

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЕТ АКАДЕМИЯСИ**

ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТ КАСАЛЛИКЛАРИ

(Стоматология факультети 5 курс IX – X семестр
талабалари учун ўқув-услубий қўлланма)

Тошкент-2012

Тузувчилар:

Камилов Х.П. – Тошкент Тиббиёт Академияси терапевтик стоматология кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Ибрагимова М.Х. - Тошкент Тиббиёт Академияси терапевтик стоматология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди,
Тошкент Тиббиёт Академияси терапевтик стоматология кафедраси ассистентлари: Кадырова Ш.Э., Абдуюсупова К.М., Наврузова Ф.Р., Толипов А.М.

Рецензентлар:

Йулдашханова О.С. – Тошкент Тиббиёт Академияси болалар стоматология кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори
Алимов А.С. — Тошкент Врачлар Малакасини Ошириш институти, 1-стоматология кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ўқув-услубий қўлланма Марказий услубий хайъат мажлисида муҳокама қилинди ва баённома билан тасдиқга тавсия этилди.

« _____ » _____ 2012 йил _____ - сонли мажлис баёни

Тошкент Тиббиёт Академияси Илмий кенгашида тасдиқланди ва чоп этишга тавсия этилди.

« _____ » _____ 2012 йил _____ сонли мажлис баёни

IX – СЕМЕСТР

1 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: ОБШҚ тузилишининг ўзига хос хусусиятлари. Касалликлар таснифи.

II. Маиғулот мақсади:

ОБШҚнинг анатомик ва гистологик тузилиш хусусиятлари, физиологияси ва касалликлар таснифини ўрганиш.

III. Маиғулот режаси:

—ОБШҚ анатомик ва гистологик тузилишини, физиологияси;

—ва ОБШҚ касалликлари таснифини ёритиш;

IV. Калит сўзлар:

ОБШҚнинг морфологик тузилиши, хусусиятлари, касалликлари, таснифи.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий маиғулотнинг мазмуни

ОБШҚ организмнинг бошқа шиллик қаватидан бирмунча фарқ қилади. У механик, термик, кимёвий ва бошқа таъсиротларга ва инфекцияга чидамли бўлади. Маълумки, ОБШҚ юқори регенератор хусусиятга эга. Шиллик парданинг бу хусусиятлари унинг морфологик тузилишига боғлиқ. Л.И. Фалин, В.В. Гемонов шиллик қаватнинг морфо-функционал тузилишини текширишга катта хисса қўшганлар.

ОБШҚнинг бутун юзаси қалинлиги 200-500 микронга тенг бўлган эпителий билан қопланган. Энг чуқур, базал мембранада жойлашган цилиндрик ва кубик эпителий қатлами *базал қават* деб юритилади. Бу қават ҳужайралари протоплазмаси кўпинча базофиллиги билан ажралиб туради, бу унда рибонуклеин кислота борлигига боғлиқ. Ундан сўнг *тиканаксимон қават* келади. У протоплазмаси нисбатан очроқ ва ҳужайралараро кўприкчалари яққол намоён бўлган бир неча қатор полигонал ҳужайралардан иборат. Юза қаватга яқинлашган сари бу қават ҳужайралари яссилашиб боради. Улар доимо кўчиб, сўлакка аралашади, шу сабабли сўлакда бу ҳужайралар катта миқдорда топилади. Эпителий регенерацияси чуқур жойлашган ҳужайралар бўлиниши ҳисобига амалга ошади. Эпителийнинг юқорида қайд этилган тузилиши лунж, лаблар, юмшоқ танглай, ўтувчи бурма шиллик қаватига хос.

ОБШҚнинг қаттиқ танглай ва милк каби чайнаш оқибатида механик таъсир кўп бўладиган соҳаларидаги эпителий мугузланади. Мугузланиш қаттиқ танглайда кўпроқ бўлади. Бу ерда тиканаксимон ҳужайралар устида протоплазмасида кератогиалин сақлаган узунчоқ шаклдаги ҳужайралар қавати жойлашади, бу – *донадор қават*. Ундан ташқари тўлиқ мугузланган ва ядро сақламайдиган ҳужайралардан иборат *шоҳ қават* ҳам фарқланади.

Гистохимик усуллар ёрдамида ОБШҚ эпителийси ўзида кўп миқдорда гликоген сақлаши аниқланган. Лаб, лунж, юмшоқ танглай, тил ва ўтувчи бурмаларда гликоген миқдори кўпроқ бўлади. Қаттиқ танглай ва милк эпителийсида нормада гликоген бўлмайди ёки жуда оз миқдорда бўлади. Демак, гликоген шохланиш бўлмайдиган қисмларда кўп бўлади. Бу патологик жараёнларда ҳам ўз аҳамиятига эга. Гликоген энергия манбаи ёки кератин синтези учун пластик материал деб тахмин қилинади. Шунинг учун у тезда

ўзлаштирилиб, шохланиш соҳаларида учрамайди. Гликоген фақат инсон ОБШҚ эпителийсида кузатилади. Ҳайвонларда эса у кузатилмайди (Л.И.Фалин, 1961).

Эпителий остида бўладиган оғиз бўшлиғининг бириктирувчи тўқимали асоси шиллиқ парданинг хусусий қавати (*lamina propria*)ни ташкил қилади. У зич бириктирувчи тўқимадан ташкил топган бўлиб, эпителийга ўсиб кирадиган ўсимталар – *сўрғич*ларни ҳосил қилади. Улар ичидан эпителийни озиқлантирувчи томирлар ва нервлар ўтади. Сўрғичлар *lamina propria* ва эпителий сатҳлари юзаларини кенгайтириб, моддалар алмашинувини яхшироқ боришини таъминлайди.

ОБШҚнинг хусусий қавати аста шиллиқ ости қават (*lamina submucosa*)га ўтади. ОБШҚнинг баъзи қисмлари: тил, милк, қаттиқ танглай ёнлари ва чокида шиллиқ ости қават умуман билинмайди. Бу соҳалардаги шиллиқ қават мушаклараро бириктирувчи тўқимаси (тилда) ёки суяк усти пардаси (қаттиқ танглай ва милкларда) билан битишиб кетган.

ОБШҚнинг турли қисмларида кўплаб майда сўлак безлари жойлашган бўлади. Улар ажратган секретини характерига кўра шиллиқ, оқсилли ва аралаш бўлади. Ундан ташқари ОБШҚ юзасига йирик: қулоқ олди, жағ ости ва тил ости сўлак безлари чиқарув найлари очилади. Сутка давомида одамда 1,5 литргача сўлак ишланиб, оғиз бўшлиғига ажратилади. Сўлакни таркибида сув, шиллиқ, ва оқсилдан ташқари 0,2% ноорганик моддалар: кальций, калий, натрий тузлари бўлиб, уларнинг концентрацияси қонникига нисбатан бир неча баробар юқори бўлади. Ундан ташқари сўлак темир, марганец, никель, литий каби микроэлементларни ҳам сақлайди. Органик моддалар альбуминлар, глобулинлар, ферментлардан иборат. Сўлак таркибида турли витаминлар бўлади.

Сўлакда 50 дан ортиқ ферментлар аниқланган, улар гидролаза, трансфераза, липаза, изомеразалардир. Сўлакдаги лизоцим бактериолитик, яллиғланишга қарши, антигистамин, гемостатик, антибиотиклар таъсирини ва регенерацияни кучайтирувчи хусусиятга эга. Оғиз бўшлиғининг маҳаллий иммунитетини сўлакда сақланадиган “иммун таначалар” ёрдамида амалга оширилади. Оғиз бўшлиғига турли безлардан ажралган сўлак “оғиз суюклиги”ни ҳосил қилади. Уни таркибига сўлак ва шиллиқ безларининг секретидан ташқари кучган эпителий, микроорганизмлар, нейтрофиллар ва баъзан лимфоцитлар киради.

Истеъмол қилинадиган овқат, ташқи муҳит таъсири ва организм ҳолатига боғлиқ ҳолда оғиз муҳити таркиби ўзгариб туради. Нормда оғиз бўшлиғи муҳити кучсиз ишқорий бўлиб, pH 6,9 га тенг. Водород кўрсаткичи оғиздаги патологик жараёнга боғлиқ ҳолда ўзгаради: оғизда инфекция жараён кечиш вақтида сўлак реакцияси нордон бўлади. Сўлак таркибини ўзгариши тиш тошларини ҳосил бўлишига олиб келади ва бу ўз навбатида гингивитга мойилликни чақиради.

ОБШҚда таъм, оғриқ, ҳарорат ва тактил хисларни сезишни таъминлайдиган рецепторлар жойлашган. Таъм рецепторлари асосан тил сўрғичларида жойлашган. Тактил сезги лаблар ва тил учида яхши

ривожланган. Оғриқ сезгиси оғиз бўшлиғида кучсиз бўлиб, танглай равоқлари, юмшоқ танглай, оғиз даҳлизида нисбатан яхши ривожланган. Ҳарорат билиш оғизни ҳар хил соҳаларида турлича, масалан, оғиз туби ва милқлар ҳароратни сезмайди. Иссиққа нисбатан совуқни сезиш яхшироқ ривожланган. ОБШҚнинг қайси соҳаси таъсирланишига кўра унга нисбатан рефлектор реакция кузатилади. Масалан: таъм билиш рецепторлари ширин моддалар билан қўзғатилса, қўл-оёқлар томирлари кенгаяди, аччиқ таъмли моддалар эса аксинча, томирларни торайтиради. ОБШҚ рецепторларини таъсирлаш газ алмашинуви ва мушаклар ишига таъсир кўрсатади.

ОБШҚ эпителийсининг юқори регенератор хусусияти ҳам унинг ўзига хос физиологик хусусиятидан далолат беради. Сутка давомида жуда катта миқдорда ясси эпителий ҳужайралари кўчади. Эпителий регенерацияси базал ва тиканаксимон қават ҳужайралари митози ҳисобига амалга ошади. ОБШҚ эпителийсининг янгиланиши эпидермис янгиланишига нисбатан бир неча баробар жадал кечади. Шу сабабли ОБШҚдаги жароҳатлар тери жароҳатларига нисбатан тезроқ битади. ОБШҚнинг регенерациясига унда гликогеннинг барвақт пайдо бўлиши, РНК ва нордон мукополисахаридларнинг кўп миқдорда бўлиши қулай имконият беради. Терига нисбатан ОБШҚнинг тезроқ битиши унда кам дифференциалланган ҳужайра элементлари бўлиши билан тушунтирилади. Теридаги фибробластларга нисбатан ОБШҚ фибробластлари кам дифференциалланган, ёш бўлади. Ундан ташқари репаратив жараёнларда қон ивувчанлиги ва фибринолитик ферментларнинг аҳамияти катта. ОБШҚнинг физик хусусиятлари ва турғори унинг чўзилишга, сиқилишга ва эзилишга чидамлилиги билан аниқланади. Унинг физик чидамлилиги чақалоқларда ёшлар ва катталарга нисбатан камроқ бўлади.

ОБШҚнинг буферлик хусусияти унинг оғиз бўшлиғига кислота ва ишқор таъсир эттирилганда рН балансини тезда тиклаб олиши билан белгиланади. Бу хусусият шох қават қалинлиги ва сўлак безлари секретига боғлиқ бўлиб, оғизда патологик жараён кечганда ўзгаради.

ОБШҚ сўриб олиш хусусиятига эга бўлиб, бу ҳар хил соҳаларда ва ҳар хил моддалар учун турличадир. Бу баъзи дори препаратларини қўллаш учун қулай омил бўлиб хизмат қилади. Масалан: валидол оғиз тубидан яхшироқ сўрилади. Соғлом шиллиқ парда патологик ўзгарган шиллиқ пардага нисбатан дори моддаларни яхшироқ сўришини назарда тутиш керак.

Шундай қилиб, ОБШҚнинг барьер функциясини ҳам анатомик, ҳам бир қатор функционал хусусиятлари бажаради: уларга шохланишнинг бир текисда кечмаслиги, эпителийнинг митотик фаоллиги, юқори регенеративлик, алмашинув жараёнининг фаол бориши, ўзида гликоген сақлаш, хусусий қаватда кўп миқдорда ҳужайра элементлари, лейкоцитларнинг оғиз бўшлиғига миграцияси, сўлак компонентларининг бактерицид хусусияти, селектив сўриб олувчи хусусияти ва физик пишиқлиги мисол бўла олади.

Оғиз бўшлиғи ҳаёт давомида ташқаридан тушадиган микроблар учун дарвоза ҳисобланади. Оғиз бўшлиғи микрофлорасининг доимийлиги бир микробнинг бошқасига нисбатан антагонистлиги ва сўлакнинг бактерицид хусусияти билан амалга оширилади. Оғизнинг турли соҳаларининг

микрофлораси турлича бўлиб, ёш ўтган сайин ўзгариб боради. ОБШҚнинг силлиқ юзалари (милк, танглай, лунж)га стрептококклар, тишга яқин бўлган соҳаларга эса вибрион ва фузоспирохетоз комплекс хос.

В.Г. Петровская ва О.П. Марко (1976) маълумотларига кўра, ичак таёкчаси оғиз бўшлиғида фақатгина организм иммунитети пасайганда ва дисбактериоз ҳолларида кузатилиши мумкин.

Кўпинча оғиз бўшлиғида спирохеталар билан симбиоз ҳолда фузиформ бактериялар топилиб, улар ўз навбатида стафилококк ва стрептококклар билан симбиоз бўлади. Оғиз бўшлиғи микрофлорасининг доимийлигини стрептококклар таъминлайди, унга нисбатан агар сусайтирувчи таъсир кўрсатилса, оғиз микрофлораси баланси бузилади ва бегона флора ўсиши кузатилади. Шундай қилиб, оғиз бўшлиғидаги бактериал антагонизм ОБШҚни антибактериал ҳимоясининг муҳим омилларидан ҳисобланади. Оғиз бўшлиғидаги баъзи вируслар, масалан, оддий герпес вируси сапрофит ҳолда яшаши мумкин. П. Попхристов маълумотига кўра 60% одамлар унинг соғлом ташувчиси ҳисобланади.

Е.В. Боровский ва А.Л. Машкиллейсон 1984 йилда ОБШҚда учрайдиган патологик жараёнлар таснифини тақдим этдилар:

I. Механик жароҳатлар:

1. Иссиқ ва совуқ ҳароратдан
2. Нурланишдан
3. Метеорологик таъсиротлардан
 - метеорологик хейлит
 - лаб ёриғи
4. Кимёвий таъсиротлардан

Клиник кўриниши: гиперемия, эрозия, яра, гиперкератоз (лейкоплакия).

II. Юқумли касалликлар:

1. Ўткир ва сурункали юқумли касалликлардаги ОБШҚ:

- қизамиқ
- скарлатина
- оддий темирлатки
- сил
- захм
- лепра ва бошқалар

2. ОБШҚнинг юқумли ва паразитар касалликлари:

а) вирусли:

- герпес
- ВИЧ инфекция
- сўғаллар
- фузоспирохетоз

б) бактерияли:

- стрепто- ва стафилококкли
- сузакли ва бошқалар

с) замбуруғли:

- кандидоз

- актиномикоз ва бошқалар

III. Аллергик ва токсико-аллергик касалликлар:

1. Контактли (дори-дармонлардан, пластмасса ва бошқа ашёлар, бўёвчи моддалар, тиш пасталари, элексирлар ва бошқа кимёвий моддалар, ультрафиолет нурлар таъсирида ОБШҚдаги ўзгаришлар):

- аллергик стоматит
- аллергик гингивит
- аллергик глоссит
- аллергик хейлит

2. Маҳаллий ва тарқалган токсик-аллергик таъсирлардан (дори-дармон, озиқ-овқат ва бошқа кўринишдаги аллергенларни одам организмига киритилиши)

3. Токсик-аллергик таъсиротлардан ОБШҚда пайдо бўладиган дерматозлар:

- кўп шаклли экссудатив эритема
- Стивенс-Джонсон синдроми
- Лайела синдроми
- бирламчи системали васкулитлар
- Вегенер синдроми

IV. Касаллик пайдо бўлишида аутоиммун ҳолатга боғлиқ бўлган касалликлар:

- қайталанувчи афтоз стоматит
- чандиқ афталар
- Бехчет синдроми
- Турен катта афтоз синдроми
- Шегрен синдроми;
- дерматозларда пайдо бўладиган ОБШҚ касалликлари:
 - пуфакча
 - пемфигоид
 - Дюринг касаллиги
 - қизил темиртки
 - системали склеродермия

V. Тери – ОБШҚ реакцияси:

- қизил ясси темиртки

VI. ОБШҚнинг экзоген таъсиротлардан ўзгариши

VII. Организм касалликларида ва модда алмашинувининг бузилишида ОБШҚ ва лаб қизил хошиясида пайдо бўладиган ўзгаришлар:

- ички ва эндокрин касалликларда
- гипо- ва авитаминозларда
- қон касалликларида
- асаб касалликларида
- ҳомиладорлик пайтида

VIII. Туғма ва генетик ҳолатларга боғлиқ касалликлар:

- невуслар ва эпителиал дисплазия:
 - қон-томирлар невуси

- Стердж-Вебер синдроми
- пигментли ва сугалли невуслар
- юмшоқ лейкоплакия ва бошқалар
- ромбсимон ва бурмали глоссит
- glandуляр хейлит
- ОБШҚнинг дерматозларда ўзгариши:
 - буллезли эпидермолиз
 - атопик дерматит
 - псориаз
 - ихтиоз
 - Дарье касаллиги
 - Пейтц-Егерс-Турен синдроми

IX. Ўсма олди, ҳавфсиз ва ҳавфли ўсмалар:

1. Облигат ўсма олди касалликлар:
 - Боуэн касаллиги
 - сўгалсимон ўсма олди касалликлари
 - лаб қизил ҳошиясида тарқалмаган гиперкератоз
 - ўсма олди аброзив Манганотти хейлити
2. Факультатив ўсма олди касалликлари:
 - лейкоплакия
 - мугузланувчи папиллома ва папилломатоз
 - кератоакантома ва бошқалар
3. Ҳавфсиз ўсмалар
4. Ҳавфли ўсмалар.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Юмалоқ стол» номли иш ўйинини ўтказиш
2. Органайзерлар тузиш (Кластер, Концептуал жадвал)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ

Вазиятли масалалар

1. 22 ёшдаги бемор оғиздан ноҳуш ҳид келишига, оғзида вақти-вақти билан оғриқли ўйиқлар пайдо бўлишига шикоят қилади. Шу пайтда овқатланишнинг кийинлашиши, ачишиш ва оғриқлар беморни безовта қилади. Дастлабки таъхис қўйиш учун оғиз бўшлиғини кўриш зарур:

- 1) Оғиз даҳлизига кирмайди:
 - а) тил юганчаси
 - б) юқори лаб юганчаси
 - с) пастки лаб юганчаси
 - д) Стенонов оқма йўли
 - е) Фордайс безлари
- 2) Оғиз даҳлизига киради:
 - а) ўтув бурмаси
 - б) оғиз бўшлиғи туби
 - с) тил юганчаси

- d) Вартонов оқма йўли
- e) лаб юганчалари

2. 43 ёшли беморнинг тилида ноҳушлик кузатилади. Об'ектив кўрикда:

1) Тилда қуйидаги сўрғичлар бўлмайди:

- a) ромбсимон
- b) баргсимон
- c) замбуруғсимон
- d) ипсимон
- e) тарновсимон

2) Тилнинг энг кўп миқдордаги сўрғичлари:

- a) ипсимон
- b) кўзиқоринсимон
- c) тарновсимон
- d) баргсимон

3) Тилнинг энг йирик сўрғичлари:

- a) тарновсимон
- b) ипсимон
- c) замбуруғсимон
- d) баргсимон

3. Бемор оғзидан ноҳуш ҳид келишига ва оғзи қурушига шикоят қилади.

1) Оғизни қандай қисмларини кўриш зарур:

- a) даҳлиз қисми
- b) ҳусусий оғиз бўшлиғи
- c) тил
- d) танглай
- e) барчаси тугри

2) Милкнинг шиллиқ қавати қайси қават ҳисобига кам ҳаракатчан:

- a) шиллиқ ости
- b) ҳусусий қават
- c) эпителий
- d) шох қават
- e) донатор қават

3) Ҳусусий қаватда бўлмайди:

- a) остеобластлар
- b) фибробластлар
- c) гистиоцитлар
- d) макрофаглар
- e) семиз хўжайралар

4. 25 ёшли бемор ашаддий чекувчи, оғиз бўшлиғида тортилиш сезгиси ва ачишишга, лунжнинг шиллиқ қаватида оқиш доғ пайдо бўганига шикоят қилади. Об'ектив кўрикда лунжнинг шиллиқ қаватида эпителийни аниқ чегарали хиралашиши кузатилади. Доғ шиллиқ қаватдан кўтарилмаган.

1) ОБШҚни асосий текшириш усулини ўтказиш лозим:

- a) пальпация
- b) цитологик

- с) бактериологик
- d) функционал
- е) иммунологик

2) Беморда қайси бирламчи элемент аниқланади:

- a) доғ
- b) афта
- с) яра
- d) ёрилма

3) ОБШҚни қайси қаватида доғ жойлашади:

- a) Эпителий қават
- b) хусусий шиллик қават
- с) шиллик ости қавати
- d) мушак қават
- е) бириктирувчи тўқима қавати

4) Хусусий қаватда бўлмайди:

- a) остеобласт
- b) фибробласт
- с) гистиоцит
- d) макрофаг
- е) семиз хужайра

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Оғиз бўшлиғи шиллик қаватини пайпаслаш.

Мақсад: Талабани ОБШҚ пайпаслашни ўргатиш.

Кўрсатма: ОБШҚ касалликларини ташхислаш.

Жихозлаш: химоя кўз ойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор(волонтёр)оғиз бўшлиғини кўриш учун асбоблар.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма қадамлари	Бажарилмади (балл)	Тўлиқ бажарилди (балл)
1.	Химоя воситаларини тақиш.		20
2.	Резинали перчатка тақилган ўнг қўл билан морфологик элемент пайпасланади		20
3.	Катта ва кўрсаткич бармоқ билан морфологик элемент чегарасини аниқлаш.		20
4.	Морфологик элементнинг остидаги тўқималарга ўсиб кирган ёки кирмаганлигини аниқлаш.		20
5.	Морфологик элементнинг оғтриқлиги ва хажмини аниқлаш.		20
	Жами	0	100

Назорат саволлари:

1. ОБШҚнинг анатомик тузилиши.
2. ОБШҚнинг гистологик тузилиши.
3. ОБШҚ физиологияси.
4. Сўлакнинг буфер хусусияти.
5. ОБШҚнинг сўриш функцияси.

6. ОБШҚ микрофлораси.
7. ОБШҚ касалликларининг таснифи.

2 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: ОБШҚ шикастланган беморларни текшириш усуллари.

II. Машғулот мақсади:

ОБШҚ касалликларида текшириш усулларини ўргатиш

асосий текширув усули а) сўров б) кўрик
кўшимча текшириш усуллари а) лаборатор б) аллергологик в)
функционал г) цитологик д) бактериологик е) люминесцент ва бошқ.

III. Машғулот режаси:

- ОБШҚ асосий , кўшимча текширув усуллари

IV. Калит сўзлар:

Шиллер-Писарев синамаси, Кулаженко синамаси, гистамин синамаси, Олдрич синамаси, аллергик синамалар ва бошқалар.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий машғулотнинг мазмуни

ОБШҚ касалликларига ташхис қўйишда асосий текшириш усуллари (субъектив, объектив: кўздан кечириш, пальпация)дан ташқари турли кўшимча усуллардан фойдаланиш керак.

ОБШҚ касалликлари билан оғриган беморларни текширишни тахминий режаси:

1. Касаллик анамнези;
2. Беморни аъзо ва системалари бўйича текшириш;
3. Оғиз микрофлораси (унинг тури ва сезгирлиги)ни текшириш;
4. Цитологик текшириш учун ОБШҚ материал олиш;
5. ОБШҚни зарарлаган элементларидан биопсия олиш;
6. Оғиз бўшлиғи рН муҳитини аниқлаш;
7. Аллергенлар, специфик зардоб ва вакциналар билан тери синамаларини ўтказиш;
8. Умумий қон таҳлили;
9. Қоннинг стериллигини аниқлаш учун экиш;
10. Қонда билирубин, холестерин, фибриноген, қанд, умумий оқсил фракциялари, гистаминни аниқлаш;
11. Умумий (баъзан махсус) сийдик таҳлили;
12. Ошқозон ширасининг фракцион таҳлили;
13. Дуоденал ширани текшириш;
14. Кўкрак қафаси ва ошқозон-ичак трактининг рентгеноскопияси;
15. Ахлатни гижжалар тухумига текшириш;
16. Ректорومانоскопия.

Булардан ташқари бошқа мутахассислар буюрган бошқа текширувларни ўтказиш мумкин.

ОБШҚда кератоз билан кечадиган касалликларни ташхислашда люминисцент диагностика – Вуд нурлари билан макролюминесценция усули қўлланилади. Нормал ОБШҚда томирлар юза жойлашгани сабабли Вуд нурлари остида кўкиш тусга эга бўлади. Қизил ясси темираткида кўкиш-оқ, оддий лейкоплакияда хира-оқиш, веррукоз лейкоплакияда оппоқ, эрозив лейкоплакияда жигарранг фонда оқиш ўчоқли тусда кўриниши мумкин. Қизил югурук қорсимон оппоқ, сўгалсимон саратон олди ҳолат эса тўқ кўнғир тус бериб товланади.

Каваррик синамаси (Олдрич синамаси) – тўқима гидрофиллигини текшириш, яширин шиш ҳолатини аниқлаш учун қўлланилади.

Гистамин синамаси – гистаминга бўлган сезгирликни аниқлаш мақсадида қўлланилиб, капиллярлар ўтказувчанлиги ва организмнинг аллергия ҳолати тўғрисида маълумот беради.

Шиллер-Писарев синамаси – ОБШҚни йод-таркибли эритмалар, Люголь эритмаси билан бўяш бўлиб, яллиғланиш натижасида ОБШҚда тўпланиб қолган гликогенни йод таъсирида жигар ранга бўялиб, аниқлаш имконини беради.

Ясиновский синамаси оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидан лейкоцитларни эмиграцияси ва кўчган эпителий сонини баҳолаш учун ўтказилади.

Кавецкий-Базарнова синамаси тўқималарнинг регенератив ҳолатини ва фагоцитар фаоллигини аниқлаш учун ўтказилади.

Роттер синамаси организмни аскорбин кислота билан тўйинганлигини аниқлаш учун ўтказилади.

Цитологик текширувлар: суртма-муҳр, қиринди, пункция, биопсия. Цитологик текшириш усулининг мақсади, ўтказилган давонинг натижасини билишга қаратилган. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларида яра, эрозия ва ёрилмалар устини қириб, ёки чуқур тўқималардан пунктат олиш мақсадга мувофиқдир. Аввал некротик тўқималардан озод қилинган ярани юзасидан гладилка билан қириб, материал олинади, лекин қон қолдиқлари бўлмаслиги керак.

Бипсия-гистологик усул бўлиб, диагностик текширув усули, атипик эпителиал хўжайраларини аниқлашга мўлжалланган. Биопсияда патологик ўзгарган тўқималардан олинган 5-6 мм ли бўлакча махсус эритмалар (формалин, спирт) да фиксация қилинади, гемотоксилин-эозинда бўялади ва микроскоп остида текширилади. Ушбу усулга қарши кўрсатма бўлиб, гемофилия, геморрагик диатез ва хавфли турдаги анемия ҳисобланади.

Бактериологик текширувлар – ОБШҚдаги касаллик чақирувчи микробни аниқлаш учун қўлланилади. Бактериологик текширув оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида эрозия ва яралардан олинган материалларнинг бактериологик текширувида микроорганизмни турини аниқлаш ва тўғри ташхис қўйишдир.

Серологик усул – организмнинг инфекцион омилларга сенсibiliзациясини ва захмни (Вассерман реакцияси) аниқлаш учун қўлланилади.

Иммунологик келиб чиқишга эга бўлган дерматозлар ва ОБШҚ касалликларини ташхислашда бевосита ва билвосита иммунофлюоресценция, турли аллергия синамалар (томчили, компрессли, скарификацион, тери ичи) кабилар қўлланилади.

Қонни умумий клиник тахлили гемоглобин кўрсаткичини, эритроцитлар ва лейкоцитлар сонини, лейкоцитар формуласини аниқлаб беради ва қўшимча ташхислаш усули бўлиб хисобланади. Қонни биохимик текширувида глюкоза, ферментлар, билирубин ва бошқа кўрсаткичлар аниқланади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Юмалоқ стол» номли иш ўйинини ўтказиш
2. Органайзерлар тузиш (Тоифалаш жадвали)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ

Вазиятли масалалар

1. Антибиотик қабул қилгандан сўнг беморнинг тилида оғриқ пайдо бўлган, оғиз бўшлиғи кўригида гиперемия, енгил кўчадиган оқ караш аниқланади.

- 1) Аниқ ташхис қўйиш учун қайси текшириш усулидан фойдаланиш керак?
 - a) микробиологик
 - b) гистамин синамаси
 - c) серологик
 - d) иммунологик
 - e) функционал
- 2) Яллиғланишни аниқлаш учун қуйидаги синама ўтказилади:
 - a) Шиллер-Писарев
 - b) Ясинский
 - c) Олдрич
 - d) Кавецкий-Базарнова
 - e) Роттер
- 3) Аллергияни аниқлаш учун ўтказиладиган синама:
 - a) гистаминли
 - b) волдыр
 - c) Пирке
 - d) Шиллер-Писарев
 - e) Роттер

2. 56 ёшли беморда лунжнинг веррукоз лейкоплакияси аниқланади. Унда шохланиш ва қон кетиш кучайиши билан давом этмокда.

- 1) Ташхисни аниқлаш учун қандай қўшимча текшириш усулидан фойдаланилади?
 - a) цитологик
 - b) люминисцент
 - c) гистологик
 - d) микробиологик

е) иммунологик

2) Цитологик текширув усулига киради:

а) суртма-мухр

б) Шиллер-Писарев синамасы

с) Олдрич

д) Роттер

3. 45 ёшли бемор оғиз бўшлиғидаги ноҳушликка шикоят қилади. Обьектив кўрикда ОБШҚ гиперемияси ва шиши аниқланади. Асосий текшириш усуллари ўтказилди: кўрик, сўров, пальпация.

1) Тўқима гидрофиллигини қайси синама билан аниқланади?

а) Олдрич

б) Роттер

с) Шиллер-Писарев

д) Ясинский

е) Кавецкий-Базарнов

2) Тўқимани аскорбин кислотасига тўйинганлик даражаси аниқланади:

а) Роттер

б) Олдрич

с) Ясинский

д) Шиллер-Писарев

е) Кавецкий-Базарный

4. 36 ёшли бемор оғиз бўшлиғида ноҳушлик аломатларига шикоят қилади. Ушбу шикоятлар 7 тишга доимий пломба қўйилгандан кейин пайдо бўлди. Обьектив кўрикда шу томондаги лунжнинг шиллиқ қаватида 7 тиш ўткир қирраси рўпарасида эрозия аниқланади.

1) ВОЗ бўйича тишнинг формуласини ёзинг.

2) Бирламчи элемент бўлиб ҳисобланади:

а) доғ

б) тугун

с) думбоқ

д) эрозия

е) киста

3) Қандай қўшимча текшириш усуллари ўтказиш керак?

а) цитологик

б) бактериологик

с) кўрик

д) пальпация

е) беморни сўраб-суриштириш

4) Қандай даволаш усуллари ўтказиш лозим?

а) пломбани пардозлаш ва силлиқлаш

б) ўтказувчи анестезия

с) тишни олиб ташлаш

д) криотерапия

е) тўқималарни кесиб олиш

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма : Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига маҳаллий ишлов бериш

Мақсад: Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига маҳаллий ишлов беришни ўргатиш

Кўрсатма: ОБШҚ ни яллиғланишида маҳаллий ишлов бериш

Керакли жиҳозлар: Стоматологик кресло, стоматологик ускуна, стандарт стоматологик набор, антисептиклар, пахта валиклари, анестетиклар, Камистад гель.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	Босқични бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитувчининг имзоси
1	Оғиз бўшлиғида ҳосил бўлган патологик ўзгаришни аниқлаш.	0	15		
2	Оғизни антисептик эритма билан чайиш.	0	15		
3	Патологик ўзгарган майдонни пахта валиклари билан сўлакдан ажратиб, қуритиш.	0	20		
4	Маҳаллий (аппликацион) оғриқсизлантириш	0	20		
5	Перчатка тақилган, кўрсаткич қўл панжаси, ёки махсус қошиқча, шпател билан дори малҳамини (Камистад гель) суркаш.	0	20		
6	Маслахат бериш.	0	10		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

1. ОБШҚ касалликлари билан оғриган беморларни текширишнинг тахминий режаси.
2. ОБШҚ касаллиги бўлган беморни суров утказиш схемаси.
3. Функционал текшириш усуллари.
4. Лаборатор текшириш усуллари.
5. Люминесцент диагностика.
6. ОБШҚ беморларнинг суров ўтказишнинг ўзига хос хусусиятлари.
7. Клиник лаборатор текширув усуллари санаб ўтинг.
8. Цитологик текширув усулини санаб ўтинг.
9. Бактериологик текширув усулини айтинг.

3 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: ОБШҚнинг патологик ўзгаришлари, зарарланишнинг морфологик элементлари.

II. Машғулот мақсади:

Талабани ОБШҚ да турли касалликларда учрайдиган патологик жараенни, ҳар бир патологияга хос бўлган морфологик элементларни ўрганиш

III. Машғулот режаси:

ОБШҚ да ҳар бир касаллик учун хос бўлган патологик жараенни ва морфологик элементларни ажрата олиши, бирламчи морфологик элементларни фарқлай олиши, иккиламчи морфологик элементни фарқлай

олиши

IV. *Калит сўзлар:*

Эпителийнинг дегенератив ўзгаришлари, бирламчи ва иккиламчи морфологик элементлар.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий машғулотнинг мазмуни

ОБШҚнинг зарарланиши унинг рельефи, ранги, бутунлигини бузилиши билан ифодаланади. ОБШҚ касалликларини ташхислашда эпителийнинг дегенератив жараёнларини фарқлай билиш катта аҳамиятга эга.

Спонгиоз (ғоваклик) – тиканаксимон қават хужайралари орасида суюқлик йиғилиб қолиши. Суюқлик тўпланиб, хужайралар орасидаги протоплазматик кўприкчаларни узади ва ҳосил бўлган бўшлиқларни тўлдириб, пуфакчалар юзага келишига олиб келади.

Баллонловчи дегенерация – тиканаксимон қават хужайралари орасидаги боғламлар узилиб, хужайралар ҳосил бўлган экссудатда алоҳида ёки гуруҳлар ҳолида жойлашиб “баллон” кўринишини олади.

Акантолиз – тиканаксимон қаватнинг дегенератив ўзгариши бўлиб, хужайралараро протоплазматик кўприкчаларнинг емирилиб кетиши билан ифодаланади.

Акантоз – тиканаксимон қават хужайраларининг катталашиб кетиши.

Гиперкератоз – хужайраларнинг ҳаддан ташқари мугузланиши ёки мугуз қаватнинг кўчиб тушишини бузилиши натижасида ортиқча шохланиш.

Паракератоз – тиканаксимон қават юза хужайраларининг чала мугузланиши билан ифодаланадиган шохланишнинг бузилиши.

Папилломатоз – ОБШҚ сўргичсимон қаватининг ўсиб кетиши.

Мустақил равишда пайдо бўлган бирламчи ва бирламчи элементларнинг ўрнида пайдо бўлган иккиламчи элементлар фарқ қилинади. Ундан ташқари зарарланишнинг мономорф, яъни бир турдаги бирламчи элементлардан ташкил топган ва полиморф – ҳар хил турдаги бирламчи элементлардан ташкил топган шакллари ажратилади. Шу билан бирга бир элементнинг ўзи ривожланиш даврида турли кўринишга эга бўлиши мумкин, бу сохта полиморфизм деб аталади.

Бирламчи морфологик элементлар

Инфильтратив бирламчи морфологик элементлар:

Доғ – ОБШҚ рангининг ўзгариши. Кўриниши турлича: йирик ва майда, тарқоқ ва чегараланган, турғун ва нотурғун бўлиши мумкин. Доғга уни пайпаслаб аниқлаб бўлмаслиги хосдир. Доғларнинг томирли ва шиллик қаватда бўёвчи моддалар тўпланиши натижасида келиб чиқадиган пигмент (дисхроматик) турлари фарқланади. Томирли доғлар яллиғланиш ва томирларнинг вақтинчалик рефлектор кенгайиши натижасида келиб чиқади. Яллиғланишли доғлар турли интенсивликдаги қизил тусда бўлиб, қўл билан босилганда йўқолиб, бир оздан сўнг яна пайдо бўлади. Кўплаб жойлашган ва майда кўринишдаги доғлар – *розеола*, йириклари – *эритема* деб юритилади. Юза жойлашган томирларнинг яллиғланмасдан турғун кенгайиши ёки ундан

ўсмалар ҳосил бўлиши натижасида келиб чиқадиган доғлар *телеангиэктазиялар* деб аталади.

Тери ва ОБШҚдаги доғлар улардаги томирлар девори бутунлигини бузилиши (ёрилиш, ўтказувчанликни ошиши) оқибатида келиб чиқиши мумкин. Бу – *геморрагик* доғлардир. Бундай доғлар босганда йўқолмайди ва пайдо бўлган муддатига боғлиқ холда турлича тусга эга бўлади. Нуктасимон геморрагиялар – *петихия*, кўплаб майда кўринишдагиси – *пурпура*, йириклари эса *экхимоз* деб аталади.

Пигмент (дисхроматик) доғлар меланин пигментининг кўпайиши ёки камайиши ва баъзан умуман бўлмаслиги натижасида келиб чиқади.

Тугунча – акантоз ҳисобига пайдо бўладиган, ОБШҚдан кўтарилиб турувчи бўшлиқсиз ҳосила бўлиб, унинг юзаси ясси, конус ва шар шаклида, чеккалари эса юмалоқ ва полигонал шаклда бўлиши мумкин. Ранги ва консистенцияси турлича бўлади. Катталиги тарик доначасидай ва ундан катта бўлиб, улар ўзаро қўшилиб кетиши натижасида пилакчалар ҳосил қилиши мумкин. Тугунчалар ўздан кейин из қолдирмай битиб кетади.

Тугун – шиллиқ ости қаватдан бошланиб келадиган зич ҳосила. Кам оғрикли, зич, юмалоқ шаклдаги ҳосила холида пайпасланади. Ривожланган сари у катталашиб, ОБШҚдан кўтарилиб туради. Тугуннинг яраланиш ва йиринглаш эҳтимоли бор.

Дўмбоқча – бўшлиқсиз, инфильтратив ҳосила бўлиб, ОБШҚни ҳамма қаватларини ўз ичига олади ва шиллиқ парда юзасидан кўтарилиб туради. Одатда тўп-тўп бўлиб жойлашади ва тезда емирилади. Унинг ўрнида грануляция ва вегетация билан қопланган ярали юзалар ҳосил бўлади.

Экссудатив бирламчи морфологик элементлар:

Пуфакча – суюқликни чегараланган бўшлиқ ичида тўпланиши натижасида пайдо бўладиган бўшлиқли элемент. Тиканаксимон қаватда жойлашиб, унинг туби ва ОБШҚ юзасидан кўтарилиб турувчи қопқоғи фарқланади. Қопқоғи механик таъсирот оқибатида тезда ёрилади. Пуфакча 2 мм гача ҳажмда бўлади.

Пуфак – бўшлиқли ҳосила бўлиб, ҳажми пуфакчадан катта ва эпителий остида ҳам суюқлик тўпланиши билан фарқ қилади. Суюқлик фақатгина эпителий ичида жойлашса, унинг қопқоғи тиканаксимон қават ҳужайраларидан ташкил топган бўлгани учун тез ёрилади. Эпителий ости пуфагининг қопқоғи эса пишиқ бўлиб, бир неча кун давомида сақланиб туради.

Йирингча – йиринг билан тўлган бўшлиқли ҳосила.

Киста – ички томони эпителий билан қопланган, бириктирувчи тўқимали парда билан ўралган бўшлиқли ҳосила.

Қаварчик – бўшлиқсиз ҳосила бўлиб, сўрғичсимон қаватни ўткир чегараланган шиши натижасида юзага келади. У ОБШҚдан кўтарилиб туриб, ҳажми 0,2 см дан то 1,5 см гача бўлган ясси, оқиш ёки қизғиш кўринишга эга бўлади. Экзоген ва эндоген келиб чиқишга эга.

Иккиламчи морфологик элементлар

Эрозия – эпителий юза қисми бутунлигининг бузилиши бўлиб, чандик қолдирмай битади.

Афта – эпителийни чегараланган некрози бўлиб, сарғиш-кулранг тусга ва думалоқ шаклга эга. Ҳажми 0,2-0,5 см ва ундан катта, атрофи кип-қизил яллиғланиш гардиши билан ўралган бўлади, чандик қолдирмай битади.

Чандик – дифференциаллашган тўқима ўрнини бириктирувчи тўқима билан қопланиши. Баъзи бирламчи ва иккиламчи элементлар ўрнида пайдо бўлади.

Тангача – шохланган эпителийнинг кўчиб тушаётган пластинкалари.

Қалок – пуфакча, эрозия ёки яранинг қуриган экссудати. Ранги экссудат характериға боғлиқ, одатда лаб қизил хошиясида ёки унинг атрофида жойлашади.

Ёриқ – тўқима эластиклиги йўқолиши натижасида юзага келадиган чизиксимон дефект, кўпроқ оғиз бурчакларида ва лаб қизил хошиясида учрайди.

Абсцесс – йиринг билан тўлган бўшлиқли ҳосила.

Атрофия – ОБШҚни юпқалашиб кетиши.

Пигментация – яллиғланиш ўрнида қолган тўқима рангининг ўзгариши.

ОБШҚнинг шикастланиши ўткир (қисқа муддат ичида кучли механик таъсир) ёки сурункали (узок вақт давомида кучли бўлмаган таъсирот) бўлиши мумкин.

Ўткир механик шикастланиш кундалик турмушда, ишлаб чиқаришда ёки стоматологнинг даволаш вақтидаги эҳтиётсизлиги натижасида келиб чиқиши мумкин. Шикастланиш ОБШҚ бутунлиги бузилиши (очиқ жароҳат) ва унинг бутунлиги сақланиши (гематомалар) билан кечиши мумкин.

Гематома ОБШҚга зарб таъсири ёки уни тишлаб олиш таъсирида келиб чиқиши мумкин. Бунда тўқима орасига қон қуйилиб, шу соҳада оғриқ сезилади, оғриқ 1-3 кунда йўқолиб, ўрнида қорамтир-кўкиш тусдаги гематома шаклланади.

Эпителий шикастланганда оғриқли шилиниш (эрозия) пайдо бўлиб, унинг атрофидаги ҳусусий шиллиқ қаватда инфильтрация ва чегараланган яллиғланиш белгилари пайдо бўлади. Агарда шу соҳа қайта шикастланмаса, у тезда эпителизацияланади. Оғриқ кучли бўлган ҳолларда маҳаллий оғриқ қолдирувчи воситаларни (лидокаин, тримекаин, анестезинлар эритма, гель, суртма холида) ишлатиш мумкин.

Иккиламчи инфекцияни олдини олиш мақсадида оғизга антисептиклар (лизоцим, фурациллин ва бошқалар) билан ишлов бериш мақсадга мувофиқ.

Ундан ташқари эпителизацияни тезлаштирадиган воситалар қўлланилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Ўргимчак ини» номли иш ўйинини ўтказиш
2. Органайзерлар тузиш (Кластер)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ
Вазиятли масалалар

1. 66 ёшли бемор оғиз бўшлиғида ноҳушликка шикоят қилади. Бу ҳолат 6 тишга металлдан пломба қўйилгандан кейин пайдо бўлган. Об'ектив кўрикда лунжни шиллиқ қаватида 6 тиш соҳасида доғ кузатилади.

1) ВОЗ бўйича тиш формуласини ёзинг.

2) ОБШҚда томирли доғлар номланмайди:

- a) доғ
- b) петихия
- c) пурпура
- d) розеола
- e) энантема

3) ОБШҚни бирламчи элементи бўлиб ҳисобланади:

- a) папула
- b) эрозия
- c) чандик
- d) ёрик
- e) пўстлок

4) ОБШҚни бирламчи элементи бўлиб ҳисобланади:

- a) пуфак
- b) эрозия
- c) чандик
- d) ёрик
- e) пўстлок

5) ОБШҚни бирламчи элементи бўлиб ҳисобланади:

- a) волдырь
- b) эрозия
- c) чандик
- d) ёрик
- e) пўстлок

2. 47 ёшли бемор 2 кун аввал оғизда оғрик ва ачишиш пайдо бўлганига шикоят қилади. Анамнездан маълум бўлишича 2 йилдан бери ҳар 5-6 ойда тилни учида афталар чиқади. Афталарни битиши 10-12 кундан сўнг битади. Беморда сурункали гастрити бор.

1) Қайси бирламчи элемент афтадан олдин пайдо бўлади?

- a) доғ
- b) тугун
- c) тугунча
- d) дўмбоқча
- e) волдырь

2) Афтанинг гистологик текширувида кузатилмайди:

- a) томирлар кенгайиши
- b) периваскуляр инфильтрация
- c) эпителийни тиканак қаватида шиш
- d) чуқур фибриноз-некротик яллиғланиш
- e) акантолитик Тцанк ҳужайралари

3) Қайси қўшимча текшириш усуллари ўтказиш зарур?

- a) иммунологик
- b) цитологик
- c) сўров
- d) кўрик
- e) пальпация

4) Қайси асосий текшириш усуллари ўтказиш зарур?

- a) пальпация
- b) цитологик
- c) микробиологик
- d) иммунологик
- e) беморни сўров қилиш

3. 30 ёшли бемор лунжда, лабларда, тилида оғриқли афталар пайдо бўлишига, овқат еганда кучайишига шикоят қилади. Анамнездан маълум бўлишича шундай афталар баҳорда ва кузда кўпроқ чиқади. Обьектив ҳолатда: пастки |5 ва |6 тишлар соҳасидаги тилнинг ён томонида, пастки лабнинг шиллиқ қаватида яқка, қалин фибриноз қараш билан қопланган гиперемияланган ОБШҚ фонида жойлашган ҳажми 0,6-0,8 см ли афта кузатилади. Афта оғриқли, пальпацияда юмшоқ.

1) Ошқозон-ичак тракти касалликларида афта:

- a) фиброз қараш билан қопланади
- b) қип-қизил гўшт рангида
- c) некротик қараш билан қопланади
- d) сузмасимон қараш билан қопланади

2) Афта бу:

- a) зич ҳосила
- b) эпителийни ҳамма қаватига тарқайди
- c) чизикли нуқсон
- d) қотиб қолган экссудат
- e) овал шаклли эрозия, фибриноз қараш билан қопланади

3) Умумий даволаш мақсадида носпецифик сенсibiliзация воситаси сифатида қўлланилади:

- a) аналгин
- b) ципролет
- c) лидокаин
- d) мепивокаин
- e) гистаглобулин

4. 34 ёшли бемор ҳолсизликка, оғиз бўшлиғидаги ўсмасимон ҳосилаларга шикоят қилади. Анамнездан: бемор 4 йилдан бери сил билан касалланган, қон аралашли балғам кўчади, сил диспансерида рўйхатда туради. Обьектив ҳолат: ОБШҚда кўп миқдорда чандиқлар аниқланади, бирламчи элемент яримшар шаклида бўлиб, оғриқсиз, диаметри 1-3 мм ҳажмда, юмшоқ консистенцияли, қизил ёки сарғиш-қизил рангда, периферик ўсишга мойиллиги бор, қўшни элементлар билан қўшилиб кетади ва натижада ҳар хил ҳажмдаги бляшқалар пайдо бўлади.

1) ОБШҚда силдаги бирламчи элемент:

- a) афта
- b) яра
- c) доғ
- d) дўмбоқча
- e) тугунча

2) Иккиламчи элементлардан қайси бири беморда кузатилади?

- a) пуфак
- b) чандик
- c) дўмбоқча
- d) бляшка
- e) доғ

3) Дўмбоқча ОБШҚнинг қайси қаватларида жойлашади?

- a) эпителий
- b) хусусий шиллик қават
- c) шиллик ости қаватда
- d) мушакли қават
- e) a, b, c

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма «ОБШҚ касалликларида беморларни текшириш усуллари.»

Мақсад: Талабани . ОБШҚ касалликларида беморларни текшириш усулларига ўргатиш.

Кўрсатма: ОБШҚ касалликларини ташхислаш.

Жихозлаш: ҳимоя кўз ойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор(волонтер)оғиз бўшлиғини кўриш учун асбоблар.

Амалий кўникма «ОБШҚ касалликларида беморларни текшириш усуллари.»

№	кадамлар	Бажармади (0 балл)	Тўла бажарди балл)
1.	Ҳимоя воситаларини тақиш.		20
2.	Беморни ташқи қиефасини кўриш.		20
3.	Беморни оғиз дахлизини кўриш(жағлар юмилган ҳолда)		20
4.	Хусусий оғиз бўшлиғини кўриш.		20
5	Сўлак безларини пайпаслаш		20
	Жами	0	100

Назорат саволлари:

1. Инфильтратив морфологик элементлар.
2. Бирламчи морфологик элементлар.
3. Иккиламчи морфологик элементлар.
4. Доғ нима.
5. Акантолиз нима.
6. Мугузланиш бузилиши билан кечадиган жараёнлар.

4 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: ОБШҚ механик шикастланишлари.

II. Машғулот мақсади:

Талабаларга ОБШҚ ни ўткир ва сурункали механик шикастланишларни этиологик факторлари, клиник кўриниши, диагностикаси ва даволаш

усулларини ўргатиш.

III. *Маиғулот режаси:*

Механик шикастланишларининг этиологик омиллари, уларни бартараф этиш, клиник курилиши, ташхислаш ва даволаш усулларини ёритиш.

IV. *Калит сўзлар:*

Ўткир ва сурункали механик шикастланишлар.

НАЗАРИЙ ҚИСМ.

Амалий маиғулотнинг мазмуни

ОБШҚнинг шикастланиши ўткир (қисқа муддат ичада кучли механик таъсир) ёки сурункали (узоқ вақт давомида кучли бўлмаган таъсир) бўлиши мумкин.

Ўткир механик шикастланиш кундалик турмушда, ишлаб чиқаришда ёки стоматологнинг даволаш вақтида эҳтиётсизлиги натижасида келиб чиқиши мумкин. Шикастланиш ОБШҚ бутунлиги бузулиши (очик, жароҳат) ва унинг бутунлиги сақланиши (гематомалар) билан кечиши мумкин.

Гематома ОБШҚга зарб таъсири ёки уни тишлаб олиш таъсирида келиб чиқиши мумкин. Тўқима орасига қон қуйилиб, шу соҳада оғриқ сезилади, оғриқ 1-3 кунда йўқолиб, ўрнида қорамтир-кўкиш тусдаги гематома шаклланади.

Эпителый шикастланганда оғриқли шилиниш (эрозия) пайдо бўлиб, уни атрофидаги ҳусусий шиллиқ қаватда инфильтрация ва чегараланган яллиғланиш белгилари пайдо бўлади. Агарда шу соҳа қайта шикастланмаса, у тезда эпителизацияланади. Оғриқ кучли бўлган ҳолларда маҳаллий оғриқ қолдирувчи воситаларни (лидокаин, тримекаин, анестезинлар эритма, гель, суртма холида) ишлатиш мумкин.

Иккиламчи инфекцияни олдини олиш мақсадида оғизга антисептиклар (лизоцим, фурациллин ва бошқалар) билан ишлов бериш мақсадга мувофиқ. Бундан ташқари эпителизацияни тезлаштирадиган воситалар қўлланилади.

Баъзан ОБШҚнинг ҳамма қатламлари шикастланиши мумкин. Бу ҳолда у жароҳат деб аталади. Шикастловчи омилга боғлиқ ҳолда жароҳатлар йиртилган, тешилган, кесилган, тишланган, лат еган ва аралаш (тешиб-кесилган, лат еб-йиртилган) бўлиши мумкин.

Жароҳатлар оғриқ, қон кетиши ва чеккаларини очилиб қолиши билан кечадаган очик шикастланишдир. Жароҳат жараёнининг кечиши қатъий кетма-кетликда 3 босқичда кечади: 1) тайёргарлик; 2) бошланғич регенерация; 3) тўлиқ регенерация. Ҳар бир даврнинг давомийлиги турлича бўлиб, тўқиманинг шикастланиш даражаси, иккиламчи асоратларнинг бор-йўқлигига боғлиқ. Жароҳатлар одатда 6-7 кун ичида чандик қолдириб бирламчи битиши ёки грануляцион тўқима, чандикланиш ва эпителизация билан иккиламчи битиши мумкин.

Даволаш. Жароҳатларни фурациллиннинг 1:5000 ёки 1:10000 нисбатдаги эритмаси ёки антибиотикларнинг сувли эритмаси билан ювиш лозим. Эпителизацияни яхшилаш мақсадида наъматак мойи, витамин А нинг ёғли эритмалари аппликация қилинади. Жароҳатлар кенг ва чуқур бўлганда улар тикилади.

Сурункали механик шикастланиш ОБШҚга кучсиз, лекин доимий механик таъсир (тишларнинг ўткир қирралари, сифатсиз протезлар, равоқдан ташқарида жойлашган тишлар, зарарли одатлар) натижасида келиб чиқади. Унинг клиник кўриниши ва кечиши беморнинг ёшига, шикастланган соҳада шиллик ости қават бор-йўқлигига ва бошқаларга боғлиқ. Шиллик қават кўздан кечирилганда унда катарал яллиғланиш (шиш, гиперемия), унинг бутунлиги бузилиши (эрозия, яралар), пролифератив ўзгаришлар (гипертрофия) ва мугузланишнинг ортишини (лейкоплакияда) кўриш мумкин. Бир вақтнинг ўзида бу белгилардан бир нечтаси бирга учраши мумкин (масалан, катарал яллиғланиш ва эрозия, катарал яллиғланиш ва мугузланишни ортиши).

Сурункали механик шикастланишдаги катарал яллиғланиш томир ўтказувчанлиги ошиши натижасидаги шисш ва гиперемия, баъзан эса тўқима инфильтрацияси билан кечади. Патологик ўзгаришлар даражаси таъсиротнинг кучи ва давомийлигига боғлиқ. Катарал яллиғланиш ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Ўткир яллиғланиш 2-3 ҳафта давом этиб, таъсир этувчи омил бартараф этилганда, исиз ўтиб кетади. Акс холда эса сурункали йирингли яллиғланиш ўчоғи пайдо бўлади, у чегарали йирингли-емирилган фокусдан иборат бўлиб, сўнг у декубитал ярага айланади. Одатда травматик яра битта бўлади. Травматик яра атрофидаги шиллик парда шисшган, қизарган, оғриқли бўлади. Яра туби осон кўчадиган фибриноз караш билан қопланган, четлари нотекис бўлади. Регионал лимфотугунлари катталашиб оғриқли бўлади. Узок ва кучсиз таъсир натижасида келиб чиққан травматик яралар беморлар 1-2 ой ва ундан кўп вақт ўтгач мурожаат қиладилар. Бундай яранинг туби ва четлари инфильтрация ҳисобига зичлашади, атрофи шисшган, кўкарган, туби ғадир-будир ва караш билан қопланган бўлади. Бундай яра катта бўлиб, ҳатто мушак ва суяк қаватгача тарқалиши мумкин. Пайпаслаганда яра оғриқли, атрофидаги эпителий кўздан кечирилганда хиралашган бўлади. Бундай яралар ҳавфли ўсмаларга ўтиб кетиши мумкин.

Травматик яралар саратон, миллиар сил, қаттиқ шанкр, трофик яралар, пўрсилдоқдан кейинги эрозиялар билан қиёсий ташхисланади. Травматик яраларга таъсир этувчи омилнинг бўлиши, зарарланган соҳанинг оғриши, яллиғланиш инфильтратининг бўлиши ва цитологияда специфик белгиларнинг бўлмаслиги ҳосдир. Травматик яра одатда таъсирловчи омил йўқотилганидан кейин 3-5 кун ичида битади.

Саратон яраси узок вақт кечади, туби ва четлари травматик яраникига нисбатан зичроқ бўлиб, четлари мугузланади ва гулкарам сингари ўсиб кетади. Агар таъсирловчи омил топилса, уни бартараф этиш яранинг битишига олиб келмайди. Ташхисни аниқлашда гистологик ва цитологик текширувлар ўтказилади. Саратонда ядроси полиморф атипик ҳужаралар топилади.

Миллиар сил яралари бўлганда ОБШҚ жуда оғриқли бўлиб, яралар четлари “ёйилган” ва юмшоқ, туби эса донадор, базан яра туби ва уни атрофида сарик нукталар – Трель доначалари топилади. Бу яралар силнинг очик шакли фонида ривожланади, яра кейин даволанади ва секин эпителизацияланади. Яра юзасидан қиринди олиб бактериологик текширилганда сил микобактериялари топилади.

Қаттиқ шанкр одатда қаттиқ асосда жойлашиши билан травматик ярадан фарқ қилади. Унинг четлари текис бўлиб, туби силлиқ ва қип-қизил рангда, оғриқсиз бўлади, атрофидаги ОБШҚ ўзгармайди. Лимфа тугунлари катталашган, оғриқсиз ва ҳаракатчан, зич эластик консистенцияга эга бўлади. Ярадан олинган қиринди оқиш трепонема топилиши ташхисни ҳал қилади. Вассерман реакцияси шакл пайдо бўлгач, фақат 3 ҳафта ўтиб мусбат бўлади.

Трофик ярага узоқ ва секин кечиши, беморда юрак-қон томир патологияси бўлиши хос. Цитологик, бактериологик ва бошқа усуллар уни ташхислашда аҳамиятсиз.

Эрозив травматик шикастланиш пўрсилдоқ оқибатида юзага келадиган эрозияни эслатади. Никольский симптомининг мусбат бўлиши, босмасуртмаларда акантолитик хужайраларнинг бўлиши ташхисни пемфигоид зарарланиш фойдасига ҳал қилади.

Даволаш: биринчи навбатда шикастловчи омилни бартараф қилишдан бошланади. Некротик емирилишлар бўлганда яралар протеолитик ферментлар ва антисептик эритмалар билан ювилади, оғриқ қолдирувчи воситалар ишлатилади. Эрозиялар ва яраларга эпителизацияни тезлаштирувчи воситалар: наъматак мойи, витамин А нинг ёғли эритмаси аппликация қилинади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Ўргимчак ини» номли иш ўйинини ўтказиш
2. Органайзерлар тузиш (Тоифалаш жадвали, Венна диаграммаси)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ

Вазиятли масалалар:

1. Бемор овқат еганда тилини тишлаб олган. Овқат еганда оғриққа шикоят қилади. Обьектив кўрилганда тилнинг ён томонида 0,5×0,5 см катталиқда гематома аниқланади.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Даволаш усулини танланг.

2. Бемор чап томондаги лунжининг чайнов тишлар соҳасида 1×1 см ли ярага шикоят қилади. Яра инфильтрланган четлари оғриқли, кулранг-сарик караш билан қопланган. 8 тиш ёйдан ташқарида.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Даволаш усулини танланг.

3. Бемор 20 ёш, стоматолог қабулига тилдаги оғриққа шикоят қилиб келди. Анамнезида 3 кун олдин балиқ истимол қилган ва қилтаноғи кирган. Кўрилганда: тил чап томонида 1×1 см катталиқдаги четлари нотекис кулранг-сарик караш билан қопланган.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Даволаш усулини танланг.

4. Бемор 54 ёшда. Овқатланганда пастки 6 тиш соҳасида оғриқ ва қонашга шикоят қилади. Кўрилганда: пастки 6 тиш қопламаси узун, милкка чуқур кирган, милк гиперемияланган, шишган ва қонайди.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Даволаш усулини танланг.

5. Профилактик кўрик пайтида А. исмли бемор лунжининг ўнг томонида тишлар жипслашиш соҳасида унча чуқур бўлмаган, чегараси ноаниқ, четлари бироз зичлашган, оғриқли, сарғиш караш билан қопланган яра кузатилади. Беморда кесишган прикус, шунинг учун лунжини ушбу жойини тез-тез тишлайди.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Даволаш усулини танланг.
- 3) Сизнинг тактикангиз.

6. 62 ёшли бемор стоматолог қабулига протез таққанида ўнг томондаги лунжида пайдо бўладиган оғриққа шикоят билан келди. Кўрикда юқори жағда қисман олинувчи протез б тишга кламмер орқали уланади. Кламмер уланган жойида шиллиқ қаватнинг эрозияси кузатилади, усти кулранг-оқиш караш билан қопланган.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Даволаш усулини танланг.
- 3) Сизнинг тактикангиз.

7. 26 ёшли бемор жарроҳлик стоматологияси клиникасига юз-жағ шикастланиши билан мурожат қилди. Оғиз бўшлиғи кўригида кариес билан зарарланган тишлар, лунжнинг шиллиқ қаватида қонувчан, кулранг-оқиш караш билан қопланган, асоси гиперемияланган, оғриқли ва унча чуқур бўлмаган яра аниқланади.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Даволаш усулини танланг.

8. 54 ёшли бемор стоматологга сунъий қоплама билан қопланган пастки б тиш соҳасида овқатлангандаги оғриқ, қонаш ва ноқулайлик сезгисига шикоят қилади. Кўрикда пастки б тиш милкида гиперемия, шиш ва қонаш, унинг остига чуқур кирган қоплама кузатилади.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Даволаш усулини танланг.

Тестлар

1. Ўткир механик шикастланишга киради:

- a) жароҳат
- b) яра
- c) тугун
- d) пўрсилдоқ
- e) пўстлоқ

2. Декубитал шикастланишни даволаш бошланади:

- a) шикастловчи омилни йўқотиш
- b) кератопластикларни суртиш
- c) кератолитикларни суртиш
- d) ярани кесиш
- e) седатив воситаларни қабул қилиш

3. Декубитал яра қиёсий ташхисланади:

- a) ҳавфли ўсма яраси билан

- b) қаттиқ шанкр билан
 - c) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит эрозияси билан
 - d) герпетик стоматит эрозияси билан
 - e) гематома билан
4. ОБШҚнинг ўткир механик жароҳати – бу:
- a) жароҳат
 - b) гематома
 - c) яра
 - d) мугузланишнинг ошиши
 - e) эпителий пролиферацияси
5. Декубитал яра қиёсий ташхисланади:
- a) трофик яра билан
 - b) туберкулёз яраси билан
 - c) герпетик стоматит эрозияси билан
 - d) гематома билан

АМАЛИЙ ҚИСМ

Амалий кўникма : Тиш гиперестезияда эмалга ишлов бериш

Мақсад: Тиш гиперестезиясида эмалга ишлов бериш.

Кўрсатма: Гиперестезияни бартараф қилиш.

Керакли жихозлар: Стоматологик асбоблар, пахта болишлари, тиш четкалари, флюор протектор, кисточка

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	Бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқиувчи имзоси
1.	Гиперестезияли тишларни аниқлаш.	0	20		
2.	Тишларнинг юзасидан карашларни олиш.	0	30		
3.	Пахта болишлари ердамида Сўлакдан ажратиб, тишларни қуришти.	0	10		
4.	Тишларнинг ҳамма юзасини флюор протекторни махсус кисточка ердамида қоплаш.	0	30		
5.	Тишларни хаво оқимида қуришти.	0	5		
6.	Маслаҳат бериш.	0	5		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

1. ОБШҚ ни ўткир механик жароҳатларни омиллари.
2. ОБШҚ ни сурункали механик жароҳатларни омиллари.
3. Гематомага тавсиф беринг.
4. Эрозия ва жароҳатга тавсиф беринг.
5. Ўткир катарал яллиғланишга тавсиф беринг.
6. Сурункали катарал яллиғланишга тавсиф беринг.
7. Гиперкератозга тавсиф беринг.
8. Бўлакли фибромага тавсиф беринг.
9. Папилломатоз гиперплазияга тавсиф беринг.
10. Одатий тишлашга тавсиф беринг.

5 – МАШҒУЛОТ

I. *Мавзу: ОБШҚ физик шикастланишлари.*

II. *Машғулот мақсади:*

Талабаларга ОБШҚ ни ўткир ва сурункали физик шикастланишларни этиологик омиллари, клиник кўриниши, диагностикаси ва даволаш усулларини ўргатиш.

III. *Машғулот режаси:*

Ўткир ва сурункали физик шикастланишларда ОБШҚ ўзгаришларини ёритиш.

IV. *Калит сўзлар:*

Ўткир ва сурункали физик шикастланишлар.

НАЗАРИЙ ҚИСМ.

Амалий машғулотнинг мазмуни

Термик шикастлар бахтсиз ходисалар ёки маиший ишлаб чиқаришда юзага келиши мумкин. ОБШҚни иссиқ сув, пар, электрокоагулятор билан ўткир куйишида унинг даражаси таъсир этувчи омилнинг ҳарорати ва таъсир этган вақтига боғлиқ. Бунда катарал яллиғланишдан тортиб, пуфакча, эрозия, яралар ҳосил бўлиши кузатилиши мумкин. Таъсир вақтида бемор ўткир оғриқ сезади, кейинчалик эса оғриқ ўтиб кетади, факатгина тортишиш, нотекислик ҳисси қолади. Мацерацияга учраган эпителий кўчади ва ўрнида оғриқли эрозиялар ҳосил бўлади. Зарарланган ўчоқдан ташқарида ҳам реактив яллиғланиш белгилари кузатилиши мумкин. Иккиламчи инфекция ва бошқа шикастловчи омиллар кечишни оғирлаштириши ва эпителизацияга ҳалақит бериши мумкин.

Охирги пайтларда стоматологияда паст ҳарорат билан даволаш (криотерапия) усуллари кенг қўлланилмоқда. Клиник-экспериментал текширишлар шуни кўрсатдики, тўқималарга суюқ азот билан қисқа вақт лекин чуқур таъсир кўрсатиш ОБШҚнинг юза қисмини некрозини чақиради. Некротик тўқима соғ тўқимадан ингичка яллиғланиш гардиши билан ажралиб туради. Некротик массалар 5-6 суткада кўчиб, 12-16 кунда тўлиқ эпителизацияланади. Шу давр ичида шиллиқ қават одатдаги тусга қайтади ва ўрнида кам сезиларли чандик ҳосил қилиб жараён тамомланади.

Даволаш яллиғланиш ва микробга қарши, муколитик, регенерацияни кучайтирувчи воситаларни қўллашдан иборат. Даволаш мақсадида криодеструкция усули қўлланилганда соғ тўқималарни ҳимоя қилиш мақсадида криопротекторлар (турли суртмалар) қўллаш мақсадга мувофиқ.

ОБШҚ электр токи билан шикастланиши мумкин. Электротравма ишлаб чиқаришда, қишлоқ хўжалигида, уй шароитида, агарда нотўғри ускуналар ишлатилса ҳатто стоматолог ва физиотерапия қабулида ҳам юзага келиши мумкин. Ўзгарувчан ток билан шикастланиш энг оғирлардан ҳисобланади. Электротравмадаги шикастланишлар худди юқори ҳароратдаги термик шикастланиш каби бўлиб, оғир кечади, чуқур ва кенг юзани эгаллайди. Некротик тўқималар кўчгач, ўрнида сарғиш-қулранг караш билан қопланган, секинлик билан ёки умуман эпителизацияланмайдиган чуқур яралар қолади. Даволаш худди бошқа травмалардаги каби олиб борилади.

Оғиз бўшлиғининг сурункали физик шикастланиши кичик дозадаги доимо таъсир этиб турувчи гальваник тоқлар натижасида пайдо бўлади. Бунга

оғиз бўшлиғида турли хилдаги металл протезлар бўлиши, ионлаштирувчи нурланиш сабаб бўлиши мумкин. Стоматолог қабулида оғиз бўшлиғи гальванизм ҳолати кўп учрайди. Оғизда учрайдиган микротоқлар ҳақидаги тушунча олдинги юз йилликнинг охирига келиб пайдо бўлган. Кўп муаллифлар буни сабабини оғизда турли металл пломбалар ва протезлар бўлиши билан тушунтиришган. 1929 йилда Сикора гальванометрни қўллаб оғиздаги металл омилларда потенциаллар фарқини аниқлаган. Липпман 1930 йилда оғиз микротоқларини микроамперметрда ўлчаган, бу усул ҳозирда ҳам қўлланилиб келинади. М.Ф. Марей 1952, А.В. Вусоцкий 1962, В.Ю. Курляндский ва муаллифдошлари таъкидлашларича оғиз бўшлиғида пўлатдан ишланган қоплама ва кўприксимон протезларнинг бўлиши оғизда “гальванизм” деб юритиладиган симптомлар йиғиндисини чақириши мумкин. Баъзи беморлар протез қўйдиргандан сўнг таъм билишнинг бузилишига, саливацияни ўзгаришига (сўлак кам ёки кўп ажралади) шикоят қиладилар. Баъзан тил, танглай, лунж шиллиқ пардаларида ачишиш, камроқ ҳолларда кўнгил айланиши ва қайт қилиш кузатилиши мумкин. Бу ҳолат кечга яқин ёки чеккандан сўнг кўпаяди ва овқат қабул қилинганидан сўнг йўқолади. Юқоридаги белгилар турғун бўлиб, фақатгина оғиз бўшлиғидаги протезлар олиб ташланганда ёки пластмасса ва олтин протезлар билан алмаштирилганда йўқолади. Гальванизм билан оғриган баъзи беморларда протезлар тегиб турган тўқима қизарган, шишган, баъзан эрозияланган ва яраланган бўлиши мумкин.

Пўлат протезлар қўйилган ва металл пломбалари бўлган шахсларда микротоқлар 20-90 мкА ни ташкил қилади, кейинчалик у камайиб бориб, 1 йилдан сўнг 7-20 мкА га тенг бўлиши кузатилган (В.А. Хватова). Пўлат протезлар алмаштирилганидан ёки ечилганидан сўнг микротоқлар 0-3 мкА гача камайиб, ноҳуш сезгилар йўқолган.

В.И. Батырь таъкидлашича, оғизда пўлат пайванд ва мис амальгамали пломбалари бўлганда тоқ даражаси энг юқори бўлади. Муаллифнинг фикрига кўра микротоқнинг даражаси ва субъектив ҳисларнинг орасида боғлиқлик йўқ.

Гальванизмни глоссалгия, оғиз бўшлиғининг аллергия ҳолатидан ажрата билиш керак. Бунда анамнистик маълумотлар ва оғиз бўшлиғи микротоқларини аниқлашга эътибор берилади. Т.В. Никитина ва М.А. Тўхтабаева (1980) янги асбоб – “Гальвано-тест” ишлаб чиқишган, у аниқ кўрсатмалар олишга имкон беради.

Даволаш пўлат қопламаларни олтинга, металл пломбаларни композит пломбаларга алмаштиришдан иборат. Шиллиқ қават шикастланишларида оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши воситалар қўлланилади.

Нурли зарарланишлар радиоактив моддалар билан эҳтиётсизлик билан ишланганда, юз ва оғиз бўшлиғи ўсмалари сабабли рентген ва радиотерапия олиш сабабли юзага келиши мумкин. Биринчи бўлиб 1922 йилда оғиз бўшлиғи ва ҳалқумдаги бундай ўзгаришларни Контард таърифлаган. ОБШҚни нурли зарарланишини А.В. Козлов, М.Г. Синельник, А.И. Рыбаков, Г.М. Барер ва бошқалар маълумот беришган.

Нурланишга бўлган тўқималарнинг реакцияси аста-секинлик билан ривожланади ва турли соҳаларда турлича кечади. Касалликнинг биринчи

белгилари мугузланувчи эпителий бўлмаган соҳаларда юзага келади. Г.М. Барер радиомукозит кечишини куйидаги босқичларини ажратган:

1. Шиш ва гиперемия.
2. ОБШҚ хиралашиб, зичлашади ва эпителий шохланади. Кўриниши лейкоплакия ёки қизил ясси темираткини эслатади.
3. Эпителий десквамацияси – шохланган эпителий кўчади.
4. Ўчоқли пардасимон радиомукозит – фибриноз қараш билан қопланган эрозиялар пайдо бўлади.
5. Қўшилган пардасимон радиомукозит – некротик жараён кенг ёйилиб, фибрин парда билан қопланган эрозия ва яралар ҳосил бўлади.
6. Эрозияларнинг эпителизацияси.
7. Қолдиқ асоратлар: шиш, гиперемия, атрофия, телеангиэктазиялар.

Санация қилинмаган оғиз бўшлиғида нур реакцияси оғирроқ кечиб, қоплама ва амальгама тегиб турган юзаларда тезроқ ривожланади. Юмшоқ танглай, лунж, оғиз туби нурларга сезгирроқ бўлганлига сабабли у ерда жараён нисбатан илгарироқ бошланади ва одатда шохланишсиз кечади. Танглай, милк, тил илдизида шохланувчи эпителий бўлганлиги сабабли уларни сезгирлиги нисбатан паст бўлади ва жараён ҳам бирмунча енгилроқ кечади. Бунда жараён гиперемия, шохланишнинг кучайиши, камроқ пардали радиомукозит билан кечади.

ОБШҚ қон билан яхши таъминланганлиги ва юқори регенератор хусусиятга эга бўлганлиги сабабли нисбатан тўлиқ тикланади, лекин бу жараён секинлик билан ва турли муддатларда рўй беради. Шу сабабли ОБШҚга қўшимча шикаст етказиши мумкин бўлган бошқа стоматологик муолажалар оғир асорат – нурли ярага олиб келиши мумкин. Нурли яра медикаментоз давога нисбатан таъсирсизлиги, ўз ҳолича битмаслиги ва атроф тўқимага тарқалиб ривожланишга эғалиги билан ажралиб туради. Нурли яра ҳажми ва чуқурлиги турлича бўлиб, чеккалари аниқ, зич ва ичига қайрилган, туби эса зич некротик массалар билан қопланган бўлади. Нурли неврит бўлганлиги сабабли бу беморларда доимий кучли оғриқлар кузатилади. Беморлар уйқусизлик, асабийлик, озиб кетиш, кайфият бузилишига шикоят қиладилар. Кўпинча нурли яралар тузалиб кетган ўсма ёки ўсмага яқин жойлашган соғ тўқималар ўрнида пайдо бўлади, шу сабабли яранинг характерини цитологик текширувлар билан аниқлаш зарур (нурли яра ёки ўсма рецидиви).

Нурли стоматит бўлганда жағ ости лимфа безлари аста-секинлик билан реакция беради. Регионар лимфа безлари радиомукозит бошланишидан 7-10 кун ўтгач катталашиб, оғриқли бўлиб қолади. Бу даврда беморнинг аҳволи кескин оғирлашади.

ОБШҚдаги ўзгаришлар авжига чиққан даврда оғиз қуриши ва дисфагия билан кечадиган гипосаливация пайдо бўлиши мумкин. Сўлакнинг ферментатив фаоллиги пасайиши, рН муҳити ва қовушқоқлигини ўзгариши, натижасида овқат ҳазм қилиш бузилади (Ю.Н. Успенский ва муаллифдошлари).

Оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар қорин, кўкрак қафаси, тос аъзолари нурланганда ҳам кузатилиши мумкин. Бу ўзгаришлар нурнинг катта дозаларини умумий аҳволнинг оғирлиги фонида қўлланилганда кузатилади.

Даволаш. Нурдан кейинги реакция ва асоратларни даволаш организмни умумий иммунитетини кўтариш, тўқималар ўтказувчанлигини пасайтириш ва ОБШҚга турли шикастловчи омиллар таъсирини камайтиришдан иборат. Беморга рутин, никотин кислота, аевит, витамин В₂, кальций препаратлари, кучли яллиғланишда кичик дозаларда кортикостероидлар буюрилади. Нур реакциясининг бошланғич кўринишларида оғиз бўшлиғи илиқ сув билан чайилиб, милклар кучсиз антисептик эритмалар (1% водород пероксид, фурациллин 1:5000, 2% борат кислота эритмаси) билан артилади. Оғиз бўшлиғи санация қилинади – протезлар, тишнинг ўткир қирралари бартараф этилади, чекиш, ичкилик ва таъсирлантирувчи овқат истеъмол қилиш ман этилади. Нур реакцияси авжига чиққан даврда патологик тиш-милк чўнтаклари антисептиклар билан ювилиб, цитрални 1% спиртли эритмасини шафтоли ёки облепиха мойи билан биргаликда суртилади. Нур реакциясидан кейинги ҳолатларда кортикостероид суртмаларини аппликация қилиш яхши натижа беради. Оғриқсизлантириш учун тримекаин ёки новокаиннинг 1% ли эритмаси, дикаиннинг 0,5-1% ли эритмаси, анестезиннинг глицериндаги 10% ли эритмаси ишлатилади. Касаллик авжига чиққан даврда тишларни ва тиш тошларини олиш, милк чўнтакларини кюретаж қилиш ва куйдирувчи воситаларни қўллаш ман этилади.

Нур ярасини даволаш анча қийинчиликлар туғдиради. Даволашда прополис, хвой-каротинли паста, витамин В₁₂ ни 1,5-2 ой давомида аппликация қилиш тавсия этилади. Даволаш самара бермаса, нур яраси жарроҳлик йўли билан олиб ташланади.

Нур реакциясини олдини олиш учун оғиз бўшлиғи нур терапиясини олишдан олдин тўлиқ санация қилинади ва бемор диспансер назоратига олинади. Санация қуйидаги тартибда олиб борилади:

- 1) кимирлаётган ва емирилган тишларни олиб ташлаш;
- 2) тиш тошларини тўлиқ тозалаш;
- 3) ҳамма кариоз тишларни цемент ва композитлар билан пломбалаш.

Агарда беморда металл қопламалар бўлса, иккиламчи нурланишни олдини олиш мақсадида улар устига пластмасса каппалар кийдирилади (Г.М. Барер).

Охирги вақтларда организмда радиокимёвий реакцияларни сусайтирувчи моддалар: глюкоза, натрий гипосульфит, этанол, парааминофенга алоҳида эътибор берилмоқда. Нур касаллигини олдини олишда олтингугурт сақлаган органик бирикмалар (цистамин, меркамин гидрохлорид), стероидлар ва антигастамин воситалар буюриш мақсадга мувофиқ. Қон яратувчи аъзоларни стимуляция қилиш мақсадида витамин В₁₂, фолат кислота, камполон ва қон қуйишни тавсия этиш мумкин.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Юмалоқ стол» номли иш ўйинини ўтказиш
2. Органайзер тузиш (Концептуал жадвал, Тоифалаш жадвали)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ.

Вазиятли масалалар

1. Бемор қаттиқ танглай соҳасида оғриқ билан мурожат қилди, овқатланиш қийинлашуви ва шиллиқ қават ғадир-будирлигини сезади. Кўрилганда: қаттиқ танглайда эрозия ва эпителий қавати шишган ва қизарган. Никольский симптоми манфий.

1) Ташхис қўйинг:

- a) термик куйиш
- b) декубитал яра
- c) нур касаллиги
- d) гальванизм
- e) кимёвий куйиш

2) Термик куйиш сабаби:

- a) иссиқ овқат
- b) электро коагуляция
- c) нос чекиш
- d) ун заводида ишлаш
- e) кимё заводида ишлаш

3) Термик куйишда нима кузатилади?

- a) ўткир катарал стоматит
- b) сурункали катарал стоматит
- c) ярали-некротик стоматит
- d) аллергия стоматит
- e) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит

4) Термик куйишда қандай элементлар пайдо бўлади?

- a) пуфак, эрозия
- b) афта, яра
- c) тугун, чандиқ
- d) яра, қадок
- e) ёрик, йирингча

5) Даволаш усулига кирмайди:

- a) вирусга қарши малҳам
- b) оғриқсизлантириш
- c) карашларни олиш
- d) антибактериал воситалар
- e) кератопластикларни қўллаш

2. Бемор 44 ёш, стоматолог қабулига тил ва лунж ачишишига ва темир маза келишига шикоят қилиб келди. Кўрилганда: ОБШҚ қизарган ва шишган. Оғизда ҳар хил металллардан ясалган протезлар бор: пўлат, титан ва олтин.

1) Ташхис қўйинг:

- a) гальванизм
- b) нур кассалиги
- c) ошқозон яраси
- d) лейкоплакия
- e) буғдан куйиш

- 2) Таққосий ташхис:
- a) жигар ва ўт пуфаги касаллиги
 - b) кандидоз
 - c) пўрсилдоқ
 - d) талоқ касаллиги
 - e) юрак-қон томир касаллиги
- 3) Гальванизм келиб чиқади:
- a) ҳар хил металллар
 - b) тишлар йўқлиги
 - c) тўлиқ олиб қўйилувчи протезлар
 - d) композит пломбалар
 - e) синган тишлар
- 4) Гальванизм келтириб чиқариши мумкин:
- a) лейкоплакияни
 - b) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит
 - c) пўрсилдоқ
 - d) кандидоз
 - e) ҳамма жавоб тўғри
- 5) Даволаш тактикангиз:
- a) металл протезларни олиб ташлаш
 - b) ОБШҚга антисептик ишлов бериш
 - c) кератопластикларни қўллаш
 - d) антибактериал воситаларни қўллаш
 - e) физиотеропия

3. Бемор 26 ёш, шикоятлари оғиз қуришига, таъм билиш бузулишига, ачишишига, овқат еганда оғриққа. Кўрилганда лаб ва бодом безлари шишган, милк сўрғичлари чўккан, эрозияланган, некрозга учраганлари ҳам бор. Анамнезда: ошқозон ўсмасини даволашда R-терапия курсини қабул қилган.

- 1) Ташхис қўйинг:
- a) нур касаллиги
 - b) гальванизм
 - c) кимёвий куйиш
 - d) термик куйиш
 - e) скарлатина
- 2) Жараён босқичини кўрсатинг:
- a) ўткир
 - b) сурункали
 - c) ремиссия
 - d) авж олиш
 - e) ўткир олди
- 3) Нур касаллиги босқичига кирмайди:
- a) пасайиш
 - b) бирламчи реакция
 - c) латент
 - d) клиник кўриниши

- е) тикланиш
- 4) Геморрагик деатезда бўлади:
 - а) қон кетиш
 - б) гематома
 - с) экхимоз
 - д) пегмент доғлар
- 5) Умумий даволашга кирмайди:
 - а) кератопластиклар
 - б) антигистаминлар
 - с) витаминлар
 - д) кортикостероидлар
 - е) гемотрансфузиялар

4. 44 ёшли бемор тил ва лунж соҳаларида ачишиш ва металл таъмини сезиш шикоятлари билан шифокорга мурожаат қилди. Кўрикда: ОБШҚ гиперемияланган, шишган, ҳар хил металллар – олтин, пўлат ва титандан кўприксимон протезлари бор.

- 1) Ташхис қўйинг:
 - а) гальванизм
 - б) нур касаллиги
 - с) кимёвий жароҳатланиш
 - д) аллергия стоматит
 - е) дескваматив глоссит
- 2) Қиёсий ташхис ўтказинг:
 - а) кандидоз стоматит
 - б) аллергия стоматит
 - с) кимёвий жароҳатланиш
 - д) захм
 - е) сил
- 3) Сизнинг даволаш услубларингиз:
 - а) металл протезларни олиб ташлаш
 - б) антибиотикларни қўллаш
 - с) витаминотерапия
 - д) кератопластикаларни қўллаш
 - е) умумий даво

Тестлар

- 1. Физик шикастланишга киради:
 - а) гальванизм
 - б) кислоталардан куйиш
 - с) ишқордан куйиш
 - д) жароҳат
 - е) гематома
- 2. Физик шикастланишга кирмайди:
 - а) колликвацион некроз
 - б) гальванизм
 - с) термик шикастлар

- d) нурли шикастлар
- e) электротравмалар
- 3. Гальванизм оғиз бўшлиғида келиб чиқади:
 - a) ҳар хил металллардан
 - b) тишлар бўлмаслиги
 - c) тўлиқ олиб қўйилувчи протезлар бўлганда
 - d) композит пломбалар
 - e) тиш қаторларини бузилиши
- 4. Гальванизм келтириб чиқариши мумкин:
 - a) лейкоплакия
 - b) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит
 - c) кўп шаклли экссудатив эритема
 - d) пўрсилдоқ
 - e) кандидоз
- 5. Нур касаллигига хос:
 - a) доимий кучли оғрик
 - b) тез эпителизацияланиш
 - c) оғрик йўқлиги
 - d) қонаш
 - e) бош айланиш
- 6. Нур касаллиги таққосланади:
 - a) ўсма рецидив
 - b) яшур
 - c) эрозив стоматит
 - d) қаттиқ шанкр
 - e) эрозив-яралли қизил ясси темирлатки

АМАЛИЙ ҚИСМ

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига маҳаллий ишлов бериш

Мақсад: Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига маҳаллий ишлов беришни ўргатиш

Кўрсатма: ОБШК ни яллигланишида маҳаллий ишлов бериш

Керакли жихозлар: Стоматологик кресло, стоматологик ускуна, стандарт стоматологик набор, антисептиклар, пахта валиклари, анестетиклар, Камистад гель.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий куникма	Босқични бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитувчининг имзоси
1	Оғиз бўшлиғида ҳосил бўлган патологик ўзгаришни аниқлаш.	0	15		
2	Оғизни антисептик эритма билан чайиш.	0	15		
3	Патологик ўзгарган майдонни пахта валиклари билан сўлакдан ажратиб, куриштиш.	0	20		
4	Маҳаллий (аппликацион)	0	20		

	оғриксизлантириш				
5	Перчатка тақилган, кўрсаткич қўл панжаси, ёки махсус қошиқча, шпател билан дори малхамини (Камистад гель) суркаш.	0	20		
6	Маслахат бериш.		10		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

1. ОБШҚнинг физик жароҳатланиш сабабларини айтинг.
2. ОБШҚнинг термик куйиши клиникаси ва даволаш.
3. Оғиз бўшлиғида гальванизмни ривожланиш омиллари.
4. Гальванизмни даволаш.
5. ОБШҚни нур билан даволашда юз-жағ соҳасидаги ўзгаришлар.
6. Нурли яра.
7. Физик жароҳатларни олдин олиш.

6 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: ОБШҚнинг кимёвий шикастланишлари.

II. Машғулот мақсади:

ОБШҚ ўткир ва сурункали кимёвий шикастланишларининг этиологик омиллари, клиник кўриниши, диагностикаси ва даволаш усулларини ўргатиш.

III. Машғулот режаси:

Ўткир ва сурункали кимёвий шикастланишларда ОБШҚ ўзгаришларини ёритиш.

IV. Калит сўзлар:

Кислота ва ишқорлар, коагуляцион ва колликвацион некроз.

НАЗАРИЙ ҚИСМ.

Амалий машғулотнинг мазмуни

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати унга турли концентрациядаги ишқор ва кислота, ҳамда тиш даволашда ишлатиладиган турли воситалар: кумуш нитратнинг 30% ли эритмаси, фенол, формалин, маргимуш кислотаси, пластмасса протезларнинг ортиқча мономерлари бўлганда, ундан ташқари кимё саноати ва лаборатория шароитларидаги турли кимёвий моддалар таъсир кўрсатганда зарарланиши мумкин. Кимёвий куйиш даражаси кимёвий модда тури, оз-кўплиги, таъсир этиш давомийлиги ва концентрациясига боғлиқ.

ОБШҚни кимёвий зарарланиши бошқа шикастланишлар каби ўткир (қисқа таъсир натижасида) ва сурункали (паст концентрацияли модданинг узок вақт таъсир этиб туриши оқибатида) бўлиши мумкин.

Ўткир кимёвий куйишда эпителий ва уни остидаги тўқималар некрозга учрайди. Кислоталар коагуляцион некрозни чакиради, бунда некротик парда атроф тўқимага зич ёпишиб, яққол яллиғланиш фонида жойлашади. Ишқорлар таъсирида колликвацион некроз вужудга келади. Некрозга учраган тўқималар ликилдоксимон консистенцияли бўлиб, бундаги зарарланиш кислота билан зарарланишга қараганда чуқур ва оғирроқ бўлади.

Р.М. Королева ва Л.А. Любимова (1974) оғиз шиллиқ қаватини кимёвий куйишини 3 даражасини фарқлайдилар: кимёвий омил таъсир кўрсатганда

маҳаллий зарарланиш белгилари нисбатан камроқ бўлиб, асосан умумий зарарланиш белгилари биринчи ўринда туради. Иккинчи даврда аксинча, маҳаллий белгилар авжига чиқиб, умумий аҳвол яхшиланади. Учинчи даврда эпителизация ёки зарарланиш чуқур бўлса чандикланиш рўй беради.

Оғир куйишнинг биринчи даври оғриқсиз кечиши мумкин, чунки бунда нерв рецепторлари ҳам зарарланади. Шу сабабли беморлар врачга фақат иккинчи даврда яъни касаллик авжига чиққанда мурожаат қиладилар. Кўпинча тил учи, лаблар, оғизнинг дистал қисми зарарланиши оғирроқ кечади. Куйиш даражасига боғлиқ ҳолда катарал яллиғланиш, ўчоқли некроз ёки шиллик қаватнинг тарқоқ некрози кузатилиши мумкин.

Сурункали кимёвий шикастланишда беморни умумий аҳволи ёмонлашиб, бош оғриши, тез чарчаш, асабийлик, уйқу ва иштаханнинг бузилиши кузатилиши мумкин. ОБШҚ шишган, қизарган, юпкалашган ва хира бўлиб, гиперкератоз белгилари кузатилади. Бундай белгилар одатда кимёвий саноат ишчиларида, кашанда ва алкоголикларда кузатилади. Суперфосфат ва алюминий заводлари ишчилари ва унга яқин турадиган аҳолида ОБШҚ фторидлар таъсирида зарарланади. Бунда капиллярлар токсикозга учраб, катарал ва баъзан ярали стоматитга олиб келади ва буни оқибатида эпителий атрофияга учрайди. Кўмир ишлаб чиқаришда ишлайдиган ишчилар доимо кўмир чанги, ис гази, антрацен мойи билан контактда бўлганлиги сабабли уларда катарал ва ярали стоматитлар, лейкоплакия ва кератоз кузатилади. Синтетик каучук ишлаб чиқаришда организмга альфаметилстирол ва дивинил таъсири остида оғиз бўшлиғида катарал яллиғланиш ва таъм сезишни бузилиши кузатилиши мумкин. Тамакини суистеъмол қиладиган шахсларда ОБШҚ кўкимтир қизғиш ва хира тусга киради ва буришади. Беморлар оғзида қуруқлик сезадилар, сўлаклари қовушқоқ, кўпикли ва кам микдорда бўлади. Лабларида атрофик ўзгаришлар бўлиб, юмшоқ ва қаттиқ танглайда Таппейнер лейкоплакияси кузатилади. Сурункали алкоголиклар ОБШҚ дистрофик, яллиғланиш ва ўсмали ўзгаришларга мойил бўлади.

Кимёвий шикастланиш ташхиси анамнез, клиник белгилар ва кимёвий модда табиатига кўра қўйилади. Солиштирма ташхис аллергик реакциялар, қон касаликлари ва бошқа келиб чиқишга эга лейкоплакиялар билан ўтказилади.

Даволаш. Ўткир кимёвий куйишда биринчи навбатда ОБШҚ кўп микдордаги сув билан ювилади, сўнг шу соҳа анестетик қўшилган витаминли мойлар билан артилади, бундан ташқари 1% ли новокаин, галаскорбин, 4% ли прополис эритмасини аппликация қилиш мумкин. Кислота билан куйганда оғиз вино спирти ёки сода эритмаси билан чайилади. Ишқорли куйишда эса ОБШҚ лимон ёки уксус кислотаси билан артилади. Маргумуш кислота билан куйганда йод эритмаси ёки куйдирилган магнезия аппликация қилинади, чунки бу маргумушни эримайдиган тузларини ҳосил қилиш имконини беради. Кумуш нитратнинг 30% ли эритмаси билан куйганда унинг сўрилишини камайтириш учун натрий хлориднинг 2-3% ли эритмаси ва Люголь

эритмасини қўллаш мумкин. Фенолнинг сўрулишини камайтириш учун канакунжут мойи ва этил спирти аппликация қилинади.

Ўткир яллиғланишни даволашда антибиотикли стероид суртмалар, антисептиклар, кейинчалик кератопластик воситалар (наъматак мойи, витамин А, балиқ мойи, каротоллин, облепиха мойи) буюрилади. Кейинчалик бу беморлар қуйидаги режа асосида даволанади:

1. таъсирлантирувчи овқат, тамаки ва ичкилик истеъмол қилиш ман этилади;
2. овқат юқори калорияли, эзилган холда бўлиши керак;
3. зарарланган соҳага совуқ (музқаймоқ), аппликация холида оғриқ қолдирувчи воситалар ва витаминлар буюрилади.

Сурункали касбий интоксикация натижасида оғиз бушлиғи зарарланган беморлар махсус даво муассасаларида даволанадилар. Тамаки билан суистеъмол қиладиган шахсларга тамакининг ёниш махсулотлари зарари, унинг турли туман ноҳуш оқибатларга олиб келиши тўғрисида суҳбат ўтказиш лозим. Алкоголик беморлар орасида ҳам суҳбат ўтказилиб, махсус муассасаларда даволаш буюрилади.

Профилактика. Стоматолог беморларни қабул қилаётган вақтида кучли таъсир этувчи воситалар билан эҳтиёткорлик ва эътибор билан ишлаши керак. Кундалик турмушда ишлатиладиган кимёвий моддалар алоҳида жойларда сақланиши зарур. Касб юзасидан кимёвий моддалар билан тўқнашадиган шахслар профессионал ҳавфсизлик чораларини кўришлари лозим. Аҳоли орасида чекиш ва ичкиликнинг зарарини пропаганда қилиш зарур.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «ЎРГИМЧАК ИНИ» усулини қўллаш.
2. Органайзерлар тузиш (Тоифалаш жадвали, Венна диаграммаси)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ

Вазиятли масалалар

Бемор Х., 55 ёш, II гуруҳ ногирони, 3 ой олдин ўнг томон лунж шиллиқ қаватида ҳосила пайдо бўлганига шикоят қилади. Бемор 15 йилдан бери чекади. Объектив: шу соҳада тишлар жипслашиш чизиғида оғиз бурчагига яқин жойида оқиш рангли зич ҳосилалар бор, ОБШҚдан кўтарилмаган, пальпация оғриқсиз. Атроф тўқималар ўзгаришсиз.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Даволаш усулини тангланг.
- 3) Шу симптомга асосланган яна бошқа касалликларни айтинг.

Пастки 6| тиш сурункали периодонтити кумушлаш усули билан даволанган. Бемор уйида лунж шиллиқ қаватининг шу соҳасида оқ плёнка пайқаган ва шу соҳада ноҳушлик сезган.

- 1) Беморга нима бўлган?
- 2) Ўз даво маслаҳатингизни беринг.

А. исмли бемор пастки 6| тиш соҳасида милки оғришига шикоят қилади. Оғриқ ушбу тишга маргумуш пастаси қўйилгандан кейин ҳосил бўлган. Кўрикда даволанган тишнинг лунжида ҳажми 0,5×0,5 см бўлган, усти оқиш

караш билан қопланган соҳа аниқланади. Тиш вақтинчалик пломба билан қопланган, перкуссия оғриқли.

1) Ташхис қўйинг.

2) Даволаш усулини тангланг.

46 ёшли бемор кимё саноатига тегишли завод ишчиси, овқат еганда ва гапиргандаги оғриққа шикоят қилади. Об'ектив текширувда оғиз бўшлиғининг дахлиз қисми гиперемияланган, шишган, оқиш караш билан қопланган ярачалар кузатилади. Анамнезидан бемор ушбу кислота чиқарувчи қорхонада 15 йилдан бери ишлайди.

1) Ташхис қўйинг.

2) Даволаш усулини тангланг.

Тестлар

1. ОБШҚнинг кимёвий жароҳатини чақиради:

- a) резорцин-формалинли паста
- b) кумуш нитратнинг 30% ли эритмаси
- c) димиксиднинг 30% ли эритмаси
- d) 1% ли уксус
- e) гипохлорид натрийнинг 5% ли эритмаси

2. ОБШҚ маргумуш кислотаси билан кимёвий шикастланганда нима антидот ҳисобланади:

- a) йод
- b) куйдирилган магнезия
- c) сирка кислотаси
- d) лимон кислота
- e) формалин

3. Сурункали кимёвий жароҳат қиёсий ташхисланади:

- a) аллергия
- b) қон кассаликлари
- c) қизил ясси темирлатки
- d) пўрсилдоқ
- e) кўп шаклли экссудатив эритема

4. Кислотали куйишда чайқаш учун тавсия этилади:

- a) натрий гидроксид эритмаси
- b) вино спирти
- c) сирка кислотаси
- d) лимон кислотаси
- e) натрий фторид

5. Ишқор билан куйганда чайқаш учун тавсия қилинади:

- a) сирка кислотаси
- b) лимон кислотаси
- c) натрий гидрокарбонат
- d) вино спирти
- e) натрий фторид

АМАЛИЙ ҚИСМ

Амалий кўникма :Патологик едирилишда тишларни пломбалаш

Мақсад: Беморларда патологик едирилиши бор тишларни реставрация қилиш

Кўрсатма: Патологик едирилишда тишни реставрациясини бажариш

Керакли жихозлар: Бормашина, стоматологик кресло, стандарт стоматологик асбоблар, композит пломба жамламаси, тиббий ишлов бериш учун ашёлар, турли борлар, фотополимеризатор, якуний ишлов учун асбоб ва ашёлар.

Бажараладиган боскичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	Бажа ра олма ди	Барча боскич ларни бажарди.	Талаба тўпла ган балл	Ўқитув чининг имзоси
1.	Патологик едирилиши бор тишларни аниқлаш.	0	5		
2.	Тишларни кесувчи юзасида борлар ёрдамида майдон шакллантириш.	0	15		
3.	Тишларни сув билан чайиш, медикаментоз ишлов бериш ва қуритиш.	0	5		
4.	Ажратувчи таглик қўйиш.	0	15		
5.	Эмаль ва дентин тўқимасини (эмаль- 40 сек, дентин 20 сек,) ортофосфор кислота билан ишлов қилиш ва сув билан ювиш	0	15		
6.	Тишларни (қиров тушган) кўринишга келгунча қуритиш.	0	5		
7.	Бўшлиқга Opti bond Solo бонд тизими суюқлигини суркаб керакли сонияга галоген лампа (фотополимеризатор) нури орқали нурлантириш.	0	15		
8.	Композит пломба ашёсини қаватма-қават шакллантирилган майдонга қўйиш, нурлантириш	0	15		
9.	Қўйилган пломбани нур орқали боскичма-боскич қотириш, пломбага якуний ишлов бериш	0	10		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

1. ОБШҚ ўткир кимёвий жароҳатларининг сабаблари.
2. ОБШҚ сурункали кимёвий жароҳатларининг сабаблари.
3. Қайси стоматологик препаратлар кимёвий куйишга олиб келиши мумкин?
4. Маргумуш пастаси антидотларини санаб беринг.
5. Қайси препаратлар билан ишқор нейтрализация қилинади.
6. Сурункали кимёвий жароҳатнинг клиникаси.
7. Ишқор билан куйишдаги клиника.
8. Кислота билан куйишдаги клиника.

7 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Лейкоплакия. Клиникаси. Таъхислаш. Даволаш.

II. Машғулот мақсади:

ОБШҚда учрайдиган лейкоплакияни этиологик факторлари, клиник кўриниши, диагностикаси ва даволаш методларини ўргатиш.

III. *Маиғулот режаси:*

Лейкоплакиянинг турли шакллари ОБШҚда намоён бўлиши, этиологик омиллари, қиёсий ташхислаш асослари ва даволаш усулларини ёритиш.

IV. *Калит сўзлар:*

Лейкоплакия, оддий, веррукоз, эрозив-яралли, ясси, юмшоқ шакллари.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий маиғулотнинг мазмуни

Leikos – оқ, plak – қўшилган тугунчалар. Сурункали яллиғланиш ва кучли шохланиш билан кечадиган касаллик. Факультатив ўсма олди ҳосиласи.

Этиологияси: тишларнинг ўткир қирралари, сифатсиз сунъий тишлар, иссиқ, аччиқ овқат, гальваник тоқлар, об-ҳаво таъсиротлари, касбга боғлиқ зарарли омиллар, ножўя одатлар.

Касалликка мойиллик туғдирувчи омиллар: қўшимча стоматологик касалликлар, гипо- ва авитаминозлар, модда алмашинувининг бузилиши, маҳаллий дистрофия, ошқозон-ичак касалликлари. Кўпроқ катта ёшдаги эркакларда учрайди.

Гистопатологияси: гиперкератоз, паракератоз, гранулёз, акантоз, шиллик қаватнинг хужайрали инфильтрацияси. Касалликнинг 5 тури тафовут этилади:

1. оддий ёки доғли лейкоплакия
2. веррукоз лейкоплакия
3. эрозив-яралли лейкоплакия
4. Таппейнер лейкоплакияси
5. юмшоқ лейкоплакия (Б.М. Пашков)

Субъектив ҳиссиётлар: оғизда нотабиий ҳолат, тиришиш, ачишиш, таъм сезгисини пасайиши, гапирганда ва овқат еганда оғриқ пайдо бўлиши (шаклига боғлиқ).

Объектив кўрганда:

- ясси шаклида – ОБШҚ хиралашиши, “тамаки қоғози белгиси”;
- қадок шаклида – ОБШҚ устидаги қадокдай ўсмалар, “тошли йўл белгиси”;
- эрозив-яралли шаклида – қадоклар орасида қонаб турган ёмон битувчи ёриқлар, шилинишлар, яралар бўлиши;
- ясси шаклида – зарарланиш белгиси: оқ доғ;
- қадок (веррукоз) шаклида эса – қўшилган тугунчалар;
- эрозив-яралли шаклида – эрозия, ёриқ, яра;
- Таппейнер лейкоплакиясида – доғ;
- юмшоқ лейкоплакияда – оқ доғлар.

Солиштира ташхис: қизил ясси темиртки, қизил югурик, иккиламчи захм, кандидозлар, Боуэн касаллиги, ясси мугузланувчи саратон билан ўтказилади. Люминисцент усулда – хира сарғиш ранг билан товланади.

Даволаш: барча зарарли одатларни бартараф этиш, оғиз бўшлиғи санацияси, рационал протезлаш, ўткир қирраларни чархлаш.

Умумий даволаш: поливитаминлар, витамин А, (3,44% ли) ретинол ацетат 10 томчидан 2-3 маҳал, 1,5-2 ой ичида ичишга буюрилади.

Маҳаллий: 5,5% ли ретинол пальмитатни ёки 3,44% ли ретинол ацетатни ёғдаги эритмасини кунига 3-4 марта аппликация қилинади. Эрозия ва яраларда витамин А, Е, наъматак ва чаканда мойининг аппликацияси қўлланилади.

Веррукоз шаклида – соғ тўқимагача кесилади ва гистологик текширилади. Криодеструкция ва электрокоагуляция ўтказилади. Физик усуллардан – лазер қўлланилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Ўргимчак ини» иш ўйинини ўтказиш.
2. Органайзерлар тузиш (Кластер)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ

Вазиятли масалалар

1. 60 ёшдаги бемор лабининг ранги ўзгарганига шикоят қилди. Ташқи кўринишида: пастки лабида оқиш рангдаги чегараси аниқ, усти текис, пайпаслаганда оғриқсиз тошма кузатилади. Оғиз бўшлиғи соғломлаштирилган ва протез қўйишга мухтож. Анамнездан маълумки бемор 10 йил мобайнида чекади, лабидаги ўзгариш 3 йилдан бери давом этади.

1) Ташхис қўйинг:

- a) лейкоплакия
- b) кандидоз
- c) қизил ясси темирлатки
- d) аллергияк стоматит
- e) афтоз стоматит

2) Қиёсий ташхис ўтказинг:

- a) қизил ясси темирлатки
- b) қизил югурик
- c) иккиламчи захм
- d) кандидоз
- e) афтоз стоматит

3) Даволаш усуллари:

- a) витамин А аппликацияси
- b) криодеструкция
- c) антибиотиклар
- d) кератопластиклар
- e) лазер нури

4) Ҳавфли веррукоз лейкоплакия ташхиси қайси хужайралар аниқланганда тасдиқланади?

- a) атипик
- b) Пирагов-Лангханс
- c) ядроли
- d) гигант
- e) ядросиз

2. 60 ёшдаги бемор лабининг ранги ўзгарганига шикоят қилди. Ташқи кўринишида: пастки лабида оқиш рангдаги чегараси аниқ, усти текис, пайпаслаганда оғриқсиз тошма кузатилади. Оғиз бўшлиғи соғломлаштирилган ва протез қўйишга мухтож. Анамнездан маълумки бемор 10 йил мобайнида чекади, лабидаги ўзгариш 3 йилдан бери давом этади.

1) Морфологик элементни аниқланг:

- a) доғ
- b) дўмбоқча
- c) сўрғич
- d) яра
- e) пуфак

2) Қўшимча текшириш усулини ўтказинг:

- a) люминисцент
- b) бактериологик
- c) серологик
- d) иммунологик
- e) цитологик

3) Ташхис қўйинг:

- a) лейкоплакия
- b) кандидоз
- c) бруцелёз
- d) рак
- e) кератоз

4) Қиёсий ташхис ўтказинг:

- a) қизил ясси темирлатки
- b) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит
- c) қаттиқ шанкр
- d) папилломатоз
- e) кандидоз

5) Даволаш:

- a) витамин А аппликацияси
- b) криодеструкция
- c) термодеструкция
- d) электрофорез
- e) кесиб олиб ташлаш

3. 37 ёшли эркак 16 йил мобайнида чекади. ОБШҚда оқиш ҳосилалар пайдо бўлганига шикоят қилади. Кўрикда: оғиз бурчаги соҳасида ОБШҚдан бўртиб турган оқ тошмалар аниқланди, пайпаслаганда зич, оғриқсиз, атроф-тўқималар билан бирикмаган.

1) Қўшимча текшириш усулини ўтказинг:

- a) гистологик
- b) қаварчиқ синамаси
- c) манту
- d) рентген
- e) флюорография

2) Патогистологик аниқланади:

- a) гиперкератоз
- b) акантолиз
- c) мугузланиш
- d) гиперемия
- e) шиллиқланиш

3) Ташхис қўйинг:

- a) веррукоз лейкоплакия
- b) ясси лейкоплакия
- c) тўмтоқ лейкоплакия
- d) қизил ясси темиртки
- e) кандидоз

4) Даволанг:

- a) витамин А аппликацияси
- b) криодеструкция
- c) фитотерапия
- d) уринотерапия
- e) физиотерапия

5) Олдини олиш:

- a) чекишни ман қилиш
- b) ўткир ва қайноқ овқатни истеъмол қилмаслик
- c) ичишни ман этиш
- d) пархез тутиш
- e) ёғли овқатни камроқ истеъмол қилиш

4. Бемор 50 ёшда, ОБШҚ қичишига, тортилишига ва нотекислигига шикоят қилади. Кўрикда: лунж шиллиқ қаватида ва тилнинг ён томонида чайнов тишлар рўпарасида оқишроқ соҳалар борлиги аниқланди, ОБШҚдан кўтарилиб туриб, қишда дераза музлаганида ҳосил бўладиган гулларни эслатади. Тишларнинг ўткир қирралари бор.

1) Қўшимча текшириш усулини ўтказинг:

- a) люминисцент
- b) рентгенологик
- c) серологик
- d) иммунологик
- e) цитологик

2) Таққосий ташхис ўтказинг:

- a) лейкоплакия
- b) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит
- c) қаттиқ шанкр
- d) папилломатоз
- e) кандидоз

3) Ташхис қўйинг:

- a) қизил ясси темирткининг оддий шакли
- b) ўткир герпетик стоматит
- c) кандидоз

d) бруцелёз

e) рак

4) Маҳаллий даволашда қўлланилади:

a) тиш қирраларини олиб ташлаш

b) жарроҳлик усулини қўллаш

c) кортикостероид малҳамлар аппликацияси

d) витамин А аппликацияси

e) линкомицин малҳами аппликацияси

5) Умумий даволашни ўтказинг:

a) витамин А (10 томчидан 3 маҳал)

b) антибиотик (3 марта кунига)

c) вирусга қарши воситалар

d) уринотерапия

e) физиотерапия

5. Бемор 56 ёш. Лунждаги веррукоз лейкоплакия кучли шохланиш ва қонаш билан характерланади. Ҳавфлиланишига шубҳа бор. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширув ўтказиш керак?

a) цитологик

b) люминесцент

c) микробиологик

d) иммунологик

e) серологик

6. Ҳавфлилашган веррукоз лейкоплакия ташхисини тасдиқлаш учун суртма-муҳрда қандай ҳужайра аниқланади?

a) атипик

b) Пирогов-Лангханс

c) монстр

d) гигант

e) ядросиз

7. 37 ёшли эркак 16 йил мобайнида чекади. ОБШҚда оқиш ҳосилалар пайдо бўлганига шикоят қилади. Кўрикда: оғиз бурчаги соҳасида ОБШҚдан бўртиб турган оқ тошмалар аниқланди, пайпаслаганда зич, оғриксиз, атроф-тўқималар билан бирикмаган.

1) Қўшимча текшириш усулини ўтказинг:

a) цитологик

b) гистологик

c) рН муҳити аниқлаш

d) қаварчиқ синамаси

e) Роттер синамаси

2) Патогистологик аниқланади:

a) спонгиоз

b) атрофия

c) гиперкератоз

d) вакуол дегенерация

e) акантолиз

3) Ташхис қўйинг:

- a) юмшоқ лейкоплакия
- b) веррукоз лейкоплакия
- c) эрозив лейкоплакия
- d) ясси лейкоплакия
- e) кандидоз

4) Даволанг:

- a) витамин А аппликацияси
- b) криодеструкция
- c) электрокоагуляция
- d) a, b, c
- e) ҳамма жавоб тўғри

5) Олдини олиш:

- a) чекишни ман қилиш
- b) ўткир ва қайноқ овқатни истеъмол қилмаслик
- c) тишларни ўткир қирраларини текислаш
- d) сифатсиз тиш қопламаларини тўғрилаш
- e) ҳамма жавоблар тўғри

Тестлар

1. Лейкоплакияда морфологик элемент:

- a) доғ
- b) папула
- c) пустула
- d) абсцесс
- e) чандиқ

2. Лейкоплакия кўпроқ учрайди:

- a) чекувчи эркаларда
- b) чақалоқларда
- c) ёш қизларда
- d) қарияларда
- e) ҳамма жавоб тўғри

3. Лейкоплакияни умумий даволашга кирмайди:

- a) яллиғланишга қарши терапия
- b) поливитаминлар ичиш
- c) витамин А ёғли эритмасини ичиш
- d) витамин Е ёғли эритмасини ичиш
- e) ҳамма жавоб тўғри

4. Лейкоплакияда кузатиладиган симптом:

- a) тамаки қоғози
- b) олма желеси
- c) шудринг
- d) вазопарез
- e) бармоқ қалтираши

5. “Тош йўли симптоми” кузатилади:

- a) лейкоплакияда

- b) қизил ясси темираткида
 - c) пўрсилдокда
 - d) кандидозда
 - e) сурункали қайталавчи афтоз стоматитда
6. Ясси лейкоплакияни маҳаллий даволаш бошланади:
- a) травматик омилларни бартараф қилиш
 - b) яллиғланишга қарши малҳамлар аппликацияси
 - c) куйдирадиган воситаларни қўллаш
 - d) ферментлар аппликацияси
 - e) кортикостероид малҳамлар суртиш

АМАЛИЙ ҚИСМ

Амалий кўникма: Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини шикастланган жойини маҳаллий даволаш.

Мақсад: Талабани ОБШҚ маҳаллий даволашни ўргатиш.

Кўрсатма: ОБШҚ касалликларини ташхислаш.

Жихозлаш: химоя кўзойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор(волонтёр)оғиз бўшлиғини кўриш учун асбоблар.

Амалий кўникма: Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини шикастланган жойини маҳаллий даволаш.

№	Кадамлар	Бажармади (0 балл)	Тўла бажарди (100 балл)
1.	Химоя воситаларини (резинали перчатка, марлядан маска) тақиш		20
2.	Жарохат жараёнига аппликацион анестезияни ўтказиш: 10% лидакоин аэрозоли билан		20
3.	Антисептик ишлов бериш.		20
4.	Антибактериал воситаларни аппликация қилиш		20
5.	Кератопластик воситаларни аппликация қилиш		20
	Жами	0	100

Назорат саволлари:

1. Лейкоплакияни ҳар хил шаклларидаги морфологик элементлар.
2. Лейкоплакияни ҳар хил шаклларида люминесцент ташхислаш.
3. Лейкоплакия симптомларини санаб беринг.
4. Лейкоплакияни ҳавфли ўсмага ўтганлигини клиник белгиларини айтиб беринг.
5. Лейкоплакияда гистологик текширув натижалари.
6. Лейкоплакияда бемор ёшига қараб ўзгаришлар.
7. Лейкоплакияни профилактикаси.

8 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: ОБШҚда вирусли касалликларни намоён бўлиши. Оддий ва қамраб олувчи герпес, герпангина ва ўткир респиратор вирус инфекцияларининг кўриниши. Оқсим (яшур).

II. Машгулот мақсади:

ОБШҚда учрайдиган вирусли касалликларнинг этиологик омиллари, клиник кўриниши, диагностикаси ва даволаш усуллари ўргатиш.

III. *Маиғулот режаси:*

Вирусли касалликларни ОБШҚда намоён бўлишини ёритиш.

IV. *Калит сўзлар:*

Вирусли касалликлар, оддий герпес, герпангина, ўраб олувчи темирлатки, ўткир вирусли инфекциялар.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий маиғулотнинг мазмуни

Зарарланиш йўли: контакт, ҳаво-томчи, оғиз орқали, тери ва ОБШҚ шикастланиши орқали. ОБШҚ вирусли яллиғланишининг турлари:

Оддий герпес

2 турда кечади:

- а) ўткир герпетик стоматит;
- б) сурункали қайталанувчи герпес.

а) **Ўткир герпетик стоматит.** Қўзғатувчи вирус – оддий герпес. Инкубацион даври 3-4 кун. Ўткир юқумли касалликнинг бошланишида тана ҳарорати ошади, умумий ҳолсизланиш кузатилади, тошмалар тошади, пуфакчалар тез орада эрозияланади.

ОБШҚда тарқалган қизариш, шиш, эрозия, афта ва яралар бўлиши кузатилади, улар бир-бири билан қўшилиш хусусиятига эга бўлади. Жойлашиши нотекис, танглайда, лабда, оғиз атрофи ва бурун терисида, жинсий аъзолар шиллиқ қаватида афта → эрозия → яра ажралиб туради ва улар оқ-сарик рангли фибрин қараш билан қопланган бўлиб, пахта тампон билан қийин олинади.

Цитологияда: кўп ядроли гигант (катта) ҳужайралар, нейтрофиллар, гистиоцитлар, эпителий ҳужайралари пайдо бўлади.

Гистологик текширув: пуфакчалар эпителий ичида жойлашган, акантолиз аниқланади.

Солиштирма ташхиси: оксим, герпангина, аллергия тошмалар, кўп шаклли экссудатив эритема билан ўтказилади.

Қон таҳлили: ўткир яллиғланишга хос ўзгаришлар.

Сўлак таҳлили: рН нордон, ишқорий, лизоцим миқдори камайган.

Даволаш. Умумий даво: Вирусга қарши препарат – бонафтон 0,1 дан кунига 3-5 марта 5 кун давомида берилиб, 1-2 кун танаффусдан сўнг яна қайтарилади. Яллиғланишга қарши восита сифатида натрий салицилат 0,5 дан 4 маҳал катталарга, антигистамин препаратлар (димедрол, супрастин, диазолин), кальций глюконат 0,5-1,0 г дан 3 маҳал, витаминлардан С ва РР берилади. Стационар шароитида продигозан 25-50 мкг дан 2-3 марта 3-4 кун оралатиб ва мушак орасига лизоцим қўллаш яхши натижа беради.

Оғир ёки фузоспириллёз инфекция билан асоратланса, даволашга метронидазол ёки кенг спектрли антибиотиклар қўшилади. Кўрсатмаларга кўра юрак-қон томир воситаларини буюриш керак. Бемор юқори калорияли, витаминларга бой пархез тутиши, кўп суюқлик истеъмол қилиши зарур.

Маҳаллий даво: тошма тошишининг дастлабки кунларида вирусга қарши воситалар – интерфероннинг суртмаси (интерферон 1 ампула, ланолин 5 г, шафтоли мойи 1 г, анестезин 0,5 г) ёки эритмаси, бонафтоннинг 0,5% ли суртмаси, 1-2% ли флореналь ёки ўтлар дамламаси билан берилганидан сўнг аппликация холида қўлланилади. Оғиз бўшлиғига протеолитик ферментлар билан кунига 1 маҳал ишлов берилади. Ферментлардан дезоксирибонуклеазанинг 0,2% ли эритмасини қўллаш мақсадга мувофиқ, чунки у вирусга қарши ва некротик тўқималардан тозалаш хусусиятига эга.

Иккиламчи инфекциянинг олдини олиш чоралари кўрилади. Бунда маҳаллий антисептиклар – калий перманганатнинг 1:5000 эритмаси, 0,25-0,5% ли водород пероксиди, 0,25% ли этоний эритмаси, 0,25% ли хлорамин, фурацилиннинг 1:5000 нисбатдаги эритмалари билан оғиз бўшлиғи чайилади. Касалликнинг дастлабки кунларида оғиз бўшлиғига ҳар 3-3,5 соатда ишлов берилади.

Албатта оғриқ қолдирувчи дорилар қўлланилиши зарур. Анестезиннинг шафтоли мойидаги 5-10% ли эритмаси, тримекаиннинг 1% ли эритмаси, пиромекаиннинг 1-2% ли эритмаси кенг қўлланилади.

ОБШҚнинг регенерацияси ва эпителизациясини кучайтириш мақсадида витамин А нинг ёғдаги эритмаси, каротолин, алоэ линименти, наъматак мойи, Шостаковский бальзамини қўллаш мумкин. Айиқса, аэрозоль холидаги воситалар қўллаш учун қулай ҳисобланади. Бемор мурожаат этганидан то тўлиқ эпителизация бўлгунга қадар физиоуолажалар: КУФ-нурлаш, гелийнеон лазери буюрилади. Теридаги эрозиялар биринчи 2-3 кун вирусга қарши воситалар, кейинчалик цинк суртмаси ёки Лассар пастаси, агарда импрегинизация бўлса антибиотикли суртмалар билан ишлов берилади.

б) Сурункали қайталанувчи герпес. Қўзғатувчиси – герпес симплекс. Бу касаллик билан олдин герпес билан зарарланган ҳар хил ёшдаги кишилар оғриши мумкин.

Келтириб чиқарувчи сабаблар: умумий касалликлар, совуқ-иссиқ овқат истеъмол қилиш, ҳаяжонли ҳолат, умумий заҳарланиш, умумий инфекцион касалликлар, шикастланганда, лаб шиллиқ қаватининг кўп вақт куруқ бўлиши.

Субъектив белгилар: ОБШҚ ёки лаб қизил хошиясида қизариш ва оғриқ пайдо бўлади.

Локализацияси: лаб атрофида, терида, шиллиқ қаватларда, қаттиқ танглайда, тилда, лунжда, жинсий аъзоларда, кўзнинг шох пардасида.

Элементларнинг ҳосил бўлиш тартиби: пуфакчалар → эрозия → яра.

Эрозия – қизил рангда бўлиб, оқ-сарик фибрин караш билан қопланган ва улар қўшилишга мойил. Эрозия четлари нотекис, давомийлиги 8-10 кун бўлиб, чандиксиз битади.

Солиштирма ташхис: герпетик тошмани сурункали қайталанувчи афтоз стоматит, аллергик тошмалар, стрептококкли импетигодаги тери тошмаси билан ташхис қилинади. Қиёслашда цитологик текширишга асосланади. Ундан ташқари электрон микроскопия ва иммунофлюоресцент усул қўлланилади.

Даволаш. Умумий даво: Левамизол (декарис) 150 мг дан 2 маротаба ҳафтасига 1-3 ой (ремиссияни узайтиради); Специфик герпетик поливакцина 0,1-0,2 мг тери ичига 2 маротаба 1 ҳафтада №5; Гамма-глобулин мушак ичига 3 мл ҳар куни №6, интервал 2 ой; Витамин С.

Маҳаллий даво: лейкоцитар интерферон аппликациялари 5-6 марта кунига. Лазер (гелий, неон, инфрақизил).

Қамраб олувчи темиратки (Herpes zoster)

Қўзғатувчиси – сувчечак вируси (varicella zoster). Асосан катта ёшли кишилар оғрийди. Клиникасида вируснинг нейродерматотрофик таъсири устун туради. Бу касаллик организмнинг ҳимоя функцияси сусайганда, қон касалликлари бўлганда, гўё шу касалликларнинг асоратидек келиб чиқади. Инкубацион даври 7-14 кун.

Субъектив белгилари: бош оғриғи, қалтираш, тана ҳарорати 39°C гача. Нерв толалари тарқалиши бўйлаб тутиб-тутиб кучли оғриқ бўлади. Қамраб олувчи герпесда юз нервнинг фалажи, қулоқда оғриқ бўлиши – Рамза-Хунта симптоми ҳисобланади.

Объектив белгилар: қизарган терида ва ОБШҚда кўплаб пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфакча → эрозия → қалок (терида), айрим ҳолларда тушиб кетгандан сўнг пигментация қолади. Кечиш даври 2-3 ҳафта.

Ўраб олувчи темираткига тошмаларнинг зарарланган нерв бўйлаб жойлашиши ва бир томонлама зарарланиши хос. Кечиши одатда ижобий, аммо айрим ҳолларда асорат қолиши мумкин (менингит, гепатит, энцефалит).

Қўшимча текширишлар: қоннинг умумий таҳлили, қондан вирусни ажратиш. Цитологик текшириш – везикуляр эпителий ичида жойлашади.

Солиштирма ташхис: ўткир герпетик стоматит, аллергия тошмалар, пўрсилдоқ, пемфигиод, терида эса сарамас билан олиб борилади.

Даволаш. Умумий даво: аналгетиклар (аналгин, баралгин), салицилатлар (аспирин 0,5 × 3 марта), ганглерон, витаминлар В₁, В₁₂. Вирусга қарши воситалар: метисазол 0,2-0,5 × 2 маҳал 6-10 кун, дезоксирибонуклеаза 30-50 мг дан мушак орасига 1 маҳал 7-10 кун довомида, бонафтон 0,1 × 3-5 марта 5 кун (1-2 кун оралатиб қайтарилади), ацикловир (0,8 г дан 5 марта).

Маҳаллий даво: биринчи кундан – теброфен, флоренал, госсипал, мегоксин, оксолин, интерферон. Кейинги кунларда – кератопластиклар, наъматак, чаканда мойи, актовегин малҳами, витамин А. Биринчи кунлардан лазер (гелий-неон, инфрақизил) ва УФО билан даволаш мумкин.

Герпангина

Герпангинани коксаки А вируси чақиради. Ўткир юқумли касаллик, кўпроқ ёзда ва кўпинча болаларда кузатилади. Ҳаво-томчи йўл билан юқади.

Клиникаси: тана ҳарорати 37-38°C гача кўтарилиб бошланади. 3-4-куни 39-39,5°C га боради. Беморни бош оғриши, умумий ҳолсизлик, қоринда оғриқ, ютинганда оғриқ безовта қилади.

Оғиз бўшлиғини кўрганда қизарган, юмшоқ танглай, равоқлар, ютқун соҳасида оғриқли алоҳида ва гуруҳланган везикулалар аниқланади. Уларда сероз ёки геморрагик суюқлик кузатилади. Везикулалар тез ёрилиб, афта ва эрозиялар ҳосил қилади. Майда эрозиялар қўшилиб, кенг эрозив соҳаларни

эгаллайди. Эрозиялар дастлабки кунларда оғрийди, кейин оғриқ камаяди. Жағ ости лимфа тугунлари биров катталашиб, оғриқли бўлади. Касаллик 4-6 кун кечади, айрим холларда оғир кечиши ҳам кузатилади.

Даволаш. Умумий даво: салицилатлар, витаминлар В₁, В₁₂.

Маҳаллий даво: 2-3 кун вирусга қарши воситалар қўлланилади, антисептиклар билан чайиш, кейинги кунларда кератопластиклар ишлатилади.

Ўткир респиратор вирус инфекциялари

Одамзоднинг энг тарқалган касалликларидан бўлиб, А, В, С турдаги филътрланувчи вируси билан чақирилади.

Оғиз бўшлиғи ЎРВИ ҳамма турларида зарарланиши мумкин. Оғиз бўшлиғини зарарланиши асосий касалликнинг оғирлик даражасига боғлиқ. Аввалига катарал, кейинчалик геморрагик ўзгаришлар юзага келади, баъзан афтоз ва ярали тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Улар кўпинча юмшоқ танглай, танглай равоқлари, баъзан милк ва лунж шиллиқ қаватларида жойлашади. Вирусли тошмалар ўзига хос қизарган шиллиқ қават юзасидан кўтарилиб турувчи нуқтасимон доначалар кўринишида бўлади. Бу донадорлик юмшоқ танглайда кўплаб жойлашган майда сўлак безлари чиқарув қисми эпителийсининг гиперплазияси натижасида келиб чиқади. «Донадорлик» ни пайдо бўлиши асосий касалликларни биринчи белгиларидан бири бўлиб хизмат қилади. Баъзан ЎРВИ ўткир афтоз стоматит белгилари билан кечиши мумкин. Жараён лабларда жойлашганда унда пуфакчали тошмалар кузатилиши мумкин. Шу жараёнга фузоспириллэз инфекция қўшилса, афталар яраланиши, яъни афтоз стоматитни ярали стоматитга айланиши кузатилиши мумкин. Афта ва яралар асосий касалликни тузалиш босқичида ҳам кузатилиши мумкин.

Оқсим

Ўткир вирусли юқумли касаллик, одамга касал ҳайвондан ўтади. Ташқи муҳитда вирус чидамли. Юқиш йўллари – сут маҳсулотлари, яхши пиширилмаган гўшт, касбий (ветеринар) – касалланган мол билан контактда ва ҳаво-томчи йўл билан. Вирус шикастланган тери, оғиз, кўз ва бурун шиллиқ қаватидан организмга киради.

Клиникаси. Кечишини 3 тури ажратилади:

Терида, ОБШҚда ва тери-шиллик қаватда.

Инкубацион даври 2-10 кун. Касаллик ўткир, тана ҳарорати 38-39°C гача кўтарилишидан, мушакларда оғриқ, иштаха йуқолишидан бошланади. 1-2 кундан кейин беморларни оғиз бўшлиғи ачишади, қурийди, қизаради ва шишади. Лабни, тилни, қаттиқ ва юмшоқ танглайни, лунжни қизарган шиллиқ қаватларида тиниқ суюқликли 2-4 мм везикулалар тошади. Уларни сони бирдан, бир-неча юзтагача бўлиши мумкин. 1-2 суткадан сўнг пуфакчалар ёрилиб оғриқли қизил эрозиялар ҳосил бўлади. Лабларда эрозиялар қатқалоқлар билан қопланади. Пуфакчалар ёрилгандан сўнг беморнинг тана ҳарорати пасаяди, аммо умумий аҳволи ёмонлашади. Сўлак ажралиши кўпаяди (суткасига 4-5 л), ютиш қийинлашади, тил ҳажми катталашади, нутқи ўзгаради. Везикулалар бурун, кўз, жинсий аъзолар шиллиқ қаватида, терида

ҳам кузатилади. Пуфакчалар бармоқлар орасида, қўл ва оёқ бармоқларини учида ҳам кузатилади. Ачишиш, қичишиш безовта қилади.

Шиллиқ қаватдаги эрозия 3-5 кунда чандиқсиз битади, беморнинг аҳволи яхшиланади. Реконвалесценция даври 10-15 кун бўлади. Оғир кечганда тошмалар қайталаниши мумкин.

Ноаниқ кечиш шакли ҳам учрайди. Холсизлик, оғиз бўшлиғи ва терида айрим пуфакчалар билан ифодаланади.

Солиштира ташхис.

- ўткир герпетик стоматит
- сувчечак
- дорили аллергия
- кўп шаклли экссудатив эритема билан.

Ташхис клиник симптомлар, эпидемиологик анамнез (касал ҳайвонлар билан контакт, сут маҳсулотларини истеъмол қилиш), эпизоотологик вазият ва лаборатор (биологик синама, серологик реакция) текширишлар натижаси асосида қуйилади.

Даволаш. Беморни касаллик бошланган кундан 14 кунга ажратиб қўйилади. Уни яхши парвариш қилинади. Кунига 5-6 мартаба суюқ овқат берилади.

Умумий даво: Вирусга қарши препарат – бонафтон 0,1 дан кунига 3-5 марта 5 кун давомида берилиб, 1-2 кун танаффусдан сўнг яна қайтарилади. Яллиғланишга қарши восита сифатида натрий салицилат 0,5 дан 4 маҳал катталарга, антигистамин препаратлар (димедрол, супрастин, диазолин), кальций глюконат 0,5-1,0 г 3 маҳал, витаминлардан С ва РР берилади. Стационар шароитида продигозан 25-50 мкг дан 2-3 марта 3-4 кун оралатиб ва мушак орасига лизоцим қўллаш яхши натижа беради.

Оғир ёки фузоспириллез инфекция билан асоратланса, даволашга метронидазол ёки кенг спектрли антибиотиклар қўшилади. Кўрсатмаларга кўра юрак-қон томир воситаларини буюриш керак. Бемор юқори калорияли, витаминларга бой пархез тутиши, кўп суюқлик истеъмол қилиши зарур.

Маҳаллий даво: Имудон 8 таблетка – 10 кун (шимиш керак). Тошма тошишини дастлабки кунларида вирусга қарши воситалар: интерфероннинг суртмаси (интерферон 1 ампула, ланолин 5 г, шафтоли мойи 1 г, анестезин 0,5 г) ёки эритмаси, бонафтоннинг 0,5% суртмаси, 1-2% флореналь ёки ўтлар дамламаси билан берилганидан сўнг, аппликация холида қўлланилади. Оғиз бўшлиғига протеолитик ферментлар билан кунига 1 маҳал ишлов берилади. Ферментлардан дезоксирибонуклеазанинг 0,2% ли эритмасини қўллаш мақсадга мувофиқ, чунки у вирусга қарши ва некротик тўқималардан тозалаш ҳусусиятига эга.

Иккиламчи инфекциянинг олдини олиш чоралари кўрилади. Бунда маҳаллий антисептиклар: калий перманганатнинг 1:5000 эритмаси, 0,25-0,5% ли водород пероксиди, 0,25% ли этоний эритмаси, 0,25% хлорамин, фурацилиннинг 1:5000 нисбатдаги эритмалари билан оғиз бўшлиғи чайилади. Касалликнинг дастлабки кунларида оғиз бўшлиғига ҳар 3-3,5 соатда ишлов берилади.

Албатта оғриқ қолдирувчи дорилар қўлланилиши зарур. Анестезиннинг шафтоли мойидаги 5-10% ли эритмаси, тримекаиннинг 1% ли эритмаси, пиромекаиннинг 1-2% ли эритмаси кенг қўлланилади.

Шиллик қаватнинг регенерацияси ва эпителизациясини кучайтириш мақсадида витамин А нинг ёғдаги эритмаси, каротолин, алоэ линименти, наъматак мойи, Шостаковский бальзамини қўллаш мумкин. Айниқса, аэрозоль холидаги воситаларни қўллаш қулай ҳисобланади. Бемор мурожаат этганидан то тўлиқ эпителизация бўлгунга қадар физиоумолажалар: КУФ-нурлаш, гелий-неон лазери буюрилади. Теридаги эрозиялар биринчи 2-3 кун вирусга қарши воситалар, кейинчалик цинк суртмаси ёки Лассар пастаси, агарда импрегнизация бўлса антибиотикли суртмалар билан ишлов берилади.

Профилактика. Касалланган ҳайвонлардан сақланиш (маҳсус кийимда ишлаш).

Озиқ-овқатлардан захарланишни олдини олиш учун: сутни 5 дақиқа қайнатиш ёки 30' 85" пастеризация қилиш зарур. Гўштга яхши гермик ишлов бериш керак.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

- 1.«Ўргимчак ини» иш ўйинини ўтказиш
- 2.Органайзерлар тузиш (Концептуал жадвал, Кластер)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. 40 ёшли бемор қишлоқдан келган, қора моли бор, қайнатилмаган сутни ичишни яхши кўради. Умумий холсизлик, бош оғриши, мушаклардаги оғриққа, тана ҳарорати 38°C га кўтарилишига, ОБШҚ ачишишига, овқатланганда ва гапирганда оғриққа шикоят қилади. Объектив: ОБШҚ шишган, қизарган. Милкда, тилда, лабларда кўп оғриқли ва тез ёрилувчи пуфакчалар, эрозиялар мавжуд.

1) Кўшимча текшириш усулини ўтказинг:

- a) вирусни ажратиш
- b) люминисцент
- c) бактериоскопик
- d) гистамин синамаси
- e) манту синамаси

2) Қиёсий ташхис ўтказинг:

- a) ўткир герпетик стоматит
- b) кандидоз
- c) қаттиқ шанкр
- d) папилломатоз
- e) лейкоплакия

3) Ташхис қўйинг:

- a) оқсим
- b) кўп шаклли экссудатив эритема
- c) сурункали қайталоғчи герпес
- d) ўткир герпетик стоматит
- e) дескваматив глоссит

4) Умумий даволашни ўтказинг:

- a) бонафтон
- b) кортикостероид
- c) вирусга қарши воситалар
- d) уринотерапия
- e) физиотерапия

5) Маҳаллий даволашда қўлланиладиган малҳам:

- a) вирусга қарши малҳам (флюренал)
- b) замбуруғга қарши малҳам (нистатинли малҳам)
- c) оксолинли малҳам
- d) гепаринли малҳам
- e) тетрациклин

2. 40 ёшли бемор қишлоқдан келган, қора моли бор, қайнатилмаган сутни ичишни яхши кўради. Умумий холсизлик, бош оғриши, мушаклардаги оғриққа, тана ҳарорати 38°C га кўтарилишига, ОБШҚ ачишишига, овқатланганда ва гапирганда оғриққа шикоят қилади. Об'ектив: ОБШҚ шишган, қизарган. Милкда, тилда, лабларда кўп оғриқли ва тез ёрилувчи пуфакчалар, эрозиялар мавжуд.

1) Ташхис қўйинг:

- a) оқсим
- b) кўп шаклли экссудатив эритема
- c) ўткир герпетик стоматит
- d) лейкоплакия
- e) қизил ясси темиртки

2) Қиёсий ташхис ўтказинг:

- a) ўткир герпетик стоматит
- b) кандидоз
- c) аллергия стоматит
- d) кўп шаклли экссудатив эритема
- e) сувчечак

3) Даволаш тактикаси:

- a) вирусга қарши малҳам аппликацияси (флюренал)
- b) кортикостероидлар
- c) антибиотиклар
- d) нистатин
- e) кератопластиклар

3. Бемор А. овқатланганда ва гапирганда оғриққа, умумий холсизликка, тана ҳарорати $37,5^{\circ}\text{C}$ га шикоят қилади. Анамнездан: кўп шамоллайди ва ундан сўнг тошмалар қайталанади. Об'ектив: лаб қизил хошиясида ва атрофдаги терида майда тошмалар, пустикулалар, йирингли қатқалоқлар, лабни шиллик қаватида кўп оғриқли оқиш-сарғиш қарашли эрозиялар мавжуд.

1) Қўшимча усул ўтказинг:

- a) цитологик
- b) люминисцент
- c) бактериоскопик

- d) гистамин синамасы
- e) манту синамасы
- 2) Қиёсий ташхис ўтказинг:
 - a) ўраб олувчи темирлатки
 - b) лейкоплакия
 - c) қаттиқ шанкр
 - d) папилломатоз
 - e) кандидоз
- 3) Ташхис қўйинг:
 - a) сурункали қайталовчи герпес
 - b) ўткир герпетик стоматит
 - c) дескваматив глоссит
 - d) сурункали афтали стоматит
 - e) қизил ясси темирлатки
- 4) Умумий даволашни ўтказинг:
 - a) вирусга қарши воситалар
 - b) кортикостероидлар
 - c) бонафтон
 - d) замбуруғга қарши воситалар
 - e) тиш қирраларини олиб ташлаш
- 5) Маҳаллий даволашда қўлланиладиган малҳам:
 - a) оксолинли малҳам
 - b) гепаринли малҳам
 - c) тетрациклин
 - d) вируга қарши малҳам (флюоренал)
 - e) замбуруғга қарши малҳам (нистатинли малҳам)

4. 40 ёшли бемор қишлоқдан келган, қора моли бор, қайнатилмаган сутни ичишни яхши кўради. Умумий холсизлик, бош оғриши, мушаклардаги оғриққа, тана ҳарорати 38°C га кўтарилишига, ОБШҚ ачишишига, овқатланганда ва гапирганда оғриққа шикоят қилади. Об'ектив: ОБШҚ шишган, қизарган. Милқда, тилда, лабларда кўп оғриқли ва тез ёрилувчи пуфакчалар, эрозиялар мавжуд.

- 1) Кўшимча текшириш усулини ўтказинг:
 - a) вирусни ажратиш
 - b) люминисцент
 - c) биопсия
 - d) рентгенологик
 - e) бактериологик
- 2) Қиёсий ташхис ўтказинг:
 - a) лейкоплакия
 - b) ўткир герпетик стоматит
 - c) сурункали қайталовчи афтали стоматит
 - d) кандидоз
 - e) қизил югурук
- 3) Ташхис қўйинг:

- a) ўткир герпетик стоматит
- b) оқсим
- c) сувчечак
- d) дорили аллергия
- e) кўп шаклли экссудатив эритема

4) Умумий даволаш:

- a) оқсимга қарши махсус моно-валентли зардобни тери остига юбориш
- b) специфик гамма-глобулинни тери остига юбориш
- c) антигистамин проепаратлар
- d) антибиотиклар (оғир ҳолларда)
- e) бонафтон 0,1 г кунига 3-5 марта ичиш
- f) ҳамма жавоблар тўғри

5) Маҳаллий даволаш:

- a) оғриксизлантириш
- b) антисептик билан ювиш
- c) фермент аппликацияси
- d) вирусга қарши малҳам аппликацияси
- e) ҳамма жавоблар тўғри

Тестлар

1. Ўткир герпетик стоматитда этиологик омил:

- a) вирус
- b) стафилококк
- c) замбуруғ
- d) Лефлер таёқчаси
- e) спирилла

2. Оқсим юқиш йўллари:

- a) сут маҳсулотлари
- b) гўшт
- c) молни парвариш қилганда
- d) касал қора молдан
- e) ҳамма жавоблар тўғри

3. Оқсим қиёсий ташхис қилинади:

- a) ўткир герпетик стоматит
- b) сувчечак
- c) дорили аллергия
- d) кўп шаклли экссудатив эритема
- e) ҳамма жавоблар тўғри

4. Оқсимда морфологик элемент:

- a) пуфакча
- b) папула
- c) тангача
- d) чандик
- e) доғ

5. Оқсимнинг кўзғатувчиси:

- a) вирус
- b) замбуруғ
- c) фузобактериялар
- d) спирохеталар
- e) стафилококк

6. Оқсимни маҳаллий даволашда ишлатиладиган малҳам:

- a) оксолин
- b) линкомицин
- c) нистатин
- d) канестен
- e) тетрациклин

7. Ўткир респиратор вирус инфекциясини маҳаллий даволашда қўлланиладиган малҳам:

- a) теброфен
- b) канестен
- c) тетрациклин
- d) лоринден
- e) гепарин

8. Оқсимнинг профилактикаси:

- a) касалланган ҳайвонлардан эҳтиёт бўлиш
- b) сутни яхши қайнатиш
- c) гўштни яхши пишириш
- d) касал ҳайвонларни махсус кийимларда парвариш қилиш
- e) ҳамма жавоблар тўғри

АМАЛИЙ ҚИСМ

Амалий кўникма: ЎГС да ОБШҚ маҳаллий даволаш.

Мақсад: Талабани ЎГС да ОБШҚ маҳаллий даволашни ўргатиш.

Кўрсатма: ОБШҚ касалликларини ташхислаш.

Жихозлаш: химоя кўзойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор(волонтер)оғиз бўшлиғини кўриш учун асбоблар,анестетиклар,антисептик эритмалар,вирусга қарши малҳамлар,кератопластиклар.

Бажариладиган қадамлар:

№	Қадамлар	Бажармади (0 балл)	Тўла бажарди (100 балл)
1.	Химоя воситаларини (резинали перчатка, марлядан маска) тақиш		20
2.	Жарохат жараёнига аппликацион анестезияни ўтказиш		20
3.	Антисептик ишлов бериш.		20
4.	Антибактериал воситаларни аппликация қилиш		20
5.	Вирусга қарши препаратларни кўлаш.(эпителизация бошланганда кератопластик воситаларни аппликация қилиш).		20

	Жами	0	100
--	------	---	-----

Назорат саволлари:

1. Кайси вирус касалликлари ОБШК да кечади.
2. Оддий герпеснинг клиник шакллари, солиштира ташхиси.
3. Ўраб олувчи темирлаткининг қиёсий ташхиси.
4. Оксимнинг клиникаси.
5. Оксимнинг таккосий ташхиси ва даволаш.
6. Гриппнинг профилактикаси.
7. Герпангина клиникаси.
8. Ўткир герпетик стоматитнинг шикастланиш элементлари.
9. Вирусли касалликларни цитологик кўриниши.
10. Ўткир герпетик стоматитни клиникаси.
11. Оксимнинг эпидемиологияси.
12. Вирусли касалликларнинг олдини олиш.

9 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС) нинг оғиз бўйлигида намоён бўлиши. Клиникаси. Даволаш.

II. Машғулот мақсади:

ОБШҚда учрайдиган ОИТС этиологик омиллари, клиник кўриниши, ташхиси ва даволаш усуллари ўргатиш.

III. Машғулот режаси:

ОИТСни ОБШҚда намоён бўлишини ёритиш.

IV. Калим сўзлар:

ОИТС, юқиш манбалари, ОИТСда турли касалликларни ОБШҚда намоён бўлиши, профилактика.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий машғулотнинг мазмуни

Одам иммун-танқислиги вируси (ОИВ) инсонда орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС) ни чақиради. ОИТС – организмни шартли патоген микробларга резистентлигини пасайиши ва онкологик касалликларга мойилликнинг ортиши билан кечувчи касалликдир.

Юқиш манбаи – бу ОИВ билан инфекцияланган одам ёки вирус ташувчидир.

ОИВ инфекция юқишининг 3 тури маълум: жинсий, парентерал, перинатал.

ОИВ инфекциясининг клиникаси ва симптомлари турличадир. ОИВ инфекцияси кечишини 4 даврга бўлиш мумкин, лекин буларнинг ҳаммаси ҳар бир беморда кузатилмаслиги мумкин.

ОИВ инфекциясининг ўткир даври юқишдан сўнг бир ёки бир неча ҳафта ўтгандан сўнг иситма, лимфаденопатия, тунги терлаш, тери тошмалари, бош оғриши ва йўтал билан юзага чиқади. Бу даврда ОИВга реакция серонегатив бўлади, 6-12 ҳафта ўтгач реакция серопозитив бўлиши кузатилади.

Касалликнинг 1-босқичи симптомсиз бўлиши ёки тарқоқ персистрловчи лимфаденопатия билан кечади. Бу хол 3 ой кузатилади.

2-босқич «ОИТС билан боғлиқ комплекс» деб аталади. Унга тана вазнининг йўқотилиши, диарея, дармонсизлик, тез чарчаш, уйқучанлик, иштаха йўқолиши, тунги терлаш, периферик нейропатия ва хотира йўқолишига олиб келувчи неврологик бузилишлар хос.

3-босқич «касалликнинг оралиқ даври». Бу даврда касалликнинг илк белгилари пайдо бўлган давр ва тўлиқ юзага чиққан давр орасида кечади.

4-босқич касалликнинг кеч даври бўлиб, бунда ОИТСнинг оғир клиникаси тўлиқ намоён бўлади. У шартли патоген флора билан чақирилган яллиғланиш жараёнлари ва ўсмалар ривожланиши билан характерланади. ОИТСга кўпроқ хос инфекциялар: протозоа инвазиялари (пневмоцистоз, пневмония, токсоплазмоз), замбуруғли (системали кандидоз, криптококкоз), бактериал (атипик микробактериоз, сальмонеллёз, септинемия) ёки вирусли (цитомегалия, паповавирус) ҳисобланади. Шу даврда бундан ташқари лимфомаларнинг ўта оғир турлари, кахексия ва неврологик бузилишлар кузатилиши мумкин.

Организмга ОИВ тушишининг биринчи белгиларини оғиз бўшлиғидан топиш мумкин. ОИВ инфекцияси билан боғлиқ бўлган ОБШҚ касалликларига киради:

- кандидознинг турли клиник шакллари;
- вирусли инфекция;
- ясси лейкоплакия;
- ярали-некротик гингивостоматит;
- пародонтитнинг ривожланиб боровчи тури;
- Капоши саркомаси.

Стоматологларда ОИВ инфекциясига нисбатан шубҳа чакирувчи холларга ОБШҚ ясси хужайралари саратони ёки лимфома билан оғриган беморлар киради.

ОИВни ташхислашда бир қатор лаборатор текширувлар: вирусларга нисбатан специфик антителаларни аниқловчи иммуносорбент, иммуноблоттинг ва нотўғри иммунофлюоресценция усуллари ишлатилади.

ОИВ профилактикаси. Унинг кундалик профилактикаси стерилизация ва дезинфекциянинг анъанавий принципларига асосланган бўлиб, қон билан юқиши мумкин бўлган бошқа инфекциялар, масалан, В гепатити каби олиб борилади.

ОИВ билан курашиш қоидалари:

- қон ва организмнинг бошқа суюқликларига нисбатан эҳтиёткорлик;
- инъекциялар ва тери бутунлиги бузилиши билан кечадиган барча муолажаларда эҳтиёткорлик;
- самарали дезинфекция ва стерилизация.

Стоматологлар ўтказадиган кўпгина муолажалар қон чиқиши билан боғлиқ бўлганлиги сабабли стоматологлар ОИВга мойил шахслар гуруҳига киради. Биологик суюқликлар билан ифлосланган қўл ва тананинг бошқа жойлари яхшилаб совун билан ювилади. Муолажа пайтида резина қўлқопдан фойдаланиш керак. Ишлатилган игналар, скальпель, диск, эндодонтик ва

бошқа учли асбобларни тозалашда ва ишлов беришда терини шикастламасликка ҳаракат қилиш керак. Бундай беҳосдан шикастланишларни олдини олиш мақсадида қалин қўлқоплардан фойдаланиш керак.

Организм тўқималарига ишлов бериш учун бактерицид воситалар – антисептиклар (70° ли этил спирти, 70° ли изопромил спирти, 1% ли йод эритмаси, 10% ли йодоформ кабилар) ишлатилади.

Юқори интенсивликдаги дезинфекция воситаларига глютарал ва водород пероксидининг 30% ли эритмаси мисол бўла олади. Тозаланган асбобларни шу эритмаларда 30 дақиқа давомида сақлаш самарали дезинфекцияни таъминлайди.

Бормашиналар дастаклари ишлатилгандан сўнг сувнинг кучли оқимида ювилади ва зарарсизлантирувчи детергент шимдирилган мато билан артилади, сўнг эса дистилланган сув билан ювиб ташланади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

- 1.«Ўргимчак ини» иш ўйинини ўтказиш
- 2.Органайзерлар тузиш (Тоифалаш жадвали, Қандай)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ.

Вазиятли масалалар

1. 40 ёшдаги бемор (бесоқолвоз) сурункали ҳолсизликка, чарчовга, тана ҳарорати 37°С дан пасаймаслигига, узоқ кечувчи пневмонияга, милк қонашига, оғиздан ноҳуш хид келишига, ярачалар борлигига шикаят қилади. Обьектив кўрилганда: милклар қизарган, шишган, пайпаслаганда қонайди. Лунж, лаб шиллиқ қаватида ва тилда турли ҳажмдаги фибрин караш билан қопланган оғриқли афталар мавжуд. Жағ ости, кулоқ олди лимфа тугунлари катталашган, эластик, қўзғалувчан, оғриқсиз.

1) Қўшимча текшириш усулини ўтказинг:

- a) вирусни ажратиш
- b) биопсия
- c) серологик
- d) иммунологик
- e) цитологик

2) Ташхис қўйинг:

- a) ОИТС
- b) заҳм
- c) кандидоз
- d) бруцеллёз
- e) рак

3) Солиштирма ташхис ўтказинг:

- a) сурункали афтоз стоматит
- b) қизил югурук
- c) қаттиқ шанкр
- d) папилломатоз
- e) кандидоз

2. 48 ёшдаги бемор сурункали ҳолсизликка, чарчовга, узоқ кечувчи бронхитга, милклари йиринглашига ва қонашига, оғиздан ноҳуш хидга, тилида

яра борлигига шикоят қилади. Об'ектив кўрикда: милklar қизарган, шишган, пайпаслаганда қонайди, тиш-милк чўнтаклардан йиринг чиқади. Лунж, лаб шиллик қаватида ва тилда турли ҳажмдаги фибрин караш билан қопланган оғрикли яралар мавжуд. Жағ ости, қулоқ олди лимфа тугунлари катталашган, оғриқсиз. Беморнинг оғзидан қўланса хид келади, кандидоз аломатлари кузатилади.

- 1) Қўшимча текшириш усулларида қайси бири энг муҳим:
 - a) қонда ОИТС вирусини аниқлаш:
 - b) рентгенологик
 - c) функционал
 - d) клиник
 - e) цитологик
- 2) Ташхис қўйинг:
 - a) ОИТС
 - b) захм
 - c) кандидоз
 - d) бруцеллёз
 - e) ўткир герпетик стоматит
- 3) Солиштира ташхис ўтказинг:
 - a) сурункали афтоз стоматит
 - b) қизил югурук
 - c) қаттиқ шанкр
 - d) папилломатоз
 - e) кандидоз
- 4) Беморга нисбатан тактикангиз:
 - a) махсус тиббий муассасага юбориш
 - b) умумий ва маҳаллий даволаш
 - c) фақат умумий даволаш
 - d) фақат маҳаллий даволаш
 - e) жағ ости, қулоқ олди лимфа тугунларини олиб ташлаш
- 5) Стоматолог ўзини ҳимоялаш учун ишлаши керак:
 - a) кузойнак, маска, резинали қўлқопда
 - b) ҳимояланиши шарт эмас
 - c) қўлқопда
 - d) фартукда
 - e) тўғри жавоб йўқ

3. 29 ёшли бемор (наркоман деб тахмин қилинган) ОИВ билан инфекцияланган деб шубҳа қилинди. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширув ўтказиш лозим?

- a) серологик
- b) микробиологик
- c) микроскопик
- d) миография
- e) реография

4. ОИТС билан оғриган 35 ёшли бемор пастки 4| тишида тунги кучли оғриқ билан мурожаат қилди. Оғриқ ҳамма тур таъсиротларига, баъзан сабабсиз ҳам бўлади. Тишни даволаш вақтида дастак ишлатиш мумкинми?

- a) механик
- b) турбинали
- c) ультратовушли
- d) пескоструйный
- e) аҳамияти йўқ

5. ОИВ инфекцияланган беморга стоматологик ёрдам кўрсатилгандан сўнг асбобларни айна вақтда куруқ-иссиқ стерилизация режими қандай?

- a) 120° – 45 дақиқа
- b) 120° – 60 дақиқа
- c) 180° – 45 дақиқа
- d) 180° – 60 дақиқа
- e) 100° – 120 дақиқа

Тестлар

1. ОИТСни кўпроқ юқиш йўли:

- a) касал донор қони
- b) ҳаво-томчи йўли
- c) уй буюмлари
- d) сўлак
- e) ҳашаротлар

2. ОИТСнинг оғиз бўшлиғида кечадиган тури:

- a) кандидоз
- b) лейкоплакия
- c) герпетик стоматит
- d) Капоши саркомаси
- e) ҳамма жавоблар тўғри

3. ОИТСли беморларда вирусни кўп миқдори аниқланади:

- a) қонда
- b) сўлакда
- c) шиллиқ ажралмасида
- d) онани кўкрак сутида
- e) кўз ёшида

4. ОИТСда биринчи навбатда зарарланади:

- a) лимфоцитлар
- b) эритроцитлар
- c) моноцитлар
- d) тромбоцитлар
- e) ретикулоцитлар

5. ОИТС кўзғатувчиси чидамли:

- a) ультрабинафша нурларга
- b) инфрақизил нурларга
- c) этил спиртига
- d) ацетонга

- е) натрий гипосульфид эритмасига
6. ОИТСни даволашда асосан қўлланиладиган воситалар:
- иммуномодуляторлар
 - яллиғланишга қарши
 - стимулловчи
 - гипотензив
 - безгакка қарши

АМАЛИЙ ҚИСМ

Амалий кўникма «ОБШҚ касалликларида беморларни текшириш усуллари.»

Мақсад: Талабани . ОБШҚ касалликларида беморларни текшириш усулларига ўргатиш.

Кўрсатма: ОБШҚ касалликларини ташхислаш.

Жихозлаш: химоя кўзойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор(волонтер)оғиз бўшлиғини кўриш учун асбоблар.

Амалий кўникма боскичлари:

№	Қадамлар	Бажармади (0 балл)	Тўла бажарди (100 балл)
1.	Химоя воситаларини тақиш.		20
2.	Беморни ташқи киёфасини кўриш.		20
3.	Беморни оғиз дахлизини кўриш(жағлар юмилган холда)		20
4.	Хусусий оғиз бўшлиғини кўриш.		20
5	Сўлак безларини пайпаслаш		20
	Жами	0	100

Назорат саволлари:

- ОИТС билан зарарланиш манбаи.
- ОИТСда кандидознинг клиник кўриниши.
- Сочли лейкоплакия клиникаси.
- Капоши саркомасининг клиникаси.
- ОИТСда ярали-некротик стоматит.
- ОИТСда вирусли инфекциялар.
- ОИТСда пародонтитнинг клиникаси.
- Врач-стоматолог тактикаси.

10 – МАШҒУЛОТ

I. **Мавзу:** Венсан ярали-некротик стоматити.

II. **Машғулот мақсади:**

Венсан ярали-некротик стоматити ташхисини, солиштирма ташхисини ва даволашни ўргатиш.

III. **Машғулот режаси:**

Венсан ярали-некротик стоматитини ОБШҚда намоён бўлишини ёритиш.

IV. **Калит сўзлар:**

Венсан ярали-некротик стоматити, этиологияси ва клиникаси.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий машғулотнинг мазмуни

Бу касаллик организм умумий қаршилиги сусайганда, ОБШҚ шиллиқлиги бузилганда, витаминлар етишмовчилигида, совуқ қотиш, толиқишдан сўнг

ҳамда вирус инфекциялари, кўп шаклли экссудатив эритема, аллергик стоматитлар ва оғиз бўшлиғининг ногигиеник ҳолати асорати сифатида юзага келиш мумкин.

Одатда у милк қирралари, лунж, ретромолляр соҳа, юмшоқ танглай, танглай равоқлари, бодомсимон безларни зарарлайди. Яралардан олинган қириндилар бактериологик текширилганда унда урчуқсимон фузобактериялар ва спирохеталар симбиози топилади.

Кечиши бўйича сурункали ва ўткир; оғирлиги бўйича енгил, ўрта оғирликда ва оғир кечиши фарқ қилинади. Одатда 30 ёшгача бўлган шахсларда, кўпроқ эркакларда учрайди.

Шикоятлар: овқат қабул қилганда оғриқ сезиш, милкларнинг қонаши, оғиздан бадбўй хид келиши ва кўп сўлак ажралиши кабилар безовта қилади, тана ҳарорати $37,5-38^{\circ}\text{C}$ га кўтарилиб, регионар лимфа тугунлари катталашади ва оғриқли бўлиб қолади.

Жараён катарал кўринишда бошланиб, тезда яра холига ўтади. Милк шиллиқ қавати шишиб қизаради ва текканда тез қонайдиган бўлиб қолади. Милк қирралари ва сўрғичлари эпителийси хиралашади ва кейинчалик некрозга учрайди. Бунинг натижаси милк қирралари ҳудди нотекис кесилган каби кўринишда бўлиб, юзаси осон кўчадиган сарғиш-кулранг караш билан қопланади.

Касалликни кечишини оғирлаштирувчи омиллар ва имунитетнинг пасайиш ҳоллари бўлганда оғиз бўшлиғининг бошқа соҳалари ҳам зарарланади, бунинг натижасида ярали-некротик стоматит вужудга келади. Бунда тана ҳарорати $38-38,5^{\circ}\text{C}$ га етади. Бемор рангпар, регионар лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли, ЭЧТ ва лейкоцитлар сони ортган бўлади.

Сурункали ярали-некротик стоматит ўткир жараён оқибати сифатида намоён бўлиб, секин кечиши билан характерланади. Бемор милкларининг доимо қонаб туриши, кучсиз оғриқлар, оғиздан бадбўй хид келишига шикоят қилади. Милкларда димланган қизариш, шиш бўлиб, яраланган қирралари зичлашган бўлади. Некротик хошия одатда тишлар орасида жойлашади. Зарарланган соҳа шиллиқ қаватнинг ривожланиб борувчи деструкцияси ушбу касалликка хос ҳисобланади. Жағ ости ва бўйин лимфа безлари оғриқли, лекин умумий белгилар доимо кузатилмайди. Ярали-некротик стоматит альтернатив яллиғланиш жараёни ҳисобланади.

Яра қирраларидан биопсия олиб, патогистологик текширилганда, унда 2 қават ажратилади: юза – некротик ва чуқур – яллиғланишли қаватлари. Юза қаватда кўплаб турли флора – кокклар, таёқчалар, фузобактериялар, спирохеталар ва бошқалар топилади. Чуқур жойлашган қаватда яллиғланиш, шиш, томирларнинг кенгайиши ва қоннинг шаклли элементлари бўлиши мумкин. Зарарланмаган тўқима ичида фақатгина эпителий ичига кириб қолган спирохеталар топилади.

Ярали соҳалар қириндиларнинг цитологик кўриниши носпецифик яллиғланиш белгиларидан иборат. Касаллик бошланишида унда структурасиз массалар, эритроцит ва нейтрофилларнинг парчаланиш маҳсулотлари топилади. Тузалаётган касалликнинг иккинчи даврида парчаланган

нейтрофиллар билан бир қаторда етук фагоцитоз қилувчи хужайралар ва гистиоцитлар элементлари пайдо бўлади.

Эпителизация бошланган даврда спирохета ва фузобактериялар сони камайиб, ёш эпителий хужайралари қатламлари пайдо бўла бошлайди.

Венсан гингивостоматитининг оғир ва ўртача оғир даражаларида унинг кечиши ярали-некротик стоматитнинг гангреноз шакли билан оғирлашиши мумкин. Бундай ҳолат умумий аҳволи кескин бўшашган болалар, камроқ ҳолларда катталарда касалликнинг энг бошидан кузатилиши мумкин. Бунда анаэроб микроблар ривожланиши учун қулай шароит яратилиши мумкин.

Гангреноз стоматитга агрессив кечиш хосдир: аввалига милк шикастланиб, кейин суяк ости пардасига ўтади, суяк очилиб қолади, баъзи ҳолларда альвеоляр суякларда секвестрация ўчоқлари пайдо бўлади. Касаллик ривожланиб бориб, жараён қаттиқ ва юмшоқ танглай, тил, лунж шиллиқ ва мушак пардасига ҳам тарқалиши мумкин. Умумий аҳволи оғир, тана ҳарорати 37,5-38°C, динамик ҳолат кузатилади. Патогистологик текширганда, кўп микдордаги микрофлоранинг тўпланиб қолганлиги, гангреноз чириш, атроф тўқима майда томирларининг тарқоқ тромбози борлиги аниқланади.

Солиштирма ташхис: турли қон касалликлари (агранулоцитоз, лейкоз), авитаминоз С, трофик ўзгаришлар ва специфик жараёнларда учрайдиган яралар ва аллергияк стоматит билан ўтказилади.

Аллергияк стоматитдан Венсан гингиво-стоматити анамнез, клиникаси ва бактериологик текшириш натижаси асосида фарқланади.

Венсан стоматитига ўхшаш ҳолат симоб интоксикацияси натижасида келиб чиқиши мумкин. Беморнинг симоб билан контактда бўлгани аниқланса, унинг сийдигида симоб бор-йўқлигини аниқлаш зарур.

Оғиз бўшлиғида ярали-некротик жараёнлар специфик инфекциялар (ОИТС, захм) ва ўсма жараёнлари (саркома, саратон) да ҳам кузатилиши мумкинлиги сабабли анамнез синчиклаб йиғилади ва зарур бўлган ҳолларда умумий текшириш усуллари (Вассерман реакцияси, ОИВга тест, қон умумий таҳлили, цитологик, бактериоскопик, патогистологик текширишлар) қўлланилади.

Даволаш. Венсан ярали-некротик стоматитини даволаш чоралари ҳажми унинг оғирлик даражасига боғлиқ. Кўпинча бу касаллик умуман соғлом бўлган ёшларда учрагани сабабли уларда асосан маҳаллий даволаш амалга оширилади. Маҳаллий ишлов қанчалик илгари бошланиб, қанчалик сифатли бўлса, беморнинг аҳволи шунча тез яхшиланади. Шикастловчи омилларни йўқотиш ва оғиз бўшлиғига сифатли ишлов бериш касалликни бартараф этишнинг зарур шартларидан ҳисобланади.

Маҳаллий даволаш: шикастловчи омилларни йўқотиш, некротик тўқималарни олиб ташлаш, микрофлорага таъсир этиш, шиллиқ қаватнинг регенератив жараёнларини кучайтиришдан иборат.

Даволаш оғиз бўшлиғини оғриқсизлантиришдан бошланади. Бунда пиромекаин, тримекаин ва лидокаинни аппликация ва инъекция ҳолатида ишлатиш мумкин. Шундан сўнг ҳамма механик таъсирловчилар: тиш ва протезларнинг ўткир қирралари, тиш тошлари ва тиш қарашлари бартараф

этилади. Кариоз бўшлиқлар антисептик эритмалар билан ювилади. Емирилган тишларни олиб ташлашни яралар эпителизация бўлмагунча амалга оширмаслик керак, чунки бунда турли асоратлар, альвеолит, периостит, абсцесс, флегмона юзага келиши мумкин. Некротик тўқима протеолитик ферментлар: трипсин, хемотрипсин, лизоамидаза, дезоксирибонуклеаза ёрдамида тозаланади. Оғиз бўшлиғи антисептиклар (0,5% ли водород пероксиди, 1% ли хлорамин, 0,06% ли хлоргексидин, 0,5% ли этоний, 1:5000 нисбатдаги калий перманганат) нинг илиқ эритмалари билан чайилади. Милк чўнтаклари, яра юзалари, тиш оралари кучли оқим билан ювилади. Бемор биринчи бор келганида оғиз бўшлиғига бутунлай ишлов берилиб, кейинчалик кундалик ишлов бериш амалга оширилади. Уйда бемор оғзини водород пероксидининг 3% ли эритмаси, 1:5000 нисбатдаги калий перманганати, хлоргексидиннинг 0,06% ли эритмалари билан ҳар 3 соатда чайиб туриш керак.

Венсан стоматити енгил кечганда маҳаллий даволашнинг ўзи етарли бўлади. Касаллик оғир кечган ҳолларда умумий даво қилинади. Антимикроб восита сифатида метронидазол (трихопол, флагил, клион) 0,25 дан кунига 2 маҳал 7-10 кун давомида буюрилади. Метронидазолни суяқ бўтқасимон кўринишида маҳаллий қўллаш ҳам мумкин: некротик тўқималар олиб ташлангач, бўтқа зарарланган тўқималар соҳаси юзасига суртилади. Жуда оғир ҳолларда кенг таъсир доирасига эга бўлган антибиотиклар: бициллин-3 300000 ТБ дан 5-10 марта 3 кунда 1 тадан ёки 600000 ТБ дан 1 ҳафтада 1 марта; эритромицин, олететрин, окситетрациклин кунига 800000-100000 ТБ дан 5-10 кун давомида буюрилади. Касаллик оғирлигидан қатъий назар беморларга В гуруҳ витаминлари, аскорутин (0,1 дан кунига 2 маҳал 10-14 кун) тавсия этилади.

Тўғри даволанганда беморларнинг аҳволи 24-28 соатдан кейин яхшиланади, беморларда оғриқ камаёди ёки йўқолади, иштаха ва уйку меъёрига келади. ОБШҚдаги шиш гиперемия йўқолиб, касалликнинг енгил ҳолида 3-6 кунга келиб эпителизация бошланади.

Агарда оғиз бўшлиғида сурункали инфекция ўчоғи (пародонтал чўнтаклар, капюшонлар) бўлса ёки шикастловчи омиллар (тиш ва пломбаларнинг ўткир қирралари, тиш тошлари, сифатсиз протезлар) бартараф этилмаса ёки оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилинмаса, касаллик яна қайталаниши мумкин.

Кечиши. Агар касаллик ўз вақтида ва тўғри даволанса, касаллик тузалиши билан тугалланади. Венсан стоматитини ўтказган беморлар 1 йил давомида кузатувда бўлишлари керак. Биринчи кўрик 1-2 ойдан сўнг, қайта кўрик эса 6 ойдан сўнг ўтказилади.

Профилактикаси. Оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш, мунтазам санация қилиб туриш, иммунитетни сусайишига олиб келадиган инфекцияцион ҳолатларни ўз вақтида профилактика қилиш ва даволашдан иборат.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

- 1.«Ўргимчак ини»
- 2.Органайзерлар тузиш (Нима учун,Қандай)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ

Вазиятли масалалар

1. 20 ёшли бемор қувватсизликка, тана ҳарорати ошишига, бош оғришига, овқат еганда оғриққа, милклар қонашига, оғзидан келадиган қўланса хидга шикоят қилади. Аввал бемор грипп ва тумов билан оғриганлиги, гриппдан 10-12 кундан сўнг юқоридаги шикоятлари пайдо бўлганлиги аниқланди. Кўрикда ОБШҚ қизарган, милк сўрғичлари, шишган, охирги тишлар атрофида, яралар устида кўкимтир-кулранг қўланса хидли караш билан қопланган юза кузатилади. Караш олингандан сўнг қонаб турувчи юза кўринади. Регионар лимфа тугунлар оғриқли ва катталашган. Цитологияда: урчуксимон таёқча ва спирохеталар аниқланди.

1) Ташхис қўйинг.

2) Даволаш режасини тузинг.

2. Бемор 30 ёш, ташхис: Венсан ярали-некротик стоматити. Шикоятдан бемор тез-тез шамоллаб туради.

1) Даволаш режасини тузинг.

3. 18 ёшли бемор тана ҳароратининг 38°C га ошганлигига, бош оғришига, овқат қабул қилганда оғиз бўшлиғидаги оғриққа, милклар қонашига, оғиз бўшлиғидан хид келишига шикоят қилади. Анамнезидан грипп бўлганлиги ва шамоллаганлиги маълум бўлди. Гриппоз ҳолатдан сўнг 12 кундан кейин юқорида кўрсатилган ҳолатлар пайдо бўлди. Кўрикда ОБШҚ гиперемияланган, шишган, милк сўрғичларида шиш борлиги, пастки 3-моляр соҳасида кулранг-яшил караш борлиги аниқланади. Караш олинганда қоновчи юза ҳосил бўлади. Яра асоси зичлашмаган. Регионар лимфа тугунлари оғриқли, катталашган, ҳаракатчан. Цитологик текширув: ярадан олинган суртмада спирохеталар ва урчуксимон таёқчалар симбиози кузатилади.

1) Морфологик элементни аниқланг:

- a) везикула
- b) яра
- c) пустиула
- d) абсцесс
- e) чандик

2) Қўшимча текширувларни ўтказинг:

- a) Шиллер-Писарев
- b) Кулаженко
- c) люминесцент
- d) қон таҳлили
- e) бактериологик

3) Ташхис қўйинг:

- a) лейкоплакия
- b) кандидоз
- c) иккиламчи захм
- d) қизил югурук
- e) Венсан ярали-некротик гингивостоматити

4) Даволаш:

- a) ферментлар билан антисептик ишлов
- b) 2% ли лидокаин билан оғриқсизлантириш
- c) трихопол
- d) В гуруҳ витаминлари
- e) ҳамма жавоблар тўғри

4. Терапевтик стоматология бўлимига ҳарбий аскар мурожаат қилиб, қуйидаги шикоятларни билдирди: бош оғриши, холсизлик, ОБШҚдаги оғриқлар, айниқса, сўзлаганда ва овқат еганда оғриқлар кучайишига, милклари қонашига, оғиздан қўланса хид келишига. Анамнезидан маълум бўлишича 38 тишни олдиргандан сўнг юқorigи шикоятлар намоён бўлди ва тана ҳарорати $37,5^{\circ}\text{C}$ ва ундан юқorigача ошди. Объектив ҳолат: ОБШҚда катарал яллиғланиш белгилари, милкнинг шиллиқ қаватида ретромолляр соҳада ярали-некротик жараён кузатилади, альвеолляр суяк очилган, гиперсаливация ва чириган хид келади. Беморнинг умумий ҳолати оғир.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Даволаш режасини тузинг.

Тестлар

1. Ярали-некротик стоматит кўпроқ холсизланган одамларда қуйидаги ёшда учрайди:

- a) ёшларда
- b) 40-50 ёшларда
- c) кексаларда
- d) қарияларда
- e) чақалоқларда

2. Венсан ярали-некротик стоматитида бемор шикоят қилади:

- a) оғиз бўшлиғидаги оғриққа
- b) оғиздан ноҳуш хид келишига
- c) кескин милк қонашига
- d) умумий холсизликка
- e) ҳамма жавоблар тўғри

3. Ярали-некротик стоматит бактериологик текширувида асосан аниқланадиган микрофлора:

- a) анаэроблар
- b) спирохеталер
- c) а, б
- d) кокклар
- e) вируслар

4. Ярали-некротик стоматитни умумий даволашда асосан тавсия этилади:

- a) метронидазол, витаминлар, антигистамин препаратлар
- b) кортикостероид, витаминлар
- c) антибиотик, сульфаниламидлар
- d) цитостатиклар, витаминлар
- e) салицилатлар, анальгетиклар, витаминлар

5. Ярали-некротик стоматитни маҳаллий даволашда самарали восита:

- a) трихопол
- b) метрогил дента
- c) а, б
- d) нистатин
- e) бонафтон

6. Бактериологик текширувда спирохета ва фузобактериялар кўплиги хос:

- a) ярали-некротик стоматитга
- b) лейкоплакияга
- c) қизил ясси темираткига
- d) кўп шаклли экссудатив эритемага
- e) сурункали афтали стоматитга

7. Венсан ярали-некротик стоматитида морфологик элемент:

- a) яра
- b) пуфакча
- c) папула
- d) пуфак
- e) доғ

8. “Ўра-оғизли” стоматит деб номланади:

- a) Венсан ярали-некротик стоматити
- b) протезли стоматит
- c) медикаментоз стоматит
- d) аллергия стоматит
- e) микотик стоматит

9. Венсан ярали-некротик гингивостоматити қиёсий ташхисланмайди:

- a) қизил ясси темиратки
- b) лейкоплакия
- c) а, б
- d) лейкоз
- e) оғир металл тузлари билан заҳарланиш

10. Венсан стоматити яна номланади:

- a) ярали-мембранали стоматит
- b) “Ўра-оғиз”
- c) Плаут-Венсан стоматити
- d) фузоспирохетали стоматит
- e) ҳамма жавоблар тўғри

11. Венсан стоматити қўзғатувчиси:

- a) урчуксимон таёқча
- b) спирохеталар
- c) а, б
- d) Кох таёқчаси
- e) оқиш трепонема

12. Венсан стоматити қиёсий ташхисланади:

- a) лейкоз билан
- b) оғир металл тузлари билан заҳарланиш

- с) сифилитик яралар билан
- d) гиповитаминоз С билан
- е) ҳамма жавоблар тўғри

13. Венсан стоматитини келтириб чиқарувчи омиллар:

- a) совуқ қотиш, чарчок
- b) иммунитет пасайиши
- с) витаминлар танқислиги
- d) ҳамма жавоблар тўғри

14. Венсан стоматити учун характерли эмас:

- a) тери тошмалари
- b) оғиз бўшлиғидаги оғриқлар
- с) бош айланиши
- d) оғиздан ноҳуш хид келиши
- е) оғиздаги яралар

Амалий қисм

Амалий кўникма :Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида некроэктомия ўтказиш

Мақсад: Беморларда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасига маҳаллий ишлов бериш

Кўрсатма: ОБШҚ ни некрозга учраган тўқимасига маҳаллий ишлов бериш

Керакли жихозлар: Стоматологик кресло, стоматологик ускуна, стандарт стоматологик набор, антисептиклар, пахта валиклари, анестетиклар, фермент препаратлари, кератопластик малҳамлар.

Баजारаладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитув чининг имзоси
1	Оғизни кучсиз антисептик восита билан чайдириш.	0	10		
2	Некрозга учраган майдонга оғриқсизлантирувчи воситани 2-3 дақиқага суркаш.	0	20		
3	Некрозга учраган майдонга фермент препаратини қўйиш ва 2-3 дақиқадан сўнг илиқ сув билан ювиш.	0	30		
4	Антисептик воситаларга шимдирилган пахта ёки марли болишчалари билан некрозланган шиллиқ пардага ишлов бериш	0	30		
5	Патологик жараёнга кератопластик малҳамни шпател ёки гладилка ёрдамида суркаш.	0	10		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

- Венсан ярали-некротик гингивостоматити этиологик омиллари.
- Кўшимча текшириш усуллари таърифлаб беринг (кон таҳлили, цитологик, бактериологик).
- Венсан ярали-некротик гингивостоматити клиникаси.

4. Венсан ярали-некротик гингивостоматити қиесий ташхиси.
5. Венсан ярали-некротик гингивостоматити бўлган беморларни текшириш усуллари.
6. Венсан ярали-некротик гингивостоматитини даволаш.

11 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Сил. Сил касаллигида оғиз бўшлигидаги ўзгаришлар.

II. Маиғулот мақсади:

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида силни намоён бўлишини ўрганиш, талабаларга сил касаллигида ташхис қўйишни ўргатиш, бошқа ўхшаш касалликлар билан таққосий ташхис ўтказиш.

III. Маиғулот режаси:

Талаба силни клиникасини, келиб чиқиш сабабларини, шиллиқ қаватда кўринадиган клиник белгиларини, даволаш усулларини ўрганади..

IV. Калит сўзлар:

Сил, клиник шакллари, клиникаси, ташхислаш, стоматолог тактикаси.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий маиғулотнинг мазмуни

Сил (tuberculosis)- сурункали инфекцион касал бўлиб, сил микобактерияси орқали юқади (Кох таёқчаси). У ОБШҚ гематоген, лимфоген ёки экзоген йўл билан (хаво-томчи ёки алиментар), шу билан бирга инфекцияни бирламчи ва иккиламчи белгиларини намоён қилади.

ОБШҚ 1% сил билан касалланган беморларда иккиламчи булиб (упка сили, бугим сили, тери сили) сил югуруги, миллиар-ярали сил ва кам холларда — колликуватив сил — скрофулодерма кузатилади.

ОБШҚ ва лаб сили асосан якка ўзи учрамайди, чунки ОБШҚ сил таёқчаларига кам сезгир бўлади, лекин текширувлар натижаси шуни кўрсатадики шикастланмаган шиллиқ қават сил таёқчалари билан контакт бўлганда зарарланиши мумкин. Болаларда бирламчи сил комплексини ривожланиши микобактерияни шиллиқ қаватни шикастланган жойида юзага келади. 8-30 кундан сўнг (инкубацион) оғриқли, 10-15 мм хажмли, четлари нотекис, лимфаденит билан кечувчи, гўнғир — кулранг тубли ярапайдо бўлади. Лимфатик тугунлар йиринглашиши мумкин. 2 хафта -1 ойда яра давосиз хам, ўз-ўзидан йўқолиб кетиши мумкин.

Сил югуруги (lupus vulgaris) юз-жағ тизимини иккиламчи сил билан зарарланишини энг кўп учрайдиган шакли хисобланади.

ОБШҚ сил билан зарарланишини бирламчи элементи бўлиб сарғиш-қизил рангдаги, юмшоқ консистенцияли, хажми диаметрда 1-3 мм бўлган люпома — специфик сил дўмбоқчаси (tuberculum) хисобланади. Улар гурух бўлиб жойлашади, янгилари периферияда, марказда жойлашганлари эса сузхмасимон парчаланган ва қўшни дўмбоқчалар билан қўшилиб кетиш хусусиятига эга бўладилар. Бу холда унча чуқур бўлмаган, юмшоқ, четлари ўйилган ва нотекис бўлган, сарғиш-қизил ёки қип-қизил папилломатоз, малина мевани эслатувчи хосилали, усти тез қонувчан, сарғиш караш билан қопланган жаралар пайдо бўлади.

Клиник кечиши бўйича узоқ вақт давом этувчи сил югуругини **қуйидаги босқичлари фарқланади:** инфильтратив, дўмбоқли, ярали ва чандикли. Сил югуруги асосан юз терисида (капалак кўринишида) бўлиб, юқори лабга, қизил хошияга тарқалади, кам холларда милкни шиллиқ қаватига ва юқори жағнинг фронтал тишларни альвеоляр ўсиғига, юқори лаб ва лунжларга, каттиқ ва юмшоқ танглайга тарқалиб, асосан зарарланган ўчоқ четлари ўйилган, нотекис шаклли, туби қонаб турувчи грануляцияли яралар билан намоён бўлади. Жараен кўпинча лабнинг қизил хошиясида кузатилади. Бунда лаб шишади, қаттиқлашади, унда ёриқлар пайдо бўлади, яра ривожланади, унинг устида қонаб турувчи пўстлоқлар аниқланади. И.Г.Лукомский сил ярасини милкнинг шиллиқ қаватида жойлашганига қараб қуйидаги 4 хил сил зарарланишини фарқлайди:

1) — Маргинал. Аввал милк қирғоғида инфильтрация кўринишида бўлиб, сўнг дўмбоқли-эрозив шаклига ўтади. Милкни шиллиқ қавати қип қизил рангда, милк қирғоқлари ва милк сўрғиқлари шишади, милк қирғоғини контури силлиқлашади. Милк гўё тешилганга ўхшайди, оғриқли, ялтироқлигини йўқотади, тез қонувчан бўлади.

2) — Супрамаргинал. Инфильтратив еки дўмбоқли-эрозив шикастланиш милк қирғоғига тарқалмайди. Яра битгандан сўнг ўрнида чандиклар пайдо бўлади, уларнинг устида янги люпомалар, сўнг эса нотекис бўлган, кулранг - сарғиш қараш билан қопланган яралар ривожланади.

3) — Тотал. Айрим вақт милк юзасида инфильтратив ўзгаришлар кузатилади, кўпроқ эса эрозив ёки ярали хосилалар хос бўлиб, тишлар қимирлаб, тушиб кетади, альвеоляр ўсимтанинг суяк тўқимаси зарарланади, люпоз гипертрофик гингивит манзараси кузатилиши мумкин.

Регионар лимфатик тугунлар катталашади ва қаттиқлашади.

4) — Билатерал. Зарарланиш ярали югурук кўринишида кечади, бунда типик динамикали жараен кўпинча милклар, танглай, тил ва лабларнинг комбинациялашган сил зарарланиши кузатилади: дўмбоқчалар — парчаланиш — яра - чандик.

ОБШҚ ва лабнинг қизил хошиясида жойлашган сил югуругидаги яралар 1 - 10% да ёмон сифатли ўсмаларга олиб келиши мумкин.

Диагностика. Клиник диагностикада касалликни силга хос бўлган симптомлар — “олма желеси” (диакопияда), зондлаш усули (Поспелов) аниқланади.

Буюм ойнача билан тери еки лаб қизил хошиясига босиб кўрилганда зарарланган тўқима оқаради ва люпома олма желесига ўхшаб яхши кўринади, люпома зондлаганда тугмали зонд люпомага осон кириб кетади (Поспелов симптоми). Регионар лимфа тугунлар катталашган, хамирсимон консистенцияли, қўшилиб кетган ва дўмбоқли кўринишда. Пирке синамаси мусбат. Кох таёқчалари кам холларда аниқланади.

Патогистологик текширувда типик сил дўмбоқлари, эпителиоид хўжайралар, Пирогов-Ланганс гигант хўжайралари ва перифериядаги лимфоцитлар аниқланади.

Казеоз некроз кам ёки аниқланмайди. Яллиғланиш инфильтратни лимфоцит ва плазмоцитлар ташкил қилади. Кох таёқчалари кам миқдорда кузатилади.

Қиесий таишис. Сил югурукни учламчи захмдаги дўмбоқсимон зарарланишдан, кизил югурукдан фарқлаш лозим. (учламчи захмда дўмбоқлар чандиқ юзаларида қайтадан юзага келмайди, Поспелов симптоми -манфий); кизил югурукда люпома аниқланмайди, эритема, гиперкератоз ва чандиқли атрофия кузатилади.

Миллиар-ярали сил (tuberculosis miliaris ulceroza) — ОБШҚ сил билан иккиламчи зарарланиши, организмни пасайган реактивлигида ривожланади. Сил микобактериялари кўп миқдорда балғам билан ажралади, касалликни оғир кечувчи шаклида ўпка силдан шикастланган оғиз шиллиқ қаватига, аутоинокуляцияи йўли билан осон киради, кўпинча тишларни жипслашган жойида, тилни устки ва ён юзаларида, юмшоқ танглайда кузатилади. Типик кўринишда сил дўмбоқлари ривожланади, марказий қисми парчаланади, периферия бўйлаб ўсиб, катталашади. Зарарланиш марказида аввал унча чуқур бўлмаган четлари нотекис, юмшоқ жуда оғриқли яра ривожланади. Яра туби ва четлари донатор бўлиб, сарғиш-кулранг караш билан қопланган. Яра перифериясида майда абсцесслар, яъни Трель доначалари кузатилади. Давомли ривожланган яраларга иккиламчи инфекция қўшилади, натижада яранинг туби ва четлари қаттиқлашади. Тил ва ўтув бурмалардаги яраларни шакли тирқишга ўхшаш бўлади. Лимфатик тугунлар аввал пальпацияда аниқланмайди, сўнг катталашиб, қаттиқ эластик консистенцияли бўлиб, жуда оғриқли бўлади.

Диагностика. Миллиар-ярали силни ташхислашда беморнинг умумий ахволи ахамиятли ҳисобланади (холсизлик, озиб кетиш, тана хароратини биров ошиши, кўп терлаш). Ярадан олинган цитологик текширувда яллиғланиш элементлари ва аралаш микрофлора орасида гигант Пирогов-Лангганс ва эпителиоид хўжайралари аниқланади. Айрим пайтда (Цильс-Нильсену бўйича бўяганда) сил микробактерияларини аниқлаш мумкин. Ушбу буморларда организм реактивлиги пасайгани учун, Пирке тери ичра синамаси кўп холларда манфий бўлади.

Қиесий таишис. Миллиар-ярали сил қиесланади ОБШҚ нинг травматик, декубитал ва трофик яралардан, иккиламчи захмни иккиламчи инфицирланган шаклидаги эрозия ва яралар билан, учламчи захмдаги гуммоз яралардан, Венсан стоматитидан ва х.к.

Колликуватив сил (скрофулодерма) — иккиламчи силни кам учрайдиган шакли. Асован болаларда учрайди. ОБШҚ чуқур қатламларида тугунлар ҳосил бўлади, вақт ўтган сари юмшоқ консистенцияли нотекис шаклдаги яра пайдо бўлади, четлари нотекис, тубида грануляциялар ривожланади, кам оғриқли. Яра битгандан кейин чандиқлар пайдо бўлади.

Қиесий таишис. Колликуватив силни ОБШҚ тубида грануляцион тўқимали гуммоз яралардан, (четлари кратерсимон, зич ва оғриқсиз; битгандан сўнг юлдузсимон буралган чандиқлар ривожланади); актиномикоздан (тугунлар дарахтсимон қаттиқ, оқма йўли мавжуд); саратон ярасидан, зич, оғриқли, четлари буралиб чиққан, цитологик текширувда атипик хўжайралар кузатилади.

Даволаш. ОБШҚ силини даволашда стоматолог терапевт ва фтизиатр буюрган умумий терапия фонида оғиз бўшлиғини санация қилади, шикастловчи омилларни бартараф қилади, тиш ва пародонт касалликларини даволайди. Шу мақсадда антисептиклар, некролитик воситалар, силга қарши махсус препаратлар. — изониазид, фтивазид, салюзид, метазад; оғриқ қолдирувчи препаратлар, ва тўқималарни репаратив хусусиятларини кучайтирувчи воситалар буюрилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Ўргимчак ини» номли иш ўйинини ўтқизиш.
2. Органайзерлар тузиш (Тоифалаш жадвали).

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ

Вазиятли масалалар

1. Бемор К. 48 ёшда, врачга холсизликка, нафас қисишига, кўкрагидаги оғриққа, хуружсимон йўталга шикоят қилиб келди. ОБШҚда нотўғри шаклда, атрофи қазилгандек нотекис яра аниқланади. Яра тубида пишган малинани эслатадиган, папилломатоз ўсимталар аниқланади.

- 1) Якуний ташхис қўйинг.
- 2) Сизнинг тактикангиз.

2. Бемор Н. 50 ёшда, силнинг очик шакли билан оғриган. Оғиз бўшлиғида диаметри 2,5 см гача яра аниқланади. Яра нотўғри шаклда, атрофи қазилгандек, юмшоқ консистенцияли. Яра тубида оз миқдорда кулранг-сарғиш доғга ўхшаш дўмбоқчалар аниқланади.

- 1) Бемор силнинг қайси тури билан оғриган?
- 2) Сизнинг тактикангиз.

3. 4 ёшли бола, ранги оқич, апатик холда. Оғиз бўшлиғининг объектив кўригида ОБШҚ чуқур қаватларида тугунлар кузатилади. Тугунлар юмшаган, яраланган, босиб кўрилганда қон аралаш йиринг ажралади. Яралар нотекис шаклда, четлари ўйилган, кам оғриқли. Яралар бир-бирлари билан фистулёз йўллар билан қўшилмаган.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Касаллик шаклини аниқланг.
- 3) Силнинг чақирувчиси:

- a) Кох таёқчаси
- b) стрептококк
- c) стафилококк
- d) Ганзен микобактерияси

4) Оғиз бўшлиғида сил кўпроқ бўлади:

- a) бирламчи
- b) иккиламчи
- c) учламчи
- d) туғма

5) Оғиз бўшлиғи силида бирламчи элемент ҳисобланади:

- a) пуфак
- b) пўстлок

- c) дўмбоқча
- d) ёрилма

6) Оғиз бўшлиғида кўпроқ учрайди:

- a) лаб ва шиллик қават сили
- b) сил югуруги
- c) колликатив сил
- d) милиар-ярали сил

4. 47 ёшли бемор, оғзидаги ярага шикоят қилади. Анамнезидан маълум бўлишича бемор сил диспансерида рўйхатда туради. Объектив ҳолатда: яра юзаки жойлашган, кам оғриқли, туби сарғиш еки сарғиш-қизил караш билан қопланган, ўсиб кетган грануляция тўқимаси кузатилади, кўриниши малинани эслатади. Тугмали зонд билан босилганда зонд чўкиб кетади.

1) Қайси бирламчи элемент ярадан аввал пайдо бўлади:

- a) доғ
- b) дўмбоқча
- c) тугунча
- d) киста
- e) пуфак

2) Қайси симптом тугмали зонд билан аниқланади, бу симптом қандай номланади?

- a) Никольский симптоми
- b) «олмали желеси» симптоми
- c) Поспелов симптоми
- d) вазопарез симптоми
- e) гранулёманинг титраши симптоми

3) Қайси кўшимча текшириш усулини ўтказиш мумкин:

- a) ЭОД
- b) термометрия
- c) Никольский симптоми
- d) «олма желеси» симптоми
- e) перкуссия

Тестлар

1. Силни нима чақиради?

- a) Кох таёқчаси
- b) кандида уруғидаги замбуруғсимон хужайралар
- c) стрептококклар
- d) стафилококклар

2. Оғиз бўшлиғининг шиллик қаватидаги сил кўпинча бўлади:

- a) бирламчи
- b) иккиламчи
- c) учламчи
- d) туғма

3. Сил югуругидаги бирламчи элемент:

- a) дўмбоқча
- b) пуфак

- с) кипикча
d) ёрик
4. Люпомани ташхислашда қайси усуллар қўлланилади:
a) радиотекширув
b) рентген ва ультратовуш текшируви
c) зондлаш ва диаскопия
d) диаскопия
5. Люпус-картинома бу:
a) сил ярасидан ҳосил бўлган саратон
b) саратон шиши парчаланган жойда ҳосил бўлган яра
c) люпома ўрнида ҳосил бўлган яра
d) сурункали ёрик ўрнида ҳосил бўлган саратон
6. Трель доначалари қачон аниқланади:
a) бирламчи сил комплексида
b) милиар-яралли силда
c) сил югуругида
d) колликатив силда
7. Милиар-яралли сил ривожланади:
a) сил реакцияси мусбат бўлганда
b) сил реакцияси манфий бўлганда
c) сил реакцияси мусбат ва манфий бўлганда
d) сил реакциялари аҳамиятга эга эмас
8. Сил югуруги қайси касалликлар билан таққосланади:
a) дўмбоқсимон захм, мохов, қизил югурук билан
b) қизил югуруги, қизил ясси темиртки, лейкоплакия билан
c) дўмбоқсимон захм, Венсан яралли-некротик стоматити билан
d) кандидоз, мохов, захм билан

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий куникма : Атипик кавакларни пломбалаш

Мақсад: Беморларда атипик кавакларни пломбалашни урганиш

Курсатма: Атипик кавакларни пломбалашни урганиш

Керакли жихозлар: бормашина, стоматологик кресло, стандарт стоматологик асбоблар, композит пломба жамламаси, тиббий ишлов бериш учун ашелар, турли борлар, фотополимеризатор

Амалий кўникма қадамлари:

№	Амалий кўникма	Бажар а олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитувчи имзоси
1	Атипик ковакли тишни аниқлаш.	0	5		
2.	Кариес кавакга механик ишлов бериш ва фальц (нишаб) ҳосил қилиш.	0	15		
3.	Бўшлиқни ювиб чайиш ва қуриштиш.	0	5		
4.	Ажратувчи таглик қўйиш.	0	15		
5.	Ортофосфор кислотаси (кондиционер) ёрдамида эмал ва дентин тўқимасига (эмаль- 40 сек, дентин 20 сек), ишлов	0	15		

	бериш.				
6.	Сув билан ювиб хаво билан қуритиш.	0	5		
7	Шакллантирилган бўшлиқга Opti bond Solo бонд суркаб – галоген лампа нури билан 20 сек.нурлантириш.	0	5		
8	Композит ашени атипик ковакка киритиб, гладилка билан шакллантириш.	0	15		
9.	Лампа нури билан керакли сония ичида нурлантириш, якуний ишлов бериш.	0	20		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

1. Сил қандай касалликлар гурухига киради.
2. Силни келиб чиқиш сабаблари.
3. Сил инфекциясини юқиш йўллари.
4. Силни қиёсий ташхислаш
5. Силни клиник кўриниши.
6. Силни даволаш.
7. Силни профилактикаси.

12 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Заҳм. Сўзак. ОБШҚда намоён бўлиши. Врач-стоматолог тактикаси.

II. Машғулот мақсади:

талабаларни заҳм ва сўзак касалликлари билан таништириш, клиник кўринишини ўзига хос белгиларини аниқлаш, ташхислаш усулларини ва таққосий ташхис ўтказишни, даво усулини тўғри танлашни ўргатиш.

Заҳм ва сўзакни профилактика усуллари билан таништириш.

III. Машғулот режаси:

Заҳм ва сўзак касалликларини ОБШҚда намоён бўлишини ёритиш.

IV. Калит сўзлар:

Заҳм, сўзак касалликлари, клиникаси, текшириш ва ташхислаш усуллари, стоматолог тактикаси.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий машғулотнинг мазмуни

Заҳм – бу сурункали касаллик бўлиб, рангсиз трепонема таъсирида келиб чиқади.

Касаликка хос бўлган белгилар: тўлқинсимон кечиш, олдинма-кейин ва аста-секин патолого-анатомик ва клиник белгилар ўзгариши.

Заҳмни қуйидагича турлари мавжуд: туғма, орттирилган, яширин ёки кўринмас, висцерал, асаб системаси заҳими.

Заҳмни қуйидаги даврлари аниқланади: инкубацион, бирламчи, иккиламчи, учламчи.

Заҳмни инкубацион даври ўртача 3-4 ҳафтага тенг, ушбу давр 10-12 кунгача қисқариши ёки 6 ойгача узайиши ҳам мумкин.

Заҳмни бирламчи даврида қуйидаги клиник белгилар намоён бўлади: қаттиқ шакр (бирламчи сифилома), регионар лимфаденит, полиаденит.

Заҳмнинг бирламчи даври: серопозитив (3 ҳафтагача), серонегатив (4 ҳафтагача) бўлади.

Клиник белгилари: тана ҳароратини 38-38,5°C гача кўтарилиши, холсизлик, бош оғриғи, суякдаги оғриқлар (айникса, тунги).

Периферик қонда: анемия, лейкокоцитоз, СОЭ кўрсаткичлари кўтарилади.

Қаттиқ шанкр оғиз бўшлиғида кўпинча локализацияланади: лабнинг қизил хошиясида, тилда, муртакларда.

Қаттиқ шанкр кўпинча қуйидаги белгилар билан бошланади: чегараланган қизариш, тубининг қаттиқлиги.

Сўнг катталашиб думалоқ ёки овал, ўлчами 1-2 см гача эрозияни ҳосил қилади. Эрозиянинг ўртаси қизғиш рангда бўлиб, оғриқсиз, четлари ликобча четларига ўхшаш бўлади.

Қаттиқ шанкр гистологик қуйидагилардан иборат: бириктирувчи тўқимада қалин яллиғланиш инфильтрати, лимфоцитлар, плазматик хужайралар. Ундан ташқари эндотелийни пролиферацияси, томирлар тромбози, томирлар облитерацияси аниқланади.

Қаттиқ шанкрнинг атипик шакллари: шанкр-ёриқ, шанкр-бичилиш, ярага ўхшаш шанкр, ангинага ўхшаш (амигдалит), аралашган (ангинага ўхшаш шанкр юзасида яра бўлиши), герпетик шанкр.

Қаттиқ шанкрни қуйидаги касалликлар билан қиёсий ташхис ўтказилади: оддий пуфакчали темирлатки; шанкрга ўхшаш пиодермия; милиар-яралар силда учрайдиган яралар; парчаланган саратон яраси; травматик эрозия ва яралар; пўрсилдоқдаги эрозиялар; сурункали қайталанувчи афтоз стоматит; қизил ясси темирлатки, лейкоплакия ва қизил югурукдаги эрозиялар билан.

Заҳмни иккиламчи даври қуйидагиларга бўлинади: янги иккиламчи, сурункали иккиламчи, қаттиқ шанкр регионар склероденит, полиаденит пайдо бўлгач 6-7 ҳафтадан сўнг.

Заҳмни янги иккиламчи даврига хос белгилар: терида папулёз-розеолёз ва пустулёз тошмалар ҳосил бўлиши, 3-5 йил мобайнида кечиши, серологик реакциялар мусбатлиги, тўлқинсимон кечиши, полиаденит, склероденит, қаттиқ шанкр қолдиқлари.

Заҳмни янги иккиламчи даври охирида: қаттиқ шанкр йўқолади, терида розеолёз-папулёз тошмалар йўқолади, регионар склероденит ва полиаденит аниқланмайди, RW, чўкма, РИФ, РИБТ реакциялар манфий бўлади.

Заҳмни сурункали иккиламчи даври бошланишида қуйидаги белгилар намоён бўлади: папулалар, розеолалар, кенг кондиломалар, диффуз ва майда ўчоқли алапеция, лейкодермалар.

Папулалар ва розеолалар қўшилиб ёйлар, ҳалқалар ҳосил қилиб жойлашиш соҳалари: жинсий аъзоларда, орқа тешик атрофида, ОБШҚда, қўл ва оёқ қафтларида.

ОБШҚда папулёз-розеолёз тошмалар симметрик жойлашадилар: танглай равоқларида, юмшоқ танглайда, тилчада, муртакларда.

Розеолалар қуйидаги белгиларга эга: қон димланиши сабабли қизариш, мис рангли кўриниш, аниқ чегарали.

Папулалар жойлашиш соҳалари: муратакларда, танглай ёйларида, юмшоқ танглайда, тилда, лунж шиллик қаватида, тишларнинг жипслашиш чизигида, милкларда.

Папулалар: қаттиқ, думалоқ ёки овал шаклда, оғриқсиз, кулранг-оқиш рангда, қизарган, ўлчами 3-10 мм гача.

Заҳм папулалари қуйидаги касаллик белгилари билан таққосланади: лейкоплакия, қизил югурук, қизил ясси темиртки.

Эрозияланган заҳм папулаларининг таққосий ташхиси ўтказилади: кўп шаклли экссудатив эритема, буллёз пемфигид, чин пўрсилдоқ, оддий пуфакчали темиртки билан.

Ялтироқ папулалар “урилган болалар” бляшкалари таққосий ташхиси ўтказилади: дескваматив глоссит, эритематоз заҳм ангинаси, катарал ангина, дори-дармонлар таъсирида ҳосил бўлган тошмалар билан.

Заҳмни учламчи даври касаллик бошланганидан 4-6 йилдан сўнг бошланиб, узоқ вақт (ўн йиллар) давомида кечиши, гуммалар ҳосил бўлиши, диффуз инфильтрацияси, дўмбоқчали яллиғланиши, ажралмаларда оқиш трепонема мавжуд бўлмаслиги, мусбат РИФ ва РИБТ реакциялар билан кечади.

Гуммоз заҳм кўпинча жойлашади: юмшоқ танглайда, қаттиқ танглайда, тилда, ютқунда.

Гуммалар белгилари: кўпинча битта бўлади, бошида оғриқли, илдизи кўчганда кратерсимон яра ҳосил бўлиши билан кечади, ярани атрофи қаттиқлашган, грануляциялар билан қопланган, оғриқсиз.

Дўмбоқчали заҳм камроқ учрайди.

Дўмбоқчалар қуйидаги соҳаларда жойлашади: лаб шиллик қаватида, альвеоляр ўсимтада, танглайда.

ОБШҚдаги дўмбоқчалар: қаттиқ, қизғиш жигарранг, нотекис чегарали, бироз оғриқли.

Заҳмни учламчи даври қуйидаги касалликлар билан таққосланади: милиар ярали сил, ОБШҚ саратони, сил югуруги.

Врач-стоматолог тактикаси: бир маротаба ишлатиладиган стерил халатлар, маска, перчаткалардан фойдаланиш, асбоб-ускуналарни пухта стериллаш, касалликни ўз вақтида ташхислаш, оғиз бўшлиғи санациясини ўтказиш, беморни тери-таносил касалликларини даволайдиган мутахассисга юбориш.

Сўзак – бу сурункали инфекцион касаллик бўлиб, цилиндрсимон эпителий билан қопланган сийдик ўтиш йўллари ва жинсий аъзоларни зарарлантиради.

Кўпинча пайдо бўлади: тўғри ичакда, конъюнктивада, ОБШҚда, ҳиқилдоқда.

Сўзакни граммусбат гонококк чакиради, инкубацион даври ўртача 3-5 кун.

Зарарланиш йўллари: эндоген, экзоген.

Сўзакни қуйидаги даврлари аниқланади: янги сўзак (муддати 2 ойгача), сурункали муддати (2 ойдан юқори), гонококк ташувчилар, янги сўзак жараёни, ўткир, ўткир ости, торпид.

Сўзак оғиз бўшлиғида қуйидаги кўринишда намоён бўлиши мумкин: сўзакли стоматит, сўзакли гингивит.

ОБШҚда кечиши: шиш, ёрқин гиперемия, оғрик, кир-кулранг ёки сарғиш карашли эрозиялар ҳосил бўлиши, оғиз бўшлиғидан қўланса ҳид келиши, яраланиши, қонаши.

Даволаш. Умумий: беморни албатта тери-таносил диспансерига ётқизиш шарт, пархез даво (аччиқ, шўр овқатларни истеъмол қилиш мумкин эмас), витаминотерапия (А.С.Рутин).

Маҳаллий: оғриқсизлантириш (оғиз ванночкалари, аппликациялар), антисептиклар билан яхшилаб ювиш, кенг спектрдаги антибиотикларни қўллаш, фитотерапия, гентомицин, эритромицин малҳамларини қўллаш.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

- 1.«Ўргимчак ини» номли иш ўйинини ўтказиш
- 2.Органайзер тузиш (Балиқ скелети,Венна диаграммаси)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. 19 ёшли бемор стоматолог қабулига пастки лабида оғриқсиз юмалоқ қизил рангдаги яра борлигига шикоят билан келди.

1) Тахминий ташхисни қўйинг:

- а) сифилис
- б) туберкулёз
- с) кандидоз
- д) қизил ясси темирлатки
- е) лейкоплакия

2) Қиёсий ташхис ўтказилади:

- а) травматик яра
- б) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит
- с) қизамиқ
- д) кандидоз
- е) лейкоплакия

2. 19 ёшли беморнинг пастки лаби қизил хошиясида қаттиқ шанкр ташхисига шубҳа қилинмоқда. Ташхисни аниқлаштириш учун қайси текширув усули ўтказилиши керак?

- а) серологик
- б) функционал
- с) рентгенологик
- д) гистамин синамаси
- е) Роттер синамаси

3. Бемор Д. 28 ёш, стоматологга бир томонлама муртаги қизарганлигига шикоят қилади. Обьектив кўрилганда: ўнг томонлама муртаги қаттиқлашган ва катталашган, қизил мис рангида, оғриқсиз. Тана ҳарорати 36,7°С. Регионар склераденит, полиаденит кузатилади.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Сизнинг тактикангиз.

4. Бемор Н. 35 ёшда. Врачга тана ҳарорати 38,5°C гача кўтарилганига, холсизликка, бош оғришига, тана суякларидаги оғриққа шикоят қилади. Об'ектив кўрилганда тери қопламлари оқиш, жағ ости ва даҳан ости безлари нўхат ўлчамида, зич эластик консистенцияда, оғриқсиз. Қонда: бироз анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши кўринади. Оғизда тилнинг ёнбошида ўлчами 1 см гача, оғриқсиз, қизил рангдаги эрозия аниқланади. Эрозия оғриқсиз, тубида зич эластик инфильтрат мавжуд.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Сизнинг тактикангиз.

5. Бемор муртакларида, юмшоқ танглайида ва тишларни жипслашиш жойида папулалар мавжуд. Папулалар ҳажми 3-10 мм, оғриқсиз, кулранг-оқиш рангда, нозик гиперемияланган хошияси мавжуд. Папула юзаси қирилганда қараш олинади ва остида қип-қизил рангли эрозия кузатилади.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Касаллик босқичини аниқланг.
- 3) Оқиш трепонемани юқиб йўллари:

- a) касбий
- b) жинсий
- c) туғма
- d) a, b, c
- e) ҳаво-томчи

- 4) Қаттиқ шанкрнинг типик шакллари кўпроқ намоён бўлади:

- a) лаб бурчакларида
- b) муртакларда
- c) милкда
- d) a, b, c
- e) ОБШҚда

- 5) Заҳмнинг учламчи даври давом этади:

- a) ўнлаб йиллар
- b) 3-4 ҳафта
- c) 5-7 ой
- d) 12 ой

- 6) Заҳмнинг учламчи давридаги яралар:

- a) эпителизацияланмайди
- b) юлдузсимон чандиқ ҳосил қилиб битади
- c) узок давом этиб, чандиқ ҳосил қилади
- d) қисқа вақтда битиб чандиқ ҳосил қилмайди

6. 25 ёшли беморда муртакларни қаттиқлашиши кузатилади. Муртаклар қизил мис рангда, оғриқсиз. Пальпацияда регионар полиаденит кузатилади. Беморни тунги оғриқлар, суяк оғриқлари ва холсизлик безовта қилади.

- 1) Заҳмнинг чақирувчиси.
- 2) “Бошсиз” заҳм қандай ривожланади?
- a) трепонеманинг қонга тушиши

- b) жинсий йўл билан
 - c) буюмлар орқали
- 3) Заҳмнинг бирламчи даври бўлади:
- a) серонегатив
 - b) серопозитив
 - c) а ва b
 - d) бундай давр бўлмайди

Тестлар

1. Заҳм чақирувчиси:
 - a) гонококклар
 - b) оқиш трепонема
 - c) оғиз трихомонадаси
 - d) Кох таёқчалари
2. Оқиш трепонема қаерга тушганида бошсизлантирилган заҳм ривожланади?
 - a) бирламчи қонга тушганида
 - b) жинсий алоқа йўли сабабли
 - c) йўлдош орқали боланинг организмига
 - d) уй-рўзғор буюмларидан
3. Заҳмнинг ўртача инкубацион даври:
 - a) 5-6 кун
 - b) 5 йил
 - c) 3-4 ҳафта
 - d) 7-8 ой
4. Заҳмнинг иккиламчи даври қайси белгилар билан бошланади?
 - a) регионар склерадениит
 - b) қаттиқ шанкр пайдо бўлиши билан
 - c) полиадениит билан
 - d) розеолёз-папулёз тошмалари билан
5. Шанк-амигдалит қайси белги билан кечади?
 - a) яра шаклида
 - b) ангина шаклида
 - c) ёриқ шаклида
 - d) пуфакчали темиртки шаклида
6. Гонорея – бу ...
 - a) сурункали таносил касаллик
 - b) ўткир юқумли касаллик
 - c) тери касаллиги
 - d) сийдик-таносил тизимининг касаллиги
 - e) мавсумий касалликлар
7. Гонорея кузғатувчиси:
 - a) грамм-манфий кокклар
 - b) грамм-мусбат кокклар
 - c) спирохеталар
 - d) Кох таёқчалари

- е) оқиш трепонема
8. Гонококк асосан аниқланди:
- а) тўғри ичакда, конъюнктивда, ОБШҚда, ютқунда
 - б) сийдик чиқариш йўлларида
 - с) меъдада
 - д) кариоз тишларда
 - е) анус ёриқларида
9. Гонорея турлари:
- а) эрта ташувчанлик
 - б) ўткир, сурункали
 - с) сурункали, ташувчанлик
 - д) чўзилган ташувчанлик
 - е) бирламчи, иккиламчи
10. Эрта гонорея қуйидаги даврларда кечади:
- а) ўткир, ўткирости, торпид
 - б) ўткир, сурункали
 - с) яшин тезлигида
 - д) яширин чўзилган
 - е) ҳамма жавоб тўғри

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма :Реставрацион тишларни герметизациялаш.

Мақсад: Реставрация чегараси ва реставрация юзаларидаги нуқсонларни ёпиш.

Кўрсатма: Тиш реставрацияси.

Керакли жиҳозлар: Стоматологик асбоб ва ускуналар,30%-35% ортофосфор кислотаси,композит герметиклар (силант), флосс, кисточка, матрица, фотополимеризатор.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий куникма босқичлари	Босқични бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитув чининг имзоси
1	Реставрация қилинган тишларни полировка қилиш.	0	20		
2	Нуқсон жойи 30%-35% ортофосфор кислотаси билан протравка қилиниб,ювиш, қуритиш.	0	20		
3	Реставрация юзасига юпқа қилиб композит герметиклари суркаш ва хаво билан қуритиш.	0	20		
4	Тишнинг контакт юзаларига флосс еки матрицани ўрнатиш	0	20		
5	Фотополимеризатор орқали нурлантириш.	0	20		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

1. Захм ва сўзак қайси касалликлар гурухига киради.
2. Захм этиологияси.
3. Сўзак этиологияси.
4. Захмни клиник белгилари.
5. Сўзакни клиник белгилари.

6. Захмни таққосий ташхиси.
7. Сўзакни даволаш.
8. Захмни даволаш ва профилактикаси.

13 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Кандидоз. Оғиз бўшлиғида намоён бўлиши. Клиника. Ташхислаш. Даволаш.

II. Маиғулот мақсади:

Талабаларга кандидозни ҳар хил клиник шакллари билиш, кандидозни бошқа касалликларни ухшаш клиник белгиларидан қиёсий ташхислашга ва эффектив даволаш режасини тўғри тузишни ўргатиш.

III. Маиғулот режаси:

Кандидоз, ОБШҚда намоён бўлиши, клиникаси, ташхислаш усуллари ва даволаш усуллари ёритиш.

IV. Калит сўзлар:

Кандидоз, этиологияси, ҳар хил шакллари ОБШҚда намоён бўлиши.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий маиғулотнинг мазмуни

Кандидоз (candidosis) – candida, кўпинча *Candida albicans* уруғига мансуб шартли-патоген ачитқисимон забуруғлар билан чақириладиган касаллик. 50-70% инсонларда оғиз бўшлиғидаги резистент флора таркибига кирувчи ва ҳеч қандай клиник белги чақирмайдиган нофаол ҳолдаги *Candida albicans* кам микдорда учрайди.

Охирги йилларда кандидоз билан, айниқса унинг оғир шакли билан зарарланган беморлар сони кўпайган. Асосан бу назоратсиз кенг доирали антибиотикларни узок вақт мобайнида қабул қилишдан келиб чиқади. Натижада дисбактериоз ривожланади, шунинг ҳисобига шартли патоген микрофлора фаоллашади ва патоген хусусияти намоён бўлади. Касаллик икки йўл билан ривожланади: бемордан юқади ва инсоннинг ҳусусий шартли-патоген забуруғларига салбий таъсирлар натижасида келиб чиқади.

Кандидозни ривожланишида эндокрин тизим касалликлари (қандли диабет, гипопаратиреоз, буйрак усти безларининг хасталиклари) ҳужайра иммунитетини пасайишига олиб келади. Кандидозни келиб чиқишида тўқималар ва ички муҳитларда биохимик ўзгаришларга олиб келувчи оғир ва узок вақт давом этувчи касалликлар (сил, анацид гастрит, гиповитаминозлар), цитостатик ва кортикостероидларни давомли қабул қилиниши ва бошқа ҳолатлар организмнинг ҳимоя кучларини пасайтиради. Узок вақт ва назоратсиз қабул қилинган турли антибиотиклар дисбактериозга олиб келади. Натижада оддий микроб ассоциациялари сустлашади, шартли-патоген микробларни вирулентлиги ошади ва патоген хусусиятлари юзага келиб, ОБШҚда забуруғли касалликлар намоён бўлади. Кандидозни келиб чиқишида оғиз бўшлиғининг ўткир ва сурункали шикастланишлари, айниқса сифатсиз тайёрланган тиш протезлари, тишларни ўткир қирралари ва бошқалар маҳаллий иммунитетни пасайишига ва микробларни таъсири учун яхши шарт-шароит яратилишига олиб келади.

Н.Д. Шеклаковнинг таснифи бўйича кандидозларнинг қуйидаги турлари фарқланади:

1. тери, шиллик қават ва тирноқнинг юза кандидози;
2. сурункали тарқалган (гранулематоз) кандидоз;
3. висцерал (тизимли) кандидоз.

Шифокор-стоматологни вазифасига чегараланган юза кандидозларни даволаш тадбирларини бажариш киради. Охиргача тўғри даволанмаган юза чегараланган кандидоз асоратланиб, сурункали тарқалган ёки висцерал кандидозга айланиши мумкин.

Клиник кечиши. Кандидозни кечишига қараб ўткир ва сурункали шакллари, жойлашишига қараб – стоматит, хейлит, глоссит, палатинит ва лабни бурчагини замбуруғли бичилишлари тафовут қилинади. Ўткир кандидозни ўткир псевдомембраноз ва ўткир атрофик шакллари фарқланади.

Ўткир псевдомембраноз кандидоз (*Candidosis acuta, s. soor*). Одатда беморлар оғиз бўшлиғининг ачишишига, овқатланганда, айниқса аччиқ ва иссиқ овқатлардан оғриқларга, карашларга шикоят қиладилар. Айримларида шикоят бўлмайди. Объектив кўрикда гиперемияланган лунж, тил, лаб, танглай шиллик қаватида оқиш нуктали карашлар кузатилади. Замбуруғлар кўпайиши билан карашлар кўпаяди ва шиллик қаватдан кўтарилиб турадиган ва дастлаб осон олинадиган, қуйилтирилган сут ёки сузмага ўхшайдиган оқиш карашлар пайдо бўлади. Карашни таркибида кўчган эпителий, замбуруғлар, овқат қолдиқлари, детрит аниқланади. Замбуруғлар секин-аста эпителийга ўсиб киради. Бу ҳолда карашни олиниши қийин бўлади, куч билан олинган карашни тагида қонаб турган эрозив юза аниқланади. Жуда кам ҳолларда замбуруғлар бириктирувчи тўқимага, қон-томирлар деворига ўсиб киради ва касалликни диссеминациясига олиб келади.

Қиёсий ташхиси: дескваматив глоссит, лейкоплакия, қизил ясси темирлатки, юмшоқ лейкоплакиялар билан ўтказилади.

Замбуруғларга юқори даражада сезувчанлик баланд бўлганда ўткир атрофик кандидоз ривожланади. Беморлар оғиз бўшлиғидаги оғриқ, қуриш ва ачишишга шикоят қиладилар. Объектив кўрикда шиллик қават қип-қизил рангда, қуруқ, ялтироқ, тилни ипсимон сўрғичлари атрофияланган, оғриқли. Карашлар чуқур бурмаларда сақланган. Беморларнинг умумий аҳволи ўзгармаган.

Қиёсий ташхис: тиш протезларига бўлган аллергия билан ўтказилади.

Ўткир кандидоз сурункали шаклига ўтганда сурункали гиперпластик ёки сурункали атрофик кандидоз ривожланади.

Сурункали гиперпластик кандидоз (*candidosis chronica hyperplastica*). Гиперемияланган ОБШҚда оқ рангдаги доғлар ёки папулалар кўшилиши натижасида бляшка ҳосил бўлади. Шикастланиш ўчоқлари лабга яқин бўлган лунжни шиллик қаватида, тилни устида ва танглайни орқа қисмида жойлашиб, ушбу клиник кўриниш лейкоплакия ва қизил ясси темирлаткини эслатади, қирилганда караш қисман олинади. Тилда “ромбсимон тил” чегараси шикастланади, танглайда жойлашган сурункали гиперпластик кандидоз

папилляр гиперплазияга ўхшайди. Сурункали гиперпластик кандидоз ўсма олди касалликлар туркумига киради.

Қиёсий ташхис: сурункали гиперпластик кандидозни лейкоплакия ва қизил ясси темираткидан ажратиш лозим.

Сурункали атрофик кандидоз (*candidosis chronica atrophica*). Кўпинча оғизда тиш протези жойлашадиган шиллиқ қават жароҳати, пластмассага бўлган аллергия ва тиш протезларини узок тақиш натижасида сурункали атрофик кандидоз келиб чиқади.

Замбуруғли стоматитга 3 та симптом хос:

- қаттиқ танглай гиперемияси, эрозияси, папилломатози;
- тил гиперемияси, сўргичлар атрофияси, папилломатози;
- лаб бурчаклари бичилиши.

Айрим ҳолларда сурункали кандидоз алоҳида жойларда учрайди: лабларда (кандидозли хейлит), оғиз бурчакларида (бичилишлар), тилда (кандидозли глоссит).

Микотик бичилиш кўпроқ кексаларда прикус пасайиш ҳолларида ёки нотўғри протезлашда, тиш қаттиқ тўқималарининг ҳаддан зиёд емирилиши ва адентияда кузатилади. Оғиз бурчагида чуқур бурмалар ҳосил бўлиши, ишқаланиш ва сўлак билан намланиш замбуруғли бичилишларни пайдо бўлишига яхши шарт-шароит яратади. Беморлар ачишиш ва оғриқларга шикоят қиладилар. Оғиз бурчакларида кулранг-тиник қатқалоқлар бўлиб, улар тез тозаланади, остида ёрилишлар ва кам намланган эрозиялар кузатилади.

Микотик бичилишларни қиёсий ташхиси стрептококкли бичилишлар (қаттиқ шанкр, захм папулалари ва В₂ витаминининг гипо- ва авитаминози) билан ўтказилади. Стрептококкли бичилишларда кучли гиперемия, экссудация кузатилади. Қаттиқ шанкр ва захм папулалари асосида қаттиқланиш аниқланади.

Кўпинча оғиз бўшлиғида кандидозни бошқа касалликларга қўшилиши кузатилади (медикаментоз стоматит, қизил ясси темиратки, лейкоплакия, саратон, сил яраси ва бошқалар).

Ташхис қўйиш учун микроскопик, бактериологик, цитологик, патогистологик текширувлар; кон, тери, тирноқ кўриги, гинеколог, миколог ва эндокринологни маслаҳатлари керак.

Кандидозни қиёсий ташхиси қизил ясси темиратки, лейкоплакия, қизил югурук, аллергик стоматит ва сифилитик папулалар билан ўтказилади.

Даволаш. Умумий даволаш: замбуруғга қарши препаратлар ичиш учун буюрилади: нистатин, леворин 500000 ЕД 6-8 марта бир кунда 10 кун мобайнида овқатдан кейин, суткалик доза 3000000 ЕД дан кам бўлмаслиги керак. Таблеткалар ёмон сўрилади, шунинг учун уларни тилни остига қўйиш, лунж соҳасига қўйиш ёки сўриш мумкин. Амфоглюкамин ичиш учун 200000-500000 ЕД кунда икки марта овқатдан кейин буюрилади. Дифлюкан 50-100 мг капсулада бир суткада бир марта қўлланилади. Амфотеррицин-В ҳар 1 кг вазнга 250000 ЕД буюрилади. Микогептин ичиш учун 0,25 г (250000 ЕД) кунда икки марта қўлланилади. Бўйрак ва ҳазм функциясини назорат қилиш мақсадида лаборатор (қондаги қолдиқли азот ва сийдик) текширувини ўтказиб

туриш лозим. Даволаш курси 10-14 кун. Қайта даволаш 5-7 кундан сўнг буюрилади. Гипосенсибилизация қилинади.

Маҳаллий даволашда оғиз бўшлиғи 2-5% натрий тетраборат, 2% натрий бикарбонат, 2% борный кислоталар билан чайилади. Аппликация ва ОБШҚга суртиш учун 20% глицеринда эритилган бура, люголь эритмаси, клотримазолни 1% эмульсияси ва 1% эритмаси, 0,5% декамин малҳами, В амфотерицин (30000 ЕД/г) малҳами, 1-2% генициан бинафша рангли, метилен кўки, бриллиант яшили, Кастелла эритмалари қўлланилади. Декамин (0,00015 г) карамели ҳар 3-4 соатда сўрилади.

Хейлит ва бичилишларда нистатин малҳами (100000 ЕД/г), 5% леворин, микосептин малҳамлари (15000 ЕД) яхши натижа беради. Микосептин катта эрозив юза мавжудлигида ва экссудат кўп бўлганда ишлатилмайди. Амфотерицин-В малҳами суртиш учун буюрилади.

Ичиш учун В₁, В₂, В₆, РР, С витаминлари мавжуд бўлган поливитаминлар қўлланилади. Оғиз бўшлиғи қуриб қолганда йод препаратлари (2-4% калий йодидни бир ош қошиқдан кунига 2-3 марта овқатдан кейин) берилади, 1% пилокарпин 3-5 томчи кунига 2 марта 3-5 кун мобайнида.

Беморга қувватли, оқсилларга бой парҳезли овқатлар буюрилади.

Ўткир кандидозда тиш протезлари тақилмайди, сурункалисида тақилади, лекин яхшилаб тозаланади.

Кандидозни даволаш клиник белгилари йўқолгунча олиб борилади. Даволашни натижасини билиш учун қайта микроскопик ва бактериологик текшириш лозим. Кандидозни генераллашган ва висцерал шакллари миколог шифокорлар даволайди.

Профилактика. Аёллар консультациясидан бошлаб кандидозни даволаш амалга оширилади ва бола туғилиши билан оғзига нистатин суспензияси томизилади. Тиш протезлари бор беморларда оғиз бўшлиғи ва протезларга бериладиган парвариш доимий равишда олиб борилади. Узоқ муддат антибиотик ва сульфаниламидлар қабул қилганларга кандидозни профилактика қилиш мақсадида нистатин ёки леворин 1500000 ЕД бир кунда, В ва С гуруҳ витаминлари буюрилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Юмалок стол» номли иш уйинини ўтказиш
2. Органайзерлар тузиш (Қандай, Венна диаграммаси)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ

Вазиятли масалалар

1. Стоматологга 8 ойлик боланинг онаси бола иштахасининг йўқлиги ва тилини ўзгаришига шикоят қилиб келди. Обьектив кўрилганда тил, лунж, танглай ва милк шиллиқ қаватида оқиш творогсимон караш борлиги кузатилди. Караш қириб олинганда силлиқ, гиперемияланган ва озгина шишган юза очилди.

1) Тахминий ташхис куйинг:

- а) кандидозли стоматит
- б) қизил ясси темиртки

- c) лейкоплакия
- d) аллергик стоматит
- e) сил югуруги

2) Қиёсий ташхис ўтказинг:

- a) лейкоплакия
- b) қизил ясси темиртки
- c) аллергик стоматит
- d) сифилитик папула
- e) ҳамма жавоб тўғри

3) Кандидозли стоматит ташхиси қўйилади:

- a) candida уруғига мансуб замбуруғлар якка холда бўлиши
- b) кўп микдорда candida замбуруғ ҳужайраларининг колониялар тўплами (буйраксимон кўпайиши)
- c) Венсан спирохета колониялари
- d) оқиш трепонема
- e) Тцанк ҳужайралари

2. 68 ёшли бемор оғзини очганда оғришига, оғиз бурчакларини ачишишига шикоят қилади. Объектив кўрилганда: оғиз бурчакларида осон олинадиган оқиш караш билан қопланган эрозиялар аниқланади. Лаблар жипслаштирилганда эрозиялар кўринмайди. Лаб шиллиқ қаватида эпителий мацерацияси аниқланади.

1) Тахминий ташхис қўйинг:

- a) кандидоз
- b) аллергик стоматит
- c) қизил югурук
- d) лейкоплакия
- e) қизил ясси темиртки

2) Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текшириш усуллари ўтказиш мумкин?

- a) микробиологик
- b) гистамин синамаси
- c) тил ости синамаси
- d) иммунологик
- e) серологик реакция

3. Стоматолог қабулига 30 ёшли бемор оғиз бўшлиғини куйиши шикояти билан мурожаат қилди. Анамнездан бемор пневмония билан касалланган, гентамицин инъекциясини қабул қилган. Оғиз бўшлиғи кўригида гиперемия, енгил кўчадиган оқ карашни кўриш мумкин.

1) Тахминий ташхис қўйинг:

- a) кандидоз
- b) аллергик стоматит
- c) қизил ясси темиртки
- d) лейкоплакия
- e) қизил ясси темиртки

2) Кандидоз ташхисини тасдиқлаш учун суртмада нима аниқланади?

- a) мицелла ва candida albicans замбуруғ калонияси
- b) candida albicans замбуруғи
- c) оқ трепонема
- d) Кох таёқчалари
- e) Лёфлер таёқчалари

4. 45 ёшли бемор атрофик кандидоз ташхиси билан келди.

1) Микробиологик текширувда суртмада аниқланади:

- a) Candida albicans
- b) гонококк
- c) оқиш трепонема
- d) Кох таёқчалари
- e) Лёфлер таёқчалари

2) Кандидоз давосига кирмайди:

- a) антибиотиклар буюриш
- b) кўзғатувчига таъсир қилиш
- c) патогенетик факторларни йўқотиш
- d) йўлдош касалликларни даволаш
- e) организм иммунитетини ошириш

5. Шифокор стоматологга 8 ойли боланинг онаси бола иштахасининг ёмонлигига ва тилнинг ўзгаришига шикоят қилди. Кўрикда тил, лунж, танглай, милк шиллиқ қаватида оқ творогсимон караш кўринади. Карашлар олинганда силлиқ, бироз шишган, қизарган юза аниқланади.

1) Тахминий ташхис қўйинг:

- a) молочница
- b) қизамиқ
- c) дифтерия
- d) скарлатина
- e) кўкйўтал

2) Профилактика ўз ичига олмайди:

- a) вакцинация
- b) оғиз бўшлиғига нистатин суспензиясини томчилатиш
- c) қўл ва ўйинчоқларга антисептик ишлов бериш
- d) идиш-товоқларга ишлов бериш
- e) ота-оналарга тушинтириш ишларини олиб бориш

Тестлар

1. Кандидоз чакирувчиси:

- a) Венсан спирохетаси
- b) Кох таёқчаси
- c) Candida замбуруғлари
- d) стрептококклар

2. Кандидозни энг кўп учрайдиган шакли?

- a) кандидозли стоматит
- b) оғиз бурчакларида учрайдиган кандидоз

- c) ҳикилдоқ кандидози
d) тил кандидози
3. Кандидозли стоматит белги бўлиб ҳисобланади:
a) захмда
b) қандли диабетни яширин турида
c) ошқозон-ичак тракти патологиясида
d) жигар патологиясида
4. Кандидозли глосситда тилдаги караш бўлади:
a) оқиш қипиқчалар
b) олинмайдиган кулранг
c) осон олинадиган оқ
d) осон олинмайдиган кулранг
5. Кандидоз ташхиси қўйилади:
a) якка жойлашган candida замбуруғлари хужайралари аниқланганда
b) кўп гуруҳ бўлиб жойлашган candida замбуруғлари хужайралари аниқланганда
c) Венсан спирохеталари колониялари аниқланганда
d) кўп миқдордаги оқиш трепонемалар аниқланганда
6. Кандидозли стоматитда оқиш караш олингандан сўнг қандай юза очилади?
a) зич, оғриксиз
b) рангсиз, сийрак
c) патологик ўзгармаган
d) эрозив, қонаб турувчи
7. Микотик бичилишда эрозиялар жойлашади:
a) лаб қизил хошиясида
b) оғиз бурчакларида
c) ОБШҚда
d) тилда
8. Кандидозда оғиз бўшлиғи чайилади (ортикчасини чиқаринг):
a) 2% натрий бикарбонат
b) 0,5% лимон кислотаси
c) 2% борат кислота
d) 2-5% натрий тетраборат

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Кандидозли стоматитга тиббий ишлов бериш.

Мақсад: Талабани ОБШҚ кандидозли стоматитга тиббий ишлов беришни ўргатиш

Кўрсатма: ОБШҚ касалликларини ташхислаш ва даволаш.

Жиҳозлаш: химоя кўз ойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор(волонтер)оғиз бўшлиғини кўриш учун асбоблар,оғриксизлантириш учун анестетиклар,ферментлар,ишқорий \эритмалар,замбуруғга қарши малхамлар.

Амалий кўникма: Кандидозли стоматитга тиббий ишлов бериш.

№	Бажариладиган қадамлар	Босқични бажара	Барча босқичларни
---	------------------------	-----------------	-------------------

		олмади	бажарди
1	Резина қўлкоп ва маска кийиш		20
2	Оғриксизлантириш (мундизаль гель, 10% лидокаин аэрозоли).		20
3	Ферментларни қўллаш		20
4	Оғиз бўшлиғини ишқорий эритмалар билан чайиш. (2% натрий гидрокарбонат эритмаси)		20
5	Замбуруғга қарши малхамлар аппликацияси		20
	Жами:		100

Назорат саволлари:

- 1.Кандидозни нима чақиради.
2. Candida замбуруғларини патогенлиги қачон намоён бўлади.
- 3.Кандидознинг қандай шакллари биласиз.
- 4.Кандидоз қандай касалликлар билан қиёсий ташхислади.
- 5.Кандидозни даволаш.
- 6.Кандидозни профилактика чора-тадбирлари.
- 7.Врач-стоматолог тактикаси.
- 8.Кандидозли стоматитдаги оқиш қарашлар нималардан иборат.
- 9..Микотик бичилишни қиёсий ташхиси.

14 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Аллергик касалликлар. Анафилактик шок. ОБШҚнинг дорилар таъсиридан зарарланиши.

II. Машгулот мақсади:Талабаларга аллергияни сабабини аниқлаш ва оғиз бўшлиғида аллергияни келтириб чиқарувчи воситаларни билиш ва тез тиббий ёрдам қўрсатишни ўргатиш.

III. Машгулот режаси:

Талаба тезкор ва секин турдаги аллергия реакцияларни клиник белгиларини, аллергия реакцияларда тезкор ёрдам курсатиш босқичларини ва ОБШҚни дорилар таъсирида зарарланиш элементларига тиббий ишлов бериш босқичларини ўрганади.

IV. Калит сўзлар:Аллергия, анафилактик шок, Квинке шиши, клиникаси.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий машгулотнинг мазмуни

ОБШҚдаги контакт-аллергик ўзгаришлар – аллергия реакцияларнинг секин туридир.

Аллергенлар: стоматологик материаллар, маҳаллий қўлланилувчи дори-воситалари, тиш пасталари, эликсирлар; протез пластмассаси таркибига кирувчи органик (мономер метилметакрилат) ва аноорганик (буёвчи воситалар) моддалар; препаратлар – сульфаниламидлар, барбитуратлар, тетрациклин, антибиотиклар.

Ташхислаш: контакт-аллергик стоматитлар учун элиминацияли синамалар – 3-4 кунга протезларни олиб қўйиш, тери синамаси, бемор қон зардобиди аллергияга нисбатан антителиларни аниқлаш, алергологик анамнез йиғиш.

Клиник текширувлар: аллергияларга тери синамаси.

Биохимик усуллар: гистамин, серотонин, катехоламин, кининлар.

Иммунологик усуллар: оғиз бўшлиғи синамалари, лимфоцитлар бласттрансформация тести, лейкоцитлар агрегацияси.

Катарал ва катарал-геморрагик стоматитлар: турли дори-воситаларини қабул қилишдан сўнг юзага келади; баъзан бошқа орган ва системалардаги ўзгаришлар билан бирга кечади; ОБШҚда ачишиш ва қичишиш, оғиз қуриши; овқат, айниқса аччиқ таомлар қабул қилганда оғриқ бўлиши; ОБШҚ шиши – тил ва лунжда тиш излари бўлиши; қизариш, тилдаги ипсимон сўрғичларнинг чуқур десквамацияси – “лакланган” тил; нуқтасимон қон қуйилиши ёки геморрагия.

Қиёсий ташхис: витамин В₆ ва В₁₂ танқислиги, эндокрин ўзгаришлар, диабет билан ўтказилади.

Даволаш: медикаментни қўлламаслик, антигистамин препаратлар – димедрол – 0,05 г 2-3 маҳал, дипразин ёки супрастин 0,025 г 2-3 маҳал, кальций препаратлари, витамин С ва Р, маҳаллий яллиғланишга қарши даволаш, ОБШҚ санацияси, диета, кўп суюқлик ичиш.

Пуфакли-эрозив стоматитлар: оғриқни кучайиши, яхши сезиларли шиш ва қизариш; турли ҳажмдаги тиниқ суюқлик сақловчи пуфаклар, пуфакларни тезда ёрилиши, фибриноз қарашли эрозиялар пайдо бўлиши, милк сўрғичлари шишган ва қонайди, жағ ости лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли.

Қиёсий ташхислаш: пўрсилдоқ, герпетик стоматит, кўп шаклли экссудатив эритема билан ўтказилади.

Даволаш: аллергияни қўзғатган дори воситасини қўллашни таъқиқлаш, ОБШҚга антисептик ишлов бериш, оғриқсизлантирувчи воситалар, эпителизацияловчи воситалар, ичишга десенсибилизацияловчи воситалар, антигистамин ва кортикостероид препаратлар буюриш, диета, кўпроқ суюқлик ичиш.

Ярали-некротик стоматит: асосан бошқа шиллиқ қаватлар, тери ва ички органлар ҳам шикастланади; умумий ҳолатдаги ўзгаришлар, тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, бош оғриши; оғиз бўшлиғида қаттиқ оғриқ, ёқимсиз ҳид, кўп сўлак ажралиши; ОБШҚда қизариш ва шиш, кул рангдаги некроз ўчоқлари; жағ ости лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли; периферик қондаги ўзгаришлар.

Қиёсий ташхис: Венсан ярали-некротик стоматити, агранулоцитоз.

Даволаш. Умумий: препаратни беришни тўхтатиш, десенсибилизацияловчи ва антигистамин воситалар, кортикостероидлар (преднизолон 40-60 мг кунига), кўпроқ суюқлик ичиш; 5% унитиол эритмасини 5 мл дан 2 маҳал мушак остита, 30% тиосульфат натрийни 5-10 мл дан томир ичига, гемодезни томчилатиб юбориш, иолиглукин, натрий хлорид изотоник эритмаси.

Маҳаллий: антисептик ишлов бериш, некротик массаларни йўқотиш, оғриқсизлантирувчи, эпителизацияловчи воситалар билан ишлов бериш.

Амалий машғулотда ишланадиган янги технология усуллари:

- 1.«Юмалок стол» номли иш уйинини ўтказиш
2. Органайзерлар тузиш (Нима учун, Нилуфар гули)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. Беморда витамин В инъекциясидан сўнг юқори лабида эластик консистенцияли шиш пайдо бўлди. Шиш соҳасидаги тўқима таранглашган, босганда чуқурчалар ҳосил бўлмайди.

1) Ташхис қўйинг.

2) Биринчи ёрдам кўрсатинг.

2. 2% – 4,0 мл новокаин инъекциясидан 3-4 дақиқа ўтгач беморда енгил холсизлик, бош айланиши, қулоқ шанғиллаши, кўз олди қоронғулашиши, совуқ тер ажралиши кузатилади.

1) Ташхис қўйинг.

2) Биринчи ёрдам кўрсатинг.

3. 36 ёшли аёл ОБШҚда ачишиш, овқатланганда, гапирганда оғриққа шикоят қилади. Анамнездан: сурункали бронхитни ўткирлашуви сабабли бемор ампициллин қабул қилган. Объектив кўрилганда: ОБШҚ тўқ қизил тусда, бироз шишган, тил усти тўқ қизил рангда, сўрғичлар атрофияланган. Умумий ҳолат ўрта оғирликда, тана ҳарорати 37,5°C.

1) Қўшимча текшириш усулини ўтказинг:

а) алергологик синама

б) серологик синама

с) люминисцент

д) иммунологик

е) цитологик

2) Ташхис қўйинг:

а) дорили аллергия

б) сурункали афтоз стоматит

с) кандидоз

д) бруцеллёз

е) рак

3) Қиёсий ташхис ўтказинг:

а) гиповитаминоз В

б) сурункали афтоз стоматит

с) қаттиқ шанкр

д) папилломатоз

е) кандидоз

4) Умумий даволаш:

а) антигистамин воситалар

б) безгакка қарши воситалар

с) криодеструкция

д) термодеструкция

е) электрофорез

5) Маҳаллий даволаш:

а) антисептик ишлов бериш

б) кератолитиклар аппликацияси

с) оксолинли малҳам аппликацияси

д) гепаринли малҳам аппликацияси

е) ҳамма жавоб тўғри

4. 60 ёшли бемор оғиз бўшлиғи қуришига, ачишишга ва қичишига, таъм ўзгаришига шикоят қилади. Анамнездан: икки ҳафта олдин беморга акрил пластмассадан қисман ечиладиган протез тайерланган, шундан сўнг шикоятлар пайдо бўлган. Объектив кўрилганда: ОБШҚда шиш ва гиперемия, эритема кузатилади, геморрагик ҳолатлар, протез билан контакт жойларда нуқтали эрозиялар кузатилади.

1) Ташхис қўйинг.

2) Сизнинг тактикангиз.

Тестлар

1) Аллергик реакцияларни тезкор тури ривожланади:

а) 5-6 соғияда

б) 2-20 дақиқада

в) 60 дақиқагача

д) 24 соатда

е) 5-6 соатда

2) ОБШҚни контакт аллергик ўзгаришлари бу – ...

а) тезкор турдаги аллергик реакциялар

б) секин турдаги аллергик реакциялар

в) токсинлар билан захарланиш

д) вирусларга сенсibiliзация

е) микроорганизмларга сенсibiliзация

3) Пластинкали протезде аллерген бўлиб ҳисобланади:

а) протезни учли қирралари

б) ғадир-будир юзаси

в) сунъий тишлар

д) метилметакрилат

е) нотўғри конструкция

4) Аллергик реакцияларни секин тури ривожланади:

а) 10-15 соғияда

б) 2-20 дақиқада

в) 5-6 соатда

д) 12 соатда

е) 24 соатда

5) Секин турдаги аллергик реакцияларда қонда аниқланади:

а) эозинофилия

б) лейкопения

в) тромбоцитопения

д) эритроцитлар сонининг кўпайиши

е) лейкоцитоз

6) Контакт аллергияни даволаш тактикаси:

а) витаминотерапия

б) физиотерапия

в) десенсибилизацияловчи терапия

д) антибиотикотерапия

- е) кортикостероидлар билан даволаш
- 7) Антиген-антитело реакцияси ривожланади:
- патохимёвий
 - иммунологик
 - патофизиологик
 - физиологик босқичда
- 8) Экзоаллергенларга киради:
- гавҳар
 - тиреоглобулин
 - а ва b
 - антибиотиклар

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Мақсад: Беморларда аллергологик синамани ўтқизиш .

Кўрсатма: Дори воситаларга аллергологик синамани ўтқизиш.

Жихозлаш: стоматологик кресло, бормашина, стоматологик стандарт асбоблар, спирт, дори воситалари, пахта, шприцлар.

Амалий кўникма: Аллергологик синамани ўтқизиш.

Амалий кўникма	Бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитувчининг имзоси
1.Беморни креслога ўтқизиш.	0	10		
2.Анамнез йиғиш..	0	10		
3.Анестетик воситани танлаш.	0	10		
4.Билакни спирт билан артиш.	0	6		
5.Тери остига 0,2-0,3мл препаратни юбориш	0	14		
6. 5 дақиқа кутиш	0	6		
7.Папулани аниқлаш	0	14		
8.Папулани баҳолаш	0	20		
9.Хулоса қилиш	0	10		
Жами:		100		

Назорат саволлари:

- Аллергия нима.
- Қандай аллергенларни биласиз.
- Аллергик реакциянинг қандай турларини биласиз.
- Аллергик реакциянинг тезкор турини босқичларини айтинг.
- Анафилактик шокда биринчи ёрдам.
- Микробли аллергия хақида тушунча.
- Квинке шиши клиникаси.
- Квинке шишини қиёсий ташхиси.

15 – МАШҒУЛОТ

I. **Мавзу:** Кўп шаклли экссудатив эритема, этиологияси, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

II. **Машғулот мақсади:**

Талабаларга кўп шаклли экссудатив эритема этиологияси, клиникаси ва даволашни ўргатиш.

III. *Маиғулот режаси:*

Талаба КШЭЭ ни келтириб чиқарувчи сабабчи омилини аниқлашни, кўшимча текширув усулларини ўтказишни, эффектив даволаш режасини тузишни, зарарланиш элементларига тиббий ишлов бериш босқичларини ўрганади.

IV. *Калит сўзлар:*

Кўп шаклли экссудатив эритема, полиморфизм, инфекцион-аллергик, токсико-аллергик шакли.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий маиғулотнинг мазмуни

Кўп шаклли экссудатив эритема – тери ва шиллиқ қаватларнинг яллиғланиш касаллиги бўлиб, зарарланиш элементларининг полиморфизми билан характерланади (пуфакча, доғ, кавариқлар).

Шиллиқ қават ва тери ҳам алоҳида, ҳам биргаликда бир вақтнинг ўзида зарарланиши мумкин. Ўткир бошланиб, узоқ йиллар давом этади. Касаллик куз ва баҳор ойларида авж олади.

Этиопатогенези: тўлиқ аниқланмаган.

Этиологик принципга кўра 2 хил:

1) инфекцион-аллергик келиб чиқишга эга бўлган чин ёки идиопатик шакли;

2) токсико-аллергик ёки симптоматик шакли эса клиник кўриниши биринчи шаклга ўхшаб кетса, аслида организмнинг турли дори препаратлари (антибиотиклар, салицилатлар, амидопирин) га нисбатан гиперэргик реакцияси ҳисобланади.

Клиникаси: тўсатдан бошланади. Дармонсизлик, титраш, беҳоллик, тана ҳароратини ошиши (38°C ва ундан баланд) кузатилади. Беморлар бош оғриғи, танадаги оғриқлар, мушак ва бўғимлар, томоқдаги оғриқларга шикоят қиладилар. 1-2 сутка ўтгач, панжалар, билак, болдир, баъзан юз ва бўйинда ҳам теридан бир оз кўтарилиб турадиган кўкиш-қизил доғлар пайдо бўлади. Доғларнинг марказий қисми ботикроқ бўлиб, кўкиш тусга киради. Унинг атрофи эса пушти-қизил рангда бўлади. Кейинчалик марказий қисми сероз ёки геморрагик суюқлик билан тўлган пуфак пайдо бўлиши мумкин.

Кўпинча лаблар, лунж, оғиз туби, юмшоқ танглай шиллиқ қаватлари зарарланади. Аввал эритема ва шиллиқ қават шиши, унинг фонида турли ўлчамдаги субэпителиал пуфаклар пайдо бўлади. Бунда бемор тинч ҳолатда турганида ҳам кучли оғриқлар кузатилади. Овқат қабул қилиш қийинлиги туфайли беморлар овқатдан бош тортадилар ва шу билан аҳволни янада танг оғирлашишига олиб келадилар. Пуфакчалар тезда ёрилиб, фибриноз караш билан қопланган оғриқли эрозиялар ҳосил бўлади. Лаб қизил хошиясидаги эрозиялар қонли караш билан қопланган бўлиб, овқат қабул қилиш ва оғизни очишни қийинлаштиради, оғиздан ноҳуш хид келади, сўлак ажралиши кучайган, регионар лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли бўлади. Ўткир

давр 2-4 ҳафта давом этади. Эрозиялар 7-12 кунда эпителизацияланади ва чандиқ қолдирмайди.

Инфекцион-аллергик характерга эга бўлган кўп шаклли экссудатив эритемага йиллар бўйлаб давом этадиган авж олиб боровчи кечиш хос. Ремиссия даврида тери ва шиллиқ қаватларда ўзгаришлар кузатилмайди.

Гистологик: сабэпителиал пуфакчалар, атрофдаги бириктирунчи тўқима шиши ва яллиғланиш инфильтрацияси кузатилади.

Стивенс-Джонсон синдроми – (ўткир шиллиқ қават – тери – кўз синдроми) кўп шаклли экссудатив эритеманинг оғир кечадиган тури ҳисобланади. Касаллик тўсатдан юқори иситма ва бўғимлардаги оғриқлар билан бошланади. Оғиз, кўз, бурун, жинсий аъзолар шиллиқ қаватлари зарарланади. Тарқалган шаклдаги зарарланиш гапириш, овқат қабул қилишга ҳалақит беради. Ўлим билан тугалланган ҳоллар кузатилган.

Ташхис: анамнез, клиника ва зарарланиш элементлар характерига асосланиб қўйилади.

Лаборатор текширувлар:

- а) умумий қон таҳлили – лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, глобулинларни камайиши, эозинофилия;
- б) цитологик текширишлар – препаратларда катта миқдорда нейтрофиллар аниқланади;
- с) тери-аллергик синама – чақирувчи аллергенга нисбатан реакция кузатилади.

Солиштирма ташхис: акантолитик пўрсилдоқ, ноакантолитик пўрсилдоқ, ўткир герпетик стоматит, икиламчи заҳм билан қиёсланади.

Даволаш: ўткир даврда – организм интоксикациясини камайтириш, десенсибилизация, яллиғланишни камайтириш ва эпителизацияни яхшилашга қаратилган даво.

Умумий даволаш: десенсибилизацияловчи терапия – димедрол, супрастин, фенкарол, кларитин, кетотифен; дезинтоксикацион терапия- 30% натрий тиосульфат 10 мл вена ичра 10-12 инъекция, яллиғланишга қарши – салицилатлар (ацетилсалицил кислота, натрий салицилат); В гуруҳ витаминлари (В₁, В₂, В₆), аскорутин, этакридин лактатни (0,5 гр 3 маҳал 10-20 кун ичилади), левамизоль (150 гр кунига – 2 кун, 5 кун танаффус, жами курс – 2 ой) билан биргаликда қўллаш касалликнинг авж олган даврида яхши натижа беради. Кўп шаклли экссудатив эритеманинг оғир шакллари билан оғриган беморлар стационар шароитида даволанадилар. Уларга кортикостероидлар – преднизолон (20-30 мг/сутка дан 5-7 кун ва кейинги 2-3 кунларда 5 мг дан камайтириб борилиб тўхтатилади). Дексаметазон 3 мг дан бошлаб буюрилади.

Стивенс-Джонсон синдромида кортикостероидлар каттароқ дозаларда (суткасига 60-80 мг), дезинтоксикацион ва десенсибилизацияловчи (реополипокин, гемодез, натрий тиосульфат) буюрилади.

Маҳаллий даволашда: оғриқ қолдирувчи воситалар (1-2% тримекаин эритмаси, 1-2% пиромекаин, лидокаин, шафтоли мойидаги 5% анестезин аппликация қилинади, аэрозоллар пуркалади – (коплостезин, лидокаин, ксилостезин), 1% водород пероксиди, 0,02% фурациллин эритмаси, 0,5%

этоний билан антисептик ишлов берилади. Некротик караш бўлганда протеолитик ферментлар аппликация қилинади (лизонидаза, карипазим, кукумазин) , кератопластиклардан – каротолон, витамин А ва Е, наъматак мойи, глюкокортикостероид малхамлар (0,5% преднизолон, 1% ги дрокортизон, 1% лоринден) суртилади. Эрозияларни эпителизациясини кучайтириш мақсадида гелий –неон лазер, гипербарик оксигенация яхши натижа беради. Сурункали инфекция ўчоғини бартараф қилиш мақсадида оғиз бўшлиғи санация қилинади.

Амалий машғулотда қўлланадиган янги технология усуллари:

1. “Мия ҳужуми усули” номли иш ўйинини ўтказиш.
2. Органайзерлар тузиш (Тоифалаш жадвали, Пирамида).

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ.

Вазиятли масалалар

1. Бемор 22 ёшда, умумий холсизликка, бош оғришига, 2 кун давомида юқори тана ҳароратига, мушаклардаги оғриқка, тили ва лабини оғриб шишишига шикоят қилади. Объектив: лаб қизил хошияси ва шиллиқ қавати шишган, қизарган. Лабнинг қизил хошиясида тангача билан қопланган кўп сонли эрозиялар мавжуд, тилдаги ва лаб шиллиқ қаватидаги эрозиялар жуда оғриқли. Терида ўзгаришар йўқ. Лаборатор текширувлардан: қонда – лейкоцитоз, ЭЧТ ошган, босма-суртмаларда – кўп сонли нейтрофиллар мавжуд.

1) Ташхис қўйинг.

2) Даволаш режасини тузинг.

2. Бемор 37 ёшда, тана ҳароратининг 38°C гача кўтарилиши, бош оғриши, мушаклардаги ва бўғимлардаги оғриқларга, оғиз бўшлиғининг олдиғи соҳаларида пуфаклар пайдо бўлганига шикоят қилади. Пуфаклар ёрилгач катта ярали юзалар ҳосил бўлади. Овқат қабул қилиш оғриқли. Бир неча йилдан бери нам ва шамолли об-ҳаво туфайли касаллик қайталанади. Объектив: оғиз очилиши қийинлашган, кулранг караш билан қопланган. Лаб қизил хошиясида ва оғиз бурчакларида қонли тангачалар бор. Кафт ва болдирда “кокарда” симптоми мавжуд.

Ташхис қўйинг.

3. Бемор 25 ёшда, бош оғриғига, тана ҳарорати 38°C га кўтарилишига, бўғим ва оғиз бўшлиғидаги оғриқларга шикоят қилади. Оғиз бўшлиғи ва лабларида эрозиялар, қонувчи коркалар, қўл терисида “кокарда”лар бор.

Ташхис қўйинг:

- а) кўп шаклли экссудатив эритема
- б) қизил ясси темирлатки
- в) пўрсилдоқ
- д) лейкоплакия
- е) камраб олувчи ясси темирлатки

4. Бемор тез-тез шамоллашга, бош оғришига, ҳароратининг кўтарилишига шикоят қилади. Оғиз бўшлиғида, лабларда шикастланиш элементлари полиморфизми, терида “кокарда”лар мавжуд

Ташхис қўйинг:

- a) кўп шаклли экссудатив эритема
- b) қизил ясси темиртки
- c) пўрсилдоқ
- d) лейкоплакия
- e) қамраб олувчи ясси темиртки

5. 20 ёшли бемор томоқ касаллигида сульфадиметоксин қабул қилган, шундан сўнг оғизда ва лабларда яралар, коркалар, терида эса “кокарда” кўринишидаги тошмалар пайдо бўлган.

Ташхис қўйинг:

- a) кўп шаклли экссудатив эритема
- b) заҳм
- c) пўрсилдоқ
- d) лейкоплакия
- e) кандидоз

6. 20 ёшли беморга кўп шаклли экссудатив эритемани токсико-аллергик тури ташхиси қўйилди.

Умумий даволаш ўтказинг:

- a) антигистамин воситалари
- b) десенсибилизацияловчи воситалар
- c) яллиғланишга қарши воситалар
- d) стимулловчи воситалар
- e) ҳарорат тушурувчи воситалар

7. 27 ёшли беморга кўп шаклли экссудатив эритемани инфекцион-аллергик тури ташхиси қўйилди.

Умумий даво ўтказинг:

- a) яллиғланишга қарши
- b) витаминотерапия
- c) антигистаминлар
- d) малярияга қарши
- e) седатив даво

8. 20 ёшли беморга кўп шаклли экссудатив эритемани токсико-аллергик тури ташхиси қўйилди.

Маҳаллий даво ўтказинг:

- a) аппликацион анестезия
- b) антисептик ишлов бериш
- c) кортикостероид малҳамлар билан ишлов бериш
- d) линкомицин малҳами
- e) нистатин малҳами

9. 27 ёшли беморга кўп шаклли экссудатив эритеманинг инфекцион-аллергик тури ташхиси қўйилди.

1) Маҳаллий даво ўтказинг:

- a) аппликацион анестезия
- b) антисептик ишлов бериш
- c) линкомицин малҳами, сўнг солкосерил малҳами
аппликацияси

- d) нистатин малҳами аппликацияси
 - e) бонафтон малҳами аппликацияси
- 2) Касаллик келиб чиқишида қандай факторлар сабаб бўлган:
- a) стрептококклар
 - b) стафилококклар
 - c) антибиотиклар
 - d) салицилатлар
 - e) седатив препаратлар

Тестлар

1. Келиб чиқиши инфекцион-аллергик бўлган синдромларда организм сенсбилизациясига эришиш мумкин:
- a) 30% натрий тиосульфатни вена ичига юбориш
 - b) “В” гуруҳ витаминлари инъекцияси
 - c) антибиотиклар инъекцияси
 - d) глюкокортикоидларни маҳаллий қўллаш
 - e) шиллиқ қаватга антисептик ишлов бериш
2. “Кокарда” симптоми кузатилади:
- a) кўп шаклли экссудатив эритемада
 - b) лейкоплакияда
 - c) пўрсилдоқда
 - d) қизил ясси темираткида
 - e) сурункали қайталанувчи афтоз стоматитда
3. Энг кўп яллиғланишга ва эпителизацияловчи хусусиятга эга:
- a) кортикостероидлар
 - b) вирусга қарши
 - c) антибиотиклар
 - d) сульфаниламидлар
 - e) витаминлар
4. Кўп шаклли экссудатив эритемани токсико-аллергик шаклини қайси синама ёрдамида аниқлаш мумкин?
- a) гистаминли
 - b) Ясиновский
 - c) қаварчиқли
 - d) Перке
 - e) Шиллер-Писарев
5. Кўз зарарланиши билан кечадиган кўп шаклли экссудатив эритема – бу қайси синдром?
- a) Стивенс-Джонсон
 - b) Бехчет
 - c) Шегрен
 - d) Иценко-Кушинг
 - e) Мелькерсон-Розенталь
6. Кўп шаклли экссудатив эритемада морфологик элемент:
- a) эритема, папула, пуфак
 - b) афта, тангача, чандиқ

- с) афта, язва, чандик
- d) қаварчик, пуфак, доғ
- е) дўмбоқча, язва, чандик

7. Кўп шаклли экссудатив эритема фақат ОБШҚда кечса қиёсий ташхисланмайди:

- a) лейкоплакия
- b) пўрсилдоқ
- с) пемфигид
- d) герпетик стоматит
- е) сифилитик папула

8. Рецидивларни фаслга боғлиқлиги хос:

- a) кўп шаклли экссудатив эритема
- b) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит
- с) қизил ясси темиртки
- d) оқсим
- е) камраб олувчи темиртки

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Кўп шаклли экссудатив эритемада зарарланиш элементларига тиббий ишлов бериш

Мақсад: Талабани кўп шаклли экссудатив эритемада зарарланиш элементларига тиббий ишлов беришни ўргатиш.

Кўрсатма: ОБШҚ касалликларини ташхислаш.

Жиҳозлаш: химоя кўз ойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор(волонтёр), оғиз бўшлиғини кўриш учун асбоблар, 2% лидокаин, 0,5-1% водород пероксида, 0,02-0,06% хлоргексидин, солкосерил дентал адгезив паста, 20% ли актовегин, каротоллин.

Амалий кўникма : КШЭда зарарланиш элементларига тиббий ишлов бериш.

№	Баждариладиган кадамлар	Боскични баждара олмади	Барча боскичларни баждарди
1	Резина кўлқоп , химоя кўз ойнаклари ва маска кийиш		20
2	Махаллий аппликацион оғриксизлантириш (2% лидокаин)		20
3	0,5-1% водород пероксида, 0,02-0,06% хлоргексидин билан антисептик ишлов бериш		20
4	Яллиғланишга қарши терапия (солкосерил дентал адгезив паста, 20% ли актовегин)		20
5	Кератопластикларни (каротоллин, аекол) аппликация қилиш		20
	Жами:		100

Назорат саволлари:

1. Кўп шаклли экссудатив эритема этиологияси ва патогенези.
2. Кўп шаклли экссудатив эритема таснифи.
3. Кўп шаклли экссудатив эритема клиник кўринишлари.
4. Стивенс-Джонсон синдроми клиникаси.
5. Кўп шаклли экссудатив эритемада лаборатор текширувлар.

6. Кўп шаклли экссудатив эритемани маҳаллий даволаш.
7. Кўп шаклли экссудатив эритемани қиёсий ташхислаш.

16 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит, этиологияси, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

II. Машғулоти мақсади:

Талабаларга сурункали қайталанувчи афтоз стоматитда ОБШҚдаги ўзгаришлар, касаллик клиникаси ва диагностикасини, зарарланган шиллиқ қават соҳаларини ва гистологик ўзгаришларини ўргатиш.

III. Машғулоти режаси:

СКАС ОБШҚ гистологик ўзгаришларини ажрата олиш, қиёсий ташхислаш

IV. Қилинган сўзлар:

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Амалий машғулотнинг мазмуни

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит (stomatitis aphtosa chronica recidiva) – ОБШҚнинг яллиғланиши бўлиб, афталарни рецидив тошиши билан ва узоқ давом этиб, ўткирлашиши билан тавсифланади.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит – ОБШҚда энг кўп учрайдиган касалликдир. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматитда организмнинг иммун реактивлиги пасаяди ва носпецифик ҳимоя бузилади. Касаллик чакирувчи омил бўлиб сурункали инфекция ўчоқлари (ангина, сурункали тонзиллит, фарингит, ошқозон-ичак касалликлари) ва нобоб (салбий) омилларнинг (сурункали стресс ҳолатлари, иқлим таъсирлари, зарарликлар) таъсири ҳисобланади.

Беморларда касаллик носпецифик ҳимоя ва иммун статуси бузилганлиги, иммунитетнинг Т-тизимини депрессияси ҳисобига ривожланади. Бунда Т-лимфоцитларнинг сони ва фаоллиги камайиб кетади. Гуморал ва ҳужайрали ҳимоянинг носпецифик кўрсаткичлари ўзгаради (лизоцим концентрацияси пасайиб, қон зардобиди бетта-лизинлар кўпаяди, С₃, С₄ комплемент фракцияларининг пасайиши, С₅ фракциясининг кўтарилиши кузатилади).

Маҳаллий ҳимоя бузилиши оғиз суюқлигида секретор ва зардобли иммуноглобулин А миқдорининг камайишига боғлиқ. Демак, ҳимоя механизми бузилганда ОБШҚга микроорганизмлар таъсири кучаяди.

Этиопатогенези – афтоз стоматит патогенези кесишган иммун реакциясига асосланиб, қуйидаги мезонда таъсир қилади: ОБШҚ ва ичакда бактериал флора антителалар ҳосил қилади, улар шиллиқ қаватнинг эпителиал ҳужайраларига таъсир кўрсатади. Натижада Артүс феномени ривожланади ва афталар ҳосил бўлиши кузатилади.

Клиник кўриниши. Афтоз ОБШҚни ўчоқли фиброз яллиғланиши бўлиб, Артүс феномен тури бўйича кечади, бунинг натижасида эпителий шикастланиши икки клиник шаклда кечиши мумкин:

- 1) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит;

2) қайталанувчи чуқур чандикли афталар.

Бу иккала шакли ҳам битта беморда бир вақтда учраши мумкин.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит – тарқалган афтозни бир симптоми бўлиб, бунда тошмалар генитал соҳада ва ичакда пайдо бўлади. ОБШҚдаги қайталанувчи афтоз тошмалардан ташқари кўзни ҳам шикастланиши, баъзан пиодермиялар кузатилиши мумкин.

Жараён унчалик катта бўлмаган (диаметри 1 см гача бўлган) да, гиперемияланган, аниқ чегарали, думалоқ ёки овал шаклдаги, оғриқсиз доғ пайдо бўлиши билан бошланиб, бир неча соатдан сўнг атроф шиллиқ қаватдан кўтарилиб қолади. Яна бир неча соатдан сўнг элемент эрозияланади ва усти фиброз кулранг-оқиш караш билан қопланади. Бу фиброз-некротик ўчоқ, кўпинча ингичка гиперемияланган хошия билан ўралган бўлади.

Афта пайпаслаганда жуда оғриқли ва юмшоқ. Некрозланиш кучли бўлган вақтда афта тубида инфильтрация ривожланади, бунинг натижасида у кўтарилиб қолади, некротик массалар эса унинг юзасида кулранг фиброз плёнкани ҳосил қилади. Бундай афта аниқ чегарали, гиперемияланган, шишган бўлади. У оғриқ ва лимфаденит билан кузатилиши мумкин. Некротик массалар 2-4 кундан сўнг ажралади ва яна 2-3 кундан кейин битиб, бир неча кун мобайнида унинг ўрнида гиперемия кузатилади.

Баъзан афта гиперемиядан бошланмасдан, анемик доғдан бошланади. Афгани пайдо бўлишидан олдин беморлар ачишиш ва оғриқ бўлганлигидан шикоят қилишади.

Бирданига битта ёки бир нечта афталар пайдо бўлади. Касалликни хусусиятларидан бири – бу тошмаларни қайталанишидир. Бу бир неча кундан бир неча ойгача кузатилади. Баъзи бир беморлар кичик пуфак пайдо бўлганини ва кейинчалик “яра”га айланганини айтиб ўтишади.

Сурункали афталарни пайдо бўлиш жойлари.

Оддий афта гистологик кўрилганда, шиллиқ қаватнинг чуқур фиброз-некротик яллиғланиши кузатилади. Жараён хусусий ва шиллиқ ости қаватнинг ўзгаришидан бошланади; томирлар кенгайишидан сўнг, эпителий тиканаксимон қаватининг периваскуляр инфильтрациясидан кейинги шиш, сўнг спонгиоз ва микробўшлиқларни шаклланиши кузатилади.

Альтератив ўзгаришлар эпителийнинг некрози ва шиллиқ қаватни эрозияси билан тугалланади. Эпителийнинг нуқсони фибрин билан тўлиб, атроф тўқималари билан бирикиб кетади.

Қиёсий ташхис. Афта объектив кўрилганда травматик ва герпетик эрозия, захмдаги папулага ўхшаш бўлади ва буларнинг юзасида бир неча вақдан сўнг некротик кулранг-оқиш караш пайдо бўлади. Герпетик эрозия афтадан полицикликлиги, оғриқсизлиги, яллиғланиш реакциясининг тарқалиши билан фарқланади. Герпесдаги эрозиялар пуфакчаларни гурухланиши билан тавсифланади. Сифилитик папулалар симмиловчи оғриқлар билан, асосида инфильтрат бўлиши, перифериясида яллиғланишли хусусиятга эга гардиши ва эрозиядан оқиш трепонемани ажралиши билан характерланади.

Қайталанувчи чуқур чандикловчи афталар (Сеттон афтаси). Шиллик қаватнинг чегарали, оғриқли қаттиқлашиши билан бошланади, кейинчалик юзаки фиброз караш ҳосил бўлиб, у атрофи гиперемияланган кратерсимон ярага айланади. Яра катталашиши мумкин. Жараён оддий юза афтага ўхшаб бошланади, 6-7 кун ўтгандан сўнг бундай афтани тубида инфильтрат пайдо бўлади, афтани ўзи эса чуқур ярага айланади. Тузалгандан сўнг афта ўрнида юмшоқ юзали чандиклар, лейкоплакияни эслатувчи элементлар сақланади. Афталар оғиз бўшлиғида, танглай соҳасида жойлашиши, чандикланиб зарарланишига олиб келади. Масалан, микростоматга сабаб бўлади. Чандикланувчи афталарни давомийлиги 1 ҳафтадан 2 ойгача муддатни ташкил қилади. Тошмалар тилни ён юзаларида, лаб ва лунж шиллик қаватларида жойлашиб, кучли оғриқлар пайдо бўлади.

Қайталанувчи чуқур афталар гистологик текширилганда некроз ўчоқлари эпителий ва базал мембранани бутунлай шикастланиши, шунингдек, хусусий шиллик қават ва шиллик ости қаватни яллиғланиши кузатилади. Шикастланган ўчоқда перигландуляр инфильтрацияланган сўлак безлари аниқланади. Sutton ушбу кўринишни шиллик қаватнинг қайталанувчи некротик периаденити деб атайди. А.А.Машкиллейсон чуқур қайталанувчи афталарни периаденит белгиларисиз ҳам кузатган. Касаллик сурункали кечади. Айримларда ўзгаришлар кўп бўлиб, афталар сони кўп аниқланади. Айрим беморларда афта якка ҳолда бўлиши мумкин. Албатта касалликни кечиши организмнинг умумий аҳволига боғлиқ. Г.В.Банченко касалликни кечишида мавсумийликни кузатган.

ТТА Терапевтик стоматология ходими У.А.Шукурова (2009) сурункали қайталанувчи афтоз стоматитни ҳомиладор аёлларда ичак ва оғиз бўшлиғидаги дисбиотик ўзгаришлари фонида кузатган, даволашда ФарГАЛСни маҳаллий қўллаш ва пробиотикларни схема асосида қабул қилиш алгоритмини таклиф этган.

Ташхислаш. Чуқур чандикли афталарни ташхислашда Венсан ярали-некротик стоматитига ўхшашлигини эсда тутиш лозим. Бундан ташқари травматик эрозия ва яра, қайталанувчи герпес, ҳавфли ўсма яра ва специфик яралардан ажратиш лозим.

Синехиал буллезли Лорт-Жакоб дерматитида бирламчи элемент бўлиб пуфак ҳисобланади. Бунда инфильтрация бўлмайди, ёрилгандан сўнг эрозия кузатилади, кўз шикастланади, конъюнктивада синехия ва пуфаклар кузатилади. Лекин Бехчет касаллигида ирит кузатилади.

Даволаш. Беморни бошқа мутахассислар (эндокринолог, гастроэнтеролог ва бошқалар) да текшириб кўриш лозим. Патогенетик даволаш комплекс ҳолда амалга оширилади. Иммунокоррекция препаратларидан – тимоген мушак орасига кунига 100 мкг дан 10 кун мобайнида иммунограмма назоратида буюрилади.

Левомизол (декарис) ҳафтада 2 марта, оралиғи 3-4 кун ёки кетма-кет 2 кун 150 мг дан қўлланилади. Даволаш 1,5-2 ой амалга оширилади (қоннинг клиник формуласи ва организмнинг умумий аҳволи назорат қилинади).

Лимфоцитлардаги хужайра метаболизмини меъёрлаштириш учун икки босқичда метаболик препаратлар: 20% ли кальций пантотенати 2,0 мл дан инъекция ёки ичиш учун 0,1 г дан кунига 4 марта, рибофлавин монопнуклеотид (1% ли эритмани 1 мм мушак орасига), липамид (0,025 г дан кунига 3 марта овқатдан кейин), кокарбоксилаза (0,05 г дан мушак орасига), калий оротат (0,5 г дан кунига 3 марта, овқатдан бир соат олдин) буюрилади.

Иккинчи 10 кунда иккинчи маротаба метаболик препаратлар – витамин В₁₂ (1 мл 0,01% ли эритмани мушак орасига), фолат кислота (кунига 0,005 г дан кунига), пиридоксальфосфат (0,02 г дан кунига 3 марта, овқатдан кейин), метилметионин – сульфоний хлориди (0,1 г дан кунига, овқатдан кейин), кальций пангамати (0,05 г дан кунига 3-4 марта), калий оротати (0,5 г дан кунига 3 марта, овқатланишдан бир соат олдин) буюрилади.

Ушбу даволаш курсларини ҳар 6 ойда жами 4-6 марта қайтариш лозим.

Лазер нурлари эпителизация жараёнини тезлаштиради ва рефлексоген зоналарга қўйилади. Аэрон массаж ҳам даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилайдди.

Маҳаллий даволаш. Маҳаллий аппликацион оғриксизлантиришда 1-2% ли лидокаин, 1-2% ли тримекаин, 1-2% ли пиромекаин, 5% ли пиромекаинли суртма, 5-10% ли анестезиннинг мойдаги эритмаси қўлланилади. 2% ли новокаин эритмаси электрофорези аэронли массаж билан биргаликда ҳамда лазертерапия билан даволашда яхши натижа беради. Протеолитик ферментлар (трипсин, химопсин, химотрипсин, лизоамидаза) билан яра ва эрозия юзаси тозаланади.

Антисептик ишлов 1% ли этоний, 0,02-0,06% ли хлоргексидин эритмаси, 0,02% ли фурациллин эритмаси билан ўтказиш лозим. Эпителизацияни рағбатлантириш мақсадида А ва Е витаминларининг мойли эритмалари, каротин, 5% ли линетол суртмаси, солкосерил (желеси ва адгезив дентал малҳами), 5% ли, 20% ли актовегин суртмалари қўлланилади. Эпителизацияни кучайтириш мақсадида цитраль, галоскорбин, витаминлар, айниқса С ва Р витаминлари буюрилади. Биополимер эрувчи плёнкалар (облекол-плёнка) дори моддасини сақловчи препаратлар, триметозол аэрозоли, каланхоэ шарбатини сақловчи малҳам, 0,3% ли натрий сукцинатининг пахта мойидаги эритмаси регенерация жараёнини кучайтиради. Риметазон аэрозолини қўллашдан аввал оғиз бўшлиғи физиологик эритма билан чайилади ва 3-4 марта триметазон ишлатилади. Кортикостероидли суртмалар ҳам афталарни тез битишида яхши натижа беради.

Қайталанувчи афтоз стоматитнинг оқибати яхши.

Профилактикаси. Ҳар хил тизим (ошқозон-ичак, асаб, эндокрин, юрак-қон томир) касалликларини вақтида ташхислаш ва даволаш, оғиз бўшлиғининг сурункали инфекция ўчоқларидан ҳоли этиш, пархезга риоя қилиш касалликни олдини олишда катта аҳамиятга эга.

Амалий маш-улотда штызиладиган янги технология усллари:

1.«Юмалоқ стол» номли иш ўйинини ўтказиш

2.2.Органайзер тузиш (Тоифалаш жадвали,SWOT)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ
Вазиятли масалалар

1. 26 ёшли бемор оғиз бўшлиғига даврий равишда думалоқ шаклдаги, кучли оғриқли эрозия топиши аниқланади. Анамнезида ошқозон-ичак тракти патологияси аниқланади.

Тахминий ташхис қўйинг:

- a) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит
- b) қизил ясси темирлатки
- c) пуфакча
- d) кўп шаклли экссудатив эритема
- e) сил

2. Беморда сурункали қайталанувчи афтоз стоматит оғир формаси аниқланди.

Оғиз бўшлиғидаги эрозия номи:

- a) Сеттон афтаси
- b) Лайл касалиги
- c) Розентал синдроми
- d) Шегрен синдроми
- e) Стивенс-Джонсон синдроми

3. 7 йилдан бери ошқозон-ичак трактида патологияси бор, сурункали қайталанувчи афтоз стоматит билан оғриган беморни умумий даволаш учун нима тавсия қилиш мумкин?

- a) антигистамин препаратлар
- b) поливитаминлар
- c) организм резистентлигини оширувчи воситалар
- d) сульфаниламидлар
- e) цитостатиклар

4. Бемор 17 ёш, сурункали қайталанувчи афтоз стоматити бор. 34 ва 35 тишлар ўтув бурмаси шиллиқ қавати ва тил ён юзасида оғриқли афта бор. Овқат еганда, ютинганда, гапирганда кескин оғриқли.

Оғриқсизлантириш учун нима тавсия қилинади?

- a) лидокаинли малҳам
- b) анестезиннинг мойли аралашмаси
- c) бонафтон малҳами
- d) гистоглобулин
- e) оксалин малҳами

5. Бемор тилининг ён юзасида кескин оғриқли афта бор. Пайпаслаб кўрилганда юмшоқ, фибриноз қараш билан қопланган, гиперемияланган гардиш билан ўралган.

Тахминий ташхис қўйинг:

- a) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит
- b) қизил ясси темирлатки
- c) кўп шаклли экссудатив эритема
- d) пуфакча
- e) лейкоплакия

6. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит узоқ вақтан бери битмайди. Афтоз эпителизациясини тиклаш учун қандай воситалар тавсия этилади?

- a) солкосерил – дентал адгезив паста
- b) нафматок мойи
- c) флоренал малҳами
- d) оксалин малҳами
- e) ациклогест

АМАЛИЙ ҚИСМ

Амалий кўникма: Тиш пульпасида диатермокоагуляция ўтқизиш.

Мақсад: Беморларда диатермокоагуляция усулини қўллаш

Курсатма: Даволашда физик усуллардан кенг фойдаланиш

Керакли жихозлар: Кресло, бормашина, стоматологик стандарт набори, пломба ашелар, эндодонтик асбоблар, ДКС-2М аппарати, пахта, валиклар, эндодонтик ишлов учун дори воситалар, 3% натрий гипохлорит,

Бажараладиган боскичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	Боскични бажара олмади	Барча боскичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитувчининг имзоси
1	Даволанадиган тишга ўтказувчан ёки маҳаллий анестезияни ўтқизиш;	0	10		
2	Тиш бўшлиғини очиқ бор ёки экскаватор билан пульпанинг тож қисмини олиш;	0	10		
3	Тиш сўлакдан изоляция қилиб, ДКС – 2 М аппаратини ишга тайёрлаш;	0	6		
4	Рентген ердамида канални узунлигини аниқлаш, иғнани каналга киритиш	0	14		
5	6 – 8 А гача токни бериб, иғнани каналда 3 сониягача ушлаб туриш;	0	10		
6	Куйдирилган пульпани пульпэкстрактор билан олиш;	0	10		
7	Каналга 3% натрий гипохлорит билан медикаментоз ишлов бериш;	0	6		
8	Файл ердамида канални ўрта номерга кенгайтириш;	0	14		
9	Канални пломбалаш ва доимий пломба қўйиш	0	20		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

- Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит характеристикаси.
- Афтоз нима.
- Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит шакллари.
- Сурункали афталарни пайдо бўлиш жойлари.
- Сурункали қайталанувчи афтоз стоматитни қиёсий ташхиси.
- Сурункали қайталанувчи афтоз стоматитни даволаш.
- Сурункали қайталанувчи афтоз стоматитни профилактикаси.

I. **Мавзу:** *Экзоген интоксикацияда ОБШҚдаги ўзгаришлар.*

II. **Маишулот мақсади:** Талабаларга экзоген интоксикацияда ОБШҚдаги ўзгаришларни, касаллик клиникаси ва диагностикасини, зарарланган шиллиқ қават соҳаларини ва гистологик ўзгаришларини ўргатиш.

III. **Маишулот режаси:** Экзоген интоксикацияда ОБШҚдаги ўзгаришларни ёритиш.

IV. **Калит сўзлар:** Экзоген интоксикацияда ОБШҚдаги ўзгаришлар.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий маишулотнинг мазмуни

Дори воситаларининг токсик таъсиридан, касбий заҳарланишлардан ОБШҚ жароҳатланади. Дорилар меъёрида ишлатилганда кам заҳарли ҳисобланади, лекин уларни меъёридан ортиқ ишлатиш заҳарланишга олиб келади.

Дориларни заҳарли таъсири билан дориларга нисбатан кўзғатилувчи аллергия реакцияни ажратиб олиш керак, чунки уларни патологик ўзгариш механизми, ривожланиши, прогнози, даволаниши ўзгачадир.

Дорилардан заҳарланиш ҳар бир дори учун алоҳида клиник синдромлардан иборат. Дориларни организм учун қанчалик заҳарли бўлиши уларни концентрациясига, антителалар ишлаб чиқарилишига, организмнинг айирув вазифаларини бузилишига боғлиқ бўлади. Даволашда антидотлардан фойдаланилади.

Дориларга нисбатан аллергия мавжудлигида ҳамма дориларга носпецифик клиник симптомлар хос бўлади. Бунда клиник манзараси дорини дозасига боғлиқ бўлмайди.

Организмда антитела ишлаб чиқарилади, улар антиген-антитела реакциясида иштирок этади. Аллергия синама мусбат бўлади. Келиб чиқиши, аллергия ҳолатнинг олдин кузатилганлиги, овқатга ва уй-жиҳозларга бўлган сезгирлик ошганлиги аниқланади.

Даволашда аллергияга қарши антигистамин препаратлари берилади.

Стоматологияда дориларни токсик таъсири симоб препарати ва висмут ишлатилгандан сўнг аниқланди. Организмнинг умумий клиник ўзгаришлари (нерв тизими, ошқозон-ичак йўли бузилишлари) ва ОБШҚнинг ўзгариши (гингивит, стоматит) кузатилади. Маҳаллий реакцияни оғирлигига қараб, жараён шиллиқ қаватнинг ранги ўзгаришидан то ярали-некротик ўзгаришларгача боради.

Заҳмдаги марказий асаб тизимининг носифилитик шикастланишини даволашда висмут препаратлар (бийохинол, бисмоверол) қўлланилади ва бунда ОБШҚда ўзгаришлар пайдо бўлади. Бунда кўпроқ милкда кулранг-қорамтир висмутли хошия аниқланади ва сўлак билан бирга висмут сульфиди ажралиб чиқади. Тил, лунж шиллиқ қаватида ҳам ўзгаришлар бўлади.

Хошияни келиб чиқиш сабаби бўлиб кариесли тишлар, тишлардаги караш ва тошлар бўлиши мумкин. Оғриклар фақат ОБШҚнинг бутунлиги бузилганлигида, оғир заҳарланишда эрозив-ярали жараён ривожланганда бўлади. Бу ўзгаришлар оғиздан бадбўй ҳид келиши билан кечади.

Қўрғошин билан заҳарланишда ҳам оғиз бўшлиғида шундай ўзгаришлар бўлади. Бундай ўзгариш тоғда ишлайдиган қўрғошин рудасини

етиштирувчиларда, босмахона йиғувчиларида учрайди. Патологик ўзгаришлар кўриниши кўрғошин билан мулоқотда бўлиш давомийлигига ҳамда организмнинг мойиллигига боғлиқ.

Кўрғошин кон-томир деворида чўкиб, тўқималарни қон билан таъминланишини бузиб, асептик некрозни чақиради. Касалликнинг энгил шаклида фақатгина кулранг хошия, кам холларда доғ ҳосил бўлади, лекин иккиламчи инфекция қўшилганда некроз ўчоғи кир-кулранг кўринишга ўтади.

ОБШҚдаги ўзгаришлар билан бирга терида ўзига хос реакциялар ҳам бўлади, яъни эритематоз ёки буллез тошмалар бўлиши мумкин. Бундан ташқари сатурнизмда анемия, периферик невроз, фалаж, “кўрғошинли” ҳуружли оғриқ пайдо бўлади. Висмут билан заҳарланишда буйракда асоратлар бўлади, яъни нефропатия кузатилади. Даволаш учун антидотлар (унитиол, сукцимер ва бошқалар), КJ эритмалари, С ва В₁ витаминлари ишлатилади.

Маҳаллий тиш карашлари олинади, милкдаги некрозланган ўчоқлар тозаланади, протеолитик ферментлар ва кератопластик препаратлар қўлланилади. Профилактика учун оғиз бўшлиғини санация қилиш, оғизни 1% ли сирка кислота эритмаси билан чайиш, кўрғошин чангини эритувчилар билан, кислород ва витаминларга тўйинган эритмалар билан чайилади.

Симоб маҳаллий қўлланилганда заҳарланиш унинг резорбтив таъсиридан келиб чиқади. Симобни оксил билан боғланишини альбуминлар таъминлайди ва у NaCl таъсирида эрийди ва симобни шу тўқимага киришини таъминлайди. Симоб препаратларини бактериоцид ва бактериостатик таъсири микроб ҳужайрасидаги сульфгидрил гуруҳ ферментларини блокада қилиниши ва бактерия оксилени денатурациясига боғлиқ.

Симобдан заҳарланиш касбий зарарланишлар, яъни симоб ишлаб чиқарувчи ишчиларда симоб чангидан ошқозон-ичак йўли орқали ва чанг билан нафас олишдан келиб чиқади.

Бунда интоксикация белгилари: таъсирчанлик, хотиранинг пасайиши, меҳнат қобилиятининг пасайиши кузатилади. Оғиз бўшлиғида милк қирғоқлари бўйлаб симоб сульфиди ҳосил бўлишидан қора рангдаги хошия ҳосил бўлади. Милклар қонайди, ярали-некротик ўзгаришлар ривожланади, улар бошқа соҳаларга тарқалиб, стоматитни келтириб чиқаради.

Бу ўзгаришлар оқибатида оғиз бўшилиғида металл таъми, сўлак безларига симобнинг салбий таъсири натижасида гиперсаливация кузатилади.

Даволаш симоб чангини йўқотишга қаратилган бўлиши керак. Бунинг учун ишқорли эритмаларни ичиш, тиосульфат натрийнинг эритмаси, унитиол инъекцияси ва поливитаминлар қўлланилади. Гиперсаливацияга қарши атропин ишлатилади. Маҳаллий антисептик ишлов бериш, тиш карашларини олиш, яллиғланишга қарши препаратлар ва кератопластик моддаларни қўллаш яхши натижа беради.

Олтин препаратлари — капилляр захари бўлиб, юқори даражали заҳарловчи моддалар бўлиб ҳисобланади.

Кризанол ревматоидли артритда, қизил ясси темираткида ишлатилади.

Оғизда стоматит пайдо бўлиб, зич оқ рангдаги карашлар, перламутрли бляшкалар ҳосил бўлади, бу эса қизил ясси темирлаткининг клиникасини эслатади. ОБШҚ жароҳатланишида ярали элементлар бўлмайди.

Оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар буйрак шикастланиши фонида ва қондаги ўзгаришлар (апластик анемия, тромбоцитопеник пурпура) фонида ривожланади.

Даволаш учун унитиол, эркин сульфгидрил гуруҳини сакловчи препаратлар, кортикостероидлар ишлатилади.

ОБШҚнинг ўзгариши лейкоплакия тури бўйича кечади. Касбий касалликларда ишлаб чиқариш жойларида техника ҳавфсизлигига риоя қилиш керак, чангланишни камайтириш учун иш жойлари тез-тез шамоллатиб турилиши керак. Ишчиларни маҳсус профилактик асбоблар ва моддалар билан таъминлаш керак. Бунинг учун нафас йўлини ҳимоя қилувчи мосламалар (респираторлар, противогазлар, докали боғламалар) дан фойдаланилади.

Зарарли моддалар билан ишловчилар стоматолог назорати остида бўлиши керак. Профилактика учун оғиз бўшлиғини санация қилиш, тиш карашларини олиш, тишни тўғри тозалашни ўргатиш, тишларни ўз вақтида даволашга ва протезлашга маслаҳат бериш лозим.

Профилактик кўрик касалликнинг бошланғич ўзгаришларини аниқлаб беради ва уларга қарши чора-тадбирлар ишлаб чиқишга ёрдам беради. Касаллик белгилари, энг аввало ОБШҚ эпителийсида гиперкератоз бўлган кишиларга аҳамият бериш зарур.

Дорилар билан организмнинг захарланишига тишларни тетрациклинли бўялиши киради. Бу ҳолат тетрациклинни кўпроқ ичган болаларда кузатилиб, эмалнинг сариқ-жигарранг тусга кириши (тетрациклин чизиклари, эмал гипоплазияси) билан намоён бўлади.

Шундай ўзгаришлар она ҳомиладорлик вақтида тетрациклин ичганда болаларда тиш тўқимаси билан суяклари бўялиб қолади.

Дориларнинг тератоген таъсири оғир ўзгаришларга олиб келади, лаб, танглай кемтиги ва бошқа туғма нуқсонлар ривожланади. Буларнинг келиб чиқиши ҳомиладор аёлнинг баъзи препаратлар (талидомид, кортикостероид) қабул қилишидан келиб чиқади. Тератоген фаоллиги бўйича дори препаратлари 2 хил бўлади:

- 1) бевосита тератоген таъсирли (симоб қўшилиши, стрептомицин, тетрациклин);
- 2) билвосита тератоген таъсирли (левомецетин ва бошқалар).

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Юмалоқ стол» номли иш ўйинини ўтказиш
2. Органайзер тузиш (Нилуфар гули)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ

Вазиятли масалалар

1. 49 ёшли бемор, кон корхона ишчиси, оғиз қуришига, металл таъми келишига, тез-тез бош оғришига ва айланишига шикоят қилади. Кўп миқдорда милк усти ва милк ости тошлари мавжуд, милк сўрғичлари ва кирғоғи гиперемияланган, қирғоқ соҳасида кулранг хошия кузатилади.

- 1) Қиёсий ташхис ўтказинг.
- 2) Ташхис қўйинг.
- 3) Даволаш режасини тузинг.

2. 47 ёшли бемор, симоб корхона ишчиси, оғиз бўшлиғидан металл таъми келишига, хотираси ва ишлаш қобилияти пасайишига, тез асабийлашишига шикоят қилади. Об'ектив кўрикда: милкларни катарал яллиғланиши, усти қорамтир караш билан қопланган, айрим жойлари некрозланган, қўланса ҳид келади. Регионар лимфа тугунлари пайпасланганда катталашган, оғриқли, гиперсаливация кузатилади.

- 1) Дастлабки ташхис қўйинг.
- 2) Сизни даволаш тактикангиз.

3. Бемор В., 40 ёшда, узок вақт бийохинон препаратини қўллаган, милк қирғоқларида ва тил, лунж, лабларида қорамтир караш борлигига, оғиздан ноҳуш ҳид келишига шикоят қилади. Об'ектив: оғиз бўшлиғида кўп сонли кариоз коваклар, тиш тошлари ва карашлари, милк қирғоғида қорамтир карашлар кузатилади. Бемор холсиз, товуши бўғилган.

- 1) Дастлабки ташхис қўйинг.
- 2) Сизни даволаш тактикангиз.

4. 57 ёшли бемор тилидаги шишга ва тил устидаги оқиш карашга шикоят қилади. Анамнезидан маълум бўлишича бемор стационар шароитида ревматоид артрит касаллиги билан кризаноол препаратини қабул қилади. Об'ектив кўрикда: гиперсаливация, эритематозли шиш, тилдаги шиш қаттиқ, тилнинг устида қалин оқиш дурга ўхшаш караш кузатилади. Ушбу кўриниш қизил ясси темирлатки кўринишини эслатади.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Олтин препаратини дозаси кўпайиб кетганда қуйидаги касаллик ривожланмайди:
 - a) нефропатия
 - b) дерматит
 - c) стоматит
 - d) анемия
 - e) механик сариклик

Тестлар

1. Қўрғошинли стоматитда қўлланилади:
 - a) унитиол
 - b) антибиотиклар
 - c) 10% ли кальций хлорид
 - d) адреналин
 - e) норадреналин
2. Қайси касалликни даволашда висмутли стоматит келиб чиқади:
 - a) кариес
 - b) пульпит
 - c) кўп шаклли экссудатив эритема
 - d) захм
 - e) сурункали қайталанувчи афтоз стоматит

3. Экзоген захарланишни даволаш дорили захарланишни даволашдан нима билан фарқ қилади:

- а) антидотларни қўлланилиши
- б) десенсибилизацияловчи препаратларни қўлланилиши
- с) рентгенотерапия
- д) реанимация
- е) беморни изоляция қилиниши

Амалий кўникма

Эмаль юзасини кислотали ишлов (протравка) қилиш.

Мақсад: Композит ашени адгезивлик хусусиятини ошириш мақсадида кислоталарни қўллаш.

Кўрсатма: Тиш реставрацияси.

Керакли жиҳозлар: Абразив сақловчи тозалаш паста, коффердам, 30%-35% ортофосфор кислотаси, аппликатор.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	Босқич ни бажара олмади	Барча босқич ларни бажарди	Талаба тўпла ган балл	Ўқитув чининг имзоси
1	Эмаль юзасини паста билан тозалаш.	0	20		
2	Тишларни коффердам ёки пахта тампонлари билан сўлакдан ажратиш.	0	20		
3	Тиш юзасини хаво билан қуриштиш.	0	10		
4	Тиш юзасига аппликатор ёрдамида 30%-35% ортофосфор кислотани суркаш. (15-20 сонияга).	0	30		
5	Кислотани сув оқими билан ювиб, қуриштиш.	0	20		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

1. Экзоген захарланиш қайси касалликлар гуруҳига киради.
2. Экзоген захарланиш этиологияси
3. Экзоген захарланиш клиникаси.
4. Касбий касалликларни киеслаш.
5. Касбий касалликларни даволаш.
6. Касбий касалликларни профилактикаси.

18 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Гипо- ва авитаминозда ОБШҚ ўзгаришлари.

II. Машғулот мақсади:

Гипо- ва авитаминозларда ОБШҚдаги ўзгаришларни ташхислаш, даволаш ва профилактика усуллариини ўргатиш.

III. Машғулот режаси:

А., В₁, В₆, В₁₂, С, РР витаминларни танқислигида оғиз бўшлиғида ўзгаришларни ажрата олиш, солиштирма ташхислаш ва маҳаллий ва умумий даволашни ўтқозиш.

IV. Калит сўзлар:

Гипо- ва авитаминозлар.

НАЗАРИЙ ҚИСМ.

Амалий машғулотнинг мазмуни

Гиповитаминозлар – организм витаминларни етарли ҳолда олмаслиги ёки витаминларни сўрилиши бузилиши оқибатида келадиган ҳолатдир. Авитаминоз – у ёки бу витаминни умуман бўлмаслик ҳолатидир.

Витамин В₁ (тиамин) – организмда синтезланади, овқат таркибида бўлади, ингичка ичакда сўрилади, углеводлар ва оксиллар алмашинувида қатнашади, нерв импульсларини узатишда қатнашади. Кунлик зарурати 1,5-3,0 мг. Оғиз бўшлиғида замбуруғсимон тил сўрғичлари гиперплазияси, дескваматив глосситлар витамин В₁ етишмаганда юзага келади.

Таблетка, драже: тиамин бромид 0,002-0,01 г дан; шиллик остига, тери остига, вена ичига инъекциялар: 1 мл – 3%, 6% эритмалари. Тиамин хлорид таблетка ва дражелари 0,002-0,01 г; 1 мл – 2,5%, 5% эритмали инъекцияси.

Витамин В₂ (рибофлавин) – кунлик зарурати 2,0-3,0 мг; етишмаслиги натижасида оғиз бурчакларида бичилиш, ОБШҚ десквамацияси, карашлар билан қопланган ёриқлар, ангуляр стоматит, лаблар қуриши, қизариши, вертикал ёриқлар пайдо бўлиши, бурун катакларида себореяли пўстлоқлар, тилда ачишиш ва оғриқ, сўрғичлар атрофияси, шиш, афтозлар пайдо бўлиши мумкин.

Витамин В₂ кукуни ва таблеткаси 0,0005-0,01 г, 2 мг драже тавсия этилади. 1% рибофлавин моноклеат эритмаси 1 мл кунига бир маҳал инъекцияси (10-15 инъекция).

Витамин РР (никотин кислотаси) – кунлик зарурати 15-20 мг; етишмаслиги натижасида ОБШҚ ва тилда ачишиш, милкларда шиш, сўрғичлар гипертрофияси, баъзи жойларда силлиқланган, тирсакда тери дерматози бўлиши мумкин.

Никотин кислотаси таблеткаси 0,05 г дан 1-2 таблетка кунига 2-4 маҳал. Драже 0,015 г дан 1%, 2,5%, 5% эритмалари инъекцияси.

Витамин В₆ (пиридоксин) – суткалик эҳтиёж 2-4 мг, етишмаслиги натижасида асаб фаолияти бузилиши, асабийлашганда мушаклар титраши, себореяли дерматит, ОБШҚда дескваматив глоссит, иккала лаб ёрилиши кузатилиши мумкин.

1%, 2,5%, 5% эритмалари инъекциялари буюрилади.

Витамин В₁₂ (цианкоболамин) – суткалик зарурати 2-4 мг; етишмаслиги натижасида тилдаги ўзгаришлар: ачишиш, овқатланганда оғриқ, ташқи кўринишда тил ўзгармаган ёки баъзи жойларда қизарган, ОБШҚда силлиқланган тил, Меллер глоссити; қонда эритроцитлар ва гемоглабин камайиши кузатилиши мумкин.

Мушак остига, томир ичига, тери остига 100-200 мкг 2 кунда 1 маҳал фолат кислотаси билан бирга тавсия этилади.

Витамин С (аскорбин кислотаси) – суткалик зарурати 70-100 мг; етишмаслиги натижасида ОБШҚ қуриши, милклар қонаши, ОБШҚда ва терида петихиялар, оғир кечишида ярали гингивит, стоматит кузатилиши мумкин.

100 мг дан кунига 5 маҳал тавсия этилади. Парентерал 100-200 мг дан витамин Р билан кушиб берилади.

Витамин В₅ (кальций пантотенат) – суткалик зарурати 10-12 мг; ичак таёқчасида синтезланади; парестезияда, невралгияда, дескваматив яллиғланишда тавсия этилади.

ОБШҚ куйишида 5% эритмаси аппликацияси 0,1-0,2 г таблеткаси; тери остига, мушак орасига, томир ичига 2 мл – 20% эритмаси қўлланади; аэрозоль «Пантенол».

Витамин А (ретинол) – суткалик зарурати 1,5 мг (5000 МЕ); стоматологияда эрозия ва яраларни эпителизацияси учун ишлатилади; эпителийда моддалар алмашинуви тикланишида, ОБШҚ қуришини даволашда қўлланилади.

Драже, ёғли эритмаси ампулада 1 мл да 100000, 250000 МЕ мушак орасига.

Витамин Е (токоферол ацетат) – кучли антиоксидант; суткалик зарурати 10-30 мг, капиллярлар ўтказувчанлигини оширишда ишлатилади; стомагологияда пародонт ва ОБШҚ касалликларида аппликация усулида, пародонтал бойламлар учун ёғли асос сифатида ишлатилади.

5%, 10%, 3% ёғли эритмаси, 1 мл ампуласи, флаконда 10, 20, 25, 50 мл қўлланилади.

Амалий машғулотда ишлатиладиган янги технология усуллари:

1. «Юмалоқ стол» номли иш ўйинини ўтказиш
2. Органайзер тузиш (Балиқ скелети, Кластер)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. 60 ёшли бемор милклари оғришига, тиш тозалаганда милклари қонашига, шишганлигига, холсизлик белгиларига, апатияга, тез чарчашига, иштаха пасайишига, инфекцияга тез чалинишига, капиллярлар ёрилишига шикоят қилади. Обьектив кўрикда беморни ранги оқиш, оғиз бўшлиғида геморрагик тошмалар, ярали-некротик гингиво-стоматит кузатилади. Милклар кўкимтир рангда, милк қирғоқлари яраланиши, тишлар кимирлаши ва айримлари тушиб кетганлиги кузатилади.

1) Дастлабки ташхис қўйинг.

2) Сизнинг тактикангиз.

2. 56 ёшли бемор оғзи қуришига ва овқатланиш қийналишишига шикоят қилади. Анамнездан маълум бўлишича беморда кузда ҳам қуруқлик сезилади. Кўрикда ОБШҚ ранги хира, ялтироқлиги йўқ, лунж соҳасида оқиш рангдаги шиллиқ қават ўзгариши аниқланади. Лаблар қизил хошиясида эпидермацияси кузатилади. Гиперкератоз, сўлак безларининг фаолияти пасайган, гипосаливация кузатилади.

1) Дастлабки ташхис қўйинг.

2) Сизнинг тактикангиз.

3. 35 ёшли бемор лабининг бурчагида пайдо бўлган оғриқли ёрилмаларга шикоят қилади. Обьектив кўрикда: лаб бурчакларида шилинишлар, эпителий кипикланиши ва ёрилмалар устида қатқалоқлар кузатилади. Лаблар қуруқ,

қизарган, вертикал ёрилмалар мавжуд. Себореяли қатқалоқлар бурун қанотларида учрайди. Тил қип-қизил рангда, ялтироқ, қуруқ. Беморда нур таъсирида ёш келиши кузатилади.

1) Дастлабки ташхис қўйинг:

- a) экзематоз хейлит
- b) витамин B₂ авитаминози
- c) атопик хейлит
- d) витамин B₁₂ авитаминози
- e) аллергия

2) Витамин B₂ номланади:

- a) пиридоксин
- b) цианкобаламин
- c) рибофлавин
- d) тиамин
- e) ретинол

3) Витамин B₂ суткалик миқдори:

- a) 2,5-3 мг
- b) 10-12 мг
- c) 0,2-0,5 мг
- d) 8-10 мг
- e) 100 мг

4) Бурун қанотларидаги себореяли қатқалоқлар хос:

- a) қизил югурукка
- b) B₂ витамини авитаминози
- c) B₁₂ витамини гиповитаминози
- d) аллергия
- e) пеллагралар

5) Якуний ташхис қўйиш учун текширилади:

- a) қоннинг умумий анализи
- b) орқа миёна суюқлиги
- c) иммунограмма
- d) қонда ва сийдикда рибофлавин миқдори

4. 25 ёшли бемор милки оғришига, лаб ва лунжларда қонталашлар пайдо бўлганига ва тери кўкариб қолишига шикоят қилади. Умумий аҳволи: холсизлик, тез чарчаб қолиш, мушаклардаги оғриқлар. Тери қуруқ, ғадир-будур, қонталашлар кузатилади. Об'ектив ҳолат: ОБШҚ ва милклар шишган, гиперемияланган, қонайди, тишлар юмшоқ караш билан қопланган, петехиал қонталашлар лаб ва лунж шиллик қаватларида кузатилади, оғиздан ноҳуш хид келади.

Дастлабки ташхис қўйинг:

- a) витамин C гиповитаминози
- b) витамин B₂ гиповитаминози

Тестлар

1. Витамин B₁ (тиамин) нинг кунлик зарурати қанчани ташкил этади?

- a) 1,5-3,0 мг

- b) 0,5-1,0 мг
- c) 10-15 мг
- d) 5-10 мг

2. Витамин В₂ (рибофлавин) нинг кунлик зарурати қанчани ташкил этади?

- a) 2,0-3,5 мг
- b) 10-15 мг
- c) 5-10 мг
- d) 20-30 мг

3. Витамин РР (никотин кислотаси) нинг кунлик зарурати қанчани ташкил этади?

- a) 15-20 мг
- b) 1-2 мг
- c) 30-40 мг
- d) 0,1-0,2 мг

4. Витамин В₆ (пиридоксин) нинг кунлик зарурати қанчани ташкил этади?

- a) 2-4 мг
- b) 15-20 мг
- c) 0,01-1 мг
- d) 30-40 мг

5. Витамин В₁₂ (цианкоболамин) нинг кунлик зарурати қанчани ташкил этади?

- a) 2-4 мг
- b) 15-20 мг
- c) 0,01-1 мг
- d) 30-40 мг

6. Витамин С (аскорбин кислотаси) нинг кунлик зарурати қанчани ташкил этади?

- a) 70-100 мг
- b) 15-20 мг
- c) 0,01-1 мг
- d) 30-40 мг

7. Витамин В₅ (кальций пантотенат) нинг кунлик зарурати қанчани ташкил этади?

- a) 10-12 мг
- b) 0,01-1 мг
- c) 30-40 мг
- d) 100-150 мг

8. Витамин А (ретинол) нинг кунлик зарурати қанчани ташкил этади?

- a) 1,5 мг
- b) 15 мг
- c) 10 мг
- d) 0,01 мг

9. Витамин Е (токоферол ацетат) нинг кунлик зарурати қанчани ташкил этади?

- a) 10-30 мг
- b) 0,01-1 мг
- c) 40 мг
- d) 100-150 мг

Амалий қисм

Амалий кичикма: **Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватиға маҳаллий ишлов бериш**

Мақсад: Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватиға маҳаллий ишлов беришни ўргатиш

Кўрсатма: ОБШҚ ни яллигланишида маҳаллий ишлов бериш

Керакли жихозлар: Стоматологик кресло, стоматологик ускуна, стандарт стоматологик набор, антисептиклар, пахта валиклари, анестетиклар, Камистад гель.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий куникма	Босқични бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитувчи имзоси
1	Оғиз бўшлиғида хосил бўлган патологик ўзгаришни аниқлаш.	0	15		
2	Оғизни антисептик эритма билан чайиш.	0	15		
3	Патологик ўзгарган майдонни пахта валиклари билан сўлакдан ажратиб, куриштиш.	0	20		
4	Маҳаллий (аппликацион) оғриксизлантириш	0	20		
5	Перчатка тақилган, кўрсаткич қўл панжаси, ёки махсус қошиқча, шпател билан дори малхамини (Камистад гель) суркаш.	0	20		
6	Маслахат бериш.	0	10		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

- Витамин В₁ тўғрисида сўзлаб беринг.
- В₁ витамини танқислигидаги ҳолатлар.
- Витамин В₂ тўғрисида сўзлаб беринг.
- В₂ витамини танқислигидаги ҳолатлар.
- Витамин С тўғрисида сўзлаб беринг.
- С витамини танқислигидаги ҳолатлар.
- Витамин РР тўғрисида сўзлаб беринг.
- РР витамини танқислигидаги ҳолатлар.

19 – МАШҒУЛОТ

I. **Мавзу:** Қандли диабетда ОБШҚдаги ўзгаришлар.

II. **Машғулот мақсади:**

Талабаларга қандли диабетда ОБШҚдаги ўзгаришларни, касаллик клиникаси ва диагностикасини, зарарланган шиллиқ қават соҳаларини ва гистологик ўзгаришларини ўргатиш.

III. **Машғулот режаси:**

Қандли диабетда ОБШҚдаги ўзгаришларни ёритиш.

IV. **Калит сўзлар:**

Қандли диабет, клиникаси.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Амалий машғулотнинг мазмуни

- **Қандли диабетда** организмни углеводли алмашуви бузилади. Қонда қанд микдори ошиб кетади, сийдикда ҳам аниқланади. **Қандли диабетдаги** белги – оғиз қуриши ва чанқашдир. ОБШҚ кўздан кечирилганда у қуруқроқ, қизарган, катарал стоматит юз бериб, ОБШҚ тез жароҳатланади. Умумий организмнинг иммунитети пасайиши ОБШҚнинг ташқи салбий таъсирларга нисбатан кураша олмаслиги ва модда алмашинувидаги оксидланиш жараёни охирига етмагани сабабли оғиз бўшлиғи муҳити ўзгаради – нордон муҳит устун келишида замбуруғ касаллиги ривожланади. Тил, лунж, танглай шиллик қавати чириган сут қуйқасига ўхшаш оқ рангли караш ҳосил бўлади. Шиллик қават гиперемияси кузатилади. Булар оқ рангли замбуруғларнинг патологик кўпайиши натижасида ҳосил бўлади, шиллик қаватда ачишиш, игна санчигандек оғриқ сезилади, айни пайтда тери қичишиши ҳам мумкин. Таъм сезиш бузилади. Қандли диабет оғир даражада ва узок вақт давом этган бўлса, ОБШҚда узок битмайдиган яралар ҳам бўлиши мумкин.
- Қандли диабетни келиб чиқишида турли омиллар сабаб бўлади: физик шикастланишлар, оғир асаб кечирмалар, сиқилишлар, инфекцион касалликлар, яллиғланиш билан кечадиган жараенлар, захарланиш, нораціонал овқатланиш, айниқса углеводли овқатларни кўп истеъмол қилиш.
- Қандли диабет организмда инсулин етишсмовчилигида юзага келади:
- а) ошқозон ости беzi касалликларида инсулинни кам ишлаб чиқарилишда, б) гипопиз, буйрак усти беzi касалликларида инсулинга бўлган мухтожлик ошишида, в) инсулини жигар ферменти-инсулиназа тез парчаланишида.
- Қандли диабет оилавий касаллик бўлиб, бир нечта авлодларда кузатилиши мумкин. Шу сабабдан бундай оила аъзолари яширин диабетга текширишлардан ўтишлари шарт. Айниқса қандли диабет билан касалланган хомиладор аёлларга эътибор бериш керак..
- Вақтида даволаш ўтқазилмаса, турли асоратлар келиб чиқиши мумкин (қон томир, юрак, мия, буйрак каби аъзоларини ўзгаришлари, кўриш қобиляти пасайиши, диабетик полиневрит, невралгия, ўт пуфаги яллиғланиши, холецисто-гепатит) .
- Қандли диабетда турли муалифлар маълумотларига кўра, 10—40,7% беморларда катарал гингивит ривожланади. Гингивитни геморрагик шакли даволанмаган қандли диабетда кузатилади. Беморнинг тилида шиш ва гиперемия аниқланади. Т. Т. Школяр илмий изланишлари натижасида қандли диабет билан касалланган беморларнинг 2/3 қисмида диффуз катарал стоматит, оғиз бўшлиғини шиллик қавати гиперемияси ва гипосаливацияни кузатган. Қандли диабетни характерли хусусияти шундаки, оғиз бўшлиғини шиллик қаватини яллиғланиш даражаси қандли диабетнинг оғирлик даражасига, унинг кечиши ва беморнинг ёшига тўғридан-тўғри боғлиқ бўлади.
- Иценко-Кушинга касаллигида асосан ёғ алмашинуви ва бунинг натижасида бошқа моддалар алмашинуви бузилишидир. ОБШҚ ўзгаришларидан: глоссит,

тилнинг устки қисмини мугузланиши, замбуруғ касаллигида лабнинг ички юзаси ва лунжнинг шиллиқ қавати оқиш-қўнғир ранга кириши кузатилади.

- Тиреотоксикоз симптомида оғиз бўшлиғида вегето-невротик бузилишлар юзага келади: оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини ачиши, таъм бузилиши, лунжни тишларни жипслашиш жойида шиллиқ қаватни хралашиши кузатилади. Тилни ипсимон сўрғичлаи текисланган. Эпителийни десквация ўчоқлари нафақат тилни устида, балки унинг ён ва пастки юзаларида, лунжларда ва оғиз бўшлиғини дахлиз қисмида кузатилиши мумкин. Десквация ўчоғини шакли овал ёки юмалоқ, чети оқиш гардишли, ўлчови 0,1 дан 1 см гача. Лабларни қизил хошияси куруқ, каткалоқлар мавжуд, уларни олгандан сўнг гиперемияланган юза очилади, шилинишлар кузатилиши мумкин.
- Тиреотоксикоздаги десквматив ўчоқларнинг қиесий ташхиси қизил ясси темирлаткининг экссудатив-гиперемик шакли билан, папулез сифилид билан ўтказилади.

Акромегалия – соматотроп гормони кўп ажралиши ҳисобига рўй беради. Аъзолар, шу қаторда жағ суяклари, тил ва лаб катталашади. ОБШҚ қалинлашади. Сўлак безларининг чиқариш йўллари катталашиб, бўртиб чиқади.

Аддисон касаллиги буйрак усти беши ишлаб чиқарадиган кортикотропин маҳсулотининг камайиши. Касалликнинг оғиз бўшлиғидаги белгиси – милк, лунж, танглай ва тил шиллиқ қаватида жигарранг, кўкимтир-қизил ранг пайдо бўлиши.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Юмалоқ стол» номли иш ўйинини ўтказиш
2. Органайзерлар тузиш (Балиқ скелети,Кластер)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. Бемор В., 40 ёшда, шикоят милк кўринишига, тил ва лаб катталанишига. Обьектив кўрикда: оғиз бўшлиғида асосан тишларнинг бўйин қисмида кўп сонли кариес, милк шиллиқ қавати ялтироқ, шишган, ўсган, яллиғланиш белгиларисиз. ОБШҚ оқиш, пастоз. Тил зичлашган, қалинлашган, лаб катталашган, пастоз, пальпацияда оғриқсиз. Бемор холсиз, овози бўғилган. Анамнездан қалқонсимон без фаолиятида ўзгариш борлиги аниқланди.

1) Дастлабки ташхис қўйинг.

2) Сизнинг тактикангиз.

2. 52 ёшли бемор, қандли диабетнинг декомпенсацияланган шакли билан ширин, шўр, нордон таъсиротларга таъм билиши ўзгарганига шикоят қилади. Обьектив кўрикда қандли диабетда пародонтнинг катарал яллиғланиши кузатилади, милк сўрғичлари шишган, патологик чўнтаклар 5 мм дан ортиқ, грануляцион тўқима ва альвеоляр суяк тўқимасининг деструкцияси кузатилади, тез-тез абсцессланади.

1) Қандли диабетда ОБШҚ қайси касаллиги кўпроқ учрайди.

2) Стоматолог тактикаси.

3. 63 ёшли бемор тез чарчашига ва асабийлашишига, хотира пасайишига, уйқуси бузилишига ва меҳнат қобилияти пасайишига шикоят қилади. Қўллари титрайди. Юрак уруши тез, харсиллайди, кўп терлайди, тана ҳарорати субфебрил, иштахаси баланд, ич кетиши, чанқаш, озиб кетиши, экзофтальм кузатилади. Ташқи кўрикда қалқонсимон безлар катталашган, пальпацияда зич, ҳаракатчан, томирлар пульсацияси кузатилади.

1) Дастлабки ташхис қўйинг.

2) Беморда ошқозон-ичак тракти томонидан қандай ўзгаришлар кузатилади.

4. 37 ёшли бемор тишларини қимирлашига, оғзидан ноҳуш хид келишига ва милкларидан йиринг оқишига шикоят қилади. Қандли диабетни оғир шакли билан касалланган.

1) Асосий текшириш усуллари ўтказинг:

- a) патологик чўнтак чуқурлигини аниқлаш
- b) тишларни қимирлашини аниқлаш
- c) ЭКГ
- d) флюорография

2) Қўшимча текширув усуллари ўтказинг.

- a) панорам рентген сурат
- b) йиринг борлигини аниқлаш
- c) индексларни аниқлаш
- d) беморни сўраб суриштириш

3) Ташхис қўйинг:

- a) ярали гингивит
- b) пародонтоз
- c) ўрта оғир даражали пародонтит
- d) милklar фиброматози

4) Диспансеризацияга келиш муддатлари:

- a) йилда 1
- b) 3 ойда 1 марта
- c) 6 ойда 1 марта

Тестлар

1. Эндокрин касалликларга кирмайди:

- a) Вакеза касаллиги
- b) қандли диабет
- c) Иценко-Кушинг касаллиги
- d) Аддисон касаллиги
- e) микседема

2. Цитологик текширув усулларига киради:

- a) суртма-муҳр
- b) люминесцент
- c) функционал
- d) томография
- e) Олдрич синамаси

3. Ҳомиладорлар гингивити нима билан боғлиқ?

- a) гормонал ўзгаришлар
- b) липидлар алмашинуви бузилиши
- c) асаб тизими ўзгариши
- d) йўлдош функциясининг бузилиши
- e) умумий аҳволни бузилиши

АМАЛИЙ ҚИСМ

Амалий кўникма: Қандли диабетда ОБШҚ даги ўзгаришларни маҳаллий даволаш

Мақсад: Талабани қандли диабетда ОБШҚдаги ўзгаришларни маҳаллий даволашни ўргатиш.

Кўрсатма: ОБШҚ касалликларини ташхислаш.

Жихозлаш: Ҳимоя кўз ойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор (волонтер) оғиз бўшлиғини кўриш учун асбоблар.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	Босқични бажара олмади	Талаба тўплаган балл
1.	Ҳимоя кузонак, резинали перчатка ва маскаларни кийиш	0	20
2	Зарарланиш соҳасини аппликацион оғриқсизлантириш	0	20
3.	Антисептик ишлов бериш	0	20
4.	Ферментлар ёрдамида фибриноз карашни олиш	0	20
5.	Ялиғланишга қарши ва кератопластик малҳамларни суртиш	0	20
	Жами		100

Назорат саволлари:

1. Қандли диабет билан оғриган беморларда оғиз бўшлиғидаги морфологик ўзгаришлар.
2. Қандли диабет клиникаси.
3. Қандли диабетда томирлар ўзгариши.
4. Пародонт касаллиги сабаблари.
5. Қандли диабет даволаш.
6. Қандли диабет профилактикаси.
7. Қандли диабетда оғиз бўшлиғидаги морфологик ўзгаришлар:
8. Қандли диабетда томирлар ўзгариши.
9. Қандли диабетда пародонт касаллигини сабаблари

Х – СЕМЕСТР

1 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Ошқозон-ичак касалликларида ОБШҚ ўзгаришлари.

II. Маиғулот мақсади:

Талабаларни ошқозон-ичак касалликларида ОБШҚдаги ўзгаришлар, уларнинг клиникаси ва диагностикаси, ОБШҚнинг гистологик ўзгаришлари, зарарланган ўчоқ билан таништириш.

III. Маиғулот режаси:

Ошқозон-ичак касалликларида ОБШҚдаги ўзгаришларни ёритиш.

IV. Калит сўзлар:

Тилдаги ўзгаришлар, сўрғичлардаги ўзгаришлар, шиш, парестезия, десквамация.

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Ошқозон-ичак тракти ва жигар касалликлари кўпинча оғиз бўшлиғи ўзгаришлари билан кузатилади. Бу эса ОБШҚ ва ҳазм қилиш тракти морфо-функционал ўхшашлик билан тушунтирилади.

Тилдаги ўзгаришлар. Ошқозон-ичак тракти касалликларида кўп ҳолатларда тилни ҳолатига таъсири ўрганиб чиқилган. Тил, кўпчилик текширувчилар ҳулосасига кўра, ошқозон-ичак трактининг яширин патологиясини кўрсатади ва диогностик аҳамиятга эга. Кўпинча тилни караш билан қопланганлиги кўринади. Карашни миқдори сабабига кўра ҳар хил бўлиши мумкин. Биринчи ўринда морфологик тузилиши аҳамиятга эга. Тил сўрғичларининг нормал ёки гипертрофик ҳолатида караш зич, кам ривожланган бўлиши мумкин. Сўрғичларни атрофиясида эса аксинча, караш бўлмайди ёки кам миқдорда бўлиши мумкин.

Карашларни ҳосил бўлишида мугузланиш жараёнининг бузилиши ва нерв трофикасининг бузулиши муҳим ўрин тутди. Бундан ташқари, қабул қилинаётган овқат характери, унинг консистенцияси, оғиз бўшлиғи гигиенаси ва микрофлораси шубҳасиз караш ҳосил бўлиш жараёнига таъсир этади.

Караш одатда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касалликларида, гастритда, ошқозон ўсма касалликларида аниқланади, у тилнинг дорсал қисми ҳамма юзасини қоплайди. Караш ранги кулранг-оқиш, лекин пигмент ҳосил қилувчи бактериялар, овқат ва дори-дармонлар таъсирида, қон кетишида (ошқозон яра касалликларида) караш бошқа рангга бўялиши мумкин (сарик, кулранг ва бошқа).

Шуни аниқлаш лозимки, асосий касалликни даволаш жараёнида ёки ремиссия даврида тил карашлардан ҳар хил даражада тозаланади ва нормал кўринишга киради. Тилдаги карашларда субъектив сезгилар кузатилмайди. Бироқ зич караш бўлганда бемор ноқулай ҳис, таъм билиш сезгиси биров камайишини ҳис қилади. Караш асосини қалин, мугузланган ипсимон сўрғичлар, овқат қолдиқлари, микроорганизмлар, кўчган эпителий ҳужайралари ташкил қилади.

Шуни эслаб ўтиш лозимки, тилни караш билан қопланиши кўпкина инфекцион ва бошқа касалликларда ҳам кузатилади. Бундан ташқари, оз миқдордаги караш соғлом одамларда ҳам эрталаб кузатилади.

Бундай ҳолатларда маҳаллий даво керак бўлмайди. Факатгина караш ҳосил бўлиш сабабини аниқлаш, оғиз бўшлиғини санация қилиш, тишларни тўғри тозалашни тавсия этиш керак бўлади.

Ошқозон-ичак касалликларининг иккинчи белгиси тилдаги шиш ҳисобланади. Тилнинг бундай ҳолатида бемор жабр кўрмайди, шифокор оғиз бўшлиғи кўриги вақтида аниқлайди. Шиш кўпроқ бўлганда беморларда ноқулай ҳис, тил ўлчами катталашганлигини таъкидлайди, баъзида тилни тишлаш ҳам кузатилади. Тил учи ва ёнида яққол тиш излари кўринади.

Ошқозон-ичак касалликларида беморлар тилидаги шиш Мак-Клюра-Олдричнинг қаварчиқ синамаси мусбат кўрсаткичи билан аниқланади, бунда қаварчиқнинг сўрилиш вақти 10-22 минутгача қисқаради (нормада 40-45 мин). Кўпинча ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак касалликларида тилни шиллик қавати рельефи бузилмаган ҳолда қаварчиқ синамаси мусбат бўлади ва яширин шиш борлигидан далолат беради, бу эса касалликнинг эрта босқичидаги диагностик белгиларни аниқлаш имконини беради.

Тилдаги шиш сурункали ичак касалликларини (колит, энтероколит) патоген симптоми ҳисобланади ва 80% ҳолларда аниқланади. Бу ҳолат ичакдаги сўрилиш ва унинг ҳимоя функцияси бузилиши билан тушунтирилади. Бундан ташқари, сув баланси бузилиши аҳамиятга эга.

Ошқозон-ичак тракти касалликларида сўрғич аппаратида ўзгаришлар кузатилади. Тил сўрғичининг ҳолатига қараб баъзи муаллифлар гиперпластик глосситни ажратадилар, бунда сўрғич яхши ривожланган, тил зич караш билан қопланган ва шиш ҳисобига бироз катталашган. Бундай тил кислотали муҳити ошган гастрити бор беморларда кузатилади. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касалликлари билан оғриган беморларда тилни замбуруғсимон сўрғичи гипертрофияланади, атроф тўқима юзасида тўқ-қизил кўринишида кузатилади.

Гипопластик глосситда сўрғич атрофияси, караш бўлмаслиги, тил ўлчами бир мунча кичиклашиши билан характерланади. Сўрғичлар атрофияси баъзида жуда тез ривожланган бўлади, тил «лакланган» кўринишда, аниқ доғ ва чизиклар бўлиб, Меллер глосситини эслатади. Айтиб ўтилган тилдаги ўзгаришлар гастритда, яра касалликлари ва гастроэнтеритларда, ўт йўллари касалликларида кузатилади. Тил атрофиясида беморда ноҳушлик, ачишиш, овқат еганда оғриқ бўлади. Бу ўзгаришлар патогенези асосида трофик бузилиш ётади, натижада витаминлар сўрилиши бузилади, айниқса В₁, В₂, РР витаминлар синтези пасайиб кетади..

Ошқозон-ичак касалликларида тил эпителийси десквамацияси ҳар хил бўлиши мумкин. Одатда тилнинг орқа қисмида ҳар хил ўлчамдаги аниқ доғлар бўлиб, бу доғлар караш фонида юза яралар кўринишини ҳосил қилади.

Ипсимон сўрғичлар атрофиясида ўзгаришлар кўпроқ бўлиши мумкин.

Ўчоқли десквамацияда тил ўрта чизигининг орқа учдан бирида қизил доғлар бўлиши мумкин. Бундай ўзгаришлар ромбсимон глосситни эслатади. Лекин ромбсимон ва дескваматив тилдан фарқи, ошқозон яра касалликни ҳуружи даврида пайдо бўлади ва даво жараёнида, ремиссия даврида йўқолади.

Ўчоқли тил эпителийси кўчишида ноҳуш ҳислар кузатилмайди. Камдан-кам ҳолларда ачишиш ҳиси, иссиқ овқат еганда ва чекканда оғриқ бўлиши мумкин.

Ошқозон-ичак тракти касалликларида кам ҳолларда таъм сезиш бузилиши бўлади. Таъм сезгисини аниқлашда тилда функционал мобил рецепторлар усули кенг қўлланилади.

Тилнинг таъм билиш рецепторлари қабул қилиш функциясини бажаради ва гастролингвал рефлекс звеносининг эффектор-охири бўлиб ҳисобланади.

Маълумки, тилдаги рецепторлар миқдори ҳазм трактининг функционал ҳолатига боғлиқ. Уларнинг максимал активлиги очликда кузатилади. Овқатлангандан сўнг таъм билиш рецепторларининг демобилизацияси кузатилади. Таъм билиш рецепторларининг мобил даражаси икки марта пасаяди.

ОБШҚ яра касалликлари асосан ошқозон-ичак касалликларидаги трофик бузилишлар ҳисобига бўлади.

Ошқозон-ичак тракти касалликларида кўпинча ОБШҚ ранги ўзгариши кузатилади. ОБШҚ рангининг ўзгариши асосий касалликни кечиши ва оғирлик даражасига боғлиқ. Ошқозон яра касалликларида, колит ва бошқа касалликларда тилда гиперемияланган тўқ қизил рангдаги катарал стоматит ёки цианоз бўлиши мумкин. Ошқозон яра касаллиги асоратланган қон кетишида ОБШҚ оқиш бўлиши аниқланади.

ОБШҚдаги ўзгаришлар (шиш, парестезия, десквация) патогенезида рефлекс ва гуморал гиповитаминоз, айниқса В группа витаминлари билан боғлиқ бўлади. Бундай ҳолатларда биохимик текширувлар ва функционал синамалар ўтказилади. Бунда гистаминга сезувчанлик ошади (қон зардобиди гистаминлар концентрацияси ўсиши, айниқса касалликнинг ўткир даврида, бир вақтни ўзида гистаминаза активлиги пасаяди, гистаминли тери синамаси мусбат), витамин баланси ҳам бузилади.

Шуни айтиш муҳимки, асосий касалликни даволашда стоматологик ўзгаришлар камаяди ёки йўқолади ва биохимик кўрсаткичлар нормаллашади.

Жигар ва ўт ҳайдовчи йўл касалликларида ҳам оғиз бўшлиғида ўзгаришлар бўлади. Боткин касаллигида, сурункали гепатитларда ОБШҚда гиперемия, қуруқлик, шилиш ва шиллик қават эпителийсида десквация аниқланилади.

Даволаш. Шуни айтиб ўтиш керакки, асосий касалликни даволаш стоматологик ўзгаришларни камайтиради, биохимик кўрсаткичларни нормаллаштиради. Боткин касаллигида касаллик авж олган даврда стоматологик эҳтиёткорлик билан ёрдам кўрсатиш лозим. Қон кетиш ҳавфи бўлгани сабабли тиш олиш, тиш милк чўнтаклари кюретажини ўтказиш ман этилади. Оғиз бўшлиғида ачишиш ва парестезиялар беморни безовта қилса, индифферент воситалар: анестизиннинг глицириндаги эритмаси, 0,1% ли димедрол эритмаси, мойчечак, зверобой, шалфей ўтлари дамламаси билан чайиш буюрилади. Герпетик тошмалар кузатилганда дастлабки кунлардан бошлаб вирусга қарши суртмалар (оксалин, теброфен, интерферон) тавсия этилади.

Жигар циррозида оғиз ОБШҚни даволаш репаратив регенерация жараёнини яхшилашга қаратилади. Кератопластик воситалар – кератолин, наъматак мойи, кунгабоқар, зайтун ёки шафтоли мойлари, ретинол, токоферол ацетат кабилар аппликацияси ёки оғиз ванналари тавсия этилади.

Машгулотда қўлланиладиган янги педогогик технологиялар:

1. «Ургимчак ини» номли иш уйинини ўтказиш
2. Органайзер тузиш (Кластер, Нима учун)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. Бемор В., 30 ёш, тилда, лабда, лунжда оғриқли афталар мавжудлигига, овқат еганда оғриққа шикоят билан мурожаат қилди. Анамнезидан аниқланишича афталар баҳор ва кузда ҳосил бўлади. Объектив кўрилганда: лунж шиллиқ қавати 156 тишлар соҳасида, тилни ён юзасида, пастки лаб шиллиқ қаватида биргина афта $0,6 \times 0,8$ атрофида, зич фиброз караш билан қопланган, оғриқли, пальпацияда оғриқ, юмшоқ.

1) Ошқозон-ичак потологиясида афта ҳосил бўлади:

- a) фибриноз караш билан қопланган
- b) гўшт-қонли рангда
- c) некротик караш билан қопланган
- d) сузмасимон караш билан қопланган
- e) силлиқ ялтироқ юзага эга

2) Афта бу:

- a) фибриноз караш билан қопланган овал эрозия
- b) эпителийнинг ҳамма қаватида, дефект туби ва деворлари билан
- c) чизикли нуқсон
- d) қуриб қолувчи экссудат
- e) зич ҳосила

3) Ошқозон-ичак потологиясини умумий даволашда носпецефик сенсбилизация воситаси сифатида қўлланилади:

- a) гистоглобулин
- b) ципролет
- c) лидокаин
- d) мепивокаин
- e) анальгин

2. Профилактик кўрикда бемор тилининг орқа қисмида караш билан қопланган фонда, $0,3 \times 0,5$ см ўлчамда, ҳар хил шаклдаги аниқ доғлар мавжуд, бироз ачишиш аниқланади. Бемор сўзидан асосий касаллик – ўн икки бармоқли ичак яраси даволаниш вақтида бу ўзгаришлар камайганлиги кузатилган.

1) Дастлабки ташхис қўйинг:

- a) дескваматив глоссит
- b) сочли тил
- c) ромбсимон глоссит
- d) бурмали тил

- е) микроглоссия
- 2) Даво бўлиши керак:
 - а) комплекс
 - б) умумий
 - с) маҳаллий
 - д) физиотерапевтик
 - е) даво керак эмас

3. Бемор 45 ёш, тилини кулранг-оқиш караш қопланганлиги ва лунж шиллик қаватида тишларининг изи мавжудлигига шикоят билан мурожаат қилди. Тил танаси ва орқа юзасида кулранг караш бор. Караш ажралади, специфик ҳиди бор.

- 1) Дастлабки ташхис қўйинг.
- 2) Беморни кўриқдан ўтказиш.
- 3) Тилдаги шиш ҳолати.

Тестлар

- 1. Гастритда секретор етишмовчиликда нима тавсия этилади:
 - а) сут
 - б) шарбат
 - с) сут-қатик маҳсулотлари
 - д) углеводли диета
 - е) творог
- 2. Гипопластик глосситда тил кўриниши бўлади:
 - а) сўрғичлар яхши ривожланган, тил зич караш билан қопланган, шишган
 - б) сўрғичлар атрофияланган, аниқ доғ ва чизиклар мавжуд
 - с) сўрғичлар атрофияланган, тўқ қизил рангда
 - д) ўлчами камайган, караш бўлмайди
- 3. Мак-Клюр-Олдрич синамасини аниқлашда қўлланилади:
 - а) тилдаги шиш ҳолати
 - б) таъм сезгирлиги
 - с) микробли пейзаж
 - д) лизоцим активлиги
 - е) Т- ва В-лимфоцитлар
- 4. Афгани эпителизациясида қўлланилади:
 - а) кератопластиклар
 - б) ферментлар
 - с) антибиотиклар
 - д) гармонлар
 - е) антисептиклар
- 5. Сўрғичлар атрофиясида тилдаги караш:
 - а) бўлмайди ёки кам
 - б) аниқ ривожланган
 - с) кўп миқдорда бўлади
 - д) сийрак, сузмасимон
 - е) зич, қора

6. Гистоглобулин юборилади:
- тери остига
 - мушак орасига
 - вена ичига
 - артерия ичига
7. Афталарнинг эпителизацияси учун қўлланилади:
- каратолин
 - террилитин
 - линкомицин
 - дексаметазон
 - фурацилин
8. Тилдаги яширин шиш аниқланилади:
- Мак-Клор-Олдрич каваррик синамасы
 - Кулаженко усули
 - рентгенологик усул
 - люминесценция синамасы
 - гистамин синамасы

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма «ОБШК касалликларида беморларни текшириш усуллари.»

Мақсад: Талабани ОБШК касалликларида беморларни текшириш усулларига ўргатиш.

Курсатма: ОБШК касалликларини ташхислаш.

Жихозлаш: Ҳимоя куз ойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор(волонтёр)огиз бушлигини куриш учун асбоблар.

Амалий куникма боскичлари:

№№	Қадамлар	Бажармад и (0 балл)	Тўла бажарди10 0 балл)
1 .	Химоя воситаларини тақиш.	0	20
2 .	Беморни ташқи киефасини кўриш.	0	20
3 .	Беморни оғиз дахлизини кўриш(жағлар юмилган холда)	0	20
4 .	Хусусий оғиз бўшлиғини кўриш.	0	20
5	Сўлак безларини пайпаслаш	0	20
	Жами	0	100

Назорат саволлари:

- Ошқозон ичак касалликларида ОБШК да ўзгаришлар.
- Гипопластик глассит ўзагаришлар.
- Тилдаги шиш холати қандай аниқланилади.
- Атрофик глосситдаги ўзгаришлар.
- Ошқозон ичак таркти касалликларида сўрғич аппартида ўзгаришлар.
- ОБШК ранг ўзгариши сабаби.
- Ошқозон ичак касалликларида ОБШК да ўзгаришларни даволаш.
- Ошқозон ичак касалликларида таъм сезгисини бузилиши.

I. Мавзу: Юрак— қон томир касалликларида ОБШҚ ўзгаришлари.

II. Маиғулот мақсади:

Талабаларни юрак-қон томир касалликларида ОБШҚ ўзгаришлари, уларнинг клиникаси ва диагностикаси, ОБШҚнинг гистологик ўзгаришлари, зарарланган ўчоқ билан таништириш.

III. Маиғулот режаси:

Юрак-қон томир касалликларида ОБШҚдаги ўзгаришларни ёритиш.

IV. Калим сўзлар:

Юрак-қон томир хасталиклари, ҳафақонлик, атеросклероз, геморрагик пуфаклар.

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Клиник кўринишлари: ҳафақонлик ва ревматоид табиатли юрак-қон томир хасталикларида ОБШҚда цианоз кузатилади. Беморларда одатда жароҳат бўлмайди, лекин ҳар замонда ачишиш ёки овқат еганда оғриқ ва оғиз қуриши кузатилиши мумкин.

Оғир юрак-қон томир хасталикларида, айниқса қон айланишининг II-III даражали бузилишларида ОБШҚда ярали-некротик шикастланишлар, трофик яралар ҳосил бўлади. Беморлар ҳарсиллашга, ҳолсизликка, оёқлар шишганлигига, овқатланиш қийинлашганлигига, оғиздаги кучли оғриққа ва яралар пайдо бўлганлигига шикоят қилишади.

Объектив кўрилганда ОБШҚнинг ҳар хил (лунж, танглай, тилнинг ён томони ва бошқа) жойида битта ёки бир нечта яралар кузатилади. Яраларнинг усти оқиш-кулранг некротик караш билан қопланган. Яранинг четлари нотекис, атроф тўқималарида яллиғланиш жараёни кузатилмайди. Сўлак қуюқ бўлади, оғиздан ноҳуш ҳид келади.

Некротик жараён жағга, юзга, бўйин қисмига тарқалиши мумкин.

Тўқималарнинг некротик парчаланиши қон кетишига сабабчи бўлади.

Трофик яранинг келиб чиқишида тиш ёки тиш протези билан жароҳатланиш сабабчи бўлади.

Цитологик текширувда трофик яранинг устидан олинган суртмада якка жойлашган ёки бир нечта эпителийнинг юзаки ва оралик қаватлари ҳужайраларининг тўплами кузатилади. Ҳужайралар ҳажми кичиклашган, аниқ чегарасиз, пикноз ва ядро шакли ўзгарган бўлади. Яллиғланиш элементлари, яъни гистиоцитлар кам миқдордалиги ёки йўқлиги аниқланади.

Яранинг микроскопик текширувида сурункали яллиғланиш ўчоғи, тўқималар некрози, қон томирлар ва нервлар ўзгариши кузатилади.

Қиёсий ташхис травматик яра билан ўтказилади. Травматик ярада сабабчиси бартараф этилгандан сўнг ОБШҚнинг эпителизацияси бошланади. Бундан ташқари трофик яра Венсан ярали-некротик стоматитидан, қон касалликларидаги некроздан, специфик касалликлар (қон касалликлари, захм) дан фарқлаш лозим.

Даволаш. умумий даволашда юрак-қон томир етишмовчилигини йўқотишга ҳаракат қилиш керак.

Маҳаллий даволашда оғриқсизлантирувчи препаратлар, антисептик эритмалар ва кератопластиклар қўлланилади. Беморга парҳезли овқатлар истеъмол қилиш тавсия этилади.

Ҳафаконлик ва атеросклерозда ОБШҚда геморрагик пуфаклар ҳосил бўлади. Геморрагик пуфаклар юмшоқ танглайда, тилнинг ён юзларида пайдо бўлиб, улар лунжда майда қон-томир ёрилиши натижасида ҳосил бўлади. Пуфаклар тез катта бўлиб, сўнг ёрилади ва гиперемияланган шиллиқ пардада оқиш қараш билан қопланган эрозив юза очилиб қолади. Эрозиянинг эпителизацияси 3, 5, 7 кундан сўнг бошланади.

Суртмада периферик қон элементлари йўқ бўлиб, акантолитик ҳужайралар аниқланмайди. Никольский симптоми манфий бўлади.

А.Л. Машкиллейсон (1970) геморрагик пуфакларни генезини қон томирларни ўтказувчанлиги, юрак-қон томир ҳасталикларида ёки ёрилишлари ҳисобига бўлади, деб тушунтирилади.

Қиёсий ташхисни пўрсилдоқ, ангиома, кўп шаклли экссудатив эритема билан ўтказиш керак.

Даволаш. Юрак-қон томир ҳасталикларини даволаш билан бирга, витаминлар – С, РР, аскорутин, компаламин ва бошқалар буюрилади.

Оғиз бўшлиғи санацияси, протезлаш жуда муҳим тадбир бўлиб ҳисобланади.

Маҳаллий даволашда антисептик моддалар (хлоргексидин, хлорамин эритмалари) иккиламчи инфекцияни олдини олиш мақсадида қўлланилади.

Кератопластиклар (каратолин, цитраль, аекол, аевит, солкосерил, наъматак ва бошқа мойлар) эпителизация жараёнини кучайтиради.

Машгулотда қўлланиладиган янги педогогик технологиялар:

1. «Ўргимчак ини» иш ўйинини ўтқизиш.
2. Органайзер тузиш (Кластер, Нима учун)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. Бемор 25 ёш, милклари қонашига, ранги ўзгарганлигига, шишганлигига, тиш тозалашга қийналишига шикоят қилади. Об'ектив кўрикда: бемор суст кучсиз, ОБШҚда: лунж, лаб гиперемияланган, шишган ва кўқарган, текканда қонайди, барча тишларда юмшоқ қараш кузатилади.

1) Бемор қайси умумий касаллик билан оғриган?

2) Оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолати индекслар ёрдамида аниқланади:

- a) Федоров-Володкин бўйича
- b) ПМА
- c) Рамфьер
- d) кератинизация
- e) Сандлер ва Сталь

3) Юрак-қон томир патология давосида қўлланилади:

- a) умумий даво, санация, парадонт давоси
- b) санация, парадонт давоси
- c) умумий даво

- d) физиотерапия
- e) санация, физотерапия

2. Бемор тили ғалати рангда эканлигига шикояти, айтишича 3 йил мобайнида тил остига нитроглицерин қўйган. Анамнездан: бемор умумий аҳволи яхшиланганда тил ранги ва катталиги нормаллашади, лунжлар жароҳатланишида узоқ битмайдиган яралар пайдо булади. Объектив кўрикда: тилда ёриқлар, ипсимон ва қўзиқоринсимон сўрғичлар гиперплазияси кузатилади. Тил шиши ранги ўзгариши билан биргаликда кечади. Лунж шиллик қаватида тишлар излари кўринади. Тишларда кариес ва унинг асоратлари кузатилади.

- 1) Бемор қайси умумий касаллик билан оғрийди?
- 2) Трофик яралар кўриниши қандай?
- 3) Даволашда сизнинг тактикангиз.

3. Терапевтик стоматология клиникасига бемор пуфакчалар ва оғриқли ярачалар борлиги билан шикоят қилиб келди. Объектив кўрилганда: 37, 36 тишлар – кариес, 46 – пульпит, 47 – илдиз. Тил ён юзалари ва лунжлар шиллик қаватида геморрагик таркибли, катталиги 0,3×0,4 см яралар, ҳамда оқ караш билан қопланган эрозиялар мавжуд. Ўрта даража оғирликдаги генерализацияланган пародонтит кузатилади. Анамнезида – гипертоник касаллик ва атеросклероз.

- 1) Бемор қайси умумий касаллик билан оғрийди?
- 2) Юрак-қон томир патологиясидаги эрозиялар юзасидан олинган суртмаларда аниқланади.
- 3) Даволашда сизнинг тактикангиз.

Тестлар

- 1. Юрак-қон томир патологияли беморларда одатда аниқланади:
 - a) цианоз
 - b) узоқ битувчи яралар
 - c) суртмаларда акантолитик хужайралар мавжудлиги
 - d) яралар давосиз тез битади
 - e) оғриқсиз, қонайдиган яралар
- 2. Гипертоник касалликда геморрагик пуфакча сақламайди:
 - a) акантолитик хужайралар
 - b) эритроцитлар
 - c) лейкоцитлар
 - d) қон зардоби
 - e) базофиллар
- 3. Қон-томир девори ўтказувчанлиги аниқланади:
 - a) Кулаженко синамасы
 - b) Мак-Кенора-Олдрич синамасы
 - c) сиалография
 - d) гистамин синамасы
 - e) люминисцент ташхис
- 4. Эпителизацияни тезлаштириш учун қўлланилади:
 - a) кератопластиклар

- b) ферментлар
- c) антибиотиклар
- d) гормонлар
- e) антисептиклар

5. Кўпинча геморрагик пуфакчалар қайси соҳа шиллиқ қаватида пайдо бўлади:

- a) танглай
- b) лунж
- c) лаб
- d) ютқин
- e) тил

6. ОБШҚ замбуруғли касалликлари даволанади:

- a) фунгистатик воситалар билан
- b) гормонлар билан
- c) цитостатиклар билан
- d) ферментлар билан
- e) антибиотиклар билан

7. Гипертоник касалликда геморрагик пуфак тутмайди:

- a) акантолитик хужайралар
- b) эритроцитлар
- c) лейкоцитлар
- d) қон зардобы
- e) базофиллар

8. Геморрагик пуфакчалар пайдо бўлиши тўғри келади:

- a) қон босими ортиши
- b) қон босими пасайиши
- c) тана ҳарорати ортиши
- d) қонда лейкоцитлар ортиши
- e) қонда эритроцитлар ортиши

АМАЛИЙ ҚИСМИ

2. Амалий кўникма «ЮҚТ касалликларида беморларни ОБШҚ ни текшириш усуллари.»

Максад: Талабани ЮҚТ касалликлари бўлган беморларни ОБШҚни текшириш усулларига ўргатиш.

Кўрсатма: ОБШҚ касалликларини ташхислаш.

Жихозлаш: Ҳимоя кўз ойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор(волонтёр), оғиз бўшлиғини кўриш учун асбоблар.

Амалий куникма боскичлари:

№	Бажариладиган ишлар	Бажарилмади	Тўлик бажарилди
1.	Химоя воситаларини тақиш.	0	20
2.	Беморни ташқи киефасини кўриш(юз тери ва лаблар цианози)	0	20
3.	Беморни оғиз дахлизини кўриш (тиш қаторлари,прикус)	0	20
4.	Хусусий оғиз бўшлиғини кўриш (тил, лунж, танглай, кариоз тишлар,пародонтит)	0	20

5	ОБШҚ кўздан кечириш(гиперемия,шиш, ранги оқиш ёки цианотик)	0	20
	Жами	0	100

Назорат саволлари:

1. Юрак-қон томир касалликлари патологиясида беморлар қандай шикоят қилишади?
2. Юрак-қон томир касалликлари патологияси қайси касалликлар билан қиёсланади?
3. Ҳафаконлик ва атеросклерозда кузатилади.
4. Юрак-қон томир хасталигида цианоз ривожланиши.
5. Трофик яраларни пайдо бўлишига сабабчилар.
6. Микроскопик текширишда аниқланади.
7. Юрак-қон томир етишмовчилигидаги яраларнинг тавсифи.
8. Юрак-қон томир хасталикларида стоматолог тактикаси.

3 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Қон ва қон яратувчи аъзолар касалликларида ОБШҚдаги ўзгаришлар.

II. Машигулот мақсади:

Талабаларни қон ва қон яратувчи аъзолар касалликларида ОБШҚ ўзгаришлари, уларнинг клиникаси ва диагностикаси, ОБШҚ гистологик ўзгаришлари, зарарланган ўчоқ билан таништириш.

III. Машигулот режаси:

Қон ва қон яратувчи аъзолар касалликларида ОБШҚдаги ўзгаришларни ёритиш.

IV. Калит сўзлар:

Қон ва қон яратувчи аъзолар хасталиклари, лейкоз, геморрагик синдром, Аддисон-Бирмер анемияси, полицитемия, Вакез касаллиги.

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Бу беморларга алоҳида маҳсус усуллар ёрдамида даволаш талаб қилинади. Психологик ва деонтологик саволлар асосий ўрин тутди.

Лейкозлар. Ҳавфли касаллик ҳисобланади, қон ҳосил бўлишининг бузилиши билан тавсифланади. Патоморфологик субстрат бўлиб лейкозли бласт ҳужайралари ҳисобланади.

Ҳозиргача ушбу касаллик этиологияси охиригача аниқланмаган. Унга оид бир неча назариялар мавжуд: инфекцион (вирусли), ўсмали, системали-пролифератив.

Лейкозоген агент (вирус, мутация ва бошқалар) лейкопоэзни дастлабки ҳужайраларидан бирини зарарлаши мумкин. Бунда лейкоз ҳужайраларининг клони ҳосил бўлиб, ҳаракат механизмини юрғади.

Лейкозлар ўткир ва сурункали кечади. Клинико-морфологик ва цитохимик кўриниши бўйича ўткир лейкозларни қуйидаги шакллари кузатилади: миелобластли, лимфобластли, монобластли, промиелоцитар, дифференциацияланмаган.

Ўткир лейкоз. Касаллик бошланиши грипп, ангина, диспептик бузилишлар, тана ҳарорати кўтарилиши каби белгилар билан кечади.

Ўткир лейкознинг бошланғич босқичларида суякларда оғриқ пайдо бўлади. Бу беморлар бошқа соҳа шифокорларида ревматизм, неврит,

полиартрит белгилари билан даволанаётган бўлади. Баъзи беморларнинг қони текширилганда касаллик тасодифан аниқланиши мумкин. Клиник кўриниши бўйича бу касалликнинг 4 та асосий синдроми кузатилади: гиперпластик, геморрагик, анемик, интоксикацион.

Гиперпластик синдромнинг келиб чиқиши турлича. Беморларнинг 50% да лимфатик тугунларнинг оғриқсиз катталашishi, 5% беморларда милкининг гиперплазияси кузатилади. Бу ҳолат оғир кечувчи прогностик белги бўлиши гематологлар томонидан исботланган.

Гиперплазия кўпинча оғиздаги ярали-некротик ўзгаришлар билан кечади. Бунда шиллиқ ости қаватида лейкоцитлар инфильтрацияси ривожланиб, бунинг натижасида тўқималар озикланиши бузилиши, парчаланиши, яралар ва некротлар ҳосил бўлиши кузатилади.

Лейкозлардаги гиперпластик жараёнда оғиз бўшлиғида милкнинг тез катталашishi, қон кетишининг кучайishi, беморнинг умумий аҳволининг ёмонлашиши бўлади.

Геморрагик синдромнинг асоси бўлиб, тромбоцитопения ҳисобланади. Унинг клиникаси турлича намоён бўлади: терида ва шиллиқ қаватларда йирик ёки майда тошмалар тошиши, қон қуйилиш ўчоқларининг пайдо бўлиши, кўп миқдорда қон кетишлар кузатилади.

Оғиз бўшлиғида касаллик учун хос симптом бўлиб милкларга тегилганда қон кетиши ҳисобланади. Баъзида гематома ва геморрагиялар аниқланади. Ташхис қон таҳлили ёки суяк кўмиги пунктатининг текшируви натижаларига асосан қўйилади.

Лейкозда ОБШҚнинг зарарланиши жароҳатлар, оғир дистрофик ўзгаришлар, организмнинг умумий реактивлиги ва маҳаллий ҳимоя механизмларининг пасайishi, лейкоцитар ҳимояни бўшаishi, маҳаллий қон айланишининг бузилиши ҳисобланади.

Ўткир лейкозли беморларда таъм билиш функцияси бузилганлиги аниқланади.

Интакт тишлар ва жағларда, бошқа суякларда оғриқлар кузатилади. Суяк устунчалари лейкемик ҳужайраларнинг босими остида бузилади. суяк ички босимининг ортиши натижасида лейкемик инфильтратлар ҳосил бўлиб оғриқлар вужудга келади.

Беморда организмнинг қаршилиги ва ҳимоя кучлари пасайганда кандидоз ривожланиши мумкин.

Даволаш. Маҳсус гематологик бўлимларда ёки терапия бўлимларида ўтказилади.

Маҳаллий терапия (тиш тошларини олиш, тишларни даволаш) гематолог билан келишилган ҳолда стационарда олиб борилади. Даволашда антисептик моддалар, оғриқ қолдирувчи (ромазулан, йодиол, лизоцим, тримекаин, прополис) препаратлар, турли кератопластик мойлар буюрилади.

Сурункали лейкоз. Икки турга бўлинади: миелолейкоз ва лимфолейкоз. Сурункали миелолейкоз кўп учрайди, секин ривожланади.

Дастлабки босқичларда қонда лейкомик ўзгаришлар бўлмайди, бу таъхис қўйишда қийинчилик туғдиради, касаллик диспансеризация вақтида аниқланади. Сурункали миелолейкоз асосан 30-60 ёшлиларда кўп учрайди.

Касаллик авж олган даврида беморнинг умумий толиқиши, ҳолсизлик белгилари безовта қилади. Суякларда, бўғимда оғриқлар пайдо бўлади, невралгик оғриқлар кузатилади. Терида папулөз тошмалар, лейкомик инфилтратлар аниқланади. Милқдан қон кетиши жароҳат етказилгандан кейин, яъни тиш тошлари олингандан сўнг бошланади. Қон кетиши тромбоцитопения билан бирга кузатилади.

Чуқур ўзгаришлар касалликнинг терминал босқичида намоён бўлади. Сурункали миелолейкозни терминал босқичи анемия, озиш, организмнинг заҳарланиши ва юрак-қон томир фаолиятини сусайиши билан бирга кечади.

Касаллик авжига чиққанда лейкоцитлар сони кўпаяди, эозинофил ва базофиллар миқдори ҳам ошади. Етилган гранулоцитлар камайиб, анемия ривожланади. Таъхис қўйилган вақтидан беморлар ўртача 3-4 йил яшайди. Сурункали лимфолейкоз 40 ёшдан ошганларда кўпроқ учрайди. Касаллик аста-секин бошланиб, узоқ латент давом этади. Касалликнинг бошланғич босқичларида лимфатик тугунлар катталашади, лекин ҳеч қандай шикоятсиз 8-10 йил давом этиши мумкин. Лимфолейкознинг ривожланган босқичида лимфатик тугунларнинг генераллашган ҳолдаги, катталашгани, тана ҳарорати ошиши, ҳолсизлик аломатлари, тери қичиши ва анемия ривожланиши кузатилади.

Беморни кўриқдан ўтказганда лимфа тугунлари катталашганлиги, тери ва шиллиқ қават рангини оқиш тусга кирганлиги, носпецифик тошмалар (буллөз ҳосилалар, эшакем) тошганлигини кузатиш мумкин. Лимфолейкозни тери вариантыда специфик инфилтрат (лимфома)лар кузатилади.

Касалликнинг терминал босқичида ички аъзолар дистрофик ўзгаришлари, некрозлар, иккиламчи инфекция қўшилиши натижасида ангина, фурункулөз, микозлар намоён бўлади, геморрагик симптомлар ва кахексия ривожланади. Сурункали лимфолейкозда лейкоцитлар сони етилган ва етилмаган лимфоцитлар ҳисобига кўпаяди, кўп миқдорда лейколиз ҳужайралари – Боткин-Гумпрехт таначалари аниқланади. Оғиз бўшлиғида қон қуюлишлар, ярали-некротик жараёнлар кузатилиши мумкин.

Эритрометрия (полицитемия, Вакөз касаллиги). Касаллик кўпинча 40-60 ёшли инсонларда учрайди. Гематологларнинг фикрича, эритрометрия миелопролифератив лейкозларга яқин касаллик ҳисобланади.

Эритрометрияда айланиб юрувчи қонда эритроцитларнинг ҳажми ва ваъни кўпаяди, қон қуйилади ва қон айланиши секинлашади. Тромбоцитлар кўпаяди, бош оғриғи кузатилади, касаллик авжига чиққанда 95% беморларда тери ва ОБШҚнинг ранги ўзгаради, юмшоқ танглай кўқариши, қаттиқ танглай оқиш рангда бўлиши (Куперман симптоми) кузатилади. Беморларда тери қичиши, ОБШҚда парестезия ўчоқлари кузатилади.

Беморларнинг 1/3 қисмида суяклар оғриғи бўлиши мумкин. Периферик қонда эритроцитлар сони кўпаяди ($6-8 \cdot 10^{12}/г$), гемоглобин ошади (160-240 г/л), ЭЧТ пасаяди (1-2 мм/с). Беморлар гематологда даволанадилар.

Агранулоцитоз. Сенсibiliзациялашган организмда ҳар хил омиллар таъсирида қон ишлаб чиқувчи аппаратнинг аллергик-анафилактик турдаги реакцияси ҳисобланади.

Агранулоцитознинг 4 та тури фарқланади: инфекцион, токсик, нурланиш оқибатида ва қон ишлаб чиқариш аъзоларининг тизимли ўзгаришларида учрайдиган турлари. Касалликнинг бошланишида тана ҳарорати ошади, ютишда оғриқлар кузатилади, муртакларда яралар пайдо бўлади, лаб, лунж, милкларда яралли-некротик жараён ривожланади. Некроз ўчоғини атрофияда яллиғланиш реакцияси бўлмайди.

Қон таҳлилида лейкоцитлар сони камайгани ($0,5-10 \cdot 10^9/\text{л}$) аниқланади. Яралли-некротик жараён нафақат ОБШҚда, балки суякка ҳам тарқалиши мумкин.

Ташхис анамнестик маълумотлар, суяк тўқимасининг пунктати, периферик қон текшируви натижаларига асосланиб қўйилади. Агранулоцитознинг қиёсий ташхиси Венсан яралли-некротик стоматити ва қон касалликлари билан ўтказилади.

Даволаш. Агранулоцитозни умумий даволаш учун пентоксил, натрий нуклеинати, витаминлар, қон қуйиш қўлланилади. Маҳаллий даволаш учун оғриқсизлантириш, антисептик ишлов бериш, регенерацияни рағбатлантирувчи воситалар қўлланилади.

Аддисон-Бирмер анемияси. B_{12} витаминининг танқислигида ёки ушбу витаминнинг сўрилишини ички омил – гастромукопротеин таъсирида етишмовчилиги натижасида ривожланади.

Бунинг ҳисобига мегабластик турдаги эритропоэз вужудга келади. Маълумки, B_{12} витамини коферментнинг асосий қисми бўлиб, фолат кислотанинг фаол шакли – фолий кислотага айлантиради. Фолин кислота эса меъёрий қон ишлаб чиқаришда қатнашади.

Касаллик кўпинча 50-60 ёшли аёлларда учрайди. Касалликнинг асосий симптомлари асаб тизими зарарланиши (овқатланишнинг бузилиши ва камқонлик) ҳисобига намоён бўлади.

Клиник белгилари – ҳолсизлик, парестезия, қўл ва оёқ увишиши, чуқур сезгининг бузилиши (фуникуляр миелоз) 50% беморларда учрайди. Беморлар тил ачишишига шикоят қиладилар. Тилнинг усти силлиқ бўлиб, ипсимон ва замбруғсимон сурғичлар атрофияси кузатилади. Тилнинг эпителий қатлами юпқалашган, мушаклар эса атрофияга учраган бўлади. Тилнинг ушбу клиник кўриниши Гентер глоссити ёки Меллер глоссити деб аталади. Атрофия тарновсимон сурғичларга тарқалганда таъм билиш функцияси бузилади. Қон таҳлилида ранг кўрсаткичи баланд, мегалоцитли, мегабластли микроанизоцитоз, пойкилоцитоз кузатилади. Лейкопения, нейтропения аниқланади. Ташхис қўйишда асаб ва ошқозон-ичак тизими ўзгаришлари, мегалоцитоз ва анемиянинг гиперхром хусусияти катта аҳамиятга эга. Ташхислаш қийинлашганда стернал пунктат олинади.

Қиёсий ташхис симптоматик пернициоз анемиялар, узоқ давом этувчи энтероколитлар, ҳомиладорликда ривожланадиган ҳолатлар билан ўтказилади.

Даволаш. В₁₂ витамини 100-500 мкг фолат кислотаси (0,001 г) ва С витамини билан бирга инъекция қилинади. Темир препаратлари, қон қуйиш усуллари буюрилади. Маҳаллий даволаш симптоматик равишда оғриқсизлантирувчи моддалар билан чайқаш ва оғиз санациясини ўтказиш билан олиб борилади.

Гипохромли темир танқислиги анемияси. Анацид гастрит, кечки хлороз натижасида темир моддасининг етишмовчилиги ривожланади. Бунда тишларнинг табиий ялтироқлиги йўқолади, тишлар мўрт бўлиб, тезда емирилиб кетади, кариесга учраган тишлар кўпаяди. Беморлар тилдаги ачишиш ва оғриққа, оғзи қуришига шикоят қиладилар.

Объектив кўрикда ОБШҚ оч-пушти рангда, тил шишган, катталашган, тилнинг учида жойлашган сўрғичлари атрофияланган бўлади. Тилнинг устки қисми қизил рангда, лаб бурчагида бичилишлар кузатилади. Кечки хлорозда таъм сезишнинг бузилиши ривожланади. Тирноқ синишлари, терининг трофик ўзгаришлари гипохром анемиянинг симптомлари ҳисобланади.

Ташхислаш учун батафсил анамнез йиғиш, клиник ва лаборатор текширув усуллари ўтказиш муҳим аҳамиятга эга.

Даволаш. Умумий давони гематолог ўтказди (қон қуйиш усули қўлланилади, темир препаратлари буюрилади ва қон таркибида темирнинг миқдори аниқланади).

Маҳаллий даволаш симптоматик равишда олиб борилади.

Идиопатик тромбоцитопения (Верльгоф касаллиги). Бу касалликда тромбоцитларнинг сони камаяди. Клиник белгилари бўлиб оғиз бўшлиғидан, бурун бўшлиғидан қон кетиши, тери ва ОБШҚга қон қуйилиши ҳисобланади.

Ташхислашда беморнинг анамнези, клиник кўриниши ва лаборатор текширувлар натижалари катта аҳамиятга эга. Қон таҳлилида тромбоцитлар сони камайган бўлиб, уларнинг ўрнига патологик ўзгарган гигант шаклли тромбоцитлар кузатилади. Эритроцитлар, гемоглобин ва лейкоцитлар сони ўзгармайди.

Верльгоф касаллиги бошқа геморрагик диатезлар – геморрагик васкулит, гемофилия, скорбутдан фарқланиши керак.

Даволаш. Қон, плазма, тромбоцитлар массасини қуйиш тавсия қилинади. Кортикостероид препаратлар буюрилади.

Машгулотда қўлланиладиган янги педогогик технологиялар:

1. «Юмалок стол» номли иш уйинини ўтказиш
2. Органайзер тузиш (Тоифалаш жадвали,Балиқ скелети)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. Бемор овқат еганда милки қонашига, кучли оғриққа, қувватсизликка, ҳолсизликка шикоят қилади. Объектив ҳолат: бемор тери ранги кулранг, милк шиллиқ қавати гиперемияланган, милк қирғоғи бўйлаб некротик қараш, милк қонаши, тишларда юмшоқ қараш кузатилади.

1) Ташхисни тасдиқлашда лейкозда қон анализида аниқланади:

а) лейкозли бласт ҳужайралари

- b) эритроцитлар
- c) эозинофиллар
- d) тромбоцитлар
- e) таёқча-ядролилар

2) Лейкозни умумий давосида қўлланилади:

- a) цитостатиклар
- b) антибиотиклар
- c) стимуляторлар
- d) физиотерапия
- e) ностероид яллиғланишга қарши препаратлар

3) Гиперпластик синдромда аниқланмайди:

- a) лимфа тугунлар оғриқли катталашиши
- b) лимфа тугунлар оғриқсиз катталашиши
- c) милк гиперплазияси
- d) талоқ катталашиши
- e) муртаклар катталашиши

2. Бемор лаби, тили ва лунжи шиллиқ қаватидаги оғриқли яраларга шикоят қилади. Оғзидан ноҳуш хид келади. Умумий аҳволи: қувватсизлик, ҳолсизлик белгилари мавжуд, тана ҳарорати 38,8°C. Объектив кўрикда: беморнинг ҳолати ўрта оғир, ОБШҚда, лабда, тилнинг ён томонларида ва лунж шиллиқ қаватида некротик қараш билан қопланган, оғриқли яралар, чириган хид кузатилади. Анамнездан агранулоцитоз аниқланди.

1) Агранулоцитозда қон таркибида кузатилади:

- a) лейкоцитлар сони кескин камайган
- b) лейкоцитлар сони кескин кўпайган
- c) тромбоцитлар сони кўпайган
- d) қон қуюлиши қисқарган
- e) қон қуюлган

2) Агранулоцитозни даволашда қўллаш лозим:

- a) антисептиклар
- b) антибиотиклар
- c) куйдурувчи моддалар
- d) биостимуляторлар
- e) кварц нурлантириш

3) Беморда қон касаллиги аниқланса уни юбориш лозим:

- a) гематологга
- b) кардиологга
- c) невропатологга
- d) иммунологга
- e) стоматологга

3. Бемор милки шиллиқ қавати бироз шикастланганда ўз-ўзидан қонашига шикоят қилади. Анамнезда беморда Верльгоф касаллиги мавжуд (идиопатик тромбоцитопения).

1) Верльгоф касаллигида қонда кузатилади:

- a) тромбоцитлар сони камайиши

- b) тромбоцитлар сони кўпайиши
 - c) лейкоцитлар сони камайиши
 - d) лейкоцитлар сони кўпайиши
 - e) етилмаган лейкоцитлар мавжудлиги
- 2) Верльгоф касаллигида кузатилади:
- a) жгут сиптоми мусбат
 - b) қон кетиш даври қисқарган
 - c) қон қуюлмаси тез ҳосил бўлади
 - d) қонамайди
 - e) гистамин синамаси мусбат
- 3) Верльгоф касаллигини даволашда қўлланилмайди:
- a) физиомуолажалар
 - b) қон қуйиш
 - c) плазма қуйиш
 - d) тромбоцитар масса
 - e) кортикостероидлар

Тестлар

1. Темир танқислиги анемияси белгилари:
 - a) таъм сезишнинг бузилиши
 - b) тилдаги афталар
 - c) тилда ачишиш
 - d) ОБШҚда қон қуйилишлар
 - e) юмшоқ танглайнинг шишиши
2. Геморрагиядан кейинги анемияда оғиз бўшлиғидаги доимий белги:
 - a) лунжда тишларнинг жипслашиш чизиғи соҳасида тиш излари
 - b) тилдаги афтоз тошмалар
 - c) полигонал шаклдаги эрозиялар
 - d) ОБШҚнинг аниқ гиперемияси
 - e) тўғри жавоб йўқ
3. ОБШҚ кулранг-яшил тусда оқарганлиги характерли:
 - a) ювенил хлороз
 - b) Аддисон-Бирмер пернициоз анемияси
 - c) темир танқислиги эссенциал анемияси
 - d) ўткир лейкоз
 - e) сурункали миелолейкоз
4. Пернициоз анемиянинг классик синдроми:
 - a) Гунтер глоссит
 - b) «малинали» тил
 - c) кўзларнинг афтоз зарарланиши
 - d) Мелькерсон-Розенталь синдроми
 - e) ҳамма жавоблар тўғри
5. Гунтер глоссити симптоми:
 - a) тил юганчаси соҳасидаги афталар
 - b) тиниқ-қизил яллиғланиш соҳалари
 - c) тилдаги афталар

- d) тилдаги тиш излари
e) тил сўрғичлари гиперплазияси
6. Ўткир лейкозда кузатилмайдиган симптомлар:
a) милклар инфильтрацияси
b) тил атрофияси
c) лакланган тил
d) лабнинг гиперпластик ўзгаришлари
e) милк шиллиқ қаватининг кўчиши
7. Агранулоцитозда оғиз бўшлиғини чайиш учун қўлланиладиган препаратлар:
a) 0,02% фурациллин
b) 0,1% этакридин лактат
c) 70% спирт
d) буриштирувчи моддалар
e) антибиотиклар
8. Оғиз бўшлиғида кузатиладиган фолиево-танқислиги анемиясига характерли белги:
a) тил ва ОБШҚдаги тиш излари
b) лакланган тил
c) тилдаги афталар
d) кўп сонли кариес
e) тилда карашнинг мавжуд эмаслиги

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Тиш эрозиясини композит пломба ашёси билан реставрация қилиш.

Мақсад: Эрозия нуқсонини тиклаш ва реставрацияси.

Кўрсатма: Тишни ранги ва шаклини тиклаш.

Керакли жиҳозлар: Стоматологик асбоб ва ускуналар, шишаиономерлар, фотополимеризатор, нур билан кутувчи композитлар, якуний ишлов учун асбоблар.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма босқичлари	Босқични бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитувчининг имзоси
1	Эрозив юзани чархлаш	0	20		
2	Эмаль қирғоқларида фальц шакллантириш, ретенцион нуқталарни яратиш	0	20		
3	Мос келувчи композит пломба рангини танлаш.	0	10		
4	Конденционерни 20 сонияга қўйиб, ювиш	0	10		
5	Пломба ашёсини қаватма-қават қўйиш, нурлантириш.	0	20		
6	Абразив асбоблар билан якуний ишлов бериш.	0	20		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

1. Ўткир лейкозда ОБШҚдаги ўзгаришлар.
2. Ўткир лейкознинг қиёсий ташхиси.
3. Агронулоцитоздаги гистологик ўзгаришлар.
4. Сурункали лейкознинг ўткиридан фарқи.
5. Сурункали лимфолейкоздаги гистологик ўзгаришлар.
6. Эритроцитоз нима?
7. Тромбоцитопения пурпура нима?
8. Шифокор-стоматолог тактикаси ва қон касалликларини даволаш нималардан иборат?

4 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Асаб тизими касалликларида ОБШҚдаги ўзгаришлар. Таъм сезишнинг бузилиши. Гиперсаливация. Гипосаливация.

II. Машиғулот мақсади:

Талабаларга асаб тизими касалликларида ОБШҚдаги ўзгаришларни, касаллик клиникаси ва диагностикасини, зарарланган ОБШҚ соҳаларини ва ўзгаришларини ўргатиш.

III. Машиғулот режаси: асаб тизими касалликларида ОБШҚдаги ўзгаришларни ёритиш.

IV. Калит сўзлар: дисгезия, гипосаливация, гиперсаливация,

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Таъм сезишнинг бузилиши (Dysgeusia) қисман, тўла ёки ўзгарган бўлиши мумкин. У ОБШҚ шикастланишида, авитаминозда, ошқозон-ичак касалликларида, периферик ёки марказий асаб тизими касалликларида, неврозларда, юз нервнинг жароҳатланишида вужудга келади.

Таъм сезиш пиёзчалари тил шиллиқ қаватида жойлашади. Тил шиллиқ қавати ўзгаришлари ҳисобига таъм билиш қобилияти бузилади ёки пасаяди. Бундай ҳолларда тил сўрғичлари тикланиши билан таъм сезиш қобилияти ҳам тикланади.

Тилнинг олдинги икки қисмида таъм сезишнинг бузилиши периферик нервларнинг шикастланишидан далолат беради. Таъм сезиш толалари бошқа сезув толалар билан ёнма-ён жойлашади, шунинг учун тил нервлари шикастланишида барча сезгилар ва таъм сезиш хусусиятлари бузилади. Тилнинг орқа 1/3 қисмида таъм сезиш бузилса, бу тил-ютқин нерви шикастланганлигидан далолат беради.

Марказий нерв системасининг органик бузилишларида кўпроқ икки томонлама, камроқ бир томонлама ўзгаради.

Даволаш. Касаллик сабабини аниқлаб, стоматолог, невропатолог ва терапевт билан биргаликда даволаш тадбирлари олиб борилади.

Сулак ажралишининг бузилиши. 2 тури тафовут қилинади:

- 1) гиперсаливация;
- 2) гипосаливация.

Гиперсаливация ҳолатини беморлар асли сезмайдилар, чунки ОБШҚда ўзгаришлар бўлмайд.

Гиперсаливация келиб чиқишида кўпинча асосий сабаб ўткир яллиғланиш жараёни бўлиб, сўлак ажралишининг рефлексор кўпайишига олиб келади, бу организмни ҳар хил таъсирлардан ҳимояланишидан далолат беради. Узоқ вақт давом этувчи гиперсаливация вегетатив марказларни органик зарарланишидан – паркинсонизм, сохта бульбар фалаж, инсультдан сўнг кузатилади.

Баъзи ҳолатларда сохта гиперсаливация кузатилади, бунда беморлар кўп миқдорда сўлак ажралишига шикоят қиладилар, лекин объектив текширувда ҳеч қандай ўзгаришлар кузатилмайди. Бундай манзара неврозда, ютиниш бузилганда ва марказий нерв системасида органик ўзгаришлар бўлганда кузатилади.

Даволаш. Оғиз бушлиғида ўткир яллиғланиш жараёнида вужудга келган гиперсаливацияни даволашга ҳожат йўқ, чунки сўлакнинг кўп ажралиши организмнинг ҳимоя функцияларидан бири бўлиб ҳисобланиди. Сўлак ажралишини вақтинча пасайиш учун атропин препаратларидан фойдаланиш мумкин.

Гипосаливация – беморлар оғиз қуришига, овқатланганда ва гаплашганда қийинчилик бўлишига, аччиқ, шўр ва қаттиқ овқат истеъмол қилганда оғриқ пайдо бўлишига шикоят қиладилар.

Объектив кўрикда ОБШҚ биров хиралашган ва қуруқ, сўлак кам ёки йўқ, кўп тишларда кариес учрайди.

Гипосаливация коллагенозда, диабетда, нурланишда, А, В, Е витаминлар танқислигида, катта сўлак беи олиб ташлангандан кейин, икки томонлама сурункали паротитда, гипосидероз (Пламмер-Винсон синдроми) да, Шегрен синдромида, кексаларда, гипотериозда, невротик ҳолатларда, климакс даврида, ботулизмда, атропин истеъмол қилганда кузатилиши мумкин.

Даволаш.

1. Сўлак ажралишини камайишига олиб келувчи сабаб бартараф қилиниши керак.
2. Оғиз бўшлиғи санацияси.
3. А, В, С, Е витаминлар буюрилади.
4. Катта сўлак безларини гальванизация қилиш яхши натижа беради.
5. 0,5-1% галантамин гидробромид тери остига, ичишга ёки электрофорез йўли билан симпатик восита сифатида буюрилади.

Маҳалий даволашда яллиғланишга қарши ва ОБШҚнинг ҳимоясини кучайтурувчи препаратлар (глицериндаги бура, лизоцим, шафтоли ва писта мойлари) қўлланилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Ўргимчак ини» номли иш уйинини утказиш
2. Органайзер тузиш (Тоифалаш жадвали,Балиқ скелети)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Тестлар

1. Тилнинг орқа 1/3 қисми таъм сезиши бузилса нимадан далолат беради?

- a) неврит, невралгия
 - b) тил нерви шамоллаши
 - c) тил-ютқин нерви шикастланиши
 - d) тўғри жавоб йўқ
2. Гиперсаливация ҳолатида оғиздаги ўзгаришлар қандай бўлади?
- a) қизариш
 - b) милкларда шиш
 - c) ўзгариш сезилмайди
 - d) оғиз қурийди
3. Гипосаливацияда оғиздаги ўзгариш:
- a) қизариш
 - b) милкларда шиш
 - c) ўзгариш сезилмайди
 - d) оғиз қурийди
4. Тиш карашлари кўпаяди, кўп тишлар кариесга учрайди – бу қайси касалликдан далолат беради?
- a) гипосаливация
 - b) гиперсаливация
 - c) глоссалгия
 - d) глоссит

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Тиш гиперестезияда эмалга ишлов бериш

Мақсад: Тиш гиперестезиясида эмалга ишлов бериш.

Курсатма: Гиперестезияни бартараф қилиш.

Керакли жихозлар: Стоматологик асбоблар, пахта болишлари, тиш четкалари, флюор протектор, кисточка

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	Бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқи тувчи имзоси
1	Гиперестезияли тишларни аниқлаш.	0	20		
2.	Тишларнинг юзасидан карашларни олиш.	0	30		
3.	Пахта болишлари ердамида сулакдан ажратиб, тишларни қуришти.	0	10		
4.	Тишларнинг хамма юзасини флюор протекторни махсус кисточка ердамида қоплаш.	0	30		
5.	Тишларни хаво оқимида қуришти.	0	5		
6.	Маслахат бериш.	0	5		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

1. Гипосаливацияда беморлар оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар.
2. Гипосаливацияда нима кузатилиши мумкин.
3. Таъм бузилиши қандай пайдо бўлади.

5 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Глоссалгия, клиника. Таъхислаш. Даволаш.

II. Машғулот мақсади:

Талабаларга асаб тизими касаллиги – глоссалгияда ОБШҚдаги ўзгаришлар, касаллик клиникаси ва диагностикасини, зарарланган шиллиқ қават соҳаларини ва ўзгаришларини ўргатиш.

III. Машғулот режаси: асаб тизими касаллиги – глоссалгияда ОБШҚдаги ўзгаришларни ўзлаштириш.

IV. Калит сўзлар: глоссалгия, глоссодения, стомалгия.

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Глоссалгия, глоссодения тилнинг парестезияси – глоссипарез оғиз бўшлиғининг ҳар хил жойларида, асосан тилда ачишиш, оғриқлар пайдо бўлиши билан тавсифланади. Ушбу шикоятлар лабда ёки бошқа жойларда мужассам бўлса оғиз бўшлиғининг парестезияси ёки стомалгия деб аталади.

Асосан 40 ёшдан ошган аёллар касалланадилар, эркакларда касаллик 5-6 марта кам учрайди.

Беморлар касалликнинг пайдо бўлишини шикастланиш билан боғлашади. Бундан ташқари касалликнинг келиб чиқишига руҳий изтироблар оғиз бўшлиғи ёки бошқа соҳанинг операцияси ва бошқалар сабабчи бўлиши мумкин.

Этиологияси ва патогенези. Замонавий нуқтаи назарларга кўра глоссалгия полиэтиологик касаллик ҳисобланади. Патогенезининг асосида вегетатив асаб тизимининг, кўпроқ функционал, камроқ органик ўзгаришлар ётади.

Глоссалгия ошқозон-ичак касалликлари фонида, қон-томирлар ўзгаришида, марказий ва периферик асаб тизими касалликларида, эндокрин касалликларда кўп учрайди. Глоссалгия вегетатив асаб тизими айрим сабаблари таъсирида ривожланади, шунинг учун бу касалликни неврозлар туркумига киритиш мумкин.

Шундай қилиб, глоссалгия умумий касалликларнинг бир симптоми бўлиб ҳисобланади, маҳаллий сабабчилар эса касалликни юзага чиқариб қайталанишларни кўзғатади.

Клиник кўриниши. Беморлар тилининг вақти-вақти билан ёки доимий ачишишига, оғришига, гапиргандан сўнг чарчашига, парестезиясига шикоят қиладилар. Стомалгияда беморлар ҳудди шундай ҳолатлар ОБШҚнинг бошқа жойларида ҳам борлигига шикоят қиладилар.

Беморларнинг 30% да оғиз қуришига, айниқса ҳаяжонланиши натижасида безовталанишига шикоят қиладилар. Овқатланиш вақтида ушбу шикоятлар йўқолади. Касаллик ойлаб-йиллаб давом этадиган узок муддат ичида безовта қилмасдан яна қайталаниши мумкин.

Глоссалгияда объектив кўрикда саливация камайишидан ташқари ўзгаришлар бўлмайди. Беморларнинг айримларида тил сўрғичлари гипертрофияси, тил веналарининг варикоз кенгайиши, тил шишиши, карашлар бўлиши кузатилади.

Глоссалгия билан касалланганларнинг кўпчилигида руҳий ҳолат тушкунлик белгилари билан номоён бўлади, бу беморлар касаллик тўғрисида кўп гапиришади ва доимо ўйлашади. Уларда канцерофобия яхши ривожланган. Шифокорларнинг кўпол гапидан сўнг беморлар руҳий азоблари янада кучаяди, улар соатлаб оғзини, тишини ойнада кўришади ва ёмон ҳулосаларга келишади.

Қиёсий таҳҳиси. Глоссалгия тилнинг органик касалликлари, шикастланиш натижасидаги оғриқлар, невралгия, неврит ва тиш касалликларидаги оғриқлар билан қиёсланади. Глоссалгияни Костен синдромидан, айниқса умуртқанинг бўйин соҳасида жойлашган остеохондроз, спондилёздан ҳам фарқлаш лозим. Ўткир ва сукрункали шикастланишларда оғриқ ва ачишишлар ҳар доим бир жойда кузатилади, шикастловчи омил бартараф қилингандан сўнг оғриқлар ўтиб кетади.

Невралгияда глоссалгиядан фарқли ўлароқ оғриқ ҳуружсимон бўлади, зарарланиш бир томонлама кузатилади ва уч шохли нервнинг иннервацияси соҳасига тўғри келади. Оғриқлардан аввал вазомотор ўзгаришлар ва юз нервнинг тортилишлари кузатилади, юзга беҳосдан тегиб кетганда невралгик ҳуружлар бошланади.

Тил нервнинг нервитида оғриқ шикастланган нервнинг бир тамонида кузатилади ва асосан тилнинг олдинги 2/3 қисмида жойлашади, тилнинг сезиш ва таъм билиш қобилияти пасаяди. Невритда овқатланган вақтда ва тил ҳаракатга келганда оғриқлар кучаяди.

Даволаш. Оғиз бўшлиғининг санацияси биринчи навбатда амалга оширилади. Даволаш этиологик, патогенетик ва симптоматик йўналишда олиб борилади, оғиз бўшлиғида ҳар хил металдан тайёрланган тиш протезлари, қопламалари алмаштирилади, чунки гальванизм юзага келиши мумкин. Бемор рационал протезланади.

Организм умумий касалликларини аниқлаш учун бемор бошқа соҳа мутахассислари томонидан текширилади.

Патогенетик даволашда гомеостаз ҳолатини, бемор асабини, руҳий ҳолатини меъёрлаштириш, периферик ва марказий механизмларига таъсир ўтказишдан иборат. Ушбу мақсадда беморга бром препаратлари, валериана, кичик транквилизаторлар, В гуруҳ витаминлари, РР витаминлари буюрилади. Феназепам 0,25-0,5 м/г 3 марта кунига, тазепам (суткалик дозаси 30-90 м/г) мезепам (суткалик дозаси 10-30 м/г), Галоперидол-нейролептик (суткалик дозаси 3,6-15 м/г) буюрилади.

Стомалгиянинг ўткир даврида мушак орасига реланиум инъекция қилинади, оғирликни камайитириш мақсадида этодин форте 400 м/г дан кунига 2 маҳалдан қўлланилади.

Бўйин соҳасида микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида Пентоксифиллин суткалик дозаси 300-600 м/г, никотин кислотаси, никошпан, но-шпа, стугерон, кавинтон буюрилади. Витаминлардан тиамин бромиди, рибофлавин, пиридоксин, аскорбин кислотаси инъекция йўли билан, токоферол ацетат ва ретинол – ичиш йўли билан қўлланилади.

Вегетотроп холинолитиклар (белласпон, беллоид, платифиллин) антихолинэстераза препаратлари (галантамин), ганглиоблокаторлар (ганглерон, бензогексоний) вегетатив асаб тизими фаолиятини меъёрлаштиради.

Антигистамин моддалар (пипольфен, димедрол, супрастин, тавегил, диазолин) организмнинг сенсibiliзациясини камайтиради.

Маҳаллий оғриксизлантиришда анестезиннинг глицериндаги эритмаси, 2% ли тримекаин, 2% ли лидокаин эритмалари аппликация, оғиз ванночкаси учун, 10% лидокаин аэрозоли – пуркаш учун қўлланилади.

Сўлак безлари фаолиятини яхшилаш мақсадида пилокарпин 5 мг кунда бир марта тил остига томизилади. Витамин А, калий йодид ҳам сўлак ҳажмига ижобий таъсир кўрсатади. Сўлак таркибини эса бромгексин, саленум қўллаш билан ўзгартириш тавсия қилинади.

Комплекс даволаш мақсадида игна рефлексотерапия, электронейростимуляция усуллари яхши натижа беради.

Физикавий усуллардан бош ва бўйиннинг ёқа соҳасини укалаш, юқори бўйин симпатик тугун соҳасини гальванизация қилиш, новокаин билан бажариладиган эндоназал электрофорез тавсия қилинади. Лазер нури билан даволаш, электро-уйқу, гипербарик оксигенация, кислород, аутогентрен ва руҳий терапиялар ҳам организмга шифобахш таъсир кўрсатади.

Маҳаллий даволашда оғиз бўшлиғи соғломлаштирилади, тишларнинг ўткир қирралари текисланади, окклюзион баландлик тикланади.

Тил нервининг блокадаси (1% ли тримекаин кунора ёки ҳар куни, жами 6-10 та), 1% ли тиамин бромид 1 мл ва 1% тримекаин 1мл тилга инъекция қилинади.

Темир препаратлари (гемостимулин, ферроплекс, феррокал ва бошқалар) ни буюриш ОБШҚ парестезиясида яхши натижа беради.

Симптоматик даволашда маҳаллий анестетиклар, кератопластиклар (каротоллин, аекол, солкосерил дентал адгезив пастаси, витамин А ва бошқалар) ни қўллаш вақтида даволовчи стоматолог бошқа соҳа мутахассиси билан маслаҳатлашиб, комплекс режа асосида иш олиб борилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Юмалок стол» номли иш уйинини утказиш
2. Органайзерлар тузиш :. Концептуал жадвал, „Қандай“

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Тестлар

1. Глоссалгия қайси касалликлар билан қиёсий ташхисланади:
 - а) глоссит
 - б) невралгия
 - с) таъм бузилиши
 - д) ҳамма жавоб тўғри
2. Тилнинг вақти-вақти билан ёки доимий ачишиши, оғриши, гапиргандан сўнг чарчаши қайси касалликка хос?
 - а) пўрсилдоқ
 - б) кизил югурук

- с) глоссалгия
d) тўғри жавоб йўқ

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий куникма: Глоссалгияни маҳаллий даволаш

Максад: Талабани глоссалгияни маҳаллий даволашни ўргатиш.

Курсатма: Глоссалгия касалликларини ташхислаш.

Жихозлаш: Ҳимоя воситалари (кўз ойнаклар, резинали перчатка, маска), тематик бемор(волонтер)оғиз бўшлиғини кўриш учун асбоблар, “Pansoral”, “Холисал”, шприц, вит.В1, 1% лидокаин эритмаси, 1% шафтоли мойидаги цитраль эритмаси, пилокарпин, кератопластик малҳамлар

№	Қадамлар	Бажара олмади	Бажарилди
1.	Ҳимоя воситаларини (кузойнак, резинали перчатка ва маскаларни тақиш)	0	10
2.	Травматик омилларни бартараф қилиш(тиш тош ва карашлар, кариоз тишларни ўткир қирралари, гальваноз)		10
3	Маҳаллий аппликацион оғриқсизлантириш, оғиз ванночкалари (“Pansoral”, “Холисал”) ёки тил нервнинг блокадаси(вит.В1+1% лидокаин эритмаси)	0	20
4.	Антисептик ишлов бериш(1% цитраль эритмаси шафтоли мойида)	0	20
5.	Пилокарпин 5 мг кунда бир марта тил остига томизиш (А витамини ,калий йодиди)	0	20
6.	Кератопластик малҳамларни (каротин , аекол , солкосерил дентал адгезив паста, витамин А) суртиш.	0	20
	Жами		100

Назорат саволлари:

- 1.Глоссалгия, этиологияси ва патогенези.
- 2.Глоссалгияни клиникаси.
- 3.Глоссалгиянинг қиёсий ташхиси.
- 4.Глоссалгияни даволаш.

6 – МАШҒУЛОТ

I. **Мавзу:** Пўрсилдоқ яра, клиникаси, ташхислаш ва даволаш.

II. **Маишгулот мақсади:**

талабаларни пўрсилдоқ этиологик омиллари билан таништириш; клиник кўринишининг ўзига хос белгиларини аниқлашни ўргатиш; қиёсий ташхис ўтказишни ўргатиш; даво усулини тўғри танлашни ўргатиш; профилактика усуллари билан таништириш.

III. **Маишгулот режаси:**пўрсилдоқни ташхислашни ўрганиш.

IV. **Калит сўзлар:** акантолитик пўрсилдоқ (вульгар, баргсимон, вегетациялашган, себореяли)

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Пўрсилдоқ (pemphigus) ёки хақиқий акантолитик пўрсилдоқ – оғир буллёзли дерматоз бўлиб, эпидермиснинг мальпигий қавати ва ОБШҚ ҳужайраларининг акантолизи билан кечиб, тери ва ОБШҚда пуфаклар ва эрозиялар пайдо бўлиши билан кечадиган касаллик ҳисобланади. Асосан пўрсилдоқ 35 ёшдан катта инсонларда учрайди.

Акантолитик (хақиқий) пўрсилдоқнинг 4-та клиник тури фарқланади:

- вульгар;
- баргсимон;
- вегетациялашган;
- себореяли (эритематоз).

Тошмалар кўпинча оғиз бўшлиғидан тоша бошлайди, кейин эса терига ва бошқа жойларга тарқалиб кетади.

Касалликнинг этиологияси номаълум. Ҳозирги кунда вирусли ва аутоиммун табиатли пўрсилдоқ назариялари мавжуд.

Гистологияси. Шиш, акантолиз натижасида эпителий ичида пуфаклар ҳосил бўлади. Эпителий ҳужайралари, айниқса тиканаксимон ҳужайралар ўзига хос ўзгаради, ўзаро ва атроф тўқималардан ажралиб кетади. Яллиғланиш жараёни кам ривожланган бўлади.

Клиник кўриниши. ОБШҚда, айниқса лунжда, ретромолляр соҳада, танглайда, оғиз бўшлғи тубида, лаб ва ҳалқумда ўзгаришлар бўлади. Дастлаб эпителий хиралашади, марказида эрозия пайдо бўлиб периферияга тарқайди. Хиралашган эпителий устидан шпателни юргизиб кўрилса, унинг устки қисми тез олинади ва эрозив юза очилиб қолади. Пўрсилдоқдаги эрозияларнинг ҳажми ҳар хил – майдадан каттагача бўлиб, уларнинг юзалари тўқ қизил ранггача бўлади. Тошмалар ҳисобига оғриқлар жуда кучли бўлади, айниқса овқат еганда ва нутқ сўзлаганда беморлар азобланишади. Сўлак кўпаяди – гиперсаливация кузатилади. Эрозив юзаларга микроблар тушиб, коккли флора, кандидоз, фузоспирохетоз қўшилгач, беморнинг аҳволи оғирлашади, оғзидан ноҳуш чириган хид келади.

Вегетациялашган пўрсилдоқнинг клиник манзарасида эрозиялар тубидаги кўтарилиб турган вегетациялар характерлидир. Себореяли ва вульгар пўрсилдоқ ОБШҚда бир-бирига ўхшайди, терида эса себореяли дерматит ёки себореяли экзема кўринишида бўлади. Баргсимон пўрсилдоқда оғизда ўзгариш бўлмайди.

Пўрсилдоқда Никольский симптоми мусбат бўлади ва 3 та белги билан тавсифланади:

1. Агар пуфакнинг томи ёки эпителийнинг юқори қатлами пинцет билан тортилса, соғлом тери ёки ОБШҚнинг эпителий қатлами ажралади.
2. Агар пуфакчалар орасидаги соғлом тери ёки ОБШҚ ишқаланса, пуфакча ва эрозиялар ҳосил бўлади.
3. Агар пуфакчаларни ораси бир-биридан катта масофада бўлса ва ораликдаги тери ёки ОБШҚ ишқаланса пуфаклар ҳосил бўлади.

Иккинчи ва учинчи белгиларни намоён бўлиши акантолизни кучли даражасидан далолат беради.

Терида пуфакларни жойлашиши (корин, орқа, табиий чуқурча ва бурмалар) уларни кийим билан шилинишига сабабчи бўлади, ёки пуфакни ўзи ёрилади, қаткалоқлар билан қопланади, йирингли инфекция қўшилиши мумкин. Теридаги тошмалар жуда оғриқли бўлади.

Пўрсилдоқдаги ўзгаришлар фақат ОБШҚда ва терида бўлмасдан, бошқа жойларда, жумладан ҳалқум, қизилўнгач, меъда ва ичак шиллик қаватларида кузатилиши мумкин. Айрим ҳолларда ички аъзоларда, марказий ва периферик нерв системасида ҳам дистрофик хусусиятли ўзгаришлар бўлади.

Пўрсилдоқнинг кечиши сурункали, ўткир ости ва ўткир бўлиши мумкин. Кечиши тўлқинсимон бўлгани учун ўткирланиши ремиссия даври билан алмашиб туради.

Пўрсилдоқни кечиш даврида учта босқич фарқланади:

Биринчи босқич – ОБШҚда якка ёки кўпгина пуфакчалар учрайди. Улар тезда ёрилиб эрозиялар ҳосил қилади, атрофида эритема бўлмайди. Никольский симптоми кўпинча манфий бўлади. Терида ва умумий аҳволда ўзгаришлар кузатилмайди.

Иккинчи босқич – катта ва тез ёриладиган пуфакчалар ҳажми кенг, оғриқли эрозив юзаларни ҳосил қилади. Гиперсаливация кузатилади, оғиздан ёқимсиз хид келади. Никольский симптоми мусбат бўлади. Беморнинг умумий аҳволи оғир бўлиб, кахексия кузатилади.

Учинчи босқичда – акантолитик ҳужайралар кам учрайди. Янги пуфакларнинг ҳосил бўлиши тўхтайдди, эрозия ва яраларнинг эпителизацияси бошланади.

Ташхис қўйишда клиник манзара мусбат Никольский симптоми, цитологик текширув, иммунофлюоресценциянинг бевосита натижалари инобатга олинади.

Цитологик текширув. Акантолитик вульгар пўрсилдоқ цитологик текширувида ўзгарган кўринишдаги эпителиал ҳужайралар топилади. (Т-ҳужайралари). Акантолитик ҳужайралар одатдаги ҳужайралардан кичикроқ, юмалоқ шакли билан фарқланади. Ядролари йирик, деярли ҳужайранинг барча бўшлиғини эгаллаб туради. Ядрони зангори рангдаги цитоплазма ўраб туради. Ҳужайра цитоплазмаси бир хилда бўлмайди. Ядро атрофи зангори, периферик қисми эса тўқ кўк рангда бўлади. Яна кўп ядроли гигант ҳужайралар учрайди.

Қиёсий ташхис. Акантолитик (ҳақиқий) пўрсилдоқ буллёз пемфигоид, кўп шаклли экссудатив эритема, дорили аллергия, қизил ясси темирлаткининг буллёз шакли, герпетик шаклли дерматит, пуфакли эпидермолиздан фарқланади.

Буллёз пемфигоид сифатли кечиши билан тавсифланади. Асосан 60 ёшдан катталарда учрайди. Пуфаклар эпителий остида жойлашади, усти қаттиқ бўлиб, акантолитик ҳужайралар аниқланмайди. Никольский симптоми манфий бўлади.

Дорили аллергияни аниқлаш мақсадида анамнез йиғилиб, сабабчи дори препарати аниқланади.

Ушбу дорини қабул қилиш тўхтатилгандан сўнг тошмалар тезда эпителизацияга учраб, битиб кетади. Дорили аллергияда пуфаклар эпителий

остида жойлашади. Акантолиз кузатилмайди. Никольский симптоми манфий бўлади. Акантолитик ҳужайралар аниқланмайди. Ташхисни аниқлаш мақсадида аллергик синамаларни ўтказиш мумкин.

Қизил ясси темираткининг буллёз шаклида пуфаклар эпителий остида жойлашади, акантолиз кузатилмайди. Пуфаклар орасида ёки ОБШҚнинг бошқа жойларида қизил ясси темираткининг типик папулалари жойлашади.

Герпетик шаклли дерматитда тошмалар дастлаб терида пайдо бўлади. Пуфаклар эпителий остида жойлашади, тўқималар ва пуфаклар таркибида эозинофиллар кўп бўлади. Никольский симптоми манфий бўлиб, акантолитик ҳужайралар аниқланмайди. Беморда йодга бўлган сезувчанлик ошади.

Пуфакли эпидермолиз – наслий касаллик бўлиб, белгилари ёшликда намоён бўлади. Касаллик 12-15 ёшгача фаоллашади, акантолиз кузатилади.

Эпителий остида жойлашган пуфаклар ёки эрозиялар атрофидаги эпителий қатлами яллиғланган асосда жойлашгани учун осон кўчади.

Бу ҳолат сохта Никольский симптоми ёки периферик эпителий ости кўчиш деб аталади. У қизил ясси темиратки, пемфигоид ва бошқа касалликларда кузатилиши мумкин.

Даволаш. Кортикостероидлар (50-80 мг преднизолон, 40-80 мг триамцинолон, 8-10 мг дексаметазон) ва цитостатиклар буюрилади. Кортикостероидли препаратларнинг клиник белгилари тугагандан кейин ҳам қўлланилишини тўхтатиш керак эмас. Лекин узоқ давом эттирилган гормонал даволаш ўз навбатида асоратларга олиб келиши мумкин. Шунинг учун беморлар сувни ва ош тузини кам истеъмол қилишлари зарур. Беморга С, В гуруҳи витаминлари, калий хлориди, панангин, ёки калий оротати буюрилади.

Цитостатиклардан метотрексат бир ҳафтада бир марта 35-50 мг қўлланилади. Маҳаллий даволаш эса оғиз бўшлиғидаги оғриқларни камайтириш, иккиламчи инфекцияни олдини олишга қаратилади. Оғиз бўшлиғи санацияси амалга оширилади. Маҳаллий шиллиқ қаватга кортикостероидли суртмалар суртилади. Замбуруғли инфекцияда замбуруғга қарши даво ўтказилади. Лабларнинг шикастланишида антибиотикли суртмалар ва А витаминининг мойли эритмасидан фойдаланиш тавсия қилинади.

Машгулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Стол атрофида» усулини қўллаш
2. Органайзерлар тузиш (Концептуал жадвали, «Қандай»)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. 52 ёшли бемор теридаги пуфаклар ва лунждаги эрозияда оғриқ пайдо бўлишига шикоят қилади. 1 ой олдин терида пуфаклар пайдо бўлган, умумий аҳвол оғирлашган. Холсизлик, озиш, чарчаш пайдо бўлган. Дориларни қабул қилишни рад этади. Объектив кўрикда: ўнг томон лунж шиллиқ қаватида пастки 67| тишлар соҳасида қизил рангдаги чўзинчоқ шаклдаги эрозиялар нотўғри чегарали, ўлчами 2,0×0,7 см атрофида, шиллиқ қават ўзгармаган. Лунж терисида алоҳида конли қатқалоқлар, атрофдаги тери зичлашмаган. Қорин терисида чап тамонда 2 та ноксимон пуфаклар бор 1,0×1,0 см ўлчамда,

сероз саклайди. Атрофдаги тери ўзгармаган. Палпацияда регионар лимфа тугунлар майда, ҳаракатчан оғриқсиз.

Клиник ва лабаротор текширувларни ўтказинг ва диагноз қўйинг.

2. 40 ёшли бемор оғиз бўшлиғини қуришига, оғриққа шикоят қилади. Анамнездан умумий холсизлик, чарчаш ва иштаха йўқолиши аниқланади. Объектив кўрикда: милк шиллиқ қаватида, ўтув бурмасида ва лунжда эрозиялар, қирғоқларда пуфак ёрилишлар бор.

Диагноз қўйинг ва даволаш режасини тузинг.

3. Бемор “пўрсилдоқ” диагнози билан поликлиникага мурожаат этган.

Текширув усуллариини ўтказинг.

4. 50 ёшли аёл “вульгар пўрсилдоқ ” диагнози билан поликлиникага шикоят қилган.

Даво режасини тузинг.

5. 60 ёшли бемор ОБШҚ тўқилишига шикоят қилади. Кўкрак ва қорин терисида, овқатланганда оғриқли, холсизлик, иштаха йўқлиги. 2 йил давомида оғриқлар вақт ўтиши билан яхшиланди. Оғиз бўшлиғига қараганда катта эрозиялар оғриқли, фиброз карашлар билан қопланган. Тана ҳарорати кўтарилган.

Қиёсий ташхис ўтказинг ва диагноз қўйинг.

Тестлар

1. Вульгар пўрсилдоқ тегишли:

- а) дерматозларга
- б) рак олди жараёнга
- с) авитаминозларга
- д) инфекцион касалликларга
- е) қон касалликларига

2. Вульгар пўрсилдоққа тегишли:

- а) Никольский симптоми мусбат
- б) “олма желеси” синамаси мусбат
- с) пўрсилдоқ синамаси мусбат
- д) зондли синама мусбат
- е) серологик реакциялар

3. Пўрсилдоқдаги бирламчи морфологик элемент:

- а) эпителий ичи пуфаги
- б) афта
- с) папула
- д) бўртма
- е) субэпителиал пуфак

4. Пўрсилдоқни даволашдаги энг самарали дори препаратлар:

- а) кортикостероидлар
- б) анаболиклар
- с) цитостатиклар
- д) антибиотиклар
- е) ферментлар

5. Пўрсилдоқнинг қиёсий ташхиси:

- a) пемфигоид
- b) дори аллергияси
- c) кўп шаклли экссудатив эритема
- d) сурункали герпес
- e) Венсан ярали-некротик стоматити

6. Қайси пўрсилдоқда оғиз бўшлиғи зарарланмайди?

- a) баргсимон
- b) себореяли
- c) вегетацияловчи
- d) вульгар
- e) тўғри жавоб йўқ

7. Пўрсилдоқда эпителийнинг цитостатик кўриниши:

- a) спангиоз, акантолиз
- b) паракератоз
- c) папилломатоз
- d) гиперкератоз
- e) балонизацияловчи дегенерация

8. Пўрсилдоқда қайси шифокор консультацияси ва давосини тавсия этиш мумкин?

- a) дерматолог
- b) онколог
- c) вирусолог
- d) гематолог
- e) гастроэнтеролог

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Никольский синамасини ўтқазиш (А – кўриниши.)

Мақсад: Беморларни ташхислашда Никольский синамасини ўтқазиш

Кўрсатма: Пўрсилдоқни ташхислаш усулини ўрганиш

Керакли жихозлар: Стоматологик кресло, стоматологик ускуна, стандарт стоматологик набор, анестетик восита, антисептик, пахта валиклари.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	Босқич ни бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўпла ган балл	Ўқитув чининг имзоси
1	Оғиз бўшлиғини кучсиз антисептик восита билан чайдириш.	0	20		
2	Шиллик пардада патологик сохасини аниқлаш.	0	20		
3	Патологик майдонга оғриқсизлантирувчи воситани 2-3 дақиқага суркаш.	0	20		
4	Патологик майдонда жойлашган оқарган эпителий четидан пинцет ёрдамида авайлаб кўтариш.	0	20		
5	Юқорида қилинган қадамга баҳо бериш.	0	20		
	Жами:	0	100		

Амалий кўникма: Никольский синамасини ўтқазиш (В – кўриниши.)

Мақсад: Беморларда пўрсилдоқни ташхислашда Никольский синамасини ўтқазиш

Кўрсатма: Пўрсилдоқни ташхислаш усулини ўрганиш

Керакли жихозлар: Стоматологик кресло, стоматологик ускуна, стандарт стоматологик асбоблар, анестетик восита, пахта валиклари.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	Босқични бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитувчининг имзоси
1	Оғиз бўшлиғини кучсиз антисептик восита билан чайдириш.	0	20		
2	Шиллиқ пардада патологик сохасни аниқлаш.	0	20		
3	Патологик майдонга оғриксизлантирувчи воситани 2-3 дақиқага суркаш.	0	20		
4	Оғиз шиллиқ пардасида жойлашган гинеркератозли майдондан узокрокда, ёки иккита пуфакча орасини пахта тампони билан ишқалаш.	0	20		
5	Ишқалаш натижасида хосил бўлган патологик ўзгаришга баҳо бериш.	0	20		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

1. Кассаллик этиопатогенези қандай?
2. Пўрсилдоқ таснифи.
3. Акантолитик пўрсилдоқ клиникаси.
4. Пўрсилдоқни ташхислаш усуллари.
5. Пўрсилдоқни лаборатор ташхислаш усуллари.
6. Пўрсилдоқни қиёсий ташхиси.
7. Пўрсилдоқни даволаш.
8. Пўрсилдоқни оқибати.

7 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Пемфигоид, клиникаси, ташхислаш ва даволаш.

II. Машгулот мақсади:

Талабаларни пемфигоид касаллиги билан таништириш, ташхислаш усулларини ўргатиш, пемфигоиднинг этиологик омиллари билан таништириш, клиник кўринишининг ўзига хос белгиларини аниқлашни ўргатиш, қиёсий ташхис ўтқазишни ўргатиш, даволаш усулини танлашни ўргатиш, пемфигоиднинг профилактикаси билан таништириш.

III. Машгулот режаси: пемфигоид касаллиги билан танишиш.

IV. Калит сўзлар: пемфигоид, ноакантолитик пўрсилдоқ

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Яхши сифатли ноакантолитик пўрсилдоқ субэпителиал пуфаклар пайдо бўлиши билан характерланади, бунда акантолитик хужайралар кўринмайди, Никольский симптоми манфий бўлади. Касаллик оқибатлари қониқарли.

Сурункали ноакантолитик пўрсилдоқ:

- кўпинча қарияларда учрайди;
- сурункали кечади;
- ОБШҚ, лабда таранг пуфаклар пайдо бўлади;
- пуфак қизарган ёки ўзгармаган, асосида ривожланади, узок вақт ёрилмайди;
- пуфаклар ёрилиб, эрозиялар чандиксиз битади;
- терида суюқлик сақлаган турли ўлчамдаги пуфаклар.

Шиллиқ-синехиал буллёз атрофияловчи дерматит (кўз пўрсилдоғи):

- қониқарли кечади;
- ОБШҚ ёки кўз шиллиқ қаватида намоён бўлади;
- чандикли битади;
- биринчи пуфаклар оғиз бўшлиғида пайдо бўлади;
- эрозиялар периферияси ғадир-будирсиз, катталашмайди;
- қонамайди, кам оғриқли;
- сурункали ринит, эзофагит, жинсий органлар атрофияси ривожланади;
- кўпинча 50 ёшдан ошган аёлларда учрайди.

Оғиз бўшлиғини яхши сифатли ноакантолитик пўрсилдоғи:

- беморнинг умумий ҳолати ўзгармайди;
- ОБШҚда таранг, майда, тиник ёки геморрагик суюқлик сақлаган пуфаклар;
- пуфаклар ёрилиб, кам оғриқли, тез битувчи эрозиялар пайдо бўлади;
- Никольский симптоми манфий;
- эрозиялар чандиксиз, атрофиясиз битади.

Чегарали фиксацияланган шакли – бунда тошмалар ҳар гал бир жойда пайдо бўлади.

Тарқалган шакли – пуфаклар ОБШҚнинг ҳар хил соҳасида пайдо бўлади, баъзи бир вақтда бир неча ёнма-ён пуфаклар ҳосил бўлади, улар ўрнида катта юзали, кам оғриқли эрозиялар пайдо бўлади. Пуфаклар қизариб шишган асосда жойлашади, катталашмайди, секин битади.

Фақат милкда жойлашган шакли – уни «климактерик» гингивит деб аташади.

Дюринг герпес шаклли дерматити:

- 10% беморларда ОБШҚ зарарланади;
- танглай ва лунжда жойлашади;
- эпителий остида жойлашган, гуруҳланган, таранг, тиник суюқлик сақлаган нўхатдек пуфаклар;
- пуфак атрофидаги шиллиқ қават қизариб шишган;
- 3-4 кундан сўнг пуфаклар ёрилади, қизил эрозиялар пайдо бўлади ва улар бирлашиб кетади;
- акантолиз аниқланмайди;
- кам оғриқли бўлади;
- Никольский симптоми манфий;

- оғиздаги эрозиялар 2-3 ҳафтагача бўлади;
- чандиксиз битади;
- йодга юқори сезгирлиги бўлади.

Даволаш. Пемфигоиднинг ҳамма турларида пўрсилдоқ каби бўлади:

- делагил 0,25 г кунига 2 маҳал;
- гамма-глобулин;
- поливитамиинлар;
- пресоцил;
- допсон.

Машгулотда кўлланиладиган янги педогогик технологиялар:

- 1.«Юмалок стол» номли иш уйинини ўтказиш
- 2.Органайзерлар тузиш(Концептуал жадвали,»Пирамида»)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. 60 ёшли бемор ОБШҚдаги милк, лунж, танглайда пуфак ва эрозиялар борлигига шикоят қилади. Эрозия бир оз оғриқли. Обьектив кўрикда: лунж ва танглай шиллиқ қаватида 0,5×0,5 см ли биттали пуфакчалар бор. Яна фиброз караш билан қопланган алоҳида эрозиялар бор. Гиперемияланган терида ва шишган соҳада қалин қопқоқли алоҳида пуфаклар бор.

- a) Ташхис қўйинг.
- b) Даволаш режасини тузинг.

2. Бемор оғзида пуфак ва эрозиялар борлиги сабабли мурожаат қилди. Обьектив кўрикда: танглай, ҳалқум ва лунж шиллиқ қаватида ҳар хил калибрдаги, ўзида шаффоф сақланмаси бор. Қопқоғи қалин, таранг пуфак кўринади. Бундан ташқари қириш йўли билан олинадиган оқ-кулранг карашлар билан қопланган эрозиялар кўринади. Кўз шиллиқ қаватида ҳам пуфаклар мавжуд. Терида тошмалар йўқ. Никольский симптоми манфий. Суртма-муҳрда акантолитик ҳужайралар йўқ.

- a) Ташхис қўйинг.
- b) Даволаш режасини тузинг.

3. Бемор Д. 45 ёшда. Танглай соҳасида оғриқлар билан шикоят қилади. Обьектив кўрикда: танглайда нўхатдай катталиқдаги, ичи шаффоф суюқлик билан тўлган, қалин қопқоғи бўлган бир неча гуруҳ эпителий ости пуфаклари кўринади. Тери ва бошқа шиллиқ қаватлар ўзгаришсиз.

Ташхис қўйинг.

4. 50 ёшли бемор поликлиникага Дюринг герпетик дерматити билан мурожаат қилди.

Даволаш режасини тузинг.

5. Бемор «кўз пўрсилдоғи» ташхиси билан мурожаат қилди.

Текширув режасини тузинг.

Тестлар

1. Пемфигоид тегишли:

- a) дерматозларга
 - b) рак олди жараёнига
 - c) авитаминозларга
 - d) инфекцион касалликларга
 - e) қон касалликларига
2. Пемфигоид учун характерли:
- a) Никольский симптоми манфий
 - b) «олма желеси» симптоми
 - c) пуфакли синама мусбат
 - d) зондли синама мусбат
 - e) серологик реакциялар мусбат
3. Пўрсилдоқда бирламчи морфологик элемент:
- a) эпителий ости пуфаги
 - b) афта
 - c) бляшка
 - d) папула
 - e) эпителий ичи пуфаги
4. Пемфигоидда суртма-муҳрда бўлмайди:
- a) тцанк хужайралари
 - b) Т-лимфоцитлар
 - c) В-лимфоцитлар
 - d) лейкоцитлар
 - e) фибробластлар
5. Пемфигоид прогнози:
- a) яхши
 - b) ёмон
 - c) аниқ эмас
 - d) тўлиқ тузалади
 - e) раққа ўтиб кетади
6. Пемфигоид кўпроқ учрайди:
- a) қарияларда
 - b) 1 ёшгача бўлган болаларда
 - c) 13-14 ёшли ўсмирларда
 - d) 25-40 ёшли кишиларда
 - e) мактабгача бўлган болаларда
7. Пемфигоидни даволашда ишлатилмайди:
- a) тетрациклин
 - b) гамма-глобулинлар
 - c) поливитаминлар
 - d) просатциль
 - e) допсон
8. Дюринг герпетик дерматити локализацияланади:
- a) танглай ва лунжда
 - b) тил ости соҳасида
 - c) лаб қизил хошиясида

- d) милкда
е) бодомсимон безларда

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий куникма :Суртма-босма олиш

Мақсад: ОБШК зарарланган соҳасига ташхислаш усулини ўрганиш

Курсатма: Беморларда ОБШК зарарланган соҳадан суртма-босма олиш

Керакли жихозлар: Стоматологик кресло, бормашина, стандарт стоматологик асбоблар, шиша буюм ойначаси, 96 градусли спирт,анестетик, егсизлантирилган ўчирғич, бўёқлар дори воситалари, пахта валиклари.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма босқичлари	Босқич ни бажара олмади	Барча босқич ларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитув чининг имзоси
1	Шиллиқ пардани зарарланган соҳасини аниқлаш	0	7		
2	Аппликацион оғриксизлантиришни ўтказиш (анестетикли гель билан)	0	7		
3	Шиллиқ пардани зарарланган соҳасини сўлакдан ажратиш	0	8		
4	Ўчирғични шиллиқ парда юзасига босиш йули билан суртма босма олиш.	0	10		
5	Егсизлантирилган буюм ойначасига ўчирғич суртмани босиш	0	8		
6	Хона хароратида куриштиш	0	15		
7	Спирт ердамида мухрлаш	0	15		
8	Шиша буюм ойначасини бўйлаш	0	15		
9	Микроскоп остида кўриш	0	15		
	Жами:		100		

Назорат саволлари:

1. Ноакантолитик пемфигоид этиологияси.
2. Пемфигоид таснифи.
3. Яхши сифатли пемфигоидни намоён бўлиши.
4. Кўз пурсилдоғини намоён бўлиши.
5. Дюринг герпетик шаклли дерматитини намоён бўлиши.
6. Пемфигоидни даволаш.
7. Касалликни оқибати.

8 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Қизил ясси темиртки, клиникаси, ташхислаш ва даволаш.

II. Машғулот мақсади:

Талабаларни қизил ясси темиртки касаллиги билан таништириш, ташхислаш усулини ўргатиш, этиологик омиллари билан таништириш, ўзига хос клиник белгиларини аниқлашни ўргатиш, қиёсий ташхис ўтказишни, даволаш усуллари ўргатиш, профилактика усуллари билан таништириш.

III. Машғулот режаси: қизил ясси темиртки касаллиги билан танишиш

IV. Калит сўзлар: қизил ясси темиртки, клиникаси

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Қизил ясси темиратки – тери ва ОБШҚда мугузланган папулалар пайдо бўлиши билан кечадиган сурункали касаллик. Кўпроқ 40-60 ёшдаги аёлларда учрайди. Фақат ОБШҚнинг зарарланиши нисбатан кўпроқ учрайди. Қизил ясси темиратки элементлари жинсий аъзолар, анал тешик, конъюнктива, қизилўнғач, ошқозон, уретра шиллиқ қаватларида ҳам учраши мумкин.

Этиологияси ноаниқ. Унинг невроген, токсико-аллергик, вирусли келиб чиқишга эгалиги тахмин қилинади. Қизил ясси темиратки ошқозон-ичак трактининг сурункали касалликлари, қандли диабет, ҳафакон касаллиги, неврозлар, иммун система бузилишлари фонида кечиши мумкун. Турли шикастланишлар: тишларнинг ўткир қирралари, сифатсиз протезлар, гальванизм, протез пластмассасига аллергия кабилар ҳам маълум мойиллик туғдиради.

Зарарланишнинг морфологик элементлари – диаметри 2 мм гача бўлган юмалоқ ёки думалоқ полигонал шаклли мугузланган папула. Терида папулалар одатда ясси, мумсимон ялтироқ, пушти-кўкимтир тусда бўлади. ОБШҚда эса улар эпителий мацерацияси ва доимий шохланиш натижасида оқиш-кулранг тусга киради. Папулалар кўшилиб кетиб жимжимадор тур, баъзан чизик ва ҳалқаларни ҳосил қилади. ОБШҚда одатда катта озиқ тишларга яқин лунж ва ўтувчи бурмада, тилнинг ён ва орқа соҳаларида жойлашади. Камроқ лаблар, милк, танглай, оғиз туби ҳам зарарланиши мумкин. 1% ҳолларда малигнизация рўй бериши мумкин. Қизил ясси темираткининг эрозив ярали шаклини қандли диабет ва ҳафакон касаллиги билан кечиши Гриншпун синдроми дейилади.

Касалликнинг беш хил шакли ажратилади:

1. типик (оддий);
2. экссудатив-гиперемик;
3. эрозив-ярали;
4. буллёз;
5. гиперкератотик.

Оддий шакли – кўриниши ўзгармаган ОБШҚда папулалар ҳосил бўлиб, улар ачишиш, тортишиш, қуруқлик ва ғадиб-будирлик каби ҳисларни қақиради. Лекин кўпинча оддий шакли симптомсиз кечади.

Экссудатив-гиперемик шакли – папулалар ёрқин қизил тусдаги яллиғланган ОБШҚда жойлашади. Беморлар (айниқса аччиқ таом истеъмол қилганда) оғриққа шикоят қиладилар. Яллиғланиш кучли бўлганда папулалар чегаралари ноаниқ бўлиб қолади.

Эрозив-ярали шакли – бунда фибриноз караш билан қопланган эрозиялар, камроқ яралар ҳосил бўлади. Яллиғланиш жараёни кучли бўлиб, атрофида қизил ясси темираткига хос суърат пайдо бўлади. Эрозиялар жуда оғрикли, тез қонайди ва инфекцияга мойил бўлади. Эрозия ва яралар секинлик билан битади ва юзаки чандиқлар қолдиради.

Буллёз шакли – кам учрайди. Бунда одатдаги оқиш папулалар билан бир қаторда диаметри 1-10 мм гача бўлган пуфакчалар ҳам пайдо бўлади. Пуфакчалар сероз ёки геморрагик суюқлик билан тўлган бўлиб, тезда ёрилади.

Пуфакчалар ўрнида қолган эрозиялар тезда эпителизацияланади, бу жиҳати билан эрозив-яралли шаклидан фарқланади.

Гиперкератотик шакли – кам учрайди. Папулалар қўшилиб кетиб, йирик пиллакчалар ҳосил қилади. Уларнинг чегаралари аниқ бўлиб, ОБШҚдан кўтарилиб туради, пиллакчалар атрофида типик папулалар жойлашиши мумкин.

Қизил ясси темирлатки йиллар давомида кечиб бир шакли бошқа шаклига ўтиши мумкин.

Гистологик текширганда гипер- ва паракератоз, акантоз, шиш, яллиғланиш инфильтрати бўлади. Эрозив-яралли шаклида гипер- ва паракератоздан ташқари эпителийнинг яллиғланиши ва деструкцияси, хусусий шиллик қаватда геморрагиялар кузатилиши мумкин.

Ташхис. Типик ҳолларда ва элементларнинг терида ҳам учраганида ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди.

Лаборатор текширувлар. Вуд нурларида сарғиш-оқ тусдаги эрозиялар тўқ жигарранг тусда товланади.

Солиштирма ташхис. Лейкоплакия, кандидоз, қизил югурук, захм папулалари, сурункали травма ва Боуен касаллиги билан ўтказилади.

Даволаш. Оғиз бўшлиғи санация қилинади, оғиздаги шикастловчи омиллар (пломба қирралари, сифатсиз протезлар, амальгамали пломбалар) бартараф этилади, пархез ва оғиз бўшлиғи гигиенасини сақлаш тавсия этилади.

Касалликнинг ҳамма шаклларида седатив воситалар, транквилизаторлар буюрилади.

Оддий ва экссудатив-гиперемик шаклларида витамин А (ретинол ацетатнинг ёғдаги 3,44% ёки ретинол пальмитатнинг ёғдаги 5,5% ли эритмаси) кунига 3 маҳал овқат билан бирга 10 томчидан қабул қилиш буюрилади. 1,5-2 ой қабул қилинган, 2 ой танаффус қилинади. Бир вақтнинг ўзида витамин А маҳаллий аппликация ҳолида ва никотин кислота, витамин В гуруҳ препаратлари буюрилади.

Экссудатив-гиперемик ва эрозив-яралли шаклларида зарарланиш ўчоқларига 1% ли никотин кислота 1 мл ва 1% – 1 мл тримекаин инъекция қилинади, жами 15-20 та. Тигозан кунига 10 мг дан 3 марта овқат вақтида сут билан бирга қабул қилинади. 2-4 ҳафтадан сўнг яхши қабул қилинса доза 25 мг гача оширилади, умумий курс 6-8 ҳафтани ташкил қилади.

Эрозив-яралли шаклида хонсурид кунига 2-3 марта аппликация ёки 1 мл дан зарарланиш соҳасига (0,1 гр 10 мл 0,5 % новокаинда эритилиб) инъекция қилинади.

Маҳаллий даволаш: ромашка, 0,02% фурацилин эритмаси билан чайилиб, витамин А, Е дан аппликациялар қилинади: «Солкосерил», «Актовегин», кортикостероидли 1% дибунол, малҳамлари суртилади.

Хавфли турига ўтишини инобатга олиб албатта гистология қилиш зарур. Айрим ҳолларда криодеструкция қилиш ҳам мумкин.

Машгулотда қўлланиладиган янги педогогик технологиялар:

- 1.«Юмалок стол» номли иш уйинини ўтказиш
- 2.Органайзерлар тузиш (Концептуал жадвал,Пирамида)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. 40 ёшли бемор ўнг лунж шиллиқ қаватида торитилиш ва ғадир-будирлик сезгиси борлигига шикоят қилади. Об'ектив кўрикда: лунж ва тилнинг моляр тишлар соҳасидаги ён шиллиқ қаватда оқимтир участкалар бор. Улар шиллиқ қаватдан кўтарилиб турибди ва нақшни эслатади. 765| тишлар соҳасида қирралари ўткир.

- a) Ташхис қўйинг.
- b) Даво режасини тузинг.

2. 52 ёшли бемор оғзида металл мазаси келишига шикоят қилади. Оғиз ичига қаралганда ҳар хил металллардан протезлар борлиги аниқланади. Тишлар жипслашиш чизиғида давоси тугатилмаган папулалар кўринади.

- a) Ташхис қўйинг.
- b) Даво режасини тузинг.

3. 45 ёшли бемор тишларини протезлагандан сўнг лунж соҳасидаги тортилишга шикоят қилади. Оғиз ичига қаралганда тишларни бирлашиш чизиғида лунж шиллиқ қавати гиперемияланган, шишган, яримойсимон эрозиялар мавжуд. Улар атрофида оқимтир шаффоф папулалар кўринади.

- a) Ташхис қўйинг.
- b) Даво режасини тузинг.

4. 50 ёшли бемор қизил ясси темираткининг эрозив-яралли шакли билан мурожаат қилди.

Даволаш режасини тузинг.

5. 43 ёшли бемор қизил ясси темираткининг типик шакли билан мурожаат қилди.

Даволаш режасини тузинг.

Тестлар

1. Қизил ясси темираткида асосий морфологик элемент:
 - a) доғ
 - b) пуфакча
 - c) эрозия
 - d) тугунча
 - e) шохланган папула
2. Қизил ясси темираткининг қайси шаклида пуфак ҳосил бўлади?
 - a) буллёз
 - b) типик
 - c) эрозив-яралли
 - d) экссудатив-гиперемик
 - e) гиперкератотик
3. Гиперкератоз натижасида ҳосил бўлади:
 - a) бляшкалар
 - b) тангалар

- c) ёриклар
- d) қатқалоклар
- e) доғлар

4. Қизил ясси темиратки кўпроқ учрайди:
 - a) 40-60 ёшли аёлларда
 - b) кичик ёшдаги болаларда
 - c) 20 ёшдаги эркакларда
 - d) ўсмирларда
 - e) ҳамма жавоблар тўғри
5. Қизил ясси темираткида намоён булади:
 - a) шохланишни кучайиши
 - b) умумий ҳолсизлик
 - c) овқат еганда оғриқ пайдо бўлиши
 - d) ҳарорат кўтарилиши
 - e) қўшни майдонларга зарарланиш элементларини тарқалиши
6. Қизил ясси темираткининг қайси шаклида яллиғланишни яққол клиник манзараси кузатилади?
 - a) экссудатив-гиперемик
 - b) типик
 - c) буллёз
 - d) гиперкератотик
 - e) эрозив-яралли
7. Қизил ясси темираткининг типик шаклини маҳаллий давосида ишлатилмайди:
 - a) декамин
 - b) аскал
 - c) ременал ацетатнинг ёғдаги эритмаси
 - d) кератолин
 - e) кортикостероидлар
8. Қизил ясси темираткининг оғир кечадиган ва қийин даволанадиган шакли?
 - a) эрозив-яралли
 - b) типик
 - c) экссудатив-гиперемик
 - d) гиперкератотик
 - e) буллёз

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Қизил ясси темираткида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига маҳаллий ишлов бериш

Мақсад: Қизил ясси темираткида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига маҳаллий ишлов беришни

Кўрсатма: ҚЯТ ОБШҚ маҳаллий ишлов бериш

Керакли жихозлар: Стоматологик кресло, стоматологик ускуна, стандарт стоматологик набор, пахта валиклари, анестетик-2% лидокаин эр-си, антисептиклар- гексорал 0,2% эр-си, корсадил 0,2% эр-си, 0,5-1% водород пероксид эр-си, фермент-лизоцим 0,05%, кортикостероид - 0,5% Преднизолон малхами, локоид, кератопластиклар -Ретинол ацетат 3,4% мойли эр-си, каротелин

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий куникма	Босқични бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитувчининг имзоси
1	Оғиздаги шикастловчи омилларни (пломба кирралари, сифатсиз протезлар, амальгамали пломбалар, гальваноз) бартараф этиш	0	10		
2	2% лидокаин эр-си билан оғиз бўшлиғини маҳаллий аппликацион оғриксизлантириш	0	10		
3	0,05% лизоцим ферменти билан ишлов бериш	0	20		
4.	Антисептиклар-(гексорал 0,2% эр-си, корсадил 0,2% эр-си, 0,5-1% водород пероксид эр-си) билан ишлов бериш		20		
5.	Кортикостероид малхамлар (0,5% преднизолон малхами, локоид) суртиш	0	20		
6.	Кератопластикларни (Ретинол ацетат 3,4% мойли эр-си, каротолон) қўллаш	0	20		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

1. Қизил ясси темирлатки этиологияси.
2. Қизил ясси темирлатки шакллари.
3. Қизил ясси темирлатки турли шаклларининг клиникаси.
4. Қизил ясси темирлаткида қўшимча текшириш усуллари.
5. Қизил ясси темирлаткини умумий даволаш.
6. Қизил ясси темирлаткини маҳаллий даволаш.
7. Касалликнинг профилактикаси.

9 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Қизил югурукда ОБШҚдаги ўзгаришлар.

II. Машгулот мақсади:

— қизил югурукнинг этиологик омиллари билан таништириш; таққосий ташхис ўтказишни ўргатиш; даволаш усулини тўғри танлашни ўргатиш; профилактика усуллари билан таништириш.

III. Машгулот режаси: қизил югурук касаллиги билан танишиш

IV. Калит сўзлар: қизил югурукни утқир ва сурункали шакллари

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Қизил югурукнинг 2 хил шакли фарқланади:

- сурункали;
- ўтқир.

Иккала шаклида ҳам лаб қизил хошияси ва ОБШҚ зарарланади.

20 дан 40 ёшгача бўлган, кўпинча аёлларда кузатилади.

Этиологияси ва патогенези: ревматик ва аутоиммун касаллик.

Сабабчи омиллар: куюш нурига, совуқ ҳароратга, сурункали инфекция ўчоқларига аллергия.

Сурункали қизил югурук – юз терисида эритема (капалак шаклида), сўнг гиперкератоз, ўртасида атрофия кузатилади.

Лаб қизил хошиясида сурункали қизил югурукнинг 4 та тури кечади:

- оддий;
- клиник атрофияси аниқ намоён бўлмаган;
- эрозив-яралли;
- чуқур.

Оддий тури – бунда гиперемия, гиперкератоз ва атрофия кузатилади.

Клиник атрофияси аниқ намоён бўлмаган тури – бунда диффуз, турғун гиперемия, гемангиоэктазиялар ва қипикланиш кузатилади.

Эрозив-яралли тури – бунда яллиғланиш, шиш, эрозиялар, ёриқлар, қонли қатқалоқлар кузатилади.

Чуқур тури – бунда тугунчасимон ҳосила, юзасида эритема ва гиперкератоз кузатилади.

ОБШҚда сурункали қизил югурукнинг 3 та тури кечади:

- оддий;
- экссудатив-гиперемик;
- эрозив-яралли.

Оддий тури – бунда турғун қизариш, инфильтрация, гиперкератоз.

Экссудатив-гиперемик тури – бунда кучли яллиғланиш натижасида гиперкератоз ва атрофия унча намоён бўлмайди.

Эрозив-яралли тури – оғриқли эрозия ва яралар атрофида оқ чизиклар. Битганда чандик ва атрофия қолади. Бу тури факультатив саратон олди жараён ҳисобланади.

Гистологик кўриниши: паракератоз, гиперкератоз, акантоз, атрофия. Базал қаватда – вакуол дегенерация, ҳусусий қаватда – лимфоид плазма ҳужайрали инфильтрат.

Эрозив-яралли турида – эпителий дефекти, шиш ва яллиғланиш кузатилади.

Ташхисда кўшимча усуллар (гистологик, люминесцент, РИФ) қўлланилади.

Вуд нурлари лаб қизил хошиясида – оқиш-ҳаворанг, ОБШҚда – оқ ёки хира-оқ ранг билан товланади.

Солиштирма ташхис ОБШҚда қизил ясси темирлатки, лейкоплакия билан, лаб қизил хошиясида актиник ва Манганотти хейлити билан ўтказилади.

Даволаш. Умумий: преднизалон (10-15 мг), триамцинолон (8-12 мг), дексаметазон (1,5-2,0 мг), плаквенил, делагил, витаминлар В₁, В₁₂, никотин ва аскорбин кислоталари қўлланилади.

Маҳаллий: хингамин эритмаси яллиғланишдан сўнг зарарланган соҳаларга, кортикостероид малҳамлар «Флюцинар», «Синалар», эрозив-яралли турида – Оксикорт, Локакортен препаратлари қўлланилади.

Ўткир қизил югурук – бунда танглай, лунж, милк шиллик қавати шишади, қизаради, геморрагик доғлар ва пуфаклар пайдо бўлади, сўнг эрозияларга айланади, фибрин қараш билан қопланади. Қасаллик оғир кечиби,

бошқа тизимларни зарарлайди. Даволаш стационарда ўтказилади, асосан глюкокортикоидлар қўлланилади.

Машгулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

- 1.«Ўргимчак ини» иш ўйини
- 2.Органайзерлар тузиш (Кластер, “Балиқ скелети”)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. 40 ёшли бемор, курувчи бўлиб ишлайди, юз терисида ва лаб қизил хошиясида доғлар, тангачалар борлигига, ачишиш ва оғриққа шикоят қилади. Объектив кўрикда: юз ва бурун терисида яраланган эпителиоз доғлар кузатилади. Лаб қизил хошиясида эритематоз доғлар, эрозиялар ва атрофия ўчоқлари аниқланади. Вуд нурлари оқиш-ҳаворанг бўлиб товланади.

Ташхис қўйинг.

2. 35 ёшли бемор аёлда дастлабки ташхис: лаб қизил хошияси «қизил югуруги».

Якуний ташхис қўйиш учун қайси қўшимча усуллардан фойдаланиш мумкин?

Тестлар

1. Қизил югурукда морфологик элементлар:
 - а) ҳамма жавоблар тўғри
 - б) эритема
 - в) гиперкератоз
 - д) атрофия
 - е) эрозия
2. Қизил югурукни лаб қизил хошиясида клиник шакллари:
 - а) ҳамма жавоблар тўғри
 - б) оддий
 - в) клиник атрофияси аниқ намоён бўлмаган
 - д) эрозив-яралли
 - е) чуқур
3. Патогистологик қизил югурукда кузатилади:
 - а) ҳамма жавоблар тўғри
 - б) гиперкератоз
 - в) акантоз
 - д) атрофия
 - е) паракератоз
4. Қизил югурукдаги гиперкератоз ўчоқлари Вуд нурларида товланади:
 - а) оқ-ҳаворанг
 - б) тўқ жигарранг
 - в) сарғиш жигарранг
 - д) бинафшаранг
 - е) пушти ранг
5. Қизил югурукнинг ОБШҚда кечувчи шакли:

- a) оддий
- b) буллёз
- c) гиперкератотик
- d) веррукоз
- e) ясси

6. Сурункали қизил югурук қайси касаллик билан қиёсий ташхисланмайди?

- a) герпетик стоматит
- b) қизил ясси темиртки
- c) лейкоплакия
- d) актиник хейлит
- e) Манганотти хейлити

7. Қизил югурукни даволашда қўлланилмайдиган малҳам:

- a) оксалин
- b) флюцинар
- c) синалар
- d) оксикорт
- e) локакортен

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Қизил югурукда оғиз бўшлиғи шиллик қаватига маҳаллий ишлов бериш

Мақсад: Қизил югурукда оғиз бўшлиғи шиллик қаватига маҳаллий ишлов беришни ўргатиш.

Кўрсатма: Қизил югурукда ОБШҚ маҳаллий ишлов бериш

Керакли жихозлар: Стоматологик кресло, стоматологик ускуна, стандарт стоматологик набор, пахта валиклари, анестетик-2% лидокаин эр-си, антисептиklar- 0,5-1% водород пероксид эр-си, 0,06% хлоргексидин эр-си, фермент-лизоцим 0,05%, кортикостероид - 0,5% Преднизолон малхами, кератопластиклар -Ретинол ацетат 3,4% мойли эр-си, каротоллин, солкосерил дентал адгезив пастаси.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий куникма	Босқични бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитувчининг имзоси
1	2% лидокаин эр-си билан оғиз бўшлиғини маҳаллий оғриксизлантириш	0	20		
2	0,5-1% водород пероксид эр-си, 0,06% хлоргексидин эр-си, билан антисептик ишлов бериш	0	20		
3	0,05% лизоцим ферменти билан ишлов бериш	0	20		
4	Кортикостероид(0,5% преднизолон малхами) суртиш	0	20		
5	Кератопластикларни (Ретинол ацетат 3,4% мойли эр-си, каротоллин, солкосерил дентал адгезив пастаси) суртиш	0	20		
	Жами:	0	100		

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Қизил югурик қайси касалликлар гурухига киради.
2. Қизил югурик этиологияси.
3. Қизил югурикнинг клиник белгилари.
4. Қизил югурик таккосий ташхиси.
5. Қизил югурик давоси.
6. Қизил югурик профилактикаси.

10 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: *Тил ривожланишидаги аномалиялар, клиникаси, ташхислаш ва даволаш.*

II. Машғулот мақсади:

талабаларни тил ривожланишидаги аномалиялар этиологик омиллари билан таништириш; ташхислаш усулларини ўргатиш; клиник кўринишини ўзига хос белгиларини аниқлашни ўргатиш; қиёсий ташхис ўтказишни ўргатиш; даволаш усулини профилактика усуллари билан таништириш.

III. Машғулот режаси: тил ривожидagi аномалиялар билан танишиш.

IV. Калим сўзлар: тил ривожланишидаги аномалиялар : бурмали тил, ромбсимон тил

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Ромбсимон глоссит

Этиологияси. Ривожланиш аномалияси – тил танасида қон айланиши пасайиб кетиши, бунинг сабаби кандида замбуруғи бўлиши мумкин. Бу чекувчи эркакларда, алкоголь истеъмол қилувчиларда учрайди.

Тилнинг ўрта чизиғи бўйлаб ромбсимон овал шаклдаги ўчоқ аниқланади. Кўпинча ўчоқ битта, яхши чегараланмаган, оч пушти рангда, бироз силлиқлашган, бу ипсимон сўрғичлар бўлмаслигидан келиб чиқади. Ўсмасимон кўринишда бўлиши мумкин. Ўчоқнинг марказий юзаси мугузланган, камдан-кам ҳолларда эрозияланади, беморнинг умумий аҳволи қониқарли.

Шикоятлари. Симптомсиз кечиши мумкин, айрим ҳолларда зарарланган жойлари ачишиб, қичишади. Доривор моддалар – калий перманганат, водород пероксиди, хлорамин, озик-овқат маҳсулотларига қўшилувчи бўёқлардан келиб чикувчи ўхшаш ҳолатлардан ажратилади.

Қиёсий ташхис. Ясси шаклли бошқа этиологияли десквамациядан, папилломатоз шакли билан, ўсмалар билан ва специфик яллиғланиш жарёни билан таққосланади.

Даволаш. Оғиз бўшлиғи санацияси, чекишни ташлаш. Кандида замбуруғи аниқланганда замбуруғга қарши даво ўтказилади. Папилломатоз шаклида криодеструкция ёки жаррохлик усули қўлланилади.

Профилактика. Оғиз бўшлиғи гигиенасини нормаллаштириш, оғиз бўшлиғини санация қилиш, чекишни ман этиш.

Бурмали тил

Ривожланиш аномалияси, эрта ёшда учрайди.

Клиник кўриниши: тил танаси ва ён қисмида чуқур бурмали эгатлар мавжуд. Бурманинг туби ва ён юзалари ипсимон сўрғичлар билан қопланган. Тил юмшоқ, катталашган. Кўпинча Мелькерсон-Розанталь синдроми, Даун

касаллиги, ангиологик эктодермал дисплазиялар симптомлари кўринишида учрайди.

Шикоятлари бўлмайди. Оғиз бўшлиғига яхши қаралмаганда, сўлак ажралиши пасайганда, тил бурмаларида овқат қолдиқлари, микрофлора кириб қолади. Бу яллиғланиш жараёнига олиб келади ва кейинчалик ачишиб, оғриқ пайдо бўлади.

Даволаш. Маҳаллий симптоматик даво ўтказилади. Оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш, ўз вақтида санация қилиш, беморларга тилни ва тишларни тўғри тозалашни ўргатиш керак.

Десквматив глоссит.

Этиологияси номаълум. Касалликни қўзғатувчиси аниқланмаган. Коллагеноз касалликлар, себореяли дерматоз ва бошқа тизимли касалликларга чалинган беморларда десквматив глоссит соғлом инсонларга нисбатан кўпроқ учрайди. Десквматив глоссит туғма хусусиятга эга бўлган касаллик хисобланади.

Клиникаси. Тилни эпителиясида бир неча миллиметр диаметрли хиралашган ва оқиш-кулранг биров кўтарилиб турган ўчоқ ҳосил бўлиши билан десквматив жараён бошланади. Ўчоқнинг ўртасида мугузланган ипсимон сўрғичлар кўчади, натижада тўқ пушти рангли силлиқ юза кўриниб қолади.

Машгулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. «Ўргимчак ини» иш ўйини
2. Органайзерлар тузиш (Кластер, “Балиқ скелети”)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

27 ёшли бемор тилида оғриқ пайдо бўлганига, овқатланганда оғриқ кучайишига шикоят қилади. Анамнезидан узок вақт ошқозон-ичак касаллиги борлиги аниқланди. Объектив кўрикда: тил юзасида 0,5 см ўлчамдаги қизил рангли доғлар, чегарасида эса оқиш-сарик мугузланган чизиклар аниқланади.

Ташхис қўйинг.

Тестлар

1. Бурмали тилга хос:
 - а) эгатлар ва бурмалар
 - б) сўрғичлар гипертрофияси
 - в) сўрғичлар дистрофияси
 - д) силлиқ ялтироқ юза
 - е) папилломатоз ўсмалар
2. Бурмали тилда қайси синдром симптоми кузатилади:
 - а) Мелькерсон-Розенталь
 - б) Бехчет
 - в) Стивенсон-Джонсон
 - д) Иценго-Кушинг
 - е) Лайл
3. Ромбсимон глоссит турлари
 - а) ясси, папилломатоз

- b) ясси, эрозив-ярали
- c) буллёз, гиперкератоз
- d) экссудатив-гиперемик
- e) буллёз, атипик

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Қора “сочли” тилни маҳаллий даволаш

Мақсад: Қора “сочли” тилга маҳаллий ишлов бериш

Кўрсатма: Қора “сочли” тилга ОБШҚ маҳаллий ишлов бериш

Керакли жихозлар: Стоматологик кресло, стоматологик ускуна, стандарт стоматологик набор, пахта валиклари, антисептиклар- 0,5-1% водород пероксид эр-си, 0,06% хлоргексидин эр-си, кератолитик воситалар: 5-10% салицил спирти, 5% резорцин эр-си, ўсмага қарши препарат: Третиноин

Амалий куникма: **Қора “сочли” тилни маҳаллий даволаш.**

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

№	Қадамлар	Бажарм ади (0 балл)	Тўла бажарди (100 балл)
1.	Оғиз бўшлиғини санация қилиш (тиш ва карашларни тозалаш, сифатсиз пломбаларни алмаштириш ва х.к.)		20
2.	Антисептиклар- (0,5-1% водород пероксид, 0,06% хлоргексидин) билан оғиз ванночкалари қилиш		20
3.	Кератолитик воситаларни (5-10% салицил спирти, 5% резорцин) тилни устки қисмига суртиш		20
4.	Ўсмага қарши препарат: Третиноини қора “сочли” тил юзасига аппликация қилиш		20
5.	Гиперплазияга учраган ипсимон сўрғичларни механик тозалаш		20
	Жами	0	100

1. Ромбсимон глоссит этиологияси, шакллари ва даволаш.
2. Бурмали тилнинг этиологияси, шакллари ва даволаш.
3. Тилнинг қайси ҳолатлари беморни безовта қилмайди.
4. Қора “сочли” тил ҳосил бўлиш омиллари.
5. Қора “сочли” тилни қиесий ташхиси.

11 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: Хейлитлар (эксфолиатив, атипик, метеорологик, glandуляр), клиникаси, ташхислаш ва даволаш.

II. Машғулот мақсади:

— талабаларни хейлиталарни этиологик омиллари билан таништириш; ташхислаш усулларини ўргатиш; клиник кўринишини ўзига хос белгиларини аниқлашни ўргатиш; қиёсий ташхис ўтказишни ўргатиш; даволаш усулини тўғри танлашни ўргатиш; хейлитларнинг профилактика усуллари билан таништириш.

III. Машғулот режаси: Хейлитлар билан танишиш.

IV. Калит сўзлар: эксфолиатив, атипик, метеорологик, glandуляр хейлитлар

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Эксфолиатив хейлит

Эксфолиатив хейлит 2 шаклда кечади:

- 1) курук;
- 2) экссудатив.

Бу сурункали, узоқ давом этувчи ва қийин даволанувчи касалликдир. 20-40 ёшли аёлларда кўпроқ учрайди. Касаллик иккала лабда, айрим ҳолларда эса фақат пастки лабда кечиши мумкин.

Курук шакли. Этиологияси охиригача аниқланмаган, нейроген, психоэмоционал, иммунологик омиллар ва қалқонсимон бездаги ўзгаришлар касалликнинг сабабчиси бўлиши мумкин.

Клиникаси. Асосан лаб қизил хошиясида жойлашади. Жароҳат лабнинг бир бурчагидан иккинчи бурчагига чизиксимон тарзда ва шиллиқ қаватнинг ўтувчи бурмасида, лаб қизил хошиясининг ўртасида жойлашади. Клейн зонаси – лаб қизил хошиясининг тери қисми ва оғиз бўшлиғининг бурчаги жароҳатсиз қолади, жараён ҳеч қачон терига ўтмайди.

Объектив кўриқда. қизарган курук ўзак асосида ингичка тангачалар бўлиб, ўрта қисми билан лабда жойлашган, четлари кўтарилган бўлади. Куч билан кўчирилганда юзасида яра бўлмайди.

Қиёсий ташхис. Метеорологик, атопик ва контакт аллергик хейлитлардан фарқланади.

Экссудатив шакли. Клейн зонасида кулранг-сарғишсимон, жигарранг тангачалар ҳосил бўлади. Тангачалар жароҳатни беркитиб туради. Баъзан лабда фартуксимон тарзда осилиб туради, бироқ тегиб турувчи чизик жароҳатсиз қолади. Лаблар қизариб, шилиниб қолади, доимо ҳосил бўлаётган пўстлоқлар 2-3 кундан кейин йўқолади, улар лаб билан қаттиқ жипслашган бўлади. Бунда қизил қонамайдиган текислик кўринади. Беморни безовта қилаётган оғриқ туфайли овқат қабул қилиш қийинлашади.

Қиёсий ташхис. Экссудатив хейлитни ажратиш учун унинг жойлашиши ва типик кўринишини билиш керак.

а) экзематоз хейлитда тошма элементларининг полиморфизми кузатилади, бу ҳол экссудатив хейлитда бўлмайди.

б) актиник хейлитда жараён метеорологик омиллар таъсирида кучаяди, эксфолиатив хейлитда эса жараён узоқ вақт бир кўринишда туради.

с) қизил ясси темираткининг эрозив-яралли шаклида лабдан ташқари ОБШҚда ҳам ўзига хос «жимжимадор» расмли тошмаларни кўриш мумкин.

д) қизил югурукнинг эрозив-яралли шаклида лаб хошиясида тўқ қизил гиперемия, қон томирлар кенгайган соҳалар, эрозия ва яраларга айланиши мумкин бўлган соҳалар кузатилади. Атрофидаги тери тангачалар билан қопланади, гиперкератоз учоқлари бўлади. Вуд лампаси билан нурлантирилганда оқиш-ҳаворанг тусда товланади.

Патогистологик. Акантоз, пара- ва гиперкератоз кузатилади. Тиканаксимон қаватда кўп миқдорда оч хужайралар борлиги характерли бўлади.

Даволаш. Куруқ ва экссудатив шаклида турли транквилизаторлар: феназепам $0,0005 \times 3$ маҳал кунига, сибазон (седуксен, реланиум) $0,005 \times 3$ маҳал кунига; нейролептиклар: тиоридазин (меллерил, сонапакс) $0,01 \times 3$ маҳал кунига; антидепрессантлар (амитриптидин, мелипрамин) $0,025 \times 2$ маҳал кунига.

Куруқ шаклида лабга маҳаллий «Восторг», «Спермацетовый» кремлар ва гигиеник лаб помадаси суртилади.

Экссудатив шаклида:

- 1) Букки нурлари 2 гр 1 ҳафтада 2 маротаба, дозаси 16-30 гр;
- 2) Пирогенал, мушак ичига 50 МПД дан бошлаб, 1500 МПД гача;
- 3) Рефлексотерапия;
- 4) Гипнозотерапия.

Актиник хейлит

1923 йили Аурес (Ayres) қуёш нурларининг узоқ муддат таъсири натижасида лабда бўладиган ўзгаришларни актиник хейлит деб атади.

20-60 ёшдаги эркакларда кўпроқ учрайди.

Узоқ муддат таъсир этган қуёш нурлари, айниқса метеорологик омиллар (шамол, совуқ, ёмғир, очик ҳавода ишлаш) таъсирида лаб қизил хошиясида турғун яллиғланиш жараёни кузатилади. Актиник хейлит фотодерматозларни бир симптоми ҳисобланиб, ультрабинафша нурларига ўта сезувчанлик оқибатида келиб чиқади. Актиник хейлитнинг ўзига хос хусусиятлари шундан иборатки, у баҳор ва ёз фаслида қуёш нурлари таъсирида авж олиб, қиш ва куз фаслида камаяди ёки бутунлай йўқолиб кетади.

Унинг экзематоз ва ксероз шакллари фарқ қилинади. Экзематоз ёки экссудатив шакли лабда (айниқса пастки лабда) ўткир яллиғланиш: шиш, қизариш, пуфакчалар, яралар ва қонли пўстлоқлар пайдо бўлиши каби симптомлар билан кечади.

Ксероз ёки куруқ шаклида лабнинг қизил хошияси аланга қизил рангида, юзаси куруқ оқиш-кулранг тангачалар билан қопланган бўлади, улар тушиб кетгач, ўрнида қонаб турувчи юзалар қорайиб туради, кейинчалик қизил хошияси куруқ, нотекис, енгил жароҳатланувчи, ачишиб ва оғриб турадиган бўлиб қолади.

Даволаш самарадорлиги ультрабинафша нурлари таъсирини қанчалик чегаралашга боғлиқ. Перорал йўл билан:

- 1) безгакка қарши воситалар: делигил, хлорохин $0,25 \times 2$ марта 2-3 ҳафта давомида;
- 2) никотин кислота, пиродоксин, рибофлавин кабилар буюрилади.

Маҳаллий: кортикостероид «Флюцинар», «Локакартен», «Лоринден» суртмалари, кўчага чиқишдан олдин қуёш нурларидан сақловчи воситалар суртилади.

Метеорологик хейлит

Метеорологик омиллар доимо таъсир этиб турадиган шахсларда метеорологик хейлит кузатилиши мумкин, у факультатив саратон олди ҳолати ҳисобланиб, лабларда турғун гиперемия, енгил гиперкератоз ва пўстлоқлар ҳосил бўлиши билан кечади.

Гистологияси. Базал мембрана ва эластик толаларнинг ўзгариши, эпителийнинг бир оз шохланиши ва диффуз нотекис гиперплазияси кузатилади.

Касаллик малигнизацияга, кўпроқ эса облигат саратон олди касалликларига олиб келиши мумкин.

Даволаш. Метеорологик хейлитни даволашда зарарли омиллар таъсиридан холи бўлиш, фото-химоя ва кортикостероид суртмалардан фойдаланиш самара беради. Даволаш актиник хейлитдай олиб борилади.

Гландуляр хейлит

Гландуляр хейлит лаб қизил хошиясидаги сўлак безларининг гиперплазияси, гиперфункцияси ва гиперотропияси туфайли келиб чиқади.

Оддий, бирламчи ва иккиламчи glandуляр хейлит фарқланади. Оддий glandуляр хейлит этиологиясида энг аҳамиятга эга бўлган нарса бу наслдан-наслга ўтадиган пастки лаб кичик сўлак безларининг гиперплазияси, гипертрофияси оритқча секрецияси билан кечадиган аномалиясидир.

Иккиламчи glandуляр хейлитни ривожланиши асосида лейкоплакия, қизил югурук ва бошқа сабаблар туфайли юзага келадиган яллиғланиш инфильтрати томонидан сўлак чиқариш аппарати таъсирланиши ётади. Шу таъсирланиш натижасида сўлак безларининг гиперплазияси, секрецияси ортиши, лабнинг шилиниши ва инфекцияланиши ривожланади.

Клиникаси. Бу касаллик эркакларда 2 баробар кўп учрайди. 50-60 ёшда кузатилади. Пастки лаб юқоридагига қараганда 2 баробар кўпроқ зарарланади. Касаллик бошланишида оддий glandуляр хейлитда озгина лабларнинг қирилиши ва қипиқланиши кузатилади. Кейинчалик эрозия ва ёриқлар туфайли оғриқ пайдо бўлади. Лаб шиллиқ қаватида қизил нуқталар кўринишидаги сўлак безлари чиқарув каналлари кенгайган тешикчаларга ўхшаб ажралиб туради.

Иккиламчи glandуляр хейлитнинг клиник кўринишини glandуляр хейлит келиб чиқишига сабаб бўлган касалликка хос шикоятлар, симптомлар билан бирга бирламчи glandуляр хейлит симптомлари қўшилган ҳолда келтириб чиқаради.

Қиёсий ташхис. Қийинчилик туғдирмайди, чунки клиник симптомлари жуда ҳам ўзига ҳосдир.

Даволаш. Маҳаллий даволаш 2 босқичдан иборат:

1. Яллиғланишга қарши даво: лаблар 5% синтомицин эмульсияси билан 3-4 марта кунига 20 минутдан аппликация қилинади, 0,5% преднизалон малҳами, Синолар ва Локакортен малҳамлари суртилади; оғиз бўшлиғи санацияси; оғиз бўшлиғи гигиенаси; рационал тиш протезларини танлаш; зарарли одатларни ташлаш; асосий касаллик сабабларини йўқотиш; ферментлар билан ишлов бериш; лабларни аэрозоллар билан артиш.

2. Гипертрофияланган сўлак безларини электрокоагуляция қилиш, жарроҳлик йўли билан кесиб ташлаш. Букки чегара нурлари.

Умумий даво: седатив препаратлар, транквилизаторлар, пантотенат кальций, витамин А, поливитаминлар, қон-томирларга таъсир қилувчи препаратлар (танакан, кавинтон).

Машгулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

- 1.«Ўргимчак ини»иш ўйини
- 2.Органайзерлар тузиш (Тоифалаш жадвали, Концептуал жадвал)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. 40 ёшли бемор аёл лаб ачишига ва оғришига шикоят қилади. Об'ектив кўрилганда юқори ва пастки лаб қизил хошияси қизарган, шишган. Клейн зонасида кўп тангачалар ва сарғиш-жигарранг пўстлоқлар кузатилади. Пўстлоқлар олинганда лабнинг қизарган юзаси очилади.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Ташхислашда қўшимча усулларни айтинг.

2. Бемор 50 ёшда, қурувчи. Пастки лабнинг қичишиши, ачишиши, оғришига шикоят қилади. Бу ҳолат баҳор-ёз ойларида қайталанади. Об'ектив кўрикда: пастки лаб қизил хошиясида қизил эритемалар, майда пуфакчалар, намланувчи эрозиялар пўстлоқлар билан қопланганлиги аниқланади.

- 1) Ташхис қўйинг.
- 2) Даволаш режасини тузинг.

Тестлар

1. Эксфолиатив хейлитнинг келиб чиқиши сабаблари:

- a) ҳамма жавоб тўғри
- b) нейроген омиллар
- c) психоэмоционал ўзгаришлар
- d) қалқонсимон без касалликлари
- e) иммунологик омиллар

2. Эксфолиатив хейлитни даволашда ишлатилмайдиган малҳам:

- a) нистатин
- b) флюцинар
- c) лоринден
- d) метилурацил
- e) алкол

3. Хейлитларни қайси бирида қуёш нури этиологик омил бўлиб ҳисобланади?

- a) актиник
- b) эксфолиатив
- c) гландуляр
- d) экзематоз
- e) атопик

4. Актиник хейлитнинг қайси шаклида қуриш, қичишиш ва пўстлашиш кузатилади:

- a) қуруқ
- b) экссудатив
- c) бирламчи
- d) иккиламчи
- e) йирингли

5. Совуқ шамол, кучли намланиш хейлитнинг қайси шаклига сабаб бўлади?

- a) метеорологик
- b) гландуляр
- c) экзематоз
- d) атопик
- e) контакт-аллергик

6. Метеорологик хейлит қиёсий ташхисланади:

- a) актиник хейлит
- b) гландуляр хейлит
- c) экзематоз хейлит
- d) макрохейлит хейлит
- e) сурункали лаб ёрилиши

7. Актиник хейлитни олини олиш учун қўлланиладиган малҳам:

- a) Луч, Цит
- b) канестан
- c) клоримазол
- d) оксалин
- e) линкомицин

8. Эксфолиатив хейлитни умумий даволашда муҳим аҳамиятга эга:

- a) транквилизаторлар
- b) антибиотиклар
- c) сульфаниламидлар
- d) десенсибиловчи препаратлар
- e) анальгетиклар

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Симптоматик хейлитларда жарохат элементларига медикаментоз ишлов бериш

Максад: Талабаларга симптоматик хейлитларда жарохат элементларига медикаментоз ишлов беришни ургатиш.

Курсатма : ОБШК касалликларини ташхислаш.

Жихозлаш: химоя куз ойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор (волонтёр), огиз бушлигини куриш учун асбоблар.

№	Кадамлар	Бажарил мади	Тулик бажарилди
1.	Резинали перчаткани кийиш ва маска тақиш	0	20
2	Махаллий оғриксизлантириш	0	20
3.	Антисептик (3% H ₂ O ₂ , 0,06% хлоргексидин) билан ишлов бериш	0	20
4.	Яллигланишга карши (антибиотикли, вирусга карши ва и кортикостероидли малхам) кўйиш	0	20
5.	Кератопластик воситаларни аппликация килиш.		20
	Жами:	0	100

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Эксфолиатив хейлит клиник шакллари, таъхиси ва даволаш
2. Актиник хейлит этиологияси
3. Актиник хейлит шакллари, таъхиси, даволаш
4. Метеорологик хейлит этиологияси
5. Метеорологик хейлит шакллари, таъхиси, даволаш
6. Гландуляр хейлит этиологияси
7. Гландуляр хейлит шакллари, таъхиси, даволаш
8. Қайси хейлитлар хавфли жараёнга ўтиши мумкин?

12 МАШҒУЛОТ

I. *Мавзу: Хейлитлар (экземали, контактли, атопик, лабнинг сурункали ёриқлари, макрохейлит), клиникаси, таъхислаш ва даволаш.*

II. *Машғулот мақсади:*

Талабаларни хейлитлар (экземали, контактли, атопик, лабнинг сурункали ёриқлари, макрохейлит) клиникаси, таъхислаш ва даволаш, шиллиқ қаватни гистологик ўзгаришлари, зарарланган ўчоқ билан таништириш.

III. *Машғулот режаси:* Хейлитлар билан танишиш.

IV. *Калит сўзлар: экзематоз хейлит, контакт хейлит, атопик хейлит, лабнинг сурункали ёриқлари, макрохейлит*

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Экзематоз хейлит

Нейроаллергик келиб чиқишга эга бўлган сурункали қайталанувчи тери касаллигига хос экзема симптоми ҳисобланади. Ўткир ва сурункали шакллари фарқланади. Яллиғланиш оғиз атрофи соҳасида ва терини қизил лаб хошиясига қўшиладиган жойида ривожланади. Пуфакчалар, ёриқлар, қипиқлар кўринишидаги тошмалар лабнинг эритематоз юзасида йирингланган сурункали формасида инфильтрация, озгина лихенизация, майда қипиқлар, оғиз бурчагида кўп вақт битиб кетмайдиган ёриқлар кузатилади. Даволаш самарадорлиги ўз вақтида аниқланганлигига боғлиқ.

Экзематоз хейлитларда кортикостероид аэрозоллар, суртмалар ишлатилади.

Атопик хейлит

Атопик дерматит ёки диффуз нейродермит симптоми бўлиб ҳисобланади. Кўпроқ оғиз бурчакларида, лаб қизил хошиясининг лаб терисига қўшиладиган жойларида локализацияланади.

Келиб чиқиш сабаблари: наслий мойиллик, ҳар хил аллергия касалликлар, дори воситаларини кўтара олмаслик, озиқ-овқат маҳсулотларини кўтара олмаслик, маиший кимё моддаларини кўтара олмаслик. ҳамда психо-нервологик омиллар.

Жуда узоқ вақт, баҳор ва кишда ўткирлашиш билан кечади. Касаллик бронхиал астма, аллергия ринит билан қўшилиб келиши мумкин. 25-26 ёшларга келиб хейлит ўзидан-ўзи тузалиб кетади.

Контакт аллергия хейлит

Келиб чиқиш сабабчиси бўлиб лаб қизил хошияси ёки лаб шиллик қаватининг ҳар хил кимёвий моддаларга юқори сезувчанлиги ҳисобланади. Масалан: лаб буёғи, кремлар, кимёвий қаламлар, ручкалар, пасталар. Касаллик яна касбга оид таъсирлардан ҳам ривожланиши мумкин. Масалан: мусиқачиларда пуфлаб чаладиган асбоблар муштукларининг пластмассасидан, кимёвий саноатда ишлайдиганларда резинкали респираторлардан ва бошқалар.

Контакт хейлит секин намоён бўладиган аллергия реакциянинг классик кўриниши бўлиб ҳизмат қилади. Аллерген билан контакт жойида гиперемия, лабни шишиши, пуфакчалар ёки янги тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Хейлитнинг енгил, узоқ давомли кечишида майда, лекин оғриқли ёриқлар пайдо бўлиши, лабни териға ўтиш чегарасида қипиқланиш кузатилади. Шиш бунда кам намоён бўлади, аммо жараён оғиз бурчакларига ва териға ҳеч қачон ўтмайди. Субъектив беморлар оғриқ, оғиз қуриши, лабларни тортишиши, қизиши ва қичишишини сезадилар.

Ташхис қўйишга аллергия реакциялар ёрдам беради (томчили ёки компрессорли).

Лабларнинг сурункали ёриқлари.

Бу касаллик ҳар хил ёшда эркаклар ва аёллар орасида кўп учрайди. Бунда лабнинг индивидуал анатомик тузилиши (лаб марказида чуқур бурма бўлиши) ва сурункали травмалар катта аҳамиятга эга. Ҳар хил матеорологик ҳолатлар ҳам қизил лаб хошиясини қуриши, эластиклигини бузилиши ва ёриқлар ҳосил бўлишига олиб келади. А ва В гуруҳ витаминлари гиповитаминози, нейроген омиллар, зарарли одатлар, нордон озиқ-овқат маҳсулотлари истеъмол қилиш катта роль уйнайди. Микроб флораси ёриқларни мавжуд бўлишига ва уларни битиб кетишига тўсқинлик қилади. Олдин битта чуқурроқ бўлган, лабга кўндаланг жойлашган, оғриқли ёриқ пайдо бўлади. Ёриқлар одатда пастки лабнинг марказий қисмида, баъзида эса ён қисмларида ҳам жойлашади. Ёриқлар баъзида лабдан шиллик қаватга ҳам ўтади, лекин териға ҳеч қачон ўтмайди. Ёриқлар кўп вақт сақланганда унинг четлари қалинлашиб, қаттиқлашиб, кулранг оқ қараш ҳосил бўлиши мумкин.

Норациоал олиб борилган давода ёриқлар йиллаб сақланиши мумкин. Лабнинг сурункали ёриғини ташхислаш қийин эмас. Ўз вақтида тўғри даволанса тез битиб кетади. Лекин кўп вақт мавжуд бўлганда унинг четларида лейкоплакия ривожланади.

Даволаш. Касаллик сабаларини аниқлаш ва уни йўқотишга ҳаракат қилиш керак. Кортикостероид малҳамлар: оксикорт, Лоринден С; эпителизацияловчи моддалар: Шостаковский бальзами, наъматак мойи, облепиха мойи, солкосерил дентал пастаси тавсия этилади. А, В₆, В₂, РР витаминлар узоқ вақт ичилса (1-1,5 ой) яхши натижа беради.

Блокадалар: 1% новокаин эритмаси, 1% лидокаин эритмаси, ультракаин, тримекаин 1-2 мл дан кун ора 3-7 марта қилинади.

Шиллик қаватдаги пўстлоқ ва тангачаларни илиқ протеолитик ферментлар билан юмшатилади. Агар натижа яхши бўлмаса, ёриқлар хирургик йўл билан соғлом тўқимагача кесиб олиб ташланади.

Макрохейлит

Лаб касаллиги бўлиб, шиш мустаҳкам сақланиши билан характерланади. Макрохейлитни юз нерви яллиғланиши ва бурмали тил симптоми билан бирга қўшилиб келишига Мелькерсон-Розенталь синдроми дейилади. Наслий мойиллик ва инфекцион-аллергик омил касаллик этиологияси бўлиб ҳисобланади.

Клиник кўриниши. Беморни лаблар қичиши, ҳажми кенгайиши, баъзида юзнинг бошқа соҳаларини шиши безовта қилади.

Кўрик ўтказилганда лабнинг ранги ўзгармаган. Зарарланиш ўчоғида тери кўкимтир рангга киради. Шиш битта ёки иккала лабда, лунжда, қовоқларда ва бошқа соҳаларда локализацияланади. Юз нерви яллиғланганлиги юзни зарарланган томони соғлом томонига қараб тортилгани, бурун лаб бурмаси текисланганлигидан билинади.

Бурма тил ривожланиш аномалияси деб тахмин қилинади.

Қиёсий ташхис Квинке шиши, лимфангиома, гемангиома, периоститда кузатиладиган лабнинг коллатерал шиши билан ўтказилади.

Даволаш. Кортикостероидлар, дексаметазон 3-5 мг/суткада (1 курс – 125 мг); окситетрациклин кунига 100 000 ТБ дан 4-6 маҳал; малярияга қарши препаратлар: плаквинил, делагал 0,25 г дан 2 маҳал (1 курс – 20-25 г); антигистамин препаратлари; С ва В гуруҳ витаминлар буюрилади.

Баъзида мустаҳкам формаларда стимуляцияловчи даво ўтказилади (пирогенал, продигиазан ва бошқалар).

Невритда физик омиллар қўлланилади (Бернар токи, ультратовуш ва бошқалар).

Гепарин малҳамини электрофорез қилиш ёки димексид билан бирга лабга аппликация қилиш яхши натижа беради. Косметик нуқтаи-назардан лабнинг бир қисми жарроҳлик йўли билан кесиб олиб ташланади, лекин бу ҳам касаллик қайталанишини олдини олмайди.

Машгулотда қўлланиладиган янги педогогик технологиялар:

- 1.«Юмалок стол» номли иш уйинини ўтказиш
- 2.Органайзерлар тузиш (Тоифалаш жадвали,Концептуал жадвал)

ТАҲЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1. Бемор териси шикастланган (билакнинг букиладиган юзаси, тизза устки соҳаси).

Ташхис қўйинг.

2. Беморнинг лаби турғун шишган, анамнезидан тез-тез қайталанади. Маҳаллий ўзгаришлар кузатилади, юз нерви параличи ва тил йиғилиши аниқланган.

Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

3. Бемор овқат қабул қилганда ва гаплашганда пайдо бўладиган оғриққа шикоят қилади. Обьектив кўрилганда: пасткилаб марказий қисмида зарарланиш ўчоғи бор, лаб қизил хошияси чизиқли зарарланган, у лаб шиллиқ қаватига давом этади, аммо юз терисига тарқалмайди.

Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

4. 17 ёшли қиз оғиз очилиши, сўзлашиш, қийинлашишига, ачишишга шикоят қилади. Беморда турли хил дориларга аллергия кузатилади. Объектив кўрилганда: қизариб шишган лабда майда тугунчалар, пуфакчалар, тангачалар ва каттиқ карашлар бор.

Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

5. 54 ёшли бемор лаби қичишиши ва ачишиши шикояти билан келди. Бемор анамнезидан 10 йилдан бери противогаз билан муз эритувчи цехда ишлайди. Объектив кўрилганда: лаб қизил хошияси қуруқ, устида майда кўндаланг ёриқлар бор.

Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

6. Бемор 27 ёш, лаб қичишиши ва ачишишига шикоят қилади. Анамнезидан анчадан бери памада ишлатади. Объектив кўрилганда лаблар шишган, гиперемияланган, устида майда пуфакчалар, эрозия, ёриқлар бор.

Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

7. Бемор 35 ёш, пуфлаб чалинадиган чолғу асбоби – кларнет чалади. Лабдаги яққол шиш ва ачишишга шикоят қилади. Объектив кўрилганда: лаби шишган, гиперемияланган, майда пуфакчалар мавжуд.

Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

8. Бемор 17 ёш лабида қичишиш ва караш ҳосил бўлишига шикоят қилади. Анамнезидан аллергодермит кузатилади, куз ва баҳорда қайталанади.

Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

Тестлар

1. Атопик хейлитли лабларда учрамайди:

- а) эрозия, оқ караш билан қопланиш
- б) ёриқлар
- в) майда тангачалар
- д) лаб қуриши
- е) инфильтрация

2. Контакт хейлитни даволашда қўлланиладиган малҳам:

- а) кортикостероидли
- б) линкомицинли
- в) тетрациклинли
- д) гепаринли
- е) нистатинли

3. Лаб сурункали ёриқлари этиологиясида асосий сабаб:

- а) лаб анатомик тузилиши
- б) вирусли омил
- в) аллергия
- д) кимёвий таъсирловчилар
- е) пиоген инфекция

4. Мелькерсон-Розенталь макрохейлит синдромида биргаликда келади:

- а) юз нерви параличи
- б) географик тил
- в) лейкоплакия
- д) пастки жағ нерви неврити

- е) уч шохли нерв невралгияси
5. Ўткир экзематоз хейлитларда кузатилмайди:
- чандик
 - везикула
 - хўлланиш
 - қаттиқ караш
 - қонталаш
6. Экзематоз хейлитни оддий хейлитдан фарқи:
- атопик
 - макрохейлит
 - гландуляр
 - Мангомotti
 - сурункали лаб ёриқлари
7. Макрохейлит қуйидаги касалликлар билан қиёсий ташхисланади:
- гландуляр хейлит
 - Квинке шиши
 - аллергия
 - лимфангиома
 - гемангиома
8. Аллергик контакт хейлитлар ривожланишида сабаб бўлади:
- намлик
 - лаб бўёғи
 - платмассали тиш протези
 - пуфлаб чалинадиган асбоб
 - ручка-қалам

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Лабларни сурункали ёриқларига маҳаллий даволаш

Мақсад: Лабларнинг сурункали ёриқларига маҳаллий ишлов бериш

Кўрсатма: Лабларнинг сурункали ёриқларида ОБШҚ маҳаллий ишлов бериш

Керакли жихозлар: Стоматологик кресло, стоматологик ускуна, стандарт стоматологик набор, пахта валиклари, анестетик: 10% лидокаин аэрозоли, антисептик- 0,5-1% водород пероксид эр-си, протеолитик фермент: 0,1% трипсин, химопсин, кератопластиклар: целестодерм, солкосерил малхами.

Амалий куникма босқичлари.

№	Қадамлар	Бажарма ди	Тўла бажарди
1.	Оғиз бўшлиғини санация қилиш (тиш тош ва карашларини тозалаш, кариоз тишларни даволаш)		20
2.	Аппликацион оғриқсизлантириш (10% лидокаин аэрозоли)		20
3.	0,1% трипсин эр-си билан ёрилмага ферментатив ишлов бериш		20
4.	Антисептик ишлов(илиқ 3% водород пероксиди эритмаси)		20
5.	Кератопластик воситалар(солкосерил малхами)ни		20

	20 дақ. аппликация қилиш		
	Жами	0	100

Назорат саволлари:

1. Экзематоз хейлит қиёсий ташхиси.
2. Атопик хейлит қайси ёшда кўпроқ учрайди.
3. Атопик хейлит қиёсий ташхиси.
4. Аллергик контакт хейлитни даволаш.
5. Аллергик контакт хейлит профилфтикаси.
6. Лабни сурункали ёрилишини даволаш.
7. Макрохейлит қиёсий ташхиси.
8. Лабни сурункали ёрилиши оқибати.

13 – МАШҒУЛОТ

I. Мавзу: ОБШҚ ва лаб қизил хошияси облигат саратон олди касалликлари.

II. Машғулот мақсади:

Талабаларга ОБШҚ ва лаб қизил хошияси облигат рак олди касалликларини ўргатиш, уларнинг клиникаси ва диагностикаси, шиллиқ қаватнинг гистологик ўзгаришлари, зарарланган ўчоқ билан таништириш.

III. Машғулот режаси: ОБШҚ ва лаб қизил хошияси облигат рак олди касалликлари тўғрисида маълумотга эга бўлиш.

IV. Калим сўзлар: ОБШҚ ва лаб қизил хошияси облигат саратон олди касалликлари

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Рак олди касалликлари – бу ОБШҚни ракка олиб келувчи ўзгариш бўлиб, ҳавфли ўсмаларни диагностика қилиш бир ёки бир нечта сабабларнинг йўқлиги билан характерланади. Уларнинг келиб чиқишига механик, кимёвий, физик сабаблар аҳамиятга эга. Рак олди касалликларида секин ўсиш, узоқ вақт ўзгаришсиз туриб ривожланиш фарқланади.

Ҳар хил саратон олди касалликлари ҳар хил даражада фарқланиши мумкин: облигат (эпителиал, шартсиз) ва факультатив (шартли) турлари фарқланади.

Саратон олди касалликлари таснифи: 1970 йил Машкиллейсон томонидан таклиф қилинган ва 1976 йили бир нечта ўзгаришлар киритилиб тасдиқланган.

ОБШҚ ўсма олди касалликлари таснифи:

- а) ҳавфлиланиш частотаси юқори (облигат): Боуэн касаллиги;
- б) ҳавфлиланиш частотаси паст (факультатив): лейкоплакия (эрозив ва верукоз), папилломатоз, қизил югурук ва қизил темирлаткининг эрозив ярали ҳамда гиперкератотик турлари, нурланишдан кейинги стоматит.

Лаб қизил хошияси ўсма олди жараёнлари таснифи:

- а) ҳавфлиланиш частотаси юқори (облигат): сўгалсимон рак олди касаллиги, чегараланган рак олди гиперкератози, абразив канцероз олди Манганотти хейлити

- б) ҳавфлиланиш частотаси паст (факультатив): лейкоплакия, кератоакантома, тери мугузланиши, мугузланувчи папиллома, қизил югурук ва

қизил темираткининг эрозив ярали ва гиперкератотик турлари, нурланишдан кейинги хейлит.

Малигнизацияни типик белгиси бу қаттиқ, кам оғриқли инфильтратив ҳосила бўлишидир. Кўпинча тилнинг пастки ён томон юзаси ва илдизи, лунж шиллиқ қавати ўтув бурмасида малигнизация ўчоқлари кузатилади.

Боуэн касаллиги – бу касаллик 1912 йил Боуэн томонидан шархланган.

Клиник кечиши: зарарланиш ўчоғида кўпинча гиперемияланган, оч қизил доғлар, шиллиқ ёки майда сўрғичсимон ўсимталар орасида баҳмал юзали кўринишда бўлади. Марказий қисми майда дўмбоқли юзаси билан қизил ясси темираткига ўхшайди. ОБШҚ атрофияси натижасида бошқа атроф тўқималарга нисбатан 1 мунча пасайиб қолади. Осон қонайдиган эрозиялар пайдо бўлади. Зарарланиш ўчоғи майдони 1-2 мм дан 5-6 см гача бўлади.

Гистологик кўриниши: апикоцеллюляр рак аниқланади.

Қиёсий ташхис: лейкоплакия, қизил ясси темиратки, сурункали шикастланишлар билан ўтказилади.

Даволаш: жарроҳлик усули билан ўтказилади.

Абразив канцероз олди Манганотти хейлити – бу касаллик 1932 йилда Manganotti томонидан аниқланган, 50 ёшдан ошган эркакларда кўпроқ учрайди, келиб чиқишига шикастланишлар, инсоляция, чекиш сабаб бўлади.

Клиник кечиши: пастки лабда чегараланган ёки тарқалган сурункали катарал яллиғланиш асосида битта, баъзан кўп қизил рангли силлиқ юзали эрозиялар пайдо бўлиб, устида зич ёпишиб турувчи ёки сероз пўстлоқлар билан қопланган бўлади. Уларни кўчириб олиш қийин, олинганда қонайди. Асосида қаттиқлашиш бўлмайди. Эрозиялар секин кечиши, дурли малҳам билан даволанганида ҳам чидамлилиги билан фарқланади. Узоқ вақт туриб эпителизацияланади, сўнг бошқа жойдан ёки шу ердан яна чиқади. Жараён 1-2 ойдан кўп йилларгача давом этади, даволанмаса ҳавфлига ўтади. Клиник жиҳатдан унинг асосида қаттиқлашиш бўлиши ва атрофдаги эрозиялар юзаларида сўрғичсимон ўсимталар ҳосил бўлиши мумкин. Эрозиялар атрофида мугузланиш кузатилади.

Гистологик кўриниши: эпителий акантоз ҳолатида, тиканаксимон хужайралар турли даражадаги дисконплектация ва атипик бўлиб жойлашади.

Қиёсий ташхиси: лейкоплакия, қизил ясси темиратки, қизил югурук, пўрсилдоқ, кўп шаклли экссудатив эритема, актиник хейлит ва герпетик эрозиялар билан ўтказилади.

Даволаш: маҳаллий таъсирловчиларни ва инсоляция таъсирини йўқотиш, оғиз бўшлиғини санация қилиш, протезлаш, чекишни ман этиш; ичига витамин А 1 г дан 2 ой давомида юборилади, натижаси бўлмаса жарроҳлик усули билан даволанади.

Сўгалсимон саратон олди касаллиги – А.Л. Машкиллейсон томонидан 1965 йилда аниқланган, фақат пастки лабда жойлашади.

Клиник кўриниши: ярим-шарсимон, юзаси сўгалли, оғриқсиз, диаметри 4-10 ммли тугунча бўлиб аниқланади. Ўчоқ ранги лаб қизил хошиясининг нормал рангидан тўқ қизилгача бўлади. Тугунчани усти кул рангли қийин олинадиган тангачалар билан қопланган.

Гистологик кўриниши: эпителийда акантоз, гиперкератоз, паракератоз, тиканаксимон ҳужайраларда полиморфизм аниқланади.

Қиёсий ташхиси: папиллома, сўгал ва кератоакантома билан ўтказилади.

Даволаш: жарроҳлик усули билан олинади.

Лаб қизил хошиясининг чегараланган саратон олди гиперкератози.

Касаллик 2 мм ўлчамли полигонал шаклли соҳалари бўлиши билан ифодаланади. Зарарланиш ўчоғи шиллиқ қават билан қоплангандек бўлади, биров чикиб туради, баъзан бўртиб туриши мумкин. Юзаси текис бўлиб, юпка зич тангачалар билан қопланган бўлади, қирилганда олинмайди. Ранги ўзгаришсиз кўпинча бу касаллик носпецифик яллиғланиш кўринишида пайдо бўлади. Саратонга айланиши касаллик бошланашидан 6 ойдан кейин кузатилади.

Гистологик кўриниши: эпителий тўқимаси ичида чегараланган пролиферацияси аниқланади. Тиканаксимон ҳужайраларни устида гиперкератоз кузатилади.

Қиёсий ташхиси: лейкоплакия, қизил югурук ва қизил ясси темиратки билан ўтказилади.

Машгулотда қўлланиладиган янги педогогик технологиялар:

1.«Ким кўп? ким чақон?» номли иш уйинини ўтказиш услуги.

2.Органайзер тузиш (Кластер, Концептуал жадвал)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар

1.47 ёшли кишини профилактик кўрилганда лунж шиллиқ қаватида гиперемияланган фонда юзаси майда дўмбоқчали, биров чўккан, оғриқсиз гиперкератоз ўчоғи кўринади. Гистологик кўрилганда эпителий ичи ракини эслатади.

Ташхис қўйинг ва асосланг.

2.37 ёшли киши мугузланган папилломани эслатадиган ҳосилага шикоят қилади. Бемор анамнезидан зарарли одатлар (тез-тез ичиш, чекиш) аниқланади. Обьектив ўзгармаган пастки лаб қизил хошиясида, диаметри 7 мм, оғриқсиз, нормал рангда, 3 мм кўтарилиб турадиган, қаттиқ консистенцияли, қаттиқ тангачалар билан қопланган тугунча аниқланади.

Ташхис қўйинг ва асосланг.

3.Профилактик кўрикда 42 ёшли кишида пастки лаб қизил хошияси пастроғида ингичка тангачалар билан қопланган гиперкератоз ўчоғи кузатилади.

Ташхис қўйинг ва асосланг.

4.35 ёшли эркак пастки лабда оғриқсиз ҳосила борлигига шикоят қилиб келди. Обьектив кўрилганда пастки лаб марказидан четроқда аниқ чегарали, бир оз чўккан, оқ-кулранг қаттиқ тангачалар билан қопланган, ўлчами 1,5-2 см, шакли полигонал ўчоқ кузатилади.

Ташхис қўйинг ва асосланг.

5.67 ёшли эркак бўлимга иккиламчи тўлиқ адентия ва оғриқсиз эрозияга шикоят қилиб келди. Анамнезидан пастки лабда эрозия мавжуд, ҳар 3 ой қайталаниб, ўзи эпителизацияланиб кетади. Обьектив пастки лаб қизил

хошияси марказида қизил рангда шиллиқ юзали қонамайдиган эрозия кузатилади.

Ташхис қўйинг ва асосланг.

6.65 ёшли эркак эрозия борлигига шикоят қилиб келди. Анамнезида тез-тез қайталанувчи герпес билан оғриб туради, эрозия ярим йилдан бери оғриб туради, облепиха мойи билан яхши даволанмаяпти. Объектив кўрилганда олдинги тишлар кучли емирилган, пастки лаб ён қисмида овал шаклда текис ялтироқ юзали, тўқ қизил рангда қон қуйқаси билан қопланган, қийин кўчади, тез қонайдиган юзали эрозия кузатилади.

Ташхис қўйинг ва асосланг.

7.Бемор 52 ёш, лунж шиллиқ қаватида доғсимон тугунчали, лейкоплакияга ўхшайдиган зарарланиш ўчоғи кузатилади.

Ташхис қўйинг ва асосланг.

8.Профилактик кўрикда 60 ёшли бемор пастки лабида оғриқсиз, ярим шарсимон кўринишда, дўмбоқ юзали тугунча аниқланди.

Ташхис қўйинг ва асосланг.

Тестлар

1. Облигат рақ олди касалликларига олиб келади:

- а. ОБШК ва ЛКХ сурункали травмалари
- б. эндокрин тизимидаги узғаришлар
- в. нерв тизимидаги узғаришлар
- г. ОБШК уткир травмалари
- д. қон системасидаги узғаришлар

2.Манганотти хейлитига олиб келади:

- а. инсоляция, герпес
- б. аллергия касалликлар
- в. пленкасимон учокли радиомукозит
- г. специфик касалликлар
- д. зарарли одатлар

3.Манганотти хейлитининг клиник кўриниши:

- а. қараш билан қопланмаган эрозия
- б. думбоқлар
- в. бляшқачалар
- г. қараш
- д. тангача

4.ЛКШ чегараланган саратон олди гиперкератози нима билан киесланади:

- а. лейкоплакия
- б. хейлит
- в.глосалгия
- г. каттик шанкр
- д. думбокли сифилид

5.Сугалсимон саратон олди касаллигида кузатилади (ортикчасини чиқаринг) :

- а.гумма

- б. ярим шарсимон куринишдаги тугунча
 в.1,2 ой ичида саратонга айланиш
 г. гиперкератоз
 д. паракератоз
- 6.Боуэн касаллигида гистологик ривожланмайди:
 а.акаптолиз
 б. гиперкератоз
 в.паракератоз
 г. акаптоз
 д. эпителий ичи раки
- 7.Облигат саратон олди касаллигига кирмайди:
 а.кератоакантома
 б. Боуэнн касаллиги
 в.сугалсимон рак олди
 г. чегараланган рак олди гиперкератози
 д. Манганотти хейлити
8. Манганотти хейлити моллигнизацияси клиник белгилари.
 а.эрозия юзасида сургичли усмалар
 б. секин кечиши
 в.юзасида каттик караш
 г. караш билинн копланмаган эрозия
 д. огриксиз эрозия

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Оғиз бўшлиғи шиллик қаватини пайпаслаш.

Мақсад: Талабани ОБШК пайпаслашга ўргатиш.

Кўрсатма: ОБШК касалликларини ташхислаш.

Жихозлаш: Ҳимоя куз ойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор(волонтёр)оғиз бўшлиғини кўриш учун асбоблар.

Амалий куникма қадамлари

№	Қадамлар	Бажарм ади (0 балл)	Тўла бажарди1 00 балл)
1.	Ҳимоя воситаларини тақиш.		20
2.	Резинали перчатка тақилган ўнг қўл билан морфологик элемент пайпасланади		20
3.	Катта ва кўрсаткич бармоқ билан морфологик элемент чегарасини аниқлаш.		20
4.	Морфологик элементнинг остидаги тўқималарга ўсиб кирган ёки кирмаганлиги аниқлаш.		20
5.	Морфологик элементнинг оғриклиги ва хажмини аниқлаш.		20
	Жами	0	100

Назорат саволлар

1. Боуэн касаллигида бемор шикояти.
2. Боуэн касаллигини қиесий ташхиси.
3. Боуэн касаллигини гистологик куриниши.
4. Сугалсимон рак олди клиникаси.
4. Сугалсимон рак олди гистологик куриниши.
5. Сугалсимон рак олди қиесий ташхиси.

6. Чегараланган рак олди гиперкератозни клиникаси.
7. Чегараланган рак олди гиперкератозни гистологик куриниши.
8. Чегараланган рак олди гиперкератозни таккосий ташхиси.
9. Манганотти хейлит купинча кимларда кузатилади.
10. Манганотти хейлитини клиникаси .
11. Манганотти хейлитини қиесий ташхиси.
12. Манганотти хейлитини махаллий даволаш.

14- Машгулот

1.Мавзу:Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб қизил хошиясидаги факультатив рак олди касаллиғи.

2. Машгулотнинг мақсади:

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб қизил хошиясидаги факультатив рак олди касаллиғи ўзгаришларини ўрганиш, уларни клиника ва диагностикаси, талабаларни шиллиқ қаватни гистологик ўзгаришлари, зарарланган ўчоқ билан таништириш.

3.Машгулотнинг режаси: Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаб қизил хошиясидаги факультатив рак олди касаллиғи тўғрисида тасаввурга эга бўлиш.

4.Калит сўзлар: факультатив рак олди касалликлар.

НАЗАРИЙ ҚИСМИ.

Факультатив саратон олди касалликлари.Тери шохланиши (cornu cutaneum) Терининг шохланиши - кучли гиперкератоз билан эпителийнинг гиперплазияси бўлиб, ташқи кўриниши ва қаттиқлиги жихатидан шохга ўхшайди. Лаб қизил хошиясида, кўпинча пастки лабда ёши 60 ёшдан каттароқ кишиларда учрайди. Оғриксиз бўлади. Унинг ранги кулранг ёки кўнғир бўлиб, диаметри 1 см гача, узунлиги 1 см гача етади. Тери шохланиши узоқ йиллаб давом этувчи касалликдир. Яллиғланиш ва шох атрофида қаттиқланиш пайдо бўлиши, шохланишнинг кучайиши уни хавфли ўсмага ўтганлигини билдиради (расм 64).

Ташхис шу ўчоқ гистологик текширилгандан сўнг қўйилади.

Даволаш. Жаррохлик усули - тери шохланиши соғ тўқима билан бирга олиб ташланади.

Кератоакантома (keratoacanthoma)

Кератоакантома - эпидермал хавфсиз ўсма булиб, тез ривожланади. Касаллик лабнинг қизил хошиясида, кам ҳолларда тилда жойлашади. Кератоакантома кул ранг қизғиш зич тугунча кўринишида пайдо бўлади. Марказида воронкасимон чуқурлашган, ичида осон олинувчи мугузли масса билан тўлган бўлади. ўсма тез ўсади ва бир неча ой ичида катта (2,5-1,0 см) ўлчамга эга бўлади. Кератоакантома оғриксиз, ҳаракатчан, атроф тўқималар билан қўшилмаган бўлади. Ўсма 6-8 ойдан сўнг ўзи йўқолади, ўрнида чандик қолади ёки у хавфли ўсмага айланади. Кератоакантомани кўпик сўгалсимон саратон олди касаллиғи ва саратондан фарқлаш керак. Саратонни консистенцияси анча қаттиқ бўлади, асоси зич, мугузли массалар билан тўлдирилган бўлиб, улар олингандан сўнг қонайди. Даволаш жаррохлик усули ёрдамида олиб борилади.

Папиллома - хавфсиз ўсма бўлиб оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини қопловчи эпителийдан ва бириктирувчи тўқимали стомадан тузилган. Кўриниши сўғални ёки гуллаган карамни эслатади. Папиллома ингичка оёкчали, баъзан кенг асосли ҳам бўлади. Ўлчамлари ҳар хил 1-2 мм дан 1-2 см гача бўлиб, якка ва кўп сонли папилломалар кузатилади. Оғиз бўшлиғида папилломалар кўпинча тил ва танглайда, кам ҳолларда лаб ва лунжда жойлашади (расм 65). Агар кўп сонли папилломалар бўлса, у ҳолда папилломатоз дейилади. Мугузланган папиллома кул ранг - оқиш тусда бўлади, асоси қаттиқлашганлиги, уни малигнизацияланганлигини билдиради.

Папиллома ва папилломатознинг малигнизацияси тахминан 7-10% ҳолларда учрайди. Патогистологик текширилганда папиллома кўп қаватли ясси эпителийдан ва жуда кўп қон томирларни тутувчи сийрак бириктирувчи тўқимадан тузилган бўлади. Папилломани даволашда жарроҳлик усули қўлланилади.

Лейкоплакия - шиллиқ қаватнинг сурункали яллиғланиши бўлиб, хусусий шиллиқ қаватнинг яллиғлиниши ва эпителийнинг мугузланиши билан тавсифланади. Алоҳида берилгани учун клиникасини такрорламадик.

Қизил ясси темирлатки - эрозив-яралли шакли тери ва шиллиқ қаватнинг яллиғланиши касаллиги бўлиб, майда папулалар тошиши билан тавсифланади. Кўпинча 30 ёшдан ошган аёлларда учрайди. Этиологияси номаълум: вирус, невроген ва токсик аллергик теориялар мавжуд. Бу оғир шакли бўлиб, эрозиялар фибриноз қараш билан қопланган. Улар атрофида қизил ясси темирлаткининг ўзига хос манзараси сақланади. Бундай эрозиялар узок вақт давом этиб, тўлиқ даволанмаса қайталади. Қизил ясси темирлаткининг гиперкератотик шакли кучли гиперкератозли бўлиб, папулалар қўшилиб пилакча ҳосил қилади ва шиллиқ қават юзасидан кўтарилиб туради. Пилакчалар чегараси аниқ, бурмали шохланган масса билан қопланган. Гиперкератоз ўчоғи атрофида папуллез тошмалар учрайди. Касаллик 1% ҳолларда кексаларда малигнизацияга учрайди.

Гистологик текширувда: гиперкератоз шаклида кучли гиперкератоз, эрозив-яраллида нуқсон жойида сурункали яллиғланиш жараёни аниқланади.

Қиёсий ташхис: лейкоплакия, қизил югурук, папуллез захм, кандидоз, аллергик тошмалар ва Боуэн касаллиги билан ўтказилади.

Даволаш. Шикастловчи омилларни бартараф этиш, оғиз бўшлиғи санацияси, чекишни тухтатиш, седатив воситалар билан даволаш, поливитаминлар(асосан А ва Е витаминлари), никотин кислотаси, оғриқсизлантирувчи воситалар гиёҳлар дамламаси билан чайқаш, кератопластик воситалар, гистоглобулинни буюриш керак. Консерватив даволаш ёрдам бермаса, унда бемор гистологик текширувга юборилади.

Қизил югурукнинг эрозив-яралли шакли (lupies erytemato)des

Ўткир ва сурункали системали қизил югурук тавофут қилинади. У билан кўпинча 20-40 ёшдаги аёллар касалланади. Бу касаллик коллагенозларга мансубдир. Юзда капалак шаклида эритема пайдо бўлиб, пешона, бурун, лунж, лабнинг қизил ҳошияси шикастланади. Беморнинг шикайти овқат

еганда оғриққа бўлади. Касалликнинг асосий клиник белгилари: эритема, гиперкератоз ва атрофия.

Касалликнинг эрозив-ярали шаклида яллиғланган эрозия, яра, ёриқлар пайдо бўлиб, улар атрофида гиперкератоз кузатилади. Бу лабнинг қизил хошиясидаги жараён кейинчалик қизил югурукнинг 6% ўсмага айланади.

Гистологик текширувда: паракератоз, гиперкератоз, акантоз кузатилади. Касалликнинг эрозив-ярали шаклида кучли шиш ва яллиғ- ланиш, айрим жойларда эпителийнинг нуқсонлари аниқланади.

Қиёсий ташхис. Қизил ясси темиртки, лейкоплакия, актиник хейлит, абразив преканцероз Манганотти хейлити билан ўтказилади.

Даволаш. Оғиз бўшлиғини санацияси касалликни яллиғлантирмаслик учун муҳим ҳисобланади. Салбий омиллар бартараф қилиш, совуқ ҳаво ва қуёш нурларидан сақланиш, фото-химоя қилувчи суртмалар "Щит", "Луч", кортикостероидли суртмаларни қўллаш тавсия қилинади.

Преднизолон, дексаметазон, "В" гуруҳи витаминлари, никотин кислотаси, делагил буюрилади. Бемор диспансер руйхатига олинади.

Лабларнинг ўсма олди касалликларини келиб чиқишига гландуляр хейлит сабабчи бўлади. Гландуляр хейлит-лаб сўлак безларининг яллиғланиши. Сабаби-лабларнинг тишлар, турли предметлар таъсирида жароҳатланиши, зарарли одатлар. Яллиғланишда йирингли ажралма ҳосил бўлади, лаб ўлчами катталашади. Яллиғланиш жараёни сусайгандан кейин кератоз элементлари пайдо бўлади. Квинке шиши, Мишер гранулематоз хейлити лабларнинг аллергияш шиши билан қиёсий ташхисланади.

Машгулотда кўлланиладиган янги педогогик технологиялар:

- 1.«Кора тулпор» номли иш уйинини ўтказиш услуби.
- 2.Органайзерлар тузиш (Кластер , Концептуал жадвал)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масала № 1

47 ёшли аёл пастки лабидаги бошқа турдаги ўсмасимон ҳосилага шикоят қилди.Объектив кўриқда: пастки лабнинг ўнг томон соҳасида оёқчада жойлашганқўзикоринсимон шаклли ўсмасимон ҳосила, диаметри 5 мм, оқиш рангда кўринади.Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

Вазиятли масала № 2

43 ёшли бемор киши ўсмасимон ҳосилали лунж шиллиқ қаватида пайдо бўлганига шикоят қилиб келди. Анамнезидан бемор яқинда олиб қўйилувчи протезлар қуйдирган. Объектив: лунж шиллиқ қавати ўнг томон ретромояр соҳасида нотўғри тайёрланган протезларнинг ўзоқ жароҳатлаши натижасида 4та думалок, майда, кенг асосда жойлашган диаметри 0.5мм ли, ранги нормал, оғриқсиз ҳосилалар кўринади. Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

Вазиятли масала № 3

Бемор лабларнинг қуруқлашиши, ачишишига, бирмунча оғриққа шикоят қилди.Анамнезидан: беморга 2 йил олдин эрозив лейкоплакияни даволаш учун

рентгенотерапия ўтказилган. Об'ектив: лабларнинг қуруқлиги, муғузланиш ҳар-хил рангда, мармарсимон. Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

Вазиятли масала № 4

Бемор оғиз бўшлиғи қуруқлашишига, ачишишига шикоят қилади. Анамнездан: беморга 6 йил аввал оғиз туби соҳасида рентгенотерапия ўтказилган. Об'ектив: шиллиқ қават қуруқ, қўплаб пардасимон радио мукозид учоклари аникланади. Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

Вазиятли масала № 5

65 ёшли бемор аёл лабларининг қуруқлигига, пастки лабдаги ёрилишларга, барча таъсирловчилардан кейинги оғриқларга шикоят қилади. Об'ектив: пастки лаб мацерациялашган, сўлак безларининг кенгайган чиқарув йўллари қизил нукталар кўринишида, улардан сўлак томчилари «шудринг» симптоми ажраб туради. Пастки лабнинг ўрта чизигида гиперкератотик доғлар, юпқа копировка қоғозини эслатади. Доғ атрофида эррозиялар. Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

Вазиятли масала № 6

60 ёшли бемор аёл овқатлангандаги оғриққа ачишишга шикоят қилади. Об'ектив: ретромолар соҳада гиперемияланган ва шишган шиллиқ қаватда эррозиялар кўринади. Бемор сўзидан бу эррозиялар узок вақтдан бери бор, эпителизацияланмайди. Кўпинча рецидивланади. Уларнинг атрофида пружинали сетка кўринишидаги муғузланган папулалар жойлашган. Ташхис қўйинг ва асослаб беринг. Даволаш режасини тузинг.

Вазиятли масала № 7

Врачга лаб қизил хошиясида ўсмасимон хосила билан бемор аёл мурожаат қилган. Кўрганда пастки лаб қизил хошиясида кулранг қизғиш тугунча, воронкасимон чуқурчаси бор, ичида муғузланган массалари билан уралган. Пальпацияда оғриқсиз, атроф тўқима билан бирикмаган, ҳаракатчан.

Вазиятли масала № 8

68 ёшли бемор аёл 1 неча йил аввал пастки лабда чегараланган, унча катта бўлмаган хосила пайдо бўлган. Оғриқсиз, кулранг, диаметри 8мм, баландлиги 5мм, ташки кўринишидан шохга ўхшайди. Механик жароҳатдан сўнг қизарган, асосида зичлашиш, муғузланиш кучайди ва оғриқ. Ташхис қўйинг ва асослаб беринг.

Тестлар.

1. Шиллиқ қават факультатив рақ олди касалликларига кирмайди:
 - а) Лейкоплакия
 - б) Боуэн касаллиги
 - в) Нурланишдан кейинги стоматит
 - г) Қизил ясси темиртки
 - д) Қизил югурик
2. Факультатив рақ олди касалликлари асосий сабабчи ҳисобланмайди.
 - а) Чекиш

- б) Жарохат
- в) Юрак кон-томир системасидаги узгаришлар
- г) Ёш курсаткичи
- д) ОИТС касалликлари

3. Факультатив рақ олди касалликларини маҳаллий даволаш учун ишлатилмайди.

- а) бонафтон мази
- б) вит А нинг ёгли эритмаси
- в) кортикостероидли малхамлар
- г) антибиотикли малхамлар
- д) солкосерил

4. Кератоакантома учун характерли эмас.

- а) марказда воронкасимон чуқурликка эга зич тугунча
- б) лабда тилда жойлашиши
- в) Пospelова симптоми
- г) спонтан йўқолиши
- д) муғузланган қолдиқлар билан бўлиши

5. Тери шохининг хавфли ўсмага айланишида намоён булади.

- а) оғриқсиз бўлиши
- б) асос атрофини зичлашуви
- в) асос атрофини юмшаши
- г) 2см гача узунлигини катталашиши
- д) ОБШҚда пайдо бўлиши

6. Кератоакантома қиёсий ташхисланади.

- а) пўрсилдоқдан
- Б) Манганотти хейлитидан
- В) герпетик эррозиялардан
- Г) рақдан
- Д) кўп шаклли экссудатив эритемадан

7. Факультатив рақ олди касалликларини ташхислаш учун қандай текшириш усули утказилади.

- а) гистологик
- б) цитологик
- в) микробиологик
- г) биохимик
- д) Шиллер-Писарев синамаси

8. Беморда факультатив рақ олди касаллигига шубҳа туғилса врач-стоматолог тактикаси.

- а) онколог консультацияси
- б) терапевт консультацияси
- в) эндокринолог консультацияси
- г) бактериологик текширув
- д) биохимик текширув

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий куникма: Оғиз бушлиги шиллик каватини пайпаслаш.

Мақсад: Талабани ОБШК пайпаслашга ургатиш.

Курсатма: ОБШК касалликларини ташхислаш.

Жихозлаш: химоя куз ойнаклари, резинали перчатка, маска, тематик бемор(волонтёр)огиз бушлигини куриш учун асбоблар.

Амалий куникма боскичлари:

№	Қадамлар	Бажармади	Тўла бажарди
1.	Химоя воситаларини тақиш.		20
2.	Резинали перчатка тақилган ўнг қўл билан морфологик элемент пайпасланади		20
3.	Катта ва кўрсаткич бармоқ билан морфологик элемент чегарасини аниқлаш.		20
4.	Морфологик элементнинг остидаги тўқималарга ўсиб кирган ёки кирмаганлигини аниқлаш.		20
5.	Морфологик элементнинг оғриқлиги ва хажмини аниқлаш.		20
	Жами	0	100

Назорат саволлари:

1. ОБШК ва ЛҚХ ўсма олди шараёнларининг таснифи.
2. Кератоакантомани клиник хусусиятлари ва қиёсий ташхиси.
3. Тери шохи(кожный рог),клиник манзараси, қиёсий ташхиси.
4. Мугузланувчи папиллома,клиник манзараси, қиёсий ташхиси.
5. Нурланишдан кейинги стоматит,клиникаси.
6. Нурланишдан кейинги хейлит,клиникаси.
7. ОБШК ва ЛҚХ веррукоз лейкоплакия, қизил ясси темирлатки ва қизил югурикнинг эрозив ярали ва гиперкератотик шакллари. Клиник манзараси, қиёсий ташхиси.
8. Факультатив рак олди касалликларида врач-стоматолог тактикаси.
9. ОБШК ва ЛҚХ ўсма олди шараёнларининг профилактикаси.

15 Машғулот

1.Мавзу: *"Гальванизация. Техникаси ва гальванизация услублари. Дорили электрофорез. Импульсли ток. Импульс шакллари ва уларнинг характеристикаси".*

2. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларда укув амалиётида қўлланиладиган электр токи хақида тасаввур уйғотиш.

3.Машғулотнинг режаси: Стоматологияда қўлланиладиган физиотерапевтик аппаратларни ишлаш принципларини ўрганиш.

4.Калит сўзлар: Физиотерапия,гальванизация,импульсли тоқлар.

НАЗАРИЙ ҚИСМИ.

Гальванизация- даволаш мақсадида паст кучланишли (30-80В) ва юқори бўлмаган кучланишга эга (50мА гача) узлуксиз доимий электр тоқини қўллаш.

Тўқималарда доимий электр тоқи (ДЭТ) таъсири остида қатор ўзгаришлар кузатилади: бу ўзгаришлар турли биохимик ва физик жараёнлар учун янги шароит яратилишига олиб келади. Одам организми тахминан 60% сувдан иборат, шунинг учун уни турли кимёвий бирикмалар ионланган

молекулаларни сақловчи электролид деб ҳисоблаш мумкин. ДЭТ ўтганда ионлар, сув молекулалари ва зарядланган оксил қисмлари электродлараро бўшлиқда ҳаракатланади: мусбат бўлақлар катодга, манфий бўлақлар анодга.

ДЭТ таъсирида тери ва шиллиқ қаватларда: қон томирлар кенгаяди, қон айланиши ошади ва гиперемия пайдо бўлади, қон томир деворининг ўтказувчанлиги ошади, маҳаллий ҳарорат кўтарилади. Қон томир реакцияси, модда алмашинуви фаоллашади, эпителий ва бириктирувчи тўқима регенерацияси ошишига олиб келади.

Дорили электрофорез-дори ва ДЭТ ни биргаликдаги таъсири. Бу усул мураккаб моддаларни эритувчида мусбат ва манфий ионларга диссоциация қилиш билан боғлиқ, бу эса зарядланган бўлақларни электрод остида тўқимага киритишга имкон яратади.

Бунда электрод билан бир хил ионли қутбга эга бўлган ионлар киргизилади, улар терида тўпланиб депо ҳосил қилади. Терида ташқари, тўқима депоси ҳам юзага келади. Терида нисбатан кам қон айланиши натижасида ионли депо секин сўрилади. Қонга дори воситасини доимий тушиб туришини таъминлайди. Лекин бу усулда қонга тушувчи модда миқдори унчалик юқори даражада эмас. Маҳаллий концентрация, ионларнинг юқори электр фаоллиги, доимий ток билан қақирилган тўқималардаги биофизик ва биохимик ўзгаришлар яққол фармакотерапевтик эффект қақиради. Электрофорез дори препарати ножўя таъсирини минимал даражада қилиб беради, чунки фақат зарур бўлган таркибий қисмларни тўқима ичига киритиб беради. Электрофорезнинг даво таъсири ДЭТ параметрларидан ташқари электродларни жойлашиши, таъсир қилиш майдони, организмни функционал ҳолати, дори моддасининг фармакологик хусусияти, концентрацияси, беморни дори препаратига ва электр токига индивидуал сезувчанлигига боғлиқ. Текширишлар шуни тасдиқладики, фақат паст концентрацияли аралашмалардаги киритилган ионлар сони эритма концентрациясига чизиқли боғлиқ. Шунинг учун электрофорез учун 2-6 % ли эритмалар тавсия қилинади. Автор ҳисобига кўра оптимал концентрация 1-3 %.

Электрофорезнинг афзаллиги : дори моддаларни киргизиш қийин бўлган тўқималарга етиб бора олиши. Стоматологик амалиётида эмаль, дентин тўқимаси, тиш пульпаси ва периодонти, ёмон ўтувчи каналларда электрофорез ишлатилади.

Гальванизация ва дорили электрофорезга қарши кўрсатмалар бўлиб ўткир йирингли яллиғланиш жараёнлари, ҳавфли ўсмалар, юрак фаолияти декомпенсацияси, бош мия томирлари склерози, эпилепсия, тери ўткир касалликлари, токсик ҳолат, қон кетишга мойиллик, дори препаратини индивидуал кўтара олмаслик ҳисобланади.

Гальванизация ва дорили электрофорез учун ишлатиладиган аппаратлар: деворли гальванизация аппарати (АГН-32), портатив гальванизация аппарати (АГП-33), "Поток-1", "Поток-2", оғиз гальванизатори (ГР-1М, ГР-2) .

Доимий электр токи билан электрооғриксизлантириш - бу усулда ток ўтганда нервни кўзғалиши ўзгаради ва тўқималарда электроток ҳосил бўлиб, оғриксизлантириш таъсири пайдо бўлади. Электрооғриксизлантиришда доимий электр токини мусбат ва манфий қутблардан ўтказиш мумкин, лекин

кўпроқ манфий кутбга суянадилар. Электрооғриқсизлантиришда ток кучи 10-20 мА ни ташкил қилади. Доимий ток кучи 30 мкА дан ошса, пульпа некрозга учрайди. Кариоз бўшлиққа шакл берганда, тишни сунъий қопламага чархлаганда, пульпа шохини очганда ишлатилади. Электрооғриқсизлантириш ёши катталарга қараганда ёшларда кўпроқ ривожланган.

Электрооғриқсизлантириш учун ЭЛОЗ-1, ЭЛОЗ -2 аппаратлари ишлатилади.

Дианамотерапия - доимий импульсли 50-100 Гц частотали яримсинусоидал шаклли экспонентдан орқа фронтдан тортилган ток ва уларни комбинацияси. 3 шохли ва юз нервини жароҳатида, оғриқли синдромларда, пародонтозда, пульпитда қабул қилинади.

Синусоидал модулланган тоқлар (СТМ) - Модулланган амплитуда 10-150 Гц орасида 5000 Гц частотали синусоидал ўзгарувчан ток. СМТ га кўрсатмалар: периферик қон томир тузилишини бузилиши, нерв - мушак тизимини функционал бузилишларида, сурункали яллиғланиш жараёнларида, 3 шохли нерв невралгияси, юз жат соҳаси жароҳатлари, пародонтоз, периодонтитларда.

Қарши кўрсатмалар: ўсма касалликлари, юрак-қон томир декомпенсацияси, инфекция қасалликлар.

Электродиагностика - бу нерв ва мушак тўқималарини электр қўзғатиш билан текшириш усули. Стоматологияда пульпани нерв рецепторларини электрқўзғалувчанлигини текшириш - электродиагностика қўлланилади. Интакт тишларда тиш пульпаси 2-6мкА орасида ток кучини сезади. Тож пульпаси зарарланганда қўзғалувчанлик 7-60 мкА, илдиз пульпаси зарарланганда 60-100мкА бўлади. Қўзғалувчанликнинг 101-200мкАга пасайиши пульпа ўлганлиги ва периодонт рецепторлари сезишидан далолат беради. Пародонтозда, невритда қўзғалувчанлик 1.5-0.5мкА ошади. ЭОД ўтказиш учун ЭОМ - 1, ЭОМ - 3, ЭОД - 2М аппаратлари қўлланилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. "Қорбўрон" номли иш ўйинини ўтқозиш.
2. Органайзер тузиш (Нилуфар гули)

ТАҲЛИЛИЙ ҚИСМИ ТЕСТЛАР

1 Даво мақсадида ишлатиладиган паст кучланишли доимий ва узликсиз электр токи бу :

- А. Дарсонвализацияси
- Б. Гальванизация
- В. Электроуёқу
- Г. Флюктуоризация
- Д. Диатермия

2. Гальванизация учун ишлатиладиган аппаратлар:

- А Искра-1
- Б. ЭОМ-3
- В. СНИМ-1
- Г. Гр-2
- Д. Луч -2

3. Электрооғриксизлантиришда қўлланилади:

- А. ЭЛОЗ-1
- Б. ЭОМ-3
- В. СНИМ-1
- Г. Искра-1

Д. Луч -2

4. Электрооғриксизлантиришда қўлланилади:

- А. Искра-1
- Б. ЭОМ-3
- В. СНИМ-1
- Г. ЭЛОЗ-1

Д. Луч -2

5. ГР-1 ва ГР-2 аппаратлари қўлланилади:

А Амплипульстерапия.

Б. Дарсонвализацияси

В. Электроуйку

Г. Флюктуоризация

Д. Гальванизация

6. "Поток-1" аппарати қўлланилади:

А. Электроуйку

Б. Дарсонвализацияси

В. Дорили электрофорез

Г. Флюктуолизация

Д. Амплипульстерапия.

7. ИННАН -3 аппарати қўлланилади:

А. Дарсонвализацияси

Б. Электрооғриксизлантириш

В. Электроуйку

Г. Флюктуоризация

Д. Амплипульстерапия

8. Гальванизация қуйидагилар билан ўтказилади:

А. Нитрофуран катори препаратлари

Б. Ферментлар

В. Антибиотиклар

Г. Оқар сув

Д. Гемодез

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Илдиз каналлини электрофорези.

Мақсад: Беморларда илдиз каналлини электрофорезини ўтказиш

Кўрсатма: Даволашда физик усуллардан кенг фойдаланиш учун

Керакли жиҳозлар: Стоматологик кресло, стоматологик стандарт асбоблари, ГР-2 аппарати, дори воситалари, фланел прокладкалар, ёпишқоқ мум, актив электрод учун сим
Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	Бажара олмади	Барча босқичларн и бажарди	Талаба тўплага н балл	Ўқитувч и нинг
---	----------------	------------------	----------------------------------	-----------------------------	----------------------

					ИМЗОСИ
1	Илдиз каналлини кириш қисмини кенгайтириш	0	15		
2	Илдиз каналлини кенгайтириб медикаментоз ишлов бериш, қуритиш	0	10		
3	Тишни сўлакдан ажратиш;	0	15		
4	Мис симнинг бир томонини тозалаб, пахта ўраб, доривор моддага шимдириш ва каналга кирғазиш	0	10		
5	Тиш қавагини ёпишкок мум билан зич тўлдириш;	0	10		
6	Мис электроднинг иккинчи томонини ГР-2 аппаратиға улаш ва индефферент электродни билак қисмининг ташки тарафига қўйиш;	0	15		
7	Тишда ва қўлда жимирлаш сезгунча ток (3 мкА гача) бериб, муолажани 20 дақиқаға давом эттириш;	0	15		
8	Муолажа тамом бўлгандан кейин аппаратни секин-аста ўчириш;	0	6		
9	Электродларни бемордан олиб, стерилизацияға бериш.	0	4		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари

- 1 . Гальванизация нима .
2. Электрофорез нима .
- 3 Электрофорезға курсатмалар
4. Нимаға дори моддаларни кутбилилигини билишимиз зарур.
5. Электрофорез учун аппаратлар.
6. Электр аппаратлари билан ишлаганда билишимиз керак булган техник хавфсизлик коидаларини айтинг.
7. СМТ- терапия нима.
8. Диодиномотерапия нима.

16 Машғулот

1.Мавзу.: **ЮҚОРИ ЧАСТОТАЛИ ТОКЛАРНИ ҚЎЛЛАШ.**

ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ. ДАРСОНВАЛИЗАЦИЯ.

2. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларни токни ишлатилиши, диатермокоагуляция ва дарсонвализацияни стоматологиясида қўллаш техникаси ва усули билан таништириш.

3.Машғулотнинг режаси:

Талабалар диатермокоагуляция ва дарсонвализацияни стоматологиясида физиотерапевтик муожаларни қўллаш техникаси ва методикасини ўрганади.

4.Калит сўзлар: Физиотерапия,Юқори частотали тоқлар.

Диатермокоагуляция.

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Дарсонвализация - юқори частотали (100-300кГц) импульс тоқларини қўллаш. Юқори кучланишли (20 кВ) ва кам частотали (0,03мА) даволаш мақсадида қўллаш. Бунда айрим ток импульслари орасида ўтадиган вақт

импульслар муддатидан жуда кўп марта катта бўлади. Умумий ва маҳаллий бўлади.

Стоматология амалиётида фақат маҳаллий ДС қўлланилади. ДС жағ синишлари, пародонтоз, яра ва жароҳатларда қўлланилади. Ўткир артритда ЧПЖБ, периодонтит, катарал ва гипертрофик гингивитда, СҚАС, ҚЯТни типик формаси, глоссалгия, уч шохли нерв невралгиясида қўлланилади. Ҳавфли ўсмаларда, юрак томир етишмовчилигида, қон кетишга мойиллик бўлганда, силнинг актив формасида қўллаш ман этилади. ДСни қўллашда Искра -1 аппаратида фойдаланилади.

Диатермия - Юқори частотали электр токини (1-2МГц) юқори кучланиш (150-200В) ток билан даволаш мақсадида қўлланилади. Ҳозирги вақтда терапевтик стоматология амалиётида аппарат ишлаб чиқариши тўхтатилганлиги сабабли қўлланилмаяпти, лекин диатермокоагуляция қўлланилади.

Диатермокоагуляция - пульпит ёки периодонтитда илдиз каналини коагуляция қилишда, оғиз бўшлиғидан катта бўлмаган ҳавфсиз ўсмаларни олиб ташлашда қўлланилади.

Қарши кўрсатма: юрак- томир етишмовчилиги ва токни кўтара олмаганда. Диатермокоагуляцияни қўллашда ДСК-2М, ДК-3, ЭС-30 аппаратлардан фойдаланилади.

Пульпитларни даволашда ДКТни қўллаш методикаси. Ўтказувчи ва инфилтратли анестезия остида тиш бўшлиғи очилади, бор ва экскаватор ёрдамида пульпа каронкаси олиб ташланади, кейин ДКС-2М аппарати ёрдамида игна шаклида илдиз каналига 2 сек давомида қўйилади ва 2 секунд давомида каналдан чиқарилади. Мана шу вақт давомида диатермокоагуляция ўтказилади. Коагуляция қилинган пульпани пульпаэкстрактор билан олиб ташланади. Агар канал нам бўлса уни перекись водороди билан тозалаб, қуритилади ва пломба қилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. "Қорбўрон" номли иш ўйинини ўтқозиш.
2. Органайзер тузиш (Нилуфар гули)

ТАҲЛИЛИЙ ҚИСМИ

Тестлар:

1. Витал экстирпациясида қўлланилади:
 - А. УВЧ терапия.
 - Б. электрооғриксизлантириш.
 - В. дарсонвализация.
 - Г. диатермокоагуляция.
 - Д. нур терапия.
2. Дарсонвализация қайси аппарат ёрдамида қўлланилади:
 - А. АСБ-2-1
 - Б. ЛУЧ - 2

- В. Искра – 1
 Г. ЭОМ-ЗМ
 Д. ИННААН-3
 3. Искра - 1 аппарати нима учун қўлланилади:
 А. нур терапия.
 Б. дарсонвализация
 В. флюктуализация.
 Г. диатермокоагуляция.
 Д. УВЧ терапия.
 4. Дарсонвализация қайси касалларда қўлланилмайди:
 А. пульпит
 Б. периодонтит
 В. пародонтоз
 Г. катарал гингивит
 Д. гипертрофик гингивит
 5. Диатермокоагуляция қачон қўлланилмайди:
 А. юрак томир етишмовчилигида
 Б. ошқозон - ичак касалликларида
 В. асаб тизими касалликларида
 Г. қандли диабет
 Д. хомиладорликда
 6. Дарсонвализацияга қарши кўрсатма:
 А. СҚАС
 Б. актив сил
 В. ҚЯТ нинг типикшакли
 Г. у ч шохли нерв невралгияси
 Д. гипертрофик гингивит

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Тиш пульпасида диатермокоагуляция ўтказиш.

Мақсад: Беморларда диатермокоагуляция усулини қўллаш

Кўрсатма: Даволашда физик усуллардан кенг фойдаланиш

Керакли жиҳозлар: Кресло, бормашина, стоматологик стандарт набори, пломба ашёлар, эндодонтик асбоблар, ДКС-2М аппарати, пахта, валиклар, эндодонтик ишлов учун дори воситалар, 3% натрий гипохлорит.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	Босқични бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитув чининг имзоси
1	Даволанадиган тишга ўтказувчан ёки маҳалий анестезияни ўтказиш;	0	10		
2	Тиш бўшлиғини очиб бор ёки экскаватор билан пульпанинг тож қисмини олиш;	0	10		
3	Тиш сўлакдан изоляция қилиб, ДКС – 2 М аппаратини ишга тайёрлаш;	0	6		

4	Рентген ёрдамида канални узунлигини аниқлаш, игнани каналга киритиш	0	14		
5	6 – 8 А гача токни бериб, игнани каналда 3 сониягача ушлаб туриш;	0	10		
6	Куйдирилган пульпани пульпэкстрактор билан олиш;	0	10		
7	Каналга 3% натрий гипохлорит билан медикаментоз ишлов бериш;	0	6		
8	Файл ёрдамида канални учта номерга кенгайтириш;	0	14		
9	Канални пломбалаш ва доимий пломба қўйиш	0	20		
	Жами:	0	100		

Назорат саволлари:

- 1.Диатермия нима?
- 2.Диатермокоагуляция нима ?
- 3.Диатермокоагуляция указишга курсатмалар.
- 4.Диатермокоагуляция утказиш учун қўлланиладиган аппаратлар.
- 5.Диатермия утказиш учун курсатмалар.
- 6.Диатермия утказиш учун қўлланиладиган аппаратлар.

17 МАШҒУЛОТ

1.МАВЗУ: ЁРУҒЛИК БИЛАН ДАВОЛАШ. ИССИҚ СУВ БИЛАН ДАВОЛАШ. ПАРАФИНТЕРАПИЯНИ ЮЗ- ЖАҒ СОХАСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ҚЎЛЛАШ.

2. Машгулот мақсади:

Талабаларга ёруғлик билан даволаш, иссиқ сув билан даволаш, юз- жағ сохаси касалликларида парафинтерапияни қўллашни ўргатиш.

3. Машгулот режаси:

Талаба ёруғлик ва иссиқ сув билан даволашда физиотерапевтик муолажалар техникаси ва методикасини стоматологияда қўлланилиши, ёруғлик ва иссиқ сув, парафинтерапия ўтказишга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни ўрганади.

4.Калит сўзлар: ёруғлик ва иссиқ сув билан даволаш, парафинтерапия ***НАЗАРИЙ ҚИСМИ***

Даволаш мақсадида электромагнит ёруғлик оқими 1мкддан 760ммгача бўлган, лекин тарқалгани (инфрақизил (400-760мм) ва ултрабинафша(400-180мм) нурлар ҳисобланади.

Инфрақизил нурлар(ИК)- тўқимага 14мм чуқурликда кириб ютилади. Электромагнит энергия иссиқлик энергиясига айланади.Қон томирлар кенгайиб, қон айланиши тезлашади, гиперемия пайдо бўлиб, тери ўтказувчанлиги ошиб, моддалар алмашинуви тезланиб , фагацитоз кузатилади. Инфрақизил нурлар зарарланган тўқималарда репаратив жараёнларни стимуллаб, спастик ҳолат ва оғриқни қолдиради., тўқима алмашинувини

яхшилайди. Бу юз - жағ сохаси сурункали яллиғланиш жараёнларида, йирингли жараён, жарохатдан кейинги давр, куйиш ва музлашда буюрилади. Нурланиш учун электр лампаларидан "Соллюкс", стол лампалари ЛСМ-1, ОСН- 70 ёки партативли ЛСН-4 ва инфракизил нурлардан ЛИК - 5 лардан фойдаланиб 1-2 мин қизийди. Беморни кўз ойнаси билан то иссиқликни сезгунча бўлган масофага утирилади, одатда 50-100 см узоқликда ўтирадилар. Лампа беморнинг патологик учоғи томондан қараб қўйилади. Таъсир давомийлиги 20-40 дақиқа. Даволаш курси 20 марта, ҳар куни ёки кун - ора ўтказилади. "Соллюкс" лампасини қўйишдан олдин химоя сеткаси тубус локализаторини кийиш керак.

Ультрабинафша нурлар (УН)- ультрабинафша нурлар терига 01-1 мм чуқурликда кириб, зарарланган тери эпидермис ютади. Катта микдордаги энергия хисобига тўқималарда активизация кузатилиб, атомлар юқори даражага ўтади, бу эса УБН фотохимёвий натижасини кўрсатади. Тўғридан-тўғри таъсир қилиш оқсилда денатурация ва коагуляцияни чақириб, ферментатив парчаланишдан кейин биологик ферментлар ҳосил бўлади (гистамин, ацетилхолин ва бошқалар).

Кўрсатмалар: УБН ўткир, йирингли яллиғланиш жараёнларида, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати яраларида, пародонтоз, юмшоқ тўқима шикастланганда оғриқларда, кариес, сарамас, хуснбузар тошмалар олдини олишда буюрилади.

Қарши кўрсатмалар: ҳавфли ўсмалар, қон касалликлари, қизил югурук, юрак- томир тизими етишмовчилиги, ўпка сили касалликларида буюрилмайди.

Ультрабинафша нурларни ўтқазуш техника ва методикаси. ОН - 7 ёки ОКУФ - 5м га тубус танланиб, патологик учоқ томонга яқинроқ қўйиб, керакли вақт давомида нурланиш ўтказилади. Тубус ва нурни ойналар ёрдамида назорат қилиб турамиз. Даволаш курси давомийлиги 3 тадан 10та гача; кунига ёки кун-ора ўтказилади.

Парафин - оқ кристалл модда бўлиб, юқори молекуляр углеводлардан тузилган, 50-55 ° С да эриб, 350° С да қайнайди. 100° С дан юқори ҳароратда қиздирилса, ҳаво кислородида парчаланаяди. Парафин катта микдорда иссиқ сакловчи бўлиб, кам микдорда иссиқликни ўтказади, сув йўқлиги туфайли тўқималардан яхши ўтади. Парафинатерапияни таъсир механизми иссиқлик ўтказувчанлик хисобланади, Махаллий тана ҳарорати 45° С гача кўтарилади. Иссиқлик беришнинг йўқлиги эса тўқима қизиши, гиперемиясини чақириб, томирларни кенгайтириб, лимфа ва қон оқимини тезлаштиради, тўқима мембраналари ўтказувчанлигини ошириб, моддалар алмашунуви тезлаштириб, зарарланган тўқималарда фагоцитоз ва регенерациясини активлаштиради. Мушак тонуси ва асаб-рефлектор кўзгалувчанликни йўқотади. Қуйидаги ўзгаришлар фақат зарарланган жойга таъсир қилмай, симметрик ва сегментар зоналарга таъсир қилади, бу эса асаб- рефлектор таъсир механизми ҳақида маълумот беради.

Кўрсатмалар: юз-жағ юмшоқ тўқимаси жарохатлари, сурункали яллиғланиш жараёнлари, пародонтоз, оғиз бўшлиғи зрозив - яра касалликлари, юз ва уч шохли нерв зарарланиши касалликларида қўлланилади.

Қарши кўрсатмалар: хар хил хосилалар, юрак томир тизими етишмовчилиги, буйрак касалликлари, қон кетишда буюрилмайди.

Иссиқлик билан даволаш техника ва усули. Стоматологик поликлиникаларда парафин билан ишлаш қулай бўлиб, парафин 50-50° С даги хароратда ишлатилади. Аппликацияга сув тушишини олдини олиш керак, бу эса куйишга олиб келиши мумкин. Иссиқлик билан даволаш сеанси 20-60 дакика. Даволаш курси давомийлиги 20 та муолажа. Муолажалар кунига ва кунора ўтказилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. " Қор бўрон " номли иш ўйинини ўтказиш
2. Органайзер тузиш (Қандай, Поғона)

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масала №1

Бемор А га инфрақизил нурлари буюрилган. Қайси аппарат ёрдамида ушбу даволаш усули ўтказилади. Муолажани бажариш техника ва методикаси.

Вазиятли масала №2.

Бемор Б.га парафинтерапия буюрилган. Ушбу муолажа ўтказилгандан сўнг куйиш кузатилди. Муолажани бажариш техникасида қайси хатоликка йўл қўйилган.

Тестлар:

1. Ёруғликни тибий физик хусусияти:
 - А. Электромагнит оқимини оптик диапозони силжиши.
 - Б. Электромагнит тўлқини оқимининг юқори юзаки частоталиги.
 - В. Энергия оқими радиацияга ўтади.
 - Г. Электромагнит тўлқини оқимининг юқори частоталиги.
2. Қайси ёруғлик манбаи ультрабинафша нурланишни беради:
 - А. ОКУФ - 5м
 - Б. Кундузги ёруғлик лампалари.
 - В. Юмалоқ симоб - трубкали лампалар.
 - Г. Минин лампалари.
 - Д. Соллюкс лампалари.
3. Инфрақизил нурларнинг биофизик таъсири нимага асосланган:
 - А. Фотоэлектрик таъсир.
 - Б. Фотохимёвий таъсир.
 - В. Силлиқловчи таъсир.
 - Г. Иссиқлик таъсири.
4. Лазерли нурланиш қайси таъсирга эга эмас:
 - А. Тери ажралишини кучайтиради
 - Б. Оғрикни камайтиради.
 - В. Яллиғланиш ўзгаришлари сўрилмайди.
 - Г. Бактериоцид таъсир.
5. Қайси патологик жараёнларда ультрабинафша нурлар қарши кўрсатилади:

- А. Буйин липомаси.
 Б. 12 бармокли ичак яраси.
 В. 3 даражали куйиш
 Г. спайкалар
 Д. ўпка абцесси
6. Парафиннинг таъсир механизми:
 А. сўрувчи
 Б. резорбтив
 В. яллиғланишга қарши.
 Г. антигистамин.
 Д. оғриқ қолдирувчи.
7. Парафин қайси ҳароратда эрийди:
 А. 95-100° С
 Б. 60-70 ° С
 В. 80-90° С
 Г. 52-55 ° С
8. Қайси йўл билан иссиқ иссиқлик ташувчидан беморга утқазилмайди
 А. ишқаланиш билан.
 Б. конвекция билан.
 В. парчаланиш билан.
 Г. иссиқлик ўтказувчанлик

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Хар хил физотерапевтик аппаратлар қўллаш методикаси.

Мақсади: Талабаларга хар хил физотерапевтик аппаратлар қўллаш методикаси билан таништириш.

№	Бажариладиган босқичлар.	Босқич бажарилмаган	Босқич тўлиқ бажарилган
1.	Субъектив усуллар ёрдамида беморни текшириш, электродлар жойини аниқлаш	0	20
2.	Муолажа бажарилиш техникасини аниқлаш	0	20
3.	Электродларни қўйиш	0	20
4.	Беморни субъектив ахволини назорат	0	20
5.	Электродларни олиш.	0	20
	Жами	0	100

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:

1. Ёруглик билан даволашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар.
2. Парафинтерапияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар.
3. Лазер нурларининг организм тўқимасига таъсир механизми.
4. ОБШҚ кўрикларида инфрақизил ва ультрабинафша, шунингдек лазер нурларини ўтказиш техника ва методикаси.

МАШҒУЛОТ №18

1.МАВЗУ: КАРИЕС, ПУЛЬПИТ, ПЕРИОДОНТИТНИ ДАВОЛАШ ВА ДИАГНОСТИКА ҚИЛИШ УЧУН ФИЗИК ОМИЛЛАРНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ.

2. Маиғулот мақсади:

Талабаларни кариес, пульпит, периодонтитни даволаш ва диагностика қилиш учун физик омилларни қўллаш тухника ва методикаси билан таништириш.

3. Маиғулот режаси:

Талаба стоматология амалиётида физиотерапевтик муолажалар ўтқазиш техника ва методикасини, электрик токини буюришга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни, аниқ кўрик учун керакли физиотерапевтик давони танлай олишни ўрганади.

4.Калит сўзлар: кариес, пульпит, периодонтитни даволаш ва диагностика қилиш учун физик омиллар

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Ҳароратли ташхис (термодиагностика)

Тишнинг ҳарорат таъсирловчи реакциясини аниқлаш текширувнинг эски усулларида бири бўлиб, пульпа ҳолатини аниқлашда кенг қўлланилади. Таъсирловчи сифатида эфир, одатда кўпинча иссиқ ёки совуқ сув қўлланилади. Оддий усуллардан бири бу тишни ёриғига шприц ёрдамида сув сочиш ҳисобланади. Лекин бу айрим вақт кайси тиш жавоб бераётганини аниқлашга бир қанча қийинчиликлар туғдиради. Бу ҳолатда одатда иссиқ ёки совуқ сув билан бўктирилган тампон кариоз бўшлиғига киргизилади ёки тиш юзасига қўйилади. Пульпа реакцияси таъсирловчига шуни кўрсатадики, соғлом тиш ҳаракатли ўзгаришларга таъсир қилади. Индифферент зона (реакция йўқ зона) кейин 30°C $50-52^{\circ}\text{C}$ -иссиқликка реакцияси $17-22^{\circ}\text{C}$ совуққа реакция беради. Тишлар иссиқ ва совуқни сезади. Адекват реакция эси пульпанинг яхши ҳолатда эканлиги ҳақида маълумот беради. Пульпани яллиғланишида индифферент зоналар торайиши ва ҳарорат сал ўзгарганида ҳам жавоб реакцияси пайдо бўлади, яъни давомий ёки симмилловчи оғриқ пайдо бўлади. Бундан ташқари яллиғланишида адекват бўлмаган реакциялар пайдо бўлади, иссиқ, совуққа ҳам оғриқ пайдо бўлади. Тишдаги некрозланган пульпа ҳарорат реакцияларига жавоб бермайди.

Электроодонтометрия (Электроодонтодиагностика)пульпа ва тўқима ҳолати ҳақида тўлиқ маълумот беради. Хаммага маълумки электр токини қўллашда ҳар қандай тирик тўқима қўзғалувчанлик ёки таъсирловчи таъсирида қўзғалувчанлик хусусиятига ўтиши асослаб берилган. Таъсирловчини кам миқдордаги кучи қўзғалишни чақиради. Шу аниқланганки, патологик жараёнда пульпада қўзғалувчанлик ўзгаради. Электр токини ташхис қўйиш мақсадида қўллашда жуда кенг тарқалган бўлиб, уни қўллаганда жароҳатланмайди. Тиш электроқўзғалувчанлигини аниқлаш учун ОД-2М, ИВН-1, ЭОМ-1, ЭОМ-3, ЭОМ-50 аппаратларидан фойдаланилади. ОД-2М аппаратини ишлатишда шифокор ва ҳамшира қатнашиши керак. ОСМ-5 аппарати билан ОД-2М фарқи 0 дан юқорига қараб кучсизланиш оширилиб

борилади. ЭОМ-1, ИВИ-1 аппарати билан пульпа электр ўтказувчанлигини шифокор амалга оширади.

Текшириш методикаси. Пассив электрод 10x10 см бўлиб пластинка шаклида, сим ёрдамида аппарат клеммасига уланади. "+" (мусбат) бемор қўлига бинт ёрдамида маҳкамланади. Электрод ва тери орасига нам доқа қўйилади. Тиш юзаси яхши қурилгандан сўнг тиш қўзғалувчанлиги аниқланади. Клеммага уланган " -" актив электродининг охири юпқа пахтали қават билан ўралиб, сувга бўктириб, тиш кесувчи юзасига қўйилади. Кесув ва қозиқ тишларни сезув нуқтаси кесув қиррасининг ўртасида, премоляр тишларда лунжнинг юқори дўмбоғида, молярларда эса олдинги лунж юқори дўмбоғида жойлашиб, бу эса тиш тўқимасининг гистологик тузилишига боғлиқ.

Шуни унитмаслик кераки, текширув методикасини ўтказишда қоидаларга риоя қилмаслик хатоликларга олиб келиши мумкин. Бу текширувни ўтказиш учун таъсирловчи таъсири чегаралаб қўйилмайди. Мусбат жавоб олингандан сўнг, ток кучи камайтирилиб, қўзғатувчи яна бир бор текширилади. Хатолардан ҳолис бўлиш учун, шифокор резина қўлқоп билан ишлаши ва ойна ўрнига елимли шпател билан ишлаши керак. Пульпада қўзғалувчанлик норма ва патологиядаги ҳолати кўрсаткичлари аниқланди. Соғлом тишлар 2-6мкА токка жавоб беради. Кариеснинг бошланғич даврида сезувчанлик ўзгармайди. Аммо ўрта, аниқса чуқур кариесда пульпанинг қўзғалувчанлиги пасайиб, бу эса морфологик ўзгаришлар кузатилаётганидан дарак беради. 20-30мкА да электрқўзғалувчанликнинг пасайиши пульпада яллиғланиш жараёни борлигини кўрсатади. Шуни эса сақлаш керакки электроқўзғалувчанлик кўрсаткичи жараён тарқалганлик даражасини белгилаб бермайди. Яллиғланиш жараёнининг чегаралангани ҳақида шуни айтиш мумкинки, агар битта дўмбоқда қўзғалувчанлик пасайса, қолганларида ўзгармайди. Агар жараён пульпа коронкасини тўлиқ эгаллаган бўлса, бунда коронканинг ҳамма дўмбоғида қўзғалувчанлик пасайган бўлади. Агар пульпада некроз бўлса, бунда тиш 100 мкА жавоб беради. Нормадаги периодонт 100-200мкА токка сезувчан ҳисобланади. Морфологик ўзгаришларда тиш 200мкА токда жавоб беради. Текширувда шуни аниқланади функцияси пасайган тишларда сезувчанлик пасаяди. Пульпа электроқўзғалувчанлигини доимий ток билан аппарат ёрдамида аниқланади. Аппаратлар жуда оддий бўлиб, электродга эга бўлиб, у текширилаётган тиш билан тегиб туради. Унда 1 дан 10 гача бўлган шкала бор. Ушбу аппарат ёрдамида пульпа ва унинг ҳолатини аниқлаш мумкин. Нормадаги пульпа 2-6 мкА токка жавоб бериб, бунда стрелка 1-2 ни кўрсатади, яллиғланишда эса 4-5, агар пульпа йўқ ёки некрозга учраган бўлса, берилаётган токка жавоб бермайди. Бундай қурилмалар пульпанинг ҳолатини аниқ белгилаб бермайди.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. " Қор бўрон " номли иш ўйинини ўтказиш.
2. Органайзерлар тузиш (Қандай, Нима учун).

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ
Вазиятли масалалар № 1.

Бемор А. иссиқ ва совуқ таъсир қилганда давомий симилловчи оғриқ билан шикоят қилиб келди. Текширувда чуқур кариоз бўшлиқ тиш бўшлиғи хақида хабар бермайди. Зондлаганда оғриқсиз, туби эса қаттиқ . Тиш оғриғи анча вақтдан бери безовта қилади. Бемор А. хомиладорликни 8 ойлигида. Сизнинг даволаш тактикангиз.

Вазиятли масалалар № 2.

Бемор Б. юқори чап тишлари иссиқ ва совуқ таъсир қилганда оғриқ борлигига шикоят билан мурожат қилди. Тиш коронка остида. Аниқ оғриган тишни аниқлай олмайди. Беморнинг бош қисмида ҳавфсиз ўсма жойлашган. Ташхис қўйишда қайси усуллардан фойдаланасиз?

Тестлар

1. Пульпани электркўзғалувчанлиги қуйидаги усул билан аниқланади:
 - А. зондлаш
 - Б. ЭОМ
 - В. R
 - Г. ЭОД
 - Д. капиллярскопия
2. Термоодонтометрия қуйидаги йўл билан амалга оширилади:
 - А. Махсус аппаратлар ишлатиб
 - Б. Щприц билан иссиқ сув сепиш.
 - В. . Щприц билан совуқ сув сепиш.
 - Д. Тишга совуқ сув бўктирилган тампон қўйиши.
 - Е. Тишга иссиқ сув бўктирилган тампон қўйиши .
3. Кесув тишлар учун индифферент зона:
 - А. 8°C
 - Б. 50°C
 - В. 17°C
 - Г. 20 °C
 - Д. 30°C
4. Тишларнинг иссиқликка таъсир реакцияси қуйидаги ҳароратда аниқланади:
 - А. 15-30°C
 - Б. 17-20°C
 - В. 8-15°C
 - Г. 50-52°C
 - Д. 30-40°C
5. Тишларнинг совуқка таъсир реакцияси қуйидаги ҳароратда аниқланади:
 - А. 30-40°C
 - Б. 17-20°C
 - В. 8-15°C
 - Г. 15-30°C

Д. 50-52°C

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма. Илдиз каналини электрофорези.

Мақсад: Беморларда илдиз каналини электрофорезини ўтқазиш.

Кўрсатма: Даволашда физик усуллардан кенг фойдаланиш учун.

Керакли жихозлар: Стоматологик кресло, стоматологик стандарт асбоблари, ГР-2 аппарати, дори воситалари, фланел прокладкалар, епишкок мум, актив электрод учун сим

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма	Бажара олмади	Барча босқичларни бажарди	Талаба тўплаган балл	Ўқитувчининг имзоси
1	Илдиз каналини кириш қисмини кенгайтириш	0	15		
2	Илдиз каналини кенгайтириб медикаментоз ишлов бериш, куритиш	0	10		
3	Тишни сўлакдан ажратиш;	0	15		
4	Мис симнинг бир томонини тозалаб, пахта ўраб, доривор моддага шимдириш ва каналга кирғазиш	0	10		
5	Тиш қавагини ёпишкок мум билан зич тўлдириш;	0	10		
6	Мис электроднинг иккинчи томонини ГР-2 аппаратига улаш ва индефферент электродни билан қисмининг ташқи тарафига қўйиш;	0	15		
7	Тишда ва қўлда жимирлаш сезгунча ток (3 мкА гача) бериб, муолажани 20 дақиқага давом эттириш;	0	15		
8	Муолажа тамом бўлгандан кейин аппаратни секин-аста ўчириш;	0	6		
9	Электродларни бемордан олиб, стерилизацияга бериш.	0	4		
	Жами:	0	100		

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:

1. Пульпит ва периодонтитни даволашда қайси аппаратлардан фойдаланилади?
2. Пульпит ва периодонтитга ташхис қўйишда қайси аппаратлардан фойдаланилади?
3. Пульпитни диагностикасида қайси физик текшириш методлари ишлатилади?
4. Пульпит ва периодонтитни физиотерапевтик даволашга кўрсатмалар.
5. Пульпит ва периодонтитни даволашда физиотерапияга қарши кўрсатмалар.
6. ЭОД ни таъсир механизми.
7. ЭОМ ни таъсир механизми.

МАШҒУЛОТ №19

1.МАВЗУ: "ПАРОДОНТ ВА ОБШҚ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ФИЗИК УСУЛЛАРНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ. СТОМАТОЛОГИЯДА УЛЬТРАТОВУШЛАРНИ АҲАМИЯТИ"

2. Маиғулот мақсади:

Талабаларда ўқув амалиётида қўлланиладиган электр токи ҳақида тасаввур уйғотиш. Стоматологияда қўлланиладиган физиотерапевтик аппаратларни ишлаш принциплари ўргатиш.

3. Маиғулот режаси:

Талаба стоматология амалиётида физиотерапевтик муолажалар ўтқизиш техника ва услубини, электр токини буюришга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни, аниқ кўрик учун керакли физиотерапевтик давои танлай олиши - электрофорез, ультрафонофорез, дарсонвализация ўтқизишни ўрганади.

4.Калит сўзлар: физиотерапевтик аппаратларни ишлаш принциплари.

НАЗАРИЙ ҚИСМИ

Касалликни клиник кўринишига асосланган ҳолда врач физик давои тайинлайди. Физиотерапевтик даво инвазив эмас ва яхши самара беради, у камдан- кам ҳолатларда асорат бериши мумкин. Физиотерапевтик усул стоматолог врачни ишини анча енгиллаштиради . Оғиз бўшлиғини гигиенасини яхшилаш мақсадида тиш тошларини олиш учун паст частотали ультратовуш, бундан ташқари маҳаллий КУФ нурлантириш, антисептик ва ўт дамламалари билан гидромассаж ишлатилади . Пародонтдаги яллиғланишни даволаш мақсадида милкни паст-интенсивликга эга лазер нурлантириш , УВЧ , маҳаллий гипотермия , милкка плазмали потоклари билан (ППА) таъсир қилиш, анодли гальванизация ёки препаратлари билан (террилитин билан димексид, ребонуклеаза, кальций хлорид, натрий салицилат) электрофорез буюрилади. Микроциркуляцияни, модда алмашинувини , иммунологик реактивликни, пародонт тўқималарини репатив регенерациясини яхшилаш мақсадида қуйидагилар ишлатилади : милк дарсонвализация ЭП УВЧ олиготермик дозада, маҳаллий гипо - ва гипертермия , юқори частотали ультратовуш, гелий- неонли лазер нурлари, аргонни плазмали потоки, вакуумтерапия, катод гальванизация ёки дори моддалар билан (витаминлар , вазоактив препаратлар , антиоксидантлар , электрофорез, милкларни массажи . Шу билан бирга умумий УФ нурлантириш, аэроионотерапия. Щербачев бўйича гальваник ёқа, электроуйку, ванналар (радонли, сульфидли, йодобромли) ва х.к. Беморларга физиотерапевтик муолажаларни тайинлашдан олдин кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак. Беморнинг йўлдош касалликларига ва юрак- қон томир касалликларига алоҳида эътибор бериш керак.

ОБШҚ касалликларида физиотерапия касалликни характери ва зарарланиш турига қараб ҳар хил бўлади. Масалан : декубитал ярани микро муҳитига таъсир қилиш учун калта УФ нурлар ишлатилади. Нурлантириш 1 биодозадан бошланиб, ҳар сафар кейинги қабулда 1 биодозага

кўпайтирилади. Даволаниш курси 4-5 муолажадан иборат. Яра эпителизациясини яхшилаш мақсадида дарсонвализация қўлланилади. Бунда ярага 4-5 марта 3-5 дақиқа давомида калта учқунлар таъсир қилинади. Яра катта бўлса аэрозолтерапия ишлатилади. Унда дори моддалар яра устига сепилади, бу эпителизацияни стимулантиради ва яллиғланишни олдини олади. Организмнинг реактивлиги пасайганда секин кечувчи яраларда аэрозолтерапия ва маҳаллий юқори частотали доимий тоқларни қўллаш яхши самара беради.

Кўп шаклли экссудатив эритмада куйидаги даво олиб борилади:

- УФ нурлари билан умумий нурлантириш,
- Аэроионизация,
- Электрофорез,
- УВЧ.

Қизил ясси темираткида куйидагича :

оддий турида: кичишни, ачишиш, тортилиш хиссларини бартараф қилиш учун контакт ёки дистанцион дарсонвализация 3-5 дақиқа давомида, даволаш 10-12 кун муолажа хар куни ёки кунора олиб борилади. Тўқималар трофикасини яхшилаш мақсадида никотин кислота ёки витамин В билан электрофорез ўтказилади; эрозив -яралли тури: иккиламчи зарарланишни олдин олиш учун – УФ нурлар, оғрикни камайитириш учун - новокаинли аэрозолтерапия, эпителизацияни тезлатиш учун кератопластиклар билан аэрозолтерапия буюрилади.

Хейлитларда: *ангуляр хейлит*: калта спектрли УФ нурлар, нистатинли электрофорез,

галаскорбин кислотали ультрафонофорез.

глангуляр хейлитда: оддий турида - йодли электрофорез (майда сўлак безлари функциясини нормалаштириш мақсадида), яллиғланиш жараёнларида КУФ нурлантириш, дамламаларда ультратовуш ёки ультрафонофорез. Глангуляр хейлитни узоқ вақт давомида сурункали кечишда майда сўлак безларини гипертрофиясига олиб келиши мумкин, агар бунда ультратовушли терапия ёрдам бермаса, бунда Букки рентген нурларини (1 хафтада 1 марта 300-500 доза) ёки майда сўлак безларини чиқарув йўллари диатермокоагуляция қилинади.

-экзематоз хейлитда: димедролли электрофорез (даволаш курси 12-18 марта), тошмалар соҳасига УВЧ (10-15 дақиқа давомида, даволаш курси 8-12 марта), УФ нурлар субэритемали дозаларда, парафинотерапия (10-12 марта).

ОБШҚ касалликларида қўлланиладиган аппаратлар:

1. Диодинамотерапия - Тонус-1, Тонус-2,
2. Дарсонвализация - Искра-1
3. УВЧ терапия - "Минитерси"
4. Микротўлқинли терапия - Луч - 2
5. Аэрозолтерапия - Аэрозоль -1
6. Ультратовушли терапия - "Ультрадент"
7. Вакуумтерапия – АЛП

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. " Қор бўрон " номли иш ўйинини ўтқозиш.
2. Органайзерлар тузиш (SWOT, Тоифалаш жадвали).

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМИ

Вазиятли масалалар № 1.

Бемор А. glandуляр хейлит юзасидан узоқ вақт медикаментоз даволанган. Аммо натижасиз бўлган. Қандай физиотерапевтик даво таклиф қиласиз.

Вазиятли масалалар № 2.

Бемор Б. милклар соҳасидаги оғриқлар, шиш, нохуш ҳидга шикоят қилиб келган. Объектив кўрикда: милк шишган, гиперимияланган, милк ости ва милк усти тиш тошлари бор . Чўнтак чуқурлиги 5мм дан юқори. Алохида гуруҳ тишлар соҳасида пародонтал абсцесслар бор, шунингдек 2-3 даражали кимирлашлар .

Ташхис қўйинг . Ташхисни тасдиқланг. Сизнинг кўрсатмаларингиз.

Тестлар.

1. Патологик ўчоқга парафин қандай қалинликда қўйилади?
 - А. 1,5 см дан кўп эмас
 - Б. 2 см дан кўп эмас
 - В. 1 см дан кам эмас
 - Г. 2 см дан кам эмас
 - Д. 3 см дан кам эмас
2. Ультратовушнинг қандай интенсивлиги капиллярлар девори ўтказувчанлиги ошганлигидан дарак беради ?
 - А. 1,4 Вт/см²
 - Б. 1,0 Вт/см²
 - В. 0,8 Вт/см²
 - Г. 2,0 Вт / см²
 - Д. 0,4 Вт/см²
3. Диодинамометрияда қандай аппарат ишлатилади?
 - А. Луч-2
 - Б. Искра -1
 - В. Миниметр
 - Г. Тонус – 2
 - Д. АЛП
4. Дарсонвализацияда ишлатиладиган аппаратлар:
 - А. Искра -1
 - Б. Тонус – 2
 - В. Миниметр
 - Г. Луч-2
 - Д. АЛП
5. УВЧ терапияда қайси аппаратлар ишлатилади:
 - А. Луч-2
 - Б. Искра -1

В, Миниметр
Г. Тонус – 2
Д. АЛП

АМАЛИЙ ҚИСМИ

Амалий кўникма: Милклар электрофорези.

Мақсад: Беморларда милклар электрофорезини ўтказиш

Кўрсатма: Даволашда физик усуллардан кенг фойдаланиш учун

Керакли жиҳозлар: Стоматологик кресло, милк электродлари, стоматологик стандарт асбоблар, ГР-2 аппарати, дори воситалари, фланел прокладкалар, ёпишқоқ мум, актив электрод учун сим.

Бажараладиган боскичлар қадамлари:

№	Амалий куникма	Боскич ни бажара олмади	Барча боскич ларни бажарди	Талаба тўпла ган балл	Ўқитув чининг имзоси
1	Доривор моддага шимдирилган 10 х 1 см размерли милк электродларни (актив электрод) олиш	0	10		
2	Битта электродни юқори жағ альвеоляр ўсимтасининг вестибуляр юзасига қўйиш;	0	14		
3	Иккинчи электрод пастки жағ альвеоляр ўсимтасининг вестибуляр юзасига қўйиш;	0	14		
4	10 х 8 см размерли индифферент электродни (пассив электрод) тайёрлаш	0	6		
5	Пассив электродни билакнинг ташқи тарафига намланган дока билан қўйиш	0	14		
6	Электродларнинг иккинчи кисмини ГР-2 аппаратига улаш;	0	14		
7	Бемор милкда жимиллаш сезгунча токни бериш (20 дакика);	0	12		
8	Муолажа тамом бўлгандан кейин секин-аста аппаратни ўчириш;	0	10		
9	Электродларни бемордан олиниб стерилизацияга топшириш.	0	6		
	Жами:	0	100		

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:

1. ОБШҚ касалликларини даволашда қандай физиотерапевтик усуллар қўлланилади .
2. ОБШҚ касалликларида қандай физиотерапия қўлланилади.
3. ОБШҚ касалликларини даволашда қандай физиотерапевтик аппаратлар ишлатилади .
4. Физиодаво ўтказишга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни айтинг .
5. Бу аппаратларни таъсир механизмини айтинг .
6. Физиорецептура ёзиб беринг .

АДАБИЁТЛАР

Асосий адабиётлар:

1. Банченко Г.В., Максимов Ю.М. Язык - «зеркало» организма. М.: Бизнес-центр «Стоматология» 2000 – 407 с.
2. Боровский Е.В. и соавт. Терапевтическая стоматология: Учебник – М., 2004. – 840 с.
3. Боровский Е.В. Данилевский Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Атлас.- М.,1991. - 320 с.
4. Боровский Е.В. Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. М.: Медпресс, 2001.
5. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Под ред. Л.М.Лукиных. – Новгород, 2001.
6. Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х., Мирахмедова Д.У. ва бошқ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси касалликлари: Учебник – Тошкент: Янги аср авлоди, 2005.- 168 б.
7. Лангле Р.П., Миллер К.С. Атлас заболеваний полости рта. Перевод с англ. под ред. Л.А.Дмитриевой .-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010-224с
8. Хальвиг Э., Климтек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология: Под ред. проф. Политун А.М., проф. Смоляр Н.И. /Пер. с нем. – Львов: ГалДент, 1999.

Қўшимча адабиётлар:

9. Джордж Ласкарис. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта. Руководство для врачей. Перевод с англ. под редакцией, д.м.н., профессора И.М.Рабиновича.- М.,МИА, 2006
10. Барер Г.М., Е.В.Зорян и др., Рациональная фармакотерапия в стоматологии.- М.,Литтерра,2006
11. Барер Г.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – М.,1996,201с.
- 12.Жуматов У.Ж. ва бошқ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларини ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг замонавий жиҳатлари /Ўқув - услубий қўлланма.– Тошкент, 2003. – 108 б.
13. Жуматов У.Ж. и соавт. Сборник примерных тестовых вопросов, ситуационных задач и практических навыков для подготовки студентов стоматологического факультета к сдаче экзамена методом OSCE. – Ташкент, 2003. – 136 с.
- 14.Жуматов У.Ж., Мирахмедова Д.У., Мубаракова Н.А., Мишарова Н.Н. Новые технологии в учебном процессе кафедры терапевтической стоматологии для 5 курса. – Ташкент, 2005. – 2 с.
- 15.Заболевания слизистой оболочки полости рта. Учебное пособие. – М., 1996.
- 16.Зуфаров О.О., Мирахмедова Д.У., Бекташев С.И., Жуматов У.Ж. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг касалликлари.- Ташкент, 2001. – 106 б.

17. Мамедова Ф.М. с соавт. Огиз бушлиги шиллик пардасининг касалликлари.- Тошкент, 1995. -140 с.
18. Физические факторы, применяемые в стоматологии: Под ред. О.И.Ефанова.- М., 2000 - 58 с.
19. Электронные сведения получены со следующих сайтов:
[http: www. n/ m.Nid gou/mtdlineplus/,ency/ article/00/055.](http://www.nidgou.mtdlineplus.ru/ency/article/00/055) [http:/ Stom.ru/ student/](http://Stom.ru/student/), [htt: /stom.ru / student/ referat,](http://stom.ru/student/referat/) [/ htm htt:/ Stomatologya. ru](http://Stomatologya.ru) / [http: // Stom.ru/ student/ referat,](http://Stom.ru/student/referat/) [/ htm htt:// Stomatologya . ru](http://Stomatologya.ru) /