш услуги билан фарқланади.

Юқори лаб бир томонлама туғма кемтигининг Евдокимов А.И. (1950)

усули бўйича хейлопластикаси

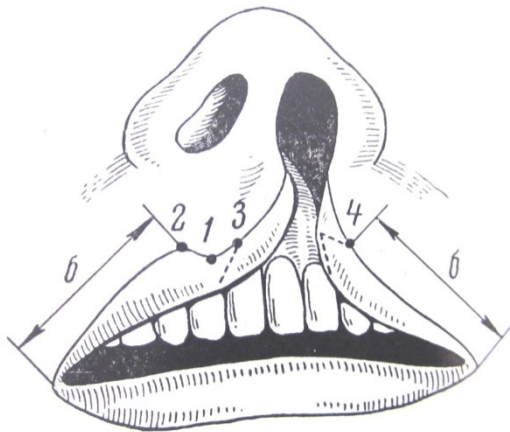
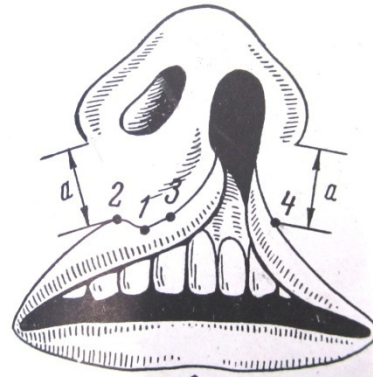
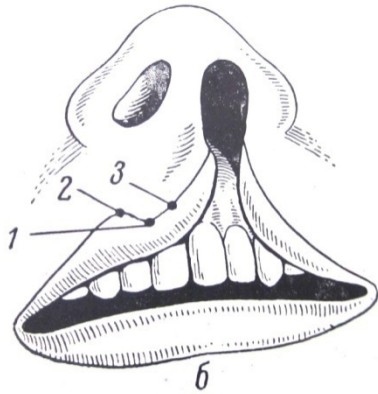
Юқори лаб катта бўлагининг кемтик чўққисидан горизонтал қисмигача ҳамма қатламлари (шиллик парда, мушак), кесилиб лахтак ҳосил қилинади. Кичик бўлакда (чизмада кўрсатилганидек) иккита: юқори (кичик) бурун қаноти асосида ва пастки (катта)- пастки лаб қизил ҳошиясида лахтақлар кесилади. Бўлақлар бир бирига таранг тортилмай яқин келиши учун, ўтув бурмасида кесмалар ўтказилиб, лаб бўлақлари юқори жағнинг олд юзаси ва ноксимон тешиқ қиррасидан ажратилади. Кичик лахтак, бурун тўсиғи ёни терисида ҳосил қилинган ярага тортиб тикилади ва бурун тешиғи шакллантирилади.

Лаб кемтиги четларидан бичиб олинган лахтақлар устма уст қўйилиб, ортиқча қисми кесиб ташланади. Қаватма-қават (шиллик парда, мушак, тери) чоклар қўйилади.

Евдокимов А.И. таклиф қилган усул бўйича кесмалар фақат кемтик четида ўтказилиб, лаб терисида сезиларли чандиқлар қолдирмайди, камчилиги лаб калталигича қолиб, юқорига сезиларли тортилиб қолади. Эстетик жиҳатдан қониқарсиз бўлганлиги учун ҳозирги даврда деярли фойдаланилмайди.

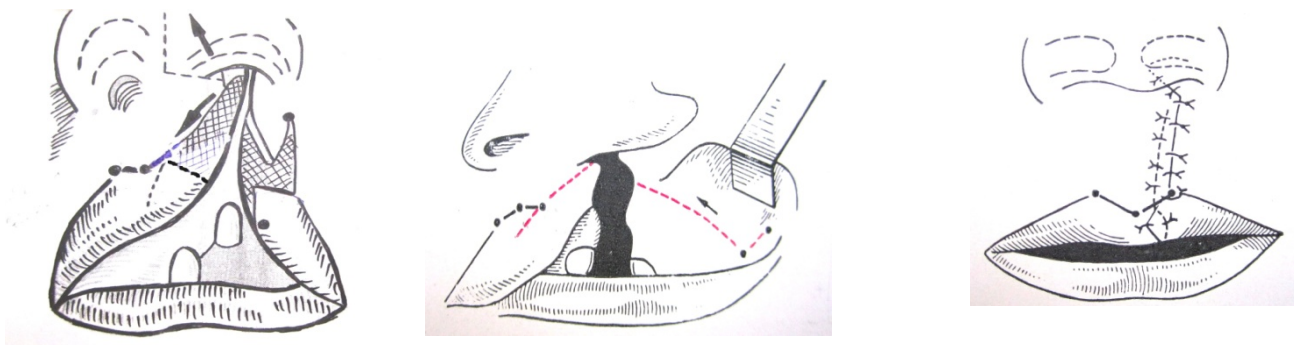
Лимберг усули бўйича хейлопластика босқичлари

Операция майдонида ишлов берилганидан сўнг, лабда ўтказиладиган кесмалар бўёқ билан чизилади. Бунинг учун катта бўлакда дастлаб марказий (1) ва икки ён (2,3) нуқта белгиланади. Кичик бўлакдаги 4 нуқтани аниқлаш учун соғ томонда а масофа циркуль билан топилади ва кичик (латерал) бўлакда қизил ҳошия чизиғида шу масофа белгиланади. Нуқта тўғри белгиланганлигини текшириш учун, соғ томонида оғиз бурчагидан ён нуқтагача бўлган масофа (б) циркуль билан ўлчанади ва латерал бўлакда 4 нуқта жойи аниқланади. Нуқталардан ўтказиладиган кесмалар бўёқ билан чизилади (расм) а вазоконстрикторли анестетик юборилиб, лаб ҳажми катталаштирилади.



Кемтик четларида яра ҳосил қилиш

Биринчи кесма катта бўлакда, 3 нуқтадан бошлаб қизил ҳошия чизиғи бўйлаб юқорига, бурун тўсиғи асосигача ўтказилади. 3 нуқтадан лабнинг қизил ҳошияси (0,6-0,7 см) кўндаланг кесилиб, бу кесма ҳам лаб чети бўйлаб, бурун тўсиғи асосигача етказилади вадастлабки кесма билан туташтирилади. Ҳосил юўлган, лаб четини шиллиқ пардадан иборат учбурчак шаклдаги лахтак олиб ташланади. Пайдо бўлган яра юзаси орқали оғиз айлана мушағи ажратилади. Бурун тўсиғининг асосидаги тери кўчирилиб, бурун қанотининг медиал қисми ўтмас усул билан бурун учигача ажратилади. Лаб қизил ҳошиясида 3 нуқтадан лаб дўмбоқчасига йўналган кесма ўтказилиб, яра ҳосил қилинади. Гемостаз ўтказилиб, кичик (латерал) бўлакда кесмалар бажарилади. Лаб қизил ҳошиясида Миро таклиф қилган кесмалар ўтказилиб, учбурчак шаклида лахтак ҳосил қилинади.



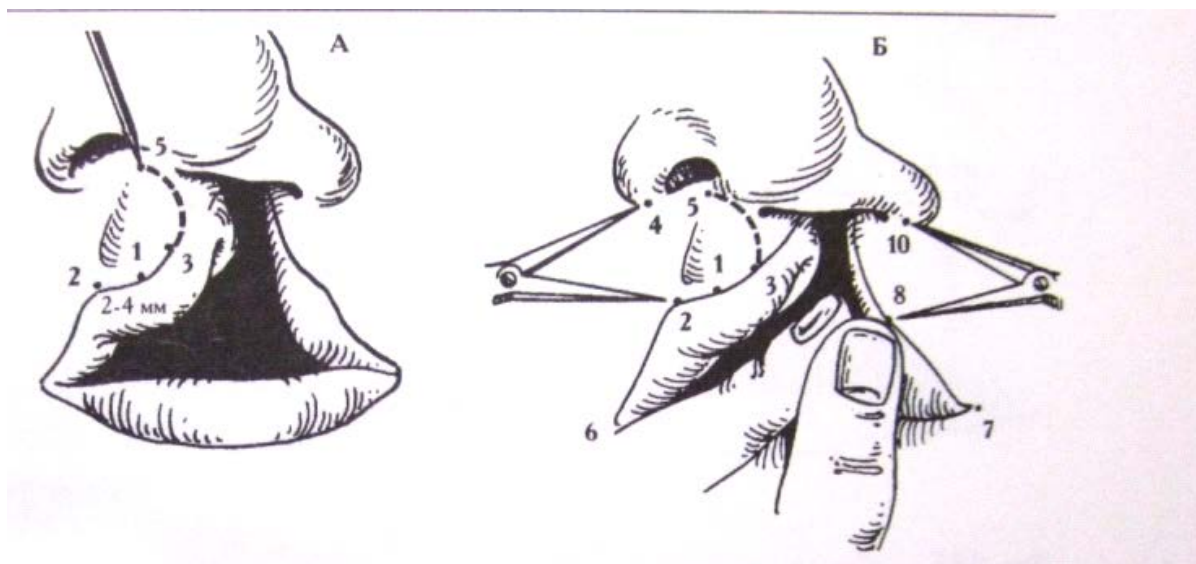
Бурун қанотининг латерал асоси терисида Лимберг таклиф қилган кесмалар ёрдамида иккинчи учбурчак лахтақ ҳосил қилинади. Кемтик четидаги лахтақлар орасидаги шиллик парда олиб ташланиб, яра ҳосил қилинади. Латерал бўлакдаги оғиз шиллик пардаси эркин сурилиши учун, ўтув бурмасида Лимберг таклиф қилган “кочерга”- “ _____ | ” (темир симдан ясалган косовни эслатувчи) шаклидаги кесма ўтказилади. Шиллик парда ажратилиб сурилади ва чоклар қўйилади. Латерал бўлак четидаги яра юзаси орқали айлана мушак ажратилади. Операцион яра чоклар билан қаватма-қават тикилади. Юқори лаб шакли анатомик тўғри чиқиши учун 3 ва 4-нуқталардан ип ўтказиб олинади, сўнг оғиз шиллик пардасига чоклар қўйилади. Кичик бўлакдаги Миро лахтаги, катта бўлак қизил ҳошиясидаги учбурчак шаклдаги ярага жойлаштирилиб, чоклар қўйилади. Бўлақларига учма-уч қўйилган чоклар билан оғиз айлана мушаги тикланади. Бурун қаноти остидаги тери лахтаги 90° бурилиб, бурун тўсиғи асосидаги яра четига чоклар билан ўрнатилади. Остига, катта бўлакдаги учбурчак лахтақ, бурун қанотидаги яра четига сурилиб, чоклар қўйилади ва бурун даҳлизи ҳосил қилинади. Сўнг лаб терисига чоклар қўйилади.

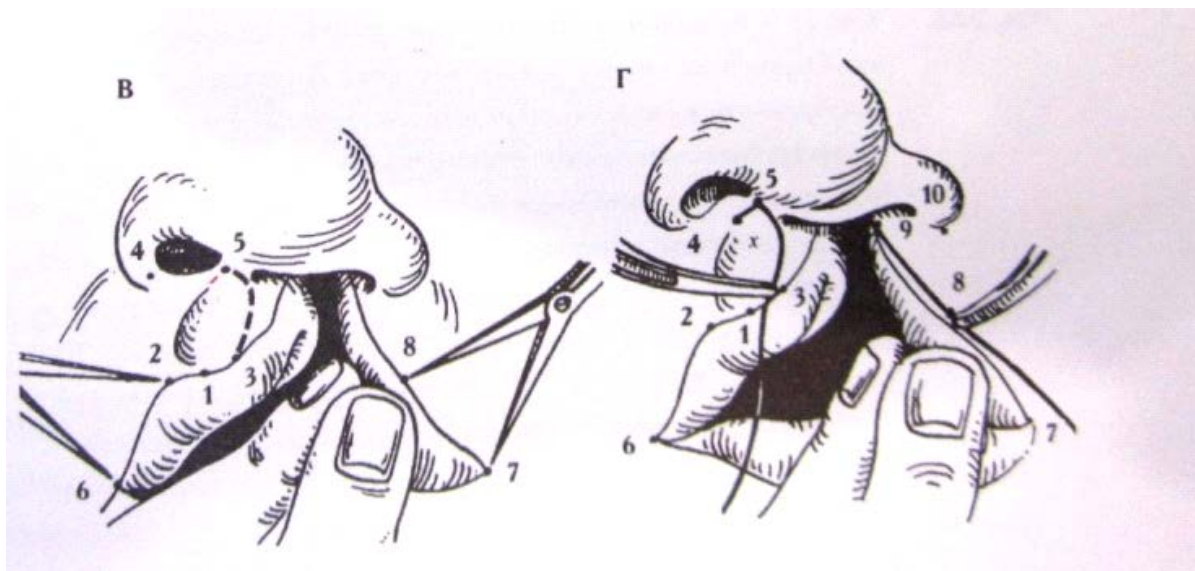
Бир томонлама кесиб ўтувчи нуқсонларда Миллард усули бўйича юқори лаб пластикаси

1 босқич. Ўтказиладиган кесмаларни белгилаш.

Операция майдониغا ишлов берилганидан сўнг, юқори лабнинг катта бўлагида марказий нуқта белгиланади. Соғ томонда шу нуқтадан 3-4 мм масофада 2 нуқта топиб белгиланади. 3 нуқта, 1 ва 2 нуқталар орасидаги масофага тенг қилиб белгиланади. 2 ва 6 нуқталар орасидаги масофани аниқлаб, кичик бўлакда 8

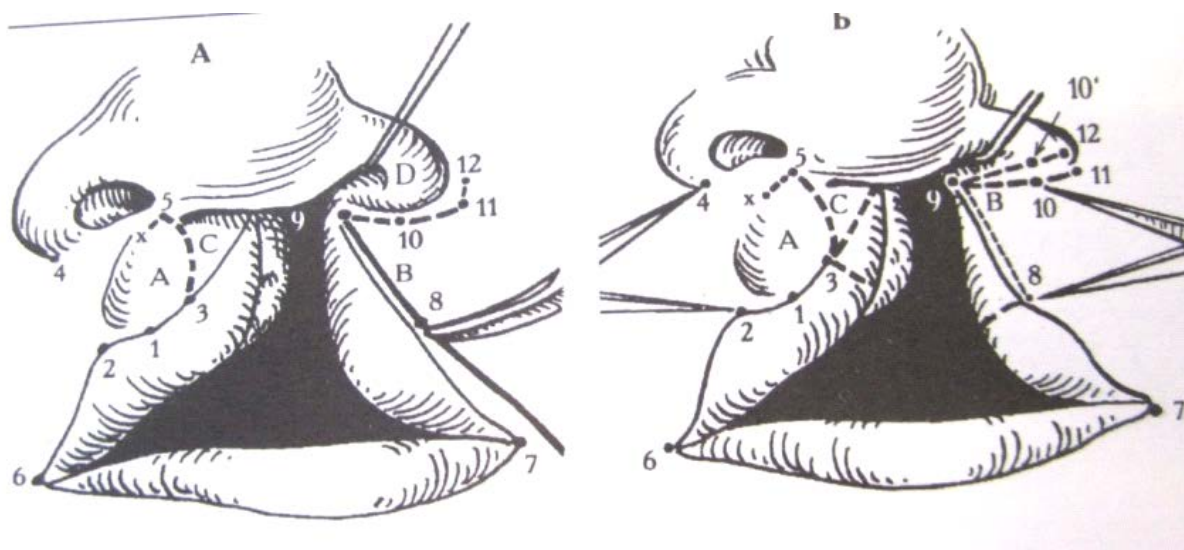
нуқта аниқланади. 8 нуқта аниқ белгиланганлигига ишонч ҳосил қилиш учун, катта бўлакда 2- ва 4 нуқталар орасидаги ҳамда 8 ва 10 нуқталар орасидаги масофалар ўлчаб кўрилади, улар тенг бўлиши керак. 3 ва 5 нуқталар орасидаги масофа қия чизик билан белгиланади. Узайтириш зарур бўлганда, 5 нуқтадан пастда х нуқта белгиланади. х-5-3 масофа юқори лабнинг (соғ томони) баландлигига тенг бўлиши лозим. Шу масофага тенг ўлчамни, кичик бўлакда, 8 нуқтадан бурун қаноти асосигача қўйиб, 9 нуқта белгиланади. Кемтик мавжуд томонда, бурун қаноти латерал асосида 4 нуқтага симметрик равишда 10 нуқта белгиланади. Барча белгиланган нуқталар орқали таркибида вазоконстриктор бўлган анестетик эритмаси киритилиб, 3-4 дақиқа кутилади.

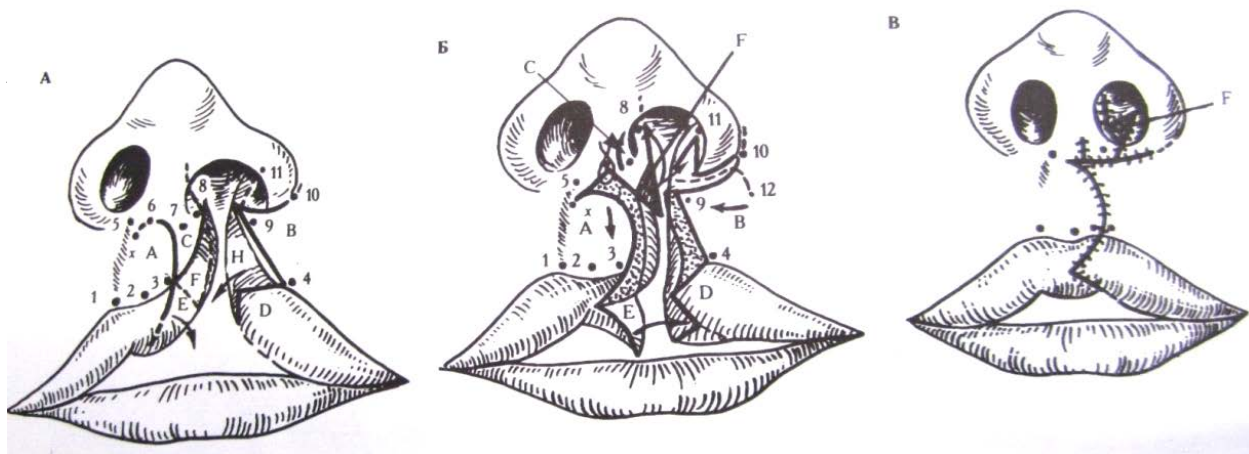




II босқич-кесмалар ўтказиш.

Биринчи кесма катта бўлак қизил ҳошиясида 3 нуктадан бурун тўсиғи томон лаб тери қисмининг охиригача ўтказилади. Кейин х-5-3 нукталардан ўлчами лабнинг қалинлигига тенг кесма қия ўтказилади. 3 нуктадан бошлаб лабнинг қизил ҳошия қисми кўндаланг йўналишда кесилади (6-7мм). Кемтик четидаги қизил ҳошия кесиб олиб ташланади. Бу кесмалар ўтказилганидан сўнг, катта бўлак (бурун тўсиғи асоси) терисида С лахтак бичилади. У асосигача бўшатилади. Кичик бўлакда 8 ва 9 ҳамда 9 ва 10 нукталар орасида тери кесилади. Натижада В лахтак ҳосил бўлади. Ушбу лахтак остидаги тўқималардан ажратилади. 8 нуктадан лабнинг қизил ҳошияси кўндаланг йўналишда (6-7мм) кесилади. Кемтик четидаги қизил ҳошия ва шиллик парда ажратилади. Иккала (асосан кичик) бўлакда оғиз айлана мушаги атрофлича ажратиб олинади.





III босқич чоклар қўйиш.

Дастлаб ўтув бурмаси, лабнинг шиллик пардаси ва айлана мушакка чоклар қўйилади. Лабнинг қизил ҳошиясига чоклар қўйишдан аввал, 3 чи ва 8 чи нуқталардан ип ўтказиб олинади. “С” лахтак 90⁰ бурилиб, бурун қаноти четига чок билан маҳкамланади. 9 чи ва 5 нуқталарга чок қўйилиб “В” ва “С” лахтаклар ўз ўринларига келтирилади.

Чизиқли усулларнинг ижобий томони, операцион чандиқнинг юқори лаб эгатчаси (филтрум)нинг чегаралари билан мос келиши туфайли, эстетик талабларга жавоб беришидир. Бироқ, бу усуллар юқори лабни етарли даражада узайтириш имкониятини бермайди. Шу сабабли юқори лабнинг тўлиқ ва кенг кемтикларига қўл келмайди.

Жароҳат битганидан сўнг, Кўпидон камонининг ярми юқорига бир оз тортилиб қолиши туфайли лаб қизил ҳошиясининг симметрияси бузилади. Бир неча ойдан кейин эса, қизил ҳошиянинг чандиқ бўйлаб учбурчак шаклида ўсиб кириши кузатилади.

Иккинчи гуруҳга Обухова Л.М.(1942) ва Теннисон таклиф этган усуллар киради. Усуллар асосида, юқори лабнинг катта фрагменти (филтрум) терисини кўндаланг кесиб, лабни пастга тушириш таклиф қилинган. Ҳосил бўлган учбурчак шаклидаги операцион ярани тўлдириш учун, кичик бўлак (кемтик чети)да учбурчакли лахтакни кесиб олиш таклиф қилинган. Л.М. Обухова 1929-1941 йилларда Тошкент Давлат медицина институти стоматология доцентлик курсида, ассистент вазифасида фаолият юритган. 1941-йил кафедрадан Тошкент

шаҳридаги N 3668/69 эвакуацион госпиталга сафарбар қилинган. Госпиталда ишлаган даврларида, Л. М. Обухова хейлопластиканинг янги усулини таклиф қилган (1942 йил). Бу усул ёрдамида бир гуруҳ болаларда юқори лаб туғма кемтиклари бартараф қилинганлигидан сўнг, Л. М. Обухова чоп этиш учун “Стоматология” журнаliga мақола юборган. Аммо, 1942-1945 йиллар II жаҳон Уруши бўлганлиги сабабли мақола чоп этилмай қолмай. 1952-йилда эса, Америкалик жарроҳ Тенисон шунга ўхшаш усулни кашф қилади ва чоп этади. Шу сабабли хориж адабиётларида бу усул Тенисон номи оlingан. 1955 йил шу усулда ўтказилган операциялар натижаларини Ҳамитова ???? чоп этади. Тошкент Тиббиёт академиясининг болалар стоматологияси кафедраси ўқув жараёни ва клиника амалиётида бу усул Обухова-Тенисон номи билан юритилади.

Юқори лаб бир томонлама туғма кемтикларининг Л.М.Обухова усули бўйича хейлопластикаси

Операция босқичлари:

Анатомик ориентирларни белгилаб, кесмаларни чизиш. Катта ва кичик бўлақларда Кўпидон ёйининг нуқталари бўёқ билан белгиланади. Катта бўлақда бурун тўсиғи (колумелла)нинг икки ёнида юқори лаб қизил ҳошиясининг ён нуқталарига шартли чизиқ ўтказиб, кемтик томонда лабнинг қанчага қисқарганлиги аниқланади (чизма) а-а₁ масофа кичик бўлақда ажратилган (с₂) нуқтадан а-а₁ тенг узунликда d₁ нуқтасини белгилаймиз ва томонларининг ўлчами лаб қисқаришига тенг бўлган учбурчакни бўёқ билан чизамиз.

Нуқталарга игнани санчиб, вазоконстрикторли анестетик эритмаси лаб тўқимасига юборилади.

Кемтик четларини кесиш. Дастлаб, катта бўлақ қизил ҳошия чизиғидан ажралиш нуқтасигача кесилади. Шу нуқтадан икки йўналишда кесмалар ўтказилади: биринчиси филтрумда (горизонтал) ва лабнинг қизил қисмида кесиб ўтувчи. Лаб четидаги шиллик парда кесиб ажратилади. Кесмалар ўтказилгандан сўнг, юқори лабнинг қизил ҳошия қисмини пастга (лаб соғ томон баландлигига тенглашгунга қадар) тортилади. Барча томонлари тенг бўлган учбурчак

шаклидаги (нуқсон) ҳосил бўлади. Ўлчами нуқсонга тенг, учбурчак шаклида лахтак (латерал) кичик бўлак четидан бичиб олинади. Барча кесмалар ўтказилганидан сўнг, яра четидаги ортиқча тўқималар кесиб олинади ва қаватма қават чоклар қўйилади. Тикиш жараёнида 3 ва 4, 6 ва 7 нуқталар бир бири билан туташishi керак.

Лаб қизил ҳошияси ва кемтик даражасига кўра кесмалар ўлчами турлича бўлиши мумкин.

Юқори лабнинг тўлиқ ва кенг туғма нуқсонларида, лаб баландлиги кемтик томонда кескин қисқаради. Чизиқли хейлопластика усуллари ёрдамида бу камчиликни бартараф этиб бўлмайди. Бундай ҳолларда А.А.Лимберг ва Л.М.Обухова усуллари биргаликда қўлланилади.

Бир томонлама кесиб ўтувчи нуқсонларда Лимберг-Обухова усули бўйича юқори лаб пластикаси

I босқич. Операция майдонига ишлов бериш ва кесмаларни чизиш.

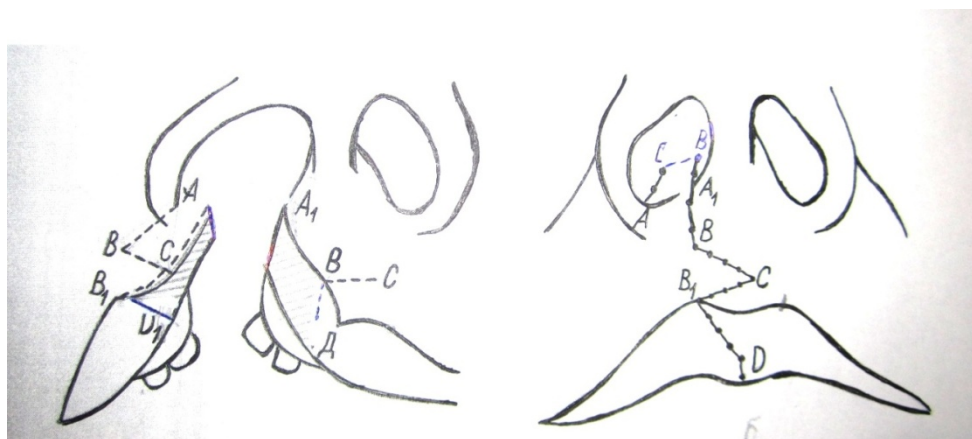
Юқорида баён этилгандек Лимберг усули бўйича, бўлақларда юқори лабнинг нуқталари бўёқ билан белгиланади. Катта бўлақда, бурун тўсиғининг икки ёни (колумелла)дан лабнинг ён нуқталари орасидаги масофа ўлчаниб, кемтик томон лаб баландлигининг қисқариши (мм да) аниқланади. 3 нуқтадан бошлаб горизонтал текисликда, филтрумнинг шу масофага тенг бўлган соҳасига нуқта қўйилади. Кичик бўлақда, 4 нуқтадан томонлари (лаб қисқаришига) тенг учбурчакнинг нуқталари, белгиланади. Учбурчак лахтакнинг асоси, филтрумнинг кичик бўлақдаги устунида жойлашади, чўққиси эса соғ томондаги устунга томон йўналган бўлади. Нуқталар бўёқ билан бирлаштирилиб, кесиш чизиғи ўтказиб олинади. Нуқталарга таркибида вазоконстриктор перпарати бўлган анестетиклар юборилиб, лаб тўқималари шишириб таранглаштирилади.

РАСМ

II босқич. Кемтик четларини кесиб яра ҳосил қилиш. 3-4 дақиқадан сўнг, катта бўлақ четидаги 3 нуқтадан бошлаб, қизил ҳошия чегараси бўйлаб бурун тўсиғининг ёнигача кесма ўтказилади. Иккинчи кесма 3 нуқтадан бошлаб

лабнинг қизил қисми кўндаланг равишда (0,6-0,7см) кесилиб, юқорига бурун тўсиғигача давом эттирилади. Кемтик четидаги қизил ҳошия кесиб олиб ташланади. Филтрум териси 3 нуктадан кўнадаланг кесилади. Гемостаз ўтказилиб, кичик бўлакда, дастлаб 4 нукта (қизил ҳошия чегараси)дан бурун қаноти остигача кесма ўтказилади. Сўнг 4 нуктадан бошлаб, қизил ҳошия кўндаланг (0,6-0,7 см) кесилиб, лаб четидаги қизил ҳошия ҳам кесиб олиб ташланади. Кичик бўлак чети терисида учбурчак лахтак ҳосил қилиш учун 5 ва 6 нукталар орасида кесма ўтказиб, бурун қаноти остигача давом эттирилади. Териди кесмалар ўтказилганидан сўнг бири учбурчак, иккинчиси трапеция шаклидаги иккала лахтаклар кўчирилиб, оғиз айлана мушаги ажратилади. Операция давомида гемостаз ўтказилади. Кемтик (бўлақлар оралиғи) кенг бўлган ҳолларда кичик бўлакнинг ўтув бурмасида Лимберг таклиф қилган “кочерга “_____ | кесма ўтказилади. Бу кесма кичик бўлак тўқималари мобиллигини оширади.

III босқич ярага чоклар қўйиш. Дастлаб, ўтув бурма шиллик пардасига чоклар қўйилади. Лабнинг қизил ҳошияси шаклини аниқ тиклаш учун 3 ва 4 нукталардан ип ўтказилиб, бўлақлар яқинлаштирилади. Лаб шиллик пардасига чоклар қўйилганидан сўнг, оғиз айлана мушаги толалари учма-уч тикилади. Трапеция шаклидаги лахтак бурун дахлизи томон бурилиб, яра четлари тикилади. Учбурчакли лахтак, горизонтал кесма (ораси) ҳосил қилган учбурчак ярага қўйилиб тикилади (расм)



Москва Давлат медицина стоматология институти (ҳозирги МГМСУ) болалар стоматологияси кафедрасида бу усулга ўзгартиришлар киритилиб у ММСУ усули номини олган.

МГМСУ да “учбурчакли ” хейлопластика операциясини бажариш тартиби қуйидагича: Умумий оғриксизлантириш остида боланинг юз соҳаси ва кемтик атрофига ишлов берилиб: тиббий бўёқ билан юқори лаб қизил ҳошияда Кўпидон камонининг нуқталари белгилаб олинади. (расм). Нуқсон томондаги бурун қаноти асосида (Лимберг усули) бўйича учбурчак шаклида лахтак бичилади. Шу билан бир вақтда, бурун қанотининг асоси яссиланган ноксимон тешикнинг четидан кўчирилади. Лимберг лахтаги билан бурун қаноти биргаликда ўрта чизик томон сурилиб, бурун тўсиғининг териси ва шиллик қавати чегарасидаги кесмага тикилади. Юқори лабнинг қисқариш даражаси филтрум устунлари баландлигининг фарқи (N_1N) билан аниқланади. Юқори лабни узайтириш учун, катта бўлакда, Кўпидон камонининг энг юқори нуқтаси (M) дан бошлаб эгатча (филтрум) горизонтал йўналишда (кўндаланг) кесилади. Кесманинг узунлиги (MN) юқори лабнинг (кемтик томонда) қисқариши даражаси (NN_1 масофаси)га боғлиқ бўлиб, эгатчанинг ўрта қисми ёки қарама -қарши томондаги устун (чети)гача етиши мумкин. Кичик бўлакда, бурун қанотининг остида Лимберг лахтаги (D), лаб четида эса Обухованинг тенг томонли учбурчак лахтаги кесилади. Бу лахтаклар ораси терисида ҳосил бўлган ортиқча тўқималар кесиб ташланади. Лабнинг кичик бўлагини катта бўлакка яқинлаштиришни осонлаштириш учун ўтув бурмасида “____|” шаклга эга Лимберг кесмаси ўтказилиб, тўқималар ўртага сурилади. Ўтув бурмаси ва лабнинг шиллик пардасига чоклар қўйилади. Иккала бўлакда айлана мушак ажратилиб, учма-уч тарзда чоқ қўйилади. Қизил ҳошия чегарасидаги A ва M нуқталаридан ип ўтказилиб, юқорига ва пастга тортиб, Кўпидон камони симметрияси тикланади. Филтрумдан ўтган кесма четлари йирилади. Ҳосил бўлган операцион кемтик кичик бўлакдан олинган тенг томонли учбурчак ABC лахтак билан ёпилади (учбурчак лахатак асоси AC ва операцион кемтикнинг NN_1 ўлчамлари ўзаро тенг бўлиши керак).

Бурун қаноти остидаги учбурчак лахтак бурун тўсиғи четидаги ярага тикилиб, бурун тешиги тикилади. Сўнг яранинг қолган қисмларига чоклар қўйилади.

Бемор неча ёшда бўлишидан қатъий назар, “Учбурчакли” услуб, яхши эстетик ва функционал натижаларга эришиш имкониятини беради.

Шунга қарамай, “учбурчакли” усулларнинг қатор камчиликлари ҳам мавжуд. Бу усуллар асосида, юқори лаб кичик бўлаги терисида ҳосил қилинган учбурчак шаклидаги лахтакни, катта бўлак четидаги учбурчак операцион ярага жойлаштириб тикиш ётади. Бу йўл билан юқори лабни етарли даражада узайтириш, Кўпидон камонининг симметриясига эришиш мумкин. Натижада юқори лабнинг анатомияси тўлиқ тикланади. Операцион чандикнинг юқори лаб эгатчаси (фильтрум)да кўндаланг жойлашиши, усулнинг эстетик натижасини пасайтиради ва унинг камчилиги хисобланади.

Учинчи гуруҳ операцияларида юқори лаб, кичик бўлақдан олинган тўртбурчак лахтакни суриш хисобига узайтиришлади. Бу усуллар Hagedorn(1884) Le Mesurier (1962) томонидан таклиф қилинган

Юқори лабнинг бир томонлама тўлиқ туғма кемтигининг Ле Мезурье усули бўйича хейлопластикаси

Операция босқичлари:

Юқори лабнинг катта ва кичик бўлақларида анатомик ориентирларни белгилаш ва кесмаларни чизиш.

Катта бўлақда лабнинг баландлиги циркуль ёрдамида аниқлаб олинади. Кичик бўлақда бурун қанотининг асоси териси шу масофанинг $2/3$ қисмига тенг қилиб нуқта қўйилади. Бу нуқта лаб болишчасининг $1/3$ қисмига тенг масофада бўлиши керак. Юқорида келтирилган нуқталар ораси бўёқ билан чизиб олинади.

Кесмалар ўтказилиб, оғиз айлана мушаги ажратилиб, шиллиқ пардаси билан суриш. Катта бўлақда Кўпидон камонининг юқори нуқтаси (фильтрум)да 90° бурчак остида лаб болишчасининг $1/3$ қисмига тенг кесма ўтказилади. Қизил ҳошияга етганда, кемтикнинг четидаги қизил ҳошияда 45° бурчак остида давом

этади. Ортиқча тўқималар кесиб ташланади. Лабнинг кичик бўлаги ўтув бурмасида шиллиқ парда суяккача кесилади. Кесма орқали распатор ёрдамида лаб ноксимон тешикнинг қиррасидан ажратилади ва ўртага сурилади. Катта бўлакда, бурун тўсиғи асосидан қизил хошия чегарасида бўлган (юқори) нуқтагача кесиб келинади ва қизил хошияда 45° бурчак остида давом эттирилади. Кемтик четидаги шиллиқ парда (қизил хошия) кесиб олиб ташланади.

Чоклар қўйиш. Дастлаб бурунинг дахлизи ва ўтув бурмаси шиллиқ пардасига капрон чоклар қўйилади. Сўнг кемтик четларидаги оғиз айлана мушаги учлари “кавик” чоклар билан тикилади. Бурун қаноти сўрилмаслиги учун Ле Мезурье тери ва мушаклардан ўтувчи айлана чок ўтказишни таклиф қилган. Ип учлари терига чоклар қўйилганидан сўнг боғланади. Терига чок Кўпидон чизиғидан бурун тешигигача қўйилади. Лаб қизил хошияси охирига навбатда тикилади.

Мезурье лахтакнинг узунлиги ва кенглигини аниқлаш учун кўп сонли хисоблаш усулларини тавсия этган. Чунки лахтакнинг ўлчами, юқори лаб тўқималарининг нуқсони туфайли юзага келган деформацияланиш даражасига боғлиқ. Бу усулдаги операцияларнинг камчилиги, тўртбурчак лахтакнинг кам ҳаракатчанлиги, бир томонлама тўлиқ бўлмаган нуқсонларда юқори лабни узайтиришга катта эҳтиёж йўқлиги ва терида операция чизиғининг узайиб кетишидир.

Юқори лабнинг икки томонлама туғма нуқсонларини жарроҳлик усули билан даволаш

Юқори лабнинг икки томонлама туғма нуқсонлари лаб ва танглай нуқсонларининг 15-25% ташкил қилади. Лабнинг икки томонлама туғма нуқсонлари ҳар хил даража ва шаклга эга бўлади. Уларнинг жуда кўп: симметрик, асимметрик, яширин, тўлиқ бўлмаган, қисман, тўлиқ, кесиб ўтувчи каби шаклларининг турлича комбинациялари бўлганлиги учун, бундай нуқсонларни жарроҳлик усули билан даволашда бир қанча муаммолар мавжуд.

Ҳозирги даврда ҳам ҳар иккала томонда хейлопластика операцияси бир вақтда ёки алоҳида ўтказилиши афзалми деган муаммо кўп баҳс-мунозаралар мавзусидир. Бирламчи хейлопластика услубининг, бола юз соҳаси ўрта зонасининг ўсиши ва шаклланишига салбий таъсири каттадир. Боланинг ўсиши, ривожланиши эътиборга олинмай, бир вақтда иккала томонда ўтказилган хейлопластикадан сўнг, ўсмирлик даврига келиб юз-жағ тизимининг шакл ва функционал бузилишлари, юз қиёфасининг беўхшовлиги намоён бўлади.

Бугунги кунда аксарият муаллифлар фикрича:

а) Юқори лабнинг икки томонлама туғма нуқсони бўлган болалар ҳаётларининг биринчи кунларидан бошлаб, ихтисослашган марказлар қошида неонатолог, педиатр, ортодонт, жарроҳ, оториноларинголог ва бошқа мутахассислар назорати остида комплекс даволанишлари мақсадга мувофиқдир;

б) юқори лабнинг икки томонлама туғма нуқсонларида хейлопластика ўтказилиши учун оптимал муддат бола, ёшининг 4-9 ойлари ҳисобланади. Бу ёшда димоғ суяги ва премаксиллада суякланиш жараёни ҳали тугалланмаган бўлади;

в) премаксилла кескин равишда олдинга туртиб чиққан ҳолатларда, ортодонтик даво ўтказилмаган ёки самара бермаган бўлса, уни мажбуран орқага суриш (вомеротомия) қатъиян ман этилади. Акс ҳолда у, атрофияга учрайди ёки ичкарига (танглай томонга) энгашиб, юзнинг ўрта қисми кичиклашиб қолишига сабаб бўлади;

г) юқори лабнинг икки томонлама туғма нуқсонларида, хейлопластика операцияси бир вақтда ҳар иккала томонда ёки алоҳида ўтказилишидан қатъий назар, чизиқли усуллардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Бугунги кунда ТТА болалар стоматологияси кафедрасида, юқори лабнинг икки томонлама туғма нуқсонларини бартараф этишда, юқорида келтирилган принципларга амал қилган ҳолда ёрдам кўрсатмоқда.

Юқори лабнинг икки томонлама тўлиқ нуқсонларини жарроҳлик усули билан даволашнинг жуда кўп усуллари ишлаб чиқилган. Шулардан биз, ТТА

болалар стоматологияси кафедраси ва клиникасида қўлланилиб келинаётган усулларни келтирамиз.

Юқори жағнинг типик туғма нуқсонлари

Танглайнинг туғма нуқсонларини ўрганиш учун нормал (соғлом) танглай ва ҳалқумнинг тузилишини билиш талаб этилади. Бурундан нафас олиш, луқмани ютиш ва сўзларни талаффуз қилиш ҳалқум ва танглай иштирокида амалга оширилади. Шу сабабли ҳалқум, юмшоқ ва қаттиқ танглай тузилиши ҳақида қисқача маълумот келтириш ўринлидир.

Ҳалқумнинг тузилиши

Ҳалқум (pharynx) бурун ва оғиз бўшлиқларининг бевосита давоми бўлиб, чуқурлиги 12-15 см, воронкага ўхшаш бўшлиқ. Ҳалқумнинг бешта: юқори, орқа, икки ён ва олд деворлари тафовут қилинади.

Ҳалқум юқорида энса суягининг асосий қисми ва қисман пона суяги танасига бирикади. Бу девор ҳалқум гумбази (fornix pharyngis) деб аталади. Ҳалқумнинг орқа деворини бўйин умуртқалари ва бўйиннинг чуқур жойлашган мушаклари ҳосил қилади, ён деворлари асосини йирик қон томирлар ва нервлар ташкил қилади. Ҳалқум бўшлиғи(cavitas pharyngis) уч қисмга:

- 1) бурун қисми- эпифаринкс (pars nasalis)
- 2) оғиз қисми – мезофаринкс (pars oralis)
- 3) хикилдоқ қисми- гипофаринкс (pars laryngea)ларга бўлинади

Ҳалқумнинг бурун қисми- pars nasalis pharynges (эпифаринкс)ҳалқум гумбази ва юмшоқ танглай орасида ҳаракатчан ҳолатда жойлашган. Эпифаринкс икки бурун ҳалқумга очиладиган тешиқлар каналлар – (choana dextra et sinistra) орқали бурун (ўнг ва чап) бўшлиқлари билан туташади. Эпифаринкс ён деворларига ўрта қулоқ эшитув (Евстахиев) найининг тешиги – ostium pharyngeum tubae очилади.

Ҳалқумнинг оғиз қисми – pars oralis (мезофаринкс) уч деворга эга. Бу қисм олд томондан бўғиз, ёки томоқ тешиги (isthmus faucium) воситасида оғиз бўшлиғи

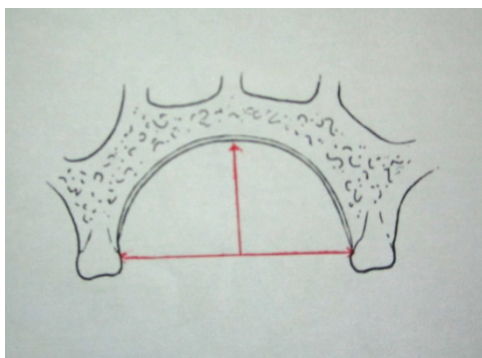
билан туташиб кетади. Юмшоқ танглай оғиз ҳалқумдан бурун ҳалқумга ҳаво ва луқма ўтмаслигини таъминлайди. Оғиз юмуқ бўлган ҳолатда юмшоқ танглай тил илдизи юзасида ётади. Ҳаво бурун бўшлиғидан ҳиқилдоққа тўсиқсиз ўтади. Гапириш, луқмани ютиш вақтида, ҳалқумнинг орқа ва ён деворлари кўтарилиб, юқорига ва олдинга силжийди, юмшоқ танглай юқорига ва орқага, ҳалқумнинг орқа деворига теккунча, силжийди ва мезофаринкс эпифаринксдан герметик равишда ажралади. Ютилаётган луқма бурун бўшлиғига ўтмаслиги, нутқ равон, тушунарли бўлиши юзнинг ўрта қисми тўғри ривожланиши ҳамда юқори ва пастки тиш қаторлари, ёйларида тишлар жойлашуви ва окклюзиясида патологик ўзгаришлар юзага келмаслиги учун қаттиқ ва юмшоқ танглайнинг тузилиши бенуқсон бўлиши лозим.

ТАНГЛАЙ – (PALATUM)нинг тузилиши

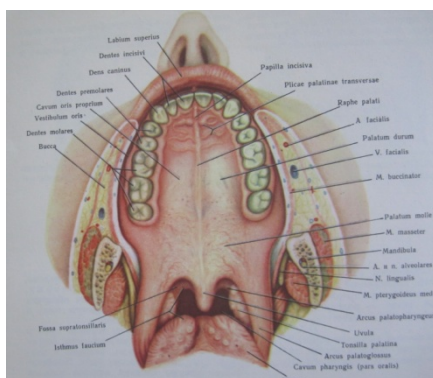
Қаттиқ танглай – *palatum durum* ва юмшоқ танглай – *palatum molle* хусусий оғиз бўшлиғининг – (*cavum oris propria*) юқори деворини ҳосил қилади. Қаттиқ ва юмшоқ танглайлар воситасида оғиз бўшлиғи бурун бўшлиғидан ажралиб туради.

Қаттиқ танглайни – юқори жағ – (*maxilla*) нинг танглай ўсиғи – (*processus palatinus*) билан танглай суяги – (*os palatinum*) нинг кўндаланг пластинкаси (*lamina horisontalis*) ҳосил қилади. Қаттиқ танглай бурун ва оғиз бўшлиқлари томонида шиллик парда билан қопланган. Юмшоқ танглай асосини эса шиллик парда билан қопланган мускуллар ташкил этади.

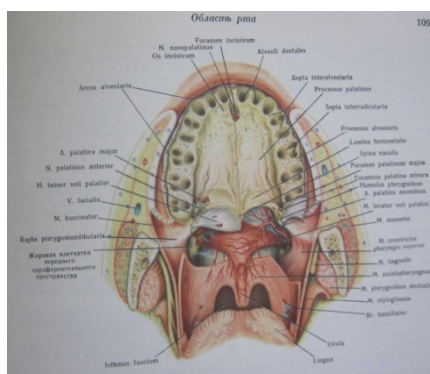
Танглайнинг шакли гумбазга ўхшаш бўлиб, унинг ботиқ томони оғиз бўшлиғига йўналган. Танглайнинг учдан икки қисмини қаттиқ танглай (*palatum osseum*), қолган қисмини юмшоқ танглай ташкил этади. Танглайнинг ўртасидан сагиттал текислик бўйича ўтган чок (*raphe palatine*) уни ўнг ва чап тенг ярим бўлақларга ажратиб туради.



Қаттиқ танглайнинг олд қисмида шиллик парданинг кўндаланг жойлашган бир нечта (олтитагача) параллель бурмалар (*plicae palatinae transversae*) бор. Бу бурмалар айниқса эмизикли болаларда жуда яққол ифодаланган, катта ёшдаги одамларда эса, яссиланган бўлади.



Юмшоқ танглай – (*palatum molle*) мускуллардан аксарият тузилган. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда, чодирни эслатганлиги туфайли ўнга танглай чодирини (*velum palatinum*) деб ном берилган.



Юмшоқ танглайнинг асосини бешта мушак ҳосил қилади.

1. Танглай – ҳалқум мускули – *m.palatopharyngeus* ингичка толалардан иборат бўлиб, понасимон суяк қанотсимон ўсиғининг медиал пластинкасидаги илмоқ – (*hamulus pterygoideus*) дан бошланиб, танглай чодирини ҳосил қилади. Танглай чодиридан юқоридан пастга икки ён томонга кенгайиб борувчи жуфт равоқлар вужудга келади. Бу равоқларнинг олдингиси тилнинг илдизига бориб туташади ва шу туфайли танглай-тил равоғи – *arcus palatoglossus* – деб, орқадагиси эса, ҳалқумнинг ён деворлари билан қўшилганлиги туфайли танглай – ҳалқум равоғи – *arcus palatopharyngeus* деб аталади. Кетма-кет жойлашган бу икки равоқлар орасида ҳар икки томонда (учбурчак шаклида) муртак бўшлиғи – *sinus tonsillaris* бўлади. Бу бўшлиқда танглай муртаги – *tonsilla palatina* жойлашади.

Мушаклар қисқарганда, танглай чодирини пастга тортилади, ҳалқум эса юқорига кўтарилади.

2. Танглай – тил мускули – *m.palatoglossus* ҳам шу номдаги равоқнинг асосини ташкил қилиб, юпқа пластинка шаклида танглайнинг пастки юзасидан бошланади ва тилнинг орқа-ён юзасига бирикади ва тилнинг кўндаланг мускули – *m.transversus linguae* сифатида давом этади. Ҳар иккала томон мушаклари қисқарганда, танглай чодирини пастга тортилади, танглай-тил равоғи таранглашади. Ҳар икки томондаги равоқларнинг бир вақтда қисқариши эса, ҳалқум тешигини торайтиради.

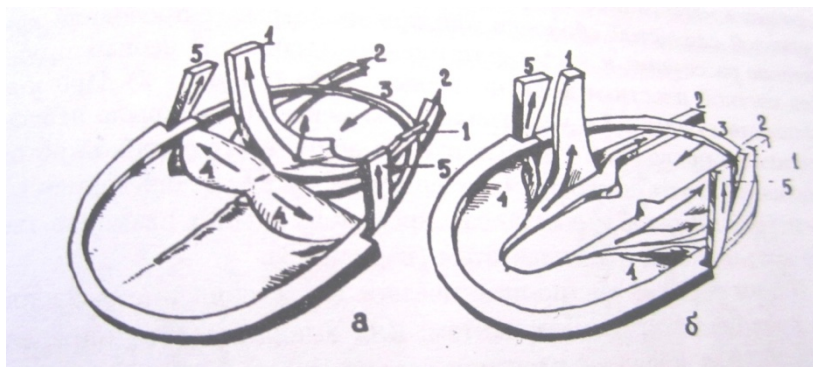
3. Тилча мускули жуфт (ўнг ва чап) – *m.uvulae* – танглай мускуллари ичида энг кичиги бўлиб, танглай суягининг кўндаланг пластинкасидаги ўсиқ (*spina nasalis posterior*) ва танглай пайига бирикиб пастга эркин осилиб туради. Бу мускул қисқарганда, тилча кўтарилади ва қисқаради.

4. Танглай чодирини кўтарувчи жуфт (ўнг ва чап) мускуллар – *m.levator veli palatini* чакка суяклар пирамида қисмининг пастки юзасидан, ҳалқум билан ўрта кулоқ ўртасидаги эшитув йўли (*tuba auditiva*) нинг тоғайли қисмидан бошланиб, олдинга, пастга, қисман ичкари томон йўналади. Ўнг ва чап мушаклар юмшоқ танглайнинг юпқа пай қисмида танглай чодиринга бирикиб, юқориси очик ярим ҳалқа ҳосил қилади. Мушаклар баробар қисқарганда танглай чодирини юқорига кўтариб, орқага силжити ва оғиз ҳалқумни бурун ҳалқумдан ажратади.

5. Танглай чодирини таранглаштирувчи жуфт мускуллар – *m.tensor veli palatini* – понасимон суякнинг (ўнг ва чап) катта қанотлари (*ala major*) нинг орқа бурчаклари, қисман бурчак қиррасидан, эшитув найининг парда қисми (латерал юзаси)дан бошланиб, толалари паст томонга қараб йўналади ва қанотсимон ўсиқлар (ўнг ва чап) илмоғини айланиб ўтиб, танглай суяги кўндаланг пластинкаси четига ва юмшоқ танглайнинг (пайи) апоневрози билан бирикиб, танглай чодирини ҳосил қилади. Қисқарганда юмшоқ танглай чодирини таранг тортилган ҳолатга келтиради.

Соғлом юмшоқ танглай ва ҳалқум ўнг ва чап томон мушаклари билан бирикиб, уч йўналишда ярим ҳалқа (сиртмоқ) ҳосил қилади: юмшоқ танглайни

юқорига кўтарувчи мушаклар юқорига ва орқага йўналган очик ҳалқа (1), танглай-ҳалқум мушакларининг узунасига йўналган толалари орқага ва пастга йўналган очик ҳалқа (2) ҳалқум-танглай мушаклари ҳалқумни торайтирувчи юқори мускули (*m.constrictor pharyngis superior*) билан олд томонга очик ҳалқа (3). Юқорида келтирилган уч очик ҳалқалар бир вақтда қисқариши натижасида юмшоқ танглай ва тилча юқорига кўтарилиб, орқага (ҳалқумни орқа девори томон), сурилади ва оғиз ҳалқум бурун ҳалқумдан ажралади.



Расм. Танглай ҳалқум чодирининг ҳаракатлари чизмаси

а. соғлом танглайда б.туғма кемтик бўлганда

1.Танглай чодирини кўтарувчи мушакларнинг юқорига ва орқага йўналган очик ярим ҳалқа (сиртмок) ҳосил қилиши

2.Танглай-ҳалқум мушаклари орқага ва пастга очик ярим ҳалқа

3.Ҳалқум-танглай ва ҳалқумни торайтирувчи юқори мускули (*m.constrictor pharyngis superior*) олд томон очик ҳалқаси

4.Юмшоқ танглай апоневрози

5. Танглай чодирини таранглаштирувчи мушаклар

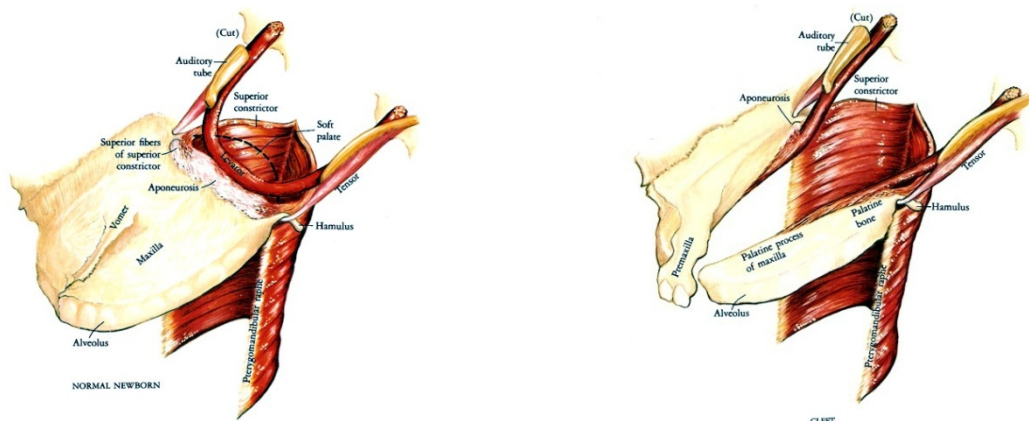
Танглай туғма нуқсонлари туфайли юзага келадиган анатомик ўзгаришлар

Ҳар хил омиллар таъсири сабабли 7-8 ҳафталик ҳомилада ўнг ва чап томон тўқималари бир бири билан бирикмай қолган қаттиқ ва юмшоқ танглайи ривожланиши ортда қолади. Юқори жағнинг танглай ўсиқлари ва танглай суягининг кўндаланг пластинкаси, понасимон суяк қанотлари ўсиши сустлашади.

Одатда қаттиқ танглай ўртасидан ўтган чок, буруннинг орқа ўткир қиррали, ўсиқчаси (*spina nasalis posterior*) билан тугайди. Сагиттал чок, юқори жағнинг ўнг ва чап танглай ўсиқлари ва димоғ суягининг бирикиши натижасида ҳосил бўлади. Бир томонлама кесиб ўтувчи кемтик билан туғилган болаларда,

сагиттал чок, бир томондаги танглай ўсиғи билан димоғ суягининг бирикиши натижасида ҳосил бўлади, (икки томонлама кесиб ўтувчи кемтикли) болаларда эса, умуман бўлмайди. Танглай туғма нуқсониди, буруннинг орқа ўткир қиррали ўсиқчаси иккига ажралиб, кемтик (дефект) альвеоляр ўсиққача давом этади. Танглай кемтиги билан тугилган болада юқори жағ бўлакларининг ривожланиши орқада қолади. Давыдов Б.Н. (2000) келтирган маълумотларига кўра, икки томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсони бўлган 6-7 ёшли болаларда қаттиқ танглай узунлиги $9,2 \pm 0,48$ мм га, бир томонлама кесиб ўтувчи нуқсонларда $8,9 \pm 0,38$ мм га, танглайнинг тўлиқ нуқсонларида $11,1 \pm 0,43$ мм, танглайни тўлиқ бўлмаган нуқсонларида $8,55 \pm 0,46$ мм, юмшоқ танглай нуқсонларида $6,0 \pm 0,64$ мм гача қисқаради. Юқорида келтирилган рақамлар ҳулоса, кемтиқнинг оғирлик даражаси қанчалик кучли ифодаланган бўлса, танглайнинг қисқариш даражаси ҳам шунчалик кучли намоён бўлади.

Танглай суяклари бирикмаганлиги учун, юмшоқ танглай мушакларининг суякларга бирикиш жойи (топографияси) ўзгаради. Танглай чодирини кўтарувчи *m.levator veli palatini* кемтик четидан, танглай ўсиғининг бурун юзаси ва шиллик пардаси (кесув тишлар тешиги атрофи)гача бирикади. Чап ва ўнг томон мушаклари ўзаро бирикмаганлиги сабабли танглай чодирини кўтарувчи мушаклар ҳалқаси ҳосил бўлмайди.



а) соғлом танглайда мушакларини жойлашиши б) кемтикли танглайда мушакларини жойлашиши

Ҳалқум доираси ва танглай чодирини таранглаштирувчи *m.tensor velii palatini*, одатда чодирнинг апоневрозини ташкил этади. Кемтик мавжуд бўлганда, апоневроз қисқа, буришган бўлиб, танглай суягининг горизонтал пластинкаси ва

қанотсимон ўсиқнинг медиал пластинкаси орасидаги бурчакка бирикади. Пай қисми қанотсимон суякнинг илмоғидан ўтади ва қисқарганда, эшитув найини таранглаштиради.

Танглай-ҳалқум мускули (*m.palatopharyngeus*) толалари кемтик четидаги танглай ўсиғининг оғиз бўшлиғи томондаги юзасига ва қиррасига бирикади. Танглай тил мускули (*m.palatoglossus*) толаларининг йўналиши ўзгаради. Улар олдинга силжиб, бўлиниб қолган танглай чодирига бирикиб кетади.

Танглайда туғма нуқсон мавжуд бўлганда, юмшоқ танглай ва ҳалқум мушаклари бирикмаган бўлганлиги учун юқорида баён этилган уч ҳалқа ҳосил бўлмайди. Иккига бўлинган юмшоқ танглай мушаклари қисқарганда, чодир бўлақлари юқорига кўтарилиб, оғиз ҳалқумнинг янада кенгайиб, ҳалқумни орқа девори яхшироқ кўринади.

Танглай туғма нуқсонларининг таснифи

Москва давлат медицина стоматология университети болалар стоматологияси кафедраси амалиётида танглай туғма нуқсонларини ташҳислаш ва даволаш учун қуйидаги клиник-анатомик таснифдан фойдаланилади:

Юмшоқ танглайнинг туғма кемтиклари (яширин, тўлиқ бўлмаган, тўлиқ).

Юмшоқ ва қаттиқ танглай (яширин, тўлиқ бўлмаган, тўлиқ) туғма кемтиклари.

Юмшоқ, қаттиқ танглай ва альвеоляр ўсиқнинг (бир ёки икки томонлама) тўлиқ нуқсони.

Альвеоляр ўсиқ ва танглай олд қисмининг туғма нуқсони:

а) тўлиқ бўлмаган (бир ёки икки томонлама);

б) тўлиқ (бир ёки икки томонлама).

Тошкент тиббиёт академияси болалар стоматологияси кафедрасида танглай туғма нуқсонларини ташҳислаш учун Л.Е.Фролова (1973) таснифидан фойдаланилади. Таснифга кўра, танглай туғма нуқсонлари қуйидагича бўлинган.

1а. Тилча (лак-лук)нинг яширин кемтиги.

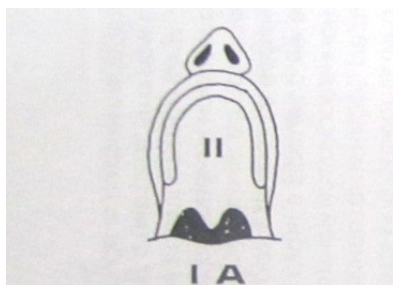
1б. Тилча (лак-лук)нинг тўлиқ кемтиги.

2а. Тилча ва юмшоқ танглай кемтиги.

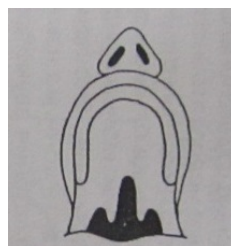
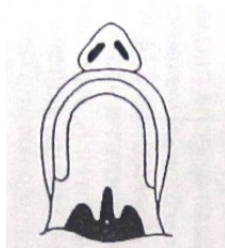
2б. Тилча, юмшоқ ва қаттиқ танглай $\frac{1}{3}$ қисмининг кемтиги.

3а. Тилча, юмшоқ ва қаттиқ танглай $\frac{1}{2}$ қисмининг кемтиги.

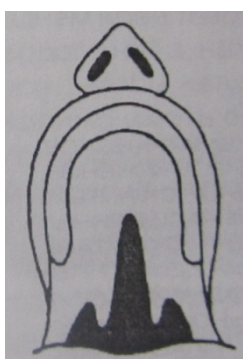
3б. Тилча, юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг кесув тешигигача давом этган кемтиги.



Тилча (лак-лук)нинг яширин (I а) ва тўлик кемтиги (I б).



Тилча, юмшоқ танглай ва танглай суяги кўндаланг пластинкасининг (II а) кемтиги; тилча, юмшоқ ва қаттиқ танглай $\frac{1}{3}$ қисмининг кемтиги (II б)



Тилча, юмшоқ ва қаттиқ танглай ($\frac{1}{2}$ қисми)нинг кесув тешигига етмаган (III а) кемтиги ва тилча, юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг кесув тешигигача бўлган (III б) кемтиги.

А.Л.Колесов, М.М.Каспарова келтирган маълумотларида танглай туғма кемтиклари юқори лаб кемтиги билан 40–47% ҳолларда бир вақтда бирга учрайди.

Л.Е.Фролова (1973) юқори лаб, альвеоляр ўсиқ ва танглайнинг бир-бирига туташувчи кемтикларини кесиб ўтувчи, деб номлаган. Улар танглайнинг бир томонида ёки икки томонида бўлиши мумкин. Л.Е.Фролова альвеоляр ўсиқдаги кемтик кенглигининг ўлчамига кўра, уларни уч даражага бўлган.

Бир томонлама лаб ва танглайнинг кесиб ўтувчи туғма нуқсониди, альвеоляр ўсиқ бўлаклари орасидаги масофа 5 мм гача бўлганда, биринчи даража, $6-12 \pm 1,4$ мм.гача иккинчи даража, $13 \pm 1,6$ мм. ва ундан кўп бўлганда эса учинчи даражада оғирликдаги нуқсон деб атаган.



I даража

II даража

III даража

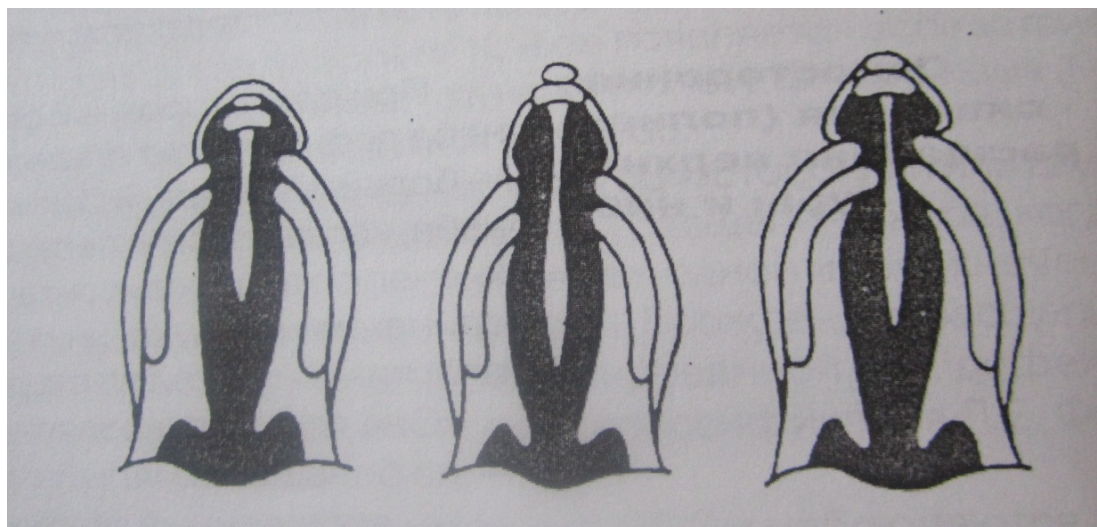
Расм . Бир томонлама лаб ва танглайни кесиб ўтувчи туғма нуқсонлар даражалари чизмаси

Икки томонлама кесиб ўтувчи туғма кемтик даражасини аниқлаш учун, Л.Е.Фролова, кесув суяк (премаксилла)ни альвеоляр ёйдан олдинга силжиши ҳамда бўлақлар ва кесув суягининг орасидаги масофани мезон қилиб олган.

Биринчи даражали икки томонлама кесиб ўтувчи туғма кемтикда, премаксилла 8–10 мм.гача олд томонга силжиган бўлиб, ён бўлақлар ва димоғ суяги орасидаги масофа 4–5 мм.ни ташкил қилади.

Иккинчи даражадаги икки томонлама кесиб ўтувчи туғма кемтикда, премаксилла (марказий бўлак) 10–15 мм.гача олдинга силжиган, ён бўлақлар ва димоғ суяги орасида 10-15 мм.масофа бўлади.

Учинчи даражадаги икки томонлама кесиб ўтувчи туғма кемтикда, премаксилла (марказий бўлак) олд томонга 16-20 мм. ва ундан кўп силжиган, ён бўлақлар эса димоғ суягига тақалиб туради.



I даража

II даража

III даража

Расм. Икки томонлама лаб ва танглайни кесиб ўтувчи туғма нуқсонлар даражалари чизмаси

Танглай туғма нуқсонлари

Шикоятлар: Ота-оналар боланинг танглайида туғма ёриқ борлиги, чақалоқ эмаолмаслиги, сўрғич ёрдамида сунъий овқатлантирилганда, аралашманинг маълум қисми бурундан қайтиб чиқиши, танглай, тилчасининг бўлинганлигига шикоят қиладилар. Танглайдаги туғма кемтик яширин бўлса, чақалоқлик даврида аниқланмаслиги мумкин, бироқ бола тилга кира бошлаганида, тўғри талаффуз қила олмайди. Эътиборли ота-оналар бола нутқининг равон эмаслигига шикоят қилишлари мумкин.

Клиник манзараси. Юз қиёфасида ўзгариш сезилмайди. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда, анатомик бузилишга оид уч белгини кузатиш мумкин:

Танглай кемтик; (дефект) мавжудлиги;

Танглай ўлчами (узуңлиги) қисқарган (қалта)лиги;

Оғиз-ҳалқум (ўрта ҳалқум)нинг кенгайганлиги.

Танглай кемтигининг шакли ва даражасига кўра клиник манзара турлича намоён бўлиши мумкин.

Яширин кемтикда, танглай чодирда сагиттал чок бўйлаб шиллик парда юпқалашганлиги ва чуқур бўлмаган “эгатчани” кўриш мумкин. Пайпаслаб, шиллик парда остида бирикмаган мушаклар, танглай суягининг кўндаланг пластинкаси ва буруннинг орқа ўткир қиррали ўсиқчасининг бир бирдан ажралганлиги, шунингдек, кемтик борлигини сезиш мумкин. Туғма нуқсони бўлган мактабгача ёшдаги болалар “а” товушини талаффуз қилганларида танглай чодирда яхши кўтарила олмай, халқумнинг орқа деворига етмай қолади.

Тўлиқ кемтикда нуқсон аниқ кўринади. Тилча ва юмшоқ танглай иккига ажралган бўлади кемтик чўққиси тилча асосида (1а, 1б); юмшоқ танглайдан ўтиб (II а) танглай горизонтал пластинкасида тугайди (II б); қаттиқ танглай кесув тешигига етмайди (III а); ёки кесув тешигигача (III б) давом этади. Кемтик четлари текис, нафас олиш ёки талаффуз қилиш вақтида юмшоқ танглай ҳаракатланиб, қисқаради. Бурун тўсиғи ўртада, танглай ўсиқларига бирикмаган ҳолда эркин туради (III а, III б).

Функционал бузилишлар—чақалоқлар ва гўдакларда ичилган суюқликнинг бурундан чиқиши — (танглай чодирининг етишмовчилиги сабабли оғиз бўшлиғидан суюқликнинг бурун бўшлиғига ўтиб кетиши) кузатилади. Бола димоғ билан гапирди (ринолалия). Танглай ва танглай тил иштирокида ҳосил бўладиган товушлари яхши талаффуз қилинмайди. Бурун бўшлиғига доимо юмшоқ овқат ва суюқликларнинг тушиши шу соҳа шиллик пардасида сурункали яллиғлаш ўчоғини юзага келтиради.

Юқори лаб ва танглайнинг бир томонлама кесиб

ўтувчи туғма кемтиклари

Шикоятлар: юқори лаб, альвеоляр ўсиқ ва танглайда нуқсон борлигига, чақалоқ кўкракни эма олмаслиги, суюқлик оғиздан оқиб кетиши, – овқат бурун бўшлиғига тикилиб қолиши ва боланинг тез-тез нафас олишига бўлади.

Клиник манзара: альвеоляр ўсиқ ва танглайнинг бир томонлама кесиб ўтувчи нуқсонда кемтик одатда юқори лабдан альвеоляр ўсиққа - биринчи–иккинчи тишлар ораси ёки иккинчи кесув тиш ўрнига, кесув тишлар суяги

(os.Incisivum) ва танглай орасидаги чокдан қаттиқ ва юмшоқ танглайга давом этади. Юқори жағ катта ва кичик бўлақларга бўлинади. Альвеоляр ўсиқдан ўтган кемтик қаттиқ танглайда кенгайиб, танглай чодирига давом этади. Юмшоқ танглай ва тилча иккига ажралган ҳолда мушаклари яхши ривожланмаган, ҳалқум доираси кенгайган, кемтик четларидаги шиллиқ парда оч пушти рангда текис бўлади. Мушаклар қисқарганда, кемтик четлари йирилиб нуқсон янада каттароқ бўлиб кўринади. Катта (соғлом) бўлақнинг альвеоляр ёйи кемтик *четида очиқдек*, ёки медиал йўналишда силжиб *торайган бўлади*. Соғлом томонда танглай ўсиғи димоғ суяги билан бириккан. Нуқсон томонда, бурун ва оғиз бўшлиқлари туташган, бурун равоқлари катталашган, кўкимтир рангда кўриниб туради.

Юқори лаб ва танглайнинг икки томонлама кесиб ўтувчи

туғма кемтиклари клиник манзараси

Юқори лаб ва танглайнинг икки томонлама кесиб ўтувчи туғма кемтикларида юқори лаб ва юқори жағ учга-икки ён ва ўрта (марказий) бўлақларга ажралади.

Премаксилла (марказий бўлақ) алоҳида анатомик тузилма (структура) сифатида кўрилади. Унинг таркибига: юқори лабнинг марказий қисми (фильтрум), димоғ суяги ва ўнга бириккан кесув тишлар суяги ва альвеоляр ўсиқ киради. Бу структура ўртада, эркин ҳолатда жойлашади ва икки ён томонлар йўналишида қимирлайди. Премаксиллада, одатда марказий курак тишлар жойлашади. Чақалоқларда бу бўлақ, ҳар хил даражадаги протрузия, олдинга чиққан ҳолатда бўлади. Л.Е.Фролова таснифида протрузия белгиси эътиборга олиниб, нуқсонларнинг 3 хил оғирлик даражаси келтирилган. Премаксилла қанчалик кучли протрузияга учраса, ён бўлақлар бир бирига шунчалик яқин келиб, юқори жағнинг кўндаланг ўлчами тораяди. Одатда лабнинг ўрта бўлаги, бурун тўсиғининг териси ва тоғай қисми яхши ривожланмаган бўлади. Айрим болаларда ўрта бўлақ ўз ўқи атрофида айланиб, бир томонга оғиб, қийшайиб қолади.

Юқори жағнинг иккала бўлагидаги танглай ўсиғи ва танглай суягининг кўндаланг (горизонтал) пластинкаси ўсиши ортда қолганлиги сабабли ўлчамлари калта бўлади.

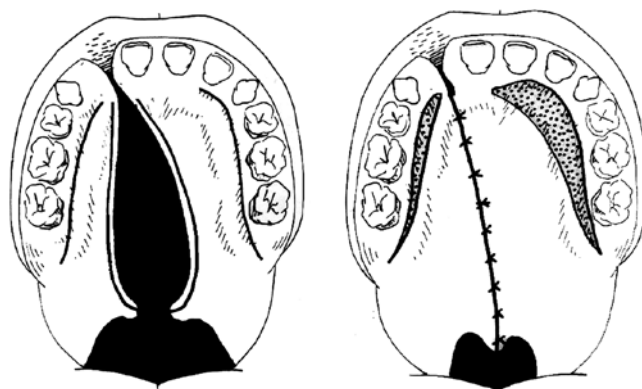
Айрим болаларда юқори жағ ва юмшоқ танглай мушаклари яхши ривожланмаганлиги туфайли микрогнатия юзага келади. Юмшоқ танглай мушаклари қисқарганда кемтик кенгроқ бўлиб кўринади, ринолалия кучайиб, боланинг нутқида тушуниб бўлмайдиган даражада манқаланиш юзага келади. Ёши катта бўлган сайин, салбий ўзгаришлар чуқурлашиб боради.

Вело ва уранопластика операцияларини ўтказиш муддатлари

Тангалайнинг туғма кемтикларини жарроҳлик усули билан даволаш маҳаллий анестезия йўлга қўйилгандан сўнг бошланган. Шу сабабли, бу операциялар катта ёшдаги беморларда ўтказилган. Анестезиология ва болалар жарроҳлиги фанларининг ривожланиши бу операцияларни ёш болаларда ўтказиш имкониятини берди. XIX асрнинг ўрталарида, қатор жарроҳлар (Швекендик 1951; Бетмен 1966; Буриан 1954, 1967; Л.Е.Фролова 1973) юмшоқ танглайнинг пластикасини бир ёшга яқин ёки бир ёшдан ўтган болаларда ўтказганлар. Бошқа гуруҳ жарроҳлар, Терновский, З.М.Нуриддинова, Ф.Д.Джуманиёзов танглайдаги операцияларни 3-4 ёшда ўтказиш тарафдори бўлганлар. Яна бошқа бир гуруҳ жарроҳлар 6-7 ёшда ўтказилган операцияларнинг жағ суягига салбий таъсири кам бўлишини таъкидлаб, шу ёшни оптимал ҳисоблаганлар. А.А. Лимберг таълимотига кўра, қаттиқ танглайда ўтказиладиган ҳар қандай жарроҳлик аралашуви, юқори жағнинг ўсишини сусайтиради. Шу сабабли, қаттиқ танглай тўқималарига аралашув билан боғлиқ операцияларни 10-12 ёшда ўтказиш афзал деб ҳисобланган.

Қатор клиникалар мутахассислари (Л.Е.Фролова, Э.У.Маҳкамов, Бессонов, Гончаков) юмшоқ танглай нуқсонларини бир ёшгача, қаттиқ танглай нуқсонларини 3—5 ёшгача бўлган муддатда жарроҳлик усули билан даволаш лозим деб ҳисоблайдилар. Ҳозирги даврда деярли барча пластик жарроҳлар фикрича танглайнинг туғма нуқсони, бола мактабга боргунига қадар баргараф

этилган бўлиши зарурдир. Шу билан бирга, операция муддати белгиланаётган вақтда, ҳар бир болага индивидуал ёндошиш керак, боланинг ривожланиши, нуқсоннинг оғирлик даражаси ҳамда операциядан сўнг ортодонтик даво ва логопедик машгулотлар олиш имконияти эътиборга олиниши лозим.



Расм. Диффенбах-Лангенбек операцияси чизмаси

Танглайда туғма нуқсон мавжуд бўлса, жағ суягининг ўсиши ортда қолади. Бу жараён жарроҳлик аралашувидан сўнг, янада секинлашади. Шу боис, барвақт ўтказилган уранопластика операциясидан кейин бир неча йил ўтиб, иккиламчи деформациялар юзага келиши мумкин. Иккиламчи деформацияларни бартараф қилиш узоқ давом этиб, қийин кечади. Операция муддатини белгилаш ўта масъулиятли тадбир бўлиб, операциядан сўнгги ортодонтик даво чораларининг таъминланиши шифокорлар диққат эътибори марказида бўлиши керак.

Бугунги кунда олимлар, танглай туғма кемтикларини икки босқичда бартараф қилишни эътироф этмоқдалар. Биринчи босқичда 8-12 ойлар, юмшоқ танглай пластикаси (велопластика) ва 18-24 ойдан сўнг, иккинчи босқичда, уранопластика операцияси ўтказилади. Танглайнинг (III б) кесиб ўтувчи тўлик туғма нуқсонларида, дастлаб ўтказилган велопластика операцияси вақтида, жарроҳлик аралашуви фақат юмшоқ танглай ва ҳалқум мушакларида ўтказилганлиги учун, юқори жағнинг ўсишига салбий таъсир этмайди, аксинча, тикланган юмшоқ танглай мушаклари, танглайнинг кўндаланг пластинкаси ўсишини тезлаштиради. 8-12 ойдан сўнг, юмшоқ ва қаттиқ танглай чегарасида кемтик ўлчамлари 2 марта қисқаради. Ҳозирги даврда танглайни тиклаш

операцияларини юмшоқ танглайда эрта - (8-12 ойлик болаларда), қаттиқ танглайда эса, 18-24 ойда ўтказишни, Россия ва Европа мамлакатлари юз-жағ соҳаси жарроҳлари маъқул курмокдалар.

Тошкент Тиббиёт Академияси болалар стоматологияси кафедрасида ҳам танглайнинг кесиб ўтувчи туғма нуқсонларини бартараф этиш икки босқичда ўтказилади. 8-14 ойларда болаларда велоластика операцияси ўтказилади. Уранопластика операциясининг муддатини аниқлашда юқори жағнинг ўсиши аҳамиятга эга. Уранопластика ўтказиш вақти вақтинча чайнов (сут) тишларнинг чиқиши билан аниқланади. Ривожланиши яхши кечаётган болаларда бу тишлар 28 ҳафтада, айримларда 30 ҳафтада чиқади. Ўрта ҳисобда 2,5 ёшда уранопластика ўтказилиши мақсадга мувофиқдир.

Юқори жағ туғма нуқсонларини жарроҳлик усуллари билан даволаш

Юқори жағ туғма нуқсонларини жарроҳлик усули билан даволаганда, танглай ва ҳалқумнинг анатомик бузилишлари бартараф этилиб, Ушбу аъзолар фаолияти тикланиши лозим. Жарроҳлар ўз олдиларига қуйидаги вазифаларни қўядилар:

Мавжуд кемтикни тўлиқ ёпиш (бартараф этиш);

Юмшоқ танглайни ҳалқумнинг орқа деворига етадиган даражада узайтириш;

Оғиз-ҳалқум доирасини торайтириш.

Танглайдаги туғма кемтикни бартараф қилиш учун, нуқсон четларидаги тўқималар кесиб, ажратиб олиниб, ўртага сурилган ва узаро тикилган. Танглай туғма нуқсонини маҳаллий тўқималар билан бартараф қилиш усули 1826 I.Diffenbach томонидан таклиф қилинган.

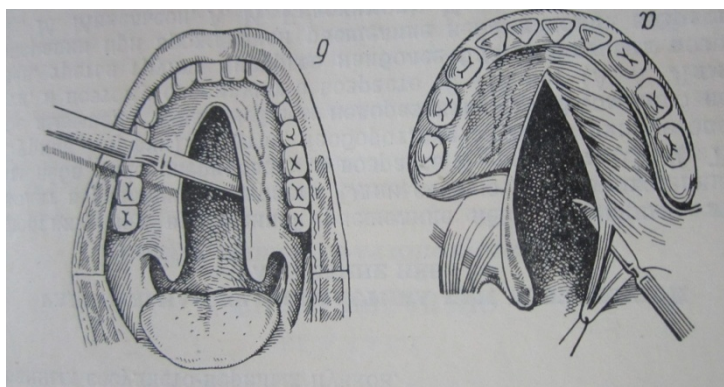
Муаллиф кемтик четларини кесиб ташлаб операцион жароҳат ҳосил қилган. Танглайда альвеоляр ўсиқ четидан 2-3 мм ташлаб, шиллиқ пардани суяккача кесиб, шиллиқ парда-суяк қобиғидан иборат тўқималар қатламини иккала томонда танглай суякларидан лахтак шаклида ажратиб олган. Юмшоқ ва

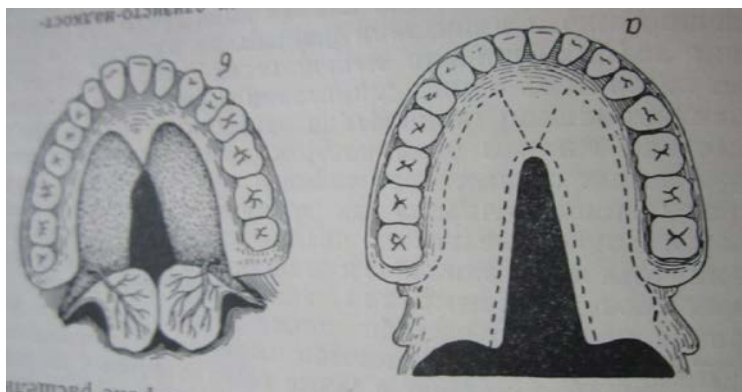
қаттиқ танглайдан ажратиб олинган икала томон лахтаклари ва танглай мушаклари бир-бири билан ўзаро тикиб қўйилган. 1861 йил В. Langenbeck бу усулни такомиллаштирган. Кўп йиллар давомида танглай кемтигини бартараф қилиш учун бу усулдан фойдаланилган. Лангенбек усули қисқарган юмшоқ танглайни узайтириш ва ҳалқум доирасини торайтириш имкониятини таъминламас эди.

Кейинроқ, Эрнст ва Галль (1915), юмшоқ танглай тўқималарини ўртага яхши сурилишини таъминлаш учун кесмани юқори жағ альвеоляр ўсиғи ортида қанот-жағ бурмасида давом этишни, шу кесмадан юмшоқ танглай мушакларини ҳалқум деворларидан ажратиб ўртага суришни таклиф қилдилар. Лангенбек таклиф қилган усулда, кесма танглайнинг олд қисмида, альвеоляр ўсиқ четидаги кесма билан туташмас эди. Яъни кўчириладиган лахтак, иккита озиклантирувчи асосда бўлган. Бундай лахтаklar билан, кесиб ўтувчи кемтикларда, танглайнинг олд қисмидаги нуқсонни ёпиб бўлмас эди.

П.П. Львов (1925-1926) лахтаklar уртага (кемтик томон) яхши сурилиши учун, (кемтик четлари ва альвеоляр ўсиқ четларида ўтказилган кесмаларни) қўшимча кесма билан бирлаштиришни таклиф қилди. Шундан сўнг, лахтаklar суякдан тўлиқ ажратилгач, улар танглайнинг олд қисмидаги нуқсонни ёпиш имконини берди. Кўчирилган лахтаklar орқага ва ўртага яхши сурилиши учун, П.П. Львов қон томир-нерв тутамини танглай каналидан чиқариб олиш мақсадида катта танглай тешигининг орқа қиррасини синдиришини таклиф қилди.

Натижада кўчирилган лахтаklarнинг озикланиши сақланган ҳолда, ҳаракатчанлиги жуда ортган.



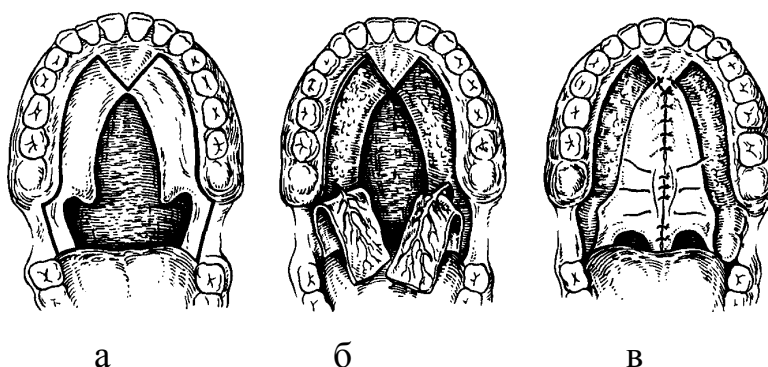


Расм. Львов бўйича шиллик парда-суяк усти пардадан иборат лахтакни кесиш чизмаси (а), лахтаклар кўчирилгандан кейинги ҳолат (б)

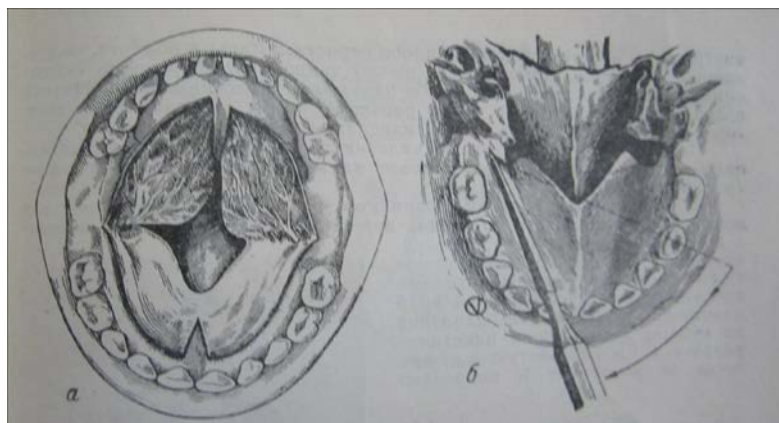
Танглай лахтаклари мобиллигининг ошиши, айниқса кенг кемтикларни баргараф этиш имкониятини яратади. Аммо, бурун шиллик пардаси узаймаганлиги учун танглайни оркага суриш (ретротранспозицияга) имконияти йўқ эди. А.А.Лимберг, бурун шиллик пардасини қаттиқ танглайдан ажратиб, уни икки томонда кўндаланг кесиб узайтиришни, таклиф қилди.

Юқорида келтирилган маълумотлар, танглай туғма кемтикларини жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари кўп йиллар давомида такомиллаштирилиб борилаётганлигидан далолат беради.

А.А.Лимберг, (1929) Лангенбек операциясини такомиллаштиришга қаратилган барча таклифларни тартибга солиб 5 босқичли радикал уранопластика операциясини таклиф қилган (расм). Шу боис бу операция Лимберг бўйича радикал уранопластика операцияси номини олган.



а-Лангенбек Эрнст Львов кесмалари чизмаси; б-лахтаклар ажратиб олинган; в-қаватма қават чоклар кўйилган ҳолат.



Расм

Бурун шиллик пардаси
танглай кўндаланг
(горизонтал) пластинкасидан

ажратилиб Лимберг бўйича кесилган

каттиқ танглай каналининг
девори Львов бўйича

синдирилган, интерламинар
остеотомияда искананинг ўрнатилиши

Радикал уранопластика босқичлари:

Қаттиқ танглайдан шиллик қават ва суяк усти пардасидан иборат лахтақларни кўчириб олиш. Кемтикнинг икки четидаги шиллик парда кесилиб, операцион яра ҳосил қилинади. Альвеоляр ўсиқни танглай юзасида, кичик кесув тишининг қаршисидаги милк (шиллик парда) суяккача кесилади. Кесма (Лангенбек бўйича) альвеоляр ўсиқ бўйлаб ретромюляр соҳагача давом этади. Альвеоляр ўсиқ четидаги кесма (кесув тешигини четлаб) кемтик четидаги операцион яра билан (П.П.Львов бўйича) туташтирилади. Ҳосил бўлган лахтақлар қаттиқ танглайдан кўчириб олинади.

Лахтақларни орқага суриш (ретротранспозиция)

а) танглай канали катта тешиги (ҳалқасининг), орқа ва ички қисмлари махсус искана билан синдирилади ва қон (иккала томон) томир нерв тутами (П.П.Львов) бўйича чиқариб олинади.

б) бурун шиллик пардаси қаттиқ танглай орқа четидан (А.А.Лимберг) бўйича юқорида кўндаланг кесилади.

Интерламинар остеотомия — Альвеоляр ўсиқ ортида қанот жағ бурмаси бўйлаб, ретромюляр соҳада (Эрнст – Галль бўйича) ўтказилган кесма орқали қанотсимон ўсиқ илмоғи топилади. Искана ёрдамида понасимон суякнинг

қанотсимон ўсиқлари иккала томон медиал пластинкалари (processus pterygoideus medialis) синдирилади. Ҳалқум доираси (ўрта қисми)ни торайтириш (мезофарингоконстрикция) мақсадида, синдирилган пластинка илмоғи (hamulus pterygoideus), унга ёпишган танглай чодирини тарангловчи мушак (m.tensor velii palatini) ва ҳалқум-танглай мушаги (m. palatopharyngeus) билан биргаликда ўрта (медиал ҳолат)га (А.А.Лимберг бўйича) сурилади.

Ҳосил бўлган бўшлиқ йодоформли дока билан (А.А.Лимберг бўйича) тўлдирилади.

Яраларга чок қўйиш (стафилоррафия). Юқоридаги операциянинг тўртта босқичдан сўнг, икки қават (бурун ва оғиз) лахтаклари ҳосил қилинади. Бу лахтаklar бўшатилади ва четлари бир бирига яқинлаштириб, уч қават чок қўйилади: дастлаб бурун шиллиқ пардасига, юмшоқ танглай мушакларига ва оғиз шиллиқ пардасига.

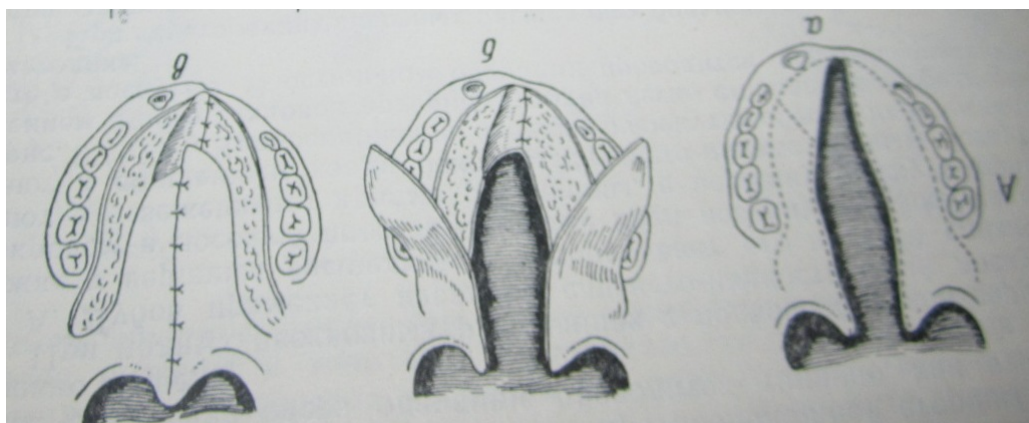
Ҳимоя пластинкасини тақиш.

Кўчирилиб ўзаро тикилган лахтаklar қаттиқ танглайга ёпишиши ва ярадан қон кетишининг олдини олиш мақсадида пластмассадан тайёрланган ҳимоя пластинкаси тақилади.

Танглай туғма нуқсонларини даволаш учун собиқ совет мамлакати худудида кўп йиллар давомида радикал уранопластика операцияси қўллаб келинди. Бу операция А.А.Лимберг томонидан 10 ёшдан ошган болаларга тавсия этилган эди. Чунки операциянинг юқори жағ ўсишига салбий таъсир этувчи (хусусан, танглайнинг катта тешиги ва понасимон суяк қанотсимон ўсиғи медиал пластинкасини синдириш) босқичлари мавжуд эди. Бу операцияни кейинчалик бир қанча муаллифлар такомиллаштирдилар. Анна шундай олимлардан Ю.И.Бернадский қатор таклифларни (Киев) киритди. Муаллиф қон томир-нерв тутамини катта танглай тешигининг орқа қиррасини синдирмай, режали равишда тайёрлаб кесишни, интерламинар остеотомиядан сўнг эса, йодоформли дока ўрнига, суяк аллотрансплантатини киритишни таклиф этди. Эрнст кесмасини ихчам ва кўндаланг (горизонтал) кесма билан алмаштирди.

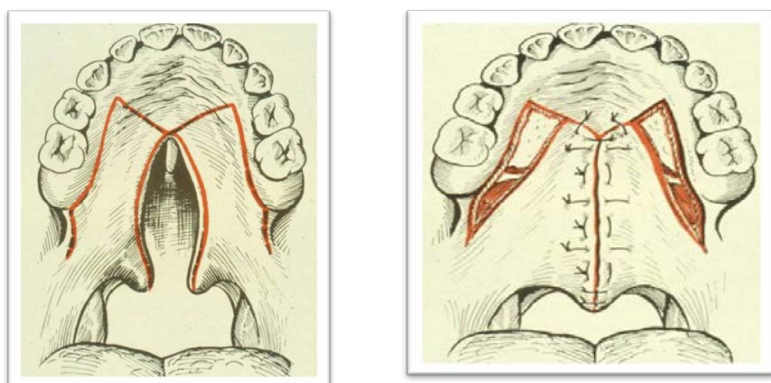
Юқори лаб ва танглайнинг бир томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсонини бартараф қилиш вақтида танглайдан кўчирилган лахтаклар орқага сурилгани (ретротранспозиция)дан сўнг, танглайнинг олд соҳасидаги нуқсонини ёпиш учун тўқималар танқислиги юзага келади.

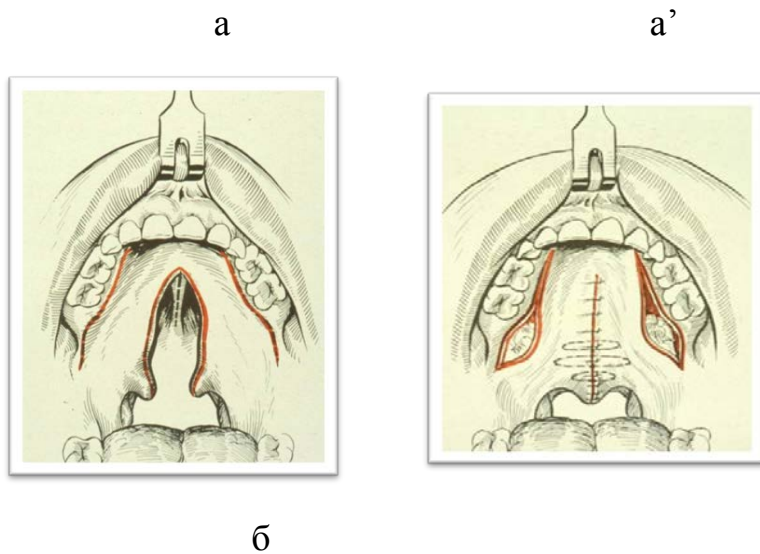
Танглайнинг тўлиқ нуқсонларини бартараф этиш учун В.И.Заусаев (1953) уранопластика операцияси вақтида катта бўлакдан учбурчак шаклидаги шиллик қават ва периостдан иборат ва озикланувчи лахатк ажратиш ва уни ағдариб, қарши томондаги операцион яра четига тикишни таклиф қилган



Расм. Танглай олд қисми кемтигини учбурчак лахтак билан ёпиш чизмаси (В.И.Заусаев ва Б.Д.Кабаков)

Оксфорд университети профессорлари W.Wardill ва Kilner (1937) қаттиқ ва юмшоқ танглай туғма нуқсонларини бартараф қилиш учун, танглайдан кўчирилган лахтакларни орқага суриб, юмшоқ танглайни узайтириш усулини таклиф қилганлар. Адабиётда бу усул Оксфорд (V-Y pushback ёки орқага суриш) палатинопластикаси номини олган. 1961 й Е.Реег бу усулни танглайнинг икки томонлама кесиб ўтувчи, туғма нуқсонини бартараф қилиш учун таклиф қилган.





Расм. қаттиқ ва юмшоқ танглайнинг кенг туғма нуқсонларини Wardill ва Kilner (1937) бўйича бартароф қилиш усулининг чизмаси (Оксфорд палатопластикаси).

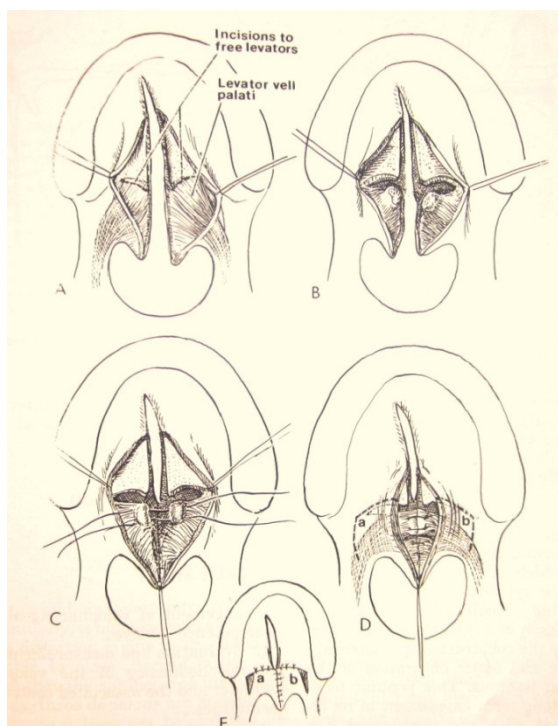
а. Лангенбек-Эрнст-Львов кесмалари

б. Лахтақлар қаттиқ танглайдан ажратилиб, ўртага сурилган ва қаватма-қават чоклар қўйилган.

а'. Димоғ суяги қиррасида ва қаттиқ танглайда кесмалар ўтказилган

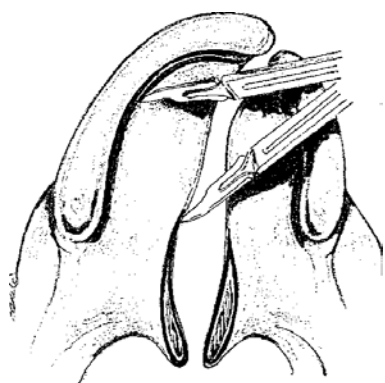
б'. Димоғ суяги ва қаттиқ танглайдан ажратилган бурун шиллик пардаси ўзаро тикилган. Оғиз шиллик пардаси ўртага сурилиб юмшоқ танглай мушакларига қўшиб тикилган.

F.Braithwaite (1968) юмшоқ танглайни узайтириш учун, танглай чодирини кўтарувчи мушакларни (*m.levator velii palatini*) ажратиб, «учма-уч» тикишни таклиф қилган. Адабиётда бу усул “*intravelar veloplasty*” номи билан юритилади.

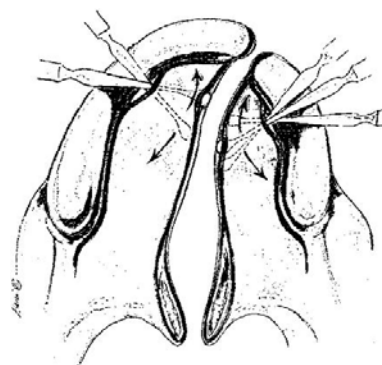


Расм. F.Braithwaite (1968) бўйича (intravelar veloplasty) велоластика операцияси чизмаси: (а) кемтикнинг икки томон четлари кесилиб, оғиз шиллик пардаси юмшок ва қисман қаттиқ танглайдан ажратилган. Танглай чодирини кўтарувчи мушак (m.levator velii palatini) танглай апоневрозига бириккан соҳада кесилган, (б) m.levator velii palatini ажратиб олинган, (в-г) Иккала томонда бурун шиллик пардасидан ажратилиб, ўртага ва орқага сурилган танглай чодирини кўтарувчи мушаклар ўзаро “учма-уч”, тикилган; оғиз шиллик пардаси қатламида яримовал кесмалар ўтказилиб (а,б), ҳосил қилинган лахтақларга, (д) чоклар кўйилган.

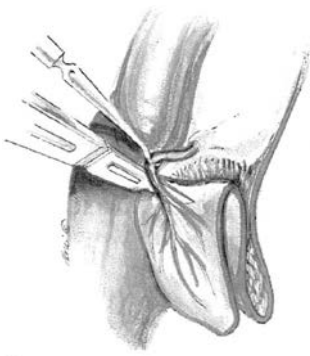
Вардач усули бўйича уранопластика босқичлари



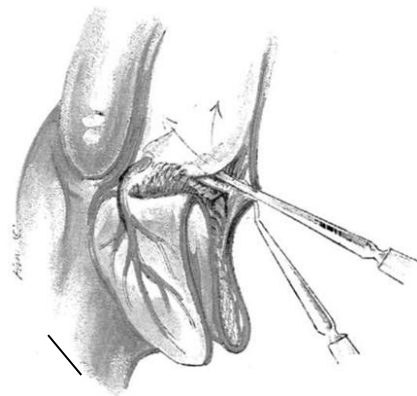
а) Кемтик четлари ва қаттиқ танглайда альвеоляр ўсиқ ёнида кесмалар ўтказилиши



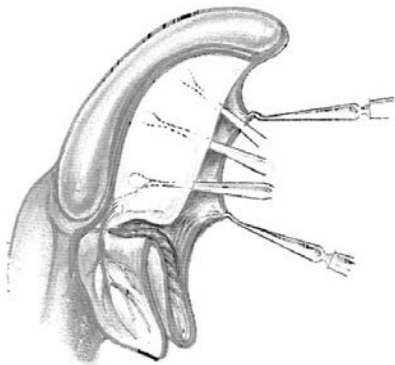
б) Қаттиқ танглайдан лахтақлар кўчириб олиш



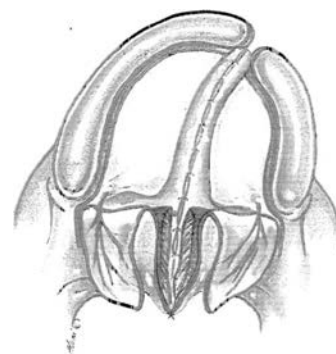
в) кон томир нерв тутамини лахтақдан ажратиш



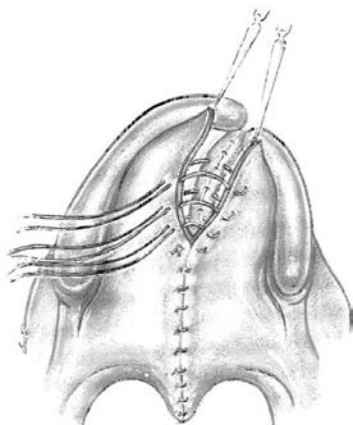
г) танглай кўндаланг пластинкасидан бурун шиллик пардасидан ажратиб мушак билан кесиш



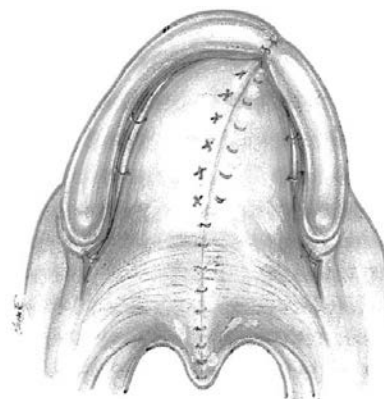
д) бурун шиллик пардасини танглай ўсиғидан ажратиш



е) бурун шиллик пардаси ва юмшоқ танглай мушакларига ағдарма чок кўйиш

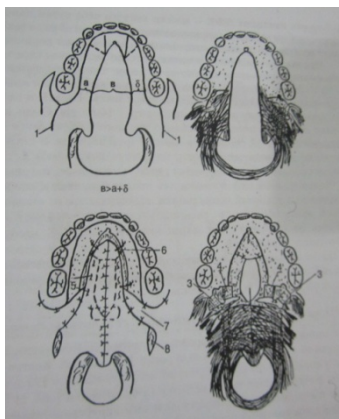


ё) тилча ва юмшоқ танглай мушаклари шиллик пардасига тугунли чоклар, қаттиқ танглайдан кўчирилган лахтақлар бурун шиллик пардасига қўшиб қавик чоклар билан тикилиши



ж) альвеоляр ўсиқдан тилча учигача чоклар кўйилгандан кейинги ҳолат

Давыдов Б.Н. (2000) танглайда тугма нуқсон мавжуд бўлганда қаттиқ танглай қисқариши (калталашиши)ни эътироф этиб, уранопластика вақтида, уни узайтириш учун танглай суягининг кўндаланг (горизонтал) пластинкаси ва танглай катта тешигини синдириш ҳамда интерламинар остеотомия ўтказишни таклиф қилган. Синдирилган суякларга бириккан юмшоқ танглай ва ҳалқум ён деворлари мушаклари орқага ва ўртага (медиал) равишда сурилганда, танглай узаяди ва ҳалқум ҳалқаси тораяди. Суяклар (ўртага ва орқага сурилганидан сўнг) орасида ҳосил бўлган тирқишларга аллотрансплантат киритилади.



Расм. Давыдов усули бўйича танглай нуқсонини аллотрансплантат ёрдамида тиклаш

А. Кемтик четлари (1) ва танглайда ўтказиладиган Лангенбек-Эрнст-Львов кесмалари (2) ўтказилиб, кемтик чўққисидаги нуқсонни ёпиш учун танглайдан лахтак кўчирилиб кемтикка ағдарилади(3). Икки томонда ретромоляр соҳа ва юқори жағ бўртмаси устида учбурчак шаклида шиллиқ парда лахтаги кесиб олинади(4). Танглай ўсиғининг оғиз ва бурун юзаси шиллиқ пардаси суяк қобиғи билан ажратилади. Танглай чодирини кўтарувчи мушак (*m.levator veli palatini*) ва танглай-ҳалқум мушаги (*m.palatopharyngeus*) танглай суякларидан ажратилади(5). Қон томир-нерв тутами бўшатилиб, танглайнинг катта (*canalis palatinus major*) каналидан бир оз тортиб чиқарилади. Сўнг махсус ўткир искана билан танглайнинг кўндаланг пластинкаси синдирилади (6) ва остеотом ёрдамида интерламинар остетомия бажарилади (7). Қанотсимон ўсиқнинг синдирилган медиал пластинкаси, қанот-танглай қаноти девори ва танглай суягининг кўндаланг пластинкаси (8), уларга бириккан *m.tensor veli palatini* (9), ҳалқумнинг юқориги

қисувчи (*m.constrictor pharyngis superior*) мускули (10) ва танглай-ҳалқум мушаги айлана толалари (11) ўртага сурилади. Натижада суяк бўлаклари ва қон-томир нерв тутами ўртага ва орқага қийинчиликсиз сурилади. Юмшоқ танглай ҳалқумнинг орқа деворига тегадиган даражада сурилмаса, танглайнинг олд қисмида бурун шиллиқ пардаси кўндаланг кесилади (12). Юмшоқ танглай мушаклари шиллиқ пардадан ажратилади. Тилча асосида танглай-тил (*m.palatoglossus*) мушаги ажратилади (13). Танглай ҳалқум мушагини топиб танглай ҳалқум равоғи йўналиши бўйлаб шиллиқ пардада 5-10мм кесма ўтказилиб (14) мушаклар ажратилади.

Танглай-тил, танглай-ҳалқум мушаклари ўзаро учма-уч тикилиб, танглай равоқлари тикланади. Танглай чодирини кўтарувчи мушакларга «қавиқ» чоки қўйилади (16). Оғиз шиллиқ пардаси (ажратилган лахтаклар)ни тикишдан аввал юқори жағ дўмбоғи (*tuber maxilla*) ва (иккала томон) қанотсимон суяклар медиал пластинкалари орасига, пона шаклида, кемтик ўлчамидан биров каттароқ суяк трансплантати киритилади (17). Танглай кемтигини тўлдириш учун, танглайнинг кўндаланг пластинкалари ва танглай ўсиқлари орасига кемтик шаклига мос суяк трансплантати ўрнатилади. Трансплантат биринчи ва иккинчи моляр тишлар қаршисигача етиб, танглай ўсиқлариаро сиқилиб жойлашади. Сўнг танглайдан кўчирилган лахтакларга чоклар қўйилади. Танглай олд қисмидан кўчириб, ағдарилган лахтак бурун тубига ўрнатиб тикилади. Ретромолляр соҳадаги очиқ яра, ўтув бурмасидан олинган учбурчак шаклидаги лахтак билан ёпилади(19). Ярага йодоформли дока қўйилиб, химояловчи пластинка тақилади.

ТТА болалар стоматологияси кафедраси (клиникаси)да ҳам танглайнинг кесиб ўтувчи туғма нуқсонларини жарроҳлик усули билан даволаш икки босқичда ўтказилади. 8-14 ойларда болага велоластика амалга оширилади. Уранопластика операциясини ўтказиш муддатини аниқлашда юқори жағнинг ўсишига аҳамият берилади, Шунингдек одатда вақтинчалик чайнов тишларининг чиқиш вақти билан белгиланади. Ривожланиш яхши кечаётган болаларда бу тишлар 28 ойда, айримларда 30 ойда чиқади. Ўрта ҳисобда, уранопластика 2,5 ёшда ўтказилади.

Дастлаб чок тилчанинг уч қисмига қўйилади. Сўнг юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг бурун шиллиқ пардасига ағдарма (сўрилиб кетувчи VICRIL, кетгут каби) чоклар қўйилади. Мушаклар тилчадан бошлаб тикилади.

Юқорида келтирилган операциялар болалар мактаб (6-10) ёшида бўлган вақтда ўтказилган. Қатор муаллифлар суяк ўсишига салбий таъсир этувчи босқичлар (интерламинар остеотомия, танглайнинг катта канали тешигини синдириш)нинг бажарилиши шарт эмас деган фикрда бўлганлар. Улар кичик ёшдаги (6-12 ойгача) болаларда, операцияни фақат юмшоқ танглайда ўтказишни таклиф қилганлар. Муаллифлар, барвақт тикланган юмшоқ танглай, юқори жағнинг танглай ўсиқлари нормал ўсиши, бўлақлар орасидаги нуқсоннинг қисқариши, ютқин доирасининг торайишига олиб келишини ва танглай чодирини ҳосил қилинганлиги учун болада нутқ яхши ривожланишини эътироф этганлар.

Ватанимиз ва Европа мамлакатлари, ҳамда Россия мутахассисларининг аксарияти юқори лаб ва танглай туғма нуқсонларини икки босқичда бартараф қилишни эътироф этмоқдалар. Бунга сабаб, юмшоқ танглайда эрта муддатларда ўтказилган велоластика юқори жағ суякларининг ўсишига салбий таъсир кўрсатмаслигидир.

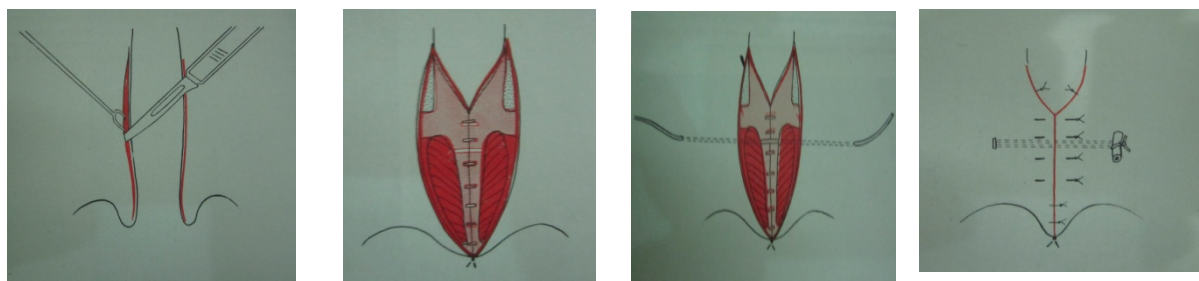
Ҳозирги даврда, танглай туғма кемтикларини даволашнинг биринчи босқичи, юмшоқ танглай пластикаси (велоластика) 6-12 ойларда; 18-24 ойдан сўнг иккинчи уранопластика босқичи ўтказилмоқда. Танглайнинг тўлиқ (ШБ) ва кесиб ўтувчи туғма нуқсонларида, дастлаб ўтказилган велоластика вақтида, фақат юмшоқ танглай ва ҳалқум мушакларида жарроҳлик аралашуви ўтказилганлиги юқори жағнинг ўсишига салбий таъсир этмайди, аксинча тикланган юмшоқ танглай мушаклари танглайнинг кўндаланг пластинкаси ўсишини тезлаштиради. Операциядан кейин 8-12 ойдан сўнг, юмшоқ ва қаттиқ танглай чегарасида кемтикнинг ўлчами 2 марта қисқаради. Изланишлар ва кузатувлар натижаларига кўра, юмшоқ танглай пластикасини 8-12 ойлик болаларда, уранопластика операциясини 18-24 ойларда ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Имконият қадар жағнинг ўсиш зоналарига шикаст етказмаслик керак. Бу мақсадга эришиш учун Швекендик (1951) танглай нуқсонларини икки босқичда бартараф қилиш усулини таклиф қилган.

Швекендик (Schweekendich) усулидаги велоластика операцияси кичик ёшдаги болаларда бажарилади. *Операция техникаси:*

Кемтик четларида танглайнинг кўндаланг (горизонтал) пластинкасидан бошлаб, юмшоқ танглай ва тилча учигача кесма ўтказилади. Буруннинг орқа ўткир ўсиқчаси (spina nasalis posterior) топилиб, ундан ва танглай кўндаланг пластинкаси оғиз ва бурун юзаларидан, шиллик парда ва юмшоқ танглай мушаклари ажратилади. Бурун шиллик пардасига тескари (ағдарма) кетгуч чоклар қўйилади. Мушакларга (эриб) сурилиб кетувчи оғиз бўшлиғи шиллик пардасига нейлон ёки капрон (қавик) чоклар қўйилади. Қаттиқ ва юмшоқ танглай чегарасидаги яра қисман очиқ (чоксиз) қолдирилади. Сут тишлар чиққанидан сўнг ураноластика операцияси ўтказилади.

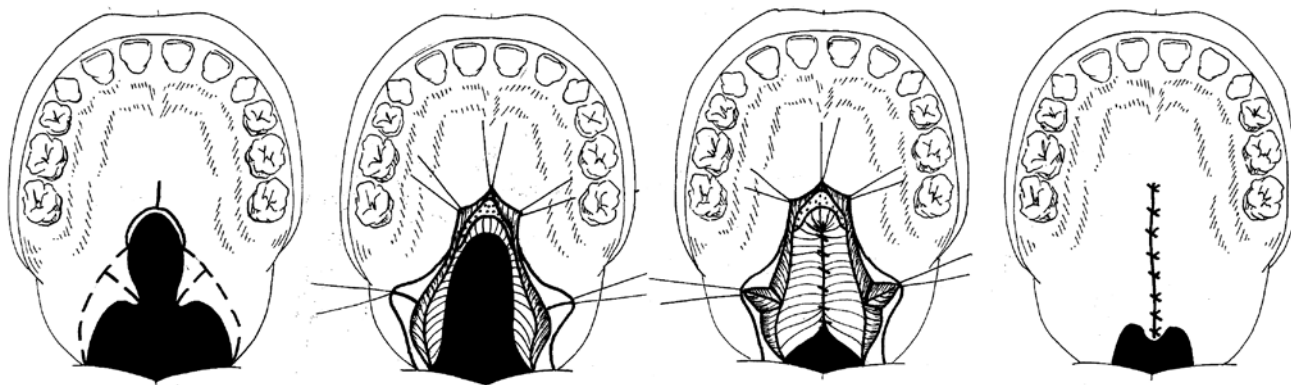
Швекендик бўйича велоластика операциясида юмшоқ танглайни узайтириш ва ҳалқумни торайтириш кўзда тутилмаган.



Расм. Швекендик усули бўйича велоластика операцияси чизмаси: (а) кемтик четларида кесмалар ўтказилган, (б) бурун шиллик каватига ағдарма чоклар қўйилган, (в) “қавик” чокнинг қўйилиши, (г) оғиз шиллик кавати тикилган

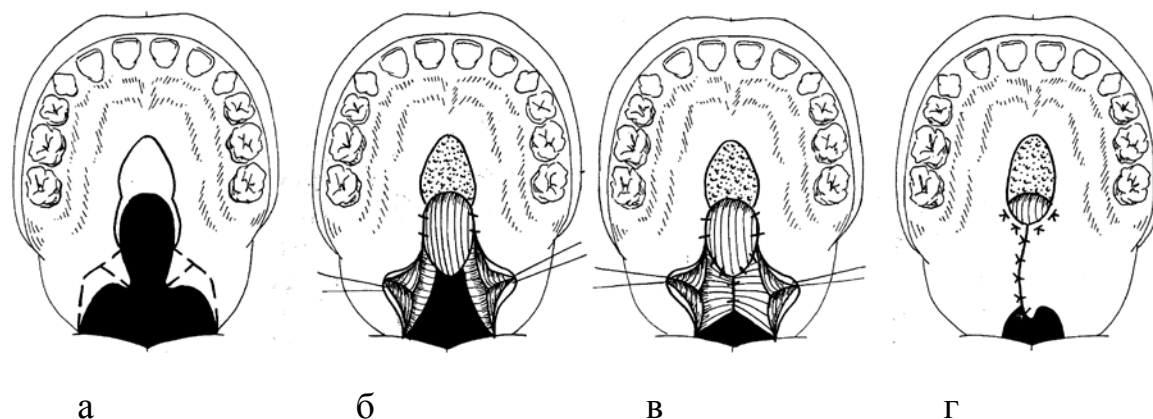
Фролова Л.Е. (1972) юмшоқ танглайни узайтириш ва ҳалқумни ҳалқасини торайтиришнинг янги усулини таклиф қилган. Бу усул кичик ёшдаги (6 ойдан ошган) болаларда бажарилади. Юмшоқ танглайни узайтириш учун, танглай-ҳалқум равоғи орти, ҳалқумнинг ён деворида кесма ўтказилиб, тўқималар ўтмас усул билан оғиз ва бурун қатламларига ажратилади: оғиз қатлами таркибига оғиз

шиллик пардаси ва танглай-ҳалқум мушаги толалари, бурун қатламига бурун шиллик пардаси ва танглай-ҳалқум мушагининг қолган толалари киради. Дастлаб, бурун шиллик пардасига ағдарма чоклар қўйилади. Юмшоқ танглай ва ҳалқум мушаклари сўрилиб кетувчи иплар билан тикилади. Сўнг тилча асосидан учигача кесилиб, оғиз шиллик пардасига чоклар қўйилади.



Расм. Л.Е.Фролова усули бўйича оғиз –ҳалқум доирасини торайтириш йўли билан ўтказиладиган велоластика операцияси чизмаси: (а) нуқсон четлари ва ҳалқум ён деворларида ўтказиладиган кесмалар, (б) оғиз ва бурун шиллик пардалари ажратилган, (в) бурун шиллик пардаси ва мушак тикилган, тилчада кўндаланг кесмалар ўтказилган, (г) оғиз шиллик пардасига чоклар қўйилгандан кейинги ҳолат.

Юмшоқ танглай кемтиги кенг бўлган ҳолларда, Л.Е.Фролова усули бўйича велоластика ўтказиш вақтида бурун-ҳалқум лахтақларига чоклар қўйиб, тўқималар таранг тортилади. Шу тарангликни камайтириш мақсадида, Э.У.Махкамов Л.Е.Фролова (1981), қаттиқ танглайнинг кемтик чўққисидан юқори қисмида, тилсимон лахтақ ажратиб олиб, бурун шиллик пардасига тикишнинг бир неча усулини таклиф қилганлар



а

б

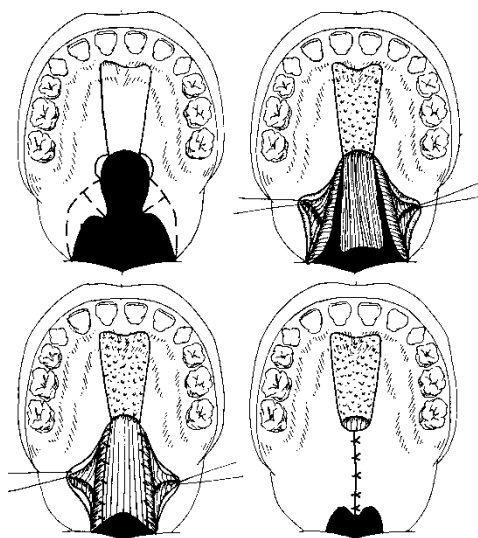
в

г

Расм. Юмшоқ танглайнинг кенг нуқсонини, қаттиқ танглайдан тилсимон лахтакни ағдариб, ютқинни торайтириш билан ўтказиладиган велоластика (Э.У.Махкамов Л.Е.Фролова 1981)

а.Танглай ва ҳалқум ён деворларида ўтказиладиган кесмалар чизмаси; б.Қаттиқ танглайдан ағдарилган тилсимон лахтакка чоклар қўйилиши; в.Юмшоқ танглай ва бурун ҳалқум шиллик пардасига чоклар қўйилган; г.Оғиз шиллик пардасига чоклар қўйилган

Танглайнинг туғма кемтиги кенг бўлган ҳолларда, қаттиқ танглайдан шунингдек, трапеция шаклида шиллик парда лахтаги ҳам кўчирилиб, бурун ҳалқум лахтаклири четига тикилади. (Э.У.Махкамов Л.Е.Фролова 1981)



Расм.

а) кесмалар чизмаси

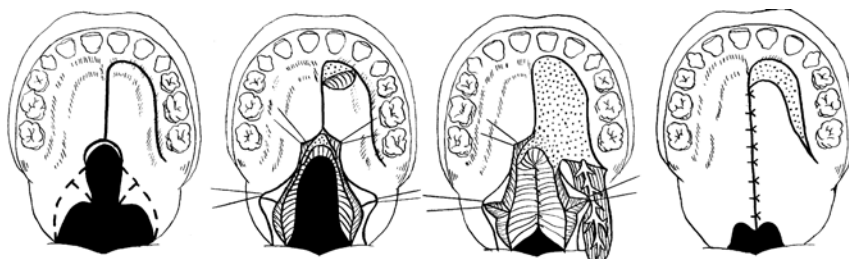
б) лахтаклар ажратилган ҳолат

в) бурун ҳалқум лахтаги ва трапеция шаклида қаттиқ танглайдан ағдарилган лахтакка ағдарма чоклар қўйилган

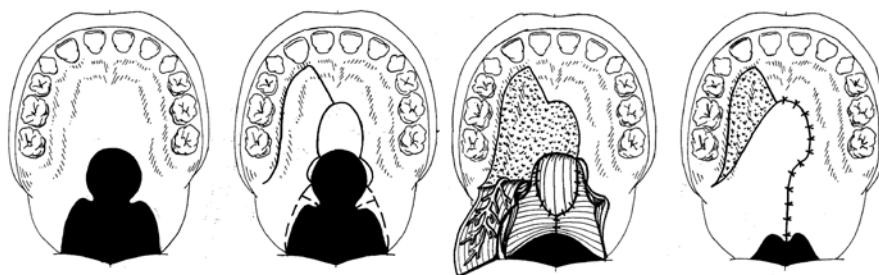
г) юмшоқ танглай (оғиз шиллик қавати)га чоклар қўйилган

Қаттиқ танглайдан лахтак ажратиб олиниб ағдарилганидан сўнг, суякда ҳосил бўлган ярани ёпиш учун Э.У.Махкамов томонидан бир неча усуллар таклиф қилинган.

Танглай нуқсонларини бартараф этишда қўлланилиши мумкин бўлган услублар:

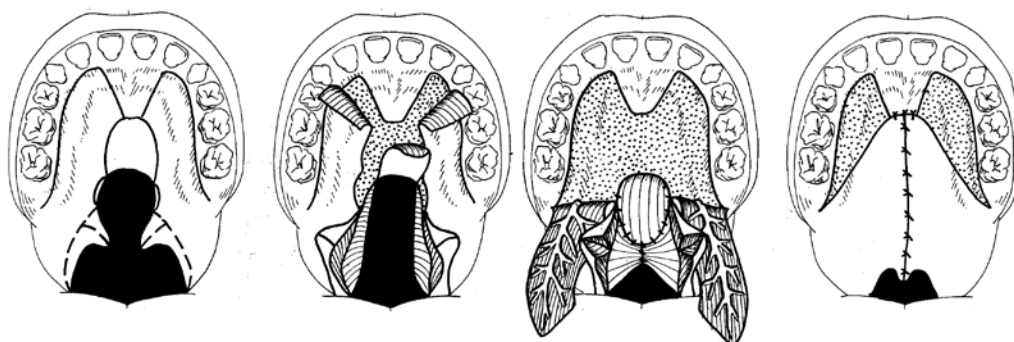


Расм. Ҳалқумни ҳалқасини торайтириш билан ўтказиладиган велоластикада нуқсонни бир томондан кўчирилган лахтакни текислик бўйича суриб ёпиш усули



Расм. Ҳалқумни торайтириш билан ўтказиладиган велоластикада, нуқсонни танглайнинг ўртаси ва бир томонидан кўчирилган, икки лахтак билан ёпиш усули

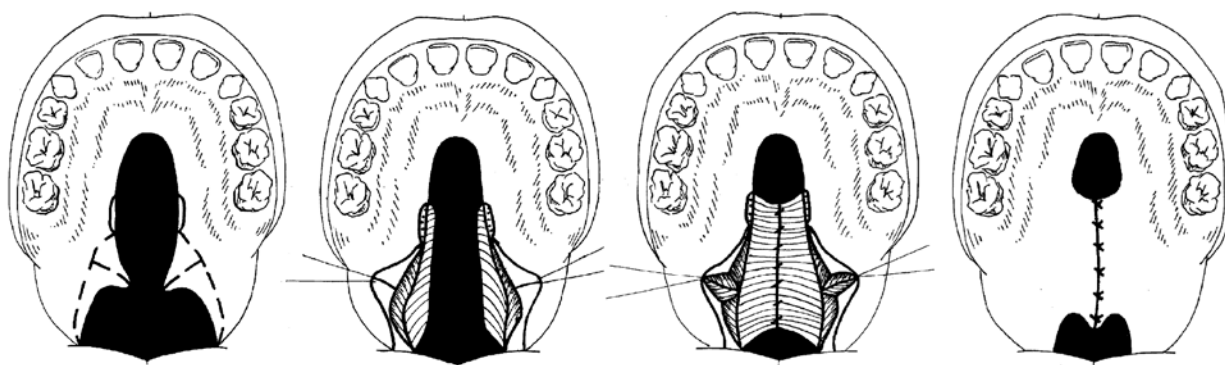
Юмшоқ ва қаттиқ танглай кемтиги кенг бўлса, танглай ўртасидан кенг тилсимон лахтак кўчирилиб, бурун шиллиқ пардасига тикилди, танглайда ҳосил бўлган ярани ёпиш учун эса, иккала томондан лахтаклар кўчириб олиш зарур бўлади. Ана шундай вазиятда Э.У.Махкамов Л.Е.Фролова (1981) усулидан фойдаланиш мумкин



Расм. Э.У.Махкамов Л.Е.Фролова (1981) усули бўйича, танглай ўртаси ва икки ёнидан лахтаклар кўчириш ва ҳалқумни торайтириш билан ўтказиладиган уранопластика чизмаси

Қаттиқ танглайдан лахтаклар – суяк қобиғи билан кўчирилиши лозимлиги боис бу операцияни 5-6 ёшдаги болаларда ўтказиш тавсия этилади.

Л.Е.Фролова юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг (Ша Шб) кемтикларини икки босқичда бажаришни таклиф қилган. 6-8 ойда юмшоқ танглай пластикаси оғиз-ҳалқумни торайтириш усули билан ўтказилади. Сут тишлари тўлиқ чиққанидан сўнг, қаттиқ танглайдаги нуқсон бартараф этилади.

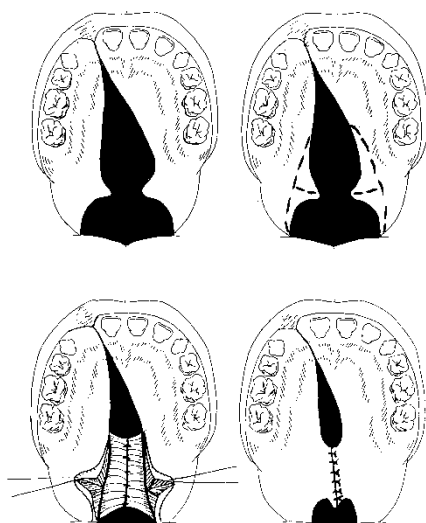


а б в г

Расм. Юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг (Ша Шб) кемтигини Л.Е.Фролова усули бўйича бартараф қилишнинг биринчи босқичи чизмаси

ТТА болалар стоматологияси кафедраси (клиникаси)да ҳам танглайнинг кесиб ўтувчи туғма нуқсонларини жарроҳлик усули билан даволаш икки босқичда ўтказилади. 8-14 ойларда болага велоластика амалга оширилади. Уранопластика операциясини ўтказиш муддатини аниқлашда юқори жағнинг ўсишига аҳамият берилади, Шунингдек одатда вақтинчалик чайнов тишларининг чиқиш вақти билан белгиланади. Ривожланиш яхши кечаётган болаларда бу тишлар 28 ойда, айримларда 30 ойда чиқади. Ўрта ҳисобда, уранопластика 2,5 ёшда ўтказилади.

ТТА болалар стоматологияси кафедрасида юқори лаб ва танглайнинг кесиб ўтувчи туғма нуқсонларини жарроҳлик усули билан даволашда Л.Е.Фролова Э.У.Махкамов, Мамедов-Фролова, Бардах усуллари кўп йиллар давомида қўлланилиб келинмоқда.

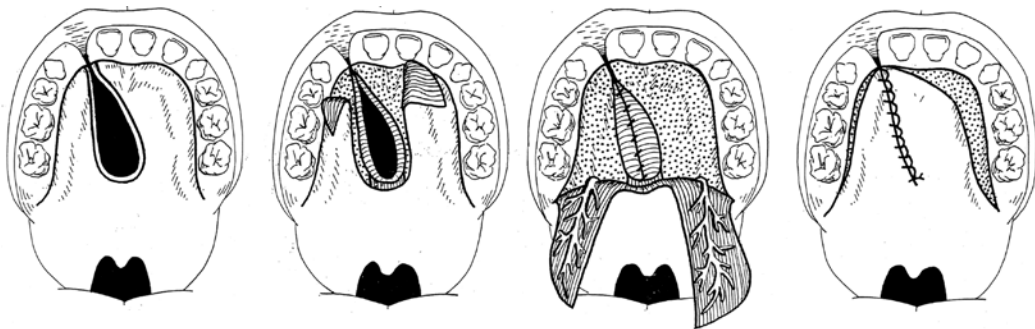


Расм. Танглайнинг бир томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсони Л.Е.Фролова усули бўйича бартараф қилиш I босқичида ўтказиладиган велоластика операцияси чизмаси.

а-юқори лаб ва танглайни кесиб ўтувчи туғма кемтик чизмаси. Чизмада юмшоқ танглай қисқарган, ҳалқум доираси кенгайган; б-кемтик четлари ва ҳалқумнинг ён деворларида ўтказиладиган кесмалар чизмаси; в-юмшоқ танглай ҳалқум мушаклари ва бурун шиллиқ пардасига чоклар қўйилган; г-юмшоқ танглай мушаклари ва оғиз шиллиқ каватига чоклар қўйилган –

юмшоқ танглай узайтирилган ва ҳалқум доираси торайтирилган.

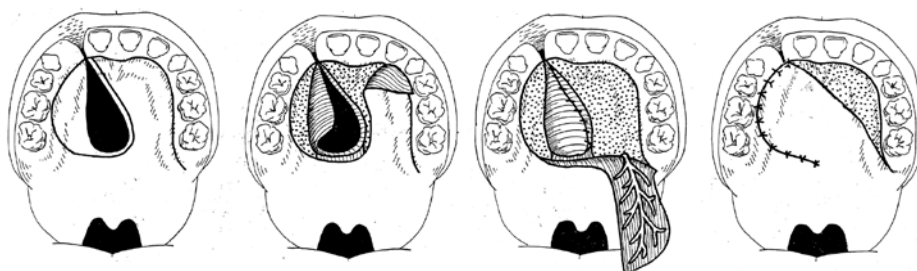
Велоластикадан сўнг, сут (одатда V IV IV V) тишлар тўлиқ чиққанидан кейин уранопластика ўтказилади. Юмшоқ танглай мушаклари фаолияти тикланганидан сўнг қаттиқ танглайдаги кемтик торая бошлайди. Нуқсоннинг ўлчамлари этиборга олиниб, мақбўл уранопластика услуби танланади. Қаттиқ танглайдаги кемтик кенг бўлган ҳолларда Л.Е.Фролова услуби маъқул келади. (Расм)



Расм. Танглайнинг бир томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсонини Л.Е.Фролова усули бўйича ўтказилган велоластикадан сўнгги ҳолат ва шу муаллиф усулида уранопластика чизмаси

а-кемтик четларидан 3-4 мм. милкдан 2-3 мм. ташлаб юкори жағнинг иккала бўлаги шиллик қаватида суяккача кесма ўтказилган; б- лахтаклар қаттиқ танглайдан кўчириб олинган; в-бурун шиллик пардаси ажратилиб, ағдарма чок кўйилган; г-қаттиқ танглайдан кўчирилган лахтаклар ўртага сурилиб, чоклар билан бирлаштирилган.

Велоластика 6-12 ойлик болаларда ўтказилганда, 2-2,5 ёшга келиб, қаттиқ танглайдаги нуқсон 2 мартагача торайиши мумкин. Шу сабабли, қаттиқ танглайдан катта лахтак кўчиришга эҳтиёж қолмайди. Э.У.Махкамов (1981) қаттиқ танглай нуқсонларини ёпишнинг бир неча усулларини таклиф қилган.



а

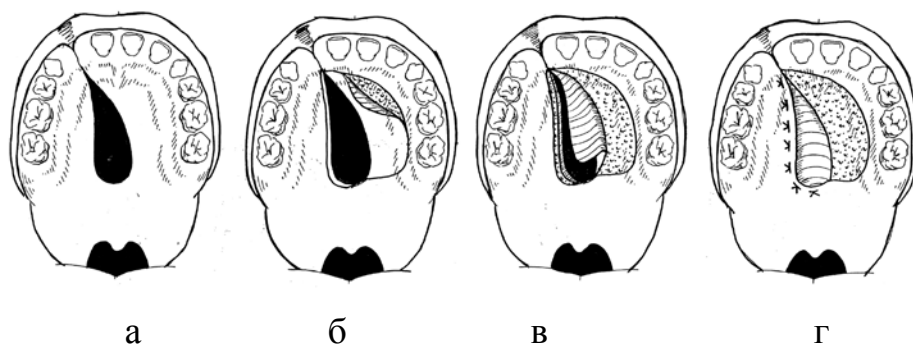
б

в

г

Расм. қаттиқ танглай нуқсонини велоластикадан кейин Э.У.Махкамов усули бўйича катта бўлакдан олинган лахтак ёрдамида бартараф қилиш усули чизмаси. а-бўлақларда ўтказиладиган кесмалар чизмаси; б- кичик лахтак қаттиқ танглайдан кўчирилган; в-кўчирилган лахтак қарши томондаги яра (бурун шиллик қавати)га тикилган; г-катта бўлакдан кўчирилган лахтак қарши томонга суриб, яра четига тикилган.

Велоластикадан 1-1,5 йилдан сўнг, айрим болаларда кемтикнинг кенглиги 0,5-0,7 см гача торайиб қолади. Бундай ҳолатларда, танглайдаги нуқсонни Э.У.Махкамов бир қават тўқима билан ёпишни таклиф қилган.

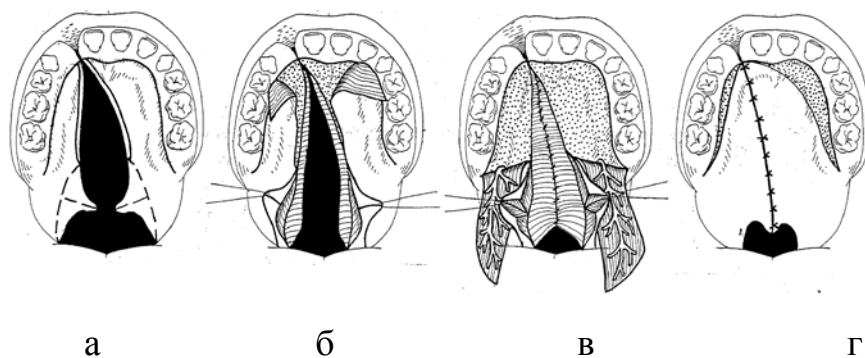


Расм. қаттиқ танглай нуқсонини, велоластикадан кейин, Э.У.Махкамов усули бўйича катта бўлакдан олинган бир қаватли лахтак билан бартараф қилиш усули чизмаси

а- велоластикадан сўнгги қаттиқ танглайнинг торайган кемтиги; б-кичик бўлақда кемтик четидан 2-3 мм ташлаб, суяккача кесма ўтказилган, катта бўлақда лахтак конверт шаклида кўчирилган;

в-кўчирилган лахтакнинг шиллик парда юзаси бурун бўшлиғи томон ағдарилган; г-ағдарилган лахтак, кичик бўлак четигаги шиллик парда-суяк қобиғи остига киритилиб, қавик чоклар билан тикилди. Очик ярада йодоформли дока қолдирилди.

Турли сабабларга кўра, 3-4 ёшгача бўлган болаларда юқори лаб ва танглайнинг бир томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсонлари (велоластика ўтказилмаган) умуман даволанмаган бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда, ТГА болалар стоматологияси кафедрасида, юмшоқ ва қаттиқ танглайни кесиб ўтувчи туғма нуқсонларини Л.Е.Фролова усули бўйича бир босқичда бартараф қилиш йўлга қўйилган.



Расм. юқори лаб ва танглайнинг бир томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсонларини Л.Е.Фролова усули бўйича (1972) оғиз-ҳалқум ҳалқасини торайтириш билан даволаш учун ўтказиладиган уранопластика операцияси чизмаси

Клиникамизда бу усулдан кўп йиллар давомида фойдаланиб келинганлиги ва илмий ишлар қайд қилинганлигини инобатга олиб, операция босқичларини батафсил ёритишни лозим топдик.

Л.Е.Фролова усули бўйича уранопластика операцияси босқичлари:

1. Оғизни кенгайтирувчи мосламани ўрнатиш
2. Оғиз бўшлиғи ва операция майдонига антисептиклар билан ишлов бериш
3. Ярадан қон кетишини камайтириш мақсадида вазоконстрикторли эритма билан юмшоқ тўқималарни инфильтрация қилиш
4. Бўлинган тилча асосларидан капрон ип ўтказиб, (оғиз ҳалқум равоғи ва ҳалқум ён деворини яхши кўра олиш учун) ён томонларга осилтириб қўйиш.
5. Кесмалар ўтказиш
 - кемтик четларидан юмшоқ танглайнинг ўртасигача ўтказилиб, қиялаб юмшоқ танглайнинг бурун-ҳалқум юзасидан ҳалқум ён девори оғиз ҳалқум равоғи ортида, равоқни ярмигарча ўтказилади. Яра ўтмас усулда кенгайтирилади, оғиз, оғиз ҳалқум (бурун) шиллик – мушак қатламларга ажратилади. Бўлинган тилча асосидан чўққисигача шиллик парда ва *m.uvulae* кесилиб яра ҳосил қилинади.

Қаттиқ танглайла Лангенбек - Эрнст – Львов кесмалари ўтказилиб, иккита шиллик – периостли лахтақлар шакллантирилиб суюқдан ажратилади. Уларга келадиган қон томир нерв тутами 1,0 - 1,5 см. узунликда ажратилади.

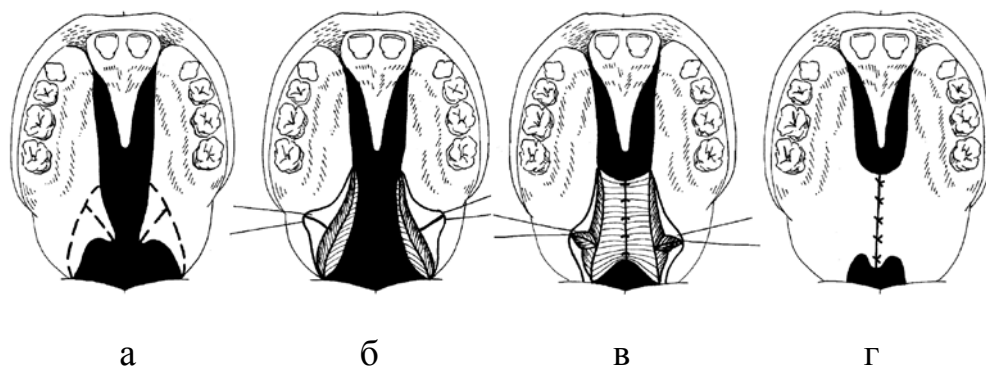
Бурун шиллик пардаси ажратилади. Қанотсимон ўсиқлар илмоғига ёпишган, танглай чодирини таранглаштирувчи мушак ўз жойида кесилади. Танглай ҳалқум мушаклар қанотсимон ўсиқнинг медиал пластинкасидан ажратилади. Мушаклар йўналишда медиал силжитилади.

6.Чоклар қўйиш. Дастлаб, каттиқ танглайдан ажратилган бурун шиллик пардасига бурун-ҳалқум шиллик парда – мушак қатламига ағдарма чоклар қўйилади. Кейин эса, юмшоқ танглай мушаклари ва оғиз шиллик пардасига. Операцион яралар кон қуйқаларидан тозаланиб, антисептиклар эритмалари билан ювилади. Очиқ ярада йодоформли дока қолдирилиб химояловчи пластинка тақилади.

Юқори лаб ва танглайни икки томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсонларини жарроҳлик усули билан даволаш.

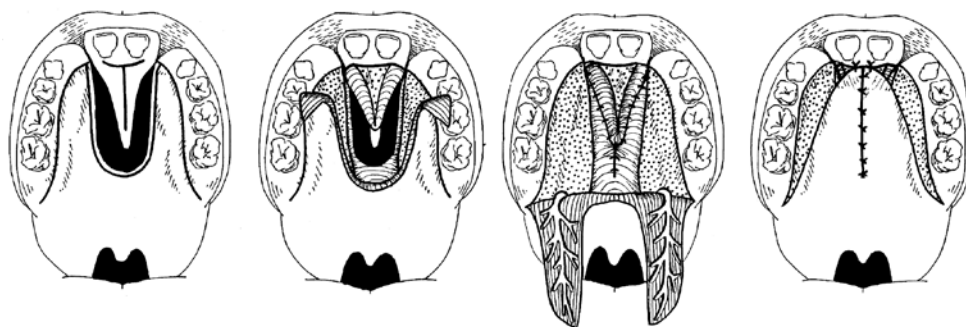
Юқори лаб ва танглайни икки томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсонларини жарроҳлик усули билан икки босқичда даволашни кўпчилик муаллифлар эътироф этадилар.

Л.Е.Фролова икки томонлама кесиб ўтувчи нуқсонларни даволаш учун икки босқичли вело-уранопластика операциясининг икки вариантини таклиф қилган. Биринчисида-велоластика ўтказилиб, сут тишлар чиққанидан сўнг уранопластика ўтказилади. Иккинчи вариантда, аввал каттиқ танглай ва альвеоляр ўсиқ нуқсони ёпилиб, кейин юмшоқ танглай пластикаси қилинади.



Расм. Альвеоляр ўсиқ ва танглайнинг икки томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсонининг Л.Е.Фролова бўйича ўтказиладиган велоластика операцияси чизмаси: (а) нуқсон четлари ва ҳалқум ён деворларида ўтказиладиган кесмалар, (б) оғиз ва бурун шиллик пардалари ажратилган, (в) бурун шиллик пардаси ва мушаклар тикилган, тилчада кўндаланг кесмалар ўтказилган, (г) оғиз шиллик пардасига чоклар қўйилганидан кейинги ҳолат.

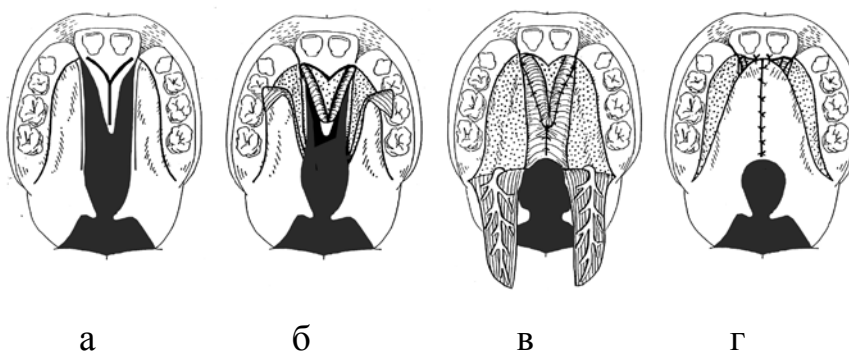
Сут тишлар чиқиб бўлганидан сўнг, II босқич-уранопластика ўтказилади.



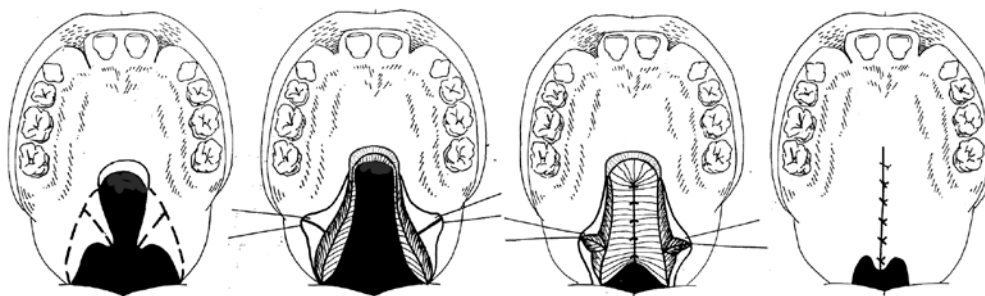
Расм. Қаттиқ танглайнинг икки томонилама кесиб ўтувчи туғма нуқсонини даволаш учун Л.Е.Фролова бўйича ўтказиладиган уранопластика операцияси чизмаси

(а) Иккала томонда чизмада кўрсатилганидек кесмалар ўтказилиб, (б) лахтақлар кўчирилган, премаксилла ва димоғ суягида “Т” шаклида кесмалар ўтказилиб, шиллик парда ажратилган. (в) бурун шиллик пардаси ажратилиб, ағдарма чоклар қўйилган. (г) оғиз шиилиқ пардаси лахтақларига чоклар қўйилган.

Сут тишлари тўлиқ чиққан болаларда премаксилла альвеоляр ёйдан чиқиб кетмаган бўлса, даволашни уранопластикадан бошлаш мумкин.

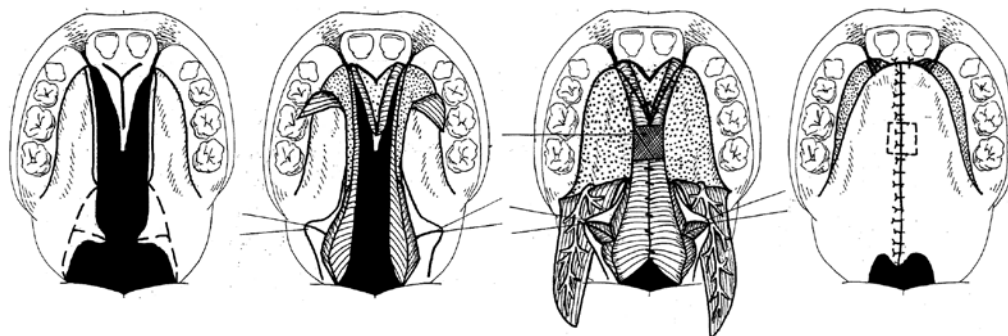


Расм. Танглайнинг икки томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсонини баратараф этиш учун Л.Е.Фролова бўйича уранопластика операцияси чизмаси: (а) иккала бўлақлар ва премаксиллада ўтказиладиган кесмалар чизмаси, (б) лахтақлар ажратиб олинган, (в) қаттиқ танглай соҳасида бурун шиллик қаватига чоклар қуйилган, (г) қаттиқ танглайдан кўчирилган лахтақлар ўртага сурилиб, чоклар қўйилганидан кейинги ҳолат.



Расм. Уранопластика ўтказилгандан сўнг иккинчи босқичда, оғиз-ҳалқумни торайтириш билан ўтказилган Л.Е.Фролова усули бўйича велоластика.

Мактаб ёшига етган болаларда ҳалқум доирасини торайтириш билан ўтказиладиган уранопластика операциясини бир босқичда амалга ошириш мумкин.



Расм. Л.Е.Фролова усули бўйича бир босқичда, оғиз-ҳалқумни торайтириш билан ўтказиладиган радикал уранопластика чизмаси

Операция босқичлари:

1.Эндотрахеал наркоз остида, болани боши максимал даражада орқага ташланиб, оғизни кенгайтирувчи мослама ўрнатилади:

2.Оғиз бўшлиғи ва операция майдонида антисептик ишлов ўтказилади;

3. Оғиз ҳалқум равоғини ва ҳалқумнинг ён деворларини яхши кўра олишни таъминлаш учун, бўлинган тилча асосларидан капрон ип ўтказиб, ён томонларга осилтирилади.

4.Ярадан қон кетишни камайтириш мақсадида, анестетик билан адреналин эритмаси юмшоқ тўқималарга инфльтрация қилинади;

5.Кесмалар ўтказиш. Кесма кемтик четларидан юмшоқ танглайнинг ўртасигача ўтказилиб, қиялаб юмшоқ танглайнинг бурун-ҳалқум юзасидан ҳалқумнинг ён деворларида оғиз-ҳалқум равоғи ортида равоқнинг ярмигача ўтказилади. Яра ўтмас усулда кенгайтирилиб, оғиз ва оғиз – ҳалқум (бурун) қатламларига ажратилади. Бўлинган тилчанинг асосидан чўққисигача шиллиқ парда ва *m.uvulae* кесилиб яра ҳосил қилинади;

6. Қаватма-қават чоклар қўйилади;

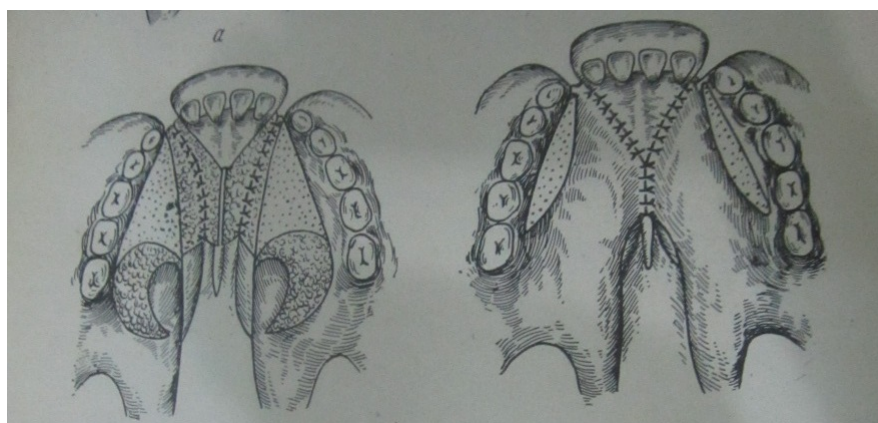
дастлаб бурун ва ҳалқум шиллик пардаси – мушаклар қатламига кемтик чўққисидан бошлаб, яралинг охиригача ағдарма чоклар қўйилади. Мушаклар ва оғиз шиллик пардасига тугунли чоклар қўйилади.

7. Операцион яра антисептиклар билан ювилиб, очик қолган (ретромоляр) соҳаларда йодоформли дока қолдирилади.

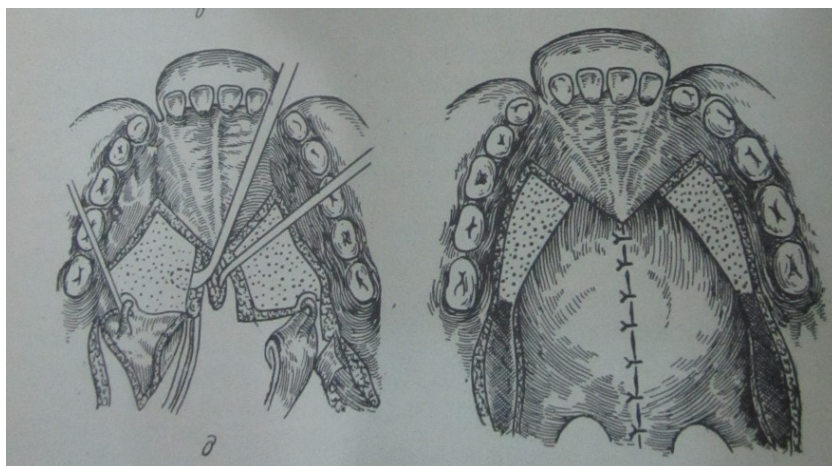
Юқори лаб, альвеоляр ўсиқ ва танглайнинг икки томонлама кесиб ўтувчи туғма кемтигини ёпишни икки босқичда ўтказишни Ф.М.Хитров таклиф қилган (расм). Биринчи босқичда, альвеоляр ўсиқ ва танглайнинг олд қисми кемтиги ёпилади. Иккинчи босқичда эса, радикал уранопластика ўтказилади.



Расм. Икки томонлама кесиб ўтувчи кемтикда (а) ўтказиладиган кесмалар чизмаси ва (б) лахтақлар ажратилгандан кейинги ҳолат



Расм. (а) бурун шиллик пардасига чоклар қўйилгандан кейинги ҳолат ва (б) суяк усти ва оғиз шиллик пардасига чоклар қўйилгандан кейинги ҳолат



Расм. Опреациянинг иккинчи босқичи: (а) Кесмалар ўтказилиб, лахтақлар ажратилган ва (б) чоклар қўйилган.

Юз-жағ тизимида туғма нуқсон билан болаларни диспансер назоратига олишни ташкил қилиш

Юз ва жағлар соҳасида туғма нуқсон билан туғилган чақалоқлар профилактик ва самарали ихтисослашган комплекс даво олишлари маҳаллий (шаҳар, туман) болалар стоматологи томонидан назоратга олиниб, 14-15 ёшларигача кузатувда бўлмоқлари лозим.

Фарзанднинг (айниқса юз ва жағлар соҳасида) нуқсон билан дунёга келиши отаноналар саросима ва руҳий тушкунлик ҳолатига тушишларига сабаб бўлади. Улар тиббий ходимларга қатор саволлар билан юзланадилар. Уларни, боланинг бундай нуқсон билан туғилишига сабаб нима эканлиги, уни ким, қачон ва қаерда даволашни ташвишга солади. Табиийки бу саволларга мутахассислар жавоб бера оладилар. Саволлар бола туғилган ондан бошлаб юзага келади, жавоблар ҳам кечиктирилмай олиниши керак. Ўз саволларига ишончли равишда ижобий жавоб ола олмаган ота-оналар баъзан туғма нуқсон туфайли ўз фарзандларидан воз кечиб, уларни туғруқхонада қолдириб кетадилар. Республикамиздаги туғруқ хоналарда деярли ҳар куни 2-3 бола юқори лаб ва танглайнинг нуқсонлари билан туғилади. Нуқсон билан туғилган чақалоқ ва унинг онасига мутахассисларнинг юқори савияли ёрдамани қандай ташкил қилиш мумкин? Шу йўналишда тизимли хизматни йўлга қўйиш учун Республика миқёсидаги марказ, унинг вилоятлар ва туманлардаги шаҳобчалари бўлиши ёки маҳаллий болалар стоматологлари жалб этилиши лозим.

Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазирининг 2004 йил 16 март 118-сонли буйруғи билан Биринчи Тошкент Давлат тиббиёт институти (ҳозирги ТТА) қошида “Республика болалар юз-жағ соҳаси туғма ва орттирилган нуқсонларини даволаш ва реабилитация қилиш илмий-амалий маркази” ташкил этилган.

МАРКАЗда амалга ошириладиган вазифалар:

- болаларда юз-жағ соҳаси туғма ва орттирилган нуқсонларига оид тиббиёт назарияси ва амалиёти масалаларини илмий асосда ишлаб чиқиш;

- соҳа бўйича ташкилий, даволаш ишларини, юқори малакали ихтисослашган тиббий ёрдамни замонавий талаблар даражасида ташкил этиш ва Республика хуудлари бўйича мувофиқлаштириш;

- болаларда юз-жағ соҳаси яллиғланиш касалликларига, жароҳатларига оид тиббиёт назарияси ва амалиёти масалаларини илмий асосда ишлаб чиқиш;

- соғлиқни сақлаш идоралари ва муассасалари томонидан юборилган ҳамда ўз танлови бўйича мурожаат қилган амбулатор беморларга юқори савияда тиббий маслаҳат ёрдамини ташкил этиш ва амалга ошириш;

- МАРКАЗ ихтисослиги бўйича тиббий ёрдамга муҳтож бўлган бемор болаларга стационар шароитида юқори малакали ихтисослашган ёрдам кўрсатиш;

- туғма ва орттирилган нуқсонларнинг ташҳислаш, даволаш ва профилактикасининг янги, илмий асосланган, самарали усулларини ишлаб чиқиш ва уларни Республика тиббий муассасалари амалиётига тадбиқ этиш, ихтисослик бўйича малакали тиббий ёрдамни ривожлантириш ва такомиллаштириш бўйича дастурлар ишлаб чиқиш, ногиронлик кўрсаткичларини камайтириш;

- соҳага оид услубий қўлланма, мақола ва рисола (монография)лар чоп этиш, текшириш ва даволаш стандартларини тузиш ҳамда ихтисослик бўйича кадрлар тайёрлаш ва қайта тайёрлаш, малакасини оширишда фаол иштирок этиш;

- ихтисослашган, юқори малакали, замонавий технологияларга асосланган тиббий ёрдамни ривожлантиришга йўналтирилган хорижий грантлар ва танловларда иштирок этиш.

Юз-жағ тизимида туғма нуқсони бўлган болаларни диспансер назоратга олишни

ташқил қилиш

Юз-жағ тизимида туғма нуқсони бўлган бола туғилган кунидан бошлаб, турар жой болалар стоматологик диспансер назоратида бўлиши керак. Яшаш жойи маҳаллий болалар стоматологик поликлиникаларида диспансер назоратига олинган болалар (Республика,

вилоят) ихтисослашган марказида ҳам диспансер ҳисобида туришлари шарт. Марказ мутахассислари ва турар жой болалар стоматологи вазифалари аниқ тақсимланган ва ҳар бир босқич иккала томонга тушунарли бўлиши шарт.

ТТА болалар стоматологияси кафедраси ва бўлимида юз-жағ соҳаси туғма нуқсонлари бўлган беморлар 5 гуруҳга ажратилган:

Биринчи гуруҳга фақат юқори лабида туғма нуқсони бўлган болалар киритилади. Бу гуруҳдаги болаларда кўрсатмаларга мувофиқ туғилишнинг биринчи кунлари туғруқхонада ёки ихтисослашган хирургик бўлимларда кўрсатмалар бўлса хейлопластика операцияси ўтказилади.

Иккинчи гуруҳга юмшоқ ва қаттиқ танглайда туғма нуқсонлари бўлган болалар киритилади. Танглайда операциялар: 8-10 ойлик даврдан (юмшоқ танглайда) 2-5 ёшгача (юмшоқ ва қаттиқ танглайда), яъни онгли нутқ шаклланишига қадар ўтказилади. Барвақт ўтказилган операциялар нутқнинг бошидан тўғри шаклланишига хизмат қилади. Операциядан сўнг бу гуруҳдаги болалар логопед бошчилигида нутқни ўстириш ва тўғри шакллантириш учун машқлар бажарилади. Турли сабаблар туфайли операция муддати кечиктирилса, масалан юмшоқ ва қаттиқ танглай нуқсонларида чайнов тишлар (2,5-3 ёшда) чиққанидан сўнг амалга ошириладиган бўлса, болалар операциягача логопедик машқларни бошлайдилар ва операциядан сўнг давом эттирадилар. Жағ суяги ўсиши ортда қолишига хос белгилари бўлган болаларга ортодонтик даво ҳам ўтказилади.

Учинчи гуруҳга бир томонлама (юқори лаб, альвеоляр ўсик, танглайни) кесиб ўтувчи туғма нуқсони бўлган болалар киритилади. Бу гуруҳга киритилган болалар босқичма-босқич ортодонтик даво, жарроҳлик аралашуви ва логопедик машқларга муҳтож бўлади. Ҳаётининг биринчи кунлариданоқ нафас олиш ва овқатланиш тизимлари фаолияти бузилади. Даволаш режасини жарроҳ стоматолог ва ортодонт биргаликда тузадилар. Бугунги кунда бир томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсонларни даволашда, ТТА болалар стоматологияси кафедрасида, чақалоқлик даврида оғиз ва бурун бўшлиқларини ажратиш, жағ бўлакларини яқинлаштириш мақсадида преформацияловчи пластинкалар тақилади, бу пластинка бурундан нафас олишга ва она кўкрагидан сутни чиқаришга ёрдам беради. Дастлаб, бола 6-7 ойлик бўлгунга қадар тайёрланиб, кейин хейлопластика ўтказилади. Хейлопластика ўтказилгандан сўнг, преформацияловчи янги пластинка тақилади у бир

неча марта алмаштирилади. Бола 10-14 ойлик бўлганида, велоластика операцияси ўтказилади. 2-2,5 ёшидан бошлаб, операциядан олдин ўтказиладиган дастур асосида логопедик машқлар олиб боради. Болани $V|V$ тишлари чиққанидан сўнг, уранопластика операцияси ўтказилади. Ортодонт операциядан сўнгги даврда болани режали равишда кўриқдан ўтказиб, тишлар алмашинуви даврида ва доимий тишлар чиқаётганда, уларнинг тўғри чиқиши ва юқори жағнинг пастки жағга нисбатан орқада қолмаслигини аппаратлар ёрдамида таъминлайди. Ортодонт назорати 14-15 ёшгача давом этади.

Тўртинчи гуруҳга икки томонлама (юқори лаб, альвеоляр ўсиқ ва танглайини) кесиб ўтувчи нуқсонли бўлган болалар киритилади. Бу гуруҳга кирган болалар нуқсонлари клиник жиҳатдан энг оғир ҳисобланади. Бир томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсонли болаларга нисбатан, уларда ўртадаги бўлак (премаксилла) ҳар хил даражада олдинга чиққан (протрузия) ҳолатда бўлади. Шу сабабли ортодонт, премаксилланинг олдинга чиқиб кетмаслигини, имконият қадар орқага қайтариш чораларини кўради. Премаксилла янада олдинга силжимаслиги учун бундай болаларга махсус преформацияловчи пластинка тайёрланади. Айрим болаларга эса премаксиллани орқага қайтариш учун махсус боғлам тақилади. Хейлоластика 3-4 ойлик болада бир томонда, 2,5-3-ойдан сўнг иккинчи томонда бажарилади, 10-14 ойларда велоластика; 3-4 ёшида уранопластика операциясини ўтказилади. Оғиз айлана мушагининг тикланиши премаксиллага босим ўтказиб, уни орқага сурилишига таъсир этади. Бу гуруҳдаги болалар узок йиллар давомида ортодонт ва логопед назоратида бўладилар.

Бешинчи гуруҳга юқори лаб ва танглай нуқсонли билан бирга марказий нерв тизимининг туғма (товуш чиқараолмаслик, кар ва Даун) касалликлари бўлган болалар киритилади. Одатда, бундай беморлар ихтисослашган диспансер назоратида турадилар. Стоматолог олдидаги вазифа, уларни ўз вақтида жарроҳ стоматолог аралашувига тайёрлаш ва юбориш. Марказий нерв тизими чуқур зарарланганларда ортодонтик даво ўтказилиши индивидуал равишда ҳал қилинади.

Бугунги кунда марказ ўз вазифаларини тўла-тўқис бажариш учун, ТТА академиясининг 3-клиникаси барча бўлимлари хизматидан фойдаланиб, ўз фаолиятини олиб бормоқда. Марказ таркибида юз-жағ жарроҳларидан ташқари педиатр, анестезиолог-

реаниматолог, стоматолог-терапевт, ортопед-ортодонт, оториноларинголог, логопед ва бошқа мутахассислар, муружаат қилган беморларга малакали ёрдам кўрсатмоқдалар.

Марказнинг ҳар бир мутахассисининг олдиға қатор вазифалар қўйилган.

Юқори лаб ва танглайида туғма нуқсони бўлган ҳар бир болани, туғруқхонадаёқ, биринчи кунлар даволашида болалар стоматологи кўриқдан ўтказиши керак.

Турар жойи болалар стоматологининг вазифалари:

Биринчи навбатда, боланинг онаси ва тиббиёт ходимларига чақалоқни овқатлантириш тартиби тушунтиради. Юқори лабнинг тўлиқ бўлмаган ҳамда юмшоқ ва қисман қаттиқ танглайнинг нуқсони бўлган чақалоқлар кўкрак сутини эма оладилар. Болалар стоматологининг вазифаси она ва туғруқхона ходимларига болани ярим вертикал ҳолатда ушлаб туриб эмизишни ўргатиш. Юқори лаб ва танглайида туғма нуқсони бўлган болаларни овқатлантириш мақсадида зонддан фойдаланишнинг зиёнли эканлигини тушунтириш зарур. Бола кўкракни сўра олмаса, онанинг соғилган сутини, юмшоқ, етарли даражада катта тешикли сўргич ёрдамида ичиришни йўлган қўйиш лозим.

Болани парваришиға жалб қилинганларнинг асосий вазифаси, боланинг нафас йўллариға суюқлик тушишининг олдини олиш. Онанинг кўкрак сути узоқ вақт сақланиб қолиши учун, унга боласининг нуқсони босқичма-босқич даволаниб, фарзанди келажакда тенгдошларидан кам бўлмаслигини тушунтириш керак.

Юқори лаб ва танглайнинг бир ёки икки томонлама кесиб ўтувчи туғма нуқсони бўлган чақалоқнинг овқатланиши ва нафас олишини яхшилаш учун, оғиз бўшлиғини бурун бўшлиғидан махсус ортодонтик аппарат билан ажратиб қўйиш керак.

Ортодонтик даво: Ҳозирги вақтда жарроҳ ва ортодонт юқори лаб ва танглайнинг кесиб ўтувчи туғма нуқсони бўлган болани биргалиқда даволашлари лозимлиги шубҳасиздир. Юқори лаб ва танглайнинг кесиб ўтувчи туғма нуқсонларида ортодонтик даво ўтказиш нафақат кемтикни беркитиш, балки юқори ва пастки жағларнинг биргалиқда мувофиқ равишда ривожланишини таъминлайди. Ортодонтик даво босқичлари хейлопластика, велопластика ва уранопластика операцияларигача бўлган даврларға бўлинади. Ҳар бир ортодонтик даво даврининг ўзига хос хусусий вазифалари мавжуд. Ортодонт шифокор ҳар бир босқичда вазиятдан келиб чиқиб, зарур йўналиш бўйича даво ўтказиши зарур.

Хейлопластика операциясигача ўтказиладиган ортодонтик даво альвеоляр ўсиқ ва танглайдаги кемтикни вақтинча ёпиб, боланинг овқатланишига шароит яратишни кўзда тутди.

Мак-Нил юқори жағнинг ўсиш соҳаларини чақалоқликнинг 4 ҳафтасидан бошлаб ечиладиган пластинка ёрдамида механик таъсирлантиришни таклиф қилган. Муаллиф пластинка таъсирида юқори жағнинг ўсиши интенсив кечишини таъкидлаган. Бу усулни юқори жағнинг кесиб ўтувчи туғма кемтикларида қўллаган мутахассислар, танглай ўсиқларининг жадал ўсиши, кемтик торайишини, гоҳида кемтик четлари соҳасида альвеоляр ўсиқ бўлаклари бир бирига тақалганлиги (текканлиги)ни кайд этганлар.

Чақалоқларда (бир ёки икки томонлама) кесиб ўтувчи туғма нуқсонларни пластинка ёрдамида ёпиш Т.В. Шарова томонидан яхши ўрганилган. Муаллифлар фикрича пластинканинг функционал босим таъсирида бўлақларни режалаштирилган йўналиш бўйлаб бир-бирига томон суриб келтириш мумкинлиги исботланган.

Кафедрамизда олиб борилган илмий-амалий изланишлар (Муртазаев С.М. 2010) хулосаларига кўра, чақалоқларга (биринчи-иккинчи ҳафта давомида) тақилган преформацияловчи пластинка: юқори жағ бўлақларини яқинлаштириш билан бирга альвеоляр ўсиқ четлари ўсишини ҳам жадаллаштиради, шунинг учун альвеоляр ўсиқ соҳасидаги кемтик тораяди. Жағ бўлақларини юқори лаб миодинамик мувозанати бузилиши ва тилнинг босими билан боғлиқ салбий таъсирдан ҳимоялайди ҳамда бўлақлар орасидаги масофа катталашини (кенгайишига) йўл қўймайди. Бўлиниб қолган альвеоляр ўсиқ ва танглай ўсиқларининг ўсишини кучайтиради. Бўлақлар ўсиб, яқинлашгани (танглай кемтиги жуда кичрайгани) дан сўнг, хейлоринопластика операциясини ўтказиш имконияти юзага келади.

Бурун ва оғиз бўшлиқлари бир биридан ажратилганлиги сабабли ютиниш (овқатланиш), нафас олиш яхшиланади ва боланинг жисмоний ўсишига ижобий таъсир этади ва соматик касалликлар олдини олади. Чақалоқлик учун тайёрланган биринчи пластинка ҳар 2-3 ойда (жағнинг ўсишига мос равишда) янгилаб турилади ва 6 ойдан сўнг хейлопластика ўтказилади. *Хейлопластика операциясидан сўнг ортодонтик даво ўтказишдан кўзда тутилган мақсад*, жағ бўлақларини бир бирига яқинлаштириш, ҳалқум доираси кенгайиб кетишининг олдини олиш. Танглай ўсиқлари ўсишини жадаллаштириб яқинлаштириш

(нуқсонни торайтириш), велоластика операциясининг муваффақиятли ўтишига шароит яратилади.

Велоластика операциясидан сўнги босқичда ортодонтик даво ўтказишдан мақсад, қаттиқ танглай соҳасидаги нуқсонни индивидуал равишда тайёрланган пласинка билан беркитиб, беркитувчи пластинка тайёрланади, пластинка бурундан нафас олишни таъминлаш. Логопед машғулоти, нутқни дастлабки даврдан тўғри шакллантиришга ёрдам бериши ва ён томонга қийшайган кичик бўлакни тўғри ҳолатга келтириш ҳамда кейинчалик танглайдаги нуқсоннинг кичиклашиши (торайиш)га эришишдир.

Ураноластикадан кейинги босқичда ўтказиладиган ортодонтик даволаш чоралари: тишлар алмашинуви даврида доимий фронтал тишларни ортогнатик ҳолатга келтириш, доимий тишлам шаклланиши жараёнида жағлар торайишига йўл қўймасликка қаратилган. Бунда турли ортодонтик мосламалардан фойдаланилади.

Диспансер назорати жараёнида логопеднинг вазифалари

Логопеднинг асосий вазифаси боланинг нутқини тўғри шакллантиришдир. Танглайда туғма нуқсони бўлган болалар логопедик машқлар бажаришни ўз вақти (1-2 ёш)да, онгли равишда гапириш бошлангунга қадар бошланишлари керак. Чунки товушларни нотўғри талаффуз қилишга мослашиш, логопедик коррекция муддатининг узайишига олиб келади.

Операциягача бўлган даврда логопед болаларга ҳар хил жисмоний ҳаракатлар ёрдамида чуқур нафас олиш ва аста ҳавони чиқаришни ўргатади. Бунинг учун чуқур нафас олишга ундовчи ўйин шаклидаги турли машқлар бажарилади. Ота-оналарга бу машқларнинг аҳамияти батафсил тушунтирилади уйда мунтазам бажариш учун вазифалар берилади.

Нутқнинг бузилиши танглайнинг туғма нуқсонлари туфайли юзага келадиган асосий функционал ўзгаришлардан биридир. Чунки танглай чодир ва мушаклари овоз (товуш) ҳосил қилувчи аъзолар (оғиз, бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, ҳалқум ҳиқилдоқ, овоз бойламлари) мажмуининг муҳим ва узвий қисмидир. Танглайда кемтик мавжудлиги боис нутқда манқалик вужудга келади. Манқаланиш билан талаффуз қилинган сўзлар, нутқ равонлиги ва фикрлар ифодаланиш, аниқ равшан чиқишини таъминлай олмайди. Тингловчилар учун тушунарли бўлмаган нутқ, сўзловчини оила ва айниқса (болалар боғчаси, мактаб) жамоаларида ноадекват руҳий-эмоционал ҳолатга тушишига сабаб бўлади. Бундай ҳолатларнинг такрорланиши, нуқсони бўлган болаларда руҳий комплекс

шаклланиши ва уларнинг келажакда жамиятнинг тўлақонли аъзоси бўлишларига нисбатан пессимистик кайфиятда ёндошишларига олиб келиш мумкин.

Баъзан ота-оналарда ҳам ана шундай ҳолатлар кузатилиб, хатто оилалар бузилиши мумкин.

Уранопластика операцияси натижасида юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг анатомик бутунлиги тиклангандан сўнг, нутқнинг камчиликлари камайиб боради. Тўла тўқис нутқни шакллантириш учун эса, операцияга –тайёрлов ва операциядан кейинги реабилитация босқичларида логопедик машқларнинг аҳамияти жуда каттадир.

Операциядан олдин бажарилиши лозим бўлган машғулотларнинг мақсад – компенсатор ҳарактерга эга бўлган патологик одатлар ҳосил бўлишига йўл қўймаслик ва нормал нутқ ривожланиши учун асос (база) яратиш.

Бу давр мобайнида қуйидагиларга эришиш зарур:

1. Танглай чодирини операциядан кейинги танглай-ҳалқум ҳалқаси (бўлаклари)нинг бирикишига тайёрлаш;
2. Ҳалқум мушаклари дистрофиясининг олдини олиш;
3. Товуш тўғри ҳосил бўлиши замин (шарт-шароит) яратиш;
4. Оғиз бўшлиғида тилни олдинга суриш, тилнинг илдизини тушириб, учини мустаҳкамлаш;
5. Лунж ва лабларни фаоллаштириш;
6. Ўмров типидан нафас олиш мустаҳкамланишининг олдини олиш;
7. Нутқ вақтида, тезкор ва кўп миқдорда нафас (ҳаво) чиқарилишини тўхтатиш ҳамда йўналтирилган ҳаво оқимини (маромида) ҳосил қилишни тарбиялаш;
8. Сўзлаш вақтида фонемалар (.....) сурилишининг олдини олиш.

Операциягача бўлган даврда беморнинг товушларни нотўғри талаффуз қилиниши тўғриланмаса, танглай пластикасидан кейин ҳам дикция коррекцияловчи машғулотлар бажарилиши талаб этилади. Чунки бола оғиз ва бурун бўшлиқлари туташганлигига мослашган ҳолда талаффуз қилишга ўрганган бўлади. шунингдек, кемтикли танглай чодирининг камҳаракат бўлаклари билан товуш ҳосил қилишади. Логопедик тайёрлов ўтказилмаган беморлар талаффузини тўғрилаш учун янги ўта мураккаб артикуляция стереотипини тарбиялаш лозим бўлади.

Юқори лаб ва танглайнинг кесиб ўтувчи туғма нуқсонларида, логопедик машғулотлар хейлопластика операциясидан сўнг уранопластика операциясигача бўлган даврда ўтказилиши самаралидир. Бажариладиган машқлар асосан чуқур нафас олиш (пуфлаш, пуфакни шишириш) ва тил ҳаракатларини фаоллаштиришга (тилни олд томонга чиқариш, юқори лабни ялаш) йўналтирилади. Кичик ёшдаги болаларнинг тақлид қилишга мойиллигини ҳисобга олган ҳолда улар эътиборини сўзловчининг лаблари ва тилнинг ҳолати ва ҳаракатларини кузатиб, кейин қайтаришга жалб этиш лозим.

Уранопластика операциясидан кейинги даврда, яралар битиб, чоклар олинганидан сўнг, танглайнинг тикланган чодирини мушакларини ҳаракатга келтириш асносида, нафас олиш, овқат истеъмол (қабул қилиш ва нутқ функцияларини изга тушириш борасида реабилитация чоралари давом эттирилади. Жумладан логопедик машғулотлар, нафас олиш (чиқариш) гимнастикаси, танглай ва ҳалқум ҳаракатларини кучайтириш, товуш резонанси ва талаффузининг аниқ чиқиши, овоз диапозони ва кучини оширишга қаратилади.

Нутқ камчиликларини бартараф этиш учун артикуляция мушаклари фаолиятини яхшилаш, оғиз бўшлиғидан ташқарига йўналган ҳаво оқимининг кучи ва фаолиятини ошириш, танглай ҳалқум ҳалқаси фаолиятини бошқаришни тарбиялашга эришиш лозим.

Бунинг учун қуйидаги вазифаларни амалга ошириш лозим:

1. Юмшоқ танглайнинг ҳаракатчанлигини ривожлантириш;
2. Артикуляция аъзоларининг нотўғри тарз (тартиб) ини бартараф этиш;
3. Нутқнинг барча товушларини бурун (назал) (риноламия) сиз талаффуз қилиш.

Бажарилиши лозим бўлган махсус машқлар:

1. Юмшоқ танглайни массаж қилиш;
2. Юмшоқ танглай ҳалқумнинг орқа девори гимнастикаси;
3. Артикуляцион гимнастика;
4. Овоз (товуш) машқлари

VIII-БОБ. ЮЗ–ЖАҒ СОҶАСИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИ ВА СУЯКЛАРИНИНГ ЎСМАЛАРИ ВА ЎСМАСИМОН ҲОСИЛАЛАРИ

Болаларда учрайдиган ўсмалар ҳам катталардаги каби хавфсиз ва хавфли тоифаларга ажратилади. Шунингдек, улар ўзларининг келиб чиқиши, клиник намоён бўлиши ва патоморфологик тузилиши билан бир-биридан фаркланади.

Одатда, *хавфсиз ўсмаларнинг*, қобиғи (капсуласи) бўлади, улар олиб ташлангандан сўнг, касаллик қайталанмайди, метастаз ҳам бермайди. Бироқ клиник жиҳатдан эса, улар агрессив ва жадал равишда ўсишлари мумкин. Шу сабабли, уларни хавфли ўсмалар билан адаштириб юбориш эҳтимолдан ҳоли эмас.

Болалар организмидада ўсмалар тез суръатлар билан ўсиши, ҳаётий муҳим бўлган аъзоларга тарқалиб, бемор ҳаётига жиддий хавф солиши мумкин.

Хавфли ўсмалар: мустақил ўсиш хусусиятига эга бўлиб, етук тўқимага айланиш қобилятини йўқотади, инфильтратив равишда атроф тўқималарга ўсиб кириб, қон ва лимфа томирлар тизими бўйлаб метастазлар беради. Иммунологик ва гормонал ўзгаришлар юзага келтириб, беморнинг умумий ҳолатини оғирлаштиришга олиб келади.

Болалардаги ўсмаларнинг 95% ини хавфсиз ва 5% хавфли ўсмалар ташкил қилади. Келиб чиқиши, (этиологияси)га кўра, бўйича болаларда аксарият ўсмалар дизонтогенетик, яъни – эмбриогенез даврида ҳужайралар ичида бўлиниш ёки ривожланишнинг бузилиши натижасида юзага келади. Уларнинг бола туғилганидан бошлаб 5 ёшгача бўлган даврда намоён бўлиши, ушбу фикрни тасдиқлайди. Айрим ўсмалар аъзоларнинг туғма нуқсонлари билан бирга учрайди. Болаларда ўсмалар асосан мезенхимал ва камдан-кам ҳолларда эпителиал тўқималардан ривожланади. Хавфсиз ўсмалар биринчи навбатда юздаги юмшоқ бириктирувчи тўқималар (қон томир) ва иккинчи ўринда юз суюқларидан ривожланади. Оғиз аъзо ва тўқималарида асосан (қопловчи, тиш ҳосил қилувчи ва сўлак беги эпителийсидан), камроқ ҳолларда бириктирувчи тўқималар (қон томирлари) дан ҳосил бўлган, ниҳоятда кам ҳолларда эса нейроген ўсмалар учрайди. Суюқ тўқимаси

Ўсмалари ва ўсмасимон ҳосилалари болаларда 7-10 ва 12-16 ёшларида намоён бўлади. Бир ёшгача бўлган болаларда суяк ўсмалари камдан–кам кузатилади.

Болаларда учрайдиган юмшоқ тўқима ўсмалари таснифи

| Тўқималар | Ўсмалар | | Ўсмасимон ҳосилалар |
|---------------------------------|--|--------------------------------|---|
| | Хавфсиз | Хавфли | |
| Фиброз | Фиброма Юмшоқ Қаттиқ (зич) тери шоҳ қавати миксо- маси | Фибросаркома | Милк фиброматози, оддий эпүлид, тера- тома |
| Ёғ | Липома | липосаркома | Липоматоз |
| Мушаклар | Лейомиома Рабдомиома | Лейосаркома Рабдомиосаркома | |
| Қон томирлар | Гемангиома | Ангиосаркома Эндотелиома | Системали ангиопат- тия, Рандю-Ослер-Вебер, Стредж- Вебер ка- саллиги |
| Лимфа томирлари | Лимфангиома | Лимфосаркома | |
| Периферик нервлар тўқималари | Нейрофиброма нейролеома | Хавфли невринома (шваннома) | Нейрофиброматоз Невуслар |
| Эпителиал | | | |
| Оғиз шиллик пар- даси | | Рак | Папиллома |

Болаларда ўсмалар асосан бир ёшгача бўлган давр ва 12– 16 ёшлар ораси мабайнида учрайди. Дизонтогенетик ривожланиш билан боғлиқ бўлган ўсмалар болалар ҳаётининг дастлабки беш йилида аниқланади. Уларнинг намоён бўлиши анатомик-топографик жойлашишига боғлиқ – яъни ўсмалар қанча чуқур жойлашган ва мураккаб тўқималардан ҳосил бўлган бўлса, улар шунча кеч намоён бўлади.

Ўсмаларнинг 7–12 ёшдаги болаларда нисбатан кўпроқ учраши, бу даврда суякларнинг жадал ўсиши билан, 12–16 ёшда эса эндокрин безларнинг интенсив фаолияти (жинсий вояга етиш ва улғайиш) билан боғлиқдир.

Айрим ўсмаларнинг намоён бўлиши бевосита боланинг ёшига боғлиқ. Масалан, дермои, миобластома, гўдаклар меланомик нейроэктодермал ўсмаси бо-

ла ҳаётининг дастлабки 5 ёшигача, ретикуляр саркома эса 2–5 ёшгача намоён бўлади.

Баъзи ўсмаларнинг ривожланиши жинсий гормонлар фаоллиги билан узвий боғлиқ. Масалан, ўғил болаларда аксарият гигант хужайрали ўсмалар, лимфангиома, ангиофиброма, лимфосаркома каби хавфли ўсмалар; қиз болаларда эса – гемангиомалар, тератомалар, оғиз шиллиқ пардаси папилломалари, Олбрайт синдроми кўпроқ учрайди.

Болаларда учрайдиган айрим ўсмаларга оилавий (ирсий) мойиллик мавжудлиги хосдир. Масалан, милк фиброматози, нейрофиброматоз, херувизм, гемангиома сингари ўсмалари бўлган ота-оналар фарзандларида ҳам шундай ўсмалар пайдо бўлиши кузатилади. Болаларда ўсмаларнинг ўсишига хос бўлган хусусиятлар қуйидагилардан иборат:

Биринчидан, масалан, гемангиома, лимфангиома атрофидаги аъзо ва тўқималарга инфилтратив тарзда ўсиб кириб, улар структурасининг бузилишига олиб келади. Аслида эса, атрофдаги аъзо ва тўқималарга инфилтратив ўсиб кириш хавфли ўсмаларга хос белги ҳисобланади. Шу боис, болаларда ўсманинг жадал ўсиши ҳам хавфлилик далили эмас.

Иккинчидан, айрим ўсмалар болаларда ўз–ўзидан (спонтан) регрессияга учраган (масалан нор, невус) ҳоллар ҳам кузатилиб туради.

Ташхис қўйишда болаларга хос муаммолар бор. Аксарият ўсмалар ташхиси кеч қўйилади, чунки:

1. Ўсма ҳосил бўла бошлаган даврдан унинг клиник намоён бўлишига қадар маълум вақт ўтиб кетади.
2. Баъзи ўсмалар болаларда камдан-кам ҳолларда учрайди.
3. Ўсмаларга хос яққол белгилар кам бўлганлиги боис, бошқа ноонкологик касалликлар (яллиғланиш)дан дифференциаллай олмай, янглиш ташхис қўйилади.
4. Нотўғри ташхислаб, ноадекват даволаш ўтказилганлиги туфайли, вақт бой бериб қўйилади, ўсиш суръати ва асоратлар эса кучаяди.

Юқорида келтирилганларни эътиборга олиб, ҳар қандай “шиш” аниқланганда, ўсма ташхисини мустасно қилиш лозимлигини ёдда тутиш керак. Ўткази-

лаётган даволаш чоралари тезда кутилган натижаларни бермаса, болани албатта онколог кўригига юбориш мақсадга мувофиқ бўлади.

Ўсмалар таснифи. Болалар ёшида учрайдиган ўсмаларни Харьков дарслигидан келтирамиз. Кўп ҳолларда жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) таклиф этган таснифлардан фойдаланилади.

Юз–жағ соҳаларида учрайдиган ўсмалар қуйидаги уч асосий гуруҳга бўлинади.

1. Оғиз бўшлиғи, юз ва бўйин соҳалари юмшоқ тўқималарининг ўсмалари ва ўсмасимон ҳосилалари (55%);

2. Сўлак безлари (5%); ўсмалари ва ўсмасимон ҳосилалари

3. Жағ суяклари ўсмалари ва дисплазиялари (40%).

Оғиз бўшлиғи, юз ва бўйин юмшоқ тўқималарининг ўсмалари.

Ташхислаш ва даволашнинг умумий принциплари.

Болаларда ўсмани ташхислаш учун тиббиётда қабўл қилинган умумий та-мойилларга риоя қилган ҳолда – умумий, махсус ва қўшимча текширувлар ўтказилади.

Умумий текширувлар: бемор шикоятлари ҳамда (ҳаёт ва касаллик) анамнезини ўрганиш. Маълумот тўплашда бир қанча ҳусусиятларни яхши билиш лозим: Бола ўзида кечаётган (ўсма билан боғлиқ) ҳиссиётларни айтиб бера олмайдими, шунинг учун ота-онаси бу жараёнга жалб этилиши лозим, уларга тегишли саволлар берилиб, керакли маълумотлар йиғилади, ўсаётган ёш организмда вужудга келган ўсманинг клиник белгилари ҳар хил ёшдаги болаларда турлича бўлади.

Ота-оналар ва боланинг **шикоятлар**–ўсманинг жойлашувига боғлиқ бўлади: масалан, оғиз туби соҳасидаги ўсмаларда – тилнинг катталашishi, талаффузнинг бузилиши, тишлар қаторининг ҳамда окклюзиясининг ўзгаришига шикоят қилинади. Айрим ўсмаларда эса, нафас олиш ва ютиниш қийинлашганлигидан безовта бўлганликларини баён этадилар.

Баъзи ўсмалар туғма нуқсонлар билан, масалан, лимфангиома кўзнинг туғма катарактаси, альвеоляр ўсиқнинг яширин туғма нуқсони ёки оёқ панжалари

ва юрак туғма нуқсонлари билан боғлиқ бўлишлари мумкин. Шуни ҳам таъкидлаш ўринлики, болаларда ўсма қисқа латент (яширин) даврдан сўнг намоён бўлади.

Бемор объектив кўриқдан ўтказилганда ташхис учун муҳим маълумотлар олинади. Масалан, юз гемангиомаларида – патологик жараён соҳасида тери оч пушти рангдан тўқ-қизилгача бўлиб, гоҳида кўкимтир тус олади. Ўсма чуқур жойлашган ёки сўлак безларидан ривожланган– (нейрофиброматоз лимфангиомага оид бўлса) – ранги ўзгармайди, аммо оғриқсиз катта шиш туфайли юз шақлининг бузилиши аниқланади.

Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда, кичик ёшдаги болаларда гемангиома, миобластома, фиброма, папилломаларга хос белгиларни; Мактаб ёшидаги болаларда тиш қаторларидаги тишлар сурилганлиги нотўғри жойлашганлигини кузатиш мумкин.

Қанотсимон–жағ оралиғида (*shatium pterygomandibularae*) жойлашган ўсма узоқ вақт ичида ўсиб, маълум вақтдан сўнг пастки жағ ҳаракатларининг чегараланиши, чайнаш вақтидаги ноқўлайлик, ва бошқа функционал бузилишлар билан намоён бўлади.

Пайпаслаб текшириш ёрдамида ўсманинг ҳажми, зичлиги (консистенцияси), чегараларини, унинг жойлашиши ҳамда чуқурлиги, силжиши, яъни, ҳаракатчанлиги оғриқ борлиги, юзасинг текислиги ёки бурмалилиги ва бошқа белгиларини аниқлаш мумкин.

Пайпаслаётганда “шиш” иккала қўл бармоқлари орасига олиб, (бимануал) текшириш ўтказилади. Пайпасланганда, юмшоқлик ёки билқиллаш (флюктуация) сезилса, ўсмада яллиғланиш жараёни ёки суюқлик бориғи, яъни ўсма киста эканлиги ҳақидаги тахмини келиб чиқади. Пальпация қилинганда ўсма ичида пульс зарбларининг аниқланиши, қон томирларига бой ўсма ҳақида фикр юритишга асос бўлади. Ўсмага ҳамроҳ бўлиб, катталашган ва пайпасланганда оғриқли лимфа тугунлар аксарият хавфли ўсманинг метастаз берилганидан далолат бўлиши мумкин.

Юқорида келтирилган текширувлардан олинган маълумотлар асосида дастлабки ташхис қўйилади.

Қўшимча текширувлар: болаларда асосан ноинвазив усуллардан фойдаланилади. Бугунги кунда юмшоқ тўқималар ўсмаларини ташхислаш учун қўлланиладиган усуллар қуйидагилардан иборат:

Эхография – ўсманинг тарқалганлиги, жойлашиш чуқурлиги ва ички тузилиш (структураси) ни ҳамда унинг атрофдаги тўқималарга муносабатини аниқлаш мумкин.

Допплерография–қон томир тизими ўсмаларида – томирлар диаметри, шунингдек, қон оқиш тезлиги ва ҳажмини аниқлаш имконини беради.

Тепловизиография–ўсма тезлик билан ўсаётган соҳада ҳарорат кўтарилишини аниқлаш ва қиёслаш учун ишлатиш мумкин.

Эндоскопия–оғиз-бурун-ҳалқум бўшлиғига тарқалган ўсмаларни аниқлашда ёрдам беради. Аниқ маълумотларни (ядро) магнит резонансли томография (МРТ) усули ёрдамида олиш мумкин. Бу усулда ўсманинг анатомик–топографик жойлашиши, ҳажми, атрофдаги аъзо ва тўқималар билан муносабатини юқори даражада аниқлик билан олинган тасвирда кўриш мумкин.

Юқорида баён этилган қўшимча текшириш усуллари воситасида олинган маълумотлар қанчалик қимматли бўлмасин, аниқ ташхис учун албатта патоморфологик текширув ўтказиш зарур бўлади. Бунинг учун ихтисослашган бўлимда биопсия ўтказилиши лозим. Болаларда морфологик ташхислаш ўтказишнинг ўзига хос алоҳида хусусиятлари бор: болалар организмнинг ўсмасимон гиперплазия ҳолатларга мойиллиги, эмбрионал тўқималарнинг бластомаларга ўхшашлиги, айрим хавфли ва хавфсиз ўсмаларнинг морфологик тузилишидаги яқинлик.

Яқуний ташхис шикоятлар, анамнез, кўрик натижалари, қўшимча, шу жумладан, морфологик текширувлардан олинган маълумотлар асосида, шунингдек боланинг ёши ва умумий ҳолатидан келиб чиққан ҳолда қўйилади.

Даволаш тамойиллари. Юмшоқ тўқима ўсмаларини даволашнинг асосий усули – жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш бўлиб, хавфсиз ўсмаларни болалар

жарроҳлик стоматологияси бўлимларида ёки стоматологик поликлиника шароитида, хавфли ўсмаларни эса – болалар онкологик марказларида даволаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Уларнинг жарроҳлик усулида даволашнинг шартлари мавжуд бўлиб, биринчиси – радикализмдир, яъни бу ўсма тўлиқ (радикал) олиниши лозимлигини англатади. Ўсма (айниқса, хавфли ўсмалар)нинг қисман олиниши қатъиян ман этилади. Чунки бундай фаол аралашув абластика ва антибластика принципларига зид ҳисобланиб, унинг оқибатида ўсма (tumor)нинг ўсиш суръати янада жадаллашиб, хавфлилик даражаси ҳам ортиб кетишига шифокорнинг ҳатти ҳаракатлари сабабчи бўлиши мумкин. Кейинги босқичда радикал олиб ташлаш қийинлашади. Иккинчи шарт – хавфли ўсмаларни олиб ташлаш учун лазерэлектр қуввати ёрдамида кесувчи асбоблар ишлатилади ва операцион жароҳатга маҳсус (онкологик клиникаларда) ишлов берилади. Бу сайъи ҳаракатларнинг барчаси атипик тузилишга эга бўлган хўжайралар диссеминацияси (тарқалиши) олдини олишга қаратилгандир. Учинчи шарт – ҳар қандай олиб ташланган ўсма (макропрепарат) албатта гистологик (патоморфологик) текширувдан ўтказилиши керак.

Айрим ўсмаларни консерватив усуллар билан даволаш мумкин. Криоде-струкция–(суyoқ азот билан) музлатиш, склерозлаш (70⁰ спирт, тромбовар) – асеп-тик яллиғланиш ҳисобига чандиқ ҳосил қилиш, СВЧ (ЎВЧ)– гипертермия, нур-лантириш, кимётерапия ўтказиш шулар жумласидандир. Бу усуллар ёрдамида ўсма тўқимаси чандиққа айлантирилади, кейинчалик реконструктив тиклов опе-рациялари ёрдамида юзнинг шакли тикланади.

Хавфли ўсмаларни даволашда жарроҳлик усули билан бир қаторда нур (радиотерапия), ўсмага қарши цитостатик кимёпрепаратлар, гормонлар ва улар-нинг комбинацияларидан фойданилади.

Нур билан даволаш (радиотерапия)га қўсатмалар қуйидагилардан иборат: биопсия материалларининг морфологик текширувидан сўнг якуний, ташхис аниқланган бўлиб, самарали даволашнинг бошқа альтернатив усули йўқлиги; жарроҳлик усулидан сўнг (рецидив) қайталанишга мойиллик кузатили-

ши; техник сабабларга кўра ўсмани радикал олиб ташлаш, имкони мавжуд эмаслиги.

Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси, юз ва бўйин соҳалари юмшоқ тўқималарининг хавфсиз ўсма ва ўсмасимон ҳосилалари

Болаларда ММСДУ маълумотларига кўра, оғиз бўшлиғи ўсмалари жарроҳлик усулида даволанишга муҳтож барча беморларнинг 4,9%ини ташкил қилади. Ўсмаларнинг 62,6%и ўсмасимон ҳосилалардан иборат. Қиз болаларда улар нисбатан кўпроқ (57,3%) учрайди.

Ўсмалар билан мурожаат қилганларнинг аксарияти бир ойдан бир ёшгача бўлган болалардир. Чақалоқларда ўсмаларнинг кўп учраши дизонтогенетик жараён билан боғлиқ бўлиб, уларнинг сони 3 ёшгача бўлган болаларда кескин камайиб, 12–16 ёшлиларда яна ортади. Ёши катталаша борган сайин ўсмаларнинг кўп учраши болалар травматизмининг ўсиши, улғаяётган организмда гормонал фаолликнинг кучайиши билан боғлиқ.

Оғиз бўшлиғи ўсмаларининг 18,6%, ўсмасимон ҳосилалар 81,4 % ни ташкил қилади. Уларнинг баъзилари эпителиал (ясси, безлар, тиш ҳосил қилувчи) тўқималардан дизэмбриоплазия натижасида (дермоид, эпидермоид, ретенцион кисталар ва ҳ.к.), бошқалари эса (папилломалар, невуслар, катта ва кичик сўлак безлари) вируслар туфайли юзага келади.

Эпителиал ўсмалар постнатал даврда пайдо бўлиб, қиз болаларда 2– 2,5 марта кўпроқ учрайди. Улар, одатда тил соҳасида, камроқ – юқори ва пастки лаблар ва танглайда; камдан-кам ҳолларда – оғиз бурчаги, лунж, тил ости соҳаси шиллик пардасида жойлашади. Аста-секин ўсиб, катталашиб боради.

Папиллома – кўп қатламли эпителийдан ривожланган сўрғичсимон ҳосила. Одатда, шиллик пардада секин, сезилмас даражада, усувчи ўсма мавжудлигига ота–оналар *шикоятлар* қиладилар.

Клиник манзараси: юзаси думалоқ ёки овал шаклида бўртиб турувчи якка ёки кўп сонли кенг асосда жойлашган сўрғичсимон усимта. Юзаси текис, ялтироқ, атрофдаги шиллик парда каби оч-пушти рангда. Вақт ўтиши билан юзасидаги

эпителиал қатлам оқиш тус олади ва устки қисми дағаллашиб, нотекис (ғадир-будур) ҳолатга келади.

Сурункали жароҳатланишлар натижасида папилломанинг ранги тўқ-қизил, кўкимтир-қизил тус олади ва ёрилиб яралар ҳосил қилади.

Даволаш: асосида митотик активлигини эътиборга олиб папиллома остидаги тўқима билан кесиб олинади.

Папилломатоз – кўп сонли бир – бирига тутшиб кетган папилломалар тўплами.

Оғизда кўп сонли ўсимталар мафжудлигига **шикоятлар** қилинади.

Клиник манзараси: кенг асосида жойлашган, думалоқ ёки овал шаклда, кўп сонли тошмалар кўринишидаги ҳосилалар аниқланади. Одатда, 7–12 ёшдаги болаларда учрайди. Реактив ва неопластик шакллари фарқланади. Реактив папилломатоз оғиз шиллиқ пардасида кўп сонли сўрғичсимон ўсимталар билан намоён бўлиб, уларни келтириб чиқарган (механик, термик, кимёвий, микробли) омиллар бартараф қилинганидан сўнг, ўсиш кузатилмайди. Папилломалар одатда юқори ва пастки лаблар, тил, альвеоляр ўсиқ устидаги шиллиқ пардада жойлашади. Пайпасланганда улар бир оз қаттиқ, оғриқсиз диаметри 0,2 – 2 см гача бўлиб, ўфил ва қиз болаларда баравар учрайди.

Даволаш усули папилломанинг келиб чиқиш сабабига боғлиқдир. Неопластик папилломалар – жарроҳлик усулида кесиб олинади ёки – лазер ҳамда электр коагуляция ёрдамида куйдирилади, шунингдек, босқичма-босқич криоапликатор воситасида деструкция қилинади. Бошқа вазиятларда эса сабабчи бўлган омил бартараф этилади. Оғиз шиллиқ пардаси невуслари ёки пигментли ўсмалари, болаларда камдан-кам учрайди. Уларни ташқи кўриниши – ҳажми зичлиги, юзаси туклар билан қопланганлиги ёки қандай қон томирлар билан таъминланганлигига кўра ташхислаш мумкин.

Невусларда ўсишнинг тезлашиши, яллиғланиш ва яра ҳосил бўлиши, рангининг ўзгариши, қичишиш оғриқ пайдо бўлиши уларнинг, хавфли ўсмага ўтганлиги (малигнизацияси) дан далолат беради.

Даволаш: Соғлом тўқималар чегарасидан кесиб олиш.

Тиш ҳосил қилувчи эпителий ўсмасига Серра безининг ўсмасимон ҳосиласи киради. Серра беzi дизонтогенетик келиб чиқишга мансуб бўлиб, бир ёшгача бўлган чакалоқларда учрайди.

Ота–оналар боланинг юқори ва пастки жағлари альвеоляр ўсиқ шиллик пардасида майда тошмалар борлигига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: ўзгармаган шиллик парда юзасида майда – 1 мм дан 4-5 мм гача бўлган, ярим шар шаклида бўртиб чиққан, пайпаслаганда зич, оғриқсиз, якка ёки бир нечта ёнма-ён жойлашган ҳосилалар аниқланади. Одатда, улар беморни безовта қилмайдилар.

Бундай ўсмасимон ҳосилалар *даволашга* эҳтиёж йўқ, у ўз-ўзидан вақт ўтиши билан йўқ бўлиб кетади.

Бириктирувчи тўқима ўсмалари

Фиброма – етилган бириктирувчи тўқималардан ҳосил бўлган, (коллаген толалари зич жойлашиб, баъзилари орасида оҳакланиш кузатиладиган) қаттиқ ёки (коллаген толалари тарқоқ бўлиб, ора-орасида етилган элементлар учрайдиган) юмшоқ ҳосила. Юмшоқ фиброма оралиғида шиллик модда вужудга келса, у фибромиксома деб юритилади, аммо клиник жиҳатдан юмшоқ фибромадан фарқ қилмайди.

Фиброма келиб чиқиши бўйича (бола туғилишидан аввал, эмбрионал даврда пайдо бўлган) дизонтогенетик ва ҳаёт давомида (жароҳат, чайнаш билан боғлиқ босим таъсирида) орттирилган бўлиши мумкин. Ҳаёт даврида ортирилган фиброма кўпроқ 12–16 ёшдаги болаларда кузатилади.

Шикоятлар: одатда, тил, қаттиқ ва юмшоқ танглай, камроқ ҳолларда альвеоляр ўсиқлар ва юқори лаб, шунингдек лунжда шиш мавжудлигига бўлади.

Клиник манзараси: доира ёки овал шаклдаги кенг асосда бўлган ўсма аниқланиб, ранги атрофдаги шиллик пардадан фарқ қилмайди. Пайпаслаганда, ҳар хил ўсма зичликда, яъни консистенцияси “юмшоқдан” – “қаттиқ” гача бўлиши мумкин.

Даволаш: фиброма соғлом тўқима чегарасида кесиб олинади.

Милк фиброматози – кам учрайдиган ўсма бўлиб, бунда юқори ва пастки жағ альвеоляр ўсиқларининг ўсувчи фиброматоз тўқима билан қопланиши кузатилади.

Айрим беморларда фиброматоз юқори ва пастки жағларда биргаликда учрайди. Баъзи муаллифлар милк фиброматозини сурункали яллиғланиш касалликларига киритишади, бошқалар эса, бу касалликни чин ўсмаларга мансуб ҳисобланиб, наслий касалликлар гуруҳига киритадилар.

Беморлар альвеоляр ўсиқ қалинлашиб, тишлар тожи “калта” бўлиб кўринишига (эстетик камчиликка) шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: милк сўрғичларининг ўсиб, альвеоляр ўсиққа тарқалганлиги кузатилади, ўсаётган тўқима тиш тожларини ёпиб, баъзан тиш кесув қиррасигача ҳам етиши мумкин. Шиллиқ пардаси бир оз қизарган, пайпаслаганда оғриқсиз, зич, силжимаиди. Рентгенологик текширувда альвеоляр ўсиқ соҳасида деструктив ўзгаришлар аниқланади. Тарқалишига кўра, фиброматознинг локал (бир неча тиш соҳасини) ва диффуз (юқори ва пастки жағ альвеоляр ўсиқларини бутунлай) турлари ажратилади. Кесиб олинган операцион тўқима (препарат) гистологик текширувида коллаген толалар аниқланади.

Даволаш – ўсма суяк усти қобиғи (периост) билан бирга кесиб олинади. Очиқ қолган суяк устига йодоформли дока тампон бостириб қўйилади. Локал шаклдаги ўсма бир операцияда тўлиқ олинади, тарқоқ (диффуз) фиброматоз бир неча босқичда, суякдаги деструкция ўчоқлари – коагуляция қилинади.

Миома – мушак тўқимасидан ривожланадиган ўсма. Қайси тўқимадан ривожланишидан келиб чиққан ҳолда қуйидаги турларга ажратилади:

Рабдомиома – кўндаланг тарғил мушакдан келиб чиқади, тугун шаклида бўлиб, аксарият тил мушаклари орасида жойлашади;

Лейомиома – силлиқ мушак толаларидан ўсади асосан танглайда учрайди;

Миобластома – дизонтогенетик равишда ривожланувчи ўсма;

Ота–оналар – чақалоқларда пастки лаб, тил, тил ости соҳаси ёки танглайда секин ўсаётган шиш шикоятлар қиладилар.

Клиник манзараси: доира ёки овал шаклидаги, сарғиш тусли, юзаси ялтироқ пайпаслаганда зич консистенцияга эга оғриқсиз, аниқ чегарали, ўлчами 0,3–1,0см гача бўлган, эпителий орасида жойлашадиган ўсма. Ўсма якка ҳолда ёки бир нечта бўлиши мумкин. Секин ўсади, безовта қилмайди.

Даволаш – жарроҳлик усулида кесиб олинади.

Миксома – (mīxa – шиллиқ) бириктирувчи тўқимадан ривожланиб, орасида кўп миқдорда шиллиқ бўлади. Келиб чиқиши (этиологияси) номаълум. Одатда, 7 ёшдан кейин ривожланади, шу сабабдан постнатал ривожланган, деб ҳисобланади.

Шикоятлар – альвеоляр ўсик, танглайда секин ўсаяётган шиш мавжудлигига.

Клиник манзараси – пайпаслаганда эластик консистенцияли, думалок юзаси текис бўлган ўсма, ўғил ва қиз болаларда баравар учрайди.

Даволаш – жарроҳлик усулида ўтказилади. Макропрепаратларни кўздан кечирилганда, оқиш- кулранг – қизғиш тусли тўқима орасида шиллиқлар борлиги аниқланади. Гистологик текширув ўтказилиб, тўқималар аниқлангандан сўнг – миксома, миксохондрома, миксофиброма ташхислари қўйилади.

Пиоген гранулема – лаблар, тил, лунж шиллиқ пардаси жароҳатларидан сўнг, бириктирувчи тўқимадан шаклланади. Одатда, 7 ёшдан кейин учрайди.

Бемор– жароҳатдан кейин пайдо бўлиб, тез усаётган шиш борлигига шикоят қилади.

Клиник мазараси: – асоси кенг (диаметри 1– 2см бўртиб чиққан, думалок ёки кесилган кактус шаклидаги, тўқ қизил рангли, юзасида тез қоновчи яраси бўлган оғриқсиз ўсма. Ўз кўриниши билан қон томирларига бой грануляцияни эслатади).

Даволаш – жарроҳлик усули билан олиб ташлаш.

Эпулислар– “epulis” юнонча сўз бўлиб, милк устидаги ўсма деган маънони англатади.

Эпулис – тиш периодонти, суяк қобиғи ва милкнинг чуқур қатламларидан ўсиши мумкин. Айрим ҳолларда ўсма пайдо бўлишидан олдин шу соҳада жароҳат

(урилиш, травматик тиш олиш, ортодонтик аппаратлар билан даволаниш) бўлганлиги қайд этилади. 12– 16 ёшдаги болаларда кўпроқ учрайди.

Гистологик тузилиши бўйича эпүлислар фиброз, ангиоматоз, гигант хужайрали шаклларга ажратилади.

Беморлар – милклариди ўсма ҳосил бўлганлигига шикоят қиладилар.

Эпүлисларнинг **клиник манзараси:** – уларнинг гистологик тузилишига бевосита боғлиқ бўлади боғлиқ.

Фиброз эпүлисида – овал ёки нотўғри шаклдаги асоси кенг, ранги – атрофдаги соғлом тўқимадан очроқ, пайпаслаганда зич, ва оғриқсиз ўсма, қонашга мойил.

Ангиоматоз эпүлиси – милкдаги тўқ қизил, гоҳида кўкимтир, юзасида эрозиялари бўлган, тегилганда қонаб кетадиган ўсма. Юзаси ғадир-будур бўлиб, диаметри 1-1,5 смгача етади. Тез ўсади. Рентген суратида – гемангиомаларга хос белгиларни кузатиш мумкин.

Гигант хужайрали эпүлиси – ҳар хил (юмалоқ, овал, нотўғри) шаклдаги асоси 0,5-3,0 см бўлган, юмшоқ ёки бир оз эзилувчан (зич-эластик) консистенциядаги, пайпасланганда оғриқсиз ўсма. Одатда, доимий тишлар соҳасида учрайди. Кўпроқ 12-16 ёшдаги қизларда кузатилади.

Рентген тасвирида – альвеоляр ўсиқ суягида остеопороз ўчоқлари аниқланади, периостал реакция белгилари бўлмайди.

Даволаш – ўсма соғ тўқима чегарасида суяккача кесиб олинади. Суякда деструкция ўчоқлари мавжуд бўлса, соғ тўқимагача қириб олинади. Операцион яра йодоформли дока билан ёпилади. Рецидив кузатилиши мумкин.

Невринома – нерв толаларини урвчи парда Шванн қобиғи (perineurium)дан ўсади. Нерв толаси бўйлаб жуда секин ўсади.

Бемор– секин ўсувчи ўсмага **шикоятлар** қилади.

Клиник манзараси: овал ёки нотўғри шаклдаги, зич консистенцияли, бир оз сарғиш, диаметри 0,3 – 1,0 см бўлган, капсулага эга ўсма, фибромалардан фарқлаш (дифференциаллаш) лозим.

Невриномалар– жарроҳлик усулида даволанади.

Юз- жағ соҳалари томирлари ўсмалари

Гемангиома – қон томири эндотелиал хужайраларининг пролиферацияси туфайли ҳосил бўлган хавфсиз ўсма. Бу ўсма бола организмнинг ўсишидан қатъи назар, пролифератив ўсади, артериал қондан озикланади, айрим ҳолларда ауторегрессияга учрайди. Асосан тери, тери ости ёғ қатламида, камроқ – паренхиматоз аъзоларда учрайди.

Гемангиоманингкелиб чиқиши дизэмбриогенез билан боғлиқ бўлганлиги учун 90% ҳолларда бола туғилиши биланоқ аниқланади, қолган 10 % и боланинг бир ёшигача намоён бўлади. Юз-жағ соҳаси гемангиомаларининг оддий (капилляр, хужайрали), каверноз, комбинацияланган (капилляр-каверноз), аралаш (гемлимфангиома) шакллари учрайди.

Капилляр (оддий) гемангиомалар.

Ота-она болаларининг юзида қизил доғ (нор) борлиги ва унинг катталашаётганига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: боланинг бўйин, чакка, энса, камроқ бошқа соҳаларида тўқ пушти ёки қизғиш-кўкимтир рангдаги чегаралари аниқ бўлган доғларни кўриш мумкин. Капилляр гемангиома кўпчиликда тўкилган вино доғини эслатади. Чегараси аниқ тўқ-қизил рангда бўлади.

Бармоқ билан босилганда тери (ўсма) нинг ранги ўчиб оқаради, қбармоқ олингандан сўнг асл рангини олади.

Капилляр гемангиома терини шикастлайди, оғиз шиллик пардасида ҳам учраши мумкин.

Оддий гемангиома ўз-ўзидан редукцияга учраши мумкин бўлган ўсма. Шунинг учун уни даволашга шошилмаслик керак. Маълум вақт болани кузатувга олиш тавсия этилади: агар 3– 9 ой орасида ўсма катталашмай ва ранги ўчиб бориши – регрессия белгисидир. Гемангиоманинг ўсиш суръатини кузатиш учун бемор дастлаб келганда ўсма чегаралари қоғозга тушириб олинади ва динамик равишда солиштириб борилади.

Каверноз гемангиома – бир ёки бир нечта катта-кичик бўшлиқлардан иборат бўлиб, ўсма тери ва тери ости ёғ қатламида жойлашади. Ўсма етилган қон

томирларидан таркиб топган бўлади. Чақалоқ ҳаётининг биринчи ҳафтасидан бир ёшигача тез суръатда ва агрессив равишда ўсади.

Ота–оналар боланинг юзида қизғиш, тез ўсувчи ва шакли ўзгарувчан шиш борлигига **шикоятлар** қиладилар. Шунингдек, бола йиғлаганда ёки бошини пастга эгканда шиш ҳажмининг катталашини таъкидлайди.

Клиник манзараси: шиш туфайли юз шакли (симметрияси) деформацияга учраган, устидаги терида ҳар хил даражада (пушти рангдан тўқ-қизил, гоҳида кўкимтир) ифодаланган қизил доғлар кўзга ташланади.

Тил, лаблар, лунж, кулоқ олди-чайнов соҳаларида жойлашган ўсмалар юз шаклининг бузилиши билан бир вақтда, функционал ўзгаришлар чайнаш, лабларни бирлаштириш қийинлашуви ва жағ ҳаракатининг чегараланишига олиб келади. Ўсма тўқимаси жароҳатланса – жуда кўп қон кетиши яллиғланиш ривожланиши мумкин.

Каверноз гемангиомалар пальпация қилинганда (босилганда) –ҳажмининг камайиши, бемор пастга эгилганда эса – каверналар тўлишиши симптоми ҳос. Ўсма пайпасланганда– консестинцияси юмшоқ, оғриқсиз бўлади. 10 ёшдан ошган болаларда учрайдиган веноз томирлардан ривожланган ўсмаларда флеболитларни аниқлаш мумкин.

Ташхислаш мақсадида гемангиомаларпункция қилинганда – нинадан томчилаб қон оқади. Тепловизиография, термометрия, реография каби текширувларни ўтказиб, ўсманинг топографик жойлашини аниқлаш мумкин.

Аралаш (комбинацияланган) гемангиома – капилляр, каверноз гемангиома етилмаган капилляр (гемангиомани ўстирувчи) элементлар ва каверноз (ёпишган эндотелиал хужайрали) ораликларидан тузилган.

Тез ўсиб, юз шаклини бузаётган, бола йиғлаган ва энгаш вақтда катталашувчи ўсмага ота – оналар шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: Бу ўсма айна бир вақтнинг ўзида 2– 3 анатомик соҳани эгаллайди. Одатда, кулоқ олди-чайнов, лунж, лаблар, бурун соҳаларида учрайди. Атрофдаги соғ тўқималардан бўртиб туради, усти нотекис. Терининг ранги тўқ қизил ёки кўкимтир–қизил бўлиб, пайпасланганда – оғриқсиз, юмшоқ –

эластик консистенцияга эга. Боланинг боши энгаштирилган ҳолатда “тўлиш” симптоми кузатилади.

Ташхислаш мақсадида пункция қилиш, УТТ ёки МРТ текширувларини ўтказиб, ўсманинг чуқурлигини ва атрофидаги (кўз, бурун ёндош бўшлиқлари, мия каби) соҳаларга ўсиб кирганлигини аниқлаш мумкин. Аралаш гемангиомалар кўпинча (айниқса, чақалоқларда) яллиғланади ва қонайди. Шу сабабли, боланинг умумий аҳволига салбий таъсир этади.

Гемангиомаларни даволаш

Жарроҳлик усули – ўсмани имкон қадар кесиб олишдан иборат. Ўсма олингандан кейин кенг қўламдаги косметик нуқсон келиб чиқиши операцияга қарши кўрсатма ҳисобланади.

Склерозловчи даволаш ўсма ичига 70⁰ ли спирт юбориб, юзага келадиган асептик яллиғланиш натижасида чандиқ ҳосил қилишдан иборат. Бу усул оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси, лаблар, тил ва қулоқ олди-чайнов соҳасидаги у қадар катта бўлмаган кавернали ангиомаларда ҳамда веналар дисплазияларида ишлатилади. Спирт каверна бўшлиғига(тўлгунча) зич инфилтрат ҳосил бўлгунча юборилади. Спиртнинг таъсири натижасида ўсма тўқимасининг кимёвий куйиши ва асептик яллиғланиш юзага келади. Ўсманинг айрим қисмлари некрозга учрайди, бунинг оқибатида тана ҳарорати кўтарилади, баъзи болаларда мастлик аломатлари пайдо бўлиши мумкин. Бу усулда кичик ҳажмдаги каверноз гемангиомаларни даволашда яхши натижа олинади. Аммо қайта- қайта спирт билан куйдириш муолажаларидан сўнг ҳосил бўлган чандиқлар юзнинг юзнинг ташқи кўринишини хунуклаштириб қўйиши мумкин.

Криодеструкция (локал музлатиш) капилляр гемангиомаларни даволашда қўлланилади. Қайнаш ҳарорати – 196⁰С бўлган, суyoқ азот маҳсус (крио) аппликатор воситасида гемангиома юзасига 30-60 сония босиб қўйиб турилади, тўқималар таркибидаги сув кристаллашиб, тўқима ҳужайралари жонсизлантирилади. Криотерапиянинг афзалликлари усулнинг гемостатик ва областик хусусиятларига эга-лиги, муолажадан кейинги чандиқнинг эстетиклиги, оғриқсизлантириш талаб

қилмаслигидир. Паст ҳарорат таъсирида тўқималардаги моддалар алмашинуви секинлашиб, некрозланган масса остидаги жароҳат юзасининг битиши суст ва узокроқ давом этади. Бу эса усулнинг камчилигидир.

Электр коаогуляциядан алоҳида усул сифатида, асосан теридаги ва лабнинг қизил ҳошия соҳасидаги капилляр гемангиомаларни даволашда фойдаланилади.

Гормонлар билан даволаш

Гемангеомаларни даволаш учун преднизолон ишлатилади, гормон таъсирида тромбоцитлар сони кўпайиб, қоннинг ивиш хусусияти ошади, ўсмадаги (соғлом тўқималарга нисбатан 3 марта кўп бўлган семиз) хужайралар сонини камайтиради, ўсиши тўхтади. Преднизолон схема буйича боланинг вазнига нисбатан 2–4 мг/кг (суткада 40 мг ошмаслиги керак) ҳисобида 24–28 кун давомида, кун ора эрталабки соат 06 ва 09 да юборилади. Ана шунда гормоннинг табиий ишлаб чиқарилиши ва қонга тушиш ритми (дори юбориш вақти) билан мос келади.

Ўсма хужайраларининг қайта ўсиши (рецидив) бошланса, 1,5–2 ойдан даволаш схема асосида сўнг қайта ўтказилиши мумкин. Одатда 30–40% беморларда ижобий натижа кузатилади.

Радиотерапия (Нур билан даволаш). Кўз атрофига тарқалган гемангиомаларни “юмшоқ” яқин фокусли рентген нурлари билан даволаш мумкин. Бу усул ижобий натижалар беради, рентген нурларини салбий таъсирини унутиш керак эмас: нур касаллиги, юз скелети суяклари ҳамда (қош, киприк, мўйлаб, соқол) сочнинг ўсмай қолиши, юз юмшоқ тўқималаридаги атрофик ўзгаришлар (ва бошқа асоратлар).

Рентген-эндоваскуляр окклюзия (эмболизация) усули. Бу усул асосида ўсмани озиклантирувчи (артерия) томири ичига махсус препарат (гемостатик ғовак модда, тефлон, гидрогель ва бошқа)лар киритиб, қон оқими камайтириш, яъни анемизациялаш ётади. Мазкур усул ихтисослашган бўлимларда рентгеноангиохирурглар томонидан бажарилиши талаб этилади.

Локал гипертермия ўта юқори частотали электр магнит майдони ЎЮЧ ЭММ (СВЧ ЭМП) таъсирида хужайралардаги сув молекулаларини резонансли

тебранишга келтириб, молекуляр боғламларнинг узилиши ва қуришини таъминлайди. ЎЮЧ ЭММнинг узоқ вақт давом этган таъсири этса, хужайра қуриб, ўсмадаги оксил синтези тўхтайтиди ва оқибатда патологик тўқима нобуд бўлади.

Суяклар гемангиомалари (жағ суяклари ўсмалари келтирилади)

Лимфангиомалар лимфа тизимининг онтогениз даврида дизэмбриогенезга учраши сабабли юзага келади. Уларнинг–бола туғилгандан сўнг қисқа вақт ичида (дарҳол) намоён бўлиши бунга асос бўла олади. Бошқа туғма нуқсонлар билан биргаликда учраши мумкин. Морфологик тузилиши буйича – капилляр–каверноз, каверноз, кистоз, кистоз-каверноз шакллари тарқалишига кўра чегараланган, тарқоқ (диффуз). Шунингдек юза ва чуқур жойлашган лимфангиомалар фарқланади.

Шикоятлар. Ўсманинг анатомик-топографик жойлашувига боғлиқ бўлиб, ўсма локализацияси юз юмшоқ тўқималарида бўлса, юзнинг ўсма туфайли осилиб қолиши ҳамда буруннинг бир томонининг катталашиб, кетиши, шунингдек, оғиз бушлиғи шиллик пардасидаги кўплаб майда тошмалар безовта қилади.

Клиник манзараси: Ўсма жойлашган соҳанинг (симметрияси) шакли ўзгарради (асимметрия)нинг чегаралари аниқ бўлмайди, устидаги тери ранги эса ўзгармаган пайпаслаганда – юмшоқ ҳамирсимон консистенцияли, оғриқсиз. Лимфангиома атрофга кенгайиб ўсади, масалан, лунждан юқори лаб, кўз ости, бурун ёнига тарқалиб, унинг тери тоғай қисмларининг шаклини бузиб, пастга осилиб қолиши мумкин.

Лимфангиома билан зарарланган оғиз шиллик пардаси кўплаб майда пуфакчалар билан қопланади. Пуфакчалар тиниқ лимфа ёки қон аралаш лимфа билан тўлган бўлиб, шиллик парда устида буртиб кўриниб яққол тўради.

Тарқалган лимфангиома юзнинг ярмини эгаллаб, нафақат юмшоқ тўқималар шаклини ўзгартиради, балки узоқ вақт суякка ўз вазни билан босим ўтказиб, юз скелетининг иккиламчи деформациясига олиб келади.

Тилнинг тарқалган лимфангиомаси, одатда, макроглоссияни юзага келтиради. Тил катталашиб, пастки жағни олдинга ва пастга суради, натижада, тишларнинг очиқ окклюзияси шаклланади. Фақат пастки жағ молярлари ўз антагонист-

лари билан контакт (жипслашув)да бўладилар. Лимфангиома яллиғланишга мойил бўлади. Куз-баҳор ойларида ўткир респиратор вируслар инфекцияси кўпайган даврда кўпроқ учрайди. Яллиғланиш жараёнига жароҳат, сурункали пульпит, периодонтит ва тонзиллитнинг ўткирлашуви ҳам сабабчи бўлиши мумкин.

Лимфангиома яллиғланганда ўсма катталашади, яллиғланиш инфилтрати ҳосил бўлиб, устидаги тери таранглашади ва қизаради ҳамда пайпаслаганда, оғрийди. Одатда, яллиғланиш зардобли кечади ва йирингламайди.

Тилда жойлашган лимфангиома яллиғланса, мушаклар орасида қонталаш ҳосил бўлади. Тил катталашиб, оғизга сиғмай қолади. Шиллик пардадаги пуфакчалар буртиб ёрилади ва улардан лимфа аралаш қон оқади. Тилнинг ранги тўқ қизил-кўкимтир тус олади.

Даволаш: лимфангиомаси бўлган болалар даволанишга муҳтож беморлар ҳисобланадилар бўлади. Даволаш педиатр, ортодонт, логопед, психолог ва юз-жағ жарроҳи ҳамкорликларида диспансер назорати остида олиб борилади. Даволаш асосан, жарроҳлик усуллари ёрдамида ўтказилади. Ўсмани бир вақтнинг ўзида радикал равишда бутунлай кесиб олиб ташланмайди. Ўсма тўқимасининг ҳажми босқичма-босқич ўтказилган операциялар давомида камайтириб борилади.

Нейрофиброматоз –тери ости ёғ қатламида нейрофибромалар ҳосил бўлиши ҳамда қилиб, эндокрин ва вегетатив нерв тизимларининг бузилишлари билан кечадиган, жуда оғир, наслдан наслга ўтувчи тизим касаллигидир.

Касалликнинг келиб чиқиши сабаби (этиологияси) аниқ эмас. Ривожланишда эктодерманинг иштирокига нерв тизими ва теридаги ўзгаришлар, мезодермани иштирокига– суякдаги ўзгаришлар далил бўла олади. Периферик нейрофиброматоз Рекглинхгаузен касаллиги деб аталиб, танада кўплаб “сутли кофе” рангли гиперпигментация ўчоқлари бўлиши билан характерланади. Бу касаллик билан оғриган болаларнинг кўпчилигида ақлий ва жисмоний ривожланишда ортада қолиши кузатилади.

Нейрофиброматоз II – марказий ёки икки томонлама акустик нейрофиброматоз – калла суягидан чиқувчи VIII жуфт нервнинг ўсмаси. Унинг асосий белгиси – болаларда 10 ёшгача ривожланган карлик ҳолатидир.

Шикоятлар: чақалоқ туғилганида ёки бир ёшга яқин даврда юз ярмининг катталашиб, шакли бузилишига бўлади.

Клиник манзараси: Юзнинг бир томонидаги юмшоқ тўқималар ҳажми катталашиб, шакли (симметрияси) бузилади. Пайпаслаганда, атрофдаги соғ тўқималардан ажралиб турмайди. Терининг ранги ва таранглиги ўзгармаган. Шу сабабли, боланинг 4–5 ёшгача аниқ ташхис қўйиш қийин. Аммо бурун бир томонда кулоқ супрасининг катталашиси, шунингдек сут тишларининг ҳам катта бўлиши нейрофиброматозга шубҳа қилишига асос бўлади. 4–5 ёшдан кейин бола танаси (кўкраги, қорни, бели) да қахва рангидаги доғлар пайдо бўлади. Аста-секин юз терисининг тузилиши ва ранги ўзгаради. 10–12 ёшда жараён кетаётган соҳа устидаги тери соғ (атроф) терига нисбатан, қариган (таранглиги пасайган, ажин босган, ранги сўнган) дек кўринади. Пайпаслаганда, ўсмага хос бўлган тугунлар, таранг тортма (шнур)лар борлиги аниқланади. Юз нерви жалб этилганда, мимик мушаклар фалажи сезилади.

Ўсма соҳасидаги оғиз шиллик пардаси ҳам ўзининг нормал тузилишини йўқотади, ранги ўчади ва силлиқлашиб, сарғиш тус олади.

Суякда ўсаётган нейрофиброматоз унинг ҳажмини оширади, хусусан, альвеоляр ўсиқлар, тишлар катталашади. Шу билан бирга, ўсма тугунлари жойлашган соҳа, пастки жағ шохи, танаси калталашиб, буғим ва тож ўсиқлари ривожланмай қолади. Чиқолмаган тишлар суяк ичида бетартиб жойлашиб, тиш қаторида қисман адентия юзага келади.

Даволаш. педиатр, ортодонт, жарроҳ-стоматолог иштирокида комплекс диспансер назорати ўтказилади. Ўсма жарроҳлик (босқичма- босқич операция қилиш) усули ёрдамида олиб ташланади. Бироқ, аксарият ҳолларда ўсмани тўлиқ олиб ташлаш имконияти бўлмайди.

Безлар эпителийсидан ҳосил бўлган ўсмасимон ҳосилалар

Бу гуруҳга безлар эпителийсидан ҳосил бўлган кисталар ва сўлак безларининг ўсмалари киради. Болаларда бундай ўсмалар кўпроқ – катта сўлак безларидан– тил ости безида учрайди.

Сўлак безларининг ўсмасимон ҳосилалари

Ўсмасимон ҳосилалардан - болалар амалиётида асосан сўлак безлари кисталари кўп учрайди. Киста қарийб барча сўлак безларида учрайди. Безлар нисбатан солиштирилганда, кичик сўлак безлари 56%ни, тил ости бези 35,6% ни, жағ ости бези 3,7% ни ташкил қилиб, қулоқ олди безида эса кисталар 5% ҳолларда учрайди.

Кичик сўлак безлари кистаси: одатда, пастки ва юқори лабларда учрайди. Чунки бу соҳадаги шиллиқ парда овқатланаётганда кўпроқ шикастланади. Кичик сўлак безлари оғиз бўшлиғида бир текис жойлашмаган бўлиб, улар кўпроқ лаблар, лунж, каттик ва юмшоқ танглай чегараси шиллиқ пардасида жамланган. **Кисталар** асосан сўлак чиқарув найининг жароҳат ёки яллиғланиш жараёни туфайли беркилиб қолиши оқибатида юзага келади. Жароҳатловчи омил (тишларнинг ўткир қирраси) бир маротаба таъсир этувчи ёки сурункали равишда мунтазам қайталанувчи бўлиши мумкин.

Шикоятлар: одатда, оғиз шиллиқ пардосида оғриқсиз шиш ҳосил бўлганлиги, унинг катталашиб тусатдан йўқ бўлиб, яна пайдо бўлишига шикоят қилинади. (Киста қобиғи юпқалиги сабабли эзилганда, тишлаб олинганда ёрилиб, ичидаги суюқлик чиқиб кетади. Яра битгандан сўнг, яна ичида сўлак тупланиб шишади).

Клиник манзараси: Куриқдан ўтказилганда, оғиз шиллиқ парда остида кўкимтир рангдаги чегараси аниқ, думалок шаклдаги шиш кузатилади. Пайпасланганда оғриқсиз, эластик консистенцияли, шиллиқ пардага яқин жойлашган киста аниқланади. Киста ичида тиниқ, сарғиш рангдаги, қуюқлашаган шилимшик суюқлик -тупланган бўлади.

Даволаш: Факат жарроҳлик усули қўлланилади, яъни цистотомия ўтказилади. Кистанинг бўртиб чиккан қисми оғиз шиллиқ пардаси билан

бирга кесиб олинади. Ҳосил бўлган операцион яра ўзи битади. Киста катта бўлса боланинг ёши, рухий ҳолати эътиборга олиниб, маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида шиш чегарасидан бир оз ўтиб, икки ярим ой шаклидаги кесма ўтказилади ва олиб ташланади, сўнг яра четларига чок куйилади.

Тил ости сўлак беzi кистаси (ранула)

Тил ости сўлак беzi кистаси учраши бўйича безларнинг кисталари орасида иккинчи ўринда туради. Кисталарнинг бу безда кўп учраши унинг тузилишидаги анатомик ва физиологик хусусиятлар билан боғлиқ.

Тил ости сўлак безининг бўлакчалараро (Ривиниев Riviniv) калта ва вертикал йўналган (сони 12-15 тагача) чиқарув найчалари (Бартолинов Bartolinii) умумий найига туташади. Чиқарув найи жағ ости сўлак безининг найи билан ёнма-ён, тил юганчаси ёнига очилади. Шу сабабли, безнинг чиқарув найчалари овқатланаётганда кўпроқ шикастланади.

Шикоятлар: Бола тил остида юмшоқ шиш пайдо бўлганлиги, ўз-ўзидан йўқ бўлиб, аста-секин пайдо бўлиб, катталашаётганига, гапираётган вақтида талаффузи бузилишига шикоят қилади.

Клиник маъзараси: Тил остида тил юганчасининг икки томонида думалоқ шаклдаги шиш кузатилади. Устидаги қобиғи юпқа бўлганлиги боис ичидаги суюқлик кўкимтир рангда кўринади.

Пайпасланганда юмшоқ, оғриқсиз, шиш ичида суюқлик борлиги сезилади. Пункция қилинса тиниқ, сарғиш шилимшиқ суюқлик олинади.

Айрим беморларда киста қумсоат шаклида бўлиб, юқори қисми тил ости соҳасида, жағ-тил ости мушагининг устида, пастки қисми шу мушакнинг остида жойлашади, кистанинг иккала қисмини бирлаштирувчи юпқа бўйинча жағ-тил ости мушаги орасида жойлашган бўлади.

Қиёсий ташхис: тил ости сўлак безининг кистаси оғиз туби дермоид кистаси, томирлардан келиб чиқувчи ўсмалар (гемангиома, лимфангиома айниқса кистоз шаклдаги) билан солиштирган ҳолда ўтказилади. Пункция

қилинганда дермоид киста учун , ёғ аралаш сарғиш суюқлик, гемангиомага -қон, лимфангиомага эса- сарғиш ёки қўнғир ёпишқоқ суюқлик мавжудлиги характерли.

Даволаш: асосан хирургик усулда бўлиб, цистотомия қилинади. Болаларда уларнинг ёши, руҳий ҳолатини эътиборга олиб, цистотомия махаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Киста қобиғи жуда юпқа бўлгани боис уни тўлиқ ажратиб олиш имконияти йўқ. Ҳосила устки қисмидаги шиллик парда "қопқоқ" шаклида кесиб олинади. Кистоз суюқлик шприцга тортиб олинади. Яра четларидаги оғиз бўшлиғи ва киста шиллик пардаларига чок қўйилади. Кистоз бўшлиқ катта ва чуқур бўлса, ичи йодоформли дока тасмаси (турунда) билан тўлдирилиб 4-5 суткага қолдирилади. Қумсоат шаклидаги кистада кесма энгак остидан ўтказилиб, имконият қадар шу ярадан ажратиб олинади. Ташқаридан олиш амалиёти имкони бўлмаса, ушбу аралашув оғиз ичидан цистотомия усулида ўтказилади.

Жағ ости сўлак беzi кистаси

Шикоятлар: юқорида келтирилганидек, бошқа сўлак безлари кисталарига ўхшаш бўлади.

Клиник манзараси: Жағ остида, бурчакка яқинроқ соҳада, шиш аниқланади. Устидаги тери ранги ўзгармаган, пайпасланганда юмшоқ консистенцияли, аниқ чегарали оғриқсиз ўсма аниқланади. Пункция қилинганда ичидан шиллик суюқлик тортиб олиш мумкин.

Қиёсий ташхис: Жағ ости сўлак беzi кистасини томирлар ўсмалари (гемангиома, лимфгемангиома), дермоид ва эпидермоид ҳосилалар, липома билан солиштирган ҳолда ўтказилади.

Даволаш: умумий оғриқсизлантириш остида цистотомия, катталашган киста жағ ости сўлак безини қамраб олган бўлса, цистэктомия, безнинг экстирпацияси билан биргаликда ўтказилади.

Қулоқ олди сўлак беши кистаси болаларда кам учрайди асосан 12-14 ёшдаги болаларда кузатилади.

Шикоятлар: юзнинг бир томонида, вақти-вақти билан пайдо бўлиб, ўз узидан кайтувчи оғриқсиз шишга бўлади.

Клиник манзараси: Қулоқ олди чайнов соҳасида сезиларли шиш, устидаги тери ранги ўзгармаган. Пайпасланганда юмшоқ-эластик, консистенцияга эга чегараларини аниқлаш қийин (чунки без орасида жойлашган) бўлади.

УТТ шиш соҳаси анэхоген, сўлак беши фаолияти бузилмаган, соғлом без билан солиштирилганда, сўлак ажралиш миқдори тенг, тиниқ бўлади.

Даволаш: Қулоқ олди сўлак бешида жойлашаган кистанинг ҳам қобиғи ўта юпқа бўлганлиги сабабли ажратиб олиш қийин. Киста без орасида жойлашганда, юз нерви толаларини шикастлаш эҳтимоли ошади. Оғиз шиллиқ пардасига яқин жойлашганда операция цистотомия усулида бажарилади.

Сўлак безларининг ўсмалари эпителиал, ноепителиал ва таснифга тушмайдиган шаклларга бўлинади

Полеоморф аденома (ҳар хил морфологик структурали) 11–15 ёшда болаларда кўпроқ қулоқ олди ва жағ ости сўлак безларида учрайди. Секин ўсади, фиброз капсулага эга, метастаз бермайди.

Одатда, сўлак беши соҳасида секин усаётган, безовта қилмайдиган шишга шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: сўлак бешида шиши устидаги терининг ранги ўзгармаган. Пайпаслаганда – қаттиқ консистенцияга эга, чегаралари аниқ, усти нотекис, кам силжийди, оғриқсиз, юз нерви фаолиятига таъсир этмаган.

Ташихислаш учун цитологик текширув ёрдамида ўсмани яллиғланиш жараёнидан фарқлаб олиш мумкин; УТТ воситасида ўсманинг ҳажм оэхогенлиги, атрофдаги тўқималар ва сўлак беши билан муносабати аниқланади. Эхограммада ўсма капсуласи аниқ кўринмаслиги, операцияни кенгайтирилган ҳажмда ўтказиш-

га кўрсатма бўлади; сиалографияда ўсма чегараси (контраст модда сояси) аниқ кўринади.

Даволаш: Ўсма кесиб олинади. Унинг капсуласи мавжуд бўлса, атрофдаги тўқималардан ажратиб олинади. Ҳажми катта бўлиб, юз нервини зарарлаган бўлса, сўлак беги қисман резекция қилинади. Олинган ўсма одатда оқ рангдаги зич тугун шаклида бўлади, ўртасидан ёрилса, ичида шилликсимон суюқлик ёки тоғайсимон ҳосилани кўриш мумкин. Ўсма тўлиқ олинмаса, рецидив бериши мумкин.

Аденолимфома– дизонтогенетик ўсма бўлиб, у без тўқимаси ҳамда лимфа тизимига хос бўлган компонентлардан таркиб топади ва шу сабабдан, полиморфаденома ва сурункали лимфаденитга ўхшаб кетади.

Шикоятлар: Одатда, секин оғриқсиз катталашувчи шишга қиладилар.

Клиник манзараси: полиморф аденомага ўхшаш, ўсма 12 –16 ёшларда пайдо бўлади. Қулоқ олди сўлак безининг пастки қисмида жойлашади. Юз нерви толаларига таъсир этмайди. Аксарият якка тугун шаклида учрайди, айнан шунга кўра, болаларда лимфа тугуни лимфааденомадан ажратилади.

Даволаш: атрофдаги сўлак беги тўқимаси билан субтотал резекция қилиб олиб ташланади.

Мукоэпидермоид ўсма. 10 –12 ёшдаги болаларда учрайди. Кўп қатламли ясси шиллик ва эпидермал хужайраларга ўтувчи эпителийдан тузилган.

Шикоятлар: одатда, сўлак беги соҳасидаги секин катталашаётган шишга шикоят қилинади.

Клиник манзараси: сўлак беги соҳасида шиш кузатилади, устидаги тери бир оз қизарган. Пайпаслаганда – юмшоқ эластик консистенцияли тугун, бир оз оғриқли. Тери ўсма билан бирлашиб кетган. Регионар лимфа тугунлари (лимфоид тўқиманинг гиперплазияси ёки метастаз ҳисобига) катталашган.

Таъхислаш: морфологик текширув натижасига кўра кўйилади.

Даволаш: хавфли ўсмаларга яқин бўлганлиги учун онкологлар билан биргаликда нур терапияси ҳамда жарроҳлик усуллари билан даволаш ўтказилади.

БЎЙИННИНГ ТУҒМА КИСТАЛАРИ ВА ОҚМА ЙЎЛЛАРИ

Эмбрионал ривожланиш даврида, бўйин соҳаси тўқима ва аъзолари дисэмбриогенетик жараёнлари сабабли киста ва оқма яралар юзага келиши мумкин. Бўйиннинг ўрта қисми ҳамда ён томон (юза)лари кисталари ва оқма йўллари фарқланади.

Бўйиннинг ўрта қисми кисталари ва оқма йўллари

Эмбриогенезнинг 3-5 ҳафталари мобайнида қалқонсимон без ривожланади. Ана шу даврда қалқонсимон – тил найи мавжуд бўлиб, унинг редукцияга учрамаган қолдиқлари киста ва оқма йўллар шакллашига олиб келади. Қалқонсимон – тил найи (йўли) (*Dictus thyreo-glossus*) нинг кўр тешиги (*foramen caecum*)дан бошланиб, пастга томон йўналади ва қалқонсимон безнинг (ўрта) бўйинча қисми (*Isthmus thyreoidei*) гача давом этиб, тилости суяги билан бирлашиб кетади.

Бўйин ўрта қисми киста ва оқма йўллари турли ёшдаги болаларда учрайди. Уларнинг пайдо бўлиши деярли сезилмайди. Оқмалар ҳосил бўлишидан аввал, дастлаб киста пайдо бўлиши мумкин. Эмбрионал даврда мавжуд бўлган қалқонсимон-тил йўлида мавжуд бўлган қалқонсимон-тил йўлининг ҳар қандай қисмида киста ёки оқма йўл юзага келиши мумкин. Жойлашуви сатҳига кўра, тил илдизи кисталари ва тилости суяги кисталари фарқланади. Бундай кисталар секин ва оғриқсиз ўсади. Бироқ, кисталарда яллиғланиш жараёни юзага келса, оғриққа, шунингдек, йирингли жараёнлар нафас олиш ва ютинишнинг қийинлашишига сабаб бўлиши мумкин. Тил илдизи кистаси ёрилиб, аспирацион асфиксияга олиб келган ҳолатлар адабиётларда қайд этилган. Бундай ҳолатлар аксарият летал якун (ўлим) билан тугайди. Тилости суяги (танаси) билан боғланган кисталар, шу боис ҳам камҳаракат бўлиб, фақат ютиниш вақтидагина тилости суяги ортидан юқорига силжийд. Бу кисталар тилости суяги (танаси) устки ёки остки соҳасида жойлашиб, ўлчами катталашганда бўйиннинг шаклини ўзгартиради. Кисталар думалок шакл ва юмшоқ –эластик консистенцияга эга.

Бўйиннинг ўрта қисми оқма йўллари тўлиқ ва тўлиқ бўлмаган оқма яралар тафавут этилади. Ўз навбатида тўлиқ бўлмаган оқма йўлларининг ташқи ва ички

шакллари ажратилади. Тўлик бўлмаган оқма йўллар, бола туғилганидан кейингина, киста босқичи орқали ҳосил бўлади. оқма йўллар вақтинча ёпилиши мумкин. Оқма йўлларининг ташқи тешиги (яраси) атрофидаги тери кўпинча қизарган, чандикли бўлади. ярадан ажралма кам миқдорда чиқади, овқат истеъмол қилиш билан боғлиқлик йўқ. Ютиниш вақтида яра тилости суяги ортидан юқорига силжийди. Атроф тўқималардаги чандикли ўзгаришлар туфайли оқма йўлини зонд ёрдамида текшириш қийин. Ташқи тешик орқали юборилган (анестетик) эритма тилнинг кўр тешиги орқали оғиз бўшлиғига оқса, бундай оқма йўли – тўлик эканлигидан далолат беради.

Ташхис қўйиш одатда қийинчилик туғдирмайди. Бўйиннинг ўрта қисми оқма йўлларининг ўзига хос клиник манзараси зонд ёки контрастли рентгенография ёрдамида текшириш ёки бўёқли моддалар юбориш УТТ натижасида олинган маълумотлар асосида аниқ ташхис қўйиш мумкин.

Бўйиннинг ўрта қисми оқма йўллари жарроҳлик усули билан даволанади. Бунинг учун тилости танаси сатҳида бўйиннинг кўндаланг кесмаси ўтказилади. Кистанинг қобиғи ёки оқма йўли тортма (пилиги) тилости суягигача ажратилади. Операция муваффақиятли натижага эга бўлиши учун тилости суяги танасининг бир қисми резекция қилиниши мақсадга мувофиқдир. Баъзи ҳолларда тилости суяги танасининг орқа юзасининг юқори қисмидан оқма йўли тилнинг кўр тешигига қадар давом этиши ҳам мумкин.

Бўйиннинг ён юзалари туғма кисталари ва оқма йўллари

Бу кисталар ва оқма йўлларининг келиб чиқиши батамом ҳал этилмаган. Иккинчи жабра ёриғи, учинчи ҳалқум чўнтаги, жабра аппарати ва қалқонсимон – ҳалқум найининг сақланиб қолган эпителиал қолдиқлари ушбу кисталар ва оқма йўлларининг юзага келиши учун манбаа бўлиб хизмат қилиши мумкин. Бу эпителиал қолдиқлар латент ҳолатда узоқ вақт сақланиб, кичик ёшда камдан-кам намоён бўлади. Ўсмирлик даврида эса “фаоллашади”, маълум сабаблар (яллиғланиш, жароҳат) таъсири остида ўса бошлайди ва кисталар ҳосил қилади. Базъан бу кисталар ўз-ўзидан ёрилиш мумкин, шунингдек айрим ҳолларда жарроҳлар томони-

дан хато равишда (абцесс сифатида) кесиб очилиши мумкин. Иккала ҳолда ҳам бўйиннинг ён юзалари кисталари ўрнида “битмайдиган” оқма йўллари ҳосил бўлади.

Бўйиннинг ён томонида жойлашган кисталари, тўш-ўмров-сўрғичсимон мушак олд томонида жойлашиб, секин ўсади ва болани деярли безовта қилмайди. Ўлчамлари ёнғоқдан, ёш (кичик) болалар боши катталигигача бўлиши мумкин. Кистанинг устки тери қопламининг ранги ўзгармайди, пальцияга эга, ҳаракатчан ва оғриқсиз, кучли ифодаланган флюктация сезилади. Ён кисталарнинг ўлчами жуда катталашиб кетганда, ёки йиринглаганда, томир-нерв тутамига босим билан таъсир қилиши ва оғриқ чақириши, ҳамда овқат қабул қилишни қийинлаштириши мумкин. Яллиғланиш аломатлари бўлмаган ҳолларда бўйин лимфа тугунларида ўзгаришлар бўлмайди. Ҳалқумнинг киста мавжуд томони ноксимон чўнтақлари соҳасида базъан ҳалқум деворининг бўртганлиги аниқланади.

Бўйин ён кисталарининг йиринглаши кам учрайдиган ҳол эмас. Бундай ҳолатларда киста бўшлиғида йиринли экссудат йиғилиш ҳисобига унинг ўлчами тез катталашади ва ушлаб кўрилганда қаттиқ (зич) ва оғриқли бўлади, бўйин лимфа тугунлари катталашади, пальпация қилинганда оғриқ сезилади. Ана шундай ҳолатларда йиринглаган кисталарни абцесс сифатида кесиб, хатога йўл қўймаслик мақсадида дифференциал ташхис ўтказилади. Абцесслардан ташқари ён кисталарни лимфаденитлар, лимфасаркома, лимфангиома, каверноз гемангиома, томирлар аневризмаси, кулоқолди ва жағости сўлак безлари ўсмаларидан фарқлаш лозим.

Бўйиннинг ён кисталари ҳам жарроҳлик усули билан даволанади. Тўш-ўмров-сўрғичсимон мушагининг олдинги чети бўйлаб кистанинг усти терисида, кистанинг ўлчамига кўра, узун кесма ўтказилади. Операциянинг самаралилиги, кистанинг тўлик, қобиғи билан бутун ажратилишига боғлиқ. Кистанинг бўйин қон томир-нерв тутами (айниқса ички бўйинтуруқ венаси) девори кистанинг юқори қисми пай бойламлари воситасида ва бигизсимон ўсиқ билан бирикканлиги операциянинг техник жиҳатдан мураккаблик даражасини оширади.

Бўйиннинг ён оқма йўллари бўйин ён юзалари кисталари каби, юқорида қайд этилган эпителиал қолдиқлардан ҳосил бўлади. аксарият иккиламчи равишда, кичик ёшда пайдо бўлган ён кисталардан юзага келади. Кистанинг пастки қисмида тери қизариб, чўзилади ва оқма йўли ҳосил қилади. Туғма тарзда ҳосил бўлган оқма йўллар камдан-кам учрайди. Баъзи ҳолларда эса, оқма йўлининг тешиги ёпилиб қолиб, қайтадан киста ҳосил бўлиши мумкин.

Оқма йўлларининг тўлиқ ёки тўлиқ бўлмаган шакллари ажратилади. Бўйин терисидаги оқма тешигидан бошланиб, найсимон йўл танглайнинг бодомсимон безигача узлуксиз давом этса, тўлиқ оқма йўл ҳисобланади. Бўйиннинг тўлиқ бўлмаган ён оқма йўли, терида ташқи тешикка эга бўлиб, унинг иккинчи охири тўқималарда (кўр равишда) тугайди. Бўйиннинг тўлиқ бўлмаган, ички, ён оқма йўли, танглай бодомсимон беги соҳасида ички тешикка эга бўлиб, найчанинг иккинчи охири бўйин тўқималарида (кўр равишда) тугайди. Оқма йўлининг ташқи тешиги тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакнинг олд чети олдида жойлашади ва юқорига йўналган ҳолда бўйиннинг фасция ва мушакларини тешиб ўтади, кейин бўйиннинг қон-томир-нерв тутами билан ёнма-ён ётади. Тилости суяги шохлари сатҳидан юқорироқ, оқма йўли ичкарига бурилиб, ҳалқум (ютқин)нинг ён деворига кетади. Оқма йўли тешигидан кам миқдорда кул ранг суюқлик ажралади. Суюқлик таркибида эпителий ҳужайралари ва лимфоид элементлар учрайди.

Барча оқма йўллар каби бўйин ён юзалари оқма йўллари жарроҳлик усули билан даволанади. Операция олдидан, оқма йўлининг ташқи тешиги орқали бўёк (эритмалар) юборилади. Оқма йўлларининг тўлиқ олинмаслиги рецидивларга сабаб бўлади.

Юз суякларининг ўсма ва дисплазиялари

Юз суякларининг ўсмалари ва дисплазиялари юз-жағ соҳалари барча ўсмаларини 40% ини ташкил қилади. Юз суякларидаги ўсмалар таснифи А.А.Колесов томонидан (1964) таклиф қилинган. Қандай тўқимадан келиб чиқишига кўра, бар-

ча ўсмалар уч гуруҳга ажратилган: остеоген, ноостеоген, одонтоген. Клиник кечиши буйича эса: хавфсиз ва хавфли турлари фарқланади.

А.А.Колесовни юз суякларинг бирламчи ўсма ва ўсмасимон хосилаларини таснифи

| Ўсмалар | | Ўсмасимон хосилалар |
|---|----------------------------|--|
| Хавфсиз | Хавфли | |
| I Остеоген гуруҳ | | |
| Хондрома | Хондросаркома | Фиброз (бир суяк, херувизм тури , кўп суяклар) дисплазияси |
| Остеобластокластома (марказий ва периферик-гигант хужайрали эпүлис) | Хавфли остеобластокластома | |
| Остеоид-остеома | Остеоген саркома | |
| Остеома | | Деформацияловчи остоз |
| II Ноостеоген гуруҳ | | |
| Миксома | Миксосаркома | |
| Фиброма | Фибросаркома | |
| Гемангиома | Гемангиосаркома | |
| | Гемангиоэндотелиома | |
| Неврофиброма | Юинг саркомаси | Эозинофил гранулема |
| Неврилеммома | Ретикуляр саркома | |
| Холестеатома | Миелома | |
| III Одонтоген гуруҳ | | |
| Адамантинома | | |
| Юмшоқ одонтома | | Радикуляр киста |
| | | Фолликуляр киста |
| | | Қаттиқ одонтома |
| | | Цементома |

Болаларда суяклардан ривожланган ўсмаларнинг бир қатор ўзига хос хусусиятлари бор. Хусусан, хужайралардаги моддалар алмашинуви, эндокрин тизимининг етишмовчилиги, иммунологик фаоллик ўсма хужайраларининг жадал ўсишига таъсир этади. Бу омиллар боланинг ўсиш давлари билан боғлиқ ҳолда, айнан бир ўсманинг ҳар хил ёшда турлича кечишига таъсир этади. Ўз навбатида, бу ўсмаларни ташхислаш ва қиёсий ташхислашни хийла мураккаблаштиради. Суяк тўқимасининг ўсмасимон ҳосилалари жадал ва агрессив тарзда ўсиб, суякда деструктив жараёни юзага келтирганлиги учун улар хавфли ўсма ўсиши ёки яллиғланиш жараёни имитация қилади (эслатади).

Ташхислаш ва даволашнинг умумий принциплари

Юз суяклари ўсмаларининг дастлабки белгилари деярли бир хил: суяк ҳажмининг ортиб бориши (катталаниши), шакл бузилиши, тишлар окклюзияси (тишлам) нинг ўзгариши ва пастки жағ ҳаракатларининг чегараланиши. Болаларда ўзгаришларга тўғри баҳо берилмаганлиги сабабли оғриқ синдроми одатда, тиш касалликлари пульпит, периодонтит, гайморит, периостит касалликлари билан боғланади ва шунга яраша даволаш (тиш олинади, яллиғланишга қарши даволаш, физиотерапия) ўтказилади, натижада ўсма янада тез катталашади.

Ўсмага шубҳа пайдо бўлганда, бола ҳақида (ота–она) дан синчковлик билан анамнез (vital, morbid) йиғилиши ва бунда ўсма ривожланишида жароҳатнинг аҳамияти катта бўлганлиги сабабли, бола қачон, қаерда, қандай жароҳат олганлиги, қандай физиотерапевтик муолажалар ўтказилганлиги аниқланиши лозим.

Оғриқ хавфли ўсмага хос белги, бўлиб, одатда, аниқ соҳада бўлади, айрим хавфли ўсмаларда шиш пайдо бўлишидан бир неча ой аввалроқ пайдо бўлади.

Хавфсиз ўсмалар, аксарият, оғриқсиз кечади ва бунда шакл бузилиши ҳамда суякларнинг патологик синиши эътиборга моликдир.

Хавфли ўсмалар (ретикуляр саркома, Юинг саркомаси), айниқса, кичик ёшдаги болаларда, ўткир яллиғланиш жараёни каби тана ҳароратининг кўтарилиши, ЭЧТ ва лейкоцитлар сонининг ортиши билан кечади. Ўсманинг

ривожланиши суяк усти қобиғи ёки кортикал пластинкадан бошланса, қисқа вақт ичида шиш ҳосил бўлади. Агар суяк ичидан бошланса, шиш кеч пайдо бўлади. Ҳавфли ўсмаларга ҳос хусусиятлардан яна бири мультицентрик ўсишдир. Яъни тўқималарнинг бир (моно) эмас, бир нечта қисмида атипик ҳўжайралар пайдо бўлиб, жадал кўпая бошлайди.

Чегараларининг аниқ, консистенцияси қаттиқ (зич), юзаси ғадир-будур бўлиши хавфсиз ўсмаларга хосдир.

Жағ кисталари суякда шиш буртиб чиқиши, ташқи (кортикал пластинка) девори юпқалашиб, пайпаслаганда ботиб кириши билан ажралиб туради (болаларда юпқалашган суяк эластик бўлганлиги боис, қирсиллайди(crepitation)).

Хавфсиз ўсмалар устидаги терига ёпишмаган, ўзгаришсиз бўлиб, эркин силжитилади. Хавфли ўсмаларда дастлаб силжиётган тери секин–аста юпқалишиб, ўсма билан бирлашиб кетади. Тери остидаги вена томирлари бўртиб чиқади, юзда шиш пайдо бўлади.

Хавфли ўсмаларда 1–2 ойдан сўнг кузатиладиган объектив клиник ўзгаришлар билан бир вақтда рентген тасвирида суякда ўзгаришлар мавжудлиги аниқланади. Узоқ вақт барқарор ҳолатда бўлган хавфсиз ўсма тўсатдан актив ўса бошласа, малигнизация (хавфли ўсмага айланиш) ҳақида фикр юритиш керак.

Айрим хавфсиз ўсмалар (меланомик нейроэктодермал ўсма, десмопластик, суякланувчи ва амелобластик фиброма, миксома, литик гигант ҳўжайрали ўсма) ва фиброз дисплазия болаларда тез ўсади, хавфли ўсма каби суякни емириб, юмшоқ тўқималарга ўсиб киради. Суяк ичида ўсаётган ўсмалар хавфсиз ёки хавфли бўлишидан қатъе назар тишлар ҳолати ўзгаради.

Оғиз очилишининг чегараланиши ўсманинг чакка-пастки жағ буғими ёхуд чайнов мушаклари яқинида жойлашганлигини англатади.

Рентгенологик текширувлар ўсманинг суякда жойлашиши, тарқалганлиги, суяк ичидан (марказий) ёки юзасидан (периферик) ўсишини, чегаралари ва юмшоқ тўқималар билан муносабатини кўриш имконини беради.

Хавфли ўсма ҳар томонга бетартиб равишда ўсади, шунинг учун чегаралари аниқ бўлмайди. Баъзан тез ўсаётган хавфсиз ўсма (десмопластик фиброма)

қиска вақт ичида суякнинг каттагина қисмини емиради ва бу жараён периостнинг компенсатор ўсиши билан кечади, шунинг учун кўра остеоген остеопластик саркомани эслатади.

Ташхислаш: суякдаги ўзгаришларни (компьютер томография) КТЗД (уч текислик)да кузатиш мумкин, суякдан ўсма юмшоқ тўқималарга тарқалган ҳолатларда (ядро магнит резонанс томография) МРТ текширувдан батавсил маълумотлар олинади.

УТТ текширувдан ўсманинг атрофдаги юмшоқ тўқималарга тарқалишини ҳамда лимфатик тугунлар ҳолатини аниқлашда фойдаланилади.

Айрим суяк ўсмалари (гемангео–эндотелиома, гигант хужайрали ўсма)да ангиография усули ўсманинг қон томирлар билан ўзаро муносабатини аниқлаш ва операция вақтида кўп қон кетишининг олдини олиш режасини олдиндан тузишга ёрдам беради.

Аниқ ташхис қўйиш ва операция ҳажмини режалаштириш мақсадида (пункцион, инцизион) биопсия ўтказилади. Якуний ташхис операциядан сўнг операцион тўқима, яъни макропрепаратнинг ҳар хил қисмларидан олиб ўтказилган морфологик текширувлар натижасига асосланиб қўйилади.

Даволаш: бирламчи хавфли ўсмаларни даволаш ихтисослашган онкологик марказларда (жарроҳлик усули, ўсмага қарши кимё ва радио терапиядан) чоралари комплекс равишда ўтказилади:

Жағ суякларининг хавфли ва хавфсиз ўсмалари одатда тўлиқ ёки қисман резекция қилиш усули билан олинади. Юқори жағ суягининг альвеоляр ўсик соҳасидаги ўсмалар қисман резекция қилиб олинади.

Ўсма кенг тарқалган бўлиб, юқори жағ бушлиғини эгаллаган бўлса, юқори жағ суяги тўлиқ (бир томонлама) резекция қилинади.

Пастки жағдаги ўсмаларини олишда: жағ суяги бутунлигини сақланган ва сақламаган ҳолда резекция ўтказиш учуллари мавжуд.

Юқори ва пастки жағларнинг хавфли ўсмаларида албатта суякларнинг тўлиқ резекция қилиш операцияси ўтказилади. Агар ўсма пастки жағ шоҳида

жойлашган бўлса, (буғим ўсиғиниг бошчаси буғимдан чиқариш) экзартикуляция ўтказилиб, атроф юмшоқ тўқималари билан биргаликда кесиб, олиб ташланади.

Суяк тўқимасининг хавфсиз ўсмалари

Бундай ўсмалар суякнинг ўзидан ва унинг таркибий қисмларидан ривожланадилар.

Остеома – хавфсиз ўсма, ривожланган, етук суяк тўқимасининг ўсмаси, 15 ёшдан кейин учрайди. Жуда секин, оғриқсиз ўсади ва жағ суягини йўғонлаштириб, шаклини ўзгартиради. Қон-томир-нерв тутамларига яқин жойлашган бўлса босим туфайли невралгик оғриқ пайдо бўлади. Юқори жағдаги ўлчамлари жуда катта бўлиган ўсма экзофтальм келтириб чиқаради. ЧПЖБ атрофида ўсган остеома оғиз очилишини чегаралайди.

Остеоидостеома – бу ўсма суякнинг кортикал қисмидан ўсади, остеоид структуралардан тузилган. Асосан 5–15 ёшдаги ўғил болаларда учрайди.

Шикоятлар: жағ соҳасидаги шиш ва чайнаганда кучаювчи оғриққа.

Клиник манзара: Аниқ патологик белгилари бўлмайди. Ўсма соҳасида шиш бўлиб, уни пайпаслаганда сурункали периоститга ҳос белгилар ва бир оз оғриқ сезилади. Ренгенологик текширувда суякда деструкция ўчоғи аниқланади.

Остеоидостеома – соғлом тўқималар чегараси миқёсида олиб ташланади.

Хондрома – етук тоғай тўқимасидан ташкил топган ўсма. Мактаб ёшидаги болаларда учрайди. Суякда жойлашишига кўра марказий ва периферик (эн ва эк-хондрома) хондромалар ажратилади. Эмбрионал ривожланиш давридаги ўзгаришлар натижасида ҳосил бўлади. Якка ҳолатда ва бир нечта бўлиб ривожланиши мумкин, рецидив бериши, хавфли сифат (хондросаркома)га ўтиши мумкин.

Шикоятлар – жағ соҳасидаги шишга бўлади.

Клиник манзараси: ўсманинг жойлашиш соҳасига боғлиқ, юқори жағда ва қаттиқ танглайда шиш кузатилади, оғриқсиз, устидаги шиллиқ парда ўзгармаган бўлади.

Пастки жағ танаси қалинлашади, юз шакли ўзгаради. Тишлар ҳар томонга сурилади, аммо қимирламайди. Шиллик парда ўзгармайди. Якуний ташхис фақат биопсия ва морфологик текширувдан сўнг қўйилади.

Даволаш – жағ суяги тўлиқ резекция қилиниб, ўсма устидаги қобиғи билан олиниши шарт, акс ҳолда рецидив бериши мумкин.

Гигант хужайрали ўсма – остеобластокластома – болалардаги суяк ўсмаларининг 33% ини ташкил қилади. Этиологик келиб чиқиш сабаби (генези) номаълум. Гигант хужайрали деб ном олишиг ўсманинг гистологик тузилиши билан боғлиқ. Кўплаб қон томирлар ва остеобласт хужайралар орасида тарқоқ ҳолда жойлашган йирик (гигант) остеокластлар ҳам учрайди. Одатда битта суякда учрайди.

Жағ соҳасидаги шиш ҳамда у соҳада жойлашган тишлардаги оғриқ, шунингдек, ўсма юз шаклини ўзгартириб юбораётганлигига шикоят қилинади.

Клиник манзараси: Ўсма 4–7 ва 8–12 ёшли болаларда кўпроқ учрайди. Севимли локализацияси пастки жағ.

Тошкент давлат тиббиёт институти (ҳозирги ТТА) клиникаларида ушбу ўсмани профессор Н.Н. Мазалова чуқур ўрганган. Олима берган маълумотларга кўра, ўсма пастки жағда юқори жағга нисбатан 3 марта кўп учрайди. Ўсма аста-секин оғриқсиз ўсади ва шу боис, тасодифан аниқланиб қолади ёки юз шакли ўзгарганидан сўнггина унга эътибор берилади. Юқори жағда ўсма юқори жағ бўшлиғини эгаллаб, ёноқ суягига ўтади. Пастки жағ шохида жойлашган ўсма бўғим ва тож ўсиқларига ўтиб, оғриқсиз равишда оғиз очилишининг чегараланишига сабаб бўлади. Ўсма устидаги тери ва оғиз шиллик пардаси – ўзгармайди. Ўсма соҳасида жойлашган тишлар ҳар томонга силжиб, қимирлаб қолади, тишлам ҳам (прикус) ўзгаради. Ўсманинг икки хил шакли ажратилади: марказий (суяк ичидан ўсувчи) ва периферик (альвеоляр ўсиқдан ўсувчи). Периферик шаклдаги гигант хужайрали эпюлис альвеоляр ўсиқда жойлашиб, оғиз бушлиғи томон милк тагидан буртиб ўсади. Ўсма ҳар хил шаклда ва катталиқда бўлиб, айримлари кенг асосли оёқчада бўлади.

Рентгенологик ва морфологик текширувлар натижалари асосида остеобластокластома кистоз, катакчали ва литик шаклларга ажратилган. Болаларда остеобластокластомаларининг 60% кистоз шаклда учрайди. Ренгген тасвирида суяк тўқимаси сурилиб, атрофида ўсмани соғлом суякдан склерозланган зона ажратиб турганлигини, ўсма ичига кириб турган тиш илдизлари горизонтал резорбцияга учраганлигини кузатиш мумкин.

Катакчали шаклда кўплаб майда ва йирик бўшлиқлар ҳосил бўлади, уларнинг ораси юпқа тўсиқлар билан ажратилган бўлиб, бу манзара “совун кўпиклари” иасвирини эслатади ва соғлом суякдан аниқ чегарагаланиб туради.

Литик шаклининг ёш болалар ва ўсмирларда кечиши агрессив ҳарактерга эга, яъни тез ва экспансив тарзда ўсади. Юқори жағ суягида ривожланса, юқори жағ ва бурун бўшлиқларини тўлдириб ўсади ва юз шаклини ўзгартиради. Жағ соҳасида оғриқ пайдо бўлади ва тишлар қимирлаб қолади.

Рентгенологик текширув ўтказилганда емирилган суякнинг чегаралари ноаниқ. Суякда емирилиш кўндаланг текисликда кечган бўлса, жағнинг бўлинган четлари эркин нотекис кўринишда бўлади. Ўсма локализацияси жағнинг тана қисмида бўлса, доимий тишларнинг куртаклари ўз жойларидан сурилган бўлади.

Таъхис қўйиш мақсадида ўсма пункция қилинса, шприцга кўнғир олчарангдаги гемосидеринли суюқлик ёки қон чиқиши мумкин.

Периферик остеобластокластома – гигант ҳужайрали эпүлис.

Шикоятлар: – одатда, тишлар атрофида оғримайдиган ўсма мавжудлигига, овқат чайнаш ва тишларни ювиш вақтида қонаш юзага келишига шикоят қилинади.

Клиник манзараси: Оғиз бушлиғи кўздан кечирилганда, альвеоляр ўсиқнинг ҳар икки томонида жойлашган қизғиш рангли, кенг асосда жойлашган, нисбатан қаттиқ эластик консистенцияли шиллиқ парда билан қопланган ўсмани кўриш мумкин. Шиллиқ парда ўсманинг айрим қисмларида жароҳат сабабли яллиғланган, жойлашган тишлар қимирлаб, альвеоляр ўсиқнинг шакли шиш туфайли ўзгарганлиги кузатилади.

Қиёсий ташхис: марказий остеобластокластомани амелобластома, сурункали деструктив ва продуктив остеомиелит, фиброз дисплазия, суяк гемангиомаси, саркома билан солиштириб фарқланади. Периферик остеобластокластома банал эпумис ва милк локал фиброматози билан фарқлаб ташхисланади.

Даволаш жарроҳлик усулида – қисман ёки тўлиқ резекция қилиш йўли билан ўтказилади. Имконият қадар суякда пластик тиклов операцияси, кейинчалик ортодонтик даволаш ва рационал протезлаш ўтказилади.

Десмопластик фиброма – жағ суяқларининг бирламчи ўсмаси. Тузилиши пайлар ва фасциал – апоневротик бириктирувчи тўқималардан ривожланадиган десмоидли ўсмаларга ўхшаш бўлганлиги учун десмопластик фиброма номини олган. Ўсма 5 ёшгача бўлган болаларда, асосан пастки жағда учрайди.

Шикоятлар: ота–оналар сабабсиз пайдо бўлган оғриқсиз ўсмага шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: кичик ёшдаги болаларда тез ўсиб, 1–2 ой мобайнида ўлчамлари катта бўлиб кетади. Ўсма суяқнинг устки қисмида ўсади. Устидаги тери деярли ўзгаришсиз бўлиб, унинг ҳолати ўсманинг ҳажмига боғлиқ. Кичик ўсмаларда тери ўзгаришсиз, катталашиб кетган ўсмаларнинг устки тери қоплами юпқалашиб, оч пушти тус олади. Ўсма суякка ёпишиб, силжимайдиган бўлиб қолади. Пайпасланганда, қаттиқ – эластик консистенцияга эга, бир озгина оғриқли. Устини қоплаб турган шиллиқ парда ҳам юпқалашган, тўқ қизил кўким-тир рангда бўлади.

Рентген тасвирида пастки жағда, овал шаклдаги чегаралари нотекис, нур ютиш интенсивлиги паст ҳосила аниқланади. Кортикал суякда емирилиш ўчоқлари, суякда кечаётган деструктив жараён жағ қиррасини юпқалаштирган бўлса, шу билан параллел равишда кечаётган реактив остеогенез ҳисобига “шокилали” (игнали) периостит кузатилади. Юқори жағнинг десмопластик фибромасида рентген тасвирида чегаралари аниқ бўлмаган соя (деструктив ўзгаришлар) кузатилади.

Даволаш жарроҳлик усулида – тўлиқ ёки қисман резекция қилиш йўли билан бажарилади.

Суякланувчи фиброма – фақат жағ суякларида ўсганлиги учун одонтоген ўсмалар гуруҳига киритилади. Аммо ушбу ўсма ривожланишининг одонтогенез жараёни билан боғлиқлиги йўқ. Аксарият катта ёшдаги ўғил болаларда учрайди.

Беморлар ёки уларнинг ота–оналари аста-секин катталашаётган шишга шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: монооссал фиброз дисплазияга ўхшаш, аммо ундан тезроқ ўсади. Ўсма соҳасида жойлашган тишлар силжийди. Оғриқ безовта қилмайди, кортикал суяк юпқалашиб, пайпасланганда крепитация (ғирчиллаш) сезилади.

Рентген тасвирида суякда чегаралари аниқ бўлган деструкция ўчоғи унинг атрофида остеосклеротик халқа кузатилади. Деструктив жараён соҳасида кўплаб майда калцификатлар соялари кўринади.

Даволаш – ўсма радикал операция қилиш йўли билан олиб ташланади.

Юз суяklarининг ўсмасимон ҳосилалари

Фиброз дисплазия – Брайцев–Лехтейнштейн касаллиги, суяк ривожланишининг дизонтогенетик (биологик жиҳатдан чин ўсмаларга яқин) нуқсони бўлиб, хавфсиз ўсмалар сирасига киради. Фиброз дисплазия ўғил ва қиз болаларда баробар учрайди, бошқа туғма нуқсонлар билан биргаликда учраши ҳам мумкин.

Бу касалликда суяк тузилишида иштирок этувчи барча таркибий қисмлар бўлади, аммо суякнинг етук тўқимагача ривожланиши (дифференциацияси) остеобласт, остеокласт ва фиброз тўқима хужайраларининг кўпайиши биринчи босқичдан бузилади ва шу сабабдан суяк тўқимасининг шаклланиши тугалланмай қолади. Касаллик мактаб ёшида намоён бўлиб, 16 ёшгача прогрессив равишда ўсади, кейинчалик ўсишдан тўхтади. Ўсишида иммун – эндокрин тизимларининг тикланиши билан боғлиқлик бор. Тарқалганлик даражасига кўра ўсма: моно–полиоссал, Олбрайт синдроми ва херувизм шаклларига бўлинади.

Шикоятлар: кўп ҳолларда жағ суягидаги бир оз оғрийдиган шишга бўлади.

Клиник манзараси: ўсма боланинг фаол ўсиш даврларида – жадал ўсиб, балоғатга етганидан сўнг барқарор ҳолатга келади. Касалликнинг асосий белгиси зарарланган жағ суягининг ўсаётган остеоид тўқима ҳисобига катталашиб кетишидан иборат.

Юқори жағ фиброз дисплазиясида ўсма катталашиб, юз шаклини ўзгартириб юборади ва атрофдаги аъзолар фаолияти бузилади: бурундан нафас олиш, ҳид билиш, экзофтальм, кўриш қобилиятининг пасайиши кўзатилади, айрим беморларда оғиз очилиши чегараланади. Ўсма, одатда, пастки жағнинг бир томонлама тана ва шох қисмлари зарарланади. Оғиз очилиши деярли ўзгармайди.

Ўсманинг ўсиш даврида юз соҳасида ўзгариш кузатилмайди. Жағ пайпасланганда, оғриқ сезилмайди, консистенцияси қаттиқ, юзаси ғадир-будур бўлган шиш аниқланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ўзгаришсиз, тишлар қимирламайди. Полиоссал шаклида юзнинг бир неча суяги ва таянч-ҳаракат (болдир, елка) суяклари зарарланганлиги кузатилади.

Рентген тасвирида остеоид тўқиманинг ўсиб кетиши ҳисобига суяк катталашган, кортикал қатлам узлуксиз сақланиб юпқалашган, ора-чора компенсатор қалинлашиб, склерозга учраганлиги аниқланади. Суяк структураси бир текисликда зичлашиб, трабекуляр-катакли тузилишда бўлиб, бу билан бир вақтда “увада пахта шаклидаги” (юлиб олинган пахтага ўхшаш) доғларни ҳам кўриш мумкин.

Херувизм – юз суяклари фиброз дисплазиясининг оилавий-наслий келиб чиқишга эга бўлган алоҳида шакли. Касаллик бир неча авлодларда намоён бўлган. Оиланинг бир неча аъзоларида учраши мумкин. Касаллик эмбрионал даврда бошланиб, 3–7 ёшда юзага чиқади. Зарарланиш айни бир вақтда пастки жағнинг икки томонида ёки иккала жағнинг икки томонида ҳам симметрик кечади. Суякдаги ўзгаришлар билан бир вақтда доимий тишлар куртакларининг емирилиши, тишларнинг ярим чиқиш ва жойлашувининг бузилиши кузатилади. Чиққан тишлар барвақт тушиб кетади.

Касаллик тўлқинсимон кечади: 3–4 ёшда тез ўсиб, катталашади ва юзнинг шакли бузилади, маълум вақт барқарорлашиб, 11–12 ёшда яна прогрессив ўса бошлайди.

Хасталанган суяк зичлиги ҳам боланинг ёши билан боғлиқ ҳолдада ўзгариб боради, дастлаб юмшоқ–эластик бўлса, кейинчалик суякдай каттик бўлади. Жинсий ўзгаришлар (вояга етиш) вақтида айрим болаларда ўсиш суръати пасаяди ва зарарланган соҳада суяк ҳосил бўлади.

Олбрайт синдроми – фиброз дисплазиянинг бу шаклида суякда кечадиган морфологик ўзгаришлар моно- ва полиоссал шакллардан фарқ қилмайди. Алоҳида синдром сифатида ажратилишига сабаб уч белги билан намоён бўлишидир, яъни: 1) жағлар ва бошка суяклари зарарланади; 2) терида пигментли доғлар бўлади; 3) жинсий ўзгаришлар барвақт бошланади. Ана шу уч белги битта болада биргалликда камдан кам учрайди, лекин иккитаси аниқ мавжуд бўлса, Олбрайт синдроми шаклидаги тури ҳисобланади. Сабаби номаълум. Жинсий ўзгаришлар барвақт бошланиши ва теридаги гиперпигментли доғлар бўлиши эмбриогенез даврида чуқур бузилишлар содир бўлганлиги билан тушунтирилади.

Даволаш – фиброз дисплазия фақат поллиатив жарроҳлик усули ёрдамида даволанади.

Жағ суякларининг эозинофил гранулемаси

Бу касалликда асосан пародонт зарарланади. У касалликлар таснифида гистиоцитоз–Х гуруҳи (сурункали моноцитар лейкоз ва системали гистиоцитар касалликлар) га киритилган. Бу касалликлар мактаб ёшидаги болалар ва ўсмирларда кўпроқ учрайди. Баъзан кичик ёшдаги болаларда ҳам учраши мумкин. Ўғил болаларда қизларга нисбатан 3–4 марта кўп учрайди. Пародонтдан ташқари юз суякларида бир ёки бир неча соҳаларда учраши мумкин.

Шикоятлар: Ота–оналар кўпинча тишлари чиқмаган болаларнинг альвеоляр ўсиғида ҳеч бир сабабсиз яра пайдо бўлганига шикоят қиладилар, тиши чиққан болаларнинг эса тиши қимирлаб қолганлиги ва оғришига, милк яллиғланишига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: чақалоқларда тишлар чиқишидан олдин милкда кўкимтир кул ранг тусли некроз ўчоғи шаклланади, у кўчиб тушганидан сўнг, ўрнига эрозив яра ҳосил бўлади. Яра узок вақт битмай, кенгайиб боради. Шу соҳада сут тишлари барвақт ёриб чиқади. Чиқиши биланоқ қимирлаб қолади. Милкда яра ҳосил бўлганлиги учун кўпинча бу касалликни ярали стоматит деб даволанади.

Тишлар чикқандан сўнг касаллик бошланган ҳолларда пародонтит белгилари намоён бўлади: гингивит, патологик тиш-милк чунтаги, илдизлар очилиб қолиши, оғиздан нохуш ҳид келиши, яра кенгайиб, доимий тишлар куртаклари секвестрланиши кузатилади.

Рентген тасвирида альвеоляр ўсиқ четида доира ёки овал шаклдаги патологик суяк нуқсони, шунингдек, тишлар орасидаги суяк тўсиғи сурилганлиги ва патологик тиш-милк чўнтаги аниқланади.

Таъхислаш учун пародонтолиз Литтер Зива ва Хенд–Шюллер–Кристен касалликлари билан қиёсий фарқлаш зарур.

Даволаш – жараён чегараланган бўлса, соғлом тўқималаргача қириб (кюретаж қилиб) ташланади. Касаллик қайталаса ёки тарқалган шаклда намоён бўлса, рентгенотерапия ва (цитостатиклар) кимётерапия билан ўтказилади.

ОДОНТОГЕН ЎСМА ВА ЎСМАСИМОН ҲОСИЛАЛАР

Амелобластома (адамантинома) – тиш эпителийсидан ҳосил бўлган ўсма. Тузилиши буйича тиш куртакларини ҳосил қилувчи эмал аъзога ўхшаш. Ўсмани тиш пластинкасининг эпителийсидан, тиш халтачасидан, Малляссе тугунчаларидан ривожланиши тахмин қилинади. Одонтоген кистанинг неопластик ўзгаришлари оқибатида ҳам амелобластома ривожланиши эҳтимоли бор деган фикрлар билдирилган. Ўсма асосан 7–10 ёшдан ошган болаларда учрайди.

Одонтоген ўсмалар орасида адамантинома ўрганилган. Профессор Н.Н. Мазалова 1950–1980 йиллар давомида 84 беморни даволаб кузатган. Унинг ёзишича, бу касаллик аста-секинлик билан, узок вақт безовта қилмасдан, ҳар қандай ёшда ривожланади, радикал равишда даволашни талаб этади, рецидив беради (қайталанади), шунингдек, хавфли ўсмага ўтиши ва метастазлар бериши мумкин.

Н.Н. Мазалованинг кузатувида бўлган 5 ёшли болада ва 76 ёшдаги кекса беморда адамантинома ривожланганлиги қайд этилган.

Кузатувдаги 84 бемордан 77 тасида ўсма пастки жағ танаси ва бурчак соҳасида жойлашган бўлиб, 84 бемордан 15 тасини (17,8%) 7–16 ёшдаги болалар (12 ўғил, 3 қиз) ташкил қилган, 14 нафар болада ўсма юқори жағда, 1 болада – пастки жағларда бўлган. Бола жағидаги шишни кўрганларидан кейин ҳам ота–оналари 2 ҳафтадан 10 ойгача вақт ўтказиб, сўнг шифокорга мурожаат этишган. Оғриқ бўлмаганлиги учун, фақат шиш юз шаклини сезиларли ўзгартирадиган даражада катталашганидан кейингина врачга мурожаат қилишга қарор қилганлар.

Шикоятлар – Бемор ёки унинг ота–онасини дастлаб юзда шиш мавжудлиги, чехранинг ўзгариши безовта қилади ҳолос.

Клиник манзараси: – Шиш ҳисобига юз симметрияси бузилади ва шишни қопловчи юмшоқ тўқималар ҳамда терининг ранги ўзгаришсиз бўлади. Пайпасланганда, жағ танасининг калава моккисидай қалинлашганлиги сезилиб, устки юзаси баъзан текис, гоҳида ғадир-будур бўлиши мумкин. Ўсма соҳасида альвеоляр ўсиқ ҳам икки томонга кенгайган. Тишлар ҳар томонга силжиб, қимирлаб қолади, перкуссия қилинганда бўғиқ товуш чиқади, болаларда тишларда оғриқ бўлади. Ўсма дастлабки босқичларда аниқланиб, бемор даволанмаса, ўсма жағнинг кортикал қатламини ёриб, юмшоқ тўқималарга чиқади.

Юқори жағ суягида жойлашган адамантинома юқори жағ ва бурун бўшлиқлари ҳамда кўз косасини эгаллаши, шунингдек, альвеоляр ўсиқ ва қаттиқ танглайга ҳам ўтиши мумкин.

Амелобластоманинг хавфли ўсмага ўтиш ҳоллари адабиётларда келтирилган. Яллиғланиш аломатлари бўлмаган ҳолда регионар лимфа тугунларининг катталашини ўсманинг хавфли шаклга ўтганлигидан далолат беради.

Рентгенологик тасвирига кўра, амелобластоманинг яхлит (солид), якка кистали (монокистоз) ва кўплаб кистали (поликистоз) шакллари ажратилган. Ўсма жағ суягида чегараси аниқ бўлган бўшлиқ (деструкция) шаклида кўринади. Ўсманинг рентген тасвирида жағ суягининг ташқи ва ички кортикал қатламлар бир-бирини суриб, жағ қирраси соҳасида бирлашиб кетганлиги кўзатила-

ди.Поликистоз шаклдаги ўсманинг рентген тасвирида кўплаб ҳар хил ҳажмдаги “совун кўпиги пуфакчалар” ига монанд кисталар (бўшлиқлар) эгаллаб турганлигини кўриш мумкин.

Н.Н. Мазалованинг (1984) ёзишича, майда катакчалар бирлашиб, 2 ва 3 та йирикроқ ҳажмдаги кисталарни ҳосил қилади. Дастлаб улар орасидаги тўсиқ аниқ кўринади, вақт ўтиши билан бу тўсиқлар юпқалашиб йўқолади. Ўсма катта бўшлиқни эгаллайди ва ёнига кенгайиб боради. Оқибатда, ўсма яхлит катта бўшлиқни эгаллайди ва кистоз шаклига ўтади. Амелобластоманинг иккала тури ҳам жағнинг ҳажмини катталаштиради. Юзнинг шакли сезиларли деформацияга учрайди, ўсма соҳасидаги тишлар ўз жойидан силжийди, илдизлари сурилиши натижасида қимирлаб қолади.

Таъхислаш осон эмас (мураккаб). Рентгенологик текширувида олинган маълумотларга асосланиб якуний хулоса қилиб бўлмайди. Албатта биопсия ўтказиш керак бўлади ва ўсманинг тузилиши морфологик текширувида тасдиқлангандан сўнггина амелобластома ташхиси қўйилади.

Н.Н. Мазалова амелобластоманинг макроскопик ва микроскопик тузилишини таърифлаган. 84та амелобластома макропрепарати текширилганда, муаллиф томонидан фақат бир препаратда монокистали (солид) шакли кузатилган. Бу шаклдаги ўсма думалоқ шаклдаги яхлит бир тугун сифатида бўлиб, консистенцияси зич, кулранг тусда, атрофдаги соғлом суякдан аниқ чегара билан ажралган. Ўсма ни ёрганда, фиброз тўқима орасида майда бўшлиқлар бўлган. Поликистоз шаклидаги ўсмада, кўплаб ҳар хил ҳажмдаги сарғиш суюқлик билан тўлган кисталар аниқланган. Монокистоз шаклдаги ўсма ичида катта бир бўшлиқ бўлиб, ичи қўнғир рангли суюқлик билан тўлган. Н.Н. Мазалованинг таъкидлашича, амелобластоманинг яхлит (солид), аралаш, кистоз шакллари ажратилганлиги мазкур ўсманинг ривожланиш босқичларини ифодалайди. Амелобластома инфилтратив тарзда ўсиш хусусиятига эга.

Даволаш усули амелобластома билан хасталанган жағни радикал ҳажмда резекция қилишдан иборат.

Амелобластик фиброма (юмшоқ одонтома)

Бу ўсма асосан болалар ва ўсмирларда доимий тишлар ривожланиш даврида учрайди. Аста-секинлик билан, безовта қилмасдан ўсиб, катта бўлганидан сўнггина аниқланади. Суяк йўғонлашади, кортикал қават эса юпқалашади, айрим соҳаларида ўсма уни ёриб чиқади.

Шикоятлар – юз шаклининг ўзгариши, жағда ўсма ҳосил бўлганлиги, тишлар қимирлашига бўлади.

Клиник манзараси: юзда шиш бўлиб, тери қоплами ва юмшоқ тўқималар ўзгаришсиз қолади. Пайпаслаганда, жағ суяги шишган, зичлиги ўзгармаган. Оғиз ичида – альвеоляр ўсиқ йўғонлашган, тишлар ўз жойидан силжиган ва қимирлайди. Пайпаслаганда, ўсма юмшоқ, эластик консистенцияга эга.

Рентген тасвирида суякда кистага ўхшаш деструкция белгилари (доғ) аниқланади. Бўшлиқ ичида тўлиқ шаклланмаган доимий тишлар кўринади. Аниқ маълумотларни 3Д режимида ўтказилган КТ текширув ёрдамида олиш мумкин.

Қиёсий таъхис: амелобластома, фиброма, кисталар билан ўтказилади. Ушбу ўсмалар асосан морфологик текширув асосида фарқланади.

Даволаш: ўсманинг инфилтратив тарзда ўсишини эътиборга олиб, соғ тўқималар атрофида резекция усули билан олиб ташланади. Ўсма радикал равишда (қириб) батамом олинмаса, рецидив кузатилади.

Одонтома – тишларнинг шаклланиш нуқсони. Доимий тишлар шаклланаётган даврда учрайди. Болаларда катталарга нисбатан кам учрайди. Ўсма катталарда асосан катта озиқ тишлар, болаларда кесув тишлар соҳасида учрайди. Уч турга бўлинади: содда, мураккаб, аралаш одонтомалар.

Содда одонтома битта тиш тўқималаридан иборат бўлади.

Мураккаб одонтома бир нечта тишлар тўқималаридан таркиб топган бўлади. Тиш ҳосил қилувчи таркибий қисми (тўқима)ларнинг ҳар бири алоҳида, ажралган ҳолда тартибсиз жойлашади.

Аралаш – одонтомада майда тишлар, тишга ўхшаш ҳосилалар, шаклсиз майда тишчалар ва уларнинг айрим қисмлари топилади. Аралаш одонтома мураккаб турдагидан тузилиш даражасинининг юқорилиги билан фарқилади.

Шикоятлар – жағда шиш ҳосил бўлганлиги, тушган сут тишлар ўрнига доимий тиш чиқмаганлиги бўлади.

Клиник манзараси: альвеоляр ўсиқ бир оз қалинлашган, шу соҳада бир нечта доимий тишлар (йўқ) чиқмаган. Оғиз бушлиғи шиллик пардасида – ўзгаришлар кузатилмайди.

Рентгенологик манзараси: тасвирда гомоген ва ногомоген структурага эга бўлган четлари текис ўсма сояси кўринади. Соя четларида ўсманинг бириктирувчи тўқимадан ҳосил бўлган халта (капсула) си ажралиб туради. Ўсма сояси ичида тишга ўхшаш ҳосилалар кўринади. Ўсма ён атрофидаги тишлар ва тиш куртаклари ўз жойларидан силжиганлиги кузатилади.

Қиёсий таъхислаш остеома белгилари билан солиштирган ҳолда ўтказилади. Остеомада ўсманинг сояси гомоген бўлиб, зичлиги пастроқ бўлади. Шунингдек морфологик текширув натижалари эътиборга олинади.

Даволаш: ўсма суякдан капсуласи билан бирга ажратиб олинади. Ўсма остида ва ён атрофида бўлган тишлар сақлаб қолинади. Аралаш одонтомада ўсмани олиш учун суяк қисман резекция қилинади.

Одонтоген фиброма. Ўсма тиш куртагининг бириктирувчи тўқимасидан ва тиш ҳосил қилувчи эпителийдан ривожланади. Юқори ва пастки жағларда баробар учрайди.

Шикоятлар – жағда оғриқсиз, секин ўсадиган шиш борлигига бўлади.

Клиник манзараси: жағ суяги катталашиб юз шакли ўзгарганлиги, юмшоқ тўқималарда ўзгариш аниқланмайди. Сурункали одонтоген инфекция ўчоқлари таъсирида яллиғланиш жараёни ривожланиши ва симптомлари сурункали остеомиелитга ўхшаш ҳолат юзага келиши мумкин.

Рентген тасвирида поликистоз кўринишда, суякнинг катта қисмини эгаллаган, чегаралари аниқ ва текис бўлган ўсманинг сояси кўринади. Ёнидаги тишларнинг куртаклари сурилиб, ретенцияга учраганлиги кузатилади.

Таъхислаш жараёнида одонтоген фибромани амелобластик фиброма билан қиёслаб фарқлаш керак. Якуний хулоса – операция вақтида олинган тўқиманинг гистологик текшируви натижалари асосида қилинади.

Даволаш: Ўсманинг жарроҳлик усули ёрдамида олиб ташлашдан иборат.

Жағ суяклари миксомаси хавфсиз мезенхимал шиллик ҳосил қилувчи ўсма бўлиб, кам учрайди. Секин ва оғриқсиз ўсиб, беморни деярли безовта қилмайди.

Шикоятлар – секин пайдо бўлган жағдаги шишга бўлади.

Клиник манзараси: жағнинг зарарланган соҳаси катта (қалин)лашади. Пайпасланганда – оғриқсиз, юзалари текис. Катталашган лимфа безларини учратиш мумкин. Ўсма пастки альвеоляр нервнинг сиқилишига олиб келса, унинг иннервация қилиш ҳудудида парестезия пайдо бўлади. Тишлар жойларидан силжиб, қимирлаб қолади.

Рентген тасвирида суякда ҳар хил шаклдаги деструкция ўчоқлари орасида тишларнинг куртаклари бетартиб жойлашган, жойидан силжиган суяк бўлаклари сурилиб, нозик тур ҳосил қилганлиги кузатилади.

Таъхислаш жуда қийин, амелобластома ва остеобластокластомага ўхшашлиги учун фақат биоптат олиб, морфологик текширув ўтказилгандан кейингина миксома ташхиси тасдиқланади. Хусусий белгиси – ўсма тўқималари орасида шиллик модда борлигидир. Агар биопсия олинаётганда, шиллик қават тўқималар билан бирга узилиб чиқса, ўсма миксома эканлигига шубҳа қолмайди.

Даволаш: соғ тўқималар чегарасида суякни резекция қилишдан иборат. Патологик тўқималар тўлиқ олинмаса, қайта ўсади.

Чақалоқларда кузатиладиган меланотик нейроэктодермал ўсма (меланоамелобластома, меланоцистома). Бу турдаги ўсма бир ёшгача бўлган болаларда камдан-кам учрайди ва у тўқималарнинг фиброз стромаси орасида эпителийга ўхшаш, майда меланома тутувчи ҳужайралардан тузилган.

Ота–оналар боланинг жағида тўсатдан, сабабсиз шиш пайдо бўлиб, тез катталашиб кетганлиги ҳамда тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қиладилар.

Клиник манзараси: хасталанган жағ суягига боғлиқ. Юқори жағдаги ўсма қисқа вақт ичида жағ бўшлиғи томон ўсиб, экзофтальм ҳолатини юзага келтиради, бурундан ҳаво ўтмайди, оғиз бўшлиғи ҳам тўлиб, нафас олиш ва ютиниш қийин-

лашади. Бола овқатдан воз кечади. Агрессив ўсиш суяк саркомасидан ҳам тез (“яширин тезликда”) кечади.

Рентгенологик манзараси: шикастланган суяк тўқимаси сўрилган бўлиб, унинг ўрнини эгаллаган доирасимон шаклда гомоген юмшоқ тўқима сояси кузатилади. Шунингдек соя кўз косаси, бурун ва юқори жағ бўшлиқларига ўтган, тиш куртаклари ўз жойларидан сурилиб кетганлиги аниқланади.

Таъхислаш ушбу ўсмани саркомадан фарқлаш лозим. **меланотик нейро-эктодермал ўсма.** саркомадан фарқли ўлароқ аниқ чегараларга эга, оғиз бўшлиғига ёриб чиқиш ҳоллари юз бермайди.

Даволаш: жағни резекция қилишдан иборат. Диспансер назорати, ортодонтик даволаш. Реабилитация даврида жарроҳлик-тиклов операциялари ўтказилади.

Жағ кисталари

Жағ кисталари уч гуруҳга ажратилган бўлиб, улар: нозпителиал (аневризмал ва оддий (сода, суяк кисталари), эпителиал (жағлар ва тишларнинг ривожланиши билан боғлиқ нуқсонлар) ва яллиғланиш (сут ва доимий тишлар касалликлари билан боғлиқ) кисталардан иборат.

Аневризмал суяк кистаси аксарият пастки жағдаги соғлом тишлар соҳасида ҳосил бўлади. 12–15 ёшдаги ўспиринларда учрайди. Тез катталашиб, оғиз даҳлизи томон ўсади. Юзаси текис, силлиқ, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг ранги– ўзгаришсиз қолади. Пайпасланганда – оғриксиз. Суяк кортикал қатлами юпқалашса, киста эластик консистенцияга бўлиб, тишлар сурилади ва қимирлайдиган бўлади.

Кистанинг ички девори таркибига остеобласт ва остеокласт хужайралар кирган, эпителийсиз фиброз тўқима билан қопланган, ичи тиниқ ёки геморрагик суюқлик билан тўлган бўлади.

Рентген тасвирида. Битта ёки бир нечта чегараси аниқ думалоқ бўшлиқ шаклида кўринади.

Даволаш: анъанавий цистэктомия операцияси усулида олиб борилади.

Оддий суяк кистаси. Травматик ёки геморрагик киста деб ҳам аталади. Болалар скелети жадал ўсаётган давр (12-14ёш)да пастки жағ суягида учрайди. Деярли ўзгармаган жағ суягида тасодифан рентген суратида “топилма” сифатида аниқланади.

Келиб чиқиши (этиологияси) – аниқланмаган. Тахминлар буйича, скелет интенсив ўсаётган даврда, суякнинг ғовак моддаси етилиб улгурмайди ва бўшлиқ ҳосил бўлади. Киста қобик билан қопланмайди ва ичида суюқлик бўлмайди, суяк трабекулалари эркин жойлашган бўлади. Айрим беморларда геморрагик суюқлик мавжуд бўлганлиги қайд этилади.

Рентген тасвирида жағ суяги шишган ҳолатда бўлиб, ичида ҳар хил катталикдаги ғовак модда буйлаб чўзиқ, четлари нотекис бўшлиқ кўринади. Тишларнинг илдизлари бўшлиқ ичида, жойлашган бўлиши мумкин.

Қиёсий ташхислаш мақсадида яллиғланиш кисталари, гигант хужайрали киста, амелобластома билан солиштирган ҳолда фарқлаб чиқилади.

Даволаш – жарроҳлик усулида олиб борилади.

Ноодонтоген глобўло-максилляр киста кесув тишлар суягининг юқори жағ альвеоляр ўсиқлари билан бирлашиш жойида юзага келади. Калава шаклида бўлиб, қозиқ ва иккинчи кесув тиш орасида ёки марказий ва ён кесув тишлар орасида жойлашади. Киста тишлар илдизларини ён томонга суриб, орасига кириб боради.

Шикоятлар – деярли бўлмайти, рентген текширувида тасодифан аниқланади.

Рентген тасвирида икки тиш орасидаги бўшлиқ сояси, илдизлар ён томонларга сурилган ва букилиб кистани “қучоққа олгандек” бўлиб кўринади.

Даволаш: Цистэктомия операцияси ўтказилади.

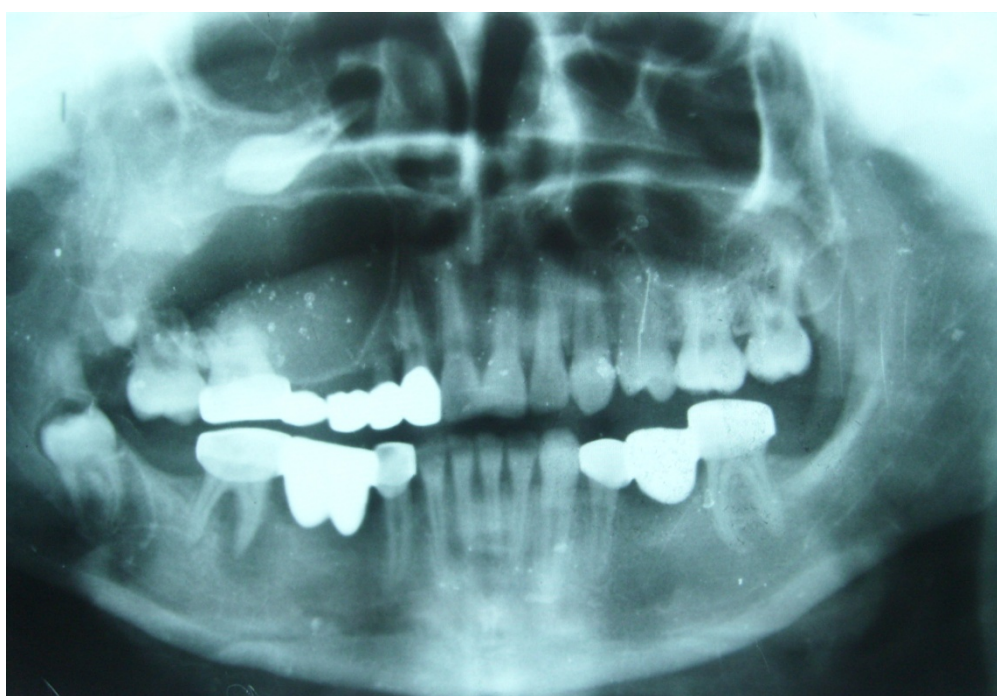
Танглай, танглай-бурун кистаси (кесув тишлар канали кистаси).

Болаларда кам учрайди ва қаттиқ танглай ўсиқларининг бирлашган чокида, кесув тишлар орқасида, кесув тишлар каналида жойлашади. Ривожланиш нуқсонларига киради. Кесув тишлар каналининг рўпарасида, юмшоқ ўсма шаклида намоён бўлади.

Киста қобиғи– кўп қатламли ясси эпителийдан тузилган бўлиб, ичида сарғиш суюқлик бўлади.

Даволаш: қобиғи билан тўлиқ олиб ташланади.

Одонтоген (яллиғланишга оид генезли) **кисталар** уч гуруҳ (тоифа)га бўлинган бўлиб, улар: а) фолликуляр - тиш сақловчи б) радикуляр в) резидуал – (тиш олинганидан сўнг қолиб кетган).



Патогенези. Илдиз учиде кечган сурункали яллиғланиш ўчоғидан ҳосил бўлади. Дастлаб, яллиғланиш ўчоғида гранулема шаклланади, яллиғланиш тез-тез ҳуруж қилганлиги сабабли, гранулема ичида некротик жараён кечади. Гранулема қобиғи эпителиал томирларидаги эпителиал хужайралар ҳосил бўлган бўшлиқни эгаллайди – шундай қилиб, эпителиал қатлам юзага келади. Эпителиал хужайралардан чиқаётган суюқлик кўпайиб, суюкка босим ўтказди ва резорбцияни юзага

келтиради. Шунинг ҳисобига киста ўсади, катталашаётган киста ичидаги суюқлик тиниқ сарғиш тусда бўлиб, ичида майда холестерин кристаллари кўринади. Суюқлик хира (лойқа) бўлса, бундай ҳолат яллиғланиш аломатлари борлигини билдиради. Айрим ҳолларда киста ичида йирингли экссудат бўлади.

Болаларда сут тишларидан ривожланган одонтоген киста катталаша бориб, унинг қобиғи доимий тиш куртагининг қобиғи билан бирлашади. Киста доимий тиш куртагини четга суради ёки ўсаётган доимий тиш тож қисми билан киста ичига ботиб киради, шаклланаётган илдиз киста ташқарисида қолади.

Фолликуляр киста ривожланишини қатор олимлар (М.А. Астанов, АИ. Аб-рикосов) эмбрионал эпителиал қолдиқлар (Маляссе хужайралари) билан, бошқа олимлар эса тиш куртаги қобиғининг яллиғланиши таъсирида эпителий хужайра-ларининг пролиферацияси билан боғлашади.

И.И. Ермолаев (1964) фолликуляр кисталардан, болаларда сут тишлари-нинг доимий тишлар билан алмашинуви даврида учрайдиган тиш сақловчи ки-сталар гуруҳини ажратган. Уларнинг ривожланишига сут тишларининг перио-донтити сабаб бўлади. Шундай қилиб, фолликуляр кисталар икки гуруҳга ажра-тилади. Биринчиси чин фолликуляр кисталар бўлиб, уларга тиш ҳосил қилувчи эпителий аъзонинг ривожланиши нуқсони сабабчи бўлган ва иккинчиси яллиғла-нишга оид генезга эга бўлган тиш сақловчи кисталардир.

Шикоятлар: фолликуляр ёки радикуляр кисталар ривожланиш даврлари-да беморларни деярли безовта қилмайдилар. Кисталар қаттиқ консистенцияга эга бўлиб, альвеоляр ўсиқ, жағ танасидаги шиш сезиларли даражада катталашганда, тишлар сурилиб ҳамда қимирлаб қолганлиги ёки муддатига кўра тушган сут ти-шлари ўрнига доимий тишлар чиқмаганлигига шикоят қиладилар. Кисталар яллиғланган даврда ўткир йирингли периостит ёки остеомиелит касалликларига хос белгиларга шикоятлар қилинади.

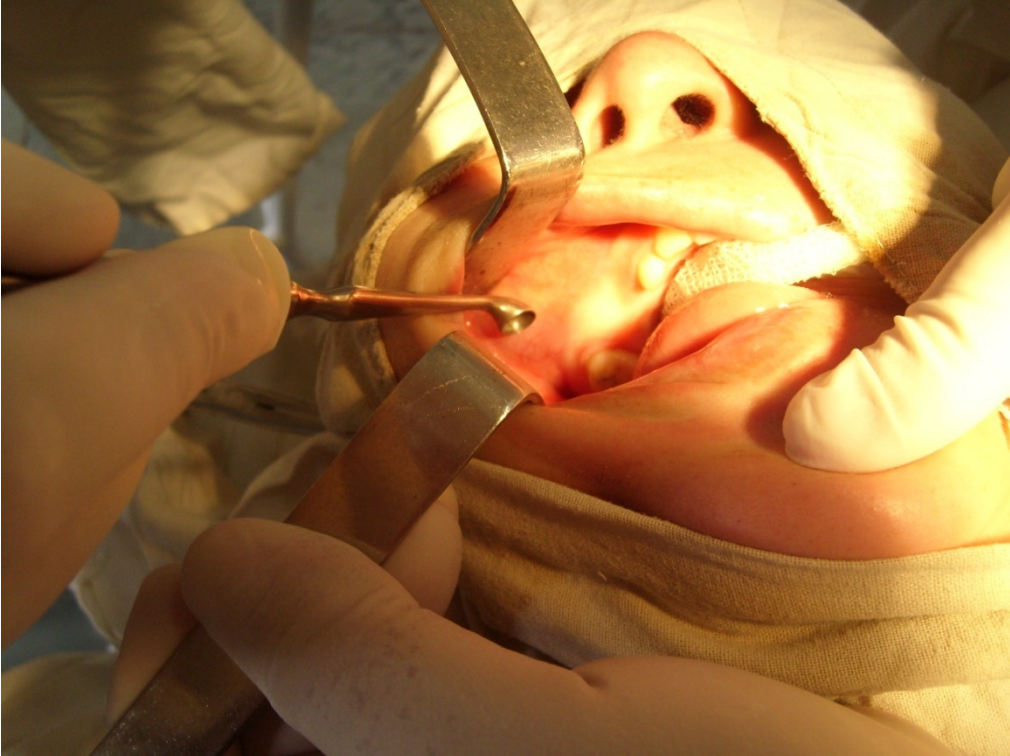
Клиник манзараси: барча кисталарнинг манзараси ўхшаш бўлади. Аль-веоляр ўсиқ ва жағ танаси катталашиб, шакли бузилади. Пайпасланганда жағ суя-гида шиш аниқланади. Киста деворлари юпқалашган бўлса, пайпасланганда – ки-ста қобиғи ичига ботиб киради ва пергамент қоғози каби қирсиллаган товуш бе-

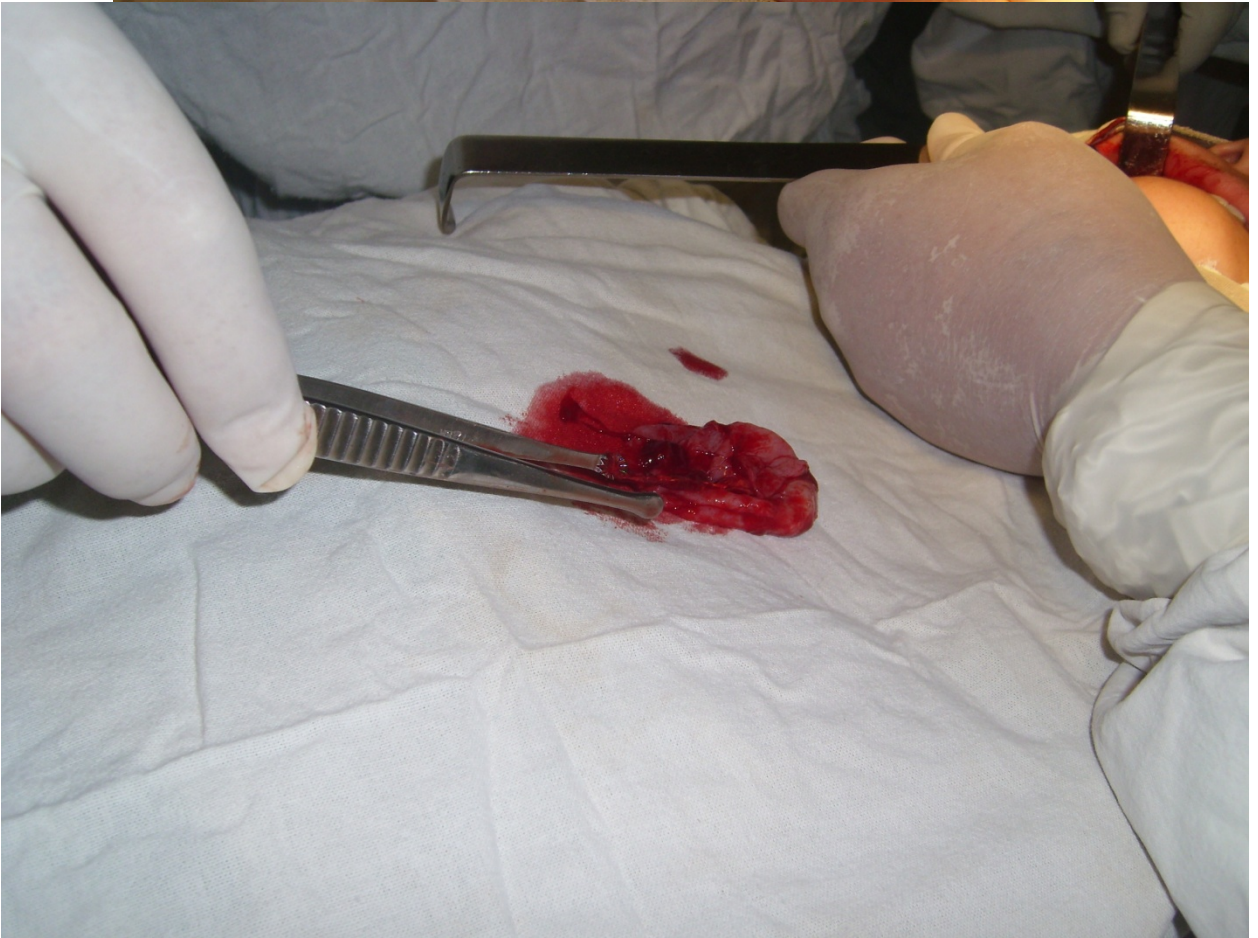
ради (Рунге-Дюпюитрен белгиси). Ўсма жойлашган соҳа устидаги оғиз шиллик пардасининг ранги ўзгармаган ҳолатда бўлади.

Радикуляр ва фолликуляр кисталарни фарқлаш қийин эмас. Жағ суягида радикуляр кисталар ривожланган бўлса, тиш қаторида албатта сабабчи сут ёки доимий тиш мавжуд бўлади. Сут тишлар ранги ўзгариб, қимирлаб қолиши перкуссия қилинганда оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Фолликуляр кисталарда эса аксинча, альвеоляр ўсиқда тиш чиқмаган (йўқ) бўлади. Сабаби, тиш фоликуляр киста бўшлиғида бўлади.

Юқори жағдаги кисталар анча кеч аниқланади. Киста, қаршилиги кам бўлган юқори жағ ва бурун бўшлиқлари томон, безовта қилмай ўсади. Киста юқори жағ бўшлиғининг деворини суриб, унинг торайишига олиб келади. Бурун бўшлиғига ўсиб кирган томонда нафас олиш қийинлашади.

Кистада яллиғланиш жараёни ривожланган жағларда ўткир йирингли периостити, остеомиелити хасталиклари белгилари юзага келади.





Рентгенологик манзараси: кисталарни ташхислашда рентгенологик текширув етакчи усул ҳисобланади. Рентген тасвирида тишнинг илдиз учи соҳасидаги (радикуляр) киста думалоқ шаклдаги (деструкция) гомоген соя (бўшлиқ) бўлиб кўринади. Репаратив остеогенез ҳисобига киста четларидаги суяк қалинлашган, кортикал суяк аксинча юпқалашиб, деструкция ўчоғининг шаклини қайтаради. Катта ҳажмдаги ўсмаларда кортикал қатлам бутунлиги бузилади. Киста бўшлиғи ичига сабабчи бўлган тишнинг илдизи кириб турганлиги аниқланади.

Фолликуляр кисталар рентген тасвирда доира ёки овал конфигурацияга эга бўлган соғлом суякдан аниқ чегараланган соя (бўшлиқ) шаклида кўринади. Бўшлиқ ичида ёки деворида тиш тожи ёки тўлиқ шаклланган тиш (қозик ёки кичик озиқ тиш) кўринади.

Тиш сақловчи кисталар сабабчиси (одатда V|V) сут тиш периодонтити бўлганлиги учун рентген тасвирида v|v тишлар проекциясида бўшлиқ аниқланади ва унинг ичида доимий кичик озиқ тиш жойлашади. Киста бўшлиғи ичига доимий бешинчи ёки тўртинчи сут тиш илдизи кирган бўлиб, илдиз учининг емирилганлиги кузатилади.

Резидуал (қолиб кетган) киста болаларда кам учрайди. Келиб чиқишига сурункали гранулемали периодонтит сабаб бўлиб, тиш олинган вақтда, гранулема тиш катаги тубида, қолиб кетади, айрим ҳолларда оқма ҳосил бўлади. Рентген тасвирда тиш олинган соҳадаги суякда доира ёки овал шаклдаги, чегаралари аниқ бўлган (деструкция) бўшлиқ кўринади.

Аниқ ташхис қўйиш мақсадида кисталар пункция қилинади. Яллиғланмаган кистадан сомон ранг ичида ҳолестерин кристаллари бўлган тиниқ суюқлик олинади, яллиғланганда – йиринг ёки йиринг аралаш кистоз суюқлик олинади.

Кисталар даволаш (клиник кечиши яллиғланган ёки яллиғланмаганлиги, боланинг ёши, ўсманинг жойлашиши ва ҳажмидан келиб чиқиб) цистэктомия ва цистотомия усулида ўтказилади.

Сут тишлар окклюзияси ва тишлар алмашинуви даврларида ўтказиладиган операцияларнинг мақсади, ўсманинг ўсишини тўхтатиш ва суяк регенерацияси учун шароит яратиш, шунингдек, чиқаётган доимий тишларни сақлаб қолишдан

иборат. Пастки жағда ҳажми қандайлигидан қатъи назар, юқори жағдаги кичик ҳажмли (диаметри 1,5 см бўлган), сут тишларидан шаклланган илдиз учи кисталари цистотомия усулида даволанади.

Катта ёшдаги болаларда, киста доимий тишдан ҳосил бўлиб, ёнидаги тишлар илдизи киста остида жойлашган тақдирда ҳам, цистотомия ўтказилади. Юқори ва пастки жағда доимий тишдан ҳосил бўлган киста цистэктомия ўсулида олиб ташланади ва илдиз учи резекцияси операцияси ўтказилади.

Юқори жағда боланинг ёши нечадалигидан қатъи назар, киста жағ бўшлиғи тубининг суягини емириб, юқорига сурган бўлса, цистэктомия радикал гайморотомия билан биргаликда стационар шароитда, умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади.

Операция ўтказётган жарроҳ қўйилган ташхис тўғрилигига ишонч ҳосил қилиши ва ўхшаш ўсмани адамантиномадан фарқлаш учун киста деворининг макроскопик кўринишига эътибор бериши лозим. Макроскопик жиҳатдан киста фиброз бириктирувчи тўқимадан тузилган бўлиб, ҳар хил қалинликдаги ички юзаси эпителий ҳужайралар билан қопланган силлиқ тўқ қизғиш рангда бўлади. Суякдан осон ажралади. Фолликуляр кистанинг қобиғи тиш куртаги ёки тишни бутунлай қамраб олади ва нисбатан қалин бўлади.

Болаларда цистотомиядан сўнгги суякдаги бўшлиқ аста-секин тўлиб боради. Сурилган доимий тишлар чиқа бошлайди, агар улар ўз жойларига келмаса, ортодонтик даволаш ўтказилади.

Цистэктомия ўтказилгандан сўнг суякда ҳар хил ҳажмдаги бўшлиқлар ҳосил бўлади. Кейинчалик бўшлиқ аста-секин босқичма–босқич суяк билан тулади. Адабиётларда келтирилишича, цистэктомиядан сўнг 47,4 – 56,9% беморларда қон қуйқасидаги инфекция туфайли операцион жароҳат яллиғланади ва кейинчалик яра иккиламчи битиш воситасида ёпилади.

Бундай ҳолларнинг олдини олиш мақсадида суякдаги бўшлиқни тўлдириш учун аутоген (суяк, мушак, тоғай) ёки аллоген, консервация қилинган тўқималар ёки ксеноген (уй ҳайвонларининг суяклари, тоғай ёки уларнинг маҳсулотлари же-

латин, коллаген), аллопластик (керамика, шиша кристаллари, ҳар хил гидроксипатит металллар, синтетик моддалар) материаллар ишлатилади.

ТТА болалар жарроҳлик стоматологияси кафедрасида суяк бушлиғини тўлдириш ва репаратив остеогенезни фаоллаштириш мақсадида экспериментал ва клиник изланишлар натижасида жағ бўшлиқларини кўзичоқнинг деминераллаштирилган суягидан фойдаланиб тўлдириш технологияси ишлаб чиқилган (М.И. Азимов, Ш.Ш. Қудратов). Деминераллаштирилган кўзичоқ суяги остеоиндуктив таъсир этиб, суяк регенерациясини оптималлаштиради ва бўшлиқнинг қисқа муддатларда тўлишини таъминлайди.

Жағларнинг хавfli ўсмалари

Болалар жағ суякларидаги хавfli ўсмалари асосан эпителиал тўқималар, суякнинг ўзидан, суяк кўмиги (илиги)даги бириктирувчи тўқимадан, ва шунингдек суяк атрофидаги тўқималардан ривожланади. Болаларда жағ хавfli ўсмаларининг кам учраши ҳамда бошланғич даврда клиник белгиларсиз ўсиши боис ташхис қўйиш жараёнида қатор қийинчиликлар келиб чиқади.

Л.В. Харьков берган маълумотларга кўра, Украинада ҳар юз минг боладан 12 нафариди хавfli ўсма, 3-4 ва 7-10 ёшлилари ораси (болаларнинг актив ўсаётганлари) да учрайди. Шулардан 84% иди (бириктирувчи тўқималардан) саркомалар “Sa”, қолганларида – рак “Cr” (Cancer) бўлган.

Хавfli ўсма деганда, тўқима хужайраларининг чегаралаб бўлмайдиган даражада тез бўлиниб, ўсиши назарда тутилади. Хавfli ўсмаларга қуйидагилар хос:– ***инфилтратив ўсиш*** ўсма хужайралари атрофдаги тўқималарда деструктив ўзгаришлар келтириб чиқаради ва уларнинг ичига ўсиб киради. Бундай тарзда ўсишда ўсма хужайраси асосидан ажралиб, актив ва мустақил равишда силжий олиши, “канцероагрессивлар” чиқариб, ўсиш суръатини тезлаштириши, хужайралар адгезиясини камайтириб силжишини енгиллаштириш кузатилади;

метастаз бериш – бирламчи ўсмадан яқин, регионар ва периферик иккиламчи (метастатик) ўсма ҳосил қилиш;

– **қайта ўсиш** (рецидив бериш) – ўсма жаррохлик усулида олингандан сўнг, шу соҳада қолган хужайралардан янгидан ўсма ўсиши;

кахексия – (оқсиллар парчаланиши ва ёғларнинг камайиши натижасида) организмнинг қуриб қолиши, беморнинг ўта озиб, ҳолсизланиши.

Этиологияси – хавфли ўсмаларнинг ривожланишига сабаб бўладиган омиллари уч гуруҳга бўлинган – кимёвий (1500 дан ошиқ) биологик ҳамда физик канцерогенлар мавжуд.

Хавфли ўсмалар ривожланишини изоҳловчи қатор назариялар бор. Л.А. Дурновнинг фикрича, болаларда хавфли ўсма ривожланишини S.Pellera (1960) таклиф қилган трансплацентар канцерогенез назарияси билан тушунтириш мумкин. Бу назария буйича, канцероген модда она қонидан йўлдош орқали ҳомилага ўтади. Бугунги кунда кўпчилик олим (онколог)лар нормал хужайраларнинг ўсма хужайраларга (трансформацияси, мутацияси) ўтишини хужайра геномида юзага келган ўзгаришлар билан боғлайдилар.

Остеоген саркома – суякдан ривожланадиган ўта хавфли ўсмалардан бири. Ҳавфли ўсмани остеоид тўқима (асосан, остеоцитлар) ҳосил қилади.

Клиник манзараси: ўсмани қачон ривожлана бошлаганлигини аниқлаш қийин. Хавфли ўсмага хос белгиларидан бири – соғ тишлардан бирида оғриқ ва милқда ёқимсиз қичиш пайдо бўлиши, тишларнинг қимирлаб қолиши. Баъзиларда кўз ости, энгак (ияк) нервларининг чиқиш соҳаларида (қайталовчи ва тез ўтувчи) парестезия. Юқори жағда (бўшлиқ ҳисобига) ўсма кўп вақт қаршиликсиз, клиник белгиларсиз ўсади, шу сабабдан кеч ташхисланади. Остеоген саркомада жағ соҳасида ҳар хил катталиқдаги, пайпасланганда оғриқ берадиган шиш бўлади. Устидаги юмшоқ тўқималар шишган, тери ости ва шиллиқ ости веналари кенгайган. ЧПЖБ яқинида ўсаётган саркома оғиз очилишини чегаралайди. Остеоген саркома ҳажми катталашганда ва суяк ичидан ўса бошлаганда, ҳарорат 39-40 °С гача етади, ЭЧТ тезлашади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади ва касаллиқнинг кечиши жадаллашиб кетади. Кассаллик тез кечганда, қарийб 6 ой ичида ўсма ўлчамлари жуда катта бўлиб кетади. Переферик метастазлар аввал ўпкада, кейин бошқа аъзоларда ҳам пайдо бўлади.

Рентген тасвирида суяк тўқимасида емирилиш ҳамда тикланиш жараёнлари аломатлари кўринади. Онкологик жараённинг жағ суягида қандай кечишига кўра, касалликнинг остеолитик, остеопластик ва аралаш шакллари ажратилади.

Остеолитик остеоген саркома – мазкур турга суяк тўқимасининг кўп қисмининг емирилиши хосдир. Рентген тасвирида жағ суягида чегаралари нотекис, ўткир қиррали, ҳар хил даражада емирилган суяк нуқсони (деструкцияси) кўринади.

Остеопластик остеоген саркома – суяк тўқимасининг патологик равишда кўпайиши билан кечади.

Рентген тасвирида дастлаб, у қадар катта бўлмаган, ноаниқ чегарали, зичлашган ўчоғи, устидаги периост сезиларли даражада қалинлашиб, ичида кўплаб “санчиб қўйилган ниналар”га ўхшаш манзара кузатилади. Остеопластик остеоген саркома асосан болалар ва ўсмирларда, остеолитик шакли эса катталарда учрайди.

Остеоген саркома касаллик бошлангандан 4-6 ой муддат ўтгач, дастлаб ўпкага, кейин суякларга метастаз беради. Касалликнинг бошланғич даврида ташхис қўйиш қийин кечади. Клиник симптомлари авж олган пайтида, саркоманинг патогномоник белгилари аниқ бўлиб, ташхис шубҳа тўғдирмайди.

Биопсия ўтказилиб, морфологик текширув хулосаси билан тасдиқланган яқуний ташхис қўйилади.

Даволаш: комплекс равишда саркомага қарши кимётерапия ва ўсмани радикал ҳажмда олиб ташлаш операцияси ўтказилади.

Фибросаркома – суяк тўқимаси ҳосил қилишга мойил бўлмаган бириктирувчи тўқимадан ривожланади. Жуда кам учрайдиган ўсма. А.А. Колесов бу ўсманинг кўпроқ иккиламчи равишда ривожланишини қайд этади. Бирламчи гигант ҳужайрали ўсмаси, десмопластик фибромаси бўлган, рентген нурлари билан даволанган 34 бемордан 23 тасида фибросаркома ривожланганлиги кузатилган.

Жағ суякларида саркомаларининг марказий ва периферик шакллари ажратилади. Марказий фибросаркома суяк илиги бириктирувчи тўқимасининг стромасидан, периферик шакли эса – суяк усти пардаси (периост)дан ривожланади.

Юқори жағда периферик шаклдаги фибросаркома альвеоляр ўсиқ ва танаси (юқори жағ дўнглиги)да кўп учрайди. Пастки жағда аксарият ўсмаларнинг марказий шакли ривожланади.

Шикоятлар – аста секин ўсаётган ўсма мавжудлигига, шунингдек, оғиз ичидаги шиш ва шу соҳадаги нохушлик ҳамда бир оз оғриққа бўлади.

Клиник манзараси: Жағ соҳасида маълум ҳажмдаги ўсаётган буртма бўлиб, юзнинг юмшоқ тўқималари ўзгаришсиз. Оғиз бушлиғи альвеоляр ўсиқ ва ўтув бурмасида шиш аниқланади. Пайпасланганда сурункали гиперпластик периаоститга хос манзара кузатилади. Ўсма юқори жағда жойлашганда ўсмасида кўз ёриғи торайган, бурун қаноти ва бурун-лаб бурмаси яссиллашган бўлади. Ўсма қанот-жағ ораллигига тарқалган, оғиз очилиши чегарланади.

Рентген манзараси: – Пастки жағнинг периостал фибросаркомаси рентген тасвирида доира ёки овал шаклдаги, четлари яққол ажралиб тўрадиган, бир хил зичликдаги соя бўлиб кўринади, ташқи кортикал пластинкада аниқ чегараларига эга бўлган ёйсимон емирилиш, айрим ҳолларда эса, бигизсимон периостал қатламлар кузатилади.

Пастки жағнинг марказий фибросаркомаси рентген тасвирида, чегаралари нотекис бўлган (остеомиелит касаллигига ўхшаш) деструкция ўчоғи кўринишида кўзга ташланади.

Даволаш – комплекс равишда олиб борилади.

Юинг саркомаси – онкогенез жиҳатдан суяк таркибига мансуб бўлмаган тўқималардан ривожланган бўлади. Бу борада олимлар турлича фикрлар билдирадilar. Жумладан, Н.Н. Петров (1931) қон ҳосил қилувчи, Лагунов И.Г. – моноклеар макрофаглар, Н.Н. Аничков лимфоген тўқималардан ўсади, деб таъкидлайдилар. Болаларда асосан 9-13 ёшдагилар орасида учрайди, аммо баъзан 5 ёшгача болаларда учраганлиги ҳақида ҳам маълумотлар бор.

Шикоятлар: – Тана ҳарорати кўтарилиши, жағда шиш ҳосил бўлган, симиллаб оғриб туриши ва ҳолсизликга бўлади.

Клиник манзараси: касалликнинг бошланган даврида ўткир йирингли остеомиелитик жараёнга ўхшаш кечади. Хасталанган соҳа куйгандек симиллаб,

оғрийди. Шиш катталашиб, тишлар қимирлайди. Пайпасланганда, сохта (fluctuatio) “билқиллаш” белгиси аниқланади. Тана ҳарорати 39-40⁰С гача кўтарилади. Қонда лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашганлиги, иккиламчи иммун танқислик ҳолати кузатилади.

Жағлар ўткир одонтоген остеомиелитидан фарқи – касаллик белгилари тўлқинсимон кечади. Аста-секин ўткир яллиғланиш белгилари сусаяди ва маълум вақт ўтиб, ўткир яллиғланишга хос ҳамма клиник белгилар яна қайталади.

Ўсманинг аҳамиятга молик хусусиятларидан бири – Юинг саркомасининг касаллик бошлангандан бир ой муддат мобойнида регионар ва периферик (узоқ) лимфа безлари ва суякларга метастазлар беради.

Рентгенологик манзара: суякда бошқа хавфли ўсма (ретикуляр саркома, эозонофил гранулема, остеоген саркома)лардаги каби деструкция ўчоқлари кўринади.

Даволаш: бошқа хавфли ўсмалардан фарқли ўлароқ Юинг саркомаси нур ва ўсмага қарши кимёвий препаратлар таъсирига юқори сезувчанликка эга. Шунинг учун адекват ўтказилган радиотерапия билан кимёвий даволаш усули ўсма ва унинг метастазларидан халос этади.

Ретикуляр саркома кичик (2 ёшдан) бошлаб учрайди, адабиётларда келтирилишича асосан 7-13 ёшдаги болаларда кузатилган.

Шикоятлар: секин катталашаётган шиш ва оғриққа қилинади.

Клиник манзараси: ўсма секин аста катталашади, дастлаб, деярли оғриқсиз кечади. Юқори жағ соҳасида бурун ва бўшлиқлари, кўз косаси томон ўсиб, шу аъзоларда функционал ўзгаришлар келтириб чиқаради. Ўсма устидаги оғиз шиллик пардасида гиперимия (қизариш) юзага келади Кўз олмаси сурилганлиги сабабли, диплопия пайдо бўлади, бурундан нафас олиш қийинлашиб, қон аралаш ажралма (суюқлик) келади. Ўсма альвеоляр ўсиқ соҳасига тарқалганда, тишлар қимирлаб қолади. Шундай ўзгаришлар юзага келишига қарамай, боланинг умумий ҳолати қониқарли бўлиши мумкин. Ретикуляр саркома ўпка, лимфатик тугунлар ва таянч-ҳаракат суякларига метастаз -лар беради.

Рентген тасвирида суяк тўқимасининг ҳар хил катта-кичик ҳажмдаги доира ва овалсимон шаклга эга четлари нотекис бўлган деструктив ўчоқлари кўрилади.

Даволаш: ўсма нур энергиясига сезувчан бўлганлиги учун дистанцион (масофавий) мегавольтли гамма ускуна ёрдамида радиотерапия ўтказилади. Гамма тўлқинлар чўқур тўқималар (суяк)гача етиб бориш хусусиятига эга.

Жағларда хавфли ўсма бўлган беморларни даволаш принциплари

Ҳар қандай хавфли ўсма билан хасталанган болаларни текширувлардан ўтказиб, ташҳис қўйиш ва даволаш ихтисослашган онкологик марказларда, ҳамда юқори савияли мутахасислар ва албатта зарур шарт шароитлар (юқори информатив натижалар олиш имкониятини таъминловчи клиник диагностик ва морфологик лаборатория ҳамда нур билан даволаш, ГБО, криодеструкция ва лазер, гипертермия, кимётерапия препаратлари) мавжуд бўлишини талаб қилади.

Хавфли ўсмаси бўлган беморнинг комплекс (жарроҳлик, нур, кимё, иммун) даво олиши режалаштирилади.

Жарроҳлик йўли билан даволаш – хавфли ўсма ва регионар лимфатик (ҳавза) томирлар, безлар ҳамда ёғ тўқимаси максимал даражада радикал олиниши керак. Бунинг учун ўсма анатомик соҳа чегарасида, регионар лимфатик томир ва безлар йўналиши буйлаб, анатомик – фасциал-футляр оралик доирасида олиниши керак.

Ўсманинг абластик принцинда олиниши

Анатомик-топографик тузилишидан келиб чиқиб, ўсма бутунлайин, санаб ўтилган тўқималар яхлит олиниши шунингдек, қобиғи ёрилмай, узилмай, ичидаги суюқликни чиқариб юбормасдан олиш.

Антибластик принцип – ўсма олинган ярада ўсма ҳужайраларини зарарсизлантириш ва уларнинг тарқалиши ҳамда имплантацияси олдини олиш (электр-коагуляция воситасида кесувчи, деатермокоагуляция қилувчи, вакуум ёрдамида сўриб олувчи асбобларни ишлатиш, ярани қуритиш учун бир маротаба

ишлатиладиган салфеткалардан фойдаланиш операцион жароҳатга махсус ишлов бериш)га қаратилган.

Ўсма олингандан сўнг ҳосил бўлган кемтик, айти бир вақтнинг ўзида имконият қадар пластик тиклов операциясини ҳам ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Нур билан даволаш (радиотерапия) – ўсманинг дифференциацияси (етуклик даражаси) паст бўлган хужайраларининг нур энергияси таъсирида нобуд бўлишига асосланган. Бу мақсадда ҳар хил нур чиқарувчи (рентген, электрон, нейтрон, позитрон) манбаалари билан таъминланган қўрилмаларидан фойдаланилади.

Кимётерапия – онкофармакологик препаратларнинг ўсма хўжайраларига цитостатик таъсир этишига асосланган.

Иммунстимулловчи даво – ҳозирги вақтда, шу мақсадда ишлатилаётган тимозин, тимолин, Т–активин ва шу каби дорилар бевосита ўсма хужайраларига қарши йўналтирилган таъсир кўрсатмайди, аммо кимётерапия ва нур таъсирида сусайган Т–хужайраларнинг фаоллигини оширади.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Ўсмаларни келиб чиқиши дизонтогенетик деганда нима назарда тутилади?
2. Болаларда ўсмалар асосан қайси тўқималардан шаклланади?
3. Жағларнинг ўсма ва ўсмасимон ҳосилаларни болаларда қайси ёшларда кўпроқ аниқланади?
4. Оғиз бушлиғи ўсмалари қайси ёшдаги болаларда кўпроқ учрайди?
5. Келиб чиқиши дизонтогенетик бўлган ўсмаларни кеч намоён бўлишини тунтириш?
6. Болаларда суяк ўсмаларини кўпроқ учрайдиган даврлари?
7. Уғил болаларда гормонал боғлиқлик билан учрайдиган ўсмалар?
8. Қизларда гормонал боғлиқлик билан учраши мумкин ўсмалар?
9. Оилавий учрашга мойиллиги бўлган ўсмалар?
10. Болаларда қайси ўсмалар инфилтратив ўсиш хусусиятига эга?
11. Болаларда онкологик эҳтиётлик назарда тутганда нималарга таяниш керак?

12. Нима сабабдан болалар ва ўсмирларда ҳавфсиз ва ҳавфли ўсмалар орасида аниқ чегара ўрнатиш қийин?
13. Ўсмаси бўлган болани кўриқдан ўтказаётганда шифокор тактикаси қандай бўлади?
14. Болаларда ўсмалар қандай ривожланиш нуқсонлари билан боғлиқ бўлиши мумкин?
15. Пайпаслаб ўсмага хос бўлган қайси белгиларни аниқлаш мумкин?
16. Эхографияда қандай маълумотларни олиш мумкин?
17. Ўсмаларни ташҳислашда қўлланиладиган қўшимча ноинвазив усулларни келтиринг?
18. Болаларда патолого-анатомик ташҳислашдаги қийинчиликларни қандай тушунтириш мумкин?
19. Болаларда ўсмаларни жарроҳлик даволашга қўйилган талаблар?
20. Болаларда ўсмаларни нур билан даволашга кўрсатмалар?
21. Чақалоқ ва гўдакларда ўсмаларни кўп учрашини қандай тушунтириш мумкин?
22. Болаларда 12-16 ёшда ўсмаларни кўп учрашини нималар билан боғлаш мумкин?
23. Келиб чиқиши эпителиал бўлган ўсмаларни типик жойлашиши ва уларга хос хусусиятлар?
24. Папилломани клиник белгилари?
25. Папиллома қандай усуллар билан даволанади?
26. Невусларни ҳавфли ўсмага ўтиш белгилари?
27. Тиш ҳосил қилувчи эпителийдан ҳосил бўладиган ўсмасимон ҳосилаларни клиник манзараси?
28. Қаттиқ ва юмшоқ фиброма деганда нимани тушунасиз?
29. Милк фиброматозини клиник манзараси қандай?
30. Милк фиброматозини клиник шакллари?
31. Милк фиброматозини жарроҳлик усулда даволашнинг принциплари?
32. Миомани клиник манзараси?

33. Миксомани келиб чиқиши ва клиник манзараси қандай?
34. Пиоген грануломани ҳосил бўлиши сабаблари клиник манзараси?
35. Пиоген гранулеманинг қиёсий ташҳисланиши?
36. Болаларда эпюлис келиб чиқиши ва қаерда жойлашади?
37. Фиброз, ангиоматоз ва гигант хужайрали эпюлисининг клиник манзараси қандай?
38. Эпюлисларни жарроҳлик даволаш усулини принциплари?
39. Гемангиоманинг морфологик тафсилоти?
40. Қандай ёшда гемангиома ўзини билдиради?
41. Юз-жағ соҳаларида учрайдиган гемангиомани қандай шакллари учрайди?
42. Капилляр гемангиомани ривожланиши ва намоён бўлиши қандай?
43. Каверноз гемангиоманинг тафсилотини келтиринг?
44. Комбинацияли гемангиомани таърифлаб беринг?
45. Гемангиомани ташҳислаш усуллари?
46. Гемангиомаларни жарроҳлик усулида даволашга кўрсатмалар?
47. Гемангиомаларда склерозлантирувчи даво нимага асосланган?
48. Криодеструкция қандай ўтказилади?
49. Гемангиомаларни нур билан даволаш имкониятлари қандай?
50. Лимфангиомага хос патогноматик асосий клиник белгиларни келтиринг?
51. Чуқур лимфангиомани клиник белгилари қандай?
52. Ўсмалар узоқ муддат босим ўтказганда юзага келадиган асоратлар?
53. Лимфангиомани яллиғланишига сабаблари ва маҳаллий белгилари?
54. Нейрофиброматоз қандай касаллик, клиник белгиларини келтиринг?
55. Нейрофиброматозга хос эрта аммо турғун бўлмаган клиник белгиларни келтиринг?
56. Оғиз бушлиғи аъзоларида нейрофиброматоз қандай намоён бўлади?
57. Жағларни нейрофиброматозининг рентгенологик манзараси?
58. Нейрофиброматоз қандай даволанади?
59. Сўлак безлар кисталарини даволаш?
60. Сўлак безлари ўсмаларининг таснифи?

61. Плеоморф аденомани клиник манзараси?
62. Сўлак безлари ўсмаларини ташхислаш усуллари?
63. Сўлак безларининг мукоэпидермоид ўсмасини клиник манзараси ва даволаш?
64. Жағлар ўсмаларининг бошланғич даврига хос клиник белгилар?
65. Ҳавфсиз ўсмаларнинг кечишидаги хусусиятлар?
66. Жағларнинг ҳавфли ўсмалари ва остеомиелитни ўхшаш белгилари?
67. Ҳавфсиз ўсмага хос белгилар?
68. Жағларнинг кистасига хос белгилар?
69. Ўсмадаги қандай ўзгаришлар (белгилар) малигнизация ҳақида фикр уйғотади?
70. Болаларда қандай ўсмалар ва ўсмасимон хоссалар тез ўсиб, жағларни емириб, юмшоқ тўқималарга ёриб чиқади ва ҳавфли ўсмани эслатади?
71. Қандай ўсмаларда тишларни тўғри жойлашуви бузилади?
72. Оғиз очилишининг чегараланиши нимадан далолат беради?
73. Ҳавфли ўсмага хос рентгенологик белгилар?
74. Ҳавфсиз ўсмаларнинг қандай белгилари остеоген остеопластик саркомага ўхшаш?
75. Ультратовуш текшируви билан ўсма ҳақида қандай маълумот олиш мумкин?
76. Операциядан олдин гистологик ташхис қўйиш учун биопсияни қайси усулларидан фойдаланиш мумкин?
77. Болаларда ҳавфли ўсмаларни асосий даволаш усули?
78. Остеома қандай ўсма?
79. Остеомани клиник ва рентгенологик белгилари?
80. Хондрома ва уни турлари?
81. Хондроманинг хирургик даволаш принциплари?
82. Гигант хужайрали ўсма (г.х.о – остеобласто-кластоманинг рентгенологик ва клиник манзарасина ҳарактеристикаси (таърифи)?
83. Г.х.о ни жарроҳлик даволашни принциплари?

84. Десмопластик фиброманинг клиник манзараси?
85. Десмопластик фибромани даволаш?
86. Суякланувчи фиброманинг рентгенологик ва клиник манзараси?
87. Фиброз дисплазияни келиб чиқиши ва клиник шакллари?
88. Фиброз дисплазияни хос асосий белгилари?
89. Фиброз дисплазиянинг рентгенологик манзараси?
90. Хевуризм-қандай касаллик?
91. Хевуризмга хос белгилар ва кечиши?
92. Олбрайт синдромининг уч белгисини келтиринг?
93. Монооссал фиброз дисплазияни жарроҳлик даволашни принципи?
94. Полиоссал фиброз дисплазияни жарроҳлик даволаш принципи?
95. Жағларда кечадиган эозинофил гранулема қайси касалликлар гуруҳга кирди?
96. Авж олган эозинофил гранаулемани клиник манзараси?
97. Эозинофил гранулема қандай даволанади?
98. Амелобластома қандай хужайралардан ривожланади?
99. Амелобластомани биринчи белгилари намоён бўлганидан сўнг касалликни давомийлиги қандай?
100. Амелобластомани юқори жағда кечишини клиник хусусиятлари?
101. Амелобластоманинг рентгенологик шакллари?
102. Поликистоз шаклдаги амелобластомани рентгенологик манзараси?
103. Амелобластомани ташҳислашдаги қийинчиликлар нималар билан боғлиқ?
104. Амелобластомани жарроҳлик даволаш қандай принципларга таяниб бажарилади?
105. Одонтома ҳосил бўлиб ривожланиши ва клиник манзараси қандай кечади?
106. Одонтомани қандай шакллари фаркланади?
107. Мураккаб ва таркибий одонтома қандай тузилишга эга?
108. Одонтоманинг рентгенологик манзараси?
109. Одонтомани даволаш принципи?

110. Одонтоген фибромани келиб чиқиши, рентгенологик манзараси ва даволаш принципи?
111. Миксоманинг келиб чиқиши қандай?
112. Миксомани клиник манзараси?
113. Цементомага тафсифлаб беринг?
114. Бурун танглай кисталари ривожланишини сабаблари?
115. Киста қобиғини тузилиши?
116. Фолликуляр ва илдиз учи кисталарини ривожланишида қандай фарк бор?
117. Юқори жағда кистанинг ривожланишини хусусиятлари?
118. Болаларда одонтоген кисталарнинг клиник манзарасини хусусиятлари?
119. Илдиз учи кистасининг рентгенологик манзараси?
120. Сут тишлар илдиз учи кистасининг цистотомияга кўрсатмалар?
121. Катта болаларда кисталарга цистотомияга кўрсатма?
122. Кисталарда цистотомияга кўрсатмалар?
123. Болаларда ҳавfli ўсмаларни ташҳислашда қандай қийинчиликлар мавжуд?
124. Остеоген саркома қайси тўқимадан ривожланади?
125. Остеоген саркомага хос биринчи клиник белгилар?
126. Остеоген саркомада оғриқдан бошқа яна қандай клиник белги намоён бўлади?
127. Ўсмаларда оғиз очилишини чегараланиши қандай вазиятда юзага келади?
128. Остеоген саркоманинг дастлабки метастазлари қайси аъзоларда аниқланади?
129. Остеоген саркомага хос рентгенологик манзарани келтиринг?
130. Остеоген саркомани қайси шаклида суякни емирилиши сезиларли даражада бўлади?
131. Остеоген саркомани рентгенологик текширувдан бошқа яна қандай усуллардан фойдаланиб ташҳислашни аниқ қўйиш мумкин?
132. Остеоген саркоманинг метастазларини нотипик учраши мумкин соҳалар?
133. Остеоген саркома бошланганидан сўнг қандай муддатда метастазлар бера бошлайди?

134. Остеоген саркомани даволаш принципи қандай?
135. Фибросаркома қайси ёшда учрайди?
136. Фибросаркоманинг қандай шакллари фаркланади?
137. Юинг саркомаси қандай тўқимадан ривожланади?
138. Юинг саркомаси қайси ёшда биринчи клиник белгилари учрайди?
139. Юинг саркомасида коннинг ўзгаришлари?
140. Юинг саркомасининг метастазлар тарқалиши йўллари?
141. ` Юинг саркомасининг остеоген саркомадан фарқловчи белги?
142. Юинг саркомасида суякнинг рентгенологик манзараси?
143. Ретикуляр саркоманинг кечишини клиник хусусиятлари?
144. Ретикуляр саркоманинг рентгенологик хусусиятлари?
145. Ретикуляр саркомани даволаш?
146. Ҳавфли ўсмаларни олгандан кейинги нуқсон ва шакл бузилишлар қандай ўзгаришларга олиб келади?
147. Жағларни ҳавфли ўсмаларни олинганидан сўнг қандай муддат ўтказиб тиклов операцияларини ўтказиш мумкин?