

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

Маруза : № 1

Мавзу: Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати. Тузилиши ва функцияси. Шикастланишнинг морфологик элементлари. Текшириш усуллари. Таснифи. Механик, физикавий, кимевий шикастланишлар. Лейкоплакия, актиник хейлит.

Маъруза мақсади: Талабаларни ОБШҚнинг тузилиши ва функцияси, ОБШҚдаги патологик жараёнлар, морфологик элементлар, ОБШҚ касалланган беморларни текшириш усуллари, таснифи, шикастланишларда ОБШҚдаги ўзгаришлар, лейкоплакия ва актиник хейлит билан таништириш.

Маъруза вазифалари: Талабалар ОБШҚ тузилиши ва функцияси, ОБШҚдаги патологик жараёнлар, морфологик элементлар, ОБШҚ касалланган беморларни текшириш усуллари, таснифи, шикастланишларда ОБШҚдаги ўзгаришлар, лейкоплакия ва актиник хейлитни билишлари керак.

Маъруза режаси:

1. ОБШҚ, тузилиши ва функцияси. ОБШҚдаги патологик жараёнлар. Морфологик элементлар.
2. ОБШҚ беморларни текшириш усуллари.
3. Таснифи.
4. Механик, кимевий ва физик шикастланишлар ОБШҚ ўзгаришлар.
5. Лейкоплакия, актиник хейлит.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати организмнинг бошқа шиллиқ қаватидан бирмунча фарқ қилади. У механик, термик, кимевий ва бошқа таъсиротлар ва инфекцияга чидамли бўлади. Маълумки, оғиз шиллиқ қавати юқори регенератор хусусиятга эга. Шиллиқ парданинг бу хусусиятлари унинг морфологик тузилишига боғлиқ. Л.И.Фалин (1963) ва В.В. Гемонов (1969) шиллиқ қаватнинг морфофункционал тузилишини текширишга катта ҳиссаларини қўшишган.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг бутун юзаси қалинлиги 200-500 микронга тенг бўлган эпителий билан қопланган. Энг чуқур, базал мембранада жойлашган цилиндрик ва кубсимон эпителий қатлами **б а з а л қ а в а т**, деб юритилади. Бу қават хўжайралари протоплазмаси кўпинча базофиллиги билан ажралиб туради, бу ундаги рибонуклеин кислота борлигига боғлиқ бўлади. Ундан сўнг тиканаксимон **қ а в а т** келади. У протоплазмаси нисбатан очроқ ва хўжайралараро кўприкчалари яққол намоён бўлган бир неча қатор полигонал хўжайралардан иборат. Юза қаватга яқинлашган сари бу қават хўжайралари яссилашиб боради. Улар доимо кўчиб, сўлакка аралашади, шу сабабли сўлакда бу хўжайралар катта миқдорда топилади. Эпителий регенерацияси чуқур жойлашган хўжайралар бўлиниши ҳисобига амалга ошади. Эпителийнинг юқорида қайд этилган тузилиши лунж, лаблар, юмшоқ танглай, ўтув бурма шиллиқ қаватига хосдир.

Оғизнинг қаттиқ танглайни ва милкни чайнаш каби механик таъсир оқибатида эпителий муғузланади (Орбен, 1953, Л.И.Фалин, 1960). Муғузланиш айниқса қаттиқ танглайда кўпроқ бўлади. Бу ерда тиканаксимон хўжайралар устида протоплазмасида кератогиалин сақлаган узунчоқ шаклдаги хўжайралар қавати жойлашади. Бу - **д о н а д о р**

к а в а т. Ундан ташқари тўлиқ муғузланган ва ядро сақламайдиган хўжайралардан иборат ш о х қ а в а т хам фарқланади.

Гистохимик усуллар билан оғиз эпителийси ўзида кўп миқдорда гликоген сақлаши аниқланган (К.И.Черенова, 1955, Л.И.Фалин, 1961). 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 куп бўлади. Бу патологик жараёнда уз ахамиятига эга. Гликоген энергия манбаи ёки кератин синтези учун пластик материал, деб тахмин қилинади. Шунинг учун у тезда ўзлаштирилиб, шохланиш сохаларида учрамайди. Гликоген фақат инсон оғиз бўшлиғи эпителийсида кузатилади. Хайвонларда эса у кузатилмайди (Л.И.Фалин., 1961).

Эпителий остида бўладиган оғиз бўшлигининг бириктирувчи тўқимали асоси шиллиқ парданинг хусусий қавати (*lamina propria*)ни ташкил қилади. У зич бириктирувчи тўқимадан ташкил топган бўлиб, эпителийга ўсиб кирадиган ўсимталар - сўргичларни хосил қилади. Улар ичидан эпителийни озиқлантирувчи томирлар ва нервлар ўтади. Сўргичлар *lamina propria* ва эпителий сатхлари юзаларини кенгайтириб, моддалар алмашинувини яхшироқ боришини таъминлайди.

Шиллиқ парданинг хусусий қвати аста шиллиқ ости қават (*lamina submucosa*) га ўтади. Оғизнинг баъзи қисмлари- тил, милк, қаттиқ танглай ёнлари ва чокида шиллиқ ости қават умуман билинмайди. Бу сохалардаги шиллиқ қават мушаклараро бириктирувчи тўқима (тилда) ёки суяк усти пардаси (қаттиқ танглай ва милкларда) билан битишиб кетган.

Оғиз бўшлиғининг турли қисмларида кўплаб майда сўлак безлари жойлашган бўлади. Улар ажратган секретари характерига кўра шиллиқ, оқсилли ва аралаш бўлади. Ундан ташқари оғиз шиллиқ қавати юзасига йирик – қулоқ олди, жағ ости ва тил ости сўлак безлари чиқиш 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 қонниқига нисбатан бир неча баробар юқори бўлади. Ундан ташқари сўлак темир, марганец, никель, литий каби микроэлементларни хам сақлайди. Органик моддалар альбуминлар, глобулинлар, ферментлардан иборат. Сўлак таркибида турли витаминлар бўлади.

Сўлакда 50 дан ортиқ ферментлар аниқланган, улар гидролаза, трансфераза, липаза, изомеразалардир (И.Б.Збарский, Л.Ф.Адигамов 1971). Сўлакдаги лизоцим бактериолитик, яллиғланишга қарши, антигистамин, гемостатик, антибиотиклар таъсирини ва регенерацияни кучайтирувчи хусусиятга эга. Оғиз бўшлиғининг маҳаллий имунитети сўлакда сақланадиган "иммун таначалар" ёрдамида амалга оширилади. Оғиз бўшлиғига турли безлардан ажралган сўлак "оғиз суюқлиги"ни хосил 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. Нормада оғиз бўшлиғи муҳити кучсиз ишқорий бўлиб, рН 6,9 га тенг. Водород кўрсаткичи оғиздаги патологик жараёнга боғлиқ ҳолда ўзгаради: оғизда инфекцион жараён кечиш вақтида сўлак реакцияси нордон бўлади. Сўлак таркибини ўзгариши тиш тошларини хосил бўлишига олиб келади, ва бу уз навбатида гингивитга мойилликни чакиради.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида таъм, оғрик, ҳарорат ва тактил ҳисларни сезишни таъминлайдиган рецепторлар жойлашган. Таъм рецепторлари асосан тил сўргичларида жойлашган. Тактил сезги айниқса лаблар ва тил учида яхши ривожланган. Оғрик сезгиси оғиз бўшлиғида кучсиз бўлиб, танглай равоқлари, юмшоқ танглай, оғиз дахлизида нисбатан яхши ривожланган. Ҳарорат билиш оғизни ҳар хил сохаларида турлича, масалан оғиз туби ва милклар ҳароратни сезмайди. Иссиққа нисбатан совуқни сезиш яхшироқ

ривожланган. Оғизнинг қайси соҳаси таъсирланишига кўра унга нисбатан рефлектор реакция кузатилади. Масалан: таъм билиш рецепторлари ширин моддалар билан кўзгатилса, қул-оёқлар томирлари кенгайди, аччиқ таъмли моддалар эса аксинча, томирларни торайтиради. Оғиз бўшлиғи рецепторларини таъсирлаш газ алмашинуви ва мушаклар ишига таъсир кўрсатади.

Оғиз бўшлиғи эпителийсининг юқори регенератор хусусияти ҳам унинг узига хос физиологик хусусиятидан далолат беради. Сутка давомида жуда катта миқдорда ясси эпителий хўжайралари кўучади. Эпителий регенерацияси базал ва тиканаксимон қават хўжайралари митози ҳисобига амалга ошади. Шиллиқ қават эпителийсининг янгилиниши эпидермис янгилинишига нисбатан бир неча баробар жадал кечади. Шу сабабли оғиз бўшлиғидаги жароҳатлар тери жароҳатларига нисбатан тезроқ битади. Оғиз шиллиқ қаватининг регенерациясига унда гликогеннинг барвақт пайдо бўлиши, РНК ва нордон мукополисахаридларнинг кўп миқдорда бўлиши қулай имконият беради. Терига нисбатан оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг тезроқ битиши унда кам дифференциаллашган хўжайра элементлари бўлиши билан тушунтирилади (Г.В.Ясвоин 1928, 1930; В.В.Гемонов 1967). Теридаги фибробластларга нисбатан шиллиқ қават фибробластлари кам дифференциаллашган, ёш бўлади. Ундан ташқари репаратив жараёнларда қон ивувчанлиги ва фибринолитик ферментларнинг аҳамияти катта. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг физик хусусиятлари ва турғори унинг чўзилишга, сиқилишга ва эзилишга чидамлилиги билан аниқланади. Унинг физик чидамлилиги чақалокларда ёшлар ва катталарга нисбатан камроқ бўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг 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.

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

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

Оғиз бўшлиғи хаёт давомида ташқаридан тушадиган микроблар учун дарвоза ҳисобланади. Оғиз бўшлиғи микрофлорасининг доимийлиги бир микробнинг бошқасига нисбатан антагонистлиги ва сўлакни бактерицид хусусияти билан амалга оширилади. Оғизнинг турли сохаларининг микрофлораси турлича бўлиб, ёш ўтган сайин ўзгариб боради. Шиллиқ қаватнинг силлиқ юзалари (танглай, лунж, милк) га стрептококклар, тиш бўлган сохаларига эса вибрион ва фузоспирохетоз комплекси ҳосилдир.

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

Кўпинча оғиз бўшлиғида спирохеталар билан симбиозликдаги 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 шиллиқ қаватни антибактериал химоясининг муҳим омиллари бўлиб

хисобланади. Оғиз бўшлиғида баъзи вируслардан оддий герпес вируси сапрофит холида яшаши мумкин. П.Попхристов (1963) маълумотида кўра 60% одамлар унинг соғлом ташувчиси хисобланади.

Е.В.Боровский ва А.Л.Машкиллейсон 1984 йилда ОБШҚ учрайдиган патологик жараёнларини таснифни такдим этдилар.

- I. Механик жароҳатлар, иссиқ ва совуқ хароратдан, нурланишдан, метеорологик таъсиротлардан (метеорологик хейлит, лаб ериги), кимиевий таъсиротлардан. Клиник курилиши: гиперемия, эрозия, яра, гиперкератоз (лейкоплакия).
- II. Юқумли касалликлар:
 1. ОБШҚ ўткир ва сурункали юқумли касалликларда (қизамиқ, скарлатина, оддий темиртки, сил, захм, лепра ва бошқалар);
 2. ОБШҚ юқумли ва паразитар касалликлари: вирусли (герпес, ВИЧ инфекция, сугаллар); фузоспирохетоз;
 - бактериалли (стрепто- ва стафилококкли, сўзакли ва бошқалар);
 - замбуруғли (кандидоз, актиномикоз ва бошқ.)
- III. Аллергик ва токсико - аллергик касалликлар:
 - контактли аллергик стоматит, гингивит, глоссит, хейлит (дори - дармонлардан, пластмасса ва бошқа ашелар, буевги моддалар, тиш пасталари, элексирлари ва бошқа кимиевий моддалар, ультрафиолет нурлар таъсирида ОБШҚ ўзгаришлар);
 - маҳалий ва тарқалган токсик - аллергик таъсирландан (дори - дармон, озиқ - овқат ва бошқа аллергенлар ҳолатида одам организмига киритилиши);
 - ОБШҚ токсико - аллергик таъсиротлардан пайдо бўладиган дерматозлар (кўп шаклли экссудатив эритема, Стивенс - Джонсон синдроми, Лайела синдроми, бирламчи системали васкулитлар, Вегенер синдроми).
- IV. Касаллик пайдо бўлишида аутоиммун ҳолатига боғлиқ бўлган касалликлар:
 - қайталанувчи афтоз стоматит, чандикли афталар;
 - Бехчет синдроми, Турен катта афтоз синдроми;
 - Шегрен синдроми;
 - ОБШҚ дерматозларда пайдо бўладиган касалликлари (пўрсилдоқ, пемфигоид, Дюринг касаллиги, қизил темиртки, системали склеродермия).
- V. Тери - оғиз шиллиқ пардаси реакцияси:
 - қизил ясси темиртки
- VI. Оғиз шиллиқ пардасининг экзоген таъсиротлардан ўзгариши.
- VII. Оғиз шиллиқ пардасида ва лаб қизил хошиясида организмнинг касалликларида ва модда алмашинувининг бузилишида пайдо бўладиган ўзгаришлар:
 - ички ва эндокрин касалликларида;
 - гипо- ва авитаминозларда;
 - қон касалликларида;
 - асаб касалликларида;
 - хомиладорлик пайтида.
- VIII. Туғма ва генетик ҳолатларга боғлиқ касалликлар:
 - невуслар ва эпителиал дисплазия (қон тумирлар некуси, Стердж-Вебер синдроми, пигментли ва сугалли некус, юмшок лейкоплакия ва бошқалар);
 - ромбсимон ва бурмали глоссит;
 - glandуляр хейлит;
 - оғиз шиллиқ пардасининг дерматозларда ўзгариши:
 - буллезли эпидермолиз, атопик дерматит, псориаз, ихтиоз, Дарье касаллиги, Пейтц - Егерс - Турен синдроми.
- IX. Ўсма олди, хавфсиз ва хавфли ўсмалар:

- облигат ўсма олди касалликлар: Боуэн касаллиги, сўгалсимон ўсма олди касалликлари, лаб кизил хошиясида тарқалмаган гиперкератоз, ўсма олди абразив Манганотти хейлити;
- факультатив ўсма олди касалликлари:
- лейкоплакия, муғузланувчи папиллома ва папилломатоз, кератоакантома ва бошқалар;
- хавфсиз ўсмалар;
- ўсма.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларига ташхис қўйишда асосий текшириш усуллари (субъектив, объектив-куздан кечириш, пальпация) дан ташқари турли қўшимча усуллардан фойдаланиш керак.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари билан оғриган беморларни текширишни тахминий режаси:

1. Касаллик анамнези
2. Беморни аъзо ва системалар бўйича текшириш
3. Оғиз микрофлораси (уни тури ва сезгирлиги)ни текшириш
4. Цитологик текшириш учун оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидан материал олиш
5. Шиллиқ қаватни зарарлаган элементлардан биопсия олиш.
6. Оғиз бўшлиғи рН мухитини аниқлаш
7. Аллергенлар, специфик зардоб ва вакциналар билан тери синамаларини ўтказиш .
8. Қон умумий тахлили.
9. Қонни стериллигини аниқлаш учун экиш.
10. Қонда билирубин, холестерин, фибриноген, қанд, умумий оксил фракциялари, гистаминни аниқлаш.
11. Сийдик умумий (баъзан махсус) тахлили
12. Ошқозон ширасини фракцион тахлили.
13. Дуоденал ширани текшириш.
14. Кўкрак қафаси ва ошқозон-ичак трактининг рентгеноскопияси
15. Ахлатни гижжалар тухумига текшириш.
16. Ректороманоскопия.

Булардан ташқари бошқа мутахассислар буюрган бошқа текширувларни ўтказиш мумкин.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кератоз билан кечадиган касалликларни ташхислашда люминисцент диагностика - Вуд нурлари билан макролюминесценция усули қўлланилади. Нормал оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида 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 фонида оқиш ўчоқли тусда кўриниши мумкин. Қизил югурук қорсимон оппоқ, сўгалсимон саратон олди холат эса тўқ кўнғир тус бериб товланади.

Қаварик синамаси (Олдрич синамаси) - тўқима гидрофиллигини текшириш, яширин шиш холатини аниқлаш учун қўлланилади.

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

Шиллер - Писарев синамаси шиллиқ қаватни Люголь эритмаси билан буяш, яллиғланиш натижасида шиллиқ қаватда тўпланиб қолган гликогенни аниқлаш имконини беради.

Цитологик текширувлар - суртма-мухр, киринди, пункция, Ясиновский усули, биопсия.

Бактериологик текширувлар- оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги касаллик чакирувчи микробни аниқлаш учун қўлланилади.

Кавецкий-Базарнова, Олдрич, Кулаженко синамалари билан оғиз бушлиги шиллик кавати функционал холати аникланади.

Серологик усул организмнинг инфекцион омилларгқ сенсбилизациясини ва захми (Вассерман реакцияси) аниклаш учун қўлланилади.

Иммунологик келиб чиқишга эга булган дерматозлар ва шиллик кават касалликларини ташхислашда бевосита ва билвосита иммунофлюоресценция, турли аллергик синамалар (томчили, компрессли, скарификацион, тери ичи) кабилар қўлланилади.

Оғиз бўшлиғи шиллик каватининг зарарланиши унинг рельефи, ранги, бутунлигини бузилиши билан ифодаланади. Шиллик кават касалликларини ташхислашда айниқса эпителийнинг дегенератив жараёнларини фарқлай билиш катта ахамиятга эга.

Спонгиоз (ғоваклик) - тиканаксимон кават хўжайралари орасида суюқлик йигилиб қолиши. Суюқлик тўпланиб бориб, хўжайралар орасидаги протоплазматик кўприкчаларни узади ва хосил бўлган бўшлиқларни тўлдириб, пуфакчалар юзага келишига олиб келади.

Баллонловчи дегенерация - тиканаксимон кават хўжайралари орасидаги боғламлар узилиб, хўжайралар хосил бўлган экссудатда алохида ёки гурухлар холида жойлашиб "баллон" кўринишини олади.

Акантолиз - Тиканаксимон каватнинг дегенератив ўзгариши бўлиб, хужайралараро протоплазматик кўприкчаларнинг емирилиб кетиши билан ифодаланади.

Акантоз - тиканаксимон кават хужайраларининг катталашиб кетиши.

Гиперкератоз - хужайраларнинг хаддан ташқари муғузланиши ёки муғуз каватнинг кўчиб тушишини бузилиши натижасида ортикча шохланиш

Паракератоз - тиканаксимон кават юза хужайраларининг чала муғузланиши билан ифодаладиган шохланишнинг бузилиши.

Папилломатоз - оғиз бўшлиғи шиллик кавати сурғичсимон каватининг 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 - хар 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

И н ф и л ь т р а т и в

Доғ - оғиз бўшлиғи шиллик кавати рангини ўзгариши. Кўриниши турлича: йирик ва майда, тарқоқ ва чегараланган, турғун ва нотурғун бўлиши мумкин. Доғга уни пайпаслаб аниқлаб бўлмаслиги хосдир. Доғларнинг томирли ва шиллик каватда буёвчи моддалар тўпланиши натижасида келиб чиқадиган пигмент (дисхроматик) турлари фарқланади. Томир доғлари яллиғланиш ва томирларнинг вақтинчалик реффлектор кенгайиши натижасида келиб чиқади, Яллиғланиш доғлари турли интенсивликдаги қизил тусда бўлиб, қўл билан босилганда йўқолиб, бир оздан сўнг яна пайдо бўлади. Кўплаб жойлашган ва майда кўринишдаги доғлар - р о з е о л а, йириклари - э р и т е м а деб юритилади. Юза жойлашган томирларнинг яллиғланмасдан турғун кенгайиши ёки ундан ўсмалар хосил бўлиши натижасида келиб чиқадиган доғлар т е л е а н г и э к т а з и я л а р деб аталади.

Тери ва шиллик каватдаги доғлар улардаги томирлар девори бутунлигини бузилиши (ёрилиш, ўтказувчанликни ошиши) оқибатида келиб чиқиши мумкин. Бу - г е м о р р а г и к доғлардир. Бундай доғларни босганда йўқолмайди ва пайдо булган муддатида боғлиқ холда турлича тусга эга бўлади. Нуқтасимон геморрагиялар - п е т е х и я л а р, кўплаб майда кўринишдагиси

п у р п у р а, йириклари эса э к х и м о з л а р деб аталади.

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

Тугунча - акантоз хисобига пайдо бўладиган, шиллик қаватдан кўтарилиб турувчи бушлиқсиз хосила 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 узаро қўшилиб кетиши натижасида пилакчалар хосил қилиши мумкин. Тугунчалар қзидан кейин из қолдирмай битиб кетади.

Тугун - шиллик ости қаватдан бошланиб келадиган зич хосила. Кам оғриқли, зич, юмалоқ шаклдаги хосила холида пайпасланади. Ривожланган сари у катталашиб, шиллик қаватдан кўтарилиб туради. Тугуннинг яраланиш ва йиринглаш эхтимоли бор.

Дўмбоқча - бўшлиқсиз, инфилтратив хосила бўлиб, шиллик пардани ҳамма қаватларини ўз ичига олади ва шиллик парда юзасидан кўтарилиб туради. Одатда тўп-тўп бўлиб жойлашади ва тезда емирилади. Уни ўрнида грануляция ва вегетация билан қопланган ярали юзалар хосил бўлади.

Э к с с у д а т и в

Пуфакча - суюқликни чегаралаган бўшлиқ ичида тупланиши натижасида пайдо бўладиган бўшлиқли элемент. Тиканаксимон қаватда жойлашиб, уни туби ва шиллик қават юзасидан кўтарилиб турувчи қопкоғи фарқланади. Қопкоғи механик таъсирот оқибатида тезда ёрилади. Пуфакча 2 мм гача хажмда бўлади.

Пуфак - бўшлиқли хосила бўлиб, пуфакчадан катта хажми ва суюқликни эпителий остида ҳам тупланиши билан фарқ қилади. Суюқлик фақатгина эпителий ичида жойлашса, унинг қопкоғи тиканаксимон қават хужайраларидан ташкил топган бўлгани учун тез ёрилади. Эпителий ости пуфагининг қопкоғи эса пишиқ булиб, бир неча кун давомида сакланиб туради.

Йирингча - йиринг билан тўлган бўшлиқли хосила.

Киста - ички томони эпителий билан қопланган, бириктирувчи тўқимали парда билан ўралган бушлиқли хосила.

Қавариқ - бўшлиқсиз хосила бўлиб, сурғичсимон қаватни ўткир чегараланган шиши натижасида юзага келади. У шиллик қаватдан кўтарилиб туриб, хажми 0,2дан то 1,5 см гача бўлган ясси, оқиш ёки қизғиш кўринишга эга бўлади. Экзоген ва эндоген келиб чиқишга эга.

Иккиламчи морфологик элементлар

Эрозия - эпителийнинг юза қисмини бутунлигини бузилиши, чандиқ бўлмай битади.

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

Чандиқ - дифференциаллашган тўқима урнини бириктирувчи тўқима билан қопланиши. Баъзи бирламчи ва иккиламчи элементлар ўрнида пайдо бўлади.

Тангача - шохланган эпителийнинг кўчиб тушаётган пластинкалари.

Қатқалоқ - пуфакча, эрозия ёки яраинг қуриган экссудати. Ранги экссудат характериға боғлиқ, одатда лаб кизил хошиясида ёки уни атрофида жойлашади.

Ёриқ - тўқима эластиклиги йўқолиши натижасида юзага келадиган чизиксимон нуқсон, кўпроқ оғиз бурчакларида ва лаб кизил хошиясида учрайди.

Абсцесс - йиринг билан тўлган бўшлиқли хосила.

Атрофия - шиллик қаватни юпқалашиб кетиши.

Пигментация - яллиғланиш ўрнида қолган тўқима рангини ўзгариши.

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

Ўткир механик шикастланиш уйда, ишлаб чиқаришда ёки стоматологнинг даволаш вақтидаги эҳтиётсизлиги натижасида келиб чиқиши мумкин. Шикастланиш шиллиқ парда бутунлиғи бузилиши (очик жароҳат) ва унинг бутунлиғини сақланиши (гематомалар) билан кечиши мумкин.

Гематома шиллиқ қаватга 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.

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

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

Ундан ташқари эпителизацияни тезлаштирадиган воситалар қўлланилади.

Баъзан шиллиқ қаватнинг 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, қонаш ва чеккалари очилиб қолиши билан кечадиган очик шикастланишдир. Жароҳат жараёнининг кечиши қатъий кетма кетликда 3 босқичда кечади: 1.Тайёргарлик; 2. Бошланғич регенерация; 3. Тўлиқ регенерация. Хар бир даврнинг давомийлиғи турлича бўлиб, тўқиманинг шикастланиш даражаси, иккиламчи асоратларнинг бор-йўқлиғига боғлиқ. Жароҳатлар одатда 6-7 кун ичида чандиқ қолдириб, бирламчи битиши, ёки грануляцион тўқима, чандиқланиш ва эпителизация билан иккиламчи битиши мумкин.

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

Сурункали механик шикастланиш оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига 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 шиллиқ ости қават бор-йўқлиғига боғлиқ. Шиллиқ қават кўздан кечирилганда унда катарал яллиғланиш (шиш, гиперемия), уни бутунлиғини бузилиши (эрозия, яралар), пролифератив ўзгаришлар (гипертрофия) ва муғузланишнинг ортиши (лейкоплакия)ни кўриш мумкин. Бир вақтнинг ўзида бу белгилардан бир нечтаси бирга учраши мумкин (катарал яллиғланиш ва эрозия, катарал яллиғланиш ва муғузланишни ортиши).

Сурункали механик шикастланишдаги катарал яллиғланиш томир ўтказувчанлиғи ошиши натижасидаги шис ва гиперемия, баъзан эса тўқима инфильтрацияси билан кечади. Патологик ўзгаришлар даражаси таъсиротнинг кучи ва давомийлиғига боғлиқ. Катарал яллиғланиш ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Ўткир яллиғланиш 2-3 ҳафта давом этиб, таъсир этувчи омил бартараф этилганда, исиз ўтиб кетади. Акс ҳолда 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 шиллиқ парда шишган, қизарган, оғриқли бўлади. Яра туби осон кучадиган фибриноз қараш билан қопланган, чеккалари нотекис бўлади. Регионар лимфа тугунлари катталашиб, оғриқли бўлади.

Узоқ ва кучсиз таъсир натижасида келиб чиққан травматик ярали беморлар врачга 1-2 ой ва ундан кўп вақт ўтгач мурожаат қиладилар. Бундай яранинг туби ва чеккалари инфильтрация хисобига зичлашади, атрофи шишган, кўқарган, туби ғадир-будур ва қараш билан қопланган бўлади. Бундай яра катта бўлиб, хатто мушак ва суяк қаватгача тарқалиши мумкин. Пайпаслаганда яра оғриқли, атрофидаги эпителий кўздан кечирилганда хиралашган бўлади. Бундай яралар ёмон сифатли ўсмаларга ўтиб кетиш эҳтимоли бор.

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

Саратон яраси узоқ вақт кечади, туби ва чеккалари травматик яраникига нисбатан зичроқ бўлиб, чеккалари муғузланади ва гулкарам сингари ўсиб кетади. Агарда таъсирловчи омил топилса, уни бартараф этиш яранинг битишига олиб келмайди. Ташхисни аниқлашда гистологик ва цитологик текширувлар натижалари хал қилувчи хисобланади. Саратонда ядроси полиморф атипик хўжайралар топилади.

Милиар силнинг яралари бўлганда шиллиқ қават жуда оғриқли бўлиб, яралар чеккалари "ейилган" ва юмшоқ, туби эса донатор, баъзан яра туби ва уни атрофида сарик нуқталар - Трель дончалари топилади. Бу яралар силнинг очиқ шакли фонида ривожланади. Яра кийин даволанади, секин эпителизацияланади. Яра юзасидан қиринди олиб бактериологик текширилганда сил микобактериялари топилади.

Қаттиқ шанкр одатда қаттиқ асосда жойлашиши билан травматик ярадан фарк қилади. Унинг чеккалари текис бўлиб, туби силлиқ ва қип-қизил рангда, оғриқсиз бўлади. Шанкр атрофидаги шиллиқ қават ўзгармайди. Лимфа тугунлари катталашган, оғриқсиз ва ҳаракатчан, зич эластик консистенцияга эга бўлади. Ярадан олинган қириндида оқиш трепонеманинг топилиши ташхисни хал қилади. Вассерман реакцияси шанкр пайдо бўлгач, фақат 3 ҳафта ўтиб мусбат бўлади.

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

Эрозив травматик шикастланиш пўрсилдоқ оқибатида юзага келадиган эрозияни эслатади. Никольский симптомининг мусбат бўлиши, босма-суртмаларда акантолитик хужайраларнинг бўлиши ташхисни пемфигоид зарарланиш фойдасига хал қилади.

Даволаш: Биринчи навбатда шикастловчи омилни бартараф қилишдан бошланади. Некротик емирилишлар булган ҳолда яралар протеолитик ферментлар ва антисептик эритмалар (калий перманганат 1:5000, водород пероксид, фурациллин 1:5000) билан ювилади. Оғриқ безовта қилганда оғриқ қолдирувчи воситалар ишлатилади. Эрозиялар ва яраларга эпителизацияни тезлаштирувчи воситалар: наъматак мойи, витамин А нинг ёғли эритмаси аппликациялари қилинади. Протез остида гипертрофик тўқима бўлса, протез тақиш ман этилади ва гипертрофияланган соха кесиб олиб ташлангач янги протез ишланади.

Профилактика: Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини зарарлаши мумкин бўлган ҳамма омилларни бартараф этиб, оғиз бўшлиғини санация қилишдан иборат.

Бу маърузада оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини юқори ва паст харорат, нурланиш, гальваник ва электр токи каби физик омиллар билан зарарланиши кўриб чиқилади.

Термик шикастлар бахтсиз ходисалар ёки маиший, ишлаб чиқаришда юзага келиши мумкин. Шиллиқ қаватни иссиқ сув, пар, электрокоагулятор билан ўткир куйишида унинг даражаси, таъсир этувчи омилнинг харорати 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 кетиб, фақатгина тортишиш, нотекислик хиси 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 халакит бериши мумкин.

Охирги пайтларда стоматологияда паст харорат билан даволаш (криотерапия) усуллари кенг қўлланилмоқда. Клиник-экспериментал текширишлар шуни кўрсатдики, тўқималарга суяқ азот билан киска вақт лекин чуқур таъсир кўрсатиш шиллиқ қаватнинг 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 чандиқ хосил қилиб жараён тугайди.

Даволаш: яллиғланишга қарши, муколитик ва микробга қарши, регенерацияни кучайтирувчи воситаларни қўллашдан иборат. Даволаш мақсадида криодеструкция усули қўлланилганда соғлом тўқималарни химоя қилиш мақсадида криопротекторлар (турли суртмалар) қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати электр токи билан шикастланиши мумкин. Электротравма ишлаб чиқаришда, қишлоқ хўжалигида, ўй шароитида, агарда ускуналар нотўғри ишлатилса хатто стоматолог ва физиотерапия қабулида ҳам юзага келиши мумкин. Узгарувчан ток билан шикастланиш энг оғирлардан хисобланади. Электротравмадаги шикастланишлар худди юқори хароратдаги термик шикастланиш каби бўлиб, оғир кечади, чуқур ва кенг юзани эгаллайди. Некротик тўқималар кўчгач, ўрнида сарғиш-кулранг 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 бўшлиғида гальванизми ҳолати кўп учрайди. Оғизда учрайдиган микротоқлар ҳақидаги тушунча ўтган асринг охирларига келиб пайдо булган. 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 келади. М.Ф.Марей 1952, А.В.Высоцкий 1962, В.Ю.Курляндский ва муал. таъкидлашича, оғиз бўшлиғида пўлатдан ишланган коронка ва кўприксимон протезларнинг бўлиши оғизда "гальванизм" деб юритиладиган симптомлар йиғиндисини чақиритиши мумкин. Баъзи беморлар протез қўйдиргандан сўнг таъм билишнинг бузилишига, саливацияни ўзгариши (сўлак кам ёки кўп ажралади) шикоят қиладилар. Баъзан тил, танглай, лунж шиллиқ пардалари 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 қўйилганда 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 (1968) таъкидлашича, оғизда пўлат припой ва мис амальгамали пломбалари бўлганда ток даражаси энг юқори бўлади. Муаллифнинг фикрига кўра микротоқнинг даражаси ва субъектив хисларнинг орасида боғлиқлик йўқ.

Гальванизмни глоссалгия, оғиз бўшлиғини аллергик холатидан ажрата билиш керак. Бунда анамнестик маълумотлар ва оғиз бўшлиғи микротокларини аниқлашга эътибор берилади. Т.В.Никитина ва М.А.Тухтабаева (1980) янги асбоб - "Гальванотест" ишлаб чиқишган, у аниқ кўрсатмалар олишга имкон беради.

Даволаш пўлат коронкаларни олтинга, металл пломбабаларни пластмасса пломбабаларга алмаштиришдан иборат. Шиллиқ қават шикастланишларида оғрик қолдирувчи ва яллиғланишга қарши воситалар қўлланилади.

Нурли зарарланишлар Радиоактив моддалар билан эҳтиётсизлик билан ишлаганда, юз ва оғиз бўшлиғи ўсмаларига рентген ва радиотерапия олиш сабабли юзага келиши мумкин. Биринчи бўлиб 1922 йилда оғиз бўшлиғи ва халқумдаги бундай ўзгаришларни Контард таърифлаган. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини нурли зарарланишини А.В.Козлов (1951), М.Г.Синельник (1953), А.И.Рыбаков (1954, 1959), Г.М.Барер (1965) ва б. хабар беришган.

Нурланишга бўлган тўқимларнинг реакцияси аста секинлик билан ривожланади ва турли сохаларда турлича кечади. Касалликнинг биринчи белгилари шохланувчи эпителий бўлмаган сохаларда юзага келади. Г.М.Барер радиомукозит кечишини қуйидаги босқичларини ажратган:

1. Шиш ва гиперемия
2. Шиллиқ қават хиралашиб, зичлашади, эпителий шохланади. Кўриниши лейкоплакия ёки қизил ясси темирткини эслатади.
3. Эпителий десквамацияси - шохланган эпителий кучади.
4. Учоқли пардасимон радиомукозит - фибриноз қараш билан қопланган эрозиялар пайдо бўлади.
5. Қўшилган пардасимон радиомукозит некротик жараёнга кенг ёйилиб, фибрин парда билан қопланган эрозия ва яралар ҳосил бўлади.
6. Эрозияларнинг эпителизацияси
7. Колдик асоратлар: шиши, гиперемия, атрофия, телеангиэкта зиялар.

Санация қилинмаган оғиз бўшлиғида нур реакцияси оғирроқ кечиб, коронка ва амальгама тегиб турган юзаларда тезроқ ривожланади. Юмшоқ танглай, лунж, оғиз туби нурларга сезгирроқ бўлганлиги 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.

Шиллиқ парда қон билан яхши таъминланиши ва юқори регенератор хусусиятга эга бўлганлиги сабабли нисбатан тўлиқ тикланади, лекин бу жараён секинлик билан ва турли муддатларда рўй беради. Шу сабабли шиллиқ қаватга қўшимча шикаст етказиши мумкин бўлган бошқа стоматологик муолажалар оғир асорат - нурли ярага олиб келиши мумкин. Нурли яра медикаментоз давога нисбатан таъсирсизлиги, ўз холича битмаслиги ва атроф тўқимага тарқалиб ривожланиб боровчи кечишга эгаллиги 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 соғлом тўқималар ўрнида пайдо бўлади, шу сабабли яранинг характерини цитологик текширувлар билан аниқлаш зарур (нурли яра ёки ўсма рецидив).

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 ахволи кескин оғирлашади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар авжига чиққан даврда оғиз қуриши ва дисфагия билан кечадиган гипосаливация пайдо бўлиши мумкин. Сўлакнинг

ферментатив фаоллиги пасайиши, рН инни ва қовушқоклигини ўзгариши, натижасида овқат хазм қилиш бузилади (Ю.Н.Успенский ва муал. 1957, С.В.Латышева 1967 ва б.)

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

Даволаш: Нурдан кейинги реакция ва асоратларни даволаш организмни умумий иммунитетини кўтариш, тўқималар ўтказувчанлигини пасайтириш ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига турли шикастловчи омиллар таъсирини камайтиришдан иборат. Беморга рутин, никотин кислота, аевит, витамин В 2, 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, цитральни 1% спиртли эритмасини шафтоли ёки облепиха мойи билан биргаликда суртилади. Нур реакциясидан кейинги ҳолатларда кортикостероид суртмаларини аппликация қилиш яхши натижа беради. Оғриксизлантириш учун тримекаин ёки новокаиннинг 1% эритмаси, дикаиннинг 0,5-1%лик эритмаси, анестезиннинг глицериндаги 10% 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, вит В12 ни 1,5-2 ой давомида аппликация қилиш тавсия этилади. Даволаш самара бермаса, нур яраси жаррохлик йўли билан олиб ташланади.

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

1. Қимирлаётган ва емирилган тишларни олиб ташлаш;
2. Тиш тошларини тўлиқ тозалаш;
3. Хамма кариоз тишларни цемент ва композитлар билан пломбалаш.

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

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

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

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини кимёвий зарарланиши бошқа шикастланишлар каби ўткир (қиска 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 чақиради, бунда некротик парда атроф туқимага 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.

Королева Р.М ва Любимова Л.А. (1974) оғиз шиллик 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 ахвол 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 ахvoli ёмонлашиб, бош оғриши, тез чарчаш, асабийлик, уйқу ва иштаханнинг бузилиши кузатилиши мумкин. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати шишган, қизарган, юпқалашган 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 оғиз бўшлиғи шиллик қавати 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 кумир чанги, ис гази, антрацен мойи билан контактда булганлиги 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 оғиз бўшлиғи шиллик қавати кўкимтир қизғиш ва хира тусга киради ва буришади. Беморлар оғзида куруқлик сезадилар, сўлақлари қовушқоқ, кўпикли ва кам миқдорда бўлади. Лабларида атрофик ўзгаришлар бўлиб, юмшоқ ва қаттиқ танглайда Таппейнер лейкоплакияси кузатилади. Сурункали алкоголиклар оғиз шиллик қавати дистрофик, яллиғланиш ва ўсмали ўзгаришларга мойил бўлади.

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

Даволаш: Ўткир кимёвий куйишда биринчи навбатда шиллик қават кўп миқдордаги сув билан ювилади, сўнг шу соҳа анестетик қўшилган витаминли мойлар билан артилади, бундан ташқари 1% новокаин, галаскорбин, 4% прополис эритмасини аппликация қилиш мумкин. Кислота билан куйганда оғиз вино спирти ёки сода эритмаси билан чайилади. Ишқорли куйишда эса шиллик қават лимон ёки уксус кислота билан артилади. Маргимуш кислота билан куйганда йод эритмаси ёки куйдирилган магnezия аппликация қилинади, чунки бу маргимушни эримайдиган тузларини ҳосил қилиш имконини беради. Кумуш нитратнинг 30% эритмаси билан куйганда уни сурилишини камайтириш учун натрий хлориднинг 2-3% эритмаси ва Люголь эритмасини қўллаш мумкин. Фенолнинг сўрилишини камайтириш учун кунжут 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: таъсирлантирувчи овқат, тамаки ва ичкилик истеъмол қилиш ман этилади. Овқат юқори калориялари, эзилган ҳолда бўлиши керак, зарарланган соҳага совуқ (музқаймоқ), аппликация ҳолида оғриқ қолдирувчи воситалар ва витаминлар буюрилади.

Сурункали касбий интоксикация натижасида оғиз бушлиғи зарарланган беморлар махсус даво муассасаларида даволанадилар. Тамаки билан суистемол қиладиган шахсларга тамакининг ёниш махсулотларини зарари, унинг турли туман нохуш оқибатларга олиб келиши тўғрисида суҳбат ўтқизиш лозим. Алкоголик беморлар орасида ҳам суҳбат ўтқазилиб, махсус муассасаларда даволаш буюрилади.

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

Лейкоплакия – сурункали яллиғланиш ва кучли шохланиш билан кечадиган касаллик, факультатив предрак хисобланади. Клиник турлари: ясси, қадоқли, эрозив, Таппейнер ва юмшоқ шакллари аниқланади

Актиник хейлит узоқ муддат таъсир этган қуёш нурлари таъсирида лаб қизил хошиясида тургун яллиғланиш жараёни кузатилади. Клиникада экссудатив ва курук шакллари аниқланади.

Адабиётлар рўйхати

Асосий:

1. Боровский Е.В. и соавт. Терапевтическая стоматология: Учебник - М, 1989.
2. Боровский Е.В. Данилевский Н.Ф. АТЛАС заболеваний слизистой оболочки полости рта. – Москва «Медицина» 1991.- 320 с.
3. Камиллов Х.П., Ибрагимова М.Х., Мирахмедова Д.У. ва бошқ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси касалликлари: Учебник - Тошкент: Янги аср авлоди, 2005.
4. Боровский Е.В., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология. Москва. «Медицина» 1998.

Кўшимча:

5. Банченко Г.В., Максимов Ю.М. Язык - «зеркало» организма. М. Бизнес-центр «Стоматология» 2000. *(библиотека кафедры)*
6. Боровский Е.В. «Биология полости рта», М. 2001. *(электронный)*
7. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва. «ГЭОТАР-Медиа» 2005. *(электронный)*
8. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К. и соавт. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Москва «Стоматология», 2001. *(библиотека кафедры)*
9. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевания зубов и полости рта. Минск. «Высшая школа» 1998. *(электронный)*
10. Джордж Ласкарис. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта. Москва. МИА. 2006. *(библиотека кафедры)*
11. Пачишин М., Готь И., Масный З. Неотложные состояния в стоматологической практике. Львов. ГалДент. 2004. *(электронный)*
12. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. Москва. «МЕДпресс-информ» 2003. *(библиотека кафедры)*
13. Цветкова Л.А., Арутюнов С.Д. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва. «МЕДпресс-информ». 2006. *(библиотека кафедры)*
14. Анисимова И.В., Недосенко В.Б., Ломиашвили Л.М. Заболевания слизистой оболочки рта и губ. Клиника. Диагностика. Москва. «МЕДИ издательство» 2005. *(библиотека кафедры)*
15. Стефан Т. Сонис. Секреты стоматологии. 2002. *(библиотека кафедры)*
16. Трошин В.Д., Жулев Е.Н. Болевые синдромы в практике стоматолога. Нижний Новгород «НГМА». 2002. *(электронный)*

Электрон манбалар олинган сайтлар:

17. [www. medlibrary. ru](http://www.medlibrary.ru)
18. [www. medline. ru](http://www.medline.ru)
19. [www. cohrane.com](http://www.cohrane.com)
20. [www. zdorove.ru](http://www.zdorove.ru)
21. [www. med.ru](http://www.med.ru)
22. [www. stom.ru](http://www.stom.ru)
23. [www. stomatologya.ru](http://www.stomatologya.ru)

Маъруза матни Терапевтик стоматология кафедраси мажлисида қайта кўриб
чиқилди: баённома № 13, 09.02.2013 й.