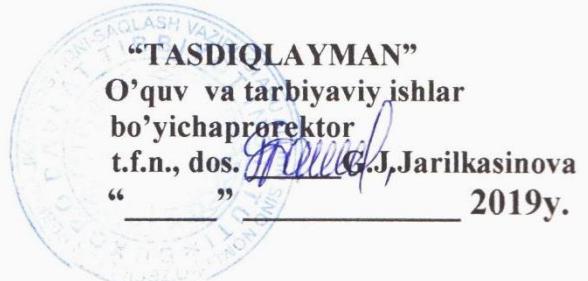


**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM  
VAZIRLIGI, SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
BUXORO DAVLATTIBBIYOT INSTITUTI**

**XIRURGIK STOMATOLOGIYAKAFEDRASI**



**OG'IZ BO'SHLIG'I JARROXLIGI FANIDAN**

**O'QUV –USLUBIY MAJMUA**

Bilim sohasi: 500000 – Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot

Ta'lif sohasi: 510000 – Sog'liqni saqlash

Ta'lif yo'nalishi: 5510400 - Stomatologiya

**BUXORO 2019**

**Tuzuvchi:**

**Kamalova M.Q. - Xirurgik stomatologiya kafedrasи assistenti**

**Taqrizchi:**

**Xabibova N.N. - BUXDAVTI «Terapevtik stomatologiyasi» kafedra  
mudiri t.f.d, dotsent**

Ushbu **o'quv uslibiy majmuа** o'quv reja asosida **5510400** - Stomatologiya yo'naliш bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № 11 «26» 06 2019 y.

**Uslubchi**



**Jumaeva Sh.B.**

## **ANNOTATSIYA**

O`quv-uslubiy majmuada O`quv-uslubiy majmuada “Og’iz bo’shlig’i jarroxligi” fanining asosiy bo`limlari nazariy va amaliy bilimlarini o`z ichiga olib, xirurgik stomatologik kabinetning tashkil topishi, odontogen yallig’lanish kasalliklari kelib chiqish sabablarini, klinik ko`rinishlarini va tashhislashni qamrab olib, bo`lg’usi umumiy amaliyot stomatologlarida klinik fikrlash, kasallik va uning belgilarini asoslash, shuningdek davolash printsiplarini aniqlash uchun zamin yaratib beradi. Jarrohlik stomatologiya kasalliklari propedevtikasi fani tishlarni olish usullari, omburlarning kurinishi, ogriksizlantirish usullari va klassifikatsiyalarini, yuz-jag’ bo`limida odontogen yallig’lanish kasalliklari bilan davolangan bemorlarni statsionardan chiqqanidan so`ng o`tkaziladigan reabilitatsion usullarini tanishtiradi va o`rgatadi. Jarrohlik stomatologiya kasalliklari propedevtikasi fanida yuz-jag soxasidagi kasalliklarning etiopatogenezi, klinik ko`rinishi, tekshiruv usullarini, kiyosiy tashxislash printsiplari va kasalliklarning oldini olish va davolash usullari to`liq yoritilganxar bir ma`ruza va amaliy mashg’ulot innovatsion ta`lim texnologiyalari ishlab chiqilgan.

O`quv-uslubiy majmua tibbiyot instituti assistentlari, tadqiqotchilar, ilmiy izlanuvchilar va institut 4-kurs talabalariga mo`ljallangan.

## **1-МАЪРУЗА**

**ЖАҒ-ЮЗ СОҲАСИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ ТАСНИФИ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ, ПЕРИОДОНТИЛAR, ПЕРИОСТИТ, ОСТЕОМИЕЛИТ, КЛИНИКАСИ, ТАШХИСИ, ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.**

**Маруза мақсади:** Жағ-юз соҳаси яллиғланиш касалликлари этиопатогенези, клиникаси, ташхиси ва даволаш принциплари билан таништириш.

**Маъруза вазифалари:** талабалар билан:

1. Жағ-юз соҳаси яллиғланиш касалликлари таснифи ва қанчалик учрашини;
2. Периоститлар, остеомиелитлар этиологияси, патогенези клиникаси ва сурункали периодонтитлар клиник-рентгенологик шаклларини;
3. Периоститлар, остеомиелитлар ва сурункали периодонтитларни даволашни хирургик усулларини (илдиз учи резекцияси, ампутация, гемисекция) таҳлил қилиш.

**Маъруза режаси:**

1. Одонтоген яллиғланиш касалликлари таснифи.
2. Периодонтитлар ва уларнинг хусусиятлари.
3. Периоститлар ва уларнинг асоратлари.
4. Остеомиелитлар.
5. Поликлиника шароитида қиёсий ташхислаш ва даволаш.
6. Жағ-юз соҳаси яллиғланиш касалликлари профилактикаси.

**МАЪРУЗАНИНГ МАЗМУНИ:**

М.М.Соловьев (2002) таърифи бўйича «одонтоген яллиғланиш касалликлари» термини йиғма маънони англатади. Унга қатор клиник жиҳатдан аниқ касалликлар киради (периодонтит, периостит, остеомиелит, абсцесс ва флегмона, лимфаденит, одонтоген синусит), буларни бир вақтни ўзида динамик кечеётган одонтоген инфекцион жараённинг турли кўриниши ҳам деб қараш мумкин.

Одонтоген яллиғланиш жараёни жағ-юз соҳаси бошқа касалликлари орасида етакчи ўрин тутади.. А.Г.Шаргородский маълумоти бўйича улар стоматологик поликлиникларга мурожат қилувчи хирургик bemorlarning 10-20%, ва стоматологик стационардаги 50% га яқин bemorlarни ташкил этади.

Жағ-юз соҳаси ўткир одонтоген яллиғланиш касалликларига турлича қаровчи муаллифлар уч гурухга бўлиш мумкин.

Биринчи гурух муаллифлари барча одонтоген яллиғланишларини остеомиелитлар деб ҳисоблади (Г.Н. Коварский 1928, Л.М. Линденбаум 1928, П.П.Львов 1928, С.Н. Вайсблат 1938, В.М. Уваров 1928, 1957, Н.М.

Александров 1954, М.Д.Дубов 1956, В.И.Лукьяненко 1968-1986 и др.). Булар Ленинград мактаби вакилларирид.

Иккинчи гурух муаллифлари одонтоген яллигланишлари жараёнини периодонтитлар ва остеомиелитларга бўлади (И.Г. Лукомский 1928-1950, В.Д.Войно-Ясенецкий 1946 ва б.)

Ва ниҳоят учинчи гурухдагилар, перецементитлар, периодонтитлар, периоститлар, остеомиелитлар, абсцесслар и флегмонларни алоҳида мустақил касаллик деб хисоблайдилар. (А.И.Евдокимов 1923, М.М. Старобинский 1927, Г.А. Васильев 1952 ва б.). Ўткир одонтоген яллигланиш касалликлари таснифи масаласидаги фикрларнинг бир-биридан фарқ қилишига сабаб, турли муаллифларнинг тишни атрофидаги тўқималарда бўладиган патоморфологик ўзгаришларни турлича баҳолашига боғлиқ.

Шундай қилиб ленинград мактаби асосчилари ва уларнинг давомчилари ҳозирги кунда ҳам, периодонт одонтоген яллигланиши алоҳида учрамасдан, у доимо суяқ тўқимаси ва суяқ мияси яллигланиши билан бирга кечиб, шундан келиб чиқкан ҳолда тиш илдизи атрофини ўраб турган тўқималар одонтоген яллигланишини барча кўринишини остеомиелит деб қараш керак дейишади. Ана шунга қараб бაъзи муаллифлар ушбу жараённи - оSTIT ёки паностиғит деб аташни таклиф этадилар.

А.И.Евдокимов (1923-1959) кўп йиллар мобайнида тишлардан келиб чиқадиган яллигланиш жараёнлари ўзига хос клиник кечиши хусусиятига эга деган фикрда туради. У хирургик касалликларда этиологик ва анатомотопографик омиллар асос қилиб олинган таснифдан фойдаланиш мақсадга мувоғиқ деб ёzáди.

1923 йила И.Бутунрессия одонтологик съездидаги, у катаксимон ўсиқ соҳасидаги ўткир яллигланиш жараёнларига қўйидаги касалликларни киритиш кераклигини кўрсатиб ўтган: тиш илдизи қобиғини яллигланиши (перионтит) альвеоляр ўсиқ суяқ усти пардаси яллигланиши (периостит) ва суяқ мияси яллигланиши (остеомиелит). Кейинроқ эса бу жараёнларга – абсцесслар ва флегмоналарни қўшган. Бундай дифференцирланган ёндашиш у томондан таклиф этилган ўткир йирингли яллигланиш касалликлари таснифига асос бўлган, бунинг асосий принципи яллигланиш жараёнини у ёки бу тўқимада жойлашиши ҳисобланади. У бу касалликлар жойлашиши ва клиник кечиши ўзига хос хусусиятга эга эканлигини ҳам таъкидлаб ўтади. Шу сабабли рационал хирургик даво учун аниқ топик диагноз қўйиш зарур.

Жағ-юз соҳаси ўткир яллигланиш касалликлари таснифини аниқлашгас Георгий Андреевич Васильев (1952-1959) катта ҳиссасини қўшган. Кўплаб клиник кузатишлар ва патологоанатомик текширувларга асосланиб у А.И.Евдокимов классификацияси тўғрилигини тасдиқлади. Васильев турлияллигланиш жараёнлари бир-бири билан боғлиқ бўлиб, микдор ўзгаришлари ортиб боргани сари улар сифат ўзгаришларига ўтади.

Г.А.Васильев олиб борган патоморфологик текширувлар шуни кўрсатди, перицементитда перицемент атрофида ҳосил бўладиган перифокал яллигланиш ўчоклари остеомиелит деб хисобданиши керак эмас. Альвеола деворларида ўткир перицементитларда сўрилиш жараёни устун бўлган суяқ тўқимасида ўзгаришлар бошланади, бунинг натижасида перицемент билан суяқ миясини бирлаштириб турувчи альвеола деворидаги тешиклар кенгаяди, ва шу билан бирга мөъёрда бир-биридан суяқ билан ажралиб турадиган перицемент ва суяқ мияси бўшликларини очилиб қолиши кузатилади. Бу ўзгаришлар суяқ

м иясига ҳам тарқалади. Аммо, бирон-бир ўткир, сурункали ва сурункали перицементит ўткирлашувидан муаллиф сүяк тўқимаси ўлишини кузатмаган, бу юқоридаги ўзгаришларни остеомиелит эмаслигига асос бўлади. Г.А.Васильев жараён зўрайганда йириинг фолькман ва гаверс каналлари орқали лимфатик томирлар орқали периодонтдан суюкусти пардаси остига тарқалишини аниқланан.

Г.А.Шаргородский ҳозирги давр тушунчаларига асосланиб, жағ-юз соҳаси яллиғланиш касалликлари таснифини таклиф этди, таснифга А.И.Евдокимов ва Г.А. Васильев ишлаб чиқилган принциплар асос қилиб лоинди.

Инфекция манбаси характери	ва	Касаллик	Касаллик шакли	
Оdontогенн стоматоген	ва	Периодонтит	Ўткир: сероз- йирингли. Хуружланган сурункали	Сурункали : фиброз, гранулацияланувчи, гранулематоз
		Жағ периостити	Ўткирий: сероз, йирингли	Сурункали (оддий, оссифициранган)
		Жағ остити.	Ўткир (реактив- транзитор шакли)	Сурункали: растефициранган, гиперпластик
		Жағ остеомиелити	Ўткир босқичи Ўткиности босқичи	Сурункали босқичи Бирламчи сурункали
	Абсцесс флегмона	ва	Ўткир босқичи	Ўткиности босқичи
	Яллиғланиш газаги.		Ўткир босқичи	Ўткиности босқичи
	Номахсус лимфаденит		Ўткир	Сурункали
	Юқори синусити	жағ	Ўткир	Сурункали

Кейинги йилларда стоматология бўйича илмий кенгашнинг хирургик стоматология ва оғриқсизлантириш муаммолар ҳайъати Жағ-юз соҳаси Ўткир яллиғланиш касалликлари таснифи эътиборга олинмоқда чунки бу тасниф нафақат нозология, балки унинг асоратларини ҳам ҳисобга олади.

Асосан сүяк тўқималари заарланиши билан
- ўткир, хуружланган сурункали периодонтит
- ўткир одонтоген остеомиелит
Асосан жағатрофи юмшоқ тўқималари заарланиши билан (жараённи жағда тарқалиш соҳаси битта тиш пародонти чегарасидан ташқарига чиқмайди)
- ўткир одонтоген периостит

- ўткир перикоронарит (перикоронит)
- одонтоген абсцесс
- одонтоген флегмона
- одонтоген яллиғланиш инфильтрати
- юқори жағ одонтоген синусити
<b>Асосан регионар лимфа аппаратини заарланиши билан</b>
- ўткир одонтоген лимфаденит
- одонтогенаденофлегмона
<b>Асоратлари</b>
- медиастенит
- юз веналари, мия қаттиқ пардаси синуслари тромбофлебити
- менингит, менингоэнцефалит, бош мия абсцесси
- сепсис

#### Одонтоген яллиғланиш касаллуклари этиологияси (ОЯК)

ОЯК күзғатувчилари – оғиз бўшлиғида учрайдиган микрофлора таркибиغا кирувчи микроорганизлардир: стафилококклар, стрептококклар, энтерококклар, диплококклар, граммусбат ва грамманфий таёқчалар. Адабиёт маълумотлари таҳлил қилинганда, уларни турлича эканлигини таъкидлаш мумкин. Ўтган аср 60-70- йилларида одонтоген инфекция ўчоғи кўпроқ стафилокок монокультурси (*Staphilococcus S. epidermidis*) ёки стрептококкнинг D, F ва G гурухидан иборат бўлган

Эшбадалов Х.Ю., Исхакова Х.И., И.А Худояровларнинг. 1995-2000 йиллардаги текширувлари Ўткир яллиғланиш инфекцияси микрофлораси таркибини тубдан ўзгарганлигидан маълумот беради.

Бу муаллифлар томонидан 105 та турли клиник кечишдаги( ўрта ва оғир) одонтоген флегмонаси бор беморлардан ажralаётган йирингни микробиологик текшилганда, уларнинг барчасида бактерияларнинг ўсиши аниқланган монокультура 11,4% ташкил қилган, бактериялар ассоциацияси –88,6%да бўлган. 105 беморнинг 93 (88,6%) дан облигат анаэроблар, 6 да– тоза культура (6,4%), қолганларда эса ассоциацияда учраган.

Икки ва ундан ортиқ соҳаларга тарқалган флегмонали беморларда монокультура клиник кечиши унча оғир бўлмаган беморларга(20-25,7%, Р<0,05) нисбатан бор йўғи 3,4% У больных с обширными флегмонами, захватывающими две и более анатомические области, имело место более редкое выявление монокультур – всего 3,4% аниқланган.

Жағ-юз соҳаси флегмоналаридан ажратиб олинган облигатноанаэроб бактериялар идентификация қилинганда Ушбу касалликда учрайдиган анаэроблар турли гурух синф ва шаклларини аниқлаш имконини берди. Энг кўп *Bacteroides* гурухи вакиллари 58,2 % фоизни ташкил этди, кейинги ўринда *Fusobacterium* штамми - 31,5% бўлди.

Шундай қилиб жағ-юз соҳаси флегмоналари ривожланишида асосий этиологик аҳамиятга эга анаэроблардан грамманфий спора ҳосил қилмайдиган таёқчалар бўлиб, улар 146 штаммнинг 131(89,3%).тасини ташкил этдилар.

Бактероидлар орасида флегмона йирингидага энг кўп аниқланган *B.gingivalis* 35,3 % ва *B. melanogenicus* 28,2% бўлди. Камроқ *B. fragilis* 17,6%, *B.oralis* - 13% ва бошқа турлари учраган: 4,7%. *B. Interme-dius* 1,2% *ureolyticus*. Фузобактериялар орасида 2 хили *F Nucleatum* - 39,1% ва 37% кўпроқ кузатилган.

Флегмона йириңгидан ажратиб олинган аэроблар ва факультатив анаэроблар, стафилококклар (71,9%), стрептококклар (21,9%) ва грамманфий таёқчалардан (6,2%) иборат бўлган. Аниқланган аэроб ва факультатив анаэроблар умумий сони миқдори бўйича ўсиб чиқишига қараб биринчи ўринда эпидермал стафилококк (43%), иккинчи ўринда *S.aureus* (28,8%) ва учинчи ўринда пиоген стрептококк (15,9%) туради.

Одонтоген яллиғланиш касалликлари патогенезига таъллуқли илмий изланишлар якунини умумлаштириб проф. М.М.Соловьев ёзди: инфекцион яллиғланиш жараёни қандай қилиб жуда тез ривожланади деган саволга М.Артюс ва Г.П.Сахаров XX аср бошида жавоб топишган эди Улар қуёнларга от зардобини 4-5 киритганларидан сўнг, зардоб киритилган жойда алтерация яққол намоён бўлган яллиғланиш реакцияси тез ривожланишини аниқладилар.

Жадал инфекцион яллиғланишни қай тарзда ривожланиши 20 аср бошларида М.Артюс ва Г.П.Сахаров томонидан жавоб берилган. Булар аниқлашиба, қуёнга от зардобини 4-5 марта юборгандан кейин зардоб инъекция қилинган жойда жадал яллиғланиш реакцияси алтерация билан кузатилади. Текширув давомида хайвонларга ўхшаш зардолар юборилган бунда қуён организмига қайта юборилган бегона оқсилларга тасирланиш хусусияти кўриб чиқиладиган феномен механизмга боғлик эканлигига хulosha чиқарилди. Кейинчалик бу феномен узун найсимон суюкларда (Дерижанов С.М 1940 ) пастки жағда (Снежко Я.Н 1951 Васильев Г.А 1972 ) остеомиелит келтириб чиқариш экспериментида қўлланилди.

Хозирги вактда Артюс Сахаров феноменининг етарлича яхши ўрганилган. Джелла Кумбс таснифига кўра у иммунопатологик реакцияларини З типига киради. Организмга зардоб оқсилининг кириши таъсирида, зардоб антиген хусусиятига эга антителолар ишлаб чиқарилади бу эса организм сенсибилизация асосида ётади. Бунда антигенни руҳсат берган дозаси қон томир оқимиға ўтиш кузатилади, антиген + антитело комплекси ҳосил бўлади. Бу комплекс томир эндотелий хужайралари мембраналарида фиксацияланади. Нейтрофил лейкоцитлар иммун комплекслар фагоцитлайди, бир вақтнинг ўзида хужайра мембранныни жароҳатлайди, бу эса лизосомал ферментларни чиқишига олиб келади ва бир вақтнинг ўзида яллиғланиш медиаторлари ажралади. Бу тромбоцитларни З фактори активациясини келтириб чиқаради ва томир ичи қон ивишига сабаб бўлиши мумкин, микроциркуляция бузилиши ва тўқима некрозини келтириб чиқаришига олиб келади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган иммунопатологик реакция одонтоген инфекция патогенезида ҳам қатнашади. Бунда антиген ролида микроблар ҳаёт фаолияти давомида ишлаб чиқарган маҳсулотлар микроб хужайраларнинг структур элементлари бўлади.

Шунинг учун пародонтга юборилган жойида инфекцион аллергик яллиғланиш кузатилади. Бу реакция пародонтдаги инфекцион яллиғланиш ўчоғини йўқ қила олмайди, агар пародонтга микроорганизмлар кириши тўхтатилмаса. Энг яхши ҳолатда сурункали одонтоген инфекция ўчоғи ривожланади.

Динамик мувозанатни ушлаб туриш учун ўчоқни ўраб турувчи биринкиривчи тўқимали капсула муҳим рол ўйнайди. Бу капсула микробларни ва уларни маҳсулотларини ўчақ ёнида жойлашган тўқималарга қон томирга киришини чегаралайди. Шу билан бирга микроорганизмлар маҳсулотлари ва парчаланган ҳолати тиш канали орқали, оқма йўллар орқали ёки периодонтал ёриқ орқали инфекцион ўчоқдан оғизга ўтади.

Бу ҳолатни күпчилик одамлар оғиз бўшлиғида сурункали одонтоген инфекция ўчоқлари мавжудлиги ва улар ташиб юрувчиларини безовта қилмайди деб тушуниш мумкин.

Агар биз стоматолог ҳузурига ўткир УЯЖ билан келган беморларни анамнезини йиғсак уларни күпчилиги бу ҳолатни жағда даволанган ёки даволанмаган емирилган тиш сабаб бўлганини таъкидлаб ўтишади.

Сурункали ўчоқли одонтоген инфекцияни ўткирлашувини қандай сабаблар келтириб чиқариши мумкин? М.М Салавъёв (2002 й) маълумотига кўра ИЯЖ ни ўткирлашуви ва тарқалиши микрофлорани вирулентлиги ошиши натижасида келиб чиқади, экссудатни чиқишини бузилиши натижасида (каналга овқат тушиб қолиши ёки пломбаланганда). Инфекцион ўчоқда микроблар концентрацияси, уларнинг токсинлари ва тўқима парчаланган маҳсулотлар кўпайиб боради, улар ўз навбатида бириттирувчи тўқимали капсуладан атроф тўқималарга ўтишни бошлайди ва уларни жароҳатлайди, ёки қон томирга ўтади ва иммун комплексларни ҳосил қиласди, Яне Артюс Сахаров типи бўйича реакция келтириб чиқаради.

Клиник - бу одонтоген яллиғланишнинг бир тури ҳисобланади.

Бошқа механизм бириттирувчи тўқимали капсула механик жароҳатланиши (тишни олиш, тишга ҳаддан ташқари босим бериш ) натижасида томирлар ўтказувчанлиги ошиши ва микроблар токсинлар парчаланган тўқима маҳсулотлари инфекцион ўчоқ чегарасидан чиқиши Артюс Сахаров типи бўйича иммунологик реакция ривожланиши кузатилади.

3) Сурункали ўчоқли инфекцияни ўткирлашуви.

### **Ўткир периодонтит:**

Периодонтал ёриқда жойлашган тўқималарнинг яллиғланиши периодонтит дейилади. Инфекцион, травматик ва медикаментоз периодонтитлар фарқланади. Инфекция периодонтга пульпа некрозидан кейин тиш илдизи чўққи тешигидан ва маргинал-айланна бойламларни бузилиши натижасида тушиши мумкин.

Травматик периодонтит кучли механик травма ёки доимий такрорланувчи микротравма яъни прикусни кўтариб турувчи пломба сунъий қоплама заарли одатлар натижасида келиб чиқиши мумкин. Лукомский И.Г (1960 й ) периодонтитлар таснифини таклиф қилди.

Кечишига қараб ўткир ва сурункали периодонтитлар фарқланади. Патологоанатомик ўзгаришига қараб: ўткир сероз (чегараланган ёки чегараланмаган ), йирингли (чегараланган ёки чегараланмаган ) бўлиши мумкин.

Сурункали

-Фиброз

-Грануляцияланувчи

-Гранулематоз

-Сурункали периодонтитни ўткирлашуви

Ўткир чўққили периодонтитни клиникаси ва диагностикаси. Серозли периодонтитда заарланган тишка тунда кучайиб борувчи тўмтоқ симмилловчи оғриқлар ёки жағларни ёпилиш вақтида тишка тушган босим натижасида ҳосил бўлади. Оғриқ локализацияланган, бемор заарланган тишини аниқ кўрсатиб бера олади. Маълум вактдан кейин ўсиб қолган тиш хиссиёти пайдо бўлади. Гаплашганда, тишлаганда «ўсган тиш» биринчи бўлиб антогонистига тегади ва жадал оғриқ беради. Ташқи томондан ҳеч қандай ўзгаришлар бўлмайди. Озгина қимирилаш ва вертикал перкуссияда оғриқ бўлиши мумкин .

Жараённи йириングли жараёнга ўтиши оғриқлар интенсивлигини оширади. Оғриқлар пульсацияланувчи бўлади, чакка, қулоқ кўз ёки бўйинга иррадиация беради физик зўриқища оғриқлар кучаяди. Заарланган тиш қимирлаши мумкин, унга тегинса кучли оғриқ келтириб чиқаради. Бемор тишларни бир бирига боса олмайди шунинг учун оғзини ярим очиқ ҳолда очиб туради, уйқу бузилган умумий ҳолсизлик кузатилади.

Маҳаллий: шу тиш соҳасида милк гиперемияланган ва шишган.

Тиш илдизи чўққиси проекциясида сужак усти пардаси инфильтранган ўтув бурмалар ва илдиз милки пальпацияси оғриқли бўлади, юз юмшоқ тўқималарнинг шишиши мумкин, жағ ости ва даҳан ости лимфа тугунлари катталашади, тана ҳарорати 37,5 С кўтарилади, қонда лейкоцитоз ЭЧТ 12 -15 мм/соат бўлади.

Рентгенограммада периодонтал ёриқ ўзгармаган, альвеола сужак тўқималарида деструкция аниқланмайди.

Қиёсий ташхис.

Ўткир ва ўткирлашган сурункали периодонтитни диффуз йириングли пульпитдан, илдиз олди йириングли кистадан, ўткир одонтоген синуситдан, периоститдан ва жағлар остеомиелитидан қиёслаш керак. Ўткир йириングли периодонтитга иссиқдан даврий ҳуружсимон оғриқлар хос эмас. Пульпитда ЭОД 30-40 мкА. Йириングли кистага альвеоляр ўсиқни шишиши, сужакни юпқалашиши ва «пергамент гичирлаш» хос. Рентген тасвирида – сужак резорбцияси. Одонтоген синуситда буруннинг ярми битиши бурундан сероз йириングли ёки йириングли ажралмалар бўлиши, жадал бош оғриғи интенсив бош оғриғи рентгенограммада юқори жағ бўшлигини хирадлашиши кузатилади.

Даволаш биринчи навбатда периодонтал соҳадан экссудатни чиқиши учун тиш канали орқали отток берилади, тишни олиш йўли орқали тиш катагидан.

Кўшимча антибиотиклар сульфаниламиidlар, чайқаш физиодаво белгилаш керак.

Тўғри олиб борилган даво ўткир яллиғланиш жараёни йўқ қилишга имкон беради. Ўткир яллиғланиш натижасида ўлган периодонт тикланади ёки бириктирувчи тўқима билан қопланади.

### **Сурункали чўққи периодонтит**

Клиник кечишига қараб стабиллашган актив турлари ажратилади.Стабиллашган турига фиброз активлашган турига грануляцияланувчи ва гранулематоз турлари киради.

Сурункали фиброз периодонтит ўткир периодонтитни ноадекват даво натижасида келиб чиқади, натижада периодонт қўпол толали бириктирувчи тўқима билан алмашинади ва симптомсиз кечади .

### **Сурункали грануляцияланувчи периодонтит.**

Периодонтитни давоси консерватив ҳисобланади. Механик ва медикаментоз ишлов ва тиш илдиз каналларини чўққисигача герметик пломбалаш яхши натижа беради. Консерватив даводан сўнг сурункали периодонтларда клиник белгилари кузатилмаса ҳам чўққи олди соҳаларида инфекция ўчоқлари сақланади, бу иммунологик тасдиқланган А.М Салавьев 1991 йил, С.И Черкаш 1991 йил. Бактерия ва бактериялар ишлаб чиқарилган маҳсулотлар таъсири остида периапикал соҳада сужак тўқимаси резорбцияси кузатилади. А.И Воложин фикрича микроорганизмлар ва парчалаган маҳсулотлар антиген бўлиб ҳисобланади. Тиш илдизидан чиқиб периапикал тўқималарга заарловчи таъсир кўрсатади. Иммунодефицитда яллиғланган ўчоқ бактериоид ҳусусияти тушиб кетиши натижасида жараён сепсисгача генерализацияланади.

М.М Салавьев сурункали периодонтитда транзитор иммунодефицит келиб чиқади деб ҳисоблайди, бу периапикал патологик ўчоқни йўқ бўлгунча сақлади ёки камайтиради. Бу ўчоқ фақат жарроҳлик йўли олиб ташланади сурункали периодонтитларни даволашда тарқалган ва эффектив консерватив жарроҳлик турлари қўйидагалар:

- Илдиз чўққиси резекцияси
- Илдизни гемисекцияси ва ампутацияси
- Гранулоэктомиядан кейин тиш реплантацияси

М.М Салавьев бўйича илдиз чўққиси резекциясига кўрсатма:

- Ўтмас ва қийшиқ илдиз каналлари
- Эндодонтик терапия натижасидаги асоратлар (илдиз ён перфорацияси, илдиз каналларда канал ниналари ёки пульпа эксректрарини синиши, илдиз чўққисидан пломба материаларини ҳаддан ташқари чиқарип юбориши.
- Илдиз каналини чала пломбалаш (ҳаддан кўп учрайди)
- тиш даволашдан кейинги узоқ муддатлар, сувак тўқимаси нотўлиқ регенерацияси
  - илдиз олди кисталарини ҳосил бўлишига сабабчи гранулематоз перикороноритлар
  - кўприксимон протезларга тегишли грануляцияланувчи ва гранулематоз периодонтитли тишлар(Уваров В.М 1971)

Илдиз учи резекциясига қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади.  
-парадонт касалликларида тишларни II-III даражали қимирлашлари  
-илдиз атрофи сувак тўқимасини резорбцияси,илдиз узунлигининг ярмигача  
-қон касалликлари ва декомпенсация белгиларига эга бўлган оғир соматик касалликлар.

Сурункали периодонтитларни тиш тож қисмини кўп қисми ёмирилганда жарроҳлик йўли билан даволанмайди.

Охирги 10 йил ичида тиш илдизларини сақлаб қолишга катта аҳамият берилмоқда. Бунда консерватив жарроҳлик усуллари қисман қўлланилиб, гемисекция (коронарадикуляр сепарация) ва илдизлар ампутацияси қўлланилмоқда.

Гемисекцияда даволаб бўлмайдиган илдиз ва унга тегишли тиш тож қисми олиб ташланади.Илдиз ампутацияси-тиш илдиз қисмини ажralган жойи бефуркациядан олиб ташлаш.

Операцияга кўрсатмалар:

- молляр илдизи соҳасида чуқур сувак ичи чўнтақларининг мавжудлиги.
- илдизлараро тўсиқлар сувак моддасининг резорбцияси.
- илдизлар бефуркация соҳасидаги перфорация.

Қарши кўрсатмалар:

- ҳамма илдизлар сувак тўқимасини кенг резорбцияси
- бир бирига қўшилиб кетган ажralмаган илдизлар
- сақлаб қолинадиган илдиз каналининг ўтмаслиги

Бу тиш сақловчи операциялар сурункали периодонтитларни жарроҳлик даволашнинг энг самарали усули бўлиб ҳисобланади. Уларни стоматологик муассасаларда кенг қўллаш керак. Бироқ уларни асоратларини эсдан чиқармаслик керак. И.Д Киняпина Н.А Короткова(1999).Асоратларни қўйидаги сабабларини кўрсатиб ўтадилар: шиллик қаватни норационал кесуви, илдиз чўққисининг нотўлиқ резекцияси.

Ренплантация усули ҳам ўз аҳамиятини йўқотган эмас. Реплантация-олинган тишни ўша тиш катагига қайта ўтказиш бу усул нафақат периодонтит балки интакт тишларни тўлиқ чиқишида тишни сақлаб қолиш мақсадида ишлатилади.

Кўпинча периодонтит билан заарланса консерватив терапия қилиниши мумкин бўлмаган катта ва кичик жағ тишлари реплантация қилинади.

Тиш реплантациясига қарши кўрсатмалар: Тиш олиш учун анатомо-топографик шароитнинг қийинлиги, тиш илдизига ишлов берганда унинг жарроҳатланиши, пародонт касалликларда пародонтал чўнтакларни мавжудлиги. Шунингдек оғир соматик ва психик, қон касалликлари ва бошқалар қарши кўрсатма бўлиб хисобланади.

В.А Козлов тажрибалари ва клиник маълумотлари шуни кўрсатдики ренплантация қилинган тишлар 4-6 ҳафта мобайнида битади. Автор кўчиб ўтказилган тишни альвеола билан битиб кетишини 3 га бўлади.

1.периодонтал-альвеола суяқ усти пардасининг ва тиш илдизи периодонтининг тўлиқ сақланган ҳолда бўлиши.

2.периодонт-фиброз- альвеола суяқ усти пардасининг ва тиш илдизи периодонтининг қисман сақланган ҳолда бўлиши.

3.остеоид- альвеола суяқ усти пардасининг ва тиш илдизи периодонтининг тўлиқ бузилган ҳолда бўлиши.

## Жағларнинг одонтоген периостити

Жағларнинг ўткир одонтоген периостити – бу бир нечта тишлар давомийлигидаги альвеоляр ўсиқ суяқ усти пардасининг чегарали яллигланиши.

Этиология – ўткир одонтоген инфекция бўлимида таъкидлаб ўтилган инфекция этиологияси билан бир хил. Бу касаллик патогенези биз томондан юкорида таъкидлаб ўтилган.

Патологик анатомияси:

Ўткир ( сероз, йирингли) ва сурункали периостит фарқланади. Г.А. Шаргародский бўйича патологик анатомияси. Жағларнинг ўткир одонтоген периоститининг бошланғич даврида суяқ усти пардаси қалинлашган, шишган, лейкоцитлар билан инфильтранган. Периост ва атроф тўқималарнинг томирларида айтарли ўзгариш кузатилади. (тўлақонлик, стаз, қон қуилиши ). Томир олди клечаткасини яққол лейкоцитар инфильтрацияси кузатилади. Сероз йирингли экссудатни йиғилиши суяқ усти пардасини суждан ажратишини келтириб чиқариши мумкин. Секинлик билан хужайра элементларини миқдори экссудатда ошиб боради ва у йирингли характерни намоён этади. Инфильтрат марказида йиринг эритмали некроз пайдо бўлади. Бу суяқ усти пардасини бутунлигини бузилиши ва инфекцион яллигланиш жараёнини унинг чегараларидан ташқарига олиб келади.

Ўткир одонтоген периоститда жағ кортикал пластинкасини йирингли ўчоқ билан тегиши жойида суякни остеокластик яллигланишини резорбциясини ифодаловчи реактив яллигланиш ва дистрофик ўзгаришлар келтириб чиқаради. Резорбцияга учраган суяқ хужайра толали тўқима билан алмашади. Клиник қўриниш:

Периоститнинг клиникаси ривожланиши олдидан ўткирлашган сурункали периодонтит клиникаси намоён бўлади. Сабабчи тиш қимираши мумкин, унга тегинса қаттиқ оғриқ пайдо бўлади ва ўсан тиш сезгиси намоён бўлади. Жараённи суяқ усти пардаси кенгайган сари локализацияланган оғриқ жағга, чаккага, қулоққа, кўзга, бўйинга иррадиацияланади. Жағ олди юмшоқ тўқималар шиши кузатилади унинг локализацияси сабабчи тишга боғлик бўлади. Сабабчи тиш илдизи ва унга қўшни 2-3 та тишлар даражасида ўтув бурма жараён йирингли формага ўтиши суяқ таги абсцесси ривожланиб текисланади, ҳолсизлик умумий ҳолат ёмонлашади, тана харорати

күтарилади, бош оғриши, иштача йўқолади, уйқу бузилади. Юмшоқ тўқималарни коллатерал шиши ва тарқалиши яллиғланиш жараёнига боғлиқ. Суяқ ости абсцесси кўпинча альвеоляр ўсиқнинг вестибуляр томонидан кам ҳолларда танглай ва тил томондан вужудга келади. Бу жағларнинг анатомик тузилиши билан тушунтирилади. Йиринг аста секинлик билан суяқ усти пардасини эритади ва вестибуляр бўшлиқни шиллиқ ости қаватига ўтади, бунда шиллиқ ости абсцесси ривожланади. Йирингли соҳа қум соатини эслатади яъни йирингни остида ва суяқ пардаси остида жойлашади. Бу ҳолатда флюктуацияни аниқлаш мумкин. Умумий ҳолат қониқарли, тана температураси 37,3-37,8 С, қонда лейкоцитоз, ЭЧТ 15-20 мм/ соат.

Суяқ ости йирингни ривожланиши ва сабабчи тиш соҳасидаги суяқ усти пардасини эриши натижасида йиринг танглай шиллиқ ости қаватига ўтади ва оғиз бўшлиғида ярим айлана шаклида осилиб туради, бу соҳани пальпациясида суюқ йирингни аниқлаш мумкин.

Юмшоқ тўқималарни шиши сабабчи тиш локализациясига боғлиқ. Агар периостит сабаби бўлиб марказий ёки ён кесув тишлар ҳисобланса юқори жағда, юқориги лаб ва бурун қанотлари қаттиқ шишади, юқориги курак тиш бўлса шиш лунж ва кўз ости соҳага, бурун қанотларига, оғиз бурчакларига, баъзида юқори қовоққа тарқалади. Кўз тирқиши кичраяди, кўз ёпиқ ҳолатда бўлиши мумкин. Юқори жағ премолярлари ва биринчи моляр тишлари сабабчи бўлса шиш лунж, кўз ости ва ёноқ соҳаларда, пастки қовоқ ва юқори лабда кузатилади. Бурун лаб бурмаси текисланади. Иккинчи ва учинчи молярлар периоститида шиш ёноқ лунж ва қулоқ олди чайнов соҳасининг юқорисида кузатилади.

Агар периостит сабабчиси пастки жағ марказий ва ён курак тишлари бўлса пастки лабнинг қизил ҳошияси шишади ва олидинга чиқиб очилиб қолади. Шиш даҳан остига тарқалади. Агар инфекция сабабчиси қозик тиш ва премолярлар бўлса шиш лунжнинг пастки ва ўрта қисмларида кузатилади, пастки лаб бурчаги ва жағ ости соҳаларга тарқалиши мумкин.

Агар инфекция манбаи молярлар бўлса шиш лунжнинг пастки ва ўрта соҳаларнинг, баъзида қулоқ олди – чайнов ва жағ ости соҳаларда учрайди.

### **Жағларнинг одонтоген остеомиелити.**

Остеомиелит деганда яллиғланиш жараёни нафақат суяқ кўмигига, балки суяқ структур қисмларида ва уни ўраб турувчи юмшоқ тўқималарида учраши тушунилади. “паносит” термини касалликни нечоғлик кенг тушунтиришига қарамасдан унча кенг тарқалмади.

Б.В. Паникаровский ва А.С. Григорьян (1975 йил) фикрича “остеомиелит” атамаси суяқ яллиғланишини патологик жараён табиатини, унинг патологияси ва морфогенезини тўлиқ ўзида акс эттиради.

А.Г. Шаргародский (1986 йил) қўйидаги таърифни беради: жағлар остеомиелити инфекцион йирингли некротик жараён бўлиб, нейрогуморал ўзгаришлар ва дастлабки сенсибилизация фонида агрессив, физик, химик ёки биологик табиатга эга бўлган факторлар таъсири остида суяқ ва уни атрофидаги тўқималарида ривожланади.

И.И. Ермалаев (1977 йил) таъкидлашича, остеомиелит бу ҳар қандай суякнинг йирингли яллиғланиши эмас, балки ўзида некротик компонент тутувчи жараёндир.

Жағлар остеомиелити бўлиши мумкин :

1. Одонтоген (стоматоген )
2. Травматик : ўқотар ва майший
3. Гематоген
4. Специфик

## 5. Жағларнинг нурдан некрози

### Тасниф

Касалликларни жақон таснифини 9 қайта кўришдан кейин (1975 йил ) қўйидаги шакллар ажратиб ўтилган :

Ўткир остеомиелит (730.0)

Сурункали остеомиелит(730.1)

Аниқланмаган остеомиелит(730.2)

Остеоид остеомиелит (Янги туғилганларда),

Жағлар периостити (ўткир сурункали йирингли) «яллиғланиш ҳолатлари» номли алоҳида бўлимга киритилган (526.4)

Табиийки жақон таснифи клиницистлар талабига жавоб бермайди , идеал тасниф тузиш амалий тузиб бўлмайди.

### М.М.Солавъёв бўйича жағларнинг одонтоген остеомиелитлар таснифи

Клиник рентгенологик остеомиелит формалари Одонтоген йирингли	Касаллик фазаси  Ўткир, ўткир ости	Инфекцион яллиғланиш жараёнини тарқалиши бўйича 1. Чегараланган 2. Ўчоқли 3. Диффуз	Деструкция характерига қараб	Касаллик кечишига қараб
Деструктив	Ўткир ости	Ўткир	Литик секвестри	
Гиперостоз	Ўткир, ўткир ости			
Сурункали деструктив	Ўткир, ўткир ости		Литик секвестри	A)Бирламчи- ўткир ости Б)Рецидивланув чи
Сурункали гиперостоз	Ўткир, ўткир ости			A)Бирламчи- ўткир ости Б)Рецидивланув чи

Клинико рентгенологик кўриниш асосида бу таснифда жағларнинг одонтоген остеомиелит турлари ажратилган.

Одонтоген йирингли остеомиелити, яллиғланиш экссудатив компонент кузатилиши характерли бўлиб, бунда клиник рентгенологик белгиларига кўра суюк тўқимаси деструкцияси яққол намоён бўлади. Бундан олдинги ишларда бошқа муаллифлар бу касаллик турини ўткир ёки abortiv остеомиелити, транзитор остит деб ёзилган.

Одонтоген деструктив остеомиелит, бунда клинико рентгенологик белгиларига кўра суюк тўқимаси деструкцияси яққол намоён бўлади бу гурухга факат остеомиелитнинг деструктив формалари киритилди, уларда деморкация ва суюкнинг некрозланган тўқимасини чиқиб кетиши ўрта муддатда амалга оширади: патологик жараён пастки жағ альвеоляр ўсимтасида ва юқори жағ

соҳасида локализацияланганда – 4-5 ҳафтада, пастки жағни шохи ва тана қисмiga локализацияланганда – 6-8 ҳафтада.

М.М Салавьёв одонтоген деструктив остеомиелит ривожланишини ўткир ва ўткир ости фазаларига бўлади. Суяк тўқимаси деструкция характерига кўра литик ва секвестр формаси бўлади. Инфекцион яллигланиш жараён тарқалиши бўйича (В.И Лукьяненко 1968й 1986й, М.М Салавьёв 1969й, Т.М Алихова 1977й ва бошқалар) чегараланган, ўчоқли ва диффуз деструктив остеомиелит ажратилади.

Бу муаллифлар фикрича чегараланган остеомиелит бўлиб жағ танаси заарланишисиз 1-2 кам ҳолларда З тиш соҳасида жағ альвеоляр қисмини чегараланган яллигланиш жараёнлари ҳисобланади. Кечиши хавфсиз касаллик ривожланиш муддати давомли эмас. Радикал жарроҳлик аралашувидан кейин касалликни рецидивли ўткирлашуви деярли кузатилмайди. Жағнинг битта анатомик қисмини яллигланиш жараёни натижасида заарланиши ўчоқли остеомиелит бўлиб ҳисобланади: жағнинг танаси бурчаги шохи ва бошқалар. Жағни 2 ёки ундан ортиқ анатомик қисмини заарланиши диффуз остеомиелит ҳисобланади.

Частота: турли хил муаллифларни маълумотига кўра жағлар остеомиелитини частотаси ҳар хил. П.Т Наомов маълумотига кўра 1976 йил клиникага госпитализация қилинганларни 11,26%ни ташкил қиласди. А.Г Шаргородский 15,2% ҳақида маълумот беради. В.И Лукьяненко 1986 йил маълумотига кўра 89,1% ни ташкил қиласди.

Берилган адабиётлар ва бизнинг кузатувлари шуни кўрсатадики одонтоген остеомиелити ҳар хил ёшдаги одамларда учрайди. Бироқ 4-7 ёшли болаларда ва 20-40 ёшда кўпроқ учрайди. Г.В Наомов ва Т.М Черняпина маълумотига кўра жағларни одонтоген остеомиелит билан оғриган 20-40 ёшдаги одамлар беморлар 41%ни ташкил қиласди.

### **Остеомиелит патогенезининг теориялари.**

Томирли ёки эмболик теория Остеомиелит патогенезининг биринчи теорияларидан булиб ҳисобланади. А.А Боброва ва Lexer.

Бу теориялар муаллифлари суяк тўқималарини қон билан таъминланишини ўзига хослигидан келиб чиқади. Бундан келиб чиқкан ҳолда суякларнинг метафиз қисмida қон томир қуюқ қон томир тури бўлиб томирларнинг бир учи ёпилган, бу ерда қон оқими секинлашади муаллифлар ўйлашиб бу томирларни бир учида бактериал эмболларни механик ушланиб қолишига олиб келади. Чўккан эмбол суяк тўқимаисини қон билан таъминланиши бузилиши натижада яллигланиш ва тўқима некрози вужудга келади.

Аллергик теория.

20 аср бошларида N.Arthus Г.П Сахаров қуёнларга от зардобини тери остига 4-5 марта юборганда инъекция қилинган жойда жадал яллигланиш реакцияси альтерация билан учрайди. Патогенез теориясини ривожланишига Смоленслик патологоанатом С.М Дерижанова 1937-1940 йил ҳиссаси катта.

Дерижанов остеомиелитлар келтириб чиқарадиган ишларни таҳлил қилиб тажрибачиларни 2 гурухга бўлади.

1)Ҳайвонлар суяк кўмигига турли хил кимёвий моддалар (ишқорлар кислоталар кротон ёғи ва бошқалар)ларни юборувчилар лекин бу холатларда остеомиелит чақирмаган .

2) Суяк кўмиги микроорганизмлар юборилган (ёки вена ичига ) бу ҳолларда ҳам остеомиелит келиб чиқмаган ,бу тажрибалар травма натижаси асорати бўлганда бундан истесно.

Суяк кўмигига инфекцияни бевосита киритганда остеомиелит чақириш катта қийинчилик туғидрган Орлов ва Есаулов тажрибаларида, суюкларни синдирилиши ҳам остеомиелит эксперементини ривожланишига олиб келмаган. С.М Дережанов адабиётни таҳлил қилиб, сурункали кечувчи остеомиелит суяк кўмигига юборган инфекция қон томирга юборган микроблар кимёвий моддалар остеомиелит келтириб чиқармаслиги ҳақида хulosага келди.

Одам остеомиелитига идентик экспрементал остеомиелит биринчи бўлиб С.М Дережанов томонидан организм сенсибилизация факторини ишлатган ҳолда чақирилди.

Дережанов 4 қисмдан иборат тажрибани амалга ошириди:

1 қисми : муаллиф от зардоби билан қуёнларда сенсибилизация чақирди. Кейин рухсат этилган зардоб миқдорини суяк кўмиги бўшлигига юборди, асептик аллергик остеомиелит келтириб чиқарди.

2 қисми : тажрибаларда белгиланган миқдор 500000 оқ стафилакокк микробли таналарини юборган. Натижада биринчи қисмдаги гистологик ўзгаришлар кузатилган.

3 қисми : сенсибилизация мақсадида рухсат этилган зардоб миқдори ва оқ стафилакокклар қўлланилган, остеомиелитнинг некрозли ўчоқлар билан ўткир кечуви.

4 қисми : сенсибилизация зардоб ва рухсат этилган стафилакокк миқдори билан амалга оширган рухсат этилган миқдорни юборишдан олдин ҳайвон голени тахта чўп билан саваланади.

Бу қисмда остеомиелитни ривожланиш механизми енгил травма билан боғлиқ – чўп билар саваланиши. Бу травма битта суюкда йирингли остеомиелит кам миқдордаги микроорганизмлар билан келтириб чиқариши мумкин.

Ўзини изланишларида С.М Дережанов томирларда тромблар эмболлар кузатмади шунинг учун Лексер ва Бобров бу назарияни инкор этади текширувлар натижасидан С.М Дережанов қуидаги хulosаларга келади.

1 – Ўткир инфекцион остеомиелит фақат сенсибилиланган одамда ривожланади  
2 – Остеомиелит сенсибилиланган одамда мудраган инфекция ва носпецифик кўзгатувчи травмалар совуқ қотишда ривожланади

3 – Ўткир остеомиелитда бир вақтнинг ўзида яллиғланиш жараёни суяк кўмиги перист ва юмшоқ тўқималарни заарлайди.

Я.М Снешко қуёнларда Дережанов бўйича тажрибалар ўтказди, улар 2 гурухга бўлинди.

1-Қуёнлар от зардоби билан сенсибилиланган

2-Контрол гурухи. Тажрибалар жараёнида Я.М Снешко қуёнларда жағ О.Ч.О.Н ни келтириб чиқарди. Сенсибилиланмаган қуёнларда ўткир остеомиелит чақирилмаган.

Я.М Снешко одамда ўткир жағ остиемиелити фақат микроблар ва уларнинг фаолияти давомида ишлаб чиқарилган маҳсулотлар билан организмни дастлабки сенсибилизациядан кейин келиб чиқиши мумкин деган хulosага келади. Дережанов ишлари ва аллергик теория болаларда учрайдиган ва жараённи метафизларида локализацияланишини тушунтириб бера олмаган. И.С Венгеровский 1964 йил остеомиелитда организмда бўладиган ҳар хил жараёнларни аллергия билан тушунтириш мумкин эмаслигини ёзади.

Остеомиелитни нерв рефлектор назарияси М.М Еланский 1954 йил томонидан айтиб ўтилган. Унга кўра остеомиелитни келиб чиқиши томирларни давомийлик спазми манфаатлантириб қон айланишини бузилиши билан вужудга келади. Вазоспазмни келтириб чиқарувчи факторлар ташқи мухитдаги таъсировчилар бўлиши мумкин. Бунда сенсибилизация қанчалик

муҳимлигини ва яширин инфекция борлигини инкор қилмаслик керак. Н.Р.Н асослаш учун В.А. Ващинская бир қанча тажрибалар ўтказди С.М. Дережанов методикасини кўллаб у тажрибаларни 1 қисмида қўпчилик қуёнларда остеомиелит чақириди. Тажрибани 2 қисмида тенг шароитда аллергени рухсат этилган миқдоридан кейин антиспастик моддалар юборган ва остеомиелитни ривожланиши камайган. Тажрибани 3 қисмида суяқ деструкцияси борлигига ганглиоблокаторлар юборганда жараён ривожланиши қайтар холатда.

Жағ остеомиелит патогенезида марказий нерв системасини ўрнини Г.Н Семеншенко аниқлаган. У пастки жағ нервига металл узукни кўйган, бунда давомий таъсирни келтириб чиқарган (организм сенсибилизациясини ҳам келтириб чиқарган) кейин пастки жағ танаси препаровка қилинган ва суяқ кўмигига микрофлора киритилган, бунда жағ остеомиелитини келтириб чиқарилган.

М.М Салавьёв бўйича остеомиелит патогенези ҳакида замонавий тушунчани антиген хусусиятига эга зардоб оқсилини периапикал инфекцион яллиғланиш жараёнини ўраб турувчи тўқималарга тарқалиши билан боғлайди.

Остеон ва озиқлантирувчи каналлар орқали бу антигенлар суяқ усти пардаси ва фасциялар аро клетчаткаларга етиб боради. Капиллярларни зич тури мавжудлиги антигенларни уларнинг девори орқали қон томирга ўтишига шароит яратади. Бу ерда улар қонда циркуляция қилаётган антигеннлар билан бирикib комплекслар ҳосил қиласи, уларнинг борлиги Артюс Сахаров типи бўйича феномен иммунопатологик реакция вужудга келади, унга эндотелий жароҳатланиши, томир ичидаги қон ивиши, микроциркуляцияни бузилиши, тўқима некрози ва яллиғланиш жараёнини келиб чиқиши.

Бу тушунча периоститларни жағ олди флегмоналарни ва абсцессларни ривожланишини тушунтириб бериши мумкин, бунда йиринг суяқ ичидан чиқмасдан бирламчи ўткир инфекция ўчоғидан бактериал антигенларни жағ олди юмшоқ тўқималарига ўтиши натижасида ривожланади.

Жағ олди юмшоқ тўқимларни заарланишини М.М Салавьёв қуйидаги равишда тушунтиради: пародонтда ўткир ўчоқли инфекция бактериал антигенлари суяқни компакт қисмидан ўзлари тарқалиши мумкин жағ олди юмшоқ тўқималарига уларни ўзи жароҳатлаш хусусиятига эга эмас. Сенсибилизашган организмларда уларни антителолар билан учрашиш (Т-лимфоцитлар ҳужайра мембранасидаги эркин ёки фиксацияланган) шароити капиллярлар тури зич ҳужайра инфильтрация шароити яхши васкуляризацияга эга жағ олди тўқималарида юқори бўлади (суяқ тўқимасига нисбатан). Бу учрашишдан ҳосил бўлган комплекс антиген – антитело иммунопатологик реакцияларни келтириб чиқариб улар тўқимани жароҳатланишини ва яллиғланишини келтириб чиқаради.

Олдинги маърузада периодонтда сурункали жараённи ўткирлашуви натижасида 80-90 % ҳолатларда ЮЖС ни ўткир йирингли жараёнлари келтириб чиқаради.

Сурункали ўчоклар инфекциясини ўткирлашуви сабаблари нима.

Юқорида таъкидлаб ўтилгандек инфекцион ўчоқ билан бемор организми орасидаги мувозанат сақланади. Одонтоген инфекция учун барьер бўлиб бириктирувчи тўқимали капсула (гранулема) ҳисобланади, у микробларни ва уларни маҳсулотларини ўчоқка яқин жойлашган тўқималарга тарқалишини чегаралайди уларни қон томир ўтишини ҳам.

Мувозанат қуйидаги ҳолатларда кузатилиши мумкин.

1) Микрофлора вирулентлигини ошиб кетиши:

А) оттокни бузилиши

Б) микроблар концентрацияси ва уларни токсинларини ошиши

В) анаэроб микрофлора учун оптимал шароит яратиш

2) Капсулани механик жароҳатланиши натижасида унинг ўтказувчанилигини ошиши

А) Тиш олганда

Б) Тишга ҳаддан ташқари босим тушганда

В) Иммунопатологик системалар ҳолатини функционал ўзгариши

Бу бўлиши мумкин

А) Совук қотиш

Б) Исиб кетиш

В) Жисмоний ва эммоционал зўриқишилар

Г) Ультрабинафша нурларини ҳаддан ташқари кўпайиб кетиши

Е) Интеркурент касалликлар

Бу факторлар одамда умумий стеретип реакцияларни-активация реакцияларни бу стресс стадиясини ва қўрқув босқичларига тўғри келади. Бу ҳолат иммунологик занжирларини кўпчилигини функционал ошиши билан кузатилади: қон таркибида специфик (антитело) носспецифик (комплмент пропердин) гуморал факторлар ошади, фагоцитар хужайра элементлари (микро ва макрофаглар) миқдори кўпаяди.

4) Гипоталамус – гипофиз – буйрак усти тизимлари нормада организм сенсибилизациясини ушлаб турган ҳолда яллиғланиш реакцияларини олган ҳолда бемор организми ва сурункали одонтоген инфекция ўчоғи орасида мувозанат сақлаб туради. Бироқ сурункали инфекция ўченини узоқ муддатда бўлиши юқорида таъкидлаб ўтилган системаларни яширин функционал етишмовчилигини келтириб чиқаради. Бу фонда бемор организмига умумий характерли таъсирловчиларни таъсир этиши (интоксикация, совук қотиш ва бошқалар) гипоталамус гипофиз буйрак усти пўстлоғи системаларни заифлашувига олиб келади бу заифлашув натижасида инфекцион аллергик жараёнлар активациясини ривожлантиради.

Суяк тўқимаси деструкцияси ва уни зарарланиш ҳажмини келтириб чиқарувчи омиллар. Юқорида айтиб ўтилганидек УИЯЖ бир ҳолатда чегараланган характер периодонт, периостит бошқа ҳолатларда суякни деструкцияси билан кечувчи остеомиелит ёки бир неча анатомик соҳалар флегмонаси ўз ичига олади. Омилларни билиш зарарланган тўқима ҳажмини билган ҳолда рационал давога катта аҳамият касб этади.

М.М Салавьев киритади.

1 – Инфекция бошланишини вирулентлиги

2 – Умумий иммунологик реактивлик (УИР)

3 – ЮЖС тўқималарни маҳаллий иммунитет ҳолатини

4 – Қон айланиш ҳолати (микроциркуляция)

В.И Иёфе бўйича инфекцион ўчоқ микрофлорасини вирулентлиги микробларни миқдори ва хусусиятига боғлиқ. Патоген стафилаккок чақирилган О.И беморларда остеомиелит ривожланиши 2-3 баравар нопатоген стафилаккок билан чақирилган беморларга қараганда кўпроқ учрайди (Биберман Я.Н 1968 й)

М.М Салавьев тажрибада рентген нурлари ёрдамида, глюкокортиоидларни юқори миқдорда юбориб, совутиб, мушакларни чарчатиб, пастки жағ соҳасида инфекцион яллиғланиш жараёнларини ривожлантириб У.И.Р туширди, бу эса суяк тўқимасида деструкцияга олиб келишини аниқлади. Бу ҳолатни клиникада ҳам кўриш мумкин. ЮЖС тўқималарни маҳаллий иммунитети уни ҳолати ИЯЖ характеристи ва ривожланишини аниқлаб беради у тўқималарни бу соҳада носспецифик ёки специфик химоя омилларини тўплаб олиши ва кўпая олиш

хусусиятига боғлиқ. Буларга лизоцим J у A секретор, интерферон концемент пропередин киради.

Қон айланишини бузилиши.

Остеомиелит назариясими күриб чиққанымизда Бобров ва Лексер назарияси ҳақида айтиб ўтган эдик, бу муаллифлар фикрича гематоген остеомиелит билан оғриган беморлар суюги некрози қон айланиш бузилиши билан вужудга келади. Бу назария остеомиелит патогенезини тушунтириб бермаган бўлса ҳам остеомиелит келтириб чиқарувчи омиллар қаторидан олиб ташланмаган.

В.М Уваров 1939-1957 йиллар тажрибаларида секвестрлар ўзини шакли ҳажми билан у ёки бу артерияларни ваккуляризацияси билан бир бирига ўхшаб кетишини аниклади. В.И Лукяненко 1968 йил пастки жағни секвестризациясини пастки альвеоляр артерияни эзилиши ёки тромбоз, эмболия билан боғлайди.

Клиник кузатувлар бу фикрлар билан бу фикрларга қўшилмайди, чунки пастки жағ операцияларида (прогнатия) нерв томир толаларини кесилиши некроз чақирмайди. Буни Т.М Алексова 1977 йил тажрибалари ҳам кўрсатди.

Микроциркуляцияни бузилиши бир сабаби антиген антитело комплекслари эндотелий капиллярларни жароҳатланиши ҳисобланади. Ҳужайра мембранныни заарланиши натижасида лизосомал энзималар чиқиб булар яллигланиш медиаторлари ҳисобланади ва каллекрин кинин системаси тизими активланади. Бу системани охирги маҳсулоти брадикинин фибронолитик система ивиш хусусияти қоннинг реологик хусусияти микроциркуляр томирлар ўтказувчанлиги ва тонусига таъсир қиласи. (прохончуков А.А 1972 йил). Қон айланиш ҳажм тезлиги ва қоннинг реологик хусусиятини ёмонлашуви фонида коагуляцион потенциалининг ошиши Жағнинг у ёки бу қисмida томир ичida қоннинг тўлиқ ёки қисман ивишига сабабчи бўлади бу эса турғун гипоксия ва сұякнинг заарланишига олиб келади.

Микроциркуляция бузилишини бошқа сабаби бўлиб у томирдан ташқари окклузия механизмларига боғлиқ. Преваскуляр клетчатка яллигланиш инфильтрати қон томирларни эзib қўйишидан келиб чиқади (Гринен НВ 1977й). Бунга одонтоген яллигланиш жараёни ёпиқ сұяк бўшлиғида келиб чиқиши сабаб бўлади. Бунга боғлиқ ҳолда яллигланиш компоненти таркибий қисми бўлган экссудат сұяк ичи гипертензиясини келтириб чиқаради бу нормага қараганда бир неча марта катта. (нормада сұяк кичи босими 0,29 -0,39 кПа ёки 30-40 мм сув устуни). Биринчи навбатида сұяк ичи гипертензияси кам босимли веналарни эзib куяди. қон оқими сакланган ҳолда бу микроциркуляция тўлақонлиги билан кузатилади, қон оқими секинлашади стазгача. Бу ҳолларда артериал қон айланиши 2-чи вужудга келади.

Юқорида таъкидлаб ўтилган гемодинамик ўзгаришлар В.А Олшевск томонидан ўтказилган реографик текширувлар исбот бўла олади. Пастки жағ соҳасида ўткир одонтоген яллигланиш жараёни бор беморларда бу олимлар қон айланиш ҳажмини пасайғанлиги артериал оқимни ва айникса веноз оқимни қийинлашганлигини кўриб ўтди. Бу маълумотлардан келиб чиқиб ўткир одонтоген инфекция бор беморларда ўз вақтида сұяк ичи босимини, сабабчи тишини олиб ташлаш йўли билан, нормаллаштириш керак.

Одонтоген остеомиелит патогенези микроциркуляция бузилишини 1-2 механизмини иштирокига боғлиқ эканлиги маълум бўлади. Бундан ташқари микроциркуляция бузилишининг бу 2 тури бир бирига боғлиқ. Масалан томир ичida қонни ивиши тўқима некрозини чакириб яллигланиш медиаторини келтириб чиқаради, кейинчалик экссудатни кўпайиши сұяк ичи гипертензиясини ошишини келтириб чиқаради бу эса чиқувчи томирлардан ташқари окклузияни ташкил қиласи. Бунда қон оқими секинлашади ва

микроциркуляр оқим түлиб қолади бу эса ўз навбатида қон томир ичидә қоннинг ивишини таъминлайды. Ўз вактида жаррохлик амалиёти ўтказилса яъни сукк усти пардасини кесиш орқали уни тагида йигилган йириңг эвакуацияси ўткир одонтоген инфекция билан оғриган беморларни микроциркуляция бузилишини олдини олиш учун муҳим ҳисобланади.

Маълумки пастки жағ сукк деструкцияси яққол кечувчи остеомиелит юқори жағга нисбатан 4 марта кўп учрайди. Юқорида таъкидлаб ўтилган сукк заарланиш механизmlарини билган ҳолда бунга сабабчи нима эканлигини билдик: вакуляризацияни ва жағ сукк моддасини структурасини ҳар хиллиги. Юқори жағни компакт пластинкаси юпқа ва ундан ўтувчи қон томирлар ва нервлар ҳисобига ғовак бўлади шунинг учун бактерия токсинлари микроорганизмлар ва уларнинг маҳсулотлари жағ олди тўқималарига тез ва осон ўтиб у ерда яллиғланиш жараёни ривожланади. Пастки жағда компакт пластинка зич кучли бўлиб шунинг учун у микроорганизмлар ва уларнинг маҳсулотларни жағ олди тўқималарга ўтишига тўсқинлик қиласи, шунинг учун уларнинг концентрацияси суккда шунақа даражага етадики улар тўқима структурасини жароҳатлайди яъни сукк тўқимаси деструкциясини ривожлантиради. Бундан ташқари сукк пластинкаси зичлиги туфайли экссудат томонидан чақирилган сукк ичи босими тез кўтарилиш ҳисобига микроциркуляция бузилиши билан кечувчи томирлар окклузияси тезроқ вужудга келади. Пастки жағ қон айланишини бузилишига пастки жағда жойлашган пастки альвеоляр артерияни мавжудлиги бўлиб ҳисобланади.

Жағларнинг ўткир остеомиелит клиникаси.

Ўткир остеомиелит клиник кечувчи турли хил бўлади остеомиелит бўлган беморлар сабабчи тиш соҳасида пайдо бўлган оғриқларни таъкидлаб ўтади ва уларнинг гапи бўйича ўткирлашган сурункали периодонтит клиникасига ўҳшайди. Кейинчалик жараён қўшни тишларга тарқалади, улар қимирлайди уларни перкуссияси оғриқли бўлади. Оғриқ кучаяди З шохли нерв шохлари бўйича иррадиация бериб бутун жағни қоплаб олади пастки лаб қизил хошиясини фалажланиши мумкин ё пастки лаб хошияси оғиз даҳлизи шиллиқ қавати ва даҳан ости териси фалаж бўлади. 3-4 тишлар соҳаси милклари шишган ва гиперемияланган ўтув бурмаси текис – периоститни типик кўриниши бўлади. Қимирлаган тишлар пародонтал чўнтаклардан йириңг ва оғизда нохуш ҳид ажралади. Жараённи тарқалиш даражасига қараб юмшоқ тўқималарда жағ олди абсцесс ва флегмоналари ривожланиб, жараён ўз ичига лимфатик тугунларни ҳам олади.

В.А Козлов (1988) маълумотига кўра одонтоген остеомиелитлар 81,78 % ҳолатларда турли хил жойлашган флегмоналар билан асоратланади. Чайнов мушакларини жараёнга қўшилиб кетиши оғиз очилишини чегаралайди, оғиз очилиши қийинлашади.

Бунда организмнинг умумий реакцияси варажга тутади пульс ва нафас олиш тезлашади безгаг тутади. Беморлар бош оғриғига, уйқусизликка, иштаҳа йўқликка, холсизликка шикоят қиласи.

Организмни жавоб реакцияси инфекция вирулентлигига, бемор организмнинг резистентлигига ва патологик жараён давомийлигига боғлиқ.

Тана ҳарорати 39-40 градус С кўтарилиши мумкин, баъзида бир хил bemorларда остеомиелит субфебрил температурада ҳам кечиши мумкин.

Қон текшируvida нейтрофилли лейкоцитоз  $12 - 15 \times 10^9 / \text{Л}$  ёш формаларни ҳосил бўлиши билан кузатилади. Эозин ва лейкопения ЭЧТ 40-60 мм/с-гача кўтарилиб кетади.

Пешобда оқсил излари аниқланади.

**Остеомиелитни ўткир ости босқичи .**

Остеомиелитни ўткир ости тури С.М Дерижанов таъкидлашича бўрон ўтиб кетган жойни эслатиб бу ерда ўлган нарсаларни тиклаш учун барча куч ва имкониятлар мобилизация қилинади. Умумий ҳолатни яхшиланиши жараённи ўткир ости турига ўтганлиги характерли: температура тушади, лейкоцитоз ва ЭЧТ тушади иштаҳа очилади уйқусизлик йўқолади бош оғриқлар ҳолсизлик йўқолади, маҳаллий яралар тозаланади, йиринг ажралиши тўхтайди. Яллиғланиш ўчоғида жойлашган тишлар қимирлаши тўхтайди.

Бу стадияни давомийлиги турли хил муаллифлар фикрича 1-2 ҳафтадан 8-12 ҳафтагача давом этади. Буни давомийлиги организм резистентлигига бемор ёшига остеомиелит турига даволашни ҳажми ва вактига боғлиқ бўлади.

### **Остеомиелитни сурункали босқичи.**

Жағлар остеомиелитни сурункали босқичи энг кўп давом этади. Унга кесув жойларида ва олиб ташланган тишларда оғиз ичи ва оғиз ташқари оқма йўллари ҳосил ва секвестрлар ҳосил бўлиши характерли. Кичик секвестрлар оқма йўллардан чиқиши ёки сўрилиб кетиши мумкин (литик форма). Агар секвестрлар катта ҳажмли бўлса улар атрофида секвестрли каробка ҳосил бўлади.

А.Г Шаргородский 2002 бўлган секвестр ривожланиш локализацияси инфекция киравчи дарвозаларга боғлиқ муаллиф фикрича олдинги гурух тишлар ва премолярлар заарланганда секвестрация альвеоляр ўсиқ ёки пастки жағ танасини ўрта бўлими билан чегараланади. Инфекция манбай бўлиб молярлар ҳисобланса яллиғланиш жараёнига пастки жағ шохлари ва бурчаги киради. Шуни таъкидлаб ўтиш жоизки катталарда остеомиелит жараёнини пастки жағ танаси соҳасида остеомиелит жараёни локализацияси пастки жағ танаси соҳаларида фақат сабабчи тиш атрофи сүяқ соҳалар секвестрланади. Жағ четлари заарланмайди деструктив остеомиелитда патологик синиши кузатилиши мумкин. Бир хил беморларда деструктив ва репаратив жараёнлар жадал кечади бошқа касалларда гиперпластик жараёнлар бўлиб касаллик ўткир босқичисиз кечади. Бунда оқма йўллар бўлмайди касаллик йиллаб давом этади. Сурункали остеомиелитни бошқа турлари ҳам бўлиши мумкин бунда кичик ўчоқли деструкциялар бир жойда жойлашмаган бўлиб сүяқ тўқимасини соғлом соҳалари билан навбатма навбат алмашиниб келади – кичик ўчоқли остеомиелит.

### **ЮЖС ги ўткир яллиғланиш касалликларини текшириш усуллари.**

Одонтоген яллиғланиш касалликларини типик кўринишини ўзгариши ва оғир асоратларни келиб чиқиши муносабати билан касалликни эрта диагностикаси ва касаллик кечишини прогнозлаш муҳим аҳамият касб этмоқда. Нафақат турини аниқлашни балки уни локализациясини, инфекцион яллиғланиш жараённи тарқалганлигини атроф тўқималарни ҳолатини билган ҳолда дифференциал даволашни режалаштиришни аниқ амалга ошириш керак.

Стоматологик поликлиника шароитида жарроҳ стоматолог элементар лабаратор текширувларга имконияти бўлмайди. Бу шароитда клиник белгиларни интерпретацияси яъни сўров ва беморни кўздан кечирганда врачни квалификацияси ва маҳоратига тўла боғлиқ бўлади. Периодонтит, периостит, жағ остеомиелити каби касалликларга бир хил белгилар хос бўлиб бунда тишдаги оғриқ жағдаги оғриқ, юмшоқ тўқималардаги шиш, тишлар қимирлаши, тана ҳароратини кўтарилиши, уйқусизлик, иштаҳани йўқолиши ва бошқалар бўлади. Улар фақат миқдорий ва сифат характеристикаси билан фарқланади (Д.У Мирахмедов 1989 й).

Охирги йилларда тиббиётда диагностика саволларини ечиш касалликни оғир ўтишини прогнозлаш мақсадида компьютер томография математик усуллар ва ЭВМ кенг жалб қилинмоқда.

МВ.Hall D.Narteada , A Manruso (1985) маълумотига кўра компьютер томографияси бўйин ва калла клекчака бўшлиқларида инфекция локализациясини аниқлашда яхши натижা беришини кўрсатиб беради.

Агар патологик жараённинг юмшоқ тўқималарига тарқалишини аниқланса у ёки бу функционал ўзгаришларни анқкланишига асосланиб патологик жараён суяк тўқимасини ўз ичига олганлигини рентгенологик текширувлар маълумотларига асосланади.

( В.И Лукяненко 1968 – 1986 , М.М Салавъёв 1969,Т.К Супиев 1985й ,Н.А Рабухина 1988 1989, J.B Мирху, J.Хасегуа 1985 й) муаллифларнинг берган маълумотига кўра одонтоген инфекцияни ҳар қандай шакли суяк тўқимасида учрайдиган жойида ўзгаришлар бўлади. Лекин суяк тўқимасини заарланишини рентгенологик белгилари жараён ривожланишини 10-14 куни аниқлаш мумкин. Шунинг учун касалликни бошланғич даврини тўқима заарланиш ҳажмини ҳақида бевосита суюқдаги яллиғланиш жараённи клиник кўринишига асосланади. Одонтоген инфекцион жараённи диагностика ва прогноз қилиш мақсадида гематологик, биохимик ва иммунологик тестлар температур реакциялар хужайраги оқсилли электролитли қон периферик таркибининг миқдорий ва сифат ўзгаришлар унинг таркибидағи носпецифик ва специфик иммунитет омиллари ЭЧТ лейкоцитларни функционал активлиги каби текширувлар ўтказиш тавсия этилади.

Юқорида санаб ўтилган клиник лабаратор текширувлар яллиғланиш жараённи ўткирлиги ҳақида маълумот касаллик кечиши динамикаси ҳақида холоса беради, лекин уларнинг ҳеч бири суяк тўқимасини заарланишига специфик характерли ҳисобланмайди. Бундан келиб чиқсан ҳолда улар суяк тўқимаси заарланиш ҳажми қанчалиги ҳақида етарлича маълумот бўлиб хизмат килмайди. В.М Уваров 1971 ,В.И Лукяненко (1968-1986)ва бошқалар қон ўзгаришдаги кўриниш асосида касалликни нечоғлик тарқалганлиги ҳақида аниқлаш мумкин эмаслигини таъкидлайдилар. Бу фикр билан шартсиз рози бўлиш керак чунки юқорида санаб ўтилган тестлар организмнинг носпецифик реакциялари бўлиб ҳисобланади.

### **Ультратовушни диагностика мақсадида қўллаш.**

Маълумки ҳар қандай патологик жараён ўчоғида нафакат морфологик структуралар ўзгаради балки унинг физик механик хусусиятлари ҳам ўзгаради. Бу ўзгаришларни ультратовушни муҳим хусусияти ёрдамида ҳар хил зичликдаги акустик 2 муҳит чегарасини аниқлашда фойдаланилган. Юз жағ соҳаси юмшоқ тўқималарида яллиғланиш жараёнларини ультратовуш диагностикасига бағишлиланган биринчи ишларидан бўлиб жарроҳлик стоматологияси кафедраси ассистенти М.Ю Мирзамахмудов (1979) томонидан амалга оширилган. Иш жараёнида юз юмшоқ тўқималарини оптималь практик чизиқларни сканерлаш ва ультратовуш текширувини оригинал усулини ишлаб чиқарилди: даҳан ости, жағ ости, оғиз бўшлиғи туви, жағ орти, қулоқ чайнов олди, лунж, кўз ости, ёноқ, чакка ва бошқа соҳаларни ўз ичига олади. Ўша вактнинг ўзида ютқин олди, қанот жағ, чакка ости ва оғиз бўшлиғини текшириш уринишлари зоя кетди чунки аппарат кўрсаткичларини конструкциясини бу соҳалар текшириш учун мослаштирилмаган эди. Бу аппаратда ишлаш чегараланганигига қарамасдан муаллиф юмшоқ тўқималарда яллиғланиш жараёнлари диагностикасида бир ўлчамли ёки 2 ўлчамли эхография усулини қўллаш мумкинлигини аниқлади. Эхограммаларда йиринг жойлашган соҳани чуқурлиги ва давомийлиги ҳақида тасаввур қилиш мумкин.

Клиник тибиётда ультратовуш мосламасини 2 чи авлоди аниқ тартиб билан ишловчи В сканерларни 2 чи типи ишлаб чиқарылғандан сүнг айтарлы мұваффакиятта эришилди. Бу тип мосламаны бошқалардан фарқи шундаки маълумотларни ўқиш танаффусиз ўқилиб экранда пайдо бўлувчи тасвир эса сақланмаган ҳолда катта частота билан янги тасвир билан алмашиниб турилади. Тасвирни алмашиниши частотаси юқориligидан, кўрилган тасвир танаффузиз кўрсатилади. Ультратовуш томографиясида анатомик тузилишларни ҳолати, уларнинг ўзоро жойлашуви конфигурацияси ҳажми ҳақида диагностик маълумот олинади. 1 ўлчамли эхографиядан фарқли равишда ультратовуш томографиясида олинган маълумот қаватма қават яъни кўп қаватли ва ккп проекцияли бўлади.

Ультратовуш томограммаларини олиш учун, датчик текширувчи объект устида ҳаракатлантирилади, сигналлар ЭЛТ экранида ёруқ нуқта ёки чизиклар кўринишда бўлади.

Жуда кўп вақт мобайнида сүяқ тўқимаси патологияси диагностикасида Ультратовуш томографияси эффектив эмас деб ҳисобланилган. Чунки сүякни Ультратовуш тўлқинларни ютиш % зи юқори бўлганлиги учун (9db / см) .Сүяқ мушак чегарасида қайтарилиш коэфиценти 57,9% (М.М Богер , С.А Мордов 1988 й).

Охиригина йиллардаги текширувлар шуни кўрсатдиги эхотомография сүяқ патологияси диагностикасида шунингдек ўсмали ва сүякларни яллигланиш жараёнларида (остеопароз билан кечса) мұваффакиятли қўлланиб келинмоқда. (И.П Кролевец ва соавт ,1974 й ,Ф.Л Аляви 1984й , Н.Н Мазалова, Х.А Агзамходжаева 1984й,В.Г Сапожников 1985 й , М.А Исамухаммедова 1988 й) . Замонавий ультратовуш ускуналарида олинган эхограммаларида соғлом тери , тери ости клетчаткаси, чайнов мушаклари, сўлак безлари, лимфа тугунлари ва катта қон томирлар яхши визуализация қилинади.

Ультратовуш томографиясини қўлланиши бизга (М.И Азимов 1991 й ) яллигланиш касалликларини шаклига боғлиқ ҳолда локализациясини , тарқалиши ва касалликнинг фазалари эхографик кўринишини намоён қилиб берди.

Юза жойлашган абсцессларда патологик ўчоқ теридан кейин визуализацияланади унинг шакли думалоқ ёки овалсимон чегаралари аниқ бўлиб кўринади.

Лимфаденитларда эхотомографик кўриниш патоморфологик босқич ўзгаришларига боғлиқ бўлади. Носпецифик одонтоген лимфааденитларда эхограммада чегаралари аниқ лимфатик бурчак думалоқ ёки овал шаклида ички гомоген тузилмалари билан яққол кўринади. Ультратовушни без орқали ўтиши ва дорзал деворини визуализацияси унинг ички тузилмасига боғлиқ. Агар без ичи тузилмаси эхоэркин бўлса яъни йирингли экссудатдан ташкил топган бўлса , унда ультратовуш без капсуласининг дорзал деворидан яхши қайтади. Сероз босқичида ёки продуктив яллигланишда без чегараларини аниқлаш мумкин лекин ички тузилмаси гомоген бўлади.

Сўлак безлари бўйин кисталарни қиёсий ташхисида ультратовуш сканерлашни нечағлиқ аҳамиятлилиги кашф қилинди. Эхограммада киста бигизсимон ёки овалсимон шаклда бўлиб ультратовуш кистани қалин капсуласидан юқори интенсивлик билан қайтади. Бу белгилар асосида бўйин кистасини бошқа яллигланиш касалликларидан қиёсланади. Бундан ташқари У.Т.С кистоз ҳосилани кўп камералигини аниқлайди.

Гемотома бошқа патологик ҳосилаларидан фарқли равишда эхоэркин тузилмаси аниқ чегарали ноаниқ шаклга эга. Бўшлиқ ҳосиласини остида қайтган эхо тўлқинларни аниқ визуализацияси кўринади.

Үткір йириңгли периоститда ёшга боғлиқ бўлган ҳолатда, юқори ва пастки жағда бир хил қўриниш кузатилади: тери сатҳидан 0,8 -1 мм чуқурликда 10 X 15 X 5 – 10 X эхоэркин соҳа визуализация қилинади. Бунда эхоэркин соҳа 20-40мм , овалсимон шаклда , олдинги чегаралари ноаниқ, кейинчалик сүяқ усти пардасини аниқ чегаралари ,ажралган сүяқ усти пардаси ва жағни компакт пластинкаси орасида бигизсимон бўшилқ бўлиб таркибида экссудат сақланиши кузатилади. Шунинг учун эхограммада 2 аниқ чегара чизилади бу ҳолатни 2 контурлилик деб юритилади. Периостит билан оғриган беморларда унинг давомийлиги 21X18X2 .

Ультратовуш томографияси локализацияни (юза ёки чуқур ) яллиғланиш босқичини (сероз ёки йириңгли ) ва уни тарқалганлигини (битта анатомик соҳа билан чегараланганми ёки тарқалганми) аниқлаб бериши кўрсатилди.

Жағ сүяклари атрофидаги юмшоқ тўқималарни одонтоген флегмоналарида жарроҳлик амалиёти қилишдан олдин эхограммада юмшоқ тўқималарни ҳажмини катталашганлигини компакт пластинка ва юмшоқ тўқималар орасидаги ҳар хил узунликдаги эхоэркин соҳаларни визуаллаш мумкин.

Ташқи компакт пластинка аниқ текис контур қўринишда визуалланади. Одонтоген флегмонаси бор беморларни ҳаммасида юқори товуш ўтказувчанлиги ва ғоваксимон жағ танасининг визуализацияси аниқланди. 3-7 ёшдаги болаларда ички компакт қават визуализация қилинади. Ички компакт қават катталашган сари уни визуализацияси камайиб боради. Жағнинг ғоваксимон қаватида одонтоген флегмона билан оғриган беморларда эхоэркин ўчоқлар пайдо бўлади бу остеопароз борлигидан далолат беради. Бу эхоэркин олинган натижалар ультратовуш тарқалиш тезлигини 15-20% камайганлигини исботлаб беради.

Одонтоген остеомиелитни ўткір фазасида флегмонада учрайдиган каби юмшоқ тўқима зичлиги ва ҳажми катталашиши , ташқи компакт пластинка ва мушаклар орасида эхоэркин зоналар пайдо бўлиши йириңгли экссудатга хослигини визуал кўриш мумкин. Жағнинг бир хил соҳаларида сүяқ усти пардаси ажралган ва у «2 лик контур» сифатида визуаллашади. Йириңгли одонтоген остеомиелитга сүяқ тузилмаси ва ички компакт пластинкасини визуализацияси хос. Одонтоген флегмонани эхографик кўринишидан фарқли равишида йириңгли одонтоген остеомиелитга юқори товуш ўтказувчанлик хос бўлиб, овалсимон ёки бигизсимон шаклдаги эхоэркин соҳалар пайдо бўлади бу йириңгли экссудатни ривожланиши ва тўпланишига шароит яратиб беради.

Жағ деструктив остеомиелити билан оғриган беморларнинг эхографик кўриниши бошқача бўлади. Ўткір ости фазасида юмшоқ тўқималарида инфильтрация сақланган унинг зичлиги ошган сүяқ усти пардасининг бутунлиги бузилган , ташқи компакт қаватини контури аниқ бўлмайди. Суякни ички тузилмаси ички тузилмаси деярли ўзгаришга учрамайди чунки бунда эхоэркин соҳалар сақланган бўлади. Ички компакт пластинкасини аниқ контури йўқола бошлайди .

Секвестрларни ривожланиб бориши Билан жағ ташқи компакт пластинкасини ва унга тегишли бўлган соҳалардаги ғоваксимон моддаларни интенсив товуш қайтаришидан фрагментацияни аниқлаш мумкин. Шунинг учун эхограммада секвестрлар ривожланиш жараёнини кузатиш мумкин. Юқорида таъкидлаб ўтилганидек эхотомография яллиғланиш жараёнини тарқалганлигини, касаллик ўткір ёки ўткір ости фазаларида ва уни у ёки бу даражага тегишлилигини аниқлашга имкон беради.

Маълумки ультратовушларнинг тебраниши турли биологик тўқималарда маълум тезлик билан, уларнинг зичлигига боғлиқ бўлган ҳолда тарқалади.

Суяк түқимасида ультратовуш тебранишини тарқалиш тезлигини руйхатта олиш қилиш эхоостеометрия дейилади. Бу биринчи бўлиб совет олимлари томондан таклиф қилинган (Э.Я Дубров 1972 й ) бу усул суяк түқимасида ультратовуш тебранишини тарқалиш тезлигини ўлчашга асосланган бўлиб ҳар хил патологик ҳолатларда унинг зичлиги ҳақида объектив маълумот олишга имкон беради (О.В Торушкин 1970 й , А.А Никитин ,Ю.Б Золотарёва 1979 й , А.Г Кац 1980 й)

Ультратовуш остеометрияси учун замонавий ускуналар остеопароз даражасини ёзиб олиш имкони 3-5 %ни ташкил этади.

Соғлом одамлар жағ суюкларида ультратовушни тарқалиш тезлигини текшириш ёшга боғлиқ бўлади. 3-7 ёшли болаларда пастки жағда ультратовуш тарқалишини тезлиги 21-82 – 78,1 м/с, юқори жағда 19,61 -67,8 м/с . Доимий тишларни чиқиб бориши ва жағ суюкларни минерализацияси туфайли ультратовуш тарқалиш тезлиги ҳам ошиб боради. 8-14 ёшда пастки жағда у 28-58 +106,7 м/с юқори жағда 25-26 + 98,3 м/с катталарда 33-26+30,3 ва 30-50+27,2м/с бўлади.

Жағларнинг эхоостеометрияси ультратовуш тебранишини тарқалиш тезлиги яллиғланиш жараёнини фазаси ва шаклига боғлиқлигини кўрсатади. Юз юмшоқ түқималарнинг ноодонтоген яллиғланиш касалликларида ( аденофлегмоналар ,абсцесслар ,флегмоналар,фурункуллар) ультратовуш тарқалишининг тезлиги унга симметрик бўлган соғ томонга нисбатан 3,1-7,7%га камайиши аниқланган . Бемор ёши қанчалик кичик бўлса ультратовуш тарқалиш тезлиги ҳам шунча камайиб боради. Юз жағ соҳасидаги одонтоген абсцесс ва флегмонаси бор беморларда ультратовуш тарқалиш тезлиги унга симметрик бўлган соғлом томонга нисбатан 15,8 -19,1% га камаяди . Ўткир яллиғланиш жараёнлари ўтиб кетгандан кейин соғ ва заарланган томонда ультратовуш тарқалиш тезлиги мувозанатлашади.

Жағларнинг йирингли ва деструктив одонтоген остеомиелитининг ўткир фазасида ультратовуш тарқалиш тезлиги 22,8-25,1% га камаяди. Йирингли одонтоген остеомиелит билан оғриган беморларни касалликни ўткир ости фазасининг 7-10 кунида ультратовуш тарқалиш тезлиги қайта тикланади, деструктив жараён бор беморларда у камайган ҳолатда бўлади ва бу ёмон оқибатларга олиб келиши мумкин.

Жағнинг сурункали деструктив одонтоген остеомиелитида секвестр капсулани ривожланиши ва секвестрни ажралиши ультратовуш тарқалиш тезлигини камайишига сабабчи бўлади бу ҳолат секвестроэктомиядан кейин ҳам сақланади.

**Даволаш.** Жағ остеомиелитини ўткир фазасида даво комплексли ва стоматологик стационарда ўтказилиши керак . У жарроҳлик аралашувидан – суяк усти пардасидаги йирингли ўчоқларга сукка ва унга яқин жойлашган юмшоқ түқималарга бирламчи ишлов бериш, яллиғланишга қарши дезинтоксикацияловчи ,умумқувватни оширувчи, стимулловчи ва симптоматик даводан иборат.

Махаллий даво сифатида йирингли ўчоқларни бирламчи жарроҳлик ишлови дарҳол амалга оширилиши керак: (тишни олиш – инфекция манбаси) , суяк усти пардаси остида, суяк ва жағ олди юмшоқ түқималаридағи йирингли ўчоқ очиш , дренажлаш.

Ўткир остеомиелитни бошланғич даврида тиш олинганда йиринг оқиб чиқиши учун шароит яратилади.Тиш қанчалик тез олинган бўлса яллиғланиш жараёнлари шунчалик тез тўхтайди ва жараён тарқалиш хавфи камаяди. Тиш олиниши юмшоқ түқима ва суяк усти пардаси остидаги ва суждаги йирингли

үчоқни очиш билан бир вақтнинг ўзида амалга оширилади. Оғиз даҳлизидаги кесувлар сүяк перфорацияси билан амалга оширилади бу йириңгни чиқиб кетиши ва микроциркуляцияни кучайишини келтириб чиқаради . Пастки жағ заараланганда Н.Н Бажанов ва О.Д Шалабаев А 986 1990 й сүяк ичи лаважи қилиниши кераклигини мақсадга мувофиқ эканлигини ҳисоблашади. Жағ олди йириңгли үчоқларни оғиз ичи ёки оғиз ташқарисидаги жарроҳлик кесувлар умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантирувчилар тримекайнли ёки лидокайнли блокадалар билан амалга оширилади. Охирги хатти ҳаракат кун ора такрорланиб туради: даво қўлланиши 3-6 блокададан иборат. Баъзи ҳолсизлашган bemорларда тиш олишни кечикириш мумкин яллиғланиш жараёнларини олдини олгунча. Йириңгли жароҳатларга қарашда катта аҳамият бериш керак бунда жароҳат ювилиб турилиши керак томчили ювиш (антисептик, нитрофуран эритмаларини, антибактериал ва иммун препаратларини қўллаган ҳолда )

Умумий комплекс даво яллиғланиш реакцияси ва сүякнинг заарланиши шунингдек асоратнинг ривожланишига боғлиқ бўлади .

Жағ ўткир остеомиелитини нормергик кечганда яллиғланишга қарши (антибиотиклар, сулфаниламиidlар, нитрофуранлар ) десенсибилловчи, умумқувватни оширувчи ,стимулловчи ва симптоматик даво олиб борилади.

Доривор моддалар мушак орасига ва вена ичига юборилади актив иммунотерапия қилинади умумий комплекс даволашда антиген стимулаторлари эффектив бўлади.

Жағ ўткир остеомиелити гиперергик кечганда сүяк некрози кузатилади, асорат ривожланади, бунда интенсив терапия бўлиши шарт. Антибиотиклар, сулфаниламиidlар, нитрофуранлар, десенсибилловчи моддалар.

Жараён кадамларини хисобга олиб (Губин М.А.,1987) – реактив, токсик, терминал – қуйидагилар хисобга олиб операциядан олдинга тайёргарлик ва оператив аралашув ўтказилади. Операциядан кейинги интенсив терапия метаболик жараён, артерия ичига юбориладиган антибиотикдан кейинги гемодинамика коррекцияси, гемосорбция, плазмаферез/, лимфосорбция, донор талоғини киритган ҳолда шунингдек хаётий зарур тизимлар бузилишини компенсациясига йўналтирилган терапия ўтказилади. Бирламчи ва иккиламчи иммунодифицитли шахсларга ўткир остеомиелит диффуз формасини даволаш комплекс яллиғланишга қарши, десенсибилизациялавчи, умумқувватлавчи ва стимуляциялавчи терапия индивидуал режалаштирилади. Антибиотикотерапия анаболик гормонлар билан биргалиқда ишлатиш мақсадга мувофиқ.. Иммунотерапия фақат пассив булиши мумкин. Антиген ситимуляторлар фақат ўларни таъсири назорати остида киритилади. Баъзи қари ёшидаги bemорларга даво кортикостероидлар билан ўтказилади. Ўткир остеомиелитни гипергик кетишида комплекс даво детоксикацион, умумқувватлавчи ва стимуляциялавчи даво муаложалар билан бошланиши керак. Антибиотиклар фақат ажратилган микрофлорага сезгирилгини Царев-Ушаков микроусулда аниклаб тайинлаш лозим. Специфик актив иммунотерапия фақат кўрсатма Билан етарли дозада (этиотроп терапия) ўтказилади. Препаратларни орган ва тўқималарда тақсимланиш хусусияти (тўиниш эфекти)ни ва шунигдек антибиотик ва бошқа дори воситаларини мос келишини хисобга олиш керак.

Антибиотикотерапия вақтида асорат ривожланишини эсда туриш керак: аллергик ва токсик реакция, дисбактериоз. Жағларни ўткир остеомиелит билан касалларда бу асоратларни олдин олиш керак , чунки касаллик фақат сенсибилизацияланган ва юқори сезувчанлик бўлган организмда бу реакциялар ривожланиш ихтимоли юқорироқ..

Р.В. Ушаков ва В.Н. Царев курсатмаларини хисобга олган холда антибиотик тайинлаш ва уларни алмаштириш пайдо бўлган янги ассоциация факультатив-анаэроб ва облегат-анаэроб микроаэрофил микроблар шакли биргаликда келишини ва сезувчанлигини хисобга олиб алмаштириш зарур. Жағларни ўткир остеомиелити Билан тушган беморларни биринчи суткасида бактериологик натижаларни олгунгача антибиотиклар тайинланади. Анамнез, аллергологик статус ва илгари ўтказилган антибиотикотерапия хусусиятлари кейинги антибактериал дори-воситаларини тайинлашга асос бўлади. Олинган натижалар – кўпроқ аниқланган микроблар тури ва остеомиелитда ажратилган микроблар ассоциациясида анаэробларни устун туриши хисобга олиб, кўпроқ кенг доирадаги антибиотикларни тайинланади (Царев В.Н., 1997; Alexander J., Dellinger E., 1991). Жағларни ўткир остеомиелитда суяк тўқимаси тропизмига эга юқори самарали дори воситалари террамицин, линкомицин, морфоциклин, клиндамицин, натрия фузидин ва дальцин С, макролидлар (эритромицин, олеандомицин фосфат, сумамед, азитромицин, макропен, рулид) ва бошқа антибиотик препаратлар, шунигдек резерв антибиотиклар – цефалоспоринлар, ристомицин фосфомицин, цуфуроксим, ярим синтетик пенициллинлар (ампициллин, карбенициллин, ампиокс, оксациллин, гентамицин). Пептострептококклар, пептококклар, актиномицетлар аниқлашда бета-лакталь гурухни антибиотиклар тайинланади. Анаэроб инфекция устун туришини хисобга олиб нитромидазол хосилалари – нитозол, метронидазол ичишга ва вена ичига тайинланади. Сульфаниламидлар, нитрофунарлар ва ферментлар антибиотиклар билан мос келишга хисобга олиб тайинланади. L. Peterson, 1992 кенг доирадаги антибиотикларни – эритромицин, клиндомицин, метронидазол ва бошқаларни антибиотикограммадан кейин ичишга тавсия этади. Н.Н. Бажанов ва М.А. Губин, 1996 антибиотикларни мушак орасига ва вена ичига байзи оғир холларда артерия ичига ва эндодолимфал тайинлашни тавсия этади.

Остемиелитлар чегараланган шаклида антибиотик, сульфаниламид, нитрофуран ва ферментлар 8-10 кун диффуз шаклида икки хафта уни ортиқ яллиғланиш тинчлангунча тайинланади. Асоратларни олдини олиш, айниқса кенг доирадаги антибиотикларни ишлатишда замбрӯғга қарши (дисбактериоз) препаратлар: леворин, нистатин шунигдек антигистамин воситалар, бактериал полисахаридлар, адаптогенлар ва биологик актив препаратлар тайинланади. Десенсилизаяловчи воситалар Билан биргаликда 40% глюкоза, кальций хлор эритмалари вена ичига томчи эритмалар таркибида тайинланади. Комплекс давода витаминлар айниқса витамин С, В группа, антиген стимуляторлар – метилурацил, пентоксил, натрий оротат, продигиозан, адаптогенлар – дибазол, женьшень, хитой лимонник ва бошқалар тайинланади. Умумқувватлувчи умумий кварц нурлаш яхши натижа беради (хар 2-3 кунда: курс даво 6-10 муолажа). Организм химоясини стимуляция учун аутогемотерапия 5-7 млдан кун аро доза 15-20 млгача кутарилади. Кўп учрайдиган реактив асоратларни хисобга олиб консервацияланган қон препаратларни ўрнини босувчи аутоқонни лазер ва ультрафиолет нурлаш қулланилади.

Оқсил, сув-туз алмашинуви ва баллансини бутун организм системаларидағи бузилишни коррекцияси ўтказилади. Асосан юрак-қон томири фаолитига эътибор берилади. Ўткир остеомиелит комплекс давосида кўп микдорда суюқлик ичиш, яхшиси минераллар ва витаминларга бой сув мақсадга мувофиқ. Оғиз очилиши чегераланган холларда овқат суюқ еки кашасини консистенцияда булиш керак. Оғиз бушлиғи санацияси доимо овқатдан кейин ўтказилади.

**Үткір ости** остеомиелитіда даво натижаси бундан олдинги үтказилған даво эффективлигіга боғлик. Бу стадияда албатта даво физкультурасы тайинланади. Махалий ярага хар хил таъсирдаги дори воситалари, физиотерапия усууллари тайинланади.

**Сурункали остеомиелит** давони натижаси хам касаллукни умумий ва махаллий холатиги ва илгари үтказиладиган даво муолажаларига боғлик. Агар сабабчи тиш олинмаган бўлса йириングли ажримани ушланиб қолинишида яра ва оқма йўл кенгайтирилади йирингли учоқлар ювилади, дренажланади, махаллий диализ, гипертоник боғлам қўйилади. Яллиғланган соҳадаги тишлар пульпаси тириклиги текширилади ва даво үтказилади. Қимиrlаётган тишлар агар аввал үказилмаган бўлса шиналанади.

Умумқувватловчи, стимулловчи, десенсибилловчи даво баъзан секвестоэктомиядан олдин үтказилади. Кенг тарқалган суяқ заарланишида, сурункали остеомиелит зўрайишида антибактериал, яллиғланишга қарши даво билан биргаликда үтказилади. Узоқ давом этувчи сурункали остеомиелитда иммун дори воситалари (стафилокок анатоксин, левамизол, Т-активин, тималин и др.), антиген стимуляторлар ишлатилади. Клиник ва рентгенологик кўрсатгичларга асосланиб, оператив аралашуш – суяқни секвестланган қисмини олиб ташлаш (секвестрэктомия) үтказилади. Юқори ва пастки жағлар альвеоляр ўсиқларидағи секвестрлароли什 операцияси оғиз бўшлиғи орқали үтказилади. Махаллий оғриқсизлантириш остида трапециясимон лаҳтак ажратилиб, бир вақтда оқма йўл олиб ташланади. Секвестр бўшлиғидан үткір суяқ қошиғи билан барча грануляция қириб олиб ташланади. Жароҳат герметик тикилиб, 1-2 кунга резина чиқаргич қолдирилади. Баъзи холларда бўшлиқ йодоформли марля ёки облепиха мойи, 5-10%синтомицин эмульсияси шимдирилган томпон билан тўлдириш мумкин. Юқори жағ танасидаги секвестрлар хам оғиз бўшлиғи орқали олиниб бир вақтда радикал гаймаротомия операцияси үтказилади.

Юқори жағ кўз ости ва ёноқ суягини кортикал қисми секвестрлари ташқи томондан кесим үтказилиб бажарилади.

Пастки жағ танаси, шохи қисмидаги секвестрлар ташқи томондан кесим үтказилиб, бажарилади. Одатда кесим пасти жағ танаси пастк қиррасидан 1,5-2 см пастдан кесим үтказилади. Баъзан секвестр ўчоги суяқ тишилагичлари билан кенгайтирилади, секвестрлар қисман-қисман бўлиб олиш мумкин. Бўшлиқ агар новокайн ишлатилмаган бўлса антибиотиклар ёки сульфаниламидлар кукуни билан тўлдириш мумкин. Шунингдек ферментлар, антистофилокок плазма ва коллаген, гидроксиапатит сақловчи биоматериаллар билан тўлдириш мумкин. Жароҳат шунингдек қаватма қаватма герметик тикилади, резина чиқаргич қолдирилиб, 1-2 кундан сўнг олиб ташланади. Одатда операциядан сўнг бир оз жароҳатдан қонли суюқлик ажралади. Чоклар 7-кунга олинади.

Операциядан сўнг аналгетиклар, десенсибилизацияловчи препаратлар, суякланишни стимуляцияловчи воситалар ва микробиологик, иммунологик кўрсатмаларга кўра маълум клиник холатларда антибактериал, сульфаниламидлар тайинланади. Сурункали остеомиелитни гиперпластик шаклларида яллиғланиш жараёни Билан биргаликда грануляцион тўқималар секин аста остеоид ва сўнг суяқ тўқимаси билан тўлиб боради. Кенг тарқалган касаллукда чуқур рентгенологик текширув, иммунологик кўрсатмаларни текшириб, динамик кузатув үтказиш зарур. Ҳар 3-4 ойда организмни детоксикация курси үтказилади. Детоксикация мақсадида гемодез, реополиглюкин витаминлар билан (6-10 маротаба қўйиш учун). Бир вақтда поливитаминалар минераллар билан, энтеросорбентлар, кўп микдорда суюқлик

ичиш, даво ўтлар дамламалари, балиқ ёғи, адаптоген ишлатилади. Сурункали остеомиелитда ўткир остеомиелитдаги каби физиотерапевтик даво қўлланилади, қўшимча ультратовуш, лазер нурлари, рух, мис электрофарези, парафин билан даволаш ўtkазилади.

**Прогноз.** Ўткир остеомиелитни ўз вақтида ва тўғри даво ўтказилганда прогноз ижобий натижада беради.

**Асоратлари.** Ўткир остеомиелитни гипергик кечишида сезиларли интоксикия хисобига септик шок, ўткир нафас етишмовчиликка олиб келиши мумкин. Йирингли яллиғланишни юмшоқ тўқималарга тарқалиши натижасида юз веналарини флебити, мия қаттиқ пардасини яллиғланиши ва инфекцияни юқорига кўтарилиб мия абсцесси, менингит, менингоэнцефалит ривожланиши мумкин. Инфекцияни пастга тарқалиши хисобига медиастенит, сепсип ривожланиши мумкин. Кенг тарқалган яллиғланиш жараёни хисобига суяқ тўқимасини заарланишидан жағ суякларини патологик синиши, ёлғон бўғим шаклланиши мумкин. Касалликни бу турдаги кечиши натижасида жағлар деформацияси, чакка пастки жағ бўғии анкилози, чайнов мушаклар контрактураси ривожланади. Узоқ йиллар давомида кечадиган остеомиелит септикопиемия, ички аъзолар амелойдози билан асоратланади.

#### **АДАБИЁТЛАР:**

1. Бадалян В.А., Рабухина Н.А., Григорьянц Л.А. «Динамика заживления периапикальных деструктивных поражений в рентгеновском изображении» ( Стоматология.- 2000. - №2.- С. 12).
2. Безруков В.М. , Григорьянц Л.А. « Зубосохраняющие операции в амбулаторной хирургической практике» ( Тр. У съезда стоматол.ассоц. России.- М., 1999.- С. 224-226.) \*
7. Беляев И.В. « Хронические периодонтиты многокорневых зубов» Минск: Беларусь, 1974-143 с.
8. Воложин А.И. « Особенности патогенеза хронического периодонтита» Актуальные вопросы эндодонтии: Тр. ЦНИИ стоматологии.-М., 1990-С. 11-13.
9. Волченкова Г.В. « Комбинированные методы лечения больных хроническим верхушечным периодонтитом больших и малых коренных зубов с использованием плазменного потока аргона: Автореф. Дис....канд.мед.наук.- Смоленск, 1998.- 19 с.
10. Н.Зырянов Г.В. « Течение верхушечного периодонтита при вторичном иммунодефиците, вызванном рентгеновским облучением, и обоснование патогенетического лечения: Автореф. Дис...канд.мед.наук.-М., 1992.- 14с.
11. Козлов В.А. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике.- М., 1985.- 270 с.
12. Соловьева А.М. « Клинико-экспериментальное обоснование применения тимогена при лечении хронического верхушечного периодонтита» Автореф.дис.. канд.мед.наук.- Л., 1991.- 17с.

## **МАЪРУЗА № 2**

**ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ОДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ. АБСЦЕСС, ФЛЕГМОНАЛАР. ТАСНИФИ, ПАТОГЕНЕЗИ. КЛИНИКАСИ, ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ. ОДОНТОГЕН ГАЙМОРИТ. КЛИНИКАСИ, ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ.**

**Лекция мақсади:**

**Талабаларни юз-жағ соҳасидаги турли одонтоген яллиғланиш касалликлари билан таништириш, абсцесс, флегмона ва одонтоген гайморитларни таснифи, этиопатолегенизи, клиникаси, ташхислаш ва хирургик даволаш усуллари билан таништириш.**

**Маъруза вазифалари:**

1. Абсцесс, флегмона ва одонтоген гайморитлар ҳакида тушунча.
2. Юз-жағ соҳаси абсцесс ва флегмоналари ҳамда одонтоген гайморит этиопатогенезини тушунтириш.
3. Юз-жағ соҳаси абсцесс ва флегмоналари таснифини баён этиш.
4. Юз-жағ соҳаси абсцесс, флегмоналари ва одонтоген гайморитни умумий клиник кўринишини баён этиш. Яллиғланиш ўчоғидан инфекцияни тарқалиш йўллари.
5. Юз-жағ соҳаси абсцесс, флегмоналари ва одонтоген гайморитни ташхислашнида ўзига хос хусусиятларни тушунтириш.
6. Юз-жағ соҳаси абсцесс, флегмоналари ва одонтоген гайморитни даволашни умумий принципларини тугунтириш.

**Маъруза режаси:**

1. Абсцесс ва флегмоналар тугунчалари умумий характеристикаси, уларни ўхшашлик ва фарқланишлари. Сўз ва ибораларни кенг маънода тўлиқ ифодаланиши ва уларни хирургиядаги ахамияти.
2. Юз-жағ соҳаси абсцесс ва флегмоналарни таснифи, этиологияси ва патогенезси.
3. Юз-жағ соҳаси абсцесс ва флегмоналарни анатомик локализацияларига қараб клиник намоён бўлишларини ўзига хос хусусиятлари.
4. Юз-жағ соҳаси абсцесс ва флегмоналарни ташхислашни замонавий принциплари ва ўзига хос хусусиятлари. Янги текширув усуллари.
5. Анатомик локализацияларига қараб абсцесс ва флегмоналарни очиш операцияларини ўтказиш усуллари.
6. Юз-жағ соҳаси абсцесс ва флегмоналарни операциядан кейинги даволашни асосий даврлари ва bemорлар кузатувини ўзига хос хусусиятлари.
7. Одонтоген гайморит этиологияси ва патогенези.
8. Одонтоген гайморитни клиник кўриниши ва ташхислаш.
9. Одонтоген гайморитни медикаментоз, хирургик даволаш ва профилактика усулларини принциплари.

## **МАЬРУЗА МАЗМУНИ:**

Ўткир одонтоген яллиғланиш касаллуклари ясосий гурӯхини жағлар атрофи юмшоқ тўқималаридағи йирингли жараёнлар ташкил этади: клетчаткани бўшлиқ хосил қилиши билан юзага келадиган чегараланган йирингли яллиғланиши — абсцесс; тери ости ёғ қавати, мушаклар ва фасциялар аро клетчаткани тарқалган йирингли яллиғланиши — флегмона.

L. Peterson (1988), D. Laskin (1989), P. Romain ва бошқа биргаликда ишлаган авторлар (1989), C. Harreiz (1991) ва бошқалар абсцесс ва цељюлитни ажратишади. Кейингисини тери ости ёғ қаватининг тарқалган йирингли яллиғланиши деб тушунишади. Шу билан бирга кўпчилик муаллифлар клетчатка серроз яллиғланишини мустақил шакли деб “инфильтрат” ни тушунишади [Катанова Н.И., 1990; Рогинский В.В., 1992]. Умум қабул қилинган дунё адабиётида чегараланган (абсцесс) ва тарқалган (флегмона ёки цељюлит) йирингли жараён тушунчалари қолмоқда. Аммо чет мамлакатларда “флегмона” термини кўпроқ умумий хирургияда қўлланилади [Berchtold R., 1990; Schmitt W., Kiene S., 1991; Heberer G. et al., 1993], ва баъзи муаллифларгина юз-жағ ва оғиз бўлшлиғи хирургиясида қўллайдилар. E. Boatin и J. Jürgins (1984), O. Sandner и M. Garcia (1984), L. Haisove и T. Wemelh (1989), E. Machtens (1994) абсцесс и флегмоналарни юз ва бўйин соҳалари йирингли инфекциялари деб номлашади, E. Krüger (1986, 1993) — юз соҳаси чуқур бўшлиқлари яллиғланиши, N. Hanenstein (1979), R. Pfisterer (1991) — йирингли инфекция оғир шакли. L. Peterson (1988) эса абсцессли жағлар периоститлари ва пародонт касаллукларида тиш-милк йирингли абсцесслари деб хисоблайди. Лекин турли тўқима структураларидағи йирингли яллиғланиш хусусиятлари ва уларни клиник намоён бўлишларидағи фарқлардан турли патологик процессларни бундай боғланиши асоссиз хисобланади.

**Этиологияси.** Абсцесс ва флегмоналарда инфекция чақиравчи бўлиб одонтоген ўчоклардаги резидент аралаш микрофлора хисобланади. Анаэроб инфекцияларни, облигат ва факультатив анаэробларни, шу билан бирга аэробларни (стафилокок ёки стрептококларни турли шаклларини коколар, ичак ва бошқа таёқчалар билан симбиози) ахамияти катта эканлиги аниқланган. Микроорганизмлар сони ва хусусиятларини ошиши тўғри боғлиқликда бўлиб, антиген таъсири концентрациясини ошишига ва инфекцион-яллиғланиш жараёнини янада тарқалишига олиб келади. Шунингдек аэроб ва анаэроб бактерияларни ассоциатив қатнашиши аниқланган.

Турли муаллифлар маълумотларига кўра 80-95% холатлар одонтоген табиатга эгадир. Абсцесс ва флегмоналар сурункали периодонтитларни ўткирлашувида инфекцияни апикал ўчоқ дан тарқалиши натижасида вужудга келади, камрок — ўткир периодонтитларда, шу билан бирга пастки ақл тиши чиқишини қийинлашувида, йиринглаган радикуляр киста, суғурилган тиш катаги инфицирланиши (альвеолит) ва пародонт касаллуклари ўткирлашувида. Бош ва бўйин соҳалари абсцесс ва флегмоналар ўткир ва сурункали одонтоген остеомиелитлар келиб чиқиши мумкин бўлиб, бу жағларни ўткир периостити асоорати бўлиб хисобланади. Инфекцияни бошқа манбалари бўлиб оғиз бўшлиғи, юқори жағ ва бурун бўшлиқлари шиллиқ қавати, тери ва бўйин соҳалари, камроқ — кўз конъюктивити хисобланиди.

Жағлар атрофи абсцесс ва флегмоналари кўпроқ 20-30 ёшдаги кишиларда кузатилади. Бу тишларни кўпроқ кариес билан заарланиш интенсивлиги ва ақл тишларни чиқиши қийинлиги билан боғлиқдир. Абсцессва флегмона

касаллуклари мавсумий лиги билан характерланади: беморлар сони ёз-күз ойларда күпроқ бўлади.

**Патогенези.** Бош ва бўйин соҳаларида ўткир йирингли яллиғланиш касаллукларини вужудка келиши ва кечиши микрофлора концентрацияси, умумий ва маҳаллий носпективик ва специфик химоя омиллари, аъзо ва аъзолар тизими фаолияти, шунингдек тўқималарни анатомо-топографик хусусиятлари билан характерланади. Шуларга боғлиқ равишда яллиғланиш реакцияси характерланади - нормергик, гиперергик ёки гипергик.

Абсцесс ва флегмоналар микробларни юқори бўлмаган токсик таъсиридан, асосан уларни концентрацияси ва организмни адекват жавоб реакциясидан бир ёки икки клетчатка бўшлакларида ривожланади. Калла суяги кумбази, юз ва бўйин соҳалари анатомо-топографик хусусиятлари, шунингдек қўшни бўлган юқори ва пастки жағларга ёндашган патологик одонтоген ва бошқа клетчаткалардаги инфекция ўчоқлари катта ахамиятга эгадир. Абсцесс ва флегмоналарни умумий ва маҳаллий симптомлари нормергик яллиғланиш реакцияни ифодалайди.

Зараловчи омилларни таъсирини ошиши (уларни сонини кўпайишни, микробларни вирулентлиги, токсигенлиги ва концентрацияларини ошиши), касалликни давомийлиги ва инфекцияга қарши умумий ва маҳаллий химоя механизmlарини шу билан бирга иммунитетни (дисбаланс) пасайиши тарқалган флегмона ривожланишига олиб келади. Бу гиперергик яллиғланишни ифодалайди. Организм реактивлигини кўпчилик омиллари, сенсибилизацияни юқори даражаси ва калла суяги гумбази, юз, бўйин соҳаларидаги йирингли ўчоқлар локализацияси организмни химоя-мослашув реакциясини компенсирулган, субкомпенсирулган ва декомпенсирулган характерларини ифодалайди. [Губин М.А., 1987, 1996].

Алоҳида bemorlarда абсцесс ва флегмоналарни кечишини турли принциплари яллиғланишни гипергик реакцияси билан кузатилади. Бир томондан касалликни чақиравчиси шартли-патоген микроб бўлиши хам мумкин. Уларга нисбатан қилинган маҳсус раекция, яъни антиген субстанцияларини кучсиз таъсиrlари касалликни секин ва кучсиз кечишини ифодалайди. Бошқа томондан маҳсува номаҳсус химоя реакцияларни ўзгариши, пасайиши, шу билан бирга секинлашган типдаги сезгириликни ошишини, аутоиммун реакцияларни, толерантликни, бирламчи ва иккиламчи иммун касалликларда ёки холатларда иммунитетни бузилишини ривожланиши катта ахамиятга эгадир. Санаб ўтилган кўринишлар катта ёшдаги кишиларда абсцесс ва флегмоналарни гипергик яллиғланиш реакциялар билан кечишини характерлайди. Абсцесс ва флегмоналарда антибиотк ва сульфаниламиналарни норационал қўлланилиши яллиғланиш реакциясини гипергик даражасига олиб келиши мумкин.

Йирингли яллиғланиш касаллуклари (юз ва бўйин соҳалари ва бўшлиқлари абсцесс ва флегмоналари) кўпроқ сийрак толали бириттирувчи тўқимада – тери ости ёғ, мушаклараро, фасциялараро клетчаткаларида, мушакларда, клетчака бўйлаб томирлар, нервлар, оғиз бўшлиғи атрофи аъзоларida ривожланади.

Тўқималарга кирган микроблар томир атрофи ва яқинида тўпланади. Тўқимада яллиғланиш реакцияси юзага келади.. Куйидаги босқичлари фарқланади: I — шиши, II — инфильтрацияланиш, III — тўқималарни йирингли емирилаши, IV — некроз, V — грануляцион вал ҳосил бўлиши билан ўчоқни чегараланиши ёки йирингли яллиғланиш жараёнини тарқалишини давом этиши, шунингдек артерия ва веноз қон томир системаси тарқалишидир.

В.В. Кованов и Т.И. Аникина (1968), В.Г. Смирнов (1970, 1992), J. Bartlett и Р.О.Ксифе (1979), M. Strassburg и G. Knolle (1991) ва бошқалар томонидан бош, юз ва бўйин соҳалари клетчатка бўшлиқларини анатомо-топографик текширувлари ўтказилиб, юз соҳаларини тиш жағ системаси сегментлари ва тиш катаклари билан, юз, бўйин юза бўшлиқларини чуқур бўшлиқлари билан яқиндан боғланишини аниқладилар. Бу эса инфекцияни тишлардан жағ олди юмшоқ тўқималарига тарқалишини, йирингли инфекцияни бир соҳадан бошқасига харакатланишини, бир бўшлиқдан бошқасига ўтишини ифодалайди.

Патологик одонтоген ўчоқлардан жағ атрофи юмшоқ тўқималарга инфекцияни гематоген тарқалиши 60% холатларда веноз йўл билан содир бўлади [Егоров П.М., 1961], тил ости ва оғиз туби бўшлиқлари локализацияларида эса бу йўл асосий бўлиб хисобланади.[Ланюк С.В., 1955; Смирнов В.Г., 1969].

**Патологик анатомияси.** Абсцессда клетчатка бўшлиғида серроз, йирингли-серроз экссудация йиғилиши ва девори грануляцион тўқимадан иборат чегараланган йирингли бўшлиқ сифатида аниқ намоён бўлади. Некротик джараёнлар йирингли ўчоқда кам ифодаланган. Йирингли емирилган клетчатка атрофида етилган грануляцион тўқима бириклирувчи тўқимали капсула ҳосил қиласи. Флегмоналарда шиш, серроз ва йирингли яллиғланиш босқичлари некротик жараёнларни турли даражада намоён бўлишлари билан алмашиниди. Баъзи холатлари экссудатив ўзгаришлар устунлик қишиб, тарқалган серроз ва серроз-йирингли яллиғланиш кузатилади. Бунда жағ атрофи юмшоқ тўқималар клетчаткаларида сезиларли шиш ва лейкоцитларни диффуз инфильтрацияси кузатилади. Яллиғлиш ўчоги аниқ чегараламаган. Заараланган тўқималарда лейкоцитлар билан ўралган алоҳида некроз ўчоқлари аниқланади. Бошқа холатларда (йирингли некротик флегмоналарда) альтерация жараёнлари устунлик қилиб, тўқималар гемодинамикасини сезиларли бузилиши, мушак ва фасциялар клетчаткалари некрози билан характерланади. Бу йирингли-некротик флегмоналарда ёрқин намоён бўлади. Бундай холларда тўқималарни тарқалган шишгандиги фонида қон фуайлиш ўчоқлари билан зич инфильтрация ўчоқлари кузатилади. Марказида мушак фасциялари қаватлари ва мушак тупламлари некрози кузатилади.

Йирингли ёки йирингли-некротик ўчоқларни ўз-ўзидан ёки оператив йўл билан очилишида ўткир яллиғланиш кўриниши янада яққол намоён бўлади. Лейкоцитар инфильтрация сабабли ривожланган грануляцион тўқима билан яллиғланиш ўчогини чегараланиши юзага келади. Некрозланган тўқималар аста-секин ажралишга ва қисман емирилишга учрайди. Қон айланиши тикланади. Ўлган соҳаларни ўрнида бириклирувчи тўқима ривожланади.

Экссудат чиқишига йўлни йўқлиги ёки уни қийин чиқиши, йирингли ўчоқ ёки ўчоқларни чегаралаш учун маҳаллий тўқима реакцияларини етишмаслиги, шу билан бирга аъзолар фолияти бузилишини умумий сабаблари, асосан иммунитет бузилиши яллиғланиш жараёнини юз ва бўйинни қўшни соҳаларига тарқалишига олиб келиши мумкин.

**Клиник кўриниши.** Охирги йилларда абсцессарни клиник кўриниши ўзгарди. Улар секин ва кучсиз кечиши билан фарқланади. Шуни асосида чет эллик изланувчилар абсцессни йирингли жараёнларни сурункали шакли деб хисоблайдилар. [Laskin D., 1980; Peterson L., 1994].

Абсцессларни бундай кчиши 70 йилларда баъзи беморларда кузатилган эди. [Васильев Г.А., 1972; Худайназаров Т., 1972; Робустова Т.Г., 1979], ва бу тенденция йиллар ўтиши билан кучайиб борди [Крумов Н. и др., 1978; Робустова Т.Г., 1990; Мутатина Ш., 1992; Schultz S., 1980; Saal Ch., 1988; Matusov R., 1988]. Шуларга асосланиб жағлар атрофи абсцесслари нормергик

ёки гипергик реакциялар билан кузатилади. Абсцессда шикоятлар күп бўлмайди, айниқса йирингли ўчоқни тери ости ва мушаклар аро клетчаткада жойлашувида. Оғриқ асосан йирингли ўчоқни пайпаслаганда сезилади. Оғриқлар асосан оғиз бўшлиғига яқин локализацияларда, тил ости соҳасида, қанотсимон пастки жағ, ютқин ёни бўшлиқларида, тилда яққол намоён бўлади. Бунда оғиз очилиши чегараланиши кузатилади, ютиниш оғриқли бўлади ва бошқалар.

Беморни ахволи қониқарли бўлганда нормергик жараён, тана харорати субфебрил бўлиши билан кузатилади. Баъзи bemорларда лоҳослик, бош оғриғи, умумий холсизлик кузатилади. Абсцессни гипергик кечиши 10 кундан 3 ҳафтагача бўлади. Лихорадка реакцияси бўлмасилиги мумкин. Интоксикацияни бошқа симптомлари яққол амоён бўлмайди.

Абсцессларда яллиғланиш реакциясини турига қараб қонда лейкоцитар формулани чапга силжиши билан кузатиладиган лейкоцитоз юзага келади. Лекин лекцитларни сони меъёрий ёки леккопения хам бўлиши мумкин. ЭЧТ меъёрий чегарада ва баъзи холатлардагина кўтарилиши мумкин 11-20 мм/с.

Юз ва бўйин соҳаларида флегмонани клиник кўриниши турлича бўлади. Бир ёки икки қўшилган соҳаларда локализацияланган, икки, уч ва ундан ортиқ соҳаларга тарқалган флегмоналар [Робустова Т.Г., 1990], юз ва бўйинни кўп соҳаларини қамраб олган, кўпинча хаёт учун хавфли асоратлар билан кечадиган – авжланувчи флегманалар ажратилади [Губин М.А., 1987].

Бир – икки соҳалардаги флегмоналар организмни нормергик яллиғланиш реакцияси билан кечади: bemor холати қониқарли, камроқ ўрта оғирликда, тана харорати субфебрил  $38,5^{\circ}\text{C}$ , интоксикация сезиларли намоён бўлган. Кон лецкоцитлар сони ошган  $10,0-12,0 \cdot 10^9/\text{л}$ . ЭЧТ кўтарилиган 10 дан 40 мм/с гача.

Юз ва бўйинни икки ва ундан ортиқ соҳалари флегмоналари яллиғланишни гипергик кўриниши билан кечади. Касалликни давомийлигига, йирингли яллиғланиш жараёнини умумий ва махаллий клиник кўринишлари, лаборатория текширув натижалари қараб флегмона тарқалишини реактив, токсик ва терминал фазалари хамда уларни асоратлари фарқланади. Булар хаётий мухим аъзоларни компенсиранган, субкомпенсиранган ва декомпенсиранган холатларига олиб келади. Токсик фазада хамда уни терминал фазага ўтиши флегмонани жадаллашуви хисобланади.

Юз ва бўйиндаги тарқалган флегмоналарни реактив фазаси кечишини узоқ давом этмаслиги, 2-4 клетчатка бўшлифларини заарланиши билан кечади. Локализацияланган оғриқлардан ташқари bemорларда оғиз очилиши, ютиниш ва нафас олиш функцияларининг бузилиши хам кузатилади.

Юз ва бўйинни бир неча соҳаларида йирингли яллиғланишлар кечиши ўрта оғирликдаги холат билан ифодаланади. Тана хароратини ўзгариб туриши интермиттирланувчи характерга эга, қалтираш профуз терлаш билан кечади. Интоксикация умумий холсизликни оғирлаштиради, уйқу бузилади ва иштака йўқолади. Баъзи bemорларда холсизлик ва тормозланиши кузатилади, баъзиларида қўзғалувчанлик ва таъсирунни кузатилади. Физиологик чиқарув холатлари бузилади (диурез камаяди, ич қотади).

Тарқалган флегмона юз, бўйинни кўплаб соҳаларида тарқалган шиш ва тўқималар инфильтрацияси мавжудлиги билан характерланади. Одатда тери ва шилли қаватга ёндашган юза ва чуқур соҳалар бир вактда заарланади. Бу тўқималарда гиперемия, махаллий хароратни ошиши кузатилади. Оғиз очилиши, чайнаш, ютуниш нутқ ва хатто нафас олиш функциялари бузилиши яққол намоён бўлади. Юмшоқ тўқималардаги йирингли яллиғланиш

жараёнларини симптомлари патологик ўчоқларнинг локализациясига боғлиқдир.

Тарқалган флегмоналарни реактив фазасида гемостаз, моддалар алмашинуви жараёнлари ва иммунитет яққол ўзгаради. Қонда лейкоцитлар  $12,0-15,0 \times 10^9$  г/л ва ундан ортиқ, нейтрофиллар сони ошган 60-80%, ну билан бирга таёқчаядролиллар (15—20 %). ЭЧТ ни ошиши жадаллашади 30—40 мм/ч гача ва ундан ортиқ. Сидикда оқсил аниқланади. Организм реактивлигини кўпчилик кўрсаткичларида ўзгариш кузатилади – интоксикияни лейкоцитар индекси (ИЛИ), оқсил мавжудлиги (диспротеинемия), ферментлар мавжудлиги, гуморал ва хужайравий иммунитет кўрсаткичлари – иммуноглабулин даражалари, В-хужайра, Т-хужайра ва уларни популяциялари, қонни ивиш тизими холатларидир.

Кейинчалик йирингли жараённни юз ва бўйинни кўпгина соҳаларига тарқалиши касалликни гиперергик кечиши билан характерланади. Касаллик организмни хаётчанлигини таъминловчи тизим, суб- ва декоспенсиранган характеристики организмни химоя реакциялари билан бирга токсик кечувчи кўринишга эга бўлади. Касаллик йирингли жараённи узоқ давом этиши билан фарқланади (5-7 кун). Яққол интоксикия, қон айланиши бузилиши ва моддалар алмашинуvida сезиларли ўзгаришлар ва юз-жағ соҳаси йирингли яллиғланиш симптомлари яққол намоён бўлади. Бу фазада йирингли-септик касаллик асоратлари ривожланиши мумкин. Булар инфекцияни кўз косасига, мияга ва кўкрак оралиғига ўтишидир.

Бемор ахволи ўрта оғирликда ёки оғир. Тана харорати  $39^{\circ}\text{C}$  га кўтарилади. Жағлар атрофи тўқималарида юзни юза соҳалари билан чуқур бўшлиқларини қамраган ҳолда сезиларли шиш ва диффуз лейкоцитар инфильтрация кузатилади. Аниқ чегараланган яллиғланиш ўчоғи йўқ. Қонда лейкоцитлар сони  $15,0-20,0 \cdot 10^9/\text{л}$  гача кўтарилади, ЭЧТ — 60 мм/с, организм реактивлиги ўзгариши кучаяди.

Алоҳида тиш гурхлари билан жағлар атрофи юмшоқ тўқималарни анатомик қўшнилиги инфекцияни тарқалишида мухим ахамиятга эгадир.

**Одонтоген абсцесс ва флегмоналарни анатомо-топографик локализацияларига қараб шартли равишда қуйидаги тўрт гурӯҳга бўлиши мумкин:**

1. Юқори жағга ёндашган тўқималар абсцесс ва флегмоналари:
  - а) юза — кўз ости, лунж, ёноқ соҳалари;
  - б) чуқур — чакка ости ва қанот-танглай чуқурчалари;
  - в) иккиламчи — чакка, кўз косаси соҳалари.
2. Пастки жағга ёндашган тўқималар абсцесс ва флегмоналари:
  - а) юза — жағ ости, даҳан ости учбурчаклари;
  - б) чуқур — қанотсимон-пастки жағости, ютқин ёни, тил ости бўшлиқлари;
  - в) иккиламчи — жағ орти соҳаси, бўйинни олди соҳалари ва бўшлиқлари.
3. Тилни абсцесс ва флегмоналари.
4. Юз ва бўйин тарқалган флегмоналари.

Юз ва бўйинни алоҳида соҳалари абсцесс ва флегмоналари турли клиник белгиларга эгадир.

Лунж, кўз ости, жағ ости, даҳан ости ва бошқа соҳалар флегмоноз жараённи юза локализацияларида юмшоқ тўқималар шиши ва инфильтрацияси, терини остидаги тўқималарга юпишиши, уни қизариши ва маҳаллий хароратни ошиши кузатилади. Пальпацияда флюктуация ёки қучсиз оғриқ сезилади. Жараёнга хусусий чайнор мушаклари қўшилганда оғиз очилиши чегараланиши

кузатилади. Юқори ва пастки жағға ёндашган түқималар чуқур сохаларидаги заарланишларда юза жойлашган түқималар перифокал шиши натижасида юзда шишни күришимиз мүмкін. Флегманоз ўчоқ чегаралари аник эмас, флюктуация эса күп холларда аниқланмайды. Оғиз бўшлиғи яқини флегмоноз жараёнлари оғиз очилиши, ютиниш, нутқ, нафас олиш функцияларини бузилиши ва яллигланиш белгилари – шиш, гиперемия, шиллиқ қаватда оғрикли инфильтрат кузатилиши билан ифодаланади. Қанотсимон –пастки жағ ва ютқин ёни бўшлиқлари заарланишида оғиз очилиши чегаралангандиги сабабли оғиз бўшлиғи холатини күриш қийинчилик туғдиради. Оғиз бўшлиғи заарланган түқималарини палпация қилиш, баъзида бимануал палпация усууллари кучлироқ оғриқ сезилган соҳани аниқлашга ёрдам беради.

### **Юқори жағға ёндашган түқималар абсцесс ва флегмоналари.**

Кўз ости соҳаси абсцесс ва флегмоналари (кўз ости клетчатка бўшлиқлари). Инфекция тарқалиши юқориги қозик ва биринчи кичик озиқ тишилардан, камроқ – юқориги ён курак ёки иккинчи кичик озиқ тишилардан, шу билан бирга иккиласми равишда лунж соҳасидан инфекция тарқалишидан юзага келиши мүмкін.

Кўз ости соҳаси чегаралари: юқориги — кўз косасини пастки қирғоғи, пастки – юқори жағ алвеоляр ўсиғи, ички – ноксимон бўшлиқ қирраси, ташқаридан – ёноқ юқорижаг чоки. Бу ерда жойлашган мимик мушаклар орасида учта клетчатка бўшлиқлари жойлашган.

Кўз ости юза клетчатка кўзни айлана мушаклари ва юқори лабни туртбурчак мушаклари орасида жойлашади. Унда юз артерияси ва венаси, юз нервини ёноқ шохи жойлашади. Иккинчи қавати қозик чуқурчаси клетчаткаси бўлиб, олдиндан юқори лаб мушаклари, орқадан оғиз бурчагини кўтарувчи мушаклар чегаралайди. Клетчатканни учинчи чуқур қавати кўз соти қирраси даражасида жойлашган бўлиб, пастга йўналиб кўз ости каналидан чикувчи томир-нерв тугунчасини ва нерв чигалини – кичик гоз панжасини ўрайди. Кўз ости клетчатка қаватлари ўзаро, лунж соҳалари клетчаткали ва бурун ён юзаси билан боғланган.

Кўз ости соҳаси абсцесслари ёки қозик чуқурчаси абсцесслари ва кўз ости соҳаси флегмоналари фарқланади.

Қозик чуқурчаси абсцессларида заарланган соҳадаги оғриқка шикоят қилади. Эрта даврда юқори жағ олдинги юзаси ёирингли периоститини эслатади. Кўз ости, лунж ва юқори лаб соҳаларида шиши хосил бўлади. Бурун қаноти бир оз кўтарилиган, бурун лаб бурмаси силлиқланган. Шиш усти юмшоқ, кам оғрикли, тери ранги ўзгармаган, бурмага йифилади. Оғиз вестибуляр қисми юқори ўтуб бурмаси силлиқлашган, шиллиқ қават гиперемияланган ва шишган. Палпацияда оғриқ кузатилади. Бимануал палпацияда аниқ намоён бўлади.

Кўз ости соҳаси флегманасида ўткир ўз ўзидан хосил бўлувчи оғриқ кузатилиб, оғриқ кўз, чакка соҳаларига тарқалади. Кўз ости ва лунж соҳалари диффуз шиши характерланади. Шиш ёноқ, юқори лаб, пастки қовоқ соҳаларига баъзида эса юқори қовоқ соҳаларига тарқалади. Юқори жағ танаси олдинги юзасида түқималар инфильтранган, палпация оғрикли. инфильтрация усти тери ранги ёрқин қизарган, қўшни түқималар билан силлиқлашган, бурмага қийин йифилади. Оғиз бўшлиғи вестибуляр соҳаси яллигланиш жараёнлари абсцессга нисбатан янада тарқалган характерга эга.

Кўз ости абсцессида оғиз бўшлиғи вестибуляр соҳаси ўтуб бурмасидан кесма қилинади ва кесув юқори жағ танаси олдинги юзаси суж усти пардаси бўйлаб ўтказилади. Кейин ўтмас йўл билан распатор ёрдамида қозик чуқурчасига ўтилади ва йиринг чиқишига йўл очилади.

Күз ости соҳаси флегмонасида оператив ёндашув абсцессдагидек ўтказилади. Кесма юқориги иккинчи курак тишдан иккинчи кичик озиқ тиши ёки биринчи катта озиқ тиши бўйлаб ўтказилади. Ўтмас йўл билан юқори жағ олдинги юзаси бўйлаб ўтилади ва бармоқлар назорати остида кўз косаси пастки киррасигача ўтилади. Оғиз бўшлиғидан йиринг чиқиш йўли етарли бўлмагандан ёки терига яқин жойда экссудатни юза локализацияларида кўз косаси пастки деворига параллел равишда кесма ўтказилади. Шунингдек флегмонани очища бурун лаб бурмаси бўйлаб терида кесма ўтказилади.

Кўз ости соҳасидан йирингли жараён лунж, ёноқ ва чакка ости соҳаларига тарқалади. Баъзида жараён кўз косаси клетчаткасини қамраб олади. Асоратланишида инфекцияни вена бўйича тарқалишидан бурчак венаси тромбофлебити юзага келиши мумкин. Ундан инфекция хаёт учун мухим бўлган мия қаттиқ пардаси синусларига тарқалиши хавфи бўлади.

**Лунж соҳаси абсцесс ва флегмоналари (лунж бўшлиқлари клетчаткали).** Лунж соҳаси йирингли жараён сабаби инфекцияни юқори ва пастки жағ тишлардан ёки камроқ кичик озиқ тишлардан тарқалишидир. Баъзида юқори ва пастки жағлар ўткир йирингли периоститлари асорати бўлиши хам мумкин. Шунингдек инфекцияни кўз ости, қулоқолди-чайнов, чакка ости соҳаларидан тарқалиши сабабидан юзага келади.

Лунж соҳаси чегаралари: юқоридан – ёноқ суюги пастки кирраси, пастдан – пастки жағ пастки қирраси, олдиндан – оғизни айланга мушаги, орқадан – чайнов мушаги олдинги кирраси. Клетчатка мушаклар орасида жойлашади, ташқаридан тури ости мушаги, жағ танаси, ичкаридан ланж мушаги. Лунж мушаги фасция билан ўралган. Ташқаридан унга тери ости ёғ қавати ёндашган. Ичкаридан – шиллиқ ости асосига. Улар биргаликда юза ва чукур клетчатка бўшлиқларини ҳосил қиласидар. Лунж соҳасида тери ости ёғ клетчаткаси, катта ёноқ мушаги, оғиз буочаги мушак чигали, оғиз бурчагини ва пастки лабни туширувчи мушаклар, лунж лимфа тугунлари, шиллиқ ости тўқимаси жойлашади, шунингдек юз вена, артериялари, қулоқ олди сўлак бези чиқарув йўли ўтади.

Лунж соҳасида лунжни ёғ сиқими кириб фасциал футлярга ўралади ва қулоқ олди, чакка ости чуқурчаси, қанотсимон пастки жағ бўшлиқларига очилади.

Бундай холат инфекция манбанини ланж соҳасига тарқалишини ёки тскари йўналишда лунждан қўшни соҳаларга тарқалишини таъминлайди.

Бемор шикоятлари: ахамиятсиз тарқалувчи оғриқлар, пальпацияда кучаяди. Йирингли ўчоқ юза клетчатка бўшлиғида тери билан лунж мушаги орасида шаклланиши мумкин. Бундай холатда инфильтратни чегаралангандан кўпроқ юмалоқ шаклда бўлиши инфекция манбаи бўлган сабабчи тишини жойлашувига боғлиқдир. Заарланган тўқимада ахамиятсиз шиш бўлиб, инфильтрат тезда тери билан бирлашган, тери интенсив пушти ва қизил рангга кирган. Пальпацияда аниқ ялюқтуация аниқланади. Кўпинча йирингли жараён секин ва кучсиз кечади. Йиринг шаклланиши 1-2 хафта давом этиши мумкин. Йирингли бўшлиқ очилганда грануляция билан тўлганлиги аниқланади. Лунж мушаклари ва шиллиқ қават орасидаги чукур клетчатка бўшлиғидаги абсцессда лунж тўқималарини шиши характерланади. Пальпацияда юқори жағ альвеоляр ўсиғи билан бириккан зич инфильтрат аниқланади. Лунж шиллиқ қавати гиперемияланган, шишган ва оғриқ кузатилади. Бошланишидан 2-3 кун ўтгач инфильтрат ва флюктуацияни марказий соҳаларида юмшаш кузатилади.

Лунж соҳасидаги флегмоналарда bemorлар ўз ўзидан ҳосил бўлувчи ўткир оғриқка шикоят қиласидар. Оғиз очилиши ва чайнашда оғриқ кучаяди. Лунж соҳасида инфильтратни сезиларли тарқалганлиги кўрилади. Атроф тўқималар

шиши кузатилади. Шиш юқори ва пастки қовоқларга тарқалади, натижада күз ёриғи кичраяди ва түлік беркилади. Шиш юқори ва пастки лабларга, жағ ости учбұрчакларига тарқалади. Лунж соҳаси тери ранги қизарган, инфильтранган, бурмага йиғилмайди. Лунж, оғиз вестибуляр соҳаси юқори ва пастки үтүв бермалари шиллик қавати шиши ва гиперемияси қузатилади. Шиллик қаватда тиши тоғи ташқи юзалари излари аниқланади.

Лунж соҳасида юза жойлашған абсцесси флюктуация соҳасида теридан очилади. Абсцесс шиллик қаватга яқын жойлашганида кесма оғиз юўшлиғи вестибуляр қисми юқори ва пастки үтүв бурмаларидан кесма ўтказилади. Кесма кўпинча қулоқ олди сўлак бези чиқарув йўлига параллел равища ўтказилиб йирингли бўшлиққа ўтмас йўл билан ўтилади. Флегмонада эстетик нуқтаи назаридан кесма оғиз бўшлиқи вестибуляр қисмидаги ўтказилади, клетчаткалар ажратилиб йирингли ўчоқ марказига ўтилади. Етарлича чиқиши йўли бўлмагандага тери қопламидан кўз ости ва бурун лаб бурмаси соҳаларида юз нерви тармоқларини хисобга олган холда кесма ўтказилади.

Лунж соҳасидаги йирингли жараён ёноқ, қулоқ олди чайнов соҳаларига, чакка ости чуқурчаси ва қанотсимон жағ бўшлиқларига тарқалиши мумкин.

**Чакка ости чуқурчаси абсцесси, чакка ости ва қанот-танглай чуқурчалари флегмонаси.** Чакка ости ва қанот-танглай чуқурчалари йирингли яллиғланиш жарайнлари сабабчиси юқори ақл тишлари, камроқ – биринчи ва иккинчи юқориги катта озиқ тишлар хисобланади. Инфекция юқори жағ дўмбоғига ёндашған тўқималарга ўтади ва бу ердан чакка ости вақанот танглай чуқурчаларига тарқалиши мумкин. Чакка ости чуқурчаси яллиғланиши яна туберал анестезия вақтида қанотсимон веноз чигални гематомаси ва уни йиринглаши билан хам юзага келади. Яллиғланиш жараёни қанотсимон-пастки жағ ютқин ёни бўшлиқларидан тарқалиши натижасида хам юзага келади.

Чакка ости чуқурчаси калла суюги асосида жойлашған бўлиб, чакка соҳасидан чакка ости қирраси билан чегараланади. Унинг чегаралари: юқоридан – понасимон суяқ катта қаноти юзаси, ичкаридан – понасимон суяқ қанотсимон ўсиғини латерал пластинкаси лунж мушагини орқа қисми, олдиндан – юқори жағ дўмбоғи, ташқаридан – пастки жағ шохи ва чакка мушаги пастки қисми. Чакка ости чўқурчаси чакка-қанотсимон бўшлиққа ёндашған бўлиб, ташқаридан лунж мушаклари пастки соҳаси, ичакаридан латерал қанотсимон мушаклар билан чегараланган. Бу бўшлиқларда қанотсимон веноз чигаллар, юқори жағ артерияси, уни шохларини ва пастки жағ нервлари жойлашади. Орқада ва пастда чакка ости чуқурчаси латерал ва медиал қанотсимон мушаклар орасидаг и қанотсимонлараро бўшлиқ билан, юқоридан чакка соҳаси билан, орқадан ва ташқаридан – жағ орти соҳаси, пастдан ва ташқаридан – қанотсимон-пастки жағ ва ютқин ёни бўшлиқлари билан туташади.

Чакка ости чуқурчаси ичкаридан туташувчи қанот-танглай чуқурчаси жойлашади. Унинг чегаралари: олдиндан – юқори жағ танасини чакка ости юзаси; орқадан – понасимон суяқ катта қаноти; пастдан – қанотсимон канал оғзи; ичкаридан – танглай суги перпендикуляр пластинкаси юқори жағ юзаси. Қанотсимон-танглай чуқурчаси клетчатка билан тўлган бўлиб, у ерда юқори жағ артерияси, юқори жағ нерви, юқори жағ нервини қаноттанглай тугуни жойлашади. Пастки кўз косаси ёриғи орқали кўз косаси билан боғланади, юмалоқ тешик орқали калла суюги бўшлиғи билан боғланади. Бу инфекцияни веноз системаси бўйлаб тарқалишига, шунингдек мия бўшлиғига тарқалишига шароит яратади.

Фарқланади:

Чакка ости чуқурчаси абсцесси, чакка ости чуқурчаси флегмонаси ва қанотсимон-танглай, чакка ости чуқурчаси флегмонаси.

Чакка ости чуқурчаси абсцессларида йириңг юқори жағ танаси чакка ости юзаси клетчаткасида ва латерал ва медиал қанотсимон мушаклар орасида жойлашади. Ўз ўзидан хосил бўлувчи оғриқлар. Оғиз очилиши чегараланиши. Юзни ташқи кўринишида ўзгариш бўлмайди. Баъзи лунж соҳасида бир оз шиш сезилади. оғиз бўшлиғи вестибуляр соҳаси текширилганда (лунжни ташқарига кўтарганда) юқори катта озиқ тишлар соҳасида ўтув бурма шишган ва нгиперемияланган. Палпацияда инфильтрат аниқланади.

Чакка ости чуқурчаси флегмонаси оғриқ кучаяди (кўпрой ютинишда) чакка ва кўз соҳаларига иррадиацияланади.

Ташқаридан текширганда чакка соҳаси пастки соҳаларида ва қулоқ олди чайнов соҳалари юқори соҳаларида қум соатлари шаклида яллиғланиш характиридаги шиш кузатилади, шу билан бирга кўз ости, лунж соҳаларида коллатерал шиш кузатилади. Тўқималар юмшоқ, оғрикли, тери бурмага қийин иғилади, ранги ўзгармаган. Чайнов мушакларини яллиғланиш конртактураси яққол намоён бўлади. (III даражали). Оғиз бўшлиғида абсцессда кузатилган ўзгаришлар бўлади.

Чакка ости ва ва қанот танглай чуқурчалари соҳаларида ривожланувчи флегмона бош оғриғи, кўз ва чакка соҳаларига тарқалувчи юқори жағдаги оғриқлар билан характерланади. Лунж, чаккани пастки соҳаларида, қулоқ олди чайнов соҳасини юқори қисмларида шиш кузатилади. Шиш қовоқларга тарқалган бўлади. Бемор ахволи оғир, тана харорати 40°C, қалтираш кузатилади. Шишган тўқималарни палпациясида инфильтрат аниқланадиди. чакка соҳаси пастки қисмида оғриқ кузатилади. Яллиғланган томонда кўз косаси босилганда оғриқ кузатилади. Оғиз очилиши чегараланган. Оғиз вешибуляр қисми юқори ўтув бурмаси қизарган, шиш пальпацияда оғрикли инфильтрат кузатилади.

Абсцессда оператив муолажа оғиз вестибуляр қисми юқори гумбазидан молярлар соҳасида 2-3 см ли кесма ўтказилади. Ўтмас йўл билан шиллик қават ажратилиб тарновсимон зонд ёки қон тўхтатувчи қисқич ёрдамида юқорига ва ичкарига ўтилади ва шу йзл билан юқори жағ дўмбоғини айланиб ўтиб йирингли бўшлиққа ўтилади.

Чакка ости чуқурчаси флегмонасида шундай кесма ўтказилади, шу билан бирга ташқи қанотсимон мушак ажратилиб понасимон сүяқ қанотсимон ўсиғи латерал пластинкасига ўтилади. Чакка соҳаси заарланганда чакка мушагини олдинги қирғоги бўйлаб кесма ўтказилади. Тери, тери ости ёғ қавати, чакка фасцияси кесилади, чакка мушаклари толалари ажратилади ва чакка сүгини тангачасимон қисмiga ўтилади. Букилган инструмент билан чакка ости қирраси айланиб ўтилади ва чакка ости чуқурчасига ўтилади. В.П. Иполитов и А.Т. Токстунов (1991) лар шу билан бирга оғиз ичидан вестибуляр қисми юқори гумбази орқа соҳаларида кесма ўтазилишини таклиф этганлар. Ёноқ ёйи бўйлаб кесма ўтказилганда бу соҳа резецияланади ва пастки жағ тожсимон ўсиғи билан кесишилади, кейин ўтмас йўл билан чакка ости чуқурчасига ўтилади. Чакка ости ва қанотсимон-танглай чуқурчаси флегмонасида жағ ости соҳасидан кесма ўтказилади. Пастки жағни қанотсимон ғадир будир лигидан медиал қанотсимон мушак ажратилади. кейин ўтмас йўл билан юқорига ва олдинга йўналиб юқори жағ дўмбоғи ва ва пастки жағ ўсиғи орасидаги тўқималар ажратилиб йирингли бўшлиқ очилади.

Чакка ости ва қанот-танглай чуқурчаларидан йирингли яллиғланиш жараёнларини тарқалиши: чакка, қулоқ олди чайнов соҳаларига, қанотсимон-пастки жағ соҳаларига ва ютқин ёни соҳаларига. Чакка ости ва қанот-танглай

чукурчалари флегмонасида инфекцияни күз косаси клетчаткасига юз веналарига тарқалиши мумкин ва натижада мия қаттиқ қаватлари синуслари тромбозига олиб келиши мумкин.

**Чакка сохаси флегмонаси.** Чакка сохаси яллиғланиш жараёнлари иккиламчи бўлиб юзага келади. Шикоятда флегмонага хос оғриқлар кучаяди. Интоксикация туфайли умумий оғриқларбўлади. Ёноқ ёни устида чакка ости чукурчасини қамраган шиш кузатилади. Тепа ва пешона сохаларига коллатерал шиш тарқалиши кузатилади. Ёноқ, юқори ва пастки қовоқларда хам кўпинча шиш кузатилади. Йирингли жараён чакка мушаги остида жойлашганда оғиз очилишида сезиларли чегараланиш кузатилади, оғриқли зич инфильтрат пальпацияланади. Тери остидаги тўқималар билан бириккан, бурмага йифилмайди, ранги хар доим хам ўзгармайди. Сезиларли оғриқ сохаси аниқланади. Флюктуация кейин хосил бўлади.

Чакка сохаси флегмонасида кесма чакка сохасида юза жойлашган вена ва артерияларга параллел равишда радиал кесма ўтказилади. Зарурат бўлганда вертикал кесма ўтказилади. [Федяев И.М., 1990]. Чакка апоневрози кесилади ва ўтмас йўл билан бўшлиққа ўтилади. Баъзида артериал устунларга параллел равишда бир неча еллигичсимон кесмалар ўтказилади. Эксудатни апоневроз ораси бўшлиғида чукур йиғилишларида чакка мушаги қирғоғи бўйлаб ёйсимон кесма ўтказилади ва ўтмас йўл билан чакка мушаги остига ўтилади.

Чакка сохаси флегмонасидан чакка суюги тангачасимон қисми иккиламчи кортикал остеомиелити келиб чиқиши мумкин. Шу билан бирга инфекцияни мия қобиғига ва мияга тарқалиши мумкин (менингит, менингоэнцефалит, мия абсцесси). бу хаёт учун хавфли асорат хисобланади.

**Ёноқ сохаси (ёноқ бўшлиғи) абсцесс ва флегмонаси.** Бу соҳада жараён иккиламчи ривожланади. Йирингли экссудат юзни бошқа сохаларидан – кўз ости ва лунж сохалардан тарқалади.

Ёноқ сохаси чегаралари: юқоридан — чакка сохасини олдинги қисми ва кўз косаси пастки қирраси, пастдан — лунж сохасини олдинги юқори қисми, олдиндан — ёноқ юқори жағ чоки, орқадан — ёноқ чакка чоки. Ёноқ суюги ва чакка фасциясини юза қавати орасида ёноқ сохаси клетчатка бўшлиғи жойлашади. У чакка сохаси апоневроз ораси клетчатка бўшлиғини давом эттиради. Бу ерда кўпроқ флегмона, камроқ – абсцесс ривожланади.

Абсцессда беморлар зааралланган соҳада сезиларли оғриққа шикоят қиладилар. Ёноқ соҳада хосил бўлган чегаралангандан инфильтарт тезда юмшайди. Тери остидаги тўқималарга бикиб кетган бўлиб, ёрқин қизил ранга киради.

Флегмонада ёноқ сохасида ўз-ўзидан хосил бўлувчи оғриқлар безовта қилади ва чакка сохасига тарқалади. Яллиғланиш шиши сезиларли намоён бўлиб, кўз ости, чакка, лунж ва қулоқ олди сохаларига тарқалади. Ёноқ сохаси пайпасланганда зич инфильтрат аниқланади. Яллиғланиш жараёнига чайнов мушагини юқори сохаларига тарқалган холатларда оғиз очилиши чегараланиши кузатилади. Кўринча оғиз очилишида оғриқ кучаяди. Оғиз бўшлиғи вестибуляр қисми юқори гумбазида молярлар сохасида шиллик қаватда шиш ва гиперемия кузатилади. Секин аста инфильтрат юмшайди, юмшоқ тўқималар парчаланиши кузатилади. Йирингли экссудат тери остига чиқади ёки кўз ёриғи ташқи бурчагига тарқалиши мумкин. У ерда йирингли ўчоқ ўз-ўзидан очилиши мумкин.

Ёноқ сохаси абсцесс ва флегмоналарида оператив муолажа флюктуация белгиси яққол намоён бўлган жойда ўтказилади. юз нерви тармоқларига параллел равишда кесма ўтказилади. Йирингли жараён қулок-олди чайнов

сохаларига тарқалиши мумкин. Абсцесс ва флегмоналарни узок даво этишида иккиламчи кортикал остеомиелит ривожланади.

**Күз косаси абсцесс ва флегмонаси.** Күз косаси клетчаткасида йириングли ялиғланиш жараёни юқори жағға юндашган камроқ эса пастки жағ га ёндашган сохалардаги одонтоген йириングли жараёнлар тарқалишидан ривожланади. Күз косаси флегмонаси қуидаги сохалардаги йириングли ялиғланишлар тарқалишидан: чакка ости, қанотсимон-тандглай чуқурчаларидан, камроқ юқори жағ остеомиелити, юқори жағ бўшлиғи ўткир йириングли ядлиғланишидан келиб чиқади. Шунингдек кўз косасидаг ялиғланиш жараёни йириングли тромбофлебит натижасида кўз ости соҳасидаги бурчак венаси орқали, пастки жағга ёндашган сохалардан қанотсимон веноз чигал ва кўз веналари орқали тарқалиши сабабли вужудга келиши мумкин.

Кўз косаси чегаралари уни деворларига мос келади. Кўз олмаси атрофида клетчатка мир маромда жойлашади. Кўз косаси тўсиғи зич фасция шаклида бўлиб, кўз косасини юза соҳаси ёки қовоқ соҳасига ва чукур – кўз косасини хусусий соҳаларига ажратади. Кейингисида кўз олмаси, кўрув нерви, кўз косаси артерияси жойлашади. Кўз косасини жистал соҳасида клетчатка тўплами жойлашиб, у пастки кўз косаси ёриғи орқали қанотсимон-тандглай ва чаккаости чуқурчаси клетчаткалари билан боғланади, юқори жағ орқали – калла суюгини ўрта чуқурчаси билан, кўз косаси юқори девори орқали калла суюги олдинги чуқурчаси ва пешона бўшлиғи билан, пастки девори орқали – қанотсимон бўшлиқ ва ғоваксимон лабиринт катакчалари билан боғланади.

Кўз косаси абсцессларида кўз олмасида пулсацияланувчи оғриқ кузатилади. Бош оғриғи ва кўз кўриш ўткирлигини бузилиши кузатилади. Қовоқ соҳасида ялиғланиш шиши кузатилади. Тери ранги ўзгармаган бўлиши мумкин. Турғунлигк натижасида кўкимтир рангга кириши мумкин. Пальпация оғриқсиз, инфильтрланмаган, юмшоқ. Конъюктива шиллик қавати гиперемияланган, бир оз шишган, кўпинча кўкимтир рангда. Кўз олмасига босим берилганда оғриқли, экзофталм, кўз ўткирлиги бузилиши кузатилади (иккиланиш кузатилади).

Кўз косаси флегмонаси интенсив характерга эгадир. Кўз косасида пулсиранувчи оғриқ кузатилади. Оғриқ чакка, пешона, кўз ости соҳаларига тарқалади. Ўткир бош оғриғи. Кўз олмаси характери чегараланган. Ялиғланиш белгилари кўпаяди. Қовоқлар инфильтрацияси кучайди. Ярим ёпилган қовоқлар орасида конъюктива шишади (хемоз) кузатилади. Диплопия кейинчалик эса кўз ўткирлигини интенсив пасайиши вужудга келади. Кўз туви текширилганда вена чигаллари кенгайгани, кўз ўткирлиги пасайиши яққол намоён бўлиши кузатилади.

Қаттиқ мия пардасидаги горсимон синус тромбози ривожланиши қовоқларни коллатерал шиши кучайиши билан характерланади. Бу бошқа кўз косаси қовоқлар соҳаси шиши ва умумий холатни ошиши, интоксикация белгиларини кучайиши билан намоён бўлади.

Кўз косаси ялиғланиш касаллигида кечикирилмайдиган оператив муолажа ўтказилади. Кўз косаси юқори қисмидаги йириングли ўчок бўлганда орбитани ташқи юқори ёки ички юқори соҳаларида тери ва тери ости ёғ клетчаткасида 2 см ли кесма қилинади. Суяқ девори бўйлаб ўтмас йўл билан экссудация тўпламига ўтилади. Йириングли жараён кўз косаси пастки қисмига тарқалишида кесма орбитани пастки ичкари ва ташқари қирғоқлари соҳасида ўтказилади. Кесма қирғоқдан 0,7 см патда қилинади. Кўз косаси пастки қисмida кўз косаси тўсиғи кесилгандан кейин ўтмас йўл билан клетчатка ажратилади ва йириングли бўшлиққа ўтилди.

Баъзида юқори жағ бўшлиғи орқали кўз косаси пастки деворини трепанация қилиш йўли билан оператив йўл очилади. Бу йўл кўз косасини пастки ва дистал, ён соҳаларига ўтилишига имкон беради. Кўз косаси бўйлаб йириング диффуз тарқалганда кўз косасини юқори ва пастки деворлари бўйлаб кесма ўтказилади. Баъзида юқори жағ бўшлиғи орқали иккита ташқи кесма ўтказилади. Бу экссудат чиқишига қула йўл очади. Баъзи муаллифлар таклифига кўра панофтальм кузатилганда кўз косаси экзентерацияси ўтказилади. Бу йирингли экссудат чиқишига қулай йўл яратади ва йирингли менингит ривожланишини олдини олади.

Кўз косаси флегмонаси асоратлари: инфекцияни мия пардаларига, қаттиқ мия пардаси синусларига ва бош мияга тарқалиши. Кўп учрайдиган асорат бу кўрув нерви атрофияси ва кўрликдир.

### **Пастки жағга ёндашган тўқималар абсцесс ва флегмонаси.**

**Пастки жағ ости соҳаси (пастки жағ ости бўшлиғи) абсцесс ва флегмонаси.** Пастки жағ ости соҳасидаги одонтоген яллиғланиш жараёнлари юз-жағ соҳасининг бошқа соҳаларига анибатан кўп учрайди. Улар кўпроқ пастки кичик ва катта озиқ тишлардан яллиғланиш жараёнининг тарқалиши натижасида, камроқ – қанотсимон-пастки жағ бўшлиғи, тил ости соҳаси, пастки жағ-тил тарновчasi соҳаларидан ва даҳан ости учбурчагидан тарқалиши натижасида юзага келади. Инфекция тарқалишини лимфоген йўли ва жағ ости лифа тугунларини зарарланиши хамда яллиғланиш жараёнга клетчаткани қўшилишидан юзага келади.

Жағ ости соҳаси чегаралари (жағ ости учбурчаги, жағ ости бўшлиғи): юқори-ички – жағ-тилости мушаги, бўйин хусусий фасцияси вараки, орқа-пастки – икки қоринли мушак орқа коринчаси ва бўйин хусусий фасцияси юза вараги, ташқи – пастки жағ танаси ички юзаси, олдинги пастки – икки қоринли мушак олдинги коринчаси, бўйин хусусий фасцияси юза вараги.

Пастки жағ учбурчагида жағ ости сўлак бези, лимфа тугунлари локализацияланади, юз артерия ва веналари, юз нервини қирғоқ ва бўйин шохлари, тил ости нерви, тил нерви ва веналари ўтади. Бу ерда кўп микдорда сийрак клетчатка жойлашган, орқа қисмига нисбатан олдинги қисмда анча кўп. [Гусев Э.П., 1969]. Клетчатка қуйидагича уч қават бўлиб жойлашади: тери ва тери ости бўйин мушаклари орасида, шу мушак билан бўйин фасцияси юза вараги орасида ва бўйин хусусий фасцияси юза вараги устиди; янайам чукурроғи жағ ости хусусий клетчатка бўшлиғи юўлиб бу ерда сўлак бези локализацияланади. Унинг хажми пастки жағ шаклига боғлиқ равишда ўзгаради. Агар пастки жағ баланд ва кенг бўлса, безни кўндаланг кесими максимал, узунаси эса – минимал бўлади. Аксинча, пастки жағ тор ва узун бўлганда без узун ва кенглиги кечик бўлади. Шунга мос равишда клетчатка жойлашади. Учбурчак тубида учта сагитталь ёриқлар мавжуд: ўрта, медиал ва латерал бўлиб, булар тил ости, парафарингеал бўшлиқлар ва юзклетчаткалари билан боғланиш имкониятини беради. [Смирнов В.Г., 1990]. Жағ-тил ости мушаги устки соҳасида дистал бўлимида Пирогов учбурчаги жойлашади. Шу тариқа йирингли жараён тир ости ёғ клетчаткасида, тери ости мушаги ўрта бўшлиқларида ва чукур тўқималарда – жағ ости хусусий клетчатка бўшлиқларида ривожланади.

Инфекцияни тишлардан пастки жағга ёндашган юмшоқ тўқималарга тарқалишида жағ ости учбурчаги билан бошқа клетчатка бўшлиқлари орасида боғланиш мавжудлиги ахамиятлидир. Жағ-тилости мушаги орқа қирғоғи ортида жағ ости протоки жойлашади. Уни ўраган келтчатка бўйича инфекция

тил ости соҳасига тарқалади. Шу йўл билан тил ости соҳасидан яллиғланиш жараён жағ ости учбурчагига тарқалади. Соҳанинг орқа бўлимлари қанотсимон-жағ ва ютқин ёни бўшлиқларининг олдинги қисмлари билан боғланади. Жағ ости соҳаси тери ости клетчаткаси даҳан ости учбурчаги клетчаткаси билан бевосита боғланган бўлади.

Пастки жағ ости соҳасини олдинги ва орқа бўлимлари абсцесслари хамда шу соҳа флегмонаси фарқланади. [Васильев Г.А., Робустова Т.Г., 1981]. Абсцессда бемор ўз-ўзидан ҳосил бўлувчи зирқираган оғриққа шикоят қиласди.

Ташқаридан текширганда жағ ости учбурчаги олдинга ёки орқа бўлимларида, жағ ости сўлак безини олди ёки орқа томонида чегараланган инфильтрат аниқланади. пайпасланганда инфильтрат зич, тери остидаги тўқималар билан уланиб кетади, ранги ўзгарган (ёрқин пушти рангдан – қизилгача) юпқалашган. Айниқса пастки жағ учбурчаги олдинги бўлимида кузатилганда марказида флюктуация белгиси аниқланади. Оғиз очилиши эркин. Оғиз бўшлиғида ўзгаришлар бўлмайди.

Жағ ости учбурчаги флегмонаси янада кескин оғриқлар билан намоён бўлади. Тарқалган шиш, касаллик бошланишидан 2- 3 кун мобайнида шиш жағ ости учбурчаги тўқималарига, даҳан ости ва жағ орти соҳаларига тарқалади. Шиш усти тери инфильтранган, бурмага йиғилмайди, баъзиде қизарди. Марказида оғрикли инфильтрат аниқланади. Лунжва қулоқ олди чайнов соҳаларида шиш кузатилади. Оғиз очилиши кўпинча оғриқсиз. Яллиғланиш жараёнини жағ-тил тарновидан жағ ости учбурчагига тарқалишида пастки жағ бурсчаги ички юзасига бирикувчи қанотсимон мушак инфильтранишидан оғиз очилишида чегараланиш кузатилади (I даражали яллиғланиш контрактураси). Йирингли ўчокни чуқур жойлашишида ва уни тил ости ва қанотсимон-жағ бўшлиқларига тарқалишида пастки жағ очилишида сезиларли чегараланиш хамда ютинишда оғриқ бўлиши кузатилади.

Пастки жағ ости учбурчаги флегмонасида оғиз бўшлиғини яллиғлаиш юз берган томонида шиш ва шу соҳа тил ости бурмаси шиллиқ қавати гиперемияси кузатилади.

Оператив ёндашувда пастки – жағ ости учбурчаги томонида терида юз нерви қирғоқ шоҳини жарохатламаслик учун унга параллел равишда пастки жағ танасидан 2 см пастдан кесма ўтказилади. Абсцессда флюкция яққол намоён бўлган соҳада 1,5-2 см ли кесма ўтказилади. Флегмонада 5-7 см ли кесма ўтказилади. тери қаватма-қават кесилади, тери ости клетчатка, бўйинни тери ости мушаги, бўйинни юза ва хусусий фасциялари кесилади, албатта бармоқ билан операцион яра тубига ўтилади [Васильев Г.А., 1972] ва секин аста сўлак бези сурилиб зараланган соҳага барча қисмларига ўтилади, айниқса сўлак бези юқориси ва орқа томонларига. Тўқималар ажратилиб юз артерия ва веналари аниқланади ва улар четлаштирилади. Йиринг эвакуацияси ўтказилади, яра некротомия қилинади ва ярага антисептик, антибактериал ишлов берилади, кейин резина дренаж қўйилади.

Жағ ости учбурчаги флегмонаси асоратланади – инфекция қанотсимон-пастки жағ ва ётқин ёни бўшлиғига, тил ости, даҳан ости учбурчаги ва бўйинни бошқа соҳаларига тарқалади, шу билан бирга қон томир-нерв қинига хам тарқалади.

**Даҳан ости соҳаси (даҳан ости бўшлиғи) абсцесс ва флегмонаси.** Инфекция пастки курак қозиқ тишлар одонтоген ўчоқларидан тарқалади, шу билан бирга йирингли жараён жағ ости, тил илдизи, камроқ – тил ости соҳаларидан тарқалади. Бирламчи яна лимфатик тугунлар заарланади, кейин йирингли жараён даҳан ости учбурчаги клетчаткасига тарқалади.

Дахан ости учбурчаги чегаралари: юқориги – жағ-тил ости мушаги, бүйин хусусий фасцияси чуқур вараклари билан пастдан ўралган, пастки – бүйинни юза фасцияси, ён томонларидан – ўнг ва чап икки қоринчали мушакни олдинги қоринчалари. Даҳан ости соҳасида клетчатка (унинг тери ости қаватлари даҳан ости учбурчакларини ўнг ва чап томонларига ўтадилар), икки гуруғ лимфа тутунлари (бири пастки жағ пастки қирғоғи ортида, кейингиси тил ости суюги олдиди), олдинги бўйинтуруқ веналари жойлашади.

Даҳан ости соҳасида абсцесс ёки флегмона ривожланиши мумкин. Беморлар зааралланган соҳадаги ўз-ўзидан хосил бўлувчи оғриққа, пальпацияда абсцессда кучли, флегмонада эса ўсиб борувчи ва кучаювчи оғриққа шикоят қиласидилар.

Абсцессда тарқалган шиш характерлидир. Тери бу соҳада инфильтранган, харакатчан. 3-4 кун ичида пальпацияда кам оғриқли зич инфильтрат юзага келади. Тери остидаги тўқималар билан уланиб кетган, ранги қизарган кўпинча юпқалашган, флюктуация мусбат.

Флегмонада касаллик бошланишида даҳан ости учбурчагида тарқалган инфильтрат аниқланади, ҳар икки жағ ости соҳаларида шиш кузатилади. Оғиз очилиши эркин. Фақат яллиғланиш жараёнини атроф тўқималарга тарқалишида оғиз очилишида чегараланиш кузатилади, ютиниш ва чайнаш оғриқли бўлади. Инфильтрация юмшаши натижасида тири остидаги тўқималар билан уланиб кетади. бурмага йигилмайди, қизаради. Пайпасланганда флюктуация аниқланади. Даҳан ости соҳаси абсцесс ва флегмоналарida bemorlari oғiz бўшлиғи ва тил ости бурмаси шиллиқ қаватида ўзгариш бўлмайди.

Абсцесс ва флегмонада оператив муолажа терида пастки жағ қирғоғидан тил ости суюгига кесма ўтказиш билан йирингли ўчоқ очилади ёки пастки жағ асосига параллел равишда даҳан ости соҳасида тери кесма қилинади. Кейинги оператив йўл эстетик жихатдан қулай хисобланади. Тери ва тери ости ёғ қавати кесилгандан кейин яра қирғоқлари четлаштирилиб, ўтмас йўл билан чуқур жойлашган тўқималарга ўтилади, жағ-тил ости мушагигача ўтилади.

Даҳан соти флегмонаси – инфекцияни жағ ости учбурчагига ва бўйиннни бошқа соҳаларига тарқалиши билан асоратланиши мумкин.

**Қулоқ олди-чайнов соҳаси (қулоқ олди-чайнов бўшлиғи) абсцесс ва флегмонаси.** Яллиғланиш жараёни пастки катта озиқ тишлардан, камроқ премолярлар ва юқориги молярлардан инфекцияни тарқалишидан юзага келади. Икилachi бу соҳага инфекция лунж, қулоқ олди сўлак бези, чакка ости чуқурчасидан тарқалади.

Қулоқ олди-чайнов соҳаси чегаралари: - юқоридан – ёноқ ёйи пастки қирраси ва эшитув йўли билан чакка суюги қисми, пастдан – пастки жағ танаси пастки қирраси, олдинги – чайнов мушаги олдинги қирраси, орқадан – сўрғичсимон ўсиқдан пастки жағ бурчагига ўтказилган чизик.

Қулоқ олди-чайнов соҳасида чайнов мушаги, юза ва чуқур қаватлари жойлашади. Бу соҳада юзни иккита фасцияси юза қулоқ олди ва чайнов фасциялари жойлашади. Улар хусусий қулоқ олди сўлак безини ва чайнов мушагини ўраб туради. Фасция юқоридан ёноқ равоғига пастдан – пастки жағ асосига, орқадан пастки жағ бурчагига ва ўсиғига бирикади. Хусусий қулоқ олди сўлак бези дистал бўлимида ва жағ орти соҳасида фасция бўлинади ва сўзлак бези ўзанини хосил қиласиди. Бутун йўналиши бўйлаб, чуқур бўлимларидан ташқари, без билан тўлиқ боғланган. Пастки бўлимида бигизсимон пастки жағ боғлами хисобига қулоқ олид фасцияси зичлашган. Пастки жағ ўсиғини ўрта ортки (чайнов мушагини бирикмаган) соҳасида бўшлиқ бўлиб сийрак клетчатка билан тўлган. Юқорига йўналганда юза ва

чүкүр мушак тутамларини ажратади. пастга ва олдинга йўналганда мушак кенглиги ва томирлар йўналиши бўйлаб кетади. Бунда мушак ва пайлар тутамлари клетчаткалари билан боғланади. Айни шу клетчатка топографик анатомияда чайнов ости бўшлиқ сифатида аниқланади. У пастки жағ ўсиғи юқори орқа соҳаси клетчаткаси билан юоғланади. Кейин вона томирлари бўйлаб йўналади, чайнов мушаги орқа қирғоғи ва тож ўсиғи олдинги қирғоғи орасидан ўтиб қанотсиомн-пастки жағ бўшлиғига, чакка ости чуқурчасига ва чакка ости мушагига ўтади [Егоров П.М., 1972]. Алоҳида индивидуумларда чайнов мушаги билан пастки жағ танаси орасида юқорига очилган бўшлиқ жойлашган бўлиб, у моляр орти учбурчаги шиллик ости қавати ва пастки жағ танасидан ташқи юзаси бўйлаб жойлашган клетчатка билан боғланади. Чайнов мушаги суяқ-фасциал ўзани юқорида ёноқ ёйи ости оралиғи орқали чакка ости чуқурчаси билан боғланади. Чайнов мушаги томир ва нервлари бўйлаб клетчатка пастки жағ эгатида қанотсимон-пастки жағ бўшлиғи билан боғланади, олдиндан – лунж клетчаткаси билан боғланади [Войно-Ясенецкий В.Ф., 1947].

Қулоқ олди-чайнов соҳасидаги тери ости сийрак ёғ клетчаткасида юз нерви шохлари ва қулоқ олди сўлак бези жойлашади. Улар ажралган фасция вараклари билан ўралган бўлади. У ердан қулоқ-чакка нерви ва юз нерви устуни, ташқи уйқу артерияси ва улардан чиқувчи тармоқлар, пастки жағ орти венаси ўтади, юза ва чуқур лимфа тугунлари, хусусий чайнов мушаги жойлашади. Қулоқ олди-чайнов соҳаси турли қатламларида тўртта клетчатка бўшлиқлари жойлашади: тери ости, апоневроз ости, мушак ости (субмассетериал) ва жағорти чуқурчаси бўшлиқлари киради. Бу анатомик хусусиятлар бу соҳадаги абсцесс ва флегмонани турли клиник кўринишда кечишини ва яллиғланиш жараёнини бошқа соҳаларга тарқалишини ифодалайди.

Қулоқ олди-чайнов соҳаси яллиғланиш жарайнлари локализациясига қар фарқланади: чайнов мушаги пастки бўлими абсцесси (апоневроз ости бўшлиғи ва чайнов мушаги пастки қисми заарланади), чайнов мушаги соҳаси флегмонаси (мушак ости бўшлиғи заарланади), қулоқ олди-чайнов соҳаси флегмонаси (барча тўрт бўшлиқ заарланади).

Чайнов мушаги пастки бўлими абсцессида ўз-ўзидан юзага келувчи оғриқ, шиш хосил бўлиши ва оғиз очилиши чегараланиши кузатилади. Қулоқ олди-чайнов соҳаси пастки бўлимларида оғриқ инфильтрат пальпацияланади. Чайнов мушагини I-II даражали яллиғланиш контрактураси кузатилади. Оғиз вестибуляр соҳаси орқа пастки бўлимларида шиш бўлади. Чайнов мушаги пастки ярими олдинги қирғоғида инфильтрация ва оғриқ кузатилади. биринчи кунларда инфильтрация зич фасция ва чайнов мушаги остида жойлашганлиги сабабли флюктуация аниқланмайди. Тўқима қисмларини емирилиши ва йирингли ўчоқни чайнов мушаги пастки қисми юза қаватларига тарқалишидан инфильтратни юмшаши юзага келади.

Чайнов мушаги соҳаси флегмонасида спонтан хосил бўлувчи оғриқлар бўлиб, оғиз очилишида оғриқ кучаяди. Тарқалган шиш хисобига юз ассеметрияси ўзгарган. Қулоқ олди-чайнов соҳаси пайпаслоанганде оғриқли инфильтрат аниқланади. Кўшни тўқималарга шиш тарқалган. Инфильтрат чегараси чайнов мушаги чегарасидадир. Яллиғланиш шиши ёноқ ёйи соҳасигача тарқалган бўлиб ўз ичига лунж соҳасини олади, баъзиде чакка соҳаси пастки бўлимларига ва пастки қовоқ соҳасига ўтади.пастдан жағ ости соҳасигача ўтади. Инфильтрат усти тери ранги меъёрида, тортилган ва бурмага қийин ёифилади. Чайнов мушагини II даражали яллиғланиш контрактураси сабабли оғиз очилиши кескин оғриқли бўлади. Лунж шиллик қавати шишган ва

унда чайнов тишлари тожи изи тушади. Чайнов мушаги олдинги бўлимлари пайпасанганда зичлашиш ва оғриқ сезилади.

Йирингли жараён чайнов мушаги соҳасидан ташқарига ва қулоқ-олди чайнов соҳаси барча тўқималарга тарқалишини шу соҳасини флегмонаси деб баҳоланади. Жараёнга пастки жағ бўғим ташқа юзаси орқа юқориги соҳалари клетчатка бўшлиқлари ва чайнов мушагини юза ва чуқур қисмлари оарсида жойлашган (чайнов оти бўшлиғи) клетчака қўшилади. Қулоқ олди-чайнов соҳаси флегмонаси инфекцияни лунж, жағ ости, қанотсимон-жағ, камроқ – ютқин олди бўшлиқ ва чакка ости чуқурчасидан тарқалиши натижасида ҳам келиб чиқади.

Касаллик клиник кўриниши оғир кечади. Тарқалган яллиғланиш шиши чакка соҳаси пастки қисмидан жағ ости учбурчагигача, қулоқ супрасидан бурун-лаб бурмасигача тарқалади. Пастки жағ бурчаги ва ўсиёи қорғоғи контрактураси қўшилади. Инфильтрат зич, кескин оғриқли, тери тўқ қизил рангда, остидаги тўқималар билан аланиб кетган, бурмага йифилмайди, ялтирайди. Кўпинча инфильтрат жағ орти, лунж соҳалари тарқалади. Шиш эса кўз ости, чакка, жағ ости, ёноқ соҳаларида кузатилади. Инфильтрат юқори қисмларида кучли оғриқ сезилади. Оғиз очилиши кескин чеграланганди. Лунж шиллиқ қавати сезиларли шишган, оғриқ ва чайнов мушаги олдинги қирғоғи инфильтрацияси кузатилади.

Оператив аралашув жағ ости ёки жағ орти соҳаларида ўтказилади. (пастки жағ бурчагидан пастроқда 5-6 см ли терида айланиб ўтувчи кесма). пастки жағ бурчак соҳасидаги тўқималар қаватма-қават ажратилади. Бунда фасция остида жойлашагн юз нервини қирғоқ шоҳини жароҳатлашдан эҳтиёт бўлинади. Эҳтиётлик билан чайнов мушакларини пастки қисми суюкка бирикка баязи тутамлари суюқдан ажратилади. Флегмонада бу мушак пай ва тутамлари суюқдан юқорига қараб тўлиқ ажратилгани маъқулдир. Ўтмас йўл билан пастки жағ ўсиғи ташқи юзаси бўйлаб ўтилади. зарурат бўлгандан – мушак тутамлари, қулоқ олди-сўлак бези ва чайнов мушаги орасидаги фасция оралиқларидан ўтилади. Қулоқ олди-чайнов соҳаси флегмонасида (М.М. Соловьев 1985), тавсия қилинганидек (В.Ф. Войно-Ясенецкий 1947), (M. Wass-mund 1935), жағ ости ва ёноқ ости соҳаларидан комбинацияланган оператив йўллари қилинади.

Аденофлегмонлар юза ва чуқур қулоқ олди лмфа тугунларидан тарқалиб, яллиғланиш экссудатини мушак устида юза локализацияси бўйича фарқланади. Бу холатда пастки жағ бурчак соҳасидаги ярадан ўтмас йўл билан чайнов мушаги юзаси бўйлаб ёки сўлак бези ва тери орасидан ўтилади. Сўлак безини заарлаб қўймаслик учун юз нервига параллел равишда флюктуация яққол намоён бўлган соҳада радиал кесмалар қилинади.

Қулоқ олди-чайнов соҳаси флегмонасида қуйидаги соҳаларга яллиғланиш жараёнини тарқалиши билан асоратланади: лунж. ёноқ, чакка, жағ ости, жағ орти соҳаларига, қанотсимон-пастки жағ бўшлиғига, чакка ости чуқурчасига. Чайнов мушаги соҳасида яллиғланиш жараёнини узоқ кечиши, ўз вақтида қилинмаган оператив аралашувлар, йирингни чиқиши учун йўл етарли бўлмаслиги пастки жағ ўсиғини кортикал соҳалари некрозига – иккиламчи кортикал остеомиелитга олиб келиши мумкин.

**Қанотсимон-пастки жағ бўшлиғи абсцесс ва флегмонаси.** Қанотсимон-пастки жағ бўшлиғи йирингли заарланиши сабаби пастки катта озиқ тишлар соҳасидаги яллиғланиш жараёни, шу билан бирга пастки ақл тишини қийинлашган ёриб чиқиши ҳам сабабчи бўлади. Юқори моляр тишлардан йиринг тарқалиши хисобига ҳам кузатилади. Баъзида йирингли жараён

тарқалиши тилости, жағ тил тарнови, жағ ости учбурчаги, оғиз туби ва қулоқ олди чайнов соҳаларидан кузатилади.

Қанотсиомн-пастки жағ бўшлиғи чегаралари: ташқи – пастки жағ танси ички юзаси, ички – медиал қанотсимон мушак орча ва ташқи юзаси, юқори – латерал қанотсимон мушак ва қанотсимон аро фасция, пастки – ички қанотсимон мушакни пастки жағ ўсиғига бирикадиган пайи юқориги чизиғи. Олдиндан бўшлиқ лунж-ютқин чоки ва лунж мушаги билан чегараланади, орқадан қисман қулоқ олди сўлак бези беркитади.

Қанотсимон-пастки жағ бўшлиғи сийрак клетчатка билан тўлган. У ердан пастки альвеоляр нерви, шу номли артерия ва қанотсимон веноз чигал хосил қилишда қайнашувчи кўпчилик веналар ўтган. Бу бўшлиқ клетчаткаси турли жойларда ёндош клетчатка оралиқлари билан боғланган: юқоридан қанотлараро бўшлиқ билан боғланган, сўнгра қанот-танглай оралиғи ва чакка мушаги ички юзаси бўйлаб давом этади, чакка соҳаси чукур бўшлиғи билан боғланади, медиал қанотсимон мушак орқа қирғоғи бўйлаб ёриқ орқали жағ орти бўшлиғи билан боғланади, шу билан бирга ютқин олди бўшлиғи олдинги бўлими ва чакка ости клетчатка бўшлиқлари билан боғланади, пастдан – жағ ости учбурчаги билан боғланган, унинг эса юқори-олдинги қисми лунжни ёғсиқимига ўтади.

Қанотсимон-пастки жағ бўшлиғи абсцесс ва флегмонаси фарқланади.

Абсцесс яллиғланиш жараёнини секин, доимий ривожланиб бориши билан фарқланади. Беморлар ютинишда кучаядиган оғриққа шикоят қиласидилар. Оғиз очилиши янада чегараланиб боради. Яллиғланиш белгилари кўпинча фақат қанотсимон-пастки жағ бўшлиғи клетчаткасини қамраб олади, баъзида эса уни ўрта бўлимини эгаллайди. Ташқаридан қараганды яллиғланиш белгилари аниқламаслиги мумкин. Пастки жағ ости учбурчаги лимфа тугунларида оғриқ кузатилади. Оғиз очилиши III яллиғланиш контрактурасини хисобига чегараланган. Оҳиз бўшлиғида қанотсимон-пастки жағ бурмасида кучли оғриқли инфильтрат пайпасланади. Бу соҳада шиллик қават кучли гиперемияланган ва шишган, кўпинча шиш танглай-тил ўйига ўтади.

Қанотсимон-пастки жағ бўшлиғи флегмонаси учун яллиғланиш симптомларини тезкор ривожланиши характерлидир. Кўринча йирингли жараён 2-3 кун давомида бутун клетчатка бўйлаб тарқалади. Пастки жағ бурчагипастки соҳасида оғриқли инфильтрат ва шиш кузатилади. Лимфа тугунлари бир-бирлари билан бириккан бўлади, баъзида чаккасоҳаси пастки қисмларида шиш пайдо бўлади. Пастки жағни асбоб билан кенгайтириб оғиз бўшлиғини кўрганимизда қанотсимон-пастки жағ, ҳалқумни танглай-тил яrimойи соҳалари шиллик қават шиши ва гиперемияси аниқсланади. Баъзида инфильтрат ютқун ён девори ва тил ости соҳаси шиллик қаватларига тарқалади.

Қанотсимон-пастки жағ бўшлиғи йирингли жараёнларида оператив муолажа абсцессда оғиз бўшлиғидан флегмонада эса оғиз ташқарисидан ўтказилади. Абсцессни очишда қанотсимон-пастки жағ бурмасига параллел равишда шиллик қаватда 2 см ли кесма ўтказилади. Скальпел 0,5-0,75 см чуқурликка киритилади. Агар йиринг чиқмаса қанотсимон-пастки жағ бўшлиғига пиан киритилади (пастки жағни тешигида ўтказувчи оғриқсизлантириш қоидалари бўйича). Тўқималар четга сурилиб йиринг чиқарилади. Бу йўл қанотсимон-пастки жағ бўшлиғини кенг очиб юборишга йўл қўймайди ва у абсцесларда қўлланилади.

Қанотсимон-пастки жағ бўшлиғи флегмонасида кесма тери қатламидан ўтказилади. Пастки жағ бурчагини айланиб ўтувчи кесма қилиниди. Тери ости мушаги ва бўйинни за фасцияси кесилгандан кейин пастки жағ бурчаги

аниқланади. Бурчак соҳада ва пастк жағ танаси соҳаларида ички қанотсимон пастки жағ мушаги пайлари ажратилади. Ва ўтмас йўл билан йиринг тўпланган пастки жағ шохи ички юзасига ўтилади.

Флегмона йирингли жараёнларни ютқин олди бўшлиғи, пастки жағ ости учбурчаги, жағ орти, тил ости, қулоқ олди ва чакка соҳалари ва чакка ости чуқурчасига тарқалиши билан асоратланиши мумкин. Бу бўшлиқ асбцесс ва флегмоналари пастки жағ шохи ички юзаси суж усти пардаси некрозига олиб келиши ва натижада иккиласми кортикал остеомиелит ривожланиши мумкин.

**Ютқин ёни бўшлиғи асбцесс ва флегмоналари.** Бу бўшлиқ инфицирланиши одонтоген манбаи бўлиб пастки катта озиқ тишлар, баъзиде юқори жағ тишлари хисобланади. Кўпинча ютқин ёни бўшлиғи жағ ости учбурчаги, тил ости, жағ орти, шу билан бирга қанотсимон-пастки жағ бўшлиқларидан инфекцияни тарқалиши натижасида заарланади.

Ютқин ёни бўшлиғи ютқиндан орқа ва ён томонларда жойлашган. У ютқин ёни ва ютқин орти бўшлиқларидан ташкил топган. Бу бўшлиқлар умуртқа олди ва бўйинни хусусий фасцияларидан келувчи бириклирувчи тўқимали парда билан ажралган. Ютқин ёни бўшлиғи чегаралари: ички – юмўоқ танглай мушаклари ва ютқин мушак қавати, юқориги – ютқинни сиқувчи, бу деворга танглай бодомча бези ёндашган, ташқаридан – медиал қанотсимон мушак ва қулоқ олди сўлак безини ютқин қисмини ўраб турувчи капсула чуқур варағи; олдинги – қанотсимонлар аро чок ва фасция, медиал қанотсимон мушак ички юззаси, орқадан – умуртқа олди фасциясидан ютқин мушак қаватига келувчи ютқин-умуртқа олди апоневрози. Ютқин ёни бўшлиғи юқорига йўналишида калла суяги асосига етади, пастда ва бир оз олдинда клетчатка оғиз бўшлиғи тубига ўтади.

Бигизсимонтил, бигизсимон ютқин, бигизсимонтилости ва ўраб турувчи фасциялар ютқин олди бўшлигини орқа ва олдинги бўлимларга бўлиб туради. Олдинги бўлимда сийрак ва ёғли клетчатка жойлашган. Юқориги бўлими қанотсимон веноз чигалга ёндашади. Орқа бўлимда (ютқин орти бўшлиғида) ички уйқу артерияси, ички бўйинтуруқ венаси, IX, X, XI, XII бош мия нервлари, лимфа тугунлари жойлашади. Ундан ташқари баъзи беморларда бу ерда юқориги бўйин сипатик тугуни жойлашади. Ютқин ёни клетчаткаси қантсимон-танглай ва чакка чуқурчалари, тил ости соҳаси, пастки жағ ости учбурчаги клетчаткалари билан боғланади. Ютқин ёни бўшлиғи орқа қисмida умуртқа олди фасцияси ютқин ва бошни узун мушаклари бўйлаб хамда улар ортида жойлашган ютқин орти бўшлигини ажратиб туради. Юқоридан у VI бўйин умуртқасига ва калла суяги асосига етади хамда бўйинни аъзоорти бўшлиғига ўтади. Ютқин орти бўшлиғи ўрта линия бўйича тўсик ёрдамида ўнг ва чап бўлимларга бўлинади.

Ютқин ёни бўшлиғи асбцесс ва фегмоналари фарқланади. Яллигланиш жараёни ютиниш вақтидаги кучайиб борувчи оғриқ билан характерланади, хатто озуқа ёки суюқлик қабул қила олмай қолади.

Асбцессда пастки жағ бурчаги ости тўқималарда сезаларсиз шиш кузатилади. Охиз бўшлиғи текшириш жағлар жипслашгани туфайли қийинлашган. Шпател, тиш шифокори ойнаси, баъзиде эса пешона рефлектори ёрдамида оғиз бўшлиғи ва томоғни текшириш мумкин. Юмшоқ тўқима (танглай-тил ва танглай-ютқин яримойлари, танглай тилчаси) шиши ва гиперемияси аниқланади. Ютқин ён деворлари шишган.

Ютқин ёни бўшлиғи флегмонасида ютинишдаги оғриклар билан фарқланади. Нафас олиш қийинлашади, умумий кайфият бузилади, терлаш ва интоксикацияни бошқа белгилари намоён бўлади. Баъзи беморларда чакка соҳасида шиш пайдо бўлади. Оғиз очилиши медиал қанотсимон мушакларни II

даражали контрактураси хисобига чегараланган. Оғиз бўшлиғини текшириш қийинлашган. Юқори ва пастки жағ тишлари орасига кенг шпатель киритилади ва айлантирилиб, ютқин кўрилади. Қанотсимон-пастки жағ бурмаси ва юмшоқ танглай шиллик қавати гирепемияланган ва шишган, танглай тичаси соғ томонга силжиган. Инфильтрат ютқин ён дефорига тарқалади. У ерда сезиларли шиш кузатилади. Тил ости бурмаси, тил ва ютқин орқа деворлари шиллик қаватида шиш кузатилади. [Губин М.А., 1997; Barratt G. et al., 1984; Krüger E., 1993].

W. Dzyak и M. Zide (1984), L. Peterson (1993), лар фикрларича ютқин ёни бўшлиғи флегмонаси ташхисланганда кўпинча инфекцияни пастки жағ ости учбурчагидан тарқалишини хисобга олиш керак. Оғиз очилиши чегараланиб, ютинишида кучли оғриқ кузатилганда оғиз бўшлиғи ва ютқинни тўлиқ текшириш зарур.

Ютқин ёни бўшлиғи абсцессини очишда оғиз ичидан қанотсимон-пастки жағ бурмасига параллел равишда медиал томонидан 1,5-2 см узунликда ва 0,75 см чуқурликда кесма ўтказилади. Сўнгра ўтмас йўл билан йирингли ўчоқقا ўтилади. Йиригни йиқариш учун янада ишончли йўл бўлиб, айниқса ютқин ёни флегмоналарида оғиз ташқари усули, пастки жағ остидан кесма ўтказиш хисобланади. Тери ва тери ости ёғ клетчаткаси 4-5 см узунликда кесилади, бўйинни тери ости мушагини ва хусусий фасциясини кесиб ўтилади, сўнгра ўтмас йўл билан остки тўқималар ажратилиб пастки жағ бурчак соҳасида сувяк қирғоғига етилади. Бунда қулоқ олди сўлак бези четга суриласди. Ташқи қанотсимон мушак ташқи юзаси бўйлаб ютқин ёни бўшлиғига ўтилади. Бу ерда клетчатка қаватлари қанотсимон мушак ички юзасигача ва ютқинни ўрта констрикторларигача ажратилиб йиринг чиқишига йўл очилади. Ютқин ёни бўшлиғи флегмонасини очишда пастки жағ ости соҳасига, қанотсимон-пастки жағ бўшлиғига, тил ости соҳасига ўтилади. Бу соҳаларда йиринг ёки тўқималар некрози аниқланса жағ-тил ости мушаги дистал қисми кесиб ўтилиб медиал қанотсимон мушак тўлиқ ажратилади, шу билан бирга пастки жағ ости сўлак бези олдинга суриласди. Некротомия ўтказилади ва жараён тарқалган бўшлиқ бўйлаб дренаж ўрнатилади.

Ютқин ёни бўшлиғидан яллиғланиш жараёни ютқин бўйлаб олдинги кўкрак қафаси бўшлиғига тарқалади. Яллиғланиш жараёнини бўйинни олдинги ва латерал соҳаларига хамда томир-нерв қинига тарқалаши хам инфекцияни кўкрак бўшлиғига тарқалишига олиб келади.

Ютқин ёни бўшлиғига қанотсимон веноз чигални ёндашиб жойлашиши йирингли жараённи мия қаватлари ва бош мияга ретрографад тарқалишига шароит яратади. Ютқин ёни бўшлиғи флегмонаси, айниқса шундан асоратлар кузатилганда прогноз оғир бўлади.

**Тил ости соҳаси (тил ости бўшлиғи) абсцесс ва флегмонаси.** Тил ости соҳасида одонтоген яллиғланиш жараёнлари пастки жағдаги одонтоген ўчоқлардан, шу билан бирга ёндашган соҳалардаги яллиғланиш жараёнлари хисобига – пастки жағ ости, ютқин ёни, қанотсимон-пастки жағ бўшлиқларидан инфекцияни тарқалиши натижасида ривожланади.

Тил ости соҳаси чегаралари: пастки – жағ-тил ости мушаги ва оғиз диафрагмаси, юқориги – оғиз бўшлиғи шиллик қавати, ташқари – пастки жағ танаси ички юзаси, ички – даҳан-тил ва даҳан-тил ости сувяги мушаклари. Орқадан бўшлиқ қуидаги мушакларга ёндашади – бигизсимон тил, бигизсимон ютқин ва бигизсимон тил ости сувяги ва тил ости сувяги. Тил ости бўшлиғида тил ости сўлак бези, пастки жағ ости сўлак бези чиқарув йўли, тил вена, артери ва нервлари жойлашади. Жағ-тил ости сувяги мушаги орқа қирғоғи ортида, пастки жағ ости сўлак безини ва уни чиқарув йўлини ўраб турувчи

сохада клетчатка бўшлиғи пастки жағ ости учбурчаги хамда юқтин ёни ва қантсимон-пастки жағ бўшлиқлари клетчатка бўшлиқлари билан кенг боғланади.

Тилни ён юзаси ва пастки жағ танаси орасида катта озиқ тишлар даражасида жойлашган тил ости соҳасининг дистал бўллаги жағ-тил ости тарнови деб номланади. В.Г.Смирнов (1990) маълумотларига кўра тил ости бўшлиғи топографияси пастки жағ шаклига боғлиқ. Пастки жағни тор ва узун шаклида бўшлиқ тор лекин узун бўлади. Тескарисига, агар пастки жағда кенг ва қисқа бўлишида бўшлиқ минимал зунликда бўлиб, кенглиги максимал бўлади.

Тил ости соҳаси абсцесси: олдинги ва орқа (жағ-тил тарнови) бўлимлари, шу билан бирга тил ости соҳаси флегмонаси фарқланади. Кўпинча яллиғланиш жараёни жағ-тил тарнови соҳасида кузатилади. Бу жараён пастки катта озиқ тишларни ўткир периодонтити ёки сурункали периодонтитни ўткирлашуви хамда перикоронит натижасида юзага келади.

Тил ости соҳаси олдинги бўлими абсцесси ютинганда ва тил харакатида зўраювчи, ўз-ўзидан ҳосил бўлувчи оғриққа шикот қилиш билан характерланади. Пастки жағ ости ёки даҳан ости соҳаларида шиш пайдо бўлиши мумкин. Оғиз очилиши эркин. Тил ости соҳаси олдиги бўлимида курак, қозиқ ва кичик озиқ тишлар даражасида шиш кузатилади. Шиш зич ва ўткир оғриқли. Шиш усти шилиқ қаватқизарган. Яллиғланиш шиши альвеоляр ўсиқ, тил ости бурмаси ва тилни пастки юзаси шиллиқ қаватига тарқалади.

**Жағ-тил тарнови абсцессида** беморлар ютинишда ва тил харакатидаги ўткир оғриққа хамда оғиз очилиши чегараланишига шикоят қиласидар. ПАстик жағ ости учбурчаги орқа бўлимида шиш кузатилади. Бу соҳада тери ранги ўзгармаган. Пастки жағ ости лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли. Яллиғланиш жараёни медиал қанотсимон мушак пастки бўлими томон тарқалиши пастки жағни яққол намоён бўлганяллиғланишконтрактурасини келтири чиқаради. Натижада оғиз очилиши чегараланади.

Оғиз бўшлиғи вестибуляр қисмида ўзгаришлар бўлмайди. Оғизни бир оз очиб шпател ёрдамида тил ости соҳаси кўрилади, сўнгра шпател ёқистоматологик ойна ёрдамида тил қарама-қарши томонга сурилиб жағ-тил тарнови кўрилади. Тил ости бурмасида шиллиқ қават қизарган, шишган ва силлиқлашган. Бу соҳада тўқималар ўткирр оғриқли, инфильтранган, флюктуация аниқланади.

Тил ости соҳаси флегмонаси кўпинча бир томонлама бўлади, алоҳида bemорларда – икки томонлама. Тил ости соҳаси бир томонлама флегмонасида bemорлар ўз-ўзидан ҳосил бўлувчи оғриқларга, ютинганда ва тил харакатидаги оғриқларга, оғиз очилиши чегараланишига шикоят қиласиди. Ташқаридан текширганда даҳан ости соҳасида шиш аниқланади, пастки жағ ости учбурчаги олдинги бўлимида коллатерал шиш аниқланади. Шу билан бирга яллиғланиш экссудати босимидан оғиз диафрагмаси пастга силжиши кузатилади. Тил ости соҳаси икки томонлама флегмонаси дхан ости ва икки томонлама пастки жағ ости учбурчаги соҳаларида шиш аниқланади. Тери ранги одатий тусда бурмага йиғилади. Лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли. Йирингли ўчоқни чукур жойлашувида пастки жағ ости учбурчаги ва даҳан ости соҳалари флюктуация аниқланмайди.

Яллиғланиш белгиларини тил ости соҳаси олдинги бўлиmlари чегарасида тарқалишидан оғиз очилиш ибир оз чегараланган бўлади. Тарқалган флегмонада қанотсимон мушаклар контрактураси янада яққол намоён бўлган.

Оғиз бўшлиғида шиш натижасида тил ости бурмаси кўтарилади, тилни бир томонлама соҳасида шиш ҳосил бўлади ва катталашади. Тил зааралланмаган томонга силжиган бўлади.

Тил ости соҳаси икки томонлама зааралланганда оғиз бўшлиғи тил ости бурмаси инфильтрланади, силлиқланган ёки олдинги тишлар кесув юзаси даражасигача кўтариленган бўлади. Тил ости бурмалари шиллик қвати юзаси фиброз караш билан қопланган. Тил сезиларли катталашган, танглайга кўтариленган, баъзида оғизга сифмайди ва бемор оғизни яримочиқ холатда тутади. Ютинишда, гапиришда, тил харакатида ўткир оғриқ бўлади.

Тил ости соҳаси олдинги бўлими абсцессида оғиз бўшлиғи альвеоляр ўсиқни тил томон харакатсиз шиллик қаватида 1,5-2 см ли кесма ўтказилади. Сўнгра ўтмас йўл билан шишган тил ости бурмасига ўтилади хамда йиғилиб турган экссудат чиқариб юборилади. Бу бўшлиқда жағ ост сўлак бези чиқарув йўли ва чиқарув тешиги жойлашади. Тўқималар ўтмас йўл билан ажратилганда буларни жарохатлашдан эҳтиёт бўлинг. Жағ-тил тарнови абсцессида кесма тўқималарни кўпроқ шишган соҳасида ўтказилади. Тил нерви, хамда уни яқинида жойлашган тил артерияси ва венасини жарохатламаслик учун скальпел ўткир қирраси альвеоляр ўсиқ томонга қаратилади. Шиллик қават кесилганда йиринг чиқмаса ўтмас йўл билан тўқималар ажратилади ва чукурроқ кирилади. Шу йўл билан йирингли ўчоқ очилади.

Флегмона оғиз бўшлиғи альвеоляр ўсиқ тил томондан шиллик қаватда 4-5 см ли кесма қилиниб очилади хамда ўтмас йўл билан йиинг йиғилиши мумкин бўлган соҳага ўтилади. Икки томонлама флегмонада икки томондан аналогик равишда кесма ўтказилади, алоҳида холатларда эса пастки жағ ост учбурчаги соҳасида кесма ўтказилади ва жағ-тил ости суюги мушагига етганда, уни кесиб ўтилади. Яллиғланиш ўчоғини очишда оғиз ичи ва ташқари усувларни биргаликда олиб бориш яхши натижка беради.

Жағ-тил тарнови соҳаси яллиғланиш жараёнларини тил ости, пастки жағ ости учбурчаги соҳаларига хамда бошқа тўқималарга тарқалишида оғиз бўшлиғи туби флегмонаси ривожланади.

**Оғиз бўшлиғи туби соҳалари флегмонаси.** Тарқалган йирингли зараланишни ўзида намоён қиласи, бунда турли муносабатларда тил ости, пастки жағ ости соҳалари, даҳан ости учбурчаги, шу билан бирга жағ-тил ости суюги мушаги – оғиз диафрагмаси дан юқори ёки пастда жойлашган икки ва ундан ортиқ бўшлиқлар зараланади. Флегмона бир холатда тил ости ёки тил ости ва пастки жағ ости соҳаларидан, бошқа холатда пастки жағ ости, даҳан ости учбурчаги, оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва тил илдизи соҳаларидан яллиғланиш инфекциясини тарқалиши натижасида ривожланади. [Шаргородский А.Г., 1985, 1994; Губин М.А., 1996; Робустова Т.Г., 1996; Hanensten H., 1979; Howald H., Kessler P., 1992; Peterson L., 1993].

«Оғиз бўшлиғи туби» - тўпланган тушунча бўлиб жағ-тил ости суюги мушаги устки ва ости бўшлиқларини ўз ичига олади. Оғиз бўшлиғи туби чегаралари: юқоридан – оғиз бўшлиғи шиллик қавати, пастдан – ўнг ва чап даҳан ости ва пастки жағ ости учбурчаклари териси, орқадан – тил илдизи ва бигизсимон мушакларга бириккан мушаклар, олдинги-ташқари – пастки жағ танси ички юзаси. Оғиз бўшлиғи туби икки қаватга бўлинади: юқорги, жағ-тил ости суюги мушаги устида жойлашади ва пастки, шу мушак остида жойлашади. В.Г. Смирнова (1985) ва О.Ю. Шалаева (1990) маълумотларига биноан оғиз бўшлиғи туби топографияси калла суюги шу билан бирга пастки жағ тузулишига боғлиқ. Пастки жағни тор ва узун бўлишида томир ва нервлар, клетчаткани кўпроқ тўпангани пастки жағга нисбатан тил ости суюги юқори қирғоғига яқин жойлашади. Пастки жағни кенг ва қисқа бўлишида томирлар

шохланган бўлади, улардан кўп миқдорда майда шохлар ажралади ва улар билан бирга кўпроқ клечатка тўплами пастки жағ асосига яқин жойлашади. Бу холат қўшни соҳаларга бўйинни ён ва олдинги бўлимларига, қон томир-нерв тутамлари клетчаткалари, шу билан бирга кўкрак бўшлиғи олдинги ва орқа бўлимларига инфекцияни тарқалишига имкон яратади.

Клиник кўриниши бўшлиқларни турли уйғунликда қўшилган йирингли жараёнларни белгилари билан характерланади.

Оғиз бўшлиғи туби флегмонасида беморлар интенсив оғриқларга, ютина олмаслигига, оғизочилиши чегараланишига, нафас олиш ва гапириш қийинлашганига шикоят қиласидилар. Юзи “кўпчиб турган юз” бўлади. Пастки жағ ости ва даҳан ости учбурчакларида икки томонлама зич тарқалган инфильтрат аниқланади. Инфильтрация натижасида тил хажми катталашган, танглайга кўтарилиган, кўпинча қуруқ ва кир-жигарранг караш билан қопланган. Ютиниш оғриқли; беморлар сўлагини юта олмайди натижада яrim очиқ холатдаги оғиздан оқади. Тил харакатида ўтқир оғриқ бўлади. Тил соти бурмалари инфильтрланган бъязида тиш тожидан юқори даражада шишган бўлади. Попуксимон бурмалар шишган ва кўпинча фиброз караш билан қопланган, тиш тожи излари кўринади.

Жағ-тил ости суяги мушаги устки ва остки соҳаларни турли уйғунликда заарланишига қараб жағ ости ва даҳан ости учбурчакларида тери томондан кесма ўтказилади. Бутун бўшлиқ бўйлаб ўтилади ва дренажланади. Кўрсатилган соҳаларидаги кесмадан ташқари ёқасимон кесма ўтказиш хам самарали хисобланади. Яллиғланиш жараёнига тил ости соҳаси хам қўшилган холатда оғиз ичидан пастки жағ алвеоляр ўсиқ тил томони тил ости бурмалари бўйлаб кесма ўтказилади.

Оғиз бўшлиғи туби флегмонасида яллиғланиш жараёни қанотсимон-пастки жағ ва ютқин ёни бўшлиқлари ва бошқа, бўйинни олдинги ва ён соҳаларига тарқалиши мумкин. Жараён қон томир-нерв қини, қон томир-нерв тутаминива кўкрак бўшлиғини қамраб олиши хам мумкин.

Агар яллиғланиш жараёни оғиз бўшлиғи ъубига киравчи соҳаларни барчасини қамраб олган бўлса оғиз бўшлиғи туби флегмонаси кечиши ўзига хос кўринишга эга бўлади. 70% дан ортиқ холатларда бу жараён ривожланишида анаэроб микроблар қатнашади, шу билан бирга носпророген анаэроблар қатнашади деб хисоблайдилар. Касаллик тўқималарни гангреноз ва йирингли гангреноз яллиғланиши билан кечади. Кейинчалик уларни некрози кузатилади. Бу жараённи Людвиг ангинаси деб аташ қабул қилинган. [Евдокимов А.И., 1964; Соловьев М.М., 1985; Patterson H. et al., 1982; Pape H, et al., 1990].

Людвиг, R. Hought ва биргаликдаги муаллифлар (1980) йирингли-некротик флегмонаси бор касалларларни кузативи натижалари ва 1945-1979 йй. Адабиётлар маълумотлари тахлилига асосланиб, жараён кечишини ўзига хос хусуситини хисобга олган холда шу номни қолдириш зарурлиги ҳақида хulosага келдилар. Бу аралаш инфекцияда анаэроб микрофлорани устунлигига боғлиқдир. Кўпчилик холларда жараён юз ва бўйинни клетчатка бўшлиқларини ўз ичига қамраб олган бўлади. Аммо H. Axhansen (1928), M. Wassmund (1935), кейинроқ эса C. Holland (1975), D. Laskin (1980), J. Sowray (1985), R. Topazian и M. Goldberg (1987), E. Machtens (1993), L. Peterson (1994) лар Людвиг ангинасини флегманоз жараённи ўзига хос шакли сифатида ажратиш учун асос топмадилар.

Типик белгилардан ташқари, бўғилиш, интоксикация (иситмалаш, уйқусизлик, таъсирланиш, кўпинча алаҳисираш) белгилари намоён бўлади. Бемор мажбурий ўтирган ёки яrim ётган холатда бошини қимирлатишдан

беркитиб эгкан холатда бўлади. Юзи оқрган ва кўпинча сарғимтири рангда бўлади.

Пастки жағ ости ва даҳан ости соҳаларида икки томонлама жойлашган зич ва оғрикли инфильтрат юқорига қулоқ олди лунж соҳаларига, пастга бўйин соҳаларига тарқалади. Тери остидаги тўқималар билан уланиб кетган бўлади. Биринчи кунларда тери ранги ўзгармайди. Кейинчалик қизил рангга киради. Баъзида кўкимтири-тўқизил дод ёки пуфакчалар кўринади. Пайпаслагандан чиз инфильтрат аниқланади, флюктуация белгиси аниқланмайди, лекин крепитация кузатилади.

Беморда оғиз ярим очиқ холатда бўлиб, қуюқ, ёпишқоқ сўлак оқиб туради. Оғиз очилиши чегаралангандан ўткир оғрикли. Озуқа қабул қилиш қийинлашган, нутқи мужмалдир.

Тил ости бурмалари шиллиқ қавати кўтарилигандан, болиш кўринишида шишган бўлиб, тиш тожидан хам кўтарилигандан холатдадир. Унинг юзасида фибриноз караш кўринади. Тил танглайга кўтарилигандан, силлиқлангандан оғиздан чирикли хид келади. Оғиз бўшлиғи туби тўқималаридан яллиғланиш жараёни қанотсимон пастки жағ ва ютқин ёни бўшлиқларига, бўйинни олдинги ва ён схаларига тарқалади. Нафас олиш қийинлашгандан ва операциядан олдинги тайёргарликдан кейин юқори нафас йўллари ўтказувчанлиги бузилиши хавфи бўлганда трахеостом кўйиш зарурдир. Зааррангандан клетчатка бўшлиқлари (пастки жағ ости, даҳан ости, тил ости, тилни даҳан-тил мушаклари орасидаги оралиқ, шунингдек жараёнга қўшилигандан ютқин ёни ва қанотсимон пастки жағ бўшлиқлари) ташқаридан кесмалар ўтказилиб кенг очилади. Оператив йўлни танлашдан олдин юз тузилиши типини ва бевосита пастки жағ тузилишни хисобга олиш керак. Тор юзли bemorларда оператив йўл даҳан ости соҳасидан, тарқалган жараёнда кесишмайдиган уч чизикли кесма ўтказилиши мақсадга мувофиқдир. Икки қоринчали мушак олдинги қоринчаларини кесмаса хам бўлади, лекин чуқур жойлашган тўқималарга йўл очиш учун кесма узунроқ бўлиши керак. Кенг юзли bemorларда икки қоринчали мушак олдинги қоринчаларини кесиш билан ўтказиладиган ёқасимон кесма қилиш тавсия қилинади. Оғиз бўшлиғи юқори қаватига кириш зарурати бўлганда қон кетишни олдини олиш учун пастки жағ-тил ости мушаги ўрта чизик бўйича кесилади.

Пастки жағ киррасидан пастида ёқасимон ёки ёйсимон кесма ўтказилиши ва жағ-тил ости мушагини кесиш йўли билан барча зааррангандан соҳаларни кенг кесиб очиш мақсадга мувофиқдир. тўқималарда характерли ўзгаришлар кузатилади. Клетчатка кулранг-яшил, тўқ қўнгир ёки қора рангларда бўлади. Йириング йўқ, тўқималардан хира қонли ёки жигарранг-кулранг ёмон хидли суюқлик ажралади. Баъзида газ пуфакчалари билан ажралади. Некрозлангандан тўқима, клетчатка ва мушаклар олиб ташланади.

Операциядан кейин касалликни қоникарли кечиши тана ҳароратини пасайиши ва умумий ахволни яхшиланиши билан характерланади. Операцион ярадан йириング ажрала бошлайди, операция вақтида олинмаган ўлган тўқималар ажралади ва секин-аста грануляцион тўқималар пайдо бўлади. Кейинчалик арани битиши одатда асоратсиз кечади. Баъзи холларда, айниқса йирингли-некротик флегмонада яллиғланиш жараёнини юз ва бўйинни қўшни соҳаларига тарқалиши ва авжланиши кузатилади (медиастенит ривожланиши ёки инфекцияни кирувчи йўллар билан тарқалиши). Яллиғланиш касаллиги сепсис, bemor хаёти учун хавфли бўлган септик шок ва ўткир нафас етишмовчилиги билан асоратланиши мумкин.

**Жағ орти соҳаси (жағ орти чуқурчаси) флегмонаси.** Жағ орти соҳаси йирингли жараёни бўлиб, инфекцияни қанотсимон-пастки жағ ва ютқин ёни, камроқ эса – қулоқ олди чайнов соҳаси ва пастки жағ ости учбурчаги, шунингдек қулоқ олди сўлак безларидан юқиши натижасида иккиламчи ривожланади.

Жағ орти соҳаси чегаралари: юқоридан – чакка суяги қимси, ташқи эшитув йўлини пастки девори, чакка-пастки жағ бўғими капсуласи, пастдан – бегизтил ости мушаги ва икки қоринли мушак окра қоринчаси, олдиндан – патки жағ ўсиғи орқа қирғоғи ва ички қанотсимон мушак, орқадан – чакка суяги пирамидаси сўрғичсимон ўсиғи, бегиссимон ўчиқдан чиқувчи мушакларлар ва тўш ўмров-сўрғичсимон мушак, ичкаридан – чакка мушаги бегиссимон ўсиғи ва унга бирикувчи мушаклар, ташқаридан – чайнов фасцияси. Жағ орти соҳасида қулоқ олди сўлак бези дистал-пастки бўлими жойлашади. Бу ерда яна фасциал капсула жойлашади, унда ташқи уйқу артерияси ўтиб чаккани юза ва юқори жағ артериялари тармоқлари ажралади. Шунингдек қулоқчакка нерви хам шу капсулададан ўтади. Жағ орти соҳаси ютқин ёни ва қанотсимон пастки жағ бўшликлари билан боғланади.

Жағ орти соҳаси абсцесс ва флегмоналари фарқланади.

Жағ орти соҳаси яллиғланиш жараёни ўз-ўзидан хосил бўлувчи оғриқларни кучайиши билан характерланади. Бу айниқса бошни қайилтирганда кузатилади. Оғиз очилиши чегараланиши кучайиб боради. Ташқаридан текширганда ва пастки жағ орти соҳаси пайпасланганда оғриқли зич шиш аниқланади, четлари силлиқлашган. Шу соҳада тери остидаги тўқималар билан жипслашган. Бурмага йиғилмайди. Ранги ёрқин қизил рангда. Қулоқ солинчоғи кўтаришган. Эшитув йўлида ёқимсиз сезги ва заараланган томонда эшитиш қобилиятини пасайғанлиги кузатилади. Оғиз очилишини чегараланиши кучаяди, одатда III даражали яллиғланиш контрактураси кузатилади. Бошқа соҳалардаги яллиғланиш белгилари билан биргалиқда келишида касаллик тарқалган флегмона характеристига эга бўлади.

Жағ орти соҳаси абсцесс ва флегмонасини даволашда тўш-ўмров-сўрғичсимон мушак олдинги қирғоғига параллел равища пастки жағ шохининг орқа қирғоғидан бир оз масофа қолдириб 3-4 см ли кесма ўтказилади. Тери, тери ости ёғ қавати ва фасциялар кесилади, қулоқ олди сўлак безини ичкари ва ташқарисидан тўқималар ажратилади. Ўтмас йўл билан жағ орти чуқурчаси асосига ўтилади. Операция давомида қулоқ олди сўлак бези ва юз нерви устунини жароҳатлаб қўйиш мумкинлигини хисобга олиш зарур.

Жағ орти соҳасидан яллиғланиш жараёни атрофдаги тўқималарга, шунингдек пастга бўйин соҳасига тарқалиши мумкин.

### **Тил абсцесс ва флегмоналари**

Тилни йирингли яллиғланиш касаллиги одонтоген, стоматоген ёки тонзиллоген табиатли бўлиши мумкин. Тил илдизи мушаклараро ораликлари одонтоген абсцесс ва флегмоналари йирингли жараённи пастки олдинги тишлар соҳасидан тарқалиши натижасида юзага келади. Тил бели ва танаси абсцеслари бир бор ёки қайта равища шиллиқ қаватни тишлашдан, балиқ сугини, стомтаологик асбобларни, тиш ўткир қирраларини, тиш протезларини ва б. жароҳатлаши, шунингдек стоматит натижасида юзага келади. Баъзи холларда тилдаги яллиғланиш жараёни ўткир тонзиллит фонида ривожланади. Инфекцияни тил ости. камроқ даҳан ости соҳаларидан тарқалиши йирингли жараёнга олиб келади.

Тил мушакли аъзо хисобланади. Тил бели ва танаси соҳаларида мушак тутамлари узунасига, кўндаланг ва вертикаль йўналишларда кесишиади. Улар орасида сезиларли биритириувчи тўқимали тўсиқлар йўқ. Тил илдизи соҳасида ўнг ва чап томонлама дахан-тил, тил ости суги-тил ва бигизсимон тил мушаклари орасида сийрак клетчатка жойлашади. тил илдизи соҳасида бошқа ёриксимон ораликлар жойлашади. Улар юқорида кўрсатилганлардан ташқарида симметрик равишда жойлашиб, клетчатка қаватларига эгадир. Ичкаридан улар дахан-тил, ташқаридан эса – тил ости суюги-тил мушаклари билан чегараланган. Ўнг ва чап томонлама сийрак клетчатка олалиғидаги мушаклар аро ёрикларда тил артериялари ўтади. Бу ерда яна катта бўлмаган лимфа тугунлари жойлашади.

Тил белчаси, танаси ва уни чуқур соҳаси – тил илдизи абсцесслари ҳамда тил флегмонаси фарқланади.

Тил белчаси ва танаси абсцесси уни ўнг ёки чап яримида, марказида, ҳамда тил белчаси соҳаси ўрта қисмида жойлашади. Беморлар тил соҳасидаги оғриққа ва оғриқни қулоқ соҳасига тарқалишига шикоят қиласидилар. тил харакати чегараланган ва оғрикли, нутқ қийинлашган, ютиниш оғрикли. Ташқи томондан ўзгаришлар бўлмайди. Даҳан ости ва жағ ости учбурчалари соҳаларидан бирининг одинги бўлимида катталашган, оғрикли лимфа тугунлари пальпацияланади. Оғиз очилиши эркин. Тил ён соҳаси зич инфильтрацияси, ўтқир оғриши натижасида тил ярмини шиши кузатилади. Шиллик қават юзаси ёрқин-қизил ранг билан қопланган. Алоҳида bemorларда яллиғланиш шиши тил пастки юзасига ва тил ости бурмасига тарқалади. Тил кенглигига тарқалган инфильтарт орасида оғрикли соҳани аниқлаш мумкин. Кечки босқичларда – ўчоқ юмшаган ва флюктуация аниқланади. Баъзида йирингли ўчоқни ўз-ўзидан ёриқ чиқиши аниқланади. Бундан кейин яллиғланиш белгилари сўнади. Баъзи холатларда жараён тилни иккинчи ярмини эгаллаши мумкин.

Тил илдизи абсцесси жағ-тил ости мушаги устида тилни жуфт мушаклари орасидаги биритириувчи тўқимали қаватларда ривожланади. Абсцесс марказий чизиққа нисбатан четроқдаги соҳада мушаклар оралиғида, тил артерияси атрофида ривожланади. Тил илдизи абсцесси бор bemorлар тилдаги ўтқир оғриқ ва ютинишни иложи бўлмаслигига шикоят қиласидилар. Одатда даҳан ости соҳаси ўрта бўлимларида сезиларли намоён бўлмаган шиш аниқланади. Бу соҳада тери ранги ўзгармаган. Бурмага онсон йиғилади. Марказий чизиқ бўйлаб оғриқ сезилади. Оғиз очилиши эркин, аммо оғрикли. тил бир маромда шишиган ва зич, марказий чизиқ бўйлаб оғриқ кузатилади. Тил харакати чегараланган, шу сабабли нутқ тушунарсиз.

Тил илдизи флегмонаси яллиғланиш жараёнини тил илдизи мушаклари оласидаги клетчатка қаватларига тарқалиши билан характерланади. Буда пастга – жағ-тил ости суюги мушаги ва юқорига – ил мушаклари кесишмаларигача соҳаларга тарқалади. Тилда янада интенсив оғриклар кузатилади. Оғриқ қулоққа тарқалади. Ютинишда ўтқир оғриқ бўлади. Нутқ тушунарсиз, Нафас олиш қийинлашган. Яллиғланиш шиши даҳан ости учбурчагидан жағ ости соҳаси олдинги бўлимларига тарқалади. Регионар лимфа тугунлари катталашган, оғрикли, бир бири билан бирлашган. Даҳан ости соҳасини чуқур қисмида тарқалган оғрикли инфильтрат анқланади.

Оғиз очилиши чегараланган. Чайнов мушакларини яллиғланиш контрактураси кузатилади. Тил сезиларли даражада катталашган, харакати чегараланган ва ўтқир оғрикли. Кўпинча оғиз бўшлиғига сифмай қолади. Тил катталашиб олдиндан ва ён томонлардан тиши қаторидан чиқиб кетади ва bemorni оғзини ярим очиқ холатда туришига мажбур этади. Тил оқимтир

караш билан қолланған, чирикли хид келади. Ютиниш қийинлашган, баъзида ютина олмайды. Баъзи холатларда шишни хиқилдоқ ости ва чўмичсимон – хиқилдоқ усти бурмаларига тарқалиши натижасида нафас олиш қийинлашади ва овоз хириллаши кузатилади.

Тил белчаси ва танаси абсцесси оператив аралашувида тил қирғоғи ёки тил белчаси бўйлаб юшаган ёки оғриқли соҳадан узунасига кесма ўтказилади. Шиллик қават кесилгандан сўнг ўтмас йўл билан мушак тутамлари ажратилади ва йирингли ўчоққа ўтилади.

Тил илдизи абсцесс ва флегмонасида даҳан ости учбурчаги соҳасида марказий чизиқ бўйлаб 4 см ли кесма ўтказилади. Яра қирғоқлари кенгайтирилиб чоки бўйлаб жағ-тил ости суяги мушаги ажратилади. Агар бу соҳада йиринг бўлмаса, ўтмас йўл билан юқорига даҳан-тил ости суяги ва даҳан-тил мушаклари орасига ёки латерал ҳамда орқа – даҳан-тил ва тил ости суяги-тил мушаклари орасига ўтилади. Бу ерда экссудат йифилганлиги аниқланади. Эстетик нуқтаи назардан пастки жағ пастки қирғоғига параллел равишда ва тил ости сугига нисбатан ёйсимон кесма ўтказилади. Тери, тери ости ёғ қавати, икки қоринли мушак олдинги қоринчаси ва жағ-тил ости суяги мушаги чоки кесилади, кейин эса ўтмас йўл билан тил илдизи мушакларо оралиқларга ўтилади.

Тил белчаси ва танаси соҳаларидан йирингли яллиғланиш жараёни бошқа соҳаларга, тил ости соҳаларига, оғиз бўшлиғи туби тўқималарига, қанотсимон-жағ ва ютқин ёни бўшлиқлария хатто бўйин соҳаларига тушиб тарқалиши мумкин. Тил илдизи, ютқин ёни ва оғиз бўшлиғи туби заарланиши нафас йўлларини стенози ва асфиксиясига олиб келиши, хатто бемор хаёти учун хавфли бўлиши мумкин.

### **Юз жағ ва бўйин соҳаси абсцесс ва флегмоналарини ташхислаш.**

Абсцесс ва флегмоналарни ташхислаш умумий симптомларга, яллиғланиш реакциясини баҳолашга (нормергик, гиперергик, гипергик) ва жараённи локализацияси ва тарқалганлигига асосланиб ўтказилади. Беморни ёши, иммун етишмовчиликни хосил қилувчи ва касалликни умумий тасвирини намоён қилувчи умумий касалликлар мавжудлиги, маҳаллий симптоматика, шунингдек йирингли жараённи тарқалганлиги хисобга олинади.

Чақиравчи микроорганизмлар турини аниқлаш учун микробиологик ташхислашни ўтказиш мухимdir. Уларни таркиби, концентрация даражаси ва антибактериал доривор воситаларига сезигирлиги аниқланади. Лекин анаъанавий усул 2-7 кунларда натижа олиш имкониятини беради. Тезкор усул – кассетали микроусул ва ярим суюқликда бўлиши микробиологик ташхисни тасдиқлаш имконини беради, буни маҳсус клиникаларда ўтказилиши янада самарали хисобланади. Аэроб ва факультатив анаэроблар антибиоткограммаси 6-12 соатда, бошқа анаэроблар учун 1-3 кунда аниқланади [Царев В.Н., 1993]. Асосан флегмоналарда, камроқ холларда эса абсцессларда облигат ва факультатив анаэробларни аниқланиши бу йирингли жараёнлардаги замонавий микрорционоз тасвирни характерлайди. Тарқалган йирингли жараён – флегмонада облигат анаэроб ва микроаэрофил стрептококкларни ошиши характерлидир. Шунингдек микроорганизмларни вирулентлик хусусиятларини юқорилиги кузатилади. Сўнги холатлардаги оқ стафилококларда токсик шок эндотоксини хосил бўлиши аниқланди [Харитонов Ю.М., 1999].

Касалликка ташхис қўйиш ва прогнозини айтиб бериш учун қон ҳамда сийдик таҳлили катта аҳамиятга эгадир. Уларни кўрсаткичлари турлилиги билан фарқланади. Генограммада оқ қонни миқдорий ва сифат таркиби ҳамда ЭЧТ ни аниқлаш катта аҳамиятга эга. Сийдик таҳлилида – оқсил, қон

хужайраларини ва буйрак эпителийси дегенератив хужайралари мавжудлиги аниқланади. Айниңса атипик, ўткир ости кечувчи абсцессларда, умумий намоён бўлмаган ва маҳаллий клиник кўриниши яққол намоён бўлувчи флегмоналарда, шунингдек тарқалган флегмоналарда ҳамда уларни асоратлари ривожланишида қимматли аҳамиятга эгадир.

Жағ атрофи юмшоқ тўқималари йирингли яллиғланиш касалликларини ташхислашда организм реактивлигини кўрсаткичлари муҳим аҳамиятга эгадир. Булар орасида интоксикацияни лейкоцитар индекси (ИЛИ), иммунологик кўрсаткичлар, қонни биохимик текширув натижалари (оксил, фермент, электролит алмашинув ва бошқалар) янада информатив аҳамиятга эгадир. Бу маълумотларни тўплаш организм химоя реакциясини ва интоксикая даражасини тўғри баҳолаш имконини беради.

Комплекс текширувда рентгенологик таҳлил ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Бу таҳлил инфекцияни одонтоген манбасини, остеофлегмонадан юмшоқ тўқималардаги йирингли жараёнларни қиёсий ташхислашни, касалликни узоқ давом этишида эса иккиласми кортикал остеомиелитни аниқлаш имконини беради.

### **Юз ва бўйин соҳалари абсцесс ва флегмоналарини даволаш.**

Абсцесс ва флегмоналарни даволаш комплекс тарзда ўтказилиши зарур. Бунда хирургик усул асосий хисобланади. Қоида бўйича абсцесс кузатилган беморларни даволаш амбулатор шароитда ўтказилади. Флегмонада эса, шунингдек чайнов мушаги, қанотсимон-пастки жағ бўшлиғи, чакка ости чуқурчаси, чакка соҳалари абсцесслари билан биргаликда ёндош касалликлари бор беморлар ҳамда катта ёшдаги беморлар гурухи стационар шароитида даволанади.

Хирургик даволашда яллиғланиш жараён босқичини, патологик ўзгаришлар давомийлигини ва уларни хусусиятларини, организм индивидуал хусусиятларини, шунингдек микроорганизм флорасини антибактериал дори воситаларига сезигирлигини хисобга олиш зарур.

Хирургик даволаш шиш ва серроз инфильтрация босқичидаги яллиғланган тўқималар соҳасини чегаралашга қаратилган бўлиши керак. Бунда яллиғланиш инфильтрати кесиб очилади, тўқималардаги зўриқиши камайтирилади ва чиқариш йўли ҳосил қилинади. Шунингдек блокада ўтказилади (атроф тўқималарга антибиотиклар, фермент ва бошқа дори воситалари билан 0,25-0,5% анестетик эритмасини юбориш). Бир вақтнинг ўзида консерватив усуллар ёрдамида тишдан экссудатни чиқиб кетувчи йўли ҳосил қилинади ёки кўрсатма бўйича тиш суғурилади. Лекин бошқа нуқтаи назар ҳам борки, бунда флегмоноз жараённи бошланғич давларида консерватив даво тавсия этилади. [Рогинский В.В., Катанова Н.И, 1989].

Тўқималарни йирингли ва некротик емирилишида йирингли ярада бирламчи хирургик ишлов ўтказилади (йирингли ўчоқни очиш, некротомия), экссудат чиқиши учун кенг йўл очилади, ярага дори воситалари таъсири ўтказилади. Йирингли ўчоқдан чиқарув йўлини ҳосил қилиш учун турли дренажлаш, маҳаллий диализ, экссудатни узлукли ёки доимий сўрилиши, ярани ювиш, қайта боғлам ўтказиш усуллари ўтказилади.

Тарқалган, айниңса йирингли-некротик флегмоналарда йирингли ўчоқни бирламчи ишлови актив неротомия билан олиб борилади.

Флегмана ва абсцессларда умумий патогенетик давода зарур:

10. инфекция билан курашиш;
11. организмни умумқувватловчи иммунобиологик таркибни ошириш;

## **12. орган ва тизимларни вазифаларини коррекцияси.**

Абсцесс ва флегмоналарни даволаш схемасини тузиши организмни функционал холатига ва яллиғланиш реакцияси характерига (нормергик, гиперергик, гипергик), маҳаллий хусусиятларга, яллиғланиш ўчоқ ёки ўчоқлар локализациясига асосланади. Асосий эътиборни бирламчи ва иккиламчи иммунодефицит касалликлар ва холатларда инфекцияга қарши организмни химоя реакцияси коррекциясига қаратиш зарурдир.

Хирургик аралашувни етарли ўтказилиши, инфекцион-яллиғланиш ўчоқларидан экссудатни чиқиши учун яхши чиқарув йўли таъминланиши, мақсадга мувофиқ ўтказилган дори воситалари таъсири ярани тозаланишига шароит яратади. Ярадан йиринг оқиши ва некротик тўқималардан тозаланиши тугагандан сўнг абсцессларда 3-5 чи кунида, флегмонада 5-6 чи кунида бирламчи кечикирилган чоклар қўйилади. Юз ва бўйин тарқалган флегмоналарида иккиламчи чоклар 7-8 кундан 10-14 кунигача қўйилади. Кечки муддатларда эса жағ атрофи флегмоналари асоратлари ривожланган (инфекцияни тарқалишини авжланишида, кортикал иккиламчи остеомиелит ревожланиши) ёндош касалликлари бор bemорларда ва катта ёшдаги bemорлар гурухидаги иккиламчи чоклар қўйилади.

Бирламчи кечикирилган ёки иккиламчи чоклар маҳаллий инфильтрацион оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Тўқималарда ишлов ўтказилиб, қолдиқ грануляциялар олиб ташлангандан кейин яра четларида чоклар ёрдамида яқинлаштирилади. Бунда антибактериал полимиид хирургик толалардан фойдаланган маъқулдир. Чоклар 0,6-1,0 см орлаб қўйилади. Бирламчи кечикирилган чокларни қўйишда ярада диализацион сўрувчи найда ёки перчатка резинасидан дренаж қолдирилади. Яллиғланиш белгилари регрессиясига боғлиқ равишда резина дренаж 2-3 кунда олинади. Экссудатни диализи ва сўрилиши 3-4 кунда тўхтатилади. Чоклар 7-8 кунда олинади. Операциядан кейинги даврда умумқувватловчи, стимулловчи, иммуномодулировчи даволар, даволаш жисмоний машқлар усуслари ўтказилиши давом эттирилади.

**Прогноз.** Юз-жағ ва бўйин соҳалари флегмоналарини тўғри вазамонавий даволашда прогноз қониқарли бўлади. Асоратларни ривожланиши (медиастенит, мия ичи йирингли жараёнлари, сепсис) касалликни оғир даражадаги прогнози хисобланади ва баъзида летал асоратга олиб келади.

Жағлар атрофи абсцесс ва флегмоналарини профилактикаси бошқа одонтоген яллиғланиш касалликларидаги принципларга хамда организмни инфекцияга қарши химоя реакцияларига асосланган.

## **ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИНИ ОДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛANIШИ (ГАЙМОРИТ).**

Юқори жағ бўшлиғи одонтоген яллиғланиши шиллиқ қават касаллигини намоён қиласи. Инфекция манбаи одонтоген яллиғланиш ўчоқлари хисобланади, шунинг учун юқори жағ юўшлиғи синусити одонтоген хисобланади.

**Этиология.** Юқори жағ бўшлиғи яллиғланишини ўткир ва сурункали периодонтитни ўткирлашувида қатнашувчи хамда бошқа одонтоген ўчоқларда жойлашган оғиз бўшлиғини одатдаги микрофлораси чақиради.

**Патогенез.** Инфекция манбаи бўлиб кўпроқ юкориги биринчи, иккинчи катта озиқ, иккинчи кичик озиқ тишлардаги ўткир ёки сурункали периодонтитни ўткирлашуви хисобланади. Шунингдек радикуляр кистани йиринглаши, юқори жағ остеомиелити, ретенирланган тишлар – қозиқ, кичик

озиқ тишлар соҳасидаги яллиғланиш жараёни инфекция манбай бўлиб хисобланади. Кўп холларда юқори жағ бўшлиғи яллиғланиш жараёни травматик тиш олиш билан боғлиқ. Бундай холатларда альвеола, юқори жағ бўшлиғи туви деворлари жарохатланади. Кюретаж вақтида тиш илдизи ёки илдиз учи грануляцион ўсимталарапни итарилиши кузатилади. Юқори жағдаги кичик ва катта озиқ тишлари илдизларини юқори жағ бўшлиғига яқин жойлашуви тишлар илдизи чўққисидан гангреноз емирилган тўқималарни, пломбалаш материалини бўшлиққа итарилишига олиб келади, шунингдек бундай холат юқори жағ бўшлиғи яллиғланишига олиб келади.

Юқори жағ бўшлиғи одонтоген яллиғланиш жараёни ривожланиши унинг анатомик тузилишига катта аҳамиятга эгадир. Кўпинча тиш илдизларини юқори жағ бўшлиғи тубига яқин жойлашуви кузатилиб, бунда уларни юпқа суяқ тўқимаси қавати ажратиб туради ёки улар юқори жағ бўшлиғи шиллик қаватига бевосита тегиб туриши аниқланади. Санаб ўтилган сабаблардан ташқари юқори жағ бўшлиғи яллиғланишини патогенезида организм химоя реакцияларини холати катта аҳамиятга эга бўлиб, яллиғланиш характеристини ифодалайди.

**Патологик анатомияси.** Юқори жағ бўшлиғи одонтоген яллиғланиши ўткир, ўткир ости ва сурункали кечиши мумкин. Яллиғланишни сурункали шакли баъзидаги ўткирлашув билан кечади. Юқори жағ бўшлиғи яллиғланишида шилиқ қават микроакопик ўзгариши турли кўринишда бўлади.

Юқори жағ бўшлиғидаги морфологик ўзгаришлар кўп холларда яллиғланиш патогенезига боғлиқдир. Юқори жағ бўшлиғи тубига инфекцияни ва ёд танаачаларни периапекал ўчоқлардан ўтишида юқори жағ бўшлиғи шиллик қаватидаги ўзгаришлар чегараланган соҳада бўлади. Касалликни остеомиелит, радикуляр кистани йиринглаши натижасида юзага келишида жараён юқори жағ бўшлиғи шиллик қавати барча соҳаларига тарқалади.

**Ўткир гайморитда** юқори жағ бўшлиғи шиллик қаватида шиш, гиперемия кузатилади. Бунда шиллик қават кенгайиб бўшлиқ хажми кичраяди ва кўпинча бурун бўшлиғи ёриғи тораяди. Бошида шиллик қаватда катарал яллиғланиш намоён бўлади, кейинчалик эса баъзи соҳаларда эпителий қоплами лимфоцитлар ва полинуклеарлар билан сингган. Шиллик ости қавати шишган, томирлари кенгайган, улар атрофида инфильтратлар ва ўчоқли қон қуйилишлар аниқланади. Алоҳида соҳалардаги шиллик ости қаватида турли қалинликдаги ёрқлар аниқланади (псевдокисталар). Шиллик қават безлари катталашган, улардан бўшлиқни тўлдирувчи секрет ажралади. Шиллик қаватда яллиғлаш жараёни янада яққол намоён бўлганда (гиперемия ва шиш кучайганда) Катарал яллиғланиш 2-3 кундан кейин йирингли яллиғланишга алмашинади. Полиморф ядроли лейкоцитлар сақлаган юмалоқ хужайрали элементлар хисобига шиллик қаватда интенсив инфильтрация кузатилади. Алоҳида микроабсцесслар хосил бўлади. Суяқ усти пардаси ва суяқ тўқималарида яллиғланиш белгилари намоён бўлади.

Юқори жағ бўшлиғини **сурункали яллиғланиши** морфологик жихатдан чегараланган ва диффуз, полипоз ва полипоз бўлмаган бўлиши мумкин. Юқори жағ бўшлиғи чегараланган полипоз бўлмаган шаклида эпителиал қаватнинг гиперплазияси ва **истончение** кузатилади. Томирлар девори баъзи жойларда ингичка баъзи ларида қалинлашган. Шиллик ости асоси сийрак фуксинофил толали тўқима хисобига қалинлашган. Бу ерда коллаген фибрillалар кузатилади. Диффуз полипоз бўлмаган сурункали яллиғланишда шиллик қаватни янада қилинлашгани кузатилади. Бунинг натижасида бўшлиқни торайиши кузатилади. Эпителиал қават қалинлашган, унинг юзасида шиллик ажрататётган кўп сонли чуқур крипталар аниқланади. Алоҳида жойларда

эпителий десквамацияси, эрозиялар, язва ва некроз ўчоқлари кузатилади. Полипоз сурункали яллигланишда бўшлиқ девори юзасида турли хажмдаги шишлар кузатилади. Булар полипоз\*грануляцион ўсимталарап бўлиб, бир холатларда юқори жағ бўшлиғи чегараланган соҳаларида (полипозни чегараланган шакли), бошқа холатарда эса – унинг барча қисмида (диффуз полипоз шакли). Бўшлиқ шиллиқ-йирингли ёки йиригли таркиб билан тўлган бўлади. Касалликни аниқ ташхислашда – холестоатомли массалар аниқланади.

Юқори жағ бўшлиғи шиллиқ ости қавати лимфоцитлар, макрофаглар, лимфоид ва пламматик юмалоқ хужайралар билан инфильтранган. Томирлар кенгайган, кўп қисмларида томир девори толалари емирилган, баъзи соҳаларида эса томир мембраналри склерози кузатилади.

Сурункали яллигланиш жараённида бўшлиқ девори сувак тўқимасида янги сувак хосилалари ва уларни қайта таркибланиши кузатилади. Юқори жағ бўшлиғи одонтоген синуситида полипоз ўсамалар соҳасида хилпилловчи эпителийни кўп ядроли ясси эпителийга айланиши кузатилади.

**Клиник қўриниши.** Юқори жағ юўшлиғи яллигланиши бор беморлар кузатилганда кўз ости, лунж соҳалари ёки юзни ярмида оғриқ, тортилиш сезгиси, шу томонн бурун бўшлиғи тумови кузатилади. Оғриқ кучайиб пешона, чакка, энса юқори жағ тишлари соҳаларига тарқалади. Баъзи холларда катта ва кичик озиқ тишлар соҳаларида оғриқ кузатилади. Тишлов махалда сезгизлиги ошади. Оғриқ сезгиси бўшлиқда экссудатни тўпланганлик миқдорига ва уни чиқишига боғлиқ. Бурун бўшлиғида серроз ёки серроз-йирингли ажралма кузатилагндан кейин оғриклар камаяди. Шикоятлар кузатилади: умумий холсизликка, бош оғрикларига, иштахани пасайишига. Хид билишни бузилиши – пасайишидан умуман йўқолишишлага характеристидир.

Умумий холат ўзгармаган бўлиши мумкин, лекин кўпинча тана ҳароратини  $37,5\text{--}38^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши, интоксикация белгиларини турли даражадаги қўринишлари: синганлик, холсизлик, қалтираш, ёмон уйқу ва б. кузатилади.

Ташқаридан кузатилганда лунж ва кўз ости соҳаларида шиш кузатилади. Баъзи беморларда ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин. Юқори жағ олдинги девори ва ёноқ суваклари пальпация ва еперкуссиялари оғрикли бўлади. Касалланган томондаги регионар лимфа тугунлари катталашган ва оғрикли. Оғиз бўшлиғи дахлизи шиллиқ қаватида қизариш ва шиш кузатилади. 2-3 та тишларни перкуссияси оғрикли(катта ва кичик озиқ тишлар). Зараланган томонидаги бурун бўшлиғи шиллиқ қаватида гиперемия ва шиш кузатилади. Ўрта ва пастки жиганқлар катталашган. Бурун бўшлиғидан айниқса бошни олдинга ва пастга эгган вақтда йиринг ажралиши кузатилади. Юқори жағ дўшлиғини катта даражадаги шишида йиринг чиқиб кетиши қийинлашган бўлиши ва риноскопияда ажралма бўлмаслиги мумкин. Ўрта бурун йўлини ва бурун чиганокларига 0,1% ли адреналин қўшилган 1% ли дикайн суртилиб юқори жағ бўшлиғидан ажралма олинишига имкон яратилади, ажралма бўлганда эса уни қучайтиради.

Сурункали гайморит ундан олин келган юқори жағ бўшлиғини ўткир жараёни натижасида юзага келади. Беморларда бош оғриғи, касалланган томон бурун бўшлиғидан ажралма бўлиши, баъзи холларда эса энса соҳасидаги оғрикларга шикоят қиласидар. Баъзи bemорларда сурункали яллигланиш симптомларсиз кечади ва оғриқ сезгисига шикоятлар бўлмайди.

Бўшлиқда ялигланиш экссудатини йиғилиши хисобига оғриқ пайдо бўлади, дам бўлиш сезгиси, бир томонн бурун бўшлиғидан чирикли хид билан ажралма кузатилади. Умумий ахволи қониқарли. Тана ҳароратини кўтарилиши кузатилмайди. Жараённи ўткирлашувида тана ҳароратини кўтарилиши

кузатилиши мумкин. Алохида беморларда эса сурункали ялиғланиш жараёни кузатилганда тунда 37,2-37,5 °C тана ҳарорати күтарилиши билан уйғонади. Беморларда меҳнат қобилиятини пасайиши, тез чарчаш сезгиси, холсизлик, бўшлик холати кузатилади.

Текширувда юз конфигурацияси ўзгармаган. Юқори жағ танаси олдинги юзасини палпацияси оғрикли. Оғиз бўшлиғи дахлизи юқори гумбаз соҳаси цианотик холатда. Риноскопия кўрсатадики, бурун бўшлиғи шиллиқ қават ранги ўзгармаган. Лекин пастки ва ўрта бурун чиганоқлари чегарасида гипертрофияланган. Баъзи bemорларда ўрта бурун йўлида қуюқ ўиллиқ-йирингли ёки йирнгли пўстоқчалар кўринади, шунингдек шишган полипоз ўсимталар аниқланади.

Юқори жағ бўшлиғи касаллигига тиш альвеоласи орқали оғиз бўшлиғи билан алоқада бўлишидаги клиник кўриниш янада тинчроқ кечиши билан фарқланади. Беморлар чирикли хид келишига, хавони ва овқатланганда суюқликни оғиз бўшлиғидан бурунга ўтишага шикоят қиласидар. Тиш альвеоласи орқали зонд киргазилганда бўшлиқда полипоз ўсимталар борлигини аниқлаш мумкин, улар онсон қонайди ва бўшлиқдан серроз-йирингли адralма кузатилади.

**Ташхис.** Ўткир синуситни асосий ташхиси касалликни клиник кўриниши, текширув натижалари хисоланади. Рентгенограммада юқори жағ юўшлиғини шаффофлигини пасайиши аниқланади. Тишларни рентген тасвири одонтоген инфекция манбани аниқлашга имкон беради.

Юқори жағ бўшлиғи сурункали яллиғланиши шикоятлар, анмнез маълумотлари, клиник симптомлар асосида ташхисланади. Лекин клиник симптомларнинг етишмаслиги сабабли рентген натижалари етакчи хисобланади. Бурунни ёндош бўшлиқларини обзор рентгенограммасида юқори жағ бўшлиғини хираланиши аниқланади. Диагностик пункция ўтказилиб пенктат текширилгандан кейин рентгеноконтраст моддани юбориш касаллик характеристини, уни локализацияси ва кечишини аниқлашга катта имкон беради. Шунингдек оғиз ичи рентген тасвири хам ўтказилади. Бунда периапекал ўчоқлар борлиги аниқланади.

**Киёсий ташхис.** Ўткир гайморит ўткир пульпитдан, периодонтитдан, уч шохли нерв невралгиясидан қиёсий ташхисланади. Невралгия билан қиёсий ташхислش бир мунча мураккабдир. Уч шохли нерв невралгиясида оғриқ хуружсимон бўлади. Оғриқлар уч шхли нерв бир тармоғи иннервация зонаси билан чегараланган бўлади. Оғриқ нукталари ва соҳалари аниқланади. Юз териси ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати сезгирлиги бузилиши кузатилади.

Юқори жағ бўшлиғи сурункали синусити илдиз ёни кистаси, юқори жағ хавфли ўсмаси билан қиёсий ташхис ўтказилади.

Юқори жағ илдиз ёни кистасида юқори жағ бўшлиғи шакл бузилиши кузатилади. Баъзида резорбция кузатилади. Пальпацияда пергамент қисирлаши ёки сувж нуксони ва флюктуация кузатилади. Рентгенография ва пункция қиёсий ташхис ўтказишга ёрдам беради.

Юқори жағ хавфли ўсмалари юқори жағ бўшлиғи шиллиқ қаватидан юзага келади. Юқори жағ хавфли ўсмаси ва юқори жағ бўшлиғи синусити ўхшаш томонлари оғриқ бўлиши, бурунни тикилиши ва ундан йирингли ажралма кузатилишидир. Яллиғланишдан фарқли равишда юқори жағ хавфли ўсмасида оғриқ доимий бўлади. Бурундан қонли ва ёмон хидли ажралмалар кузатилади. Текширувда бурун бўшлиғи деворларини шакл бузилганлиги, альвеоладан бурун бўшлиғига хосилалар ўсганлиги аниқланади.

рентгенограммада юқори жағ шаффофлиги бузилишидан ташқары унинг деворларини резорбцияси хам кузатилади. Цитологик ёки патогистологик текширувлар түғри ташхис ўрнатиш имконини беради.

Сұнги йилларда юқори жағ аллергик заарланиши холлари кузатилган. Бу хам юқори жағ синуситидан қиёсий ташхисланади Бунинг учун анамнези түлилдіріледі ва аллергик реакциялар мавжудлиги текшириледі. (Квинке шиши, эшак еми ва бошқалар).

**Даволаш.** Юқори жағ бўшлиғи яллиғланишини даволаш - бу юқори жағ бўшлиғи касаллигига сабаб бўлган периапекал яллиғланиш ўчоқларини бартараф этишдан иборатdir. Бўшлиқ пункцияси ўтказилади, бўшлиқ ювилиб анибиотик ва фермент дори воситалари юқорилади. тиш альвеоласидан хам ювилади. табиий бурун бўшлиғидаги тешикдан чиқарув йўли хосил қилиш ва шиллиқ қават сезгисини пасайтириш мақсадида бурун бўшлиғига томир торайтирувчи воситалар юборилади. Физиотерапевтик даво муолажалари тайинланади: УВЧ, флюктуоризация, диатермия, гелий-неон лазер нурланишлари.

Қўйидаги дори воситалари тайинланади: Аналъгин, амидопирин, фенацетин, ацетилсалцил кислотаси 0,25-0,5 г дан 2-3 маҳал кунига, десенсибилловчи дори воситалари – димедрол 0,03-0,05 г, супрастин 0,025 г., диазолин 0,05-0,1 г дан з маҳал кунига. организмини функционал холати ва касалликни клиник кечиши хусусиятларига боғлаиқ равища сульфанидлар. антибиотиклар, умумқувватловчи ва стимулловчи даво воситалари тайинланади. Ўз вақтида ва түғри тайинланган ва ўтказилган даво чоралари касалликни тўлиқ тузалишга имкон беради.

Сурункали синуситда – узок давом этмаган ва бўшлиқдаги патологик ўзгаришларни чегараланган холатида инфекция манбаи бўлмиш тиш суғурилади. Бўшлиқни пункцияси ўтказилади. Бўшлиқ ювилади ва дори воситалари юборилади. Шунингдек ўткир яллиғланишда тайинланган даво тадбирлари тайинланади. Бундан даво ўтказилгандан кейин тўлиқ тузалиш кузатилиши мумкин. Юқори жағ бўшлиғи сурункали яллиғланиши кўпинча радикал операцияни талаб этади – Колдуаэ-Люк бўйича. Бу операция давомида бўшлиқдаги патологик тўқималар олиб ташланади ва бурун пастки йўли билан кенг тешик хосил қилинади. Операция ўтказувчи оғриқсизлантириш (туберал, инфраорбитал, курак, танглай) остида, инфильтрацион 1-2% ли новокаин, лидокайн ёки тримекайн эритмалари ёрдамида ўтказилади. Шунингдек бурун пастки йўлида ва пастки жиганоқлар соҳасида 3% ли дикаин абреналин билан биргаликда аппликацион оғриқсизлантириш ўтказилади. маҳаллий потенциорланган ёки эндотрохеал наркоз ўтказилади. Оғиз бўлиғи юқори гумбази бўйлаб иккинчи курак тишдан иккинчи катта озиқ тишгача бўлган масофада шиллиқ қаватда кесма ўтказилади. Шиллиқ – суюк усти пардали лахтак ажратилиб распатор ёрдамида қори жағ танаси суги яланғочланади. Бор машина, трепанлар, суюк тишилагичлари ёрдамида бўшлиқка суюк ойнаси шакллантириллади ва ундан патологик ўзгаришлар: кенгайган ва ўзгарган шиллиқ қават, полиплар, грануляциялар, ёд таначалар олиб ташланади.

Юқори жағ бўшлиғини бурун бўшлиғига қараган деворида пастки бурун йўли соҳасида 1,5x1,5 см хажмдаги тешик хосил қилинади. Юқори жағ бўшлиғи йодофор билан шимдирилган тампон билан тўлдириллади. Тампон бир уни эса бурун йўлига очилган тешикдан чиқариб қўйилади. Оғиздаги яра кетгут ёрамида чоклар қўйилиб тикилади. Тиш алвеоласидан юқори жағ бўшлиғига ўткан перфорацион тешик мавжуд бўлса тиш алвеоласи ташқи

девори сохасида шиллик қаватда кесма ўтказилиб грануляцион ва патологик тұқималардан тозаланади.

Оғиз бўлиғи тикилганда перфорацион тешикни бартараф этиш учун пластик операция ўтказилади. Бунда перфорацион сохада алвеоляр ўсиқни қалинлиги ва шиллик қаватдаги чандыкли ўзгаришлар хисобга олинади. Перфорацион тешикни трапециясимон лахтак билан бартараф этишда оғиз бўшлиғи вестибуляр қисмидаги олинган трапециясимон лахтакдан фойдаланилади. Бундай холатларда лахтак асосида сүяқ усти пардасида ўтказиладиган горизонтал кесмалар ёрдамида лахтак узайтирилиб тортилади. Тиш қаторида тишлар бўлмаган соҳалардаги перфорацион тешикни бартараф этишда дахлиз томондан кенг қилиб шиллик – сүяқ усти пардали ва қаттиқ танглай томондан кўприксимон лахтак ажратиб олинади.

Бир тиш чегарасидаги перфорацион тешик танглай томондан олинган тилсимон лахтак ёрдамида бартараф этилади. Лахтак хажми тиш ўрни хажмига мос келиб узунлиги кенглигидан уч баробар катта бўлиши керак. лахтак нуқсон ўрнига қўйилиб кетгут ёрдамида тугунли чоклар қўйилиб тикилади. Яра йодоформли марли ёрдамида ёпилиб олдиндан ясалган химоя пластиинкаси қолдирилади.

Катта хажмдаги перфорацион тешик бўлганда ва шиллик қаватда сезиларли чандыкли ўзгаришлар кузатилагнда вестибуляр томондан алвеоляр ўсиқдан гумбазгача бўлган масофада шиллик-сүяқ усти пардаси лахтаги тилсимон қилиб олиниб нуқсон томонга тортилиб перфорация бартараф этилади хамда кетгут ёрдамида фиксацияланади.

Радикал операция ўтказилгандан кейинги куни йодоформли тампон олиб ташланади. Ҳар куни химоя пластиинкаси ва яра тозаланиб чайиб турилади. 7-8 кунлари чоклар бир оралаб олинади. қолганлари кейинги қайта боғламларда 9-10 кунларида олинади. Химоя пластиинкаси 14-16 кун, баъзида 3 хафта тақиб юрилади.

Операцидан кейин юқори жағ бўшлиғи (1 мартадан 3-4 марта гача) 5-6 кунлардан бошлаб ювилади. Перфорацион тешик пластикаси ўтказилган бўлса 9-10 кундан кейин ўтказилади.

Тўғри ўтказилган хирургик муолажалардан кейин асоратлар бўлмайди. Операциядан кейин заарлантган томонда кўз ости нерви тармоқлари сохасида парестезия ёки гиперестезия ўтказилади (бир неча хафтадан 1-2 ойгача). Алоҳида беморларда бу холатлар бартараф этилмайди ва натижада кўз ост нерви, кўпинча юқори алвеоляр нервлар неврити кузатилади. Баъзида яллиғланиш жараёни рецидиви кузатилади. Бу холат юқори жағ бўшлиғини бурун бўшлиғи билан боғлаган тешик торайишига ва чандыкли бекилиб қолишига асосланади. Бу юқори жағ бўшлиғида қайта операция ўтказилишини талаб этади.

**Асоратлар.** Юқори жағ бўшлиғини ўткир яллиғланиши юқори жағ периоститига, кўз косаси клетчаткаси абсцессва флегмоналарига олиб келиши билан асоратланиши мумкин. Шунингдек жараён бошқа соҳаларга бурун бўшлиғига, катаксимон лабиринтга тарқалиши мумкин. Камроқ эса жараённи юз веналарига ва қаттиқ мия пардаси синусларига тарқалиши кузатилади.

**Прогноз.** Юқори жағ бўшлиғи синусити прогнози асосан қониқарли хисобланади. Кўрсатилган асоратлар айниқса, кўз косаси флегмонаси, юз веналари ва қаттиқ мия пардаси синуслари флебит ва тромбофлебити ўлим холатига олиб келиши мумкин. Ўткир ва сурункали гайморит жараённи бошқа ёндош бўшлиқларга тарқалишига сабаб бўлиши мумкин. Сурункали синусит иммунологик реактивликни бузилишини чакириши ва бу эса иммун итишмовчиликни инфекцион синдромига олиб келиши мумкин.

Сурункали синуситни хирургик даволашда прогноз қониқарли хисоланади.

**Профилактика.** Юқори жағ бўшлиғи одонтоген яллиғланиши профилактикаси – оғиз бўлиғини санациясига, яъни тишлар кариесини ва унинг асоратларини вақтида даволашга қаратилади. Замонавий хирургик аралашувлар (тишларни ва илдизларни суғуриш, суюк усти пардаси остидаги ўчоқларни очиш) ўтказилиши зарур. Юқори жағда инфекция манбай бўлган ретенирланган тишларни суғуриш зарур. Юқори жағдаги кичик ва катта озиғ тишларни суғуришда улар илдизларини юқори жағ тубига нисбатан муносабатини хамда тиш суғуришда травматик холатни эътиборга олиш зарур.

#### АДАБИЁТЛАР:

1. Робустова Т.Г., "Хирургическая стоматология" Москва , 2000г.
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. – Руководства по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Москва: «Медицина», 2000, том 1.
3. Бернадский Ю.Ю., "Основы хирургической стоматологии" Киев , 1984г.
4. Дунаевский В.А., "Хирургическая стоматология" Ленинград , 1981г.
5. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. "Хирургическая стоматология", Москва , 1964г.
6. Заусаев В.И., "Хирургическая стоматология" Москва, 1980г.
7. Соловьев М.М., Худояров И.А. "Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей и прилежащих тканей" Ташкент 1979г.
8. Шаргородский А.Г., " Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи".Москва, 1988г.

## МАЪРУЗА З

### **НООДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ ФУРУНКУЛ, КАРБУНКУЛ, САРАМАС КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДАВОЛАШ.**

#### **Маъруза мақсади:**

Асосий назологик ноодонтоген яллиғланиш касалликлари (фурункул, карбункул, сарамас, нома) ва специфик касалликлар (актиномикоз, туберкулез, сифилис, ОИТС уларнинг кечиш хусусиятлари.

#### **Маърузанинг вазифаси:**

1. Юз-жаг соҳаси тери ости ёғи қавати, инфекцион касалликлари этиологияси ва клиникаси билан таништириш (чиққон ва хўппоз)
2. Ўткир инфекцион касаллик юз сарамаси этиологияси ва клиникаси билан таништириш.
3. Юз-жаг соҳаси инфекцион касалликларини қиёсий ташхисини ўтказишни ўргатиш. Юз чиққони, хўппози ва сарамаси бор беморларни шифохонага тезкор ётқизиш принциплари билан таништириш.

#### **Маруза режаси:**

1. Жағ-юз соҳаси нодонтоген яллиғланиш касалликлари этиологияси ва патогенези.
2. Жағ-юз соҳаси нодонтоген яллиғланиш касалликлари клиник кўриниши хусусиятлари. Умумий ва махаллий симптоматикаси.
3. Жағ-юз соҳаси нодонтоген яллиғланиш касалликлари замонавий ташхислаш принциплари ва хусусиятлари.
4. Жағ-юз соҳаси нодонтоген яллиғланиш касалликлари ни медикаментоз ва хирургик даволаш усуллари принциплари.

#### **Маъруза таркиби :**

Ноодонтоген яллиғланиш касалликлари.

Фурункуллар.

Фурункуллар ва фурункулез кўп тарқалган касалликлардан ҳисобланиб тери йиринг касалликларининг 28% ни ташкил қиласи фурункул ва карбункул терининг ҳамма қисмида учрайди. ЖССТ маълумотига кўра фурункул ва карбункул тери касалликлари 30 % ни ташкил қиласи . 28,4 % фурункул ва карбункул юз қисмида учрайди ( Л.Ю.Дымарский , Н.С Тимофеев 1951 й ).

М.Г.Шрайбер (1936й ) хавфли ва хавфсиз фурункулларни тафовут этади М.В.Костилов (1943й) прогрессив ва прогрессив бўлмаган турини тафовут этади

Сумбатов (1950 ) беморларни 3 синфга булади

1. bemorlarda engil kechadigan
2. bemorlarda urta kechadigan
3. bemorlarda ofir kechadigan

Л.Ю.Дымарский ва Н.С.Тимофеев (1953) фурункулнинг клиник кечишига қараб 2 синфга бўлиб, яллиғланиш жараёнини қуидаги даражаларга ажратади

1. Хавфсиз Зта босқич :

- 1 .инфильтрация
2. некроз ва йириглеш
3. регенирация ва эпителизацияга бўлади
  2. Хавфли кечишига қараб Зта даражага бўлинади
1. инфильтрат токсик
2. флегмонали
3. веналар трамбоз септик кучайиши

С.Т.Павлов (1967) фурункулнинг клиник кечишига қараб

1. якка фурункул
2. рецидивловчи якка фурункул
3. маҳаллий жойлашган фурункул
  - а).ўткир
  - в).сурункали

Бу таснифлар мезонлар сонига қараб қўйидагача таснифланади:

Т.Хориотож (1970) фурункулни 2та турга бўлади :

- 1) Ўткир фурункулез
- а) якка
- б)фурункул
- в) карбункул
- 2) Сурункали фурункулез
- а)рецидив тарзда кечадиган
- б)рецидив бўлмаган

Н.А.Карелина (1976) М.Хоронжак юқоридаги таснифни тулдириб, уни маҳаллий кечишига қараб 5 та босқичга булади

- 1.Бошланғич даври
2. инфильтрация
3. абсцессланиш даври
- 4.
- 5.

Т.Г.Супиев (1970) таснифи

Карбункуллар	Фурункуллар	
кечиши		ўткир
сурункали		
жойлашиши		якка
кўп		

**Фурункул (furunkulis)** – соч халтаси ва уни ўраб турган бириттирувчи тўқималарнинг ўткир йирингли –некротик яллигланиш касаллиги бўлиб, стафилакок чақиради .Кечиши З даврга бўлинади

1. инфильтрация
2. йирингли ва некроз
3. битиш даври

Касалликни чақиравчиси кўпинча тилла ранг стафилакокклар,кам ҳолларда оқ рангдаги стафилакокклар чақиради,омил бўлиб юз соҳасига ҳар хил малина ёғларининг ёки чанг тушиши натижасида пайдо бўлади,яна хуснбузарларга текканда чиқиши мумкин.

Бундан ташқари фурункулнинг пайдо бўлишига метеорологик шароитлар , совуқ қотиш ,организмнинг исиб кетиши , нерв системаси, эндокрин системаларининг бузилиши , авитаминоз, интоксикация бўлиб хисобланади,

яна углевод алмашинуви муҳим аҳамиятга эга, қандли диабет билан оғриган беморларнинг 20% и фурункул касаллиги билан касалланган ,

Патологик жараённинг бошланиши дермада унча катта бўлмаган остеофоликулит тугуннинг пайдо бўлиши билан бошланади 1-2 кундан сўнг шу қисмда чегарали инфильтрат пайдо бўлиб пайпаслаганда оғриқ бўлади, 3-4 кунга бориб пустула ҳосил бўлади, флуктуацияни аниклаш мумкин, яширин пустулалар ҳосил бўлиб, оз микдорда йиринг ажралиб туради ва яшил рангдаги некроз кўзга кўриниб туради. Йиринг оқиши кўпайиб некротик ўзак йирингдан бўшаб гранулиациялар билан тўлади ва унча катта бўлмаган чандиқлар пайдо бўлади.

Яллиғланиш жараёнида фурункул фолликулаларда ҳосил бўлиб, кейин тери ости клечаткасига тарқалади. Регионар лимфаденит ривожланиб, интоксикация натижасида умумий белгилар кузатилади: тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳолсизлик уйқунинг бузилиши иштаҳани йўқолиши билан характерланади

Кўп беморларда оғриқ асосий шикоятларидан бири ҳисобланади, айниқса бурун, пешона ,лабларда фурункул бўлса жуда оғрикли кечади ва бу оғриқ З шохли нерв йўналиши бўйлаб ирадиация беради, юз қисмини қайси соҳаси заарланишига қараб бир қанча вариантлар тафавут қилинади.

Олимлар фикрига қараганда (А.И.Евдокимов, Г.Д.Василев) кўпинча юқори лаб ва иякларда пайдо бўлади, К.Б.Ахмедова ва М.А Шинтерева (1962) фикрича кўпинча бурун, ёноқ, юқори лабларда кўпроқ учрайди. Т.Г.Супиев (1974) кўпинча ёнокда учрашини кузатган. Н.А.Карелина фикрига кўра фурункуллар буруннинг пастки қисмда кўпроқ учрайди, чунки бурун қисмида кўпроқ стафилакокклар учрагани кузатилган. Худди шу фикрни С.Л.Голосковер (1960) А .К Шуленова (1966) билдиришган. Бизнинг клиникамиз маълумотлари бошка адабиётлардан анча ажралиб туради. Кўпинча фурункуллар бурун қисми, юқори лаб, ёноқ, иякларда кўпроқ учрайди.

Фурункулда бурун соҳаси :

оғриқ синдроми билан боғлиқ бўлиб беморлар касаллик бошланғич даврида шифокорларга мурожат қилишган. фурункул бурун қанотларида бурун учida чиқиши мумкин.

Буруннинг ташқи ёки ички қисмида пайдо бўлиши мумкин. Ташқи қисмида бўлганда ташхис қўйиш унча қийин бўлмайди.Бу пайтда юқори лабни шишини кузатиш мумкин бўлади, бурун катақлари кичклашади ва нафас олиш қийинлашади .Буруннинг пастки қисми инфильтратида оғизга кириш дарвозаси бўшлиғи ва ўтиш букилганда юқори тиш фронтал қисмида бўлса ташхис қўйиш бир оз қийинчилик туғдирали. Кам ҳолларда бунда юқори жағ периостити диаг ностика килинади. Лабларда фурункул бўлганда беморлар овқат қабул килиш вақтида оғрикнинг пайдо бўлишига шикоят қиласилар. Бу ҳолларда жойлашишига кўра юқори лаб, пастки лабда бўлиши мумкин. Кўпинча фурункул юқори лабга чиққанда оғир кечади ва бу оғирлик тушиши натижасида хавфли характерда кечишига олиб келиши мумкин, шиш ва уни ўраб турган тўқима инфильтрати кузатилади ва юз веналарида йирингли тромбофлебит кузатилади . бу эса менингит , сепсис ёки септикопиемия, абсцесс ва гемотоген остеомиелит ўчоқларини пайдо бўлишига олиб келади. Фурункул юқори лабда бўлса инфильтрат лабларнинг чет қисимларини эгаллаб, инфильтрат бутун лаб бўйича тарқалиб ўлчами жиҳатдан катталашиб кетади. Шиш бурун –лаб бурмаси, тўсик ва қанотларига ўтади. Абсцессланиш натижасида йиринг оғиз бўшлиғи шиллик қаватига ёрилиши мумкин, оғиз

бурчакларида фурункул бўлганда унинг осилиб туриши бурун-лаб бурмасида ёноқда тишлар изи шиллик қаватида шиш кузатилади.

**КАРБУНКУЛ.** –тери ва тери ости клечаткаси бир қанча халтачасидан ҳосил бўлган тер безларини тарқалган йириングли-некротик яллиғланиши ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида соч халтачаси ва тер безларига инфекцияларнинг (кўпинча стафилякок кам ҳолларда стрептокок) тушиши натижасида келиб чиқади. Кўпинча у ёши катта кишиларда учрайди, авитаминоз, диабет, яна фурункулни сиққанды келиб чиқади. Болалик ёшида камроқ учрайди, бу эса тери ва тери ости клечаткасининг морфологик тузилишига боғлиқ. Болаларда тери ва тери ости клечаткасида эластик толаларнинг йўқлиги, тери безлари унча чукур жойлашмаганлиги ва юзларда соқолларнинг йўқлиги бунга сабаб бўлади.

Агар карбункул лабда ёки ёноқда учраса, инфильтрат ҳисобига., юз асимметрияси кузатилади, шиш юқори қисмларга ва соғ тўқимага қараб тарқалади. Карбункул кўпинча ўткир лимфангит ва регионар лимфаденит клиникаси сингари кечади.

Аста-секин соч халтачаларида, тер безларида, тери ва тери ости ёғ клечаткаларида некроз ривожланади. Вена томирлари қон билан тўлиб тромблашади, бу эса юз ва юзнинг соғлом кисмини шишишига олиб келади. Артериал томирлар экссудат билан босилади. Циркулятор бузилишлар натижасида, томирлар деоврига токсин ва эндотоксинлар некроз зонага кириши кўпаяди, некротик жараён йирингдан устун келади.

Охири дисциркуляция, некроз ва яллиғланиш терида тешиклар ҳосил қилиб, улардан қон рангидаги йиринг-некротик масса ажралади. Некроз чукурлиги фасция, мускуллар, жаг суюгигача чукурлашиши мумкин. Регионар лимфаденит ва интоксикация кузатилиши мумкин. Асорати эса юз веналари тромбофлебити, мия синуси тромбози, менингит, сепсис ҳисобланади.

**Клиник кечиши** З та босқичга бўлинади. Шунингдек, фурункул, карбункул кўпинча юзаки пустула ҳосил бўлиши, кейинчалик зич оғрикли инфильтрат ҳосил бўлади. Бу даврнинг давомийлиги 1-2 кунга чўзишлиши мумкин. Иккинчи даврда йиринг ажралади. Учинчи даврда битиш жараёни кузатилади.

Ҳамма карбункуллар интоксикация билан тана хароратининг кўтарилиши, бош оғриғи, умумий ҳолсизлик кузатилади.

Юзда фурункууллар ва карбункуулларнинг асорати кўпинча синус ва бош мия шиллик қаватига инфекция тушиши билан характерланади, шунингдек веноз, лимфатик ва артериал томирларга инфекция тушиши билан характерланади.

Асоратларни умумий ва маҳаллий турларга бўлинади:

- 1 Махаллий : регионар лимфа тугунларининг яллиғланиши, юз экземаси.
- 2 Умумий : а) ретробулбар клечатка флегмонаси, каверноз синуси тромбози (7,1% беморларда) ва йирингли менингит (2,8%).

б) тарқалган пневмония ва йирингли плевритлар (14%) булар менингитнинг асорати ҳисобланади.

в) буйраклар абцесси (7,1%) юмшоқ тўқималарга тарқалган абцесси, йирингли артритлар (21,4%). Иммунитет пасайиб кетганда касаллик келиб чиқиши мумкин. Маҳаллий патоген сабаблар муҳим аҳамиятга эга, риноген яллиғланиш касаллклари, яна тўқималар заарланиши симбиознинг бузилиши натижасида келиб чиқади.

**Сарамас** – бу юқумли кассаллик бўлиб ўткир кечади, серозли яллиғланиш тез терига тарқалиши кузатилади. Шиллик қаватларда кам учрайди, яллиғланган соҳа соғ терига қараганда чегараланган. Юз қисмида

45%, бошнинг соч кисмидаги 35% учрайди. Бу касаллик Гиппократ даврида ҳам аниқ бўлган. Статистик маълумотларга қараганда касаллик ҳозирги вақтда кўпроқ учрамоқда.

### **Этиология ва патогенези**

Сарамасни қўзгатувчи ( гемолитик стрептакок ) биринчи бўлиб 1874 й Р.Билроф тамонидан аниқланган, ва у лимфа томирларида, терини юқори қаватларида ва тери ости асосида жойлашиб олади .Бирламчи ва иккиламчи сарамас тафовут қилинади. Қўзгатувчи терига эндоген ва эззоген омиллар орқали киради, патоген стрептакок терига лимфоген йўл орқали тушади. Патогенезида эса организмнинг аллергияга мослашиб тузилиши муҳим аҳамиятга эга. Кам ҳолларда организм реактивлиги рол уйнайди, ёш ўтган сари бу касалликга чалиниш кучаяди. Бошқа томондан қаралганда вегетатив реактивликнинг ошиши муҳим аҳамиятга эга.

### **Патологик анатомияси .**

Сарамасни бошланиши қизариш пайдо бўлиши билан бошланади, бунда қизариш чегаралари аниқ кўриниб туради, микраскопик текширувда ўша соҳада серозли яллиғланиш кузатилади , дерманинг ретикуляр қаватида жойлашган бўлади. Лимфа томирлар тери ости клечаткасига кириб боришида камроқ учрайди. Десквамация кузатилади ва заарланган жойни ўраб турган эпидермис паракератозга учрайди ва тарқалиб кетади, айрим беморларда кўп миқдорда яллиғланиш эксадати учраб, бу сарамаснинг буллез формаси ҳисобланади, кейинчалик эксадатда кўп миқдорда лейкоцитлар йигилиб, улар суюклика айланиб, пустула ҳосил бўлади.

Кам ҳолларда беморларда эксадатда йигилган лейкоцитлар қон айланишини ва тўқималар озиқланишини бузади, бу эса гангренали некроз сарамасига олиб келади

### **Клиник манзараси**

Яширин даври 24-72 соат. Ҳамроҳ касалклари бор беморларда шиш, қичишиш ва ачишиш, тана хароратининг 39-40С ва юқорилиги кузатилади. Маҳаллий: юз терисида географик картасига ўхшаш чизиқлар пайдо бўлади, гиперэстезия кузатилади, периферияга қараб оғриқ кучайиб боради. Қизариш тезда тарқалиб кетади. 24-48 соатдан кейин регионар лимфаденит кузатилади, заарланган соҳа четлари валик шаклида кўтарилиб қолади, бу эса сарамаснинг кўп тарқалган формаси ҳисобланади *egysipelas eryfhe-mafosum* (*egyfros*-қизил, *pella*-тери). Эритематоз формаси буллез формасига ўтади.

Агар жараён халта фазаси билан тугаса улар ерилиб сарик рангдаги зич коркани ҳосил килади. Еритиматоз формадан кейин тери тушиб, соч, соқол, мўйловлар тўкилади. Тери лимфа алмашинуви бузилганлиги учун тери калинлашади. Флегманоз ва гангренали формаси юз кисмидаги кам ҳолларда учрайди, бу купинча еши катта кишиларда кузатилади. Бу эса типик флегмонани чакириб тери ости клечаткаси тери қаватлари озиқланишининг бузилиши ва чандик ҳосил килади. Соч кисмидаги сарамасни пайдо бўлиши, терининг тикилиши сепсис ва менингитга олиб келади.

Умумий симтоматикаси:

Бош оғриқ, қусиши, қўнгил айниши. Пульс ва нафас олиш тезлашади, тана харорати кўпинча юқори бўлади. Кўпинча бу ҳолатлар продрамал синдромларсиз кечади. Кўп беморларда жигар ва талоқ катталашади. Қон: гипохромли камконлик, лейкоцитоз, эозинопения.

### **Дифференциал диагностикаси.**

Эритема ва дерматитлардан фарқли ўлароқ, бир қанча характерли клиника эга. Яллиғланган четлари чизиқли бўлиб валикка ўхшаб кўтарилиб туради. Тана ҳарорати доим юқори бўлади.

### Даволаш

Алоҳида палатага жойлаштириш. Тинчлик. Умумий қувватловчи диета. Сулфаниламидлар, антибиотиклар, демидрол.

Асоратлари :

1. Соғлом тўқимага тарқалиши мумкин
2. Стрептококк инфекцияларини тарқалиши ва иккиламчи инфекцияни қўшилиши.
3. Йирингли яллигланиши, веналарнинг заарланиши.
4. Юқумли психозлар
5. Соч қисмида учраганда-менингит.

### Нома

Оғиз ва жағнинг сувли гангренаси ҳисобланади

#### **Этиология ва патогенези**

Этиологияси аниқ эмас, нома билан кўпинча болалар касалланади, юқумли касалликдан кейин келиб чиқади. Катталарда эса юрак томир системаси касаллигидан кейин келиб чиқади, стоматит эса уни келтириб чиқарувчи касаллик ҳисобланади.

### Клиник манзараси

Оғиз шиллиқ каватида гангренали стоматит пайдо бўлади ва некрозга учраб, шиллиқ ости ёғ клечаткасига мимика мушаклари тери ости клечаткаси ва терига тарқалади, кўпинча стоматит оғиз бурчагида бошланади. Яра бироз вакт туриб кейин прогрессивланиб кетади. Юз шишиб боради, яра бўлган жойда аввал сариқ кейин қора доғлар ҳосил бўлади .

Касаллик бошланганини 2-3-5 куни лунж тўқималари лаб ва оғиз бурчаклар тўқималарида перфорация(тешилиш) пайдо бўлади.

Некроз милкларга тарқалиб, тишларни қимирлаб қолишига олиб келади ҳамда юқориги ва пастки жағтгача, томоқ ва оғиз бўшлиғи охирига тарқалиши мумкин. Касаллик бошида тана ҳарорати 38-40 С гача кўтарилади умумий ҳолсизлик кузатилади, ич кетиши, алаҳсираш, пневмония. Ўпка гангренаси. сепсис кузатилиши мумкин .

### Патологик анатомияси .

Касаллик бошланишида шиш ва хужайралар инфильтрацияси кузатилади, микроскоп остида некротик тўқималар ва кичик дон шаклидаги детрит кўриниб туради.

### Даволаш

Биринчи ўринда организм умумий қувватини кучайтириш керак ва заарланиш ўчоғида микрофлора ҳаёт фаолиятини тўхтатишга қаратилган муолажалар қилиш керак.

### Антибиотиклар

Маҳаллий новакайн-пеницилин блокадаси ва заарланган учок атрофига антибиотикларни тампон ёрдамида қўйиш

гангренага қарши зардоб юбориш, ярага малҳам

Гемотрансфузия

аскарбин кислатаси (0.3-0.5 г 2-3 маҳал кунига )

никотин кислатаси (0.2-0.4г 2-3 маҳал кунига )

тиамин (0,01-0,015г )

пентоксил (0,02 2-3 маҳал кунига )

соматик касалликларни даволаш, стоматитларни профилактика қилиш керак

## **7-МАЪРУЗА**

**ЖАҒ-ЮЗ СОҲАСИ МАХСУС ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ. АКТИНОМИКОЗ, СИЛ, ЗАХМ, ОИТС. КЛИНИКАСИ, ТАШХИСИ, ДАВОСИ**

### **Маъруза мақсади :**

Жағ-юз соҳаси махсус яллиғланиш касалликлари (актиномикоз, сил, захм, ОИТС (вич –инфекция)), клиник кўринишлари ва хусусиятларини баён қилиб бериш.

### **Маърузанинг вазифаси**

1. Махсус яллиғланиш касалликлари, (актиномикоз, сил, захм, ОИТС (вич –инфекция) этиологияси ва клиникаси билан таништириш.
2. Юз-жағ соҳаси махсус яллиғланиш касалликлари, (актиномикоз, сил, захм, ОИТС (вич–инфекция) бор беморларни шифохонага тезкор ётқизиш принциплари билан таништириш.

### **Маруза режаси:**

1. Юз-жағ соҳаси махсус яллиғланиш касалликлари этиологияси и патогенези.
2. Актиномикознинг клиник кўриниши хусусиятлари **замонавий ташхислаш принциплари.**
3. Сил касаллигини клиник кўриниши хусусиятлари **замонавий ташхислаш принциплари.**
4. Захм касаллигини клиник кўриниши хусусиятлари **замонавий ташхислаш принциплари.**
5. ОИТС касаллигининг клиник кўриниши хусусиятлари **замонавий ташхислаш принциплари .**
6. Юз-жағ соҳаси махсус яллиғланиш касалликларини медикаментоз ва хирургик даволаш усуллари принциплари .

### **Маъруза таркиби :**

#### **ЮЖС специфик яллиғланиш касалликлари**

##### **Актинамикоз**

Актинамикоз –юқумли касаллик бўлиб актиномицетларни организмга кириши орқали пайдо бўлади .

Касаллик кўпинча юз -жағ соҳасида кўпроқ учрайди ва яллиғланиш жараёнини 85% ни ташкил килади .

Актиномикозда специфик иммунитет бузилади, , бу эса аллергия ва атоиммун реакцияни чакиради. Юз-жағ қисмида актиномицетларни жойлашиши кариоз тишлар, милк чўнтаклари, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати яллиғланишида келиб чиқади. Кўпинча специфик ўчоқ ваккуляр тўқималарда, мускулларни бириттирувчи тўқима ва органларда ривожланади. Улар калонияларни ҳосил қиласида. Яширин даври бир неча кундан 2-3 ҳафтагача давом этади. Айрим пайтларда бир неча ойларгача чўзилиши мумкин.

## Этиологияси

Кўп актиномицетлар –огиз бўшлиғида яшовчи аэроблар ҳисобланади, кўпинча аэроб актиномицетлар анаэроб формага ўтади.

Актинамикозни ривожланишида анаэроб турлари 90% холларда учрайди.

## Патогенези

Актиномицитлар тиш карашларида кариоз тишларда перипикал тиш ўчоқларида милк чўнтакларида бодомчасимон безда учрайди. Нормада актинамицетлар касаллик чақирмайди.

Актинамикозни ривожланиши учун организмда шароит бўлиши керак. Клиникасида bemорлар заарланган жойида оғриқ бўлишига шикоят қиласидилар.

Касаллик аста-секинлик билан ривожланади. Тана ҳарорати қўтарилади. Оғриқ қучаяди. Умумий ҳолсизлик кузатилади. Ўроқ ёрилгандан сўнг жараён орқага қайтади. Лекин инфильтрат охиригача сўрилмайди. Кўпинча чандиқ қолади. Эксудат лимфатик тугун орқали атрофдаги тўқималарга тарқалади ва метастаз бронхоген тугунларга қараб бориб, упкани заарлайди. Қайталangan абсцессда йиринг ажралиши қийинлашиб, тери қалинлашади.

## Патологик анатомияси

Морфологик ўзгаришлар организм реактивлигига боғлиқ. Бунга специфик ва специфик бўлмаган ҳимоя турлари киради. Бу эса тўқималар реакцияси билан характерланади. Эксудатив ва пролифератив ўзгаришлар кузатилади. Бунда иккиламчи ўзгаришлар кузатилади. Бунда иккиламчи йирингли инфекцияларнинг қўшилиши унча аҳамиятга эга эмас. Некротик жараёнларнинг кучайиши йирингли микрофлоранинг қўшилишига боғлиқ. Қўзатувчи тўқимага тушгандан сўнг специфик гранулёма ҳосил бўлиб, унда мононуклеар хужайра ва лимфоцитлар йиғилади. Гранулацион тўқима ҳосил бўлиб, у плазматик, эпителиал, фибробластлардан ташкил топган. Бундан ташқари ягона гигант хужайралар ҳам учраб туради. Актив жараёнда, айниқса некротик жараёнда катта миқдорда ксантом хужайралар ҳосил бўлади. Переферияда грануляцион хужайралар етилиб, фиброзга айланади. Кам калибрли томирлар сони камаяди.

## Клиник қўриниши

Касаллик организмнинг индивидуал хусусиятига эга, бу эса умумий ва маҳаллий реакция таъсирига эга, яна юз-жағ соҳасида гранулёмалар жойлашган жойига боғлиқ.

Кўпинча актиномикоз ўткир ёки сурункали кечиб, касаллик 2-3 ойлаб давом этгандан сўнг сурункали турга ўтади. Кам ҳолларда актиномикоз ўткир кечади.

Т.Г.Робустова классификациясига кўра, клиник кечишига ва хусусиятларига кўра, специфик гранулёмаларнинг жойлашган жойига қараб, юз, бўйин, жағлар, оғиз бўшлиғида учрайдиган формаларга бўлинади:

1. Тери
2. Териости
3. Шиллик ости
4. Шиллик қаватли
5. Одонтоген актиномикоз гранулёмаси
6. Тери ости – мушаклараро
7. Лимфа тугунлари актиномикози

Тил, талоқ, сўлак безлари актиномикозларга бўлинади.

Кейинги йилларда актиномикознинг клиникаси ўзгарган, бунинг сабаблари, bemорларнинг шифокорларга кеч мурожат килишлари,

доридармонларга чидамлилиги, шифокорларнинг касаллик ҳақида кам маълумотга а эга эканлиги хисобланади.

### **Актиномикознинг тери формаси.**

Кам учрайди, одонтоген йўл орқали инфекция тарқалиш йўли орқали, айrim ҳолларда тери қавати шикастланганда келиб чиқиши мумкин. Кўпинча бурун-лаб эгатида, жағ ости соҳасида, бўйинда жойлашади. Умумий аҳвол ўзгармайди. Юз ва буйиннинг терисида юзаки яллиғланиш инфильтрацияси кузатилиб, кўпинча улар чегараланган бўлади. Айrim ҳолларда актиномикоз ўчоғи терида пустула, яъни серозли ёки йирингли шаклда йиғилган суюқлик шаклида тўпланади.

Ўчоқ ташқарига қараб ўсганда тери ранги ўзгаради яъни тўқ-қизил рангдан кўк ранггача ўзгаради. Тери формаси янги жойларга ҳам ўтиши мумкин.

### **Актиномикознинг тери ости формаси**

Актиномикоз тери ости клечаткасида жойлашади. Касаллик секин ривожланади. Абсцесс соғ тўқималарга тарқалиши кузатилади. Сурункали кечади. Касаллик ўткир ва ўткир ости кўринишида бошланиб, тана ҳарорати кўтарилади жараён бошқа кисмларга ўтиши абсцесс ҳосил бўлишига олиб келади, бошқаларида эса – пролифератив ўзгаришлар кузатилади. Эксудатив ва пролифератив жараёнлар сакланиб қолади. Бу ўзгаришлар касаллик ривожланишига боғлиқ.

### **Актиномикознинг шиллиқ қавати формаси**

Камроқ учрайди. Кўзгатувчи заарланган жойга тушади ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати яллиғланганда тушиши мумкин.

### **Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати актиномикози**

Бунда ҳам актиномикоз тушиши шароити заарланган тери ҳисобланади. Бунда пастки лаб шиллиқ қавати ва ёноқлар тил ости соҳаси ҳисобланади.

Шиллиқ қават остида яллиғланиш инфильтрати жойлашган бўлади, бунда эса грануляция шишади.

### **Одонтоген гранулёмали актиномикоз**

Касаллик мустақил ривожланади, жараён одатда шиллиқ қаватга тарқалади, гранулёмаларни ёрганда оқма яра ҳосил бўлади. Тўқима склерози кузатилади.

### **Тери ости мумушаклараро актиномикоз формаси**

Кўп учрайди. Жараён тери ости, мумушаклараро, пардалараро клечатка, терининг иккиласми заарланишида, мумушаклар, жағларда ривожланади. Кўпинча у жагости, ёноқ ва қулоқ олди чайнов ва бошқа қисмларда учрайди.

Заарланган жойда оғрик кузатилиб, оғиз очганда оғрикли бўлади. Касаллик бошида юмшоқ тўқималар шиши кузатилади. Чайнов мумушакларда жойлашганда биринчи симптомларидан бири оғиз очилишининг қийинлашуви. Тери ранги қизил ва кўкиш рангда бўлади. Инфильтрат худди абсцесни эслатади. Ўчоқни ёргандан сўнг йирингли суюқлик ажралади, у оқиш рангда бўлади. Тана ҳарорати 38-39 С. Умумий аҳволи оғирлашади.

### **Лимфа тугунларини актиномикози**

Касаллик одонтоген, танзилоген йхллар орқали тарқалади. Заарланиш турлари турлича актиномикоз лимфангит, абцессли лимфаденит аденофлегмона ёки гиперпластик лимфаденит.

Актиномикозли лимфаденит күпинча абцессли лимфаденит билан биргаликда кечади: күпинча бунда лимфатик тугун занжири заарланади. Улар пальпацияда сезилади ёки шишган жойни күриш мумкин. Биринчи бўлиб актиномикозли лимфангит А. И. Ушаков томонидан таърифланган.

Абцессли лимфаденит күпинча юз ва бўйин лимфа тугунларида учрайди. Күпинча ёнок, жағ усти, жағ ости лимфаденити, кам ҳолларда қулоқ олди безида, ияк ости тугунларда жойлашади.

### **Жағ актиномикози.**

Күпинча пастки жағда жойлашади.

Клиникаси: патологик ва рентгенологик ўзгаришларга кўра Деструктивли (абсцесс, гумма).

Продуктив-деструктив бирламчи актиномикоз тафовут қилинади.

Актиномикозда бирламчи-сурункали жараён ривожланиши мумкин, унча оғриқли булмайди узгаришлар унча кузатилмайди.

Рентенограммада бир ёки бир қанча юмшоқ формали бўшликлар кўринади.

Бўшликлар атрофи текис эмас, соғ суяклардан ажралиб туради.

Бирламчи продуктив-деструктив заарланиши күпинча болаларда учрайди.

Касаллик давомийлиги узоқ 1-3 йилгача давом этиши мумкин. Суяклар қалинлашади, катталашади.

Клиник кўриниши: оғриқлар пайдо бўлади, тана ҳарорати кўтарилади.

Жағ олди юмшоқ тўқимаси шишиши, оғизни очилиши чегараланади.

Рентген тасвирида суяқда ўスマлар пайдо бўлиб, суяқ кўмигига тарқалади.

**Оғиз бўшлиғи аъзолари актиномикози** - бунга тил, тамоқ сўлак безлари жағ ости бўшликлари актиномикози киради.

### **Тил актиномикози**

Жароҳатлардан кейин пайдо бўлади. Бу жароҳатлар тиш қирралари ўткирлигидан, ясалган протезлар орқали тил шиллиқ қавати жароҳатланишидан келиб чиқиши мумкин.

Касаллик жайлашган жойига қараб диффуз, яъни флегмона ёки абцессли эслатади.

### **Диагностика.**

Анча қийинчиликларга олиб келади. Күпинча ўсма жараёнлари билан солиширилади.

Диагноз қўйиш учун микробиологик, иммунологик текширувлар, рентгенологик, потоморфологик текширувлар ўтказилади ва олинган натижалар орқали ташхис қўйилади, айрим ҳолларда қайта текшириш ўтказиш мумкин .

### **Дифференциал диагностика**

Актиномикозни бошка яллигланиши касалликлари: абсцесс, флегмона, захм, ўスマлар, ўсма сифат касалликлар билан қиёсий ташхислаш керак .

Клиник диагностика учун микробиологик текширувлар ўтказиб, спецефик реакциялар баҳоланади , серодиагностика ўтказилади.

Экмада стрептакок ва стафилокок аниқланади.

Актиномикозни тери ва тери ости мушак формасини абсцесс ва флегмоналар билан қиёсий ташхисланади. У герпетик яллигланиш реакцияси билан кечади . Абсцесс , флегмонага ўткир бошланиш ва умумий симтомлар характерли. Оғриқ аниқ жойда ва палпация қилинганда флюктуация

аниқланади . Актиномикозда спецефик бўлмаган лимфаденит билан қиёсий ташхис ўтказиш анча қийин. Уларнинг клиникаси кўпинча бирхил бўлади.

Бундан ташқари деструктив – продуктив актиномикоз ва секвестрсиз актиномикозни пастки жағ остеомиелити билан қиёсиё ташхислаш қийин.

Рентгенологик текширувда ва клиника жиҳатдан бир хил бҳлиши мумкин. Тўғри ташхис қўйиш учун иммунологик реакциялар, потоморфологик текширувлар, айрим вактларда экмалар ўтказиш яхши натижা беради.

### Даволаш:

Юз-жағ ва бўйиндаги актиномикозни комплекс даво қилиш керак.

1. Ярани маҳаллий жарроҳлик йўли билан турли хил усууллар орқали даволаш.
2. Иммунитетга спецефик таъсир қилиш .
3. Организм реактивлигини ошириш
4. Йирингли инфекцияларни олдиниолиш ва уларга қарши курашиш .
5. Яллиғланишга қарши соматик умумий касалликларни даволаш ва уларни жисмоний чиниктириш.

Актиномикозни жарроҳлик йўли билан даволаш қўйидагиларни ўз ичига олади.

1. Актиномикоз ўчоғи бўлган тишларни олиб ташлаш.
2. Юмшоқ ва суюк тўқимасидаги актиномикоз ўчогини очиш ва тозалаш , хосил бўлган ҳосилаларни олиб ташлаш, жарроҳлик амалиёти ҳажми актиномикоз шаклига қараб бўлади.

Актиномикоз ўчогини очгандан кейин парвариш муҳим аҳамиятга эга , жароҳатга дренаж қўйилиб грануляциялардан тозаланади ва зааралangan тўқима 5%ли йоднинг спиртли эритмаси ва йодаформ кукуни сепиб қўйилади, агар иккиласми чи йирингли инфекция қўшилган бўлса антибиотиклар, ферментлар, бактериофаглар, иммунпрепаратлар қилинади. Актиномикозда нормадаги яллиғланиш жараёни кечади ва бунга актинолизат ёки маҳсус танланган иммуномодуляторлар, шунингдек умумкуватловчи дорилар ва биологик актив дорилар берилади.

Интоксикацияни йўқотиш учун вена ичига реополиглюкин, витаминалар билан биргаликда кокарбоксилаза буюрилади. Сурункали интоксикацияда поли витаминалар микро элементлар билан биргаликда энтеросорбителлар, кўп миқдорда суюқ дамламалар ва балиқ ёғи буюрилади. Давони 7-10 кун давомида ўтказиб, 7-10 кун дам олинади ва даво қайтадан ўтказилади. Даво курси 2-3 марта 1-2 курсдан сўнг уларга иммуномодуляторлар: Т-активин, тимозин, тимолин, актинолизат, стафилококли анатоксин, левамизол буюрилади. Актиномикоз жараёнида беморларни даволашда антибактериал, фарментатив, комплексли инфузион терапия, гемодинамикани коррекция қилиш, метаболик бузилишларни бартараф қилишва дезинтоксикация чора тадбирларни ўтказиш керак. Десенсибилизация ва умумий қувватловчи дорилар буюрилади. Витаминалардан В1 ва “С” гурухи, кокарбоксилаза, АТФ тайинланади. Бундай курсдан кейин иммунологик текширувлар ўтказилиб, иммунотерапия ўтказилади. Иммунотерапияни актинолизат ва левомизол билан ўтказилади. Агар актинолизат бўлмаса бошқа иммуномодуляторлар қўлланилади.

Комплекс даволашда умумий қувватловчи даволаш муҳим аҳамиятга эга. Гемотерапия, антигенстимуляторлар ва умумий қувватловчи-поливитаминалар, витамин В1, В2, С, алоэ экстракти, продигиозан, пентоксил, метилурацил буюрилади. Дезинтоксикационтерапия: гемосорбция,

плазмофорез, УФО, лазер нурлари ёрдамида қонни заарсизлантириш керак. Агарт иккиламчи йирингли инфекциялар қўшилса, бу даво қайта ўтказилади.

Чет эл мутахасислари жарроҳлик даво курсларини антибиотиклар билан тўлдирилишини айтган, айниқса пенициллин гурухидаги дорилар метронидозол билан ва уни ўрнини босувчи цефалоспоринлар, клиндамицин, тетрациклин шунингдек йодли электрафорез, бундай даво 6-8 ой давомида ўтказилади.

Прогноз: кўп ҳолларда яхши.

Профилактика: оғиз бўшлиғи санация қилинади, одонтоген, стоматаген потологик ўчоклар бартараф қилинади. Имунитет коррекция қилиниб, инфекцияни организмга қаравшилигини аниқлаш керак.

### **СИЛ;**

Сил юқумли ёки трансмиссив касаллик ҳисобланади, кейинги йилларда силнинг жағ-юз, оғиз бўшлиғи соҳаларда учраши билан бир қаторда касалликни янги оғир турлари келиб чиқмокда. ЖСС ва миллатларара ташкилотлар маълумотига кўра сил ва ўпка касалликлари билан йилига 8-10 млн киши зараланиб 3-5 млн ўлим билан тугайди ва бунда сил билан касалланиш 9% га ошади. ЖСС бутун ер шарида сил билан касалланган беморлар 20% ни ташкил қилади ва улар бу орттирилган касаллик бўлиб қолмасдан, иқтисодий жиҳатдан ривожланган давлатлар европа ва америкада учрашини хам айтган. Россияда 1995 йил 1991 йилларда сил билан касалланиш 2 марта ошганлиги аниқланган, бу эса хаёт тарзини ёмонлашувини, яхши овқатланмаслик, стрессли муаммолар, аҳоли ўртасида миграцияни кучайиши, ва силга қарши тиббий чора тадбирлар кўрсатиш сифатини ёмонлашуви касалликни келиб чиқишига сабаб бўлмоқда. Яна микобактериялар тамонидан чақирилган сил кўпайиб бормокда.

### **Этиологияси**

Кўзгатувчи – сил микобактерияси жуда кўп учраб, улар бир канча турларга, формаларга бўлинади.

### **Патогенези**

Касаллик тарқатувчи сил билан оғриган беморлар ҳисобланади. Кам ҳолларда алиментар яъни касалланган сигир сути орқали ўтиши мумкин. Касалликни ривожланишида одам имунитети ва одам организми микробга чидамлилиги муҳим аҳамиятга эга. Чет эл текширувлари шуни кўрсатадаки сил патогенези диабет, гемобластоз, картикостериод препаратларини қабул қиласиган беморлар ВИЧ билан касалланганда кўпроқ учрайди.

Зараланишга қараб бирламчи ва иккиламчи сил учрайди. Бирламчи тури юз -жағ лимфа тугунларига, тиш, томоқ, шиллик қаватлар орқали сил инфекциясини тушиши сабабли пайдо бўлади. Микобактериянинг оғиз бўшлиғига биринчи тушишида спецефик лимфоаденит ривожланади. Лекин бирламчи сил 7-10 % ВИЧ билан касалланганларда учрайди. иккиламчи сил эса актив сил жараёнида пайдо бўлади.

### **Патологик анатомияси.**

Силнинг марфологик манзараси сил микобактерияси атрофида ривожланган тўқима реакциясини яъни юқумли гранулема шаклида – бу эса яллиғланиш белгиси ҳисобланади. Сил шиши орқага қайтиб казеоз ўчоқ ҳосил қиласиди.

### **Клиникаси**

ЮЖС тери, шиллик қават, шиллик усти асоси, тери ости ёғ клечаткаси, сўлак безлари, жағларда учрайди. Лимфотик тугунларнинг бирламчи зараланиш сили охирги вақтларда кўп учрайдиган бўлиб қолди, лимфа тугуни касалликлари ичидаги 75-80 % ни ташкил қиласди. Бирламчи сил одатда тери, оғиз бўшлиги шиллик қавати, лимфа тугунларини заарлайди. Лимфа тугунлари қаттиқлашиб кейинчалик бу тоғай ёки суюқдай қаттиқлашади. Айрим bemорларда лимфа тугунлари ташқарига чиқиб қолиб, секрет ажратади кейинчалик эса кўпол чандиқлар ҳосил қиласди. Кўпинча касаллик баҳор ва кузда қўзғалади, яна ёмон омиллар таъсир қилганда: инфекция, стресс, совуқотиш, интеркурент касалликларда кучаяди.

Охирги йилларда лимфоденитнинг сил формаси ҳомиладор ва ёши катта кишиларда кўпроқ учрамоқда. Касаллик ўткир бошланиб, интоксикация кузатилади. Маҳаллий кўриниши типик. Сил жараёни бирламчи скрофулодермалар шаклида кечиши мумкин, бу эса тери ости ёғ клечаткаси ва терида ўчоқ ҳосил қиласди. Кейинчалик совуқ абсцесс кузатилиб юлдузчасимон, кўприксимон, чандиқлар ҳосил бўлади.

**Иккиламчи тери сили**—скрофулодерма. Ёки коллективли сил, кўпинча болаларда, тери ва тери ости ёғ клечаткасида учрайди. Жараён жағ ва жағ олди лимфа тугунларининг сил ўчоқлари яқин жойда ҳосил бўлиб кам ҳолларда инфекция таркалади.

Скрофулодерма учун тери ости ёғ клечаткасида инфильтратларнинг тугунлар ва занжир шаклида ривожланиши характерли ўчоқ юзаки жойлашган бўлиб, атрафияланган тери билан қопланган. Кейинчалик жараён терига қараб таркалади. Инфильтрат ташқарига қараб катталашади ва ёрилади кейин окма яра ҳосил бўлади. Ёрилгандан кейин ўчоқ оч қизил ёки қизил бинафша рангда бўлади. Йирингни устини қават қоплаб туради. Жараён соғлом, терига ҳам тарқалиши мумкин. Ўчоқ битгандан сўнг чандиқлар ҳосил бўлади.

### **Иккиламчи сил лимфоаденити**.

Кўп учрайдиган турлардан ҳисобланади. Ўпка, ичак ва суюқ силидан кейин ривожланади. Касаллик кўпинча сурункали кечади. Тана ҳарорати субфебрил, умумий ҳолсизлик, иштаҳани йўқолиши билан кечади.

Айрим bemорларда ўткир кечиши мумкин, бунда тана ҳарорати кўтарилиб кетади, интоксикация белгилари кузатилади, лимфа тугунлар катталашади, палпация унчалик оғрикли эмас, аста-секин йиринглаб ёрилади.

### **Сўлак бези сили**

Кам учрайди, сўлак безига гемотоген, лимфоген кам ҳолларда контакт йўл билан тарқалади. Касаллик кўпинча қулоқ олди, кам ҳолларда пастки жағости сўлак безида жойлашади. Қулоқ олди бези зараланганда ўчоқли ёки диффуз бўлиши мумкин. Пастки жағости бези зараланганда—диффуз зарарланиши мумкин. Клиникасида зичлашганлиги кузатилиб, оғриғли бўлиши мумкин, тери сал осилган ранги унча ўзгармайди, вақт ўтиши билан тери осилиб ёрилади ва оқма яра ҳосил бўлади. Бездан сўлак ажралиб туриши мумкин. Заарланган тамонда мимика ммушаклари параличи кузатилиши мумкин. Рентген текшируvida ўчоқ аниқланади. Сиолаграфияда безлар йўлида чандиқлар пайдо бўлади.

### **Жағ сили.**

Иккиламчи ривожланади.

Шунинг учун ҳам қуидаги бўлади:

1. бирламчи силда суюкларни заарланиши.
2. актив силда суюкларни заарланиши.

Касаллик кўриниши бошида суюқдаги ўчокда оғрик бўлмайди. Лекин бошқа қисмларга тарқалади, юмшоқ тўқималарга тарқалгандан сўнг оғрик пайдо бўлади. Агар жараён суюқ ичида бўлса, бунда инфильтрация жағлараро юмшоқ тўқималарда кузатилади. Терига ёпишиб ранги қизил рангдан кўк рангтагча ўзгаради. Бунда битта ёки бир нечта совуқ абсцесслар бўлиб, ўзидан ўзи ёрилиш хусусиятига эга бўлиб, ёрилганда сувли экссудат ажралади. Кейин бир нечта оқмалар пайдо бўлади. Зонд билан текширгандан суюқда ўчок борлиги аниқланади, ва у грануляция билан тўлган бўлади. Кейин аста- секинлик билан бу ўчоқлар битиб қолади. Чандиклар қолади. Одатда оқмалар бир неча йилгача сақланиши мумкин. Рентген тасвирида суюқ резорбцияси кузатилади.

### **Сил волчанкаси.**

Юз терисида жойлашиб жараён юзаки бўлиши ёки аралаш бўлиши мумкин. Юз териси ва оғиз бўшлиғи ва бурун шиллиқ қавати сил волчанкаси сифатида кечади.

Бошқа бирламчи эритема ва иккиламчи сил жағ- юз ва оғиз бўшлиғида кам учрайди.

### **Диагностика.**

Бир қанча усууллар ёрдамида амалга оширилади. Туберкулинодиагностика ўтказилади. Туберкулин эритмалари турли усуулларда кўлланилади. (манту, пирке, Кох синамалари). Ўпка рентгенограммаси, экмалар ўтказилади. Аниқ ташхис қўйиш учун патогистологик текширув ўтказилади.

Дифференциал диагностика. Юз -жағ оғиз бўшлиғи силини аниқлаш бироз қийинчиликлар туғдиради. Бирламчи ва иккиламчи силни абсцес лимфаденит, жағнинг сурункали остеомиелити, актиномикоз, сифилис ва хавфли ўсмалардан ажрата олиш керак. Скрофулодермани тери ва тери ости актиномикози билан қиёслаш керак. Тери ва тери ости актиномикози сил шишишидан ажралиб туради. Уларни ёрганда актиномикозда йиринг, силда эса сузмасимон (творогсимон) суюқлик ажралади. Бу эса ташхис қўйишга ёрдам беради.

### **Даволаш.**

Даво мазсуслашган фтизатор даволаш муассаларида утказиш керак. Умумий даволаш махаллий даволашни урнини коплаши керак: оғиз бушлиги саноцияси. Жаррохлик алмашинуви асосий курсатмага асосан утказилади. Силга карши даво утказилади. Учок очилади ва тозаланади. Яра битиши учун йодоформ аралашмаси тампон билан тампонада килинади. Икки йил давомида кузатувда булади.

### **Прогноз:**

Яхши, уз вактида даволанса силга карши даво курилса.

Олдини олиш. Кариес тишларни даволаш керак. Шиллик кават пародонт касалликларни даволаш оғиз бушлиги гигиенасига эътибор бериш керак.

### **Захм.**

Захм-сурункали юкумли таносил касаллиги булиб, барча орган ва тукималарни, шу жумладан юз жаг соҳасида ҳам учрайди.

### **Этиологияси.**

Захм кузгатувчиси- ок трипанемалар булиб, спиралсимон булади. Купинча юкумли шаклдларда. Спиралсимон кайталаниш –атипик шакли кузгатади.

### **Патогенез.**

Жинсий йул оркали юкади. Ок трипанемалар заарланган шилликк кават ва тери бутунлиги бузилганда тушиши мумкин. Бу касаллик жинсий йул оркали юкмаслиги мумкин. Замонавий узгаришлар юкумли ва юкумсиз шаклга булинади.

Бирламчи захм.

Клиник манзараси.

Касаллик ривожланишида яширин, бирламчи, иккиламчи, учламчи даврлар тафовут килинади. Захмнинг юз танаси, жаг ва оғиз бушлигига касалликнинг бирламчи иккиламчи учламчи даврлари учрайди. Айрим узгаришлар тугма захмда хам кузатилади.

Бирламчи даврда шиллик кавтларда, яъни оғиз бушлигига бирламчи захм ёки каттик шанқр хосил булади. Бу каттик шанқр тил, лабларда инфильтрат шаклларда пайдо булади. Айрим вактларда каттик шанқр атипик кечиши мумкин. Амигдалит шанқр тамокда бир тамонлама гипотрофия шаклида булади. Бунда товуш узгариши ва буйин ва пастки жаг остида лимфа тугуллари бир тамонлама заарланади. Захмнинг иккиламчи даврида буйин ва юз терисида разеал шаклидаги элементлар пайдо булади. Бу эса лаб атрофи, тил, лунж, юмшок танглай, тамокка утади, пустула ва папулёз элементлар пайдо булади.

Суяқ усти захмининг иккиламчи тури кам холларда учрайди. Ва суяқ усти пардасини тулик эгаллади. Бу специфик заарланиш секин кечиши билан кечади. Заарланган суяқ усти кисми калинлашади.

Захмнинг учламчи даври 3-6 йилдан сунг ривожланиб гумма хосил килади. Ва бу шиллик каватда жойлашади. Лекин бу тури унча куп учрамайди.

### **Диагностика.**

Вассерман реакцияси бу ташхисни аникланади. Ва бошка серологик текшириш утказилади. Заарланган тукимани микробиологик ва патомарфологик текширувлар утказилади.

### **Киёсий ташхис.**

Оғиз бушлиги, тиш ва жаглардаги захмни аниклаш кийинчилик олиб келади. Захмнинг лабдаги бирламчи шакли хавфли усмани эслатади. Лекин саратон яралари чукур ва зич булиб юзаки конаб туради. Хал килувчи текширув бу марфологик текширувлар хисобланади. Оғиз бушлиги шиллик кавати гумма шаклидаги учламчи даврида умумий симптомлар жароҳатлар оқибатида келиб чикадиган яралар хосил булади. Охири эса юмшок хосила, оғрикли булади. Гуммозли глосситни тил сили ва яралари билан таккослаш керак.

Айримда гуммозли жараён хавфли усмани эслатади.

### **Даволаш.**

Махсус таносил касалликларини даволовчи стационар ёки диспансерларда даволанади. Оғиз бушлиги ва жаг захмини умумий даволаш билан бир каторда маҳаллий даво утказилади. Захм элементлари, яраларни хар

хил антисептик эритмалар (хлорамин билан 0,5-2% хлоргексидин билан) зарарсизлантирилади. Хар уч кунда 10% хром ишкори билан куйдирилади. Жаг захмида суюк тукимасида тиш пульпаси электр утказувчанилиги аникланади, курсатмага кура некрозга учраган тукима трепанациялар клинади. Сурункали периодонтит умумий принциплар оркали. Даволанади. Специфик периодонтит, тишлар кимирлаб колса хам уларни олиб ташламайди. Курсатмаларга кура тиш канали пломба килинади, кейин специфик даво килинади.

Иккиламчи йирингли касалликлар кушилганда дори дармонлар билан умумий ва махаллий даволанади бу эса микроб флорасига таъсир килади. Жаррохлик йули секвестр хосил булса хам курсатма берилмайди. Оғиз бушлиги гигиенасига эътибор бериш керак, тиш тошлари олиб ташланади, туалети утказилади.

### **Прогноз.**

Уз вактида даволаб, диспансер назоратида булса яхши булади. Касалликдан кейин юзда, оғиз бушлиги, каттиқ танглайда пайдо булган дефектлар жаррохлик йули билан тузалади.

### **ВИЧ инфекцияси**

Синоними ОИТС ортирилган иммунитет танкислиги синдроми. ВИЧ одамда аста секин ривожланиб борадиган касаллик булиб, иммунитет такислиги ва оппортунистик инфекциялар аникланади. Бу касалликда одамда химоя реакцияси ва нервни бошқариш бузилади.

ВИЧ касаллиги мустакил касаллик хисобланмайди, хар хил симптоматик белгилар кузатилади. Бу эса одам организми иммун системаси ва нерв психик бошқарувни бузилиши натижасида ривожланади. Иккиламчи заарланишлар кузатилади. Бу эса улимга олиб келади. Айрим иккиламчи белгилар юз жаг соҳасида кузатилади.

СПИД хакида биринчи булиб 1981 й ОИТС хакида маълумот пайдо булган. Уша пайт Америка федирал маркази касаликларни назорат килишда айрим касалликлар тугрисида маълумотлар нашр этилган бу эса асосан гомасеквалислар ичидаги учраган. Хозирги пайтда ВИЧ инфекцияси билан касалланиш шоиб бормокда бизнинг мамлакатимизда бу касаллик камрок учрамоқда, Кариб ороллари, Африка давлатлари ва АҚШ да куп учрамоқда. Бу эса тиббиётда энг асосий муаммолардан хисобланади хозирги вактда бу касаллик билан касалланиш 10-20 млн аҳолини ташкил килади. Бутун жаҳон согликни саклаш малумотига кура 2000 йил ВИЧ инфекция билан заарланиш усуб, улганлар 20 млн кишини ташкил килади. 1989 йил бизни мамлакатимизда касаллик ташиб юрувчилар 112 тани ташкил килган, 334 таси касалланган .

Охири 3 йил ичидаги ВИЧ инфекция билан касалланиш усуб бормоқда кейинги йилларда Россияда касаллик усииши кутилмоқда .

### **Этиология**

ВИЧ инфекция имун танкислиги вируси чакириб ретро вирусга киради. Улар фермент саклаб, кайта транскриптаза булади

РНК ва ДНК гамалумот беради. Вирус лимфацитларни манацит – макрофаг, нерв хужайраларини жаарлайди булар эса организмда химоя хужайраларини заарлайди асосан т хужайраларини ва бунинг окибатида имунитет танкислиги кузатилиб патологик жараёнлар ва хавфли усмилар пайдо булишига олиб келади

### **Клиник манзараси**

Пакровски В.И га кура ВИЧ инфексия кечишини 4 та поганага булади

1. касаланиш
2. ССК билан бөлгөн ОИТС комплекслари
3. оралик
4. кечки

касаликнинг яширин даври касаликнинг кечишидан бошлаб анти таналарнинг ишлаб чикишигача давом этади. Бу даврда фарингит диареа кузатилади. Терида тошмалар кузатилиб жигар ва толок катталашади.

Оғир формасида мининггит ёки энцифалит ёки икаласи биргаликда кечиши мумкин. Оғиз бушлигиде симтомлар куйидаги таснифга булинади: тукли лейкоплакия, микати инфекциялар (кандидоз гито пиариоз, криптамикоз гестарикоз) бактериал инфекциялар гингивит, кайталаувчи стоматит таркалган парадонтоз неопластик жарохатлар.

### **Капаши саркомаси**

Жаг олди цеплюлитлар, невротик заарланишлар, невропатия (юз нерви парези), вирусли инфекциялар (вирусли герпес, цетолиголовируслар, Эпстайн-Барр вируси, тукли лейкоплакия, эпителлял гиперплазия, кандидоз). Яна бундан ташкари ОИТС Билан биргаликда токсик эпидемоид, идиопатик тромбоситопения, ксеротомия мелоногиперпигментация ва сил кечиши мумкин.

Бу таснифда куп учрайдиган лимфаодинапатия, кандидозлар, лейкоплакиялар, гингивопародонтал узгаришлар. Яна бундан ташкари некротик гингивит. Таркалган парадонтоз, вирусли стоматитлар ва ксеротомия купрок учрайди. Иккиламчи касалликлар ВИЧ -инфекциясини (ОИВ) касаллик кечиши кийинлашади умумий интоксикация ва кохикция билан бирга яллигланиш жараёнлар кузатилади стоматологик жараёнда оғиз бушлигига этибор беришимиз мумкин.

Оғиздаги узгаришлар: лимфаодинопатия, кандидозлар неопластик касалликлар лейкоплакил гингивит, пародонтал узгаришлар, стоматитлар ва ксеростомияларни аниклаш керак. Лимфаодинопатия лимфа тугунларининг катталашуви билан кечади. Шу жумладан юзва буйин тугунлари хам каталашади.

### **Оғиз кандидози:**

Оғиз бушлигига кечадиган аналогик узгаришлар билан биргаликда кечади. Кандидоз яра шаклида учрайди ОИВ инфекцияси гомосексуалистларда бошқача кечади замбуругли касалликлар антибиотикли терапиядан кейин чакирилга замбуруглар Билан киёслаш керак. бактериал заарланишлар некротик гингивит, таркалган парадонтоз шаклида кечиши мумкин. Оғиз бушлигига герпес тошмалар пайдо булади. шиллик каватда яралар хосил булади. Улар оғрикли булиб эпителиизацияга учрамайди. Тукли лейкоплакия факт шиллик каватда ОИВ билан оғриган беморларда купинча тилда. Тилни нг лунжга утиш жоида учрайди. оғиз бушлигига герпетик тошмалар Билан биргаликда кечади оғиз бушлигига этибор бериш керак бу ерда автозли яралар некротик жараёнлар кучайган булади идиопатик тромбоцитопеник пурпуралар эксимози мелоногиперпигментация, сулак безлари катталашуви кузатилади. Юзниң периферик нервлари ва уч шохли нерв – мимик мушаклар фалажи ва невропатия шаклида заарланиши мумкин. неопластик касалликлар ичиди юз жаг соҳасида куп учокли лейкоэнцифалопатия лимфома капоши саркомаси ва оғиз бушлиги саркомасиусиб боради. Капоши саркомаси лимфа томирлардан

ташкил топиб, милк шиллик каватига пигмент шаклида усиб боради ва алвөйоляр усиги ва танглай шиллик каватига таркалади.

### **Диагностика**

Стоматологлар бошка шифокорларга нисбатан тезрок аниклаб ва беморларни бошка текширувларга юбориб уларни поликлиникадаги стоматология диспансер руйхатига олиш керак. В.Rinr фикрига кура амалиётда гиёхвандлар. Гомосексуалистлар, гемофлия билан огриган bemорларга этибор бериш керак. В.И.Покровский эса купинча ОИВ да типик узгаришлар яни таркалган кондидоз, герпетик тошмалар, капоши саркомаси учраши характерлидир. Бошка заарланишларда эса (сепсис остеомиелит, лимфомалар. Иммунобластик саркомалар, ва огиз бушлигининг бошка к-кда) асосий текширувлар талаб килади ва вирусни аниклаш ташхисини тасдиклайди.

Аник усууллардан бири бу иммуносарбент таяниш хисобланади.

Серодиагностика ва ОИВ-инфекциясини аниклаш маҳсуслаштрилган марказларда утказилиб, у ерда диагностика учун иммунофермент усууллар кулланилади. Агар унда аник булмаса иммун-блатинг усули утказилади имунитетни урганиш дефект ва заарланган системани аниклайди лекин уни ОИВН аниклашда ахамиятаг эга эмас.

Дунё амалётида купинча ОИВ иккиласми касалликлардан кейин аникланади икиласми касалликлар эса ОИВ ни ривожланишида ОИТС ни диагностика килишда индикатор хисобланади. Тугри ташхис куйишда куп омилларни олдини олишимиз яни узок муддатда кортикостероидларни ёки боша имун интересив терапия куламаслик олдини олишимиз мумкин лимфогранулематоз лимфоидли лекемия, куп учокли меланома, саркоманинг хар хил тури, тугма ва ортирилган иммун дефектлари ва имунологик этишмовчиликларни олдини олишимиз мумкин.

ОИТС ташхиси ОИВ диагностикаси утказилмаган тагдирда bemорларда кандидоз, трахия, бронхлар, упка кандидозлари крипта какоз, упкадан ташкарида бир ой давом этса bemорга ОИТС ташхиси куйилади цетомегало виркс, герпик вируслар Капоши саркомаси. 60 ёшдан кичик булган bemорлар бирламчи лимфома терида ялигланиш жараёни лимфа тугунлари заарланса ОИТС ташхиси куйилади.

Лаборатор текширувдан кейин куйидаги касалликлар учраса: болаларда куп ва кайталанувчи инфекциялар диссемиллашган калцидимикоз диссемиллашган гистапиориоз, ёшидан каттий назар Капаши саркомаси учраши изопсариоз деорея билан биргаликда келса салманелёзли септисемия кузатилса бундай bemорларга ОИТС ташхиси куйишимиз мумкин.

### **Даволаш:**

Текшириш натижаларига бояглиқ системали касалликлар ва усмаларни даволаш керак кейинги йилларда вирусга карши препаратлар яхши натижа бермокда шу билан биргаликда азидантимидин хам лекин хамма усууллар хам яхши натижа бермокда.

### **Олдини олиш**

Диспансер назороти тугри хаёт кечириш турмуш тарзини тушунтириш. Тиббий ходимлар хавфсизлигини таминлаш инструментларни заарсизлантириш керак буларни хаммасини биринчи уринда стоматологлар риоя килиш керак. Хирургик стоматологияда муолажалар вактида эпидемиологик мажбуриятларга риоя килиш керак. Бундай bemорлар билан ишлаганда икки каватли резина кулкоплар билан ишлаш керак. Операциядан

кейин хамиша асбобларни биксга солиб заарлантириш керак булади. Тиббий ходимни деспанцеризация килиб, у ОИТС ва ОИВ хакида маълумотга эга булиши керак. Стоматологик материалларни заарлантириш уларни сулак ва конндан тозалаш тушунилади. Лабораторияга юборишдан олдин ортодонтик ва ортопидик конструкцияларни тозалаш ва дезинфекциялаш керак . Бор машиналар учлари ишлатилиб булингандан сунг окар сувда ювилиб тозаланади материал билан артиб детерент билан зарасизлантириб дистерланган сувда ювилади....

### **Адабиётлар:**

1. Робустова Т.Г., “Хирургическая стоматология Москва, 2000г.
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. – Руководства по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Москва: «Медицина», 2000, том 1.
3. «Хирургическая стоматология» Евдокимов А. И., Васильев Г.А. Москва, 1964 г.
4. «Нома и ее последствия» (клиника и лечение) Автореферат канд. дисс. 1955 г.
5. Воспалительные заболевания ЧЛО. Под рек. Шаргородский А.Г. 1985-1989г.
6. Милыч М.В., Антоньев А.А. Сифилис//Руководство по кожным и венерическим болезням. — М., 1992.
7. Мордовцев В.Н., Шаповал М. И. Туберкулез кожи//Кожные и венерические болезни. — М.: Медицина, 1995. — С. 395—422.
8. Скрипкин Ю.К., Машкейлесон А.Л., Шарапова Г.Я. Руководство по кожным и венерическим болезням. — М.: Медицина, 1995. — 464 с.
9. Воспалительные заболевания чло. Солнцев 1989г.
10. «Oral medicine» (Irwin Walter Scopp),1969.
11. «Ora1 and maxillofacial surgery» (Gustav O.Kruger),1984.
12. «Ora1 diagnosis» (D.A.Kern etc),1983
13. Tyldesley W. Oral medicine. — Oxford — New York — Tokio. — 1989. — P. 231.
14. Kuiper E., Wiggerts H., Jonker G. et al. Disseminated actinomycosis due to actinomyces meyeri and actinobacillus actinomycetemcomitans//Scand J. infect. Dis. — 1992.— Vol. 24. - P. 667.

## AMALIY MASHG'ULOT № 1.

### JAG' SUYAKLARI O'TKIR, O'TKIR OSTI VA SURUNKALI ODONTOGEN OSTEOMIELITI.

#### Amaliy mashgulotning texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqtি	Faoliyat	Ta`lim oluvchilar
	Ta`lim beruvchi	
1-bosqich  O`quv mashg'ulotiga kirish	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni etkazish. Mavzu bo`yicha asosiy tushunchalar berish. Mashg'ulot rejasi bilan tanishtirish.	Tinglaydilar va yozib oladilar
10- daqqa	1.2. Adabiyotlar ro`yxatini berish (ilova №1)	Tinglaydilar va yozib oladilar
10- daqqa	1.3. Talabalarni aqliy xujumga tortish uchun jonlantiruvchi savollar berish. Mashg'ulot rejasi va tuzulishiga qarab ta`lim jarayonini tashkil etish bo`yicha xarakatlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
15- daqqa		
5- daqqa	1.4. Mashg'ulotda talabalar faoliyatini baxolash mezonlarni e'lon qilish. (ilova №2)	Tinglaydilar

2- bosqich		
Asosiy qism		
15- daqiqa	2.1. Talabalarni bilimini faollashtirish maqsadida mavzuning asosiy tushunchalari bo`yicha tezkor so`rov o`tkazish. (ilova №2). Mavzuning xar bir qismi bo`yicha xulosa qilinadi, eng asosiylariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muxokama qiladilar. Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
10- daqiqa	2.2. “Qora tulpor” o`yin materiallarni muhokama qilishni tashkillashtirish, ishlash qoidasi vaziyatlarini taxlil qilish muammolarni ifodalanishiga e'tibor berishga qaratish (ilova №3)	O`yin materiallarni muxokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
10-daqiqa	2.3. “Baliq skeleti” va konseptual jadval organeyzerlarini mustaqil taxlil qilish, muammoni ifodalashni, echish yo`llarini aniqlashni, so`ngra uni echish topshirig`ini berish.	Mustaqil ravishda taxlil qilish varag`ini to`ldiradilar, muammoni echadilar.
5- daqiqa		
10-daqiqa	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
30-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova №3.2)	Testni muxokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
10-daqiqa	2.6. Amaliy ko`nikmalarni bajarish va bo`limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg`ulot).	Bo`limda bemorlarni kuratciya qiladilar
10-daqiqa	Tanaffus	
3-bosqich		
Yakuniy	2.7. Talabalarga ko`rgazmali qurollarni ko`rsatish (slaydlar, prezентatsiya, videofil`mlar), ularni izoxlash	
10-daqiqa		Savollar beradilar
10-daqiqa		
10-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo`yicha xulosa qilinadi. 3.2. Faol talabalar baxolanadi. Gurux bo`yicha baxolash mezonlari e`lon qilinadi.( Illova №5) 3.3. Mustaqil tayorgarlik ko`rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. ( Illova № 7)	Tinglaydilar Tinglaydilar va o`z o`zini baxolaydilar Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		4 soat

## **Fanlararo va fanlar ichra bog'liqliklar.**

Ushbu mavzuning ukitilishi talabalarning bilimi va asoslariga: anatomiya, gistologiya, normal va patologik fiziologiya YUJS. Mashgulot vaktida egallangan bilimlarni kullashda bunda anatomiya, bolalar stomatologiyasi va boshka klinik fanlar utiladi, shuningdek, fanlarni ukitilishida shunday Xirurgik stomatologiya uchun kerakli bulgan barcha ma'lumotlarni, kasalliklar tugrisida axborotlarni etkazish,xamda davolvsh printsiplarini xam tushuntiriladi.

### **Interaktiv metod: «Kor parchasi» printsipi asosida taxsil berish uslubi**

Bu uslubda talabalar 2,4, 8 kishidan iborat guruxga bulinib, muloxaza yuritishadi. Bu uslubning yaxshi tomoni shundaki ,kam kuch sarflab, gurux orasidagi tavofutni tekislash.Ukituvchi talabalarga muammoni muqakil xal kilishni taklif kiladi. Mayda guruxlar uzaro muxokamadan keyin, ya`ni 4 guruxga bulingan bulsa, muxokamadan sung guruxlar 2 guruxga birlashib, yana muxokama kilib bir butun guruxga kushilib boradi. Natijada yaxshi alovida muxokama kilingan umumiyl fikr xosil kilinadi. Bu uslubda xar bir talaba ishslash davomida uz fikrini berishga xarakat kiladi.

Uslubning moxiyati jixatidan uqunlik tomonlari:

- Xar bir talaba uzi masalani xal kiladi
- Muloxaza davrida xar bir kichik gurux uz javobini asoslashga xarakat kiladi
- Masala bir necha guruxda xal kilinayotganidan bir necha marta takrorlanadi, xamda eslash va bilimini muqaxkamlashga olib keladi.

### **Nazariy qism.**

#### **Jag'larning odontogen osteomieliti.**

Osteomielit deganda yallig'lanish jarayoni nafastat suyak ko'migida, balki suyak qruktur qismlarida va uni o`rab turuvchi yumshoq to`qimalarida uchrashi tushuniladi. "panosit" termini kasallikni nechog'lik keng tushuntirishiga qaramasdan uncha keng tarqalmadi.

B.V. Panikarovskiy va A.S. Grigor'yan (1975 yil) fikricha "osteomielit" atamasi suyak yallig'lanishini patologik jarayon tabiatini, uning patologiyasi va morfogenezini to`liq o`zida aks ettiradi.

A.G. SHargarodskiy (1986 yil) quyidagi ta`rifni beradi: jag'lar osteomieliti infektion yiringli nekrotik jarayon bo`lib, neyrogumoral o`zgarishlar va daqlabki sensibilizaqiya fonida aggressiv, fizik, ximik yoki biologik tabiatga ega bo`lgan faktorlar ta`siri ostida suyak va uni atrofidagi to`qimalarida rivojlanadi.

I.I. Ermalaev (1977 yil) ta`kidlashicha, osteomielit bu har qanday suyakning yiringli yallig'lanishi emas, balki o`zida nekrotik komponent tutuvchi jarayondir.

#### **Jag'lar osteomieliti bo`lishi mumkin :**

- 1.Odontogen (qomatogen )
2. Travmatik : o`qotar va maishiy

3. Gematogen
4. Spetsifik
5. Jag'larning nurdan nekrozi

### **Tasnif**

Kasalliklarni jahon tasnifini 9 qayta ko'rishdan keyin (1975 yil) quyidagi shakllar ajratib o'tilgan :

- O'tkir osteomielit (730.0)
- Surunkali osteomielit(730.1)
- Aniqlanmagan osteomielit(730.2)
- Osteoid osteomielit (Yangi tug'ilganlarda),
- Jag'lar periostiti (o'tkir surunkali yiringli) «yallig'lanish holatlari» nomli alohida bo`limga kiritilgan (526.4)

Tabiiyki jahon tasnifi kliniqiqlar talabiga javob bermaydi , ideal tasnif tuzish amaliy tuzib bo`lmaydi.

### **M.M Salav'yov bo'yicha jag'larning odontogen osteomielitlar tasnifi**

Klinik rentgenologik osteomielit formalari	Kasallik fazasi	Infekcion yallig'lanish jarayonini tarqalishi bo'yicha	Destrukqiya xarakteriga qarab	Kasallik kechishiga qarab
Odontogen yiringli	O'tkir, o'tkir osti	1. CHegaralangan 2. O'choqli 3. Diffuz		
Destruktiv	O'tkir O'tkir osti		Litik sekveqrli	
Giperostoz	O'tkir, o'tkir osti			
Surunkali destruktiv	O'tkir, o'tkir osti		Litik sekveqrli	A)Birlamchi-o'tkir osti B)Reqidivlanuvchi
Surunkali giperostoz	O'tkir, o'tkir osti			A)Birlamchi-o'tkir osti B)Reqidivlanuvchi

Kliniko rentgenologik ko`rinish asosida bu tasnifda jag'larning odontogen osteomielit turlari ajratilgan.

Odontogen yiringli osteomieliti, yallig'lanish ekssudativ komponent kuzatilishi xarakterli bo`lib, bunda klinik rentgenologik belgilariga ko`ra suyak to`qimasi

destrukqiyasi yaqqol namoyon bo`ladi. Bundan oldingi ishlarda boshqa mualliflar bu kasallik turini o`tkir yoki abortiv osteomieliti, tranzitor ostit deb yozilgan.

Odontogen destruktiv osteomielit, bunda kliniko rentgenologik belgilariga ko`ra suyak to`qimasi destrukqiyasi yaqqol namoyon bo`ladi bu guruhga fastat osteomielitning destruktiv formalari kiritildi, ularda demorkaqiya va suyakning nekrozlangan to`qimasini chiqib ketishi o`rta muddatda amalga oshiradi: patologik jarayon pastki jag' al'veolyar o`sintasida va yukori jag' sohasida lokalizaqiyalanganda – 4-5 haftada, pastki jag'ni shoxi va tana qismiga lokalizaqiyalanganda – 6-8 haftada.

M.M Salav'yov odontogen destruktiv osteomielit rivojlanishini o`tkir va o`tkir osti fazalariga bo`ladi. Suyak to`qimasi destrukqiya xarakteriga ko`ra litik va sekveqr formasi bo`ladi. Infektion yallig'lanish jarayon tarqalishi bo`yicha (V.I Luk'yanenko 1968y 1986y, M.M Salav'yov 1969y, T.M Alixova 1977y va boshqalar) chegaralangan, o`choqli va diffuz destruktiv osteomielit ajratiladi.

Bu mualliflar fikricha chegaralangan osteomielit bo`lib jag' tanasi zararlanishisiz 1-2 kam hollarda 3 tish sohasida jag' al'veolyar qismini chegaralangan yallig'lanish jarayonlari hisoblanadi. Kechishi xavfsiz kasallik rivojlanish muddati davomli emas. Radikal jarrohlik aralashuvidan keyin kasallikni reqidivli o`tkirlashuvi deyarli kuzatilmaydi. Jag'ning bitta anatomik qismini yallig'lanish jarayoni natijasida zararlanishi o`choqli osteomielit bo`lib hisoblanadi: jag'ning tanasi burchagi shoxi va boshqalar. Jag'ni 2 yoki undan ortiq anatomik qismini zararlanishi diffuz osteomielit hisoblanadi.

CHAQOTA: turli xil mualliflarni ma'lumotiga ko`ra jag'lar osteomielitini chaqotasi har xil. P.T Naomov ma'lumotiga ko`ra 1976 yil klinikaga gospitalizaqiya qilinganlarni 11,26%ni tashkil qiladi. A.G SHargorodskiy 15,2% haqida ma'lumot beradi. V.I Luk'yanenko 1986 yil ma'lumotiga ko`ra 89,1% ni tashkil qiladi.

Berilgan adabiyotlar va bizning kuzatuvlari shuni ko`rsatadiki odontogen osteomieliti har xil yoshdagи odamlarda uchraydi. Birost 4-7 yoshli bolalarda va 20-40 yoshda ko`proq uchraydi. G.V Naomov va T.M Chernyapina ma'lumotiga ko`ra jag'larni odontogen osteomielit bilan og'rigan 20-40 yoshdagи odamlar bemorlar 41%ni tashkil qiladi.

### **Osteomielit patogenezining teoriyalari.**

Tomirli yoki embolik teoriya Osteomielit patogenezining birinchi teoriyalardan bulib hisoblanadi. A.A Bobrova va Lexer.

Bu teoriylar mualliflari suyak to`qimalarini qon bilan ta`minlanishini o`ziga xosligidan kelib chiqadi. Bundan kelib chiqqan holda suyaklarning metafiz qismida qon tomir quyuq qon tomir turi bo`lib tomirlarning bir uchi yopilgan, bu erda qon ostimi sekinlashadi mualliflar o`ylashicha bu tomirlarni bir uchida bakterial embollarni mexanik ushlanib qolishiga olib keladi. Cho`kkан embol suyak to`qimaisini qon bilan ta`minlanishi buzilishi natijada yallig'lanish va to`qima nekrozi vujudga keladi.

### **Allergik teoriya.**

20 asr boshlarida N.Arthus G.P Saxarov quyonlarga ot zardobini teri ostiga 4-5 marta yuborganda in'ektsiya qilingan joyda jadal yallig'lanish reaksiyasi al'teraqiyasi

bilan uchraydi. Patogenez teoriyasini rivojlanishiga Smolenslik patologoanatom S.M Derijanova 1937-1940 yil hissasi katta.

Derijanov osteomielitlar keltirib chiqaradigan ishlarni tahlil qilib tajribachilarini 2 guruhga bo`ladi.

1) Hayvonlar suyak ko`migiga turli xil kimyoviy moddalar (ishqorlar kislotalar kroton yog'i va boshqalar)larni yuboruvchilar lekin bu holatlarda osteomielit chaqirmagan .

2) Suyak ko`migi mikroorganizmlar yuborilgan (yoki vena ichiga ) bu hollarda ham osteomielit kelib chiqmagan ,bu tajribalar travma natijasi asorati bo`lganda bundan iquesno.

Suyak ko`migiga infektsiyani bevosita kiritganda osteomielit chaqirish katta qiyinchilik tug'dirgan Orlov va Esaulov tajribalarida, suyaklarni sindirilishi ham osteomielit eksperimentini rivojlanishiga olib kelmagan. S.M Derejanov adabiyotni tahlil qilib, surunkali kechuvchi osteomielit suyak ko`migiga yuborgan infektsiya qon tomirga yuborgan mikroblar kimyoviy moddalar osteomielit keltirib chiqarmasligi haqida xulosaga keldi.

Odam osteomielitiga identik eksperimental osteomielit birinchi bo`lib S.M Derejanov tomonidan organizm sensibilizaqiya faktorini ishlatgan holda chaqirildi.

Derejanov 4 qismdan iborat tajribani amalgalashdi:

1 qismi : muallif ot zardobi bilan quyonlarda sensibilizaqiya chaqirdi. Keyin ruxsat etilgan zardob miqdorini suyak ko`migi bo`shlig'iga yubordi, aseptik allergik osteomielit keltirib chiqardi.

2 qismi : tajribalarda belgilangan miqdor 500000 ost qafilakokk mikroblar tanalarini yuborgan. Natijada birinchi qismdagagi giqologik o`zgarishlar kuzatilgan.

3 qismi : sensibilizaqiya maqsadida ruxsat etilgan zardob miqdori va ost qafilakokklar qo'llanilgan, osteomielitning nekrozli o`choqlar bilan o`tkir kechuvi.

4 qismi : sensibilizaqiya zardob va ruxsat etilgan qafilakokk miqdori bilan amalgalashdi. Oshirgan ruxsat etilgan miqdorni yuborishdan oldin hayvon gojeni taxta cho`p bilan savalanadi.

Bu qismda osteomielitni rivojlanish mexanizmi engil travma bilan bog'liq-cho`p bilar savalanishi. Bu travma bitta suyakda yiringli osteomielit kam miqdordagi mikroorganizmlar bilan keltirib chiqarishi mumkin.

O`zini izlanishlarida S.M Derejanov tomlarda tromblar embollar kuzatmadidi shuning uchun Lekser va Bobrov bu nazariyani inkor etadi tekshiruvlar natijasidan S.M Derejanov quyidagi xulosalarga keladi.

1 – O`tkir infektion osteomielit fastat sensibillangan odamda rivojlanadi

2 – Osteomielit sensibillangan odamda mudragan infektsiya va nospeqifik qo`zg'atuvchi travmalar sovuq qotishda rivojlanadi

3 – O`tkir osteomielitda bir vaqtning o`zida yallig'lanish jarayoni suyak ko`migi periost va yumshoq to`qimalarni zararlaydi.

YA.M Sneshko quyonlarda Derejanov bo`yicha tajribalar o`tkazdi, ular 2 guruhga bo`lindi.

1-Quyonlar ot zardobi bilan sensibillangan

2-Kontrol guruhi.Tajribalar jarayonida YA.M Sneshko quyonlarda jag' O.C.H.O.N ni keltirib chiqardi. Sensibillanmagan quyonlarda o`tkir osteomielit chaqirilmagan.

YA.M Sneshko odamda o`tkir jag' ostiemieliti fastat mikroblar va ularning faoliyati davomida ishlab chiqarilgan mahsulotlar bilan organizmni daqlabki sensibilizaqiyadan keyin kelib chiqishi mumkin degan xulosaga keladi. Derejanov ishlari va allergik teoriya bolalarda uchraydigan va jarayonni metafizlarida lokalizaqiyalanishini tushuntirib bera olmagan. I.S Vengerovskiy 1964 yil osteomielitda organizmda bo`ladigan har xil jarayonlarni allergiya bilan tushuntirish mumkin emasligini yozadi.

Osteomielitni nerv reflektor nazariyasi M.M Elanskiy 1954 yil tomonidan aytib o`tilgan. Unga ko`ra osteomielitni kelib chiqishi tomirlarni davomiylik spazmi manfaatlantirib qon aylanishini buzilishi bilan vujudga keladi. Vazospazmni keltirib chiqaruvchi faktorlar tashqi muhitdagi ta`sirlovchilar bo`lishi mumkin. Bunda sensibilizaqiya qanchalik muhimligini va yashirin infektsiya borligini inkor qilmaslik kerak. N.R.N asoslash uchun V.A Vashinskaya bir qancha tajribalar o`tkazdi S.M Derejanov metodikasini ko`llab u tajribalarni 1 qismida ko`pchilik quyonlarda osteomielit chaqirdi. Tajribani 2 qismida teng sharoitda allergeni ruxsat etilgan miqdoridan keyin antispastik moddalar yuborgan va osteomielitni rivojlanishi kamaygan. Tajribani 3 qismida suyak destruksiyasi borligida ganglioblokatorlar yuborganda jarayon rivojlanishi qaytar holatda.

Jag' osteomielit patogenezida markaziy nerv sistemasini o`rnini G.N Semenshenko aniqlagan. U pastki jag' nerviga metall uzukni qo`yan, bunda davomiy ta`sirni keltirib chiqargan (organizm sensibilizaqiyasini ham keltirib chiqargan) keyin pastki jag' tanasi preparovka qilingan va suyak ko`migiga mikroflora kiritilgan, bunda jag' osteomielitini keltirib chiqarilgan.

M.M Salav'yov bo`yicha osteomielit patogenezi haqida zamonaviy tushunchani antigen xususiyatiga ega zardob ostsilini periapikal infeksion yallig'lanish jarayonini o`rab turuvchi to`qimalarga tarqalishi bilan bog'laydi.

Osteon va oziqlantiruvchi kanallar orqali bu antigenlar suyak usti pardasi va fasqiylar aro kletchatkalarga etib boradi. Kapillyarlarni zich turi mavjudligi antigenlarni ularning devori orqali qon tomirga o`tishiga sharoit yaratadi. Bu erda ular qonda qirkulyaqiya qilayotgan antigenlar bilan birikib komplekslar hosil qiladi, ularning borligi Artyus Saxarov tipi bo`yicha fenomen immunopatologik reaksiya vujudga keladi, unga endoteliy jarohatlanishi, tomir ichida qon ivishi, mikrostirkulyaqiyani buzilishi, to`qima nekrozi va yallig'lanish jarayonini kelib chiqishi.

Bu tushuncha periostlarni jag' oldi flegmonalarni va abstsesslarni rivojlanishini tushuntirib berishi mumkin, bunda yiring suyak ichidan chiqmasdan birlamchi o`tkir infektsiya o`chog'idan bakterial antigenlarni jag' oldi yumshoq to`qimalariga o`tishi natijasida rivojlanadi.

Jag' oldi yumshoq to`qimlarni zararlanishini M.M Salav'yov quyidagi ravishda tushuntiradi: parodontda o`tkir o`choqli infektsiya bakterial antigenlari suyakni kompakt qismidan o`zlari tarqalishi mumkin jag' oldi yumshoq to`qimalariga ularni o`zi jarohatlash xususiyatiga ega emas. Sensibillashgan organizmlarda ularni antitelolar bilan uchrashish (T-limfostitlar hujayra membranasidagi erkin yoki fiksatsiyalangan) sharoiti kapillyarlar turi zich hujayra infl'traqiya sharoiti yaxshi vaskulyarizaqiyaga ega jag' oldi to`qimalarida yukori bo`ladi (suyak to`qimasiga nisbatan). Bu uchrashishdan hosil bo`lgan kompleks antigen – antitelo

immunopatologik reaktsiyalarni keltirib chiqarib ular to`qimani jarohatlanishini va yallig'lanishini keltirib chiqaradi.

Oldingi ma`ruzada periodontda surunkali jarayonni o`tkirlashuvi natijasida 80-90 % holatlarda YUJS ni o`tkir yiringli jarayonlari keltirib chiqaradi.

Surunkali o`choklar infektsiyasini o`tkirlashuvini sabablari nima.

Yukorida ta`kidlab o`tilgandek infeksion o`choq bilan bemor organizmi orasidagi muvozanat saqlanadi. Odontogen infektsiya uchun bar'er bo`lib biriktiruvchi to`qimali kapsula (granulema) hisoblanadi, u mikroblarni va ularni mahsulotlarini o`choqqa yaqin joylashgan to`qimalarga tarqalishini chegaralaydi ularni qon tomir o`tishini ham.

Muvozanat quyidagi holatlarda kuzatilishi mumkin.

1) Mikroflora virulentligini oshib ketishi:

- A) ottokni buzilishi
- B) mikroblar kontsentratsiyasi va ularni toksinlarini oshishi
- V) anaerob mikroflora uchun optimal sharoit yaratish

2) Kapsulani mexanik jarohatlanishi natijasida uning o`tkazuvchanilagini oshishi

- A) Tish olganda
- B) Tishga haddan tashqari bosim tushganda
- V) Immunopatologik sistemalar holatini funktionalo`zgarishi

Bu bo`lishi mumkin

- A) Sovuq qotish
- B) Isib ketish
- V) Jismoniy va emmostional zo`riqishlar
- G) Ul`trabinafsha nurlarini haddan tashqari ko`payib ketishi
- E) Interkurent kasalliklar

Bu faktorlar odamda umumiy qeretip reaktsiyalarni-aktivaciya reaktsiyalarni bu qress qadiyясини va qo`rquv bosqichlariga to`g`ri keladi. Bu holat immunologik zanjirlarini ko`philigini funktionaloshishi bilan kuzatiladi: qon tarkibida speqifik (antitelo) nospeqifik (komplement properdin) gumoral faktorlar o`shadi, fagostitar hujayra elementlari (mikro va makrofaglar) miqdori ko`payadi.

4) Gipotalamus – gipofiz – buyrak usti tizimlari normada organizm sensibilizaqiyasini ushlab turgan holda yallig'lanish reaktsiyalarini olgan holda bemor organizmi va surunkali odontogen infektsiya o`chog'i orasida muvozanat saqlab turadi. Birost surunkali infektsiya o`chog'ini uzoq muddatda bo`lishi yukorida ta`kidlab o`tilgan sistemalarni yashirin funktionsaletishmovchiligin keltirib chiqaradi. Bu fonda bemor organizmiga umumiy xarakterli ta`sirlovchilarni ta`sir etishi (iatsiyantoksik, sovuq qotish va boshqalar) gipotalamus gipofiz buyrak usti po`qlog'i sistemalarni zaiflashuviga olib keladi bu zaiflashuv natijasida infeksion allergik jarayonlar aktivaciyasini rivojlantiradi.

Suyak to`qimasi destrukciyasi va uni zararlanish hajmini keltirib chiqaruvchi omillar. Yukorida aytib o`tilganidek UIYAJ bir holatda chegaralangan xarakter periodont, periostit boshqa holatlarda suyakni destrukciyasi bilan kechuvchi osteomielit yoki bir necha anatomiq sohalar flegmonasi o`z ichiga oladi. Omillarni bilish zararlangan to`qima hajmini bilgan holda raqional davoga katta ahamiyat kasb etadi.

M.M Salav'yov kiritadi.

- 1 – Infektsiya boshlanishini virulentligi
- 2 – Umumiy immunologik reaktivlik (UIR)
- 3 – YUJS to`qimalarni mahalliy immunitet holatini
- 4 – Qon aylanish holati (mikrostirkulyaqiya)

V.I Iyofe bo`yicha infektion o`choq mikroflorasini virulentligi mikroblarni miqdori va xususiyatiga bog'liq. Patogen qafilakkok chaqirilgan O.I bemorlarda osteomielit rivojlanishi 2-3 baravar napatogen qafilakkok bilan chaqirilgan bemorlarga qaraganda ko`proq uchraydi (Biberman YA.N 1968 y)

M.M Salav'yov tajribada rentgen nurlari yordamida, glyukokortioidlarni yukori miqdorda yuborib, sovutib, mushaklarni charchatib, pastki jag' sohasida infektion yallig'lanish jarayonlarini rivojlantirib U.I.R tushirdi, bu esa suyak to`qimasida destruksiyaga olib kelishini aniqladi. Bu holatni klinikada ham ko`rish mumkin. YUJS to`qimalarni mahalliy immuniteti uni holati IYAJ xarakteri va rivojlanishini aniqlab beradi u to`qimalarni bu sohada nospeqifik yoki speqifik himoya omillarini to`plab olishi va ko`paya olish xususiyatiga bog'liq. Bularga lizostim J y A sekretor, interferon konqement properedin kiradi.

Qon aylanishini buzilishi.

Osteomielit nazariyasini ko`rib chiqqanimizda Bobrov va Lekser nazariyasi haqida aytib o`tgan edik, bu mualliflar fikricha gematogen osteomielit bilan og'rigan bemorlar suyagi nekrozi qon aylanish buzilishi bilan vujudga keladi. Bu nazariya osteomielit patogenezini tushuntirib bermagan bo`lsa ham osteomielit keltirib chiqaruvchi omillar qatoridan olib tashlanmagan.

V.M Uvarov 1939-1957 yillar tajribalarida sekveqrular o`zini shakli hajmi bilan u yoki bu arteriyalarni vaskulyarizaqiyasi bilan bir biriga o`xshab ketishini anikladi. V.I Lukyanenko 1968 yil pastki jag'ni sekveqrizaqiyasini pastki al'veolyar arteriyani ezelishi yoki tromboz, emboliya bilan bog'laydi.

Klinik kuzatuvlar bu fikrlar bilan bu fikrlarga qo`shilmaydi, chunki pastki jag' orperatsiyalarida (prognatiya) nerv tomir tolalarini kesilishi nekroz chaqirmaydi. Buni T.M Alexova 1977 yil tajribalari ham ko`rsatdi.

Mikrostirkulyaqiyani buzilishi bir sababi antigen antitelo komplekslari endoteliy kapillyarlarni jarohatlanishi hisoblanadi. Hujayra membranasini zararlanishi natijasida lizosomal enzimlar chiqib bular yallig'lanish mediatorlari hisoblanadi va kallekrin kinin sistemasi tizimi aktivlanadi. Bu sistemani oxirgi mahsuloti bradikinin fibronolitik sistema ivish xususiyati qonning reologik xususiyati mikrostirkulyar tomirlar o`tkazuvchanligi va tonusiga ta`sir qiladi. (proxonchukov A.A 1972 yil). Qon aylanish hajm tezligi va qonning reologik xususiyatini yomonlashuvi fonida koagulyaqion potenqialining oshishi Jag'ning u yoki bu qismida tomir ichida qonning to`liq yoki qisman ivishiga sababchi bo`ladi bu esa turg'un gipoksiya va suyakning zararlanishiga olib keladi.

Mikrostirkulyaqiya buzilishini boshqa sababi bo`lib u tomirdan tashqari okklyuziya mexanizmlariga bogliq. Prevaskulyar kletchatka yallig'lanish infil'trati qon tomirlarni ezib qo`yishidan kelib chiqadi (Grinen NV 1977y). Bunga odontogen yallig'lanish jarayoni yopiq suyak bo`shlig'ida kelib chiqishi sabab bo`ladi. Bunga bog'liq holda yallig'lanish komponenti tarkibiy qismi bo`lgan ekssudat suyak ichi

gipertenziyasini keltirib chiqaradi bu normaga qaraganda bir necha marta katta. (normada suyak kichi bosimi 0,29 -0,39 kPa yoki 30-40 mm suv uquni). Birinchi navbatida suyak ichi gipertenziyasi kam bosimli venalarni ezib kuyadi.qon ostimi saqlangan holda bu mikrostirkulyaqiya to`laqonligi bilan kuzatiladi, qon ostimi sekinlashadi qazgacha. Bu hollarda arterial qon aylanishi 2-chi vujudga keladi.

YUkorida ta`kidlab o`tilgan gemodinamik o`zgarishlar V.A Olshevsk tomonidan o`tkazilgan reografik tekshiruvlar isbot bo`la oladi. Pastki jag' sohasida o`tkir odontogen yallig'lanish jarayoni bor bemorlarda bu olimlar qon aylanish hajmini pasayganligi arterial ostimni va ayniqsa venoz ostimni qiyinlashganligini ko`rib o`tdi . Bu ma`lumotlardan kelib chiqib o`tkir odontogen infektsiya bor bemorlarda o`z vaqtida suyak ichi bosimini, sababchi tishni olib tashlash yo`li bilan, normallashtirish kerak.

Odontogen osteomielit patogenezi mikrostirkulyaqiya buzilishini 1-2 mexanizmini ishtirokiga bog'liq ekanligi ma'lum bo`ladi. Bundan tashqari mikrostirkulyaqiya buzilishining bu 2 turi bir biriga bog'liq.Masalan tomir ichida qonni ivishi to`qima nekrozini chaqirib yallig'lanish mediatorini keltirib chiqaradi, keyinchalik ekssudatni ko`payishi suyak ichi gipertenziyasini oshishini keltirib chiqaradi bu esa chiquvchi tomirlardan tashqari okklyuziyani tashkil qiladi.Bunda qon ostimi sekinlashadi va mikrostirkulyar ostim to`lib qoladi bu esa o`z navbatida qon tomir ichida qonning ivishini ta`minlaydi. O`z vaqtida jarrohlik amaliyoti o`tkazilsa ya`ni suyak usti pardasini kesish orqali uni tagida yig'ilgan yiring evakuatsiya o`tkir odontogen infektsiya bilan og'rigan bemorlarni mikrostirkulyaqiya buzilishini oldini olish uchun muhim hisoblanadi.

Ma`lumki pastki jag' suyak destrukqiyasi yaqqol kechuvchi osteomielit yukori jag'ga nisbatan 4 marta ko`p uchraydi. YUkorida ta`kidlab o`tilgan suyak zararlanish mexanizmlarini bilgan holda bunga sababchi nima ekanligini bildik: vaskulyarizaqiyani va jag' suyak moddasini strukturasini har xilligi. YUkoridagi jag'ni kompakt plaqinkasi yupqa va undan o`tuvchi qon tomirlar va nervlar hisobiga g'ovak bo`ladi shuning uchun bakteriya toksinlari mikroorganizmlar va ularning mahsulotlari jag' oldi to`qimalariga tez va oson o`tib u erda yallig'lanish jarayoni rivojlanadi. Pastki jag'da kompakt plaqinka zinch kuchli bo`lib shuning uchun u mikroorganizmlar va ularning mahsulotlarni jag' oldi to`qimalarga o`tishiga to`sinqinlik qiladi, shuning uchun ularning kontsentratsiyasi suyakda shunasta darajaga etadiki ular to`qima strukturasini jarohatlaydi ya`ni suyak to`qimasi destrukqiyasini rivojlantiradi . Bundan tashqari suyak plaqinkasi zinchligi tufayli ekssudat tomonidan chaqirilgan suyak ichi bosimi tez ko`tarilish hisobiga mikrostirkulyaqiya buzilishi bilan kechuvchi tomirlar okklyuziyasi tezrost vujudga keladi. Pastki jag' qon aylanishini buzilishiga pastki jag'da joylashgan pastki al'veolyar arteriyani mavjudligi bo`lib hisoblanadi.

### **Jag'larning o`tkir osteomielit klinikasi.**

O`tkir osteomielit klinik kechuvi turli xil bo`ladi osteomielit bo`lgan bemorlar sababchi tish sohasida paydo bo`lgan og'riqlarni ta`kidlab o`tadi va ularning gapi bo`yicha o`tkirlashgan surunkali periodontit klinikasiga o`hshaydi. Keyinchalik jarayon qo`shni tishlarga tarqaladi, ular qimirlaydi ularni perkussiyasi og'riqli bo`ladi. Og'riq kuchayadi 3 shoxli nerv shoxlari bo`yicha irradiaqiyasi berib butun jag'ni qoplab oladi pastki lab qizil xoshiyasini falajlanishi mumkin yo pastki lab

xoshiyasi og'iz dahlizi shilliq qavati va dahan osti terisi falaj bo'ladi. 3-4 tishlar sohasi milklari shishgan va giperemiyalangan o'tuv burmasi tekis – periostitni tipik ko`rinishi bo'ladi. Qimirlagan tishlar parodontal cho`ntaklardan yiring va og'izda noxush hid ajraladi. Jarayonni tarqalish darajasiga qarab yumshoq to'qimalarda jag' oldi abstsess va flegmonalari rivojlanib, jarayon o`z ichiga limfatik tugunlarni ham oladi.

V.A Kozlov (1988) ma`lumotiga ko`ra odontogen osteomielitlar 81,78 % holatlarda turli xil joylashgan flegmonalar bilan asoratlanadi. CHaynov mushaklarini jarayonga qo'shilib ketishi og'iz ochilishini chegaralaydi, og'iz ochilishi qiyinlashadi.

Bunda organizmning umumiylar reaktsiyasi varaja tutadi pul's va nafas olish tezlashadi bezgag tutadi. Bemorlar bosh og'rig'iga, uyqusizlikka, ishtaha yo`qlikka, xolsizlikka shikoyat qiladi.

Organizmni javob reaktsiyasi infektsiya virulentligiga , bemor organizmining reziqentligiga va patologik jarayon davomiyligiga bog'liq.

Tana harorati 39-40 gradus S ko`tarilishi mumkin, ba`zida bir xil bemorlarda osteomielit subfebril temperaturada ham kechishi mumkin.

Qon tekshiruvida neytrofilli leykostitoz  $12 - 15 \times 10^9 /L$  yosh formalarni hosil bo`lishi bilan kuzatiladi. Ozin va leykopeniya eCHT 40-60 mm/s-gacha ko`tarilib ketadi.

Peshobda ostsil izlari aniqlanadi.

### **Osteomielitni o`tkir osti bosqichi .**

Osteomielitni o`tkir osti turi S.M Derijanov ta`kidlashicha bo`ron o`tib ketgan joyni eslatib bu erda o`lgan narsalarni tiklash uchun barcha kuch va imkoniyatlar mobilizatsiya qilinadi. Umumiylar holatni yaxshilanishi jarayonni o`tkir osti turiga o`tganligi xarakterli: temperatura tushadi, leykostitoz va eCHT tushadi ishtaha ochiladi uyqusizlik yo`qoladi bosh og'riqlar holsizlik yo`qoladi, mahalliy yaralar tozalanadi , yiring ajralishi to`htaydi. YAllig'lanish o`chog'ida joylashgan tishlar qimirlashi to`htaydi.

Bu qadiyani davomiyligi turli xil mualliflar fikricha 1-2 haftadan 8-12 haftagacha davom etadi. Buni davomiyligi organizm reziqentligiga bemor yoshiga osteomielit turiga davolashni hajmi va vaqtiga bog'liq bo'ladi.

### **Osteomielitni surunkali bosqichi.**

Jag'lar osteomielitni surunkali bosqichi eng ko`p davom etadi. Unga kesuv joylarida va olib tashlangan tishlarda og'iz ichi va og'iz tashqari ostma yo'llari hosil va sekveqlar hosil bo`lishi xarakterli. Kichik sekveqlar ostma yo'llardan chiqishi yoki so`rilib ketishi mumkin (litik forma ). Agar sekveqlar katta hajmli bo`lsa ular atrofida sekveqlri karobka hosil bo'ladi.

A.G SHargorodskiy 2002 bo`lgan sekveqr rivojlanish lokalizaqiyasi infektsiya kiruvchi darvozalarga bog'liq muallif fikricha oldingi guruh tishlar va premolyarlar zararlanganda sekveqraqiya al'veolyar o`sinq yoki pastki jag' tanasini o`rta bo`limi bilan chegaralanadi. Infektsiya manbai bo`lib molyarlar hisoblansa yallig'lanish jarayoniga pastki jag' shoxlari va burchagi kiradi. SHuni ta`kidlab o`tish joizki kattalarda osteomielit jarayonini pastki jag' tanasi sohasida osteomielit jarayoni lokalizaqiyasi pastki jag' tanasi sohalarida fastat sababchi tish atrofi suyak sohalar sekveqlanadi. Jag' chetlari zararlanmaydi destruktiv osteomielitda patologik

sinish kuzatilishi mumkin. Bir xil bemorlarda destruktiv va reporativ jarayonlar jadal kechadi boshqa kasallarda giperplastik jarayonlar bo`lib kasallik o`tkir bosqichisiz kechadi. Bunda ostma yo`llar bo`lmaydi kasallik yillab davom etadi. Surunkali osteomielitni boshqa turlari ham bo`lishi mumkin bunda kichik o`choqli destrukqiyalar bir joyda joylashmagan bo`lib suyak to`qimasini sog`lom sohalari bilan navbatma navbat almashinib keladi – kichik o`choqli osteomielit.

### **YUJS gi o`tkir yallig'lanish kasalliklarini tekshirish usullari.**

Odontogen yallig'lanish kasalliklarini tipik ko`rinishini o`zgarishi va og`ir asoratlarni kelib chiqishi munosabati bilan kasallikni erta diagnostikasi va kasallik kechishini prognozlash muhim ahamiyat kasb etmokda. Nafastat turini aniqlashni balki uni lokalizaqiyasini, infektion yallig'lanish jarayonni tarqalganligini atrof to`qimalarni holatini bilgan holda differenqial davolashni rejalashtirishni aniq amalga oshirish kerak.

Stomatologik poliklinika sharoitida jarroh stomatolog elementar labarator tekshiruvlarga imkoniyati bo`lmaydi. Bu sharoitda klinik belgilarni interpretaqiyasi ya`ni so`rov va bemorni ko`zdan kechirganda vrachni kvalifikaqiyasi va mahoratiga to`la bog`liq bo`ladi. Periodontit, periostit, jag' osteomieliti kabi kasalliklarga bir xil belgilar xos bo`lib bunda tishdagi og`riq jag'dagi og`riq, yumshoq to`qimalardagi shish, tishlar qimirlashi, tana haroratini ko`tarilishi, uyqusizlik, ishtahani yo`qolishi va boshqalar bo`ladi. Ular fastat miqdoriy va sifat xarakteriqikasi bilan farqlanadi (D.U Miraxmedov 1989 y).

Oxirgi yillarda tibbiyotda diagnostika savollarini echish kasallikni og`ir o'tishini prognozlash maqsadida komp'yuter tomografiya matematik usullar va eVM keng jalg qilinmostda.

MV.Hall D.Narteada , A Manruso (1985) ma`lumotiga ko`ra komp'yuter tomografiysi bo`yin va kalla klekchaka bo`shliqlarida infektsiya lokalizaqiyasini aniqlashda yaxshi natija berishini ko`rsatib beradi.

Agar patologik jarayonning yumshoq to`qimalariga tarqalishini aniqlansa u yoki bu funksionalo`zgarishlarni anqklanishiga asoslanib patologik jarayon suyak to`qimasini o`z ichiga olganligini rentgenologik tekshiruvlar ma`lumotlariga asoslanadi.

( V.I Lukyanenko 1968 – 1986 , M.M Salav'yov 1969,T.K Supiev 1985y ,N.A Rabuxina 1988 1989,J.B Murpxy,J.Xacegua 1985 y) mualliflarning bergen ma`lumotiga ko`ra odontogen infektsiyani har qanday shakli suyak to`qimasida uchraydigan joyida o`zgarishlar bo`ladi. Lekin suyak to`qimasini zararlanishini rentgenologik belgilari jarayon rivojlanishini 10-14 kuni aniqlash mumkin. SHuning uchun kasallikni boshlang`ich davrini to`qima zararlanish hajmini haqida bevosita suyakdagi yallig'lanish jarayonini klinik ko`rinishiga asoslanadi. Odontogen infektion jarayonni diagnostika va prognoz qilish maqsadida gemitologik, bioximik va immunologik testlar temperatur reaksiyalar hujayrali ostsilli elektrolitli qon periferik tarkibining miqdoriy va sifat o`zgarishlar uning tarkibidagi nospeqifik va speqifik immunitet omillari eCHT leykostitlarni funksionalaktivligi kabi tekshiruvlar o`tkazish tavsiya etiladi.

Yukorida sanab o`tilgan klinik labarator tekshiruvlar yallig'lanish jarayonni o`tkirligi haqida ma`lumot kasallik kechish dinamikasi haqida xulosa beradi, lekin ularning hech biri suyak to`qimasini zararlanishiga speqifik xarakterli

hisoblanmaydi. Bundan kelib chiqqan holda ular suyak to`qimasi zararlanish hajmi qanchaligi haqida etarlicha ma`lumot bo`lib xizmat qilmaydi.V.M Uvarov 1971 ,V.I Lukyanenko (1968-1986)va boshqalar qon o`zgarishdagi ko`rinish asosida kasallikni nechog'lik tarqalganligi haqida aniqlash mumkin emasligini ta'kidlaydilar.Bu fikr bilan shartsiz rozi bo`lish kerak chunki yukorida sanab o`tilgan testlar organizmning nospeqifik reaksiyalari bo`lib hisoblanadi.

### **Ul'tratovushni diagnostika maqsadida qo`llash.**

Ma`lumki har qanday patologik jarayon o`chog`ida nafastat morfologik strukturalar o`zgaradi balki uning fizik mexanik xususiyatlari ham o`zgaradi. Bu o`zgarishlarni ul'tratovushni muhim xususiyati yordamida har xil zichlikdagi akustik 2 muhit chegarasini aniqlashda foydalanilgan. YUz jag' sohasi yumshoq to`qimalarida yallig`lanish jarayonlarini ul'tratovush diagnostikasiga bag`ishlangan birinchi ishlaridan bo`lib jarrohlik stomatologiyasi kafedrasи assiqenti M.YU Mirzamahmudov (1979) tomonidan amalga oshirilgan. Ish jarayonida yuz yumshoq to`qimalarini optimal praktik chiziqlarni skanerlash va ul'tratovush tekshiruvini original usulini ishlab chiqarildi: dahan osti, jag` osti, og`iz bo`shlig`i tubi, jag` orti, qulqaychaynov oldi, lunj, ko`z osti, yonoq, chakka va boshqa sohalarni o`z ichiga oladi. O`sha vaqtning o`zida yutqin oldi, qanot jag`, chakka osti va og`iz bo`shlig`ini tekshirish urinishlari zoya ketdi chunki apparat ko`rsatkichlarini konqrukqiyasini bu sohalar tekshirish uchun moslashtirilmagan edi. Bu apparatda ishslash chegaralanganligiga qaramasdan muallif yumshoq to`qimalarda yallig`lanish jarayonlari diagnostikasida bir o`lchamli yoki 2 o`lchamli exografiya usulini qo`llash mumkinligini aniqladi. exogrammalarda yiring joylashgan sohani chuqurligi va davomiyligi haqida tasavvur qilish mumkin.

Klinik tibbiyotda ul'tratovush moslamasini 2 chi avlodni aniq tartib bilan ishlovchi V skanerlarni 2 chi tipi ishlab chiqarilgandan so`ng aytarli muvaffaqiyatga erishildi. Bu tip moslamani boshqalardan farqi shundaki ma`lumotlarni o`qish tanaffussiz o`qilib ekranda paydo bo`luvchi tasvir esa saqlanmagan holda katta chaqota bilan yangi tasvir bilan almashinib turiladi. Tasvirni almashinish chaqotasi yuqoriligidan, ko`rilgan tasvir tanaffuzsiz ko`rsatiladi. Ul'tratovush tomografiyasida anatomik tuzilishlarni holati, ularning o`zoro joylashuvi konfiguraqiyasi hajmi haqida diagnostik ma`lumot olinadi. 1 o`lchamli exografiyadan farqli ravishda ul'tratovush tomografiyasida olingan ma`lumot qavatma qavat ya`ni ko`p qavatli va kqp proekqiyali bo`ladi.

Ul'tratovush tomogrammalarini olish uchun, datchik tekshiruvchi ob`ekt ustida harakatlantiriladi, signallar eLT ekranida yoruq nuqta yoki chiziqlar ko`rinishda bo`ladi.

Juda ko`p vaqt mobaynida suyak to`qimasi patologiyasi diagnostikasida Ul'tratovush tomografiyasi effektiv emas deb hisoblanilgan. CHunki suyakni Ul'tratovush to`lqinlarni yutish % zi yukori bo`lganligi uchun (9db / sm) .Suyak mushak chegarasida qaytarilish ko`rifqenti 57,9% (M.M Boger , S.A Mordov 1988 y.) .

Oxirgi yillardagi tekshiruvlar shuni ko`rsatdiki exotomografiya suyak patologiyasi diagnostikasida shuningdek o`smini va suyaklarni yallig`lanish jarayonlarida (osteoparoz bilan kechsa) muvaffaqiyatli qo`llanib kelinmostda. (I.P

Kroleveq va soavt ,1974 y ,F.L Alyavi 1984y , N.N Mazalova, X.A Agzamxodjaeva 1984y,V.G Sapojnikov 1985 y , M.A Isamuxammedova 1988 y) . Zamonaviy ul’tratovush uskunalarida olingen exogrammalarida sog’lom teri , teri osti kletchatkasi, chaynov mushaklari, so`lak bezlari, limfa tugunlari va katta qon tomirlar yaxshi vizializaqiya qilinadi.

Ul’tratovush tomografiyasini qo’llanishi bizga (M.I Azimov 1991 y) yallig’lanish kasalliklarini shakliga bog’liq holda lokalizaqiyasini , tarqalishi va kasallikning fazalari exografik ko`rinishini namoyon qilib berdi.

YUza joylashgan abstsesslarda patologik o`choq teridan keyin vizializaqiyalanadi uning shakli dumalost yoki ovalsimon chegaralari aniq bo`lib ko`rinadi.

Limfadenitlarda exotomografik ko`rinish patomorfologik bosqich o`zgarishlariga bog’liq bo`ladi. Nospeqifik odontogen limfaadenitlarda exogrammada chegaralari aniq limfatik burchak dumalost yoki oval shaklida ichki gomogen tuzilmalari bilan yaqqol ko`rinadi. Ul’tratovushni bez orqali o’tishi va dorzal devorini vizualizaqiyasi uning ichki tuzilmasiga bog’liq. Agar bez ichi tuzilmasi exoerkin bo`lsa ya`ni yiringli ekssudatdan tashkil topgan bo`lsa , unda ul’tratovush bez kapsulasining dorzal devoridan yaxshi qaytadi. Seroz bosqichida yoki produktiv yallig’lanishda bez chegaralarini aniqlash mumkin lekin ichki tuzilmasi gomogen bo`ladi.

So`lak bezlari bo`yin kiqalarni qiyosiy tashhisida ul’tratovush skanerlashni nechog’lik ahamiyatliligi kashf qilindi. exogrammada kistabigizsimon yoki ovalsimon shaklda bo`lib ul’tratovush kiqani qalin kapsulasidan yukori intensivlik bilan qaytadi. Bu belgilar asosida bo`yin kiqasini boshqa yallig’lanish kasalliklaridan qiyoslanadi. Bundan tashqari U.T.S kiqoz hosilani ko`p kameraligini aniqlaydi.

Gematoma boshqa patologik hosilalaridan farqli ravishda exoerkin tuzilmasi aniq chegarali noaniq shaklga ega. Bo`shliq hosilasini ostida qaytgan exo to`lqinlarni aniq vizualizaqiyasi ko`rinadi.

O’tkir yiringli periostitda yoshga bog’liq bo’lgan holatda, yukori va pastki jag’da bir xil ko`rinish kuzatiladi: teri sathidan 0,8 -1 mm chuqurlikda 10 X 15 X 5 – 10 X exoerkin soha vizualizaqiya qilinadi. Bunda exoerkin soha 20-40mm , ovalsimon shaklda , oldingi chegaralari noaniq, keyinchalik suyak usti pardasini aniq chegaralari ,ajralgan suyak usti pardasi va jag’ni kompakt plaqinkasi orasida bigizsimon bo`shliq bo`lib tarkibida ekssudat saqlanishi kuzatiladi. SHuning uchun exogrammada 2 aniq chegara chiziladi bu holatni 2 konturlilik deb yuritiladi. Periostit bilan og’rigan bemorlarda uning davomiyligi 21X18X2 .

Ul’tratovush tomografiysi lokalizaqiyani (yuza yoki chuqur ) yallig’lanish bosqichini (seroz yoki yiringli ) va uni tarqalganligini (bitta anatomik soha bilan chegaralanganmi yoki tarqalganmi) aniqlab berishi ko`rsatildi.

Jag’ suyaklari atrofidagi yumshoq to`qimalarni odontogen flegmonalarida jarrohlik amaliyoti qilishdan oldin exogrammada yumshoq to`qimalarni xajmini kattalashganligini kompakt plaqinka va yumshoq to`qimalar orasidagi har xil uzunlikdagi exoerkin sohalarni vizuallash mumkin.

Tashqi kompakt plaqinka aniq tekis kontur ko`rinishda vizuallanadi. Odontogen flegmonasi bor bemorlarni hammasida yukori tovush o`tkazuvchanligi va g’ovaksimon jag’ tanasining vizualizaqiyasi aniqlandi. 3-7 yoshdagи bolalarda ichki

kompakt qavat vizualizaqiya qilinadi. Ichki kompakt qavat kattalashgan sari uni vizualizaqiyasi kamayib boradi. Jag'ning g'ovaksimon qavatida odontogen flegmona bilan og'rigan bemorlarda exoerkin o'choqlar paydo bo'ladi bu osteoparoz borligidan dalolat beradi. Bu exoerkin olingan natijalar ul'tratovush tarqalish tezligini 15-20% kamayganligini isbotlab beradi.

Odontogen osteomielitni o'tkir fazasida flegmonada uchraydigan kabi yumshoq to`qima zichligi va hajmi kattalashishi , tashqi kompakt plaqinka va mushaklar orasida exoerkin zonalar paydo bo`lishi yiringli ekssudatga xosligini vizual ko`rish mumkin. Jag'ning bir xil sohalarida suyak usti pardasi ajralgan va u «2 lik kontur» sifatida vizuallashadi.Yiringli odontogen osteomielitga suyak tuzilmasi va ichki kompakt plaqinkasini vizualizaqiyasi xos.Odontogen flegmonani exografik ko`rinishidan farqli ravishda yiringli odontogen osteomielitga yukori tovush o'tkazuvchanlik xos bo`lib, ovalsimon yoki bigizsimon shakldagi exoerkin sohalar paydo bo'ladi bu yiringli ekssudatni rivojlanishi va to`planishiga sharoit yaratib beradi.

Jag' destruktiv osteomieliti bilan og'rigan bemorlarning exografik ko`rinishi boshqacha bo'ladi. O'tkir osti fazasida yumshoq to`qimalarda infil'traqiya saqlangan uning zichligi oshgan suyak usti pardasining butunligi buzilgan , tashqi kompakt qavatini konturi aniq bo`lmaydi.Suyakni ichki tuzilmasi ichki tuzilmasi deyarli o`zgarishga uchramaydi chunki bunda exoerkin sohalar saqlangan bo`ladi.Ichki kompakt plaqinkasini aniq konturi yo`qola boshlaydi .

Sekveqlarni rivojlanib borishi Bilan jag' tashqi kompakt plaqinkasini va unga tegishli bo`lgan sohalardagi g'ovaksimon moddalarni intensiv tovush qaytarishidan fragmentaqiyani aniqlash mumkin.SHuning uchun exogrammada sekveqlar rivojlanish jarayonini kuzatish mumkin.Yukorida ta`kidlab o`tilganidek exotomografiya yallig'lanish jarayonini tarqalaganligini, kasallik o'tkir yoki o'tkir osti fazalarida va uni u yoki bu darajaga tegishliligini aniqlashga imkon beradi.

Ma'lumki ul'tratovushlarning tebranishi turli biologik to`qimalarda ma'lum tezlik bilan, ularning zichligiga bog'liq bo`lgan holda tarqaladi.

Suyak to`qimasida ul'tratovush tebranishini tarqalish tezligini ruyxatga olish qilish exosteometriya deyiladi.Bu birinchi bo`lib sovet olimllari tomondan taklif qilingan (Э.YA Dubrov 1972 y ) bu usul suyak to`qimsida ul'tratovush tebranishini tarqalish tezligini o`lchashga asoslangan bo`lib har xil patologik holatlarda uning zichligi haqida ob`ektiv ma'lumot olishga imkon beradi (O.V Torushkin 1970 y , A.A Nikitin ,YU.B Zolotaryova 1979 y , A.G Kaq 1980 y)

Ul'tratovush osteometriyasi uchun zamonaviy uskunalar osteoparoz darajasini yozib olish imkon 3-5 %ni tashkil etadi.

Sog'lom odamlar jag' suyaklarida ul'tratovushni tarqalish tezligini tekshirish yoshga bog'liq bo'ladi. 3-7 yoshli bolalarda pastki jag'da ul'tratovush tarqalishini tezligi 21-82 – 78,1 m/s, yukori jag'da 19,61 -67,8 m/s .Doimiy tishlarni chiqib borishi va jag' suyaklarni mineralizaqiyasi tufayli ul'tratovush tarqalish tezligi ham oshib boradi. 8-14 yoshda pastki jag'da u 28-58 q106,7 m/s yukori jag'da 25-26 q 98,3 m/s kattalarda 33-26q30,3 va 30-50q27,2m/s bo'ladi.

Jag'larning exosteometriyasi ul'tratovush tebranishini tarqalish tezligi yallig'lanish jarayonini fazasi va shakliga bog'liqligini ko`rsatadi. YUz yumshoq to`qimalarning noodontogen yallig'lanish kasalliklarida ( adenoflegmonalar

,abstsesslar ,flegmonalar,furunkullar) ul’tratovush tarqalishining tezligi unga simmetrik bo`lgan sog’ tomonga nisbatan 3,1-7,7%ga kamayishi aniqlangan . Bemor yoshi qanchalik kichik bo`lsa ul’tratovush tarqalish tezligi ham shuncha kamayib boradi. YUZ jag’ sohasidagi odontogen abstsess va flegmonasi bor bemorlarda ul’tratovush tarqalish tezligi unga simmetrik bo`lgan sog’lom tomonga nisbatan 15,8 -19,1% ga kamayadi . O’tkir yallig’lanish jarayonlari o’tib ketgandan keyin sog’ va zararlangan tomonda ul’tratovush tarqalish tezligi muvozanatlashadi.

Jag’larning yiringli va destruktiv odontogen osteomielitining o’tkir fazasida ul’tratovush tarqalish tezligi 22,8-25,1% ga kamayadi.Yiringli odontogen osteomielit bilan og’rigan bemorlarni kasallikni o’tkir osti fazasining 7-10 kunida ul’tratovush tarqalish tezligi qayta tiklanadi, destruktiv jarayon bor bemorlarda u kamaygan holatda bo`ladi va bu yomon ostibatlarga olib kelishi mumkin.

Jag’ning surunkali destruktiv odontogen osteomielitida sekveqr kapsulani rivojlanishi va sekveqrni ajralishi ul’tratovush tarqalish tezligini kamayishiga sababchi bo`ladi bu xолат sekveqroektomiyadan keyin ham saqlanadi.

**Davolash.** Jag’ osteomielitini o’tkir fazasida davo kompleksli va stomatologik statsionarda o`tkazilishi kerak . U jarrohlik aralashuvidan – suyak usti pardasidagi yiringli o`choqlarga suyakka va unga yaqin joylashgan yumshoq to`qimalarga birlamchi ishlov berish, yallig’lanishga qarshi deziatsiyantoksirovchi ,umumquvvatni oshiruvchi, qimullovchi va simptomatik davodan iborat.

Mahalliy davo sifatida yiringli o`choqlarni birlamchi jarrohlik ishlovi darhol amalga oshirilishi kerak: (tishni olish – infektsiya manbasi) , suyak usti pardasi ostida, suyak va jag’ oldi yumshoq to`qimalaridagi yiringli o`choq ochish , drenajlash.

O’tkir osteomielitni boshlang’ich davrida tish olinganda yiring ostib chiqishi uchun sharoit yaratiladi.Tish qanchalik tez olingen bo`lsa yallig’lanish jarayonlari shunchalik tez to`htaydi va jarayon tarqalish xavfi kamayadi. Tish olinishi yumshoq to`qima va suyak usti pardasi ostidagi va suyakdagagi yiringli o`choqni ochish bilan bir vaqtning o`zida amalga oshiriladi. Og’iz dahlizidagi kesuvsalar suyak perforatsiya bilan amalga oshiriladi bu yiringni chiqib ketishi va mikrostirkulyaqiyani kuchayishini keltirib chiqaradi . Pastki jag’ zararlanganda N.N Bajanov va O.D SHalabaev A 986 1990 y suyak ichi lavaji qilinishi kerakligini maqsadga muvofiq ekanligini hisoblashadi.Jag’ oldi yiringli o`choqlarni og’iz ichi yoki og’iz tashqarisidagi jarrohlik kesuvsalar umumiyligi yoki mahalliy og’riqsizlantiruvchilar trimekainli yoki lidokainli blokadalar bilan amalga oshiriladi. Oxirgi xatti harakat kun ora takrorlanib turadi: davo qo’llanishi 3-6 blokadadan iborat. Ba`zi holsizlashgan bemorlarda tish olishni kechiktirish mumkin yallig’lanish jarayonlarini oldini olguncha. Yiringli jarohatlarga qarashda katta ahamiyat berish kerak bunda jarohat yuvilib turilishi kerak tomchili yuvish (antiseptik, nitrofuran eritmalarini, antibakterial va immun preparatlarini qo’llagan holda )

Umumiy kompleks davo yallig’lanish reaksiyasi va suyakning zararlanishi shuningdek asoratning rivojlanishiga bog’liq bo`ladi .

Jag’ o’tkir osteomielitini normergik kechganda yallig’lanishga qarshi (antibiotiklar, sulfanilamidlar, nitrofuranlar ) desensibilovchi, umumquvvatni oshiruvchi ,qimullovchi va simptomatik davo olib boriladi.

Dorivor moddalar mushak orasiga va vena ichiga yuboriladi aktiv immunoterapiya qilinadi umumiy kompleks davolashda antigen qimulatorlari effektiv bo`ladi.

Jag' o`tkir osteomieliti giperergik kechganda suyak nekrozi kuzatiladi, asorat rivojlanadi, bunda intensiv terapiya bo`lishi shart. Antibiotiklar, sulfanilamidlar, nitrofuranlar, desensibillovchi moddalar.

Jarayon qadamlarini xisobga olib (Gubin M.A.,1987) – reaktiv, toksik, terminal – quyidagilar xisobga olib orperatsiyadan oldinga tayyorgarlik va operativ aralashuv o`tkaziladi. Orperatsiyadan keyingi intensiv terapiya metabolik jarayon, arteriya ichiga yuboriladigan antibiotikdan keyingi gemodinamika korrekqiyasi, gemosorbqiya, plazmaferez/, limfosorbqiya, donor talog'ini kiritgan xolda shuningdek xayotiy zarur tizimlar buzilishini kompensaqiyasiga yo`naltirilgan terapiya o`tkaziladi. Birlamchi va ikkilamchi immunodifiqitli shaxslarga o`tkir osteomielit diffuz formasini davolash kompleks yallig'lanishga qarhi, desensibilizaqiyalavchi, umumquvvatlувchi va qimulyaqiyaluvchi terapiya individual rejalashtiriladi. Antibiotikoterapiya anabolik gormonlar bilan birgalikda ishlatish maqsadga muvofiq.. Immunoterapiya fastat passiv bulishi mumkin. Antigen sitimulyatorlar fastat o`larni ta`siri nazorati ostida kiritiladi. Ba`zi qari yoshidagi bemorlarga davo kortikosteroidlar bilan o`tkaziladi. O`tkir osteomielitni gipergik ketishida kompleks davo detoksikacion, umumquvvatlувchi va qimulyaqiyaluvchi davo mualojalar bilan boshlanishi kerak. Antibiotiklar fastat ajratilgan mikrofloraga sezgirligini Qarev-Ushakov mikrousulda aniqlab tayinlash lozim. Speqifik aktiv immunoterapiya fastat ko`rsatma Bilan etarli dozada (ətiotrop terapiya) o`tkaziladi. Preparatlarni organ va to`qimalarda taqsimlanish xususiyati (to`inish effekti)ni va shunigdek antibiotik va boshqa dori vositalarini mos kelishini xisobga olish kerak.

Antibiotikoterapiya vaqtida asorat rivojlanishini esda turish kerak: allergik va toksik reaksiya, disbakterioz. Jag'larni o`tkir osteomielit bilan kasallarda bu asoratlarni oldin olish kerak , chunki kasallik fastat sensibilizaqiyalangan va yukori sezuvchanlik bo`lgan organizmda bu reaksiyalar rivojlanish ixtimoli yukoriost..

R.V. Ushakov va V.N. Qarev kursatmalarini xisobga olgan xolda antibiotik tayinlash va ularni almashtirish paydo bo`lgan yangi assostiaqiya fakul'tativ-anaerob va oblegat-anaerob mikroaerofil mikroblar shakli birgalikda kelishini va sezuvchanligini xisobga olib almashtirish zarur.

Jag'larni o`tkir osteomieliti Bilan tushgan bemorlarni birinchi sutkasida bakteriologik natijalarni olgungacha antibiotiklar tayinlanadi. Anamnez, allergologik qatus va ilgari o`tkazilgan antibiotikoterapiya xususiyatlari keyingi antibakterial dori-vositalarini tayinlashga asos bo`ladi. Olingan natijalar – ko`proq aniqlangan mikroblar turi va osteomielitda ajratilgan mikroblar assostiaqiyasida anaeroblarni uqun turishi xisobga olib, ko`proq keng doiradagi antibiotiklarni tayinlanadi (Qarev V.N., 1997; Alexander J., Dellinger E., 1991). Jag'larni o`tkir osteomilitda suyak to`qimasi tropizmiga ega yukori samarali dori vositalari terramiqin, linkomiqin, morfostiklin, klindamiqin, natriya fuzidin va dal'qin S, makrolidlar (əritromiqin, oleandomiqin fosfat, sumamed, azitromiqin. makropen, rulid) va boshqa antibiotik preparatlar, shunigdek rezerv antibiotiklar – qefalosporinlar, riqomiqin fosfomiqin, qufuroksim, yarim sintetik peniqillinlar (ampiqillin, karbeniqillin, ampioks, oksaqillin, gentamiqin). Peptostreptokokklar, peptokokklar, aktinomiqetlar

aniqlashda beta-laktal guruxni antibiotiklar tayinlanadi. Anaerob infektsiya uqun turishini xisobga olib nitromidazol xosilari – nitozol, metronidazol ichishga va vena ichiga tayinlanadi. Sul'fanilamidlar, nitrofunarlar va fermentlar antibiotiklar bilan mos kelishga xisobga olib tayinlanadi. L. Peterson, 1992 keng doiradagi antibiotiklarni – eritromiqin, klindomiqin, metronidazol va boshqalarni antibiotikogrammadan keyin ichishga tavsiya etadi. N.N. Bajanov va M.A. Gubin, 1996 antibiotiklarni mushak orasiga va vena ichiga ba'zi og'ir xollarda arteriya ichiga va endolimfal tayinlashni tavsiya etadi.

Ostemielitech chegeralangan shaklida antibiotik, sul'fanilamid, nitrofuran va fermentlar 8-10 kun diffuz shaklida ikki xasta uni ortiq yallig'lanish tinchlanguncha tayinlanadi. Asoratlarni oldini olish, ayniqsa keng doiradagi antibiotiklarni ishlatishda zambrug'ga qarshi (disbakterioz) preparatlar: levorin, niqatin shunigdek antigiqamin vositalar, bakterial polisaxaridlar, adaptogenlar va biologik aktiv preparatlar tayinlanadi. Desensilizayalovchi vositalar Bilan birgalikda 40% glyuko`za, kal'qiy xlor eritmalar vena ichiga tomchi eritmalar tarkibida tayinlanadi. Komples davoda vitaminlar ayniqsa vitamin S, V gruppasi, antigen qimulyatorlar – metiluraqil, pentoksil, natriy orotat, prodigiozan, adaptogenlar – dibazol, jen'shen', xitoy limonnik va boshqalar tayinlanadi. Umumquvvatlувchi umumi kvarq nurlash yaxshi natija beradi (xar 2-3 kunda: kurs davo 6-10 muolaja). Organizm ximoyasini qimulyaqiya uchun autogemoterapiya 5-7 mldan kun aro doza 15-20 mlgacha kutariladi. Ko`p uchraydigan reaktiv asoratlarni xisobga olib konservaqiyalangan qon preparatlarni o`rnini bosuvchi autostonni lazer va ul'trafiolet nurlash qullaniladi.

Otsil, suv-tuz almashinuvi va ballansini butun organizm sistemalaridagi buzilishni korrekqiysi o`tkaziladi. Asosan yurak-qon tomiri faolitiga e`tibor beriladi. O`tkir osteomielit kompleks davosida ko`p miqdorda suyuqlik ichish, yaxshisi minerallar va vitaminlarga boy suv maqsadga muvofiq. Og'iz ochilishi chegeralangan xollarda ovqat suyuq eki kashasini konsiqenqiyada bulish kerak. Og'iz bushlig'i sanatsiyasi doimo ovqatdan keyin o`tkaziladi.

**O`tkir osti** osteomielitida davo natijasi bundan oldingi o`tkazilgan davo effektivligiga bog'lik. Bu qadiyada albatta davo fizkul'turasi tayinlanadi. Maxaliy yaraga xar xil ta`sirdagi dori vositalari, fizioterapiya usullari tayinlanadi.

**Surunkali osteomielit** davoni natijasi xam kasallikni umumi va maxalliy xolatigi va ilgari o`tkaziladigan davo muolajalariga bog'lik. Agar sababchi tish olinmagan bo`lsa yiringli ajrimani ushlanib qolinishida yara va ostma yo`l kengaytiriladi yiringli uchostlar yuviladi, drenajlanadi, maxalliy dializ, gipertonik bog'lam quyiladi. YAllig'langan soxadagi tishlar pul'pasi tirikligi tekshiriladi va davo o`tkaziladi. Qimirlayotgan tishlar agar avval o`kazilmagan bo`lsa shinalanadi.

Umumquvvatlovchi, qimullovchi, desensibillovchi davo ba`zan sekveqo`ktomiyadan oldin o`tkaziladi. Keng tarqalgan suyak zararlanishida, surunkali osteomielit zo`rayishida antibakterial, yallig'lanishga qarshi davo bilan birgalikda o`tkaziladi. Uzoq davom etuvchi surunkali osteomielitda immun dori vositalari (qafilokok anatoksin, levamizol, T-aktivin, timalin i dr.), antigen qimulyatorlar ishlatiladi. Klinik va rentgenologik ko`rsatgichlarga asoslanib, operativ aralashush – suyakni sekveqlangan qismini olib tashlash (sekveqrəktomiya)

o`tkaziladi. YUkori va pastki jag'lar al'veolyar o`sinqalaridagi sekveqlarolish orperatsiyasi og'iz bo'shlig'i orqali o`tkaziladi. Maxalliy og'riqsizlantirish ostida trapeqiyasimon laxtak ajratilib, bir vaqtda ostma yo'l olib tashlanadi. Sekveqr bo'shlig'idan o'tkir suyak qoshig'i bilan barcha granulyaqiya qirib olib tashlanadi. Jaroxat germetik tikilib, 1-2 kunga rezina chiqargich qoldiriladi. Ba`zi xollarda bo'shliq yodoformli marlya yoki oblepixa moyi, 5-10% sintomiqin emul'siyasi shimdirlgan tomponbilan to`ldirish mumkin. YUkori jag' tanasidagi sekveqlar xam og'iz bo'shlig'i orqali olinib bir vaqtda radikal gaymarotomiya orperatsiyasi o`tkaziladi.

YUkori jag' ko'z osti va yonoq suyagini kortikal qismi seveqlari tashqi tomondan kesim o`tkazilib bajariladi.

Pastki jag' tanasi, shoxi qismidagi sekveqlar tashqi tomondan kesim o`tkazilib, bajariladi. Odatda kesim pasti jag' tanasi pastk qirrasidan 1,5-2 sm pastdan kesim o`tkaziladi. Ba`zan sekveqr o`chog'i suyak tishlagichlari bilan kengaytiriladi, sekveqlar qisman-qisman bo`lib olish mumkin. Bo`shliq agar novokain ishlatilmagan bo`lsa antibiotiklar yoki sul'fanilamidlar kukuni bilan to`ldirish mumkin. SHuningdek fermentlar, antiqofilokok plazma va kollagen, gidroksiappatit saqlovchi biomateriallar bilan to`ldirish mumkin. Jaroxat shuningdek qavatma qavat germetik tikiladi, rezina chiqargich qoldirilib, 1-2 kundan so`ng olib tashlanadi. Odatda orperatsiyadan so`ng bir oz jaroxatdan qonli suyuqlik ajraladi. CHoklar 7-kunga olinadi.

Orperatsiyadan so`ng analgetiklar, desensibilizaqiyalovchi preparatlar, suyaklanishni qimulyaqiyalovchi vositalar va mikrobilogik, immunologik ko`rsatmalarga ko`ra ma'lum klinik xolatlarda antibakterial, sul'fanilamidlar tayinlanadi. Surunkali osteomielitni giperplastik shakllarida yallig'lanish jarayoni Bilan birgalikda granulyaqion to`qimalar sekin asta osteoid va so`ng suyak to`qimasi bilan to`lib boradi. Keng tarqalgan kasallikda chuqur rentgenologik tekshiruv, immunologik ko`rsatmalarni tekshirib, dinamik kuzatuv o`tkazish zarur. Har 3-4 oyda organizmni detoksikaqiya kursi o`tkaziladi. Detoksikaqiya maqsadida gemodez, reopoliglyukin vitaminlar bilan (6-10 marotaba quyish uchun). Bir vaqtda polivitaminlar minerallar bilan, enterosorbentlar, ko`p miqdorda suyuqlik ichish, davo o`tlar damlamalari, baliq yog'i, adaptogen ishlatiladi. Surunkali osteomielitda o`tkir osteomielitdagi kabi fizioterapevtik davo qo'llaniladi, ko'shimcha ul'tratovush, lazer nurlari, rux, mis elektrofarezi, parafin bilan davolash o`tkaziladi.

**Prognоз.** O`tkir osteomielitni o`z vaqtida va to`g'ri davo o`tkazilganda prognoz ijobiy natija beradi.

**Asoratlari.** O`tkir osteomielitni gipergik kechishida sezilarli iatsiyantoksik xisobiga septik shok, o`tkir nafas etishmovchilikka olib kelishi mumkin. Yiringli yallig'lanishni yumshoq to`qimalarga tarqalishi natijasida yuz venalarini flebiti, miya qattiq pardasini yallig'lanishi va infektsiyani yukoriga ko`tarilib miya abstsessi, meningit, meningoqefalit rivojlanishi mumkin. Infektsiyani pastga tarqalishi xisobiga Mediastenit, sepsip rivojlanishi mumkin. Keng tarqalgan yallig'lanish jarayoni xisobiga suyak to`qimasini zararlanishidan jag' suyaklarini patologik sinishi, yolg'on bo`g'im shakllanishi mumkin. Kasallikni bu turdag'i kechishi natijasida jag'lar deformaqiyasi, chakka pastki jag' bo`g'ii ankilozi, chaynov

mushaklar kontrakturasi rivojlanadi. Uzoq yillar davomida kechadigan osteomielit septiko`piemiya, ichki a`zolar ameloidozi bilan asoratlanadi.

### **ADABIYOTLAR:**

1. Badalyan V.A., Rabuxina N.A., Grigor'yanq L.A. «Dinamika zajivleniya periapikal'nix destruktivnix porajeniy v rentgenovskom izobrazhenii» ( Stomatologiya.- 2000. - №2.- S. 12).
2. Bezrukov V.M. , Grigor'yanq L.A. « Zubosoxranyayuhie operaqii v ambulatornoy xirurgicheskoy praktike» ( Tr. U s'ezda qomatol.assost. Rossii.- M., 1999.- S. 224-226.) \*
2. Belyaev I.V. « Xronicheskie periodontiti mnogokornevix zubov» Minsk: Belarus', 1974-143 s.
3. Volojin A.I. « Osobennosti patogeneza xronicheskogo periodontita» Aktual'nie voprosi endodontii: Tr. QNII stomatologii.-M., 1990-S. 11-13.
4. Volchenkova G.V. « Kombinirovannie metodi lecheniya bol'nix xronicheskim verxushechnim periodontitom bol'shix i malix korennix zubov s ispol'zovaniem plazmennogo potoka argona: Avtoref. Dis....kand.med.nauk.- Smolensk, 1998.- 19 s.
5. N.Ziryanov G.V. « Techenie verxushechnogo periodontita pri vtorichnom immunodefisiite, vizvannom rentgenovskim oblucheniem, i obosnovanie patogeneticheskogo lecheniya: Avtoref. Dis...kand.med.nauk.-M., 1992.- 14s.
6. Kozlov V.A. Xirurgicheskaya stomatologicheskaya pomoh' v poliklinike.- M., 1985.- 270 s.
7. Solov'eva A.M. « Kliniko-eksperimental'noe obosnovanie primeneniya timogena pri lechenii xronicheskogo verxushechnogo periodontita» Avtoref.dis.. kand.med.nauk.- L., 1991.- 17s.

### **Test:**

1. Tish yo`qotish sabablari
  - a) karies va uning asoratlari
  - b) Ortodontik davo maqsadida
  - c) tish murtagi bo`lmasligi
  - d) umumiy kassaliklar asorati sifatida
2. Tish to`qotilishi ostibatida yuzaga keladigan YUJ deformatsiyalarni ko`rsating.
  - a) progeniya, yuzning pastki 1/3 qismining pasayishi, burun-lab burmasining chuqurlashuvi
  - b) prognatiya, tildagi pareqiziya, oto-nevrologik sindrom
  - c) mikrotondiya, yuzning oysimon bo`lishi
  - d) barcha javob to`g'ri
3. Mahaliy immunitet o`z ichiga oladi.
  - a) betalizin

- b) so`lakdagi immunoglobulin, a, d, n, lizotim fagotitar aktiv neytrofillar
- c) lekoysitlar
  - d) ishqoriy muhit
4. Konservativ – xirurgik davolashning eng samarali usuli
- a) tish replantatsiyasi
  - b) tishni olish
  - c) ildiz uchi rezeksiyasi
  - d) alveolotomiya
5. Tish replantatsiyasiga ko`rsatmalar
- a) surunkali periodonttitlar va ularning qaytalanishi, ko`p ildizli tishlar, ildizlari kistabo`shlig’ida turgan tiushlar
  - b) kariesli tishlar, tish bo`ylamasiga singanda
  - c) pulpiti tishlar, surunkali periodonttitlar
  - d) barcha javob to`g’ri
6. Kimlarga qilingan replantatsiya yaxшиrost natija beradi
- a) bolalarda
  - b) katalarda
  - c) ayollarda
  - d) erkaklarga
7. Tish replantatsiyasining muvoffaqiyatli chiqishi nimalarga bog’liq
- a) jarohat maydoni tayyorlarligiga, replantatlarning aseptik holatiga
  - b) tishning ildizlari soniga, xona temperaturasiga
  - c) jinsha
  - d) to`g’ri javob yo`q
8. Tish replantatsiyasidan so`ng kelib chiqadigan asoratlar
- a) ildizlar so`ralishi ankilozi
  - b) ildizda o`sma simon jarayon rivojlanishi
  - c) osteomielitga o`tishi
  - d) b va c javob
9. Tish replantatsiyasidan so`ng kuzatiladigan morfologik kartina
- a) ko`chib tushgan epiteliy, leykositlar infiltratsiyasi periodontlar, yoriq kengaygan, kollank tolalar, osti1oblaqlar ko`rinadi
  - b) milk cshilliq qavati gipertofiyalangan, suyak qadog’I kuzatiladi
  - c) ildiz uchida yallig’lanish
  - d) periodontal yoriq toraygan
10. Replantatsiyasi qilingan tishning yaxshi bitib ketishi uchun nimalarga etibor berish kerak
- a) aylanma boylamni eytiyotlash, katakka aseptic ishlov berish, muqahkam fiksatsiya.
  - b) antibiotikoterapiya, alveola katagi gemostazi
  - c) qon ivish tizimi
  - d) koronbkani plombalash
11. Bemorda surunkali periodontit. Konservativ davo natijasisi. Sizning taktikangiz...
- a) dental replantatsiya

b) kassalarga ottok berish

c) tishni olish

d) jarayonni kuzatish

12. Replantatsiya o`tkazish uchun qanday tekshirish usullarini o`tkazish lozim

a) klinik va funksional tekshirish

b) vizual nazorat

c) gigienik indiksni aniqlash rentgenologik tekshiruv odomto diagnostika

d) barcha javob to`g'ri

13. Bir ildizli surunkali periodontitli tishlarni replantatsiyasiga ko`rsatma

a) kompakt plaqinka emirilishi

b) o`tmas kanalli tishlar

c) progenik prikus

d) kesishma prikus

### **Uyga vazifa:**

-O`tilgan mavzuga doir yangiliklarni internet ma`lumotlaridan foydalangan holda izlab bilimlarini muqaxkamlash.

-Mavzuga doir slaydlar, mul'timediyalar tayyorlash.

-Mavzuga doir kutubxonadan chet el adabiyotlarini o`qib, terminologiya bo`yicha lug`at tuzish va keyingi darsda talabalar bilan tayyorlangan lug`atni muxokama etish

### **Internet saytlari:**

1. WWW.Stomatologiya.rf

2. [WWW.surgical](http://WWW.surgical) stomatologi.com.

3. WWW.hirurg.stom.uz.

**AMALIY MASHG'ULOT № 2**  
**JAG'- YUZ SOHASI ODONTOGEN ABSTSESS VA FLEGMONALARI.**  
**PASTKI JAG' ATROFI ABSTSESS VA FLEGMONALARI.**  
**Amaliy mashgulotning texnologik kartasi**

Ish bosqichlari va vaqtি	Faoliyat	Ta`lim oluvchilar
	Ta`lim beruvchi	
1-bosqich  O`quv mashg`ulotiga kirish		
10- daqqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni etkazish. Mavzu bo`yicha asosiy tushunchalar berish. Mashg`ulot rejasi bilan tanishtirish.  1.2. Adabiyotlar ro`yxatini berish (ilova №1)	Tinglaydilar va yozib oladilar
10- daqqa	1.3. Talabalarni aqliy xujumga tortish uchun jonlantiruvchi savollar berish. Mashg`ulot rejasi va tuzulishiga qarab ta`lim jarayonini tashkil etish bo`yicha xarakatlar tartibi bayon qilinadi.	Tinglaydilar va yozib oladilar
15- daqqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baxolash mezonlarni e`lon qilish. (ilova №2)	Savollarga javob beradilar
5- daqqa		Tinglaydilar

2- bosqich		
Asosiy qism		
15- daqiqa	2.1. Talabalarni bilimini faollashtirish maqsadida mavzuning asosiy tushunchalari bo`yicha tezkor so`rov o`tkazish. (ilova №2). Mavzuning xar bir qismi bo`yicha xulosa qilinadi, eng asosiylariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muxokama qiladilar. Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
10- daqiqa	2.2. “Qora tulpor” o`yin materiallarni muhokama qilishni tashkillashtirish, ishlash qoidasi vaziyatlarini taxlil qilish muammolarni ifodalanishiga e'tibor berishga qaratish (ilova №3)	O`yin materiallarni muxokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
10-daqiqa	2.3. “Baliq skeleti” va konseptual jadval organeyzerlarini mustaqil taxlil qilish, muammoni ifodalashni, echish yo`llarini aniqlashni, so`ngra uni echish topshirig`ini berish.	Mustaqil ravishda taxlil qilish varag`ini to`ldiradilar, muammoni echadilar.
5- daqiqa		
10-daqiqa	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
30-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova №3.2)	Testni muxokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
10-daqiqa	2.6. Amaliy ko`nikmalarni bajarish va bo`limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg`ulot).	Bo`limda bemorlarni kuratciya qiladilar
10-daqiqa	Tanaffus	
3-bosqich		
Yakuniy	2.7. Talabalarga ko`rgazmali qurollarni ko`rsatish (slaydlar, prezентatsiya, videofil`mlar), ularni izoxlash	
10-daqiqa		Savollar beradilar
10-daqiqa		
10-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo`yicha xulosa qilinadi. 3.2. Faol talabalar baxolanadi. Gurux bo`yicha baxolash mezonlari e`lon qilinadi.( Illova №5) 3.3. Mustaqil tayorgarlik ko`rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. ( Illova № 7)	Tinglaydilar Tinglaydilar va o`z o`zini baxolaydilar Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		4 soat

Ushbu mavzuning ukitilishi talabalarning bilimi va asoslariga: anatomiya, gistologiya, normal va patologik fiziologiya YUJS. Mashgulot vaktida egallangan bilimlarni kullahda bunda anatomiya, bolalar stomatologiyasi va boshka klinik fanlar utiladi, shuningdek, fanlarni ukitilishida shunday Xirurgik stomatologiya uchun kerakli bulgan barcha ma`lumotlarni, kasalliklar tugrisida axborotlarni etkazish,xamda davolvsh printsiplarini xam tushuntiriladi.

### **Akvarium uslubi**

Bunda guruxdan 3 kishi tanlanib urtaga kuyiladi, ular «balik» bulsa kolgan talabalar kuzatuvchilar buladi. Bu xolat «nima, kaerda, kachonq» teleuyiniga uxshab ketadi. Urtadagi talabalar bir bir minut ichida javob topolmasa, ularning urniga boshka uchlik utiradi.

- Mavzu urtada muxokama kilinadi
- Mavzuni ochib beradi
- Talabalar bilimini ochib beradi
- Diskussiya kilish bilimini oshiradi
- Uyin usulida utkaziladi
- Xar bir talaba ishtirok etadi

### **Fanlararo va fanlar ichra bog'liqliklar.**

Ushbu mavzuning ukitilishi talabalarning bilimi va asoslariga: anatomiya, gistologiya, normal va patologik fiziologiya YUJS. Mashgulot vaktida egallangan bilimlarni kullahda bundaanatomiya, bolalar stomatologiyasi va boshka klinik fanlar utiladi, shuningdek, fanlarni ukitilishida shunday Xirurgik stomatologiya uchun kerakli bulgan barcha kerakli ma`lumotlarni, kasalliklar tugrisida axborotlarni etkazish,xamda davolvsh printsiplarini xam tushuntiriladi.

### **Mashg'ulot bayoni**

O'tkir odontogen yallig'lanish kasalliklari yasosiy guruhini jag'lar atrofi yumshoq to`qimalaridagi yiringli jarayonlar tashkil etadi: kletchatkani bo`shliq xosil qilishi bilan yuzaga keladigan chegaralangan yiringli yallig'lanishi — abstsess; teri osti yog' qavati, mushaklar va fasqiylar aro kletchatkani tarqalgan yiringli yallig'lanishi — flegmona.

L. Peterson (1988), D. Laskin (1989), P. Romain va boshqa birgalikda ishlagan avtorlar (1989), S. Harreiz (1991) va boshqalar abstsess va qellyo`litni ajratishadi. Keyingisini teri osti yog' qavatining tarqalgan yiringli yallig'lanishi deb tushunishadi. SHu bilan birga ko`pchilik mualliflar kletchatka serroz yallig'lanishini mustaqil shakli deb “infil’tat” ni tushunishadi [Katanova H.I., 1990; Roginskiy V.V., 1992]. Umum qabul qilingan dunyo adabiyotida chegaralangan (abstsess) va tarqalgan (flegmona yoki qelyo`lit) yiringli jarayon tushunchalari qolmostda. Ammo chet mamlakatlarda “flegmona” termini ko`proq umumiyligi xirurgiyada qo`llaniladi [Berchtold R., 1990; Schmitt W., Kiene S., 1991; Heberer G. et al., 1993], va ba`zi mualliflarga yuz-jag' va og'iz bo`lshlig'i xirurgiyasida qo`llaydilar. E. Boatin i J. Jürgins (1984), O. Sandner i M. Garcia (1984), L. Haisove i T. Wemelh (1989), E. Machtens (1994) abstsess i flegmonalarni yuz va bo`yin sohalari yiringli

infektsiyalari deb nomlashadi, E. Krüger (1986, 1993) — yuz sohasi chuqur bo'shliqlari yallig'lanishi, H. Hanenstein (1979), R. Pfisterer (1991) — yiringli infektsiya og'ir shakli. L. Peterson (1988) esa abstsessni jag'lar periostitlari va parodont kasalliklarida tish-milk yiringli abstsesslari deb xisoblaydi. Lekin turli to`qima strukturalaridagi yiringli yallig'lanish xususiyatları va ularni klinik namoyon bo'lishlaridagi farqlardan turli patologik prostesslarni bunday bog'lanishi asossiz xisoblanadi.

**Ətiologiyasi.** Abstsess va flegmonalarda infektsiya chaqiruvchi bo`lib odontogen o`choqlardagi rezident aralash mikroflora xisoblanadi. Anaərob infektsiyalarini, obligat va fakul'tativ anaəroblarni, shu bilan birga aəroblarni (qafilokok yoki qreptokoklarni turli shakllarini kokolar, ichak va boshqa tayoqchalar bilan simbiozi) axamiyati katta ekanligi aniqlangan. Mikroorganizmlar soni va xususiyatlarini oshishi to`g'ri bog'liqlikda bo`lib, antigen ta`siri kontsentratsiyasini oshishiga va infekqion-yallig'lanish jarayonini yanada tarqalishiga olib keladi. SHuningdek aərob va anaərob bakteriyalarini assostiativ qatnashishi aniqlangan.

Turli mualliflar ma`lumotlariga ko`ra 80-95% xolatlar odontogen tabiatga egadir. Abstsess va flegmonalar surunkali periodontitlarni o`tkirlashuvida infektsiyani apikal o`choq dan tarqalishi natijasida vujudga keladi, kamrok – o`tkir periodontitlarda, shu bilan birga pastki aql tishi chiqishini qiyinlashuvida, yiringlagan radikulyar kiqa, sug'urilgan tish katagi infiqirlanishi (al'veolit) va parodont kasalliklari o`tkirlashuvida. Bosh va bo`yin sohalari abstsess va flegmonalar o`tkir va surunkali odontogen osteomielitlar kelib chiqishi mumkin bo`lib, bu jag'larni o`tkir periostiti asoorati bo`lib xisoblanadi. Infektsiyani boshqa manbalari bo`lib og'iz bo`shlig'i, yukori jag' va burun bo`shliqlari shilliq qavati, teri va bo`yin sohalari, kamrost – ko`z kon`yuktiviti xisoblanidi.

Jag'lar atrofi abstsess va flegmonalari ko`proq 20-30 yoshdagi kishilarda kuzatiladi. Bu tishlarni ko`proq karies bilan zararlanish intensivligi va aql tishlarni chiqishi qiyinligi bilan bog'liqdir. Abstsessva flegmona kasalliklari mavsumiy ligi bilan xarakterlanadi: bemorlar soni yoz-kuz oylarida ko`proq bo`ladi.

**Patogenezi.** Bosh va bo`yin sohalarida o`tkir yiringli yallig'lanish kasalliklarini vujudka kelishi va kechishi mikroflora kontsentratsiyasi, umumiyy va mahalliy nospeqifik va speqifik ximoya omillari, a`zo va a`zolar tizimi faoliyati, shuningdek to`qimalarni anatomo-topografik xususiyatlari bilan xarakterlanadi. SHularga bog'liq ravishda yallilanish reaktsiyasi xarakterlanadi - normergik, giperergik yoki gipergik.

Abstsess va flegmonalar mikroblarni yukori bo`lmagan toksik ta`siridan, asosan ularni kontsentratsiyasi va organizmni adekvat javob reaktsiyasidan bir yoki ikki kletchatka bo`shlaqlarida rivojlanadi. Kalla suyagi kumbazi, yuz va bo`yin sohalari anatomo-topografik xususiyatlari, shunigdek qo`shni bo`lgan yukori va pastki jag'larga yondashgan patologik odontogen va boshqa kletchatkalardagi infektsiya o`choqlari katta axamiyatga egadir. Abstsess va flegmonalarni umumiyy va mahalliy simptomlari normergik yallig'lanish reaktsiyani ifodalaydi.

Zaralovchi omillarni ta`sirini oshishi (ularni sonini ko`payishni, mikroblarni virulentligi, toksigenligi va kontsentratsiyalarini oshishi), kasallikni davomiyligi va infektsiyaga qarshi umumiyy va mahalliy ximoya mexanizmlarini shu bilan birga immunitetni (disbilans) pasayishi tarqalgan flegmona rivojlanishiga olib keladi. Bu

giperergik yallig'lanishni ifodalaydi. Organizm reaktivligini ko'pchilik omillari, sensibilizaqiyani yukori darajasi va kalla suyagi gumbazi, yuz, bo`yin sohalaridagi yiringli o`choqlar lokalizaqiyasi organizmni himoya-moslashuv reaktsiyasini kompensirlangan, subkompensirlangan va dekompensirlangan xarakterlarini ifodalaydi. [Gubin M.A., 1987, 1996].

Alovida bemorlarda abstsess va flegmonalarni kechishini turli printsiplari yallig'lanishni gipergik reaktsiyasi bilan kuzatiladi. Bir tomondan kasallikni chaqiruvchisi shartli-patogen mikrob bo`lishi xam mumkin. Ularga nisbatan qilingan maxsus raekqiya, ya`ni antigen subqanqiyalarini kuchsiz ta`sirlari kasallikni sekin va kuchsiz kechishini ifodalaydi. Boshqa tomondan maxsu va nomaxsus ximoya reaktsiyalarni o`zgarishi, pasayishi, shu bilan birga sekinlashgan tipdagi sezgirlikni oshishini, autoimmun reaktsiyalarni, tolerantlikni, birlamchi va ikkilamchi immun kasalliklarda yoki xolatlarda immunitetni buzilishini rivojlanishi katta ahamiyatga egadir. Sanab o`tilgan ko`rinishlar katta yoshdagagi kishilarda abstsess va flegmonalarni gipergik yallig'lanish reaktsiyalar bilan kechishini xarakterlaydi. Abstsess va flegmonalarda antibiotk va sul'fanilamidlarni noraqional qo'llanilishi yallig'lanish reaktsiyasini gipergik darajasiga olib kelishi mumkin.

Yiringli yallig'lanish kasalliklari (yuz va bo`yin sohalari va bo`shliqlari abstsess va flegmonalari) ko`proq siyrak tolali biriktiruvchi to`qimada – teri osti yog', mushaklararo, fasqiyalararo kletchatkalarida, mushaklarda, kletchaka bo`ylab tomirlar, nervlar, og'iz bo`shlig'i atrofi a`zolarida rivojlanadi.

To`qimalarga kirgan mikroblar tomir atrofi va yaqinida to`planadi. To`qimada yallig'lanish reaktsiyasi yuzaga keladi.. Quyidagi bosqichlari farqlanadi: I — shishi, II — infil'traqiyalanish, III — to`qimalarni yiringli emirilashi, IV — nekroz, V — granulyaqion val hosil bo`lishi bilan o`choqni chegaralanishi yoki yiringli yallig'lanish jarayonini tarqalishini davom etishi, shuningdek arteriya va venoz qon tomir sistemasi tarqalishidir.

V.V. Kovanov i T.I. Anikina (1968), V.G. Smirnov (1970, 1992), J. Bartlett i P.O.Kcefe (1979), M. Strassburg i G. Knolle (1991) va boshqalar tomonidan bosh, yuz va bo`yin sohalari kletchatka bo`shliqlarini anatomo-topografik tekshiruvlari o'tkazilib, yuz sohalarini tish jag' sistemasi segmentlari va tish kataklari bilan, yuz, bo`yin yuza bo`shliqlarini chuqur bo`shliqlari bilan yaqindan bog'lanishini aniqladilar. Bu esa infektsiyani tishlardan jag' oldi yumshoq to`qimalariga tarqalishini, yiringli infektsiyani bir sohadan boshqasiga xarakatlanishini, bir bo`shliqdan boshqasiga o`tishini ifodalaydi.

Patologik odontogen o`choqlardan jag' atrofi yumshoq to`qimalarga infektsiyani gematogen tarqalishi 60% xolatlarda venoz yo`l bilan sodir bo`ladi [Egorov P.M., 1961], til osti va og'iz tubi bo`shliqlari lokalizaqiyalarida esa bu yo`l asosiy bo`lib xisoblanadi.[Lanyuk S.V., 1955; Smirnov V.G., 1969].

**Patologik anatomiysi.** Abstsessa kletchatka bo`shlig'ida serroz, yiringli-serroz ekssudaqiya yig'ilishi va devori granulyaqion to`qimadan iborat chegaralangan yiringli bo`shliq sifatida aniq namoyon bo`ladi. Nekrotik djarayonlar yiringli o`choqda kam ifodalangan. Yiringli emirilgan kletchatka atrofida etilgan granulyaqion to`qima biriktiruvchi to`qimali kapsula hosil qiladi. Flegmonalarda shish, serroz va yiringli yallig'lanish bosqichlari nekrotik jarayonlarni turli darajada namoyon bo`lishlari bilan almashinidi. Ba`zi xolatlari ekssudativ o`zgarishlar

uqunlik qiib, tarqalgan serroz va serroz-yringli yallig'lanish kuzatiladi. Bunda jag' atrofi yumshoq to`qimalar kletchatkalarida sezilarli shish va leykostitlarni diffuz infil'traqiyasi kuzatiladi. YAllig'lish o`chog'i aniq chegaralanmagan. Zararlangan to`qimalarda leykostitlar bilan o`ralgan alohida nekroz o`choqlari aniqlanadi. Boshqa xolatlarda (yiringli nekrotik flegmonalarda) al'teraqiya jarayonlari uqunlik qilib, to`qimalar gemodinamikasini sezilarli buzilishi, mushak va fasqiylar kletchatkalari nekrozi bilan xarakterlanadi. Bu yiringli-nekrotik flegmonalarda yorqin namoyon bo`ladi. Bunday xollarda to`qimalarni tarqalgan shishganligi fonida qon fuyilish o`choqlari bilan zinch infil'traqiya o`choqlari kuzatiladi. Markazida mushak fasqiylarini qavatlari va mushak tuplamlari nekrozi kuzatiladi.

Yiringli yoki yiringli-nekrotik o`choqlarni o`z-o`zidan yoki operativ yo`l bilan ochilishida o`tkir yallig'lanish ko`rinishi yanada yaqqol namoyon bo`ladi. Leykostitar infil'tratsiya sababli rivojlangan granulyaqion to`qima bilan yallig'lanish o`chog'ini chegaralanishi yuzaga keladi. Nekrozlangan to`qimalar asta-sekin ajralishga va qisman emirilishga uchraydi. Qon aylanishi tiklanadi. O`lgan sohalarni o`rnida birikliruvchi to`qima rivojlanadi.

Ekssudat chiqishiga yo`lni yo`qligi yoki uni qiyin chiqishi, yiringli o`choq yoki o`choqlarni chegaralash uchn mahalliy to`qima reaktsiyalarini etishmasligi, shu bilan birga a`zolar foliyati buzilishini umumiy sabablari, asosan immunitet buzilishi yallig'lanish jarayonini yuz va bo`yinni qo'shni sohalariga tarqalishiga olib kelishi mumkin.

**Klinik ko`rinishi.** Oxirgi yillarda abstsessarni klinik ko`rinishi o`zgardi. Ular sekin va kuchsiz kechishi bilan farqlanadi. SHuni asosida chet elliq izlanuvchilar abstsessni yiringli jarayonlarni surunkali shakli deb xisoblaydilar. [Laskin D., 1980; Peterson L., 1994].

Abstsesslarni bunday kchishi 70 yillarda ba`zi bemorlarda kuzatilgan edi. [Vasil'ev G.A., 1972; Xudaynazarov T., 1972; Robustova T.G., 1979], va bu tendenqiya yillar o`tishi bilan kuchayib bordi [Krumov H. i dr., 1978; Robustova T.G., 1990; Mutatina SH., 1992; Schultz S., 1980; Saal Ch., 1988; Matusov R., 1988]. SHularga asoslanib jag'lar atrofi abstsesslari normergik yoki gipergik reaktsiyalar bilan kuzatiladi. Abstsessda shikoyatlar ko`p bo`lmaydi, ayniqsa yiringli o`choqni teri osti va mushaklar aro kletchatkada joylashuvida. Og'riq asosan yiringli o`choqni paypaslaganda seziladi. Og'riqlar asosan og'iz bo`shlig'iga yaqin lokalizaqiyalarda, til osti sohasida, qanotsimon pastki jag', yutqin yoni bo`shliqlarida, tilda yaqqol namoyon bo`ladi. Bunda og'iz ochilishi chegaralanishi kuzatiladi, yutinish og'riqli bo`ladi va boshqalar.

Bemorni axvoli qoniqarli bo`lganda normergik jarayon, tana xarorati subfebril bo`lishi bilan kuzatiladi. Ba`zi bemorlarda lohoslik, bosh og'rig'i, umumiy xolsizlik kuzatiladi. Abstsessni gipergik kechishi 10 kundan 3 haftagacha bo`ladi. Lixoradka reaktsiyasi bo`lmasiligi mumkin. Iatsiyantoksikni boshqa simptomlari yaqqol amoyon bo`lmaydi.

Abstsesslarda yallig'lanish reaktsiyasini turiga qarab qonda leykostitar formulani chapga siljishi bilan kuzatiladigan leykostitoz yuzaga keladi. Lekin lekqitlarni soni me`yoriy yoki lekko`peniya xam bo`lishi mumkin. eCHT me`riy chegarada va ba`zi xolatlardagina ko`tarilishi mumkin 11-20 mm/s.

YUz va bo`yin sohalarida flegmonani klinik ko`rinishi turlicha bo`ladi. Bir yoki ikki qo`shilgan soxalarda lokalizaqiyalangan, ikki, uch va undan ortiq sohalarga tarqalgan flegmonalar [Robustova T.G., 1990], yuz va bo`yinni ko`p soxalarini qamrab olgan, ko`pincha xayot uchun xavfli asoratlar bilan kechadigan – avjlanuvchi flegmanalar ajratiladi [Gubin M.A., 1987].

Bir – ikki sohalardagi flegmonalar organizmni normergik yallig’lanish reaktsiyasi bilan kechadi: bemor xolati qoniqarli, kamrost o`rta og’irlilikda, tana xarorati subfebril  $38,5^{\circ}\text{S}$ , iatsiyantoksik sezilarli namoyon bo`lgan. Qon leqkostitlar soni oshgan  $10,0—12,0 \times 10^9\text{g/l}$ . eCHT ko`tarilgan 10 dan 40 mm/s gacha.

YUz va bo`yinni ikki va undan ortiq sohalari flegmonalari yallig’lanishni gipergik ko`rinishi bilan kechadi. Kasallikni davomiyligiga, yiringli yallig’lanish jarayonini umumiy va maxalliy klinik ko`rinishlari, laboratoriya tekshiruv natijalari qarab flegmona tarqalishini reaktiv, toksik va terminal fazalari xamda ularni asoratlari farqlanadi. Bular xayotiy muxim a`zolarni kompensirlangan, subkompensirlangan va dekompensirlangan xolatlariga olib keladi. Toksik fazada xamda uni terminal fazaga o`tishi flegmonani jadallahushi xisoblanadi.

YUz va bo`yindagi tarqalgan flegmonalarni reaktiv fazasi kechishini uzoq davom etmasligi, 2-4 kletchatka bo`shliflarini zararlanishish bilan kechadi. Lokalizaqiyalangan og’riqlardan tashqari bemorlarda og’iz ochilishi, yutinish va nafas olish funkqiylarining buzilishi xam kuzatiladi.

YUz va bo`yinni bir necha sohalarida yiringli yallig’lanishlar kechishi o`rta og’irlidagi xolat bilan ifodalanadi. Tana xaroratini o`zgarib turishi intermittiruvchi xarakterga ega, qaltirash profuz terlash bilan kechadi. Iatsiyantoksik umumiy xolsizlikni og’irlashtiradi, uyqu buziladi va ishtaxa yo`qoladi. Ba`zi bemorlarda xolsizlik va tormozlanish kuzatilsa, ba`zilarida qo`zg’aluvchanlik va ta`sirlanish kuzatiladi. Fiziologik chiqaruv xolatlari buziladi (diurez kamayadi, ich qo`tadi).

Tarqalgan flegmona yuz, bo`yinni ko`plab sohalarida tarqalgan shish va to`qimalar infil’traqiyasi mavjudligi bilan xarakterlanadi. Odatda teri va shilli qavatga yondashgan yuza va chuqur sohalar bir vaqtida zararlanadi. Bu to`qimalarda giperemiya, maxalliy xaroratni oshishi kuzatiladi. Og’iz ochilishi, chaynash, yutunish nutq va xatto nafas olish funkqiylari buzilishi yaqqol namoyon bo`ladi. YUmshoq to`qimalardagi yiringli yallig’lanish jarayonlarini simptomlari patologik o’choqlarning lokalizaqiyasiga bog’liqidir.

Tarqalgan flegmonalarni reaktiv fazasida gemostaz, moddalar almashinushi jarayonlari va immunitet yaqqol o`zgaradi. Qonda leykostitlar  $12,0—15,0 \times 10^9\text{g/l}$  va undan ortiq, neytrofillar soni oshgan 60-80%, nu bilan birga tayoqchayadrolillar (15—20 %). eCHT ni oshishi jadallahadi 30—40 mm/ch gacha va undan ortiq. Siydikda ostsil aniqlanadi. Organizm reaktivligini ko`pchilik ko`rsatkichlarida o`zgarish kuzatiladi – iatsiyantoksikni leykostitar indeksi (ILI), ostsil mavjudligi (disproteinemiya), fermentlar mavjudligi, gumoral va xujayraviy immunitet ko`rsatkichlari – immunoglobulin darajalari, V-xujayra, T-xujayra va ularni populyaqiyalari, qonni ivish tizimi xolatlaridir.

Keyinchalik yiringli jarayonni yuz va bo`yinni ko`pgina soxalariga tarqalishi kasallikni giperergik kechishi bilan xarakterlanadi. Kasallik organizmni xayotchanligini ta`minlovchi tizim, sub- va dekospensirlangan xarakterdagи

organizmni ximoya reaktsiyalari bilan birga toksik kechuvchi ko`rinishga ega bo`ladi. Kasallik yiringli jarayonni uzoq davom etishi bilan farqlanadi (5-7 kun). YAqqol iatsiyantoksik, qon aylanishi buzilishi va moddalar almashinuvida sezilarli o`zgarishlar va yuz-jag' sohasi yiringli yallig'lanish simptomlari yaqqol namoyon bo`ladi. Bu fazada yiringli-septik kasallik asoratlari rivojlanishi mumkin. Bular infektsiyani ko`z kosasiga, miya qobiqlariga, miyaga va ko`krak oralig'iga o'tishidir.

Bemor axvoli o`rta og'irlilikda yoki og'ir. Tana xarorati 39°С ga ko`tariladi. Jag'lar atrofi to`qimalarda yuzni yuza sohalari bilan chuqur bo`shliqlarini qamragan holda sezilarli shish va diffuz leykostitar infil'traqiya kuzatiladi. Aniq chegaralangan yallig'lanish o`chog'i yo`q. Qonda leykostitlar soni 15,0—20,0· 109/l gacha ko`tariladi, eCHT — 60 mm/s, organizm reaktivligi o`zgarishi kuchayadi.

Alohiba tish gurxlari bilan jag'lar atrofi yumshoq to`qimalarni anatomik qo`shniliqi infektsiyani tarqalishida muxim axamiyatga egadir.

***Odontogen abstsess va flegmonalarni anatomo-topografik lokalizaqiyalariga qarab shartli ravishda quyidagi to`rt guruhga bo`lish mumkin:***

1. YUkori jag'ga yondashgan to`qimalar abstsess va flegmonalari:
  - a) yuza — ko`z osti, lunj, yonoq soxalari;
  - b) chuqur — chakka osti va qanot-tanglay chuqurchalari;
  - v) ikkilamchi — chakka, ko`z kosasi sohalari.
2. Pastki jag'ga yondashgan to`qimalar abstsess va flegmonalari:
  - a) yuza — jag' osti, daxan osti uchburchaklari;
  - b) chuqur — qanotsimon-pastki jag'osti, yutqin yoni, til osti bo`shliqlari;
  - v) ikkilamchi — jag' orti sohasi, bo`yinni oldi sohalari va bo`shliqlari.
3. Tilni abstsess va flegmonalari.
4. YUz va bo`yin tarqalgan flegmonalari.

**Pastki jag' osti sohasi (pastki jag' osti bo`shlig'i) abstsess va flegmonasi.**

Pastki jag' osti sohasidagi odontogen yallig'lanish jarayonlari yuz-jag' sohasining boshqa sohalariga anisbatan ko`p uchraydi. Ular ko`proq pastki kichik va katta oziq tishlardan yallig'lanish jarayonining tarqalishi natijasida, kamroq – qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'i, til osti sohasi, pastki jag'-til tarnovchasi sohalaridan va daxan osti uchburchagidan tarqalishi natijasida yuzaga keladi. Infektsiya tarqalishini limfogen yo`li va jag' osti lifa tugunlarini zararlanishi xamda yallig'lanish jarayonga kletchatkani qo`shilishidan yuzaga keladi.

Jag' osti sohasi chegaralari (jag' osti uchburchagi, jag' osti bo`shlig'i): yuqori-ichki – jag'-tilosti mushagi, bo`yin xususiy fastsiyasi varaqi, orqa-pastki – ikki qorinli mushak orqa qorinchasi va bo`yin xususiy fastsiyasi yuza varag'i, tashqi – pastki jag' tanasi ichki yuzasi, oldingi pastki – ikki qorinli mushak oldingi qorinchasi, bo`yin xususiy fastsiyasi yuza varag'i.

Pastki jag' uchburchagida jag' osti so'lak bezi, limfa tugunlari lokalizatsiyalanadi, yuz arteriya va venalari, yuz nervini qirg'oq va bo`yin shoxlari, til osti nervi, til nervi va venalari o`tadi. Bu erda ko`p miqdorda siyrak kletchatka joylashgan, orqa qismiga nisbatan oldingi qismida ancha ko`p. [Gusev e.P., 1969]. Kletchatka quyidagicha uch qavat bo`lib joylashadi: teri va teri osti bo`yin mushaklari orasida, shu mushak bilan bo`yin fastsiyasi yuza varag'i orasida va bo`yin xususiy fastsiyasi yuza varag'i ustida; yanayam chuqurrog'i jag' osti xususiy

kletchatka bo`shlig'i yuo`lib bu erda so`lak bezi lokalizatsiyalanadi. Uning xajmi pastki jag' shakliga bog`liq ravishda o`zgaradi. Agar pastki jag' baland va keng bo`lsa, bezni ko`ndalang kesimi maksimal, uzunasi esa – minimal bo`ladi. Aksincha, pastki jag' tor va uzun bo`lganda bez uzun va kengligi kechik bo`ladi. SHunga mos ravishda kletchatka joylashadi. Uchburchak tubida uchta sagittal' yoriqlar mavjud: o`rta, medial va lateral bo`lib, bular til osti, parafaringeal bo`shliqlar va yuzkletchatkalari bilan bog`lanish imkoniyatini beradi. [Smirnov V.G., 1990]. Jag'-til osti mushagi ustki sohasida distal bo`limida Pirogov uchburchagi joylashadi. SHu tariqa yiringli jarayon tir osti yog' kletchatkasida, teri osti mushagi o`rta bo`shliqlarida va chuqur to`qimalarda – jag' osti xususiy kletchatka bo`shliqlarida rivojlanadi.

Infektsiyani tishlardan pastki jag'ga yondashgan yumshoq to`qimalarga tarqalishida jag' osti uchburchagi bilan boshqa kletchatka bo`shliqlari orasida bog`lanish mavjudligi axamiyatlidir. Jag'-tilosti mushagi orqa qirg'og'i ortida jag' osti protoki joylashadi. Uni o`ragan keltchatka bo`yicha infektsiya til osti sohasiga tarqaladi. SHu yo`l bilan til osti soxasidan yallig`lanish jarayon jag' osti uchburchagiga tarqaladi. Sohaning orqa bo`limlari qanotsimon-jag' va yutqin yoni bo`shliqlarining oldingi qismlari bilan bog`lanadi. Jag' osti sohasi teri osti kletchatkasi daxan osti uchburchagi kletchatkasi bilan bevosita bog`langan bo`ladi.

Pastki jag' osti sohasini oldingi va orqa bo`limlari abstsesslari xamda shu soha flegmonasi farqlanadi. [Vasil'ev G.A., Robustova T.G., 1981]. Abstsessda bemor o`z-o`zidan hosil bo`luvchi zirqiragan og`riqqa shikoyat qiladi.

Tashqaridan tekshirganda jag' osti uchburchagi oldinga yoki orqa bo`limlarida, jag' osti so`lak bezini oldi yoki orqa tomonida chegaralangan infil'trat aniqlanadi. paypaslanganda infil'trat zich, teri ostidagi to`qimalar bilan ulanib ketadi, rangi o`zgargan (yorqin pushti rangdan – qizilgacha) yupqalashgan. Ayniqsa pastki jag' uchburchagi oldingi bo`limida kuzatilganda markazida flyuktatsiya belgisi aniqlanadi. Og'iz ochilishi erkin. Og'iz bo`shlig'ida o`zgarishlar bo`lmaydi.

Jag' osti uchburchagi flegmonasi yanada keskin og`riqlar bilan namoyon bo`ladi. Tarqalgan shish, kasallik boshlanishidan 2- 3 kun mobaynida shish jag' osti uchburchagi to`qimalariga, daxan osti va jag' orti sohalariga tarqaladi. SHish usti teri infil'trlangan, burmaga yig'ilmaydi, ba`zida qizardi. Markazida og`riqli infil'trat aniqlanadi. Lunjva quloq oldi chaynov sohalarida shish kuzatiladi. Og'iz ochilishi ko`pincha og`riqsiz. YAllig`lanish jarayonini jag'-til tarnovidan jag' osti uchburchagiga tarqalishida pastki jag' burschagi ichki yuzasiga birikuvchi qanotsimon mushak infil'trlanishidan og'iz ochilishida chegaralanish kuzatiladi (I darajali yallig`lanish kontrakturasi). Yiringli o`choqni chuqur joylashishida va uni til osti va qanotsimon-jag' bo`shliqlariga tarqalishida pastki jag' ochilishida sezilarli chegaralanish xamda yutinishda og`riq bo`lishi kuzatiladi.

Pastki jag' osti uchburchagi flegmonasida og'iz bo`shlig'ini yallig`laish yuz bergen tomonida shish va shu soha til osti burmasi shilliq qavati giperemiyasi kuzatiladi.

Operativ yondashuvda pastki –jag' osti uchburchagi tomonida terida yuz nervi qirg'oq shohini jaroxatlamaslik uchun unga parallel ravishda pastki jag' tanasidan 2 sm pastdan kesma o`tkaziladi. Abstsessda flyuktatsiya yaqqol namoyon bo`lgan sohada 1,5-2 sm li kesma o`tkaziladi. Flegmonada 5-7 sm li kesma o`tkaziladi. teri

qavatma-qavat kesiladi, teri osti kletchatka, bo`yinni teri osti mushagi, bo`yinni yuza va xususiy fastsiyaları kesiladi, albatta barmoq bilan operatsion yara tubiga o`tiladi [Vasil'ev G.A., 1972] va sekin asta so`lak bezi surilib zaralangan sohaga barcha qismlariga o`tiladi, ayniqsa so`lak bezi yuqorisi va orqa tomonlariga. To`qimalar ajratilib yuz arteriya va venalari aniqlanadi va ular chetlashtiriladi. Yiring evakuatsiyasi o`tkaziladi, yara nekrotomiya qilinadi va yaraga antiseptik, antibakterial ishlov beriladi, keyin rezina drenaj qo`yiladi.

Jag' osti uchburchagi flegmonasi asoratlanadi – infektsiya qanotsimon-pastki jag' va yotqin yoni bo`shlig'iga, til osti, daxan osti uchburchagi va bo`yinni boshqa sohalariga tarqaladi, shu bilan birga qon tomir-nerv qiniga xam tarqaladi.

**Daxan osti sohasi (daxan osti bo`shlig'i) abstsess va flegmonasi.** Infektsiya pastki kurak qoziq tishlar odontogen o`choqlaridan tarqaladi, shu bilan birga yiringli jarayon jag' osti, til ildizi, kamroq – til osti sohalaridan tarqaladi. Birlamchi yana limfatik tugunlar zararlanadi, keyin yiringli jarayon daxan osti uchburchagi kletchatkasiga tarqaladi.

Daxan osti uchburchagi chegaralari: yuqorigi – jag'-til osti mushagi, bo`yin xususiy fastsiyasi chuqur varaqlari bilan pastdan o`ralgan, pastki – bo`yinni yuza fastsiyasi, yon tomonlaridan – o`ng va chap ikki qorinchali mushakni oldingi qorinchalari. Daxan osti soxasida kletchatka (uning teri osti qavatlari daxan osti uchburchaklarini o`ng va chap tomonlariga o`tadilar), ikki gurug' limfa tugunlari (biri pastki jag' pastki qirg'og'i ortida, keyingisi til osti suyagi oldida), oldingi bo`yinturuq venalari joylashadi.

Daxan osti sohasida abstsess yoki flegmona rivojlanishi mumkin. Bemorlar zararlangan sohadagi o`z-o`zidan xosil bo`luvchi og`riqqa, pal`patsiyada abstsessda kuchli, flegmonada esa o`sib boruvchi va kuchayuvchi og`riqqa shikoyat qiladilar.

Abstsessda tarqalgan shish xarakterlidir. Teri bu sohada infil'trlangan, xarakatchan. 3-4 kun ichida pal`patsiyada kam og`riqli zich infil'trat yuzaga keladi. Teri ostidagi to`qimalar bilan ulanib ketgan, rangi qizargan ko`pincha yupqalashgan, flyuktuatsiya musbat.

Flegmonada kasallik boshlanishida daxan osti uchburchagida tarqalgan infil'trat aniqlanadi, har ikki jag' osti soxalarida shish kuzatiladi. Og'iz ochilishi erkin. Faqat yallig'lanish jarayonini atrof to`qimalarga tarqalishida og'iz ochilishi chegaralanish kuzatiladi, yutinish va chaynash og`riqli bo'ladi. Infil'trasiya yumhashi natijasida tiri ostidagi to`qimalar bilan ulanib ketadi. burmaga yig'ilmaydi, qizaradi. Paypaslanganda flyuktuatsiya aniqlanadi. Daxan osti sohasi abstsess va flegmonalarida bemorlari og'iz bo`shlig'i va til osti burmasi shilliq qavatida o`zgarish bo`lmaydi.

Abstsess va flegmonada operativ muolaja terida patki jag' qirg'og'idan til osti suyagiga kesma o`tkazish bilan yiringli o`choq ochiladi yoki pastki jag' asosiga parallel ravishda daxan osti sohasida teri kesma qilinadi. Keyingi operativ yo`l estetik jixatdan qulay xisoblanadi. Teri va teri osti yog' qavati kesilgandan keyin yara qirg'oqlari chetlashtirilib, o'tmas yo`l bilan chuqur joylashgan to`qimalarga o`tiladi, jag'-til osti mushagigacha o`tiladi.

Daxan soti flegmonasi – infektsiyani jag' osti uchburchagiga va bo`yinni boshqa sohalariga tarqalishi bilan asoratlanishi mumkin.

**Quloq oldi-chaynov sohasi (quloq oldi-chaynov bo`shlig'i) abstsess va flegmonasi.** YAllig'lanish jarayoni pastki katta oziq tishlardan, kamroq premolyarlar va yuqorigi molyarlardan infektsiyani tarqalishidan yuzaga keladi. Ikilachi bu sohaga infektsiya lunj, quloq oldi so`lak bezi, chakka osti chuqurchasidan tarqaladi.

Quloq oldi-chaynov sohasi chegaralari: - yuqoridan – yonoq yoyi pastki qirrasi va eshituv yo`li bilan chakka suyagi qismi, pastdan – pastki jag' tanasi pastki qirrasi, oldingi – chaynov mushagi oldingi qirrasi, orqadan – so`rg'ichsimon o`sinqdan pastki jag' burchagiga o`tkazilgan chiziq.

Quloq oldi-chaynov sohasida chaynov mushagi, yuza va chuqur qavatlari joylashadi. Bu sohada yuzni ikkita fastsiyasi yuza quloq oldi va chaynov fastsiyalari joylashadi. Ular xususiy quloq oldi so`lak bezini va chaynov mushagini o`rab turadi. Fastsiya yuqoridan yonoq ravog'iga pastdan – pastki jag' asosiga, orqadan pastki jag' burchagiga va o`sig'iga birikadi. Xususiy quloq oldi so`lak bezi distal bo`limida va jag' orti sohasida fastsiya bo`linadi va so`zlak bezi o`zanini hosil qiladi. Butun yo`nalishi bo`ylab, chuqur bo`limlaridan tashqari, bez bilan to`liq bog`langan. Pastki bo`limida bigizsimon pastki jag' bog`lami xisobiga quloq olid fastsiyasi zinchlashgan. Pastki jag' o`sig'ini o`rta ortki (chaynov mushagini birikmagan) sohasida bo`shliq bo`lib siyrak kletchatka bilan to`lgan. YUqoriga yo`nalganda yuza va chuqur mushak tutamlarini ajratadi. pastga va oldinga yo`nalganda mushak kengligi va tomirlar yo`nalishi bo`ylab ketadi. Bunda mushak va paylar tutamlari kletchatkalari bilan bog`lanadi. Ayni shu kletchatka topografik anatomiyada chaynov osti bo`shliq sifatida aniqlanadi. U pastki jag' o`sig'i yuqori orqa sohasi kletchatkasi bilan yuog`lanadi. Keyin vona tomirlari bo`ylab yo`naladi, chaynov mushagi orqa qirg`og'i va toj o`sig'i oldingi qirg`og'i orasidan o`tib qanotsiomn-pastki jag' bo`shlig'iga, chakka osti chuqurchasiga va chakka osti mushagiga o`tadi [Egorov P.M., 1972]. Alovida individuumlarda chaynov mushagi bilan pastki jag' tanasi orasida yuqoriga ochilgan bo`shliq joylashgan bo`lib, u molyar orti uchburchagi shilliq osti qavati va pastki jag' tanasidan tashqi yuzasi bo`ylab joylashgan kletchatka bilan bog`lanadi. CHaynov mushagi suyak-fastsial o`zani yuqorida yonoq yoyi osti oralig'i orqali chakka osti chuqurchasi bilan bog`lanadi. CHaynov mushagi tomir va nervlari bo`ylab kletchatka pastki jag' egatida qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'i bilan bog`lanadi, oldindan – lunj kletchatkasi bilan bog`lanadi [Voyno-YAsenetskiy V.F., 1947].

Quloq oldi-chaynov sohasidagi teri osti siyrak yog' kletchatkasida yuz nervi shoxlari va quloq oldi so`lak bezi joylashadi. Ular ajralgan fastsiya varaqlari bilan o`ralgan bo`ladi. U erdan quloq-chakka nervi va yuz nervi ustuni, tashqi uyqu arteriyasi va ulardan chiquvchi tarmoqlar, pastki jag' orti venasi o`tadi, yuza va chuqur limfa tugunlari, xususiy chaynov mushagi joylashadi. Quloq oldi-chaynov sohasi turli qatlamlarida to`rtta kletchatka bo`shliqlari joylashadi: teri osti, aponevroz osti, mushak osti (submasseterial) va jag'orti chuqurchasi bo`shliqlari kiradi. Bu anatomik xususiyatlar bu soxadagi abstsess va flegmonani turli klinik ko`rinishda kechishini va yallig'lanish jarayonini boshqa sohalarga tarqalishini ifodalaydi.

Quloq oldi-chaynov sohasi yallig'lanish jaraynlari lokalizatsiyasiga qar farqlanadi: chaynov mushagi pastki bo`limi abstsessi (aponevroz osti bo`shlig'i va chaynov mushagi pastki qismi zararlanadi), chaynov mushagi sohasi flegmonasi

(mushak osti bo`shlig'i zararlanadi), qulq oldi-chaynov sohasi flegmonasi (barcha to`rt bo`shliq zararlanadi).

CHaynov mushagi pastki bo`limi abstsessida o`z-o`zidan yuzaga keluvchi og`riq, shish xosil bo`lishi va og`iz ochilishi chegaralanishi kuzatiladi. Qulq oldi-chaynov sohasi pastki bo`limlarida og`riq infil`trat pal`patsiyalanadi. CHaynov mushagini I-II darajali yallig`lanish kontrakturasi kuzatiladi. Og`iz vestibulyar soxasi orqa pastki bo`limlarida shish bo`ladi. CHaynov mushagi pastki yarimi oldingi qirg`og`ida infil`tratsiya va og`riq kuzatiladi. birinchi kunlarda infil`tratsiya zich fastsiya va chaynov mushagi ostida joylashganligi sababli flyuktuatsiya aniqlanmaydi. To`qima qismlarini emirilishi va yiringli o`choqni chaynov mushagi pastki qismi yuza qavatlariga tarqalishidan infil`tratni yumshashi yuzaga keladi.

CHaynov mushagi sohasi flegmonasida spontan hosil bo`luvchi og`riqlar bo`lib, og`iz ochilishida og`riq kuchayadi. Tarqalgan shish xisobiga yuz assemetriyasi o`zgargan. Qulq oldi-chaynov sohasi paypasloanganda og`riqli infil`trat aniqlanadi. Qo`shni to`qimalarga shish tarqalgan. Infil`trat chegarasi chaynov mushagi chegarasidadir. YAllig`lanish shishi yonoq yoyi sohasigacha tarqalgan bo`lib o`z ichiga lunj sohasini oladi, ba`zida chakka sohasi pastki bo`limlariga va pastki qovoq sohasiga o`tadi.pastdan jag' osti sohasigacha o`tadi. Infil`trat usti teri rangi me`yorida, tortilgan va burmaga qiyin yoig'iladi. CHaynov mushagini II darajali yallig`lanish kontrakturasi sababli og`iz ochilishi keskin og`riqli bo`ladi. Lunj shilliq qavati shishgan va unda chaynov tishlari toji izi tushadi. CHaynov mushagi oldingi bo`limlari paypasanganda zichlashish va og`riq seziladi.

Yiringli jarayon chaynov mushagi sohasidan tashqariga va qulq-oldi chaynov sohasi barcha to`qimalarga tarqalishini shu sohasini flegmonasi deb baxolanadi. Jarayonga pastki jag' bo`g'im tashqa yuzasi orqa yuqorigi sohalari kletchatka bo`shliqlari va chaynov mushagini yuza va chuqur qismlari oarsida joylashgan (chaynov oti bo`shlig'i) kletchaka qo`shiladi. Qulq oldi-chaynov sohasi flegmonasi infektsiyani lunj, jag' osti, qanotsimon-jag', kamroq – yutqin oldi bo`shliq va chakka osti chuqurchasidan tarqalishi natijasida ham kelib chiqadi.

Kasallik klinik ko`rinishi og`ir kechadi. Tarqalgan yallig`lanish shishi chakka sohasi pastki qismidan jag' osti uchburchagigacha, qulq suprasidan burun-lab burmasigacha tarqaladi. Pastki jag' burchagi va o`sio`i qorg`og`i kontrakturasi qo`shiladi. Infil`trat zich, keskin og`riqli, teri to`q qizil rangda, ostidagi to`qimalar bilan alanib ketgan, burmaga yig`ilmaydi, yaltiraydi.Ko`pincha infil`trat jag' orti, lunj sohalariga tarqaladi. SHish esa ko`z osti, chakka, jag' osti, yonoq sohalarida kuzatiladi. Infil`trat yuqori qismlarida kuchli og`riq seziladi. Og`iz ochilishi keskin chegralangan. Lunj shilliq qavati sezilarli shishgan, og`riq va chaynov mushagi oldingi qirg`og`i infil`tratsiyasi kuzatiladi.

Operativ aralashuv jag' osti yoki jag' orti sohalarida o`tkaziladi. ( pastki jag' burchagidan pastroqda 5-6 sm li terida aylanib o`tuvchi kesma). pastki jag' burchak sohasidagi to`qimalar qavatma-qavat ajratiladi. Bunda fastsiya ostida joylashagn yuz nervini qirg`oq shohini jaroxatlashdan extiyot bo`linadi. ehtiyotlik bilan chaynov mushaklarini pastki qismi suyakka birikka ba`zi tutamlari suyakdan ajratiladi. Flegmonada bu mushak pay va tutamlari suyakdan yuqoriga qarab to`liq ajratilgani ma`quldir. O`tmas yo`l bilan pastki jag' o`sig`i tashqi yuzasi bo`ylab o`tiladi. zarurat bo`lganda – mushak tutamlari, qulq oldi-so`lak bezi va chaynov mushagi orasidagi

fastsiya oraliqlaridan o`tiladi. Quloq oldi-chaynov sohasi flegmonasida (M.M. Solov'ev 1985), tavsiya qilinganidek (V.F. Voyno-YAsenetskiy 1947), (M. Wassmund 1935), jag' osti va yonoq osti sohalaridan kombinatsiyalangan operativ yo`llari qilinadi.

Adenoflegmonlar yuza va chuqur quloq oldi lmfa tugunlaridan tarqalib, yallig'lanish ekssudatini mushak ustida yuza lokalizatsiyasi bo`yicha farqlanadi. Bu xolatda pastki jag' burchak sohasidagi yaradan o`tmas yo`l bilan chaynov mushagi yuzasi bo`ylab yoki so`lak bezi va teri orasidan o`tiladi. So`lak bezini zararlab qo`ymaslik uchun yuz nerviga parallel ravishda flyuktuatsiya yaqqol namoyon bo`lgan sohada radial kesmalar qilinadi.

Quloq oldi-chaynov sohasi flegmonasida quyidagi sohalarga yallig'lanish jarayonini tarqalishi bilan asoratlanadi: lunj. yonoq, chakka, jag' osti, jag' orti sohalariga, qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'iga, chakka osti chuqurchasiga. CHaynov mushagi sohasida yallig'lanish jarayonini uzoq kechishi, o`z vaqtida qilinmagan operativ aralashuvlar, yiringni chiqishi uchun yo`l etarli bo`lmasligi pastki jag' o`sиг'ini kortikal sohalari nekroziga – ikkilamchi kortikal osteomielitga olib kelishi mumkin.

**Qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'i abstsess va flegmonasi.** Qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'iga yiringli zararlanishi sababi pastki katta oziq tishlar soxasidagi yallig'lanish jarayoni, shu bilan birga pastki aql tishini qiyinlashgan yorib chiqishi xam sababchi bo`ladi. YUqori molyar tishlardan yiring tarqalishi xisobiga xam kuzatiladi. Ba`zida yiringli jarayon tarqalishi tilosti, jag' til tarnovi, jag' osti uchburchagi, og'iz tubi va quloq oldi chaynov sohalaridan kuzatiladi.

Qanotsiomn-pastki jag' bo`shlig'iga chegaralari: tashqi – pastki jag' tansi ichki yuzasi, ichki – medial qanotsimon mushak orcha va tashqi yuzasi, yuqori – lateral qanotsimon mushak va qanotsimon aro fastsiya, pastki – ichki qanotsimon mushakni pastki jag' o`sиг'iga birikadigan payi yuqorigi chizig'i. Oldindan bo`shliq lunj-yutqin choki va lunj mushagi bilan chegaralanadi, orqadan qisman quloq oldi so`lak bezi berkitadi.

Qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'iga siyrak kletchatka bilan to`lgan. U erdan pastki al'veolyar nervi, shu nomli arteriya va qanotsimon venoz chigal xosil qilishda qainashuvchi ko`pchilik venalar o`tgan. Bu bo`shliq kletchatkasi turli joylarda yondosh kletchatka oraliqlari bilan bog'langan: yuqoridan qanotlararo bo`shliq bilan bog'langan, so`ngra qanot-tanglay oralig'i va chakka mushagi ichki yuzasi bo`ylab davom etadi, chakka sohasi chuqur bo`shlig'iga bilan bog'lanadi, medial qanotsimon mushak orqa qirg'og'i bo`ylab yoriq orqali jag' orti bo`shlig'iga bilan bog'lanadi, shu bilan birga yutqin oldi bo`shlig'iga oldingi bo`limi va chakka osti kletchatka bo`shliqlari bilan bog'lanadi, pastdan – jag' osti uchburchagi bilan bog'langan, uning esa yuqori-oldingi qismi lunjni yog' siqimiga o`tadi.

Qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'iga abstsess va flegmonasi farqlanadi.

Abstsess yallig'lanish jarayonini sekin, doimiy rivojlanib borishi bilan farqlanadi. Bemorlar yutinishda kuchayadigan og'riqqa shikoyat qiladilar. Og'iz ochilishi yanada chegaralanib boradi. YAllig'lanish belgilari ko`pincha faqat qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'iga kletchatkasini qamrab oladi, ba`zida esa uni o`rta bo`limini egallaydi. Tashqaridan qaraganda yallig'lanish belgilari aniqlamasligi

mumkin. Pastki jag' osti uchburchagi limfa tugunlarida og'riq kuzatiladi. Og'iz ochilishi III yallig'lanish kontrakturasini xisobiga chegaralangan. Ohiz bo`shlig'ida qanotsimon-pastki jag' burmasida kuchli og'riqli infil'trat paypaslanadi. Bu sohada shilliq qavat kuchli giperemiyalangan va shishgan, ko`pincha shish tanglay-til yoyiga o`tadi.

Qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'i flegmonasi uchun yallig'lanish simptomlarini tezkor rivojlanishi xarakterlidir. Ko`rincha yiringli jarayon 2-3 kun davomida butun kletchatka bo`ylab tarqaladi. Pastki jag' burchagipastki soxasida og'riqli infil'trat va shish kuzatiladi. Limfa tugunlari bir-birlari bilan birikkan bo`ladi, ba`zida chakkasoxasi pastki qismlarida shish paydo bo`ladi. Pastki jag'ni asbob bilan kengaytirib og'iz bo`shlig'ini ko`rganimizda qanotsimon-pastki jag', halqumni tanglay-til yarimoyi soxalari shilliq qavat shishi va giperemiyasi aniqlanadi. Ba`zida infil'trat yutqun yon devori va til osti soxasi shilliq qavatlariga tarqaladi.

Qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'i yiringli jarayonlarida operativ muolaja abstsessda og'iz bo`shlig'idan flegmonada esa og'iz tashqarisidan o`tkaziladi. Abstsessni ochishda qanotsimon-pastki jag' burmasiga parallel ravishda shilliq qavatda 2 sm li kesma o`tkaziladi. Skal'pel 0,5-0,75 sm chuqurlikka kiritiladi. Agar yiring chiqmasa qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'iga pian kiritiladi (pastki jag'ni teshigida o`tkazuvchi og'riqsizlantirish qoidalari bo`yicha). To`qimalar chetga surilib yiring chiqariladi. Bu yo`l qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'ini keng ochib yuborishga yo`l qo`ymaydi va u abstseslarda qo`llaniladi.

Qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'i flegmonasida kesma teri qatlamidan o`tkaziladi. Pastki jag' burchagini aylanib o`tuvchi kesma qilinidi. Teri osti mushagi va bo`yinni za fastsiyasi kesilgandan keyin pastki jag' burchagi aniqlanadi. Burchak sohada va paskti jag' tanasi sohalarida ichki qanotsimon pastki jag' mushagi paylari ajratiladi. Va o`tmas yo`l bilan yiring to`plangan pastki jag' shoxi ichki yuzasiga o`tiladi.

Flegmona yiringli jarayonlarni yutqin oldi bo`shlig'i, pastki jag' osti uchburchagi, jag' orti, til osti, qulqoq oldi va chakka sohalari va chakka osti chuqurchasiga tarqalishi bilan asoratlanishi mumkin. Bu bo`shliq abstsess va flegmonalari pastki jag' shoxi ichki yuzasi suyak usti pardasi nekroziga olib kelishi va natijada ikkilamchi kortikal osteomielit rivojlanishi mumkin.

**YUtqin yoni bo`shlig'i abstsess va flegmonalari.** Bu bo`shliq infitsirlanishi odontogen manbai bo`lib pastki katta oziq tishlar, ba`zida yuqori jag' tishlari xisoblanadi. Ko`pincha yutqin yoni bo`shlig'i jag' osti uchburchagi, til osti, jag' orti, shu bilan birga qanotsimon-pastki jag' bo`shliqlaridan infektsiyani tarqalishi natijasida zararlanadi.

YUtqin yoni bo`shlig'i yutqindan orqa va yon tomonlarda joylashgan. U yutqin yoni va yutqin orti bo`shliqlaridan tashkil topgan. Bu bo`shliqlar umurtqa oldi va bo`yinni xususiy fastsiyalaridan keluvchi biriktiruvchi to`qimali parda bilan ajralgan. YUtqin yoni bo`shlig'i chegaralari: ichki – yumo`oq tanglay mushaklari va yutqin mushak qavati, yuqorigi – yutqinni siuvuchi, bu devorga tanglay bodomcha bezi yondashgan, tashqaridan – medial qanotsimon mushak va qulqoq oldi so`lak bezini yutqin qismini o`rab turuvchi kapsula chuqur varag'i; oldingi – qanotsimonlar aro choc va fastsiya, medial qanotsimon mushak ichki yuzzasi, orqadan – umurtqa oldi

fastsiyasidek yutqin mushak qavatiga keluvchi yutqin-umurtqa oldi aponevrozi. YUtqin yoni bo`shlig'i yuqoriga yo`nalishida kalla suyagi asosiga etadi, pastda va bir oz oldinda kletchatka og'iz bo`shlig'i tubiga o`tadi.

Bigizsimontil, bigizsimon yutqin, bigizsimontilosti va o`rab turuvchi fastsiyalar yutqin oldi bo`shlig'ini orqa va oldingi bo`limlarga bo`lib turadi.Oldingi bo`limda siyrak va yog`li kletchatka joylashgan. YUqorigi bo`limi qanotsimon venoz chigalga yondashadi. Orqa bo`limda (yutqin orti bo`shlig'ida) ichki uyqu arteriyasi, ichki bo`yinturuq venasi, IX, X, XI, XII bosh miya nervlari, limfa tugunları joylashadi. Undan tashqari ba`zi bemorlarda bu erda yuqorigi bo`yin sipatik tuguni joylashadi. YUtqin yoni kletchatkasi qantsimon-tanglay va chakka chuqurchalari, til osti sohasi, pastki jag' osti uchburchagi kletchatkalari bilan bog'lanadi. YUtqin yoni bo`shlig'i orqa qismida umurtqa oldi fastsiyasi yutqin va boshni uzun mushaklari bo`ylab xamda ular ortida joylashgan yutqin orti bo`shlig'ini ajratib turadi.YUqoridan u VI bo`yin umurtqasiga va kalla suyagi asosiga etadi xamda bo`yinni a`zoorti bo`shlig'iga o`tadi. YUtqin orti bo`shlig'i o`rtaliniya bo`yicha to`sinq yordamida o`ng va chap bo`limlarga bo`linadi.

YUtqin yoni bo`shlig'i asbtsess va fegmonalari farqlanadi. YAllig'lanish jarayoni yutinish vaqtidagi kuchayib boruvchi og'riq bilan xarakterlanadi, xatto ozuqa yoki suyuqlik qabul qila olmay qoladi.

Abstsessda pastki jag' burchagi osti to`qimalarda sezalarsiz shish kuzatiladi. Ohiz bo`shlig'i tekshirish jag'lar jipslashgani tufayli qiyinlashgan. SHpatel, tish shifokori oynasi, ba`zida esa peshona reflektori yordamida og'iz bshlig'i va tomog'ni tekshirish mumkin. YUmshoq to`qima (tanglay-til va tanglay-yutqin yarimoylari, tanglay tilchasi) shishi va giperemiyasi aniqlanadi. YUtqin yon devorlari shishgan.

YUtqin yoni bo`shlig'i flegmonasida yutinishdagi og'riqlar bilan farqlanadi. Nafas olish qiyinlashadi, umumiylar kayfiyat buziladi, terlash va intoksikatsiyani boshqa belgilari namoyon bo`ladi. Ba`zi bemorlarda chakka sohasida shish paydo bo`ladi. Og'iz ochilishi medial qanotsimon mushaklarni II darajali kontrakturasi xisobiga chegaralangan. Og'iz bo`shlig'ini tekshirish qiyinlashgan. YUqori va pastki jag' tishlari orasiga keng shpatel' kiritiladi va aylantirilib, yutqin ko`riladi. Qanotsimon-pastki jag' burmasi va yumshoq tanglay shilliq qavati girepemiyalangan va shishgan, tanglay tichasi sog' tomonga siljigan. Infil'trat yutqin yon deforiga tarqaladi. U erda sezilarli shish kuzatiladi. Til osti burmasi, til va yutqin orqa devorlari shilliq qavatida shish kuzatiladi. [Gubin M.A., 1997; Barratt G. et al., 1984; Krüger E., 1993].

W. Dzyak i M. Zide (1984), L. Peterson (1993), lar fikrlaricha yutqin yoni bo`shlig'i flegmonasi tashxislanganda ko`pincha ifektsiyani pastki jag' osti uchburchagidan tarqalishini xisobga olish kerak. Og'iz ochilishi chegaralanib, yutinishda kuchli og'riq kuzatilganda og'iz bo`shlig'i va yutqinni to`liq tekshirish zarur.

YUtqin yoni bo`shlig'i abstsessini ochishda og'iz ichidan qanotsimon-pastki jag' burmasiga parallel ravishda medial tomonidan 1,5-2 sm uzunlikda va 0,75 sm chuqurlikda kesma o`tkaziladi. So`ngra o`tmas yo`l bilan yiringli o`choqqa o`tiladi. Yirigni yiqrish uchun yanada ishonchli yo`l bo`lib, ayniqsa yutqin yoni flegmonalarida og'iz tashqari usuli, pastki jag' ostidan kesma o`tkazish xisoblanadi. Teri va teri osti yog' kletchatkasi 4-5 sm uzunlikda kesiladi, bo`yinni teri osti

mushagini va xususiy fastsiyasini kesib o`tiladi, so`ngra o`tmas yo`l bilan ostki to`qimalar ajratilib pastki jag' burchak sohasida suyak qirg'og'iga etiladi. Bunda quloq oldi so`lak bezi chetga suriladi. Tashqi qanotsimon mushak tashqi yuzasi bo`ylab yutqin yoni bo`shlig'iga o`tiladi. Bu erda kletchatka qavatlari qanotsimon mushak ichki yuzasigacha va yutqinni o`rta konstriktorlarigacha ajratilib yiring chiqishiga yo`l ochiladi. YUtqin yoni bo`shlig'i flegmonasini ochishda pastki jag' osti sohasiga, qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'iga, til osti sohasiga o`tiladi. Bu sohalarda yiring yoki to`qimalar nekrozi aniqlansa jag'-til osti mushagi distal qismi kesib o`tilib medial qanotsimon mushak to`liq ajratiladi, shu bilan birga pastki jag' osti so`lak bezi oldinga suriladi. Nekrotomiya o`tkaziladi va jarayon tarqalgan bo`shliq bo`ylab drenaj o`rnataladi.

YUtqin yoni bo`shlig'idan yallig'lanish jarayoni yutqin bo`ylab oldingi ko`krak qafasi bo`shlig'iga tarqaladi. YAlig'lanish jarayonini bo`yinni oldingi va lateral soxalariga xamda tomir-nerv qiniga tarqalashi xam infektsiyani ko`krak bo`shlig'iga tarqalishiga olib keladi.

YUtqin yoni bo`shlig'iga qanotsimon venoz chigalni yondashib joylashishi yiringli jarayonni miya qavatlari va bosh miyaga retrograd tarqalishiga sharoit yaratadi. YUtqin yoni bo`shlig'i flegmonasi, ayniqsa shundan asoratlar kuzatilganda prognoz og'ir bo`ladi.

**Til osti sohasi (til osti bo`shlig'i) abstsess va flegmonasi.** Til osti sohasida odontogen yallig'lanish jarayonlari pastki jag'dagi odontogen o`choqlardan, shu bilan birga yondashgan sohalardagi yallig'lanish jarayonlari xisobiga – pastki jag' osti, yutqin yoni, qanotsimon-pastki jag' bo`shliqlaridan infektsiyani tarqalishi natijasida rivojlanadi.

Til osti sohasi chegaralari: pastki – jag'-til osti mushagi va og'iz diafragmasi, yuqorigi – og'iz bo`shlig'i shilliq qavati, tashqari – pastki jag' tanasi ichki yuzasi, ichki – daxan-til va daxan-til osti suyagi mushaklari. Orqadan bo`shliq quyidagi mushaklarga yondashadi – bigizsimon til, bigizsimon yutqin va bigizsimon til osti suyagi va til osti suyagi. Til osti bo`shlig'ida til osti so`lak bezi, pastki jag' osti so`lak bezi chiqaruv yo`li, til vena, arteri va nervlari joylashadi. Jag'-til osti suyagi mushagi orqa qirg'og'i ortida, pastki jag' osti so`lak bezini va uni chiqaruv yo`lini o`rab turuvchi soxada kletchatka bo`shlig'i pastki jag' osti uchburchagi xamda yuqtin yoni va qantsimon-pastki jag' bo`shliqlari kletchatka bo`shliqlari bilan keng bog'lanadi.

Tilni yon yuzasi va pastki jag' tanasi orasida katta oziq tishlar darajasida joylashgan til osti sohasining distal bo`lagi jag'-til osti tarnovi deb nomlanadi. V.G.Smirnov (1990) ma`lumotlariga ko`ra til osti bo`shlig'i topografiyasi pastki jag' shakliga bog'liq. Pastki jag'ni tor va uzun shaklida bo`shliq tor lekin uzun bo`ladi. Teskarisiga, agar pastki jag'da keng va qisqa bo`lishida bo`shliq minimal zunlikda bo`lib, kengligi maksimal bo`ladi.

Til osti sohasi abstsessi: oldingi va orqa (jag'-til tarnovi) bo`limlari, shu bilan birga til osti sohasi flegmonasi farqlanadi. Ko`pincha yallig'lanish jarayoni jag'-til tarnovi sohasida kuzatiladi. Bu jarayon pastki katta oziq tishlarni o`tkir periodontiti yoki surunkali periodontitni o`tkirlashuvi xamda perikoronit natijasida yuzaga keladi.

Til osti soxasi oldingi bo`limi abstsessi yutinganda va til xarakatida zo`rayuvchi, o`z-o`zidan hosil bo`luvchi og'riqqa shikot qilish bilan xarakterlanadi. Pastki jag' osti yoki daxan osti soxalarida shish paydo bo`lishi mumkin. Og'iz ochilishi erkin. Til osti sohasi oldigi bo`limida kurak, qoziq va kichik oziq tishlar darajasida shish kuzatiladi. SHish zikh va o`tkir og'riqli. SHish usti shiliq qavatqizargan. YAllig'lanish shishi al'veolyar o`sinq, til osti burmasi va tilni pastki yuzasi shilliq qavatiga tarqaladi.

**Jag'-til tarnovi abstsessida** bemorlar yutinishda va til xarakatidagi o`tkir og'riqqa xamda og'iz ochilishi chegaralanishiga shikoyat qiladilar. PAstik jag' osti uchburghagi orqa bo`limida shish kuzatiladi. Bu sohada teri rangi o`zgarmagan. Pastki jag' osti limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli. YAlli0lanish jarayonini medial qanotsimon mushak pastki bo`limi tomon tarqalishi pastki jag'ni yaqqol namoyon bo`lganyallig'lanishkontrakturasini keltiri chiqaradi. Natijada og'iz ochilishi chegaralanadi.

Og'iz bo`shlig'i vestibulyar qismida o`zgarishlar bo`lmaydi. Og'izni bir oz ochib shpatel yordamida til osti soxasi ko`riladi, so`ngra shpatel yokistomatologik oyna yordamida til qarama-qarshi tomonga surilib jag'-til tarnovi ko`riladi. Til osti burmasida shilliq qavat qizargan, shishgan va sillqlashgan. Bu sohada to`qimalar o`tkir og'riqli, infil'trlangan, flyuktuatsiya aniqlanadi.

Til osti sohasi flegmonasi ko`pincha bir tomonlama bo`ladi, alohida bemorlarda – ikki tomonlama. Til osti sohasi bir tomonlama flegmonasida bemorlar o`z-o`zidan hosil bo`luvchi og'hriqlarga, yutinganda va til xarakatidagi og'riqlarga, og'iz ochilishi chegaralanishiga shikoyat qiladi. Tashqaridan tekshirganda daxan osti sohasida shish aniqlanadi, pastki jag' osti uchburghagi oldingi bo`limlarda kollateral shish aniqlanadi. SHu bilan birga yallig'lanish ekssudati bosimidan og'iz diafragmasi pastga siljishi kuzatiladi. Til osti sohasi ikki tomonlama flegmonasi dxan osti va ikki tomonlama pastki jag' osti uchburghagi soxalarida shish aniqlanadi. Teri rangi odatiy tusda burmaga yig'iladi. Limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli. Yiringli o`choqni chuqur joylashuvida pastki jag' osti uchburghagi va daxan osti sohalari flyuktuatsiya aniqlanmaydi.

YAllig'lanish belgilarini til osti sohasi oldingi bo`limlari chegarasida tarqalishidan og'iz ochilish ibir oz chegaralangan bo`ladi. Tarqalgan flegmonada qanotsimon mushaklar kontrakturasi yanada yaqqol namoyon bo`lgan.

Og'iz bo`shlig'ida shish natijasida til osti burmasi ko`tariladi, tilni bir tomonlama sohasida shish hosil bo`ladi va kattalashadi. Til zararlanmagan tomonga siljigan bo`ladi.

Til osti sohasi ikki tomonlama zararlanganda og'iz bo`shlig'i til osti burmasi infil'trlanadi, sillqlangan yoki oldingi tishlar kesuv yuzasi darajasigacha ko`tarilgan bo`ladi. Til osti burmalari shilliq qvati yuzasi fibroz karash bilan qoplangan. Til sezilarli kattalashgan, tanglayga ko`tarilgan, ba`zida og'izga sig'maydi va bemor og'izni yarimochiq xolatda tutadi. YUtinishda, gapirishda, til xarakatida o`tkir og'riq bo`ladi.

Til osti sohasi oldingi bo`limi abstsessida og'iz bo`shlig'i al'veolyar o`sinqni til tomon xarakatsiz shilliq qavatida 1,5-2 sm li kesma o`tkaziladi. So`ngra o`tmas yo`l bilan shishgan til osti burmasiga o`tiladi xamda yig'ilib turgan ekssudat chiqarib yuboriladi. Bu bo`shliqda jag' ost so`lak bezi chiqaruv yo`li va chiqaruv teshigi

joylashadi. To`qimalar o`tmas yo`l bilan ajratilganda bularni jaroxatlashdan extiyot bo`ling. Jag'-til tarnovi abstsessida kesma to`qimalarni ko`proq shishgan sohasida o`tkaziladi. Til nervi, xamda uni yaqinida joylashgan til arteriyasi va venasini jaroxatlamaslik uchun skal`pel o`tkir qirrasi al`veolyar o`sinq tomonga qaratiladi. SHilliq qavat kesilganda yiring chiqmasa o`tmas yo`l bilan to`qimalar ajratiladi va chuqurroq kiriladi. SHu yo`l bilan yiringli o`choq ochiladi.

Flegmona og`iz bo`shlig'i al`veolyar o`sinq til tomondan shilliq qavatda 4-5 sm li kesma qilinib ochiladi xamda o`tmas yo`l bilan yiing yig'ilishi mumkin bo`lgan sohaga o`tiladi. Ikki tomonlama flegmonada ikki tomondan analogik ravishda kesma o`tkaziladi, alohida xolatlarda esa pastki jag' osti uchburchagi sohasida kesma o`tkaziladi va jag'-til osti suyagi mushagiga etganda, uni kesib o`tiladi. YAllig'lanish o`chog'ini ochishda og`iz ichi va tashqari usullarni birgalikda olib borish yaxshi natija beradi.

Jag'-til tarnovi sohasi yallig'lanish jarayonlarini til osti, pastki jag' osti uchburchagi sohalariga xamda boshqa to`qimalarga tarqalishida og`iz bo`shlig'i tubi flegmonasi rivojlanadi.

**Og`iz bo`shlig'i tubi sohalari flegmonasi.** Tarqalgan yiringli zaralanishni o`zida namoyon qiladi, bunda turli munosabatlarda til osti, pastki jag' osti sohalari, daxan osti uchburchagi, shu bilan birga jag'-til osti suyagi mushagi – og`iz diafragmasi dan yuqori yoki pastda joylashgan ikki va undan ortiq bo`shliqlar zaralanadi. Flegmona bir xolatda til osti yoki til osti va pastki jag' osti soxalaridan, boshqa xolatda pastki jag' osti, daxan osti uchburchagi, og`iz bo`shlig'i shilliq qavati va til ildizi sohalaridan yallig'lanish infektsiyasini tarqalishi natijasida rivojlanadi. [SHargorodskiy A.G., 1985, 1994; Gubin M.A., 1996; Robustova T.G., 1996; Hanensten H., 1979; Howald H., Kessler P., 1992; Peterson L., 1993].

«Oig`z bo`shlig'i tubi» - to`plangan tushuncha bo`lib jag'-til osti suyagi mushagi ustki va osti bo`shliqlarini o`z ichiga oladi. Og`iz bo`shlig'i tubi chegaralari: yuqoridan – og`iz bo`shlig'i shillq qavati, pastdan – o`ng va chap daxan osti va pastki jag' osti uchburchaklari terisi, orqadan – til ildizi va bigizsimon mushaklarga birikkan mushaklar, oldingi-tashqari – pastki jag' tansi ichki yuzasi. Og`iz bo`shlig'i tubi ikki qavatga bo`linadi: yuqorgi, jag'-til osti suyagi mushagi ustida joylashadi va pastki, shu mushak ostida joylashadi. V.G. Smirnova (1985) va O.YU. SHalaeva (1990) ma`lumotlariga binoan og`iz bo`shlig'i tubi topografiyasi kalla suyagi shu bilan birga pastki jag' tuzulishiga bog`liq. Pastki jag'ni tor va uzun bo`lishida tomir va nervlar, kletchatkani ko`proq to`pangani pastki jag'ga nisbatan til osti suyagi yuqori qirg`og`iga yaqin joylashadi. Pastki jag'ni keng va qisqa bo`lishida tomirlar shoxlangan bo`ladi, ulardan ko`p miqdorda mayda shoxlar ajraladi va ular bilan birga ko`proq klechatka to`plami pastki jag' asosiga yaqin joylashadi. Bu xolat qo`shni sohalarga bo`yinni yon va oldingi bo`limlariga, qon tomir-nerv tutamlari kletchatkalari, shu bilan birga ko`krak bo`shlig'i oldingi va orqa bo`limlariga infektsiyani tarqalishiga imkon yaratadi.

Klinik ko`rinishi bo`shliqlarni turli uyg`nlikda qo`shilgan yiringli jarayonlarni belgilari bilan xarakterlanadi.

Og`iz bo`shlig'i tubi flegmonasida bemorlar intensiv og`riqlarga, yutina olmasligiga, og`izochilishi chegaralanishiga, nafas olish va gapirish qiyinlashganiga shikoyat qiladilar. YUzi “ko`pchib turgan yuz” bo`ladi. Pastki jag' osti va daxan osti

uchburchaklarida ikki tomonlama zich tarqalgan infil'trat aniqlanadi. Infiltatsiya natijasida til xajmi kattalashgan, tanglayga ko'tarilgan, ko'pincha quruq va kirjigarrang karash bilan qoplangan. YUtinish og'riqli; bemorlar so'lagini yuta olmaydi natijada yarim ochiq xolatdagi og'izdan oqadi. Til xarakatida o'tkir og'riq bo'ladi. Til soti burmalari infil'trlangan ba'zida tish tojidan yuqori darajada shishgan bo`ladi. Popuksimon burmalar shishgan va ko'pincha fibroz karash bilan qoplangan, tish toji izlari ko`rinadi.

Jag'-til osti suyagi mushagi ustki va ostki sohalarni turli uyg'unlikda zararlanishiga qarab jag' osti va daxan osti uchburchaklarida teri tomondan kesma o`tkaziladi. Butun bo'shliq bo`ylab o`tiladi va drenajlanadi. Ko`rsatilgan sohalaridagi kesmadan tashqari yoqasimon kesma o`tkazish xam samarali xisoblanadi. YAllig'lanish jarayoniga til osti sohasi xam qo'shilgan xolatda og'iz ichidan pastki jag' alveolyar o`sinq til tomoni til osti burmalari bo`ylab kesma o`tkaziladi.

Og'iz bo'shlig'i tubi flegmonasida yallig'lanish jarayoni qanotsimon-pastki jag' va yutqin yoni bo'shliqlari va boshqa, bo'yinni oldingi va yon soxalariga tarqalishi mumkin. Jarayon qon tomir-nerv qini, qon tomir-nerv tutaminiva ko'krak bo'shlig'ini qamrab olishi xam mumkin.

Agar yallig'lanish jarayoni og'iz bo'shlig'i 'ubiga kiruvchi sohalarni barchasini qamrab olgan bo'lsa og'iz bo'shlig'i tubi flegmonasi kechishi o'ziga xos ko'rinishga ega bo'ladi. 70% dan ortiq holatlarda bu jarayon rivojlanishida anaerob mikroblar qatnashadi, shu bilan birga nosprorogen anaeroblar qatnashadi deb xisoblaydilar. Kasallik to'qimalarni gangrenoz va yiringli gangrenoz yallig'lanishi bilan kechadi. Keyinchalik ularni nekrozi kuzatiladi. Bu jarayonni Lyudvig anginasi deb atash qabul qilingan. [Evdokimov A.I., 1964; Solov'ev M.M., 1985; Patterson H. et al., 1982; Rare H. et al., 1990].

Lyudvig, R. Hought va birgalikdagi mualliflar (1980) yiringli-nekrotik flegmonasi bor kasallarlarni kuzativi natijalari va 1945-1979 yy. Adabiyotlar ma'lumotlari taxliliga asoslanib, jarayon kechishini o'ziga xos xususitini xisobga olgan xolda shu nomni qoldirish zarurligi haqida xulosaga keldilar. Bu aralash infektsiyada anaerob mikroflorani ustunligiga bog'liqdir. Ko'pchilik xollarda jarayon yuz va bo'yinni kletchatka bo'shliqlarini o'z ichiga qamrab olgan bo'ladi. Ammo H. Axhansen (1928), M. Wassmund (1935), keyinroq esa S. Holland (1975), D. Laskin (1980), J. Sowray (1985), R. Topazian i M. Goldberg (1987), E. Machtens (1993), L. Peterson (1994) lar Lyudvig anginasini flegmanoz jarayonni o'ziga xos shakli sifatida ajratish uchun asos topmadilar.

Tipik belgilardan tashqari, bo'g'ilish, intoksikatsiya (isitmalash, uyqusizlik, ta'sirlanish, ko'pincha alaxsirash) belgilari namoyon bo'ladi. Bemor majburiy o'tirgan yoki yarim yotgan xolatda boshini qimirlatishdan berkitib egkan xolatda bo'ladi. YUzi oqrgan va ko'pincha sarg'imtir rangda bo'ladi.

Pastki jag' osti va daxan osti soxalarida ikki tomonlama joylashgan zich va og'riqli infil'trat yuqoriga qulqoq oldi lunj soxalariga, pastga bo'yin soxalariga tarqaladi. Teri ostidagi to'qimalar bilan ulanib ketgan bo'ladi. Birinchi kunlarda teri rangi o'zgarmaydi. Keyinchalik qizil rangga kiradi. Ba'zida ko'kimtir-to'qqizil dog' yoki pufakchalar ko'rinadi. Paypaslaganda chiz infil'trat aniqlanadi, flyuktuatsiya belgisi aniqlanmaydi, lekin krepitatsiya kuzatiladi.

Bemorda og'iz yarim ochiq xolatda bo`lib, quyuq, yopishqoq so`lak oqib turadi. Og'iz ochilishi chegaralangan va o`tkir og'riqli. Ozuqa qabul qilish qiyinlashgan, nutqi mujmaldir.

Til osti burmalari shilliq qavati ko`tarilgan, bolish ko`rinishida shishgan bo`lib, tish tojidan xam ko`tarilgan xolatdadir. Uning yuzasida fibrinoz karash ko`rinadi. Til tanglayga ko`tarilgan, silliqlangan, og'izdan chirikli xid keladi. Og'iz bo`shlig'i tubi to`qimalaridan yallig'lanish jarayoni qanotsimon pastki jag' va yutqin yoni bo`shliqlariga, bo`yinni oldingi va yon sxalariga tarqaladi. Nafas olish qiyinlashganda va operatsiyadan oldingi tayyorgarlikdan keyin yuqori nafas yo`llari o`tkazuvchanligi buzilishi xavfi bo`lganda traxeostom qo`yish zarurdir. Zararlangan kletchatka bo`shliqlari (pastki jag' osti, daxan osti, til osti, tilni daxan-til mushaklari orasidagi oraliq, shuningdek jarayonga qo`shilgan yutqin yoni va qanotsimon pastki jag' bo`shliqlari) tashqaridan kesmalar o`tkazilib keng ochiladi. Operativ yo`lni tanlashdan oldin yuz tuzilishi tipini va bevosita pastki jag' tuzilishni xisobga olish kerak. Tor yuzli bemorlarda operativ yo`l daxan osti soxasidan, tarqalgan jarayonda kesishmaydigan uch chiziqli kesma o`tkazilishi maqsadga muvofiqdir. Ikki qorinchali mushak oldingi qorinchalarini kesmasa xam bo`ladi, lekin chuqur joylashgan to`qimalarga yo`l ochish uchun kesma uzunroq bo`lishi kerak. Keng yuzli bemorlarda ikki qorinchali mushak oldingi qorinchalarini kesish bilan o`tkaziladigan yoqasimon kesma qilish tavsiya qilinadi. Og'iz bo`shlig'i yuqori qavatiga kirish zarurati bo`lganda qon ketishni oldini olish uchun pastki jag'-til osti mushagi o`rta chiziq bo`yicha kesiladi.

Pastki jag' qirrasidan pastida yoqasimon yoki yoysimon kesma o`tkazilishi va jag'-til osti mushagini kesish yo`li bilan barcha zararlangan sohalarni keng kesib ochish maqsadga muvofiqdir. to`qimalarda xarakterli o`zgarishlar kuzatiladi. Kletchatka kulrang-yashil, to`q qo`ng`ir yoki qora ranglarda bo`ladi. Yiring yo`q, to`qimalardan xira qonli yoki jigarrang-kulrang yomon xidli suyuqlik ajraladi. Ba`zida gaz pufakchalari bilan ajraladi. Nekrozlangan to`qima, kletchatka va mushaklar olib tashlanadi.

Operatsiyadan keyin kasallikni qoniqarli kechishi tana haroratini pasayishi va umumiy axvolni yaxshilanishi bilan xarakterlanadi. Operatsion yaradan yiring ajrala boshlaydi, operatsiya vaqtida olinmagan o`lgan to`qimalar ajraladi va sekin-asta granulyatsion to`qimalar paydo bo`ladi. Keyinchalik arani bitishi odatda asoratsiz kechadi. Ba`zi xollarda, ayniqsa yiringli-nekrotik flegmonada yallig'lanish jarayonini yuz va bo`yinni qo`shni sohalariga tarqalishi va avjlanishi kuzatiladi (mediastenit rivojlanishi yoki infektsiyani kiruvchi yo`llar bilan tarqalishi). YAllig'lanish kasalligi sepsis, bemor xayoti uchun xavfli bo`lgan septik shok va o`tkir nafas etishmovchiligi bilan asoratlanishi mumkin.

**Jag' orti sohasi (jag' orti chuqurchasi) flegmonasi.** Jag' orti sohasi yiringli jarayoni bo`lib, infektsiyani qanotsimon-pastki jag' va yutqin yoni, kamroq esa – qulq oldi chaynov sohasi va pastki jag' osti uchburchagi, shunigdek qulq oldi so`lak bezlaridan yuqishi natijasida ikkilamchi rivojlanadi.

Jag' orti sohasi chegaralari: yuqoridan – chakka suyagi qimsi, tashqi eshituv yo`lini pastki devori, chakka-pastki jag' bo`g'imi kapsulasi, pastdan – begiztil osti

mushagi va ikki qorinli mushak oqra qorinchasi, oldindan – patki jag' o'sig'i orqa qirg'og'i va ichki qanotsimon mushak, orqadan – chakka suyagi piramidasi so`rg'ichsimon o'sig'i, begissimon o'chiqdan chiquvchi mushaklarlar va to'sh o'mrov-so`rg'ichsimon mushak, ichkaridan – chakka mushagi begissimon o'sig'i va unga birikuvchi mushaklar, tashqaridan – chaynov fastsiyasi. Jag' orti sohasida quloq oldi so`lak bezi distal-pastki bo`limi joylashadi. Bu erda yana fastsial kapsula joylashadi, unda tashqi uyqu arteriyasi o'tib chakkani yuza va yuqori jag' arteriyalari tarmoqlari ajraladi. SHunigdek quloqchakka nervi xam shu kapsuladadan o'tadi. Jag' orti sohasi yutqin yoni va qanotsimon pastki jag' bo`shliqlari bilan bog'lanadi.

Jag' orti sohasi abstsess va flegmonalari farqlanadi.

Jag' orti sohasi yallig'lanish jarayoni o'z-o'zidan xosil bo`luvchi og'riqlarni kuchayishi bilan xarakterlanadi. Bu ayniqlsa boshni qayiltirganda kuzatiladi. Og'iz ochilishi chegaralanishi kuchayib boradi. Tashqaridan tekshirganda va pastki jag' orti soxasi paypaslanganda og'riqli zikh shish aniqlanadi, chetlari silliqlashgan. SHu soxada teri ostidagi to'qimalar bilan jipslashgan. Burmaga yig'ilmaydi. Rangi yorqin qizil rangda. Quloq solinchog'i ko'tarilgan. eshituv yo'lida yoqimsiz sezgi va zararlangan tomonda eshitish qobiliyatini pasayganligi kuzatiladi. Og'iz ochilishini chegaralanishi kuchayadi, odatda III darajali yallig'lanish kontrakturasi kuzatiladi. Boshqa soxalardagi yallig'lanish belgilari bilan birgalikda kelishida kasallik tarqalgan flegmona xarakteriga ega bo`ladi.

Jag' orti sohasi abstsess va flegmonasini davolashda to`sh-o'mrov-so`rg'ichsimon mushak oldingi qirg'og'iga parallel ravishda pastki jag' shoxining orqa qirg'og'idan bir oz masofa qoldirib 3-4 sm li kesma o'tkaziladi. Teri, teri osti yog' qavati va fastsiyalar kesiladi, quloq oldi so`lak bezini ichkari va tashqarisidan to'qimalar ajratiladi. O'tmas yo'l bilan jag' orti chuqurchasi asosiga o'tiladi. Operatsiya davomida quloq oldi so`lak bezi va yuz nervi ustunini jaroxatlab qo'yish mumkinligini xisobga olish zarur.

Jag' orti sohasidan yallig'lanish jarayoni atrofdagi to'qimalarga, shuningdek pastga bo`yin sohasiga tarqalishi mumkin.

### Til abstsess va flegmonalari

Tilni yiringli yallig'lanish kasalligi odontogen, stomatogen yoki tonzillogen tabiatli bo`lishi mumkin. Til ildizi mushaklararo oraliqlari odontogen abstsess va flegmonalari yiringli jarayonni pastki oldingi tishlar sohasidan tarqalishi natijasida yuzaga keladi. Til beli va tanasi abstsesslari bir bor yoki qayta ravishda shilliq qavatni tishlashdan, baliq sugini, stomtaologik asboblarni, tish o'tkir qirralarini, tish protezlarini va bq. jaroxatlashi, shuningdek stomatit natijasida yuzaga keladi. Ba`zi xollarda tildagi yallig'lanish jarayoni o'tkir tonzillit fonida rivojlanadi. Infektsiyani til osti. kamroq daxan osti sohalaridan tarqalishi yiringli jarayonga olib keladi.

Til mushakli a`zo xisoblanadi. Til beli va tanasi sohalarida mushak tutamlari uzunasiga, ko`ndalang va vertikal' yo`nalishlarda kesishadi. Ular orasida sezilarli biriktiruvchi to'qimali to`sqliar yo`q. Til ildizi sohasida o'ng va chap tomonlama daxan-til, til osti sugi-til va bigizsimon til mushaklarori orasida siyrak kletchatka joylashadi. til ildizi sohasida boshqa yoriqsimon oraliqlar joylashadi. Ular yuqorida ko`rsatilganlardan tashqarida simmetrik ravishda joylashib, kletchatka qavatlariga egadir. Ichkaridan ular daxan-til, tashqaridan esa – til osti suyagi-til mushaklar bilan chegaralangan. O'ng va chap tomonlama siyrak kletchatka olalig'idagi mushaklar

aro yoriqlarda til arteriyalari o`tadi. Bu erda yana katta bo`lmagan limfa tugunlari joylashadi.

Til belchasi, tanasi va uni chuqur sohasi – til ildizi abstsesslari hamda til flegmonasi farqlanadi.

Til belchasi va tanasi abstsessi uni o`ng yoki chap yarimida, markazida, hamda til belchasi sohasi o`rta qismida joylashadi. Bemorlar til sohasidagi og`riqqa va og`riqni quloq sohasiga tarqalishiga shikoyat qiladilar. til xarakati chegaralangan va og`riqli, nutq qiyinlashgan, yutinish og`riqli. Tashqi tomondan o`zgarishlar bo`lmaydi. Daxan osti va jag` osti uchburchalari sohalaridan birining odingi bo`limida kattalashgan, og`riqli limfa tugunlari pal`patsiyalanadi. Og`iz ochilishi erkin. Til yon sohasi zikh infil`tratsiyasi, o`tkir og`rishi natijasida til yarmini shishi kuzatiladi. SHilliq qavat yuzasi yorqin-qizil rang bilan qoplangana. Alovida bemorlarda yallig`lanish shishi til pastki yuzasiga va til osti burmasiga tarqaladi. Til kengligida tarqalgan infil`tart orasida og`riqli sohani aniqlash mumkin. Kechki bosqichlarda – o`choq yumshagan va flyuktuatsiya aniqlanadi. Ba`zida yiringli o`choqni o`z-o`zidan yoriq chiqishi aniqlanadi. Bundan keyin yallig`lanish belgilari so`nadi. Ba`zi xolatlarda jarayon tilni ikkinchi yarmini egallashi mumkin.

Til ildizi abstsessi jag`-til osti mushagi ustida tilni juft mushaklari orasidagi biriktiruvchi to`qimali qavatlarda rivojlanadi. Abstsess markaziy chiziqqa nisbatan chetroqdagi sohada mushaklar oralig`ida, til arteriyasi atrofida rivojlanadi. Til ildizi abstsessi bor bemorlar tildagi o`tkir og`riq va yutinishni iloji bo`lmasligiga shikoyat qiladilar. Odatda daxan osti sohasi o`rta bo`limlarida sezilarli namoyon bo`lmagan shish aniqlanadi. Bu sohada teri rangi o`zgarmagan. Burmaga onson yig'iladi. Markaziy chiziq bo`ylab og`riq seziladi. Og`iz ochilishi erkin, ammo og`riqli. til bir maromda shishgan va zikh, markaziy chiziq bo`ylab og`riq kuzatiladi. Til xarakati chegaralangan, shu sababli nutq tushunarsiz.

Til ildizi flegmonasi yallig`lanish jarayonini til ildizi mushaklari olasidagi kletchatka qavatlariga tarqalishi bilan xarakterlanadi. Buda pastga – jag`-til osti suyagi mushagi va yuqoriga – il mushaklari kesishmalarigacha sohalarga tarqaladi. Tilda yanada intensiv og`riqlar kuzatiladi. Og`riq quloqqa tarqaladi. YUtinishda o`tkir og`riq bo`ladi. Nutq tushunarsiz, Nafas olish qiyinlashgan. YAllig`lanish shishi daxan osti uchburchagidan jag` osti sohasi oldingi bo`limlariga tarqaladi. Regionar limfa tugunlari kattalashgan, og`riqli, bir biri bilan birlashgan. Daxan osti sohasini chuqur qismida tarqalgan og`riqli infil`trat anqlanadi.

Og`iz ochilishi chegaralangan. CHaynov mushaklarini yallig`lanish kontrakturasi kuzatiladi. Til sezilarli darajada kattalashgan, xarakati chegaralangan va o`tkir og`riqli. Ko`pincha og`iz bo`shlig`iga sig`may qoladi. Til kattalashib oldindan va yon tomonlardan tish qatoridan chiqib ketadi va bemorni og`zini yarim ochiq xolatda turishiga majbur etadi. Til oqimtir karash bilan qoplangan, chirikli xid keladi. YUtinish qiyinlashgan, ba`zida yutina olmaydi. Ba`zi xolatlarda shishni xiqildoq osti va cho`michsimon – xiqildoq usti burmalariga tarqalishi natijasida nafas olish qiyinlashadi va ovoz xirillashi kuzatiladi.

Til belchasi va tanasi abstsessi operativ aralashuvida til qirg`og`i yoki til belchasi bo`ylab yumshagan yoki og`riqli sohadan uzunasiga kesma o`tkaziladi. SHilliq qavat kesilgandan so`ng o`tmas yo`l bilan mushak tutamlari ajratiladi va yiringli o`choqqa o`tiladi.

Til ildizi abstsess va flegmonasida daxan osti uchburchagi sohasida markaziy chiziq bo`ylab 4 sm li kesma o`tkaziladi. YAra qirg'oqlari kengaytirilib choki bo`ylab jag'-til osti suyagi mushagi ajratiladi. Agar bu sohada yiring bo`lmasa, o`tmas yo`l bilan yuqoriga daxan-til osti suyagi va daxan-til mushaklari orasiga yoki lateral xamda orqa – daxan-til va til osti suyagi-til mushaklari orasiga o`tiladi. Bu erda ekssudat yig'ilganligi aniqlanadi. estetik nuqtai nazardan pastki jag' pastki qirg'og'iga parallel ravishda va til osti sugiga nisbatan yoysimon kesma o`tkaziladi. Teri , teri osti yog' qavati, ikki qorinli mushak oldingi qorinchasi va jag'-til osti suyagi mushagi choki kesiladi, keyin esa o`tmas yo`l bilan til ildizi mushaklararo oraliqlarga o`tiladi.

Til belchasi va tanasi sohalaridan yiringli yallig'lanish jarayoni boshqa sohalarga, til osti sohalariga, og'iz bo`shlig'i tubi to`qimalariga, qanotsimon-jag' va yutqin yoni bo`shliqlaria xatto bo`yin soxalariga tushib tarqalishi mumkin. Til ildizi, yutqin yoni va og'iz bo`shlig'i tubi zararlanishi nafas yo'llarini stenozi va asfiksiyasiga olib kelishi, xatto bemor xayoti uchun xavfli bo`lishi mumkin.

### **YUZ jag' va bo`yin sohasi abstsess va flegmonalarini tashxislash.**

Abstsess va flegmonalarni tashxislash umumiyligi simptomlarga, yallig'lanish reaksiyasi baxolashga (normergik, giperergik, gipergik) va jarayonni lokalizatsiyasi va tarqalgaligiga asoslanib o`tkaziladi. Bemorni yoshi, immun etishmovchilikni xosil qiluvchi va kasallikni umumiyligi tasvirini namoyon qiluvchi umumiyligi kasalliklar mavjudligi, mahalliy simptomatika, shuningdek yiringli jarayonni tarqalgaligi xisobga olinadi.

CHAQIRUVCHI mikroorganizmlar turini aniqlash uchun mikrobiologik tashxislashni o`tkazish muximdir. Ularni tarkibi, kontsentratsiya darajasi va antibakterial dorivor vositalariga sezgirlingi aniqlanadi. Lekin ana`naviy usul 2-7 kunlarda natija olish imkoniyatini beradi. Tezkor usul – kassetali mikrourusul va yarim suyuqlikda bo`lishi mikrobiologik tashxisni tasdiqlash imkonini beradi, buni maxsus klinikalarda o`tkazilishi yanada samarali xisoblanadi. Aerbob va fakul'tativ anaerobler antibiotkogrammasi 6-12 soatda, boshqa anaerobler uchun 1-3 kunda aniqlanadi [TSarev V.H., 1993]. Asosan flegmonalarda, kamroq xollarda esa abstsesslarda obligat va fakul'tativ anaeroblrarni aniqlanishi bu yiringli jarayonlardagi zamonaviy mikrortsionoz tasvirni xarakterlaydi. Tarqalgan yiringli jarayon – flegmonada obligat anaerob va mikroaerofil streptokokklarni oshishi xarakterlidir. SHuningdek mikroorganizmlarni virulentlik xususiyatlarini yuqoriligi kuzatiladi. So`ngi xolatlardagi oq stafilokoklarda toksik shok endotoksini xosil bo`lishi aniqlandi [Xaritonov YU.M., 1999].

Kasallikka tashxis qo`yish va prognozini aytib berish uchun qon hamda siyidik tahlili katta ahamiyatga egadir. Ularni ko`rsatkichlari turliligi bilan farqlanadi. Genogrammada oq qonni miqdoriy va sifat tarkibi xamda eCHT ni aniqlash katta ahamiyatga ega. Siyidik tahlilida – oqsil, qon xujayralarini va buyrak epiteliysi degenerativ xujayralari mavjudligi aniqlanadi. Ayniqsa atipik, o`tkir osti kechuvchi abstsesslarda, umumiyligi namoyon bo`lmagan va maxalliy klinik ko`rinishi yaqqol namoyon bo`luvchi flegmonalarda, shuningdek tarqalgan flegmonalarda hamda ularni asoratlaririvojlanishida qimmatli ahamiyatga egadir.

Jag' atrofi yumshoq to`qimalari yiringli yallig'lanish kasalliklarini tashxislashda organizm reaktivligini ko`rsatkichlari muhim ahamiyatga egadir. Bular

orasida intoksikatsiyani leykotsitar indeksi (ILI), immunologik ko`rsatkichlar, qonni bioximik tekshiruv natijalari (oqsil, ferment, elektrolit almashinuv va boshqalar) yanada informativ ahamiyatga egadir. Bu ma`lumotlarni to`plash organizm ximoya reaktsiyasini va intoksikaya darajasini to`g`ri baxolash imkonini beradi.

Kompleks tekshiruvda rentgenologik tahlil o`tkazish maqsadga muvofiqdir. Bu tahlil infektsiyani odontogen manbasini, osteoflegmonadan yumshoq to`qimalardagi yiringli jarayonlarni qiyosiy tashxislashni, kasallikni uzoq davom etishida esa ikkilamchi kortikal osteomielitni aniqlash imkonini beradi.

Savollar:

YUtqin yoni sohasi chegaralariq

YUtqin yoni sohasi nechi qismidan iboratq

YUtqin yoni sohasining old qismida qaysi organlar joylashganq

YUtqin yoni sohasi flegmonalarida klinik kechishiq

qanotsimon jag sohasi chegaralariq

Jag orti sohasi chegaralariq

Jag orti sohasidan infeksiya qaysi sohalarga tarqalidiq

qanotsimon jag sohasi flegmonalarida kesma qaysi sohadan o`tkaziladiq

YUtqin yoni sohalariga infeksiya qaysi tishlardan tarqaladiq

**Vaziyatli masala:**

Bemor ogzining ochilishi 1,0 sm.gacha, keskin ogriqli. egorov bo`yicha ogriqsizlantirish o`tkazilganidan so`ng ogiz to`liq ochildi. Pastki 8-tish oldingi do`mboqchasi bilan chiqib kelyapti. Pastki 8- tishni rentgenologik tekshirganda tish retinirlangan, distopiyalangan, ildizlari shakllangani ko`rildi.

Tashxis quyingq

Javobi: qanotsimon pastki jag bo`shligining abstsessi

Savollar:

Pastki jagosti sohasiga infeksiya asosan qaysi tishlardan tarqaladiq

Pastki jag osti sohasi chegaralarini aytinqq

Pastki jag osti sohasidan infeksiya qaysi sohalarga tarqaladiq

Pastki jag osti sohasi flegmonasi klinik kechishiq

Pastki jag osti sohasi flegmonasida kesma asosan qaerdan o`tkaziladiq

Dahan osti sohasi chegaralariq

Dahan osti sohasiga infeksiya qaysi tishlardan tarqaladiq

Dahan osti sohasiga infeksiyaning tarqalish yo`llariq

**Uyga vazifa:**

-O`tilgan mavzuga doir yangiliklarni internet ma`lumotlaridan foydalangan holda izlab bilimlarini muqaxkamlash.

-Mavzuga doir slaydlar, mul`timediylar tayyorlash.

-Mavzuga doir kutubxonadan chet el adabiyotlarini o`qib, terminologiya bo`yicha lug`at tuzish va keyingi darsda talabalar bilan tayyorlangan lug`atni muxokama etish

**Adabiyotlar.**

1. Robustova T.G "Xirurgicheskaya stomatologiya" Moskva 2003 y
2. Vernadskiy YU.I "Osnovi chelyuqi- liqevoy i xirurgicheskoy stomatologii"

3. S.F. Gritsuk "anesteziya v stomatologiyu" 1998 y
  4. M. D. Mashkovskiy 1998 y "Lekarstvennie sredstva " 1-tom
  5. A.V Kozlov "Xirurgicheskaya stomatologiya v poliklinike" 1989 y
  6. N.N. Bajanov "Bol' i lechenie zubov" 1986 y
  7. M.I. Kuzin, N.V. Efimova, N.A. Osipova " Neyroleptoanalgeziya v xirurgii" 1976 y
  8. N.A Osipova "ostenka effekta nekroticheskix , anel'geticheskix i psixometropnix sredstva v klinicheskoy aneqizeologii " 1986 y
  9. P. .M. Egorov " Mestnoe obezbolivanie v stomatologii " 1985 y
  10. B. M. YAx`yaev " Metodicheskie razrrobotki po obezbolivaniyu" 1999 y
  11. A.A. Semenixin " Perelomi kostnogo osnova nosa, ix lechenie i metodi obezbolivaniya ", diss. Kand. Med. Nauk, Tashkent 1997 y
  12. Kozlov V.A Xirurgicheskaya stomatologiya pomoh' v poliklinike M, 1985 Operativnaya chelyuqnoliqvaya xirurgiya Pod. Red M. V Muxina - M, 1963 Robustova T.G, Romacheva I.F, Karapeton I. S i dr. Xirurgicheskaya stomatologiya- M, Meditsina, 1996
- Sabo E. Ambulatornaya xirurgiya zubov i polosti rta - Budapest, 1977 SHargarodskiy A. G. rukovodqvo k prakticheskim zanyatiyam po xirurgicheskry stomatologii - M , Meditsina. 1986 y

**Internet saytlar:**

1. WWW.Stomatologiya.rf
2. [WWW.surgical](http://WWW.surgical) stomatologi.com.
3. WWW.hirurg.stom.uz.

### AMALIY MASHG'ULOT № 3.

#### **YUQORI JAG' ATROFI ABSTSESS VA FLEGMONALARI: KO'Z OSTI, LUNJ, KO'Z KOSASI ABSTSESS VA FLEGMONALARI. CHAKKA, CHAKKA OSTI, QANOTSIMON TANGLAY SOHALARI ABTSESSI.**

**Amaliy mashgulotning texnologik modeli.**

Ish bosqichlari va vaqtি	Faoliyat	Ta`lim oluvchilar
	Ta`lim beruvchi	
1-bosqich  O`quv mashg`ulotiga kirish  10- daqqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni etkazish. Mavzu bo`yicha asosiy tushunchalar berish. Mashg`ulot rejasi bilan tanishtirish.  1.2. Adabiyotlar ro`yxatini berish (ilova №1)	
10- daqqa	1.3. Talabalarni aqliy xujumga tortish uchun jonlantiruvchi savollar berish. Mashg`ulot rejasi va tuzulishiga qarab ta`lim jarayonini tashkil etish bo`yicha xarakatlar tartibi bayon qilinadi.	Tinglaydilar va yozib oladilar
15- daqqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baxolash mezonlarni e`lon qilish. (ilova №2)	Tinglaydilar va yozib oladilar
5- daqqa		Savollarga javob beradilar
		Tinglaydilar

2- bosqich		
Asosiy qism		
15- daqiqa	2.1. Talabalarni bilimini faollashtirish maqsadida mavzuning asosiy tushunchalari bo`yicha tezkor so`rov o`tkazish. (ilova №2). Mavzuning xar bir qismi bo`yicha xulosa qilinadi, eng asosiylariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma`lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muxokama qiladilar. Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
10- daqiqa	2.2. “Qora tulpor” o`yin materiallarini muhokama qilishni tashkillashtirish, ishlash qoidasi vaziyatlarini taxlil qilish muammolarni ifodalanishiga e'tibor berishga qaratish (ilova №3)	O`yin materiallarni muxokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
10-daqiqa	2.3. “Baliq skeleti” va konseptual jadval organeyzerlarini mustaqil taxlil qilish, muammoni ifodalashni, echish yo`llarini aniqlashni, so`ngra uni echish topshirig`ini berish.	Mustaqil ravishda taxlil qilish varag`ini to`ldiradilar, muammoni echadilar.
5- daqiqa		
10-daqiqa	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
30-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova №3.2)	Testni muxokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
10-daqiqa	2.6. Amaliy ko`nikmalarni bajarish va bo`limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg`ulot).	Bo`limda bemorlarni kuratciya qiladilar
10-daqiqa	Tanaffus	
3-bosqich		
Yakuniy	2.7. Talabalarga ko`rgazmali qurollarni ko`rsatish (slaydlar, prezентatsiya, videofil`mlar), ularni izoxlash	
10-daqiqa		Savollar beradilar
10-daqiqa		
10-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo`yicha xulosa qilinadi. 3.2. Faol talabalar baxolanadi. Gurux bo`yicha baxolash mezonlari e`lon qilinadi.( Illova №5) 3.3. Mustaqil tayorgarlik ko`rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. ( Illova № 7)	Tinglaydilar Tinglaydilar va o`z o`zini baxolaydilar Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		4 soat

## **“Ijodiy fikr va klinik mushohada” uslubi**

**Maqsad:** Talabalarni vaziyatli masala mazmuniga ko’ra ijodiy fikrlashi va klinik mushohadasini o’rganish va baholash.

Bunda talabalarga mazkur mavzuga tegishli vaziyatli masalalar va harorat egri chizig’i varaqalari tarqatiladi. Talaba masala mazmunini chuqur o’rganib, klinik belgilar va laboratoriaviy ma’lumotlarni kuniga mos holda varaqada aks ettiradi, tashxis qo’yadi va davolash tadbirlarini belgilaydi.

Ushbu mavzuning ukitilishi talabalarning bilimi va asoslariga: anatomiya, gistologiya, normal va patologik fiziologiya YUJS. Mashgulot vaktida egallangan bilimlarni kullashda bunda anatomiya, bolalar stomatologiyasi va boshka klinik fanlar utiladi, shuningdek, fanlarni ukitilishida shunday Xirurgik stomatologiya uchun kerakli bulgan barcha ma’lumotlarni, kasalliklar tugrisida axborotlarni etkazish,xamda davolvsh printsiplarini xam tushuntiriladi.

### **Mashg’ulot bayoni**

#### **YUqori jag’ga yondashgan to`qimalar abstsess va flegmonalari.**

Ko`z osti sohasi abstsess va flegmonalari (ko`z osti kletchatka bo`shliqlari). Infektsiya tarqalishi yuqorigi qoziq va birinchi kichik oziq tishlardan, kamroq – yuqorigi yon kurak yoki ikkinchi kichik oziq tishlardan, shu bilan birga ikkilamchi ravishda lunj sohasidan infektsiya tarqalishidan yuzaga kelishi mumkin.

Ko`z osti sohasi chegaralari: yuqorigi — ko`z kosasini pastki qirg’og’i, pastki – yuqori jag’ alveolyar o’sig’i, ichki – noksimon bo`shliq qirrasi, tashqaridan – yonoq yuqorijag’ choki. Bu erda joylashgan mimik mushaklar orasida uchta kletchatka bo`shliqlari joylashgan.

Ko`z osti yuza kletchatka ko`zni aylana mushaklari va yuqori labni turburchak mushaklari orasida joylashadi. Unda yuz arteriyasi va venasi, yuz nervini yonoq shoxi joylashadi. Ikkinchchi qavati qoziq chuqurchasi kletchatkasi bo`lib, oldindan yuqori lab mushaklari, orqadan og’iz burchagini ko`taruvchi mushaklar chegaralaydi. Kletchatkani uchinchi chuqur qavati ko`z soti qirrasi darajasida joylashgan bo`lib, pastga yo`nalib ko`z osti kanalidan chiquvchi tomir-nerv tugunchasini va nerv chigalini – kichik g’oz panjasini o`raydi. Ko`z osti kletchatka qavatlari o`zaro, lunj soxalari kletchatkali va burun yon yuzasi bilan bog’langan.

Ko`z osti sohasi abstsesslari yoki qoziq chuqurchasi abstsesslari va ko`z osti sohasi flegmonalari farqlanadi.

Qoziq chuqurchasi abstsesslarida zararlangan sohadagi og’riqqa shikoyat qiladi. erta davrda yuqori jag’ oldingi yuzasi yoiringli periostitini eslatadi. Ko`z osti, lunj va yuqori lab sohalarida shishi xosil bo`ladi. Burun qanoti bir oz ko`tarilgan, burun lab burmasi silliqlangan. SHish usti yumshoq, kam og’riqli, teri rangi o’zgarmagan, burmaga yig’ildi. Og’iz vestibulyar qismi yuqori o’tuv burmasi silliqlashgan, shilliq qavat giperemiyalangan va shishgan. Palpatsiyada og’riq kuzatiladi. Bimanual palpatsiyada aniq namoyon bo`ladi.

Ko`z osti sohasi flegmanasida o’tkir o’z o’zidan xosil bo’luvchi og’riq kuzatilib, og’riq ko`z, chakka sohalariga tarqaladi. Ko`z osti va lunj sohalari diffuz

shishi xarakterlanadi. SHish yonoq, yuqori lab, pastki qovoq sohalariga ba`zida esa yuqori qovoq sohalariga tarqaladi. YUqori jag' tanasi oldingi yuzasida to`qimalar infil'trlangan, palpatsiya og'riqli. infil'tratsuva usti teri rangi yorqin qizargan, qo`shni to`qimalar bilan silliqlashgan, burmaga qiyin yig'iladi. Og'iz bo`shlig'i vestibulyar sohasi yallig'lanish jarayonlari abstsessga nisbatan yanada tarqalgan xarakterga ega.

Ko`z osti abstsessida og'iz bo`shlig'i vestibulyar sohasi o`tuv burmasidan kesma qilinadi va kesuv yuqori jag' tanasi oldingi yuzasi suyak usti pardasi bo`ylab o`tkaziladi. Keyin o`tmas yo`l bilan raspator yordamida qoziq chuqurchasiga o`tiladi va yiring chiqishiga yo`l ochiladi.

Ko`z osti sohasi flegmonasida operativ yondashuv abstsessdagidek o`tkaziladi. Kesma yuqorigi ikkinchi kurak tishdan ikkinchi kichik oziq tish yoki birinchi katta oziq tish bo`ylab o`tkaziladi. O`tmas yo`l bilan yuqori jag' oldingi yuzasi bo`ylab o`tiladi va barmoqlar nazorati ostida ko`z kosasi pastki qirrasigacha o`tiladi. Og'iz bo`shlig'idan yiring chiqish yo`li etarli bo`lmaganda yoki teriga yaqin joyda ekssudatni yuza lokalizatsiyalarida ko`z kosasi pastki devoriga parallel ravishda kesma o`tkaziladi. SHuningdek flegmonani ochishda burun lab burmasi bo`ylab terida kesma o`tkaziladi.

Ko`z osti sohasidan yiringli jarayon lunj, yonoq va chakka osti sohalariga tarqaladi. Ba`zida jarayon ko`z kosasi kletchatkasini qamrab oladi. Asoratlanishida infektsiyani vena bo`yicha tarqalishidan burchak venasi tromboflebiti yuzaga kelishi mumkin. Undan infektsiya xayot uchun muxim bo`lgan miya qattiq pardasi sinuslariga tarqalishi xavfi bo`ladi.

**Lunj sohasi abstsess va flegmonalari (lunj bo`shliqlari kletchatkali).** Lunj soxasi yiringli jarayon sababi infektsiyani yuqori va pastki jag' tishlardan yoki kamroq kichik oziq tishlardan tarqalishidir. Ba`zida yuqori va pastki jag'lar o`tkir yiringli periostitlari asorati bo`lishi xam mumkin. SHuningdek infektsiyani ko`z osti, qulogoldi-chaynov, chakka osti sohalaridan tarqalishi sababidan yuzaga keladi.

Lunj sohasi chegaralari: yuqoridan – yonoq suyagi pastki qirrasi, pastdan – pastki jag' pastki qirrasi, oldindan – og'izni aylana mushagi, orqadan – chaynov mushagi oldingi qirrasi. Kletchatka mushaklar orasida joylashadi, tashqaridan turi osti mushagi, jag' tanasi, ichkaridan lanj mushagi. Lunj mushagi fastsiya bilan o`ralgan. Tashqaridan unga teri osti yog' qavati yondashgan. Ichkaridan – shilliq osti asosiga. Ular birgalikda yuza va chuqur kletchatka bo`shliqlarini hosil qiladilar. Lunj sohasida teri osti yog' kletchatkasi, katta yonoq mushagi, og'iz buochagi mushak chigali, og'iz burchagini va pastki labni tushiruvchi mushaklar, lunj limfa tugunlari, shilliq osti to`qimasi joylashadi, shuningdek yuz vena, arteriyalari, qulog oldi so`lak bezi chiqaruv yo`li o`tadi.

Lunj soxasida lunjni yog' siqimi kirib fastsial futlyarga o`raladi va qulog oldi, chakka osti chuqurchasi, qanotsimon pastki jag' bo`shliqlariga ochiladi.

Bunday xolat infektsiya manbaini lanj soxasiga tarqalishini yoki tskari yo`nalishda lunjdan qo`shni soxalarga tarqalishini ta`minlaydi.

Bemor shikoyatlari: axamiyatsiz tarqaluvchi og'riqlar, pal'patsiyada kuchayadi. Yiringli o`choq yuza kletchatka bo`shlig'ida teri bilan lunj mushagi orasida shakllanishi mumkin. Bunday xolatda infil'tratni chegaralangan va ko`proq yumaloq shaklda bo`lishi infektsiya manbai bo`lgan sababchi tishni joylashuviga bog'liqdir. Zararlangan to`qimada axamiyatsiz shish bo`lib, infil'trat tezda teri bilan

birlashgan, teri intensiv pushti va qizil rangga kirgan. Pal'patsiyada aniq yalyuktuatsiya aniqlanadi. Ko`pincha yiringli jarayon sekin va kuchsiz kechadi. Yiring shakllanishi 1-2 xafka davom etishi mumkin. Yiringli bo`shliq ochilganda granulyatsiya bilan to`lganligi aniqlanadi. Lunj mushaklari va shilliq qavat orasidagi chuqur kletchatka bo`shlig'idagi abstsessda lunj to`qimalarini shishi xarakterlanadi. Pal'patsiyada yuqori jag' al'veolyar o`sig'i bilan birikkkan zinch infil'trat aniqlanadi. Lunj shilliq qavati giperemiyalangan, shishgan va og'riq kuzatiladi. Boshlanishidan 2-3 kun o`tgach infil'trat va flyuktuatsiyani markaziy sohalarida yumshash kuzatiladi.

Lunj sohasidagi flegmonalarda bemorlar o`z o`zidan hosil bo`luvchi o`tkir og'riqqa shikoyat qiladilar. Og'iz ochilishi va chaynashda og'riq kuchayadi. Lunj sohasida infil'tratni sezilarli tarqalganligi ko`riladi. Atrof to`qimalar shishi kuzatiladi. SHish yuqori va pastki qovoqlarga tarqaladi, natijada ko`z yorig'i kichrayadi va to`liq berkiladi. SHish yuqori va pastki lablarga, jag' osti uchburchaklariga tarqaladi. Lunj sohasi teri rangi qizargan, infil'trlangan, burmaga yig'ilmaydi. Lunj, og'iz vestibulyar sohasi yuqori va pastki o`tuv bermalari shilliq qavati shishi va giperemiyasi kuzatiladi. SHilliq qavatda tish toji tashqi yuzalari izlari aniqlanadi.

Lunj sohasida yuza joylashgan abstsessni flyuktuatsiya sohasida teridan ochiladi. Abstsess shilliq qavatga yaqin joylashganida kesma og'iz yuo'shlig'i vestibulyar qismi yuqori va pastki o`tuv burmalaridan kesma o`tkaziladi. Kesma ko`pincha quloq oldi so`lak bezi chiqaruv yo`liga parallel ravishda o`tkazilib yiringli bo`shliqqa o`tmas yo`l bilan o`tiladi. Flegmonada estetik nuqtai nazaridan kesma og'iz bo`shliqi vestibulyar qismida o`tkaziladi, kletchatkalar ajratilib yiringli o`choq markaziga o`tiladi. Etarlicha chiqish yo`li bo`lmaganda teri qoplamidan ko`z osti va burun lab burmasi sohalarida yuz nervi tarmoqlarini xisobga olgan xolda kesma o`tkaziladi.

Lunj sohasidagi yiringli jarayon yonoq, quloq oldi chaynov soxalariga, chakka osti chuqurchasi va qanotsimon jag' bo`shliqlariga tarqalishi mumkin.

**CHakka osti chuqurchasi abstsessi, chakka osti va qanot-tanglay chuqurchalari flegmonasi.** CHakka osti va qanot-tanglay chuqurchalari yiringli yallig'lanish jaraynlari sababchisi yuqori aql tishlari, kamroq – birinchi va ikkinchi yuqorigi katta oziq tishlar xisoblanadi. Infektsiya yuqori jag' do`mbog'iga yondashgan to`qimalarga o`tadi va bu erdan chakka osti va qanot tanglay chuqurchalariga tarqalishi mumkin. CHakka osti chuqurchasi yallig'lanishi yana tuberal anestesiya vaqtida qanotsimon venoz chigalni gematomasi va uni yiringlashi bilan xam yuzaga keladi. YAllig'lanish jarayoni qanotsimon-pastki jag' yutqin yoni bo`shliqlaridan tarqalishi natijasida xam yuzaga keladi.

CHakka osti chuqurchasi kalla suyagi asosida joylashgan bo`lib, chakka soxasidan chakka osti qirrasi bilan chegaralanadi. Uning chegaralari: yuqoridan – ponasimon suyak katta qanoti yuzasi, ichkaridan – ponasimon suyak qanotsimon o`sig'ini lateral plastinkasi lunj mushagini orqa qismi, oldindan – yuqori jag' do`mbog'i, tashqaridan – pastki jag' shoxi va chakka mushagi pastki qismi. CHakka osti cho`qurchasi chakka-qanotsimon bo`shliqqa yondashgan bo`lib, tashqaridan lunj mushaklari pastki soxasi, ichkaridan lateral qanotsimon mushak bilan chegaralangan. Bu bo`shliqlarda qanotsimon venoz chigallar, yuqori jag' arteriyasi,

uni shoxlarini va pastki jag' nervlari joylashadi. Orqada va pastda chakka osti chuqurchasi lateral va medial qanotsimon mushaklar orasidagi qanotsimonlararo bo'shliq bilan, yuqoridan chakka sohasi bilan, orqadan va tashqaridan – jag' orti sohasi, pastdan va tashqaridan – qanotsimon-pastki jag' va yutqin yoni bo'shliqlari bilan tutashadi.

CHakka osti chuqurchasi ichkaridan tutashuvchi qanot-tanglay chuqurchasi joylashadi. Uning chegaralari: oldindan – yuqori jag' tanasini chakka osti yuzasi; orqadan – ponasimon suyak katta qanoti; pastdan – qanotsimon kanal og'zi; ichkaridan – tanglay sugi perpendikulyar plastinkasi yuqori jag' yuzasi. Qanotsimon-tanglay chuqurchasi kletchatka bilan to'lgan bo'lib, u erda yuqori jag' arteriyasi, yuqori jag' nervi, yuqori jag' nervini qanottanglay tuguni joylashadi. Pastki ko'z kosasi yorig'i orqali ko'z kosasi bilan bog'lanadi, yumaloq teshik orqali kalla suyagi bo'shlig'i bilan bog'lanadi. Bu infektsiyani venoz sistemasi bo'y lab tarqalishiga, shuningdek miya bo'shlig'iga tarqalishiga sharoit yaratadi.

Farqlanadi:

CHakka osti chuqurchasi abstsessi, chakka osti chuqurchasi flegmonasi va qanotsimon-tanglay, chakka osti chuqurchasi flegmonasi.

CHakka osti chuqurchasi abstsesslarida yiring yuqori jag' tanasi chakka osti yuzasi kletchatkasida va lateral va medial qanotsimon mushaklar orasida joylashadi. O'z o'zidan xosil bo'lувчи og'riqlar. Og'iz ochilishi chegaralanishi. YUZNI tashqi ko'rinishida o'zgarish bo'lmaydi. Ba'zi lunj soxasida bir oz shish seziladi. og'iz bo'shlig'i vestibulyar soxasi tekshirilganda (lunjni tashqariga ko'targanda) yuqori katta oziq tishlar soxasida o'tuv burma shishgan va ngiperemiyalangan. Palpatsiyada infil'trat aniqlanadi.

CHakka osti chuqurchasi flegmonasi og'riq kuchayadi (ko'proy yutinishda) chakka va ko'z soxalariga irradiatsiyalanadi.

Tashqaridan tekshirganda chakka sohasi pastki soxalarida va quloq oldi chaynov soxalari yuqori sohalarida qum soatlari shaklida yallig'lanish xaraktitiridagi shish kuzatiladi, shu bilan birga ko'z osti, lunj soxalarida kollateral shish kuzatiladi. To'qimalar yumshoq, og'riqli, teri burmaga qiyin ig'iladi, rangi o'zgarmagan. CHaynov mushaklarini yallig'lanish konrtakturasi yaqqol namoyon bo'ladi. (III darajali). Og'iz bo'shlig'ida abstsessda kuzatilgan o'zgarishlar bo'ladi.

CHakka osti va va qanot tanglay chuqurchalari soxalarida rivojlanuvchi flegmona bosh og'rig'i, ko'z va chakka soxalariga tarqaluvchi yuqori jag'dagi og'riqlar bilan xarakterlanadi. Lunj, chakkani pastki soxalarida, quloq oldi chaynov soxasini yuqori qismlarida shish kuzatiladi. SHish qovoqlarga tarqalgan bo'ladi. Bemor axvoli og'ir, tana xarorati 40°S, qaltirash kuzatiladi. SHishgan to'qimalarini palpatsiyasida infil'trat aniqlanadidi. chakka soxasi pastki qismida og'riq kuzatiladi. YAllig'langan tomonda ko'z kosasi bosilganda og'riq kuzatiladi. Og'iz ochilishi chegaralangan. Og'iz vespibulyar qismi yuqori o'tuv burmasi qizargan, shish pal'patsiyada og'riqli infil'trat kuzatiladi.

Abstsessda operativ muolaja og'iz vestibulyar qismi yuqori gumbazidan molyarlar soxasida 2-3 sm li kesma o'tkaziladi. O'tmas yo'l bilan shilliq qavat ajratilib tarnovsimon zond yoki qon to'xtatuvchi qisqich yordamida yuqoriga va ichkariga o'tiladi va shu yzl bilan yuqori jag' do'mbog'ini aylanib o'tib yiringli bo'shliqqa o'tiladi.

CHakka osti chuqurchasi flegmonasida shunday kesma o`tkaziladi, shu bilan birga tashqi qanotsimon mushak ajratilib ponasimon suyak qanotsimon o`sig'i lateral plastinkasiga o`tiladi. CHakka soxasi zararlanganda chakka mushagini oldingi qirg'og'i bo`ylab kesma o`tkaziladi. Teri, teri osti yog' qavati, chakka fastsiyasi kesiladi, chakka mushaklari tolalari ajratiladi va chakka suyagini tangachasimon qismiga o`tiladi. Bukilgan instrument bilan chakka osti qirrasi aylanib o`tiladi va chakka osti chuqurchasiga o`tiladi. V.P. Ipolitov i A.T. Tokstunov (1991) lar shu bilan birga og'iz ichidan vestibulyar qismi yuqori gumbazi orqa soxalarida kesma o`tazilishini taklif etganlar. YOnoq yoyi bo`ylab kesma o`tkazilganda bu soxa rezetsiyalanadi va pastki jag' tojsimon o`sig'i bilan kesihiladi, keyin o`tmas yo`l bilan chakka osti chuqurchasiga o`tiladi. CHakka osti va qanotsimon-tanglay chuqurchasi flegmonasida jag' osti soxasidan kesma o`tkaziladi. Pastki jag'ni qanotsimon g'adir budir ligidan medial qanotsimon mushak ajratiladi. keyin o`tmas yo`l bilan yuqoriga va oldinga yo`nalib yuqori jag' do`mbog'i va va pastki jag' o`sig'i orasidagi to`qimalar ajratilib yiringli bo`shliq ochiladi.

CHakka osti va qanot-tanglay chuqurchalaridan yiringli yallig'lanish jarayonlarini tarqalishi: chakka, quloq oldi chaynov soxalariga, qanotsimon-pastki jag' soxalariga va yutqin yoni soxalariga. CHakka osti va qanot-tanglay chuqurchalari flegmonasida infektsiyani ko`z kosasi kletchatkasiga yuz venalariga tarqalishi mumkin va natijada miya qattiq qavatlari sinuslari tromboziga olib kelishi mumkin.

**CHakka soxasi flegmonasi.** CHakka soxasi yallig'lanish jarayonlari ikkilamchi bo`lib yuzaga keladi. SHikoyatda flegmonaga xos og`riqlar kuchayadi. Intoksikatsiya tufayli umumiy og`riqlarbo`ladi. YOnoq yoyi ustida chakka osti chuqurchasini qamragan shish kuzatiladi. Tepa va peshona soxalariga kollateral shish tarqalishi kuzatiladi. YOnoq, yuqori va pastki qovoqlarda xam ko`pincha shish kuzatiladi. Yiringli jarayon chakka mushagi ostida joylashganda og'iz ochilishida sezilarli chegaralanish kuzatiladi, og`riqli zikh infil`trat pal`patsiyalanadi. Teri ostidagi to`qimalar bilan birikkan, burmaga yig'ilmaydi, rangi xar doim xam o`zgarmaydi. Sezilarli og`riq soxasi aniqlanadi. Flyuktuatsiya keyin xosil bo`ladi.

CHakka soxasi flegmonasida kesma chakka soxasida yuza joylashgan vena va arteriyalarga parallel ravishda radial ksma o`tkaziladi. Zarurat bo`lganda vertikal kesma o`tkaziladi. [Fedyaev I.M., 1990]. CHakka aponevrozi kesiladi va o`tmas yo`l bilan bo`shliqqa o`tiladi. Ba`zida arterial ustunlarga parallel ravishda bir necha elpig`ichsimon kesmalar o`tkaziladi. ekssudatni aponevroz orasi bo`shlig`ida chuqur yig'ilishlarida chakka mushagi qirg'og'i bo`ylab yoysimon kesma o`tkaziladi va o`tmas yo`l bilan chakka mushagi ostiga o`tiladi.

CHakka soxasi flegmonasidan chakka suyagi tangachasimon qismi ikkilamchi kortikal osteomieliti kelib chiqishi mumkin. SHu bilan birga infektsiyani miya qobig'iga va miyaga tarqalishi mumkin (meningit, meningoøntsefalist, miya abstsessi). bu xayot uchun xavfli asorat xisoblanadi.

**YOnoq soxasi (yonoq bo`shlig`i) abstsess va flegmonasi.** Bu soxada jarayon ikkilamchi rivojlanadi. Yiringli ekssudat yuzni boshqa soxalaridan – ko`z osti va lunj soxalardan tarqaladi.

YOnoq soxasi chegaralari: yuqoridan — chakka soxasini oldingi qismi va ko`z kosasi pastki qirrasi, pastdan — lunj soxasini oldingi yuqori qismi, oldindan —

yonoq yuqori jag' choki, orqadan — yonoq chakka choki. YOnoq suyagi va chakka fastsiyasini yuza qavati orasida yonoq soxasi kletchatka bo`shlig'i joylashadi. U chakka soxasi aponevroz orasi kletchatka bo`shlig'ini davom ettiradi. Bu erda ko`proq flegmona, kamroq – abstsess rivojlanadi.

Abstsessda bemorlar zararlangan soxada sezilarli og'riqqa shikoyat qiladilar. YOnoq sohada xosil bo`lgan chegaralangan infil'tart tezda yumshaydi. Teri ostidagi to`qimalarga bikib ketgan bo`lib, yorqin qizil rangga kiradi.

Flegmonada yonoq soxasida o`z-o`zidan hosil bo`luvchi og'riqlar bezovta qiladi va chakka soxasiga tarqaladi. YAllig'lanish shishi sezilarli namoyon bo`lib, ko`z osti, chakka, lunj va qulqoq oldi sohalariga tarqaladi. YOnoq soxasi paypaslanganda zikh infil'trat aniqlanadi. YAllig'lanish jarayoniga chaynov mushagini yuqori soxalariga tarqalgan xolatlarda og'iz ochilishi chegaralanishi kuzatiladi. Ko`rincha og'iz ochilishida og'riq kuchayadi. Og'iz bo`shlig'i vestibulyar qismi yuqori gumbazida molyarlar sohasida shilliq qavatda shish va giperemiya kuzatiladi. Sekin asta infil'trat yumshaydi, yumshoq to`qimalar parchalanishi kuzatiladi. Yiringli ekssudat teri ostiga chiqadi yoki ko`z yorig'i tashqi burchagiga tarqalishi mumkin. U erda yiringli o`choq o`z-o`zidan ochilishi mumkin.

YOnoq soxasi abstsess va flegmonalarida operativ muolaja flyuktuatsiya belgisi yaqqol namoyon bo`lgan joyda o`tkaziladi. yuz nervi tarmoqlariga parallel ravishda kesma o`tkaziladi. Yiringli jarayon qulqoq-oldi chaynov soxalariga tarqalishi mumkin. Abstsess va flegmonalarni uzoq davo etishida ikkilamchi kortikal osteomielit rivojlanadi.

**Ko`z kosasi abstsess va flegmonasi.** Ko`z kosasi kletchatkasida yiringli yalig'lanish jarayoni yuqori jag'ga yondashgan kamroq esa pastki jag' ga yondashgan soxalardagi odontogen yiringli jarayonlar tarqalishidan rivojlanadi. Ko`z kosasi flegmonasi quyidagi soxalardagi yiringli yallig'lanishlar tarqalishidan: chakka osti, qanotsimon-tanglay chuqurchalaridan, kamroq yuqori jag' osteomieliti, yuqori jag' bo`shlig'i o`tkir yiringli yadllig'lanishidan kelib chiqadi. SHuningdek ko`z kosasidag yallig'lanish jarayoni yiringli tromboflebit natijasida ko`z osti sohasidagi burchak venasi orqali, pastki jag'ga yondashgan soxalardan qanotsimon venoz chigal va ko`z venalari orqali tarqalishi sababli vujudga kelishi mumkin.

Ko`z kosasi chegaralari uni devorlariga mos keladi. Ko`z olmasi atrofida kletchatka mir maromda joylashadi. Ko`z kosasi to`sиг'i zikh fastsiya shaklida bo`lib, ko`z kosasini yuza sohasi yoki qovoq soxasiga va chuqur – ko`z kosasini xususiy sohalariga ajratadi. Keyingisida ko`z olmasi, ko`rvu nervi, ko`z kosasi arteriyasi joylashadi. Ko`z kosasini jistal sohasida kletchatka to`plami joylashib, u pastki ko`z kosasi yorig'i orqali qanotsimon-tanglay va chakkaosti chuqurchasi kletchatkalari bilan bog'lanadi, yuqori jag' orqali – kalla suyagini o`rta chuqurchasi bilan, ko`z kosasi yuqori devori orqali kalla suyagi oldingi chuqurchasi va peshona bo`shlig'i bilan, pastki devori orqali – qanotsimon bo`shliq va g'ovaksimon labirint katakchalar bilan bog'lanadi.

Ko`z kosasi abstsesslarida ko`z olmasida pulsatsiyalanuvchi og'riq kuzatiladi. Bosh og'rig'i va ko`z ko`rish o`tkirligini buzilishi kuzatiladi. Qovoq sohasida yallig'lanish shishi kuzatiladi. Teri rangi o`zgarmagan bo`lishi mumkin. Turg'unlig natijasida ko`kimdir rangga kirishi mumkin. Pal`patsiya og'riqsiz, infil'trlanmagan, yumshoq. Kon`yuktiva shilliq qavati giperemiyalangan, bir oz shishgan, ko`pincha

ko`kimir rangda. Ko`z olmasiga bosim berilganda og`riqli, ekzoftal'm, ko`z o`tkirligi buzilishi kuzatiladi (ikkilanish kuzatiladi).

Ko`z kosasi flegmonasi intensiv xarakterga egadir. Ko`z kosasida pulsirlanuvchi og`riq kuzatiladi. Og`riq chakka, peshona, ko`z osti sohalariga tarqaladi. O`tkir bosh og`rig'i. Ko`z olmasi xarakati chegaralangan. YAllig'lanish belgilari ko`payadi. Qovoqlar infiltratsiyasi kuchayadi. YArim yopilgan qovoqlar orasida kon`yuktiva shishadi (xemoz) kuzatiladi. Diplopiya keyinchalik esa ko`z o`tkirligini intensiv pasayishi vujudga keladi. Ko`z tubi tekshirilganda vena chigallari kengaygani, ko`z o`tkirligi pasayishi yaqqol namoyon bo`lishi kuzatiladi.

Qattiq miya pardasidagi g`orsimon sinus trombozi rivojlanishi qovoqlarni kollateral shishi kuchayishi bilan xarakterlanadi. Bu boshqa ko`z kosasi qovoqlar soxasi shishi va umumiy xolatni oshishi, intoksikatsiya belgilarini kuchayishi bilan namoyon bo`ladi.

Ko`z kosasi yallig'lanish kasalligida kechiktirilmaydigan operativ muolaja o`tkaziladi. Ko`z kosasi yuqori qismidagi yiringli o`choq bo`lganda orbitani tashqi yuqori yoki ichki yuqori sohalarida teri va teri osti yog' kletchatkasida 2 sm li kesma qilinadi. Suyak devori bo`ylab o`tmas yo`l bilan ekssudatsiya to`plamiga o`tiladi. Yiringli jarayon ko`z kosasi pastki qismiga tarqalishida kesma orbitani pastki ichkari va tashqari qirg'oqlari sohasida o`tkaziladi. Kesma qirg'oqdan 0,7 sm patda qilinadi. Ko`z kosasi pastki qismida ko`z kosasi to`sig'i kesilgandan keyin o`tmas yo`l bilan kletchatka ajratiladi va yiringli bo`shliqqa o`tildi.

Ba`zida yuqori jag' bo`shlig'i orqali ko`z kosasi pastki devorini trepanatsiya qilish yo`li bilan operativ yo`l ochiladi. Bu yo`l ko`z kosasini pastki va distal, yon sohalariga o`tilishiga imkon beradi. Ko`z kosasi bo`ylab yiring diffuz tarqalganda ko`z kosasini yuqori va pastki devorlari bo`ylab kesma o`tkaziladi. Ba`zida yuqori jag' bo`shlig'i orqali ikkita tashqi kesma o`tkaziladi. Bu ekssudat chiqishiga qula yo`l ochadi. Ba`zi mualliflar taklifiga ko`ra panoftal'm kuzatilganda ko`z kosasi ekzenteratsiyasi o`tkaziladi. Bu yiringli ekssudat chiqishiga qulay yo`l yaratadi va yiringli meningit rivojlanishini oldini oladi.

Ko`z kosasi flegmonasi asoratlari: infektsiyani miya pardalariga, qattiq miya pardasi sinuslariga va bosh miyaga tarqalishi. Ko`p uchraydigan asorat bu ko`ruv nervi atrofiyasi va ko`rlikdir.

### **Adabiyotlar.**

1. Robustova T.G "Xirurgicheskaya stomatologiya" Moskva 2003 y
2. Vernadskiy YU.I "Osnovi chelyuqi- liqevoy i xirurgicheskoy stomatologii "
3. S.F. Gritsuk"anestzeziya v stomatologiyu" 1998 y

## AMALIY MASHG'ULOT № 4

### INFEKTSION YALLIG'LANISH KASALLIKLARI (OITS, SIL, ZAHM).

Ish bosqichlari va vaqtি	Faoliyat	Ta`lim oluvchilar
	Ta`lim beruvchi	
1-bosqich  O`quv mashg`ulotiga kirish		
10- daqqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni etkazish. Mavzu bo`yicha asosiy tushunchalar berish. Mashg`ulot rejasi bilan tanishtirish.	Tinglaydilar va yozib oladilar
10- daqqa	1.2. Adabiyotlar ro`yxatini berish (ilova №1)	Tinglaydilar va yozib oladilar
15- daqqa	1.3. Talabalarni aqliy xujumga tortish uchun jonlantiruvchi savollar berish. Mashg`ulot rejasi va tuzulishiga qarab ta`lim jarayonini tashkil etish bo`yicha xarakatlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baxolash mezonlarni e'lon qilish. (ilova №2)	Tinglaydilar

2- bosqich		
Asosiy qism	2.1. Talabalarni bilimini faollashtirish maqsadida mavzuning asosiy tushunchalari bo`yicha tezkor so`rov o`tkazish. (ilova №2). Mavzuning xar bir qismi bo`yicha xulosa qilinadi, eng asosiylariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muxokama qiladilar. Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
15- daqiqa		
10- daqiqa	2.2. “Qora tulpor” o`yin materiallarini muhokama qilishni tashkillashtirish, ishlash qoidasi vaziyatlarini taxlil qilish muammolarni ifodalanishiga e'tibor berishga qaratish (ilova №3)	O`yin materiallarni muxokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
10-daqiqa	2.3. “Baliq skeleti” va konseptual jadval organeyzerlarini mustaqil taxlil qilish, muammoni ifodalashni, echish yo`llarini aniqlashni, so`ngra uni echish topshirig`ini berish.	Mustaqil ravishda taxlil qilish varag`ini to`ldiradilar, muammoni echadilar.
5- daqiqa		
10-daqiqa	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
30-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova №3.2)	Testni muxokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
10-daqiqa	2.6. Amaliy ko`nikmalarni bajarish va bo`limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg`ulot).	Bo`limda bemorlarni kuratciya qiladilar
10-daqiqa	Tanaffus	
3-bosqich	2.7. Talabalarga ko`rgazmali qurollarni ko`rsatish (slaydlar, prezентatsiya, videofil`mlar), ularni izoxlash	
Yakuniy		Savollar beradilar
10-daqiqa		
10-daqiqa		
10-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo`yicha xulosa qilinadi.	Tinglaydilar
	3.2. Faol talabalar baxolanadi. Gurux bo`yicha baxolash mezonlari e`lon qilinadi.( Illova №5)	Tinglaydilar va o`z o`zini baxolaydilar
	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko`rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. ( Illova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		4 soat

## **Fanlararo va fanlar ichra bog'liqliklar.**

Ushbu mavzuning ukitilishi talabalarning bilimi va asoslariga: anatomiya, gistologiya, normal va patologik fiziologiya YUJS. Mashgulot vaktida egallangan bilimlarni kullahda bunda anatomiya, bolalar stomatologiyasi va boshka klinik fanlar utiladi, shuningdek, fanlarni ukitilishida shunday Xirurgik stomatologiya uchun kerakli bulgan barcha ma'lumotlarni, kasalliklar tugrisida axborotlarni etkazish,xamda davolvsh printsiplarini xam tushuntiriladi.

### **Mushohadali fikr**

Mavzu mazmunini mustahkamlash maqsadida tinglovchilar o'zlashtirish darjasini bilish uchun ushbu pedagogik texnologiya qo'llaniladi. Tinglovchilar fikrlari tahlil qiliniladi. Mushohadali fikr bildirgan tinglovchi rag'batlantiriladi.

### **Захм.**

Захм-сурункали юкумли таносил касаллиги булиб, барча орган ва тукималарни, шу жумладан юз жаг соҳасида хам учрайди.

### **Этиологияси.**

Захм кузгатувчиси- ок трипанемалар булиб, спиралсимон булади. Купинча юкумли шаклдларда. Спиралсимон кайталаниш –атипик шакли кузгатади.

### **Патогенез.**

Жинсий йул оркали юқади. Ок трипанемалар заарланган шилликкават ва тери бутунлиги бузилганда тушиши мумкин. Бу касаллик жинсий йул оркали юқмаслиги мумкин. Замонавий узгаришлар юкумли ва юкумсиз шаклга булинади.

Бирламчи захм.

Клиник манзараси.

Касаллик ривожланишида яширин, бирламчи, иккиламчи, учламчи даврлар тафовут килинади. Захмнинг юз танаси, жаг ва оғиз бушлигига касалликнинг бирламчи иккиламчи учламчи даврлари учрайди. Айрим узгаришлар тугма захмда хам кузатилади.

Бирламчи даврда шиллик кавтларда, яъни оғиз бушлигига бирламчи захм ёки каттик шанқр хосил булади. Бу каттик шанқр тил, лабларда инфильтрат шаклларда пайдо булади. Айрим вактларда каттик шанқр атипик кечиши мумкин. Амигдалит шанқр тамокда бир тамонлама гипотрофия шаклида булади. Бунда товуш узгариши ва буйин ва пастки жаг остида лимфа тугунлари бир тамонлама заарланади. Захмнинг иккиламчи даврида буйин ва юз терисида разеал шаклидаги элементлар пайдо булади. Бу эса лаб атрофи, тил, лунж, юмшок танглай, тамокка утади, пустула ва папулёз элементлар пайдо булади.

Суяқ усти захмининг иккиламчи тури кам холларда учрайди. Ва суяқ усти пардасини тулик эгаллайди. Бу специфик заарланниш секин кечиши билан кечади. Заарланган суяқ усти кисми калинлашади.

Захмнинг учламчи даври 3-6 йилдан сунг ривожланиб гумма хосил килади. Ва бу шиллик каватда жойлашади. Лекин бу тури унча куп учрамайди.

### **Диагностика.**

Вассерман реакцияси бу ташхисни аникланади. Ва бошка серологик текшириш утказилади. Заарланган тукимани микробиологик ва патомарфологик текширувлар утказилади.

### **Киёсий ташхис.**

Огиз бушлиги, тиш ва жаглардаги захмни аниклаш кийинчилик олиб келади. Захмнинг лабдаги бирламчи шакли хавфли усмани эслатади. Лекин саратон яралари чукур ва зич булиб юзаки конаб туради. Хал килувчи текширув бу марфологик текширувлар хисобланади. Огиз бушлиги шиллик кавати гумма шаклидаги учламчи даврида умумий симптомлар жарохатлар окибатида келиб чикадиган яралар хосил булади. Охири эса юмшок хосила, огрикли булади. Гуммозли глосситни тил сили ва яралари билан таккослаш керак.

Айримда гуммозли жараён хавфли усмани эслатади.

### **Даволаш.**

Махсус таносил касалликларини даволовчи стационар ёки диспансерларда даволанади. Огиз бушлиги ва жаг захмини умумий даволаш билан бир каторда махаллий даво утказилади. Захм элементлари, яраларни хар хил антисептик эритмалар (хлорамин билан 0,5-2% хлоргексидин билан) заарсизлантирилади. Хар уч кунда 10% хром ишкори билан куйдирилади. Жаг захмида суюк тукимасида тиш пульпаси электр утказувчанлиги аникланади, курсатмага кура некрозга учраган тукима трепанациялар клинади. Сурункали периодонтит умумий принциплар оркали. Даволанади. Специфик периодонтит, тишлар кимирлаб колса хам уларни олиб ташламайди. Курсатмаларга кура тиш канали пломба килинади, кейин специфик даво килинади.

Иккиламчи йирингли касалликлар кушилганда дори дармонлар билан умумий ва махаллий даволанади бу эса микроб флорасига таъсир килади. Жаррохлик йули секвестр хосил булса хам курсатма берилмайди. Огиз бушлиги гигиенасига эътибор бериш керак, тиш тошлари олиб ташланади, туалети утказилади.

### **Прогноз.**

Уз вактида даволаб, диспансер назоратида булса яхши булади. Касалликдан кейин юзда, огиз бушлиги, каттик танглайда пайдо булган дефектлар жаррохлик йули билан тузалади.

### **ВИЧ инфекцияси**

Синоними ОИТС ортирилган иммунитет танкислиги синдроми. ВИЧ одамда аста секин ривожланиб борадиган касаллик булиб, иммунитет такислиги ва оппортунистик инфекциялар аникланади. Бу касалликда одамда химоя реакцияси ва нервни бошкариш бузилади.

ВИЧ касаллиги мустакил касаллик хисобланмайди, хар хил симптоматик белгилар кузатилади. Бу эса одам организми иммун системаси ва нерв психик бошкарувни бузилиши натижасида ривожланади. Иккиламчи заарланишлар кузатилади. Бу эса улимга олиб келади. Айрим иккиламчи белгилар юз жаг соҳасида кузатилади.

СПИД хакида биринчи булиб 1981 й ОИТС хакида маълумот пайдо булган. Уша пайт Америка федерал маркази касаликларни назорат килишда айрим касалликлар тугрисида маълумотлар нашр этилган бу эса асосан

гомасеквалислар ичида учраган. Хозирги пайтда ВИЧ инфексияси билан касалланиш шоиб бормокда бизнинг мамлакатимизда бу касаллик камрок учрамокда, Кариб ороллари, Африка давлатлари ва АКШ да куп учрамокда. Бу эса тиббиётда энг асосий муаммолардан хисобланади хозирги вактда бу касаллик билан касалланиш 10-20 млн ахолини ташкил килади Бутун жаҳон согликни саклаш малумотига кура 2000 йил ВИЧ инфекция билан заарланиш усиб, улганлар 20 млн кишини ташкил килади. 1989 йил бизни мамлакатимизда касаллик ташиб юрувчилар 112 тани ташкил килган, 334 таси касалланган .

Охири 3 йил ичида ВИЧ инфекция билан касалланиш усиб бормокда кейинги йилларда Россияда касаллик усиши кутилмокда .

### **Этиология**

ВИЧ инфекция имун танкислиги вируси чакириб ретро вирусга киради. Улар фермент саклаб, кайта транскриптаза булади

РНК ва ДНК гамалумот беради Вирус лимфацитларни манацит – макрофаг ,нерв хужайраларини жаарлайди булар эса организмда химоя хужайраларини заарлайди асосан т хужайраларини ва бунинг окибатида имунитет танкислиги кузатилиб патологик жараёнлар ва хавфли усмилар пайдо булишига олиб келади

### **Клиник манзараси**

Пакровски В.И га кура ВИЧ инфекция кечишини 4 та поганага булади

1. касаланиш
2. ССК билан бөгликтөрдөн ОИТС комплекслари
3. оралиқ
4. кечки

касаликнинг яширин даври касаликнинг кечишидан бошлаб анти таналарнинг ишлаб чикишигача давом этади. Бу даврда фарингит диарея кузатиласи. Терида тошмалар кузатилиб жигар ва толок катталашади.

Огир формасида мининггит ёки энцифалит ёки икаласи биргаликда кечиши мумкин. Огиз бушлигидаги симтомлар куйидаги таснифга булинади: тукли лейкоплакия, микати инфекциялар (кандидоз гито пиариоз, криптамикоуз гестарикоз) бактериал инфекциялар гингивит, кайталанувчи стоматит таркалган парадантоз неопластик жарохатлар.

### **Капаши саркомаси**

Жаг олди цеплюлитлар, невротик заарланишлар, невропатия (юз нерви парези), вирусли инфекциялар (вирусли герпес, цетолиголовируслар, Эпстайн-Барр вируси, тукли лейкоплакия, эпителлял гиперплазия , кандидоз). Яна бундан ташкари ОИТС Билан биргаликда токсик эпидемоид, идиопатик тромбоситопения , ксеротомия мелоногиперпигментация ва сил кечиши мумкин.

Бу таснифда куп учрайдиган лимфаодинопатия, кандидозлар, лейкоплакиялар, гингивопародонтал узгаришлар. Яна бундан ташкари некротик гингивит. Таркалган пародонтоз, вирусли стоматитлар ва ксеротомия купрок учрайди. Иккиламчи касаллар ВИЧ –инфекциясини (ОИВ ) касаллик кечиши кийинлашади умумий интоксикация ва кохикция билан бирга яллигланиш жараёнлар кузатиласи стоматологик жараёнда огиз бушлигига этибор беришимиз мумкин .

Огиздаги узгаришлар: лимфаодинопатия, кандидозлар неопластик касаллар лейкоплакил гингивит, пародонтал узгаришлар, стоматитлар ва

ксеростомияларни аниклаш керак. Лимфаодинопатия лимфа тугунларининг катталашуви билан кечади. Шу жумладан юзва буйин тугунлари хам каталашади.

### **Огиз кандидози:**

Огиз бушлигига кечадиган аналогик узгаришлар билан биргаликда кечади. Кандидоз яра шаклида учрайди ОИВ инфекцияси гомосексуалистларда бошкача кечади замбуругли касалликлар антибиотики терапиядан кейин чакирилга замбуруглар Билан киёслаш керак. бактериал заарланишлар некротик гингивит, таркалган парадонтоз шаклида кечиши мумкин. Огиз бушлигига герпес тошмалар пайдо булади. шиллик каватда яралар хосил булади. Улар огрикли булиб эпителізацияга учрамайды. Тукли лейкоплакия факат шиллик каватда ОИВ билан огриган беморларда купинча тилда. Тилни нг лунжга утиш жоида учрайди. огиз бушлигига герпетик тошмалар Билан биргаликда кечади огиз бушлигига этибор бериш керак бу ерда автозли яралар некротик жараёнлар кучайған булади идиопатик тромбоцитопеник пурпуралар эксимози мелоногиперпигментоция, сұлак безлари катталашуви кузатилади. Юзнинг периферик нервлари ва уч шохли нерв – мимик мушаклар фалажи ва невропатия шаклида заарланиши мумкин. неопластик касалликлар ичида юз жаг соҳасида күп учокли лейкоэнцифалопатия лимфома капоши саркомаси ва огиз бушлиги саркомасиусиб боради. Капоши саркомаси лимфа томирлардан ташкил топиб, милк шиллик каватига пигмент шаклида усиб боради ва алвеоляр усиги ва танглай шиллик каватига таркалади.

### **Диагностика**

Стоматологлар бошка шифокорларга нисбатан тезрок аниклаб ва беморларни бошка текширувларга юбориб уларни поликлиникадаги стоматология диспансер руйхатига олиш керак. В.Rinr фикрига кура амалиётда гиёхвандлар. Гомосексуалистлар, гемофлия билан огриган беморларга эътибор бериш керак. В.И.Покровский эса купинча ОИВ да типик узгаришлар яни таркалган кондидоз, герпетик тошмалар, капоши саркомаси учраши характерлидир. Бошка заарланишларда эса (сепсис остеомиелит, лимфомалар. Иммунобластик саркомалар, ва огиз бушлигининг бошка к-кда) асосий текширувлар талаб киласи ва вирусни аниклаш ташхисини тасдиклайди.

Аник усуулардан бири бу иммуносарбент таяниш хисобланади.

Серодиагностика ва ОИВ-инфекциясини аниклаш маҳсуслаштрилган марказларда утказилиб, у ерда диагностика учун иммунофермент усуулар кулланилади. Агар унда аник булмаса иммун-блатинг усули утказилади иммунитетни урганиш дефект ва заарланган системани аниклайди лекин уни ОИВН аниклашда ахамиятаг эга эмас.

Дунё амалётида купинча ОИВ иккиласи касалликлардан кейин аникланади икиласи касалликлар эса ОИВ ни ривожланишида ОИТС ни диагностика килишда индикатор хисобланади. Тугри ташхис куйишда күп омилларни олдини олишимиз яни узок муддатда кортикастериоидларни ёки боша имун интересив терапия куламаслик олдини олишимиз мумкин лимфогранулематоз лимфоидли лекемия, күп учокли меланома, саркоманинг хар хил тури, тугма ва ортирилган иммун дефектлари ва имунологик этишмовчиликларни олдини олишимиз мумкин.

ОИТС ташхиси ОИВ диагностикаси утказилмаган тағдирда беморларда кандидоз, трахия, бронхлар, упка кандидозлари крипта какоз, упкадан ташкарида бир ой давом этса беморга ОИТС ташхиси куйилади цетомегало виркс, герпик вируслар Капоши саркомаси. 60 ёшдан кичик булган беморлар

бирламчи лимфома терида ялигланиш жараёни лимфа тугунлари заарланса ОИТС ташхиси куйилади.

Лаборатор текширувдан кейин куйидаги касалликлар учраса: болаларда күп ва кайталанувчи инфекциялар диссемиллашган калцидимикоз диссемиллашган гистапиориоз, ёшидан каттий назар Капаши саркомаси учраши изопсариоз деорея билан биргаликда келса салманелёзли септисемия кузатилса бундай беморларга ОИТС ташхиси куйишимиз мумкин.

### **Даволаш:**

Текшириш натижаларига боғлиқ системали касалликлар ва усмаларни даволаш керак кейинги йилларда вирусга карши препаратлар яхши натижа бермокда шу билан биргаликда азидантимидин хам лекин хамма усууллар хам яхши натижа бермокда.

### **Олдини олиш**

Деспансер назороти тугри хаёт кечириш турмуш тарзини тушунтириш. Тиббий ходимлар хавфсизлигини таминлаш инструментларни зарарсизлантириш керак буларни хаммасини биринчи уринда стоматологлар риоя килиш керак. Хирургик стоматологияда муолажалар вактида эпидемиологик мажбуриятларга риоя килиш керак. Бундай беморлар билан ишлаганда икки каватли резина күлкөплар билан ишлаш керак. Операциядан кейин хамиша асбобларни биксга солиб заарлантириш керак булади. Тиббий ходимни деспанцеризация килиб, у ОИТС ва ОИВ хакида маълумотга эга булиши керак. Стоматологик материалларни заарлантириш уларни сулак ва конндан тозалаш тушунлади. Лабораторияга юборишдан олдин ортодонтик ва ортопидик конструкцияларни тозалаш ва дезинфекциялаш керак. Бор машиналар учлари ишлатилиб булингандан сунг окар сувда ювилиб тозаланади материал билан артиб детерент билан зарасизлантириб дистерланган сувда ювилади....

### **Адабиётлар:**

1. Робустова Т.Г., “Хирургическая стоматология Москва, 2000г.
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. – Руководства по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Москва: «Медицина», 2000, том 1.
3. «Хирургическая стоматология» Евдокимов А. И., Васильев Г.А. Москва, 1964 г.
4. «Нома и ее последствия» (клиника и лечение) Автореферат канд. дисс. 1955 г.
5. Воспалительные заболевания ЧЛО. Под рек. Шаргородский А.Г. 1985-1989г.
6. Мильч М.В., Антоньев А.А. Сифилис//Руководство по кожным и венерическим болезням. — М., 1992.
7. Мордовцев В.Н., Шаповал М. И. Туберкулез кожи//Кожные и венерические болезни. — М.: Медицина, 1995. — С. 395—422.
8. Скрипкин Ю.К., Машкейлесон А.Л., Шарапова Г.Я. Руководство по кожным и венерическим болезням. — М.: Медицина, 1995. — 464 с.
9. Воспалительные заболевания чло. Солнцев 1989г.
10. «Oral medicine» (Irwin Walter Scopp), 1969.
11. «Oral and maxillofacial surgery» (Gustav O.Kruger), 1984.
12. «Oral diagnosis» (D.A.Kern etc), 1983
13. Tyldesley W. Oral medicine. — Oxford — New York — Tokio. — 1989. — P. 231.
14. Kuiper E., Wiggerts H., Jonker G. et al. Disseminated actinomycosis due to actinomyces meyeri and actinobacillus actinomycetemcomitans//Scand J. infect. Dis. — 1992.— Vol. 24. - P. 667.

**AMALIY MASHG'ULOT № 5**  
**YUZ-JAG' SOHALARI NOODONTOGEN YALLIG'LANISH**  
**KASALLIKLARI: ADENOABSTSESS VA ADENOFLEGMONA,**  
**LIMFANGIT VA LIMFADENITI TASNIFI, KLINIKASI, QIYOSIY**  
**TASHXISI VA DAVOLASH. SARAMAS YALLIG'LANISHI.**

Ish bosqichlari va vaqtি	Faoliyat	Ta`lim oluvchilar
	Ta`lim beruvchi	
1-bosqich  O`quv mashg`ulotiga kirish		
10- daqqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni etkazish. Mavzu bo`yicha asosiy tushunchalar berish. Mashg`ulot rejasi bilan tanishtirish.	Tinglaydilar va yozib oladilar
10- daqqa	1.2. Adabiyotlar ro`yxatini berish (ilova №1)	Tinglaydilar va yozib oladilar
15- daqqa	1.3. Talabalarni aqliy xujumga tortish uchun jondantiruvchi savollar berish. Mashg`ulot rejasi va tuzulishiga qarab ta`lim jarayonini tashkil etish bo`yicha xarakatlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baxolash mezonlarni e`lon qilish. (ilova №2)	Tinglaydilar

2- bosqich		
Asosiy qism	2.1. Talabalarni bilimini faollashtirish maqsadida mavzuning asosiy tushunchalari bo`yicha tezkor so`rov o`tkazish. (ilova №2). Mavzuning xar bir qismi bo`yicha xulosa qilinadi, eng asosiylariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muxokama qiladilar. Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
25- daqiqa		
15- daqiqa	2.2. “Qora tulpor” o`yin materiallarni muhokama qilishni tashkillashtirish, ishlash qoidasi vaziyatlarini taxlil qilish muammolarni ifodalanishiga e'tibor berishga qaratish (ilova №3)	O`yin materiallarni muxokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
15-daqiqa	2.3. “Baliq skeleti” va konseptual jadval organeyzerlarini mustaqil taxlil qilish, muammoni ifodalashni, echish yo`llarini aniqlashni, so`ngra uni echish topshirig`ini berish.	Mustaqil ravishda taxlil qilish varag`ini to`ldiradilar, muammoni echadilar.
5- daqiqa		
10-daqiqa	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
50-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova №3.2)	Testni muxokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
40-daqiqa	2.6. Amaliy ko`nikmalarni bajarish va bo`limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg`ulot).	Bo`limda bemorlarni kuratciya qiladilar
20-daqiqa	Tanaffus	
3-bosqich		
Yakuniy	2.7. Talabalarga ko`rgazmali qurollarni ko`rsatish (slaydlar, prezентatsiya, videofil`mlar), ularni izoxlash	
40-daqiqa		
10-daqiqa		
10-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo`yicha xulosa qilinadi. 3.2. Faol talabalar baxolanadi. Gurux bo`yicha baxolash mezonlari e`lon qilinadi.( Illova №5) 3.3. Mustaqil tayorgarlik ko`rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. ( Illova № 7)	Tinglaydilar va o`z o`zini baxolaydilar Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Ushbu mavzuning ukitilishi talabalarning bilimi va asoslariga: anatomiya, histologiya, normal va patologik fiziologiya YUJS. Mashgulot vaktida egallangan bilimlarni kullahda bunda anatomiya, bolalar stomatologiyasi va boshka klinik fanlar utiladi, shuningdek, fanlarni ukitilishida shunday Xirurgik stomatologiya uchun kerakli bulgan barcha ma'lumotlarni, kasalliklar tugrisida axborotlarni etkazish,xamda davolvsh printsiplarini xam tushuntiriladi.

### **“Uch bosqichli intervyu” uslubi**

**Maqsad:** Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to'g'ri psixologik yondashishni o'rgatish.

**Asosiy tamoyillari:** Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo'linadi va talabalarga rol bo'lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabaga tashxis yashirin etkaziladi. Bemor kasallik shikoyatlari, kasallikning rivojlanishi, epidemiologik anamnezni, vrach esa bemor bilganlar va unda kasallik tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni mukammal bilishi shart. Har bir vrach bemor bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtirokchilar (bemor va vrach) faoliyatini quyidagi 3 bo'lim bo'yicha baholaydi:

- 1.Nima to'g'ri qilindi?
- 2.Nima noto'g'ri qilindi?
- 3.Qanday bajarilishi kerak edi?

### **Fanlararo va fanlar ichra bog'liqliklar.**

Ushbu mavzuning ukitilishi talabalarning bilimi va asoslariga: anatomiya, histologiya, normal va patologik fiziologiya YUJS. Mashgulot vaktida egallangan bilimlarni kullahda bundaanatomiya, bolalar stomatologiyasi va boshka klinik fanlar utiladi, shuningdek, fanlarni ukitilishida shunday Xirurgik stomatologiya uchun kerakli bulgan barcha kerakli ma'lumotlarni, kasalliklar tugrisida axborotlarni etkazish,xamda davolvsh printsiplarini xam tushuntiriladi.

### **Mashg'ulot bayoni**

YUz-jag va bo`yin limfangiti, limfadeniti, adenoflegmonasi.

Limfangit-bu limfa tomirlarining yalliglanishidir. Limfadenit-bu tuguning yalliglanishi,adenoflegmona limfa tuguni va uning atrofidagi kletchatkaning yiringli yalliglanishi.

Klinik ko`rinishi. Limfa tugunlari kasalliklarining klinik kechishi va patologoanatomik o'zgarishlar xususiyatlaridan kelib chiqqan holda:o`tkir va surunkali limfangit ,o`tkir seroz va o`tkir yiringli limfadenit,adenoflegmona va surunkali limfadenitlar farqlanadi

Limfangit o`tkir va surunkali kechishi mumkin.Limfangenitda yuza (turli yoki retikulyar limfangit)va o`zakli(trunkulyar yoki o`zakli limfangit) limfa tomirlari zararlanadi.

O`tkir retikulyar faringit yuza joylashgan limfa tomirlarining yallig`lanishi bo`lib,yuzda cho`ziq tasma shaklida ko`rinadi. Ayrim paytlarda retikulyar limfangit yara,chipqon yoki xo`ppoz va boshqa yallig`lanish jarayonlari atrofida vujudga keladi. O`tkir limfangitda regionar limfa tugunlariga yo`nalgan tasma shaklida yuza gazak paydo bo`ladi. Limfa tugunlar kattalashadi,ustidagi teri qizaradi,paypaslaganda kuchsiz og`riqli,yumshoq bo`ladi. Kasallik kechishiga qarab,zaharlanishning har xil belgilari paydo bo`ladi:tana harorati ko`tariladi,et uvishadi,bosh ogrigi,ishtaha va uyquning buzilishi va hokazolar kuzatiladi.

O`tkir trunkulyar,o`zakli limfangit ko`proq jag osti uchburchagi,bo`yin terisida bir yoki ikki qizil tasma ko`rinishida,infeksiya o`chogidan tegishli regionar limfa tugunlari tomon yo`nalgan bo`ladi.

Paypaslaganda tomir bo`ylab atrof teri osti kletchatkasi va terida tasma ko`rinishdagi ogriqli gazak aniqlanadi. Limfa tuguni kattalashgan,ogriqli,ko`pincha perilimfadenit belgilari kuzatiladi. O`tkir limfangit surunkali limfangitga o`tishi mumkin. U ko`pincha katta yoshdagi,holsizlangan bemorlarda va to`liqdavolanmagan bemorlarda vujudga keladi. Klinik jihatdan cassallik qattiq,ogriqsiz,yuza gazakka o`xhash bo`ladi. Gazak teri bilan birikkan,rangi o`zgarmasligi mumkin yoki qo`ng`ir-ko`k rangda bo`ladi. CHuqr paypaslaganda,gazak tasmaalari(tortishmalari)aniqlanadi.

Limfangitni,saramas,yuz venalari flebiti va tromboflebiti bilan differensiasiya qilish kerak. Saramasda yuz terisining ko`p joylarida qizarish va gazak aniqlanadi. Flebit hamda tromboflebitda es venabo`ylab tortmalar bo`ladi,ustidagi teri rangi uzoq vaqto`zgarmaydi. Bundan tashqari,ushbu kasalliklarda zaharlanishlarning umumiyligi belgilari yaqqol ifodalangan bo`ladi.

Limfadenit o`tkir va surunkali kechishi mumkin.

O`tkir zardobli limfodenit limfatik tugun yoki bir necha tugunchalarda og`riq va shish paydo bo`lishi bilan namoyon bo`ladi. Bemorning umumiyligi ahvoli qoniqarli,ayrimlarda esa tana harorati subfebril,umumiyligi holati biroz yomonlashadi. Paypaslaganda,dumaloq yoki oval shaklidagi ogriqli,kattalashgan limfa tuguni aniqlanadi,ustidagi teri bilan birikmagan,terining rangi o`zgarmagan.

Sababchi infeksiya o`chogi bo`lgan patologik jarayonlar bartaraf qilingandan so`ng limfa tugunlarining hajmi kichrayadi,yumshaydi,ogriq yo`qoladi. +on va siydikda o`zgarishlar kuzatilmaydi,ayrim bemorlarda qonda leykositlarning soni ko`payishi mumkin.

O`tkir yiringli limfadenit zardobli(serozli)jarayonnig yiringligiga o`tishi yoki surunkali limfadenitni o`tkirlashuvi natijasida rivojlanadi. Zararlangan limfa tugunlarda ogriq,(bazan kuchli)paydo bo`lishi bilan namoyon bo`ladi. Bemorning umumiyligi ahvoli yomonlashadi,tana harorati 37,5-38 C gacha ko`tariladi. Tekshirilganda zararlangan limfa tugun tarafida shish aniqlanadi. Paypaslaganda chegarasi aniq,dumaloq shaklida,og`riqli gazak aniqlanadi. Uning ustidagi teri limfa tugun bilan birikadi,qizargan,shishgan bo`ladi. YAllig`lanish jarayoni halqum orti va qulqoq oldi sohalarida joylashganda,yutinish ogriqli,ogizni ochish qiyinlashadi.

Ba`zan, absesslanish asta-sekin,ayrim hollarda 1-2 hafta davomida,yaqqol bo`lmagan umumiyligi va mahaliy o`zgarishlarsiz kechadi. YAllig`lanish jarayonlari

limfa tugun atrofidagi to`qimalarga o`tib, peridantitga olib keladi. Bundan gazakning hajmi kattalashadi, ustidagi teri to`q qizil rangga kiradi, markazida yumshash o`chog'i aniqlanadi.

O`tkir yiringli peridantit bilan kechayotgan limfadenitni limfa tugunlarining spesifik kasalliklari, avvalambor, akitinomioz bilan farqlanadi. Limfa tugunlarining aktimnomiko`z kasalligi sekin va sust kechadi. Tashxis qo`yish uchun yiringini zamburuglarga tekshirish yaxshi natija beradi.

Adenoflegmona. Ayrim paytlarda limfa tuguni kapsulasi yorib yiring uni o`rab turgan kletchatkaga o`tadi. Limfa tugun va uni o`rab turgan kletchatkaning tarqalgan yiringli yallig'lanishi-adenoflegmona vujudga keladi.

Bemorlar o`z-o`zidan paydo bo`luvchi, ayrim paytlari esa zararlangan joydagi kuchli og`riqqa va umumiyahvolining yomonlashganligiga shikoyat qiladilar. Kasallik tarixidan no`xatdek, asta-sekin kattalashadigan "no`xat" serozli, yiringli yoki surunkali limfadenitga xos belgilari bo`lganligi aniqlanadi. Adenoflegmonada yallig'lanish jarayonlarining keskin kuchayishi kuzatiladi, umumi ahvol yomonlashadi, tana harorati 38-38,5 C gacha va undan baland ko`tariladi, et uvishadi, titrash vazaharlanishning boshqa belgilari paydo bo`ladi. Ba`zi bemorlarda esa adenoflegmona sekin rivojlanadi, tana harorati 37,5-38 C dan ko`tarilmaydi. Adenoflegmonada qonda o`zgarishlar kuzatiladi.

Adenoflegmonani aktinomiko`z va sil kasalliklari bilan qiyosiy tashxislash mumkin. Silda va aktinomiko`zda kasallik sekin rivojlanadi, umumi va mahalliy belgilari yaqqol ko`rinmaydi. Yiringli jarayonni keshanda: aktinomiko`zda uvoqli konsistensiyaga ega ajralma kuzatilsa, silda esa u og`izsimon (tvorogsimon) parchalanishiga o`xhash bo`ladi.

Surunkali limfadenit. Surunkali limfadenit odatda limfa tugunidagi o`tkir limfa denitning natijasidir. Surunkali limfadenitning o`tkir yalliglanish davri yaqqol namoyon bo`lmagan turi ham uchrab turadi. Ko`p mualliflar bu holatni mikrofloraning xususiyatlari, uning kuchsiz virulentligi bilan boglaydilar. Klinik jihatdan surunkali giperplastik va surunkali o`tkirlashgan (yiringli) limfadenit farqlanadi. Kasallik sekinlik bilan ayrim paytlarda 1-2 oy va undan ko`proq vaqt mobaynida rivojlanadi. Dastlab, ogriqli dumaloq "no`xatdek" shish paydo bo`ladi, asta-sekin kattalashadi va qattiqlashadi. Paypaslaganda, dumaloq yoki oval shaklli, aniq chegarali, atrofdagi to`qimalar bilan birikmagan, harakatchan limfa tuguni aniqlanadi. Bemorlar "tuguncha" borligiga, ayrim paytlarda holsizlik, lohaslikka shikoyat qiladilar. Surunkali giperplastik limfadenitda bemorning umumi ahvoli qoniqarli bo`ladi. Ayrim bemorlardagina tana haroratining kechqurunlari 37-37,5 C gacha ko`tarilishiga va bemor umumi ahvolining yomonlashganini qayd etadi.

Ayrim hollarda limfa tugunidagi surunkali yallig'lanish natijasida granulyatsion to`qima o`sib, limfold to`qimaning o`rnini to`liq egallaydi va tugunning tashqarisiga teriga o`sib kiradi va uni yupqalashadiradi. YUpqalashgan joyda teri teshiladi va granulyatsiya bo`rtib turgan oqma yo`li hosil bo`ladi. Surunkali giperplastik limfadenit o`tkirlashishi mumkin va o`tkir yiringli limfadenitning klinikasi namoyon bo`ladi.

Kasallik uzoq vaqt kechgan paytlarida, leykositlarning kamayishi kuzatiladi.

Surunkali giperplastik limfadenitni yuz va bo`yinning tug'ma kistasi,oqmalari va bir qator o`smlar bilan solishtirish lozim. YUz va bo`yinning kistalari birinchi va ikkinchi jabra yoriqlari va yoylari,qalqonsimon-til yo`li sohalarida joylashadi.ular sekin,bir necha yillar davomida kattalashadi, paypaslaganda hosila og'riqsiz va elastik konsistensiyalidir.tashxis qo'yishda punksiya va sitologik tekshirish katta ahamiyat kasb etadi.

Surunkali limfadenit bilan,surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontitning qiyosiy tashxisi ancha murakkabdir. Ikkala kasallikda ham yuz terisida oqma yo`l hosil bo`lishi mumkin. Limfadenitda u yarim parchalangan limfa tugunlariga olib borsa, periodontitda esa periapikal o`choq joylashgan suyakka olib boradi. Solishtirma tashxis uchun tishlar rentgenografiyasi va morfologik tekshirishlar yordam beradi.

Giperplastik limfadenit,bir qator o`smlar,gemoblastozlar metastatik zararlanishlar solishtirma tashxisi,puktatni sitologik tekshirish,biopsiya materiallarini patomorfologik tekshirishga asoslangandir.

Xozirgi kunda yuz jag' sohasida yallig'lanish kasalligini asorotlarni asosiy masalalarda biri hisoblanadi. 40 yil oldin, antibiotiklarni ko`p iqemol qilish paytida, juda kam mikdordagi antibiotiklar bu yiringli asorotlarni oldini olgan.

Xozirgi paytda odontogen yallig'lanish kasalligi keng tarqalgan patologiya hisoblanadi. Oxirgi yillarda shu kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni soni oshib bormokda va og'ir asorotlar yuz venasini tromboflebiti, sinus kavernozi trombozi, meningit, Mediastenit, sepsis kelib chikmokda.

YUz venasini tromboflebiti – bu venalarni o`tkir yallig'lanishi tromboz bilan, yuz jag' sohasida yiringli yallig'lanishda rivojlanadi. Ko`pchilik hollarda tromboflebit odontogen infektsiya yoki virusli kasasllikdan keyin rivjlanadi va organizm qarshilik kuchi kamayadi. Tromboflebit patogenezi quydagi omillardan kelib chiqadi: mikroblarga sezuvchanlik (mikroblar sababli paydo bo`lgan allergiya) va yuz jag' sohasi to`qimasi autoallergiyasi, venadagi endoteliyni travmatik yallig'lanishi, qon tomir devorlarini shikaqlanishi kelib chiqadi: organizmning immunitetini pasayishi, qonning ivimasligi, vena qon tomir devorlarni shikaqlanishi, qon tarkibini o`zgarishi. YAllig'lanish vena devorlarda va vena ichida tromb hosil bo`lishi bilan kechadi (Qruchkov V.I. 1984). YUz venasini tromboflebiti ko`pchilik hollarda yallig'lanish jarayoni yumshok to`qimadan venani tashki devoriga utganda ko`zatiladi. Bu patologiya aksariyat yuz chipqon va xo`pozni asoratidan kelib chiqadi, o`tkir polisinuit.

YUz venasini tromboflebiti patogenezida yuzdagagi limfa va venoz tomirlarda ko`p anastamoz, shu jumladan yuz venasi bilan, burun bo`shlig'i va qanot tanglay chuqurchasi vena va limfa yo`llarida quyuuqlashgan bo`ladi.

Asosiy anastamoz, yuz chuqur venasini boglab turuvchi, bosh miya qattiq pardasini venasi, g'ovaksimon sinus, pastki ko`z venasi hisoblanadi. YUz venalarida va bosh miya qattiq pardasi venalarida klapanlar bo`lmaydi. Agar yukori labda yallig'lanish bo`lsa, burchak venasi orqali ko`z venasiga o`tadi.

YUz venasini tromboflebiti aksariyat bemorlar yiringli yuz terisi yoki jarohatdan hosil bo`ladi. Kasallik burchak yoki yuz venasida «og'ir» infil`trat paydo bo`lishi bilan boshlanadi. Teri osti venalari kengayadi, radikal tarqaladi.

Iatsiyantoksik belgisi ko`zatiladi, bemorni harorati ko`tariladi, toliqish, leykostitoz, eCHT yukori.

Tromboflebitni ko`z va retrobulbar venalarda tarqalishi bemorda bitta yo ikkita ko`zni ekzoftal'mga, keyinchalik g'ovaksimon sinus tromboziga olib keladi. M. S. SHomov (1957) quyidagi g'ovaksimon sinus tromboflebitni klinik variantlarini taklif etgan. Ko`zdagi qon aylanishini bo`zilishi va bosh miya nervlarini septik holati. Bemorda kuchli bosh og'rishi va tana haroratni  $39\text{-}40^{\circ}\text{S}$  ko`tarilishi ko`zatiladi, plazda kuchli og'riq va ekzoftal'm. YUrak qon tomir sistemasida ham o`zgarishlar mumkin

Tromboflebitni davolashda birinchi yordam venadagi infektsiya tarqalishga qarshi kurash hisoblanadi.

1. Kasallikni birinchi ko`rinishdan boshlab bemorni terapiya yoki reanimatsiya bo`limiga yotkizish kerak. YAllig'lanish uchogidan ekssudat olinadi (mikroblarga qarshi antibiotiklarni sezuvchanligi) va venadan qon.

2. YAllig'lanish jarayoniti qay darajada ekanligini aniqlanadi, neytrofillarni aktiv harakatlanish darjasini va dorilarga sezuvchanlikgi (teri ostiga va b.k) aniqlanadi.

3. Kateteriraqiya qilinadi. Orperatsiya kulay va engil. P.YA.SHimchenko va S.V. Moisev (1981y) bemorlarni samarali davolashda kuydagi amallarni bajarish kerak degan: a) kachonki yallig'lanish jarayoni ikkita anotomik maydonni hosil kilsa yoki yuz venasi trombozi bo`lsa, S-2, S-3 umumrtqa oraligidagi a.sarotis externa katetr quyish shart. b) in`fekqiya bosh miya qavatiga tarqalgan bo`lsa katetrni uyku arteriyasiga va aorta ravogiga quyish kerak. v) katetr xech qanday qiyinchiliklarsiz o`tishi kerak. g) medikamentoz dorilar bir xil tezlikda yuborilishi kerak, 16-22 tomchi minutiga: d) izotonik suyuklik, KaCl, novokain, antikoagulyant (geparin, fibrinoliz) va antibiotiklar yuboriladi.

4. YAllig'langan yiringli infil'tratni kengaytirish va yiring chiqarib tashlash orperatsiyasi ko`zatiladi.

5. Organizmda iatsiyantoksikni tushirish uchun bemorga 400ml gemodez, 500ml 5% glyuko`za, antibiotiklar, dioksidin 5,0 ml, qontrikal 10,000-20,000 BD, 1-4 %, amidopirin, dimedrol, vitaminlar beriladi.

6. Tromboflebit aqidoz sababli organizmda kislota sharoitini bo`zilishi va Na defiqitiga olib keladi. SHuning uchun bemorga NaCl yoki 4 % bikarbonat Na 200-400ml beriladi.

7. Infektsiyaga qarshi kurash uchun keng kulamdagagi antibiotiklar yuboriladi.

8. Qon tomirlarda ivishini to`xtatish uchun har 4-6 soatda 2500-5000 ED geparin yuboriladi.

9. Imunitetni ko`tarish maqsadida bemorga giperim-mun antiqafilakokli plazma (4-6ml.1kg.tana og'irligiga qarab, 5-10 kun davomida), antiqafilokok gammaglobulin 4-5 ml 8-10 kun, al'bumin plazm va b.q

10. Organizmda mikroblarga qarshi allergenlarga yukori sezuvchanlik bo`lsa giposensibilizqion terapiya tavsiya etiladi. Dimedrol, tavegil, supraqin dorilar buyuriladi. Bemorga o`z vaqtida va kerakli dorilarni berilmasa jarayon tez rivojlanib bosh miya venalariga o`tib ketadi.

Agar yallig'lanish jarayoni g'ovaksimon bo`shlikga o`tib ketsa, bemorda kuchli bosh og'rigi, umumiyliz holsizlik, tana harorati 38-40S gacha ko`tarilishi. Mahaliy to`qimalarni giperemiyasi, ekzoftal'm, xemoz qon'yuntivlar, oftal'moplegiya, ko`z korachikni kengayishi va ko`z tubini giperemiyasi.

Qondagi o`zgarishlar: leykostitlar 15-20x 10  $\text{nl}$ , eCHT 40-60mm\g. ko`tarilishi mumkin.

Tromboz g'ovaksimon sinus boshlangich davrida M.P.Oskolkova va T.K.Supiev fikricha labni shillik qavati, teri, peshona, burunda qianoz ko`zatiladi.

Tromboz g'ovaksimon sinusni trombozini davolash reanimatsiya yoki intensiv terapiyada o`tkaziladi.

Tromboflebitdag'i barcha dori darmon qo`laniladi. Antitromb terapiyani Zatevaxini II (1977) taklif etib, to`xtatmasdan v'i heparin (150-250 SD\kg kun), reopoliglyukin (0,5-1,0g\kg kun), nikotin kislota (2,5 mg\g kun)trental (3 mg\g)

Ko`pgina va har xil o`tkir odontogen infektsiyalar ichida sepsis aloxida uringa ega, undan Mediastenit va ikkilamchi bosh miya yallig'lanishi kelib chiqadi.

### O`tkir sepsis

Kasallikni klinik ko`rinishi lokalizaqiyaga, birlamchi infektsiya o`chogini tarqalishiga, qo`zg'atuvchini turlari va uni biologik ko`rinishi, hayot uchun muhim bo`lgan a`zolarni holatiga qarab sepsisni diagnostika qilish juda qiyin.

O`tkir xirurgik infektsiya bilan shugullangan olimlar sepsisni diagnostika qilish murrakab ekanligini tasdiklashgan. (Kostyuchenok B.M, 1977: Kamaev M.F, 1982: Bochorishvili V.G 1984: Mel'nikov V.M 1987: Ishakova X.I, Vaxidova X.M 1996: Tchervenkova J.et.al.1996).

Ko`pchilik hollarda sepsisni mahaliy yiringli infektsiya bilan qiyosiy tashxislashi kerak.

Mahaliy yiringli infektsiyadan sepsisha o`tish davrini aniqlash juda qiyin. (Gostihev V.K,1995:Holloway W,1983: Grant L, 1984 Deitch E, Dobke M 1996).

Yiringli rezorbtiv lixoradkaga qarab mahaliy to`qima qay darajada zararlanganligini kurishimiz mumkin. Odatda yiringli rezorbtiv lixoradka katta maydonligi ulik to`qimalarda rivojlanadi. Kamaeva M.F (1982y), Vigovskiy R.U fikricha yiringli rezorbtiv lixoradka sabab tranzitor bakteriyalar kiradi.

Yiringli infektsiya diagnostikasida yarani yuvish muhim rol' o`ynaydi. Yiringli rezorbtiv lixoradka mahaliy simptom ko`zatiladi, sepsisda umumiyliz infektsion kasallikdagi simptom ko`zatiladi. Jarroxlik usulda davolash yiringli rezorbtiv lixoradkada yaxshi natija beradi. Xozirgi kunda o`tkir sepsis aniq klinik ko`rinishga ega. Klassik simptom o`pleks fakat infektion jarayonni kuchayishi yoki terminal fazada ko`zatiladi. Sepsis differenqial diagnostikasini siqem va surunkali kasalliklar bilan, tanani yukori harorati, yiringli o`choqni borligiga (Mel'nikov V.M, 1987; Currer P, 1983; Stobe R, 1994; Faist,1996)

Teridagi nekroz katlamasi septik o`choq hisoblanadi(Karlov V.A 1987: Kurbangalev S.M 1988). Yiringli o`choqsiz sepsis har doim shubha ko`rinishi kerak. Simptomga qarab, yukori temperatura va yiringli o`choqsiz, har doim ham sepsis diagnoziga sababchi bula olmaydi.

Yiringli o`choqga shubha ko`rinsa uni kollagen va sil kasalliklari bilan differenqial diagnostika qilish shart (Svetuxin A.M 1989). Bu holatda qitologik va morfologik tekshiruvlar o`tkaziladi.

Sepsis o`ziga yarasha uchta klinik ko`rinishga ega: birinchisi yiringli o`choq (tanada yukori temperatura bo`lishiga sabab), iatsiyantoksic, qon tarkibida o`zgarishlar va ichki a`zolar.

**Septik shok** juda og`ir kechuvchi asorat hisoblanib 60-80% ulimga olib keladi.(Grinev M.V SHapot YU.B 1996: Stansley G, Byzne M 1994).

Ma`lumotlarga qaraganda M.I L'pkina va e.D Kostina (1980), L.L SHika va B.M Kostyuchenka (1983), sepsisdan 10-40% septik shokga o`tadi.

Ko`pchilik hollarda septik shokni gramm manfiy mikroorganizmlar qo`zg`atadi. Septik shokni ikkita nazariya ma`lum. Birinchisi (Qruchkov V.I, Gostihev V.K, 1984: Kostyuchenok B.M 1987) fikricha toksinlar ta`sirida qon tomir ichida gemolizilangan tromblar hosil bo`ladi. Ikkinci nazariya (SHevchuk M.G, Gerega II, 1980:, Podil`chak MD., Ogonovskiy V.K., 1989,: Jawetz E., 1986; Dionigi R., Dominion L., 1991) fikricha, toksinlarni retseptorga ko`ra septik shok chakiradi va periferik qon aylanish bo`ziladi.

A.M Svetuxin 1981, MI Litkin 1982, VG Bochorishvili 1984 fikricha septik shokda ikkala nazariya ham bo`ladi. SHunga karab muhim faktorlardan gipoksiya, aylanib yuruvchi qon hajmi tushib ketishi, parenximatoz a`zolarga toksik ta`siri (Ivashkevich G.A, 1982:, Popkirov S., 1984:, Qruchkov YU.V., 1984).

Septik shok sepsisni xoxlagan fazasida bo`lishi mumkin, asosiy sabablar: mahaliy yiringli jarayonlarni salbiylashishi, mikroflorani almashinishi, surunkali kasallikni zo`rayishi.

Septik shok simptomokompleks klinik ko`rinishda kechadi: umumiy axvolni tez o`zgarishi, qon bosimini 80 mm.sim.uq dan tushib ketishi,nafas olishni bo`zilishi, diurezni kamayishi.

V.K. Gostihev (1995), ko`zatishcha, septik shok rivojlanish uchun: gramm manfiy flora, surunkali kasallikni zo`rayishi bo`lishi kerak.

Ko`pchilik hollarda septik shok bo`lgan bemorlarda umumiy axvolini yomonlashganligiga, holsizlikga, bosh og`rishi kuchayishiga va kurkishga. Tana harorati 41-42gacha S ko`tariladi. Tanani rangi okaradi, yurak tonuslari yaxshi eshtilmiyi, jigar kattalashadi va pal`pastiya og`riqli. Septik shok bo`lgan bemorlarda nafas olish qiyinlashadi. Havo etishmasligi ko`zatiladi. Qianoz va akrostianoz ko`zatiladi. Bemorlarda ruxiy o`zgarishlar: eyforiya, koma.

Septik shokni boshlangich va kechki davri ko`zatiladi (Gubin A.M., 1987). Septik shokni ko`pchilik klinik hollarda gipertermiya, gipotoniya, taxikardiya, es xushini yo`qotish kechki davrida.

Qon taxlilida (51q1,2 ml\kg), kolgan ko`rsatkichlar boshka yiringli yallig`lanishlarga uxshish bo`ladi.

SHunday qilib septik shok o`tkir odontogen sepsisdan kelib chiqadi. Kasallikni klinik ko`rinishi juda ham katta ahamiyatga ega.

Klinik laborator ko`rsatikichlarga qaraganda erta, oraliq va kechki odontogen sepsis farqlandi.

Ərta sepsisha kiradi: febril iqima 3 kuch ichida, markaziy nerv sistemasi bo`zilishi, ko`p yiringli o`choqlarni hosil bo`lishi, teri nekrozi va shillik qavatni, anemiya bo`lishi.

Kasallikni 7 – 14 kundan boshlab oraliq odontogen sepsis rivojlana boshlaydi: tanani og'irligi pasayadi, teri ost – kulrangga kiradi, sariqlik, qianoz, akrostianoz, qondagi eritrostitlarni va gemoglobin ko`rsatkichlarni pasayishi, gepatosplenomegaliya, toksik miokardit, modda almashinuvni bo`zilishi, limfostitlarni ko`rsatgichi pasayishi, immun sistemasini disbilansligi.

Sepsisni kechki odontogen yallig'lanishida: terini ost – kulrang bo`lishi, gepatosplenomegaliya, toksik miokardit, modda almashinuv dinamikasini tushib ketishi, yiringli yarani o`zi xosligi, regenerativ jarayon ko`rsatgichi pasayishi.

Kliniko-laborator tekshiruvlar asoslangan holda odontogen sepsisda: yiringli o`choq borligiga, modda almashinuv jarayonini bo`zilishi, anemiya, tana og'irligi pasayishi.

Tekshiruvlar shuni ko`rsatdiki odontogen sepsisda iatsiyantoksik kuchayadi, hayot uchun muhim bo`lgan organlar va sistemalarni shikaqlaydi.

### **Kontakt mediaqinit**

Kontakt mediaqinit juda og'ir yiringli yallig'lanish asoratlariga kiradi (SHargorodskiy A.G., 1985: Kozlov V.A., 1987 va b.k). Popov N.G. fikricha yuz jag' sohasi va bo`yin flegmonasi 1,78% dan kontakt mediaqinit kelib chiqadi. O.M Omboeva (1973), KA Molochanova 0,3% kontakt mediaqinit ko`zatishdi, M.N Jadovkiy (1973) – 1,3%, V.I Karandashov (1988) -0,4%.

Kontakt mediastinit 15dan 70 gacha erkaklarda ko`p uchraydi (Gubin M.A., 1996).

**Klassifikaqiya.** Ko`pchilik olimlar birlamchi va ikkilamchi mediaqinitga bo`lishadi.

Umumiy jarroxlik amaliyotida birlamchi mediqenit orperatsiyadan keyingi asorat hisoblanadi: traxeyani shikaqlab qo`yish intubaqiyada, venaga kateterizaqiya ulavotganda. Stomatologiya amaliyotida Mediastenit odontogen hisoblanadi, kam hollarda tonsilogen.

Mediastenitni klassifikaqiyalaganda albatta patogeneziga (birlamchi va ikkilamchi), etiologiyasi (qafilokokk, qreptokokk va b.k), yallig'lanish darajasi (seroz, yiringli, gangrenoz va b.k.), tarqalishi (oldingi, orka, total, chegaralangan, progreslangan), klinik kechishi (o`tkir va surunkali), Ognev B.V., 1946: Ivanov A.YA., 1959: Popov N.G., 1971 va b.k.

Xozirgi yillarda olimlar A.A. Vishnevskiy va A.A. Adamyan 1977 bergen klassifikaqiyani tasdiklashgan. Unda seroz, yiringli va surunkali Mediastenit turlari farqlangan.

**Patogenez.** Bosh va bo`yin yo`llaridan takralishini ko`p olimlar o`rganganlar. A.YA Ivanov fikricha keng tarqalish yo`li bu bo`yini flegmonasi umurtqa old fasqiya va bo`yinda joylashgan qon tomir chigali.

K.I.Molchanova, T.V.Qepenova, N.G.Popov, N.A.Gruzdev, V.R.Gol;brayx olimlarni fikricha ikkita asosiy tarqalish yo`li: 1) yallig'lanish jarayoni yutkun sohasini orka devori qon tomir chigali bo`ylab, 2) ogiz tubi flegmonasi yoki til ildizi abstsessi bo`lib parenteral va visqeral bo`yin fasqiylari orqali traxeyadan yurakga.

Odontogen infektsiya, yutkun va ogiz tubi flegmonasi, bo`yinni oldingi va yon fasqiyalari orqali total yiringli yoki nekrotik Mediastenit rivojlanadi.

Olimlarni fikricha, odontogen infekiyadan oldingi mediaqinit, orka yoki total Mediastenit ko`pchilik hollarda nekrotik flegmonadan rivojlanar ekan, Talishinskiy A.M.,1982.

Bakteriologik tekshiruv o`tkazilganda qafilakokk, qreptokokk va ichak tayokchalari aniqlangan.

**Klinik ko`rinishi.** Kontakt mediaqinit umumiyligi va mahaliy kechadi (Qibirnə K.A. 1985). Bemor ko`krak qafasidagi o`z o`zidan og`riqga, engashganda kuchayishiga yoki bo`yinni kimirlatganda, kam quvvatligiga, bosh aylanishiga, yatal, nafas olishni qiyinlashiga, tana haroratni 39-40S ko`tarilishiga shikoyat kiladi. Bemorni anamneziga qarab bu kasallik odontogenligini aniqlaymiz. Ko`pchilik hollarda surunkali periodontitni zurayishi 48chi, 47chi, 46chi, 36chi, 37chi, 38chi tishlar, Tish chiqishini qiyinlashi 48chi, 38chi tishlar SHargorodskiy A.G.1985.

Qon tomir sistemasida taxikardiya paydo bo`ladi, arterial bosim o`shadi, yurak chegarasi kengayadi. Kontakt Mediastenit bilan plevrit, piopnevmotoraks yoki pnevmoniya, abstsessslashgan plevrit, upkani gangrenasi bo`lishi mumkin.

Ko`pchilik olimlar fikricha kontakt mediaqinitda bemorlarni ruhiy asabiyylanishi eyforiyadan komagacha bo`lishi mumkin.

Qon taxlilida leykostitoz, limfopeniya, eCHT ko`tarilganligi. Ostsil almashinuvini bo`zilishi disproteinemiya, giperfermentemiya, ostsil qonqentraqiyasi ko`tarilishi V.I.Karandashov 1988.

**Diagnostika.** (Gubin M.A) ma`lumotlarga qaragan holda quyidagi differenqial diagnostika quyiladi, kontakt mediaqinit boskich va dinamikasini rivojlanishiga qarab. Har bir boskich o`ziga yarasha klinik laborator ko`rsatgichga ega. Reaktiv bosqichda kasallik klinik ko`rinishi mahalliy shikoyat yutganda og`riqga, ovqat eganda va bo`yinni qimirlatganda kuchayishiga, ogiz ochilishini chegaralanganligiga, bo`yinni en tomoni og`riqli shishga, uz o`zidan ko`krak qafasini og`rishiga.

Kontakt mediaqinitda muhim tekshirish usullaridan biri rentgen hisoblanadi (Jadovskiy M.N., 1973: Herbatenko M.K., Mehannikov K.S., 1977). Superəksponir yoki qattiq suratlarni tavsiya etiladi, u suratda traxeyani to`zilishi, bronxlar, qon tomirlar, yallig`lanish jarayonini soyasi. Boshka rentgen tekshiruvlar (tomografiya, pnevmomediaqinografiya va b.k), diagnostika maqsadida kullaniladi, klinik amaliyotida ham kompyuter tomografiya ham qo`llaniladi.

Rentgen tekshiruvlardan tashkari yana elektrofiziologik usullar ham qo`llaniladi: ul`trazvuk biolokaqiya va teploviziografiya (Vishnevskiy A.A.,1974, CHenisova G.G.1975: Vaxovskaya A.G. 1978 ), ammo bu usullar hali tarqalmagan. Kontakt mediastinit bilan yuz jag` sohasi flegmonasini differenqial diagnostika qilish juda qiyin, aniq diagnoz quyish uchun patologoanatom tekshiruvlar o`tkazish kerak.

## **Qiyosiy tashxis**

### **Differenqial diagnostika bo`yin sohasi flegmonasi va kontakt**

#### **Mediastenit**

Belgisi	YUz bo`yin sohasi flegmonasi	Kontakt Mediastenit
Umumiy axvoli	Urta og'irlikda	Og'ir holatda
Ruxiy o`zgarish	Kam	Ko`zatiladi
Simptom soxta bo`yin kuyshigi, pastga qarab	Yo`q	Ha
Ovoz bo`zilishi	Yo`q	Ko`p hollarda
Yo`tal	Bo`lishi mumkin	Ko`p hollarda
YUtinish qiyinlashi	Yo`q	Har doim
Yiring infektsiya formasi	Mahaliy	Generalizirlangan (sepsis)
O`z o`zidan og'riq paydo bo`lishi	Yo`q	Har doim
Gomeostaz ko`rsatkichini o`zgarishi	Kam hollarda	CHuqr va ko`tariluvchi
O`mrov sohasidagi shish	Yo`q	Bo`lishi mumkin
YUzda shish, bo`yin sohasidagi venalarni kengayishi	Yo`q	Bo`lishi mumkin
Ko`krak qafasi perkussiyaga ogrigi	Bo`lishi mumkin (buy tashki flegmonasi)	Ko`zatiladi
O`mrov sohasida krepitaqiya va supraternal soha	Yo`q	Bo`lishi mumkin
Gerke simptomi	Salbiy	Ijobiy
Ivanova Simptom	Salbiy	Ijobiy
Ultratovush biolokaqiyada patologik ovoz	Yo`q	Har doim
Orperatsiyadan keyin klinik ta`siri	Ko`zatiladi	O`zgarmaydi yoki umumiy axvol emonlashadi

SHunday qilib, kasallikni tarqalishi bemorni umumiy axvolini pasayishiga olib keladi: ko`krak qafasida og'riqga, qalqib ketishiga, nafas olishni qiyinlashish, nerv – asab sistemasini bo`zilishi, jag' oldi sohasida shish va infil'trat borligiga, bo`yinni old va yon sohalarga tarqalishi.

## **Ikkilamchi meningit va meningoensefalit**

Ko`zatilgan bemorlarni hammasi bosh og`rishiga shikoyat etishgan, 27% bemorlar ko`ngil aynashga, 60% bemorlar bo`sashishga, 77% asabni bo`zilishi (tormizlanish, uykuvchanlik), epileptik holat, chirostdan qurqish ko`zatish mumkin.

Bemorlarda tana harorati 40S va undan yukori bo`ladi, Kerning simptom ko`zatish mumkin. 15-20% bemorlarda Brudzinskiy simptom ko`zatiladi. Ko`p hollarda ko`zni harakatlantiruvchi nervlar shikaqlanadi va ptoz, qiyshik kurish, yoruglikga qarshi reaksiyasi past bo`ladi. YUz nervini paralichi, 3 shox Babin nervini shikaqlanishi, yuz terisini sezuvchanligi pasayishi, Rossolimo simptom va Gordon.

Qon taxlilida leykostitoz 1000-2000 (xuj\1 mkl), neytrofilez 50-60%, ostsilni tarkibi 2,0-5,5 g\l.

Nevrologik tekshiruvlar shu tasdiklashdiki bemorda ko`z tubini o`zgarishi, spontan niqagm, giperreflek assimetriyasi.

Boshni kuchli og`rishiga, ko`ngil aynashi, es xushini yo`qotishga, bosh miya nervlarni shikaqlanishi, paralichlarga shikoyat etadi.

**Sinus kavernozi trombozi** to`xtamasdan peshona sohasida og`riqga, kam hollarda ko`z sohasida og`riqga, ko`ngil aynashi, quşish, uyquvchanlik, tez jahilni chiqishi ko`zatiladi.

Umumiylahvoli juda og`ir darajada tana harorati 40-41S ko`tarilgan, toliqish, pul's 100-120 min. Bemorni tashki ko`rinishida shish va terini gipermiyasi, xemoz, ekzoftal'm, ptoz, ko`z olmasini harakatlanshi cheklanishi. Anizokoriya va diplopiya. 3 chi shoxni shikaqlanishi yuz terisini sezuvchanligi pasayishiga va ko`z oldi sohalarida kuchli og`riqga olib keladi.

Otonevrologik tekshiruvlarda ko`zda vestibulyar funkqiysi bo`zilishi, exoənqefalografiyada exotovush pul'slarni amplitudasi kattalashgan, 3 korincha kattalashgan 7-10 mm. Sinus kavernozi tromboz bemorlarda qon aylanish sistemasi bo`zilgan, siqol va diaqol bosimlar oshgan, pul's ko`tarilgan. Ostsillarni kamayib ketishi natijasida disproteinemiya ko`zatiladi.

Sinus kavernozi trombozi diagnoz qo`yish uchun klinikg'laborator tekshiruvlar o`tkaziladi. Simptom ekzoftal'm, ptoz, xemoz, ko`zni harakatlantiruvchi nervni shikaqlani diagnoz qo`yishda katta ahamiyatga ega.

Sinus kavernozi trombozini davolash reanimatsiya yoki intensiv terapiya bo`limida o`tkaziladi. Tromboflebitdag'i dori-darmonlar qo`laniladi.

### **Savollar:**

- Limfadenit nimaq
- Limfangit nimaq
- Adenoflegmona nimaq
- Adenoflegmonani hirurgik davolash metodlariq
- Limfangit klinik kechishiq
- Limfadenit va limfangitning differensial diagnostikasiq
- O'tkir limfangitning patologik anatomiyasiq

## AMALIY MASHG'ULOT № 6.

### **YUZ-JAG' SOHASI ABSTSESS VA FLEGMONALARI HAMDA ULARNING ASORATLARINI UMUMIY DAVOLASH PRINTSIPLARI.**

#### **Amaliy mashgulotning texnologik kartasi**

Ish bosqichlari va vaqtি	Faoliyat	Ta`lim oluvchilar
	Ta`lim beruvchi	
1-bosqich  O`quv mashg`ulotiga kirish		
10- daqqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni etkazish. Mavzu bo`yicha asosiy tushunchalar berish. Mashg`ulot rejasi bilan tanishtirish.	Tinglaydilar va yozib oladilar
10- daqqa	1.2. Adabiyotlar ro`yxatini berish (ilova №1)	Tinglaydilar va yozib oladilar
15- daqqa	1.3. Talabalarni aqliy xujumga tortish uchun jlonlantiruvchi savollar berish. Mashg`ulot rejasi va tuzulishiga qarab ta`lim jarayonini tashkil etish bo`yicha xarakatlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baxolash mezonlarni e`lon qilish. (ilova №2)	Tinglaydilar

2- bosqich		
Asosiy qism	2.1. Talabalarni bilimini faollashtirish maqsadida mavzuning asosiy tushunchalari bo`yicha tezkor so`rov o`tkazish. (ilova №2). Mavzuning xar bir qismi bo`yicha xulosa qilinadi, eng asosiylariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muxokama qiladilar. Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
25- daqiqa		
15- daqiqa	2.2. “Qora tulpor” o`yin materiallarni muhokama qilishni tashkillashtirish, ishlash qoidasi vaziyatlarini taxlil qilish muammolarni ifodalanishiga e'tibor berishga qaratish (ilova №3)	O`yin materiallarni muxokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
15-daqiqa	2.3. “Baliq skeleti” va konseptual jadval organeyzerlarini mustaqil taxlil qilish, muammoni ifodalashni, echish yo`llarini aniqlashni, so`ngra uni echish topshirig`ini berish.	Mustaqil ravishda taxlil qilish varag`ini to`ldiradilar, muammoni echadilar.
5- daqiqa		
10-daqiqa	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
50-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova №3.2)	Testni muxokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
40-daqiqa	2.6. Amaliy ko`nikmalarni bajarish va bo`limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg`ulot).	Bo`limda bemorlarni kuratciya qiladilar
20-daqiqa	Tanaffus	
3-bosqich		
Yakuniy	2.7. Talabalarga ko`rgazmali qurollarni ko`rsatish (slaydlar, prezентatsiya, videofil`mlar), ularni izoxlash	
40-daqiqa		
10-daqiqa		
10-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo`yicha xulosa qilinadi. 3.2. Faol talabalar baxolanadi. Gurux bo`yicha baxolash mezonlari e`lon qilinadi.( Illova №5) 3.3. Mustaqil tayorgarlik ko`rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. ( Illova № 7)	Tinglaydilar va o`z o`zini baxolaydilar Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

## **Fanlararo va fanlar ichra bog'liqliklar.**

Ushbu mavzuning ukitilishi talabalarning bilimi va asoslariga: anatomiya, gistologiya, normal va patologik fiziologiya YUJS. Mashgulot vaktida egallangan bilimlarni kullahda bunda anatomiya, bolalar stomatologiyasi va boshka klinik fanlar utiladi, shuningdek, fanlarni ukitilishida shunday Xirurgik stomatologiya uchun kerakli bulgan barcha ma'lumotlarni, kasalliklar tugrisida axborotlarni etkazish,xamda davolvsh printsiplarini xam tushuntiriladi.

### **“Stol o'rtasidagi ruchka” usulini o'tkazish senariysi**

Talabalar uchun bitta topshiriq beriladi. SHu topshiriq asosida talaba 1 ta javob namunasini yozib, o'zini ruchkasini stol atrofida aylantirgan holda keyingi talabaga uzatadi.

### **YUz jag' va bo`yin sohasi abstsess va flegmonalarini tashxislash.**

Abstsess va flegmonalarni tashxislash umumiyligi simptomlarga, yallig'lanish reaktsiyasini baxolashga (normergik, giperergik, gipergik) va jarayonni lokalizaqiyasi va tarqalgaligiga asoslanib o'tkaziladi. Bemorni yoshi, immun etishmovchilikni xosil qiluvchi va kasallikni umumiyligi tasvirini namoyon qiluvchi umumiyligi kasalliklar mavjudligi, mahalliy simptomatika, shuningdek yiringli jarayonni tarqalgaligi xisobga olinadi.

CHaqiruvchi mikroorganizmlar turini aniqlash uchun mikrobiologik tashxislashni o'tkazish muximdir. Ularni tarkibi, kontsentratsiya darajasi va antibakterial dorivor vositalariga sezgirligi aniqlanadi. Lekin ana'anaviy usul 2-7 kunlarda natija olish imkoniyatini beradi. Tezkor usul – kassetali mikrourusul va yarim suyuqlikda bo`lishi mikrobiologik tashxisni tasdiqlash imkonini beradi, buni maxsus klinikalarda o'tkazilishi yanada samarali xisoblanadi. Aerbob va fakul'tativ anaeroblar antibiotkogrammasi 6-12 soatda, boshqa anaeroblar uchun 1-3 kunda aniqlanadi [Qarev V.H., 1993]. Asosan flegmonalarda, kamrost xollarda esa abstsesslarda obligat va fakul'tativ anaeroblarni aniqlanishi bu yiringli jarayonlardagi zamonaviy mikrorqionoz tasvirni xarakterlaydi. Tarqalgan yiringli jarayon – flegmonada obligat anaerob va mikroaerofil qreptokokklarni oshishi xarakterlidir. SHuningdek mikroorganizmlarni virulentlik xususiyatlarini yukoriligi ko`zatiladi. So`ngi xolatlardagi ost qafilokoklarda toksik shok endotoksini xosil bo`lishi aniqlandi [Xaritonov YU.M., 1999].

Kasallikka tashxis qo'yish va prognozini aytib berish uchun qon hamda siyidik tahlili katta ahamiyatga egadir. Ularni ko`rsatkichlari turliligi bilan farqlanadi. Genogrammada ost qonni miqdoriy va sifat tarkibi xamda eCHT ni aniqlash katta ahamiyatga ega. Siyidik tahlilida – otsil, qon xujayralarini va buyrak epiteliysi degenerativ xujayralari mavjudligi aniqlanadi. Ayniqsa atipik, o'tkir osti kechuvchi abstsesslarda, umumiyligi namoyon bo`lmagan va maxalliy klinik ko`rinishi yaqqol namoyon bo`luvchi flegmonalarda, shuningdek tarqalgan flegmonalarda hamda ularni asoratlaririvojlanishida qimmatli ahamiyatga egadir.

Jag' atrofi yumshoq to`qimalari yiringli yallig'lanish kasalliklarini tashxislashda organizm reaktivligini ko`rsatkichlari muhim ahamiyatga egadir. Bular orasida iatsiyantoksikni leykostitar indeksi (ILI), immunologik ko`rsatkichlar, qonni

bioximik tekshiruv natijalari (ostsil, ferment, elektrolit almashinuv va boshqalar) yanada informativ ahamiyatga egadir. Bu ma`lumotlarni to`plash organizm ximoya reaktsiyasini va intoksikaya darajasini to`g'ri baxolash imkonini beradi.

Kompleks tekshiruvda rentgenologik tahlil o`tkazish maqsadga muvofiqdir. Bu tahlil infektsiyani odontogen manbasini, osteoflegmonadan yumshoq to`qimalardagi yiringli jarayonlarni qiyosiy tashxislashni, kasallikni uzoq davom etishida esa ikkilamchi kortikal osteomielitni aniqlash imkonini beradi.

### **YUZ va bo`yin soxalari abstsess va flegmonalarini davolash.**

Abstsess va flegmonalarni davolash kompleks tarzda o`tkazilishi zarur. Bunda xirurgik usul asosiy xisoblanadi. Qoida bo`yicha abstsess ko`zatilgan bemorlarni davolash ambulator sharoitda o`tkaziladi. Flegmonada esa, shunigdek chaynov mushagi, qanotsimon-pastki jag' bo`shlig'i, chakka osti chuqurchasi, chakka sohalari abstsesslari bilan birgalikda yondosh kasalliklari bor bemorlar xamda katta yoshdagi bemorlar guruhi statsionar sharoitida davolanadi.

Xirurgik davolashda yallig'lanish jarayon bosqichini, patologik o`zgarishlar davomiyligini va ularni xususiyatlarini, organizm individual xususiyatlarini, shunigdek mikroorganizm florasini antibakterial dori vositalariga sezgirligini xisobga olish zarur.

Xirurgik davolash shish va serroz infil'traqiya bosqichidagi yallig'langan to`qimalar sohasini chegaralashga qaratilgan bo`lishi kerak. Bunda yallig'lanish infil'trati kesib ochiladi, to`qimalardagi zo`riqish kamaytiriladi va chiqarish yo`li hosil qilinadi. SHuningdek blokada o`tkaziladi (atrof to`qimalarga antibiotiklar, ferment va boshqa dori vositalari bilan 0,25-0,5% anestetik eritmasini yuborish). Bir vaqtning o`zida konservativ usullar yordamida tishdan ekssudatni chiqib ketuvchi yo`li hosil qilinadi yoki ko`rsatma bo`yicha tish sug'uriladi. Lekin boshqa nuqtai nazar xam borki, bunda flegmonoz jarayonni boshlang'ich davrlarida konservativ davo tavsija etiladi. [Roginskiy V.V., Katanova H.I, 1989].

To`qimalarni yiringli va nekrotik emirilishida yiringli yarada birlamchi xirurgik ishlov o`tkaziladi (yiringli o`choqni ochish, nekrotomiya), ekssudat chiqishi uchun keng yo`l ochiladi, yaraga dori vositalari ta`siri o`tkaziladi. Yiringli o`choqdan chiqaruv yo`lini xosil qilish uchun turli drenajlash, mahalliy dializ, ekssudatni uzlukli yoki doimiy so`rilishi, yarani yuvish, qayta bog'lam o`tkazish usullari o`tkaziladi.

Tarqalgan, ayniqsa yirngli-nekrotik flegmonalarda yiringli o`choqni birlamchi ishlovi aktiv nerotomiya bilan olib boriladi.

Flegmona va abstsesslarda umumiyligi patogenetik davoda zarur:

1. infektsiya bilan kurashish;
2. organizmni umumquvvatlovchi immunobiologik tarkibni oshirish;
3. organ va tizimlarni vazifalarini korrekqiyasi.

Abstsess va flegmonalarni davolash sxemasini tuzishdi organizmni funktsionalxolatiga va yallig'lanish reaktsiyasi xarakteriga (normergik, giperergik, gipergik), mahalliy xususiyatlarga, yallig'lanish o`choq yoki o`choqlar lokalizaqiyasiga asoslanadi. Asosiy e`tiborni birlamchi va ikkilamchi immunodefisiit kasalliklar va xolatlarda infektsiyaga qarshi organizmni ximoya reaktsiyasi korrekqiyasiga qaratish zarurdir.

Xirurgik aralashuvni etarli o`tkazilishi, infekqion-yallig'lanish o`choqlaridan ekssudatni chiqishi uchun yaxshi chiqaruv yo`li ta`minlanishi, maqsadga muvofiq o`tkazilgan dori vositalari ta`siri yarani tozalanishiga sharoit yaratadi. YAradan yiring ostishi va nekrotik to`qimalardan tozalanishi tugagandan so`ng abstsesslarda 3-5 chi kunida, flegmonada 5-6 chi kunida birlamchi kechiktirilgan choklar qo`yiladi. YUz va bo`yin tarqalgan flegmonalarida ikkilamchi choklar 7-8 kundan 10-14 kunigacha qo`yiladi. Kechki muddatlarda esa jag' atrofi flegmonalari asoratlari rivojlangan (infektsiyani tarqalishini avjlanishida, kortikal ikkilamchi osteomielit revojlanishi) yondosh kasalliklari bor bemorlarda va katta yoshdagi bemorlar guruxida ikkilamchi choklar qo`yiladi.

Birlamchi kechiktirilgan yoki ikkilamchi choklar mahalliy infiltratsion og`riqsizlantirish ostida o`tkaziladi. To`qimalarda ishlov o`tkazilib, qoldiq granulyaqiyalar olib tashlangandan keyin yara chetlarida choklar yordamida yaqinlashtiriladi. Bunda antibakterial poliamid xirurgik tolalardan foydalangan ma`quldir. CHoklar 0,6-1,0 sm orlab qo`yiladi. Birlamchi kechiktirilgan choklarni qo`yishda yarada dializaqion so`rvuchi naycha yoki perchatka rezinasidan drenaj qoldiriladi. YAllig'lanish belgilari regressiyasiga bog'liq ravishda rezina drenaj 2-3 kunda olinadi. ekssudatni dializi va so`rilihi 3-4 kunda to`xtatiladi. CHoklar 7-8 kunda olinadi. Orperatsiyadan keyingi davrda umumquvvatlovchi, qimullovchi, immunomodulirlovchi davolar, davolash jismoniy mashqlar usullari o`tkazilishi davom ettiriladi.

**Prognоз.** YUz-jag' va bo`yin sohalari flegmonalarini to`g'ri vazamonaviy davolashda prognoz qoniqarli bo`ladi. Asoratlarni rivojlanishi (Mediastenit, miya ichi yiringli jarayonlari, sepsis) kasallikni og`ir darajadagi prognozi xisoblanadi va ba`zida letal asoratga olib keladi.

Jag'lar atrofi abstsess va flegmonalarini profilaktikasi boshqa odontogen yallig'lanish kasalliklaridagi printsiplarga hamda organizmni infektsiyaga qarshi ximoya reaktsiyalariga asoslangan.

#### Savollar:

Abtsess va flegmonalarda davolashning o`ziga hosligiq  
Konservativ davoda qanday preparatlardan foydalanasiszq  
UVCH terapiya hachon buyurish mumkinq  
qanday antiseptik preparatlardan foydalanasiz jarohatni yuvish uchunq  
Intakt tishlarga nisbatan qanday chora ko`rasizq  
Mikrosirkulyasiyani yahshilovchi preparatlarq  
Operatsiyadan keyin jarohatni parvarishlar qanday chora tadbirdan iboratq

#### Test:

- qanotsimon pastki jag sohasining tashqi qirrasiq  
pastki jag shohining ichki qirrasi  
pastki jag sohining tashqi qirrasi  
yukori jag tanasi  
pastki jag tanasi  
-YUtqin yoni sohasi yukori chegarasiq  
A) bosh suyagi asosi  
B) til osti mushagi  
C) til ildizi

D) chakka suyagi  
Til ildizi asosining yukorigi chegarasiq  
tilning hususiy mushaklari  
til osti suyagi  
yuthin mushaklari  
chakka osti bushligi  
quloq oldi chaynov sohasi yukorigi chegarasi q  
yonoq suyagi va yoyining pastki qirrasi  
pastki jagning pastki qirrasi  
pastki jagning ichki qirrasi  
til osti mushagi  
Dahan osti sohasi flegmonasida infektion tishlarq  
pastki old frontal tishlar  
pastki molyarlar  
yuqori molyarlar  
yuqori frontal tishlar  
Ko`z osti sohasining pastki chegarasi  
yuqori jagning kataksimon alveolyar o`sigi  
ko`z kosasining pastki hirrasi  
ko`z kosasinig lateral hirrasi  
ko`z kosasining ichki hirrasi  
Lunj sohasining oldingi chegarasiq  
chaynov mushagi oldingi hirrasi  
chaynov fatssiyasi  
chakka suyagi  
chakka bo`shligi  
Kuz kosasi flegmonasi asorat bermaydi  
kuz osti soxasi abbtessi\$  
gaymorit\$  
lunj soxasi flegmonasi\$  
kavernozi sinus trombozi\$  
yukori jag ostiomieliti#  
Kuz kosasi flegmonasida uchramaydigan asoratlar  
meningit\$  
gaymorit\$  
bosh miya abbtessi\$  
kavernozi sinus trombozi\$  
periostit#  
Abtsess bu nima  
yiringli yalliglanish\$  
cheagaralangan yiringli yalliglanish\$  
tarkok yalliglanish\$  
seroz yalliglanish\$  
chegarasiz yalliglanish#  
Flegmona kaerda joylashganda yutinishda ogrik bosh simptomni buladiiyak  
soxasida\$

tilda\$  
lunjda\$  
jag osti soxasida\$  
yutqin oldi soxasida#  
Flegmonaning yirgli erish stadiyasida asosiy davo usuli  
yalliglanishga karshi\$  
antibiotiklar bilan davo\$  
yiringli uchokni ochish\$  
tishni olib tashlash\$  
maxalliy yalliglanishga karshi kurash#  
Lunj soxasi flegmonasini ochish uchun kullaniladigan ogriksizlantirish usuli  
maxalliy sezib boruvchi anesteziyasi\$  
intubatsion narkoz\$  
vena ichiga yuboriladigan narkoz\$  
tanglay soxasida ogriksizlantirish\$  
ingalyatsion ogriksizlantirish#  
Ogiz tubi flegmonasini ochishda kullaniladigan ogriksizlantirish usuli  
maxalliy sizib boruvchi\$  
vena ichiga yuboriladigan narkoz\$  
tugri ichakka yuboriladigan narkoz\$  
utkazuvchi ogriksizlantirish\$  
xlorətil erdamida#  
Mikroblarning antibiotiklarga induvidal sezgirligini tekshirishda qaysi  
tekshirish usuli ob`ektiv xisoblanadi  
morfologik\$  
gistologik\$  
bakterioskopik\$  
elektron mikroskopik\$  
bak labarator#  
YUZning kaysi soxasida birlamchi tromboflebit uchogi kamroq uchraydi  
yukori labda\$  
burun tusida\$  
kovokda\$  
burun va lab burmasida\$  
lunjda#  
Mediastenitda infektsianing tarkalish yuli  
odontogen\$  
osteogen\$  
limmfogen\$  
buyinning kon tomir nerv tutami eg klechatkasi buylab\$  
gematogen#  
Mediastenitda infektsianing birlamchi manbai xisoblanadi  
tish ildiz oldi kistasi\$  
stomatitlar\$  
sulak toshlari\$  
tonzilit\$

periodontitlar#

Kanaka tekshirishlar mediastenitga tashxis kuyish uchun muxim xisoblanadi

biopsiya\$

punktsiya\$

kon analizi\$

rentgenografiya\$

bioximiya#

### **Adabiyotlar.**

1. Robustova T.G "Xirurgicheskaya stomatologiya" Moskva 2003 y
2. Vernadskiy YU.I "Osnovi chelyuqi- liqevoy i xirurgicheskoy stomatologii "
3. S.F. Gritsuk "anesteziya v stomatologiyu" 1998 y
4. M. D. Mashkovskiy 1998 y "Lekarstvennie sredstva " 1-tom
5. A.V Kozlov "Xirurgicheskaya stomatologiya v poliklinike" 1989 y
6. N.N. Bajanov "Bol' i lechenie zubov" 1986 y
7. M.I. Ko`zin, N.V. Efimova, N.A. Osipova " Neyroleptoanalgeziya v xirurgii" 1976 y
8. N.A Osipova "ostenka effekta nekroticheskix , anel'geticheskix i psixometropnix sredstva v klinicheskoy aneqizeologii " 1986 y
9. P. .M. Egorov " Mestnoe obezbolivanie v stomatologii " 1985 y
10. B. M. YAx`yaev " Metodicheskie razrabortki po obezbolivaniyu" 1999 y
- 11.A.A. Semenixin " Perelomi kostnogo osnova nosa, ix lechenie i metodi obezbolivaniya ", diss. Kand. Med. Nauk, Tashkent 1997 y
- 12.Kozlov V.A Xirurgicheskaya stomatologiya pomoh' v poliklinike M, 1985 Operativnaya chelyuqnoliqevaya xirurgiya Pod. Red M. V Muxina - M, 1963 Robustova T.G, Romacheva I.F, Karapeton I. S i dr. Xirurgicheskaya stomatologiya- M, Meditsina, 1996
- Sabo E. Ambulatornaya xirurgiya zubov i polosti rta - Budapesht, 1977 SHargarodskiy A. G. rukovodqvo k prakticheskim zanyatiyam po xirurgicheskry stomatologii - M , Meditsina. 1986 y

### **Uyga vazifa:**

-O`tilgan mavzuga doir yangiliklarni internet ma`lumotlaridan foydalangan holda izlab bilimlarini muqaxkamlash.

-Mavzuga doir slaydlar, mul`timediylar tayyorlash.

-Mavzuga doir kutubxonadan chet el adabiyotlarini o`qib, terminologiya bo`yicha lug`at tuzish va keyingi darsda talabalar bilan tayyorlangan lug`atni muxokama etish

### **Internet saytlar:**

- 1.WWW.Stomatologiya.rf
2. [WWW.surgical](http://WWW.surgical) stomatologi.com.
3. [WWW.hirurg.stom.uz](http://WWW.hirurg.stom.uz).

## AMALIY MASHG'ULOT № 7.

### **YUZ VENALARI TROMBOFLEBITI, KAVERNOZ SINUS TROMBOZI. DAVOLASH PRINTSIPLARI.**

#### **Amaliy mashgulotning texnologik kartasi**

Ish bosqichlari va vaqtি	Faoliyat	Ta`lim oluvchilar
	Ta`lim beruvchi	
1-bosqich  O`quv mashg`ulotiga kirish		
10- daqqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni etkazish. Mavzu bo`yicha asosiy tushunchalar berish. Mashg`ulot rejasi bilan tanishtirish.	Tinglaydilar va yozib oladilar
10- daqqa	1.2. Adabiyotlar ro`yxatini berish (ilova №1)	Tinglaydilar va yozib oladilar
15- daqqa	1.3. Talabalarni aqliy xujumga tortish uchun jlonlantiruvchi savollar berish. Mashg`ulot rejasi va tuzulishiga qarab ta`lim jarayonini tashkil etish bo`yicha xarakatlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baxolash mezonlarni e`lon qilish. (ilova №2)	Tinglaydilar

2- bosqich		
Asosiy qism	2.1. Talabalarni bilimini faollashtirish maqsadida mavzuning asosiy tushunchalari bo`yicha tezkor so`rov o`tkazish. (ilova №2). Mavzuning xar bir qismi bo`yicha xulosa qilinadi, eng asosiylariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma`lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muxokama qiladilar. Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
25- daqiqa		
15- daqiqa	2.2. “Qora tulpor” o`yin materiallarini muhokama qilishni tashkillashtirish, ishlash qoidasi vaziyatlarini taxlil qilish muammolarni ifodalanishiga e'tibor berishga qaratish (ilova №3)	O`yin materiallarni muxokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
15-daqiqa	2.3. “Baliq skeleti” va konseptual jadval organeyzerlarini mustaqil taxlil qilish, muammoni ifodalashni, echish yo`llarini aniqlashni, so`ngra uni echish topshirig`ini berish.	Mustaqil ravishda taxlil qilish varag`ini to`ldiradilar, muammoni echadilar.
5- daqiqa		
10-daqiqa	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
50-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova №3.2)	Testni muxokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
40-daqiqa	2.6. Amaliy ko`nikmalarni bajarish va bo`limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg`ulot).	Bo`limda bemorlarni kuratciya qiladilar
20-daqiqa	Tanaffus	
3-bosqich		
Yakuniy	2.7. Talabalarga ko`rgazmali qurollarni ko`rsatish (slaydlar, prezентatsiya, videofil`mlar), ularni izoxlash	
40-daqiqa		
10-daqiqa		
10-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo`yicha xulosa qilinadi. 3.2. Faol talabalar baxolanadi. Gurux bo`yicha baxolash mezonlari e`lon qilinadi.( Illova №5) 3.3. Mustaqil tayorgarlik ko`rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. ( Illova № 7)	Tinglaydilar va o`z o`zini baxolaydilar Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

## **“Qopdagi mushuk o’yini” uslubi**

**Maqsad:** Talabalar ushbu mavzu yuzasidan chuqur bilimga ega bo’lishni ta’minlash.

**Tamoyillari:** O’qituvchi talabalar uchun mavzu bo’yicha savollar tayyorlaydi. Dars vaqtida talaba ro’yxat bo’yicha qopdan savollarning birini oladi. Bu maxsus kartochka qilib tayyorlangan bo’ladi.

Talabalar kartochkalarni tortib oladi. Savollarga javobni yozma bajaradi. Vazifani tekshirgach konsul’tantlar ballar miqdorini e’lon qiladi va zo’rlarining ballarini aytadi.

Ushbu mavzuning ukitilishi talabalarning bilimi va asoslariga: anatomiya, gistologiya, normal va patologik fiziologiya YUJS. Mashgulot vaktida egallangan bilimlarni kullashda bunda anatomiya, bolalar stomatologiyasi va boshqa klinik fanlar utiladi, shuningdek, fanlarni ukitilishida shunday Xirurgik stomatologiya uchun kerakli bulgan barcha ma`lumotlarni, kasalliklar tugrisida axborotlarni etkazish,xamda davolvsh printsiplarini xam tushuntiriladi.

Xozirgi kunda yuz jag’ sohasida yallig’lanish kasalligini asorotlarni asosiy masalalarda biri hisoblanadi. 40 yil oldin, antibiotiklarni ko`p istemol qilish paytida, juda kam mikdordagi antibiotiklar bu yiringli asorotlarni oldini olgan.

Xozirgi paytda odontogen yallig’lanish kasalligi keng tarqalgan patologiya hisoblanadi. Oxirgi yillarda shu kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni soni oshib bormokda va og’ir asorotlar yuz venasini tromboflebiti, sinus kavernozi trombozi, meningit, mediastenit, sepsis kelib chikmokda.

YUz venasini tromboflebiti – bu venalarni o’tkir yallig’lanishi tromboz bilan, yuz jag’ sohasida yiringli yallig’lanishda rivojlanadi. Ko`pchilik hollarda tromboflebit odontogen infektsiya yoki virusli kasaslikdan keyin rivjlanadi va organizm qarshilik kuchi kamayadi. Tromboflebit patogenezi quyidagi omillardan kelib chiqadi: mikroblarga sezuvchanlik (mikroblar sababli paydo bo`lgan allergiya) va yuz jag’ sohasi to`qimasi autoallergiyasi, venadagi endoteliyni travmatik yallig’lanishi, qon tomir devorlarini shikastlanishi kelib chiqadi: organizmning immunitetini pasayishi, qonning ivimasligi, vena qon tomir devorlarni shikastlanishi, qon tarkibini o’zgarishi. YAllig’lanish vena devorlarda va vena ichida tromb hosil bo`lishi bilan kechadi (Struchkov V.I. 1984). YUz venasini tromboflebiti ko`pchilik hollarda yallig’lanish jarayoni yumshok to`qimadan venani tashki devoriga utganda kuzatiladi. Bu patologiya aksariyat yuz chipqon va xo`pozni asoratidan kelib chiqadi, o’tkir polisinuit.

YUz venasini tromboflebiti patogenezida yuzdagagi limfa va venoz tomirlarda ko`p anastomoz, shu jumladan yuz venasi bilan, burun bo`shlig’i va qanot tanglay chuqurchasi vena va limfa yo`llarida quyuqlashgan bo`ladi.

Asosiy anastomoz, yuz chuqur venasini boglab turuvchi, bosh miya qattiq pardasini venasi, g’ovaksimon sinus, pastki ko`z venasi hisoblanadi. YUz venalarida va bosh miya qattiq pardasi venalarida klapanlar bo`lmaydi. Agar yuqori labda yallig’lanish bo`lsa, burchak venasi orqali ko`z venasiga o’tadi.

YUz venasini tromboflebiti aksariyat bemorlar yiringli yuz terisi yoki jarohatdan hosil bo`ladi. Kasallik burchak yoki yuz venasida «og’ir» infil’trat paydo bo`lishi bilan boshlanadi. Teri osti venalari kengayadi, radikal tarqaladi. Intoksikatsiya belgisi kuzatiladi, bemorni harorati ko`tariladi, toliqish, leykotsitoz, eCHT yuqori.

Tromboflebitni ko`z va retrobulbar venalarda tarqalishi bemorda bitta yo ikkita kuzni ekzoftal'mga, keyinchalik g'ovaksimon sinus tromboziga olib keladi. M. S. SHomov (1957) quyidagi g'ovaksimon sinus tromboflebitni klinik variantlarini taklif etgan. Ko`zdagi qon aylanishini bo`zilishi va bosh miya nervlarini septik holati. Bemorda kuchli bosh og'rishi va tana haroratni  $39\text{-}40^{\circ}\text{S}$  ko`tarilishi kuzatiladi, plazda kuchli og'riq va ekzoftal'm. YUrak qon tomir sistemasida ham o`zgarishlar mumkin

Tromboflebitni davolashda birinchi yordam venadagi infektsiya tarqalishga qarshi kurash hisoblanadi.

11. Kasallikni birinchi ko`rinishdan boshlab bemorni terapiya yoki reanimatsiya bo`limiga yotkizish kerak. YAllig'lanish uchogidan ekssudat olinadi (mikroblarga qarshi antibiotiklarni sezuvchanligi) va venadan qon.

12. YAllig'lanish jarayoniti qay darajada ekanligini aniqlanadi, neytrofillarni aktiv harakatlanish darjasini va dorilarga sezuvchanlikgi (teri ostiga va b.k) aniqlanadi.

13. Kateteriratsiya qilinadi. Operatsiya kulay va engil. P.YA.SHimchenko va S.V. Moisev (1981y) bemorlarni samarali davolashda kuydagi amallarni bajarish kerak degan: a) kachonki yallig'lanish jarayoni ikkita anotomik maydonni hosil kilsa yoki yuz venasi trombozi bo`lsa, S-2, S-3 umumrtqa oraligidagi a.sarotis externa katetr quyish shart. b) in`fektsiya bosh miya qavatiga tarqalgan bo`lsa katetrni uyku arteriyasiga va aorta ravogiga quyish kerak. v) katetr xech qanday qiyinchiliksiz o'tishi kerak. g) medikamentoz dorilar bir xil tezlikda yuborilishi kerak, 16-22 tomchi minutiga: d) izotonik suyklik, KaCl, novokain, antikoagulyant (geparin, fibrinoliz) va antibiotiklar yuboriladi.

14. YAllig'langan yiringli infil'tratni kengaytirish va yiring chiqarib tashlash operatsiyasi kuzatiladi.

15. Organizmda intoksikatsiyani tushirish uchun bemorga 400ml gemodez, 500ml 5% glyukoza, antibiotiklar, dioksidin 5,0 ml, qontrikal 10,000-20,000 BD, 1-4 %, amidopirin, dimedrol, vitaminlar beriladi.

16. Tromboflebit atsidoz sababli organizmda kislota sharoitini bo`zilishi va Na defitsitiga olib keladi. SHuning uchun bemorga NaCl yoki 4 % bikarbonat Na 200-400ml beriladi.

17. Infektsiyaga qarshi kurash uchun keng kulamdagi antibiotiklar yuboriladi.

18. Qon tomirlarda ivishini to`xtatish uchun har 4-6 soatda 2500-5000 ED geparin yuboriladi.

19. Imunitetni ko`tarish maqsadida bemorga giperim-mun antistafilokokli plazma (4-6ml.1kg.tana og'irligiga qarab, 5-10 kun davomida), antistafilokok gammaglobulin 4-5 ml 8-10 kun, al'bumin plazm va b.q

20. Organizmda mikroblarga qarshi allergenlarga yuqori sezuvchanlik bo`lsa giposensibilitsion terapiya tavsiya etiladi. Dimedrol, tavegil, suprastin dorilar buyuriladi. Bemorga o`z vaqtida va kerakli dorilarni berilmasa jarayon tez rivojlanib bosh miya venalariga o'tib ketadi.

Agar yallig'lanish jarayoni g'ovaksimon bo`shlikga o'tib ketsa, bemorda kuchli bosh og'rigi, umumiyl holsizlik, tana harorati 38-40S gacha ko`tarilishi.

Mahaliy to`qimalarni giperemiyasi, ekzoftal'm, xemoz qon'yuntivlar, oftal'moplegiya, kuz korachikni kengayishi va kuz tubini giperemiyasi.

Qondagi o`zgarishlar: leykotsitlar 15-20x 10 \l, eCHT 40-60mm\g. ko`tarilishi mumkin.

Tromboz g'ovaksimon sinus boshlangich davrida M.P.Oskolkova va T.K.Supiev fikricha labni shillik qavati, teri, peshona, burunda tsianoz kuzatiladi.

Tromboz g'ovaksimon sinusni trombozini davolash reanimatsiya yoki intensiv terapiyada o`tkaziladi.

Tromboflebitdagi barcha dori darmon qo`laniladi. Antitromb terapiyani Zatevaxini II (1977) taklif etib, to`xtatmasdan v\i heparin (150-250 SD\kg kun), reopoliglyukin (0,5-1,0g\kg kun), nikotin kislota (2,5 mg\g kun)trental (3 mg\g)

Ko`pgina va har xil o`tkir odontogen infektsiyalar ichida sepsis aloxida uringa ega, undan mediastenit va ikkilamchi bosh miya yallig'lanishi kelib chiqadi.

### **Adabiyotlar.**

1. Robustova T.G "Xirurgicheskaya stomatologiya" Moskva 2003 y
2. Vernadskiy YU.I "Osnovi chelyuqi- liqevoy i xirurgicheskoy stomatologii "
3. S.F. Gritsuk"anesteziya v stomatologiyu" 1998 y
4. M. D. Mashkovskiy 1998 y "Lekarstvennie sredstva " 1-tom
5. A.V Kozlov "Xirurgicheskaya stomatologiya v poliklinike" 1989 y
6. N.N. Bajanov "Bol' i lechenie zubov" 1986 y
7. M.I. Kuzin, N.V. Efimova, N.A. Osipova "Neyroleptoanalgeziya v xirurgii" 1976 y
8. N.A Osipova "ostenka effekta nekroticheskix , anel'geticheskix i psixometropnix sredstva v klinicheskoy aneqizeologii " 1986 y
9. P. .M. Egorov " Mestnoe obezbolivanie v stomatologii " 1985 y
10. B. M. YAx`yaev " Metodicheskie razrabotki po obezbolivaniyu" 1999 y
11. A.A. Semenixin " Perelomi kostnogo osnova nosa, ix lechenie i metodi obezbolivaniya ", diss. Kand. Med. Nauk, Tashkent 1997 y
12. Kozlov V.A Xirurgicheskaya stomatologiya pomoh' v poliklinike M, 1985 Operativnaya chelyuqnoliqevaya xirurgiya Pod. Red M. V Muxina - M, 1963 Robustova T.G, Romacheva I.F, Karapeton I. S i dr. Xirurgicheskaya stomatologiya- M, Meditsina, 1996
- Sabo E. Ambulatornaya xirurgiya zubov i polosti rta - Budapesht, 1977 SHargarodskiy A. G. rukovodqvo k prakticheskim zanyatiyam po xirurgicheskry stomatologii - M , Meditsina. 1986 y

### **Uyga vazifa:**

-O`tilgan mavzuga doir yangiliklarni internet ma`lumotlaridan foydalangan holda izlab bilimlarini muqaxkamlash.

-Mavzuga doir slaydlar, mul'timediyalar tayyorlash.

-Mavzuga doir kutubxonadan chet el adabiyotlarini o`qib, terminologiya bo`yicha lug'at tuzish va keyingi darsda talabalar bilan tayyorlangan lug'atni muxokama etish

### **Internet saytlari:**

1. [WWW.Stomatologiya.rf](http://WWW.Stomatologiya.rf)
2. [WWW.surgical](http://WWW.surgical) stomatologi.com.

## AMALIY MASHG'ULOT № 8.

### **YUZ-JAG' SOHASI YALLIG'LANISH KASALLIKLARI ASORATLARI. SEPSIS, SEPTIK SHOK, MEDIASTENIT.**

#### **Amaliy mashgulotning texnologik kartasi**

Ish bosqichlari va vaqtি	Faoliyat	Ta`lim oluvchilar
	Ta`lim beruvchi	
1-bosqich  O`quv mashg'ulotiga kirish		
10- daqiqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni etkazish. Mavzu bo`yicha asosiy tushunchalar berish. Mashg'ulot rejasi bilan tanishtirish.	Tinglaydilar va yozib oladilar
10- daqiqa	1.2. Adabiyotlar ro`yxatini berish (ilova №1)	Tinglaydilar va yozib oladilar
15- daqiqa	1.3. Talabalarni aqliy xujumga tortish uchun jonlantiruvchi savollar berish. Mashg'ulot rejasi va tuzulishiga qarab ta`lim jarayonini tashkil etish bo`yicha xarakatlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg'ulotda talabalar faoliyatini baxolash mezonlarni e'lon qilish. (ilova №2)	Tinglaydilar

2- bosqich		
Asosiy qism	2.1. Talabalarni bilimini faollashtirish maqsadida mavzuning asosiy tushunchalari bo`yicha tezkor so`rov o`tkazish. (ilova №2). Mavzuning xar bir qismi bo`yicha xulosa qilinadi, eng asosiylariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muxokama qiladilar. Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
25- daqiqa		
15- daqiqa	2.2. “Qora tulpor” o`yin materiallarni muhokama qilishni tashkillashtirish, ishlash qoidasi vaziyatlarini taxlil qilish muammolarni ifodalanishiga e'tibor berishga qaratish (ilova №3)	O`yin materiallarni muxokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
15-daqiqa	2.3. “Baliq skeleti” va konseptual jadval organeyzerlarini mustaqil taxlil qilish, muammoni ifodalashni, echish yo`llarini aniqlashni, so`ngra uni echish topshirig`ini berish.	Mustaqil ravishda taxlil qilish varag`ini to`ldiradilar, muammoni echadilar.
5- daqiqa		
10-daqiqa	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
50-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova №3.2)	Testni muxokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
40-daqiqa	2.6. Amaliy ko`nikmalarni bajarish va bo`limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg`ulot).	Bo`limda bemorlarni kuratciya qiladilar
20-daqiqa	Tanaffus	
3-bosqich		
Yakuniy	2.7. Talabalarga ko`rgazmali qurollarni ko`rsatish (slaydlar, prezентatsiya, videofil`mlar), ularni izoxlash	
40-daqiqa		
10-daqiqa		
10-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo`yicha xulosa qilinadi. 3.2. Faol talabalar baxolanadi. Gurux bo`yicha baxolash mezonlari e`lon qilinadi.( Illova №5) 3.3. Mustaqil tayorgarlik ko`rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. ( Illova № 7)	Tinglaydilar va o`z o`zini baxolaydilar Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

## **Fanlararo va fanlar ichra bog'liqliklar.**

Ushbu mavzuning ukitilishi talabalarning bilimi va asoslariga: anatomiya, gistologiya, normal va patologik fiziologiya YUJS. Mashgulot vaktida egallangan bilimlarni kullahda bunda anatomiya, bolalar stomatologiyasi va boshka klinik fanlar utiladi, shuningdek, fanlarni ukitilishida shunday Xirurgik stomatologiya uchun kerakli bulgan barcha ma'lumotlarni, kasalliklar tugrisida axborotlarni etkazish,xamda davolvsh printsiplarini xam tushuntiriladi.

### **Akvarium uslubi**

Bunda guruxdan 3 kishi tanlanib urtaga kuyiladi, ular «balik» bulsa kolgan talabalar kuzatuvchilar buladi. Bu xolat «nima, kaerda, kachonq» teleuyiniga uxshab ketadi. Urtadagi talabalar bir bir minut ichida javob topolmasa, ularning urniga boshka uchlik utiradi.

- Mavzu urtada muxokama kilinadi
- Mavzuni ochib beradi
- Talabalar bilimini ochib beradi
- Diskussiya kilish bilimini oshiradi
- Uyin usulida utkaziladi
- Xar bir talaba ishtirok etadi

### **O`tkir sepsis**

Kasallikni klinik ko`rinishi lokalizatsiyaga, birlamchi infektsiya o`chogini tarqalishiga, qo`zg`atuvchini turlari va uni biologik ko`rinishi, hayot uchun muhim bo`lgan a`zolarni holatiga qarab sepsisni diagnostika qilish juda qiyin.

O`tkir xirurgik infektsiya bilan shugullangan olimlar sepsisni diagnostika qilish murrakab ekanligini tasdiklashgan. (Kostyuchenok B.M, 1977: Kamaev M.F, 1982: Bochorishvili V.G 1984: Mel'nikov V.M 1987: Ishakova X.I, Vaxidova X.M 1996: Tchervenkov J.et.al.1996).

Ko`pchilik hollarda sepsisni mahaliy yiringli infektsiya bilan qiyosiy tashxislashi kerak.

Mahaliy yiringli infektsiyadan sepsisga o`tish davrini aniqlash juda qiyin. (Gostishev V.K,1995:Holloway W,1983: Grant L, 1984 Deitch E, Dobke M 1996).

Yiringli rezorbtiv lixoradkaga qarab mahaliy to`qima qay darajada zararlanganligini kurishimiz mumkin. Odatda yiringli rezorbtiv lixoradka katta maydondagи ulik to`qimalarda rivojlanadi. Kamaeva M.F (1982y), Vigovskiy R.U fikricha yiringli rezorbtiv lixoradka sabab tranzitor bakteriyalar kiradi.

Yiringli infektsiya diagnostikasida yarani yuvish muhim rol' o`ynaydi. Yiringli rezorbtiv lixoradka mahaliy simptom kuzatiladi, sepsisda umumiyl infektion kasallikdagi simptom kuzatiladi. Jarroxlik usulda davolash yiringli rezorbtiv lixoradkada yaxshi natija beradi. Xozirgi kunda o`tkir sepsis aniq klinik ko`rinishga ega. Klassik simptomokopleks fakat infektsion jarayonni kuchayishi yoki terminal fazada kuzatiladi. Sepsis differentsial diagnostikasini sistem va surunkali kasalliklar bilan, tanani yuqori harorati, yiringli o`choqni borligiga (Mel'nikov V.M, 1987; Currer P, 1983; Stobe R, 1994; Faist,1996)

Teridagi nekroz katlami septik o`choq hisoblanadi(Karlov V.A 1987: Kurbangalev S.M 1988). Yiringli o`choqsiz sepsis har doim shubha ko`rinishi kerak. Simptomga qarab, yuqori temperatura va yiringli o`choqsiz, har doim ham sepsis diagnoziga sababchi bula olmaydi.

Yiringli o`choqga shubha ko`rinsa uni kollagen va sil kasalliklari bilan differentsial diagnostika qilish shart (Svetuxin A.M 1989). Bu holatda tsitologik va morfologik tekshiruvlar o`tkaziladi.

Sepsis o`ziga yarasha uchta klinik ko`rinishga ega: birinchisi yiringli o`choq (tanada yuqori temperatura bo`lishiga sabab), intoksikatsiya, qon tarkibida o`zgarishlar va ichki a`zolar.

**Septik shok** juda og`ir kechuvchi asorat hisoblanib 60-80% ulimga olib keladi.(Grinev M.V SHapot YU.B 1996: Stansley G, Byzne M 1994).

Ma`lumotlarga qaraganda M.I L'pkina va e.D Kostina (1980), L.L SHika va B.M Kostyuchenka (1983), sepsisdan 10-40% septik shokga o`tadi.

Ko`pchilik hollarda septik shokni gramm manfiy mikroorganizmlar qo`zg`atadi. Septik shokni ikkita nazariya ma`lum. Birinchisi (Struchkov V.I, Gostishev V.K, 1984: Kostyuchenok B.M 1987) fikricha toksinlar ta`sirida qon tomir ichida gemolizilangan tromblar hosil bo`ladi. Ikkinci nazariya (SHevchuk M.G, Gerega II, 1980:, Podil`chak MD., Ogonovskiy V.K., 1989,: Jawetz E., 1986; Dionigi R., Dominion L., 1991) fikricha, toksinlarni retseptorga ko`ra septik shok chakiradi va periferik qon aylanish bo`ziladi.

A.M Svetuxin 1981, MI Litkin 1982, VG Bochorishvili 1984 fikricha septik shokda ikkala nazariya ham bo`ladi. SHunga karab muhim faktorlardan gipoksiya, aylanib yuruvchi qon hajmi tushib ketishi, parenximatoz a`zolarga toksik ta`siri (Ivashkevich G.A, 1982:, Popkirov S., 1984:, Struchkov YU.V., 1984).

Septik shok sepsiini xoxlagan fazasida bo`lishi mumkin, asosiy sabablar: mahaliy yiringli jarayonlarni salbiylashishi, mikroflorani almashinishi, surunkali kasallikni zo`rayishi.

Septik shok simptomokompleks klinik ko`rinishda kechadi: umumiyligi axvolni tez o`zgarishi, qon bosimini 80 mm.sim.ust dan tushib ketishi, nafas olishni bo`zilishi, diurezni kamayishi.

V.K. Gostishev (1995), kuzatishcha, septik shok rivojlanish uchun: gramm manfiy flora, surunkali kasallikni zo`rayishi bo`lishi kerak.

Ko`pchilik hollarda septik shok bo`lgan bemorlarda umumiyligi axvolini yomonlashganligiga, holsizlikga, bosh og`rishi kuchayishiga va kurkishiga. Tana harorati 41-42gacha S ko`tariladi. Tanani rangi okaradi, yurak tonuslari yaxshi eshtilmiydi, jigar kattalashadi va pal`patsiya og`riqli. Septik shok bo`lgan bemorlarda nafas olish qiyinlashadi. Havo etishmasligi kuzatiladi. TSianoz va akrotsianoz kuzatiladi. Bemorlarda ruxiy o`zgarishlar: eyforiya, koma.

Septik shokni boshlangich va kechki davri kuzatiladi (Gubin A.M., 1987). Septik shokni ko`pchilik klinik hollarda gipertermiya, gipotoniya, taxikardiya, es xushini yo`qotish kechki davrida.

Qon taxlilida (51+1,2 ml/kg), kolgan ko`rsatkichlar boshka yiringli yallig`lanishlarga uxshish bo`ladi.

SHunday qilib septik shok o`tkir odontogen sepsisdan kelib chiqadi. Kasallikni klinik ko`rinishi juda ham katta ahamiyatga ega.

Klinik laborator ko`rsatikichlarga qaraganda erta, oraliq va kechki odontogen sepsis farqlandi.

Ərta sepsisga kiradi: febril istima 3 kuch ichida, markaziy nerv sistemasi bo`zilishi, ko`p yiringli o`choqlarni hosil bo`lishi, teri nekrozi va shillik qavatni, anemiya bo`lishi.

Kasallikni 7 – 14 kundan boshlab oraliq odontogen sepsis rivojlana boshlaydi: tanani og'irligi pasayadi, teri oq – kulrangga kiradi, sariqlik, tsianoz, akrotsianoz, qondagi eritrotsitlarni va gemoglobin ko`rsatkichlarni pasayishi, gepatosplenomegaliya, toksik miokardit, modda almashinuvni bo`zilishi, limfotsitlarni ko`rsatgichi pasayishi, immun sistemasini disbalansligi.

Sepsisni kechki odontogen yallig'lanishida: terini oq – kulrang bo`lishi, gepatosplenomegaliya, toksik miokardit, modda almashinuv dinamikasini tushib ketishi, yiringli yarani o`zi xosligi, regenerativ jarayon ko`rsatgichi pasayishi.

Kliniko-laborator tekshiruvlar asoslangan holda odontogen sepsisda: yiringli o`choq borligiga, modda almashinuv jarayonini bo`zilishi, anemiya, tana og'irligi pasayishi.

Tekshiruvlar shuni ko`rsatdiki odontogen sepsisda intoksikatsiya kuchayadi, hayot uchun muhim bo`lgan organlar va sistemalarni shikastlaydi.

### **Kontakt mediastinit**

Kontakt mediastinit juda og'ir yiringli yallig'lanish asoratlariga kiradi (SHargorodskiy A.G., 1985: Kozlov V.A., 1987 va b.k). Popov N.G. fikricha yuz jag' sohasi va bo`yin flegmonasi 1,78% dan kontakt mediastinit kelib chiqadi. O.M Omboeva (1973), KA Molochanova 0,3% kontakt mediastinit kuzatishdi, M.N Jadovkiy (1973) – 1,3%, V.I Karandashov (1988) -0,4%.

Kontakt mediastinit 15dan 70 gacha erkaklarda ko`p uchraydi (Gubin M.A., 1996).

**Klassifikatsiya.** Ko`pchilik olimlar birlamchi va ikkilamchi mediastinitga bo`lishadi.

Umumiy jarroxlik amaliyotida birlamchi medistenit operatsiyadan keyingi asorat hisoblanadi: traxeyani shikastlab qo`yish intubatsiyada, venaga kateterizatsiya ulavotganda. Stomatologiya amaliyotida mediastenit odontogen hisoblanadi, kam hollarda tonsilogen.

Mediastenitni klassifikatsiyalaganda albatta patogeneziga (birlamchi va ikkilamchi), etiologiyasi (stafilocokk, streptokokk va b.k), yallig'lanish darajasi (seroz, yiringli, gangrenoz va b.k.), tarqalishi (oldingi, orka, total, chegaralangan, progreslangan), klinik kechishi (o`tkir va surunkali), Ognev B.V., 1946: Ivanov A.YA., 1959: Popov N.G., 1971 va b.k.

Xozirgi yillarda olimlar A.A. Vishnevskiy va A.A. Adamyan 1977 bergen klassifikatsiyani tasdiklashgan. Unda seroz, yiringli va surunkali mediastenit turlari farqlangan.

**Patogenez.** Bosh va bo`yin yo`llaridan takralishini ko`p olimlar o`rganganlar. A.YA Ivanov fikricha keng tarqalish yo`li bu bo`yini flegmonasi umurtqa old fastsiya va bo`yinda joylashgan qon tomir chigali.

K.I.Molchanova, T.V.Stepanova, N.G.Popov, N.A.Gruzdev, V.R.Gol'brayx olimlarni fikricha ikkita asosiy tarqalish yo`li: 1) yallig'lanish jarayoni yutkun

sohasini orka devori qon tomir chigali bo`ylab, 2) ogiz tubi flegmonasi yoki til ildizi abstsessi bo`lib parenteral va vistseral bo`yin fastsiyalari orqali traxeyadan yurakga.

Odontogen infektsiya, yutkun va ogiz tubi flegmonasi, bo`yinni oldingi va yon fastsiyalari orqali total yiringli yoki nekrotik mediastenit rivojlanadi.

Olimlarni fikricha, odontogen infekiyadan oldingi mediastinit, orka yoki total mediastenit ko`pchilik hollarda nekrotik flegmonadan rivojlanar ekan, Talishinskiy A.M.,1982.

Bakteriologik tekshiruv o`tkazilganda stafilakokk, streptokokk va ichak tayokchalarani aniqlangan.

**Klinik ko`rinishi.** Kontakt mediastinit umumiy va mahaliy kechadi (TSibirnə K.A. 1985). Bemor ko`krak qafasidagi o`z o`zidan og`riqga, engashganda kuchayishiga yoki bo`yinni kimirlatganda, kam quvvatligiga, bosh aylanishiga, yatal, nafas olishni qiyinlashiga, tana haroratni 39-40S ko`tarilishiga shikoyat kiladi. Bemorni anamneziga qarab bu kasallik odontogenligini aniqlaymiz. Ko`pchilik hollarda surunkali periodontitni zurayishi 48chi, 47chi, 46chi, 36chi, 37chi, 38chi tishlar, Tish chiqishini qiyinlashi 48chi, 38chi tishlar SHargorodskiy A.G.1985.

Qon tomir sistemasida taxikardiya paydo bo`ladi, arterial bosim oshadi, yurak chegarasi kengayadi. Kontakt mediastenit bilan plevrit, piopnevmotoraks yoki pnevmoniya, abstsessslashgan plevrit, upkani gangrenasi bo`lishi mumkin.

Ko`pchilik olimlar fikricha kontakt mediastinitda bemorlarni ruhiy asabiyylanishi eyforiyadan komagacha bo`lishi mumkin.

Qon taxlilida leykotsitoz, limfopeniya, eCHT ko`tarilganligi. Oqsil almashinuvini bo`zilishi disproteinemiya, giperfermentemiya, oqsil qontsentratsiyasi ko`tarilishi V.I.Karandashov 1988.

**Diagnostika.** (Gubin M.A) ma`lumotlarga qaragan holda quyidagi differentsial diagnostika quyiladi, kontakt mediastinit boskich va dinamikasini rivojlanishiga qarab. Har bir boskich o`ziga yarasha klinik laborator ko`rsatgichga ega. Reaktiv bosqichda kasallik klinik ko`rinishi mahalliy shikoyat yutganda og`riqga, ovqat eganda va bo`yinni qimirlatganda kuchayishiga, ogiz ochilishini chegaralanganligiga, bo`yinni en tomoni og`riqli shishga, uz o`zidan ko`krak qafasini og`rishiiga.

Kontakt mediastinitda muhim tekshirish usullaridan biri rentgen hisoblanadi (Jadovskiy M.N., 1973: SHerbatenko M.K., Meshannikov K.S., 1977). Superəksponir yoki qattiq suratlarni tavsiya etiladi, u suratda traxeyani to`zilishi, bronxlar, qon tomirlar, yallig`lanish jarayonini soyasi. Boshka rentgen tekshiruvlar (tomografiya, pnevmomediastinografiya va b.k), diagnostika maqsadida kullaniladi, klinik amaliyotida ham kompyuter tomografiya ham qo`llaniladi.

Rentgen tekshiruvlardan tashkari yana elektrofiziologik usullar ham qo`llaniladi: ul`trazvuk biolokatsiya va teploviziografiya (Vishnevskiy A.A.,1974, CHenisova G.G.1975: Vaxovskaya A.G. 1978 ), ammo bu usullar hali tarqalmagan. Kontakt mediastinit bilan yuz jag` sohasi flegmonasini differentsial diagnostika qilish juda qiyin, aniq diagnoz quyish uchun patologoanatom tekshiruvlar o`tkazish kerak.

**Qiyosiy tashxis**  
**Differentsial diagnostika bo`yin sohasi flegmonasi va kontakt mediastenit**

Belgisi	YUz bo`yin sohasi flegmonasi	Kontakt mediastenit
Umumiy axvoli	Urta og'irlilikda	Og'ir holatda
Ruxiy o`zgarish	Kam	Kuzatiladi
Simptom soxta bo`yin kiyshigi, pastkga qarab	Yo`q	Ha
Ovoz bo`zilishi	Yo`q	Ko`p hollarda
Yo`tal	Bo`lishi mumkin	Ko`p hollarda
YUtinish qiyinlashi	Yo`q	Har doim
Yiring infektsiya formasi	Mahaliy	Generalizirlangan (sepsis)
O`z o`zidan og'riq paydo bo`lishi	Yo`q	Har doim
Gomeostaz ko`rsatkichini o`zgarishi	Kam hollarda	CHuqur va ko`tariluvchi
O`mrov sohasidagi shish	Yo`q	Bo`lishi mumkin
YUzda shish, bo`yin sohasidagi venalarni kengayishi	Yo`q	Bo`lishi mumkin
Ko`krak qafasi perkussiyaga ogrigi	Bo`lishi mumkin (buy tashki flegmonasi)	Kuzatiladi
O`mrov sohasida krepitatsiya va suprasternal soha	Yo`q	Bo`lishi mumkin
Gerke simptomi	Salbiy	Ijobiy
Ianova Simptom	Salbiy	Ijobiy
Ultratovush biolokatsiyada patologik ovozi	Yo`q	Har doim
Operatsiyadan keyin klinik ta`siri	Kuzatiladi	O`zgarmaydi yoki umumiy axvol emonlashadi

SHunday qilib, kasallikni tarqalishi bemorni umumiy axvolini pasayishiga olib keladi: ko`krak qafasida og'riqga, qalqib ketishiga, nafas olishni qiyinlashish, nerv – asab sistemasini bo`zilishi, jag’ oldi sohasida shish va infl’trat borligiga, bo`yinni old va yon sohalarga tarqalishi.

## **Ikkilamchi meningit va meningoənsefalit**

Kuzatilgan bemorlarni hammasi bosh og'rishiga shikoyat etishgan, 27% bemorlar ko`ngil aynashga, 60% bemorlar bo`shashishga, 77% asabni bo`zilishi (tormizlanish, uykuvchanlik), epileptik holat, chiroqdan qurqish kuzatish mumkin.

Bemorlarda tana harorati 40S va undan yuqori bo`ladi, Kerning simptom kuzatish mumkin. 15-20% bemorlarda Brudzinskiy simptom kuzatiladi. Ko`p hollarda ko`zni harakatlantiruvchi nervlar shikastlanadi va ptoz, qiyshik kurish, yoruglikga qarshi reaksiyasi past bo`ladi. YUz nervini paralichi, 3 shox Babin nervini shikastlanishi, yuz terisini sezuvchanligi pasayishi, Rossolimo simptom va Gordon.

Qon taxlilida leykotsitoz 1000-2000 (xuj\1 mkl), neytrofilez 50-60%, oqsilni tarkibi 2,0-5,5 g\l.

Nevrologik tekshiruvlar shu tasdiklashdiki bemorda kuz tubini o`zgarishi, spontan nistagm, giperreflek assimetriyasi.

Boshni kuchli og'rishiga, ko`ngil aynashi, es xushini yo`qotishga, bosh miya nervlarni shikastlanishi, paralichlarga shikoyat etadi.

**Sinus kavernozi trombozi** to`xtamasdan peshona sohasida og'riqga, kam hollarda ko`z sohasida og'riqga, ko`ngil aynashi, quşish, uyquvchanlik, tez jahilni chiqishi kuzatiladi.

Umumiy ahvoli juda og'ir darajada tana harorati 40-41S ko`tarilgan, toliqish, pul's 100-120 min. Bemorni tashki ko`rinishida shish va terini gipermiyasi, xemoz, ekzoftal'm, ptoz, ko`z olmasini harakatlanishi cheklanishi. Anizokoriya va diplopiya. 3 chi shoxni shikastlanishi yuz terisini sezuvchanligi pasayishiga va ko`z oldi sohalarida kuchli og'riqga olib keladi.

Otonevrologik tekshiruvlarda ko`zda vestibulyar funktsiyasi bo`zilishi, exoəntsefalografiyada exotovush pul'slarni amplitudasi kattalashgan, 3 korincha kattalashgan 7-10 mm. Sinus kavernozi tromboz bemorlarda qon aylanish sistemasi bo`zilgan, sistol va diastol bosimlar oshgan, pul's ko`tarilgan. Oqsillarni kamayib ketishi natijasida disproteinemiya kuzatiladi.

Sinus kavernozi trombozi diagnoz qo`yish uchun klinikg'laborator tekshiruvlar o`tkaziladi. Simptom ekzoftal'm, ptoz, xemoz, ko`zni harakatlantiruvchi nervni shikastlani diagnoz qo`yishda katta ahamiyatga ega.

Sinus kavernozi trombozini davolash reanimatsiya yoki intensiv terapiya bo`limida o`tkaziladi. Tromboflebitdag'i dori-darmonlar qo`laniladi.

## **Adabiyotlar.**

1. Robustova T.G "Xirurgicheskaya stomatologiya" Moskva 2003 y
2. Vernadskiy YU.I "Osnovi chelyuqi- liqevoy i xirurgicheskoy stomatologii "
3. S.F. Gritsuk "anesteziya v stomatologiyu" 1998 y
4. M. D. Mashkovskiy 1998 y "Lekarstvennie sredstva " 1-tom
5. A.V Kozlov "Xirurgicheskaya stomatologiya v poliklinike" 1989 y
6. N.N. Bajanov "Bol' i lechenie zubov" 1986 y
7. M.I. Kuzin, N.V. Efimova, N.A. Osipova "Neyroleptoanalgeziya v xirurgii" 1976 y
8. N.A Osipova "ostenka effekta nekroticheskix , anel'geticheskix i psixometropnix sredstva v klinicheskoy aneqizeologii " 1986 y

9. P. .M. Egorov " Mestnoe obezbolivanie v stomatologii " 1985 y
10. B. M. YAx`yaev " Metodicheskie razrabortki po obezbolivaniyu" 1999 y
- 11.A.A. Semenixin " Perelomi kostnogo osnova nosa, ix lechenie i metodi obezbolivaniya ", diss. Kand. Med. Nauk, Tashkent 1997 y
- 12.Kozlov V.A Xirurgicheskaya stomatologiya pomoh' v poliklinike M, 1985 Operativnaya chelyuqnoliqevaya xirurgiya Pod. Red M. V Muxina - M, 1963 Robustova T.G, Romacheva I.F, Karapeton I. S i dr. Xirurgicheskaya stomatologiya- M, Meditsina, 1996
- Sabo E. Ambulatornaya xirurgiya zubov i polosti rta - Budapesht, 1977 SHargarodskiy A. G. rukovodqvo k prakticheskim zanyatiyam po xirurgicheskry stomatologii - M , Meditsina. 1986 y

**Uyga vazifa:**

-O`tilgan mavzuga doir yangiliklarni internet ma`lumotlaridan foydalangan

holda izlab bilimlarini muqaxkamlash.

-Mavzuga doir slaydlar, mul`timediylar tayyorlash.

-Mavzuga doir kutubxonadan chet el adabiyotlarini o`qib, terminologiya bo`yicha lug`at tuzish va keyingi darsda talabalar bilan tayyorlangan lug`atni muxokama etish

**Internet saytlari:**

1.WWW.Stomatologiya.rf

2. [WWW.surgical](http://WWW.surgical) stomatologi.com.

3. WWW.hirurg.stom.uz.

## AMALIY MASHG'ULOT № 9.

### **SO'LAK BEZLARINI O'TKIR VA SURUNKALI NOMAXSUS YALLIG'LANISH KASALLIKLARI. SO'LAK TOSH KASALLIGI.**

#### **Amaliy mashgulotning texnologik kartasi**

Ish bosqichlari va vaqtি	Faoliyat	Ta`lim oluvchilar
	Ta`lim beruvchi	
1-bosqich  O`quv mashg'ulotiga kirish		
10- daqiqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni etkazish. Mavzu bo`yicha asosiy tushunchalar berish. Mashg'ulot rejasi bilan tanishtirish.  1.2. Adabiyotlar ro`yxatini berish (ilova №1)	Tinglaydilar va yozib oladilar
10- daqiqa	1.3. Talabalarni aqliy xujumga tortish uchun jonlantiruvchi savollar berish. Mashg'ulot rejasi va tuzulishiga qarab ta`lim jarayonini tashkil etish bo`yicha xarakatlar tartibi bayon qilinadi.	Tinglaydilar va yozib oladilar
15- daqiqa		Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg'ulotda talabalar faoliyatini baxolash mezonlarni e'lon qilish. (ilova №2)	Tinglaydilar

2- bosqich		
Asosiy qism	2.1. Talabalarni bilimini faollashtirish maqsadida mavzuning asosiy tushunchalari bo`yicha tezkor so`rov o`tkazish. (ilova №2). Mavzuning xar bir qismi bo`yicha xulosa qilinadi, eng asosiylariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muxokama qiladilar. Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
25- daqiqa		
15- daqiqa	2.2. “Qora tulpor” o`yin materiallarni muhokama qilishni tashkillashtirish, ishlash qoidasi vaziyatlarini taxlil qilish muammolarni ifodalanishiga e'tibor berishga qaratish (ilova №3)	O`yin materiallarni muxokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
15-daqiqa	2.3. “Baliq skeleti” va konseptual jadval organeyzerlarini mustaqil taxlil qilish, muammoni ifodalashni, echish yo`llarini aniqlashni, so`ngra uni echish topshirig`ini berish.	Mustaqil ravishda taxlil qilish varag`ini to`ldiradilar, muammoni echadilar.
5- daqiqa		
10-daqiqa	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
50-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova №3.2)	Testni muxokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
40-daqiqa	2.6. Amaliy ko`nikmalarni bajarish va bo`limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg`ulot).	Bo`limda bemorlarni kuratciya qiladilar
20-daqiqa	Tanaffus	
3-bosqich		
Yakuniy	2.7. Talabalarga ko`rgazmali qurollarni ko`rsatish (slaydlar, prezентatsiya, videofil`mlar), ularni izoxlash	
40-daqiqa		
10-daqiqa		
10-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo`yicha xulosa qilinadi. 3.2. Faol talabalar baxolanadi. Gurux bo`yicha baxolash mezonlari e`lon qilinadi.( Illova №5) 3.3. Mustaqil tayorgarlik ko`rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. ( Illova № 7)	Tinglaydilar va o`z o`zini baxolaydilar Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

## **Fanlararo va fanlar ichra bog'liqliklar.**

Ushbu mavzuning ukitilishi talabalarning bilimi va asoslariga: anatomiya, histologiya, normal va patologik fiziologiya YUJS. Mashgulot vaktida egallangan bilimlarni kullahsha bunda anatomiya, bolalar stomatologiyasi va boshka klinik fanlar utiladi, shuningdek, fanlarni ukitilishida shunday Xirurgik stomatologiya uchun kerakli bulgan barcha ma'lumotlarni, kasalliklar tugrisida axborotlarni etkazish,xamda davolvsh printsiplarini xam tushuntiriladi.

### **Interaktiv metod: «Olmalar» printsipi asosida taxsil berish uslubi**

Tuprik bezlarining yallig'lanish kasalliklariga sialadenit deyiladi. Oqim bilan sialadenit

- o'tkir
- surunkali.

Etiologiyasi va patogenezi.

O'tkir sialadenit sabab bo'lgan

- viruslar (tepki ichida filtrlangan virus - tepki: gripp viruslari, herpes)

Bakterial flora (streptokokklar, stafilokokklar, esherichia coli va boshqalar).

Patogenlar paydo bo'lishi mumkin.

- gematogen,
- limfogen,
- parotit chaynash, submandibulyar va sublingual sohalardagi flegmonlar bilan aloqa qilish orqali);
- kanal orqali ko'tarilish. Tuprik bezidagi o'tkir yallig'lanish jarayoni begona jism ekskretator kanalga kirganda rivojlanishi mumkin.

Bakterial sialadenit (odatda tepki) odatda operatsiyadan keyingi va infektsiyadan keyin rivojlanadi (har qanday jiddiy kasallik uchun, ko'pincha tif bilan).

Tasniflash.

O'tkir sialadenit quyidagicha tasniflanadi:

I. Etiologiyasi bo'yicha:

- Virusli

Nonspesifik (bakterial)

II. Mahalliylashtirish bo'yicha:

- To'piqlar (parotit tuprik bezlari)
- Submandibulit (submandibular)
- Sublingvit (sublingual)

III. Yallig'lanish jarayonining tabiatи bo'yicha:

- Seroz (virusli)

Yiringli (bakterial)

Yiringli nekrotik (bakterial)

Klinikasi

O'tkir sialadenitning asosiy klinik belgilari:

- Bezdagи og'riq
- Tuprik bezining kattalashishi va natijada tegishli sohada shishish, yuzning assimetriyasi
- Giperemiya va bezlar ustidan terining tarangligi (yiringli sialadenit bilan)
- Tuprikni kamayishi

- Ekssudatni kanaldan ajratish (virusli shikastlanishlar uchun seroz va bakteriyalar uchun yiringli).

Umumiy ahvolning yomonlashishi

### **Differentsial tashxis.**

Virusli va bakterial sialadenitning differentsial tashxisi muhimdir.

<b>Virusli sialadenit</b>	<b>Bakterial sialadenit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ikki tomonlama shikastlanishlar xarakterlidir</b></li> <li>• Sialadenit tabiatda seroz, kanaldan esa - seroz oqindi</li> <li>• Bez ustidagi teri, qoida tariqasida, o'zgarmaydi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odatda bitta bez shikastlanadi</li> <li>• Sialadenit tabiatda yiringli, kanaldan - yiringli oqindi</li> <li>• Bez ustidagi teri giperemik, tarang</li> </ul>

### **Davolash.**

1) Etiotropik davolash:

- Antibiotiklar, bakterial sialadenit uchun sulfamilamidlar (ekssudat yo'liga kirish, og'iz orqali va mushak ichiga yuborish).

• Virusli sialadenit uchun interferon, ribonuklez (og'izni chayish, naychaga kiritish, burunga kiritish)

2) Tuprikni ko'payishi: pilokarpin gidroxloridi kuniga 3-4 marta tomchi, tuprikni oshiruvchi ovqatlar (kislotali).

3) Isitgich, UHF, yog 'kompresslarining seroz yallig'lanishi bilan

4) Kuniga bir marta 20-30 minut davomida 30% Dimexidum eritmasi bilan siqiladi

5) Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar, desensibilizatsiya qiluvchi terapiya, vitaminli terapiya

6) Tuprikni chiqishini yaxshilash uchun tuprik bezlari kanalining bug'lanishi va ekssudat

7) Yiringli nekrotik jarayon bilan temir kapsulasi ochiladi

Tuprik bezlarining surunkali yallig'lanish kasalliklari. Etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, differentsial tashhis, davolash.

### **Etiopatogenez**

Ushbu kasalliklar uchun, shuningdek, o'tkir, og'iz bo'shlig'idan chiqadigan tuprikning pasayishi davrida infektsiyaning asosiy yo'nalishi.

Ko'pincha bu kasalliklar ikkinchi darajali bo'lib, tananing umumiy patologik holati fonida paydo bo'ladi.

Ko'pincha ular topiladi:

- Endokrin kasalliklarga chalingan ayollarda (hayz ko'rishning buzilishi, amenore, patologik menopauza va boshqalar)

Qalqonsimon bez patologiyasi bo'lsa (gipotireoz)

- oshqozon osti bezi patologiyasi bo'lsa (diabet);

II-III bosqich gipertenziyasi bo'lgan bemorlarda antihipertenziv terapiya fonida va boshqalar.

Yondosh kasalliklar, tuprikni yo'q qilish funktsiyasini inhibe qilishdan tashqari, tanadagi immunitet to'sig'ining pasayishiga olib keladi. Shuning uchun tuprik bezlarida yallig'lanish jarayoni, asosan, hipoergik turga qarab, aniq alomatlarsiz rivojlanadi va odatda bemor uchun sezilmaydigan tarzda asta-sekin davom etadi.

O'tmishdagi o'tkir epidemiya va epidemik bo'lмаган sialadenit tuprik bezlarining surunkali yallig'lanish kasalliklarining etiopatogenezida ma'lum rol o'ynaydi, tuprik bezlari kanallari tizimida tug'ma o'zgarishlar, bo'shiqlar paydo bo'lishi bilan uning to'qimalarining displazi va boshqalar.

## Klinikasi

Tuprik bezlarining surunkali yallig'lanish kasalliklarining turli shakllari ko'p o'xshashliklarga ega, xususan:

- Ushbu kasalliklar uzoq davom etadigan, qaytalanish va kuchayish davrlari bilan tavsiflanadi.
- Kasallikning kuchayishi ko'pincha gipotermiya, virusli nafas olish kasalliklari, qorin bo'shlig'i operatsiyalari, og'iz bo'shlig'idagi patologik jarayonlar (odontogen yallig'lanish kasalliklari) va boshqalar kabi omillarga bog'liq.

## Shikoyatlar

- Tuprik bezlarining vaqtி-vaqtி bilan shishishi uchun
- tuprikning kamayishi
- quruq quruq og'iz.

Differentsial diagnostika uchun asos, qoida tariqasida, quyidagi ketma-ketlikda radiatsiyaviy tekshirish usullari: ultratovush tekshirushi, radioizotop tadqiqoti (sintigrafiya), kontrastli rentgenologik tadqiqotlar (sialografiya).

Tuprik bezlarini har tomonlama tekshirishda suvda eriydigan va yog'da eruvchan kontrast vositalar qo'llaniladi, ikkinchisiga esa afzalroqdir, chunki suvda eruvchan moddalar tupurik bilan tez seyretilib, loyqa rentgen tasvirini beradi. Odatda yodlipolning 30% eritmasidan foydalaning; kamroq 10% etiotrast eritmasi.

## Tasniflash.

1) Etiologik omil surunkali sialadenitni ajratib turadi

- o'ziga xos bo'lмаган

Maxsus (sil, aktinomikoz, sifiliz)

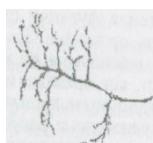
2) Aniqlangan sialografik rasmga qarab o'simta bo'lмаган tuprik bezlari kasalliklarining quyidagi klinik va rentgenologik shakllari ajratilgan (rasmga qarang).

- interstitsial
- parenximasi
- sialodochit
- aralash
- bezning me'morchiliginini jiddiy buzish.

Tuprik bezining sialogrammalarining sxematik ko'rinishi:



a) norma



b) interstitsial shakl (kanallarning torayishi)



v) parenximal shakl (sferik periferik ektaziya)



d) sialoloxit (kanallarning kengayishi)

3. Quyidagi shakllar oqim (bosqich) bilan ajralib turadi

- boshlang'ich
- aniq belgilar
- kech
- surunkali
- kasallikning surunkali shaklining kuchayishi

**Surunkali o'ziga xos bo'lmanan siyapadenit**

**Surunkali interstsial sialadenit**

**Klinikasi:**

Bemorlar tupurik bezlarining vaqtiga vaqtiga bilan shishishi, quruq og'izdan shikoyat qiladilar.

**Ob'ektiv o'rganish belgilaydi**

- Tuprik bezlari proektsiyasida yumshoq to'qimalarning ko'payishi
- Palpatsiya paytida - bez to'qimalariga infiltratsiya, palpatsiya kuchayishidan tashqarida og'riq bo'lmaydi.
- Naychalar og'zi o'zgartirilmaydi, tupurigi keskin kamayadi, tupurik shaffof, ba'zida tuprik yo'q.
- Sialografik tekshiruv natijasida kanallarning yupqalashishi aniqlanadi, kanallar bir-biridan tarqaladi, ammo hamma kanallar to'ldirilmaydi.

Dastlabki bosqichda bemorlar kamdan-kam hollarda murojaat qilishadi, jarayonning kuchayishi qisqa umrga ega. Remissiya paytida tuprik bezlari odatda normal holatga keladi, tuprik yaxshilanadi.

Belgilangan davrda, og'irlashgandan so'ng, bezlar kattalashadi, lekin biroz kattalashadi, tuprik kamayadi, keyingi bosqichlarda barqaror o'sish aniqlanadi, quruq og'iz ko'payadi, tuprik keskin kamayadi yoki umuman yo'q.

**Davolash:**

U umumiylar va mahalliy bo'linishi mumkin.

Umumiylar davolash giposiyaning mumkin bo'lgan sababini bartaraf etishga yoki asosiy kasallikni davolashga qaratilgan. Immunologik o'zgarishlarni aniqlashda timus preparatlari, masalan, timogen ishlataladi (Skuratov A.G. 1997).

**Mahalliy davolanish, asosan simptomatik.**

Kasallik kuchaygan taqdirda davolash termal protseduralardan iborat: quruq issiqlik, kamfara moyi bilan kompresslar, kanallardan antiseptik eritmalar bilan quyish: furatsilin, rivanol, proteolitik fermentlar: ichkarida analjeziklar, A vitaminli yog'li eritma ovqatdan so'ng kuniga uch marta 6 tomchi. Ushbu turdag'i zarar uchun antibiotiklar buyurilmaydi, remissiya davrida ular faqat keyingi kuzatuv bilan cheklanadi.

Keyingi bosqichlarda steroid gormon preparatlari buyuriladi, tuprik bezlarini rentgen nurlanishi. Konservativ davoning samarasizligi bilan jarrohlik davolash amalga oshiriladi - tuprik bezini olib tashlash.

**Surunkali parenximal sialadenit.**

**Klinikasi:**

**Shikoyatlari**

- tuprik bezlarining shishishi
- quruq og'iz

Kasallik uzoq vaqt davom etadi, hech qanday noqulaylik tug'dirmaydi, bemorlar murojaat qilmaydi yoki terapevtlar, LOR shifokorlari va boshqalar tomonidan davolanadi.

Kasallikning boshida kam uchraydigan davriy alevlenmalar bilan tavsiflanadi va patologik jarayon rivojlanib borishi bilan ular tez-tez uchraydi va uzoqroq davom etadi.

**Kuchlanish davrida paydo bo'ladi**

- og'riq
- tuprik bezlari hajmining sezilarli darajada ko'payishi
- kanallardan yiringlash.

**Farqlang**

- dastlabki bosqich, ammo u odatda bemor tomonidan sezilmay qoladi,

Talaffuz qilinadigan belgilar bosqichi

- kech

Jarayon rivojlanib borishi bilan remissiya davrida sut bezlarining kengayishi saqlanib qoladi, quruq og'iz bo'shlig'i doimiy simptom bo'lib, bemorlarni ko'proq tashvishga solmoqda.

Sialogrammalarda terminal kanallarning kengayishi aniqlanadi, ichki kanallar aniqlanmaydi, bez atrofidagi sialektaziya, ularning diametri 0,1 dan 0,5 sm gacha va undan ko'p bo'lishi mumkin).

**Davolash:**

Kuchlanish davrida termal muolajalar, antibiotik terapiya: keng spektrli antibiotiklar, mikroflora, sulfat dorilar, A va C vitaminlari, suvsizlanish, desensibilizatsiya terapiyasini hisobga olgan holda yaxshiroqdir. Proteolitik fermentlar, antibiotiklar eritmalari bilan tekshirish.

Xo'ppoz paytida - jarrohlik usulida yiringli o'choq ochilishi.

Kasallikning kuchayishidan tashqari - restorativ terapiya, og'iz bo'shlig'ining sanitariyasi, klinik kuzatuv. Tez-tez alevlenmelerle, tuprik bezlarini olib tashlash masalasi hal qilinadi. Agar birga keladigan hipotiroidizm aniqlansa, tiroksin buyuriladi.

Sialodohits.

Klinikasi:

Shikoyatlari

- tuprik bezlarining vaqtı-vaqtı bilan shishishi, ba'zida ovqatlanish yoki saqich bilan bog'liq
- tuprik bezlari ko'payganda paydo bo'ladi og'riq. Kuchayishi bilan ekskretor kanallardan yiringlash sodir bo'ladi.

Dastlabki bosqichda klinik belgilar engil, shuning uchun bemorlarga davolanish mumkin emas.

Belgilangan belgilar bosqichida klinik ko'rinish doimiy bo'lib, asosiy ekskretsiya kanallari bo'ylab o'zgarishlar paydo bo'ladi: tsellyuloza infiltratsiyasi, shish, ba'zan kanallar atrofidagi shilliq qavatning giperemiyasi, tashqi kanalning og'zi, kanallarning siqilishi va deformatsiyasi.

Sialogrammalarda dastlabki bosqichlarda asosiy ajralib chiqadigan kanallarning kengayishi va talaffuz qilinadigan belgilar bosqichida va undan keyingi bosqichlarda kichik kanallarning kengayishi aniqlanadi.

**Davolash.**

Tuprik bezlarini kanallar orqali antiseptiklar, antibiotiklar, proteolitik fermentlar eritmalari bilan tekshirish.

Salivatsiyani rag'batlantirishga qaratilgan chora-tadbirlar: pilokarpin gidroxloridining 1% eritmasi ovqatdan oldin og'iz orqali 6-8 tomchi, 0,5% galantamin eritmasi kuniga 30 marta in'ektsion davolash kursiga 1,0 ml, uni elektroforez yordamida ham yuborish mumkin. Shuningdek, kaliy yodidi bilan elektroforez, Vishnevskiyning so'zlariga ko'ra novokain blokadasi, bezi atrofidagi tola ichiga kiritilgan 0,5% eritma yordamida buyurishingiz mumkin.

Tez-tez asabiylashish va konservativ davoning samarasizligi holatlarida jarrohlik davolash qo'llaniladi: og'iz bo'shlig'ining asosiy bo'shatish kanallarini bog'lash va tuprik bezlari funktsiyasini inhibe qilishga qaratilgan keyingi terapiya: atropin teri ostiga, ammo 1,0 ml - 5 marotaba inyeksiya qilingan radioterapiya yoki tuprik bezlarini olib tashlash.

### **Aralash sialadenit**

Ularning klinik ko'rinishi parenximal shaklga yoki sialodochitga o'xshaydi. U faqat sialografik tekshiruv bilan aniqlanadi. Davolash usullari sialadenitning boshqa shakllari bilan deyarli bir xil (yuqoriga qarang).

**Surunkali o'ziga xos sialadenit**

**Sil kasalligi**

Tuprik bezlarining birlamchi shikastlanishi juda kam uchraydi. Ko'pincha, birlamchi shikastlanishdan, asosan o'pkadan, tuberkulyar bakteriyalar tarqaladi.

Klinik kurs o'ziga xos bo'limgan surunkali sialadenitga o'xshaydi - tuprik bezlari hajmining ko'payishi, mahsuldor (sklerozan) shaklda tuprikning kamayishi va surunkali sialadenitning kuchayishi - og'riq, shish, terining giperemiyasi, tebranish - ekssudativ (xo'ppoz shaklida).

Differentsial tashxis qo'yish murakkab. Diffuz shikastlangan sialogrammada bo'shliqning yumaloq shakli aniqlanadi, fokal - bitta tartibsiz shakllangan bo'shliq (bo'shliq) kuzatiladi. Morfologik tekshiruvda siliyer tuberkulyoz aniqlanadi, uning markazida granulasyon to'qima va kaseus parchalanishi aniqlanadi. Ushbu tadqiqot sizga yakuniy tashxis qo'yish imkonini beradi.

Davolash o'ziga xos bo'lib, sil kasalligi bo'yicha mutaxassislar tomonidan amalga oshiriladi.

**Aktinomikoz.**

Qo'zg'atuvchisi porloq qo'ziqorin - aktinomitset. Og'iz bo'shlig'idan kanal orqali kirishning asosiy yo'nalishi. Tuprik bezlari to'qimasida aktinomikoz va limfa tugunlari mavjud.

Tuprik bezlarining aktinomikozi asosan samarasiz yallig'lanish shaklida kechadi, kam hollarda ekssudativ.

Tuprik bezlarining shishishi aniq chegaralarsiz klinik jihatdan aniqlanadi, terining rangi, qoida tariqasida, o'zgarmaydi, tuprik kamayadi. Ekssudativ shaklda teri zo'riqishi, siyanoz aniqlanadi, yumshatish asta-sekin markazda paydo bo'ladi, xo'ppoz shakllari, agar u jarrohlik yo'li bilan ochilmasa, o'tib ketishi mumkin. Tarkibi: zichroq shilliq bo'laklari bo'lgan suyuq yiring.

Differentsial tashxis murakkabdir, uni o'simta bo'limgan lezyonlar va o'sma jarayonlari bilan o'tkazish kerak.

Sialografik tekshiruv har xil o'lcham va shakllarning xo'ppozlangan (ekssudativ shakli) bo'shliqlarini, oqim deformatsiyasini ko'rish imkonini beradi.

Morfologik tadqiqotda qo'ziqorinning quritilishini kamdan-kam hollarda topish mumkin, tuprik bezlarining to'qimalarida o'zgarishlar surunkali yallig'lanishga o'xshaydi.

Tashxis asosan klinik kurs, serologik, sitologik tadqiqotlar asosida amalga oshiriladi.

**Davolash** - keng qamrovli:

Mahalliy - quruq issiqlik kompresslari, bugenaj, antibakterial terapiya. Majburiy aktinolizat, kaliy yodidli preparatlar, ko'p valentli vaktsinalar aktinomitsetalarini kompleks davolashga kiritishdir. Ko'rsatkichlarga ko'ra - jarrohlik davolash, kamdan-kam hollarda radioterapiya.

**Aktinomikoz.**

Qo'zg'atuvchisi porloq qo'ziqorin - aktinomitset. Og'iz bo'shlig'idan kanal orqali kirishning asosiy yo'nalishi. Tuprik bezlari to'qimasida aktinomikoz va limfa tugunlari mavjud.

Tuprik bezlarining aktinomikozi asosan samarasiz yallig'lanish shaklida kechadi, kam hollarda ekssudativ.

Tuprik bezlarining shishishi aniq chegaralarsiz klinik jihatdan aniqlanadi, terining rangi, qoida tariqasida, o'zgarmaydi, tuprik kamayadi. Ekssudativ shaklda teri zo'riqishi, siyanoz aniqlanadi, yumshatish asta-sekin markazda paydo bo'ladi, xo'ppoz shakllari, agar u jarrohlik yo'li bilan ochilmasa, o'tib ketishi mumkin. Tarkibi: zichroq shilliq bo'laklari bo'lgan suyuq yiring.

Differentsial tashxis murakkabdir, uni o'simta bo'limgan lezyonlar va o'sma jarayonlari bilan o'tkazish kerak.

Sialografik tekshiruv har xil o'lcham va shakllarning xo'ppozlangan (ekssudativ shakli) bo'shliqlarini, oqim deformatsiyasini ko'rish imkonini beradi. Morfologik tadqiqotda qo'ziqorinning quritilishini kamdan-kam hollarda topish mumkin, tuprik bezlarining to'qimalarida o'zgarishlar surunkali yallig'lanishga o'xshaydi.

Tashxis asosan klinik kurs, serologik, sitologik tadqiqotlar asosida amalga oshiriladi. Davolash - keng qamrovli:

Mahalliy - quruq issiqlik kompresslari, bugenaj, antibakterial terapiya. Majburiy aktinolizat, kaliy yodidli preparatlari, ko'p valentli vaksinalar aktinomitsetalarini kompleks davolashga kiritishdir. Ko'rsatkichlarga ko'ra - jarrohlik davolash, kamdan-kam hollarda radioterapiya.

### **Sifilis**

Kasallikning qo'zg'atuvchisi - rangpar treponema. Bu juda kam uchraydi, faqat adabiyotda sifilisning ikkinchi darajali davrida parotit tuprik bezlarini shikastlash holatlari tasvirlangan. Kasallik kursi surunkali nonspesifik parki kabi, ba'zan ikki tomonlama. Yog 'bezleri kattalashadi, zichlashadi, hududiy limfadenit qayd etilgan. Sialografik tekshiruv paytida kanallar va bo'shliqlarning loyqa qirralari bilan deformatsiyasi aniqlanadi. Morfologik tekshiruvda - aniq tashxis qo'yishga imkon beradigan aniq yallig'lanish - saqich.

Davolash dermatovenerologlar bilan birgalikda amalga oshiriladi. Tsikrotik deformatsiyalarni yo'q qilish uchun jarrohlik davolash davolash kursidan keyin (bitsillin, vismut preparatlari va boshqalar) amalga oshiriladi.

Tuprik tosh kasalligi.

Etiologiyasi, klinikasi, davolash, diagnostika usullari.

Tupurak tosh kasalligi (sialolitiyoz, kaltsiy sialadenit) tuprik bezlari kanallarida tosh paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi va patogenezi.

Kasallik erkaklar va ayollarda, har qanday yoshda, teng darajada uchraydi.

Toshlarning paydo bo'lish sabablari to'liq aniqlanmagan. Ushbu murakkab jarayonning faqat ma'lum bog'lanishlari ma'lum:

- mineral, asosan kaltsiy metabolizmining buzilishi
- Gipo va A vitamin etishmasligi va boshqalar.
- Sekretor funktsiyaning buzilishi va tuprik bezining surunkali yallig'lanishi.

Aksariyat hollarda toshlar submandibulyar bezda va submandibulyar kanalda, kamroq parotid bezida va parotid kanalda joylashgan.

Toshlarning shakli boshqacha bo'lishi mumkin;

Dumaloq bezli toshlar

Tuprik bezlari kanalida hosil bo'lgan kaltsiy ko'pincha cho'ziluvchan bo'ladi.

### **Klinikasi**

Kasallikning klinik bosqichlari ajralib turadi: dastlabki (yallig'lanishning klinik belgilarisiz davom etadigan), klinik og'ir yallig'lanish (sialadenitning davriy alevlenishi bilan kechadigan) va kech (surunkali yallig'lanishning og'ir belgilari bilan).

Dastlabki bosqichning asosiy klinik belgilari:

Birinchi klinik belgilar kechiktirilgan sekretsya belgilari. Odatda, ovqatlanish paytida tuprik bezining kattalashishi ro'y beradi, uning to'liqligi hissi paydo bo'ladi, so'ngra og'riq paydo bo'ladi ("tuprik kolikasi"). Ushbu hodisalar ba'zida bir necha daqiqa yoki soat davom etadi va asta-sekin yo'q bo'lib ketadi, ammo keyingi ovqat paytida va ba'zida ovqat haqida o'ylashda ham takrorlanadi.

• Palpatsiya paytida kattalashgan bez og'riqsiz, yumshoq; tosh temirda bo'lsa, siqilish bo'limi mavjud. Submandibular kanal bo'ylab bimanual paypaslash bilan siz kichik cheklangan muhrni (toshni) topishingiz mumkin. Og'iz bo'shlig'inining shilliq qavati va

kanalning og'iz qismida yallig'lanish o'zgarishlarsiz. Kanalni sinashda «tosh submandibular kanalning old va o'rta qismlarida joylashgan» holatda hisob-kitoblarning qo'pol yuzasi aniqlanadi.

- Sialogrammalarda tosh joylashgan joyning orqasida kanallarning bir tekis kengayishi joylashgan. Naychalar silliq va aniq konturlarga ega: bez parenximasining tasviri, qoida tariqasida, o'zgartirilmaydi.

Agar siz kasallikning dastlabki bosqichida uzoq vaqt shifokorga murojaat qilmasangiz, yallig'lanish hodisalari kuchayadi va kasallik ikkinchi bosqichga o'tadi - bu klinik ko'rindigan yallig'lanish, agar tupurikni ushlab turish alomatlari qo'shimcha ravishda surunkali sialadenitning kuchayishi alomatlari bo'lsa. Ayrim bemorlarda sialadenitning kuchayishi, uning yo'lida yoki bezida tosh bo'lsa, bu kasallikning birinchi namoyon bo'lishi mumkin, chunki tosh har doim ham tashqariga chiqishiga to'sqinlik qilmaydi.

### **Diagnostika**

Tuprik oqmasining xususiyatini (to'liq yoki to'liq bo'lмаган) aniqlash uchun rang beradigan suyuqliklardan foydalanish mumkin, xususan metilen ko'kning 3% suvli eritmasi yoki porloq yashilning 2% suvli eritmasi.

Ekstraktsiya qilingan kanalning og'ziga bo'yoq kiritilganda uning oqma kanalidan oqib chiqadimi yoki yo'qmi aniqlanishi kerak va oqma kanalga kiritilganda u asosiy kanalning og'zidan og'iz bo'shlig'iga kirmaydi.

Tugallanmagan tupurik oqmasi bo'lsa, dog 'kanalning og'zi orqali og'iz bo'shlig'iga kiradi va kanalning og'ziga kiritilganda oqma orqali chiqariladi va uning atrofidagi teriga dog' tushadi.

To'liq oqma bilan, tupurik bezining kanal og'ziga kiritilgan bo'yoq oqma yo'lidan ajralib turmaydi. Uni oqma yo'liga kiritishda, kanalning og'zidan rang beruvchi moddalar ham kuzatilmaydi.

Eng katta diagnostik ahamiyatga ega kontrastli rentgenografiya bo'llib, unda nafaqat oqma tabiati, balki uning bez loblari va asosiy kanal, shuningdek parenxima va bezning kanallari holati aniqlanadi. Tuprik oqmasi bo'lsa, bezning kanallari notejis to'ldiriladi: lobulalarning parenximasi har doim ham aniqlanmaydi.

Tugallanmagan tupurik oqmalarida, kanalning og'zida yoki so'lak oqmasi orqali kiritilgan yodolipol bezning saqlanib qolgan va yaxshi ishlaydigan qismini to'ldiradi. To'liq oqma bilan yodolipol oqma ichiga kiritiladi. bog'langan qismning kanalini yoki butun bezni to'ldiradi. Asosiy kanal orqali kontrast moddaning kiritilishi bilan bezning faqat shu kanal bilan bog'liq bo'lgan qismlari to'ldiriladi.

### **Davolash.**

Yaratilgan tupurik oqmalari bo'lsa, konservativ va jarrohlik davolash usullari qo'llaniladi.

Konservativ usullar.

Ba'zida shakllangan tupurik oqmalarining birinchi davrida, yopishqoq jarayonning keyingi rivojlanishi bilan uning devorlarida aseptik yallig'lanishni rivojlantirish maqsadida oqma yo'liga kiritilgan dorilar foydali ta'sir ko'rsatadi. Ushbu xususiyatlar 50% kumush nitrat eritmasi va 5% spirtli yod eritmasiga ega bo'lib, ular ingichka igna orqali haftasiga 2-3 marta 0,1-0,2 ml miqdorida yuboriladi.

Ba'zi mualliflar oqma yo'lini diatermokoagulyatsiya yoki kumush nitratning kristallaridan foydalanib, ehtiyyotkorlik bilan davolashni tavsiya qiladilar. Ikkinchisidan foydalanganda, qizil-issiq zond birinchi navbatda kumush nitrat tayoqchasiga botiriladi, keyin esa oqma yo'liga kiritiladi. Ushbu choralar, asosan, to'liq bo'lмаган oqmalar bilan foydali ta'sir ko'rsatadi.

Jarrohlik usullari

To'liq va uzoq vaqt tupurik oqmalari bo'lsa, jarrohlik davolash radikal hisoblanadi. Jarrohlik aralashuvi

Fistula orqali tupurikning chiqishi uchun mexanik to'siq bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'iga tupurikning chiqishi uchun sharoit yaratilgan.

Parotid kanalning to'liq bo'limgan oqmalarida tupurikning chiqishi uchun mexanik to'siqni yaratgandan so'ng, bezning sekretor funktsiyasini vaqtincha to'lash bilan (rentgenoterapiya yordamida) davolashning ijobiy natijalari kuzatiladi. Bu tupurikning tabiiy ravishda chiqishi uchun sharoit yaratadi.

Shu bilan birga, K.P.Sapojkov (1926) yoki M.P.Jakov (1943) yoki A.A. Limberg (1943) bo'yicha oqma yo'lining ochilishini mexanik ravishda yopish operatsiyalari ko'rsatilgan.

Sapojkovning usuli oqma yo'lini qo'zg'atish va teri osti to'qimasida xalta choklarini qo'llashdan iborat.

Limberg usuli. Yara atrofidagi teshikni ajratib va kesib tashlaganingizdan so'ng, yaqinlashib kelayotgan uchburchaklar qanotlari 45 ° burchak ostida yoki sog'lom to'qimalar sohasida kesilgan tilsimon flap bilan chiqariladi.

To'liq oqmalar bilan parotit kanalining uzluksizligini tiklash uchun operatsiya eng mos keladi. Operatsiya kanalning uchlarini Teflon yoki kanal ichiga o'rnatilgan polietilen naycha ustiga tikishdan iborat.

Parotit kanalini plastik tiklash uchun G. A. Vasilev tomonidan taklif qilingan jarrohlik usuli qo'llaniladi. Jarrohlik paytida, kanalning qolgan qismini chandiq to'qimasidan ajratib olingandan so'ng, u yonoqning shilliq qavatida kesilgan tilga o'xshash flapaga yopishtiriladi. Tilga o'xshash qopqoq old tomonidan kesiladi va mastikator mushakning oldingi chetida vertikal kesma orqali amalga oshiriladi.

Kanallar qisqarib, torayib ketganda, har xil o'lchamdagи maxsus konusning zondlari mavjud. Bougieurage natija bermasa, qattiqlikni jarrohlik yo'li bilan olib tashlashga murojaat qiling.

### **Adabiyotlar.**

1. Robustova T.G "Xirurgicheskaya stomatologiya" Moskva 2003 y
2. Vernadskiy YU.I "Osnovi chelyuqi- liqevoy i xirurgicheskoy stomatologii "
3. S.F. Gritsuk"anesteziya v stomatologiyu" 1998 y
4. M. D. Mashkovskiy 1998 y "Lekarstvennie sredstva " 1-tom
5. A.V Kozlov "Xirurgicheskaya stomatologiya v poliklinike" 1989 y
6. N.N. Bajanov "Bol' i lechenie zubov" 1986 y
7. M.I. Kuzin, N.V. Efimova, N.A. Osipova " Neyroleptoanalgeziya v xirurgii" 1976 y
8. N.A Osipova "ostenka effekta nekroticheskix , anel'geticheskix i psixometropnix sredstva v klinicheskoy aneqizeologii " 1986 y
9. P. .M. Egorov " Mestnoe obezbolivanie v stomatologii " 1985 y
10. B. M. YAx`yaev " Metodicheskie razrabortki po obezbolivaniyu" 1999 y
11. A.A. Semenixin " Perelomi kostnogo osnova nosa, ix lechenie i metodi obezbolivaniya ", diss. Kand. Med. Nauk, Tashkent 1997 y.

## Mustaqil ishni tashkil etishning shakli va mazmuni

Talaba mustaqil ishini tayyorlashda fanning hususiyatlarini hisobga olgan holda quyidagi shaqlardan foydalanish tavsiya etiladi:

- 2 darslik va o'quv qo'llanmalar bo'yicha fan boblari va mavzularini o'rganish;
- 3 tarqatma materiallar bo'yicha ma'ruzalar qismini o'zlashtirish;
- 4 avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;
- 5 mahsus adabiyotlar bo'yicha fanlar bo'limlari yoki mavzulari ustida ishlash;
- 6 Yangi tehnikalarni, apparaturalarni, jarayonlar va tehnologiyalarni o'rganish;
- 7 talabaning o'quv-ilmiy-tadqiqot ishlarini bajarish bilan bog'liq bo'lgan fanlar bo'limlari va mavzularni chuqur o'rganish;
- 8 faol va muammoli o'qitish uslubidan foydalaniladigan o'quv mashg'ulotlari;
- 9 masofaviy (distpcion) ta'lim.

### **Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari:**

Mavzu	s
1 O'tkir periodontit, periostit va jag'lar odontogen osteomielitini qiyosiy tashxisi. Qiyosiy tashxislash algoritmi. Jag' suyaklari o'tkir odontogen osteomieliti. Tashxislash va xirurgik davolash algoritmlari.	6
2 YUz-jag' sohasi yallig'lanish kasalliklarini antibakterial davolash. Jag'larning o'tkir osti va surunkali odontogen osteomielitlari. Tashxislash va xirurgik davolash algoritmlari.	6
3 YUz va bo'yin abstsess va flegmonalarni umumiy tavsifi. Klinik ko'rinishi va tashxislash. Ko'z osti, lunj, ko'z kosasi abstsess va flegmonalari. Rivojlanish, klinikasi, tashxislash va davolash algoritmlari. CHakka, chakka osti, qanotsimon tanglay sohalari abtsessi. Rivojlanishi, klinikasi, tashxislash va davolash algoritmlari	6
4 YUqori jag' bilan bog'langan yallig'lanish kasalliklari.	6
5 YUz va bo'yin abstsess va flegmonalarni umumiy tavsifi. Klinik ko'rinishi va tashxislash. Pastki jag' osti va daxan osti sohalari abstsess va flegmonalari. Rivojlanish, klinikasi, tashxisi va xirurgik davolash algoritmlari. Quloq oldi -chaynov va chaynov mushagi osti sohalari flegmonasi. Rivojlanish, klinikasi, tashxisi va xirurgik davolash algoritmlari. YUtqin yoni, qanotsimon jag' oralig'i va jag' orti sohalari abstsess va flegmonalari klinikasi. Tashxislash va xirurgik davolash algiritmlari. Jag' til tarnovi, til osti va retromolyar sohalari abstsess va flegmonalarning rivojlanish, klinikasi, tashxislash va davolash algoritmlari. Til tanasi va ildizi, og'iz tubi abstsess va flegmonasi. Rivojlanishi, klinikasi, tashxislash va davolash algoritmlari. Parafaringeal soha yallig'lanish kasalliklari. Lyudvig anginasi.	6
6 YUz-jag' va sohalari limfangiti va limfadeniti. Adenoabstsess va adenoflegmona. tasnifi, klinikasi, qiyosiy tashxisi va davolash. Asoratlari va ularni oldini olish.	6
7 YUz-jag' sohasi chipqon va xo'ppozi. Saramas yallig'lanishi. Etiopatogenezi, klinikasi, tashxisi, qiyosiy tashxisi va davolash. Asoratlari va ularni oldini olish.	
8 YUz-jag' sohasi infektsion yallig'lanish kasalliklari (OITS, sil, zaxm).	
9 YUz-jag' sohasi yallig'lanish kasalliklari asoratlari. Sepsis, septik shok, mediastenit. YUz venalari tromboflebiti. G'ovaksimon bo'shliq trombozi. Klinikasi, tashxisi, davolash. YAllig'lanish kasalliklari asoratlari. Sepsis, mediastenit, kavernoz sinus trombozi, bosh miya abstsessi.	
Jami	36

## Glossariy

**Abscess (abscessus).** YUz yumshoq to'qimalari (teri, burun, lab, ogiz bushligi shilliq qavati)ning butunligi buzilishi yoki yallig'lanishi bilan kechadigan yiringli xirurgik kasallik.

**Adenoflegmona** - Limfatik tugundan uning yo'nalishi bo'ylab tarqaluvchi atrof kletchatkalarning yallig'lanishi bilan kechuvchi yiringli infektion kasallik..

**Aktinomikoz** – To'lqinsimon kechuvchi, turli tuqima va a'zolar butunligining buzilishi bilan davom etadigan surunkali spesifik kasallik.

**Birlamchi kista [keratokista].** Keratokistalar asosan pastki jag'larda rivojlanib, kam uchraydi, uzoq vaqt sezilmaydi va sekin o'sadi. Tekshirilganda katta oziq tishlardan birida yoki o'sha soxada sezilar-sezilmas shish kuzatiladi, og'riq bezovta qilmaydi.

**Gingivit** – milknинг yallig'lanishi bo'lib, bu jarayon umumiyligi va maxalliy salbiy ta'ssirotlar bilan ifodalanadi xamda tish-milk birikmasi yaxlitligining buzilmasligi bilan xarakterlanadi. Uning kataral, giperetrofik va yarali ko'rinishlari farqlanadi. Gingivit turlari kechishiga qarab: engil, o'rtalig' va og'ir darajada bo'lishi mumkin. Davrlari: o'tkir va surunkali, remissiya va o'tkirlashuv. Tarqalishiga ko'ra, lokal (o'choqli chegaralangan) va generallashgan (tarqoq) turlari kuzatiladi.

**Ildiz uchi rezeksiyasi.** Ildiz uchi rezeksiyasi, periodont to'qimasidagi surunkali destruktiv yallig'lanish jarayonlarini bartaraftir etish imkonini bo'limganda xamda shu tishlarni konservativ usulda davolab bo'lmaydigan xollarda (ildiz kanallari qiyshiq yoki unda yet tananining bo'lishi) o'tkaziladi.

**Kontraktura** (lot. contractura - torayish, qisqarish) - YUmshok tukimalar(teri, mushak, fassiya, bog'lamlar)dagi xamda bugimni innervasiyalovchi nerv tolalaridagi patologik o'zgarishlar natijasida bo'g'im xarakatlanishining chegaralanishi.

**Karbunkul** - teri va teri osti yog kletchatkasining o'tkir yiringli – yallig'lanish jarayoni bo'lib, bir nechta soch folikulasi va yog bezlarigacha tarqaluvchi kasallik.

**Kvinke shishi. Etiologiyasi:** vazomotor innervasiyaning konstitusional buzilishi. Kvinke shishi asosida parasimpatik asab tizimi tonusi oshishi (maxalliy arteriolalar va kapilyar tomirlarining kengayishi va ularning utkazuvchanligining oshishi) yotadi. Spesifik allergenlar ta'ssirida sensibillashgan organizmda yuzaga keladi (ozik - ovkat maxsulotlari: tuxum, kulupnay va boshq. Gullar, xayvonlar) va nospesifik ta'ssirlovchilar(muzlash, infeksiya, intoksikasiya, psixik xamda travmalar).

**Kista** (gr. kiste- pufak) – o'smasimon xosila bo'lib, ichki yuzasi epiteliy bilan qoplangan , tashqi qavati esa fibroz to'qimadan tashkil topgan bo'ladi. Bo'shlik ichida kupinchcha tiniq, ba'zan yaltirok tusdagi suyuklik buladi. SHuningdek, uzida shakllanmagan tish surgichini saklashi mumkin (follikulyar kista).

**Maxalliy anesteziya** - YUmshoq to'qimalarga dori vositalarini yuborish orqali bir yoki bir nechta tishni og'riqsizlantirish.

**Og'riqli disfunksiya sindromi.** CHPJB funksiyasining buzilishi, bo'g'imning barcha xarakatlarini boshqaradigan, murakkab nerv-mushak mexanizmidagi o'zgarishlari bilan kechuvchi kasallik.

**Sulak tosh kasalligi.** Sulak bezlarining eng kup uchraydigan kasalligi. Kupinchcha konkrementlar jag osti bezi va uning chikaruv yollarida xamda ba'zi xollarda kulok oldi sulak bezida kuzatiladi.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

№ БД – 5510400 - 3.23

2019 йил “15” 04

Соғлиқни сақлаш вазирлиги



**ОФИЗ БЎШЛИФИ ЖАРРОХЛИГИ  
ФАН ДАСТУРИ**

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни сақлаш

Таълим йўналиши: 5510400 – Стоматология

Интифодада оидиятнига "Маркази ижтимоий таъминот" НОДД – А. А. Камалов

интифодада оидиятнига "Маркази ижтимоий таъминот" НОМЛТ – А. А. Ахмеджонова

Тошкент – 2019

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 20 19 йил  
“25” 04 даги “107” – сонли буйрганинг 1-иловаси билан фан  
дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги  
хузуридаги тиббиёт олий ва ўрта маҳсус касб-хунар таълим муассасалари  
фаолиятини Мувофиқлаштирувчи кенгашининг 20 19 йил “15” 04  
даги “1” – сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Олий ва ўрта маҳсус, касб-хунар таълими йўналишлари бўйича  
Ўкув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашида  
маъқулланган, ОЎМТВнинг 2018 йил “4” 12 даги 1000 - сонли  
буйруғи билан келишилган.

Фан дастури Тошкент давлат стоматология институтида (ТДСИ) ишлаб  
чиқилди.

#### Тузувчилар:

- |               |   |
|---------------|---|
| Хасанов Ш.М.  | – ТДСИ “Хирургик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси мудири, т.ф.н., доцент |
| Садикова Х.К. | – ТДСИ “Хирургик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси доценти, т.ф.н.        |
| Назаров З.З.  | – ТДСИ “Хирургик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси ассистенти             |

#### Тақризчилар:

- |                  |  |
|------------------|--|
| Жилонов А.А.     | – ТДСИ “Юз-жаг жарроҳлиги” кафедраси мудири, профессор               |
| Абдуқадиров А.А. | – ТВМОИ “Хирургик стоматология” кафедраси мудири, т.ф.д. , профессор |

Фан дастури Тошкент давлат стоматология институти Кенгашида кўриб  
чиқилган ва тавсия қилинган (2019 йил “24 -март” даги  
“8”-сонли баённома).

## **I. Ўқув фанининг долзарблиги ва олий касбий таълимдаги ўрни**

Ушбу фан дастури Ўзбекистон Республикаси Давлат таълим стандарти ва бакалавриат таълим йўналиши малака талабларига асосланган ҳолда тузилган. Ушбу дастур асосида замонавий педагогик технологияларни ўқитиш жараённига тадбиқ этиб, талабани назарий маълумотидан бошлангич амалий кўникмаларни фантомларда бажаришга ўргатиб ва орттирилган кўникмаларни замонавий тиббий технологиялар орқали клиник амалиёт билан уйғунлаштирган ҳолда мустақил равишда беморларни ташхислаш ва қабул қилишга замин яратиб беради. Дастурнинг мақсад ва вазифаларини ечими якунида талаба горизонтал ва вертикал интеграция жараёнларида олган билим ва амалий кўникмаларни клиник уйғунлаштириб, етук, рақобатбардош, мустақил клиник фикрлаш қобилиятига эга бўлган умумий амалиёт стоматологи бўлиб шакланади.

Оғиз бўшлиғи жарроҳлиги фани тиббий фанлар мажмуасига тааллукли бўлиб, оғиз бўшлиғи аъзоларини касалликларида барча хирургик аралашувда кўлланадиган умумий ва маҳаллий оғриқсизлантириш турларини, уларни ўтказиш усусларини, тиш олиш операциясига кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни аниқлаш, уларни ўтказиш техникаларини, одонтоген ялиғланиш касалликларини келиб чиқиш сабабларини, ташхислаш ва даволаш усусларини, шунингдек профилактика чора-тадбирларини ўргатиб бориш ва шаклантиришдан иборат.

Мазкур фан ўқув режадаги биофизика, анатомия, физиология, гистология, микробиология, терапия, клиник аллергология, фармакология, хирургия фанларидан ўзлаштирилган билимларга асосланади.

## **II. Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари**

Оғиз бўшлиғи жарроҳлиги фанини ўқитишдан **мақсад** - талабаларда назарий ва амалий билимлари орқали бошлангич амалий кўникмаларни ҳосил қилиш, оғиз бўшлиғи аъзоларида учрайдиган турли касалликларга белгиланган амбулатор хирургик стоматологик ёрдам кўрсата оладиган ҳамда хирургик касалликлар асоратларини олдини олиш тадбирларини ўтказа оладиган умумий амалиёт шифокор-стоматологини тайёрлашdir. Олган билим ва кўникмаларни тиббиётда кўллай билишлари учун асосий билим бериш, оғиз бўшлиғи ҳолатини текшириш усусларини ва мустақил равишда биринчи тиббий ёрдам кўрсата оладиган умумий амалиёт стоматологини тайёрлаш.

**Фанининг вазифаси:**

- оғиз бўшлиғи жарроҳлиги фани ҳақида тушунча бериш;

- талабаларнинг назарий маълумотидан бошланғич амалий кўникмаларни бажариш даражасига қадамма-қадам ўргатиш;
- замонавий педагогик технологияларни дарс жараёнига тадбиқ этиб, талабани клиник фикрлаш ва билимини сақлаш даражасини ошириш;
- замонавий текшириш усуллари ҳақида тушунчага эга бўлиш;
- хирургик стоматология поликлиникасида хирург – стоматолог иш ўрни ва вазифаларини ўрганиш;
- хирургик стоматологик ёрдамини ташкил қилиш;
- хирургик стоматологик тезкор ёрдамни ташкил қилиш;
- хирургик касалликлар асоратларини профилактикасини ўргатиш;
- соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш.

Фан бўйича талабаларнинг билим кўникма ва малакаларига қуидаги талаблар қўйилади.

**Талаба:**

- асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиш;
- беморни бошқа мутахассис маслаҳатига юбориши;
- оғиз бўшлиғида ўтказиладиган манипуляция ва операцияларида оғриқсизлантиришни режалаштириш;
- оғиз бўшлиғи касалликларида кўлланиладиган асосий замонавий текшириш усуллари ҳақида тасаввурга эга бўлиши;
- таъсир механизмига қўра анестетикларни тўғри танлаш ҳамда бошқа препаратлар билан биргаликда юборишда рационал дозани аҳамиятини;
- юкори жағда периферик ва марказий оғриқсизлантиришларни ўтказишни (оғиз ичи ва оғиз ташқари усуллари);
- пастки жағда периферик ва марказий оғриқсизлантиришларни ўтказишни (оғиз ичи ва оғиз ташқари усуллари);
- тиш сақловчи операцияларга кўрсатмаларни аниқлашни;
- тиш чиқиши касалликларини даволаш тактикасини танлашни;
- маҳаллий оғриқсизлантиришни потенцирлашни;
- оғиз бўшлиғидаги йирингли жараёнларни ташхислаш ва даволаш тактикасини танлашни;
- юкори ва пастки жағ тишлар сугурилгандан кейин қон кетишини тўхтатишни маҳаллий усуллари (тампонада ва тикиш)ни ўтказишни;
- маҳаллий ва умумий касалликлар, ҳамда тиш олиш операциясига нисбий карши кўрсатма бўлган баъзи физиологик ҳолатлар ва тиш йўқотилган ҳолатда организмда бўлиши мумкин бўлган физиологик ва патологик ўзгаришларни;

- хирургик стоматологик муолажаларда асосий касалликни асорати кузатилмаслиги учун ёндош касалларни бор беморларни тайёрлашни ўзига хос хусусиятларини;
- тишни қийин чиқиши касалларнида (ретенция, дистопия) тиш олиш техникасини;
- юқори ва пастки жағ тиши илдизларини бор машина ёрдамида олишни;
- тиш сакловчи операцияларни бажариш техникасини **билиши ва улардан фойдалана олиши;**
- юқори ва пастки жағларда инфильтрацион ва ўтказувчи оғриқсизлантиришни ўтказиш;
- юқори жағда туберал оғриқсизлантиришни ўтказиш;
- юқори жағда инфраорбитал оғриқсизлантиришни ўтказиш;
- юқори жағда инцизивал оғриқсизлантиришни ўтказиш;
- юқори жағда палатинал оғриқсизлантиришни ўтказиш;
- пастки жағда мандибуляр оғриқсизлантиришни ўтказиш;
- пастки жағда торусал оғриқсизлантиришни ўтказиш;
- пастки жағда ментал оғриқсизлантиришни ўтказиш;
- юқори ва пастки жағ алоҳида гурух тишлиарни омбурлар ёрдамида суғуриш;
- юқори ва пастки жағ алоҳида гурух тишлиарни элеватор ёрдамида суғуриш;
- юқори ва пастки жағ тиши илдизларини омбурлар, элеваторлар ёрдамида олиш;
- тиш чиқиши қийинлашувида (перикоронарит, ретромоляр абсцесс) биринчи ёрдам кўрсатиш;
- субпериостал абсцессларда биринчи ёрдам кўрсатиш **амалий кўнигмаларига (шу жумладан клиник амалий кўнигмаларига)** эга бўлиши керак.

### **III. Асосий назарий қисм (маъруза машғулотлари)**

**1-мавзу. Хирургик стоматология: Уни бошқа тиббиёт соҳалари билан боғликлigi. Ўзбекистонда хирургик стоматологиянинг ривожланиш тарихи ва унга хисса кўшган олимлар. Амбулатор ва стационар хирургик стоматологик ёрдамни ташкил қилиш. Хирургик стоматологияда ишлатиладиган асбоб ускуналар ва хом ашёлар.**

Хирургик стоматологияни ривожланишига хисса кўшган олимлар. Хирургик стоматология бўлими. Оғиз бўшлиғи жарроҳлиги фани ва унинг мазмуни. Амбулатория ва стационарда хирургик стоматологик ёрдамни ташкил этиш. Хирургик стоматологияда ишлатиладиган асбоб ускуналар ва хом ашёлар.

**2-мавзу. Хирургик стоматологияда асептика ва антисептика қоидалари. Стоматологик бўлимлар ва кабинетларда дезинфекция ва стерилизацияни ташкил қилишга талаблар. Бемор ва шифокорни инфекциядан химоялаш. Давлат ва нодавлат стоматологик клиникаларда стерилизацияга қўйиладиган талаблар.**

Асептика ва антисептика қоидалари. Антисептик боғламлар. Дезинфекцияловчи моддалар ва стерилизация усуллари. Жарроҳ қўлига ишлов бериш, кўл ювиш тартиби. Жарроҳликда стоматологик инфекциядан химояланиш. Бемор билан шифокорни экзоген инфекциядан химоялаш.

**3-мавзу. Оғриқсизлантириш. Умумий оғриқсизлантириш, наркоз.**

**Унинг турлари. Амбулатор ва стационар шароитда наркоз ўтказишга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Эндотрахеал наркознинг ўзига хос хусусиятлари. Ингаляцион ва ноингаляцион наркозда ишлатиладиган фармакологик дори воситалари. Юрак-ўпка реанимацияси асослари.**

Хирургик стоматологияда оғриқсизлантириш. Умумий оғриқсизлантириш турлари, наркоз, гипноз, акопунктура, атаралгезия, нейролептаналгезия, марказий анальгезия, аудиоаналгезия, электронаркоз. Наркоз турлари ва уларни кўллашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Юрак-ўпка реанимацияси кетма кетлиги. Клиник ва биологик ўлим белгилари. Юракнинг ташки мессажи.

**4-мавзу. Стоматологияда оғриқсизлантириш. Уч шохли нервнинг харакатлантирувчи ва сезувчи толалари. Уч шохли нерв йўналишида ҳосил қилувчи тугунлар. Уларни оғриқсизлантиришда аҳамияти. Уч шохли нервнинг иккинчи ва учинчи шохининг иннервация соҳалари.**

Стоматологияда оғриқсизлантириш усуллари. Уч шохли нерв иккинчи ва учинчи шохлари иннервация соҳалари. Уч шохли нерв тугуннинг жойлашиши, нерв йўналишида ҳосил бўладиган тугунлар ва уларнинг аҳамияти, харакатлантирувчи ва сезувчи толалари. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва тишлар иннервацияси.

**5-мавзу. Маҳаллий оғриқсизлантириш. Маҳаллий оғриқсизлантиришга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Маҳаллий оғриқсизлантириш турлари ва маҳаллий оғриқсизлантиришда ишлатиладиган анестетиклар, уларни таъсир механизми. Марказий оғриқсизлантириш. Хужайра нейрофизиологияси.**

Маҳаллий оғриқсизлантириш турлари. Юкори ва пастки жағда ўтказиладиган маҳаллий оғриқсизлантириш турлари, кўрсатмалари. Маҳаллий анестезияда хужайра нейрофизиологияси. Маҳаллий оғриқсизлантиришда ишлатиладиган инструментлар. Маҳаллий оғриқсизлантиришда кўлланиладиган дори воситалар: амид ва эфир гурухига

кирувчи маҳаллий анестетиклар характеристикаси. Топик анестезия (аппликацион анестезияда) қўлланиладиган анестетиклар. Марказий оғриқсизлантириш усуллари.

**6-мавзу. Кучайтирилган маҳаллий оғриқсизлантириш, маҳаллий анестетикларни таъсирини узайтирувчи препаратлар.**

**Вазоконстрикторлар фармакологияси, қўлланилиши. Ҳамроҳ касалликлари бор беморларда кучайтирилган маҳаллий оғриқсизлантириш ва операцияга тайёрлаш.**

Кучайтирилган маҳаллий анестезия (премедикация), психоэмоционал холатнинг клиник белгилари ва турлари. Амбулатор шароитда премидикация ўтказиш. Кучайтирилган маҳаллий оғриқсизлантиришда ишлатиладиган дори воситалари. Маҳаллий анестезияни кучайтирувчи фармакологик дори воситалари. Ҳамроҳ касалликлари бор беморларда маҳаллий оғриқсизлантириш ўтказиш хусусиятлари. Кучли аллергик анамнезга эга беморларда маҳаллий оғриқсизлантириш ўтказиш хусусиятлари. ЖССТбўйича оғриқсизлантириш погоналари. Визуал аналог шкала (ВАШ).

**7- мавзу. Тиш олиш операцияси. Тиш олишга қўрсатма ва қарши қўрсатмалар. Юқори ва пастки жағларда тиш олиш хусусиятлари ва тамойиллари. Юқори ва пастки жағда омбур ва элеваторлар билан тиш олиш биомеханикаси. Тиш ва тиш илдизларини олишда эрта ва кечки асоратлар ва уларни бартараф этиш усуллари.**

Тишларни олишга бўлган қўрсатма ва қарши қўрсатмалар. Беморларни тиш олиш операциясига тайёрлаш, текшириш, операция майдони ва шифокор қўлини тайёрлаш. Тиш олишга зарур асбоблар. Тишларни олиш учун ишлатиладиган омбурлар ва элеваторлар. Элеваторлар - турлари, конструкцияси, қўлланилиши. Тиш олишдаги омбурларнинг турлари ва конструкцияси хусусиятлари. Тиш ва тиш илдизларини олиш биомеханикаси. Олинган тиш катагига ишлов бериш ва яранинг битиши. Тиш олиш пайтида эҳтимоли юқори бўлган маҳаллий асоратлар: олинаётган тиш тожи ва илдизини синиши, кўшни тишни синиши ёки чикиши, юмшоқ тўқимага тиш илдизини итариб юбориш, оғиз бўшлиғидаги юмшоқ тўқима ва милкларни жароҳатлаш, алвеоляр катак деворини синиши, гаймор бўшлиғи тубини перфорацияси, тиш илдизини гаймор бўшлиғига кириб кетиши, пастки жағ синиши ёки чикиши, пастки альвеоляр нерв жароҳатланиши, тиш ёки илдиз аспирацияси. Тиш олингандан кейин эҳтимоли бўлган маҳаллий асоратлар: олинган тиш катагидаги эрта ва кечки қон кетиши. Альвеолит. Олинган тиш катагидаги чегараланган остеомиелит. Тиш олингандан кейинги умумий ва маҳаллий асоратларни олдини олиш чора-тадбирлари.

**8- мавзу.** Тишларни чиқиши патологияси. Тиш чиқишига таъсир этувчи маҳаллий ва умумий омиллар. Юқори ва пастки 8-тишни қийин чиқиши (ретенция, ярим ретенция), тишлар дистопияси. Уларни диагностика усуllibар. Бўлиши мумкин бўлган асоратлар (перикоронорит, ретромоляр абсцесс) ҳамда уларни олдини олиш. Тиш олиш усулига кўра ва перикоронотомиядан сўнг тиш катагини битиши.

Юқори ва пастки жағ моляр тишларининг қийин чиқиши (перикоронарит, ретромоляр абсцесс) клиникаси, даволаш тактикаси. Тиш қийшиқ чиқиши касалликлари (ретенция, ярим ретенция, дистопия) клиникаси, даволаш тактикаси. Рентгенологик текширув усуllibар ва асоратлари.

**9-мавзу.** Периодонтитлар ва остиларни ташхислаш натижаларига асосланган холда хирургик даволаш усуllibарига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Тиш сакловчи операциялар (тиш реплантацияси, аутотрансплантация ва аллотрансплантация )

Периодонтитларни рентгенологик текширув усуllibар. Одонтоген киста ва эпулодларда реплантация операцияси техникаси. Тиш реплантацияси, аутотрансплантация ва аллотрансплантация операцияларига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Операциядан кейин bemorларни парваришилаш ва реабилитация тадбирлари.

**10-мавзу.** Тиш сакловчи операциялар (тиш илдизи учи резекцияси, илдиз ампутацияси, гемисекция). Тиш сакловчи операциялардан сўнг жароҳатларнинг битиши. Репаратив регенерацияни оптимизацияси.

#### **Хирургик эндодонтия.**

Тиш илдиз учи резекцияси операцияси, гемисекция, коронарадикуляр сепарация ва ампутация. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, усуllibар ва натижалари. Жароҳат битиши хусусиятлари. Операциядан кейин bemorларни парваришилаш ва реабилитация тадбирлари.

**11-мавзу.** Оғиз бўшлиғидаги йирингли жараёнларнинг келиб чиқиши, сабаблари, патогенези. Клиник кўриниши, ташхислаш ва даволаш тактикаси.

Жағ суякларининг ўткир йирингли остити статистикаси, ташхислаш, солиштирма ташхислаш, даволаш. Оғиз бўшлиғидаги йирингли жараёнлар профилактикаси.

#### **IV. Амалий машғулотлар бўйича кўрсатма ва тавсиялар**

Фан бўйича машғулотлар 50% назарий (маъруза ва амалий машғулот) ва 50% амалий қисм (ўкув клиник амалиёт)дан иборат бўлган холда олиб

борилади. Амалий машғулотнинг назарий ва амалий қисми ўзаро боғлиқ ҳолда ўтказилади.

Амалий машғулотлар учун қуйидаги мавзулар тавсия этилади:

1. Хирургик стоматологик хонани ташкиллаштириш ва таркиби.

Хирургик стоматология бўлимда фойдаланиладиган асбоблар.

2. Хирург стоматолог ёрдамига муҳтоҷ бўлган беморни текшириш ва қўшимча текшириш усувлари. Касаллик тарихини тўлдириш - форма №043/У.

3. Инфильтрацион оғриқсизлантириш усули.

4. Инфраорбитал оғриқсизлантиришнинг оғиз ичи ва ташки усули.

5. Туберал оғриқсизлантиришнинг оғиз ичи ва ташки Егоров ва

Вайслат усули.

6. Палатинал оғриқсизлантириш.

7. Инцизивал оғриқсизлантиришнинг оғиз ичи ва ташки усули.

8. Мандибуляр оғриқсизлантириш.

9. Мандибуляр оғриқсизлантиришни оғиз ташки усули.

10. Пастки алвеоляр нервни оғриқсизлантириш.

11. Торусал оғриқсизлантиришнинг оғиз ичи усули.

12. Ментал оғриқсизлантиришнинг оғиз ичи ва ташки усули.

13. Аnestетиклар таъсирини узайтириш хусусиятига эга бўлган препаратларни қўллаш.

14. Махаллий ва марказий оғриқсизлантиришда кузатилиши мумкин бўлган умумий асоратлар.

15. Беморда анафилактик шок клиник белгилари. Ўпка юрак реанимацияси.

16. Тиш олиш. Тиш олиш учун асбоб ва ускуналар.

17. Беморда юқориги жағ фронтал гурух тишларини олиш техникаси.

18. Беморда юқориги жағ кичик озиқ тишларини олиш техникаси.

19. Беморда юқориги жағ катта озиқ тишларини олиш техникаси.

20. Беморда пастки жағ фронтал гурух тишларини олиш техникаси.

21. Беморда пастки жағ кичик озиқ тишларини олиш техникаси.

22. Беморда пастки жағ катта озиқ тишларини олиш техникаси.

23. Юқори жағ тиш илдизларини олиш техникаси.

24. Пастки жағ тиш илдизларини олиш техникаси.

25. Юқори жағ тишлари ва илдизларини бор машина ва долото ёрдамида олиш техникаси.

26. Пости жағ тишлари ва илдизларини бор машина ва долото ёрдамида

олиш техникаси.

27. Юқори жағ тишилари олингандан кейинги бўлиши мумкин бўлган асоратлар.
28. Пастки жағ тишилари олингандан кейинги бўлиши мумкин бўлган асоратлар.
29. Юқори ва пастки жағ 8 тишиларини қийин чиқиши сабаблари.
30. Периодонтитларни тиш сакловчи операциялар усулида даволаш (тиш реплантацияси, илдиз учи резекцияси, тиш илдизи ампутацияси, тиш гемисекцияси).
31. Тишиларини қийин чиқиши асоратлари: перикоронарит.
32. Оғиз бўшлиғидаги йирингли жараёнлар: переостит, танглай абсцеси, тил ости соҳаси абсцеси.
33. Оғиз бўшлиғини протезлашга тайёрлаш.

Амалий машғулотларда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар, кейслар орқали янада бойитадилар. Шунингдек, дарслик ва ўкув кўлланмалар асосида талабалар билимларини мустаҳкамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш орқали талабалар билимини ошириш, мавзулар бўйича тақдимотлар ва бошқалар тавсия этилади.

Амалий машғулотлар мультимедиа курилмалари билан жиҳозланган аудиторияда бир академик гурухга бир ўқитувчи томонидан ўтказилади.

Амалий машғулот давомида аниқ бир мавзуларни назарий жиҳатдан чукур ўрганиш, услубий жиҳатдан долзарб бўлган мавзуларни чукур тахлил қилиш, алоҳида муаммолар бўйича илмий жиҳатдан ишлаб чиқиши мақсадида савол-жавоб, сухбат, маъруза ва рефератларни мухокама қилиш, ёзма назорат ишларини олиш, вазиятли масалаларни мухокама қилиш ва тест саволларига жавоб бериш орқали эгалланилади. Шу билан бирга машғулот давомида интерфаол усуллардан ва компььютер, инновацион технологиялардан фойдаланган ҳолда назарий билимларни мустаҳкамлаш лозим.

Амалий машғулотларни ўтказишда қуйидаги дидактик тамоилиларга амал қилинади:

- Амалий машғулотларнинг мақсадини аниқ белгилаб олиш;
- Ўқитувчининг инновацион педагогик фаолияти бўйича билимларни чукурлаштириш имкониятларига талабаларда қизикиш уйғотиш;
- Талабада натижани мустакил равишда қўлга киритиш имкониятини таъминлаш;

Талабани назарий-методик жиҳатдан тайёрлаш.

Оғиз бўшлиғи жаррохлиги фани бўйича клиник амалиётни ўтиш даврида талабалар амалий кўникмаларни ўзлаштиришлари кўзда тутилган.

### **Амалий кўникмалар рўйхати:**

1. Инфильтрацион оғриқсизлантиришни беморда (волонтерда) бажариш
2. Инфраорбитал оғриқсизлантиришни фантомда ва волонтерда оғиз ичи ва оғиз ташқари усулида бажариш
3. Палатинал оғриқсизлантиришни фантомда ва волонтерда бажариш
4. Туберал оғриқсизлантиришни фантомда ва волонтерда бажариш
5. Инцизивал оғриқсизлантиришни фантомда ва волонтерда бажариш
6. Мандибуляр оғриқсизлантиришни фантомда ва волонтерда оғиз ичи ва оғиз ташқари усули бажариш
7. Торусал оғриқсизлантиришни фантомда ва волонтерда бажариш
8. Энгак нервини оғриқсизлантиришни оғиз ичи ва оғиз ташқари усулида фантомда ва волонтерда бажариш
9. Юқори жағ тишларини олишда омбурларни танлаш
10. Пастки жағ тишлари ва илдизларини олишда омбурларни танлаш
11. Илдизларни олишда элеваторларни танлаш
12. Юқори жағда алоҳида гуруҳ тишларини олиш
13. Пастки жағда алоҳида гуруҳ тишларини олиш
14. Тиш чиқиши қийинлашуви касалликларида биринчи ёрдам кўрсатиш
15. Оғиз бўшлиғи ўтқир йирингли жараёнларида биринчи ёрдам кўрсатиш

### **Клиник ўкув амалиётни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар**

Талабаларнинг “Оғиз бўшлиғи жарроҳлиги” фани бўйича клиник амалиёти таълим жараёнининг 50% ни ташкил этади ва жарроҳлик стоматология поликлиникасида ўтказилади.

Амалий машғулотда амалий кўникмаларга ўргатиш жараёни батафсил режалаштирилади ва бир неча босқични ўз ичига олади:

1. Биринчи босқич – машғулотнинг мақсади ва вазифаларидан келиб чиқган холда ўрганилаётган амалий кўникмани ўрганиш мотивацион асоси аниқланади, унинг назарий жиҳатлари мухокама қилинади. Амалий кўникмаларни амалга ошириш учун керакли асбоб анжомлар ишлаш механизми, ишлатиш қоидалари билан талабалар таништирилади.

Биринчи босқични амалга ошириш учун кафедрада барча асбоб анжомлар мавжуд ва ишчи ҳолатда бўлиши лозим.

2. Иккинчи босқич – амалий кўникмани намойиш қилиб бериш ва кўп марта машқ қилиш. Бу босқични амалга ошириш учун амалий кўникмаларни кадамма-кадам алгоритми педагог томонидан ва видеофильмлар орқали намоиш этилади, алгоритм асосида босқичма-босқич тўғри бажаришга

алохидатиб ошириш учун талаба амалий кўникмани мустакил, бироқ педагог назорати остида муляжлар, тренажёрлар, фантомлар ва манекенларда, талабалар ўзаро бир-бирида кўп марта машқ қилиб ўрганадилар. Бошида барча босқичларини алохидат, кейин умумлаштирган ҳолда тўлиқ ва тўғри бажара олгандан сўнг беморда кўллашга руҳсат берилади (имитацион тренинг).

Иккинчи босқични амалга ошириш учун кафедра томонидан ишлаб чиқилган амалий кўникмалар қадамма-қадам алгоритми ва видеофильми, ўкув-услубий кўлланмаси, бажариш схемаси ёки техникаси ва х.к., баҳолаш мезонлари ишлаб чиқилган бўлиши лозим. Муляжлар, тренажёрлар, фантомлар ва манекенлар, имитаторлар, асбоб анжомлар бўлиши лозим ва керакли шарт шароитлар (максимал даражада иш шароитига яқин моделлаштирилган) яратилиши лозим. Бу босқичда педагог назорат қилади ва керак бўлганда талабалар ишидаги хатоликларни тўғирлайди. Бу жараёнда талаба ҳаракатлари видеотасвирга олинниб ўзига намоиш этилиши, критик муҳокама қилиниши мумкин. Талаба, унинг хатоси нимада эканлигини, ўқитувчига ва бошқа талабаларга тушунтириб беради ва сўнгра муолажани тақрорлайди. Интерфаоллик шунда намоён бўладики, бунда бошқа талабалар эксперт сифатида чиқишида ва ўқитилаётган талабанинг амалий кўникмани тўғри ўзлаштирганлигини баҳолашда иштирок этадилар. Амалий кўникма автоматизм дарасигача етказилиши мақсадга мувоғик.

3. Учинчи босқич - ўрганилган билим ва амалий кўникмани беморда кўллаш. Бу босқичда талаба ўзлаштирилган билим ва амалий кўникмани турли ҳил клиник ҳолатларда (шу жумладан шошилинч ҳолатларда) кўллашга, олинган натижаларни таҳлил қилишга ва шу маълумотлар асосида ҳаракат тактикасини белгилашга педагог назоратида ўргатилади.

Учинчи босқични амалга ошириш учун кафедра томонидан ишлаб чиқилган ўкув, услубий кўлланмалар, фотосуратлар, вазиятли масалар ва тестлар тўплами, кейслар, клиник протоколлар, диагностика ва даволаш стандартлари, ўргатувчи касаллик тарихлари ва амбулатор карталар ва х.к. ишлатилиши лозим. Интерфаоллик шунда намоён бўладики, бунда бошқа талабалар нафақат эксперт сифатида чиқишида ва ўқитилаётган талабанинг амалий кўникмани тўғри ўзлаштирганлигини баҳолашда балки командада ишлашда иштирок этадилар.

4. Тўртинчи босқич – хулоса. Бу босқичда педагог талаба томонидан олинган билим ва эгаллаган кўникмани беморларда, турли ҳил вазиятларда, фаолият жараёнида тўғри ва тўлиқ қўлла олишига ишонч ҳосил қилиши керак ва шунда амалий кўникма ўзлаштирилди деб хисобланади.

Тўртинчи босқични амалга ошириш учун талаба бемор билан мустакил

ишлаши педагог томонидан назорат қилинади, тиббий хужжатларни, касаллик тарихини ёзиб химоя қилганда баҳоланади.

Машғулот сўнггига ўқитувчи ҳар бир талабанинг амалий кўнкмани ўзлаштирганлигини тасдиқлади. Талаба амалий кўнкмани ўзлаштира олмаган вазиятларда, машғулотдан ташқари вақтда мустакил ўзлаштириш тавсия этилади ва педагогга қайта топширади. Талаба барча амалий кўникмаларни ўзлаштирган ҳолда фанни ўзлаштирган хисобланади.

### **Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар**

Фан бўйича лаборатория ишлари намунавий ўкув режада кўзда тутилмаган.

#### **V. Мустакил таълим ва мустакил ишлар**

Мустакил таълим учун тавсия этиладиган мавзулар:

1. Ўзбекистонда стоматологияни ривожлантиришга хисса қўшган олимлар.
2. Уч шохли нерв биринчи, иккинчи, учинчи шохлари тузилиши ва унинг иннервация зоналари.
3. Замонавий оғриқсизлантирувчи дори воситалар ва уларнинг характеристикаси.
4. Хирургик стоматология поликлиникасида кўлланиладиган оғриқсизлантириш усуллари.
5. Маҳаллий анестетикларни таъсирини узайтирувчи воситаларни таъсири ва ўзига хос хусусиятлари.
6. Маҳаллий анестезияда учрайдиган маҳаллий асоратлар ва уларни даволаш принциплари.
7. Юқори ва паски жағда марказий оғриқсизлантириш усуллари.
8. Ҳамроҳ касалликлари бор беморларда оғриқсизлантириш усулини танлаш.
9. Маҳаллий оғриқсизлантиришда содир бўладиган маҳаллий асоратлар.
10. Ҳушдан кетиши. Унинг белгилари. Ҳушдан кетишида 1-ёрдам кўрсатиш.
11. Коллапс. Унинг белгилари. Коллапс ҳолатида 1-ёрдам кўрсатиш.
12. Анафилактик шок. Клиникаси. Биринчи ёрдам.
13. Эндотрахеал наркоз. Поликлиника шароитида эндотрахеал наркоз ўтказиш.
14. Эндотрахеал наркоз ўтказишга кўрсатмалар (презентация).
15. Умумий наркоз учун ишлатиладиган замонавий дори воситалари.
16. Замонавий қон тўхтатувчи умумий медикаментоз дори воситалари.
17. Тишларни бор машина, долото ва элеваторлар билан олиш.
18. Тиш сақловчи операцияларга кўрсатма ва карши кўрсатмалар.
19. Реплантация, трансплантация. Кўрсатма ва карши кўрсатмалар.

20. Тиш чиқиши касалликларини замонавий рентгенологик текшириш усуллари.
21. Тиш чиқиши касалликларида даволаш тактикасини танлаш.
22. Тиш олишдан сүнгги тиш катагини битиши этаплари ва уни оптималлаштириш.
23. Оғиз бўшлигини протезга тайёрлаш.

Фан бўйича мустакил иш аудитория ва аудиториядан ташкари ўтказилади.

Талаба мустакил ишини ташкил этишда куйидаги шакллардан фойдаланилади:

- Аудитория машғулотларидан ташкари тренажёр, муляж ва симуляцион залларида/марказларида тасдиқланган амалий кўникмаларни педагог назоратида сон ва сифат жихатдан бажариш ва амалий кўникмаларни ўзлаштириш дафтарларида акс эттириш;
- Тибиёт ОТМ клиникалари ва клиник ўкув базаларида аудиториядан ташкари ташкиллаштирилган клиник навбатчиликда тасдиқланган амалий кўникмаларни навбатчи шифокор-педагог назоратида сон ва сифат жихатдан бажариш ва навбатчилик дафтарларида акс эттириш;
- Беморлар курациясида даволовчи ёки навбатчи шифокор билан назорат қилишда иштирок этиш;
- Аҳоли орасида санитар-оқартув ишларни сухбат ва маъruzаларни ўтказиш;
- Айрим назарий мавзуларни ўкув адабиётлари ёрдамида мустакил ўзлаштириш;
- Берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- Фаннинг бўлимлари ёки мавзулари устида маҳсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича ишлаш ва маъruzалар қилиш;
- Вазиятли ва клиник муаммолларга йўналтирилган вазиятли масалалар ечиш;
- Кейс (реал клиник вазиятлар ва клиник вазиятли масалалар асосида case-study) ечиш.

**Шунингдек талабанинг мустакил иши бўлиб:**

- График органайзерларни ишлаб чиқиш ва тўлдириш;
- Кроссвордлар тузиш ва ечиш;
- Презентация ва видеороликлар тайёрлаш ҳамда мустакил иш жараёнида кенг кўллаш ва х.к.

**Фан бўйича курс иши (лойиҳаси)**

Фан бўйича курс иши ўқув режасида кўзда тутилмаган.

**VII. Асосий ва қўшимча ўқув адабиётлар ҳамда ахборот манбалари**

**Асосий адабиётлар**

1. Азимов М.И., Содикова Х.К. ва ҳаммуаллифлар. Орал хирургия асослари. Ўқув кўлланма. – Тошкент. Илм зиё. 2019 й.
2. Азимов М.И. Юз-жағ қасалликлари ва жароҳатлари. Дарслик. – Тошкент. Илм зиё. 2019 й.
3. Azimov M.I. Jarrohlik stomatologiya propedevtikasi. Darslik. Davlat milliy nashriyoti. -Toshkent. 2009 y.

**Қўшимча адабиётлар**

1. Гаффаров С.А., Жилонов А.А., Садикова Х.К.. Стоматология. Ўқув кўлланма. - Тошкент. Импрес медия. 2018 г.
2. David A. Mitchell, Anastasios N. Kanatas. An Introduction to Oral and Maxillofacial surgery. Textbook. 2015 y.
3. Neelima Anil Malik, Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery. Second Edition© India. JPBMP Printed at Ajanta. 2008 y.
4. Вязьмитина А.В., Усевич Т.Л. Хирургическая стоматология: Практикум. Феникс. 2006 г.
5. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник. – Москва. Медицина. 2003 г.
6. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф, Карапетян И.С. и др. Хирургическая стоматология. Руководство. – Москва. Медицина. 2003 г.
7. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи. Учебник. - Москва. Медицина. 2001 г.
8. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Том 2. – Москва. Медицина. 2000 г.
9. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажагимизнинг мард ва олижаноб ҳалқимиз билан бирга қурамиз. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2017 й.
10. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик - ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қоидаси бўлиши керак. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2017 й.

11. Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2016 й.

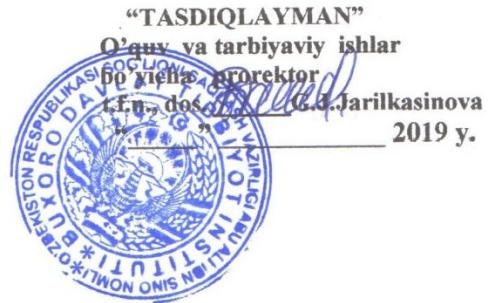
#### Интернет сайтлари:

1. [www.e-stomatoly](http://www.e-stomatoly)
2. [www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)
3. [www.edentwold.uz](http://www.edentwold.uz)
4. [www.histol.chuvashia.com](http://www.histol.chuvashia.com).
5. [donhist.fromru.com](http://donhist.fromru.com).
6. [catalog.delovik.com](http://catalog.delovik.com).
7. [www.dental.ru](http://www.dental.ru)
8. [www.stomatolog.ru](http://www.stomatolog.ru)
9. [www.mediastom.ru](http://www.mediastom.ru)
10. [www.dentsplycis.com](http://www.dentsplycis.com)

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM  
VAZIRLIGI, SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

**XIRURGIK STOMATOLOGIYA KAFEDRASI**

O'quv bo'limi  
tomonidan ro'yxatga  
olindi № 2125  
«26» 06 2019 y.



**OG'IZ BO'SHLIG'I JARROXLIGI FANIDAN**

**O'QUV ISHCHI DASTURI**

Bilim sohasi: 500000 – Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot

Ta'lif sohasi: 510000 – Sog'liqni saqlash

Ta'lif yo'nalishi: 5510400 – Stomatologiya

Kurs	4
Soat hajmi	– 100 soat
Jami soat:	- 54 soat
Shu jumladan:	
Ma'ruza	– 8 soat
Amaliy mashg'ulot	– 18 soat
Klinik mashg'ulot	– 28 soat
Mustaqil ish	– 46 soat

**Buxoro – 2019 y**

**Tuzuvchilar:**

Raximov Z.Q. - Xirurgik stomatologiya kafedrasи mudiri, t.f.n.

Xamitova F.A. - Xirurgik stomatologiya kafedrasи assistenti

**Taqrizchilar:**

Kamalova F.R. - BuxDavTI «Bolalar stomatologiyasi» kafedra mudiri t.f.n  
Idiev G'.E. – BuxDavTI «Ortopedik stomatologiya» kafedra mudiri t.f.n

*Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510400 - Stomatologiya yo'nalish bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilingan va tasdiqlangan.*

Bayonnoma № 17 «20» 06 2019y.

**Xirurgik stomatologiya kafedrasи mudiri Raximov Z.Q.**



*Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida o'quv reja asosida 5510400 - Stomatologiya yo'nalishi bo'yicha tuzilgan Buxoro davlat tibbiyat instituti Stomatologiya fakulteti uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.*

Bayonnoma № 11 «25» 06 2019 y.

**Fakultet uslubiy komissiya rahbari t.f.n. Habibova N.N.**



*Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510400 - Stomatologiya yo'nalish bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyat instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.*

Bayonnoma № 11 «26» 06 2019 y.

**Uslubchi**



**Jumaeva Sh.B.**

## **I. O'quv fanining dolzarbliji va oliy kasbiy ta'limdagi o'rni**

Ushbu fan dasturi O'zbekiston Respublikasi Davlat ta'lim standarti va umumiy amaliyot shifokorini tayyorlash dasturiga asoslangan holda tuzilgan. Ushbu dastur asosida zamonaviy pedagogik texnologiyalarni o'qitish jarayoniga tadbiq etib, talabani nazariy ma'lumotidan boshlang'ich amaliy ko'nikmalarni fantomlarda bajarishga o'rgatib va orttirilgan ko'nikmalarni zamonaviy tibbiy texnologiyalar orqali klinik amaliyot bilan uyg'unlashtirgan holda mustaqil ravishda bemorlarni tashxislash va qabul qilishga zamin yaratib beradi. Dasturning maqsad va vazifalarini echimi yakunida talaba gorizontal va vertikal integratsiya jarayonlarida olgan bilim va amaliy ko'nikmalarni klinik uyg'unlashtirib, etuk, raqobatdosh, mustaqil klinik fikrlash qobiliyatiga ega bo'lgan umumiy amaliyot bolalar stomatologiyi bo'lib shakllanadi.

YUz – jag' kasalliklari va travmatologiyasi fani dasturi talabalarga aholiga ambulator va statsionar xirurgik stomatologik yordam ko'rsatishni, yuz-jag' sohasi jarohatlari va yallig'lanish kasalliklari bor bemorlarga xirurgik stomatologik yordam tashkillashtirishni, yuz-jag' sohasi jarohatlari va yallig'lanish kasalliklari klinik simptomatikasini, zamonaviy tashxislash usullarini, davolash va oldini olish chora-tadbirlarini o'zida mujassam qilgan dasturdir.

Dastur klinikagacha bo'lgan fanlar bilan uzviy bog'liq bo'lib, ambulator va statsionar qabul uchun zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalarni talabalarga o'rgatish uchun mo'ljallangan.

Mazkur fan o'quv rejadagi biokimyo, anatomiya, fiziologiya, gistologiya, tsitologiya, embriologiya, mikrobiologiya, virusologiya va immunologiya, terapiya, klinik endodontiya, klinik farmakologiya, og'iz bo'shlig'i jarrohligi, xirurgiya, neyroxirurgiya fanlaridan o'zlashtirilgan bilimlarga asoslanadi.

## **II. O'quv fanining maqsadi va vazifasi**

YUz – jag' kasalliklari va travmatologiyasi fanini o'qitishdan **maqsad** – talabalarga aholiga ambulator va statsionar xirurgik stomatologik yordam ko'rsatish, xirurgik stomatologik kasalliklar va jarohatlari profilaktikasini olib borishni o'rgatishdan iborat.

### **Fanning vazifaci:**

– umumiy amaliyot bolalar stomatologini tayyorlashni inobatga olgan holda talabalarga aholiga ambulator va statsionar xirurgik stomatologik yordam ko'rsatishni;

- yuz-jag' sohasi (YUJS) jarohatlari va yallig'lanish kasalliklari bor bemorlarga xirurgik stomatologik yordam tashkillashtirishni;

- YUJS jarohatlari va yallig'lanish kasalliklari klinik simptomatikasini, zamonaviy tashxislash usullarini, davolash va oldini olish chora-tadbirlarini o'rgatish;

- sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilish va o'zlashtirish hisoblanadi.

Fan bo'yicha talabalarning bilim, ko'nikma va malakalariga quyidagi talablar qo'yiladi.

### Talaba:

- yuz – jag' sohasi yallig'lanish kasalliklari statistikasi;
- yuz – jag' sohasi yallig'lanish kasalliklari klassifikatsiyasi;
- yuz – jag' sohasi yallig'lanish kasalliklarining klinik kechishi;
- yuz – jag' sohasi yallig'lanish kasalliklarini davolashning o'ziga xosligi haqida ***tasavvurga ega bo'lishi***;

Bular bilan bir qatorda bakalavr:

- yuz o'rta sohasi jarohatlarida va yallig'lanish kasalliklarida yordam ko'rsatishni;
- yuz o'rta sohasi jarohatlarida va yallig'lanish kasalliklarida tekshirish usullarini mustaqil aniqlashni;
- yuz o'rta sohasi jarohatlarida va yallig'lanish kasalliklarida jarrohlik aralashuvning kerakli xajmini mustaqil aniqlashni;
- **amaliy ko'nikmalarini bajarish va olingan natijalarni mustaqil baholashni;**
- **sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilishni bilishi va ulardan foydalana olishi;**
- odontogen yallig'lanish kasalliklarida sababchi tishni aniqlash, periostit va osteomielit kasalliklarida o'tuv burmasi va alveolyar o'siqni paypaslash;
- abstsess, flegmona va limfadenitlarda jag' atrofi va jag' osti sohalarini paypaslash;
- abstsessni kesib ochish;
- tishsaqlovchioperatsiyalarnio'tkazish (fantomda va bemorda);
- o'tkiryiringliperiostitnidavolash;
- qon ketganda birinchi tibbiy yordam berish ***amaliy ko'nikmalariga(shu jumladan klinik amaliy ko'nikmalariga) ega bo'lishi kerak.***

### Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talabalarning jarroxlik stomatologiya kasalliklari propedevtikasi fanini o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pedagogik texnologiyalarni tatbi qilish muhim axamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar hamda videotizimlardan foydalaniлади. Ma'ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar qo'llaniladi.

### Men shunga loyiqman

Ma'ruza mashg'ulotida talabalarda darsdan tashqari paytda egallagan amaliy bilimlarini bevosita sinab ko'rish imkoniyatlari paydo bo'ladi. Ular berilgan vazifani bajarish davomida ortigan bilimlarini tezkor baholash maqsadida baholashning amalda sinab ko'rilgan quyidagi uslubini, "Men shunga loyiqman." texnologiyasini taklif etamiz.

Bunda:

- talabalar oldindan tayyorlanib, tarqatilgan savollarga tayyorligi asosida guruhlarga ajraladilar. Kim o'zini qaysi bahoga loyiq deb topsa, shu guruhga qo'shiladi. "A'lo", "YAxshi", "Qoniqarli". Agar talaba bugungi darsda baholash mezoniga ko'ra 3 ballik joriy bahoga ega bo'lishi kerak bo'lsa, a'lo-2.6-3 ball, yaxshi-2.2-2.5 ball, qoniqarli-1.7-2.1 ball sifatida baholanadi;
- har bir guruh uchun avvaldan tayyorlangan savollar tizimi mavjud bo'lib, dastlab "A'lo" baholar guruhi bilan shug'ullaniladi;
- shu guruhga mos savolga javob topgan talaba o'yindan, albatta, "a'lo" bahosi bilan chiqadi;
- guruhdagi barcha savollar berib bo'lingach, bironqa ham savolga javob berolmagan, lekin a'lo bahoga da'vogar talaba quyiroq guruhga qo'shilishga majbur bo'ladi;
- jarayon shu tahlit davom etib, barcha guruhlarning savollariga javob topolmagan talaba vazifani topshirolmagan hisoblanadi.

#### **Usulni qo'llashdan kutiladigan samaralar:**

- talabada o'zining imkoniyatlarini "chamalash", ya'ni o'z-o'zini baholash imkoniyati paydo bo'ladi;
- "shu bahoga" loyiq bo'lish uchun talaba astoydil harakat qiladi, birmuncha qiyinroq savollarga ham javob berishi kerak bo'ladi, bu uni ko'proq malumot yig'ishga va fikrlarini asoslashga majbur qiladi;
- talaba iloji boricha "yuqoriroq" guruh tarkibiga kirishga intiladi, bu uni muttasil o'z ustida ishslashga olib keladi;
- har bir talaba "o'zi" uchun harakat qilishi lozim, bu unda mas'uliyati hissini paydo qiladi;
- baholash uchun unchalik ko'p vaqt sarflanmaydi.

Umuman olganda, usulni qo'llash natijasida har bir talabada "o'sish" imkoniyati mavjud bo'lib, bu baholashning ob'ektiv amalga oshishini ta'minlaydi, ya'ni o'qituvchida "bu 3 baho oluvchi talaba" degan fikrni almashishiga olib keladi.

#### **"Ijodiy fikr va klinik mushohada"**

**Maqsad:** Talabalarni vaziyatli masala mazmuniga ko'ra ijodiy fikrlashi va klinik mushohadasini o'rghanish va baholash.

Bunda talabalarga mazkur mavzuga tegishli vaziyatli masalalar va harorat egri chizig'i varaqalari tarqatiladi. Talaba masala mazmunini chuqur o'rganib, klinik belgilari va laboratoriyyaviy ma'lumotlarni kuniga mos holda varaqada aks ettiradi, tashxis qo'yadi va davolash tadbirlarini belgilaydi.

#### **Mushohadali fikr**

Mavzu mazmunini mustahkamlash maqsadida tinglovchilar o'zlashtirish darjasini bilish uchun ushbu pedagogik texnologiya qo'llaniladi. Tinglovchilar fikrlari tahlil qiliniladi. Mushohadali fikr bildirgan tinglovchi rag'batlantiriladi.

#### **"Uch bosqichli intervyu" uslubi**

**Maqsad:** Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to'g'ri psixologik yondashishni o'rgatish.

**Asosiy tamoyillari:** Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo'linadi va talabalarga rol bo'lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabaga tashxis yashirin etkaziladi. Bemor kasallik shikoyatlari, kasallikning rivojlanishi, epidemiologik anamnezni, vrach esa bemor bilganlar va unda kasallik tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni mukammal bilishi shart. Har bir vrach bemor bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtirokchilar (bemor va vrach) faoliyatini quyidagi 3 bo'lim bo'yicha baholaydi:

- 1.Nima to'g'ri qilindi?
- 2.Nima noto'g'ri qilindi?
- 3.Qanday bajarilishi kerak edi?

#### **“Stol o’rtasidagi ruchka” usulini o’tkazish senariysi**

Talabalar uchun bitta topshiriq beriladi. SHu topshiriq asosida talaba 1 ta javob namunasini yozib, o’zini ruchkasini stol atrofida aylantirgan holda keyingi talabaga uzatadi.

#### **“Qopdagi mushuk o’yini” uslubi**

**Maqsad:** Talabalar ushbu mavzu yuzasidan chuqur bilimga ega bo’lishni ta’minlash.

**Tamoyillari:** O’qituvchi talabalar uchun mavzu bo'yicha savollar tayyorlaydi. Dars vaqtida talaba ro'yxat bo'yicha qopdan savollarning birini oladi. Bu maxsus kartochka qilib tayyorlangan bo'ladi.

Talabalar kartochkalarni tortib oladi. Savollarga javobni yozma bajaradi. Vazifani tekshirgach konsul'tantlar ballar miqdorini e'lon qiladi va zo'rлaring ballarini aytadi.

#### **3. O'quv soatlari miqdori**

Soat hajmi	<b>O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi ( soat)</b>					Mustaqilish
	Jami	Ma'ruza	Amaliymash g'ulot	Seminar	Klinikmashg'ulot	
100	54	8	18	-	28	46

### **III. Asosiynazariyqism (ma`ruzamashg'ulotlari)**

Mavzular	
<b>YUz-jag' sohasining yallig'lanish kasalliklari</b>	2s
<b>YUz-jag' sohasi odontogen yallig'lanish kasalliklari</b>	2s
<b>Noodontogen yallig'lanish kasalliklari</b>	2s
<b>Maxsus yallig'lanish kasalliklari</b>	2s
<b>Jami</b>	8s

#### **1-mavzu. YUz-jag' sohasining yallig'lanish kasalliklari**

Osteomielit. Etiologiyasi, patogenezi, patologik anatomiyasi. Klinikasi, tashxisi, davosi va profilaktikasi.

#### **2-mavzu. YUz-jag' sohasi odontogen yallig'lanish kasalliklari**

Abstsesslar, flegmonalar, limfangit va limfadenitlar. Tasnifi, patogenezi,

klinikasi, tashxisi. Davolash printsiplari. Odontogen gaymorit. Klinikasi, tashxislash, davolash va profilaktikasi.

### **3-mavzu. Noodontogen yallig'lanish kasalliklari**

Furunkul, karbunkul, saramas yallig'lanishi va noma. Klinikasi, tashxisi, davolash. YUz-jag' sohasi yallig'lanish kasalliklari asoratlari va ularni oldini olish. (yuz venalari tromboflebiti, kavernozi sinus trombozi, meningit, mediastenit, sepsis).

### **4-mavzu. Maxsus yallig'lanish kasalliklari**

Klinikasi, tashxislash, davolash. YUz-jag' sohasi maxsus yallig'lanish kasalliklari (aktinomikoz, sil, zahm, OITS). Ushbu kasalliklarni davolash va oldini olish.

## **III. Amaliy mashg'ulotlar bo'yicha ko'rsatma va tavsiyalar**

Fan bo'yicha amaliy mashg'ulotlar 50% nazariy va 50% amaliy qism (o'quv amaliyot) dan iborat bo'lgan holda o'tkaziladi. Amaliy mashg'ulotning nazariy va amaliy qismi o'zaro bog'liq holda olib boriladi.

Amaliy mashg'ulotlar uchun quyidagi mavzular tavsiya etiladi:

	Mavzu	teo	klin	soat
1	Jag' suyaklari o'tkir, o'tkir osti va surunkali odontogen osteomieliti.	2	2	4
2.	Jag'- yuz sohasi odontogen abstsess va flegmonalari. Pastki jag' atrofi abstsess va flegmonalari.	2	2	4
3.	YUqori jag' atrofi abstsess va flegmonalari:ko'z osti, lunj, ko'z kosasi abstsess va flegmonalari. CHakka, chakka osti, qanotsimon tanglay sohalari abtsessi.	2	2	4
4.	Infektsion yallig'lanish kasalliklari (OITS, sil, zahm).	2	2	4
5.	YUz-jag' sohalari noodontogen yallig'lanish kasalliklari: adenoabstsess va adenoflegmona, limfangit va limfadeniti tasnifi, klinikasi, qiyosiy tashxisi va davolash.Saramas yallig'lanishi.	2	4	6
6.	YUz-jag' sohasi abstsess va flegmonalari hamda ularning asoratlarini umumiy davolash printsiplari.	2	4	6
7.	YUzvenalaritromboflebiti, kavernozinustrombozi. Davolash printsiplari.	2	4	6
8.	YUz-jag' sohasi yallig'lanish kasalliklari asoratlari. Sepsis, septik shok, mediastenit.	2	4	6
9.	So'lakbezlarinio'tkirva surunkalinomaxsusyallig'lanishkasalliklari. So'laktoshkasalligi.	2	4	6
		18	28	46

1. Klinikasi va davolash xususiyatlari. Ekstremal holatlarda shoshilinch malakali tibbiy yordamni tashkillashtirish. Parvarishlash va ovqatlantirish.

Amaliy mashg'ulotlar multimedia qurilmalari bilan jihozlangan auditoriyada bir akademik guruhga bir o'qituvchi tomonidan o'tkazilishi lozim. Mashg'ulotlar faol va interaktiv usullar yordamida o'tilishi, mos ravishda munosib pedagogik va axborot texnologiyalarini qo'llash maqsadga muvofiqdır. Amaliy mashg'ulotlarni o'tkazishda quyidagi didaktik tamoyillarga amal qilinadi:

- Amaliy mashg'ulotlarni maqsadini aniq belgilab olish;
- O'qituvchining innovatsion pedagogik faoliyati bo'yicha bilimlarni chuqurlashtirish imkoniyatlariga talabalarda qiziqish uyg'otish;
- Talabada natijani mustaqil ravishda qo'lga kiritish imkoniyatini ta'minlash;
- Talabani nazariy-metodik jihatdan tayyorlash;
- YUz-jag' sohasi jarohatlarining barcha ***klinik turlarida kasallik tarixini yozish va himoya qilish;***

YUz – jag' kasalliklari va jarohatlari fani bo'yicha klinik o'quv amaliyotni o'tish davrida talabalar amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirishlari ko'zda tutilgan.

#### **Amaliy ko'nikmalar ro'yxati:**

1. Odontogen yallig'lanish kasalliklarida sababchi tishni aniqlash, periostit va osteomielit kasalliklarida o'tuv burmasi va alveolyar o'siqni paypaslash;
2. Abstsess, flegmona va limfadenitlarda jag' atrofi va jag' osti sohalarini paypaslash;
3. Abstsessni kesib ochish;
4. O'tkiryiringli periostitnidavolash;

#### **Klinik o'quv amaliyotni tashkil etish bo'yicha ko'rsatma va tavsiyalar**

YUz-jag' kasalliklari va jarohatlari fani bo'yicha klinik o'quv amaliyoti ta'lim jarayonining 50%ini tashkil qiladi va amaliy mashg'ulotlar "YUz-jag' jarrohligi" bo'limida va Jarrohlik stomatologiyasi maslahat poliklinikasida o'tkaziladi.

Amaliy mashg'ulotda amaliy ko'nikmalarga o'rgatish jarayoni batafsil rejalashtiriladi va bir necha bosqichni o'z ichiga oladi:

1. Birinchi bosqich – mashg'ulotning maqsadi va vazifalaridan kelib chiqqan holda o'rganilayotgan amaliy ko'nikmani o'rganish motivatsion asosi aniqlanadi, uning nazariy jihatlari muhokama qilinadi. Amaliy ko'nikmalarni amalga oshirish uchun kerakli asbob anjomlar ishlash mexanizmi, ishlatish qoidalari bilan talabalar tanishtiriladi.

Birinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedrada barcha asbob anjomlar mavjud va ishchi holatda bo'lishi lozim.

2. Ikkinci bosqich – amaliy ko'nikmani namoyish qilib berish va ko'p marta mashq qilish. Bu bosqichni amalga oshirish uchun amaliy ko'nikmalarni qadamma-qadam algoritmi pedagog tomonidan va videofilmlar orqali namoyish etiladi, algoritmda bosqichma bosqich to'g'ri bajarishga alohida e'tibor qaratiladi. Talaba amaliy ko'nikmani mustaqil, biroq pedagog nazorati ostida mulyajlar, trenajyorlar, fantomlar va manekenlarda, talabalar o'zaro bir-birida ko'p marta mashq qilib o'rganadilar. Boshida barcha bosqichlarini alohida, keyin umumlashtirgan holda to'liq va to'g'ri bajara olgandan so'ng bemorda qo'llashga ruxsat beriladi (imitatsion trening).

Ikkinci bosqichni amalga oshirish uchun kafedra tomonidan ishlab chiqilgan

amaliy ko'nikmalar qadamma - qadam algoritmi va videofilmi, o'quv-uslubiy qo'llanmasi, bajarish sxemasi yoki texnikasi va h.k., baholash mezonlari ishlab chiqilgan bo'lishi lozim. Mulyajlar, trenajyorlar, fantomlar va manekenlar, imitatorlar, asbob-anjomlar bo'lishi lozim va kerakli shart-sharoitlar (maksimal darajada ish sharoitiga yaqin modellashtirilgan) yaratilishi lozim. Bu bosqichda pedagog nazorat qiladi va kerak bo'lganda talabalar ishidagi xatoliklarni to'g'rilaydi. Bu jarayonda talaba harakatlari videotasvirga olinib o'ziga namoyish etilishi, kritik muhokama qilinishi mumkin. Talaba, uning xatosi nimada ekanligini, o'qituvchiga va boshqa talabalarga tushuntirib beradi va so'ngra muolajani takrorlaydi. Interfaollik shunda namoyon bo'ladiki, bunda boshqa talabalar ekspert sifatida chiqishadi va o'qitilayotgan talabaning amaliy ko'nikmani to'g'ri o'zlashtirganligini baholashda ishtirot etadilar. Amaliy ko'nikma avtomatizm darajasigacha etkazilishi maqsadga muvofiq.

3. Uchinchi bosqich - o'rganilgan bilim va amaliy ko'nikmani bemorda qo'llash. Bu bosqichda talaba o'zlashtirilgan bilim va amaliy ko'nikmani turli xil klinik holatlarda (shu jumladan shoshilinch holatlarda) qo'llashga, olingan natijalarni tahlil qilishga va shu ma'lumotlar asosida harakat taktikasini belgilashga pedagog nazoratida o'rgatiladi.

Uchinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedra tomonidan ishlab chiqilgan o'quv, uslubiy qo'llanmalar, fotosuratlar, vaziyatli masalar va testlar to'plami, keyslar, klinik protokollar, diagnostika va davolash standartlari, o'rgatuvchi kasallik tarixlari va ambulator kartalar va h.q. ishlatilishi lozim. Interfaollik shunda namoyon bo'ladiki, bunda boshqa talabalar nafaqat ekspert sifatida chiqishda va o'qitilayotgan talabaning amaliy ko'nikmani to'g'ri o'zlashtirganligini baholashda, ya'ni komandada ishlashda ishtirot etadilar.

4. To'rtinchi bosqich – xulosa. Bu bosqichda pedagog talaba tomonidan olingan bilim va egallagan ko'nikmani bemorlarda, turli xil vaziyatlarda, faoliyat jarayonida to'g'ri va to'liq qo'llay olishiga ishonch hosil qilishi kerak va shunda amaliy ko'nikma o'zlashtirildi deb hisoblanadi.

To'rtinchi bosqichni amalga oshirish uchun talaba bemor bilan mustaqil ishlashi pedagog tomonidan nazorat qilinadi, tibbiy hujjatlarni, kasallik tarixini yozib himoya qilganda baholanadi.

Mashg'ulot so'nggida o'qituvchi har bir talabaning amaliy ko'nikmani o'zlashtirganligini tasdiqlaydi. Talaba amaliy ko'nikmani o'zlashtira olmagan vaziyatlarda, mashg'ulotdan tashqari vaqtida mustaqil o'zlashtirish tavsiya etiladi va pedagogga qayta topshiradi. Talaba barcha amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirgan holda fanni o'zlashtirgan hisoblanadi.

### **Laboratoriya ishlarini tashkil etish bo'yicha ko'rsatmalar**

Fan bo'yicha laboratoriya ishlari namunaviy o'quv rejada ko'zda tutilmagan.

### **Mustaqilta`limuchuntavsiyaetiladiganmavzular:**

Mavzu	
1.	O'tkir periodontit, periostit va jag'lar odontogen osteomielitini qiyosiy tashxisi. Qiyosiy tashxislash algoritmi. Jag' suyaklari o'tkir odontogen osteomieliti. Tashxislash va xirurgik davolash algoritmlari.
2.	YUz-jag' sohasi yallig'lanish kasalliklarini antibakterial davolash. Jag'larning o'tkir osti va surunkali odontogen osteomielitlari. Tashxislash va xirurgik davolash algoritmlari.
3.	YUz va bo'yin abstsess va flegmonalarni umumiyl tavsifi. Klinik ko'rinishi va tashxislash. Ko'z osti, lunj, ko'z kosasi abstsess va flegmonalari. Rivojlanish, klinikasi, tashxislash va davolash algoritmlari. CHakka, chakka osti, qanotsimon tanglay sohalari abtsessi. Rivojlanishi, klinikasi, tashxislash va davolash algoritmlari
4.	YUqori jag' bilan bog'langan yallig'lanish kasalliklari.
5.	YUz vabo'yinabstsess vaflegmonalarniumumiy tavsifi. Klinikko'rinishi va tashxislash. Pastki jag' osti va daxan osti sohalariabstsess vaflegmonalari. Rivojlanish, klinikasi, tashxisi vaxirurgik davolashalgoritmari. Quloq oldi – chaynov vachaynov mushagiosti sohalariflegmonasi. Rivolanish, klinikasi, tashxisi vaxirurgik davolashalgoritmari. YUtqin yoni, qanotsimon jag' oralig'i va jag' orti sohalari abstsess va flegmonalari klinikasi. Tashxislash va xirurgik davolash algiritmlari. Jag' til tarnovi, til osti va retromolyar sohalari abstsess va flegmonalarning rivojlanish, klinikasi, tashxislash va davolash algoritmlari. Til tanasi va ildizi, og'iz tubi abstsess va flegmonasi. Rivojlanishi, klinikasi, tashxislash va davolash algoritmlari. Parafaringeal soha yallig'lanish kasalliklari. Lyudvig anginasi.
6.	YUz-jag' va sohalarilimfangiti valimfadeniti. Adenoabstsess va adenoflegmona. tasnifi, klinikasi, qiyosiy tashxisi va davolash. Asoratlari va ularni oldini olish.
7.	YUz-jag' sohasi chipqon va xo'ppoz. Saramas yallig'lanishi. Etiopatogenezi, klinikasi, tashxisi, qiyosiy tashxisi va davolash. Asoratlari va ularni oldini olish.
8.	YUz-jag' sohasi infektsion yallig'lanish kasalliklari (OITS, sil, zaxm).
9.	YUz-jag' sohasi yallig'lanish kasalliklari asoratlari. Sepsis, septik shok, mediastenit. YUz venalari tromboflebiti. G'ovaksimon bo'shliq trombozi. Klinikasi, tashxisi, davolash. YAllig'lanish kasalliklari asoratlari. Sepsis, mediastenit, kavernoza sinus trombozi, bosh miya abstsessi.
	46

Fan bo'yicha mustaqil ish auditoriya va auditoriyadan tashqari o'tkaziladi.

Talaba mustaqil ishini tashkil etishda quyidagi shakllardan foydalanaladi:

- Auditoriya mashg'ulotlaridan tashqari trenajyor, mulyaj va simulyatsion zallarda/markazlarda tasdiqlangan amaliy ko'nikmalarni pedagog nazaratida son va sifat jihatdan bajarish va amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish daftarlarda aks ettirish;
- Tibbiyot OTM klinikalari va klinik o'quv bazalarida auditoriyadan tashqari tashkillashtirilgan klinik navbatchilikda tasdiqlangan amaliy ko'nikmalarni navbatchi shifokor-pedagog nazaratida son va sifat jihatdan bajarish va navbatchilik daftarlarda aks ettirish;
- Bemorlar kuratsiyasida davolovchi yoki navbatchi shifokor bilan nazarat qilishda ishtirop etish;
- Aholi orasida sanitar oqartuv ishlarni suhbat va ma'ruzalarni o'tkazish;
- Ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;

- Berilgan mavzu bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;
- Fanning bo'limlari yoki mavzulari ustida maxsus yoki ilmiy adabiyotlar (monografiyalar, maqolalar) bo'yicha ishlash va ma'ruzalar qilish;
- Vaziyatli va klinik muammolarga yo'naltirilgan vaziyatli masalalar echish;
- Keys (real klinik vaziyatlar va klinik vaziyatli masalalar asosida kase-study) echish.

***SHuningdek talabaning mustaqil ishi bo'lib:***

- Grafik organayzerlarni ishlab chiqish va to'ldirish;
- Krossvordlar tuzish va echish;
- Prezentatsiya va videoroliklar tayyorlash hamda mustaqil ish jarayonida keng qo'llash va h.k.

***Fan bo'yicha kurs ishi (loyihasi)***

Fan bo'yicha kurs ishi o'quv rejasida ko'zda tutilmagan.

**VII. Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbaalari**

**Asosiy adabiyotlar:**

1. Abdullaev Sh.Yu., Arjantaev A.P. Yuz-jag' travmatologiya. O'quv qo'llanma. - Toshkent. Ilm Ziyo. 2019 yil
2. Azimov M.I. Yuz-jag travmatologiyasi. Darslik. - Toshkent. Ilm Ziyo 2016 yil.
3. Azimov M.I. Jarrolik stomatologiya propedevtikasi. Darslik. –Toshkent. Uzbekistan Milly entsiklopediyasi. 2009 yi

**Qo'shimcha adabiyotlar:**

1. Abdullaev Sh.Yu., Islomxo'jaeva F.K. Yuz-jag' soxasi birlikdagi jarohatlari.O'quv uslubiy qo'llanma. - Toshkent. TDSI Bosmahonasi. 2018 yil
2. Afanasyev V.V., yuz-jag' soxasi travmatologiyasi. Darslik. - Moskva. GEOTAR-Media. 2010 yil
3. Robustova T.G. Jarrohlik stomatologiyasi darsligi. 4-nashr. - Moskva. Tibbiyot. 2010 yil
4. Timofeev A. A.Yuz-jag' xirurgiyasi. Qo'llanma. - Kiyev. Tibbiyot. 2010 yil
5. Neelima Anil Malik. Og'iz va yuz-jag' jarrohligi darsligi. Ikkinchchi nashr © India.JPBMP Ajanta shahrida bositgan. 2008 da
6. Kenbaev V.O. Yuz-jag' soxasining travmatologiyasi. Qo'llanma. - Chimkent tibbiyot. 2006 yil
7. Rabuxina N.A., Arjantsev A.P. Stomatologiyada rentgenologik diagnostika - Moskva, tibbiy yangiliklar agentligi. 2006 yil
8. Robustova T.G. Jarrohlik stomatologiyasi. Darslik. -Moskva. Tibbiyot. 2003 yil
9. Timofeev A. A. Yuz-jag' jarrohligi va jarrohlik stomatologiya bo'yicha qo'llanma - Kiev. Tibbiyot. 2002 yil

10. Shargorodskiy A. G. Yuz va bo'yinning yallig'lanish kasalliklarini klinikasi, diagnostikasi, davolash va oldini olish. Qo'llanma. - Moskva. GEOTAR - OAV. 2002 yil
11. Bezrukov V.M., Robustova T.G. Jarrohlik stomatologiyasi va yuz-jag' jarrohligi bo'yicha ko'rsatmalar. - Moskva. Tibbiyot. 2000 yil
12. Mirziyoyev Sh.M. Tanqidiy taxil, Katiy tartib intizom va shahsiy javobgarlik -xar bir raxbar faolyatining kundalik qoidasi bolishi kerak. "O'zbekiston" matbuot va axborot markazi "O'zbekiston" matbaa ijodiy uyi . 2017 yil
13. Mirziyoyev Sh.M. Buyuk kelajagimizni mard va olivjanob xalqimiz bilan birga quramiz. "O'zbekiston" matbuot va axborot markazi "O'zbekiston" matbaa ijodiy uyi . 2017 yil
14. Mirziyoyev Sh.M. Erkin va farovon, Demokratik O'zbekiston davlatini birlashtirishda etamiz. "O'zbekiston" matbuot va axborot markazi "O'zbekiston" matbaa ijodiy uyi. 2016 yil.

**Internet veb-sayti:**

1. [www.tsdi.uz](http://www.tsdi.uz)
2. [www.dental-revue.ru](http://www.dental-revue.ru)
3. [www.e-stomatology.ru](http://www.e-stomatology.ru)
4. [www.dentalyug.ru](http://www.dentalyug.ru)
5. [www.dentist.med-place.ru](http://www.dentist.med-place.ru)
6. [www.stomatolog.com.ua](http://www.stomatolog.com.ua)
7. [www.zyonet.uz](http://www.zyonet.uz)
8. [www.info@minzdrav.uz](mailto:www.info@minzdrav.uz)
9. [www.Consilium-medicum.com](http://www.Consilium-medicum.com).
10. medline;
11. e-library;
12. [www.Medpsy.ru](http://www.Medpsy.ru);

## Vaziyatli masalalar

1. Bemor 48 esh !6 tishning ildizlarini olish vaqtida yuqori jag` bo'shlig'i bilan tutashganligi aniqlandi. Mahalliy: !6 tish ildizlari olingan, tish katakchasida yallig`lanish belgilari yo'q, bo'shliqdan ajralma yo'q. Burundan qon oqish boshlandi.

- 1) Sizning tashhisingiz
- 2) Qiyosiy tashhisni o'tkazing
- 3) Berilgan yordam xajmini aniqlang

2. Bemor 72 yosh, uch kun oldin 4 tish oldirilgan. SHikoyatlar: yuqori jag` alveolyar o'siq chetlaridagi og`riqlar. Mahalliy: tish katakgi qon quyqasi bilan to'lgan. Paypaslaganda og`riqli.

1. Tashhis qo'ying
2. Davolash.

3. Bemor Z. 63 yoshda, bo'limga og`ir axvolda murojat qildi. Shikoyatlari: boshning o'ng yarimida doimiy zirqiragan o'tkir og`riqqa, og`iz ochilishini, yutinishni imkoniyati yo'qligiga, umumiy xolsizlikka, qaltirashga, tana haroratini 40,0 gacha ko'tarilishiga. Anamnezidan, 2 kun ilgari turar joy poliklinikasida yuqori o'ng tomon 7,8 tishlari surunkali periodontit o'tkirlashuvi bo'yicha sug`urilgan. Sug`urilishiga qaramay yuqori jag` sohasida og`riq kuchaygan, boshning o'ng yarimiga og`riq tarqalgan, og`iz ochilishi chegaralanishi kuchaygan, yutinishda og`riq ko'paygan.

Ob`ektiv: teri qoplami oqargan, yuz sohasi muzdek ter bilan qoplangan, shifokor savollariga sust javob qaytaradi. Murojat qilganda tana harorati 41,2 gradusda, O'ng tomon chakka va qulqoq oldi chaynov sohalari yumshoq to'qimalarida shish aniqlanadi. ("qum soati" belgisi), shuningdek o'ng ko'z yuqori va pastki qovoqlari shishi kuzatiladi. O'ng tomon chakka sohasi teri rangi o'zgarmagan. Chakka mushagi kengligida palpatsiya qilinganda noaniq konturli o'tkir og`riqli zich yallig`lanish infiltratli aniqlanadi. Flyuktuatsiya aniqlanmaydi, og`iz ochilishi qiyinlashgan, pastki jag`ni yon xarakatlarida o'tkir og`riq seziladi. Og`iz bo'shlig'i: o'ng yuqori 6,7,8 tishlar sohasi vestibulyar tomongan o'tuv burmasi shilliq qavatida qizarish, shish aniqlanadi. Yuqori jag` do'm bog'iga tomomn palpatsiya qilinganida o'tkir og`riqli yallig`lanish infiltrati aniqlanadi. Shuningdek yumshoq tanglay va o'ng tomon yutqin yon devori yuqori bo'limlari shilliq qavatida shish kuzatiladi.

1. Tashxis qo'ying. Tashxislashda asoslangan asosiy klinik belgilarni ko'rsating.
2. Davolash rejasini belgilang.

4. Bemor 34 yosh poliklinikaga o'ng tomon til osti sohasidagi shish va og`riq, yutingandagi og`riq, tilni harakatlantirgandagi og`riq tufayli nutq buzilishi shikoyatlari bilan keldi. Anamnezidan 2 yil oldin 6 tishi davolangan. Vaqt-vaqt bilan tish og`rib turgan. Bir xafta oldin og`riq kuchaygan va o'ng til osti sohasida shish paydo bo'lган. o'ng tomon til osti sohasi tekshirilganda infiltrat og`riqli,

shilliq qavat shishgan va qizargan, jag`-til tarnovchasi silliq va og`riqli. 6 perkussiya musbat.

1. Taxminiy tashhis ko`ying.
  2. Infektsiya tarqalishi mumkin bo`lgan yo`llarni tushintiring.
  3. Davolash rejası va kesish usulini tuzing.
5. Bemor 70 yosh poliklinikaga yuzning o'ng tomoni shishi va og`rishi shikoyati bilan keldi. Anamnezidan: bir yil oldin 7 plombalangan, lekin plomba tushib ketgan va bir xafka oldin tish sohasida shish va simillovchi og`riq paydo bo`lgan, shish sekin-asta kattalashgan va shikoyatlar ko`paygan. Og`zini yaxshi ocha olmagan, yutinganda og`riq va nutq tushunarsiz bo`lgan. Tekshirilganda – o'tirgan xolat, og`iz yarim ochik, nutq buzilgan. Paypaslaganda Dahan osti va jag` osti sohalarida og`riqli va qattiq infiltrat, bilqillash yo`q, krepitatsiya aniqlanadi..
1. Tashhis ko`ying.
  2. Davolash rejasini tuzing
  3. Nimaga krepitatsiya paydo bo`lgani va bemor majburiy xolati sababini tushintiring
  4. Qanday kesma o'tkazish kerak va operatsiyadan keyingi davo
6. Bemor M., 57 yosh, poliklinikaga ung tomon yuqori lab sohasidagi shishga va kuydiruvchi ogrikka shikoyat kilib muroajat etdi.

Anamnezidan: 4 kun avval ung tomon yuqori lab sohasida yirngli shishcha va biroz orgik paydo buldi.

Umumiy axvoli konikarli, tana xarorati 37,8°.

Maxalliy xolati: burun-lab burmasi yassilashgan. Yuqori lab sohasida diametri 3 sm bo`lgan zichlashish kuzatiladi. Usti teri kavati kizargan. Markazida nekrotik uzak.

1. Tushuntirib Bering va tashhis kuying.
2. Bunday kasallikda kanday asoratlar bo`lishi mumkin?
3. Bemorni davolash rejasini tuzing.

Javob: Ung tomon yuqori lab furunkuli. Asoratlari: yuz venalari tromboflebiti, kavernozi sinus trombozi, bosh miya abstsessi. Xirurgik stomatologiya bulimiga tezkor gospitalizatsiya, furunkulni ochish, yotok tartib, antibiotikoterapiya, antikoagulyantlar buyurish.

7. Bemor K., 29 yosh. Shikotyalari: yuzni ung tomonida chegarlangan shishga. Anamnezidan: bir oy avval yikilib tushgan, sungra shish paydo bulib, asta sekin kattalashgan, ogiz chishi chegaralangan. Bemor gospitalizatsiya kilingan.

Statsionarga yotkizilganda, umumiy xolati konikarli, tana xarorati 37,8°. Ung tomon jag` osti sohasida zich, kam ogrikli, kattaligi 2x2 sm bo`lgan shish kuzatiladi. Usti teri kavati rangi giperemiyalangan, burmaga yigilmaydi, okma yo'l va undan yiringli ajralmalar chikishi kuzatiladi.

Paypaslanganda pastki jag` osti limfa tugunlari zichelastikligi aniklanadi.

Tashhis kuyildi: ung tomon jag` osti sohasi karbunkuli. Krestsimon kesim o'tkazildi, yallig`lanishga karshi davo tayinlandi.

1. Bu kasallikning qaysi simptomlari karbunkulni klinik belgilariga mos kelmaydi?

2. Tashhisni aniklashtirish uchun kanady tekshirish usullaridan foydalainsh kerak?

3. Bunday kasallikda mumkin bo'lgan kanday tashhis kuyish kerak?

Javob: okma yo'l borligi, shish kam ogrikligi, jaroxat borligi. Pastki jag`ni rentgen tasvirini olish kerak. Pastki jag`ni travmatik osteomieliti, ung tomon jag` osti sohasi flegmonasi

8. poliklinikaga 34 yoshli bemor, tildagi patologik o'zrashilar, ishtaha yo'qolishi, tana vazni kamayishi, tez charchashiga shikoyat qilib muroajat etdi. Umumiy ko'rikda: teri qavati oqorgan, nam. Anamnezidan: bemor 3 yil avval ozodlikka chiqqan

Mahalliy holat: tilni yon taraflarida oq rangli tuklar chiqib turganligi va ko'chmasligi aniqlanadi

1. Bemorga qanday tashhis qo'yish mumkin?

2. Bu qaysi kasallik simptomi va qaysi bosqichda namoyon bo'ladi?

Javob: Tukli leykoplakiya. Odatda VICH-infektsiyani 3-bosqichida namoyon bo'ladi (oraliq boqich).

9. Statsionarga pastki 6 tish sababli lunj sohasi flegmonasi tashhisi bilan bemor yotqizildi.

Ko'rulganda: yumshoq tanglayda, **dujka** va ikki tomonlama mindalinalarda yumaloq shakilli papulalar kuzatiladi, diametri 1sm, og'riqli. Papulalar ko'chirilganda go'shtli-qizil eroziya aniqlanadi, tilda silliq, yaltiroq, «chopilgan dalaga» o'hshash shiliqqavatdan tushib ketuvchi elementlar kuzatiladi. Anamnezidan: bemor 4 yil avval Malayziyada bo'lgan, shundan so'ng vaqtı-vaqtı bilan tanadan toshmalar paydo bo'lib, izsiz yo'qolib ketadi.

1. Bemorda qanday yondosh kasallik bor?

2. Qaysi kasallik bosqichi uchun bu belgilar hos hisoblanadi?

Javob: Sifilis. Ikkilamchi bosqich (papulezli sifilid).

**10.** Bemor S., 24 yosh, shikoyati: daxan va jag` osti soxalardagi doimiy tez og`riklarga, og`iz ochilishda og`riklar kuychayishiga. 3 kun avval kasallangan. Boshlanishini xech narsa bilan bog`lamaydi.

Ob'ektiv: tana xarorati 38,0°, bemor xolsiz, kaltirash kuzatiladi, peshona ter bilan koplangan

Maxalliy: daxan osti va ikkala tomon jag` osti soxalarida teri kavati giperemiyalangan, maxalliy xarorat kutarilgan, og`rik xisobiga og`iz ochish kiyinlashgan. Og`iz bushlig'i sanatsiya kilinmagan. Rentgen tasvirda: ung tomon 5,6 tishlar surunkali granulyatsiyalanuvchi periodontit.

1. Bu ma'lumotlar asosida kanday kasalliklarni taxmin kilishingiz mumkin?

2. Tashhis kuyish uchun nima kilasiz?

Javob: Og`iz tubi odontogen flegmonasi. Yuz-jag` xirurgiyasi bulimiga shoshilinch gospitalizatsiya. Flegmonani ochish. Intensiv medikamentoz davo (antibakterial, desensibilizilluvchi, dezintoksikatsion)

**11.** Bemor O., 53 yosh, shikoyatlari: chap tomon lunj soxasidagi shishga, og`iz ochilish chegaralanganligiga. Anamnezidan: 4 yilda buyon ikki tomonlama parenximatoz parotit bilan stomatologda dispaser nazoratda turadi. 2 oy avval chap tomon lunj soxasi flegmonasi tashhisi. Bilan klinikada davolangan. Flegmona ochilgan, yiring olingan, tish olinmagan. 3 xaftha avval chap tomon lunj soxasi pastki qismida yana shish paydo bulgan. Bir necha kun og`riklar bulmagan, sungra paydo bulgan. 4 kun avval og`riklar kuchaygan, teri giperemiyasi kuzatilgan

Maxalliy: chap tomon lunj sohasi pastki qismida keng yallig`lanish infiltrati kuzatiladi, kattaliga 5x7 sm, chegarasi noanik, kamogrikli, ustidagi teri kam giperemiyalangan, kukimtir, burmaga yig`ilmaydi. Chap tomon jag` osti soxasi paypaslanganda limfatik tugun bir oz shishganligini, xarakatchanligini, og`rikligini aniklash mumkin. Og`rik tufayli og`iz ochilishi kiyinlashgan, lekin bir oz xarakatdan keyin tulik ochildi. Chap tomon lunj shillik kavati shishgan, kukimtir. Chap tomon stenon yuli buyicha ajratmalar kuzatilmayapti. Ung tomon stenonov yuli buyicha ko`pikli ajralmalar kuzatilmokda.

1. Tashhis kuyish uchun kanday ma`lumotlar etishmayapti?

2. Qanday kasalliklarni taxmin kilishingiz mumkin?

Javob: Tishlar xolati xaqida ma`ulmotlar yuk, chunki ular sababchi bulishi mumkin. Chap tomon lunj soxasi odontogen flegmonasi, ikki tomonlama parenximatoz parotit o`tkirlashuvi.

**12.** Bemor, 47 yosh, shikoyatlari: ung tomon jag` osti soxasidagi bir oz shishga, ung tomon jag` osti va tomokdagi og`rikka, og`iz ochilmaslikka, yutishi og`rikligiga, umumiyl xolsizlikka, kaltirashga, tana xarorati 39 S kutarilganligiga. Ung tomon kanotsimon-jag` burmasi, tanglay pardasi va yutkun soxasi yon devori shishgan.

1.Tashhis kuying?

2.Davo rejasি?

Javob: Ung tomon yutkun oldi soxasi flegmonasi. Yiringli uchokni ochish. Antibakterial, desensibilovchi davo. Yaraga kundalik ishlov.

**13.**Bemor 35 yosh poliklinikaga yutinganda og`riq, shish, og`iz ochilishi chegaralanishi bilan keldi. Anamnezdan 2 yil oldin 8 tishi davolangan shamollagandan keyin tana harorati ko`tarilgan hamda yutinganda og`riq paydo bo`lgan

4. Taxminiy tashhis ko`ying.

5. Tekshiruv rejasini tuzing.

6. Qaysi og`riqsizlantirish usulidan foydaniladi.

**14.**Bemor 40 yosh klinikaga shishga, og`izni qiyinlashganiga va yutingandagi og`riqqa shikoyat qilib keldi. Bemor 8 tishni turar-joy poliklinikasida oldirgandan keyin kasallik paydo bo`ldi deb taxmin qiladi.

Ko`rikda aniqlandi:og`izdan o`tkir xid, og`iz lsm ochiladi, retromolyar shilliq soha va yumshoq tanglay giperemiyalangan, «uvulae» shishgan chap tomonga surilgan.

5. Tashhis qo`ying.

6. Tekshiruv rejasini tuzing.

7. Davo rejasini tuzing.

## TESTLAR

1. Poliklinika sharoitida xirurgik stomatologik bo'lim necha qismdan tashkil topadi:

- A. 5
- B. 3
- V. 4
- G. 7
- D. 2

2. Bitta stomatologik kreslosi bor operatsiya xonasi necha kvadrat metrga ega bo'lishi kerak:

- A.  $23m^2$
- B.  $21m^2$
- V.  $14m^2$
- G.  $20 m^2$
- D.  $22m^2$

3. Poliklinika sharoitida qaysi rejali operatsiyalar o'tkaziladi:

- A. tish ildizi uchini rezektsiyasi
- B. yumshoq to'qimalar jaroxatlariga choclar qo'yish
- V. biopsiya uchun to'qima olish
- G. distopiyalangan tishlani olish
- D. pastki jag` chiqishini to'g`irlash

1. AV, 2. GD, 3. A BV, 4. A, 5. VD

4. Rejali bo'lмаган operatsiyalarga qaysilar kiradi.

- A. yumshoq to'qimalar jaroxatlariga choclar qo'yish
- B. yuz suyaklari siniqlarini repozitsiyasi
- V. tish ildizi uchini rezektsiyasi
- G. biopsiya
- D. tish implantatsiyasi

1. AB, 2. AV, 3. BG, 4. DG, 5. VD

5. Xirurgik bo'limda xona va uning kengligini moslashtiring.

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 1) operatsiya oldi xonasi | A) $23 m^2$ dan kam emas |
| 2) operatsiya xonasi      | B) $10 m^2$ dan kam emas |
| 3) sterilizatsiya xonasi  | V) $8m^2$ dan kam emas   |
1. B      2. A      3. V

6. Xirurgik kabinetda xonani va talabni moslashtiring:

1. Sterilizatsiya xonasi
  2. Operatsiya xonasi
- A. YUza  $10 m^2$ .dan kam emas
  - B. Butun bo'yiga kafel bilan qoplangan bo'lishi kerak
  - V. YUza  $14m^2$ .dan kam emas
  - G.  $1.8 m^2$ .kam bo'lмаган balandlikkacha kafel bilan qoplanishi kerak

- D. Pol – linoleum  
E. Pol- keramik plitka.  
1 AGD        2 BVE

7. Poliklinika sharoitida o'tkaziladigan rejali va rejali bo'lman operatsiyalarini mosligini toping:

- 1) rejali  
2) rejali bo'lman  
A. O'tkir periostitda yiringli o'choqni xirurgik ishlovi  
B. yuz suyaklari siniqlarini repozitsiyasi  
V. replantatsiya  
G. tish ildizi uchini rezektsiyasi  
D. tish implantatsiyasi.

1 VGD        2 AB

8. Kesuvchi instrumentlar qanday sterilizatsiyalanadi:

- A. 2 soat davomida 96 gradusli spirtda  
B. 0.5 soat qaynatilib  
V. 1 soat davomida 180 S da quruq xavoda  
G. 0.5 soat ichida diotsid eritmasida  
D. 1 soat ichida avtoklavda

9. Bemorga maishiy jaroxat olganligini isbotlovchi qanday xujjat beriladi:

- A. 6 kunga ishga layoqatsizlik to'g'risida  
B. 1 kun ishga layoqatsizlik to'g'risidagi qog'oz  
V. 3 kunda ishga layoqatsizlik to'g'risidagi qog'oz  
G. 3 kunga ishga layoqatsizlik to'g'risida  
D. 10 kunga ishga layoqatsizlk to'g'risida

10. Bemorni og'iz bo'shlig'ini tekshirish nimadan boshlanadi:

- A. og'iz daxlizi shilliq qavatini ko'rish  
Б. lab qizil xoshiyasini ko'rish  
В. tilni ko'rish  
Г. so'lak bezlarini chmqrav naylarini ko'rish  
Д. lunj shilliq qavatini ko'rish

11. Bemorni tekshirishdan maqsad:

- A. tashxis qo'yish  
Б. bemorni umumiyl xolati bilan tanishish  
В. aloxida a'zolar xolatini o'rganish  
Г. bamor psixikasi xususiyatlarini o'rganish  
Д. bemor bilan yaqin tanishish

12. Quyida keltirilgan usullardan qaysi biri qo'shimcha tekshirish usullariga kiradi:

- A. Anamnez yig'ish  
Б. EOD  
В. punktsiya  
Г. rentgenografiya  
Д. sialografiya

13. Normada og`iz necha santimetrga ochiladi

- E. 3 sm
- Ж. 5 sm
- З. 4 sm
- И. 6 sm
- К. 4,5 sm

14. Biopsiya uchun preparatni qanday eritmaga solinadi:

- A. 40 % li formalin eritmasi
- Б. 0,5 % li natriy xlor eritmasi
- В. 10 % li neytral formalin eritmasi
- Г. 70 % li spirt eritmasi
- Д. 10 % li natriy xlor eritmasi

15. Sub`ektiv tekshirish usullariga nima kiradi:

- А. so'roq
  - Б. xayot anamnezi
  - В. palpatsiya
  - Г. auskultatsiya
  - Д. perkussiya
1. AB, 2. VG, 3. GD, 4. AG, 5. BD

16. Uzoq davom etuvchi va bitmaydigan yaralarda qanday analiz o'tkazish kerak:

- A. Vasserman reaktsiyasi
  - Б. SPID-diagnostikasi
  - В. Sterillikka qon
  - Г. Qon ivishini aniqlash
  - Д. ECHTni aniqlash
1. VG, 2. AB, 3. GD, 4. AV, 5. GB

17. Ob`ektiv va sub`ektiv tekshirish usullarini moslashtiring:

- |              |                         |
|--------------|-------------------------|
| 1. sub`ektiv | A. tishlar perkussiyasi |
| 2. ob`ektiv  | B. laborator tekshiruv  |
|              | V. Bemorni so'roqlash   |
|              | G. palpatsiya           |
|              | D. kasallik anamnezi    |
1. VD. 2. ABG

18. Bemorni ob`ektiv va sub`ektiv tekshirishda asosiy va qo'shimcha usullarni mosligini aniqlang:

- 1. asosiy
  - 2. qo'shimcha
    - A. Rentgen
    - B. Palpatsiya
    - V. Laborator tekshiruv
    - G. TSitologiya
    - D. Nuqson kattaligini aniqlash
    - E. Perkussiya
1. BED 2.VAG

**«Хиургик стоматология» кафедрасида**  
**талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг**  
**рейтинг тизими тўғрисида**

**Н И З О М**

**Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти «Хиургик стоматология» кафедрасида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида**

**Н И З О М**

Ушбу Низом Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта маҳсус таълим вазирлигининг 2009 йил 07 август № 276-сонли “Талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низомни амалиётга жорий этиш ҳақида”ги буйруғи билан тасдиқланган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида “Низом” ва тиббиёт олий таълим муассасалари ректорлари Раёсати томонидан тавсия этилган “Тиббиёт олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом” ва Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта маҳсус таълим вазирлигининг 2010 йил 25 августдаги 333 – сон буйруғи билан Низомга ўзgartириш ва қўшимчалар киритилган ҳамда Ўзбекистон Республикаси Адлия вазиригида 2010 йил 26 августда 1981-1 сон билан Давлат рўйхатидан қайта ўтказилган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом”и ва “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги низомга ўзgartириш ва қўшимчалар киритиш ҳақида”ги (Давлат рўйхати 1981-2-сон, 13.12.2013 йил) ҳамда “Олий таълим тўғрисидаги низомга қўшимча киритиш ҳақида”ги (Давлат рўйхати 1222-2 –сон, 13.12.2013) бўйруқлари асосида ишлаб чиқилди ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашда асосий меъёрий хужжат бўлиб ҳисобланади.

**I. Умумий қоидалар**

1. Талабалар билимини назорат қилиш ва рейтинг тизими орқали баҳолашдан мақсад таълим сифатини бошқариш орқали рақобатбардош кадрлар тайёрлашга эришиш, талабаларнинг фанларни ўзлаштиришида бўшликлар ҳосил бўлишини олдини олиш, уларни аниқлаш ва бартараф этишдан иборат.

2. Рейтинг тизимининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

- а) талабаларда Давлат таълим **стандартларига** мувофиқ тегишли билим, кўникма ва малакалар шаклланганлиги даражасини назорат қилиш ва таҳлил қилиб бориш;
- б) талабалар билими, кўникма ва малакаларини баҳолашнинг асосий тамойиллари: Давлат таълим **стандартларига** асосланганлик, аниқлик, ҳаққонийлик, ишончлилик ва қулай шаклда баҳолашни таъминлаш;
- в) фанларнинг талабалар томонидан тизимли тарзда ва белгиланган муддатларда ўзлаштирилишини ташкил этиш ва таҳлил қилиш;
- г) талабаларда мустақил ишлаш кўникмаларини ривожлантириш, ахборот ресурслари манбаларидан самарали фойдаланишини ташкил этиш;
- д) талабалар билимини холис ва адолатли баҳолаш ҳамда унинг натижаларини вақтида маълум қилиш;
- е) талабаларнинг фанлар бўйича комплекс ҳамда узлуксиз тайёргарлигини таъминлаш;
- ж) ўқув жараёнининг ташкилий ишларини компьютерлаштиришга шароит яратиш.

3. Фанлар бўйича талабалар билимини семестрда баҳолаб бориш рейтинг назорати жадваллари ва баҳолаш мезонлари асосида амалга оширилади.

## **II. Назорат турлари ва уни амалга ошириш тартиби**

4. Назорат турлари, уни ўтказиш тартиби ва мезонлари кафедра мудири тавсияси билан факультет ўқув-услубий кенгашида мухокама қилинади ва тасдиқланади ҳамда ҳар бир фаннинг ишчи ўқув дастурида машғулот турлари билан биргаликда кўрсатилади.

5. Рейтинг назорати жадваллари, назорат тури, шакли, сони ҳамда ҳар бир назоратга ажратилган максимал балл, шунингдек жорий ва оралиқ назоратларнинг саралаш баллари ҳақидаги маълумотлар фан бўйича биринчи машғулотда талабаларга эълон қилинади.

6. Талабаларнинг билим савияси ва ўзлаштириш даражасининг Давлат таълим стандартларига мувофиқлигини таъминлаш учун қуйидаги назорат турларини ўтказиш назарда тутилади:

**жорий назорат** – талабанинг фан мавзулари бўйича билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули. Жорий назорат фаннинг хусусиятидан келиб чиқсан ҳолда, семинар, лаборатория ва амалий машғулотларида оғзаки сўров, тест ўтказиш, сұхбат, назорат иши, коллоквиум, уй вазифаларини текшириш ва шу каби бошқа шаклларда ўтказилиши мумкин;

талабанинг мустақил иши ўқув режасида муайян фанни ўзлаштириш учун белгиланган ўқув ишларининг ажралмас қисми бўлиб, у услугубий ва ахборот ресурслари жиҳатдан таъминланади ҳамда бажарилиши рейтинг тизими талаблари асосида назорат қилинади.

**оралиқ назорат** – семестр давомида ўқув дастурининг тегишли (фаннинг бир неча мавзуларини ўз ичига олган) бўлими тугаллангандан кейин талабанинг билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули. Оралиқ назоратнинг сони (бир семестрда 2 мартадан кўп ўтказилмаслиги лозим) ва шакли (ёзма, оғзаки, тест ва ҳоказо) ўқув фанига ажратилган умумий соатлар ҳажмидан келиб чиқсан ҳолда кафедра томонидан белгиланади.

**якуний назорат** – семестр якунида муайян фан бўйича назарий билим ва амалий кўникмаларни талабалар томонидан ўзлаштириш даражасини баҳолаш усули. Якуний назорат асосан таянч тушунча ва ибораларга асосланган “Ёзма иш” ёки ОТКС (объектив тизимлаштирилган клиник синов) шаклида ўтказилади.

Таълим йўналиши ва мутахассисликлари айрим фанларининг хусусиятларидан келиб чиқсан ҳолда факультет Илмий кенгаши ёки институт кенгаши қарори асосида кўпи билан 40% фанлардан якуний назоратлар бошқа шаклларда (оғзаки, тест ва ҳоказо) ўтказилиши мумкин.

“6<sup>1</sup>. Назорат турларини ўтказишда холисликни таъминлаш мақсадида талабалар тўғрисидаги маълумотлар уларнинг назорат ишларига олий таълим муассасаси томонидан индентификация коди бериш орқали шифрланиши мумкин”

7. Оралиқ назоратни ўтказиш жараёни кафедра мудири томонидан тузилган комиссия иштирокида даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, оралиқ назорат натижалари бекор қилинади ҳамда оралиқ назорат қайта ўтказилади.

8. Институт раҳбарининг буйруги билан ички назорат ва мониторинг бўлими ёки ўқув-услубий бошқарма раҳбарлигига тузилган комиссия иштирокида якуний назоратни ўтказиш жараёни даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, якуний назорат натижалари бекор қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда якуний назорат қайта ўтказилади.

9. Ўқув йили тугаганидан кейин рейтинг назорати натижаларига кўра талабаларни кейинги курсга ўтказиш тўғрисида белгиланган тартибда қарор қабул қилинади.

### **III. Баҳолаш тартиби ва мезонлари**

10. Талабаларнинг билим савияси, кўникма ва малакаларини назорат қилишнинг рейтинг тизими асосида талабанинг ҳар бир фан бўйича ўзлаштириш даражаси баллар орқали ифодаланади.

11. III курс Хирургик стоматология пропедевтикаси, IV курс Юз-жағ травматологияси, V курс Юз-жағ жарроҳлиги фани бўйича талабанинг семестр давомидаги ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда бутун сонлар билан баҳоланади.

Ушбу 100 балл назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади:

жорий баҳолаш - 45 балл;

оралиқ баҳолаш – 20 балл;

мустақил иш - 5 балл;

якуний баҳолаш – 30 балл;

Тиббиёт институти талабаларини ўқитиши услубларини ўзига хослигини инобатта олган ҳолда билимини баҳолашда ЖБ, ТМИ, ОБ, ва ЖБларнинг қийматани ҳисобга олиш учун коэффициенти қўлланилади.

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1.	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2.	ТМИ	5	2,75	0,05
3.	Оралиқ баҳолаш	20	11,0	0,2
4.	Якуний баҳолаш	30	16,5	0,3
	<b>ЖАМИ</b>	<b>100</b>	<b>55,0</b>	<b>1</b>

Даволаш ва тиббий педагогика факультети Vкурс талабалари “Стоматология” фанидан аудитория соатлари 72 соатдан кам бўлган холларда оралиқ назорат ўказилмайди ва ушбу 100 балл назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади.

жорий баҳолаш - 45 балл;

мустақил иш - 5 балл;

якуний баҳолаш – 50 балл;

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1.	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2.	ТМИ	5	2,75	0,05
3.	Якуний баҳолаш	50	27,5	0,5
	<b>ЖАМИ</b>	<b>100</b>	<b>55,0</b>	<b>1</b>

12. Талабанинг рейтинг дафтарчаси ёки талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимида алоҳида қайд қилинадиган малакавий амалиёт, фан (фанлараро) бўйича якуний давлат аттестацияси, магистратура талабаларининг илмий-тадқиқот ва илмий-педагогик ишлари, магистрлик диссертацияси бўйича ўзлаштириш даражаси – 100 баллик тизимда баҳоланади.

13. Талабанинг фан бўйича ўзлаштириш кўрсаткичини назорат қилишда қуйидаги намунавий мезонлар тавсия этилади:

а) 86-100 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб берни лозим:

хулоса ва қарор қабул қилиш;

ижодий фикрлай олиш;

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллай олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб берниш;

тасаввурга эга бўлиш.

б) 71-85 балл учун талабанинг билим даражаси қўйидагиларга жавоб берниши лозим:

мустақил мушоҳада юрита олиш;  
олган билимларини амалда қўллай олиш;  
моҳиятини тушуниш;  
билиш, айтиб берниш;  
тасаввурга эга бўлиш.

в) 55-70 балл учун талабанинг билим даражаси қўйидагиларга жавоб берниши лозим:

моҳиятини тушуниш;  
билиш, айтиб берниш;  
тасаввурга эга бўлиш.

в) қўйидаги ҳолларда талабанинг билим даражаси 0-54 балл билан баҳоланиши мумкин:

аниқ тасаввурга эга бўлмаслик;  
билмаслик.

14. Намунаий мезонлар асосида муайян фандан жорий ва оралиқ назоратлар бўйича аниқ мезонлар ишлаб чиқилиб, кафедра мудири томонидан тасдиқланади ва талабаларга эълон қилинади.

15. Намунаий мезонларга мувофиқ мутахассислик фанлар бўйича таянч олий таълим муассаси (ТТА) томонидан якуний назорат учун баҳолаш мезонлари

ишлаб чиқилиб, институт Илмий-услубий кенгаши томонидан тасдиқланади ва турдош олий таълим муассасаларига етказилади.

16. Талабаларнинг ўқув фани бўйича мустақил иши жорий, оралиқ ва якуний назоратлар жараёнида тегишли топшириқларни бажариши ва унга ажратилган баллардан келиб чиқсан ҳолда баҳоланади.

17. Талабанинг фан бўйича бир семестрдаги рейтинги қўйидагича аниқланади:

$$R_f = \frac{V \bullet O'}{100}$$

бу ерда:

V – семестрда фанга ажратилган умуний ўқув юкламаси (соатларда);

$O'$  –фан бўйича ўзлаштириш даражаси (балларда).

18. Фан бўйича жорий, оралиқ ва якуний назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балнинг 55 фоизи саралаш балл этиб белгиланади ва бунда жорий ва оралиқ назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балнинг 55 ва ундан юкори фоизидан ортиқ балл тўплаган барча талабалар ушбу фан бўйича якуний назоратга киритилади.

19. Талабанинг семестр давомида фан бўйича тўплаган умумий бали ҳар бир назорат туридан белгиланган қоидаларга мувофиқ тўплаган баллари йиғиндисига тенг.

#### **IV. Назорат турларини ўтказиш муддати**

20. Оралиқ ва якуний назорат турлари календар тематик режага мувофиқ деканат ёки факультет тузилмаси бўлмаган олий таълим муассасаларида ўқув бўлими (ўқув-услубий бошқарма) томонидан тузилган рейтинг назорат жадваллари асосида ўтказилади. Якуний назорат семестрнинг охирги 2 ҳафтаси мобайнида ўтказилади.

21. Жорий ва оралиқ назоратларда саралаш баллидан кам балл тўплаган ва узрли сабабларга кўра назоратларда қатнаша олмаган талабага қайта топшириш учун, навбатдаги шу назорат туригача, сўнгги жорий ва оралиқ назоратлар учун якуний назоратгача бўлган муддат берилади.

Касаллиги сабабли дарсларга қатнашмаган ҳамда белгиланган муддатларда жорий, оралиқ ва якуний назоратларни топшира олмаган талабаларга факультет декани фармойиши ёки ўқув ишлари

бўйича проректорнинг рухсатномаси асосида, ўқишини бошлаганидан сўнг икки ҳафта муддатда топширишга рухсат берилади.

22. Семестр якунида фан бўйича жорий, оралиқ якуний ёки ТМИ назорат турларини ҳар бири бўйича саралаш балидан кам балл тўплаган талаба академик қарздор ҳисобланади.

Академик қарздор талабаларга семестр тугаганидан кейин (баҳорги семестр натижалари бўйича эса, талабаларнинг ёзги таътили ҳамда профессор-ўқитувчиларнинг меҳнат таътилидан сўнг) қайта ўзлаштириш учун бир ой муддат берилади. Шу муддат давомида фанни ўзлаштира олмаган талаба факультет декани тавсиясига кўра белгиланган тартибда ректорнинг буйруғи билан талабалар сафидан четлаштирилади.

23. Талаба назорат натижаларидан норози бўлса, фан бўйича назорат тури натижалари эълон қилинган вақтдан бошлаб бир кун мобайнида факультет декани ариза билан мурожаат этиши мумкин. Бундай ҳолда факультет декани тақдимномасига кўра ректор буйруғи билан 3 (уч) аъзодан кам бўлмаган таркибда апелляция комиссияси ташкил этилади.

Апелляция комиссияси талабаларнинг аризаларини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида хулосасини билдиради.

Институтда талабанинг семестрда жорий ва оралиқ назорат турлари бўйича тўплаган баллари ушбу назорат турлари умумий балининг 55 фоизидан кам бўлса ёки якуний назорат бўйича тўплаган бали ушбу назорат тури умумий балининг 55 фоизидан кам бўлса, у академик қарздор ҳисобланади

24. Баҳолашнинг ўрнатилган талаблар асосида белгиланган муддатларда ўтказилиши ҳамда расмийлаштирилиши факультет декани, кафедра мудири, ўқув бўлими ҳамда ички назорат ва мониторинг бўлими томонидан назорат қилинади.

## **V. Рейтинг натижаларини қайд қилиш ва таҳлил этиш тартиби**

25. Талабанинг фан бўйича назорат турларида тўплаган баллари семестр якунида рейтинг қайдномасига бутун сонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчаси ёки талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимининг “Ўқув режасида ажратилган соат” устунига семестр учун фанга ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, “Фандан олинган баҳо” устунига эса 100 баллик тизимдаги ўзлаштириши қўйилади.

Талабанинг саралаш балидан паст бўлган ўзлаштириши рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

26. Ҳар бир фан бўйича ўтказиладиган назорат турларининг натижалари гурух журнallари ҳамда қайдномада қайд этилади ва шу куннинг ўзида (назорат тури ёзма иш шаклида ўтказилган бўлса, 2 (икки) кун муддат ичида) талабалар эътиборига етказилади.

27. Якуний назорат натижаларига кўра фан ўқитувчиси талабаларнинг фан бўйича рейтингини аниқлайди ҳамда рейтинг дафтарча ва қайдноманинг тегишли қисмини тўлдиради.

28. Талабанинг рейтинги унинг билими, кўникмаси ва малакалари даражасини белгилайди. Талабанинг семестр (курс) бўйича умумий рейтинги барча фанлардан тўпланган рейтинг баллари йиғиндиси орқали аниқланади.

29. Талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимида рейтинг қайдномасига талабаларнинг фан бўйича рейтинги қайд этилади.

Талабалар умумий рейтинги ҳар бир семестр ва ўқув йили якунлангандан сўнг эълон қилинади.

30. Диплом иловаси ёки академик маълумотномани деканат томонидан расмийлаштиришда фан бир неча семестр давом этган бўлса, рейтинглар йиғиндиси олинади.

Талабага имтиёзли диплом белглашда унинг ҳар бир семестр якунидаги фанлар бўйича ўзлаштириш кўрсаткичи ҳисобга олинади.

31. Талабаларнинг назорат турлари бўйича эришган натижалари кафедралар, деканатлар ва ўқув – услубий бўлинмаларида компьютер хотираасига киритилиб, мунтазам равишда таҳлил қилиб борилади.

32. Жорий, оралиқ ва якуний назорат натижалари кафедра йиғилишлари, факультет ва институт Илмий кенгашларида мунтазам равишда муҳокама этиб борилади ва тегишли қарорлар қабул қилинади.

## **VI. Якуний қоидалар**

33. Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Давлат тест маркази тест баҳолари ва рейтинг балларининг холислигини текширишни ташкил этади ва назорат қиласи.

34. Ушбу Низомда белгилangan масалалар бўйича келиб чиқсан низолар қонун ҳужжатлари асосида ҳал қилинади.

## **Tavsiya etilgan adabiyotlar**

### **- asosiy**

1. Azimov M.I. Jarroxlik stomatologiya propedevtikasi / «Uzbekiston milliy entsiklopediyasi» Davlat ilmiy nashriyoti, Toshkent – 2009. 247 bet.
2. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya» Moskva, 2003.

### **- kushimcha**

3. Bezrukov V.N., Robustova T.G. – Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii I-II tom, M. «Meditina» 2000.
4. Bernadskiy YU.YU. «Osnovy xirurgicheskoy stomatologii», Kiev , 1984 .
5. Dunaevskiy V.A. «Xirurgicheskaya stomatologiya» Leningrad , 1981 .
6. Zausaev V.I., Naumov P.V., Novoselov R.D. i dr. «Xirurgicheskaya stomatologiya». – M.: «Meditina», 1991.
7. SHargorodskiy A.G. « Vospalitelnye zabolеваниya chelyustno-litsevoy oblasti i shei»,1985.
8. Solovev M.M., Bolshakov O.P. Abstsessy i flegmonы golovy i shei, Moskva, 2003.

### **Inter sayt:**

[www.eastman.ucl.ac.uk](http://www.eastman.ucl.ac.uk)  
[www.budovsky.ru](http://www.budovsky.ru)  
[www.tc.by/rus/medica](http://www.tc.by/rus/medica)

## **Mundarija**

<b>1.</b>	<b>Xulosa .....</b>
<b>2.</b>	<b>O'quv materiallari .....</b>
<b>3.</b>	<b>Amaliy mashqlar .....</b>
<b>4.</b>	<b>Mustaqil ish.....</b>
<b>5.</b>	<b>Lug'at .....</b>
<b>6.</b>	<b>Namunaviy dastur .....</b>
<b>7.</b>	<b>Ish dasturi .....</b>
<b>8.</b>	<b>Tarqatma materiallar .....</b>
<b>9.</b>	<b>Sinovlar .....</b>
<b>10.</b>	<b>Baholash mezonlari .....</b>
<b>11.</b>	<b>Adabiyot .....</b>