

**O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘likni Saqlash Vazirligi**

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti

Gospital terapevtik stomatologiya kafedrası

Ma’ruza №2

**Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida yuqumli kasalliklar.
Virusli kasalliklar. Vensan yarali-nekrotik stomatiti.
Sil. Zahm. Kandidoz. OITS.**

Ma’ruzachi: professor Komilov X.P.

**Ma’ruza matni
Tibbiyot institutlari stomatologiya fakultetining 5 kurs talabalari uchun
mo‘ljallangan.**

Toshkent — 2016

Mavzu: Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida yuqumli kasalliklar. Virusli kasalliklar. Vensan yarali-nekrotik stomatiti. Sil. Zahm. Kandidoz. OITS.

Ma’ruza maqsadi: YUqumli kasalliklarni OBSHQda klinik manzarasini ko‘rish, tashxislash va davolash bilan tanishtirish.

Ma’ruza vazifalari: YUqumli kasalliklarga to‘g‘ri tashxis quyish, qiyosiy tashxis o‘tkazish va davolashni bilishini ta‘minlash.

Ma’ruza rejasi:

1. Virusli kasalliklar:

- a) Oddiy herpes;
- b) O‘rab oluvchi temiratki ;
- 2. Vensan yarali-nekrotik stomatiti;
- 3. Sil;
- 4. Zahm;
- 5. OITS;
- 6. Kandidoz.

Virusli kasalliklar bilan zararlanish yo‘li: kontakt, xavo-tomchi, og‘iz orqali, teri va shilliq qavat shikastlanishi orqali.

1. ODDIY GERPES

2 turda kechadi:

- a) utkir gerpetik stomatit;
- b) surunkali qaytalanuvchi herpes.
- a) O‘tkir gerpetik stomatit.

CHaqiruvchi virus - oddiy herpes. Inkubatsion davri 3-4 kun. O‘tkir yuqumli kasallikni boshlanishida tana xarorati oshadi, umumiy xolsizlanish kuzatiladi, toshmalar toshadi, pufakchalar tez orada yorilib, eroziya paydo bo‘ladi.

Oqiz bo‘shlig‘i shilliq qavatida tarqalgan qizarish, shish, eroziya, afta va yaralar bo‘lishi kuzatiladi, ular bir biri bilan qo‘shilish xususiyatiga ega bo‘ladi. Joylashishi notekis, tanglayda, labda, og‘iz atrofi va burun terisida, jinsiy a‘zolar shilliq qavatida afta-eroziya-yara ajralib turadi va ular oq-sariq rangli fibrin karash bilan qoplangan bo‘lib, paxta tampon bilan qiyin olinadi.

Sitologiyada: Ko‘p yadroli gigant (katta) xujayralar, neytrofillar, gistotsitlar, epiteliy xujayralari paydo bo‘ladi.

Gistologik tekshiruv: pufakchalar epiteliy ichida joylashgan, akantoliz aniqlanadi.

Solishtirma tashxisi: oqsim, gerpangina, allergik toshmalar, ko‘p shakilli ekssudativ eritema bilan qilinadi.

Qon taxlili: o‘tkir yallig‘lanishga xos o‘zgarishlar.

So‘lak rN - nordon, keyin ishqoriy, lizotsim miqdori kamaygan.

Davolash: umumiy terapiya: Virusga qarshi preparat - bonafton 0,1 dan kuniga 3-5 marta 5 kun davomida berilib, 1-2 kun tanaffusdan so'ng yana qaytariladi. YAllig'lanishga qarshi vosita sifatida natriy salitsilat 0,5 dan 4 maxal kattalarga, antigistamin preparatlar (dimedrol, suprastin, diazolin), kalsiy glyukonat 0,5-1,0 gr. 3 maxal, vitaminlardan S va RR beriladi. Statsionar sharoitida prodigiozan 25-50mkg dan 2-3 marta 3-4 kun oralatib va mushak orasiga lizotsim qo'llash yaxshi natija beradi.

Og'ir yoki fuzospirillez infeksiya bilan asoratlansa davolashga metronidazol yoki keng spektrli antibiotiklar qo'shiladi. Ko'rsatmalarga kura yurak-qon tomir vositalarini buyurish kerak. Bemor yuqori kaloriyali, vitaminlarga boy parhez tutishi, ko'p suyuqlik iste'mol qilishi zarur.

Maxalliy terapiya: toshma toshishini dastlabki kunlarida virusga qarshi vositalar: interferonning surtmasi, (interferon 1 amp., lanolin 5g, shaftoli moyi 1g., anestezin 0,5 gr.) eki eritmasi, bonaftonning 0,5% surtmasi, 1-2% florenal yoki o'tlar damlamasi bilan berilganidan so'ng, applikatsiya xolida qo'llaniladi. Og'iz bo'shlig'iga proteolitik fermentlar bilan kuniga 1 maxal ishlov beriladi. Fermentlardan dezoksiribonuleaza- ning 0,2% lik eritmasini qo'llash maqsadga muvofiq, chunki u virusga qarshi va nekrotik to'qimalardan tozalash xususiyatiga ega.

Ikkilamchi infeksiyaning oldini olish choralari ko'riladi. Bunda maxalliy antiseptiklar: kaliy permanganatning 1:5000 eritmasi, 0,25-0,5% lik vodorod peroksidi, 0,25%lik etoniy eritmasi, 0,25% xloramin, furatsilinning 1:5000 nisbatdagi eritmalari bilan og'iz bo'shlig'i chayiladi. Kasallikning dastlabki kunlarida og'iz bo'shlig'iga xar 3-3,5 soatda ishlov beriladi.

Albatta og'riq qoldiruvchi dorilar qo'llanishi zarur. Anestezinning shaftoli moyidagi 5-10% lik eritmasi, trimekainning 1%lik eritmasi, piromikainning 1-2lik eritmasi keng qo'llaniladi.

SHilliq qavatning regeneratsiyasi va epitelizatsiyasini kuchaytirish maqsadida vitamin A ning yog'dagi eritmasi, karotolin, aloe linimenti, na'matak moyi, SHostakovskiy balzamini qo'llash mumkin. Ayniqsa aerosol xolidagi vositalar qo'llash uchun kulay xisoblanadi. Bemor murojaat etganidan to to'liq epitelizatsiya bo'lgunga qadar fiziomuolajalar: KUF-nurlanish, geliy-neon lazeri buyuriladi. Teridagi erroziyalar birinchi 2-3 kun virusga qarshi vositalar, keyinchalik sink surtmasi eki Lassar pastasi, agarda impetiginizatsiya bulsa antibiotikli surtmalar bilan ishlov beriladi.

b) Surunkali qaytalanuvchi herpes

Qo'zgatuvchisi - herpes simpleks.

Bu kasallik bilan xar xil eshdagi kishilar og'rishi mumkin, qachonki kasal oldin herpes bilan og'rigan bo'lsa.

Keltirib chiqaruvchi sabablar: umumiy kasalliklar, sovuq, issiq ovqat iste'mol qilish, xayajonli xolat, umumiy zaxarlanish, umumiy infeksiyon kasalliklar, shikastlanganda, lab shilliq qavatining ko'p vaqt quruq bo'lishi.

Sub'ektiv belgilar - og'iz bo'shlig'i yoki lab qizil xoshiyasida qizarish va og'riq paydo bo'ladi.

Joylashishi: lab atrofiga, terida, shilliq qavatlarida, qattiq tanglayda, tilda, lunjda, jinsiy a'zolarida, ko'zning shox pardasida.

Elementlarning xosil bo'lish tartibi: pufakchalar-eroziya-yara.

Eroziya – qizil rangda bo'lib, oq-sariq fibrin karash bilan qoplangan va ular qo'shilishga moyil. Eroziya chetlari notekis, davomiyligi 8-10 kun bo'lib, chandiqsiz bitadi.

Solishtirma tashxis: gerpetik toshmani surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit, allergik toshmalar, streptokokli impetigodagi teri toshmasi bilan qiesiy tashxis qilinadi. Qieslash sitologik tekshirishga asoslanadi. Undan tashqari elektron mikroskopiya va immunoflyuoressent usul qo'llaniladi.

Davolash: umumiy:

1. Levamizol (dekaris) 150mg X 2marotaba haftasiga 1-3 oy (reissiyani uzaytiradi)
2. Spetsifik gerpetik polivaksina 0,1-0,2 mg teri ichiga 2 marotaba 1xaftada № 5
3. Gamma - globulin mushak ichiga 3 ml xar kuni №6 interval 2 oy.
4. Vitamin S.

Maxalliy: leykotsitar interferon applikatsiyalari 5-6 marta kuniga. Lazer (geliy, neon, infrakizil).

2. Qamrab oluvchi temiratki - Herpes zoster.

Qo'zgatuvchisi: suvchechak virusi (varicella zoster)

Asosan katta eshli kishilar og'riydi. Klinikasida virusning neyrodermatotropik ta'siri ustun turadi. Bu kasallik organizmning ximoya funksiyasi susayganda, qon kasalliklari bo'lganda, guyo shu kasalliklarning asoratidek kelib chiqadi. Inkubatsion davri 7-14 kun.

Sub'ktiv belgilari: bosh og'rig'i, qaltirash, tana xarorati 39 gradus S, gacha ko'tariladi. Nerv tolalari tarqalishi bo'ylab tutib-tutib kuchli og'riq bo'ladi. O'rab oluvchi herpes yuz nervining falaji, qulokda og'riq bulishi Ramza-Xunta simptomi xisoblanadi.

Ob'ektiv belgilar: qizargan terida va shilliq qavatda ko'plab pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakcha-eroziya-qatqalok (terida) ayrim xollarda tushib ketgandan sung pigmentatsiya qoladi. Kechish davri 2-3 xafta.

O'rab oluvchi temiratkiga toshmalarining zararlangan nerv bo'ylab joylashishi va bir tomonlama zararlanishi xos.

Kechishi odatda yaxshi sifatli, ammo ayrim xollarda asorat qolishi mumkin (meningit, gepatit, ensefalit).

Qo'shimcha tekshirishlar: qonning umumiy taxlili, qondan virusni ajratish. Sitologik tekshirish - vezikulyar epiteliy ichida joylashadi.

Solishtirma tashxis: O'tkir gerpetik stomatit, allergik toshmalar, po'rsildoq, pemfigoid, terida esa-saramas bilan olib boriladi.

Davolash: umumiy: analgetiklar (analgin, baralgin), salitsilatlar (aspirin 0,5×3m), gangleron, vitaminlar V₁, V₁₂. Virusga karshi vositalar: metisazol 0,2-0,5×2maxal 6-10 kun, dezoksiribonukleaza 30-50mg dan mushak orasiga 1 ma'al

7-10 kun davomida, binafson 0,1- 3-5 marta 5 kun (1-2 kun oraliq kaytariladi), atsiklovir (0,8 g 5 marta)

Maxalliy: birinchi kundan - tebrofen, florenal, gossipal, megoksin, oksolin, interferon buyuriladi.

Keyingi kunlarda - keratoplastiklar, na'matak, kunjut moyi, oktovegin malxami, vit. A.

Birinchi kunlardan lazer (geliy-neon, infrakizil) va UFO bilan davolash mumkin.

Vensan yarali-nekrotik stomatiti.

Bu kasallik organizm umumiy qarshiligi susayganda, og'iz shilliq qavati butunligi buzilganda, vitaminlar etishmovchiligida, sovuq qotish, toliqishdan so'ng, xamda virus infeksiyalari, ko'p shaklli ekssudativ eritema, allergik stomatitlar va og'iz bo'shlig'ini nogigienik xolati asorati sifatida yuzaga kelishi mumkin.

Odatda u milk kirg'og'i, lunj, retromolyar soxa, yumshoq tanglay, tanglay ravoklari, bodomsimon bezlarni zararlaydi. YAralardan olingan qirindilar bakteriologik tekshirilganda, unda urg'uchsimon fuzobakteriyalar va spiroxetalar simbiozi topiladi.

Kechishi bo'yicha surunkali va o'tkir, og'irligi bg'yicha engi, o'rta og'irlikda va og'ir kechishi farq qilinadi. Odatda 30 yoshgacha bo'lgan shaxslarda va ko'prok erkaklarda uchraydi.

SHikoyatlari: ovqat qabul qilganda og'riq sezish, milklarning qonashi, og'izdan badbuy xid kelishi va ko'p so'lak ajralishi kabilar bezovta qiladi. Tana xarorati 37,5-38 gradus S ko'talilib, regionar limfa bezlari kattalashadi va og'riqli bo'lib qoladi.

Jaraen kataral ko'rinishda boshlanib, tezda yara xoliga o'tadi. Milk shilliq qavati qirg'og'i va so'rg'ichlari epiteliysi xiralashadi va keyinchalik nekrozga uchraydi. Buni natijasida milk qirralari xuddi notekis kesilgan kabi ko'rinishda bo'lib, yuzasi oson ko'chadigan sarg'ish kulrang karash bilan qoplanadi.

Kasallikni kechishini og'irlashtiruvchi omillar va immunitetning pasayishi xollari bo'lganda og'iz bo'shlig'ining boshqa soxalari xam zararlanadi, buning natijasida yarali-nekrotik stomatit vujudga keladi. Bunda tana xarorati 38-38,5S ga etadi. Bemor rang oqargan, regionar limfa bezlari kattalashgan va og'riqli, ECHT va leykotsitlar soni ortgan bo'ladi.

Surunkali yarali-nekrotik stomatit o'tkir jaraen oqibati sifatida namoyon bo'lib, sekin kechishi bilan xarakterlanadi, bemor milklarning doimo qonab turishi, kuchsiz og'riqlar, og'izdan badbo'y xid kelishiga shikoyat qiladi. Milklarda giperemiya, shish bo'lib, yaralangan kirg'oqlari zichlashgan bo'ladi. Nekrotik xoshiya odatda tishlar orasida joylashadi. Zararlangan soxa shilliq qavatning rivojlanib boruvchi destruksiyasi bu kasallikka xos xisoblanadi. Jag' osti va bo'yin limfa bezlari og'riqli, lekin umumiy belgilar doimo kuzatilmaydi. YArali-nekrotik stomatit alternativ yallig'lanish jarayoni xisoblanadi.

YAra kirg'oqlaridan biopsiya olib, patogistologik tekshirganda, unda 2 qavat ajratiladi: yuza - nekrotik va chuqur - yallig'lanish qavatlari. YUza qavatda

ko'plab turli flora - kokklar, taqchalar, fuzobakteriyalar, spiroxetalar topiladi. CHuqur joylashgan qavatda yallig'lanish, shish, tomirlarning kengayishi va qonning shakllili elementlari bo'lishi mumkin. Zararlanmagan to'qima ichida faqatgina epiteliy ichiga kirib qolgan spiroxetalar topiladi.

YArali soxalardan olingan qirindilarining sitologik ko'rinishi nospetsifik yallig'lanish belgilaridan iborat. Kasallik boshlanishida unda strukturasiz massalar, eritrotsit va neytrofillarning parchalanish maxsulotlari topiladi. Bitishi boshlangan kasallikning ikkinchi davrida parchalangan neytrofillar bilan bir qatorda etuk fagotsitoz qiluvchi xo'jayralar va gistiotsitlar kabi elementlari paydo buladi.

Epitelizatsiya boshlangan davrda spiroxeta va fuzobakteriyalar soni kamayib, esh epiteliy xujayralari qatlamlari paydo bo'la boshlaydi.

Vensan gingivo-stomatitining og'ir va o'rtacha og'ir kechishida uni kechishi yarali nekrotik stomatitning gangrenoz shakli bilan og'irlashishi mumkin. Bunday xolat anaerob mikroblar rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratishi mumkin.

Gangrenoz stomatitga agressiv kechish xos: avvaliga milk shikastlanib, keyin suyak usti pardasiga o'tadi, suyak ochilib qoladi, ba'zi xollarda alveolyar suyaklarda sekvestratsiya o'choqlari paydo bo'ladi. Kasallik rivojlanib borib, jaraen qattiq va yumshoq tanglay, til, lunj shilliq va mushak pardasiga xam tarqalishi mumki. Umumiy axvol og'ir, tana xarorati 37,5-38°S, dinamik xolat kuzatiladi. Patogistologik tekshirganda, ko'p miqdordagi mikrofloraning to'planib qolganligi, gangrenoz chirish, atrof to'qima mayda tomirlarining tarqoq trombozi borligi aniqlanadi.

Solishtirma tashxis: turli qon tomirlari kasalliklari (agranulotsitoz, leykoz)da, avitaminoz S, trofik o'zgarishlar va spetsifik jaraenlarda uchraydigan yaralar va allergik stomatit bilan o'tqaziladi.

Allergik stomatitdan Vensan gingivostomatiti anamnez, klinikasi va bakteriologik tekshirish natijasi asosida farqlanadi.

Vensan stomatitiga o'xshash xolat simob intoksikatsiyasi natijasida kelib chiqishi mumkin. Bemorning simob bilan kontaktda bo'lgani aniqlansa, uning siydigida simob bor-yo'qligini aniqlash zarur.

Og'giz bo'shlig'ida yarali-nekrotik jaraenlar spetsifik infeksiyalar (OITS, zaxm) va o'sma jaraenlari (sarkoma saraton)da xam kuzatilishi mumkinligi sababli anamnez sinchiklab yig'iladi va zarur bo'lgan xollarda umumiy tekshirish usullari (Vasserman reaksiyasi, IITVga test, qon umumiy taxlili, sitologik, bakterioskopik, patogistologik tekshirishlar) qo'llaniladi.

Davolash: Vensan yarali-nekrotik stomatitini davolash choralari xajmi uning og'irlik darajasiga bog'g'liq. Ko'pincha bu kasallik umuman sog'lom bo'lgan yoshlarda uchragani sababli ularda asosan maxalliy davolash amalga oshiriladi. Maxalliy ishlov qanchalik ilgari boshlanib, qanchalik sifatli bo'lsa, bemorning axvoli shuncha tez yaxshilanadi. SHikastlovchi omillarni bartaraf qilish va og'iz bo'shligiga sifatli ishlov berish kasallikni bartaraf etishning zarur shartlaridan biri bo'lib xisoblanadi.

Maxaliy davolash: shikastlovchi omillarni yo'qotish, nekrotik to'qimalarni olib tashlash, mikrofloraga ta'sir etish, shilliq qavatning regenerativ jaraenlarini kuchaytirishdan iborat. Davolash og'iz bo'shlig'ini og'riqsizlantirishdan

boshlanadi. Bunda piromekain, trimekain, va lidokainni applikatsiya va in'eksiya xolatida ishlatish mumkin. SHundan so'ng xamma mexanik ta'sirlovchilar: tish va protezlarning o'tkir qirralari, tish toshlari va tish karashlari bartaraf etiladi. Karioz bo'shliqlar antiseptik eritmalar bilan yuviladi. Emirilgan tishlarni olib tashlashni yaralar epitelizatsiya bo'lmaguncha amalga oshirmaslik kerak, chunki bunda turli asoratlar, alveolit, periostit, abscess, flegmona yuzaga kelishi mumkin. Nekrotik tukima proteolitik fermentlar: tripsin, xemotripsin, lizoamidaza, dezoksiribonukleaza erdamida tozalanadi. Og'iz bo'shlig'i antiseptiklar (0,5% vodorod peroksidi, 1% xloramin, 0,06% xlorgeksidin, 0,5% etoniy, 1:5000 kaliy permanganat)ning iliq eritmaları bilan chayiladi. Milk cho'ntaklari, yara yuzalari, tish oralari kuchli oqim bilan yuviladi. Bemor birinchi bor kelganida og'iz bo'shlig'iga butunlay ishlov berilib, keyinchalik kundalik ishlov berish amalga oshiriladi. Uyda bemor og'zini vodorod peroksidining 3% eritmasi, 1:5000 kaliy permanganati, xlorgeksidinning 0,06% eritmaları bilan xar 3 soatda chayib turishi kerak.

Vensan stomatiti engil kechganda maxalliy davolashning o'zi etarli bo'ladi. Kasallik og'ir kechgan xolda umumiy terapiya qilinadi. Antimikrob vosita sifatida metronidazol (trixopol, flagil, klion) 0,25 dan kuniga 2 maxal 7-10 kun davomida buyuriladi. Metronidazolni suyuq bo'tqasimon ko'rinishda maxalliy qo'llash xam mumkin: nekrotik to'qimalar olib tashlangach, bo'tqa zararlangan to'qimalar soxaslar yuzasiga surtiladi. Juda og'ir xollarda keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan antibiotiklar: bitsillin-3 300000 TB dan 5-10 3 kunda 1 marta eki 600000 TB dan 1 xaftada 1 marta; eritromitsin, oletetrin, oksitetratsiklin kuniga 800000-100000 TB dan 5-10 kun davomida buyuriladi. Kasallik og'irligidan qat'iy nazar bemorlarga V gurux vitaminlari, askorutin (0,1 dan kuniga 2 maxal 10-14 kun) tavsiya etiladi.

To'g'ri davolanganda bemorlarning axvoli 24-48 soatdan keyin yaxshilanadi, bemorlarda og'riq kamayadi yoki yo'qoladi, ishtaxa va uyqu me'eriga keladi. Og'iz shilliq qavatidagi shish va giperemiya yo'qolib, kasallikning engil xolida 3-6 kunga kelib epitelizatsiya boshlanadi.

Agarda og'iz bo'shlig'ida surunkali infeksiya o'chog'i (parodontal cho'ntaklar, kapyushonlar) bo'lsa yoki shikastlovchi omillar (tish va plombalarning o'tkir qirralari, tish toshlari, sifatsiz protezlar) bartaraf etilmasa, ogiz bo'shlig'i gigienasiga rioya qilinmasa, kasallik yana qaytalanishi mumkin.

Kechishi: Agar kasalik o'z vaqtida va to'g'ri davolansa kasallik tuzalishi bilan tugallanadi. Vensan stomatitini boshidan kechirgan bemorlar 1 yil davomida kuzatuvda bo'lishlari kerak. Birinchi ko'rik 1-2 oydan so'ng, qayta ko'rik esa 6 oydan so'ng o'tqaziladi.

Oldini olish: Og'iz bo'shligini gigienasiga rioya qilish, muntazam sanatsiya qilib turish, immunitetni susayishiga olib keladigan infeksiyon xolatlarni o'z vaqtida profilaktika qilish va davolashdan iborat.

Sil

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va lab qizil xoshiyasini sil bilan zararlanishi ko'pchilik xollarda ikkilamchi xarakterda bo'ladi, chunki o'pkada, limfa tugunlarida va suyaklarda sil jaraeni bo'lganda rivojlanadi. Og'iz bo'shlig'i va

labda silning asosan uchta turi uchraydi: sil yugurugi, milliar-yarali sil, kollikvativ sil.

Sil yugurugi (lupus vulgaris)da ko'pincha teri xam zararlanadi, ba'zi xollarda aloxida og'iz bo'shligi shilliq qavatida xam zararlanishi mumkin. og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida sil limfogen eki gematogen yo'l bilan paydo bo'ladi. Og'iz bo'shlig'ini xamma qismlarida, ko'proq milk, tanglay, tilcha va lablarda kuzatiladi. Sil yugurugining birlamchi belgisi – lyupomalar – qizil rangdagi, xamirsimon konsistensiyali, kattaligi igna uchiday kattaligigacha bo'lgan xosiladir. Odatda bir vaqtning o'zida bir necha qator joylashgan bo'rtmalar paydo bo'ladi. Zararlanish o'chog'ining tashki kg'rinishi surg'ichsimon, so'galsimon, usti xira epiteliy bilan qoplangan o'simtalarni eslatadi. Bo'rtmalar yonga qarab o'sib, pilakchalar xosil qiladi.

Teridagi lyupoma diaskopiyada rangi uzgarmaydi, “olma jelesini” eslatadi. Bo'rtma markazida nekroz bo'lganligi uchun tugmasimon zond bilan bosganda u botib ketadi. Og'iz bo'shlig'idagi bo'rtmalar tezda emiriladi, xosil bo'lgan yaralar xajmi va chegaralari turlicha bo'ladi. YAra chekkalari yumshoq, og'riqli, atrofida ozroq giperemiya va shish bo'ladi, yonlarida xali butun bo'rtiqlarni kuzatish mumkin. alveolyar usiq qirrasidan tashqari boshka suyak to'qimasi zararlanmaydi. YAralar o'rnida chandiq qoldirib bitadi. Agar bemor davolanmasa, chandiqlar o'rnida yana lyupomalar xosil bo'lishi mumkin. Llyupomalarni yaralanmay turib fibrozga o'tishi shilliq qavatda teriga nisbatan ko'proq kuzatiladi.

Lyupomalarni uchlamchi zaxmda paydo bo'ladigan do'mboqlardan farqlash kerak, zaxm do'mboqlardan qattiq bulib, zond bilan tekshirganda, u botmaydi. YAralangan lyupoma zaxm bo'rtmasidagi yaradan chekkalari yumshoq bo'lishi bilan farq qiladi. Sil yugurugidan farq qilib, zaxm toshmalari chandiqlar o'rnida qayta chiqmaydi.

Sil yugurugi uzoq kechadi: agar maxsus davolanmasa, kasallik bir necha o'n yillar kechishi va saratonga xam o'tishi mumkin.

SHilliq qavatlarning milliar yarali sili

O'pka silidan balg'am bilan ajralgan sil taeqchalari og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining butunligi buzilgan soxasiga tushib, sil do'mboqchalarini xosil qiladi. Dumboqcha emirilib, yara xosil qiladi. YAra avvaliga kichik bo'lib, keyin eniga qarab kattalashadi. YAra chuqur bo'lmay, chetlari notekis, yulinganga o'xshagan bo'ladi. YAraning tubi parchalanmagan do'mboqchalar xisobiga donador bo'lib ko'rinadi. YUzasi sarg'ish-kulrang karash bilan qoplangan, atrof to'qimalari shishgan, yara atrofida ba'zan mayda absesslar - Trel donachalari aniqlanadi. YArani uzoq turishi, ikkilamchi infeksiya qo'shilishi sababli yara chetlari va tubi qattiqlashadi. Maxalliy limfa tugunlari kattalashgan, zichlashgan va og'riqli bo'ladi. Bemorning axvoli yomonlashadi. Unda ozish, xansirash, ko'p terlash kuzatiladi. Tana xarorati kutariladi. Pirke sinamasi musbat bo'ladi. YArani qirib sitologik tekshirganda Pirogov-Langxans xujayralari, epiteliy xujayralar, Kox taeqcharari topiladi.

O'pka sili bilan og'rikan bemorlar ko'p xollarda kasalliklari to'g'risida bilmaydilar. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida yara xosil bo'lishi, ularni stomatologga kelishiga sabab bo'ladi.

Kollikvativ sil (tuberculosis colligativa scrofuloderma) og'iz bo'shlig'ida juda kam kuzatiladi. U til va lunjda joylashishi mumkin. Kasallik tuguncha paydo bo'lishi bilan boshlanadi, keyinchalik tuguncha kattalashib, yumshaydi. Tuguncha og'rimaydi, o'tkir yallig'lanish belgilari bo'lmaydi. So'ng tuguncha bir nechta fustulez yullar xosil qilib ochiladi va ulardan oz miqdorda ushoqsimon yiring chiqadi. Fustulez yo'llar tezda chekkalari notekis, kovlangan kabi, yumshoq yaraga aylanadi. Yara tubi granulyasiyali va sarg'ish-kulrang karash bilan qoplangan bo'lib, u 3-4 oy ichida bitadi.

Kollikvativ silni zaxm gummasidan ajrata olish kerak. Sil bo'rtmasi gummada kabi qattiq (zich) bo'lmaydi, yarasi xam yumshoq, chetlari kovlangan kabi bo'ladi.

Aktinamikozdagi tugunlar qattiq bo'lib oqma yo'llar xosil qiladi, undan zamburug' – aktinomitsetlar topiladi.

Saratonda sildan farqli ravishda yara kattiqlashgan asosda joylashib, juda og'riqli bo'ladi, sitologik tekshirganda atipik xujayralar topiladi.

Zahm (syphilis)

Zaxm - surunkali yuqumli kasal bo'lib, chaqiruvchisi 1905 yilda SHaudin va Gofman tomonidan topilgan oqish treponemadir.

Zaxm infeksiyasi o'ziga xos kechishga ega: uni aktiv davrlari yashirin davrlar bilan almashinib turadi, to'qima va a'zolardagi zararlanishlar klinikasi va patologik anatomiyasi asta-sekin, o'ziga xos ketma-ketlikda (engil yallig'lanishdan to chuqur granulemalar xosil bo'lishigacha) rivojlanib boradi.

Zaxmning kechishida inkubatsion davr, birlamchi davr, ikkilamchi davr (kondilomatoz) va uchlamchi (gummoz) davr farqlanadi.

Zaxmning inkubatsion davri urtacha 21-24 kunga teng. Bu davr kiskarishi (10-12kun) va uzayishi (6 oygacha) mumkin.

Zaxmning birlamchi davri yuqqan joyida qattiq shankr (birlamchi sifiloma) paydo bo'lgan davrdan boshlanadi. Bu davr 6-7 hafta davom etadi. Qattiq shankr paydo bo'lganidan 5-7 kun o'tgach, regional limfa tugunlari shishadi. Bu tugunlarda spiroxetalar zo'r berib ko'payadi. Bu davrning birinchi yarmida spiroxetalar limfatik tizim bo'ylab tarqab, qonga tushadi. Bu davrga kelib organizm reaktivligi o'zgaradi. Spiroxetalarga qarshi odam organizmida antitelolar ishlab chiqila boshlaydi, uni qonda komplement bog'lash reaksiyasi (Vasserman reaksiyasi) yordamida aniqlash mumkin. Uchinchi haftalarda Vasserman reaksiyasi musbat bo'la boshlab, to'rtinchi haftada u turg'un musbat bo'ladi. Organizm reaktivligiga qarab birlamchi davrni ikkiga: birlamchi seronegativ zaxm (qattiq shankrni paydo bulishidan to seropozitiv davrgacha) va birlamchi seropozitiv davrga bo'lish mumkin. Birlamchi zaxmning birinchi uch haftasi seronegativ; keyingi uch haftasi seropozitiv davrga to'g'ri keladi.

Birlamchi davrning oxirgi haftasida treponemalar xamma limfa tugunlarida ko'payib, poliadenit chaqiradi. Poliadenit paydo bo'lganidan 3-6 kun o'tib terida

va ko‘pincha shilliq qavatlarda ko‘plab rozeolez-papulez toshmalar paydo bo‘ladi, bu zaxmning ikkilamchi davri boshlanganligini bildiradi. U taxminan 3-4 yil davom etishi mumkin, bunda teri, ichki a‘zolarining shilliq qavatlari zararlanishi mumkin. Ikkilamchi zaxm patanatomik nuqtai nazardan ekssudativ-proliferativ yallig‘lanish, yallig‘lanish infiltratida limfotsit va plazmatik xujayralar ko‘payishi bilan kechadi.

Zaxmning ikkilamchi davrida aktiv ko‘rinishlarning zaxmni yashirin, simptomsiz kechish davrlari bilan almashinib turishi kuzatiladi. Ikkilamchi davrning boshida infeksiyaning generalizatsiyasi natijasida kasallikning aktiv bosqichi yuzaga chiqadi. U poliadenit, birlamchi sifilomani qoldiqlari va rozeolez-papulez toshmalar toshishi bilan ifodaladi. SHu bosqichning nomi - ikkilamchi yangi zaxm. Bu bosqich infeksiyaning yashirin davri bilan almashinadi, keyinchalik zaxmni yana faollashishi - retsidivi bo‘lishi kuzatiladi. Ikkilamchi zaxmda yashirin davr va retsidivlar bir necha marta almashinadi, bunga sabab - zaxmga xos infeksiyon immunitet va infeksiyon allergiyadir. Ikkilamchi zaxmning mobaynida Vasserman reaksiyasi va cho‘kma reaksiyalari odatda musbat bo‘lib turadi.

Ikkilamchi zaxmning bir necha retsidivlaridan keyin (taxminan 3-4 yildan keyin) zaxmning kechishi boshqacha tus oladi. Ko‘p bemorlarda bu davrga kelib uchlamchi - gummoz davr yuzaga keladi. U og‘ir kechib, bir necha o‘n yillar davom etadi. Bunda yallig‘lanish infiltratlari (gumma va bo‘rtmalar) xosil bo‘ladi, ular emirilib, turli a‘zolarida qaytmas, ba‘zan qlimga olib keluvchi destruktiv o‘zgarishlarga olib kelishi mumkin. Agar ikkilamchi zaxm toshmalarida ko‘plab oqish treponemalar bo‘lganligi uchun juda yuquvchan bo‘lsa, uchlamchi davrda esa u juda kam yuqadi, chunki organizmda oqish treponemalar soni kam bo‘ladi. Ikkilamchi davr tugab, uchlamchi davr boshlangan sari oqish treponemalar soni kamayib boradi, lekin organizm yakka treponemaning kirishiga xam gumma (granulema) xosil qilishi ko‘rinishida allergik javob qaytaradi.

Uchlamchi yashirin davrda Vasserman va cho‘kma reaksiyalari 60-65% bemorlarda, manifest shaklda esa 70-8%da musbat bo‘ladi.

Uchlamchi davr zaxmning oxirgi bosqichi emas; chunki undan so‘ng markaziy asab tizimining rivojlanib boruvchi paralichi, orqa miya qurishi (suxotka) kabi og‘ir yallig‘lanish-degenerativ o‘zgarishlari kuzatilishi mumkin.

Tug‘ma zaxm - barvaqt tug‘ma –bola tug‘ilganidan to 5 yoshgacha va kechki tug‘ma - 5 yoshidan boshlab kechishi bo‘ladi.

Zaxm infeksiyasiga nisbatan odamda xaqiqiy immunitet xosil bo‘lmaydi. Zaxm bilan og‘rib o‘tgan bemorlar keyinchalik yana zaxm yuktirishlari mumkinligi aniqlangan, bu xol reinfeksiya deb ataladi. Qattiq shankrning paydo bo‘lishi reinfeksiyadan dalolat beradi. Agar bemor davolanmasa kasallik yana yangitdan rivojlana boshlashi mumkin. Bemor zaxmdan xali oxirigacha tuzalmagan bo‘lsa, reinfeksiya bo‘lmaydi, chunki bu xolda infeksiyon immunitet kuzatiladi. Infeksiyon immuniteti bo‘lgan bemor organizmiga yana treponema tushsa, bunda zaxm qaysi bosqichda bo‘lsa, o‘sha bosqich belgilari yuzaga chiqadi. Masalan, ikkilamchi davrda yuqqan zaxm rozeolez-papulez toshmalar toshishini, uchlamchi davrda yuqishi gumma va bo‘rtmalar xosil bo‘lishini chaqiradi.

Zahmning birlamchi davri (Syphilis premaria)

Qattiq shankr og'iz bo'shlig'ini xamma erida kuzatilishi mumkin. Ko'pincha u lab, til, bodomcha bezlarida bo'ladi. Og'izdagi qattiq shankrning rivojlanishi shilliq qavatda chegaralangan qizarish va keyinchalik o'sha soxani qattiqlashishi bilan boshlanadi. Qattiqlashgan infiltrat plazmatik xujayralardan iborat bo'lib, u diametri 2-3sm bo'lgunga qadar kattalashib boradi. Infiltrat markazida matseratsiya boshlanib, so'ng shu erda qip-qizil eroziya yuzaga keladi. Etilgan qattiq shankr asosida qattiq-elastik infiltrati bo'lgan, qip-qizil rangli, og'riqsiz, xajmi 1-2 tiyinlik tangadek dumaloq yoki oval shaklli eroziya kurinishida bo'ladi. Eroziya odatda likopchasimon ko'rinishda bo'lib, unda oqish treponemalar topiladi. Ba'zan shankr usti oqish-kulrang karash bilan qoplangan bo'ladi. Odatda (95% xollarda) shankr og'iz bo'shlig'ida 1ta bo'ladi, ba'zi xollarda ikki va undan ko'p shankr kuzatilishi mumkin. Ikkilamchi infeksiya qo'shilishi natijasida eroziya chuqurlashadi, ustini kulrang nekrotik massalar qoplangan yaraga aylanishi mumkin.

Og'iz bo'shligida qattiq shankrning bunday klassik kqrinishi xar doim xam kuzatilavermaydi. Mayda karlik shankrlar, undan tashqari qattiq shankrning boshqa atipik shakllari paydo bo'lishi mumkin, ular ko'pincha og'iz burchaklarida, milklarda, bodomcha bezlarida kuzatiladi. Qattiq shankr og'iz burchagi yoki milkda joylashganda u yoriq xolida ko'rinishi mumkin, lekin burma tekislanganda eroziya yumaloq shakldaligi aniqlanadi. Og'iz burchagidagi shankr mikroblilik bichilish ko'rinishida bo'lsada, unda yoriq asosining qattiqlashganligi va oqish treponemalarni bqlishi bilan farq qiladi.

Qattiq shankr til tanasi (orqa)sida joylashganda, kattagina yallig'lanish infiltrati tufayli xuddi tuntarilgan likopcha singari atrof to'qimadan ko'tarilib turadi va uni yuzasida qip-qizil eroziya bo'ladi. SHankr atrofida yallig'lanish va og'riqni bo'lmasligi aloxida e'tiborga ega.

Bodomcha bezidagi shankr uch shaklda kechishi mumkin: yarali, anginasifat (amigdalit) va aralash (amigdalit fonida yara). Jarayon ko'pincha bir tomonli bo'ladi.

Anginasifat shaklda eroziya yoki yara bo'lmay, balki bodomcha bezini bir tomonda kattalashishi kuzatiladi. Uni anginanadan farqi - jarayon bir tomonlama; o'tkir yallig'lanish, giperemiya, og'riq va umumiy belgilari bo'lmaydi. SHishgan bodomcha bezi og'riqsiz, qattiq va mis-qizil tusda bo'ladi. Aralash shaklda shu fonda yaralanish kuzatiladi.

SHankr lab yoki og'izda joylashganda regionar skleradenit jag' osti soxasida kuzatiladi.

Labda joylashgan shankr herpes simplex da kuzatiladigan eroziya bilan solishtirish kerak, u zaxmdan farq qilib, shishgan va giperemiyalangan asosda joylashadi va chekkalari shokildasimon bo'ladi. Undan tashqari pufakchali temiratkida eroziyadan oldin pufakchalar xosil bo'ladi. Pufakchali temiratki tez rivojlanib, tez epitelizatsiyalanadi, unga yana qaytalanib turish xosdir.

Ba'zi bemorlarda birlamchi sifilomani kam uchraydigan turi - gerpetik shankr kuzatiladi. U xam pufakchali temiratki kabi chekkalari shokildasimon

ko‘rinishga egaligi bilan ifodalanadi. Bu xolda zaxmni tashxislashda eroziya asosini qattiqlashganligi, sub‘ektiv xislarning bo‘lmasligi, regionar limfadenit va ayniqsa oqish treponemaning topilishi yordam beradi.

Og‘izda joylashgan va labdagi qattiq shankr ko‘rinishidagi piodermiyaga o‘xshab ketishi mumkin. SHankrsimon piodermiyada eroziya va yara atrofida yallig‘lanish gardishi bo‘lishi, yuzasida yiring ajralishi, jarayonni uzoq davom etib og‘riq bilan kechishi kuzatiladi. Aniq tashxis qo‘yish uchun oqish treponemani topish zarur bo‘ladi. Buning uchun ba‘zan regionar limfa tugunini punksiya qilishga to‘g‘ri keladi.

Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatidagi birlamchi sifilomaning yarali shakli emirilayotgan saraton o‘smasini eslatishi mumkin. Saraton o‘smasining shakllangan yarasi sifilomaga qaraganda chuqurroq joylashib, chekkalari juda qattiq bo‘ladi, tezda qonaydi. Saratonni ko‘pincha keksa yoshda, sifilomani esa yoshlarda ko‘proq uchrashini xam nazarda tutish kerak. Aniq tashxis qo‘yish uchun albatta yara yoki eroziya ustidan qirma olish zarur. Bunda oqish treponema yoki atipik xujayralarning topilishi tashxisni xal qiladi.

Og‘izdagi travmatik tugun sifilomadan asosida qattiqlashishining bo‘lmasligi bilan farq qiladi, u shikastlovchi omil bartaraf etilishi bilan tuzalib ketadi.

Og‘iz bo‘shligi shilliq qavatida boshqa kasalliklarda (qizil yassi temiratki, qizil yuguruk, leykoplakiyada) paydo bo‘lgan eroziyalar birlamchi sifilomadan asosida qattiqlanish bo‘lmasligi bilan va atrofdagi shilliq qavatda bu kasalliklarga xos o‘zgarishlar bilan farq qiladi.

Zaxmning ikkilamchi davri

Bu davrdagi sifilidlar og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida ayniqsa ko‘p uchraydi. Ikkilamchi zaxm bilan og‘rigan bemorlarning kariyib yarmida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati rozeolez va papulez elementlar bilan zararlanadi.

R o z e o l a. U og‘iz bo‘shlig‘ida ko‘pincha bodomcha bezlari, ravoqlar va yumshoq tanglayda uchraydi. Ularning o‘ziga xosligi shundaki - ular qo‘shilib ketib eritematoz anginani xosil qiladi. Zararlangan soxa mis-qizil tusda bo‘lib, keskin chegaralarga ega bo‘ladi.

Eritematoz zaxm anginasi oddiy kataral angina bilan solishtiriladi. Bunda zamdagi sub‘ektiv xislar, tana xaroratini oshishi, bodomcha bezlarini shishi kabi kataral anginaga xos belgilar bo‘lmasligi xamda kataral anginada zaxmdan farqli ravishda zararlangan soxa yorqin qizil tusda bo‘lishi nazarda tutiladi.

Og‘iz bo‘shlig‘ida medikamentoz ta’sir bilan chaqirilgan toshmalar zaxm anginasidan zararlanish soxasining faqatgina yumshoq tanglay, bodomcha bezlari bilan chegaralanib qolmay, balki keng tarqalishi uning achishishi va lovullashi, medikamentoz ta’sir bartaraf etilganidan so‘ng tuzalishi bilan farq qiladi.

P a p u l a. Ikkilamchi ayniqsa retsidivli ikkilamchi davrda og‘iz bo‘shligida ko‘p uchrab, ko‘pincha yumshoq tanglay, bodomcha bezlari va ravoqlarda joylashadi. Papulalar til, lunj, milk, lablarda xam joylashib, qo‘shilib ketishi va yirik o‘choqlar (papulez angina) xosil qilishi mumkin. Papulalarning ko‘rinishi ularning qachon paydo bo‘lganligiga bog‘liq. Endi paydo bo‘lgan papula

chekkalari aniq, giperemiya soxasi markazida mayda infiltrat bo'lishi bilan ifodalanadi. Ozroq vaqt o'tgach, papulalar o'ziga xos yumaloq, qattiq, turli xajmdagi og'riqsiz, normal shilliq qavatdan aniq chegaralangan oqish-kulrang elementlar xoliga keladi. Papula atrofi ingichka qizarish gardishi bilan o'ralib turadi. Uning ustidagi parda shpatel bilan oson qirilib, o'rnida o'zida oqish treponemalar saqlagan qip-qizil eroziya yuzasi ochiladi. Ba'zan papulalar yaraga aylanishi mumkin. Bu xolda ikkilamchi infeksiya qo'shilganligi sababli papula atrofidagi giperemiya zonasi kengayadi va og'riq paydo bo'ladi. Og'iz bo'shlig'idagi papulalar doimo ta'sir ostida bo'lganligi sababli periferiyalarga qarab kengayishi va qo'shib ketib pilakchalar xosil qilishi mumkin. Og'riq faqatgina ikkilamchi infeksiya kushilganda yoki sifilidni ogiz burchagida joylashganda kuzatilishi mumkin. Ba'zan papulalar usti sugalsimon usimtalar bilan koplanishi mumkin. Ikkilamchi sifilidlar ogiz burchagida joylashganda ogizni ochish tufayli infiltratsiyalangan teri va shillik kavat yorilishi va chukur, ogrikli, konab turuvchi yoriklar xosil bulishi mumkin.

Uzok kechayotgan papulalar yana doimo karioz tishlar, tamaki tutuni, alkogol bilan ta'sirlanib tursa, u o'sibgina qolmay, gipertrofiyaga uchraydi va keng kondilomalarga aylanadi. Ba'zan ular eroziya yoki yaraga aylanib, usti sarg'ish-kulrang qavat bilan qoplanishi mumkin.

Til tanasidagi sifilidlar o'ziga xos ko'rinishga ega bo'ladi: ular yoki gipertrofiyalanadi, yoki atrofiyalanadi. Keyingi xolda papulalar yuzasi silliq yaltiroq bo'lib, shilliq qavat yuzasidan pastroq botib turadi.

Og'iz bo'shlig'idagi sifilitik papulalar leykoplakiya, qizil yassi temiratki, qizil yuguruk bilan solishtiriladi, chunki bu xollarda xam zararlanish yuzasi shoxlanish natijasida oqish-kulrang tusda bo'ladi. Ulardan farqli ravishda zaxm papulalari ustidagi qavat oson ko'chiriladi. Og'iz kandidozidagi oqish parda ko'chirilganidan so'ng eroziyasiz qizg'ish-baxmal yuza ochiladi, zaxmda esa ochilgan yuza eroziyali bo'ladi. Eroziyalangan zaxm papulalari ekssudativ eritema, oddiy pufakchali temiratki, noakantolitik po'rsildoq, xaqiqiy po'rsildoq bilan solishtiriladi. Bu jarayonlarning xammasida eroziya asosida infiltratsiya bo'lmaydi va og'ir sub'ektiv xislar kuzatiladi. Bu jarayonlarda yana eroziya chekkalari yirtilgan kabi shokildalari bo'ladi, chunki bundagi eroziyalar pufakchalarning yorilishidan keyin xosil bo'ladi, zaxm eroziyalari esa sifilitik infiltrat ustidagi epiteliy nekrozi va ko'chishi xisobiga xosil bo'ladi.

Ba'zan zaxm papulasidan aftoz stomatitni farqlash kerak bo'ladi. Afta pufakcha kabi boshlanib, keyinchalik epiteliy nuqsoniga aylanadi. Rivojlangan afta tekis yoki likopchasimon yuzali, usti sarg'ish-oq qavat bilan qoplangan juda og'riqli epiteliy nuqsonidir. Uni atrofi giperemiya gardishi bilan o'ralgan bo'ladi. Tashxis qo'yishda yaradan oqish treponema topilishi asosiy xal qiluvchi axamiyatga ega. Og'iz bo'shlig'idagi papula va rozeolalar ikkilamchi zaxmning yagona ko'rinishi bo'lishi mumkin. Ular juda yuqumli bo'ladi.

Zaxmning uchlamchi davri

Bunda xam og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, xam terida gümma, diffuz gümmoz infiltratsiya va tugunchasimon (do'mbokchalar) toshmalar paydo bo'lishi mumkin.

Gümmoz zaxm og'iz bo'shlig'ining barcha qismlarida uchrashi mumkin. Ko'pincha til, qattiq va yumshoq tanglayda uchraydi. Avval og'riqsiz tugun paydo bo'lib, kattalashib boradi, u ochilib, ichidan gümmoz o'zak ajraladi, urnida gümmoz yara qoladi va u 3-4 oy ichida yulduzsimon chandiq xosil qilib bitadi. Bu jarayon deyarli sub'ektiv xislarsiz kechadi. Ochilmagan gümma konsistensiyasi zich, tekis, tubi granulyasiyalar bilan qoplangan va og'riqsiz bo'ladi.

Tilning gümmoz zararlanishi uch turda kechishi mumkin. Oddiy gümmoz glossit yuqorida keltirilgan ko'rinishda bo'ladi. Uni miliar-yarali sildan ajrata bilish kerak. Bunda uning chekkalari yumshoq, tubi oson qonaydi, juda og'riqli va tekshirilganda sil tayoqchalari topilishi tashxis qo'yilishida yordam beradi. Saratondagi yara zaxm yarasidan qattiqligi, chekkalarining xuddi «kovlangan» kabi va noto'g'ri, tezda qonaydigan bo'lishi bilan farq qiladi.

SHilliq qavatdagi travmatik yaralar gümmoz yaradan yumshoqligi, ogriqliligi, atrofida yallig'lanish bo'lishi bilan farq qiladi. Til va labdagi gümma yarasi qattiq shankrni eslatishi mumkin, lekin oxirgi xolda o'ziga xos regionar limfadenit kuzatiladi.

Ikkinchi shakli bu - diffuz interstitsial zaxm glossiti. Bu og'iz bo'shlig'ini zaxm bilan zararlanishini eng og'ir shakli. Bunda do'mboqchalar xosil bo'lmay, til plazmatik xujayralar bilan diffuz infiltratsiyalanishi oqibatida kattalashadi. Til qattiq, ba'zi soxalarda shilliq qavat qalinlashgan bo'ladi. Keyinchalik infiltrat o'rnida chandiq rivojlanib, tilni torta boshlaydi, buning oqibatida og'ir trofik o'zgarishlar vujudga keladi. Til kichrayib, so'rg'ichlari tekislanadi, til tanasida juda og'riqli yorik va trofik yaralar xosil bo'ladi. Ularning chekkalari ba'zan saraton o'smasiga aylanish extimoli bor.

Uchinchi shakli bu - yuqorida aytilgan ikki shaklni kombinatsiyasi, ya'ni diffuz interstitsial glossit fonida aloxida gummalar paydo bo'ladi. Qattik tanglayni gümmoz jarayoni burun bo'shlig'idagi gümmoz jarayon bilan bir vaqtda kechishi mumkin. Bunda ancha payt bemorni tumovdan boshqa xech narsa bezovta qilmaydi. Lekin birdaniga sekvestr ajralishi natijasida to'satdan burun shakli o'zgarib, cho'kib qoladi. Agar qattiq tanglaydagi gümmoz jarayon og'iz bo'shlig'idan boshlansa, u ancha yaxshi kechishi mumkin, lekin keyinchalik tanglay perforatsiyaga uchraydi.

YUmshoq tanglayni gümmoz zararlanishi klinik jixatdan ikki shaklga bo'linadi: 1.Tanglay chodirini diffuz gümmoz infiltratsiyasi (qisman yoki butunlay), 2.Yirik gummalar va ularning diffuz gümmoz infiltratsiya fonida kechishi. Gummaning tilchada joylashishi uning emirilib ketishi bilan tamom bo'ladi. Tashxis qo'yishda tanglaydagi infiltratsiya, uning yorikin qizil rangda bo'lishi, tanglayning butunlay yoki qisman fonatsiyada qatnashmasligi xisobga olinadi.

Xuddi tildagi kabi qattiq tanglayda miliar-yarali sil uchrab, u xam tilchani emirilishiga olib kelishi mumkin.

Moxovning do'mboqchali shaklida xuddi gummoz zaxm singari tanglay perforatsiyasi kuzatilishi mumkin. Bunda olingan qirmada leproz tayoqchalarni topilishi tashxisni xal qiladi.

Do'mboqchali sifilid - og'iz bo'shlig'ida gummoz shaklga qaraganda ko'proq uchraydi. Ular og'iz bo'shlig'ining xamma soxalarida uchrashi mumkin, lekin ko'prok u lab shilliq qavati, tanglay, alveolyar o'simtalarda joylashadi. Do'mboqchalar keng tarqalgan, yaraga aylanuvchi infiltrat xolida yoki aloxida do'mboqchalarni yakka joylashishi xolida kuzatilishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'idagi zaxm do'mboqchalari sil do'mboqchalaridan farq qilib, mis-qizil tusda va zich bo'ladi. Zaxm do'mboqchalari parchalanganda xosil bo'lgan yara chekkalari tekis, qattiq, xajmi yamsikdan tortib kichik no'xatdaygacha bo'ladi, o'rniida yuza chandiq qoldirib bitadi.

Tug'ma zaxm

Erta tug'ma zaxmda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida ikkilamchi zaxm papulalariga xos papulalar kuzatilishi mumkin. Ular xiqildok, ovoz bog'lamlarida joylashib, bolaning ovozi yo'qolishiga sabab bo'lishi mumkin. Lekin eng ko'p uchraydigan va tipik bo'lgan erta tug'ma zaxm ko'rinishi bu - og'iz atrofining diffuz zaxm infiltratsiyasidir. U o'zidan keyin o'ziga xos chandiqlar qoldiradi. Bu infiltratda paydo bo'lgan yoriqlar chuqur bo'lib, ulardan qolgan chandiq esa vertikal bo'ladi. Lab va og'iz burchagida chuqur joylashgan papulalar o'zidan keyin angishvana yuzasini eslatadigan dumaloq yoki oval chandiqlar qoldiradi. Ular umr bo'yi saqlanib turib, erta yoki tug'ma zaxmdan dalolat beradi.

Kech tug'ma zaxmda og'izda xuddi orttirilgan zaxmdagi kabi gummalar paydo bo'ladi. Undan tashqari zaxm interstitsial glossiti xam kuzatilib, u tilni butun mushak qavatini shikastlagani tufayli til yaxlit fibroz to'qimaga aylanishi xam mumkin. Til tanasi shilliq qavati keskin o'zgaradi, so'rg'ichlari yo'qoladi, yuzasi chandikli bo'lib, unda ko'pincha leykoplakiya rivojlanadi. Bunday o'zgargan to'qimada eroziya, yara, yoriqlar paydo bo'lib, uzoq bitmaydi va trofik yaralarga aylanishi, ular esa o'uz navbatida yomon sifatli tus olishi mumkin. Til uz faoliyatini yo'qotadi, u qattiq, xarakatsiz va kichiklashgan bo'ladi.

Tishlar anomaliyasi - kech tug'ma zaxm tashxisi uchun xarakterli xisoblanadi. Eng ko'p uchraydigan anomaliya - Getchinson tishlari - 19 asrning ikkinchi yarmida Getchinson tomonidan qayd qilingan. Uning asosiy xususiyatlari: yuqori markaziy doimiy tishlar bochka yoki otvertka shaklida, shuning uchun tish bo'yin qismida kesuvchi qismga qaraganda kengroq bo'ladi. Kesuvchi qismida yarimoysimon o'yik bo'lib, u faqat markazni, ba'zan esa butun qirrani egallaydi. Ikki markaziy kurak tishlar bir-biriga parallel emas, balki o'rta chiziqqa nisbatan qiyshik joylashgan, shakli bochkasimon. Sut tishlarida bunday o'zgarishlar kuzatilmaydi. Ayrim tishlarning kesuvchi qismida o'yik bo'lmasligi mumkin, lekin u bochkasimon bo'ladi. B.M. Pashkov 15 yil davomida 350 kech tug'ma zaxmli va 200ta zaxm bo'lmagan bolalar tishlarini kuzatishi natijasida Getchinson tishlari faqat tug'ma zaxmga xosligini aniqladi, lekin Getchinson tishlari xamma kech tug'ma zaxmli bemorlarda kuzatilavermaydi. B.M. Pashkov bu xolni kech tug'ma zaxm bilan og'rigan bemorlarning atigi 16% da kuzatgan.

Amaliy jixatdan xamma shifokorlar, ayniksa stomatologlar Getchinson tishlarining ko‘rinishini bilishlari shart, chunki u zaxmga tashxis qo‘yishda katta axamiyatga ega.

Tug‘ma zaxmni tashxislashda Getchinson tishlaridan tashqari boshqa belgilarini masalan, Getchinson uchligi kuzatilishi mumkin. Bu - parenximatoz keratit, labirintit (quloq karligi) va tish anomaliyalarini o‘z ichiga oladi. Ammo bir bemorning o‘zida bir vaqtda xamma belgilar kuzatilavermaydi, ko‘pincha bir yoki ikki belgini topish mumkin.

Getchinson tishlarini doimiy tishlar xali chiqmay turib, rentgen yordamida aniqlash mumkin.

Kech tug‘ma zaxm belgilariga birinchi doimiy molyarlar va kozik tishlarni anomaliyalari xam kiradi. Bu tishlar konus shaklida bo‘lib, bo‘yin qismi kesuv yuzasiga qaraganda keng bo‘ladi, chaynov yuzasi do‘mboqchalari esa yaxshi rivojlanmay qoladi.

OITS.

Inson immun tanqisligi virusi (IITV) insonda orttirilgan immun tankisligi sindromi (OITS)ni chaqiradi. OITS - organizmni shartli patogen mikroblarga rezistentlikni pasayishi va onkologik kasalliklarga moyillikni ortishi bilan kechuvchi kasallikdir.

YUqish manbai - bu IITV infeksiyalangan odam eki virus tashuvchidir.

IITV infeksiya yuqishini 3 turi ma‘lum: jinsiy, parenteral, perinatal.

IITV infeksiyaning klinikasi va simptomlari turlichadir. IITV infeksiya kechishini 4 davrga bulish mumkin, lekin bularning xammasi xar bir bemorda kuzatilmasligi mumkin.

IITV infeksiyani o‘tkir davri yuqishdan so‘ng bir eki bir necha xafta o‘tgandan so‘ng isitma, limfadenopatiya, tungi terlash, teri toshmalari, bosh og‘rishi va yo‘tal bilan yuzaga chiqadi. Bu davrda IITVga reaksiya seronegativ bo‘ladi, 6-12 xafta o‘tgach reaksiya seropozitiv bo‘lishi kuzatiladi.

Kasallikning birinchi bosqichi symptomsiz bo‘lishi yoki tarqoq persistirlovchi limfadenopatiya bilan kechadi. Bunda ikkita yoki undan ortiq limfa bezlari diametri 1sm.dan ortiq xajmda kattalashadi. Bu xol 3 oy davom etib, kasallik rivojlangani sari yo‘qolib ketadi.

Ikkinchi bosqichni «OITS bilan bog‘liq kompleks» deb nomlanadi. Unga tana vaznini yo‘kotish, diareya, darmonsizlik, tez charchash, uyquchanlik, ishtaxa yo‘qolishi, tungi terlash, periferik neyropatiya va xotira yo‘qolishiga olib keluvchi nevrologik buzilishlar xos. SHu davrda teri va og‘iz shilliq qavati yassi leykoplakiya, o‘rab oluvchi temiratki, og‘iz va jinsiy a‘zoldagi herpes ko‘rinishida zararlanishi kuzatiladi.

Uchinchi bosqich - «kasallikning oraliq davri». Bu davrda kasallikning ilk belgilari paydo bo‘lgan davr va to‘liq yuzaga chiqqan davr orasida kechadi. Bunda og‘iz bo‘shlig‘ida kandidoz, yassi leykoplakiya, o‘tkir herpesli stomatit yoki surunkali herpesning avj olishi kabilar kuzatiladi. SHu davrda o‘pka sili, alveolyar pnevmoniya rivojlanishi mumkin.

To'rtinchi bosqich - kasallikning kech davri bo'lib, bunda OITSning og'ir klinikasi to'lik namoen bo'ladi. U shartli patogen flora bilan chaqirilgan yallig'lanish jaraenlari va o'smalar (ko'proq xujayra immuniteti defitsiti natijasida kelib chiqadigan Kaposhi sarkomosi) rivojlanishi bilan xarakterlanadi. OITSga ko'proq xos infeksiyalar: protozoy invaziyalari (pnevmonsistoz pnevmoniya, toksoplazmoz), zamburug'li (sistemali kandidoz, kriptokokkoz), bakterial (atipik mikobakterioz, salmonellez, septitsemiya) eki virusli (sitomegaliya,) xisoblanadi. SHu davrda bundan tashqari limfomalarning o'ta og'ir turlari, kaxeksiya va nevrologik buzilishlar (nevropatiya, xotira yo'qolishi, aql zaifligi) kuzatilishi mumkin.

Organizmga IITVning tushishini birinchi belgilarini og'iz bo'shlig'idan topish mumkin:

IITV infeksiya bilan og'riq bo'lgan og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklariga kiradi:

- kandidozning turli klinik shakllari
- virusli infeksiya
- yassi (sochsimon) leykoplakiya
- yarali-nekrotik gingivostomatit
- parodontitning rivojlanib boruvchi turi
- Kaposhi sarkomasi

Stomatologlarda IITV infeksiyaga nisbatan shubxa chaqiruvchi xollarga og'iz shilliq qavati yassi xujayrali saratoni yoki limfoma bilan og'rigan bemorlar kiradi.

IITVni tashxislashda bir qator laborator tekshiruvlar: viruslarga nisbatan spetsifik antitelolarni aniqlovchi immunosorbent, immunoblotning (vestern-blot) va noto'g'ri immunoflyuorissensiya usullari IITVni tashxislashda immun statusni tekshirishni xam ma'lum darajada axamiyati bor, chunki bu bemorlarda T-xelper va T-supressorlar nisbati buziladi, leykotsit va limfotsitlar soni kamayadi, immunoglobulinlar, ayniqsa A va G titri ko'payadi.

IITV INFEKSIYASINI OLDINI OLISH.

IITV kundalik profilaktikasi sterilizatsiya va dezinfeksiyaning an'anaviy prinsiplariga asoslangan bo'lib, qon bilan yuqishi mumkin bo'lgan boshqa infeksiyalar, masalan, V-gepatiti kabi olib boriladi.

IITV- infeksiya bilan kurashish qoidalari:

- qon va organizmni boshqa suyuqliklariga nisbatan extietkorlik;
- in'eksiyalar va teri butunligi buzilishi bilan kechadigan barcha muolajalarda ektietkorlik;
- samarali dezinfeksiya va sterilizatsiya

Stomatologlar o'tqazadigan ko'pgina muolajalar qon chiqishi bilan bog'liq bo'lganligi sababli stomatologlar IITV ga moyil shaxslar guruxiga kiradi. SHu sababli stomatologlar va meditsina xamshiralari qon, yiring, so'lak kabi organizm suyuqliklariga nisbatan extietkor bo'lishlari kerak. Biologik suyuqliklar bilan ifloslangan qo'l yoki tananing boshqa qismlari suvda yaxshilab sovun bilan yuviladi. Qon va boshqa biologik suyuqliklar bilan bevosita kontaktda bo'lgan vaqtda rezina qo'lqopdan foydalanish kerak. Qon sachrashlari yoki suspenziya xoliga

kelishi (yuqori tezlikdagi stomatologik qurilmalar, ultratovush ta'siri ostida) mumkin bo'lgan xollarda yuz va ko'zlarini, og'izni maska, kuzoynak va plastik niqob bilan himoyalash zarur. Ishlatilgan ignalar, skalpel, disk, endodontik va boshqa uchli asboblarni tozalash va ishlov berishda terini shikastlamaslik uchun xarakat qilish zarur. Bunday bexosdan shikastlanishlarni oldini olish maqsadida qalin qo'lgoplardan foydalanish kerak.

Organizm to'qimalariga ishlov berish uchun bakteritsid vositalar - antiseptiklar (70 gradusli etil spirti, 70 gradusli izopril spirti, 1% yod eritmasi, 10% yodoform) kabilar ishlatiladi.

IITV yuqqandan so'ng birinchi 5 yil ichida OITS 20% infitsirlangan shaxslarda, 10 yil ichida esa taxminan 50% larda rivojlanadi.

IITV infitsirlangan shaxslarda kasallik chaqiruvchisi turli biologik suyuqliklar: qon, sperma, vaginal sekret, ona suti, so'lak, ko'z esh, terida topiladi, lekin infeksiya faqat qon, sperma, vaginal sekret va ona suti orqali yuqishi kuzatiladi.

Ko'pchilik xollarda IITV jinsiy yo'l bilan yuqadi. Parenteral infeksiya qon va qon preparatlarini qo'yish, infitsirlangan qon qoldiqlari saqlagan igna, shprits, stomatologik va boshqa asbob-uskunalar orqali tushadi. Xomila eki emizikli go'dakka IITV bemor onadan tug'ruq vaqtida eki emizgan vaqtda yuqishi mumkin.

Asbob-uskunalarini samarali sterilizatsiyasi IITV infeksiyani oldini olishda muhim ahamiyatga ega. IITV oddiy sterilizatsiya va yuqori intensiv dezinfeksiyaga nixoyatda chidamsiz. IITVni inaktivatsiya qilishni eng ishonchli usuli - bu yuqori xarorat bilan stomatologik asboblarni sterilizatsiya qilish. Asboblarni qaynatish, avtoklavlash, issiq quruq xavo bilan sterilizatsiya qilish yaxshi natija beradi.

Yuqori intensivlikdagi dezinfeksiya vositalariga glyutaral (glyutaraldegid) va vodorod peroksidning 30% eritmasi misol bo'la oladi. Tozalangan asboblarni shu eritmalarida 30min, davomida saqlash samarali dezinfeksiyani ta'minlaydi. Stollar, bormashina, nakonechniklar va o'rta yoki past intensivlikdagi dezinfektantlar, masalan, natriy gipoxloridi, kalsiy gipoxloridi, 4% xloramin eritmasi, dixlorizotsianurat natriy, xlorgeksidinining 4% eritmasi kabilar bilan yuviladi.

Bormashina va nakonechniklar ishlatilgandan so'ng suvning kuchli oqimida yuviladi va zararsizlantiruvchi detergent shimdirilgan mato bilan artiladi, so'ng esa distillangan suv bilan yuvib tashlanadi.

Kandidoz

Kandidoz - bu shartli patogen Candida avlodiga kiruvchi achitkisimon zamburug'lar ko'proq candida aldicans, ba'zida candida tropicalis eki boshka turi tomonidan chaqiriladigan kasallikdir. Ular saprofitlar xisoblanadi va ba'zi shakllari og'iz bo'shlig'ida uchraydi.

N.D.S.Heklov tasnifi bo'yicha ajratiladi:

1. Teri shilliq qavati va tirnoqlarni yuza kandidozi;
2. Bolalarda surunkali tarqalgan (granulematoz) kandidozi;
3. Visseral (tizimli) kandidoz.

Klinik kechishi bo'yicha og'iz bo'shlig'idagi kandidozlarni o'tkir va surunkali shakllari ajratiladi. O'tkir kandidoz molochnitsa (o'tkir psevdomembranoz kandidoz) yoki o'tkir atrofik kandidoz ko'rinishida kechadi. Surunkali kandidozni xam 2 ta klinik shakli bor.

1. Surunkali giperplastik

2. Surunkali atrofik

O'tkir shakli. Og'iz shilliq qavatida oq eki ko'kimtir oq karashni xosil bo'lishi bilan bilinadi. Ba'zida karash xar xil soxada xar xil to'plangan suzmasimon xosilani eslatadi. Bu ayniqsa retension zonalarida yaxshi bilinadi. Manzara zamburug'ni doimiy vegitatsiyasi va ovqatlanish paytida karashni mexanik tozalanishi natijasida o'zgarib turadi. Karash oson ko'chadi va keyin giperemiya (eritema) aniqlanadi.

Og'ir xollarda zich karash xosil bo'lib, kiyinchilik bilan ko'chadi va undan so'ng qonagan eroziv yuza xosil bo'ladi. Oq karash ko'chgan epiteliy xujayralari, keratin, fibrin, ovqat qoldiqlari, bakteriyalar, mitseliya iplaridan iborat. SHilliq qavatni xamma soxalari zararlanadi, lekin qo'proq lunj, tanglay, til va lab. Jaraen xiqildoq, xalqum, qizil o'ngachga tarqalishi mumkin. Bunday klinik manzara molochnitsa sababli candida albicans bo'lganda kuzatiladi. Agar zamburug' florasining ichida candida tropicalis ustunlik qilsa, shilliq qavatda plenkali karash aniqlanadi.

Agar o'tkir psevdomembranoz kandidozni davolamasa, o'tkir atrofikka o'tib, unda kuchli og'riq, og'iz bo'shlig'ida achishish va qurish kelib chiqadi. SHilliq qavat giperemiyalangan, o'tkir qizil rangda, quruk bo'ladi.

Solishtirma tashxis. O'tkir psevdomembranoz glossit deskvamativ glossit bilan qieslanadi; o'tkir kandidoz stomatitni leykoplakiya, qizil yassi temiratki, yumshoq leykoplakiya bilan o'tqazilib, bunda asosan tishlarni jipslashish qismida va lab shilliq qavatida joylashadi. SHilliq qavatni rangi oq kulrang, juda ko'p kichik yuzali eroziyalar kuzatiladi. YAkuniy diagnoz bakteriologik tekshiruv asosida qo'yiladi.

O'tkir atrofik kandidozni plastmassali olib qo'yiluvchi protezga allergik reaksiyadan farqlanadi.

Surunkali shakli. Giperplastik kandidoz qizargan og'iz shilliq qavatida zich birikkan blyashkalarni xosil bo'lishi bilan, ba'zida notekis yuzali bo'lishi bilan xarakterlanadi. Ko'pincha karash tilning ustki soxasida joylashib, rombsimon glossitga o'xshab ketadi. Protez maydonini shilliq qavati zararlanishi mumkin. Bemorlar og'iz bo'shlig'ini qurishiga, shilliq qavatning qizarganligiga, shishganligiga shikoyat qilib, til so'rg'ichlarini atrofiyasi bo'lishi mumkin.

Surunkali atrofik kandidozda og'iz bo'shlig'ini qurishi, achishishi, protez taqqanda og'riqlar bo'lishi, protez maydonidagi shilliq qavat giperemiyalangan, shishgan, ogriqli ko'rinishi bilan xarakterlanadi.

Solishtirma tashxis. Surunkali kandidozni qizil yassi temiratki, leykoplakiya, medikamentoz stomatitni xar xil formalari, sifilitik papula, akril plastmassalari ta'siridagi allergik stomatit bilan o'tqaziladi.

Mikotik bichilish. Og'iz burchagida chuqur burmalar bo'lgan, eshi kattalarda uchraydi, bu esa noto'g'ri protezlash natijasida prikusning

pasayishi, tishlarni emirilishi va adentiyaning asorati xisoblanadi. Kasallik burmalarda oq tangacha eki po'stloqlarni xosil bo'lishi bilan ularda eroziya va yoriqlar xosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bemorlar og'iz burchagida achishish va og'riqqa shikoyat qiladilar. Jaraen ko'pincha ikki tomonlama va teri burmasi chegarasida joylashadi. Og'iz burchagi zararlanishi bilan bir qatorda jaraen labning qizil xoshiyasiga xam o'tishi mumkin, natijada kandidozli xeylit rivojlanadi. U giperemiya, shish, mayda ko'ndalang joylashgan yoriqlar bilan xarakterlanadi.

Mikotik bichilish taqqoslanadi: streptokokkli bichilishdan, unda ko'kish ekssudat, giperemiya bo'lib, teri burmalarigacha tarqaladi. YOriqsimon eroziya sarg'ish po'stloq bilan qoplangan, qattiq shankr va sifilitik papulada asosida zichlashgan buladi. YAkuniy tashxis zararlangan soxadan olingan surtmani mikroskopik tekshirish, xamda Vasserman reaksiyasiga asosan qo'yiladi. Kandidozli bichilish V gipo- va avitaminozli qizil yassi temiratki bilan xam taqqoslanadi.

Davolash. Kandidozni davolanishi yaxshi natija berishi uchun bemorni sinchkovlik bilan tekshirish va yo'ldosh kasalliklarni, ayniqsa, oshqozon-ichak kasalliklar, kandli diabet va leykozni davolash kerak. Turgun kechuvchi kandidozli bichilishda prikus balandligini ko'taruvchi protez qo'yish kerak.

Umumiy davolash. Ichishga zamburug'ga qarshi preparatlar - nistatin eki levorin 500 000 TB dan 6-8 marta ovqatdan keyin, sutkali dozasi 30 000 TB buyuriladi. Tabletkalarni maydalab so'rish kerak, chunki OIKda emon so'riladi. Dekaminni karamel ko'rinishida 1-2 danadan 6-8 marta bir kunda. Amfogluyukamin 200 000-500 000 TB da bir kunda 2 marta ovqatdan keyin. Kandidozni surunkali turg'un kechuvchi shakllarida og'iz bo'shligi shilliq qavatiga amfoteritsin V ni 1 kg tana og'irligiga 250 TB da va maxalliy malxamlar ko'rinishida buyuriladi.

Ancha sezilarli zamburug'ga qarshi ta'sirni diflyukan ko'rsatadi, bemorni og'irligiga qarab 50-100 mg dan sutkada 1 marta beriladi. Og'iz bo'shlig'ini qurishini kamaytirish va zamburug'ga qarshi ta'siri uchun 2-3% kaliy yodit eritmasi 1 osh qoshikdan 2-3 marta ovqatdan so'ng beriladi. Ichishga V gurux vitaminlari buyuriladi. Oson xazm bo'luvchi uglevodlarni kamaytirilgan tarkibli ratsional ovqatlanish kerak.

Maxaliy davolash.

1. Og'iz bo'shlig'ini 2-5%li bura eritmasi, natriy gidrokarbonat eritmasi, 2% bor kislotasi bilan chayish.
2. 20% li buruni glitserindagi eritmasi, klotrimazol (kanesten) 1% malxami va 1% eritmasi bilan applikatsiya qilish. Anilin bo'yoqlarini birinchi navbatda binafsha rang: 1-2% li gensiantni binafsha rang eritmasi, 2% metilen ko'ki yaxshi natija beradi. Nistatin, levorin eki dekamin malxamlarini ishlatish yaxshi natija beradi.

V.M.Elizarov stopangin - 10-15 ml flakondagi eritmasi 2-5 marta ovqatdan keyin 7 kun og'izni chayishni maslaxat beradi. Stopangin antiseptik, og'riqsizlantiruvchi, zamburug'ga qarshi, dezodorlovchi xususiyatga ega.

SHuningdek, maxalliy ishlatish uchun geksohal, geksidinni aerazol, eritmalarini ishlatish mumkin, ular xam stopangin singari davolovchi xususiyatga ega.

Adabiyotlar:

Asosiy:

1. Jean M. Bruch Nathaniel S. Treister. Clinical Oral Medicine and Pathology. Springer International Publishing, 2- chi nashr. Amerika Qo'shma Shtatlari (AQCH). 2016
2. Borovskiy E.V. i soavt. Terapevticheskaya stomatologiya: Uchebnik - M, 1989.
3. Abdullaxodjaeva M.S., Akbarova M.T. Atlas patologicheskoy anatomii bolezney zubo-chelyustnoy sistemy i organov polosti rta. 1983.
4. Borovskiy E.V., Danilevskiy N.F. Atlas zabolevaniy slizistoy obolochki polosti rta.- Moskva «Meditsina» 1981.
5. Borovskiy E.V. Danilevskiy N.F. ATLAS zabolevaniy slizistoy obolochki polosti rta. – Moskva «Meditsina»1991.- 320 s.
6. Kamilov X.P., Ibragimova M.X., Miraxmedova D.U. va boshk. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklari: Uchebnik - Tomkent: YAngi asr avlodi, 2005.

Qo'shimcha:

- 1.Banchenko G.V., Maksimov YUM. Yazik - «zerkalo» organizma. M. Biznes-sentr «Stomatologiya» 2000. (biblioteka kafedry)
- 2.Borovskiy E.V. « Biologiya polosti rta», M. 2001. (elektronniy)
- 3.Barer G.M. Terapevticheskaya stomatologiya. CHast 3. Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta. Moskva. «GEOTAR-Media» 2005. (elektronniy)
- 4.Danilevskiy N.F., Leontev V.K. i soavt. Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta i gub. Moskva «Stomatologiya», 2001. (biblioteka kafedry)
- 5.Leus P.A., Goreglyad A.A., CHudakova I.O. Zabolevaniya zubov i polosti rta. Minsk. «Vysheyschaya shkola» 1998. (elektronniy)
- 6.Djordj Laskaris. Lechenie zabolevaniy slizistoy obolochki polosti rta. Moskva. MIA. 2006. (biblioteka kafedry)
- 7.Pachishin M., Got I., Masniy Z. Neotlojnye sostoyaniya v stomatologicheskoy praktike. Lvov. GalDent. 2004. (elektronniy)
- 8.Dmitrieva L.A. Terapevticheskaya stomatologiya. Moskva. «MEDpress-inform» 2003. (biblioteka kafedry)
- 9.Svetkova L.A., Arutyunov S.D. i dr. Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta. Moskva. «MEDpress-inform». 2006. (biblioteka kafedry)
- 10.Anisimova I.V., Nedoseko V.B., Lomiashvili L.M. Zabolevaniya slizistoy obolochki rta i gub. Klinika. Diagnostika. Moskva. «MEDI izdatelstvo» 2005. (biblioteka kafedry)
- 11.Stefan T.Sonis. Sekrety stomatologii. 2002. (biblioteka kafedry)
- 12.Troshin V.D., Julev E.N. Bolevie sindromi v praktike stomatologa. Nijniy Novgorod «NGMA». 2002. (elektronniy)
13. [www. medlibrary. ru](http://www.medlibrary.ru)
14. [www. medline. ru](http://www.medline.ru)
15. [www. med.ru](http://www.med.ru)
16. [www. stom.ru](http://www.stom.ru)
17. [www. stomatologya.ru](http://www.stomatologya.ru)