

**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 № _____
« _____ » _____ 2019 y.

“TASDIQLAYMAN”
O'quv va tarbiyaviy ishlar
bo'yicha prorektor
t.f.n., dos. _____ G.J. Jarilkasinova
“ _____ ” _____ 2019 y.

YUZ –JAG'JARROHLIGI FANIDAN

o'quv uslubiy majmua

(stomatologiya fakulteti 5 kurs talabalari uchun)

Buxoro 2019 yil

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM
VAZIRLIGI 2017 YIL 1 MART №107 BUYRUG'IGA ASOSAN
TAYYORLANGAN**

Tuzuvchi: BuxDavTI «Xirurgik stomatologiya» kafedra mudiri
Z.K. Raximov.

Taqrizchilar:

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Bolalar stomatologiya kafedra t.f.d., professori: M.I. Azimov.

Buxoro Davlat tibbiyot instituti «Ortopedik stomatologiya » kafedra mudiri,
dotsent: F.I. Ibragimova

Buxoro davlat tibbiyot institutining o`quv-metodik kengashining
2019 yil «__» -son majlisida muhokama etildi.

АННОТАЦИЯ

Ўқув-услубий мажмуада "Юз-жағ хирургияси ўқув амалиёти билан" фанининг асосий бўлимларининг назарий ва амалий билимларини ўз ичига олиб, оғиз бўшлиғи аъзоларини тиклов хирургиясини ва юз-жағ соҳасида учрайдиган ўсмасимон ва ўсма ҳосилаларини, чакка-пастки жағ бўғими касалликларини, туғма ва орттирилган нуқсон ҳамда шакл бузилишларини келиб чиқиш сабабларини, клиник кўринишларини ва ташҳислашни қамраб олиб, бўлғуси умумий амалиёт стоматологларида клиник фикрлаш, касаллик ва унинг белгиларини асослаш, шунингдек даволаш принципларини аниқлаш учун замин яратиб беради. Юз-жағ хирургияси фани юз-жағ бўлимида даволанган беморларни стационардан чиққанидан сўнг ўтказиладиган реабилитацион усулларини таништиради ва ўргатади. Юз-жағ хирургияси фанида юз-жағ соҳасидаги касалликларнинг этиопатогенези, клиник кўриниши, текширув усулларини, киёсий ташҳислаш принциплари ва касалликларнинг олдини олиш ва даволаш усуллари тўлиқ ёритилган.

Ўқув-услубий мажмуада ҳар бир маъруза ва амалий машғулот инновацион таълим технологиялари ишлаб чиқилган.

Ўқув - услубий мажмуа тиббиёт институти ассистентлари, тадқиқотчилар, илмий изланувчилар ва институт 5-курс стоматология факультети талабалари учун мўлжалланган.

Ma`ruzalar

1. YUz-jag' sohasi tiklov hirurgiyasi maqsadi va vazifalari. Tekshirish usullari.
Mahalliy to'qimalar bilan plastika qilish.

Ma`ruza mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot vaqti-2 soat	Talabalar soni 18 nafar
Mashg'ulot shaqli	ma`ruza
Mashg'ulot savollari	Nazorat savolarida berilgan
O'quv mashg'ulotning maqsadi	YUz-jag' soxasi nuqson va shakl buzilishlari. YUz-jag' soxasi tiklov xirurgiyasi usullari bilan talabalarni tanishtirish
Ta`lim berish usullari	Mul'timediya Interfaol usullar: Kor parchasi, akvarium
Ta`lim berish shakllari	Amaliy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, elektron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya
Monitoring va jixozlash.	

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma`ruzasi uchun taqdimot slaydlarni tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi Ma`ruza maqsadi: Talabalarni yuz-jag' sohasi tiklov xirurgiyasi usullari va xususiyatlari bilan tanishtirish. Vazifa: mikrokontomir xirurgiya tarixi va uning afzalliklari Mikroxirurgiyada ishlatiladigan texnika va asbob uskunalarini YUJS mikroxirurgiyasini kullashga kursatmalarni Tomirli oyokchali to'qimalarni kuchirib utkazish operatsiyalarini utkazish boskichlarini	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar

	2. Mavzu bo`yicha savollar beradi Ma`ruza rejasi: 1. YUz-jag` sohasi tiklov xirurgiyasi rivojlanishi tarixi. 2. Tiklov operatsiyalariga ko`rsatma. 3. Tiklov operatsiyalari usullari va turli usullarga ko`rsatmalar. 4. Mahalliy to`qimalar bilan plastika. 5. Limberg bo`yicha uchburchakli laxtaklarni qo`llanilishi 6. SHimanovski bo`yicha plastikani o`ziga xos xususiyatlari. 7. Oziqlanuvchi oyoqchali plastika turlari (xind, ital`yan i boshqa usullar).	
2 – asosiy bosqich (55 daqiqqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydlar namoyish qilish 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanish	Tinglaydilar Tinglaydilar
1- yakuniy bosqich (10 daqiqqa)	1. YAkunlovchi xulosa qilish 2. Mustaqil ish berish 3. Uyga vazifa berish	Tinglaydi YOzib oladi YOzib oladi

Plastik jarroxlik termini ko`p ishlatilishi xamda chet el davlatlarida plastik jarroxlik bo`yicha ko`p sonli monografiyalar chop etilganligiga qaramay mutaxassislar orasida xozirgacha aniq bir ko`rsatma yo`q. Bu nomga quyidagi ko`proq to`g`ri keladi: plastik jarroxlik bu xirurgiyaning bir bo`lagi bo`lib buning asosida tana yuzasi to`qimalaridagi operatsiyalar yotadi. Agar tanani qo`l va oyoqlardagi xamda qorin va ko`krak qismidagi nuqsonlarni kiyim yoki biror bir boylamalar bilan berkitishni ilojisi bo`lsa, yuz sohasidagi nuqsonlarni berkitish ancha qiyin masala hisoblanadi, SHuning uchun dastlabki plastik jarroxlik ishlari yuz sohasidagi nuqsonlarni berkitish bilan boshlangan. YUz sohasida to`qimalar bilan ishlash printsiptananing boshqa qismlariga tarqala boshladi. Plastik jarroxlik aloxida bo`lim sifatida XX asrda I jaxon urushidan keyin shakllana boshladi va II jaxon urushidan keyingi 50 yillarda o`zini aniq tasdig`ini topdi. Ushbu nomni aniqlashtirishni murakkabligi shundan iboratki, agar «plastika» so`zi faqatgina ko`chirish emas balki nuqson joylarni tiklash xam ko`zda to`tilgan bo`lsa, u xolda umumiy xirurgiyadagi ko`pgina manipulyatsiyalarga ushbu nom xam to`g`ri keladi, masalan: ingichka ichakdan qizilungach rekonstruksiyasi, diafragmadagi operatsiyalar yoki siydik yo`lidagi operatsiyalar va x.k.z

SHunday qilib «sun`iy» ravishda plastik jarroxlik mutaxassisligini ajratish mumkin.

XX asr 20 yillarida angliyalik xirurg Gillis tomonidan plastik jarroxlikning asosiy printsiplari ishlab chiqilganiga qaramasdan, mustakil fan sifatida «plastik jarroxlik» Angliya va AKSH da XX asrning 40-50 yillarida tashqil topa boshlagan.

Plastik jarroxlik rivojlanishiga sovet olimlari juda katta xissa qo`shishgan. SHulardan oftal`molog V.P. Filatov juda katta xissa qo`shgan. U nafaqat shox pardani erkin plastikasi, balki 1917 yilda chop etilgan bemor terisidan dumaloq bandni yaratish usulini aytib bergan va bu xaqida Gillis 1918 yil yozib o`tib ketgan.

Teri nuqsonlarini berkitish «ommaviy ravishda» Ulug Vatan Urushi davrida qo`llanildi va bu bir necha o`ng minglab jangchilarni hayotini saqlab qolishda muhim rol` o`ynadi. Birinchi marta xirurglarda yo`qotilgan to`qimalarini bir qancha bandlar bilan qayta tiklash uchun ko`p sonli plastik materiallar olish imkoni tug`ildi. Ushbu operatsiyalar ko`p ekanligini hisobga olgan xolda xamda maxsus o`lchamlar kerak

bo'lishi va tikishda aloxida e'tibor berish kerakligini inobatga olgan xolda maxsus ko'nikmalarga ega bo'lgan jarroxlarga extiyoj tug'ildi.

Mikroxirurgiya yuzaga kelishi vaziyatni tubdan o'zgartirdi. Katta to'qimali bloklar autotranslantatsiyasi nuqson sohasini bir ikkita operatsiyadan keyin estetik jixatdan bartaraf qilish imkonini yaratdi.

Gap shundaki bir necha marta bandlarni ko'chirib o'tish natijasida band o'z rangini o'zgartirgan va band yordamida tiklangan nuqson sohalari atrof to'qimalardan o'z rangi va zichligi bilan ajralib turgan. Revaskulyarizatsiyalangan autotransplantatlarda tabiiy rang va to'qima elastikligi saqlab kolgan. Bundan tashqari bundan oldingi operatsiyalar juda ko'p bosqichliligi va oqibati noaniqligi bilan ajralib turgan bo'lsa undan keyingi operatsiyalar juda yuqori effektliligi bilan ajralib turadi.

Lekin bu natijani mikroxirugik operatsiyalarsiz xam qo'lga kiritsa bo'ladi. Buning uchun nuqson sohasiga tomir oyoqchali murakkab teri laxtagini ko'chirish kerak. Buning uchun teri tuzilishi anatomiyasini mukammal bilish, teri angioarxitektonikasi bilish kerak. Bundan tashqari ushbu to'qimani (bandlarni)arteriyalarni oxirgi shoxlanish joylarida yaratish lozim. Ammo plastik jarroxlikning asosiy qonuni inkor etildi: To'qimalar migratsiyasida ularning hayotiyiligi uzunlikni kenglikka nisbati 2:1 bo'lganda saqlab qolinadi. Ko'chirib o'tkaziladigan laxtakni hayotiyiligi oyoqchanning kengligiga bog'liq bo'lmasdan, balki undagi angiosomalar miqdoriga bog'liq bo'ladi.

To'qimalarda angiosomalarni aniqlanishi rekonstruktiv operatsiyalarga bo'lgan munosabatni o'zgartirdi. Birinchi marta vrachlar plastik materialni ko'p miqdorda olish imkoni tug'ildi.

Asosiy etaplardan tashqi burunni tiklashga qaratilgan bo'lib, ushbu operatsiyalar qaysi davlatlarda o'tkazilgan bo'lsa o'sha nom bilan atalgan. Natijada italyancha, xindcha, frantsuzcha va ruscha metodlar yuzaga keldi. Xindcha metodda burun peshona sohasi terisidan tiklangan(er.avv. ishlatilgan), italyancha metodda- elka ichki yuzasidan olingan teri-yog' lentasidan, frantsuzcha metodda esa lunj sohasidan olingan to'qima

Tug'ma kemtiklikda agar yuqori lab qizil do'mbokchasini tiklashda kichkina xatolik yoki burun qanoti distopiyasi ko'zatsilsa bemor ruxiyatiga yomon ta'sir qiladi. Agar tanani qorin yoki ko'krak qismlarida katta va ko'pol chandiqlar bo'lsa buni ko'pchilik erkaklar yoki ayrim xotin qizlar erkin qabul qilishi mumkin. Ammo 14 juft mimik mushaklardan birini funktsiyasi buzilishi qo'l va oyoqlardagi barmoqlarni yo'qotilishi yoki funktsiyalarini buzilishiga qaraganda inson ruxiyatiga qattik ta'sir ko'rsatadi. SHuni inobatga olgan xolda umumiy platik jarroxlik bilan shug'ullanuvchi jarrox yuzning anatomo - funktsional va estetik xususiyatlarini inobatga olgan xolda ushbu bo'lim bo'yicha maxsus o'qish kerakligini anglatadi.

Plastik jarroxlikdan estetik jarroxlik bo'limi ajralib chiqdi.

YUqorida aytib o'tilganiga qaramasdan «plastik jarroxlik» termini mustaqil yoki yakka xolda qobiliyatlanishi mumkin emas. Kam xollarda yumshoq to'qimalarni tiklash yoki to'g'rilashga to'g'ri keladi. Ko'pincha anatomik sohalarni tiklash zarruriyati tug'iladi, bu erda biror bir sohadagi suyak yoki tog'ay to'kimasini yo'qotilgandan keyingi rekonstruktiv operatsiyalar xaqida gapirilmokda. SHuning uchun «plastik va rekonstruktiv jarroxlik» tushunchalari biri biri bilan ayrilmas hisoblanadi. Burun o'lchamlarini estetik jixatdan kichiklashtirishda osteotomiyasiz yoki yuzning turli sohalarni o'zgartirishda yuz yoki jag' suyaklarini o'zgartirmasdan biror bir natijag'a erishib bo'lmaydi. Bemor uchun operatsion jarayonning texnikasi muhim bo'lmasdan, u uchun operatsiyadan keyingi natija muhimroq sanaladi. Bu erda operatsiyaga xozirlangan bemor kimga murojat qilishini bilishi kerak. Kam travmali, uncha katta bo'lmagan operatsiyalarni estetik jarroxlik bo'yicha mutaxassis bajarishi mumkin, lekin bemorning yuz sohasini xolatini rekonstruktiv va estetik jarroxlar kabi bir o'rinda turuvchi yuz jag' jarroxi aniqroq baholay oladi. Evropa va AKSHda rekonstruktiv va plastik jarroxlik sohasida etuk mutaxassislar estetik jarroxlik bo'yicha xam etuk hisoblanishadi.

YUz va bo'yin sohalarida plastik operatsiyalarni rejalashtirish printsiplari. YUmshoq to'qimalarda plastik operatsiyalar o'tkazish texnikalari xususiyatlari.

Uzning ochiq sohalaridagi deformatsiyalar va nuqsonlar bemorning ruxiy xolatiga qattiq ta'sir ko'rsatadi. Ular atrofdagilar bilan muloqat vaqtida va ovqatlanish vaqtida noqulaylik tug'diruvchi maxsus

boylamalarda yurishga majbur bo'lishadi. Ular tez ta'sirchan va ancha odamovi bo'lib qolishadi. Ayniqsa bemorlarni gapirish nutqini buzilishi va yozma tushintirishga muxtoj bo'lishi ular ruxiyatini ancha buzib qo'yadi. Doimiy zo'riqish ostida bo'lgan bu bemorlar tez muvozanatdan chiqib ketishadi va atrofdagilarni tushunmaslikda ayblashadi.

Yo'qotilgan to'qimani tiklash operatsiyalari ancha ko'p etapliligi va ancha vaqt ketishini inobatga olgan xolda bemor va shifokor o'rtasida o'zaro kelishuv bo'lishi lozim. Jarrox qilgan ishlar bir necha kriteriyalar bilan baholanadi- qayta tiklanish vaqtining kiskaligi, funktsional va kosmetik natijalarga, bemor uchrashish darajasiga qarab baholanadi. Oxirgisi unchalik aniq bo'lmagan ukrsatgich, ammo kezi kelganda asosiy rol uynovchi omil hisoblanadi. Jarrox amaliytida bemor e'tiborsizligi tufayli kungilsiz asoratlari kelib chikishi ko'p uchraydi. Bunga Filatov bandini uzib yuborish, kuchib o'tkazilgan to'qimani uxlash davrida ortiqcha bosib yuborish natijasida ikkilamchi nekroz yuzaga kelishi yoki bog'lamalarni qayta o'tkazish oraligida shaxsiy gigienaga e'tibor bermaslik va x.k.z. Bo'larni oldini olsa bo'ladi kachonki shifokor bemorga operatsiya xarakterini, vaqtini va davomiyligini xamda keyinchalik o'tkaziladigan qayta bog'lamalr xarakterini tushuntirsa yuqoridagi asoratlarni chetlab utsa bo'ladi. Agar bemor o'tkazilgan to'qima nuqson sohasidan dastlab burtib turishi va bu keyinchalik jarroxlik yo'li bilan bartaraf etilishidan xabardor bo'lsa, bemor operatsiyaning oralik davrida bo'ladigan o'zgarishlarni yaxshi tushunadi. Bemor plastik material uchun olinadigan donor sohasida qanday estetik va funktsional o'zgarishlar bo'lishini bilishi va tushinishi kerak. Ko'pgina odamlar, shu jumladan yoshlar va ayol kishilar tana yoki yuzning ochik qismidagi nuqson hosil bo'lishidan ko'ra tananing boshqa joyidagi funktsional yo'qotishga rozi bo'lishadi. Bunday olib karaganda plastik jarroxi uchun jarroxlik amaliyotini o'tkazish uchun bir nechta variantlar mavjud bo'ladi. Bunda bemorga umumiy va ayrim noziq tomonlar tushuntiriladi. Masalan teri va uning strukturalari kesib olingandan keyin paydo bo'lgan yumshoq to'qimali nuqsonni bartaraf etish uchun revaskulyarizatsiyalashgan erkin terini ko'chirish yoki Filatov bandi bilan yo'qotish mumkniligi. Birinchi variant eng oddiy va ishonchli usul hisoblanadi, lekin yuza satxning qonturini tiklanishiga olib kelmaydi va chuqurcha bo'lib qoladi, pigmentatsiya ko'zatilishi yoki nevus va gemangiomalarda dastlabki rangini qaytarish imkoni yuzaga kelishi mumkin. Mikroxirurgik texnikaga amal qilgan xolda ko'p qavatli to'qima transplantatsiyasi ko'rsatilgan etishmovchiliklardan xoli va bitta etapda utkazilsa bo'ladi, ammo donor sohasida dag'al chandiqlar hosil bo'lishi va okibati omadsiz bo'lishi mumkin, bunda yangi jarroxlik amaliyoti utkazish kerak bo'ladi. Nuqsonni Filatov bandi yordamida bartaraf etish esa kam yo'qotishlarga olib keladi(bandni kosmetik jixatdan yopii bo'lgan chov sohasi elkaning ichki qismlaridan olinishi), lekin davolash jarayoni ancha uzoq kechadi va bemor majburiy xolatda bo'ladi.

Albatta oxirgi qaror jarrox tomonidan qilinadi chunki u bemorning somatik xolati, murakkab operatsiyani o'tkaza olishini va nuqson atrofdagi to'qima xarakterini aniqlaydi lekin bemorga ushbu narsalarni tushuntirgan xolda shifokor bemorni operatsiya planiga orozi bo'lishiga, ya'ni u bilan xamkorlikda ishlashini tushuntirishi lozim. Ayrim xollarda bemorlarning estetik va funktsional jixatdan yaxshilanishiga olib keluvchi uncha effektli bo'lmagan lekin qoniqarli natijag'a olib keluvchi operatsilarga bemorni ko'ndirish. SHuni esda to'tish lozimki rekonstruktiv davolashni baholaydigan uch tip odamlar farqlanadi.

Rekonstruktiv xirurgiyani asosiy qoidalari yo'qotilgan to'qima va organlarni xuddi shunday to'qima bilan tiklash. Funktsional va anatomik jixatdan yaxshi natijag'a erishish uchun xarbir nuqson sohasi mukammal o'rganilishi lozim. Masalan, nur bilan zararlangan teri hayotiy funktsiyasi saqlanganiga bo'lishiga qaramay plastik material uchun shubxali bo'ladi va ko'p xollarda shu soha kesib tashlanadi. V.S.Dmitrieva va A.N.Alekseeva (1985) nurlangan bemorlar terisini suyuq kristallarni kirgizish yo'li bilan shuni aniqlashdiki, nurlangan teridagi degenerativ o'zgarishlar vizual ko'rinishdan xam kattarok ekanligini ko'rsatishdi. Ular shuni takidlab o'tishdiki shu soha yomon qon bilan ta'minlanishi natijasida ko'chirib o'tkazilgan bandli laxtakka qon tomirlar o'sib kirishi ancha qiyin bo'ladi.

«Lekin bu muammoga boshqacha xam yondashsa bo'ladi agar shu sohada qon bilan qanday ta'minlanishidan kat'iy nazar ko'chirilib utkazilishni planlashtirilsa. Agar qabul qiluvchi to'qimani atravmatik tayyorlasa deyarli xamma yumshoq to'qimalarni saqlab qolsa bo'ladi, keyinchalik esa yaxshi vaskulyarizatsiyalangan plastik materialdan qon tomirlarni o'sib kirishi natijasida to'qimani rangini yaxshilanishi va turgorligi yaxshilanadi.

Ayniqsa yomon sifatli o'smasi bor bemorlarni plastik operatsiyasini rejalashtirish ancha murakkab bo'ladi. Xozirigi kunda olib tashlangan o'sma sohasini bir laxzali platika bilan tiklashga tendentsiya ketmokda. Bunda jarrox bir vaqtining o'zida ikkita masalani xal etmogi lozim – to'la tukis o'smani olib tashlash va nuqson sohasini to'liq tiklashdir. Ideal variantda bu operatsiyalarni turli mutaxassislar o'tkazmog'i lozim bo'ladi: onkolog plastik material etishmovchiligi xaqida uylamasdan bemalol o'smani olib tashlaydi va ikkinchi bosqichni esa malakali plastik jarroxi nuqsonni yo'qotadi. Lekin amaliy jixatdan bu ishni bajarish qiyin hisoblanadi: operatsiya bir kishi tomonidan bajariladi va bundi jarroxdan xirugiyaning turli bo'limlaridan xabardor bo'lishni talab etadi.

Lekin texnik jixatdan ushbu jarroxlik amaliyoti qiyin bo'lishiga qaramasdan to'qimalarni qon aylanishi tiklangan xolatda autotransplantatsiyasi ushbu jarroxlik amaliyotini ancha osonlashtirib qo'ydi. Jarrox dumaloq band bilan, ayniqsa bir nechta bandlar bilan ishlaganda jarrox fikrlash qobiliyati ancha yuqori bo'lishi lozim chunki bandni ko'chirib o'tkazish etaplarini, operatsiya hajmini va nuqson sohasiga turishini bilishi lozim.

Tanglayni katta nuqsonlarni plastik jixatdan bartaraf etish juda murakkab hisoblangan. YUmoloq va yassi bandlar qo'llanilgan, ko'chirish etaplarida chandiqli xolatidan xabardor bo'lish muhim hisoblangan. Xozirgi vaqtda esa hoxlagan nuqsonni chakka sohasi yoki elka sohasidagi autotransplantat bilan bir laxzali epitelizatsiyalashgan fastsial laxtak yordamida bartaraf etsa bo'ladi. Bunda bemor og'iz orqali Filatov bandini ko'chirish azobidan forig' bo'ladi. Operatsiyani rejalashtirishda asosiy e'tibor murakkab nuqson sohasini berkitishga, donor sohasini to'g'ri tanlash va oziqlanuvchi oyoqni xolatiga qaratiladi. Ko'p variantli imkoniyatlar plastik materiallar olinish sohasini to'g'ri tanlashga va optimal natijag'a erishish uchun imkon yaratadi. YUz sohasida nuqsonni maksimal ravishda yo'qotishda jarrox tanani boshqa qismlarini zararlab qo'ymasligi kerak. SHunig uchun pastki jag'ni nomsiz barmoqdan shakllantirish bizning nuktai nazarimizda o'rinsiz bo'lib hisoblanadi. Buni boshqa metodlar bilan shunga uxshash yo'qotishlarsiz ushbu nuqsonni bartaraf etsa bo'ladi.

REJALASHTIRISH.

YUzning bir nechta anatomik qismlarini, murakkab va qo'shma yuz nuqsonlarini bartaraf etishda variantlarni chuqurroq qarab chiqmok kerak. Dunyoni nomdor klinikalarida ushbu maqsad uchun o'zida ma'lumotlar saqlanaydigan komp'yuter xizmatidan foydalanishadi.

Nuqsonni analiz qilish vaqtida uni sababini aniqlash lozim, shulardan, chandiqli bitishmalarni va to'qimalarni kuchish sababini, og'iz ochilishini chegaralanishini, nafas olishning buzilishi, ovqat yutishning buzilishi yoki gapirishning buzilish sabablarini aniqlash, nuqson hajmi va shakli aniqlanishi lozim. Bundan tashqari nuqson sohasini berkitish uchun kerak bo'ladigan to'qima hajmini xam bilish lozim. Ayrim xolatlarda yo'qotilgan to'qima o'rnini tiklash uchun kerak bo'lgan to'qima mikdori estetik jixatdan tula qonli funktsiyani bajarish uuchn kerak bo'lgan to'qima hajmiga to'g'ri kelmaydi. Agar lunj sohasi total nuqsonini bartaraf etishda og'iz yopiq bo'lgan xolatda ichki va tashqi qavatni tiklash uchun to'qima mikdorini ikki marta oshirganimizda, og'iz ochilishi buziladi. Lunj sohasini qayta tiklangan to'qimasi chuzilish va qisqarish xususiyatiga ega bo'lmaydi, shu sababli kerak bo'lgan to'qima mikdori og'iz maksimal ochilgan vaqtda aniqlanadi. Lekin og'iz yopilgan vaqtda to'qimani bo'rtib chiqishi ko'zatiladi va bu estetik jixatdan yoqimsiz hisoblanadi, lekin yo'qotilgan funktsiyani tiklash doimo birinchi o'rinda turadi.

Operatsiya o'tkazish xususiyatlari. Atravmatik operatsiya. Jarroxning asosiy e'tibori to'qima bilan ehtiyotkorlik bilan ishlashga qaratilgan bo'lishi lozim. CHunki ko'pgina plastik operatsiyalar to'qima qon aylanishining buzilishi, ularni yangi joyga ko'chirgan vaqtda devaskulyarizatsiyasi bilan kechadi. Qon aylanishi buzilgan to'qima tez mikroorganizmlar ta'siriga sezuvchan bo'lib qoladi va bu devitalizatsiya jarayonini kuchaytiradi. To'qima turli tuzilishga ega bo'lganligi uchun jarroxlik amaliyoti vaqtida to'qima maksimal extiyot qilinishi lozim. Atravmatik operatsiya termini bu erda shartli qo'llanilgan chunki xar qanday jarroxlik amaliyoti xujayrani zararlanishi bilan kechadi. Ko'p yillik jarroxlik va xozirgi zamon tajribalari shuni ko'rsatadiki utkir asbob bilan yuzaga kelgan jaroxat tezda bitadi. Dag'al jaroxatlar tezda zararlanadi va nekrozga uchraydi. Mikroxirurgik texnikalarning yuzaga kelishi operatsiyalarning ancha engil o'tishiga yordam beradi. Plastik materialni yaratishda jarroxni asosiy ish quroli skalpel' va qaychi hisoblanadi. Almashtiriladigan lezviyalardan foydalanish ancha foydali hisoblanadi.

To`qimalarni ajratish uchun tomir qaychilarini xam ishlatsa bo`ladi. Qon tuxtatuvchi qisqichlar bilan jaroxatni tumtoq yo`l bilan kengaytirsa bo`ladi. Flegmonani ochganda to`qimalarni qon tuxtatuvchi qisqichlar bilan tumtoq yo`l bilan ajratish mumkin, ammo bu usul plastik jarroxlikda qo`llanilmaydi. To`qimalar tumtoq yo`l bilan kengaytirilganda to`qimalar ortiqcha tortilishi natijasida xujayra elementlari va qon tomirlari zararlanadi va ishemizatsiya zonasi ortadi. Plastik material hosil qilayotgan mahalda bandni ko`chirishga xalakit berayotgan xamma qon tomir va nerv tomirlari bir xil uzunlikda kesiladi, lekin bu ishni ehtiyotkorlik bilan qilgan ma`qul. Jaroxat chetlarini kangaytirish operatsion maydonni reviziya qilishni osonlashtiradi .

MAHALLIY PLASTIKA. YUzda mahalliy to`qimalar bilan plastika ko`p afzalliklarga ega. Ulardan eng asosiysi plastika uchun turgorligi va rangi bo`yicha bir xil to`qimalarning ishlatilishi va estetik jixatdan buning yaxshi natija berishi hisoblanadi. Bundan tashqari operatsiya oldi texnikani rejalashtirish va atravmatik texnikalarning qo`llanilishi operatsiyaning silliq o`tishi va operatsiyadan keyingi davrning yaxshi kechishini taminlaydi, operatsion jaroxatning birlamchi bitishi va uncha bilinmaydigan chok bo`lishi bilan xarakterlanadi. YUzda, bo`yin sohasi va qul barmoklarida qo`yish va mexaniq ta`sirotlar natijasida yuzaga kelgan chandiqlarni bartaraf etishda uchrashuvchi uchburchakli laxtaklardan foydalanish yaxshi natija beradi.

CHandiq atrofidagi to`qima mikdoriga qarab uchrashuvchi uchburchakli laxtaklar simmetrik yoki nosimmetrik bo`lishi va ular chandiq buylab izma iz joylashishi mumkin. Agar chandiq ko`p bo`lsa yoki chandiq hajmi katta bo`lsa to`qimalarni to`liq mikdorini ishlatish imkoni uchrashuvchi uchburchakli laxtaklarni birga ishlatsa, ayniqsa o`rta yoki yon figuralarning kesmasi umumiy bo`lsa.

Bo`yin sohasidagi turli chandiqli tortilishlardan keyin yuzaga kelgan buyinning kontrakturalarini yo`qotishda uning turli qismlarida teri fiziologiyasini bilish lozim. Boshni orqaga yoki yon tomonga burganda buyinning qalqonsimon tog`aydan yuqorisida turgan terisi ko`proq tortiladi. SHuning uchun asosiy e`tibor buyinning yuqori qismiga qaratilishi lozim. Uchrashuvchi uchburchakli laxtaklar bilan bo`yin kontrakturasini bartaraf etish ko`p etapli bo`lishi mumkin, chunki operatsiyadan eyin yangi tortilishlar aniqlanishi mumkin.

YUz sohasidagi nuqsonlarni uchrashuvchi uchburchakli laxtaklar bilan tiklash. Qovoq va lab sohasidagi nuqsonlarni va chandiqli etishmovchiliklarni bartaraf etish maqsadida nosimmetrik uchrashuvchi uchburchakli laxtaklardan foydalaniladi. Pastki qovoq plastikasida uchburchakli laxtak ishlatilganda uchli burchak yuqori qovoq, chakka yoki yonoq sohasiga buqiladi. Pastki qovoq qirrasini ko`z olmasidan orqaga qolib ketmasligin oldini olish uchun uchburchak asosi ko`z yorigi tashqi burchagidan 6-10mm balanda bo`lishi lozim. Ikkinchi yon kesma qovoqni erkin qirrasiga parallel bo`lishi lozim.

Lab chandiqli to`qimasini yoki shilliq qavati burilib chiqib qolishini bartaraf etishda nosimmetrik figuralardan foydalaniladi; bunda ingichka uchburchakli laxtak bir yoki ikkita lab burun burmasiga buqiladi va nuqson sohasiga yumshoq to`qima surilib o`tkiziladi.

YUz, bosh va bo`yin sohadagi chegaralangan tomirli va pigmentli dog`larni, yaxshi sifatli o`smalar va chandiqlarni kesib tashlanganda turli shakldagi nuqsonlar hosil bo`ladi. Qirralarni oddiy birlashtirish ko`pincha yuzning boshqa qismlarini buzilishiga olib kelishi mumkin. SHuning uchun odatiy ravishda nuqsonni berkitish uchun laxtakli oyoqchalardan foydalaniladi.

A.A. Limberg nuqson sohasini uchrashuvchi uchburchakli laxtaklar bilan berkitishni teoretik jixatdan asoslab berdi.

Rombsimon shakldagi nuqsonni bartaraf etish. Bu nuqson sohasiga nosimmetrik uchrashuvchi uchburchakli laxtaklarni 60-120⁰ burchak ostida qo`yishga asoslangan. Nuqsonni ko`chirib o`tkazilgan to`qimalar bilan berkitishni ikki usuli farqlanadi: nuqsonni yarmi jaroxat chetlarini oddiy birlashtirilib yopilsa, ikkinkichisi esa teng tomonli uchburchakli laxtak bilan berkitiladi. Nuqsonni berkitish operatsiyasida usha figuralarni joylashishini 4ta variantini ko`zdan kechirmoq lozim va 60-120⁰li laxtaklardan qaysinisi to`g`ri kelishini optimal variantini bilish lozim.

Rotatsion laxtaklar bilan mahalliy plastika.

Rotatsion laxtaklar deb yuz sohasidagi nuqsonlarni berkitishi uchun ishlatiladigan va nuqsonni berkitish uchun laxtakni bitta oyoqchasini rotatsiya ya'ni aylantirish yo'li bilan berkitishga aytiladi.

YU.K.SHimanovskiy (1865) o'zining monografiyasida qovoq va lunj sohasidagi uchburchak shakldagi nuqsonlarni berkitish uchun ishlatiladigan laxtaklar haqida aytib o'tadi. Keyinchalik to'qimalarni rotatsiya usuli pastki jag' osti, quloq orti va bo'yin sohasidagi xarakatchan to'qimalarda ishlatila boshlangan. Ushbu operatsiyalarni rejalashtirish mezonlari yo'q edi.

A.A. Limberg (1963) operatsiyani jaroxat chetlarini yon kesmalar bilan jaroxat uchiga ko'chirish plastikasi asosida rejalashtirishni taklif etdi. Bunday burchakli kesma, «razrez kochgergi» nomi bilan atalib, jaroxat chetlarini uzaytirish imkonini beradi va uzoqroqqa ko'chirish imkonini yaratadi..... Lunj sohasi to'qimasini ko'chirganda burchakli kesma ko'z osti sohasida bo'lmog'i kerak. Bunda yumshoq to'qimalarni ko'chirganda ayrim jaroxat chetlarini bir biriga mos kelmasligidir: uning tashqi qirrasini ichki qirrasidan bir oz uzunroq bo'ladi. SHuning uchun rejalashtirishda jaroxatni uchburchak shaklda tashqi qirrasini qisqartirishni xam inobatga olish kerak.

Rotatsion laxtaklarni ishlatish lunj sohasi teri qismidagi katta nuqsonlarni yo'qotish imkonini yaratadi. Mahalliy to'qimalar etishmaganda donor yuzasi transplantat bilan to'ldiriladi.

Qon tomir oyoqchali laxtak bilan mahalliy plastika

Dastlab bu turdagi operatsiyalar, chet davlatda Sabattini-Estlander nomi bilan atashadi, ponasimon laxtaklar bilan plastika hisoblangan. Laxtak oyoqchasi lab arteriyasi o'tadigan labning qizil xoshiyasidan yaratiladi. Bu oyoqchali laxtak nuqsonli labga ko'chiriladi.

Ushbu laxtakli operatsiya modifikatsiyasini Abbe tomonidan taklif qilingan bo'lib, 1898 yil ushbu operatsiya texnikasini to'liq aytib o'tgan. Ushbu nom bilan operatsiya texnikasi adabiyotlarda keltirib o'tilgan. Ushbu operatsiyaga ko'rsatma bo'lib yuqori labning markaziy qisman nuqsoni yoki qo'yishdan keyin labning qisqarishi yoki bujmayishi, mexaniq zararlanishi yoki ikki tomonlama yuqori lab nuqsoni operatsiyasi omadsiz chiqqandan keyingi xolatlar hisoblanadi. G.H.Monks (1898) yuqori qovoqni hosil qilish uchun peshona terisidan yashirilgan arterial oyoqchali laxtakdan foydalanishni taklif etgan.

Kechrok J.F.Esser(1918) «arterial laxtak» yoki biologik oyoqchali laxtak metodini ishlab chiqdi va nomini adabiyotga kirgizdi. F.Burian (1967) biologik yoki arterializatsiyalangan laxtaklarni neyrotomirli tutamli laxtaklangan teri oyoqchalari deb ataydi.

U katta laxtaklarni peshona, chakka, tepa va yuzaki chakka arteriyasi sohasida yaratish mumkin, kichik laxtaklar ko'z usti arteriyasi sohasida yaratish mumkin deb aytadi.

Xozirgi kunda bir labdan ikkinchi labga laxtakni butun qismi bilan tomirli oyoqchasi bilan ko'chirish, boshning sochli qismini yashirin arteriyali oyoqchasi bilan qosh sohasini nuqsonini berkitish qo'llanilmokda. Operatsiyaga chuqur qo'yishlar va mexaniq jaroxatlar ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Bunda yo'q qosh sohasiga chakka tepa sohasidan tomirli oyoqchali sochli qism olib ko'chiriladi. Tomirli oyoqcha o'zida yuzaki chakka arteriyasi, vena va bir oz atrof teri ostidagig yog' to'qimasini saqlaydi. Operatsiyani yaxshi chiqishi chakka sohasi tomirlar topografiyasini yaxshi bilishi, anasteziya qoidalarini qo'llanilishi va tomir-nerv tutamini ajratishda atravmatik qoidalarga rioya qilinganda aniqlanadi. Ushbu operatsiyani yaxshi chiqmasligi tomirlar tugunini ko'chirganda tugunni zararlab qo'yishda yoki tomir oyoqchasini etarlicha ajratmaslik natijasida oyoqchani burgan mahalda tomirni qisib yoki bosilib qolishi sabab bo'ladi.

Bitta oyoqchali laxtak bilan mahalliy plastikasi.

Bitta oyoqchali laxtak bu terini shunday ajratilgan qismiki, teri o'zida teri osti yog' qavatini o'zida saqlovchi va atrof to'qima bilan keta bo'lmagan oyoqcha bilan aloqa qiluvchi qism hisoblanadi. Bitta oyoqchali laxtak yuz sohasidagi nuqsonlarni va chandiqli o'zgarishlarni yo'qotishda ishlatiladi. Oyoqchali laxtak nuqson kattaligida ajratiladi va nuqson sohasiga oyoqchani ko'pincha 60-70 dan 180⁰ burchak ostida burib ko'chiriladi.

Oyoqchali laxtak bilan operatsiya qilishni rejalashtirishda katta arteriya va vena qon tomirlarni yo'nalishi, yuz rel'efi inobatga olinadi. Bu laxtakni ajratish mahalda katta tomir shoxlarini zaralashini

oldini oladi va operatsiyadan keyin uncha ko`zga tashlanmaydigan chandiqlar hosil bo`lishiga sabab bo`ladi. Bitta oyoqchali laxtaklar eng optimal sharoitda, ya`ni oyoqchaga arteriyani oxirgi shoxlari birlashtirilganda hosil qilinadi.

Oyoqchali laxtakni oziqlanishi ko`chirilganidan keyin laxtak oyoqchasi orqali amalga oshadi, lekin dastlabki soatlardan laxtak ko`chirib o`tkazilgan sohadagi qon tomirlardan oziqlana boshlanadi. Dag`al mexanik ta`sirlar natijasida esa laxtak oyoqchasi qon tomirlari qisilib qolishi natijasi unga keluvchi qon oqimi buziladi, bu esa laxtakni zaralanishiga olib keladi. Laxtakni nuqson sohasiga ko`chirilganda laxtak oyoqchasi turli burchakka buraladi. SHuni inobatga olish kerakki laxtak oyoqchasi 85-90⁰ ortiqroq burchakka buralganda A.A.Limberg nazariyasi bo`yicha laxtak oyoqchasida konus shaklida burtib chiquvchi shish yuzaga keladi. YUzani buzilishini oldini olish uchun laxtak oyoqchasini kichikroq burchak ostida burish lozim. Agar laxtak oyoqchasini 90⁰ burchakdan ortiqroq burish kerak bo`lganida yuzaga kelgan do`mboqcha konusni laxtak bitgandan keyin yo`qotish mumkin. Buning uchun dumboqcha yuzasi veretensimon kesiladi yoki nosimmetrik uchrashuvchi uchburchak laxtak bilan plastika qilinadi.

Tomirlar boylami saqlash orqali to`qimani ko`chirish.

YUzaki to`qimalarni ko`chirish imkoniyatlari uning qon aylanish sharoitlariga bog`liq bo`ladi. Ko`p yillik klinik tekshirishlar shuni ko`rsatdiki, teri - yog` qavatining uzunligi bilan kengligi 1:1 yoki 1:1,5 nisbatda olinganda nekroz xavfi ko`zatlilmaydi. Agar laxtak undan katta nisbatda olinsa periferik qismning gipoksiyasi xavfi ko`zatliladi, shuning uchun plastik jarroxlilikda uzunlik va kenglikni nisbati xozirgi kunda asosiy shartlardan biri hisoblanadi. Uzunlik va kenglik nisbati saqlangan xolda plastik materialni hosil qilish terini teri va klechatka orasidagi qon tomir chigalidan qon bilan ta`minlanishiga asoslangan.

Ilgari shunday tushuncha bor ediki, tomir chigali qonni perforant tomirlardan oladi deb o`ylangan va to`qimalarni keng preparovkasi terini qaytmas o`zgarishlariga olib keladi deb o`ylashgan. YU.K.SHimanovskiy(1865), G.H.Monks(1898) va J.F.Esner(1918) terini boshqa teri osti arteriyalardan qon bilan ta`minlanishini aytib o`tishdi. Ko`p vaqt davomida ushbu turdagi qon bilan ta`minlanish faqat yuz va bosh sohasiga xarakterli deb hisoblangan. SHu narsa aniqlanganki diametri 1,6mm bo`lgan qon tomirlar 0,4 diametri tomirga qaraganda 256 marta ko`proq qonni o`tkazar ekan. Agar shu tomir diametrini 0,4 ga oshirilsa ya`ni 2,0 mm bo`lsa qon hajmi 625 martagacha oshar ekan.

70 yillar boshlarida tomirlarni anatomo - embriologik tuzilishi urganila boshlandi va oldingi yuzaki to`qimalarning qon aylanish sistemasini boshqacha tuzilishda ekanligi aniqlana boshlandi va arteriyalarning tuzilishi to`g`risida yangi ilmiy isbotlangan kontseptsiya yaratila boshlandi. Asosiy fundamental izlanishlarni R.Daniel (1975), H.Nakajima va , G.Taylor J.Pulmer (1987) lar o`tkazishgan.

Aniqlanishicha teri perforant arteriyalari asosiy oziqlantiruvchi o`zak va chuqur fastsiya nisbatiga bog`liq bo`ladi. Xamma arteriyalar dastlab mushaklarga yoki mushaklararo to`siqqa boradi va atrof to`qimani qon bilan ta`minlaydi. Ularning oxirgi shoxlanishi teri arteriyalari deb ataladi. O`z navbatida ular bilvosita va bevosita teri arteriyalariga bo`linadi. Bevosita arteriyalar terini qon bilan ta`minlaydi, ularning asosiy tarqalishi teri osti yog` klechatkasi hisoblanadi. Bilvosita arteriyalar chuqur mushak strukturasini, suyak va atrof to`qimani qon bilan ta`minlaydi. YUzaki qavatlariga terminal shoxlari etib keladi va mayda tomirli qalin shoxlanishni hosil qiladi.

G.Taylor va J.Pulmer (1987) nazariyalarni bir biriga taqqoslab, yuzaki va chuqur to`qimalarni yirik arteriyalardan oziqlanishini taqqoslab ularni bir biriga o`xshashligini aniqlashdi. O`zida teri va undan chuqurroqda joylashgan to`qimalarni o`zida saqlovchi va yirik qon tomirdan oziqlanuvchi to`qima blokini mualliflar angiosoma deb atashni taklif qilishdi. Oldinroq «angiotom» termini ishlatilgan.

O`zida yirik tomirni saqlovchi to`qimani tanani biror qismidan ajratib olib tanani biror qismiga qon aylanishi buzilmagan xolda ko`chirish mumkin. Angiosomaga misol bo`lib chuqur chakka arteriyasini tarmog`i bo`lgan yuzaki chakka arteriyasini tarmog`lanishi misol bo`la oladi. Bu soha esa miya qattiq pardasini qon bilan ta`minlovchi o`rta meningial arteriyani sohasida joylashgan. Bu arteriyalar esa tashqi uyku arteriyasini tarmog`i hisoblanadi. Bu xolatda angiosomalar o`zida o`sha sohadagi teri, teri osti yog` qavatini, fastsiyani, mushakni, suyak usti pardasini, bosh suyagini va miya qattiq pardasini o`zida saqlaydi va tashqi uyku arteriyasini oxirgi angiosomasi deb ifodalashadi.

Keyingi angiosomaga plastika uchun keng qo'llaniladigan chov yonbosh sohasi misol bo'la oladi. Bir birini ostida joylashgan yuzaki va chuqur arteriyalar yonbosh suyagini aylanib o'tishadi, bunda chuqur arteriya yonbosh suyagi qirrasini teshib o'tadi va yuzaki teri arteriyasini qon bilan ta'minlovchi sohaga perforant tarmoqlar beradi.

40 ta angiosomalarni G.Taylor va J.Pulmer(1984) tasvirlab ularni ko'p segmentlarga bo'linishi mumkinligini aytib o'tishadi.

Bevosita teri arteriyalari chuqur arteriyalardan ajralish yo'lida tarqalish paytida chuqur fastsiya ostida joylashadi. Tajribali jarroxlarda teri - teriosti yog' qavatini fastsiyasi bilan ko'chirilganini yaxshi qon aylanishi bilan farqlanishini bilishadi. Bu xususiyatlar bo'yin va boshning sochli qismida o'tkaziladigan operatsiyalarda ancha muhim hisoblanadi. Fastsiya bilan ko'tarilgan teri-teriosti yog' qavati terini ishlovini osonlashtiradi va tomirlar zararlanishini oldini oladi. Yuzaki va chuqur teri – fastsial laxtaklar farqlanadi va u qaysi fastsiya o'zida saqlanishina qarab farqlanadi. Yirik mushaklar ustida joylashgan teri xam ko'tariluvchi perforant, xam bevosita teri arteriyalardan qon oladi.

Angosoma tuzilishini bilish ko'p kompleksli laxtaklar yaratish imkonini beradi. Bo'lar teri, mushak, nerv, pay, suyak va arteriovenoz sistemasidan iborat. Bosh va buyin, buyinni oldingi qismini egallovchi, o'zida pretraxéal mushaklarni saqlovchi qalqonsimon bez, teri angiosomalari. Ko'pincha plastika uchun quyidagi to'qima angiosomalari ajratib olinadi: elka-kukrak, ko'rak osti, elka, bilak, tirsak, yuqori va pastki son angiosomalari.

O'qli qon aylanishli murakkab laxtaklarni xammasi xam bosh va bo'yin sohasidagi plastik operatsiyalar uchun bir xilda ishlatilmaydi. Qo'yidagi laxtaklar keng ishlatiladi.

I. Oziqlanuvchi oyoqni o'zida saqlovchi teri fastsial laxtaklar:

- 1) del'topektoral
- 2) elka mushak
- 3) chakka
- 4) peshona
- 5) ensa

II. Oziqlanuvchi oyoqni o'zida saqlovchi teri mushakli laxtak

- 1) katta kukrak mushagi
- 2) trapetsiyasimon mushak
- 3) tush-umrov-surgichsimon mushak
- 4) elkani keng mushagi
- 5) buyinni oldingi mushaklari
- 6) chakka mushaklari
- 7) buyinni teri osti mushaklari

III. Autotransplantat ko'rinishida revaskulyarizatsiyalangan teri – fastsial laxtaklar

- 1) deltasimon
- 2) ko'rak oldi
- 3) bilak
- 4) chov
- 5) oyoq kafti
- 6) chakka fastsiyasi
- 7) sonni yon yuzalari

IV. Teri mushak autotransplantati

- 1) elkani keng mushagi
- 2) nozik mushak
- 3) katta son mushagi
- 4) qorinni to`g`ri va qiyshiq mushagi
- 5) kichik kukrak mushagi

Teri - fastsial yoki teri – mushak – suyak laxtagi bo`yin va bosh sohasiga oziqlanuvchi oyoqchani saqlagan xolda va autotransplantat ko`rinishida donor sohasi va nuqson sohasi masofasidan kat`iy nazar ko`chirsa bo`ladi. Laxtaklar o`zida saqlaydilar:

- 1) o`zida katta va kichik mushaklarni saqlovchi qovurg`a fragmenti
- 2) o`zida trapetsiyasimon mushakni saqlovchi ko`rak suyagi
- 3) Teri fastsial maydonli kichik boldir suyagi
- 4) Tush – umrov – surgichsimon mushakli umrov suyagi
- 5) Qovurg`alararo arteriyali qovurg`a
- 6) Teri fastsial laxtakli bilak suyagi
- 7) YOnbosh suyagi qirrasasi
- 8) Mushaksiz ko`rak suyagi

Asosiy va qo`shimcha oquv adabiyotlar hamda axborot manbalari.

Asosiy adabiyotlar

Jilonov A.A., Noraxmadov B.T. Yuz-jag` jarrohligi. Darslik-Toshkent. TTA bosmaxonasi 2018 yil.

Qo`shimcha adabiyotlar.

1. Azimov M.I. Yuzning rivojlanishi va anomalialari. O`quv qo`llanma.- Toshkent. Ilm ziyo, 2018 yil.
2. David A. Mitchel. An introduction to oral and maxillofacial surgery. Textbook. Second edition, 2015 y
3. Kozlov B.A., Kagan I.I. operativnaya chelustno litsevaya xirurgiya I stomatologiya. Uchebnoe posobie. Moskva. GEOTAR – media 2014 g
1. Mukovozov I.N. differensialnaya diagnostika xirurgicheskix zabolevaniy chelustno litsevoy oblasti. Moskva. Meditsinskaya kniga 2014 g.
2. Persin L.S, Sharov M.N. Stomatologiya. Neyrostomatologiya. Disfunktsiya zubochehyustnoy sistemi. Uchebnoe posobie. Moskva. GEOTAR. Media-2013 g.
3. Evtuxov V.L. Sovremenniy instrumentariy v ChLX. Uchebno metodicheskoe posobie. Minsk. BGMU.2011 g
4. Robustova T.G. Xirurgicheskaya stomatologiya. Uchebnik- Kiev. Medisina 2010 g
5. Afanasev V.V. Travmatologiya ChLO. Rukovodstvo- Moskva GEOTAR-Media.2010 g
6. Timofeev A.A. Xirurgicheskaya stomatologiya. Uchebnik- Kiev. Medisina 2010 g
7. Neelima Anil Malik. Textbook of oral and maxillofacial surgery. Second edition. India- 2008 y.
8. Chudakov O.P. Dobrokachestvennie odontogennie opuxoli chelustnix kostey. Uchebno-metodicheskoe poisobie. Minsk. BGMU. 2008 g
9. Balchenko V.A. Cherepno-litsevaya xirurgiya. Rukovodstvo dlya vrachey. 2006 g
10. Agapov V.S. Anesteziologiya, reanimatologiya i intensivnaya terapiya v stomatologii. Moskva 2005 g
11. Balina V.N., Aleksandrova N.M. Klinicheskaya operativnaya ChLX. SPb. 2005 g

12. Sokolov V.N. Plasticheskaya rekonstruktivno-vostonavitelnaya I plkasticheskaya xirurugiya. Moskva 2004 g
 13. Chudakov O.P. Zlokachestvennie opuxoli koji litsa i nijney gubi. BGMU 2003 g.
 14. Koen E. Atlas kosmeticheskoy I rekonstruktivnoy paradontologicheskoy xirurgii. Moskva- 2003g
 15. Timofeev A.A. Rukovodstvo po ChLX I XS. Kiev-2002 g
 16. Bernadskiy Yu.I. Osnovi ChlX I XS. Moskva – 2000g
www.chicagocentre.com www.implantplus.azerin.com www.ukrdental.com
dentist.spb.ru www.nidr.nih.gov spb-mfs.narod.ru www.zubnoy.spb.ru

2. YUz-jag' sohasi tiklov hirurugiya Filatov bandi bilan plastika qilish.
 Mikrohirurugiya usullarini qo'llab yuz jag' sohasi nuqson va shaql buzilishlarini plastikasi.

Ma`ruza mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot vaqti-2 soat	Talabalar soni 18 nafar
Mashg'ulot shaqli	ma`ruza
Mashg'ulot savollari	Nazorat savolarida berilgan
O'quv mashg'ulotning maqsadi	YUz-jag' soxasi nukson va shakl buzilishlari. YUz-jag' soxasi tiklov xirurgiyasi usullari bilan talabalarni tanishtirish
Ta`lim berish usullari	Mul'timediya Interfaol usullar: Kor parchasi, akvarium
Ta`lim berish shakllari	Amaliy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, elektron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya
Monitoring va jixozlash.	

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma`ruzasi uchun taqdimot slaydlarni tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi Ma`ruza maqsadi:	Tinglaydilar Talabalar berilgan

(15 daqiqa)	<p>Talabalarni yuz-jag' sohasi tiklov xirurgiyasi usullari va xususiyatlari bilan tanishtirish.</p> <p>Vazifa: mikrokontomir xirurgiya tarixi va uning afzalliklari</p> <p>Mikroxirurgiyada ishlatiladigan texnika va asbob uskunalarni</p> <p>YUJS mikroxirurgiyasini kullashga ko'rsatmalarni</p> <p>Tomirli oyokchali to'qimalarni kuchirib o'tkazish operatsiyalarini o'tkazish boskichlarini</p> <p>2. Mavzu bo'yicha savollar beradi</p> <p>Ma`ruza rejasi:</p> <p>1. Filatov bandi – qo'llanilishiga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar. Usulni ijobiy va salbiy tomonlari.</p> <p>2. To'qimalarni erkin ko'chirish (teri, suyak, tog'ay, yog' va boshqalar). Ko'rsatma, nuqson xajmiga qarab turli usullar xususiyatlari.</p> <p>3. Mikroxirurgiya – yuz-jag' xirurgiyasida qo'llanilishi. Usullarni o'ziga xos xususiyatlari va operatsiyalar.</p>	savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	<p>1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydlar namoyish qilish</p> <p>2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanish</p>	<p>Tinglaydilar</p> <p>Tinglaydilar</p>
2- yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<p>1. YAkunlovchi xulosa qilish</p> <p>2. Mustaqil ish berish</p> <p>3. Uyga vazifa berish</p>	<p>Tinglaydi</p> <p>YOzib oladi</p> <p>YOzib oladi</p>

Murakkab laxtakni mikroxirurgik texnikani qo'llagan xolda ko'chirishni umumiy xolati

Mikrotomirli anastomozlarni qo'llagan xolda o'tkaziladigan plastik operatsiyalar texnik jixatdan murakkab hisoblanadi va 4 etapdan iborat – retsipient zonani tayyorlash, laxtakni paydo qilish va uni nuqson sohaga ko'chirish, mikrotomirli anastomozlarni qo'yish, donor qismni va laxtak chetlarini tikish. Agar bitta jarroxlarda jamoasi ishlasa, etaplar bosqichma bosqich o'tkaziladi. Agar iloji bo'lsa ikkinchi jarroxlarda jamoasiga laxtaklar hosil qilishni va donor sohasini tikishni yuklatib qo'yish mumkin.

Ikkita jamoa bo'lib ishlash operatsion vaqtni kamaytiradi, lekin bu ish nuqson va donor sohasi bir biridan ancha uzoq sohada joylashgan bo'lsa amalga oshirish mumkin.

Bundan tashqari bemorni stoldagi xolati xam muhim rol' uynaydi.

Operatsiyani rejalashtirish. Nuqsonni baholash plastik jarroxlikni umumiy xolatiga e'tibor berib baholanadi: lokalizatsiyasi, kattaligi, shakli, chuqurligi va atrof to'qima xarakteri inobatga olinadi. Bundan tashqari deformatsiya etiologiyasi, oldingi operatsiya xarakteri, boshqa davolash metodlarini xarakteri, jumladan nur terapiyasi, krioterapiya, inobatga olinishi lozim. Operatsiya metodini tanlashda nuqson sohasidagi qon tomirlar xolatiga xam e'tibor berish lozim. YUz sohasida zararlanmagan arterial va venoz sistemasi borligi tashqi uyqu arteriyasini xamma tarmoqlarida, yuz va pastki jag' venalarida anastomozlar hosil qilish imkonini beradi.

Uyqu arteriyasini selektiv angiografiyasida obliteratsiya darajasi, qolgan shoxlarni anastomoz uchun yaroqliligini aniqlash imkonini beradi.

Operatsiyani asosiy etaplari. Retsipient maydonni tayyorlash. Qabul qiluvchi tomirlarni ajratib olinadi. Hosil bo'layotgan laxtakni oziqlanishi uchun arteriyada qon xaydash kuchi aniqlanadi. Qon tomir devorlarini sklerotik o'zgarishlari anastomoz hosil qilishda ancha qiyinlik tug'diradi. Tomir uchlari sog' to'qima uchramaguncha kesib chiqiladi. Qabul qiluvchi tomirni 2-3 smga preparovka qilinadi, chunki mikroetapda ko'chirish oson bo'lishi uchun. Operatsiyani birinchi bosqichi vizual nazorat ostida amalga oshiriladi. Mikroskop faqat dag'al chandiqli o'zgarishlar bo'lganda ishlatiladi.

Laxtakni hosil qilish. Laxtakni kutarish paytida tomirli oyoqni xolatiga e'tibor berish lozim. Kalta tomirlar anastomozlar qo'yishni qiyinlashtiradi, preparovka asosiy qon tomir uzanigacha qilinishi lozim, ayrim xolatda katta arteriyani bir qismi xam preparovka qilinadi. Laxtakni kutarish paytida uning qirralaridan kapillyar qon ketish nazorat qilinishi lozim. Ajratish oxirida tikish uchun zarur bo'lgan qon tomir ajratiladi. Ikkita arteriya bo'lganda bitta kattasi tanlanadi. Bunda funktsional proba o'tkazsa bo'ladi: mikroklipsalar orqali qon tomirlar biri qisib qo'yiladi va 10-15 dakikadan keyin laxtak qon bilan ta'minlanishi tekshiriladi. Uzun qon tomir oyoqchasiga klipsalar yoki qisqichlar quyilmoqchi bo'lganda tomirni markaziy oxiriga qo'yiladi. Laxtak kesib olinadi va nuqson sohasiga ko'chirib o'tkaziladi va nam salftetkaga o'rab operatsion stolga qo'yiladi. Tomir va donor sohalari tikib qo'yiladi. Agar operatsion stolda bemor xolati mikrotomir etapiga o'tishga imkoni bo'lmasa, donor soha tiqiladi, uni steril salftetka bilan berkitiladi va bemor buriladi. Boshqa xolatlarda mikroetap bilan bir vaqtni o'zida donor sohani tikib qo'yiladi.

Mikrotomirli choklarni qo'yish. Dastlab retsipient sohadagi qon tomirlar mikrotomirli texnikaga asoalangan xolda ishlov beriladi. Spazmni kamaytirish uchun tomir markaziy oxirini tashqi pardasi olib tashlanadi. Agar laxtakni oziqlantiruvchi arteriyani yaroqliligiga shubha tug'lsa, arteriyani kesgandan keyin qon oqish tezligi nazorat qilinadi. Ayrim xolatlarda arteriya pul'satsiyasi yaxshi ifodalangan, lekin qon oqimi kuchsiz bo'ladi. Spazmga qarshi chora ko'rilishi lozim (mexaniq dilyatatsiya, dorivor ta'sirlar)

Agar ko'rsatib o'tilgan manipulyatsiyalardan keyin qon oqimi ko'paymasa, bu xolat tomir choki qo'yish uchun salbiy xolat deb qaraladi, arteriya proksimal qismlari ajratiladi. Tayyorlangan retsipient arteriya va venalarga mikroklipsalar qo'yiladi, laxtak nuqson sohasiga ko'chiriladi va to'g'ri xolatda bir nechta choklar yordamida teriga yoki teri osti yog' qavatiga fiksatsiya qilinadi. Laxtak tomirlar va retsipient joy uchlari maksimal bir biriga yaqinashtiriladi, ayrim xolatlarda bipolyar klipsalardan foydalaniladi.

Anastomozlar standart usulda atravmatik yumoloq ignalar bilan 8/0-10/0 iplar bilan tugunli choklar orqali qilinadi. Diametri 1,5 mm li tomirlarga 8-10 ta chok qo'yiladi. Dastlab chuqur qon tomirlar, undan keyin yuzaki qon tomirlar tiqiladi. Anastomoz qo'yib bo'lganidan keyin dastlab arteriyalardan klipsalar olinadi, undan keyin venalardan echib olinadi. Anastomozlarning o'tkazuvchanligi tomirlarda hosil bo'lgan pulsatsiya orqali aniqlanadi. Laxtakda 3 sekunddan keyin oqarishni yo'qolishi qon oqimi tiklanganligi bildiradi. Ko'rsatib o'tilgan belgilarni bo'lmasligi qon tomir spazmi xaqida bildiradi. Teri xaroratining o'zgarishi xam laxtakning hayotiy xolatini baholaydi. YAxshi qon bilan ta'minlanganda laxtak va sog' to'qima bilan xarorat farqi 2 S dan oshmaydi.

Donor jarohatni tikish, laxtakni oxirgi fiksatsiyasi. Donor sohasi jaroxati laxtak olinganidan keyin yoki teri-yog' laxtagini ko'chirib o'tkazilganidan keyin chetlari yaqinashtirilib yopiladi.

Laxtakni yangi joyiga birlashtirilganda tomir oyoqchasini tortilishi yoki buralib qolishdan extiyot bo'lish lozim. Laxtak ostidan bir nechta rezina chiqarg'ich qoldiriladi va aseptik boylam bilan laxtak engil boylab qo'yiladi. Bog'lam o'rtasidan transplantat xolatini tekshirib borish uchun «oyna» ochib qo'yiladi.

Bandli laxtak bilan plastika

Ushbu usul birinchi marta 1917 yil «Oftal'mologiya axborotnomasi»da V.P.Filatovning «Dumaloq band yordamida plastika» №4-4 maqolalarida chop etilgan. Bandli laxtak 09.09.16 yilda rak o'smasini olib tashlangandan keyingi pastki qovoq nuqsonini bartaraf etish maqsadida ishlatilgan. Bu maqolada muallif dumaloq bandli laxtakni qo'llab yangi plastik uslubni ishlab chiqqanligini va bu uslub bilan tanani hoxlagan joyida qo'llash mumkinligini aytib o'tadi.

Xozirgi vaqtda filatovning band laxtagi butun dunyoda keng qo'llanilmoqda. Amaliy jixatdan plastik jarroxlarning yuzning hoxlagan joyidagi va hoxlagan kattaligidagi nuqsonni berkitish imkoniga ega bo'lishdi.

Bandli laxtak ko'pgina yaxshi xususiyatlarga ega va boshqa plastik operatsiyalardan afzallik xususiyatlari bilan ajralib turadi. SHulardan biri laxtakning yaxshi bitish xususiyati, xattoki chandiqli sohada xam. Undan tashqari bandli laxtak chandiqli to'qimaga yaxshi ta'sir ko'rsatadi va o'sha sohani yumshatib tashqi ko'rinishini o'zgartiradi. Band nuqson sohasiga ko'chirilganida o'sha sohadagi qon aylanishi yaxshilanadi, limfa va qon tomir to'rini kuchaytiradi. F.M.Xitrov(1984) aytganidek bu mahalliy modda almashinuvini kuchaytiradi. Lekin bandli laxtakning eng afzallik tomoni shundaki uni tananing hoxlagan joyida yaratish mumkin va ko'chirish paytida xech qanday qon aylanishi buzilmagan xolda ko'chirish mumkin.

Bandni hosil qilish uchun joy tanlash va paydo qilish usuli. Bandni hosil qilish uchun joy tanlashda ko'pgina faktorlarga e'tibor berish lozim, shulardan asosiylari: nuqson kattaligi, teri rangi va sochli qism borligi, terining tabiiy zahirasi. Bunda bandni hosil qilishda nuqson sohasiga yaqin bo'lishini va ko'chirish bosqichlarini kamaytirishni xam e'tiborga olish kerak.

YUzning katta nuqsonlarini bartaraf etishda asosan qorinning yon sohasida band hosil qilinadi. CHunki bu sohada terini ortiqcha qismi va teri osti klechatkasi ko'p. agar qorin qimida terini sochli qismi juda kuchli rivojlangan bo'lsa va band uchun ko'p material kerak bo'lsa u xolda materialni ko'krak qismda, qovurg'aga parallel ravishda yaratish mumkin. Uncha katta bo'lmagan laxtakni elka yoki bilak sohasida yaratish mumkin. Ayollarda kosmetik jixatdan bo'yin qismida bandni yaratish maqsadga muvofiq hisoblanmaydi. Bo'g'im sohasida bandni yaratish maqsadga muvofiq emas, chunki keyinchalik hosil bo'lgan chandiqli bo'g'im xarakatiga to'sqinlik qiladi. Elkani orqa qismida bandni yaratish unchalik ommalashmadi, chunki bu bemor uchun noqulay hisoblanadi.

Band yaratish sohasida terini ortiqcha qismini burmani ikkita barmoq bilan olish orqali aniqlanadi. Ushbu usul bilan teri-yog' tutamini maksimal kengligi aniqlanadi. Bandni hosil qilganda teri-yog' nisbati 3:1 bo'lganda ajratiladi. Bunday nisbat bandni to'liq oziqlanishi uchun etarli bo'ladi. Tezkor band hosil qilganda, bitta oyoqni nuqson sohasiga ko'chirganda kenglikni uzunlikka nisbati 2:1 bo'lishi lozim.

Bandli laxtak yuzninig katta nuqsonlarni berkitish uchun ishlatiladi. Band bilan o'tkaziladigan plastik operatsiyalarni rejalashtirishda kerak bo'ladigan plastik material mikdorini bilish lozim. SHuning uchun operatsiyadan oldin nuqson sohasi to'liq o'rganilib chiqilishi lozim. Nuqson sohasidagi shilliq qavat hajmi nuqson sohasidagi teri hajmiga tenglashtiriladi.

SHunday qilib rejalashtirishda plastik material mikdorini aniqlash, yo'qotilgan organ tiklash etaplari va nuqson chetlarini tayyorlashga e'tibor beriladi.

Bandni hosil qilishda eng ko'p Filatov usulidan foydalaniladi. Bandni hosil qilish teri chetlarini kerakli kenglik va uzunlikda ajratish bilan boshlanadi. Uning kengligi 2 sm dan 10 smgacha bo'lishi mumkin, uzunligi esa 5 sm dan 40 smgacha bo'lishi mumkin.

Terida kerakli o'lchamlarni belgilab (og'riqsizlantirishgacha) 2 ta parallel kesim faqat teri sohasi kesiladi. Teri qisqarishi bilan teri osti yog' qavati kesiladi. Agar plastika uchun ko'p mikdorda yog' kerak bo'lsa yog' qavati xamma qalinligi bo'yicha, fastsiyaga kadar olib chiqiladi. Bu xolatda yog' qavati fastsiyagacha tumtoq asbob bilan o'tkaziladi. Semiz kishilarda klechatkani ajratishga to'g'ri keladi va kerak mikdordagi material olinadi.

Ajratishda yog' qavati xamma qalinli bo'yicha bir xil bo'lishi lozim. Bandni qon aylanishi oldini olish uchun tutamdan tashqari yog' qavatini ajratmaslik kerak.

Ikkita oziqlanuvchi oyoqli teri – yog' tutami hosil qilinganidan keyin jaroxat chetlari mobilizatsiya qilinadi va yaxshilab gemostaz o'tkaziladi. Donor sohasiga (oyoqcha asosi va markaz sohasiga) uchta ipak choklari qo'yiladi va undan keyin teri – yog' tutami bandga o'raladi va jaroxat sohasi tiqiladi. Agar jaroxat sohasi tikilganda teri tortilish xolati yuzaga kelsa, u xolda bushashtiruvchi kesmalar o'tkaziladi. Bandni hosil qilish operatsiyasi bog'lam qo'yish bilan tugatiladi.

Bandni matseratsiyasini oldini olish uchun uning ostiga 3-4 qavatli marli salftka qo'yiladi. Band 2-3 qavatli engil marlili bog'lam bilan o'raladi va kleol yoki plastir bilan maxkamlanadi. Band bosilib qolmasligi uchun

bintlanmaydi. Bandli laxtaklar 3-4 oyoqchali bo`lishi mumkin. Bunday bandlar ko`p bandli hisoblanadi va asosan burun plastikasida ishlatiladi.

Oxirgi yillarda bandni yaratishni yangi usullari ishlab chiqilgan bo`lib. ular yassi nom bilan ataladi. YAssi bandlarni yaratish asosida kombinirlangan teri plastikasi yotadi.

1956 yil Tichkina jaroxat yuzasini va band tayyorlangan soxani erkin teri transplantatati bilan berkitishni taklif kildi. Bu fikr tarafdorlari keyinchalik o`z tarafdorlarini topdi(Xitrov F, 1966, CHudakov O.P.,1972 y, va boshk). 1976 yil Bondar` rombsimon yassi bandni hosil qilishni original usulini aytib o`tdi, bunda laxtakni ichki yuzasi ikkita uchburchak laxtakni ajratish yo`li bilan hosil qilinadi. Bu qo`yidagicha bajariladi. Muljallangan teri sohasida kerakli uzunlik va kenglikda ko`priksimon laxtak hosil qilinadi. Bu laxtakni ikkala tomonidan uchburchakli laxtak ajratiladi. Bu uchburchakli laxtaklar asosi ko`priksimon laxtak kengligiga teng bo`ladi. Teri ajratib bo`linganidan keyin uchburchak laxtaklar ko`priksimon laxtak ostiga buriladi va tikib qo`yiladi. Jaroxat mahalliy to`qimalar bilan berkitiladi, asosiy qismi esa erkin teri bilan berkitiladi.

YAssi epitelizatsiyalashgan laxtaklar yuz sohasi nuqsonlari, tanglay va asosan xalqum va qizilungach bo`yin qismi nuqsonlarini bartaraf etishda ishlatiladi.

Operatsiyadan keyingi davrda teri tortilishi natijasida terida matsratsiya va choklarni echilishi ko`zatiladi va jaroxatni ikkilamchi bitishi kuzatiladi. Uchburchakli laxtaklarni qo`llanilishi teri tortilishini oldini oladi va usha sohadagi qon aylanishini tiklaydi.

Operatsiyadan keyingi davr. Operatsiyadan keyin band o`ziga aloxida e`tiborni talab qiladi. Birinchi bog`lamni almashtirish operatsiyadan keyingi ikkinchi kunda amalga oshiriladi. Band yaxshi bitayotgan mahalda uni mahalliy xarorati saqlanib qoladi. Birinchi asoratlar qon aylanishi bilan bog`liq bo`ladi: tsianoz paydo bo`ladi, pufakchalar paydo bo`ladi va uning nekrozi kuzatiladi. Teri tortilishi ko`p bo`lganda band yuzasi buylab bir nechta mayda kesmalar o`tkaziladi. Qon aylanishi buzilishi ko`zatilmasligi uchun dastlabki 3-4 kun gipotermiya qilinadi. Band sovuganda modda almashinuvi pasayadi, natijada to`qimalar sezuvchanligi pasayadi. Agar yallig`lanish belgilari paydo bo`lsa bitta ikkita choklar olinishi lozim.

Gematoma hosil bo`lganda uni banddan ajratiladi. Qisman to`qima nekrozida o`sha soha kesib tashlanadi va Rauer bo`yicha jaroxat berkitiladi .

Asoratlanmagan operatsiyadan keyingi davrda choklar 9-10 kunda olib tashlanadi. Tortilish bo`lsa choklar 12-14 kunda olinib tashlanadi. Banda choklar 10-12 kunda olinib tashlanadi.

Bandni ko`chirish. Bandni ko`chirish vaqti arterial anastamozlarni tiklanish vaqtiga bog`liq. Birinchi 4-5 kunlarda bandni hayotiyligi oyoqchalarni qon tomirlari bilan amalga oshiriladi. Keyinchalik band tomir oyoqchalari orasida anastomozlar hosil bo`ladi. bu anatomozlar 4-5 sutkada paydo bo`ladi. 7 sutkadan keyin arterial to`r yaxshi rivojlanadi. Band bundan tashqari oziqlantiruvchi oyoqcha orqali qon bilan ta`minlaydi. E.V.Gruzdovskiy fikricha, ko`chirilgan oyoqcha o`rtasida va o`sha sohadagi anastomozlar 13 sutkada rentgenogrammada ko`rinadi, 21 sutkada esa keng qon to`rini hosil qiladi.

Bandni nuqson sohasiga ko`chirish uni yaratilgan sohaga bog`liq hisoblanadi. Tanani yuqori qismida, bo`yin yoki kukrak qismida band yaratilsa bitta oyoqcha etilsa, darxol uni nuqson sohasiga ko`chiriladi. Tanani uzoq qismida joylashganda band oraliq usullar bilan ko`chiriladi va bitta oyoqchasini qo`lga ko`chiriladi, bu esa bandni ko`chirishni ancha engillashtiradi. Bandni urdaksimon yurishli ko`chirish xozirgi vaqtda deyarli ishlatilmaydi, chunki bu uchun ancha vaqt ketadi.

Band oyoqchalarini yangi joyga tikishda yarimoysimon kesmalar orqali amalga oshiriladi. YAngi joyda oyoqchalarni tikkanda bir oz mikdorda yog` klechatka qoldiriladi. Bu gematoma hosil bo`lishini oldini oladi.

Undan keyin banddan organ shakli yasaladi. Tiklanish 4-6 haftadan keyin boshlanadi va dastlab og`rik, keyin taktil va oxirida xarorat sezgisi tiklanadi. Sezgini to`liq tiklanishi 6 oydan 1,5 -2 yilgacha davom etishi mumkin.

Rang nomutanosibligini bartaraf etish. Banddan hosil qilingan organ atrof to`qimadan rang jixatdan farqlanishi mumkin. Buni bartaraf etishda bandni najdakli qog`oz yoki karborundli tosh orqali deepitelizatsiya qilinadi. Deepitelizatsiya usuli xar doim xam natija beravermaydi.

L.A.Kol'tsova (1967) bandni organizm uchun neytral bo'yoqlar bilan bo'yashni taklif qilganlar va bu bo'yoq titanni kush oksididan iborat. Bandni ranglash mahalliy og'riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi, agar og'riq sezgisi tiklanmagan bo'lsa u xolda og'riqsizlantirmasdan bo'yash mumkin.

Bo'yoq xamirsimon massa ko'rinishida teriga suriladi va steril ignalar orqali 3 mm gacha kirgiziladi. Bu usulni labni xoshiyasini yaratishda ishlatiladi.

Terini erkin ko'chirish.

Terini erkin ko'chirish teri plastikasida keng qo'llaniladigan usul hisoblanadi. Ko'rsatma bo'lib yo'qotilgan teri qoplamasini tiklash yoki ximik, termik yoki mexanik kuyish natijasida terini chandiqli o'zgarishi xamda jarroxlik aralashuvidan keyingi chandiqlar hisoblanadi. Terini biologik va plastik xususiyati terini qalinligiga bog'liq bo'ladi. epidermal va biriktiruvchi to'qimali terilar qalinligi 4 dan 0,5 mm gacha bo'ladi. Teri qalinligi uning joylashish joyi va yoshga bog'liq bo'ladi.

Teri qisqarish xususiyati uning kesib olingan qalinligiga va bemor yoshiga bog'liq bo'ladi. N.N.Bloxin(1955) izox berishicha qavatli teri 40-45% ga qisqaradi, terini yarmini o'zida saqlovchi teri 20-25% ga, epidermis va surgichli qismni o'zida saqlovchi teri 10-15% ga, faqat epidermal sohani egallovchi teri esa faqat 1-2% ga qisqaradi.

Erkin ko'chirishda qavatli teri laxtaklari ishlatiladi. Bundan tashqari sochli teri qismi xam ishlatiladi. Bu xolatda terini xamma qavatlari xamda bir ozgina teri osti yog' qavatini olinadi.

Ko'chirib o'tkazilganidan keyin erkin teri chetlari va jaroxat tubi orasida plazmatik tsirkulyatsiya o'rnatiladi. Bu laxtakka jaroxatlangan qon tomir va limfatik tomirlardan suyuqlik oqib kirishiga asoslangan. Ko'chirib o'tkazilganidan keyin 2 kunda qon aylanish o'sha sohada tiklanadi. Bu jarayon ko'chirib o'tkazilganidan keyin 7-8 kunlarda tuxtay boshlaydi.

Ko'chiriladigan teri qanchalik yupqa bo'lsa, unda shunchalik tez plazmatik tsirkulyatsiya va qon aylanish tiklandi. Bu jarayon teri qalinligi to'liq bo'lganda chuziladi. Xattoki to'liq teri yupqa teriosti yog' qavatini bilan ko'chirilganda xam unda plazmatik tsirkulyatsiya va qon aylanishini tiklanishi qiyinlashadi. Bu jarayonni sekinlashishi soch piyozchalari tiklanishi va soch to'kilishiga olinib keladi.

YUzni qoplovchi terisini tiklash uchun teri umumiy qalinligidan 50-80% olinishi mumkin. YUz qavatli teri kam qo'llaniladi va asosan shoshilinch xirurgiyada og'ir bemorlarni jaroxatlarini berkitish uchun ishlatiladi.

Qoshlarni tiklash uchun o'zida ozgina teri osti yog' qavatini o'zida saqlovchi sochli teri ishlatiladi.

Terini yuz va bo'yin sohasiga ko'chirish juda rejali operatsiyalarga kiradi. YUzni yaxshi qon bilan ta'minlanishi jaroxat tez bitishiga asos bo'ladi, lekin bu gematoma hosil bo'lishiga xam sabab bo'lishi mumkin. YUz terisi ko'p xarakatchan bo'lganligi teri ko'chirilib o'tkazilganidan keyin unga kerak bo'lgan xarakatchansizlikki xalaqit beradi. Jaroxat sohasiga og'iz va burun bo'shliqlarini xamda ko'z yoriqlarini yaqinigi jaroxatni infitsirlanishiga sabab bo'ladi. Ko'chirib o'tkazilgan terini bitib ketishi teri transplantatini bitish xarakteriga bog'liq bo'lmasdan, balki yo'qotilgan organ funktsiyani tiklanish xususiyatiga bog'liq bo'ladi.

Ajratilgan terini erkin ko'chirish.

Ajratilgan teri transplantati o'zida epidermis, to'liq so'rg'ichsimon qavat va to'rsimon qavatning ma'lum bir qismini saqlaydi. Ajratib olingan transplantatdagi to'rsimon qavat miqdoriga qarab qalin, xususiyatiga ko'ra to'liq qavatli teri transplantatiga yaqin turadi; o'rtacha qalinlikdagi transplantantlar va epidermisni yuzaki qismlar xamda so'rg'ichsimon qavatni kam qismini o'zida saqlagan ingichka transplantatlar farqlanadi. Qonunga binoan butun teri qalinligini 3/4dan 1/2gacha qalinlikdagi teri erkin teri ko'chirilishida ishlatiladi.

Erkin terini ko'chirish orqali tiklangan teri qismi sog' teriga qaraganda rangi, elastikligi kamligi va xarakatchanligi xam kamligi bilan ajralib turadi. Bunday teri transplantatsiyadan keyin bir oz bujmayadi va mexanik ta'sirlarga chidamsiz bo'lib qoladi. Uning ostida teri osti yog' klechatkasi tiklanmaydi. bir vaqtning o'zida ajratilgan terini tanani hojxlagan qismiga o'tkazish mumkin. Ushbu laxtaklarni eng yaxshi

bitib ketadigan joy bo`lib yog` miqdori kam bo`lgan teri osti yog` qavati, fastsiya, granulyatsiya hisoblanadi; yomon ajratilgan teri laxtagi yog` qavati ko`p bo`lgan teri osti yog` qavatida, paylarda xamda suyakning kortikal plastinkada tez birikish qobiliyatiga ega bo`ladi. Ajratilgan teri transplantatlari yuzasida paydo bo`lgan kesmalar qo`shimcha plastik aralashuvlarsiz xam 2-5 hafta davomida bitib ketadi. Bu hoxlagan o`lchamli laxtaklarni ishlatish imkonini beradi.

Ajratilgan terini erkin ko`chirishda terini yomon ta`sirotlarga chidamlilikni oshirishi va yaxshi bitish xususiyati mavjudligi uni terini butun qalinligi bo`yicha ko`chirib o`tkazishdan ancha ustunligini ko`rsatib berdi va bu usul xam shoshilinch xolatlarda, xam rejali operatsiyalarda afzalligi bilan ajralib turadi. Ajratilgan terini erkin ko`chirib o`tkazish birlamchi jarroxlik ishlovi paytida jaroxat sohasini berkitish maqsadida, terini termik zararlanishida va yiringli kasalliklarda ishlatiladi. Rejali operatsiyalarda xam ajratilgan terini erkin ko`chirib o`tkazilishi chandiqli sohani yo`qotish uchun yoki chandiqli sohaga teri ko`chirishda ishlatiladi.

YUz terisida ajratilgan terini ko`chirishga ko`rsatma bo`lib terini butun qalinligi bo`yicha ko`chirib o`tkazishni imkoni bo`lmasa amalga oshiriladi. Asosan ajratilgan terini erkin ko`chirib o`tkazish qovoq terisini tiklaganda, og`iz, burun va ko`z kosasi bo`shlig`i nuqsonlarini bartarf etishda ishlatiladi. Teri bitishi uchun qanchalik sharoit yaxshi bo`lmasa shunchalik ingichka transplantat ishlatilishi lozim. Ingichka teri laxtaklari og`ir yotgan bemorlarda vaqtinchalik nuqsonni berkitish uchun ishlatilishi lozim.

Laxtak hosil qilinadigan soha terini butun qalinligi bo`yicha ko`chirib o`tkazishda ishlatiladigan qoidalarga amal qilinadi. Ochiq paylar, fastsiyalar, suyak usti pardalari va suyakni atrofdagi yumshoq to`kimalar bilan berkitishga xarakat qilish lozim. Bunday sharoit bo`lmaganda xam ajratilgan terini erkin ko`chirish imkoniyati mavjud. Suyakni kortikal plastinkasida bor yoki boshqa instrument orqali kapillyar qon tomirigacha kesmachalar qilish kerak. eng asosiy rol yaxshi gemostazdir. 500-1000m² maydonli granulyatsiyalashgan jaroxatlarda granulyatsiya to`liq olib tashlanishi zarur. Mayda donador, pushti va kamqonaydigan granulyatsiya ajratilgan teri uchun yaxshi joy hisoblanadi.

YUz sohasidagi nuqsonlarni bartaraf etishda transplantat va o`sha soha bir biriga aniq to`gri kelishi lozim. Bu xolatda terini butun qalinligi bo`yicha ko`chirib o`tkazishda ko`rsatilgan qoidalarga qat`iy ravishda amal qilinishi lozim. Laxtak kattaligi aniqlanish vaqtida terini qisqaruvchanlik xususiyatini xam e`tiborga olinishi kerak.

Ajratilgan terili erkin plastika tananing hoxlagan qismida o`tkazilishi mumkin. eng qulay joy: elkani tashqi yuzasi, sonning ichki, tashqi, oldingi va orqa yuzalari, son, qorin va ko`krak qismlaridir. Donor yuzasidagi jaroxat quruq marli salfetkasi bilan, fibrinli yoki antiseptik plenka bilan bekitiladi va to`liq bitmaguncha boylam almashtirilmaydi. Uncha katta bo`lmagan jaroxatlar to`liq tikib tashlanadi. YUqori qovoqqa ajratilgan terini erkin ko`chirishda transplantat chetlari ot yoli bilan tiqiladi va rivanol eritmasi bilan namlangan mayda kesmali marlili salfetka bilan o`rab qo`yiladi.

Transplantat ko`chirib o`tkazilganidan keyin 6 kun mobaynida bemor yotoq rejimida bo`lishi kerak va suyuq ovqat tanovul qilishi lozim. Ko`rsatmalar bo`lmaganda birinchi bog`lamani almashtirish 6-7 sutkalarda amalga oshiriladi. Operatsiyadan keyingi davrda terini butun qalinligi bo`yicha ko`chirib o`tkazishda o`tkaziladigan muolajalar o`tkaziladi.

Suyak to`qimasini erkin ko`chirish.

Rekonstruktiv jarroxlikning chegaralari suyak plastikasi bo`yicha ancha kengaydi. Allosuyaklar oldindan yarim bo`g`im yoki butun suyak ko`rinishida oldindan tayyorlanadi. Bo`larga pastki jag`, falangalar, qo`l suyaklari, qovurg`alar, chanoq suyagi va x.k.z. Ularni muzlatib va liofilizatsiyalab qonservatsiya qilinadi, maxsus ampulalarga joylashtirilib shifokorlar so`rovi bo`ylab jo`natiladi. Suyak transplantatlari saqlanishi uchun maxsus joy talab qilinmaydi. SHifoxonalarda ushbu allotransplantatlardan nuqsonlarni berkitishda va operatsiyadan keyingi nuqsonlarni berkitishda ishlatiladi.

Pastki jag`dagi turli xil kattalikdagi nuqsonlar liofilizatsiyalangan allotransplantat bilan yo`qotiladi. (N.A.Plotnikov). Bunda funktsional va estetik jixatdan qayta tiklanish ancha yaxshi bo`ladi.

Uzun naysimon suyaklardagi bo`g`imlarni katta nuqsonlari metafizlari bilan birga, yaxshi sifatli o`smakasalliklaridan keyingi nuqsonlarda nuqson sohasini liofilizatsiyalangan suyak alltransplantatidan yoki muzlatilgan allotransplantatdan foydalaniladi. Allotransplantat kuchli stimulyator hisoblanadi.

Erkin suyak transplantati boshqa suyakdan yoki yonidagi suyak organdan olinib sirg`anuvchi transplantatsiya ko`rinishida ko`chiriladi. Eng yaxshi birikadigan suyaklar bu o`zida g`ovak tanani saqlovchi suyaklardir (qovurg`a, yonbosh suyagining qirrasini). Tekshirishlar shuni ko`rsatdiki: ko`chirib o`tkazilgan suyak to`qimasi unga mos kelmagan zo`riqishni bajarishi natijasida (masalan pastki jag` sohasiga qovurg`a yoki yonbosh suyagini qirrasini ko`chirib o`tkazish) suyakni davriy qalinlashuvi ko`zatiladi va aksincha funktsional jixatdan etarlicha zo`riqishga uchramasa o`sha suyakni kichrayib xatto yo`qolib ketishi xam mumkin ekan. Suyak nuqson sohasiga mayda bo`lak ko`rinishida yoki butun bir suyak ko`rinishida o`tkazilishi mumkin.

Xozirgi vaqtda antibiotiklar keng qo`llanilishi natijasida jag`larga og`iz ichi yo`li orqali kirish imkoni paydo bo`ldi. Bunday operatsion jarayon o`zidan keyin dag`al iz qoldirmaydi. Operatsiyadan keyingi davrda infeksiyalarni qo`shilishi xirurglarga jag` va qattiq tanglaydagi nuqsonlarni to`liq berkitish imkoniyatini bermas edi, xozirgi paytda bunday operatsiyalar o`tkazilmoqda.

Tug`ma xarakterdagi qattiq tanglay yoki jag` nuqsonlarida xar doim to`qima tanqisligi ko`zatiladi, bundan tashqari to`qima strukturasi ancha o`zgargan bo`ladi. Bunday nuqsonlarni bartaraf etishda qo`llaniladigan eski usullar mahalliy to`qimani resuslarini ishlatishga qaratilgan.

Embrional rivojlanish buzilishi natijasida to`qimalarga qo`shimcha jaroxat etkaziladi va bu o`svuvchi nuqtalarga xam juda katta ta`sir ko`rsatadi. Bu esa keyinchalik hosil bo`layotgan anatomik sohaga xam katta ta`sir ko`rsatadi. SHuni aytib o`tish kerakki eski klassik operatsiyalar qanchalik yaxshi o`tganligiga qaramasdan baribir to`qima etishmovchiligi ko`zatilgan.

Xozirgi kunda qattiq tanglay yoki jag` sohasidagi nuqsonni erkin suyak autoplastikasi (qovurg`a) usuli bilan bartaraf etish ancha ommalashmoqda. Bu operatsiya fiziologik hisoblanadi va nuqson sohasidagi anatomik etishmovchilikni bartaraf etadi.

Tog`ayni ko`chirib o`tkazish.

Odam skeletidagi ko`pgina suyaklar endoxondral tuzilishga ega bo`ladi. Bo`lar "tog`ayli" suyaklar-uzun suyaklar, umurtqalar. Tog`ay suyak paydo bo`lishidan oldin paydo bo`ladi. Bu xususiyat katta plastik xususiyat borligidan dalolat beradi. Masalan qovurg`a tog`aylari aylanma prujina singari ishlaydi, ular qovurg`ani nafas olish jarayonida joyiga qaytaradi. Umurtqalararo tog`aylar- ajoyib amortizatorlar hisoblanadi. Xammaga quloq va burun tog`aylarining elastik xususiyatlari ma`lum. Xiqildoqning noziq tog`aylari gapirish va ovoz hosil qilish bilan bog`liq..

Tog`ay to`qimasini ko`chirib o`tkazishning asosiy manbai bo`lib qovurg`a tog`ayi hisoblanadi. Qovurg`a tog`ayi boya aytib o`tilganidek tortilish xususiyatiga va doim tortilgan xolatda bo`ladi. Bu texnika tilida "o`z o`zini tortib turish" ma`nosini anglatadi. Umumiy tashqi kuch nol`ga teng bo`ladi, kuch esa bir biriga mutanosib muvofiqlashtirilgan bo`ladi. Bunday tuzilmalarning mexaniq mutanosibligi umuiy butunlik saqlangan xolatda saqlanib turiladi. Butunlikni buzilishi muvozanatni buzilishiga olib keladi. Bu ko`chirib o`tkazilgan tog`ay deformatsiyasi sababini izoxlaydi.

Tog`ay - bu inert biologik maxsulot bo`lmasdan, balki to`qima suyuqligi bilan oziqlanuvchi tirik to`qima hisoblanadi. SHuni hisobga olgan xolda agar u transplantatsiyadan keyin atrof to`qima bilan aloqada bo`lishi kerak, aks xolda tog`ay nobud bo`ladi.

Tog`ayni erkin ko`chirish asosan yuz jag` jarroxligida, otorinologiyada va ortopediyada qo`llaniladi. Tog`ay tezda shaklga kiradi va unga tezlik bilan kerakli shaklni bersa bo`ladi. Nuqson kattaligiga qarab tog`ay qismlab yoki butun ko`rinishda ishlatiladi. Bundan tashqari tog`ay to`qimasini mayda ko`rinishda xam ishlatiladi bo`ladi. Tog`ay yuzda tog`ay suyak tayanchi yo`kligida, masalan burun to`sig`i yo`qligida, yonoq suyagi uzilganida, yuqori jag` orbita devori zararlanganida, asimmetriyada va pastki jag` rivojlanmay qolishida ishlatiladi. Katta nuqsonlarni bartaraf etish uchun tog`ayni mayda ko`rinishda ishlatish lozim. Buning uchun tortilgan xamma yumshoq to`qima kichik kesmalar bilan ajratiladi va ularni orasi maydalangan tog`ay to`qimasi ko`rinishida to`ldirilib chiqiladi. Kesilgan

yumshoq to`qima tiqiladi va tog`ay tashqi tomondan bosilib kerak bo`ladigan yuzning rel`efi va qismi olinadi.

S.A.Proskuryakov va A.A.Limberg revolv`er tuzilishidagi shprintsni taklif qilishdi, bu shprints bilan bo`tqasimon tog`ay igna orqali to`qimaga kirgiziladi. Bunda bosim orqali tog`ay to`qimasi bo`shashgan to`qima sohasiga kirgiziladi va kerakli shakl paydo qilinadi. SHu usul bilan quloq chig`anog`ini skeleti paydo qilinadi va burun bel sohasidagi botiqlik yo`qotiladi.

Tog`ayni erkin ko`chirish pastki jag`ni katta bo`lmagan nuqsonlarini bartaraf etishda ishlatiladi. Suyak oxirlari bilan birlashgan tog`ay to`qimasi yangi muxitga o`tadi va sifat jixatdan o`zgaradi- u qattiklashadi, hajm jixatdan kattalashib pastki jag` funksiyasini to`liq tiklaydi.

Tog`ayni erkin ko`chirish xirurgiyani boshqa yo`nalishlarida xam qo`llaniladi, masalan qo`llarni falangalarini yaratishda, quloq chig`anoqlarini yaratishda yoki xikildoq tog`aylarini tiklashda ishlatiladi.

Bu maqsad uchun qovurg`a tog`ayi yoki quloq chig`anog`idan foydalaniladi.

Murdadan olingan tog`ay to`qimasi hozirgi kunda xirurgik statsionarlarda keng qo`llanilmoqda. Murdadan olingan yangi tog`ay to`qimasi steril bankaga solinadi va ustidan Ringer - Lok eritmasi solinadi va muzlatgichda +4S da saqlanadi. Xar 2 va 3 kunda suyuqlik almashtirilib turiladi. SHunday qilib 3 haftalardan keyin tog`ay transplantatsiya uchun tayyor bo`ladi.

Tog`ayni ishlatishni original usulini prof.V.A. Arson ishlab chiqqan. Uning aytishicha tog`ay qorin oldingi devori teri osti yog` klechatkasiga o`tkaziladi. Bu erda tog`ay ma`lum bir vaqtgacha saqlanib keyin ishlatiladi.

3. O`smalarning biologik mavjudligi haqida zamonaviy tushuncha.

Onkostomatologik yordamni tashkillashtirish. Kancerogenez nazariyalari.

O`smalarning halqaro gistologik tasnifi. O`smalarning rivojlanish bosqichlari.

Statistika. YUz-jag` sohasida havfli o`smalari bor bemorlarni tekshirish va tashhislash usullari. Lab qizil hoshiyasi va og`iz bo`shlig`i shilliq qavati o`sma oldi kasalligi.

Ma`ruza mashg`ulotning texnologik modeli.

Mashg`ulot vaqti-2 soat	Talabalar soni 18 nafar
Mashg`ulot shakli	ma`ruza
Mashg`ulot savollari	Nazorat savolarida berilgan
O`quv mashg`ulotning maqsadi	YUz-jag` sohasi o`sma kasalliklariga zamonaviy qarashlarni bayon etish. YUz-jag`sohasi o`smalarining xalqaro gistologik klassifikatsiyasi.
Ta`lim berish usullari	Mul`timediya Interfaol usullar: Kor parchasi, akvarium
Ta`lim berish shakllari	Amaliy

Ta`lim berish vositalari	O`quv uslubiy ishlanma, elektron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan auditoriya
Monitoring va jixozlash.	

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma`ruzasi uchun taqdimot slaydlarni tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi MA`RUZA MAQSADI: 1. YUz-jag` soxasi o`sma kasalliklariga zamonaviy qarashlarni bayon etish. 2. YUz-jag` soxasi o`smalarining xalqaro gistologik klassifikatsiyasi. 3. YUz-jag` soxasi o`smalarining asosiy diagnostik usullarini tushuntirish MA`RUZA VAZIFASI: Umumiy amaliyot stomatolog shifokori kvalifikatsion xarakteristikasi talablarini amalga oshirish, o`smalarning zamonaviy biologik asosi xakida tushunchaga ega bo`lishi, xalqaro gistologik klassifikatsiyadan xabardor bo`lishi va xavfli, xavfsiz o`smalarni tushunishi kerak. Umumiy amaliyot stomatologi kuyidagilarni bilishi kerak: o`smalarning dastlabki simptomlari va diagnostikasi 2. Mavzu bo`yicha savollar beradi MA`RUZA REJASI: 1. O`sma, xosil bo`lishi, xaqiqiy o`sma va o`smasimon xosilalar xaqida tushuncha. 2. YUz-jag` soxasi o`smalarining epidemiologiyasi va ontogenezi, o`smalarning o`sishida patofaktorlarning roli. 3. O`smalarning xalkaro gistologik klassifikatsiyasi. 4. YUz-jag` soxasining xavfli va xavfsiz o`smalari. 5. O`smalar diagnostikasining asosiy usullari 6. YUz-jag` soxasi xavfli o`smalarining profilaktikasi va diagnostikasini ta`minlovchi onkologik, stomatologik tashkilotlarning o`zaro aloqasi.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydlar namoyish qilish 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanish	Tinglaydilar Tinglaydilar

(55 daqiqa)		
3- yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. YAkunlovchi xulosa qilish 2. Mustaqil ish berish 3. Uyga vazifa berish	Tinglaydi YOzib oladi YOzib oladi

YUz-jag' soxasi, og'iz bo'shligidagi, jag'lar va bo'yindagi onkologik jarayonlar kasallanish sonini ko'payishida axamiyatga ega. SHunga bog'lik xolda 20 yil avval onkologik institutlar va dispanserlarda bosh-bo'yin bo'limlari ochilgan. Avval xavfli o'smalar xosil bo'lishini o'rganish va davolashga ixtisoslashgan onkologik tashkilotlar, xavfsiz o'smalarni xosil bo'lishi xaqidagi savol vrach stomatologlarning konpitentsiyasida bo'ladi, ular nafakat operativ texnikadan xabardor bo'ladi balki nuksonlarni o'rninni to'ldirish va yo'qotilgan funktsiyani tiklanishini ta'minlovchi plastik operatsiyalardan xam xabardor bo'ladi. Onkologik stomatologik kasalliklarni keng o'rganishning asosi 1950 yillarda Moskva stomatologiyasini asoschilaridan biri M.M.S.I xirurgik stomatologiya bo'limi boshligi professor A.I Evdokimov tomonidan ko'yilgan. Keyinchalik odontogen o'smalar gigant xujayrali o'smalar, yuz va bo'yin soxasining tug'ma kistalari va ba'zi suyak o'smasimon tuzilmalarini tashxislash va davolashning optimal printsiplari ishlab chikildi. YUz-jag' va bo'yin soxasining o'smalari bizning ma'lumotlarga asosan barcha xirurgik stomatologik kasalliklarning 13 % ini tashkil etadi. Ular o'ziga xos kechish xususiyatiga ega, bu ularning xayotiy muhim a'zolarga yaqin joylashganligiga, tishlarning borligiga bog'lik. Bu o'smalar ko'pincha funktsional va kosmetik buzilishlarga shuningdek o'limga xam olib kelishi mumkin.

Ogiz bo'shligi va yuz soxasi o'smalarining turlari juda ko'p, bu yuqoridagi a'zolarning turli strukturalaida rivojlanishiga bog'lik. Onkologik kasalliklar nomlarini standartlashtirish maksadida VOZ sungi 10 yil ichida o'smalarining Xalkaro gistologik klassifikatsiyasini tuzdi (MGKO), u xar 10 yilda kayta kurib chiqiladi, kisman o'zgaradi. va tuldirilib boriladi. MKB-S (1985) ning sungi nashrida odontogen guruxlar o'smalaiga va so'lak bezlari o'smalariga taalukli kushimchalar bor.

XUGT ongologiya soxasidagi ilmiy va amaliy yutuqlarni aks ettiradi. SHuni ta'kidlash kerakki o'smalarining klinik formalarini aniqlash uchun ularning morfologiyasini bilish kerak. CHunki kasallikning moxiyatini tushunib etish kasallikni diagnostikasi va davolashda juda muhim axamiyatga ega.

XUGT ning asosiga 3 ta printsipt kuyilgan: anatomik joylashuv, gistologik tip va xavfli, xavfsiz o'smalarga bulinish. O'sma jarayonlarining joylashuviga bog'lik xolda aloxida klatstsifikatsiya seriyalari mavjud, shulardan 3 tasi yuz va jag' o'smalariga bagishlangan, uoarni organospetsifik o'smalar deyiladi. Bu odontogen o'sma, so'lak bezlari o'smalari va og'iz bo'shlig'i shilliq kavati o'smalari. Organospetsifik bo'lmaganyuz, jag', og'iz bo'shlig'i o'smalari, boshqa lokalizatsiya o'smalariga spetsifikdir, ular teri, yumshok to'qima va suyak o'smalaridir.

Gistologik belgilar o'smalarining gistogenezig a soslangan. barcha o'smalarining xaqiqiy o'smalarga, o'smasimon xosilar va kistalarga bulinadi. Teri, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, og'iz xalkum soxasi o'smalari seriyalarida o'smaoldi xolatlari xam aks ettirilgan.

XUGT ma'lumotlariga ko'ra, rak oldi jarayonlari xavfsiz o'smalarining kartsinomaga utishiga asoslangan. O'sma va xosila termini anomal massaga ega to'qimalarni ta'riflash uchun ishlatiladi, u to'qimaning normal usishiga muvofik keladi. Akademik N.N. Bloxin (1971) ta'rifiga ko'ra, «o'sma kasalliklari» patologiyani aloxida kurinishini namoyon qiladi, bu tabiatda keng tarkalgan. Tuxtatib turib bo'lmaydigan va nisbatan avtonom usishga ega va kmsallanish o'chog'ida xujayralar bo'linishi Bilan xarakterlanadi. Bunda o'smaning usishi birlamchi kurtaklardan boshlanadi. Bunda atrofda o'zgarmagan to'qimalar jaraenga jalb etilmaydi, lekin zararlangan xujayra o'zining o'sish xususiyatini atrof xujayralarga beradi. Bunda to'qimalarning anaplaziyasi kuzatiladi, ya'ni ular nisbatan soda kurinishga kaytadi, shunigdek xavfli o'smalarga xos infil'trativ o'sish va metastazlanish xususiyatila ega bo'ladi. O'sma («neoplazma») grekcha «neos»- yangi, xosila yoki blastoma sinonimlardir va ular xavfli va xavfsiz o'sma jaraenlarini bildiradi. Aniqroq aytilganda esa rak (lat. kartser) epitelial asosga ega, sarkoma

(grek), gusht, o'sma biriktiruvchi to'qima tabiatli o'sma. Mezodermaning qaysi to'qimasidan rivojlanishiga qarab sarkomalarni osteosarkoma, miosarkoma, fibrosarkoma va boshqalarga bulinadi.

Agar o'sma xam epitelial, xam biriktiruvchi to'qimalardan rivojlansa kartsinosarkoma deyiladi.

O'smalarning etiologiyasi va patogenezi.

O'smalar rivojlanishining bir qancha teoriyalari bor. Ular asosan quyidagilardan iborat:

1) Ta'sirlanish nazariyasi (1863y Virxov): o'smalaruzok muddatli surunkali ta'sirlanishdan kelib chikadi.

Bunda atrofda o'zgarmagan to'qimalar jarayonga jalb etilmaydi. Lekin zararlangan xujayra o'zining o'sish xususiyatini atrof xujayralarga beradi. Bunda to'qimalarning anaplaziyasi kuzatiladi, ya'ni ular nisbatan sodda ko'rinishga qaytadi, shuningdek xavfli o'smalarga xos infiltativ o'sish va metastazlanish xususiyatiga ega bo'ladi.

O'sma («neoplazma»-grekcha «neos»-yangi, «plazma»-xosila) yoki blastoma sinonimlar darajasi va ular xavfli va xavfsiz o'sma jarayonlarini bildiradi. Aniqroq aytilganda esa-rak (lotincha-cancer) epitelial asosga ega xavfli o'sma-sarkoma (grek-sar-go'sht, oma-o'sma)-biriktiruvchi to'qima tabiatli xavfli o'sma. Mezodermaning qaysi to'qimasidan rivojlanishiga qarab sarkomalarni osteosarkoma, miosarkoma, fibrosarkoma va boshqalarga bo'linadi.

Agar o'sma xam epitelial, xam biriktiruvchi to'qimadan rivojlansa-kartsinosarkoma deyiladi.

O'smalarning etiologiyasi va patogenezi

O'smalar rivojlanishining bir necha teoriyalari bor: ularni asosi quyidagilardan iborat:

1) Ta'sirlanish nazariyasi (1863 y Virxov): o'smalar uzoq muddatli surunkali ta'sirlanishdan kelib chiqadi (mexanik, ximik, termik, endokrin, neyrogen va boshqalar) Masalan: yuqori jag'da tish protezlarining va ularning kamchiliklari uzoq muddatli shikastlanishi yoki surunkali gaymorit natijasida o'sma rivojlanadi; jag' o'smasining uzoq surunkali osteomieliiti yoki granuleomatsion periodontit, tuberkulyoz va boshqalar natijasida rivojlanishi.

2) Kongeymning embrional nazariyasi: o'smalar embrional xujayralar yoki ularning to'planishidan rivojlanadi, ular embrionning turli qismlaridan rivojlanishi mumkin. Ba'zan shikastlanmagan xujayralar keyinchalshik o'sma rivojlanishiga asos bo'lishi mumkin. Bu ichki yoki tashqi ta'sirlovchi ta'sirlar natijasida xosil bo'ladi. Masalan: so'lak bezida rakning rivojlagishi .

3) Infektsion-virusogenetik nazariya. U bosqichma-bosqich N. Kubaev (1889 y), I.Ivanovskiy (1892 y), K.Ras (1911 y), R.Shope (1933 y), F.Bitlner (1936 y) lar tomonidan rivojlantirilib. Bugungi kunda o'sma chaqiruvchi viruslarning 100 dan turi mavjud. Ular 2 guruhga bo'linadi:

1) RNK tutuvchi

2) Dnk tutuvchi

Onkoviruslar xususiyatlari:

- 1) ular ko'payuvchi xujayraning o'sishini stimullashi.
- 2) ba'zi to'qimalarga, masalan epiteliyga nisbatan tropizm xususiyati
- 3) lanteni xolatda xam xavfli o'smalarni rivojlantiruvchi kantserogen moddalar bilan sinergik (birgalikda) ta'sir etadi.
- 4) xujayraga kirgach xujayraning genetik xossalarini o'zgartiradi, shu bilan uning onkogenligi namoyon bo'ladi. Bu teoriyalar o'smalar etiologiyasi va patogenezi ma'lum chegarada tushuntira oladi, lekin bu muammo xali xal etilmagan. Balki, jarayoni polietilogikdir, shuning uchun kelgusi izlanishlarga muxtoj.

Kantserogen moddalar

Xavfli o`smalarni chaqirish xususiyatiga ega bo`lgan ximik va biologik moddalar – kontserogenlar deyiladi. Buni o`rganishga sabablar: shaxtyorlardagi o`pka raki; anilin ishlab chiqaruvchi zavod ishchilarining qovuq raklari va boshqalar. 1933 yilda toshko`mir smolasi zavodidan kuchli kantserogen modda (3,4 benzipiren) ajratib olingan.

Kantserogenlar ximik, fizik va biologik bo`lishi mumkin.

Ximik kantserogenlarga: arganiq moddalar (politsiklik uglevodlar), noorganik kelib chiqishli (mish`yak, xloratlar), shuningdek endogen moddalar (o`t kislotalari, gormonlar) kiradi.

Fizik kantserogenlarga: barcha ionlanuvchi nurlar, ul`trabinafsha nurlar (masalan: quyosh radiatsiyasi), surunkali yoki bir martali travma (kuyish, muzlash, shikastlar) lar kiradi.

Biologik kantserogenlarga: turli viruslar kiradi.

Kantserogenlar xayvon yoki odam organizmida xavfli yoki xavfsiz o`smalarni ma`lum latent davrlardan so`ng rivojlantirish xususiyatiga ega, ularning davomiyligi kantserogen moddalarning ximik tuzilishi, organizmga kirishi, organizmning sezgirligi va boshqa faktorlarga bog`liq. Masalan: sichqonlar ikki yil yashasa, bu jarayon 6-8 oy davom etadi, maymunlarda (20-25 yil yashovchi) 8-10 yil, odamlarda 15-20 yil.

Kantserogen moddalarning ta`sir mexanizmi etarli o`rganilmagan, lekin ular oqsillarga birikib modda almashinuvi jarayonini buzadi degan taxmin bor. Asosan RNK va DNK strukturalari buziladi. Rakli kasallarda analogik tarzda ichki organlar xam shikastlanadi, leykotsitlarning chapga siljishi kuchli kantserogenlarga shuningdek, rentgen va ul`trabinafsha nurlari xam kiradi; shuning uchun rengenologlarda ba`zan teri raki, elka kistasi rivojlanadi. Radioktiv moddalar bilan ishlovchi va mexnat xavfsizligiga rioya kilmaganlar leykoz bilan 10 marta ko`prok kasallanadi.

Endogen faktorlar (organizmida ishlab chikariluvchi) kontserogen steroid garmonlar, D gurux vitaminlari, ut kislotalari- tuzilishi jixatidan politsiklik uglevodlarga yaqinligi uchun o`sma rivojlanishida katta ahamiyatga ega. Buyrak to`qimasi maxsulotlari 800-900° da kizdirilib, sichkonlarga yuborilganda ular xavfli o`smalarni chakirgan. Organizmda tsirkulyatsiya kiluvchi garmonlar bitta umumiy xususiyatga ega: ular barcha to`qimalarda proleferativ reaksiyalarni chakirishi mumkin: masalan ichki organlar va sut bezi o`smalarida endokrin organlarning turli morfologik o`zgarishlari kuzatiladi. Bu to`qima ichki almashinuvning buzilishini chakiradi, regeneratorlar jarayon kuchayishini stimullaydi, bu esa o`sma xosil bo`lishiga olib keladi, shu katorda og`iz bo`shlig`ida, yuzda va jag`da: shuning uchun **R.E.Kavitsniy (1953y)** shunday deydi: “Rak doim va boshidan butun organizmning umumiy kasallanishidir. ” SHuning uchun bemorni bitta o`smadan davolab, uni to`lik davolashga erishildi deb bo`lmaydi, ya`ni kontserogen organizmning bo`ka xujayra, to`qima a`zosida saklanib kolgan bo`lishi mumkin. SHuning uchun o`sma jarayonlarini davolash garmonal balans normalizatsiyasiga xam kartilgan bo`lishi kerak.

YUqori jag`soxasi o`smalarining tasnifi

Voz ning maxsus buyrug`i bilan bosh va bo`yin o`smalarining xalkaro gistologik klassifikatsiyasi tuzilgan. Ular kuyidagilar:

- 1) epitelial o`smalar
- 2) yumshok to`qima o`smalari
- 3) suyak va togay o`smalari
- 4) limfoid va kon yaratuvchi sistema o`smalari
- 5) aralash genezga ega bulgan o`smalari
- 6) ikkilamchi o`smalari
- 7) tasniflanmaydigan o`smalari
- 8) o`smasimon xolatlar.

Bu guruxlar nomlanishining o`zi xam bu klassifikatsiyani takomillashtirish kerakligidan dalolat beradi. SHuning uchun A.Paches (1983 y) barcha o`smalarni xavfsiz, oralik va xavfli turlarga bulingan.

Nixoyat, shuni esda tutish kerakki ba`zi «o`sma» a`zoning deformatsion shishganligi bilan xarakterlanadi, aslida ular displastik jarayonlar va kista xosil bo`lishi bilan bog`liq, bu esa ankologik

jarayon xisoblanmaydi. **Klinitsist** uchun o'smalarning gistologik tuzilishiga ko'ra tasnifi etarli emas. SHuning uchun A.Pachesning suzlariga muvofiq o'smalarning klinik, biologik, morfologik xususiyatlari va lokalizatsiyasiga e'tibor berish kerak.

O'smalarning xalkaro gistologik klassifikatsiyasi shunisi bilan muximki, u xar bir a'zo uchun ishlatilishi mumkin, ilyustrativ materialga ega. Masalan so'lak bezlari o'smasi №7, teri o'smasi №12 va boshkalar.

Xavfli va xavfsiz o'smalarning asosiy xususiyatlari

Xavfsiz o'smalar xavflilaridan quyidagilar bilan fark qiladi:

- 1) Ba'zilar tug'ma bo'ladi, chunki rivojlanish nuksonlari bo'lishi mumkin (osteomalar, teratomalar, gemantiomalar, limfangiomalar va boshkalar).
- 2) Sekin usadi, atroflarga soglom to'qimalardan etarli jarada chegaralangan, ba'zida xatto kapsulaga ega.
- 3) Agar yumshok to'qimada joylashsa, uzok muddat xarakatchanligini saklab koladi.
- 4) Metastaz bermaydi.
- 5) Gistologik jixatdan bir xil tuzilishga ega, uning xujayralari esa atipik bulsa xam normal xujayralarga uxshash bo'ladi.
- 6) Xavfli tus olishi mumkin juda kam xolatlarda (osteoma, angioma).
- 7) Bir yoki bir nechta xavfli analoglarga ega bo'lishi mumkin, misol uchun adenoma xavfli adenomaga, adenokartsinomaga, bazal xujayrali adenomaga, tsistoadenomaga utishi mumkin.

Xavfli o'smalarning asosiy xususiyatlari;

- 1) O'smada doimo xujayra elementlarining deferentsirofkasi kechadi, ya'ni anaplaziya kuzatiladi-kam deferentsirofkalangan to'qimaning xosil bo'lishi, Anaplaziya kanchalik yakkol namoyon bulsa, xavfli o'sma shunchalik kuchli rivojlanadi.
- 2) Xar bir anaplaziyaga uchragan xujayra kelgusi avlodga shu xususiyatini koldiradi; bunda xar bar avlodda anaplaziya darajasi yukorirok bo'ladi.
- 3) Differentsiya jarayoni kanchalik kuchli bulsa, o'sma shunchalmk tez usadi, ogirligi ortadi.
- 4) O'sma metastaz berishi va yondosh to'qimaga usib kirishi mumkin, atrofdagi soglom to'qima bilan aniq chegara orkali ajralmagan.
- 5) Xavfli o'sma xujayralirining funktsiyasi, «organizatsiyalashmagan» xarakterga ega, organizm xayot faoliyati bilan muvofiklashmagan ; masalan: yuz-jag' soxasi o'smalari bor bemorlarning xujayra va gumoral immuniteti tushib ketadi, zardobli immunoglobulinlar D,G larning sonini ortishi (V.Arsenov 1979 y). Organizmning uzgarishi va karshiligi o'sma jarayonining tarkalganligiga bog'lik. Bu bemorlarda xirurgik travmalar natijasida fibrinoliz depressiyasi operatsiyasidan oldin konning giperkoagulyatsiyasiga bog'lik. (E. Malevich, D.P. St'ernik, 1975y, S.Pinelis 1981 va boshkalar).

Statistika.

YUz-jag' soxasi xavfsiz o'smalari noodonatogen va odontogen o'smalarga bo'linadi, ya'ni genetik va struktur jixati tishlar va falikulalariga bo'liq bo'lgan o'smalar. O'smalar tarkibiga kiruvchi to'kima konsistentsiyasiga muvofik ularni kattik tolali, yumshok to'qimali va aralash tipdagi o'smalarga bo'lish mumkin.

Bizning klinika ma'lumotlariga ko'ra 15 yil ichida 7626 ta gospitalizatsiyalangan bemorlarning 7,8% ida quyidagi noodonatogen o'smalar aniklangan: osteoblastoplastomalar, retentsion kistalar, aralash o'smalar, gemanglomal, dermoid kistalar, fibromalar, papilomalar, limfangiomalar, osteomalar, turma pigmentli doflar, lipomalar, neyrofibromalar, ateromalar, xondromalar, angiofibromalar, limfobromalar, limfadenomalar, adenofibromalar.

Xavfsiz o'smalar:

1. Faqat jag' oldi soxalarida uchraydigan o'smalar.
2. Jag' suyaklarida joylashuvchi o'smalar.
3. Jag' yumshok to'kimalarni, xam jag' suyaklarini kasallantira oluvchi o'smalar.

Xavfsiz birlamchi o`smalarning klinik klassifikatsiyasi A.Kolesovga (1964) muvofik barcha o`smalar va o`smasimon tuzilmalar kelib chikishiga ko`ra 3 ta guruxga bo`linadi:

1. Osteogen.
2. Noosteogen va noodontogen.
3. Odontogen.

Eozinofil granulemani osteogen o`smasimon tuzilmalarga kiritish mumkin, chunki u xavsiz suyak ko`migi retinulemasidir. Osteogen o`smasimon tuzilmalar guruxiga giperteriod osteodistrofiya, giperootodlar, simmetrik ekzositodlar, pastki jag`da va tanglay valigining giperitrofiyasi va bularni kiritish mumkin.

Epitelial o`smalar og`iz bo`shlig`i shilliq qavati epiteliysidan rivojlanish mumkin, shuningdek yuqori jag` sinusi, tamiri endotelial, tishning emal` a`zosi va bulardan rivoji mumkin. Biriktiruvchi to`kimadan rivojlanuvchi xavfsiz o`smaning manbasi denitin, tsement, jag` suyagi, mushak, tofay, teri osti asosi va boshka lokalizatsiya va kelib chikishga ega bo`lgan biriktiruvchi to`qimali element bo`lishi mumkin.

Biroz shartli, shuning uchun ma`lum ma`noda baxsli masala – bu yuz-jag` soxasida o`smasimon tuzilmalar guruxini ajratilishidir(suyaklar displaziyasi, xeruvizm, turli ostoqlar, xolesteotomalar, jag` kistasi, tsemenitolalar va boshqalar).

**Jag`lardagi birlamchi xavsiz o`smalar va o`smasimon tuzilmalarning tasnifi
(YU.I.Bernadskiy, 1983).**

O`sma va o`smasimon tuzilmalarning guruxlari	O`smalar	O`smasimon tuzilmalar
Osteogen	Osteoma Osteoid-osteoma Osteoblastoklastoma	Fibrinoz displaziya Xeruvizm Deformatsiyalovchi ostoq Giperparotireoid fibroz osteodistrofiya Giperostoz Ekdoostoz Eozinofil granulema
Noosteogen va noodontogen	Gemangioma Gemangioendotelioma Fibroma Nefrofibrina Nevrilemmoma Miksoma Xondroma	Xolesteotoma
Odontogen	Adamantinoma YUmshoq odontoma	Jag`ning odontogen kistalari a) radikulyar kista

	Qattiq odontoma Odontogen fibroma	b) follikulyar kista v) retromolyar kista g) birlamchi odontogen kista TSementoma “Oddiy” epulid
Gemangioendotelioma, gemangioma va gemangiosarkoma orasida turadi		

YUmshoq to`qimadan rivojlanuvchi xavfsiz o`smalar uchun esa E.Simonovaniy tasnifini taklif etamiz:

1. Og`iz bo`shlifining shilliq qavati va yumshoq to`kimalarining zararlanishi: epiteliy o`smalari (papilloma); birinchi to`kima va uning xosilalari (fibroma, lipoma, xondroma); mushak to`kimasidan (mioma); nerv to`kimasidan (nevrinoma, neyrofibroma, neyrofibromatoz); tomirlardan (gemangioma, limfangioma, gemangio-endotemeoma xavfsiz); pigment to`qimadan (pigmentli nevus).

2. So`lak bezlarining zararlanishi (katta va kichik), epiteliy o`smalari (adenoma, adenolimfoma, aralash o`smalar, mukoepidermoidlar), biriktiruvchi to`qimadan (fibromalar), tomirlardan (gemangioma, gemangio-endotemioma), nerv to`kimasidan (nevrinoma).

3. Terisi va teri osti yumshoq to`kimasining shikastlanishi: epiteliy o`smalari (papillomalar); birinchi to`qimadan (fibroma, lipoma); tomirdan (gemangioma, limfangioma, xavfsiz gemangioendotemioma); nerv to`kimasidan (nevnomalar, neyrofibroma va neyrofibromatoz); pigment to`qimadan (pigmentli nevus).

Xakiqiy o`smalar va o`smasimon tuzilmalarni farqlash lozim. YA.N.Petrov (1952) ma`lumotlariga asosan xaqiqiy o`smalarning alomati, xavfli va xavfsizlar uchun ularning gistologik tuzilishining atipikligi va chegaralanmagan o`shish xarakteriga ega ekanligi. Ularning asosiy biologik xossasi ularning paydo qiluvchi sabablarni chetlatganda xam to`xtovsiz o`shish xususiyatiga ega ekanligi.

YUz-jag` soxasidagi xavfli o`smalar xarakteristikasi.

YUz-jag` soxasi o`smalarini, asosan xavfli o`smalarini o`rganishda asosiy e`tibor ularning kelib chiqish sababiga qaratilishi kerak. Xavfli o`smalar epidemiologiyasi bu – o`smalarning turli shakllarining tarqalishi va insonlarning yashash sharoiti bilan bo`liq xolda o`rganish. SHu narsa ma`lumki, yuz raki ko`pincha yuqori insolyatsiyali xududlarda ko`p tarkalgan. YUz terisi va og`iz bo`shlig`i shilliq qavati raki asosan keksa yoshdagilar uchun xarakterlidir, chunki bunda yuz terisining karishiga muvofik mitotik indeks kamayadi va regeneratsion jarayonlarning deorganizatsiyasi kuzatiladi, to`kima xujayralarida atrofiya boshlanadi.

Teoretik va klinik onkologiyaning katta yutufi shundan iboratni, rak oldi jarayonlari o`rganiladi.

Lekin shkastlovchi faktorning uzoq vaqt ta`sir etishi natijasida organizm funksiyalari susayib boradi. Organizm normal funksiyalarining buzilishi, asosan bosh miyaning ichki organlarining funksiyasini buzilishiga olib keladi, bu esa kasallangan a`zoning struktur – morfologik xususiyatlari buzilishiga olib keladi, natijada patologik jarayon organizmga fiksatsiyalanadi. To`qimalarning o`shishi atipik xarakterga ega bo`ladi, bu esa rak oldi jarayonidir.

M.K. Petrov, M.K Voskrenskaya, A.K. Kojernikovalar tomonidan eksperimentda onkologik kasalliklar genezida organizmning xolati-rolu ko`plab xavfli o`smalarning xosil bo`lishi uzoq yillik davrdan boshlanadi, bu davrda kantserogen ta`sirga uchragan to`qimalarda o`zgarishlar tuplanib boradi. Rivojlanishning ma`lum bosqichida bu miqdor o`zgarishlar ildizli sifat o`zgarishlarga aytiladi. Bu jarayonda 4 ta boskich farklanadi:

1) Kantserogen faktorlarning ta`sir davrlari - bu faktorlar organizmning javob reaksiyasini chakiradi, lekin to`qimalardagi uzgarish ko`zga tashlanmaydi. Bu davr un yillab

davom etishi mumkin. U kantserogen aktivligiga, intensivligiga, davomiyligiga bog'lik va organizmning unga individual sazgirligiga bog'lik.

2) Klinik aniqlanuvchi o'zgarishlar davri bunda xosil bo'luvchi o'zgarishlarni rak oldi jarayni sifatida tavsiflanadi. Bu davr 10 yil va undan ko'p rivojlanishi mumkin. Bu xam yukoridagi omillarga bog'lik. Bu davrda davolash muntazamligi va effektivligi ahamiyatli. Bu davr xavfli o'smaning birinchi xujayralari xosil bo'lishi bilan yakunlanadi.

3) O'sma rovojanlashining klinik oldi davrlari. Bu davr o'smaning birinchi xujayralari paydo bo'lgandan to o'smaning sezilarli darajada usib, u yoki bu sezgilarni xosil qilishi, pal'patsiya yoki rentgenografiyada aniqlab bo'luvchi kattalikga ega bo'lguncha muddatni uz ichiga oladi. Bu muddat xam nisbatan uzoq davom etadi.

4) Xavfli o'sma rivojlanishining klinik davri. Unda 2 ta bosqichni ajratish mumkin: o'smaning maxalliy cheklangan o'sishi va o'smaning tarkalishi jarayoni giperlizatsiyasi bilan.

Voz onkologik kasalliklarni nomlanishini standartlashtirish maqsadida o'smalarning xalkaro gistologik tasnifini tuzdi (MGKO). Uning asosiga 3 ta printsip kuygan: anatomik lokalizatsiyasi, gistologik tipii va xavfli va xavfsiz turlarga bo'linishi. Lokalizatsiyaga muvofiq aloxida tasniflar tuzilgan, bulardan yuz-jag' soxasi o'smalari – odontogen, so'lak bezlari va og'iz shilliq qavati o'smalari (orgonospetsifik).

Anatomik belgisiga ko'ra: og'iz bo'shlig'i shilliq qavati o'smalari til, yuqori va pastki jag' o'smalari, yuqori va pastki lab o'smalari, so'lak bezi, yuz terisi, bosh o'smalari. Gistologik belgisiga ko'ra tasnifi o'smalarni gistogeniziga asoslangan. Bu tasnifga asosan o'smalar faqat xavfli va xavfsiz turlariga bulinadi.

Xavfli o'smalarning klinik kechishi tez o'sish, metastazlanish bilan xarakterlanadi, bu differentsirovka darajasiga asoslangan. Xavfli o'smaoning o'sishi Xalqaro klassifikatsiya simvollari (1978) bilan xarakterlanadi:

T – birlami rakning tarkalganlik darajasini aniq baxolash.

N – jarayonning regionar limfa tugunlariga metastazlanish darajasi.

M – aloxida a`zolarga metastazlanishning darajasi.

Misol uchun pastki labning birlamchi rakining tarkalish xarakteristikasining xalkaro tasnifiga muvofiq keltiramiz:

T₀ – 1 lamchi o'sma aniqlanmaydi.

T₁ – o'sma kattaligi 1-2 sm va undan ko'p, 1 lamchi o'sma kasallangan organ yoki to'qima doirasida tarkalgan.

T₂ – o'sma 2 smdan ko'p, lekin 4 smdan ortik emas, 1 lamchi zararlangan a`zo chegarasida.

T₃ – o'sma 4 sm va undan katta, jarayonga a`zoning kata kismi yoki butun a`zo jalb etilgan.

T₄ – o'sma a`zoni zararlaydi, boshka a`zolarga xam tarkalgan.

Limfatik sistemaga tarkalganligiga ko'ra:

O – metastaz bermaydi

N₁ – bir tamonga siljuvchi kata bo'lmagankattik tugunlar.

N₂ – 2 tamonlama siljuvchi nisbatan kichik kattik tugunlar.

N₃ – 1 tamonlama siljimaydigan ancha kattik tugunlar.

N_4 – 2 tamonlama siljmaydigan metastaz yoki bir tamonlama limfotik tugunlar paketi, ular chukur anatomik bushliklarga usib kiradi.

Aloxida a`zolari tarkuluvchi metastazlanish darajasi:

M_0 – aloxida a`zolarida metastazlar aniqlanmaydi.

M_1 – klinik va rentgenologik alomatlarga ega aloxida a`zolarida metastazlari (upka, kuks oraligi a`zolari).

Rak retsidivi R xarfi bilan belgilanadi, u T,M xarflari oldidan kuyiladi.

YUz – jag' soxasi o'smasi bor bemorlarni tekshirish:

Tekshiruv sub`ektiv va ob`ektiv ma`lumotlardan tashkari bir qancha diagnostik tekshiruv usullarini xam uz ichiga oladi. Ularning kurinishi va xavfli o'sma xarakteriga , tekshiruvni poliklinika yoki statsionarda utkazilishi, shuningdek davolovchi muassasaning jixozlanganlik darajasiga bog'lik.

Xavfli o'smalarning 1 chi va muximi diagnostika boskichi bu umumiy klinik tekshiruv usullaridir.

Ko'pincha diagnostik xatoliklar to'lik bo'lmagan va yuza tekshiruvlardan kelib chiqadi. SHuning uchun «YAxshi diagnoz ko'ygan vrach, yaxshi davolaydi» so'zlariga ko'shimcha ravishda «yaxshi va erta diagnoz ko'ygan vrach yaxshi davolaydi» deyish mumkin. N.N. Petrov (1952 y) mashxur onkolog «kechiktirilgan va noto'g'ri kuyilgan diagnoz o'sma kasalliklarida o'lim Bilan barobar» degan. Lekin xozirda o'smalarni erta aniqlashning diagnostik metodlari xal kiluvchi axamiyat kasb eta olmaydi.

So'nggi yillarda kantserogen moddalarning o'smani rivojlantirish mexanizmini o'rganishda katta muvaffakiyatlar erishildi. SHu narsa ko'rsatadiki, mashinizatsiya qaysi faktorlar bilan chiqarilishidan qat'iy nazar – viruslar, ximik agentlar, radiatsiya va boshqalar, xujayra genining funktsiyalarini buzadi, bu esa moddalar almashinuvida chuqur o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Kasal odam organizmida oksil sintezi buziladi, immun status va gormonal gomeostaz o'zgaradi.. SHunga bog'lik xolda izlanishlar olib borilmoqda. Klinik – laboratoriya testlar orqali qonning analizi o'tkaziladi, bunda o'sma xujayralarning ma`lum substantsiyalari ishlab chiqaradi. SHuningdek qon va siydikning biologik tarkibi o'zgaradi.. Misol uchun, o'tkir embrional oksilning mavjudlagi (α,β proteinlar), kislotalar va ishqoriy fosfotazalarning ortishi, qon plazmasi va to'qimalarda rakoembrional antigenlarning aniqlanishi. O'smani aniqlash uchun qon plazmasining normografik tekshiruvi xam o'tkaziladi. S.M.Slyunchak (1981 y). ma`lumotlariga asosan u globulinlarga ta'allukli erimaydigan oksil 90% rak kasallarida ijobiy bo'ladi.

Malevich, Stirnik (1975 y.) ma`lumotlariga ko'ra xavfli o'smali bemorlarning qon plazmasida giperkoagulatsiya jaryni rivojlantiradi, asosan operatsiyadan so'ng 3-7 sutkada (Vernadskiy. TSitatasi 1984y)

Ma`lumki, ixtiyoriy kasallikning tashhisi shikoyatlarga, anamnezga va klinik xolatlarga asoslanadi. Maxsus va labarator tekshiruv usullari esa ko'shimcha xisoblanadi, diagnoz to'g'riligini tasdiqlashga xizmat qiladi.

Morfologik verifikatsiya – davolash va oldindan baxolashdagi asosiy kriteriyalardan biri.

O'smaga gumon qilinganda so'rokda kuyidagi shikoyatlar borligiga e'tibor berish kerak :

- o'sma, yazva, infil'tratlar.
- og'riq, paresteziya, anemiya.
- parez, mimik mushaklar paralichi.
- ekzofthalm, diplopiya.
- burun orqali nafas olishning qiyinlashuvi, burundan qon aralash shilimshik chiqishi.

- og'iz ochilishining chegaralanganligi, til xarakatini cheklanganligi va yutishning qiyinlashuvi.
- tishlarning qimirlab qolishi.
- eshitish sezgisining pasayishi.

- organizm umumiy xolatining uzgarishi (kuchsizlik, ishtaxa yuqolishi, tana vazning kamayishi, t⁰ ning ortishi va boshqalar). Yuqoridagi shikoyatlarning birligi o'sma mavjudligiga xarakterli bo'lishi mumkin. Anamnez yig'ilganda shikoyatlarning paydo bo'lish muddatini va boshqa faktorlarga bog'likligini aniqlash kerak. Davolash utkazilganligi va kandayq Xayot anamnezida kasallikning irsiylikligiga, boshdan utkazilgan va xolirok kasalliklarga professional zararlikka – kantserogen moddalar bilan qontaktga va noxush meteriologik sharoitlar – shamol, kuyoshga, zararli odatlarga e'tibor berish kerak. Anamnezning tugri yigilishi o'sma oldi jarayonlarini aniqlashga yordam beradi.

Ob`ektiv tekshiruvda bemorning umumiy xolotini aniqlash, tana xaroratini, arterial bosimni ulchash, a`zolar patologiyasini umumiy qabul kilingan tizim buyicha aniqlash kerak. Somatik o`zgarishlarning birligi (yurak – qon tomir sistemasi kasalliklari, nafas olish va boshka a`zolar kasalliklari) va umumiy statusda o'sma kasalliklarining namayon bo'lishi (kaxeksiya, metastaz va boshqalar.) kasallikning klinik davo xajmi va ketma ketligini aniqlashga imqon beradi.

YUzni va og'iz bo'shlig'i a`zolarini ko`rikdan o`tkazishning og'iz ichi va og'iz tashqi usullari bor. Og'iz tashqi ko`rigida va pal'patsiyada ko`rinarli o`zgarishlar xususiyatiga, ularning lokalizatsiyasiga, yuzning chegaralari va shakliga, yuz-jag' suyaklariga, zararlanish xususiyatiga – birlikda yoki ko`plikda; zararlanish ko`rinishiga – shishganlik, o'sma, eroziya, yara, infil'trat, shakliga – qo`ziqorinsimon, keng yoki tor asosda, kratersimon, dumaloq, oval, tirqishsimon va boshqalar; yuza soha tipiga – silliq, bo`rtgan, donador, qonayotgan, fibroz karash bilan qoplangan, po`stli (yiringli, qonli), muguzli massali (oson yoki qiyin ko`chiriluvchi), o`zgarmagan qoplovchi to`qimali, shuningdek yara chetlarining xolati, eroziyalarning mavjudligi, rangining o`zgarishi (giperemiya, ko`karish, giper yoki gipopigmentatsiya), chandiqlarning borligi, ularning shakli va zichligi, chaynov va mimik mushaklar funksiyasining buzilishi, ekzofal'm.

Zararlangan to`qima holatini pal'pator usul bilan aniqlash kerak (teri, teri osti kletchatkasi, mushak, suyak, shilliq qobiq), yuz va jag' suyaklarining shakli va chegaralarini aniqlash, shishning mavjudligi va lokalizatsiyasi, shikastlangan to`qima yuzasi holati (silliq, g`adir-budur), qonsistentsiyasi (yumshoq, suyakli, elastik), sezgining buzilishini aniqlash (og`riq, muzlash, paresteziya), pul`satsiya. Patologik jarayonning yuqori jag`da joylashgan holatida burun oynasi yordamida rinoskopiya o`tkazish lozim, burun yo`llari shilliq qavati holatini baholash kerak. Tashqi eshituv yo`lining quloq oynasi yordamida tekshirish quloq oldi chaynov, jag' orti va so`rg`ichsimon sohalar patologiyasida o`tkaziladi. Pal'pator usulda atrofodagi turi holati, ko`rinuvchi shilliq qavati holati, labning qizil jiyagi, regionar limfatik tugunlar holati-kattalashuvi, qattiqlashuvi, konsistentsiyasi, harakatchanligi, og`riqni sezish xususiyatlari aniqlanadi. So`lak bezlarining ham holatini e`tiborga olish muhim. Tekshiruvda pal'patsiyaning oddiy va bimanual usullarini qo`llash, shuningdek sog' to`qima bilan solishtirish kerak. So`lak bezlarini massaj qilib, ularning so`lak ajratish xususiyatini, pal'patsiya bilan chakka-pastki jag' bo`g`imi holati, yon va vertikal harakatlardagi amplitudasi tekshiriladi.

O`sma borligi aniqlanganda uning bo`g`im boshchasi bilan munosabatini, yuzasining holatini (silliq, g`adir-budur), konsistentsiyasi (suyakli, yumshoq to`qimali), shakli, hajmi (santimetrlarda) aniqlanadi.

Og'iz ichi ko`rigida va pal'patsiyada shpatel', pintset, oyna, zond yordamida og'iz bo'shlig'i a`zolari ketma-ketlikda tekshiriladi: og'izning gigienik holati, prikus, tishla formulasi, og'iz dahlizi – lablar, lunjlar, o`tuvchi burmalar, jag'larning al`veolyar o`siqlari; xususiy og'iz bo'shlig'i – tubi, til, yon devorlar va murtaklar, til osti so`lak bezi, katta va kichik so`lak bezlarining chiqaruv yo`llari, yumshoq va qattiq tanglay, so`ng tishlarning qimirlash darajasi, o`tkir qirralarning mavjudligi, tish perkussiyasida – og`riqni sezish, karaxtlik, tish katakchalarida biriktiruvchi to`qimaning o`shishi, katakchalarni zondlaganda ularning qonashi va patologik milk cho`ntaklari borligi aniqlanadi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini ko`rikdan o`tkazganda asosan uning rangiga (giperemiya, ko`karish, leykoplakik dog'lar, giperpigmentatsiya), namligiga, qimirlash darajasi (chandiqlar, ularning shakli), shikastlanish o`choqlarining mavjudligiga – birlikda, ko`plikda; o'sma ko`rinishida eroziya, yara infil'tratlar borligiga,

shakliga (qo`ziqorinsimon, kratersimon, dumaloq, oval, keng yoki tor asosli), o`lchami (santimetrlarda), yuzasiga, qonsistentsiyasiga ahamiyat berish lozim. Qattiq tanglaydagi tanglay burmalari ko`zdan kechirilganda, yumshoq tanglayning harakatlanish darajasi aniqlanadi. SHikoyatlar, anamnez, ob`ektiv ko`rik natijalaridan xulosa qilib klinik tashhis qo`yiladi. O`sma aniqlanganda uning lokalizatsiyasi va nozologik formasi ko`rsatiladi. Zaruriyat bo`lganda qo`shimcha tekshiruvlar o`tkaziladi.

Maxsus tekshiruv usullari:

A. elektrodontodiagnostika (EOD) jag`larda patologik jarayon aniqlanganda qo`llaniladi va jarayonning tarqalish darajasini aniqlashga imqon beradi.

B. Rentgenodiagnostika:

a) yuz skeletining rentgenografiyasi

b) topografiya – shikastlangan suyakning chuqurligi va qavatli strukturasi aniqlash uchun qo`llaniladi.

v) qontrast rentgenografiya – qontrast moddalar yuboriladi (yolonilol, bariy, kardiostat, angiostat va boshqalar), ular yuqori jag` sinusiga yuboriladi (gaymorografiya), kistoz bo`shliqlarga (tsisto-grafiya), so`lak bezlariga (sialografiya), tomirlarga (angiografiya) – jarayonning tarqalish darajasini aniqlashtirish uchun, chegaralarini aniqlash maqsadida ishlatiladi.

g) rentgenoskopiya (grafiya) – ko`krak qafasida somatik va onkologik (gematogen metasazlar) jarayonlar borligini aniqlash uchun qo`llaniladi.

V. Morfologik tekshiruvlar – klinik tashhisini tasdiqlash va aniqlashtirish uchun qo`llaniladi.

1) TSitologik tekshiruv – materialning hujayraviy tarkibi o`rganiladi

2) Patologik tekshiruv. Ochiq xirurgik biopsiya yo`li bilan o`sma sohasini limon bo`lagi kabi kesiladi. To`qima patologoanatom tomondan tekshiriladi. Morfologik tekshiruv natijalari quyidagi muddatlarda beriladi:

a) shoshilinch biopsiyalarda – 20-25 min. ichida

b) diagnostik biopsiyalarda va operatsion materiallarda – 4-5 kun ichida.

Ambulator sharoitda kesib olingan xavfsiz o`smalar (papilloma), fibroma, ateroma, shilliq (retentsion) kista, odontogen kistalar albatta morfologik tekshiruvdan o`tkazilishi kerak.

Endoskopik usul bo`shliqli organlarda o`smalar joylashgan bo`lsa qo`llaniladi (yuqori jag`, burun pazuxalari). Izotop modda maxsus tashkilotlar ko`magi ostida radiaktiv izotoplarda tekshiriladi.

Laborator tekshiruvlarga qon, siydiklarni tekshirish kiradi. Bemorni operatsiya oldi tekshiruv shu ma`lumotlarga asoslangan xolda olib boriladi.

Qonni tekshirish o`z ichiga quyidagilarni oladi:

- umumiy klinik anamnez;
- qon guruxlarini aniqlash
- gemorragik sindrom (qon ivishi, qon oqish vaqti va davomiyligi, trombotsitlar soni, koagulogramma)
- Vasserman reaksiyasi, gepatit V va S ni tekshirish
- Biokimyoviy analiz: oqsil, qoldiq azot, Zimnitskiy sinamasi o`tkaziladi, xamda sutkalik siydik yig`iladi (kal`tsiy, fosfor, Bens-Djons oqsili borligiga tekshiriladi). Bemorni tekshirishni ketma-ket maqsadga yo`naltirilgan tekshiruv metodikasi, kasallikni boshlanishida va onkologik kasalliklarni diagnostikasida yaxshi natija beradi.

Butun jaxon onkologik ilmiy tekshirish markazi (BOITM) ma`lumotlariga ko`ra, xavfli o`smalar og`iz bo`shlig`i organlari va og`iz xalqumdagi o`smalar, muvaffaqiyatli tekshirilsa ham 70% xolatlarda

o'smalar III va IV klinik bosqichlarda uchraydi. Bu shuni ko'rsatadiki, bemorlar nafaqat kech murojat qiladi, balki shifokorlarni onkologik xushyorligini yaxshi yo'lga qo'yilmaganligidan darak beradi.

TSitologik usul bilan tekshirish usuli diagnostik, klinik, profilaktik jihatdan zamonaviy onkologiyada katta o'rin tutadi.

Umumiy simptomokompleksga o'sma hujayralarini shakli va o'lchamini turlicha bo'lishi o'sma polimorfizmi, bu o'sma hujayralarini moddalar almashinuvi yuqori darajada bo'lishiga bog'liq bo'ladi va natijada yadroni shakli va kattaligi o'zgaradi, yadro-tsitoplazmatik a'loqadorlik buziladi, xromatin ko'rinishi o'zgaradi, mitotik aktivlik kuchayib, mitozni patologik ko'rinishi paydo bo'ladi, hujayraning bo'yalish xususiyati o'zgaradi, kimyoviy anaplaziya bo'ladi.

Xavflilikni tsitologik belgilariga ko'proq hujayrani o'lchamini kattalanishi, ayniqsa, yadroni, yadro xromatinini dag'al donali strukturaga ega bo'lib qolishi, yadrochalarni sonini ko'payishi, yadroli yoki hujayrali polimorfizmi bilan xarakterlanadi. Surtma analizi yuqoridagi holatlarga mos xolda olib borilsa, xavfli yoki xavfsiz o'smalar borligi xaqila xulosa bo'ladi.

TSitologik diagnostikani endoskopik va aspiratsion turlari farqlanadi.

Bu usul oson, informatsiyaga boy, u nafaqat tashhis qo'yish, balki davolashni kechpayotganligini tekshirib turishga ham yordam beradi. exografik yoki ul'tratovush biolokatsiyasi o'smalarni har xil bosqichda ul'tratovushlarni to'qimalarning yutilishiga va aks etishiga, akustik qarshilik qilishiga asoslanadi.

Klinik amaliyotga ul'tratovushlarni kiritilishi katta ahamiyatga ega bo'lib, organ va sistemalarni nafaqat vizualizatsiyasi, balki undagi struktur elementlar ko'rish imqoniyatini beradi, metod invaziv emas, bemor va tekshiruvchiga zararli emas va bemorni maxsus tayyorgarlik talab qilmaydi. O'smalarni exolokatsiyasi yangi paydo bo'layotgan o'smalarni lokalizatsiyasi boshqa organlar bilan a'loqasini, o'smani o'lchami va strukturasi, kapsulasi bor yoki yo'qligi yoki o'sish agressivligi, o'sma tugunlarini joylashishi aniqlash imqoniyatini beradi.

Komp'yuter tomografiyasi - turli qatlamdagi to'qimalarni 1 vaqtini o'zida aniq ta'surotga ega bo'lishga imqoniyat beradi (suyak, mushak, suyuqliklar va boshqalar).

Bizni kafedramizda bu usuldan X.K.Sodiqova (1991) neyrofibromatoz diagnostikasida foydalananganlar.

V.F. Rud'ko fikriga ko'ra koip'yuter tomografiyasi ko'proq suyak o'smalarida va jag' suyaklaridagi kistozlarga ko'proq ma'lumotlar beradi. Va nafaqat patologik o'zgarishlarni, balki suyakni emirilishi va tipi, havoni to'plaganligi va o'sma sohasidagi suyuqlik bo'ladi, bu esa yuqorida ko'rsatilgan kasalliklar uchun differentsial diagnostikasida ahamiyatga ega.

Radiografiya - ko'pincha radiosialografiya ham onkologik amaliyotda metod sifatida so'lak bezlaridagi patologiyani aniqlashda qo'llaniladi.

So'lak bezlaridagi o'smalarni aniqlashda skanerlash metodidan foydalaniladi. Stsintografiya (radiosialografiya) yuqorida qayd metodni analogi bo'lib, undan so'lak bezlarini so'lak ajratish funksiyasiga baxo berishi mumkinligi bilan ajralib turadi.

Termoviziografiya – bu usul infraqizil nurlarni to'qimalarni turli morfologik strukturasi har xil darajada ta'sir qilishga asoslangan bo'lib, odam organizmidagi turli xil soxalarda, ayniqsa o'sma bor bulgan to'qimalarda temperaturani o'zgarish dinamikasini kuzatishga imqon beradi. SHuni ta'kidlab o'tish kerakki, bemorni tekshirish davolash tashkilotlarida, ya'ni sharoiti bor, mutaxassislari bo'lgan zamonaviy tashkilotlarda o'tkazilishi kerak. Birinchi mutaxassis, ya'ni bemor murojaat qilganda yuzi va og'iz bo'shlig'idagi a'zolari o'smaga shubha qilinayotgan bo'lsa, bu mutaxassis tuman poliklinikasidagi shifokor-stomatolog hisoblanadi. Agar shifokorni onkologik bilim doirasi etarli bo'lmasa, u xolda o'smani tezroq rivojlanishiga yo'l ochib berishi mumkin.

YUz-jag' sohasi kichik soxani egallashiga qaramasdan bu erda o'smalarni ko'pincha turli xil to'qima kelib chiqishiga, kantserogenezig ko'ra, klinik belgilariga ko'ra turlarini uchratishimiz mumkin.

Stomatologik va onkologik xizmatlarni bir-biri bilan bog'liqlikda bo'lishi, yuz-jag' sohasi o'smalarini oldini olishni va tugri tashxislashni ta'minlaydi.

Tavsiya etilgan adabiyotlar

asosiy

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»: M., Meditsina, 2000 g.
2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuxoli myagkih tkaney i kostey litsa».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y.
5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

qo'shimcha

1. Bezrukov V.M., Robustova T.G «Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii»
2. Solov'ev M.M. «Onkologicheskie aspekti v stomatologii» Leningrad,1983
3. Rabuxina N.A. i dr.«Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti»M., 1998
4. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei» M., 1983.
5. SHargorodskiy A.G. «Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa» M. 1998.
6. SHargorodskiy A.G. «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxoli myagkix tkaney i kostey litsa» M.,1999.
7. L. Sazona «Bolezni slyunnix jelez» Praga 1989 y.

Internet sayt:

www.chicagocentre.com www.implantplus.azerin.com www.ukrdental.com
dentist.spb.ru www.nidr.nih.gov spb-mfs.narod.ru www.zubnoy.spb.ru

3. Odontogen o'smalar va o'smasimon hosilalari.

Ma'ruza mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot vaqti-2 soat	Talabalar soni 18 nafar
Mashg'ulot shakli	ma`ruza
Mashg'ulot savollari	Nazorat savolarida berilgan
O'quv mashg'ulotning maqsadi	Odontogen o'smalar va o'smasimon hosilalari va ularni xirurgik davolash printsiplari bilan talabalarni tanishtirish
Ta`lim berish usullari	Mul'timediya Interfaol usullar: Kor parchasi, akvarium
Ta`lim berish shakllari	Amaliy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, elektron darsliklar, kompyuter

Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jixozlangan auditoriya
Monitoring va jixozlash.	

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma`ruzasi uchun taqdimot slaydlarni tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi Ma`ruza maqsadi: Odontogen o`smalar va o`smasimon hosilalari va ularni xirurgik davolash printsiplari bilan talabalarni tanishtirish Vazifasi: Odontogen o`smalar va o`smasimon hosilalariga tashxis kuyishni Kasallik etiologiyasini urganish Davolash usullarini bilish Kasallikning klinik kechishini bilishi kerak. 2.Mavzu bo`yicha savollar beradi Ma`ruza rejasi: 1. Odontogen o`smalar va o`smasimon hosilalari tasnifi. 2. Odontogen o`smalar va o`smasimon hosilalari qiyosiy tashxislash. 3. Odontogen o`smalar va o`smasimon hosilalari davolash usullari.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydlar namoyish qilish 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanish	Tinglaydilar Tinglaydilar
4- yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. YAkunlovchi xulosa qilish 2. Mustaqil ish berish 3. Uyga vazifa berish	Tinglaydi YOzib oladi YOzib oladi

Jag' suyaklarida embrional rivojlanishi oqibatida jag' skeletida ichki, chukur murakkab o`zgarishlar kechadi. Jag'lardagi bu o`zgarishlar o`z navbatida tishlarni shakllanishi chiqishi va o`sishi kabi jarayonlarga ta`sir qiladi

Petres bu o`smalarga odontogen o`smalari deb nom berdi.

Ameloblastoma (adamantinoma)-epitelial odontogen o`smasidir. Tishning emali bilan umumligi kam. Asosan, pastki jag`ning chaynov tishlari, o`sig`i, burchagi sohalorida joylashadi.. Morfologiya bo`yicha ikki xil bo`ladi:

- zich
- kistozlik

Pastki jag` shoxi va tanasi sohasida yumaloq shakldagi o`simta paydo bo`ladi. Jag` birdan qalinlashgan, tuxum shaklida bo`ladi. SHu qatorda suyak to`qimasini atrofiyasi kuzatiladi, kortikal plastinka kichrayib, ba`zi bir joylarda umuman yo`qolib ketadi.

O`sma asosan tashqariga o`sib, pastki molyarlar sohasida til tarafiga bo`rtib chiqishi mumkin. Tapa jag`da tashqariga va TJB tarafiga o`sadi. Kortikal plastinkasiga bosganda krepatatsiya yoki flyuktuatsiya kuzatiladi.

Ameloblastoma, asosan, og`riqsiz bo`ladi. Faqat yiringlaganda yallig`lanish kuzatiladi. Bu ko`rsatmalar paydo bo`lgani, xatto tashxis qo`yilishiga sabab bo`lishi mumkin. O`sma kattalashib, tishlarning so`rilishi va qimirlashiga olib keladi. Bu chaynashni buzilishiga olib keladi.

Ameloblastomani xavfli turi kam uchraydi. O`smani xavfli ekanligini aniqlash uchun biopsiya yoki gistologik tekshiruv uchun biopstat olinadi va bu material tekshiriladi.

Ameloblastomani tashxislashda rentgen katta ahamiyatga ega. Rentgenogrammada yumaloq shakldagi, turli kattalikka ega bo`lgan, bir-biridan suyak devorlari bilan ajralib turgan bo`shliqlar aniqlanadi.

Ameloblastomani odontogen kistalar, osteoklastoma va xavfli o`smalar bilan qiyosiy tashxis qilish kerak.

Odontogen kistalar yukori va pastki jag`larni xar kanday tishlar soxasida uchraydi. Rentgen tasvirida radikulyar kistalar bitta bo`shliq bo`lib, sababchi ildizda joylashadi. Follikulyar kistalarda tish saqlangan kistoz bo`shliq aniklanadi. Osteoklastomada deyarli ameloblastomaga o`xshash joyda joylashadi, lekin olinadigan punktat qon yoki to`q rangli ekssudat ameloblastomaga xarakterli emas.

Odontoma – tish va parodont to`qimalari aralashmasidan tashkil topgan o`sma. Asosiy to`qima – dentinsifat modda, shu sababli qattiq odontomalar ko`proq uchraydi. Agar tsementsifat modda ko`proq bo`lsa, bu o`smani tsementoma deb atashadi.

Turlari:

- oddiy odontoma – bitta tish kurtagidan paydo bo`lib, oddiy tishdan emal, dentin va tsement foizlanishi bilan ajraladi. Butun va butun bo`lmagan bo`lishi mumkin.
- oddiy bo`lmagan – bir necha tishlarning to`qimalaridan tashkil topgan.

Yana **yumshoq odontomalar** uchraydi. U ameloblastomaga o`xshab ketadi. Ustida, biriktiruvchi to`qimadan iborat bo`lgan kapsulasi bor. O`sma o`shisi juda sekin va og`riqli. O`sma kattalashgan sari, yumshoq va suyuq to`qimalarning butunligi buziladi. SHu sababli patologik cho`ntaklar paydo bo`ladi. Diagnostik ko`rsatmalardan biri, bu ikkilamchi yallig`lanish, rentgen suratida yumaloq yoki notug`ri shakldagi, bo`lakchalarga bo`lingan bo`lib ko`rinadi. Atrofidagi suyakda ocharib ketgan chiziqcha ko`rinadi, tsementomada bir xil soyalanish kuzatiladi.

Tsementoma – odontogen biriktiruvchi to`qimadan yaralgan bo`lib, bir yoki bir necha tishlarning ildizi bilan bog`liq bo`ladi. Kam uchraydi, xavfsiz.

Turlari:

- xavfsiz

- tsementlashayotgan fibroma
- periapikal tsementli displaziya
- gigant shaklli tsementoma

Kupincha tish olingandan keyin aniklanadi, tish ildizi sinishi patologik tsement to`qimasiga bog`liq bo`ladi.

Birinchi ikkita tsementoma turi o`sma xarakterida rivojlanadi. Periapikal tsementli displaziya, tsement paydo bo`lishni buzilishi sababli kelib chiqadi. Gigant shaklli tsementoma irsiy shaklda o`tadi.

Odontogen fibroma – bu jag` suyaklari suyak ichidagi fibromaning bir turidir. U biriktiruvchi to`qimali stroma hamda tish hosil qiluvchi epiteliy qoldiqlaridan tashkil topgan.

10. Tavsiya etilgan adabiyotlar

asosiy

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»: M., Meditsina, 2000 g.
2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuxoli myagkix tkaney i kostey lica».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y.
5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitelnaya hirurgiya myagkix tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

qo`shimcha

1. Bezrukov V.M., Robustova T.G «Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii»
2. Solov`ev M.M. «Onkologicheskie aspekti v stomatologii» Leningrad,1983
3. Rabuxina N.A. i dr.«Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti»M., 1998
4. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei» M., 1983.
5. SHargorodskiy A.G. «Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa» M. 1998.
6. SHargorodskiy A.G. «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxoli myagkix tkaney i kostey litsa» M.,1999.
7. L. Sazona «Bolezni slyunnix jelez» Praga 1989 y.

Internet sayt:

www.stomatologist.ruwww.dentsplycis.comwww.citydentist.narod.ru

5. YUz-jag` sohasi noepithelial havfsiz o`smalari va o`smasimon hosilalari

Ma`ruza mashg`ulotning texnologik modeli.

Mashg`ulot vaqti-2 soat	Talabalar soni 18 nafar
Mashg`ulot shakli	ma`ruza
Mashg`ulot savollari	Nazorat savolarida berilgan
O`quv mashg`ulotning maqsadi	YUz-jag` sohasi noepithelial havfsiz o`smalari va o`smasimon hosilalari va ularni xirurgik davolash printsiplari bilan talabalarni tanishtirish

Ta`lim berish usullari	Mul`timediya Interfaol usullar: Kor parchasi, akvarium
Ta`lim berish shakllari	Amaliy
Ta`lim berish vositalari	O`quv uslubiy ishlanma, elektron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jixozlangan auditoriya
Monitoring va jixozlash.	

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma`ruzasi uchun taqdimot slaydlarni tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi Ma`ruza maqsadi: YUz-jag` sohasi noepithelial havfsiz o`smalari va o`smasimon hosilalari va ularni xirurgik davolash printsiplari bilan talabalarni tanishtirish Vazifasi: YUz-jag` sohasi noepithelial havfsiz o`smalari va o`smasimon hosilalari tashxis kuyishni Kasallik etiologiyasini urganish Davolash usullarini bilish Kasallikning klinik kechishini bilishi kerak. 2.Mavzu bo`yicha savollar beradi Ma`ruza rejasi: 1. YUz-jag` sohasi noepithelial havfsiz o`smalari va o`smasimon hosilalari tasnifi. 2. YUz-jag` sohasi noepithelial havfsiz o`smalari va o`smasimon hosilalarni qiyosiy tashxislash. 3. YUz-jag` sohasi noepithelial havfsiz o`smalari va o`smasimon hosilalarni davolash usullari.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, slaydlar namoyish qilish 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanish	Tinglaydilar Tinglaydilar
5- yakuniy bosqich	1. YAkunlovchi xulosa qilish	Tinglaydi

(10 daqiqa)	2. Mustaqil ish berish	YOzib oladi
	3. Uyga vazifa berish	YOzib oladi

PAPILLOMA VA PAPILOMATOZ

Papillamatoz reaktiv va neoplastik bo`ladi. Reaktiviga qattiq tanglay va al`veolyar o`siqlarni yallig`lanib papillyar giperplaziyasi, tanglay nikotinli papillamatozi, lunj, lab, til shilliq kavatlarining travmatik papillamatoz tilni rombsimon papillamatozi kiradi.

Klinika va kiyosiy tashxisi. Papilloma og`iz bo`shlig`ida, yuz tersida uchraydi. Bular odatda yakka, yumshoq, aylana yoki bir qancha cho`zilgan bo`ladi, oyoqchasi oqim hajmni 0.2-2 sm tilda, lunj, yumshoq yoki qattiq tanglay shilliq pardasida joylashadi. O`sma konsistentsiyasi yumshoq, elastik, ba`zan yuzda zich giperkatozli papilloma uchraydi. Ba`zan papillomalar yuzasi yalliglanadi, qattiqlashadi va oz-ozdan qonashni boshlaydi. Ba`zan lab, lunj, tanglay yumshoq qavatlarida bir qancha papillomalar chiziqlari ko`rinadi.

Yakka papilloma skalpel yoki elektropichoq bilan olinadi. Reaktiv papillamatozlar zararlovchi faktorlarni yo`qotish kerak (protezni olish, chekishni to`xtatish, xato plombani to`g`irlash). Agar bular yo`qotilmasa papilloma kattalashadi. Neoplastik papillomatoz bittada yoki bosqichli ravishda olib tashalanadi.

FIBROZ XOSILALAR SHAKLLANISHI

Bu fibroz tuzilmadan iborat bo`lib, yakka fibroma, simmetrik fibroma milk fibromatoziga bo`linadi. Yakka fibroma milkda og`iz bo`shlig`i shilliq qavatida, lunjni chuqur to`qimalarida, yumshoq tanglay, tilda, jag`da yakka joylashadi.

Fibroma 2 kurinishda uchraydi: kichik chegaralangan va yirik ikkalasi ham qattiq va yumshoq bo`lishi mumkin. Ularni hajmi vaqti va rivojlanish tempi bilan aniqlanadi. Ular sekin o`sadi, birinchi yil hech qanday shikoyat, bezovtaliklar bo`lmaydi. Yumshok fibromalar fibrangiomalarga ko`ra tezroq o`sadi. Fibromalar boshida og`riqsiz o`sadi, keyin kuchsiz og`riq chaqiradi (ovqat eganda, bosganda). Palpatsiya kilinganda yirik asosli, ba`zan oyoqlari bo`lgan zich og`riqsiz konsistentsiya seziladi, sohada teri, shilliq qavatlar o`zgarmagan bo`ladi. Kichikroq fibroma kattasiga ko`ra zichroq, yumaloq chegarasi aniq, og`riqsiz (palpatsiyada) bo`ladi. Agar chaynashda tishlar orasida qisilib yuzasi yaralansa, yirmglash o`chog`i xosil bo`ladi.

Differentsial diagnoz epitelioma, milk fibromatozi bilan qilinadi. epitelioma fibromadan konsistentsiyasini yumshoqligi ingichka oyoqchalar borligi bilan, fibromatoz milk milk fibromasidan farqli turli xarakterga ega.

Yumshoq to`qima yakka fibromasi o`smasi to`liq kesib olish bilan teriga va shilliq qavatga chuqur va tugunli choklar qo`yish bilan tugatiladi.

Limfangioma

Limfa tomirlardan kelib chiqib, tomirlarda embrional davrda poroklar bo`lishi sababli yuzaga keladi, yoshlik davrdan shuning uchun belgilari tezda yuzaga chikadi va erta tashxislash oson buladi.

Klinikasi. Limfangioma sekin, progressiv, yakka, ma`lum bosqichlarda o`shish tezlashishi yoki aksincha so`rilishi mumkin. Katta bo`lmagan limfangiomalardan chandiq qoladi. Yirik kavernoza o`smalar kattalashishga moyil. O`sma ba`zan boshqa poroklar bilan qo`shilib keladi: gemangioma, nevrofibromatoz, muskullar atrofiyasi, qo`l oyoqlarining o`smasligi.

Yuz jag` sohasida bu ko`pincha lab, lunj, quloq oldi, chaynov sohalarida, burun, tilda uchraydi. Bu bo`yinga, ko`krakka, muskul osti chuqurchalarga tarqalishi mumkin. O`sma teridan 0-2 sm kutarilib turishi, rangi o`zgarmasligi yoki qattiq qismlari to`q qizil rangda bulshi va pal`patsiyada og`riqsiz bulishi kuzatiladi.

Tashxislash. Tipik holatlarda diagnoz qiyinchilik tug'dirmaydi, punktsiya qiladi, suyuqligi tiniq sarg'ish yoki och sut rangida. Suyuqlikka qon aralashgan bo'lsa, bu uni qon tomiri bilan ham bog'liqligi borligini bildiradi. Limfangiometri xeylit, Mikulich sindromidan farqlash kerak.

Davolash. Xirurgik radikal operatsiya. Agar lab, luj, engak, quloq oldi sohalarda keng tarkalgan bo'lsa YU.I.Bernadskiy bo'yicha zanjimda limfa aylanishni qisib to'xtatilib sklerozlovchi terapiya qilinadi.

OG'IZ BO'SHLIG'I VA YUZ LIPOMASI

YUZ teri osti yog' qavatdan rivojlanadi. Bu teri osti qavatidan yog' klechatkasidan atipik tuzilishi bilan, notekis kattaligi bilan, yog' bo'laklari bo'lishi bilan farq qiladi. 2% bemorlarda uchraydi va xavfsiz o'sma sifatida davolanadi.

Lipoma o'smirlikda yoki katta yoshdagilarda rivojlanadi, asosan shifokorga 30 yoshdan keyin murojaat qiladilar. Sekin o'sadi, og'riqsiz, palpatsiyalanganda yumshoq, zich qattiq o'sma bo'ladi, harakatchan, teri va shilliq qavat bilan bog'lanmagan (milkdan boshqa).

Differentsial diagnoz kista bilan qiyinchilik tug'diradi, ba'zan dermoid lipoma bilan birga keladi, ba'zan shuning uchun o'smani olayotgan paytda (operatsiya vaktida) aniqlanadi.

Ateroma bilan farqlanganda, ateromani teri bilan bog'liqligini esda tutish kerak.

Davolash faqat xirurgik yo'l, kapsula bilan olib tashlash diffuz lipoma qiyinchilik tug'diradi.

KAPILLYAR GEMANGIOMA.

Kapillyar gemangioma, oddiy gemangioma to'qima sohasida yassi, dog'li, pushti qizil yoki ko'kish rangga ega to'qimalar bo'lishi bilan ifodalanadi. Bu joy anastomozlashgan va tutashib ketuvchi, yangi paydo bo'lgan kapillyar va arteriolalardan iborat. Kapillyarlar arterial yoki venozli bo'lishi mumkin. Gemangioma og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida yoki yuz terisida joylashadi. Qo'l bilan bosilganda shu joy oqaradi. Kapillyar gemangioma sekinlik bilan rivojlanganda teri osti va shilliq osti kletchatkalar o'zgaradi, ba'zan bu jarayon tez kechishi mumkin.

Ba'zan bu davosiz yo'qolishi yoki kichrayishi mumkin. Tez o'sishi va stabil xolatlar davrlari almashinib turadi.

SHoxlangan o'smalar. Bu keng va ortiqcha arteriya tomirlar g'altakchalaridan iborat. Arterial gemangioma pulsatsiyaga ega. Ko'pincha shoxlangan gemangiomadagi anastomozlarda sistolik shovqin eshitiladi. Bu anevrizmni eslatadi. Boshni engashtirganda gemangioma hajmi kattalashadi (to'lishish simptimi).

G'ovakli gemangioma. Yirik, qoplama epiteliy va bo'shlig'i qon bilan to'lgan guruhlardan tuzilgan. Alohida bo'shliqlar bir-birlari bilan bog'langan yoki xalqa biriktiruvchi to'qimali elastik va mushak tolali devorlar bilan ajralgan. Ko'pincha aloqador bog'langan bo'shliqlar "qisiq", "o'raliq" belgisi bilan ifodalanadi. Bosganda (barmoq bilan) ular bosiladi va keyin sekin yana qonga to'ladi. O'sma kapsulali yoki diffuz bo'ladi. Kesganda ular yirik dog'li tugun, ko'p teshikli va yo'llar bilan ko'rinadi.

Pal'pator bu gemangioma kengligini aniqlash mumkin, atrofi qattiq aylana petrifikatsiyalangan tromboflebit bilan o'ralgan bo'lib, uni bosganda og'riq bo'ladi.

Solishtirma diagnoz

Bu limfangioma va tug'ma dog'lar bilan solishtiriladi. Limfangioma ham oddiy kistasimon yoki g'ovaksimon bo'ladi, lekin terisi rangi oq bo'lishi bilan farq qiladi, oson bosiladi, punktsiyada och yoki xira suyuqlik (limfa) bo'ladi. Tug'ma pigmentli dog' och qizil yoki kofe rangli dog' bo'ladi. Limfangioma ta'sir endoteliysi o'sishni va melono suyuklardan shakllanadi, bosilganda pigment rangi yo'qolmaydi.

Davolash. Kichik oddiy gemangiomalar elektrokoagulyatsiya, nur terapiya, uglekislot qori bilan davolanadi. Oxirgi paytlarda emizikli va kattaroq bolalarda past vol'tli rentgen apparatlardan

foydalanilyapti. Bunda bolalar kam masofada rentgen bilan nurlantiriladi. Bu usul afzalligi og'riqsizli, aniq dozirovka yubora olish, aniq vaqt yuborish (25 min) va davolovchini yaxshi ximoya qilish sharoiti borligi. Bu terapiya aksar ko'pchilik bolalarga qo'llaniladi. Ulardan 6 % yaxshi kosmetik natijali. emizikli bola 6 gr dozirovka bilan bir tekis o'tkaziladi, 4-5 haftada o'smani yo'qolishi kuzatiladi. Ba'zan 1,5-4 oyda 3 marta qilinadi. (umumiy dozirovka 20-25 gr etishi uchun).

Katta kapilyar gemangiomalar yuzda bir marta yoki 2-3 bosqichli kesib olish bilan olib boriladi, ko'p ochiq qolgan jarohatga plenka, qorin yoki elka terisidan transplamtant qo'yiladi. Lab va lunj sohadagi kavernozi yoki shoxlangan gemangiomalar yuz nerv tarmoqlari va quloq oldi so'lak bezini maksimal ehtiyotkorlik bilan kesiladi. Bu jarrohlik harakatini boshlashdan oldin chegaralangan kavernozi gemangiomada fibrinolitik aktivlik balandroq, diffuzda kavernozi gemangiomada qon ivish tizimi aktivligi pasayganligini hisobga olish lozim.

Lab va lunj, engak, chakka - quloq oldi sohalaridagi keng kavernozi va shoxlangan gemangiomalarda o'smani kesib olib tashlash kam ishlatiladi, sababi bunda yuz nervi jaroxati tufayli mimika muskullari paralichi bo'lishi mumkin. Davolashni boshqa usullari ham mavjud. Sklerozlovchi terapiyada Dawling bo'yicha turli kimyoviy moddalar inektsiyasi qilinadi. Oxirgi paytlarda xinin va uretan aralashmasi ishlatilayapti.

(Uretani 0.6; Chinini muriatici 1.25; Aquae desti 1 latae 10.0)

P.P. Gorbushina bo'yicha sklerozlovchi terapiya. Gorbushina xinin-uretan aralashmasini bu terapiyada effektini oshirish uchun mahkam bintlashni qo'shimcha qildi. Tarqalgan kavernozi gemangiomada Gorbushina 56 ml doza bitta ukolda xinin uretan yubordi. Takroran 24 kundan keyin qayta yuborildadi.

V.S. Agapov bo'yicha sklerozlovchi terapiya statsionar holatda hamma o'sma to'qimasi quyidagi eritma tarkibi bo'yicha infiltratsiya qilinadi: 95 % S₂H₅OH+novokain 0.1+ distirillangan suv 29.0 igna o'smadan (chegarasidan) 1-2 sm chetroqdan qilinadi. Aralashmani yuborishdan oldin assistent barmog'i bilan tomirlarni ezadi, xirurg ignani oxirigacha kirgizadi, igna kiritish mobaynida eritma yuborib boriladi. eritma bir necha yo'nalishlarda yuboriladi. eritma o'sma mag'ziga, bo'shliqlariga tushadi.

YU.I. Bernadskiy bo'yicha sklerozlovchi terapiya: Bu usulda ikkita variant taklif etilgan.

1-Variant. Katta, bir-biri bilan bog'langan kavernali o'smalarni ularni oson bo'shatish mumkin bo'lganda qo'llaniladi.

2-Variant. Bu variant qachonki kavernalar orasidagi bog'liqlik etarli bo'lmaganda, kavernalar kichik, o'smadan qonni surilishi imkoni bo'lmaganda qo'llanadi.

P.V.Xodorovich bo'yicha sklerozlovchi terapiya. Uncha katta bo'lmagan kapillyarlar, shoxlangan va kavernozi o'smalarga qo'llaniladi. P.V Xodoroviya taklifiga ko'ra bu usulda 3 xlarli uksus kislota dikain eritmasi bilan yuboriladi. Inektsiya tuberkulin tsprintsi bilan qilinadi. Bundan boshqa Kaznachenko, Duduko usullari ham bor. Lazer nurlanish bilan davolash. Oxirgi yillarda optik kvontli generatorlar bilan tomirli gemangiomani fotokoagulyatsiya qilish keng qo'llanilyapti.

YUZ TERISINI TUG'MA DOG'LARI (NEVUS)

Nevuslar tug'ma chegaralangan teri displaziyasi bo'lib, giperpigmentatsiya yoki depigmentatsiya bilan xarakterlanadi, tomir nenormal rivojlanadi, usti burmali yoki sochli bo'ladi. YUz nevusi lunjni yarmini egallaydi. Davo yaxshi o'sma sifatida o'tkaziladi.

Patogenezi. Ko'pchilik Masson 1926y fikri bilan ya'ni nevus teri ostidagi sezuvchi nervlarni shvan qobiqlaridan bo'ladi deydi. Ba'zi hollarda tug'ilgandan keyin bo'ladi va bu kechikkan holat deyiladi, bunda ma'lum vaqt melanin xujayralar etishmay qolgani bilan izohlanadi.

Klinikasi. Nevuslar pigmentli, pigmentsiz, tomirli bo'lishi mumkin. Pigmentli nevus derma ichi, chegaralangan yoki aralash bo'ladi. Derma ichi nevuslari xususiy terida joylashgan xujayra bilan ifodalanib ko'p uchraydi. Pigmentni turli miqdorlarada tutadi. Bunday dog'larni rangi to'q jigarrang yoki qora bo'ladi. Bu erda melanafollar va o'choq infil'tratlari topiladi.

Nevus dermani yuqori qavatlarida joylashgan pigment xujayralar va dog'lardan iborat bo'lib, atrofi kollagen tutamlar bilan o'ralgan, pigment xujayralar ko'p bo'lganligi, oval, kubsimon bo'lib, nozik fibril to'rlari bilan ajraladi. Bu shu bilan epiteliy xujayralardan farq qiladi (bir-biriga zich emas). Tipik nevus xujayralar o'zida gomogen protoplazma tutib, yirik doira yoki ovalsimon, och pufak va yadrodan iborat.

Derma ichi nevuslar chegaralangan, silliq yoki kam burmali, turli xajmli, qattiq qoplamali, ba'zan to'q sochli bo'ladi. Ba'zan giperkeratoz, papilloma alomatlari bo'ladi. Derma ichi nevusiga chuqur nevuslar kirib, bu yuz, qo'l (kam holda bu joylarda) da uchrab yumshoqroq bo'ladi. CHuqur nevuslarda yotqizilgan pigmentlar topiladi, bu epidermisga parallel chuqur dermada joylashgan fibroblast xujayralarga o'xshash.

CHegarali nevus derma va epidermis chegarasida pigmentlangan xujayrani bo'lishi bilan farqlanadi. Mikroskop ostida xujayralar ko'p yoki kam yaxshi chegaralangan uyaga yoki butun konglomeratlar ko'rinishida bo'ladi. Xujayralar kubsimon yoki duksimon shaklda bo'ladi. Ko'pchilik bu formadagi nevuslar malignizatsiyaga uchraydi. Aralash nevus: xujayralar dermadi qismi joylashadi, ba'zan derma va epidermis chegarasida. Vaqt mobaynida chegarali, derma ichi nevusiga aylanishi mumkin.

Kiyosiy tashxisi. Gemangioma va melonomalar bilan solishtirilib, birinchidan uni bosganda oqarmasligi bilan, rangini saqlashi bilan farq qiladi. Melonomada regional limfa tugunlar kattalashadi, pigmentli dog'da bunday emas. Ba'zan qo'shimcha diagnostik usullar qilinadi: klinik dermatoskopiya, radioaktiv fosfor indikatsiyasi, elektrotermometriya va boshqalar.

Temperatura farqi nevus yuzasi bilan assimetrik sog' teri sohasida 0-95,3 % gacha buladi.

Davolash. Vrach taktikasi nevusni joylashishi kesish kattaligiga bog'liq. Bunda radikal kesish yoki diatermokoagulyatsiya qiladi. Katta nevuslar bir yoki bir qanchsa usullar bilan qilinadi. Nevusni olib tashlashda 3-4 mln chegarada sog' to'qima ham olinadi, ba'zan buni tubi bilan olishga to'g'ri keladi. Qovoq va qoshlarga ham tarqalgan bo'lsa nevus 1-bosqichda shu sohalardan boshqa erda joylashgan nevus olinadi, 3-4 xaftadan keyin bir tomon (masalan o'ng chap qosh tomon) keyin 2-3 xaftadan keyinshi tomon olinadi. Odamni ko'zini birdani ikkalasini bog'lash (yopib qo'yish)ni oldini oladi. Bunda teri plastikasi qilinadi. Keloid chandiqlar bo'lmasligi uchun Bukki nurlari bilan operatsiyadan 6-7 kundan keyin nurlantiriladi.

Prognoz yaxshi.

YUZ VA OG'IZ BO'SHLIG'I NEYROFIBROMA

Neyrofibroma perifirik nervlar qobig'idan xosil bo'lib, neyrolemmalar mahsuloti deb qaraladi (shvan qobig'i). SHunga ko'ra bu shvannoma, lemmoma ham deyiladi.

Og'iz bo'shlig'ida, yuzda bularni rivojlanishi yuz nervi va uchlik nerv poroklari natijasida kelib chiqadi. O'sma nervga bog'liq holda yoki monotsentrik, politsentrik joylashadi. Neyrofibroma asosan lunj orasida engak osti sohada, tilda, chakka sohasida joylashadi.

Klinikasi. Boshlang'ich davrida bemor vrachga bir qancha og'riqlardan shikoyat qiladi. U og'riq vrachga murojaat qilishga majbur qiladi, o'sma sohada teri ostida palpatsiya qilinganda zich ba'zan yumshoq 1 smdan 10 sm va undan ham katta hajmda bo'ladi. O'smani zich va qattiqligi undagi tugunlarga bog'liq, Agar tugunlar kam bo'lsa yumshoq, strukturasi bo'yicha neyromaga o'xshash. Pal'patsiya ba'zan uch shoxli nerv bo'yicha tarqaluvchi og'riq bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. O'sma ko'rinishi zich elastik bitta tugundan yoki bir qancha nerv stvoliga aloqador bo'lgan tugunlardan xosil bo'lgan bo'ladi. Kesimda o'sma oq yoki sarg'ish, zich yoki yumshoq, bo'lakli, tolali tuzilishlarda bo'ladi. Neyrofibroma neyron kabi gistologik tuzilishi bo'yicha 2 tipda bo'ladi: fibrilyar va retikulyar

Fibrilyar yoki vaskulyar tip duksimon xujayralar (fibroblastlari o'xshash) bilan nerv qoplagan birinchi to'qimadan farq qiladi. Ular bir-biriga yaqin joylashadi va tutam xosil qiladi. O'sma stromasi kam

bo`lib, ba`zan qolipsimon shaklli Verokai tanachalari uchraydi. Retikulyar tipda bu tanalar bo`lmaydi, fibrillar bunda to`rsimon chigallar xosil qiladi, to`rda oval yoki dumaloq xujayralar joylashgan, ba`zan ular aylana shaklda joylashadi. Unda shilliq distrofiya bo`lib, kistoz bo`shliqlar shakllanadi, ichida shilliq tutadi. Ba`zan bu tipda o`sma xujayralari ichiga yog` tomchilari yig`iladi.

Tashxislash. Diaqnoz o`smaning sekin o`shishi, uch shoxli yoki yuz nervi chiqadigan joyda joylashishi, zich elamtik konsistentsiyaligi, silliq yuzaligi, og`riqsizligi bilan ifodalanadi.

Davolash. Xirurgik, maxalliy anasteziya asosida teri va teri ostida yuz nervi yo`nalishida kesiladi. Keyin yuz nervini zararlamay olinadi. Mo`ljalni aniq olish uchun ba`zi xirurglar 0.2-0.3 % metil ko`ki eritmasini inektsiya qiladi va rang o`sma sohasini bo`yab chegaralarni ko`rsatadi. Proqnoz yaxshi

So`rg`ichli giperplaziya.

O`smasimon zararlanishlar virusli yoki zamburug`li tabiatga ega bo`lib, qattiq tanglayda joylashadi. Ular bir necha og`riqsiz to`qimalardan iborat. Ular yumshoq so`rg`ichli o`simtalardir, ularning rangi qizil bo`lib keng asosli. Bu xolat yuqori jag`ga olib quyiluvchi plastinkali protez taqadigan bemorlarda uchraydi. Mikroskopik tekshiruvda epitelial qavatlarning qalinlashganligi aniq, muguzlanish kuzatilmaydi, surunkali yallig`lanish bunga qo`shimcha bo`ladi.

Davolash: Ba`zi bemorlarda protezni taqish to`xtatilsa o`z-o`zidan to`xtaydi. Bemorlarda boshqa materialdan protez tayyorlash yoki tanglaysiz konstruksiyalash tanlanadi. Bemorlarda effekt aniqlanmasa gistologik tekshiruv o`tkaziladi.

Milk fibromatozi.

Og`iz bo`shlig`i fibromasining uchrashi qo`zg`atuvchi reaksiyalar va qayta travmalar natijasida yuzaga chiqadi. Taxminlar bo`yicha, uning giperplaziyasi genetik kelib chiqadi. bunda milk fibromatozi nasliy bo`lib, bir necha avloddan so`ng ham yuzaga chiqishi mumkin va erta bolalikda uchraydi.

Jarayon milk so`rg`ichlari, al`veolyar o`siq, tish qatorlarida bo`lib 2 ala jag`da xam uchraydi. Klinik jixatdan fibroz o`sish butun al`veolyar o`siqdan o`tib to`liq tishlarning tojlarigacha boradi. O`sma soxa shilliq qavat och pushti rangda bo`ladi. Uning shilliq qavati asosan tishlarning chaynov yuzalarini xam qoplaydi.

Rentgenlogik jixatdan uzoq davom etuvchi protsesslarda al`veolyar o`siq devorida shikastlar kuzatiladi. Bu fibromatoz ko`proq ayollarda uchraydi. Bu jarayon natijasida suyak atrofiyasi kuzatiladi. Paypaslanganda qattiq konsistentsiyaga ega bo`ladi.

Bu o`sma gistologik jixatdan biriktiruvchi to`qima va kollagenga boyo bo`lib, qon tomir sistemasi sust rivojlangan. Ko`pincha yaralanish va suyaklanish kuzatiladi. Milk fibromatozini giperblastik gingivit bilan farqlash kerak. Bunda gingivitdagi yallig`lanish, giperemiya, tsianoz, to`qimalar shishi belgilari farqlanadi. Davolash xirurgik usulda olib boriladi, bunda suyak to`qimasini elektr olib tashlash, hamda qo`shimcha ravishda koagulyatsiya qilinadi. Agar jarayon bolalarda keng tarqalgan bo`lsa, operativ usul bosqichma-bosqich olib boriladi. Simmetrik fibromaning o`ziga xos joylashuvi oxirgi molyarlar soxasida uchrashidir. O`smaning konsistentsiyasi qattiq, ovalsimon shaklda, bo`lib usti shilliq qavat bilan qoplanadi. O`sma tug`ma bo`ladi yoki erta davrda uchraydi. Fibromaning o`zi diskomfort chaqirishida, og`riqsiz, sekin rivojlanadi. Davolash jarroxlik usulida olib borilib suyak usti pardasi bo`ylab olib tashlanadi.

Epulis. Epulisni (fibromatoz, angiomatoz va gigant xujayrali) turlari farqlanadi. Bu xosilalarda eng ko`pi (fibroma, angioma) va o`smasimon xosila (fibromatoz va angiomatoz epulis bo`lib, ular ko`proq uchraydi. Milkning surunkali yallig`lanishi, tish toji travmalari bilan kechadi. Gigant xujayrali epulis ko`kish – qo`nhir rangda bo`lib, uning rivojlanuvchi

qismi faqat yumshoq to'qimadan iborat bo'ladi, boshqa qismini al'veolyar o'siqning suyakli qismi tashkil qiladi. O'smaning xosil bo'lishida milkning periferik qismlari qatnashadi va bo'sh gigant xujayrali granulema deyiladi.

Stomatolog tajribasi davomida epulis ko'p uchraydi. Uni yoshi kattalardi ko'proq ayollarda uchrashi aniqlanadi.

Fibromatoz va angiomatoz epulislarni davolash doim xam xirurgik usulda olib borilmaydi. Travmalovchi omillar olib tashlanadi. (ko'priksimon protez, plomba korrektsiyasi, karioz tishlarni davolash, ildizlarni olish, prikusni normallashtirish). Bu ishlar amalga oshirilgandan 2-3 haftadan keyin vaziyat o'zgaradi. Agar epulis regressiyaga to'liq uchramasa (katta granulyomalar bo'lganda) epulis qattiqlashadi, qisqaradi atrof to'qimadan farqlanmay qoladi. Bunda uni olib tashlashga shoshilmaslik kerak. CHunki jarayon bir necha oydan keyin tuzalishi mumkin. Agarda protezlashga to'g'ri kelib qolsa, epulis olib tashlanadi.

Tavsiya etilgan adabiyotlar

asosiy

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»: M., Meditsina, 2000 g.
2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuholi myagkih tkaney i kostey lica».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y.
5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

qo'shimcha

1. Bezrukov V.M., Robustova T.G. «Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii»
2. Solov'ev M.M. «Onkologicheskie aspekti v stomatologii» Leningrad, 1983
3. Rabuxina N.A. i dr. «Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1998
4. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei» M., 1983.
5. SHargorodskiy A.G. «Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa» M. 1998.
6. SHargorodskiy A.G. «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxolimiyagkix tkaney i kostey litsa» M., 1999.

Internet sayt:

www.stomatolog.kzwww.anoufrieu.ruwww.stomatburg.ruwww.dentshop.ru/link/

6. YUz-jag' sohasi tug'ma va orttirilgan nuqsonlari. Deformasiyani xirurgik yo'l bilan bartaraf etish. Suyak plastikasi. Transplantat turlari. Hirurgik davolash usullari prinsiplari. ChPJB ankilozi va kontrakturasi. Osteogenezning to'qima va hujayra manbalari haqida zamonaviy tushuncha. Distraksion osteosintez. Polimer kompozitlar implantasiyasi. To'qima ingeneriyasida zamonaviy texnologiya va uning suyak plastikasida qo'llanilishi. O'zak hujayralardan foydalanish.

Qayta tiklash va rekostruktiv operatsiyalarga tug'ma va orttirilgan anatomo-fiziologik va kosmetik jixatdan kelib chiqqan nuqson shakl buzilishlar ko'rsatma bo'ladi.

YUz jag' soxasi nuqson va shakl buzilishlari tasnifi:

Etiologiya va patogezi bo'yicha.

1. Jaroxat, shikastlanish (maishiy, ishlab chiqarish, sport, jarroxlik va boshqalar)
2. Odontogen infeksiyalar (spetsifik yoki nospetsifik).
3. Nodontogen infeksiyalar (spetsifik yoki nospetsifik).
4. Aseptik yallig'lanish (noto'g'ri qilingan infektsiya, allergiya).
5. Tug'ma nuqson va shakl buzilishlar.
6. Orttilgan nuqson va shakl buzilishlar.
7. YUz, burun, lab, lunj, qovoq, bo'yin terisining yoshga bog'liq shakl buzilishlari.

Joylashish joyiga qarab.

1. YUzning yumshoq to'qimalari.
2. YUzning yumshoq to'qimalari va suyaklari (jag', yonoq, burun, peshona)
3. Og'iz bo'shlig'i va jag'larning yumshoq to'qimalari.
4. YUzning yumshoq to'qimalari, og'iz bo'shlig'i va yuz suyaklari.
5. YUzning yumshoq to'qimalari va burun tog'ayi.
6. YUzning yumshoq to'qimalari, burun tog'ayi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati.

Funksiyasini buzilish xarakteriga ko'ra:

1. YUz mimikasini buzilishi, jinsiy disfunktsiya.
2. Og'iz ochilmasligi yoki chegaralanganligi va ovqatni yaxshi tishlay olmaslik.
3. Ovqatning chaynay olmaslik yoki chaynashning qiyinligi
4. YUzning qiyinligi yoki yuta olmaslik
5. Nutqning yo'qligi yoki qiyinligi.
6. Nafas olishning yo'qligi yoki qiyinligi, uxlaganda xurrak otish.
7. YUz qorida keltirilgan funksiyalarning xammasini yoki ba'zilarini buzilishi.

YUz-jag' soxasining tug'ma nuqson va shakl buzilishlari.

Qo`ydagi sinflarga bo`linadi:

a) YUqori lab kemtigi (bir yoki ikki tomonlama, to`liq yoki qisman, yuz va jag`larning boshqa nuqsonlari bilan birgalikda)

b) YUzning kolobamasi yoki yuzning qisman kemtigi (og`iz burchagi, lunj va qovoq burchaklari)

bir, ikki tomonlama; qisman, to`liq, kombinatsiyalangan.

v) tanglay kemtigi (qisman, to`liq, yashirin, lab, lunj nuqsonlari bilan qo`shilib kelganda va boshqalar).

g) Makro -, mikrostromiya.

d) Mikrostromiya, anotiya.

e) Burunning qisman kemtigi (aralash, teri osti yoki yashirin)

j) Burun nuqsoni (bukrilik, qiyshayish)

YUz jag` soxasi orttirilgan nuqsonlari teri yuza va chuqur qavatlarida joylashib, teri yuza qavatining kichik jaroxatlaridan boshlab, yuz barcha suyaklari va unda joylashgan yumshoq to`qimalar, qovoq, ko`z olmasi va quloq suprasi yoqligi bilan tugashi mumkin.

YUz jag` soxasi orttirilgan nuqson va shakl buzilishlari etiologiyasiga ko`ra qo`ydagi guruhlariga bo`linadi:

a) Mexanik shikatlanishlar (maishiy, ishlab chiqarish, o`q otish qurolidan, transport, hayvonlar tishlashi natijasida kelib chiqadigan zararlanishlar)

b) Termik jaroxatlar (olov yoki issiq aralashmalar va boshqalardan kuyish, sovuq eyish).

v) Kimyoviy shikastlanishlar (suyuq kislotalar, kuchli ishqorlar)

g) Infektsiyalar (noma, qizil volchanka, zaxm, osteomielit, ospa, saramast) va kon aylanishi buzilishi natijasida kelib chikkan tukimlar nekrozi.

d) Xosilalarni olib tashlash operatsiyalari.

e) Nur terapiyasi natijasida to`qimalarni zararlanishlari.

j) Teridagi tatuirovkalar.

Qayta tiklash va rekonstruktiv opreitsiyalarga qarshi ko`rsatmalar: qarshi ko`rsatmalar ikkiga bo`linadi; umumiy va maxalliy

Maxalliy qarshi ko`rsatmalarga: nuqson va shakl buzilishning juda kichikligi (funktional o`zgarishlarning yo`qligi ayniqsa kosmetik omilning ahamiyatsizligi ya`ni yoshi katta va qari odamlarda); yuz terisini piodermiyasi, yarali stomatit, gingivit, glossit; regionar limfa tugunlarini, yuqori jag` bo`shlig`i, jag`lar, burun, xalqumning burun qismi va operatsiya bo`ladigan soxada joylashgan qo`shni a`zoldagi yallig`lanish jarayonlari kiradi.

Umumiy qarshi ko`rsatmalar: o`tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, ovqat xazm qilish tizimi funktsiyasining og`ir buzilishlarida, ruxiy buzilishlar, tana, qo`l, oyoq terisi va boshning sochli qismlarida yiringli o`choqlarning bo`lishi, kelib chiqishi noaniq bo`lgan subfirelitet, bemorning umumiy xolsizligi va o`zini yomon xis qilishi, xayz tsikli kiradi.

O`pka yoki suyak sili natijasida kelib chiqqan subfibrilitetda spetsifik davo kursi o`tkazilishi kerak. Bundan keyin ftiziator maslaxati bilan bir etapli travmasiz operatsiya o`tkazish mumkin. Tuberkulyoz bilan kasallangan bemorlarda ko`p etapli jarroxlik operatsiyalarini sanatoriya va statsionar sharoitda o`tkazilgan kompleks davolashlardan so`ng boshlash mumkin.

Pastki jagdagi suyak-plastik operatsiyasi XIX asrdan boshlab kullanilgan. 1-boskichda pastki jag kirasidan va kushni soxalardan olingan suyak autotransplantati pastki jag nuksonining uzun

ozuklantiruvchi oekchalariga utkazilgan. Uni suyak transplantati bilan birikkan teri-mushak lax-tag'i bilan koplashgan. Bunday operatsiyani birinchi marta A.Bardenhener (1892y) bajargan. U sar-koma rezektsiyasidan keyin xosil bulgan pastki jag defektini peshona soxadan olingan suyak transplantati bilan tiklagan. SHu vaktning uzida A.Wildt (1892) pastki jag osteoplastikasida yumshok tukimali oekchali umrov suyagidan olingan transplantat ishlab chikkan; operatsiya natija-si anik emas. A.Wolfler (1892) pastki jag nuksonida uzun oekchali kurak transplantatidan foyda-langan. Bunda transplantat nekrozga uchrab, olib tashlangan. Pastki jag uzluksizligini tiklashga erishilmadi. Keyinchalik pastki jag nuksoni operatsiyalaridan keyingi asorat bulgan suyaklar uzluksizligini tiklashda pastki jagdan olingan transplantatlardan foydalanilgan (D'yakonov P.I, 1897; Deshin.A.A, 1897; Bardenhener, 1896; Kranse, 1904).

XX asr boshida pastki jag autoplastinkasi yangi yunalish ochdi: bunda pastki jag nuksonida erkin suyak kuchirish usullini kullash mumkinligi isbotlandi. V.I. Zver'kov 1900 yilda aseptik sharo-itda engak soxadagi nuksonni karama-karshi tomondan arralab olingan 4sm uzunlikdagi autotra-nsplantat bilan davoladi. Natija 11yil davomida kuzatilib, yaxshi natija berdi. V. M. Zikovning "ikkilamchi" osteoplastinkani ishlab chikkanligi, operatsion soxa va transplantatning aseptikasiga kat'iy e'tibor berganligi aloxida axamiyat kasb etadi. Bundan keyin ba`zi xirurglar pastki jag ikkilamchi suyak autoplastinkasida katta boldir va kovurga suyaklaridan olingan transplantatlarni erkin utkazishga erishdilar. Birlamchi plastikasida yiringlash va itarib chikarish natijasida xech kim yaxshi natijaga erisha olmadi. Bundan, jag suyagi erkin autoplastikasini fakat ikkilamchi kullash lozim degan xulosaga kelindi. Bunda autoplastika uchun kovurga va umurtka suyagining kirralari sinigi immobilizatsiyasi va xalkasimon ishtilishi katta axamiyat kasb etadi .

Osteoplastining bu davri 25 yilni uz ichiga oladi. Pastki jag suyak plastikasida autogen transplantatlar 2 usulda kullanilgan suyakni bir vaktida erkin urnatish va biologik tayerlani-lgan transplantatni 2 boskichda urnatish. Pastki jag suyak plastikasi rivojlanishida S.S.Tigershtedning (1916) keyinchalik malakalashtirilgan, tish usti alyuminli shinalar bulagi-dan fiksatsiyalashda foydalanish xakidagi taklifi katta natija berdi. (Limberg A.A. 1923; Vankevich M. M. 1924; Rauer A.E. 1932).

Pastki jag suyak plastikasi eng rivojlanish davri Buyuk Jaxon Urishi va urishdan keyingi yillarga tugri keladi. Turli payatlangan va shtampovkalangan laborator shinalarni,olib kuyuvchi yukori jag shinalari paydo bulishi Vankevichga (1945) operatsiya natijalarni yaxshilashga imkon berdi. Bundan keyin, bora-bora modifikatsiyalangan (Bernadskiy YU.I, 1957; Zbarj YA.I. 1957; Uvarov V.I. 1958) ogir tashkari apparatlar keng tarkala boshladi. Bundan tashkari bulaklar fiksatsiyasi uchun suyak plastinkalari ishlab chikildi (Pavlov. B. L, 1959). Pastki jag bulaklarini fiksatsiyasining zamonaviy usullarini kelib chikishi plastikasini soddalashtirishga va transplantatni funktsional nagruzkadan kimirlamasligiga, yaxshi natija olishga imkon berdi. Autoko-vurgalardan foydalanishga xam imkon yaratdi. Musbat natijalar 90% dan ortik xolatlarda kuzatildi. Lekin autokovurgani olish bilan boglik asoratlari (pnevmo va gemotoraks), ma`lum vaktidan keyin autotransplantatning sinishi tarkatish uzgartirishga majbur kildi.

A.I. Evdokimov (1950), N.I.Mixel'son, A.E.Rauer, T.Blocker, L.Weis (1946) pastki jag nuksoni tiklashdir umurtka suyagining (kirrasi) tojidan olingan transplantatdan foydalanganlar. Keyinchalik erkin autoosteoplastikada turli avtorlar kiritgan autotransplantatlar fakatgina shakli va kattaligi jixatidangina fark kildi. Oxirgi yillarda pastki jag nuksonini uzgartirishda erkin autotran-splantat sifatida bosh chanogi xosilalaridan foydalanila boshlandi. Koplpvchi suyak boshka transplantatlarga nisbatan past darajada rezorbtsiya xususiyatiga ega, ularni utkazish kup xollar-da musbat natija beradi. Pastki jag asosiy autoplastikasi usuli analizlari barcha autotrans-plantatlarning musbat osteoplastik xususiyatiga karamay kator kamchiliklarga ega:

- 1) Transplantat olish kushimcha shikast etkazadi;
- 2) Xar doim xam kerakli shakldagi transplantat olishga va ijobiy estetik natijaga erishilavermaydi.

XX asr boshida pastki jag nuksonini uzgartirishda kator mualliflar tomonidan soglom odamdan olingan nodenaturatsiyalanuvchi suyak allotransplantatlari kullanildi. Lekin kuppina mamlakatlarda suyak autotransplantatining urnatilishini 1-lamchi va 2-lamchi plastika usullarini kullanilishi yiringlash va itarib tashlash okibatida musbat natija bermadi. Antibiotiklarni paydo bulishiga karamay infektsiyaga karshi ishonchli vosita-larni davomli kulay olmaslik natijasida yangi allotransplantatlarni kullash klinikada keng

tarkala olmadi. Mualliflar alloplastikani rivojlanishiga tukimalarni tayer-lashsiz va ularni davomli konservatsiyasiz erishib bulmaydi deb ta'kidlaydilar. 1951 yildan boshlab yuz-jag soxasi xirurgiyasida liofilizatsiya usulida konservatsiyalangan allotransplantatlar kullanildi. Liofilizatsiyalangan suyak tukimasi bilan radikulyar kistalar, retinirlangan tishlarni olib tashlangandan keyingi bushlik nuksonlari davolandi. Bu xolatlarda maydalangan transplantatlar kullash kulay, chunki suyak tukimasi regeneratsiyasi, transplantatning yangi xosil bulgan suyakka surilishi retsi-pientning kabul kiruvchi suyak soxada vash u erdagi yumshok tukimada kon tomirlarning ri-vojanish tezligiga boglik. Kontakt yuza kanchalik katta balsa, bu jaraen shunchalik inten-siv kechadi. YUkori osteogenetik xususiyatga kukun xoligacha (suyak uni) maydalangan transp-lantatlar ega. N.K.Zagublyukning (1979) takidlashicha bu turdagi jarroxlikdagi manfiy natijalar 10% ni tashkil etadi. Suyak uni yaxshi osteogenetikxususiyatga ega bulishiga karamay, undan fakat suyak bushligini tuldirishda kullaniladi, lekin bunday material-ga kerakli shakl berish kiyin xisoblanadi. Mualliflar transplantat uchun suyakning kor-tikal kavat va govak kavatidan birdek foydalanganlar. I.A.Plotnikov boshchiligida utkazilgan eksperimental izlanishlar va olingan liofilizatsiyalangan ortodonik trans-plantatlarning yaxshi plastik xususiyatlari aniklandi. Ular pastki jagdagi kupol nukson-lar va CHPJB artroplastikasida yagona plastik materiallar xisoblanadilar. P.V.Naumov (1965), A.A.Kolesov (1972), N.K.Zagubelyuk (1917), V.I.Puzanov (1973), Mellonigh.J (1976)lar-ning takidlashlaricha 90% xolatlarda yaxshi funktsional va estetik natijalarga erishildi.

Bioplastik materiallarning olinishi, sterilizatsiyasi, liofilizatsiyasi, saqlanishi va transportirovkasining turli usullari taklif etilgan. Pastki jag nuksonini to'ldirish-ni turli kenglikdagi va lokalizatsiyalangan liofilizatsiyalangan allotransplantatlarni kullashni birlamchi va ikkilamchi yangi usullari ishlab chikilgan. Bu izlanishlarga kura transplantatning biologik strukturasi va bir tipligi regeneratni rivojlanishiga imkon beradi. V.I.Govallo (1979) transplantatning vaskulerizatsiyasi suyakni orto eki geterotopik urnatilganligiga boglik emas. A.A.Kolesov (1980) takidlashicha ortodonik transplantatlar kichik eshdagi bolalarning jag nuksonida kullashga kam yarakli, chunki transplantatni modelirovkasi uning mexanik chidamliligini buzadi, bu uni erta va notekis rezorbtsiyasiga va regeneratni tulakonli rivojlana olmasligiga olib keladi. Etilgan liofilizatsiyalangan suyakni allotransplantat sifatida kullash tajribasi kam sondabulsa xam transplantatni itarib chikarishga sabab buladi. Etilgan liofilizatsiya-langan suyak transplantatning ikkilamchi katta joylashuvi uzok kechadi (6 oydan 1,5yilgacha). SHuning uchun organizmda kiska muddatda utilizatsiyalanuvchi va suyak organik struktu-rasini birlamchi tiklanishini ta'minlovchi material topish muxim masala xisoblanadi. Jag nuksonini tiklash muammosini echishning boshka intensiv yunalishi brefosuyak plastikasidir. Ma'lumki, embrional tukimalar regeneratsiya jaraenini yukori stimullash xususiyatiga ega, ularda ifodalangan antigenlik xususiyati yuk bulib, va kayta tiklanish paytida suyak autotransplantatga almashinmaydi.

Stomatologiyada xomila suyagi kistalarni olib tashlangandan keyingi suyak bushliklarini tuldirishda, al'veolyar usik va jag tanasi nuksoni plastikasi, jag singanda osteoge-nezni stimullashda kulluniladi. Lekin transplantatsiyada kullaniluvchi xomlaning kichik uzunlikdagi naysimon suyagini jagning katta xajmdagi nuksonini tiklashda ishlatish bir oz kiyinlik tugdiradi. Brefosuyakdan olingan transplantatning antigenlik xususiyati xomilaning muddatiga boglik, chunki embrion suyagida suvda eruvchi oksillar-antigenlar katta eshdagilarga karaganda kuprok bulib, erta embrional davrida olingan tukimalar juda tez suriladi.(Okulova.A.N. 1961). SHuning uchun bu xususiyat transplantatsion materi-alni kullash imkoniyatini cheklaydi.

Xirurgik stomatologiya amalietida formalinizatsiyalangan transplantatlar keng kullaniladi. N.N.Bajanov va G.P.Ter-Asaturov (1979), P.G.Sisolyatin (1979) lar bu turdagi transplantatlarni osteomielit va boshka infektsiya tushishiga moyil joylardagi yuzaga keluvchi nuksonlarni tiklashda ishlatilishini takidlaydilar. Bunda formalinning antimikrob xususiyati muxim rol' uynaydi.

Boshka mualliflar (Panikarovskiy V.V. 1983) esa, xozirgi kunda formalinizatsiyalangan transplantatlarni ishlatish fakatgina tarixiy axamiyatga ega deb, bu transplantatlar retsi-pient organizmida aks immun reaksiyalarni chakiradi deb xisoblaydilar. N.A.Plotnikov (1979) ma'lumotiga kura, formalinizatsiyalangan transplantat operatsiya-sidan keyingi dastlabki davrda yumshok tukimada kuchli shish kuzatiladi. YUkorida keltirilgan usullarda tayerlangan transplantatlar total defektlarda kipik

kurinishida, suyak bushliklarini plombalashda samarali kullaniladi. Ularni al'veolyar usik kontur plastikasida kullash chegaralangan, chunki unga kerakli shakl berish kiyin xisoblanadi.

Stomatologiyada dekal'tsinirlangan suyak matriksini kullash imkoniyatini Vinnikov N.I (1981) isbotlagan va u bu material bilan suyak bushligini plombalashda yaxshi osteogene-tik effektga ega bulgan. Undan tashkari Milier va Emminga (1979) lar dekal'tsinirlangan matriksdan al'veolyar usik plastikasida samarali foydalanganlar.

Ksenotransplantatsiya - tukimalarni xayvondan odamga utkazish, ya'ni kuchukdan, kuendan. Bu usul bemorni kushimcha shikastlanishdan (operatsiyadan) xalos etadi. Lekin ksenotransplantatsiyadan keng foydalanish yulidan materialning biologik nomutanosibliqi sababli voz kechishga tugri keldi. Suyak konservatsiyasining kuppina turlari transplantat-ga uning retsipient organizmi bilan nomutanosibligini oldini olish xususiyatini bera olmaydi.

Allotransplantatsiya - tukimani bir turdagi organizmlardan ammo genetik fark kiluvchi boshka organizmga utkazish (odamdan odamga). Xozirgi kunda suyak tukimasi konservatsiya-siningturli xil usullari kullanilmokda turli xaroratli rejimda muzlatish, liofilizatsiya, ximik agentlar bilan ishlov, parafinda saklash, poliefir smolada saklash va boshkalar. Keltirilgan xar bir usul afzaliklar va kamchiliklarga xam ega. eksperimental izlanishlar va klinik kuzatuvlar shuni kursatadiki, ikkilamchi suyak plastikasi maksadi-da, muzlatilgan konservantlarni pastki jagni 2smdan ortik nuksonida kullash mumkin emas. Liofilizatsiyalangan transplantatlarni 4smdan ortik uzunlikdagi defektga auto-suyaksiz kullash xar doim xam tulakonli regenerat rivojlanishga olib kelmaydi, ba`zida utkazilgansuyakni tulik rezorbtsiyasi kuzatiladi. 0,5% li formalin eritmasida konser-vatsiyalangan suyak transplantatlari kupincha kuchli shish asoratini berib, kup xollarda organizmda et tana sifatida koladi eki ma`lum bir vaktndan keyin urin bosar regenerat xosil kilmay surilib ketadi. SHunga karamay kator mualliflar yuz suyagi tukimasidagi tiklovchi va rekonstruktiv operatsiyalarida turli usullarda tayerlangan transplantatlardan foydalanishni afzal kuradilar. Bunda yaxshi klinik va kosmetik natijaga erishila-di.

AUTOTRANSPLANTATLI SUYAK PLASTIKASI:

Pastki jag autoosteoplastika usuli puxta ishlab chikilgan va u keng kullaniladi, chunki u maxsus kurilmalar, kopservatsiyalovchi vo-sitalar talab etmaydi, kuppina xollarda musbat natija beradi. 20-50 yillardan farkli ravishda xozirgi davrdagi pastki jag autoplastikasi kat'iy talabi suyak bulaklarini transplantatga nisbatan mustaxkam fiksatsiyalanishidir. Jag bulaklarining mavjud fiksatsiya usullarini 2 guruxga ajratish mumkin: ogiz ichi (tish usti, tish usti-milk, suyak ust iva ogiz tashkari (tashkari fiksatsiya uchun muljallangan suyak usti, tashki mujallarsiz suyak usti, suya kichi).

Oxirgi vaktlarda Vankevich, YAdrov, Betel'man, Porta shinalari, shuningdek bu apparatlarning modifikatsiyalari kam ishlatiladi. Pastki jag bulaklarini ushlash maksadida Tigershtedt tish usti shinalari ishlatiladi. Xozirgi kunda suyak usti fiksatsiyasi uchuntitanli miniplastinalar keng kullanilib, ular chet elda bundan 20 yil oldin ishlab chikilgan. Xirurglarni titanli mini-plastinaga ega bulishi, suyak bulaklari- ni chok bilan fiksatsiyalashdanxalos etdi. Bu bilan suyak plastikasi samarasi sezilarli ortdi. Operatsiyani 2 gurux xirurglar amalga oshiradi: bir guruxi pastki jag nuksoni soxasida kabul kiluvchi joyni tayerlasa, 2chi guruxi kovurga, umurtka suyagi kirrasi va boshka soxalardan transplantat olib, tayerlab, shu soxa jaroxatini tikish bilan shugul-lanadi. Kabul kiluvchi soxani tugri tayerlash operatsiya samarasini belgilaydi. Jaroxatni iloji boricha ulgan va chandiklangan tukimadan, et tanalar va sklerozlangan suyak tuki-madan maksimal darajada tozalash lozim. Bunda kon tomir bilan yaxshi ta`minlangan tukimani kerakli xajmda saklab kolishi kerak, u transplantatni koplash, soxani ogiz bushligidan izolyatsiyalash uchun kerak buladi. Buni jag rezektsiyasi va osteoplastika bir vaktning uzida bajarilganda kilinadi. Ogiz bushligidan bushligidan izolyatsiyalash uchun shillik kavatga 1 kator chok, shillik osti yumshok tukimaga minimum 1-2 kator chok kuyiladi. Pastki jag fragmentlari rezektsiyasidan sung, bulaklar tugri yunalishda (pastki jag tish eyi buylab) fiksatsiyalanadi. Transplantat uzunligi chizgich erdamida aniklanadi. Suyakli autoplastik material nakson shakli va uzunligiga karab tanlanadi. engak soxa plastikasi uchun enbosh suyagi kirrasi, pastki jag tanasi uchun umurtka suyagi kurrasining tugri soxasi, kovurga eki kala chanogidan olishgan transplantat, pastki jag shoxii va burchagi uchun enbosh suyagi kanoti va kirrasi, kala chanogi xosilasi foydalaniladi.

BUTUN KOVURGADAN TRANSPLANTAT OLISH:

operatsiyani umumiy anesteziya bilan bajariladi. Operatsion soxaga ishlov bergach kerakli kovurgalar (VII – IX) yunalishi buylab teri va teri osti kletchatkada eysimon kesma utkaziladi. Teri kesmasi transplan-tatga nisbatan bir necha santimetr uzun kilib utkaziladi. Bu operatsiyaga engillik berib, tezlash tiradi. Kovurga tashki yuzasidan jaroxat uzunligida mushak va suyak usti parda kesiladi. Suyak usti parda va mushakni birgalikda respirator erdamida kovurgalararo oralikka suriladi, bunda kovurga kirralari yumshok tukimasidan xalos etiladi.

Agar transplantat togay bilan birga olinsa, sekinlik bilan 2-3 sm uzunlikdagi kovurga togayi oldingi yuzasini mushak va togay usti pardadan xalos etiladi va raspator erdami-da kerakli uzunlikdagi togay, togay usti pardani va parietal' plevrani zararlamadan asta-sekin ajratib olinadi. Keyin bormashina erdamida kovurgani orka tomonidan kesma xosil kilib, kesmani skal'pel' bilan kutarib, yumshok tukimalarni togaydan butun-lay ajratib, togayningmos kismi olinadi. Kolgan kovurganing utkir kirralarini frez eki kusachka bilan tishlab olib tashlanadi, bu bilan parietal'

Plevrani jaroxatlaanishini oldi olinadi, Jaroxat soxadan transplantat olingandan sung, operatsiyadan keyingi ogrik sindromini oldini olish uchun anestetik Bilan kovurgalararo blokada kilinadi. Jaroxat old va orka kismilariga 24-48 soatga rezina nay kuyiladi. Mushaklarga, teri va teri osti kletchatkalariga chok kuyiladi.

Agar kovurgani fakat tashki plastinkasi olish lozim bulsa, uni ochgandan sung diskli arra erdamida kovurgani yukoriva pastki kirrasi buylab tashki plastinkasi govaksimon moddagacha arralanadi. Keyingi jaroxatni oldingi burchagiga 45 * burchak ostida kuyilgan osteotom erdamida kovurga doloto Bilan urib , govak moddagacha utiladi. Keyin ingichka tashki kortikal plastinka kerakli uzunlikda ajratib olinadi. Suyakdagi utkir kirralar silliklanib, gemostaz kilinadi. Jaroxat kavatma kavat tikiladi.

YOnbosh suyagi qirrasidan transplantat olish :

Operatsiya umumiy anesteziya bilan bajariladi. Enbosh suyagi kirrasi soxasida operatsion maydonga ishlov berilgach ter iva teri osti kletchatka kesilib , bunda kerakli transplantat uzunligiga mos xolda jaroxat xosil kilinadi. Kirrani yukori yuzasidan suyak usti pardani kesib , raspator Bilan uni jaroxatni 2,5-3,0 sm chukurligiga ichki va tashki yuzaga suruladi. Transplantat pastki jag tanasi uchun bulsa suyakni tekkis soxasi tanlanib, diskli arra va frez Bilan kerakli uzunlikda suyak fragmenti arralab olinadi. Keyin uzun ingichka doloto erdamida suyaknig arralanmngan kismilari kesiladi. Frez Bilan suyakni utkir kirralari silliklanadi , gemostaz(vosk erdamida) kilinib, jaroxatni kavatma kavat tikilib, 24-48 soatga rezinali vipusknik koldiriladi. Agart transplantat pastki jag burchagi va shox kismi nuksoni uchun bulsa, uni enbosh suyagini kanotsimon kismiga utish joyidan shablon asosida, keragidan 1-1,5 sm uzunrok kilib olinadi.

Allotransplantat suyak plastikasi:

Oxirgi yillarda pastki jag alloplastikasida ulik pastki jagidan olingan liofizirlangan allotransplantat aloxida urin egallaydi . Liofizirlangan plastik materialni xona xaroratida uzok muddat saklash mumkin.

Liofilizatsiya usuli asosi oldin muzlatilgan tukimani vakuum sharoitida suvdan sublimatsiya kilishdan iboratdir. Tukimani suvsizlantirishga, undagi va atrof muxitdagi suv pari kontsentratsiyasini bir sharoitda ushlab turib erishiladi . Bu usulda tukimani kurish bilan oksillar denaturatsiyasi oldi olinadi. Tukimada namlik kolib ketishi liofiya kuritgich va apparaturaga boglik bulib , bu transplantat sifatiga va va operatsiya natijasiga etadi.

Pastki jag nuksonlarini tiklashda liofizirlangan suyakdan foydalanishni klinikog' eksperemantal' kuzatuvlarni N.A. Plotnikov olib borgan.

Pastki jagda liofizirlangan allosuyak bilan plastik kilish:

Bu bir vaktning uzida xam pastki jag rezektsiyasi va xam liofizirlangan alltransplantat bilan plastika kilishni uz ichiga oladi. Agar jag rezektsiyai va ekzartikulyatsiyasi xavsiz usmani olib tashlash

munosabati bilan bajarilsa, unda usma jaraenidan zaralanmagan suyak usti parda va CHPJB meniski saklab kolinadi. Xavfli usmada balsa butun suyak ustii parda va u bilan birga regionar limfatik tugunlar , kushni yumshok tukimalar xam olib tashlanadi . Ogiz bushligida xosil bulgan jaroxatga amida 2 katorli ketgut bilan chok kuyiladi. TSirkulyar arra, frez va doloto erdamida paski jagningkolgan fragmentini tashki tomonidan (erkin kisimlardan 1,5-2 sm uzunlikda) suyak plastikasi kon okish nuktalarigacha kesib olinadi.

Pastki jag'ni liofilizatsiyalangan allotransplantat bilan ikkilamchi suyak plastikasi

Pastki jag'ning qisman nuqsonlarida suyak plastikasi sklerozlangan suyak oxirlarining tejamli rezektsiyasidan keyin o'tkaziladi. Ikkala fragmentning tashqi tomonida 1,5-2 sm li yarali maydonchalar xosil qilinadi. Qonli nuqtalar hosil bo'lganidan keyin suyak transplantati T harfi shaklida shakllantirilib suyak fragmentlari orasiga joylashtiriladi va shu bilan bir vaqtda hosil qilingan yarali maydonchalarga yotqiziladi. Bu bilan transplantat va retsipient suyagi o'rtasida kontakt hosil qilinadi, buning natijasida transplantat tezrok moslashib bitadi.

Osteomielit oqibatida hosil bo'lgan nuqsonda yumshoq to'qimalarning chandiqli o'zgarishlari kuzatiladi. Bunday xollarda chakka pastki jag' bo'g'imi uchun maydon hosil qilishda degenerativ qayta tiklangan bo'g'im diski olib tashlanadi, pastki jag' shoxini joylashtirish uchun esa chandiqli o'zgargan yumshok to'qimalarda tunnel' shakllantiriladi. Pastki jag' chuqurchasi va transplantat atrofida chandiqli o'zgargan tuqimalarning bo'lishi operatsiya texnikasini qiyinlashtiradi va bo'g'imning operatsiyadan keyingi funksiyasida namoyon bo'ladi. Pastki jag' shoxi va bug'im o'sig'i nuksonlarini tiklashda muallif pastki jag'dan (boshchasi bilan birga) tayyorlangan allotransplantat qo'llashni taklif etadi. Pastki jag' boshchasi yangi hosil qilingan bo'g'im bo'shlig'iga kiritiladi, transplantatning boshqa oxirini retsipient jag'ining fragmenti bilan "russkiy zamok" tipida birlashtiriladi va chok bilan maxkamlanadi. Jaroxatni og'iz bo'shlig'i bilan aloqador bo'lib qolishini oldini olish kerak. Jaroxatda 24 soatga chiqargich qoldiriladi. Bemorlarni operatsiyadan keyingi parvarishi Plotnikov bo'yicha alloosteoplastikaning ikkala variantida ham o'z ichiga og'iz bo'shlig'iga antiseptiklarning kuchsiz eritmaları bilan ishlov berish(irrigatsiya,artish), ratsional oziqlantirish, choklarning tashqi chizig'ini ifloslanishdan izolyatsiya qilish, ortopedik fiksatsiyalovchi moslamani nazorat qilish va boshqa muolajalarni o'z ichiga oladi. Birinchi qayta bog'lov operatsiyaning keyingi kuni o'tkaziladi. CHiqargich olib tashlanadi, choklar chizig'i va atrof teriga etil spirti bilan ishlov beriladi. Gematoma hosil bo'lganda 1-2 ta choklar olinib, yig'ilib qolgan qon chiqariladi, jaroxatga antibiotiklar yuboriladi va jaroxat yana 2-3 kunga drenajlanadi. Bundan keyin drenaj olinadi. CHoklar 7-8 kunda olinadi. Operatsiyadan keyin 7-10 kun davomida profilaktika maqsadida antibiotikterapiya o'tkaziladi, polivitaminlar buyuriladi. Bunday bemorlarga beriladigan oziq ovqat maxsulotlari qirg'ichdan o'tkazilgan yoki ezib tayyorlangan bo'lishi, energiya va vitaminlarga boy bo'lishi kerak. Bemorlarni poil'nik yordamida ovqatlantirish kerak. Simli tish usti shinalari qo'yilgan xollarda ularning holatini nazorat qilib turish kerak(ligaturalarni burab tortish, rezina xalqalarni almashtirib turish). Operatsiyadan 1-1,5 oy o'tgach shinalar echiladi, mexanoterapiya davomida pastki jag'ga tushadigan bosim sekin asta oshirib boriladi va qattiqroq ovqatlar buyuriladi.

Liofilizatsiyalangan allotransplantatlar bilan suyak plastikasi o'tkazilgandan keyin quyidagi asoratlar bo'lishi mumkin: 1) transplantatni so'rilib ketishi, uning o'rnini yangi hosil bo'lgan suyak bilan to'lmasligi; 2) yiringlashi; 3) soxta bo'g'im hosil bo'lishi; 4) jaroxatning tashqi tomondan choklar sohasida yuza yiringlashi.

Suyak plastikasi operatsiyalarida to'qimalarni mos kelmasligi bilan bog'liq bo'lmagan asoratlarni oldini olishda transplantatni shakli, sifati, konservatsiya usuli bo'yicha qat'iy differentsiatsiya bilan tanlash, aseptikaga rioya qilish, atrof to'qimalarga nisbatan ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lish, transplantat oxirlarini retsipient to'qimalari bilan mukammal birlashtirish, konsolidatsiya hosil bo'lgunicha mukammal fiksatsiyalash va absolyut tinchlik holatini hosil qilish eng muxim shart sharoitlardir.

Liofilizatsiyalangan allo- va autotransplantatlardagi morfologik o'zgarishlar bir xil. Ular faqat transplantat o'rnini yangi hosil bo'lgan suyak bilan tiklanish tezligi va to'liqligi bilan farqlanadi. Autogen suyak to'qimasining qayta tiklanishi tezroq va to'liqroq bo'lib transplantatsiyadan keyin 16- haftada tiklanish jarayoni tugaydi. Liofilizatsiyalangan suyakda assimilyatsiya jarayoni sekin kechadi: 24-xaftaga kelib unda autosuyakda 16- xaftada lechadigan jarayonlar kuzatiladiyu nuqson o'rnini ortotopik liofilizatsiyalangan allotransplantat bilan to'ldirilganda 12- xaftada kengaygan qon tomirlari yo'nalishi

bo'yicha va eski osteotsitsiz suyak ustunlarida hosil bo'lgan plastinkasimon suyak bilan transplantatning qisman o'rni to'ldiriladi. Operatsiyadan keyin 26-35 xafta o'tgach transplantat o'rni regenerat bilan deyarli to'liq to'ldiriladi, 44-52 xaftadan keyin esa regenerat strukturasi jag' suyagi strukturasi anologik bo'lib qoladi (Nikitin A.A, Zolotareva YU. Byu, 1979). Liofilizatsiyalangan transplantatda suyak ko'migining antigen aktivligi liofilizatsiya vaqtida denaturatsiyaga uchrab pasayadi (Plotnikov N.A., Troyanskiy I.V., 1979), konservatsiyalanmagan va 25S da konservatsiyalangan allotransplantatlar esa aktiv antigenlik hususiyatlarini namoyon qilib, intensiv osteoplastik rezorbtsiyaga uchraydi, bu jarayon reparatsiya jarayonidan oldinlab ketishi mumkin (YUkuneva L. M., 1972). SHu bilan bir qatorda liofilizatsiyalangan autotransplantatning saqlanish muddati qayta tiklanish jarayontga tasir ko'rsatmasligi aniqlangan. Formalinning kuchsiz (0,25%) eritmasi bilan allosuyakni sterilizatsiya va konservatsiya qilish keng qo'llaniladi, bunda steril bo'lmagan sharoitda tayyorlangan allotransplantatlar 20 sutkadan keyin steril xolatga o'tadi, 0,5% eritmada esa-10 sutkadan keyin (Bajanov N.N., 1975).

Formalizatsiyalangan suyak transplantatsiyasidan keyin liofilizatsiyalangan suyakka nisbatan yumshoq to'qimalarning sezilarli shishi kuzatiladi, lekin bu oddiy va keng qo'llaniladigan allosuyak konservatsiyasini qo'llashga to'sqinlik qilmasligi kerak.

Kombinirlangan suyak plastikasi, auto- va allotransplantatlar bilan.

Pastki jag' nuqsonlarini bartaraf etishga yo'naltirilgan suyak plastikasi operatsiyalarining natijasi transplantatni qabul qiluvchi maydon xolatiga, nuqsonni o'lchamiga va transplantat turiga bog'liq. Katta hajmdagi pastki jag' nuqsonlarini ikkilamchi suyak plastikasida deyarli xar doim operatsiya uchun noqulay sharoitlar yuzaga keladi, ayniqsa operatsiyadan oldin nur terapiyasi o'tkazilgan bo'lsa yoki qabul qiluvchi maydon filatov bandi to'qimalaridan shakllantirilgan bo'lsa. Bunday xollarda nuqson asosan to'liq shakllanmagan, qon tomirlari kam, chandiqli to'qimadan tashkil topgan bo'ladi va allotransplantat o'rnini tiklanish jarayonlari sekin kechadi yoki umuman kuzatilmaydi. Transplantat to'qimalari so'rilishi uning yangi hosil bo'lgan suyak bilan tiklanishiga nisbatan tezroq bo'ladi. Pastki jag' katta nuqsonlarida autosuyak qo'llash maqsadga muvofiqdir. Lekin xar doim ham transplantat mustaxkamligini saqlagan xolda unga kerakli shaklni berib bo'lmaydi.

Bir qator mualliflar bu muammoni xal qilish uchun pastki jag' ortotopik allotransplantatini g'ovaksimon autogen transplantat bilan kombinirlangan-alloautoplastikasini qo'llaydilar. Allosuyak karkas vazifasini bajaradi va regeneratsiya jaryoniga autotransplantatdan kechroq qo'shiladi. Ammo bunday xususiyat rafaqat auto-, balki allotransplantatga ham regenerat darajasigacha to'liq tiklanishga imkon yaratadi.

N. A. Plotnikov, A. A. Nikitin va P. G. Sisolyatinlar quyidagi operatsiyani: pastki jag'ni allotransplantat va autogen transplantat bilan birgalikdagi kombnirlangan osteoplastikasini endotraxeal narkoz ostida o'takzishni taklif qilishgan. Bemor beliga boshini orqaga tashlagan xolda yotqiziladi. Teri va og'iz bo'shlig'iga ishlov berilgandan keyin, terida nuqson soxasida operatsiyadan keyingi chandiqli bo'ylab yoki filatov bandining pastki qirg'og'i bo'ylab kesma o'tkaziladi. To'qimalar qavatma qavat kesiladi. Jag'ning qoldiq fragmentlari bo'lgan xollarda ularning erkin oxirlari topiladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini perforatsiya qilib yubormaslik uchun, ular ehtiyotkorlik bilan chandiqli to'qimadan ajratib olinadi, to'g'ri anatomik munosabatda qo'yiladi va og'iz tashqi suyak usti apparat bilan fiksatsichlanadi. Suyak usti klemmalari fragmentlarning erkin oxiridan 2,5-3 sm qoldirib, sklerozlangan suyak to'qimasini olib tashlagandan keyin transplantatni qabul qiluvchi 1,5-2,5 li maydon qolishi kerakligini xisobga olib qotiriladi. YUmshoq to'qimalardan maydon hosil qilish og'iz bo'shlig'iga kiritilgan barmoqlar yordamida amalga oshiriladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini perforatsiyasini oldini olish kerak. YOg' kletchatkasini qalin qatlamini qoldirish maqsadga muvofiq emas, bunda protezlash uchun noqulay sharoit tug'iladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini zararlanganda uni operatsion maydondan ikki qatorli ketgutli choklar bilan izolyatsiya qilish kerak. Qabul qiluvchi maydonni shakllantirayotganda yumshoq to'qimalardagi barcha chandiqlarni olib tashlash va puxta gemostaz qilish kerak. Mayda qon tomirlarni koagulyatsiya qilish, kattaroqlarini yumshoq to'qimalarni ilib olmasdan yupqa ketgut bilan boylash kerak. Pastki jag' suyak fragmentlarida tsirkulyar arra yordamida sklerozlangan to'qimalarni o'zgarishsiz suyakka olib tashlanadi. Tashqi va ichki tomonidan 1,5—2 sm uzunlikdagi suyak kortikal qavatini olinadi (qonash nuqtalari hosil bo'lgunicha). Jag'ning bitta fragmenti va bo'g'im oxiri saqlangan xollarda, transplantat uchun maydonni bo'g'im maydonchasiga kirishda o'tmas yo'l bilan shakllantiriladi. YUz nervi va quloq oldi bezini joylashishini hisobga olib tunnel' hosil qilinadi. Transplantat o'lchami jag' fragmentlarini

to'g'ri anatomik munosabatda joylashtirib, ularning oxiridan sklerozlangan suyak olinganidan keyin defekt o'lchamiga mos ravishda aniqlanadi. Ko'pincha defektdan 3—4 sm kattaroq transplantat olinadi. Bunday xollarda plastik material sifatida pastki jag'ning liofilizatsiyalangan allotransplantati va qovurg'a yoki yonbosh suyagining qirg'og'idan tayyorlangan autotransplantatlar kombiniirlangan xolda qo'llanadi. Ularni birlashtirish uchun allotransplantat pastki qirg'og'idan 0,5—0,6 mm qoldirib uning butun ichki yuzasi bo'ylab kortikal va g'ovak qavatlar olinadi. Allotransplantatning olib tashlangan qismlari o'rniga parchalangan autotransplantat butun plastinka yoki bir necha bo'laklar ko'rinishida qo'yiladi. Allo va autotransplantatlar uzunligi bir xil bo'lishi kerak, chunki ular jag' fragmentlari oxirlari bilan birlashtiriladi. Zich birlashtirilgan transplantatlar zanjimlar bilan fiksatsiyalanadi, ularda qator teshiklar qilinadi, shu teshiklar orqali ular poliamid ipli P simon choklar yordamida bir biri bilan birlashtiriladi. Allo- va autotransplantatlarni shakllantirilgan maydonga joylashtirib, jag' suyagi fragmentlari bilan shunday birlashtiriladi, jag' suyagi fragmentlari oxirlari hamda allo- va auto suyak oxirlarini simli choklar yoki mini plastinkalar bilan fiksatsiyalash imkoniyati bo'lishi kerak.

Bo'g'im oxiri defektini to'ldirish uchun allotransplantat pastki jag'dan bo'g'im boshchasi bilan birga olingan xollarda bo'g'im o'sig'i bo'yin qismi va boshchasida bir qator teshiklar qilib, ularni autogen suyakdan olingan suyak ko'migi bilan to'ldiriladi. Asoratlarni oldini olish maqsadida jaroxatga antibiotiklar yuboriladi, yumshoq to'qimalar ketgut choklari bilan transplantatni xamma tomondan zich aylanib o'tadigan qilib qavatma qavat tikiladi. Jaroxatda 1—2 sutkaga rezina chiqargich qoldiriladi, teriga yuqqa poliamid iplardan choklar qo'yiladi.

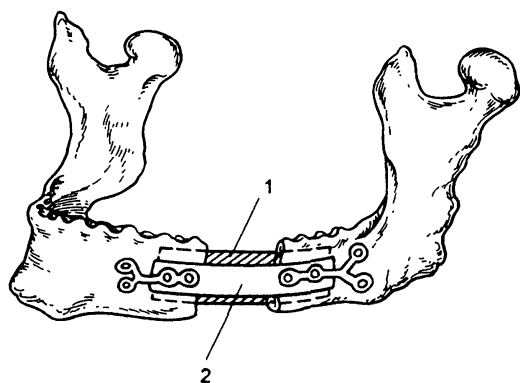


Рис. 24.4. Замещение дефекта тела нижней челюсти комбинированным ауто- (1) и аллотрансплантатом (2) (схема).

Tavsya etilgan adabiyotlar

- asosiy

1. Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii chelyustno-litsevoy xirurgii pod redaktsiey V.M. Bezrukova, T.G. Robustovoy tom 1, 2000 g., str 613
2. Uchebnik «Xirurgicheskaya stomatologiya». Pod redaktsiey professora Robustovoy T.G. Moskva. 2000 god.

- qo'shimcha

1. YU.I.Bernadskiy «Travmatologiya i vosstanovitel'naya xirurgiya CHLO».-1999.
2. Solovov M.M. «Onkologicheskie aspekte v stomatologii», K., 1989 y.
3. Mashkilleysn A.A. «Predrak krasnoy kayme gub i SOPR» M., 1970 y.
4. Romacheva I.F. «Zabolevaniya i povrejdeniya slyunneh jelez» , 1987 y.
5. Shanin A.P. «Opuholi koji, ih proisxojdnie, klinika, lechenie» M., 1989 y.
6. Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-licevoy oblasti», 1991y..

Internet sayt:

www.stomatologist.ruwww.dentsplycis.comwww.citydentist.narod.ru

AMALIY MASHG'ULOTLAR

MAVZU № 1:

O'smalarni paydo bo'lish nazariyasi. O'smalarning halqaro gistologik tasnifi. O'smalarning rivojlanish bosqichlari.

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar 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).	Savollarga javob beradilar va muxokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiylariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Gurux bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollari

1. YuJS uchraydigan o'smalarning etiologiasi va patogenezi.
2. Onkostomatologik tibbiy yordamni tashkil etish.
3. Kantserogenez nazariyalari.
4. O'smalarning halqaro gistologik tasnifi.
5. O'smalarning rivojlanish bosqichlari.

Mavzu bayoni

Yuz-jag' sohasi, og'iz bo'shligidagi, jag'lar va bo'yindagi onkologik jarayonlar kasallanish sonini ko'payishida ahamiyatga ega. SHunga bog'lik xolda 20 yil avval onkologik institutlar va dispanserlarda bosh-bo'yin bo'limlari ochilgan. Avval xavfli o'smalar xosil bo'lishini o'rganish va davolashga ixtisoslashgan onkologik tashkilotlar, xavfsiz o'smalarni xosil bo'lishi haqidagi savol vrach stomatologlarning kompetensiyasida bo'ladi, ular nafakat operativ texnikadan xabardor bo'ladi balki nuksonlarni o'rninni to'ldirish va yo'qotilgan funktsiyani tiklanishini ta'minlovchi plastik operatsiyalardan xam xabardor bo'ladi. Onkologik stomatologik kasalliklarni keng o'rganishning asosi 1950 yillarda Moskva stomatologiyasini asoschilaridan biri M.M.S.I xirurgik stomatologiya bo'limii boshligi professor A.I Evdokimov tomonidan ko'yilgan. Keyinchalik odontogen o'smalar gigant xujayrali o'smalar, yuz va bo'yin sohasining tug'ma kistalari va ba'zi suyak o'smasimon tuzilmalarini tashxislash va davolashning optimal printsiplari ishlab chikildi. Yuz-jag' va bo'yin sohasining o'smalari bizning ma'lumotlarga asosan barcha xirurgik stomatologik kasalliklarning 13 % ini tashkil etadi. Ular o'ziga xos kechish xususiyatiga ega, bu ularning xayotiy muhim a'zolarga yakin joylashganligiga, tishlarning borligiga bog'lik. Bu o'smalar ko'pincha funktsional va kosmetik buzilishlarga shuningdek o'limga xam olib kelishi mumkin.

Ogiz bo'shligi va yuz sohasi o'smalarining turlari juda ko'p, bu yuqoridagi a'zolarining turli strukturalaida rivojlanishiga bog'lik. Onkologik kasalliklar nomlarini standartlashtirish maksadida VOZ sungi 10 yil ichida o'smalarining Xalkaro gistologik klassifikatsiyasini tuzdi (MGKO), u xar 10 yilda qayta ko'rib chiqiladi, qisman o'zgaradi va to'ldirilib boriladi. MKB-S (1985) ning so'nggi nashrida odontogen guruhlar o'smalaiga va so'lak bezlari o'smalariga taaluqli ko'shimchalar bor.

XUGT ongologiya sohasidagi ilmiy va amaliy yutuqlarni aks ettiradi. SHuni ta'kidlash kerakki, o'smalarining klinik formalarini aniqlash uchun ularning morfologiyasini bilish kerak. CHunki kasallikning moxiyatini tushunib etish kasallikni diagnostikasi va davolashda juda muhim ahamiyatga ega.

XUGT ning asosiga 3 ta printsipl qo'uyilgan: anatomik joylashuv, gistologik tip va xavfli, xavfsiz o'smalarga bo'linish. O'sma jarayonlarining joylashuviga bog'lik xolda aloxida klatstsifikatsiya seriyalari mavjud, shulardan 3 tasi yuz va jag' o'smalariga bag'ishlangan, norni organospetsifik o'smalar deyiladi. Bu odontogen o'sma, so'lak bezlari o'smalari va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati o'smalari. Organospetsifik bo'lmagan yuz, jag', og'iz bo'shlig'i o'smalari, boshqa lokalizatsiya o'smalariga spetsifikdir, ular teri, yumshok to'qima va suyak o'smalaridir.

Gistologik belgilar o'smalarining gistogenezig aсосlangan. barcha o'smalarining xaqiqiy o'smalarga, o'smasimon xosilalar va kistalarga bo'linadi. Teri, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, og'iz xalkum sohasi o'smalari seriyalarida o'sma oldi holatlari xam aks ettirilgan.

XUGT ma'lumotlariga ko'ra, rak oldi jarayonlari xavfsiz o'smalarining kartsinomaga o'tishiga asoslangan. O'sma va xosila termini anomal massaga ega to'qimalarni ta'riflash uchun ishlatiladi, u to'qimaning normal usishiga muvofik keladi. Akademik N.N. Bloxin (1971) ta'rifiga ko'ra, «o'sma kasalliklari» patologiyani aloxida ko'rinishini namoyon qiladi, bu tabiatda keng tarqalgan. To'xtatib turib bo'lmaydigan va nisbatan avtonom o'sishga ega va kasallanish o'chog'ida xujayralar bo'linishi bilan xarakterlanadi. Bunda o'smaning o'sishi birlamchi kurtaklardan boshlanadi. Bunda atrofda o'zgarmagan to'qimalar jaraenga jalb etilmaydi, lekin zararlangan xujayra o'zining o'sish xususiyatini atrof xujayralarga beradi. Bunda to'qimalarning anaplaziyasi kuzatiladi, ya'ni ular nisbatan soda ko'rinishga kaytadi, shuningdek xavfli o'smalarga xos infil'trativ o'sish va metastazlanish xususiyatila ega bo'ladi. O'sma («neoplazma») grekcha «neos»- yangi, xosila yoki blastoma sinonimlardir va ular xavfli va xavfsiz o'sma jaraenlarini bildiradi. Aniqroq aytilganda esa rak (lat. kartser) epiteliial asosga ega, sarkoma (grek), gusht, o'sma biriktiruvchi to'qima tabiatli o'sma. Mezodermaning qaysi to'qimasidan rivojlanishiga qarab sarkomalarni osteosarkoma, miosarkoma, fibrosarkoma va boshkalariga bulinadi.

Agar o'sma xam epiteliial, xam biriktiruvchi to'qimalardan rivojlansa kartsinosarkoma deyiladi.

O'smalarining etiologiyasi va patogenezi.

O'smalar rivojlanishining bir qancha teoriyalari bor. Ular asosan kuyidagilardan iborat:

1) Ta`sirlanish nazariyasi (1863y Virxov): o`smalarozok muddatli surunkali ta`sirlanishdan kelib chikadi.

Bunda atrofda o`zgarmagan to`qimalar jarayonga jalb etilmaydi. Lekin zararlangan xujayra o`zining o`shish xususiyatini atrof xujayralarga beradi. Bunda to`qimalarning anaplaziyasi kuzatiladi, ya`ni ular nisbatan sodda ko`rinishga qaytadi, shuningdek xavfli o`smalarga xos infil`trativ o`shish va metastazlanish xususiyatiga ega bo`ladi.

O`sma («neoplazma»-grekcha «neos»-yangi, «plazma»-xosila) yoki blastoma sinonimlar darajasi va ular xavfli va xavfsiz o`sma jarayonlarini bildiradi. Aniqroq aytilganda esa-rak (lotincha-cancer) epitelial asosga ega xavfli o`sma-sarkoma (grek-sar-go`sht, oma-o`sma)-biriktiruvchi to`qima tabiatli xavfli o`sma. Mezodermaning qaysi to`qimasidan rivojlanishiga qarab sarkomalarni osteosarkoma, miosarkoma, fibrosarkoma va boshqalarga bo`linadi.

Agar o`sma xam epitelial, xam biriktiruvchi to`qimadan rivojlansa-kartsinosarkoma deyiladi.

O`smalarning etiologiyasi va patogenezi

O`smalar rivojlanishining bir necha teoriyalari bor: ularni asosi quyidagilardan iborat:

1) Ta`sirlanish nazariyasi (1863 y Virxov): o`smalar uzoq muddatli surunkali ta`sirlanishdan kelib chiqadi (mexaniq, ximik, termik, endokrin, neyrogen va boshqalar) Masalan: yuqori jag`da tish protezlarining va ularning kamchiliklari o`zoq muddatli shikastlanishi yoki surunkali gaymorit natijasida o`sma rivojlanadi; jag` o`smasining uzoq surunkali osteomieliiti yoki granuleomatsion periodontit, tuberkulyoz va boshqalar natijasida rivojlanishi.

2) Kongeymning embrional nazariyasi: o`smalar embrional xujayralar yoki ularning to`planishidan rivojlanadi, ular embrionning turli qismlaridan rivojlanishi mumkin. Ba`zan shikastlanmagan xujayralar keyinchalshik o`sma rivojlanishiga asos bo`lishi mumkin. Bu ichki yoki tashqi ta`sirlovchi ta`sirlar natijasida xosil bo`ladi. Masalan: so`lak bezida rakning rivojlagishi.

3) Infektsion-virusogenetik nazariya. U bosqichma-bosqich N. Kubaev (1889 y), I.Ivanevskiy (1892 y), K.Ras (1911 y), R.Shope (1933 y), F.Bitlner (1936 y) lar tomonidan rivojlantirilib. Bugungi kunda o`sma chaqiruvchi viruslarning 100 dan turi mavjud. Ular 2 guruhga bo`linadi:

1) RNK tutuvchi

2) Dnk tutuvchi

Onkoviruslar xususiyatlari:

5) ular ko`payuvchi xujayraning o`shishini stimullashi.

6) ba`zi to`qimalarga, masalan epiteliyga nisbatan tropizm xususiyati

7) lanteni holatda xam xavfli o`smalarni rivojlantiruvchi kantserogen moddalar bilan sinergik (birgalikda) ta`sir etadi.

8) xujayraga kirgach xujayraning genetik xossalarini o`zgartiradi, shu bilan uning onkogenligi namoyon bo`ladi. Bu teoriyalar o`smalar etiologiyasi va patogenezini ma`lum chegarada tushuntira oladi, lekin bu muammo xali xal etilmagan. Balki, jarayoni polietilogikdir, shuning uchun kelgusi izlanishlarga muxtoj.

Kantserogen moddalar

Xavfli o`smalarni chaqirish xususiyatiga ega bo`lgan ximik va biologik moddalar – kontserogenlar deyiladi. Buni o`rganishga sabablar: shaxtyorlardagi o`pka raki; anilin ishlab chiqaruvchi zavod ishchilarining qovuq raklari va boshqalar. 1933 yilda toshko`mir smolasi zavodidan kuchli kantserogen modda (3,4 benzipiren) ajratib olingan.

Kantserogenlar ximik, fizik va biologik bo`lishi mumkin.

Ximik kantserogenlarga: arganiq moddalar (politsiklik uglevodlar), noorganik kelib chiqishli (mish`yak, xloratlar), shuningdek endogen moddalar (o`t kislotalari, gormonlar) kiradi.

Fizik kantserogenlarga: barcha ionlanuvchi nurlar, ul'trabinafsha nurlar (masalan: quyosh radiatsiyasi), surunkali yoki bir martali travma (kuyish, muzlash, shikastlar) lar kiradi.

Biologik kantserogenlarga: turli viruslar kiradi.

Kantserogenlar xayvon yoki odam organizmida xavfli yoki xavfsiz o'smalarni ma'lum latent davrlardan so'ng rivojlantirish xususiyatiga ega, ularning davomiyligi kantserogen moddalarning ximik to'zilishi, organizmga kirishi, organizmning sezgirligi va boshqa faktorlarga bog'liq. Masalan: sichqonlar ikki yil yashasa, bu jarayon 6-8 oy davom etadi, maymunlarda (20-25 yil yashovchi) 8-10 yil, odamlarda 15-20 yil.

Kantserogen moddalarning ta'sir mexanizmi etarli o'rganilmagan, lekin ular oqsillarga birikib modda almashinuvi jarayonini bo'zadi degan taxmin bor. Asosan RNK va DNK strukturalari bo'ziladi. Rakli kasallarda analogik tarzda ichki organlar xam shikastlanadi, leykotsitlarning chapga siljishi kuchli kantserogenlarga shuningdek, rentgen va ul'trabinafsha nurlari xam kiradi; shuning uchun rengenologlarda ba'zan teri raki, elka kistasi rivojlanadi. Radiaktiv moddalar bilan ishlovchi va mexnat xavfsizligiga rioya kilmaganlar leykoz bilan 10 marta ko'prok kasallanadi.

Endogen faktorlar (organizmda ishlab chikariluvchi) kontserogen steroid garmonlar, D gurux vitaminlari, ut kislotalari- to'zilishi jixatidan politsiklik uglevodlarga yaqinligi uchun o'sma rivojlanishida katta ahamiyatga ega. Buyrak to'qimasi maxsulotlari 800-900° da kizdirilib, sichkonlarga yuborilganda ular xavfli o'smalarni chakirgan. Organizmda tsirkulyatsiya kiluvchi garmonlar bitta umumiy xususiyatga ega: ular barcha to'qimalarda proleferativ reaksiyalarni chakirishi mumkin: masalan ichki organlar va sut bezi o'smalarida endokrin organlarning turli morfologik o'zgarishlari kuzatiladi. Bu to'qima ichki almashinuvning bo'zilishini chakiradi, regeneratorlar jarayon kuchayishini stimullaydi, bu esa o'sma xosil bo'lishiga olib keladi, shu katorada og'iz bo'shlig'ida, yuzda va jag'da: shuning uchun **R.E.Kavitsniy (1953y)** shunday deydi: "Rak doim va boshidan butun organizmning umumiy kasallanishidir." SHuning uchun bemorni bitta o'smadan davolab, uni to'lik davolashga erishildi deb bo'lmaydi, ya'ni kantserogen organizmning boo'ka xujayra, to'qima a'zosida saqlanib qolgan bo'lishi mumkin. SHuning uchun o'sma jarayonlarini davolash garmonal balans normalizatsiyasiga xam karatilgan bo'lishi kerak.

YUqori jag' sohasi o'smalarining tasnifi

Voz ning maxsus buyrug'i bilan bosh va bo'yin o'smalarining xalkaro gistologik klassifikatsiyasi to'zilgan. Ular quyidagilar:

- 9) epitelial o'smalar
- 10) yumshok to'qima o'smalari
- 11) suyak va togay o'smalari
- 12) limfoid va kon yaratuvchi sistema o'smalari
- 13) aralash genezga ega bulgan o'smalari
- 14) ikkilamchi o'smalari
- 15) tasniflanmaydigan o'smalari
- 16) o'smasimon holatlar.

Bu guruxlar nomlanishining o'zi xam bu klassifikatsiyani takomillashtirish kerakligidan dalolat beradi. SHuning uchun A.Paches (1983 y) barcha o'smalarni xavfsiz, oralik va xavfli turlarga bulingan.

Nixoyat, shuni esda tutish kerakki ba'zi «o'sma» a'zoning deformatsion shishganligi bilan xarakterlanadi, aslida ular displastik jarayonlar va kista xosil bo'lishi bilan bog'liq, bu esa ankologik jarayon xisoblanmaydi. **Klinitsist** uchun o'smalarning gistologik to'zilishiga ko'ra tasnifi etarli emas. SHuning uchun A.Pachesning so'zlariga muvofik o'smalarning klinik, biologik, morfologik xususiyatlari va lokalizatsiyasiga e'tibor berish kerak.

O'smalarning xalqaro gistologik klassifikatsiyasi shunisi bilan muximki, u xar bir a'zo uchun ishlatilishi mumkin, ilyustrativ materialga ega. Masalan so'lak bezlari o'smasi № 7, teri o'smasi № 12 va boshqalar.

Xavfli va xavfsiz o'smalarning asosiy xususiyatlari

Xavfsiz o'smalar xavflilaridan qo'yidagilar bilan fark qiladi:

- 8) Ba'zilar tug'ma bo'ladi, chunki rivojlanish nuqsonlari bo'lishi mumkin (osteomalar, teratomalar, gemantiomalar, limfangiomalar va boshkalar).
- 9) Sekin usadi, atroflarga soglom to'qimalardan etarli jarada chegaralangan, ba'zida xatto kapsulaga ega.
- 10) Agar yumshok to'qimada joylashsa, uzok muddat xarakatchanligini saqlab qoladi.
- 11) Metastaz bermaydi.
- 12) Gistologik jixatdan bir xil tuzilishga ega, uning xujayralari esa atipik bo'lsa xam normal xujayralarga o'xshash bo'ladi.
- 13) Xavfli tus olishi mumkin juda kam holatlarda (osteoma, angioma).
- 14) Bir yoki bir nechta xavfli analoglarga ega bo'lishi mumkin, misol uchun adenoma xavfli adenomaga, adenokartsinomaga, bazal xujayrali adenomaga, tsistoadenomaga utishi mumkin.

Xavfli o'smalarining asosiy xususiyatlari;

- 6) O'smada doimo xujayra elementlarining differentsirovkasi kechadi, ya'ni anaplaziya kuzatiladi-kam differentsirovkalangan to'qimaning xosil bo'lishi, anaplaziya kanchalik yakkol namoyon bo'lsa, xavfli o'sma shunchalik kuchli rivojlanadi.
 - 7) Xar bir anaplaziyaga uchragan xujayra kelgusi avlodga shu xususiyatini qoldiradi; bunda xar bar avlodda anaplaziya darajasi yuqorirok bo'ladi.
 - 8) Differentsiya jarayoni qanchalik kuchli bo'lsa, o'sma shunchalmk tez o'sadi, og'irligi ortadi.
 - 9) O'sma metastaz berishi va yondosh to'qimaga o'sib kirishi mumkin, atrofdagi sog'lom to'qima bilan aniq chegara orqali ajralmagan.
 - 10) Xavfli o'sma xujayralirining funktsiyasi, «organizatsiyalashmagan» xarakterga ega, organizm xayot faoliyati bilan muvofiklashmagan; masalan: yuz-jag' sohasi o'smalari bor bemorlarning xujayra va gumoral immuniteti tushib ketadi, zardobli immunoglobulinlar D,G larning sonini ortishi (V.Arsenov 1979 y). Organizmning o'zgarishi va qarshiligi o'sma jarayonining tarqalganligiga bog'lik. Bu bemorlarda xirurgik travmalar natijasida fibrinoliz depressiyasi operatsiyasidan oldin qonning giperkoagulyatsiyasiga bog'lik. (E. Malevich, D.P. St'ernik, 1975y, S.Pinelis 1981 va boshkalar).
- Statistika.

Yuz-jag' sohasi xavfsiz o'smalari noodonatogen va odontogen o'smalarga bo'linadi, ya'ni genetik va struktur jixati tishlar va falikulalariga bog'lik bo'lgan o'smalar. O'smalar tarkibiga kiruvchi to'qima konsistentsiyasiga muvofik ularni qattiq tolali, yumshok to'qimali va aralash tipdagi o'smalarga bo'lish mumkin.

Bizning klinika ma'lumotlariga ko'ra 15 yil ichida 7626 ta gospitalizatsiyalangan bemorlarning 7,8% ida qo'idagi noodontogen o'smalar aniqlangan: osteoplastomalar, retentsion kistalar, aralash o'smalar, gemanglomal, dermoid kistalar, fibromalar, papilomalar, limfangiomalar, osteomalar, tug'ma pigmentli dog'lar, lipomalar, neyrobromalar, ateromalar, xondromalar, angiofibromalar, limfobromalar, limfadenomalar, adenofibromalar.

Xavfsiz o'smalar:

4. Faqat jag' oldi sohalarida uchraydigan o'smalar.
5. Jag' suyaklarida joylashuvchi o'smalar.
6. Jag' yumshok to'qimalarni, xam jag' suyaklarini kasallantira oluvchi o'smalar.

Xavfsiz birlamchi o'smalarining klinik klassifikatsiyasi A.Kolesovga (1964) muvofiq barcha o'smalar va o'smasimon tuzilmalar kelib chiqishiga ko'ra 3 ta guruhga bo'linadi:

4. Osteogen.
5. Noosteogen va noodontogen.
6. Odontogen.

Eozinofil granulemani osteogen o'smasimon tuzilmalarga kiritish mumkin, chunki u xavfsiz suyak ko'migi retinulemasidir. Osteogen o'smasimon tuzilmalar guruhiga giperterioid osteodistrofiya, giperootodlar, simmetrik ekzositodlar, pastki jag'da va tanglay valigining giperitrofiyasi va bularni kiritish mumkin.

Epitelial o`smalar og'iz bo`shlig'i shilliq qavati epiteliysidan rivojlanish mumkin, shuningdek yuqori jag' sinusi, tamiri endotelial, tishning emal' a`zosi va bulardan rivoji mumkin. Biriktiruvchi to`qimadan rivojlanuvchi xavfsiz o`smaning manbasi denitin, tsement, jag' suyagi, mushak, tog'ay, teri osti asosi va boshqa lokalizatsiya va kelib chiqishga ega bo`lgan biriktiruvchi to`qimali element bo`lishi mumkin.

Biroz shartli, shuning uchun ma`lum ma`noda baxsli masala – bu yuz-jag' sohasida o`smasimon tuzilmalar guruhini ajratilishidir (suyaklar displaziyasi, xeruvizm, turli ostozlar, xolesteotomalar, jag' kistasi, tsemenitolalar va boshqalar).

Jag'lardagi birlamchi xavsiz o`smalar va o`smasimon tuzilmalarning tasnifi

(YU.I. Bernadskiy, 1983).

O`sma va o`smasimon tuzilmalarning guruxlari	O`smalar	O`smasimon tuzilmalar
Osteogen	Osteoma Osteoid-osteoma Osteoblastoklastoma	Fibrinoz displaziya Xeruvizm Deformatsiyalovchi ostoz Giperparotireoid fibroz osteodistrofiya Giperostoz Ekdoostoz Eozinofil granulema
Noosteogen va noodontogen	Gemangioma Gemangioendotelioma Fibroma Nefrofibrina Nevrilemmoma Miksoma Xondroma	Xolesteotoma
Odontogen	Adamantinoma YUmshoq odontoma Qattiq odontoma Odontogen fibroma	Jag' ning odontogen kistalari a) radikulyar kista b) follikulyar kista v) retromolyar kista g) birlamchi odontogen kista TSementoma “Oddiy” epulid

YUmshoq to`qimadan rivojlanuvchi xavfsiz o`smalar uchun esa E.Simonovaniy tasnifini taklif etamiz:

4. Og`iz bo`shlifining shilliq qavati va yumshoq to`kimalarining zararlanishi: epiteliy o`smalari (papilloma); birinchi to`qima va uning xosilalari (fibroma, lipoma, xondroma); mushak to`qimasidan (mioma); nerv to`qimasidan (nevrinoma, neyrofibroma, neyrofibromatoz); tomirlardan (gemangioma, limfangioma, gemangio-endotemeoma xavfsiz); pigment to`qimadan (pigmentli nevus).

5. So`lak bezlarining zararlanishi (katta va kichik), epiteliy o`smalari (adenoma, adenolimfoma, aralash o`smalar, mukoepidermoidlar), birlitiruvchi to`qimadan (fibromalar), tomirlardan (gemangioma, gemangio-endotemioma), nerv to`qimasidan (nevrinoma).

6. Terisi va teri osti yumshoq to`qimasining shikastlanishi: epiteliy o`smalari (papillomalar); birinchi to`qimadan (fibroma, lipoma); tomirdan (gemangioma, limfangioma, xavfsiz gemangioendotemioma); nerv to`qimasidan (nevnomalar, neyrofibroma va neyrofibromatoz); pigment to`qimadan (pigmentli nevus).

Xaqiqiy o`smalar va o`smasimon tuzilmalarni farqlash lozim. YA.N. Petrov (1952) ma`lumotlariga asosan xaqiqiy o`smalarning alomati, xavfli va xavfsizlar uchun ularning gistologik tuzilishining atipikligi va chegaralanmagan o`shish xarakteriga ega ekanligi. Ularning asosiy biologik xossasi ularning paydo qiluvchi sabablarni chetlatganda xam to`xtovsiz o`shish xususiyatiga ega ekanligi.

Yuz-jag` sohasidagi xavfli o`smalar xarakteristikasi.

Yuz-jag` sohasi o`smalarini, asosan xavfli o`smalarini o`rganishda asosiy e`tibor ularning kelib chiqish sababiga qaratilishi kerak. Xavfli o`smalar epidemiologiyasi bu – o`smalarning turli shakllarining tarqalishi va insonlarning yashash sharoiti bilan bog`liq xolda o`rganish. SHU narsa ma`lumki, yuz raki ko`pincha yuqori insolyatsiyali xududlarda ko`p tarqalgan. Yuz terisi va og`iz bo`shlig`i shilliq qavati raki asosan keksa yoshdagilar uchun xarakterlidir, chunki bunda yuz terisining qarishiga muvofiq mitotik indeks kamayadi va regeneratsion jarayonlarning deorganizatsiyasi kuzatiladi, to`qima xujayralarida atrofiya boshlanadi.

Teoretik va klinik onkologiyaning katta yutug`i shundan iboratni, rak oldi jarayonlari o`rganiladi.

Lekin shkastlovchi faktorning uzoq vaqt ta`sir etishi natijasida organizm funksiyalari susayib boradi. Organizm normal funksiyalarining buzilishi, asosan bosh miyaning ichki organlarining funktsiyasini buzilishiga olib keladi, bu esa kasallangan a`zoning struktur – morfologik xususiyatlari buzilishiga olib keladi, natijada patologik jarayon organizmga fiksatsiyalanadi. To`qimalarning o`shishi atipik xarakterga ega bo`ladi, bu esa rak oldi jarayonidir.

M.K. Petrov, M.K Voskrenskaya, A.K. Kojernikovalar tomonidan eksperimentda onkologik kasalliklar genezida organizmning holati-rol ko`plab xavfli o`smalarning xosil bo`lishi uzok yillik davrdan boshlanadi, bu davrda kantserogen ta`sirga uchragan to`qimalarda o`zgarishlar tuplanib boradi. Rivojlanishning ma`lum bosqichida bu miqdor o`zgarishlar ildizli sifat o`zgarishlarga aytiladi. Bu jarayonda 4 ta bosqich farqlanadi:

1) Kantserogen faktorlarning ta`sir davrlari - bu faktorlar organizmning javob reaksiyasini chakiradi, lekin to`qimalardagi o`zgarish ko`zga tashlanmaydi. Bu davr un yillab davom etishi mumkin. U kantserogen aktivligiga, intensivligiga, davomiyligiga bog`lik va organizmning unga individual sazgirligiga bog`lik.

2) Klinik aniqlanuvchi o`zgarishlar davri bunda xosil bo`luvchi o`zgarishlarni rak oldi jarayni sifatida tavsiflanadi. Bu davr 10 yil va undan ko`p rivojlanishi mumkin. Bu xam yuqoridagi omillarga bog`lik. Bu davrda davolash muntazamligi va effektivligi ahamiyatli. Bu davr xavfli o`smaning birinchi xujayralari xosil bo`lishi bilan yakunlanadi.

3) O`sma rovojlanishining klinik oldi davrlari. Bu davr o`smaning birinchi xujayralari paydo bo`lgandan to o`smaning sezilarli darajada o`sib, u yoki bu sezgilarni xosil qilishi, pal`patsiya yoki rentgenografiyada aniqlab bo`luvchi kattalikka ega bo`lguncha muddatni o`z

ichiga oladi. Bu muddat xam nisbatan uzoq davom etadi.

4) Xavfli o'sma rivojlanishining klinik davri. Unda 2 ta bosqichni ajratish mumkin: o'smaning maxalliy cheklangan o'sishi va o'smaning tarkalishi jarayoni giperalizatsiyasi bilan.

Voz onkologik kasalliklarni nomlanishini standartlashtirish maqsadida o'smalarning xalkaro gistologik tasnifini tuzdi (MGKO). Uning asosiga 3 ta printsip quygan: anatomik lokalizatsiyasi, gistologik tipii va xavfli va xavfsiz turlarga bo'linishi. Lokalizatsiyaga muvofik aloxida tasniflar tuzilgan, bulardan yuz-jag' sohasi o'smalari – odontogen, so'lak bezlari va og'iz shilliq qavati o'smalari (orgonospetsifik).

Anatomik belgisiga ko'ra: og'iz bo'shlig'i shilliq qavatio'smalari til, yuqori va pastki jag' o'smaliri, yuqori va pastki lab o'smalri, so'lak bezi, yuz terisi, bosh o'smalari. Gistologik belgisiga ko'ra tasnifi o'smalarni gistogeniziga asoslangan. Bu tasnifga asosan o'smalar faqat xavfli va xavfsiz turlariga bo'linadi.

Xavfli o'smalarning klinik kechishi tez o'sish, metastazlanish bilan xarakterlanadi, bu differentsirovka darajasiga asoslangan. Xavfli o'smaoarning o'sishi Xalqaro klassifikatsiya simvollari (1978) bilan xarakterlanadi:

T – birlami rakning tarkalganlik darajasini aniq baxolash.

N – jarayonning regionar limfa tugunlariga metastazlanish darajasi.

M – aloxida a`zolarga metastazlanishning darajasi.

Misol uchun pastki labning birlamchi rakining tarkalish xarakteristikasinping xalqaro tasnifiga muvofik keltiramiz:

T₀ – 1 lamchi o'sma aniqlanmaydi.

T₁ – o'sma kattaligi 1-2 sm va undan ko'p, 1 lamchi o'sma kasallangan organ yoki to'qima doirasida tarqalgan.

T₂ – o'sma 2 smdan ko'p, lekin 4 smdan ortik emas, 1 lamchi zararlangan a`zo chegarasida.

T₃ – o'sma 4 sm va undan katta, jarayonga a`zoning kata kismi yoki butun a`zo jalb etilgan.

T₄ – o'sma a`zoni zararlaydi, boshqa a`zolarga xam tarkalgan.

Limfatik sistemaga tarqalganligiga ko'ra:

O – metastaz bermaydi

N₁ – bir tomonga siljuvchi kata bo'lmagan kattik tugunlar.

N₂ – 2 tomonlama siljuvchi nisbatan kichik kattik tugunlar.

N₃ – 1 tomonlama siljimaydigan ancha kattik tugunlar.

N₄ – 2 tomonlama siljimaydigan metastaz yoki bir tomonlama limfatik tugunlar paketi, ular chuqur anatomik bo'shliqlarga o'sib kiradi.

Aloxida a`zolari tarqaluvchi metastazlanish darajasi:

M₀ – aloxida a`zolarida metastazlar aniqlanmaydi.

M₁ – klinik va rentgenologik alomatlariga ega aloxida a`zolar metastazlari (upka, kuks oraligi a`zolari).

Rak retsidivi R xarfi bilan belgilanadi, u T,M xarflari oldidan qo'yiladi.

Interaktiv usul: Stol o'rtasidagi ruchka

Tavsiya etilgan adabiyotlar

asosiy

6. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»: M., Meditsina, 2000 g.
7. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuholi myagkih tkaney i kostey lica».
8. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
9. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y.
10. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

qo`shimcha

7. Bezrukov V.M., Robustova T.G. «Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii»
8. Solov'ev M.M.»Onkologicheskie aspekti v stomatologii» Leningrad,1983
9. Rabuxina N.A. i dr.«Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti»M.,1998
10. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei» M., 1983.
11. SHargorodskiy A.G. «Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa» M. 1998.
12. SHargorodskiy A.G. «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxolimiyagkix tkaney i kostey litsa» M.,1999.

Internet sayt:

www.stomatolog.kzwww.anoufrieu.ruwww.stomatburg.ruwww.dentshop.ru/link/

Mavzu № 2

Yuz-jag' sohasi yumshoq to`qimalari xavfsiz o`smalari va o'smasimon hosilalari.

Mavzu bo'yicha o`quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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 muhokama 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 muhokama 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	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
30-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
10-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
10-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
10-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	Tinglaydilar
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		4 soat

Nazorat savollari

1. Papilloma va papillomatoz klinika va kiyosiy tashxisi.
2. Fibroma klinikasi va tashxislash.
3. Limfangioma klinikasi, tashxislash va davolash.
4. Lipoma klinikasi, tashxislash va davolash.

PAPILLOMA VA PAPILLOMATOZ

Papillomatoz reaktiv va neoplastik bo`ladi. Reaktiviga qattiq tanglay va al`veolyar o`siqlarni yallig`lanib papillyar giperplaziyasi, tanglay nikotinli papillomatozi, lunj, lab, til shilliq kavatlarining travmatik papillomatoz tilni rombsimon papillomatozi kiradi.

Klinika va kiyosiy tashxisi. Papilloma og`iz bo`shlig`ida, yuz tersida uchraydi. Bular odatda yakka, yumshoq, aylana yoki bir qancha cho`zilgan bo`ladi, oyoqchasi oqim hajmi 0.2-2 sm tilda, lunj, yumshoq yoki qattiq tanglay shilliq pardasida joylashadi. O`sma konsistentsiyasi yumshoq, elastik, ba`zan yuzda zich giperkatozli papilloma uchraydi. Ba`zan papillomalar yuzasi yallig`lanadi, qattiqlashadi va oz-ozdan qonashni boshlaydi. Ba`zan lab, lunj, tanglay yumshoq qavatlarida bir qancha papillomalar chiziq-lari ko`rinadi.

Yakka papilloma skalpel yoki elektropichoq bilan olinadi. Reaktiv papillomatozlar zararlovchi faktorlarni yo`qotish kerak (protezni olish, chekishni to`xtatish, xato plombani to`g`irlash). Agar bular yo`qotilmasa papilloma kattalashadi. Neoplastik papillomatoz bittada yoki bosqichli ravishda olib tashalanadi.

FIBROZ XOSILALAR SHAKLLANISHI

Bu fibroz tuzilmadan iborat bo`lib, yakka fibroma, simmetrik fibroma milk fibromatoziga bo`linadi. Yakka fibroma milkda og`iz bo`shlig`i shilliq qavatida, lunjni chuqur to`qimalarida, yumshoq tanglay, tilda, jag`da yakka joylashadi.

Fibroma 2 kurinishda uchraydi: kichik chegaralangan va yirik ikkalasi ham qattiq va yumshoq bo`lishi mumkin. Ularni hajmi vaqti va rivojlanish tempi bilan aniqlanadi. Ular sekin o`sadi, birinchi yil hech qanday shikoyat, bezovtaliklar bo`lmaydi. Yumshok fibromalar fibrangiomalarga ko`ra tezroq o`sadi. Fibromalar boshida og`riqsiz o`sadi, keyin kuchsiz og`riq chaqiradi (ovqat eganda, bosganda). Palpatsiya kilinganda yirik asosli, ba`zan oyoqlari bo`lgan zich og`riqsiz konsistentsiya seziladi, sohada teri, shilliq qavatlar o`zgarmagan bo`ladi. Kichikroq fibroma kattasiga ko`ra zichroq, yumaloq chegarasi aniq, og`riqsiz (palpatsiyada) bo`ladi. Agar chaynashda tishlar orasida qisilib yuzasi yaralansa, yirnglash o`chog`i xosil bo`ladi.

Differentsial diagnoz epitelioma, milk fibromatozi bilan qilinadi. Epitelioma fibromadan konsistentsiyasini yumshoqligi ingichka oyoqchalar borligi bilan, fibromatoz milk milk fibromasidan farqli turli xarakterga ega.

Yumshoq to`qima yakka fibromasi o`smasi to`liq kesib olish bilan teriga va shilliq qavatga chuqur va tugunli choklar qo`yish bilan tugatiladi.

Limfangioma

Limfa tomirlardan kelib chiqib, tomirlarda embrional davrda poroklar bo`lishi sababli yuzaga keladi, yoshlik davrdan shuning uchun belgilari tezda yuzaga chikadi va erta tashxislash oson bo`ladi.

Klinikasi. Limfangioma sekin, progressiv, yakka, ma`lum bosqichlarda o`shish tezlashishi yoki aksincha so`rilishi mumkin. Katta bo`lmagan limfangiomalardan chandiq qoladi. Yirik kavernoza o`smalar kattalashishga moyil. O`sma ba`zan boshqa poroklar bilan qo`shilib keladi: gemangioma, nevrofibromatoz, muskullar atrofiyasi, qo`l oyoqlarining o`smasligi.

Yuz - jag` sohasida bu ko`pincha lab, lunj, quloq oldi, chaynov sohalorida, burun, tilda uchraydi. Bu bo`yinga, ko`krakka, muskul osti chuqurchalarga tarqalishi mumkin. O`sma teridan 0-2 sm kutarilib turishi, rangi o`zgarmasligi yoki qattiq qismlari to`q qizil rangda bo`lishi va palpatsiyada og`riqsiz bo`lishi kuzatiladi.

Tashxislash. Tipik holatlarda diagnoz qiyinchilik tug`dirmaydi, punktsiya qiladi, suyuqligi tiniq sarg`ish yoki och sut rangida. Suyuqlikka qon aralashgan bo`lsa, bu uni qon tomiri bilan ham bog`liqligi borligini bildiradi. Limfangiomaning xeylit, Mikulich sindromidan farqlash kerak.

Davolash. Xirurgik radikal operatsiya. Agar lab, lunj, engak, quloq oldi sohalarda keng tarkalgan bo'lsa YU.I. Bernadskiy bo'yicha zajimda limfa aylanishni qisib to'xtatilib sklerozlovchi terapiya qilinadi.

OG'IZ BO'SHLIG'I VA YUZ LIPOMASI

Yuz teri osti yog' qavatdan rivojlanadi. Bu teri osti qavatidan yog' klechatkasidan atipik to'zilishi bilan, notekis kattaligi bilan, yog' bo'laklari bo'lishi bilan farq qiladi. 2% bemorlarda uchraydi va xavfsiz o'sma sifatida davolanadi.

Lipoma o'smirlikda yoki katta yoshdagilarda rivojlanadi, asosan shifokorga 30 yoshdan keyin murojaat qiladilar. Sekin o'sadi, og'riqsiz, palpatsiyalanganda yumshoq, zich qattiq o'sma bo'ladi, harakatchan, teri va shilliq qavat bilan bog'lanmagan (milkdan boshqa).

Differentsial diagnoz kista bilan qiyinchilik tug'diradi, ba'zan dermoid lipoma bilan birga keladi, ba'zan shuning uchun o'smani olayotgan paytda (operatsiya vaqtida) aniqlanadi. Ateroma bilan farqlanganda, ateromani teri bilan bog'liqligini esda tutish kerak.

Davolash faqat xirurgik yo'l, kapsula bilan olib tashlash diffuz lipoma qiyinchilik tug'diradi.

KAPILLYAR GEMANGIOMA.

Kapillyar gemangioma, oddiy gemangioma to'qima sohasida yassi, dog'li, pushti qizil yoki ko'kish rangga ega to'qimalar bo'lishi bilan ifodalanadi. Bu joy anastomozlashgan va tutashib ketuvchi, yangi paydo bo'lgan kapillyar va arteriolalardan iborat. Kapilyarlar arterial yoki venozli bo'lishi mumkin. Gemangioma og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida yoki yuz terisida joylashadi. Qo'l bilan bosilganda shu joy oqaradi.

Kapillyar gemangioma sekinlik bilan rivojlanganda teri osti va shilliq osti kletchatkalar o'zgaradi, ba'zan bu jarayon tez kechishi mumkin. Ba'zan bu davosiz yo'qolishi yoki kichrayishi mumkin. Tez o'sishi va stabil holatlar davrlari almashinib turadi.

SHoxlangan o'smalar.

Bu keng va ortiqcha arteriya tomirlar g'altakchalaridan iborat. Arterial gemangioma pulsatsiyaga ega. Ko'pincha shoxlangan gemangiomadagi anastamozlarda sistolik shovqin eshitaladi. Bu anevrizmni eslatadi. Boshni engashtirganda gemangioma hajmi kattalashadi (to'lishish simptimi).

G'ovakli gemangioma yirik, qoplama epiteliy va bo'shlig'i qon bilan to'lgan guruhlardan to'zilgan.

Alohida bo'shliqlar bir-birlari bilan bog'langan yoki xalqa biriktiruvchi to'qimali elastik va mushak tolali devorlar bilan ajralgan. Ko'pincha aloqador bog'langan bo'shliqlar "qisiq", "o'raliq" belgisi bilan ifodalanadi. Bosganda (barmoq bilan) ular bosiladi va keyin sekin yana qonga to'ladi. O'sma kapsulali yoki diffuz bo'ladi. Kesganda ular yirik dog'li tugun, ko'p teshikli va yo'llar bilan ko'rinadi.

Pal'pator bu gemangioma kengligini aniqlash mumkin, atrofi qattiq aylana petrifikatsiyalangan tromboflebit bilan o'ralgan bo'lib, uni bosganda og'riq bo'ladi.

Solishtirma diagnoz

Bu limfangioma va tug'ma dog'lar bilan solishtiriladi. Limfangioma ham oddiy kistasimon yoki g'ovaksimon bo'ladi, lekin terisi rangi oq bo'lishi bilan farq qiladi, oson bosiladi, punktsiyada och yoki xira suyuqlik (limfa) bo'ladi. Tug'ma pigmentli dog' och qizil yoki kofe rangli dog' bo'ladi. Limfangioma ta'sir endoteliysi o'sishni va melono suyuklardan shakllanadi, bosilganda pigment rangi yo'qolmaydi.

Davolash. Kichik oddiy gemangiomalar elektrokoagulyatsiya, nur terapiya, uglekislot qori bilan davolanadi. Oxirgi paytlarda emizikli va kattaroq bolalarda past vol'tli rentgen apparatlardan foydalanilyapti. Bunda bolalar kam masofada rentgen bilan nurlantiriladi. Bu usul afzalligi og'riqsizli,

aniq dozirovka yubora olish, aniq vaqt yuborish (25 min) va davolovchini yaxshi ximoya qilish sharoiti borligi. Bu terapiya aksar ko'pchilik bolalarga qo'llaniladi. Ulardan 6 % yaxshi kosmetik natijali. emizikli bola 6 gr dozirovka bilan bir tekis o'tkaziladi, 4-5 haftada o'smani yo'qolishi ko'zatiladi. Ba'zan 1,5-4 oyda 3 marta qilinadi. (umumiy dozirovka 20-25 gr etishi uchun).

Katta kapilyar gemangiomasalar yo'zda bir marta yoki 2-3 bosqichli kesib olish bilan olib boriladi, ko'p ochiq qolgan jarohatga plenka, qorin yoki elka terisidan transplantant qo'yiladi. Lab va lunj sohadagi kavernozi yoki shoxlangan gemangiomasalar yo'z nerv tarmoqlari va quloq oldi so'lak bezini maksimal ehtiyotkorlik bilan kesiladi. Bu jarrohlik harakatini boshlashdan oldin chegaralangan kavernozi gemangiomasada fibrinolitik aktivlik balandroq, diffuzda kavernozi gemangiomasada qon ivish tizimi aktivligi pasayganligini hisobga olish lozim.

Lab va lunj, engak, chakka - quloq oldi sohalaridagi keng kavernozi va shoxlangan gemangiomasalarda o'smani kesib olib tashlash kam ishlatiladi, sababi bunda yo'z nervi jaroxati tufayli mimika muskullari paralichi bo'lishi mumkin. Davolashni boshqa usullari ham mavjud. Sklerozlovchi terapiyada Dawling bo'yicha turli kimyoviy moddalar inektsiyasi qilinadi. Oxirgi paytlarda xinin va uretan aralashmasi ishlatilayapti.

P.P. Gorbushina bo'yicha sklerozlovchi terapiya. Gorbushina xinin-uretan aralashmasini bu terapiyada effektini oshirish uchun mahkam bintlashni qo'shimcha qildi. Tarqalgan kavernozi gemangiomasada Gorbushina 56 ml doza bitta ukolda xinin uretan yubordi. Takroran 24 kundan keyin qayta yuboriladi.

V.S. Agapov bo'yicha sklerozlovchi terapiya statsionar holatda hamma o'sma to'qimasi quyidagi eritma tarkibi bo'yicha infiltratsiya qilinadi: 95 % S₂H₅OH+novokain 0.1+ distirillangan suv 29.0 igna o'smadan (chegarasidan) 1-2 sm chetroqdan qilinadi. Aralashmani yuborishdan oldin assistent barmog'i bilan tomirlarni ezadi, xirurg ignani oxirigacha kirgizadi, igna kiritish mobaynida eritma yuborib boriladi. eritma bir necha yo'nalishlarda yuboriladi. eritma o'sma mag'ziga, bo'shliqlariga tushadi.

YU.I. Bernadskiy bo'yicha sklerozlovchi terapiya: Bu usulda ikkita variant taklif etilgan.

1-Variant. Katta, bir-biri bilan bog'langan kavernali o'smalarni ularni oson bo'shatish mumkin bo'lganda qo'llaniladi.

2-Variant. Bu variant qachonki kavernalar orasidagi bog'liqlik etarli bo'lmaganda, kavernalar kichik, o'smadan qonni surilishi imkoni bo'lmaganda qo'llaniladi.

P.V.Xodorovich bo'yicha sklerozlovchi terapiya. Uncha katta bo'lmagan kapillyarlar, shoxlangan va kavernozi o'smalarga qo'llaniladi. P.V Xodoroviya taklifiga ko'ra bu usulda 3 xlarli uksus kislotasi dikain eritmasi bilan yuboriladi. Inektsiya tuberkulin tsprintsi bilan qilinadi. Bundan boshqa Kaznachenko, Duduko usullari ham bor. Lazer nurlanish bilan davolash. Oxirgi yillarda optik kvontli generatorlar bilan tomirli gemangiomasani fotokoagulyatsiya qilish keng qo'llanilyapti.

YUZ TERISINI TUG'MA DOG'LARI (NEVUS)

Nevuslar tug'ma chegaralangan teri displaziyasi bo'lib, giperpigmentatsiya yoki depigmentatsiya bilan xarakterlanadi, tomir nenormal rivojlanadi, usti burmali yoki sochli bo'ladi. Yuz nevusi lunjni yarmini egallaydi. Davo yaxshi o'sma sifatida o'tkaziladi.

Patogenezi. Ko'pchilik Masson 1926y fikri bilan ya'ni nevus teri ostidagi sezuvchi nervlarni shvan qobiqlaridan bo'ladi deydi. Ba'zi hollarda tug'ilgandan keyin bo'ladi va bu kechikkan holat deyiladi, bunda ma'lum vaqt melanin xujayralar etishmay qolgani bilan izohlanadi.

Klinikasi. Nevuslar pigmentli, pigmentsiz, tomirli bo'lishi mumkin. Pigmentli nevus derma ichi, chegaralangan yoki aralash bo'ladi. Derma ichi nevuslari xususiy terida joylashgan xujayra bilan ifodalanib ko'p uchraydi. Pigmentni turli miqdorlarada tutadi. Bunday dog'larni rangi to'q jigarrang yoki qora bo'ladi. Bu erda melanoforlar va o'choq infil'tratlari topiladi.

Nevus dermani yuqori qavatlarida joylashgan pigment xujayralar va dog'lardan iborat bo'lib, atrofi kollagen tutamlar bilan o'ralgan, pigment xujayralar ko'p bo'lganligi, oval, kubsimon bo'lib, nozik

fibril to'rlari bilan ajraladi. Bu shu bilan epiteliy xujayralardan farq qiladi (bir-biriga zich emas). Tipik nevus xujayralar o'zida gomogen protoplazma tutib, yirik doira yoki ovalsimon, och pufak va yadrodan iborat.

Derma ichi nevuslar chegaralangan, silliq yoki kam burmali, turli xajmli, qattiq qoplamali, ba'zan to'q sochli bo'ladi. Ba'zan giperkeratoz, papilloma alomatlari bo'ladi. Derma ichi nevusiga chuqur nevuslar kirib, bu yuz, qo'l (kam holda bu joylarda) da uchrab yumshoqroq bo'ladi. Chuqur nevuslarda yotqizilgan pigmentlar topiladi, bu epidermisga parallel chuqur dermada joylashgan fibroblast xujayralarga o'xshash.

Chegarali nevus derma va epidermis chegarasida pigmentlangan xujayrani bo'lishi bilan farqlanadi. Mikroskop ostida xujayralar ko'p yoki kam yaxshi chegaralangan uyaga yoki butun konglomeratlar ko'rinishida bo'ladi. Xujayralar kubsimon yoki duksimon shaklda bo'ladi. Ko'pchilik bu formadagi nevuslar malignizatsiyaga uchraydi. Aralash nevus: xujayralar dermadi qismi joylashadi, ba'zan derma va epidermis chegarasida. Vaqt mobaynida chegarali, derma ichi nevusiga aylanishi mumkin.

Kiyosiy tashxisi. Gemangioma va melanomalar bilan solishtirilib, birinchidan uni bosganda oqarmasligi bilan, rangini saqlashi bilan farq qiladi. Melonomada regional limfa tugunlar kattalashadi, pigmentli dog'da bunday emas. Ba'zan qo'shimcha diagnostik usullar qilinadi: klinik dermatoskopiya, radioaktiv fosfor indikatsiyasi, elektrotermometriya va boshqalar. Temperatura farqi nevus yuzasi bilan assimetrik sog' teri sohasida 0-95,3 % gacha bo'ladi.

Davolash. Vrach taktikasi nevusni joylashishi kesish kattaligiga bog'liq. Bunda radikal kesish yoki diatermokoagulyatsiya qiladi. Katta nevuslar bir yoki bir qancha usullar bilan qilinadi. Nevusni olib tashlashda 3-4 mln chegarada sog' to'qima ham olinadi, ba'zan buni tubi bilan olishga to'g'ri keladi. Qovoq va qoshlarga ham tarqalgan bo'lsa nevus 1-bosqichda shu sohalardan boshqa erda joylashgan nevus olinadi, 3-4 haftadan keyin bir tomon (masalan o'ng chap qosh tomon) keyin 2-3 haftadan keyinshi tomon olinadi. Odamni ko'zini birdan ikkalasini bog'lash (yopib qo'yish)ni oldini oladi. Bunda teri plastikasi qilinadi. Keloid chandiqlar bo'lmasligi uchun Bukki nurlari bilan operatsiyadan 6-7 kundan keyin nurlantiriladi. Prognoz yaxshi.

YUZ VA OG'IZ BO'SHLIG'I NEYROFIBROMA

Neyrofibroma perifirik nervlar qobig'idan xosil bo'lib, neyrolemmalar mahsuloti deb qaraladi (shvan qobig'i). SHunga ko'ra bu shvannoma, lemmoma ham deyiladi.

Og'iz bo'shlig'ida, yuzda bularni rivojlanishi yuz nervi va uchlik nerv poroklari natijasida kelib chiqadi. O'sma nervga bog'liq holda yoki monotsentrik, politsentrik joylashadi. Neyrofibroma asosan lunj orasida engak osti sohada, tilda, chakka sohasida joylashadi.

Klinikasi. Boshlang'ich davrida bemor vrachga bir qancha og'riqlardan shikoyat qiladi. U og'riq vrachga murojaat qilishga majbur qiladi, o'sma sohada teri ostida palpatsiya qilinganda zich ba'zan yumshoq 1 sm dan 10 sm va undan ham katta hajmda bo'ladi. O'smani zich va qattiqligi undagi tugunlarga bog'liq, Agar tugunlar kam bo'lsa yumshoq, strukturasi bo'yicha neyromaga o'xshash. Pal'patsiya ba'zan uch shoxli nerv bo'yicha tarqaluvchi og'riq bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. O'sma ko'rinishi zich elastik bitta tugundan yoki bir qancha nerv stvoliga aloqador bo'lgan tugunlardan xosil bo'lgan bo'ladi.

Kesimda o'sma oq yoki sarg'ish, zich yoki yumshoq, bo'lakli, tolali tuzilishlarda bo'ladi. Neyrofibroma neyron kabi gistologik tuzilishi bo'yicha 2 tipda bo'ladi: fibrilyar va retikulyar

Fibrilyar yoki vaskulyar tip duksimon xujayralar (fibroblastlari o'xshash) bilan nerv qoplagan birinchi to'qimadan farq qiladi. Ular bir-biriga yaqin joylashadi va tutam xosil qiladi. O'sma stromasi kam bo'lib, ba'zan qolipsimon shaklli Verokai tanachalari uchraydi.

Retikulyar tipda bu tanalar bo'lmaydi, fibrillyar bunda to'rsimon chigallar xosil qiladi, to'rda oval yoki dumaloq xujayralar joylashgan, ba'zan ular aylana shaklda joylashadi. Unda shilliq distrofiya

bo`lib, kistoz bo`shliqlar shakllanadi, ichida shilliq tutadi. Ba`zan bu tipda o`sma xujayralari ichiga yog` tomchilari yig`iladi.

Tashxislash. Diaqnoz o`smaning sekin o`shishi, uch shoxli yoki yuz nervi chiqadigan joyda joylashishi, zich elamtik konsistentsiyaligi, silliq yuzaligi, og`riqsizligi bilan ifodalanadi.

Davolash. Xirurgik, maxalliy anasteziya asosida teri va teri ostida yuz nervi yo`nalishida kesiladi. Keyin yuz nervini zararlamay olinadi. Mo`ljalni aniq olish uchun ba`zi xirurglar 0.2-0.3 % metil ko`ki eritmasini inektsiya qiladi va rang o`sma sohasini bo`yab chegaralarni ko`rsatadi. Prognoz yaxshi

So`rg`ichli giperplaziya.

O`smasimon zararlanishlar virusli yoki zamburug`li tabiatga ega bo`lib, qattiq tanglayda joylashadi. Ular bir necha og`riqsiz to`qimalardan iborat. Ular yumshoq so`rg`ichli o`simtalardir, ularning rangi qizil bo`lib keng asosli. Bu holat yuqori jag`ga olib quyiluvchi plastinkali protez taqadigan bemorlarda uchraydi. Mikroskopik tekshiruvda epitelial qavatlarining qalinlashganligi aniq, muguzlanish kuzatilmaydi, surunkali yallig`lanish bunga qo`shimcha bo`ladi.

Davolash: Ba`zi bemorlarda protezni taqish to`xtatilsa o`z-o`zidan to`xtaydi. Bemorlarda boshqa materialdan protez tayyorlash yoki tanglaysiz konstruksiyalash tanlanadi. Bemorlarda effekt aniqlanmasa gistologik tekshiruv o`tkaziladi.

Milk fibromatozi.

Og`iz bo`shlig`i fibromasining uchrashi qo`zg`atuvchi reaksiyalar va qayta travmalar natijasida yuzaga chiqadi. Taxminlar bo`yicha, uning giperplaziyasi genetik kelib chiqadi. Bunda milk fibromatozi nasliy bo`lib, bir necha avloddan so`ng ham yuzaga chiqishi mumkin va erta bolalikda uchraydi.

Jarayon milk so`rg`ichlari, al`veolyar o`siq, tish qatorlarida bo`lib 2 ala jag`da xam ochraydi. Klinik jixatdan fibroz o`shish butun al`veolyar o`siqdan o`tib to`liq tishlarning tojlarigacha boradi. O`sma soxa shilliq qavat och pushti rangda bo`ladi. Uning shilliq qavati asosan tishlarning chaynov yuzalarini xam qoplaydi.

Rentgenlogik jixatdan uzoq davom etuvchi protsesslarda al`veolyar o`siq devorida shikastlar kuzatiladi. Bu fibromatoz ko`proq ayollarda uchraydi. Bu jarayon natijasida suyak atrofiyasi kuzatiladi. Paypaslanganda qattiq konsistentsiyaga ega bo`ladi.

Bu o`sma gistologik jixatdan biriktiruvchi to`qima va kollagenga boy bo`lib, qon tomir sistemasi sust rivojlangan. Ko`pincha yaralanish va suyaklanish kuzatiladi. Milk fibromatozini giperblastik gingivit bilan farqlash kerak. Bunda gingivitdagi yallig`lanish, giperemiya, tsianoza, to`qimalar shishi belgilari farqlanadi. Davolash xirurgik usulda olib boriladi, bunda suyak to`qimasini elektr olib tashlash, hamda qo`shimcha ravishda koagulyatsiya qilinadi. Agar jarayon bolalarda keng tarqalgan bo`lsa, operativ usul bosqichma-bosqich olib boriladi. Simmetrik fibromaning o`ziga xos joylashuvi oxirgi molyarlar sohasida uchrashidir. O`smaning konsistentsiyasi qattiq, ovalsimon shaklda, bo`lib usti shilliq qavat bilan qoplanadi. O`sma tug`ma bo`ladi yoki erta davrda uchraydi. Fibromaning o`zi diskomfort chaqirishida, og`riqsiz, sekin rivojlanadi. Davolash jarrohlik usulida olib borilib suyak usti pardasi bo`ylab olib tashlanadi.

Epulis. Epulisni (fibromatoz, angiomatoz va gigant xujayrali) turlari farqlanadi. Bu xosilalarda eng ko`pi (fibroma, angioma) va o`smasimon xosila (fibromatoz va angiomatoz) epulis bo`lib, ular ko`proq uchraydi. Milkning surunkali yallig`lanishi, tish toji travmalari bilan kechadi. Gigant xujayrali epulis ko`kish – qo`nhir rangda bo`lib, uning rivojlanuvchi qismi faqat yumshoq to`qimadan iborat bo`ladi, boshqa qismini al`veolyar o`siqning suyakli qismi tashkil qiladi. O`smaning xosil bo`lishida milkning periferik qismlari qatnashadi va bo`sh gigant xujayrali granulema deyiladi.

Stomatolog tajribasi davomida epulis ko'p uchraydi. Uni yoshi kattalardi ko'proq ayollarda uchrashi aniqlanadi.

Fibromatoz va angiomatoz epulislarni davolash doim xam xirurgik usulda olib borilmaydi. Travmalovchi omillar olib tashlanadi. (ko'priksimon protez, plomba korrektsiyasi, karioz tishlarni davolash, ildizlarni olish, prikusni normallashtirish). Bu ishlar amalga oshirilgandan 2-3 haftadan keyin vaziyat o'zgaradi. Agar epulis regressiyaga to'liq uchramasa (katta granulyomalar bo'lganda) epulis qattiqlashadi, qisqaradi atrof to'qimadan farqlanmay qoladi. Bunda uni olib tashlashga shoshilmaslik kerak. Chunki jarayon bir necha oydan keyin to'zalishi mumkin. Agarda protezlashga to'g'ri kelib qolsa, epulis olib tashlanadi.

Testlar.

1. Fibroma bu asosan qaysi sohada uchraydi
 - A. Og'iz bo'shlig'ida
 - B. yuz sohasida
 - S. Burun bo'shlig'ida
 - D. Bo'yin sohasida
2. Fibromani tishlash nimaga olib keladi
 - A. YAllig'lanishga
 - B. o'zgarmaydi
 - S. Qizaradi.
 - D. Giperemiyalanadi.
3. Fibromani davolash qanday bo'ladi.
 - A. Xirurgik yo'l bilan sog'lom to'qimagacha olib tashlanadi
 - B. Terapevtik davolanadi
 - S. Xirurgik yo'l bilan kesiladi
 - D. Xamma javob to'g'ri
4. Fibroma kimlarda uchraydi
 - A. YOsh o'rta yoshli kishilarda uchraydi
 - B. YOsh bolalarda uchraydi
 - S. Qariyalarda uchraydi
 - D. Keksalar va bolalarda uchraydi.
5. Fibroma qanday shaklda bo'ladi.
 - A. YUmaloq
 - B. Oval
 - S. Uzunchoq
 - D. SHaklsiz
6. Biriktiruvchi to'qima o'smalari

- A. Fibroma
- B. Lipoma
- S. Mioma
- D. Angioma

7. Jag' fibromasida nur terapiya qanday natija beradi

- A. Yaxshi natija beradi
- B. Yomon natija beradi
- S. Natijasiz
- D. Qo'llanilmaydi.

8. Rentgenogrammada fibroma ko'rinishlari qanday bo'ladi.

- A. Aniq chegaralangan yumaloq oval bo'ladi.
- B. Aniq chegaraldangan uzunchoq bo'ladi.
- S. Aniq ko'rinmaydi.
- D. Aniq chegaralanmagan yumaloq oval bo'ladi.

9. Qaysi yoshda suyak ichi fibromai ko'proq aniqlanadi.

- A. 5 yoshgacha
- B. 6 yoshgacha
- S. 8 yoshgacha
- D. 4 yoshgacha

10. Suyak ichi fibromasi qaysi suyakda ko'proq uchraydi

- A. Pastki jag'da
- B. YUqori jag'da
- S. Pastki va yuqori jag'da
- D. To'g'ri javob yo'q

11. Fibroma ko'proq qaysi yoshda uchraydi

- A. 10-60 yoshda
- B. 20-40 yoshda
- S. 10-30 yoshda
- D. Xamma yoshlarda

12. Fibroma ko'proq kimlarda uchraydi.

- A. Ayollarda
- B. erkaklarda.
- S. YOshlarda
- D. Qariyalarda

13. Fibromaning klinik ko'rinish qaysilar

- A. B S D javoblar to'g'ri
- B. Suyak ichi
- S. Suyak yon atrofi to'qimalari
- D. YUqori jag' qattiq tanglay

23. Fibromaning kilinik ko'rinish necha xil

- A. 3 xil
- B. 4 xil
- S. 5 xil
- D. 2 xil

14. Fibroma ko'proq qaysi sohalarda uchraydi.

- A. Pastki jag', qattiq tanglay
- B. YUqori jag' qattiq tanglay
- S. Qattiq va yumshoq tanglayda
- D. YUqori va pastki jag'da

15. Fibromaning gistologik turi necha xil

- A. Oddiy petrikatsiyon odontogen
 - B. Oddiy petrikatsion noodontogen
 - S. Oddiy odontogen
 - D. To`g`ri javob yo`q
16. Yuz-jag` sohasining yumshoq to`qimalarining yaxshi sifatli o`smalari qaysi soxada uchraydi
- A. epitelial to`qima o`smasi
 - B. fibroz to`qima o`smasi
 - S. YOg` qavati o`smalari
 - D. Mushak o`smalari
17. Fibroz to`qima o`smalariga qaysilar kiradi.
- A. YUmshooq fibroma
 - B. Qattiq fibroma
 - S. Dermadagi fibroma
 - D. Fibromatoz
18. Fibroma qaysi sohada tarqaladi.
- A. Og`iz bo`shlig`iga
 - B. Yuz sohasiga
 - S. Og`iz tubiga
 - D. Bo`yin sohasiga
- D. 3-4 sm
1. Neyrofibroma qaysi o`sma turiga kiradi
- A. YAxshi sifatli o`smaga
 - B. yomon sifatli o`smaga
 - S. O`smasimon xosilalarga
 - D. Xammasi to`g`ri
2. Neyrofibromatoz qaysi o`sma turiga kiradi.
- A. O`smasimon xosilalar
 - B. YAxshi sifatli o`smaga
 - S. yomon sifatli o`smaga
 - D. Xammasi to`g`ri
3. Yuz-jag` sohasining yumshoq to`qimalarining yaxshi sifatli o`smalari qaysi sohada uchraydi
- A. epitelial to`qima o`smasi
 - B. fibroz to`qima o`smasi
 - S. YOg` qavati o`smalari
 - D. Mushak o`smalari
4. Neyrofibroma tegishli
- A. YAxshi sifatli o`smaga
 - B. O`smasimon xosilalar
 - S. yomon sifatli o`smaga
 - D. Xammasi to`g`ri
5. Neyrofibromatoz tegishli
- A. O`smasimon xosilalarga
 - B. YAxshi sifatli o`smaga
 - S. yomon sifatli o`smaga
 - D. Xammasi to`g`ri

6. Yuz-jag' sohasidagi nevrinoma qaysi xosilalarga kiradi.

A. yumshoq to'qimalarining yaxshi sifatli o'smalarga

B. O'smasimon xosilalar

S. A va B javob to'g'ri

D. To'g'ri javob yo'q

7. Fibromatozda milkning qaysi qismi zararlanadi

A. Vestibulyar yuzasi

B. Oral yuzasi

S. Lateral yuzasi

D. Medial yuzasi

8. Palpatsiyada fibromatoz epulis qanday bo'ladi.

A. Zich elastik og'riqsiz

B. Zich elastik og'riqli

S. Dag'al og'riqli

D. Dag'al og'riqli

9. epulis necha xil bo'ladi.

A. 2 xil

B. 3 xil

S. 5 xil

D. 1 xil

10. Epulis turlari

A. B va D javoblar to'g'ri

B. Angiomatoz

S. To'g'ri javob yo'q

D. Fibromatoz

11. Fibromatoz epulis qanaqa rangda bo'ladi

A. Pushti rangda

B. Qizil rangda

S. Oq rangda

D. Ko'kintir

12. Fibromatoz epulis qaysi soxada joylashadi.

A. Milkning yuza qavatida

B. Milkning pastki qavatida

S. Lab sohasida

D. Til saxasida

13. Epulis turlari qaysilar

A. B va S javoblar to`g`ri

B. Fibrozli angiomatoz

S. Gigant xujayrali fibroma

D. To`g`ri javob yo`q

14. Angiomatoz epulis qanday xirurgik davolanadi

A. Xosilalarni olish va kuydirishdan iborat

B. Sog`lom to`qimagacha olish

S. Terapevtik davolanadi

D. Nur terapiya qilinadi

15. Gigant xujayrali epulisni qanday xirurgik davolaydi

A. Alveolyar o`siqni tejamli rezektsiyasi

B. Xosilalarni olish va kuydirishdan iborat

S. Sog`lom to`qimagacha olish

D. Nur terapiya qilinadi

16. Fibroz epulis qanday xirurgik davolanadi.

A. Xosilalarni olish va kuydirishdan iborat

B. Sog`lom to`qimagacha olish

S. Terapevtik davolanadi

D. Nur terapiya qilinadi

17. epulis o`lchami ko`proq necha sm gacha bo`ladi

A. 2-4 sm

B. 5-6 sm

S. 1-2 sm

D. 3-4 sm

18. Periferik gigant xujayrali granulyoma klinik ko`rinishiga xarakterli:

A. milkda yumshoq konsistentsiyali ko`kimtir qo`ng`ir do`mboqli xosila

B. milk dag`al og`riqli qonab turuvchi xosilasi.

B. 1 nechta shish sohasida zich og`riqli infil`trat

Г. chegaralangan milk muguzlanish o`chog`i

Д. 2-3 ta milk yarasi

Interaktiv usul: Qor parchasi

Tavsiya etilgan adabiyotlar

asosiy

11. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»: M., Meditsina, 2000 g.

12. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuholi myagkih tkaney i kostey lica».

13. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.

14. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y.

15. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1997y.

qo`shimcha

13. Bezrukov V.M., Robustova T.G «Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii»

14. Solov`ev M.M.»Onkologicheskie aspekti v stomatologii» Leningrad,1983

15. Rabuxina N.A. i dr.«Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti»M.,1998

16. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei» M., 1983.

17. SHargorodskiy A.G. «Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa» M. 1998.
 18. SHargorodskiy A.G. «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxoli myagkix tkaney i kostey litsa» M.,1999.

Internet sayt:

www.stomatolog.kzwww.anoufrieu.ruwww.stomatburg.ruwww.dentshop.ru/link/

Mavzu № 3:

XAVFSIZ OSTEOPEN O`SMALARI. KLINIKASI, TASHXISI, DAVOLASH. (OSTEOMA, OSTEOID OSTEOMA, OSTEOLASTOMA, XONDROMA, OSTEONXONDROMA, GIGANT XUJAYRALI O`SMA).

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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`ulotrejasi 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 xarakterlar 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 asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muhokama 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 materiallarini muhokama 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	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova№ 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollari

1. Yuz-jag' suyaklarining anatomik tuzilishi.
2. Xavfsiz o'smalarning asosiy belgilari.
3. O'smalarni turlari.
4. Osteogen o'smalarning etiologiya va patogenezi.

5. Osteoid-osteomaning klinik ko`rinishi.
6. Osteoid-osteomaning osteoblastomadan farqi.
7. Osteoklastomani qiyosiy tashxislash.
8. Gigant xujayrali o`smanning davolash usullari.
9. OBK ni rentgen ko`rinishi.
 - 1 Noosteogen bo`lgan o`smalarning etiopatogenezi.
 - 2 Suyak ichidagi fibroma. Klinikasi. tashxislash. Davolash.
 - 3 Xondromani klinik ko`rinishi.
 - 4 Miksomani klinik ko`rinishi.
 - 5 Suyak ichidagi gemangiomaning klinikasi, tashxislash va davolash.

Nazariy qism.

Osteoma. Ko`proq kattalarda uchraydi. Ba`zi bir mutaxassislar ularni gamartomalar toifasiga kiritadilar. Osteoma o`simtasining tabiati kam o`rganilgan, shuning uchun uni displaziyaning bir turi deb xisoblash mumkin. Ko`p vaqtlardan beri osteoma kompakt va yumshok turlarga xamda medullyar va osteoid turlariga bo`linadi.

Xalkaro gistologik tasnif buyicha №6 (BJSST, 1974) «yumshok osteoma» yoki «medullyar osteoma» uchramasligi aniqlangan. Osteoma bo`yicha evolyutsion bilim va karashlar turlicha bo`lgan. So`nggi yigirma yillikda adabiyotlarda «osteoma» atamasini taxlili ko`rib chiqildi. T.P. Vinogradova (1973) tomonidan, bu atamani osteofit, ossifikatsiyalangan miozit, fibroz displaziya, kalla suyaklarini ichki ekzostozi, suyak-tog`ay ekzostozi deb nomlanib kelgan.

I.S. Karapetyan diffuz osteomalarni fibroz displaziya variantiga kiritadi. «Osteoma» xaqidagi kisqartirilgan tushuncha bu o`smani aniq qo`rinishini tasvirlab beradi

Bolalarda osteoma ko`proq 12-16 yoshda uchraydi, 3-7 yoshda kamroq.

O`smani periferik va markaziy turlariga bo`lish mumkin. Suyakdan rivojlanayotgan osteomalalar, suyakning shu sohasini qalinlashib ketishi va shu sababli jag`ning deformatsiyasini keltirib chiqaradi. Yuqori jag`ning o`smalari ekzoftal`m va nevralfiyani keltirib chiqishi mumkin.

Agar osteoma peshona va galvirsimon bo`shliqlarda joylashgan bo`lsa, bemorlar bosh og`rig`iga, chakka pastki jag` bo`g`imi yonida bo`lsa, og`iz ochilishi qiyinlashganligiga va pastki jag` xarakati qiyinlashuviga (kelajakda osteoartroz yoki ankiloz kuzatiladi) shikoyat qilishadilar.

Rentgenologik tekshirishda, periferik osteoma quziqorin shaklida aniqlanadi. O`smanning soya chegarasi aniq, strukturasi bir xil: zich soha chegarasi yorokin ko`rinishda bo`ladi. O`smani chegaralab turgan yupka kortikal qavatni ko`rish mumkin xamda kortikal qavatni rivojlanishini kuzatish mumkin.

Endoossal joylashgan o`smalar kam soyalangan bo`ladi, lekin chegaralari aniq. Soya atrofida kuchsiz tasvirlangan chegarasi bo`ladi. O`smani zichligi va strukturasi dastlabki bosqichda suyakni yumshok qismiga yakinlashadi, keyinchalik zich konglomeratni tasvirlaydi, xuddi kortikal suyakka o`xshab.

Qiyosiy tashxislash. Osteomani kiyosiy tashxislash turli giperplastik jarayonlar va giperostozlar hamda turli o`smalar bilan o`tkaziladi. Osteomani odontoma, fibroz displaziya, xondromalardan ajratish kerak. Undan tashqari osteomalarni alveolyar o`siqda joylashgan ekzostozlardan, osteofitlardan farqlash lozim. Chunki ularni tabiati munozaralidir. Ba`zi adabiyotlarda ularni osteomani periostal ko`rinishi deb aytishgan. SHuning uchun qiyin vaziyatlarda biopsiya olinadi. Klinik-rentgenologik tekshiruv gistologik tekshiruvsiz xech narsa bermaydi.

Davolash. Osteomani jarrohlik yo`li bilan davolash kerak. O`smani radikal olish qadam baqadam osteotomiya qilish tavsiya etiladi.

Osteoid-osteoma. Kam uchraydigan xavfsiz o`sma, suyakni ishlab chiqaradigan biriktiruvchi to`qimadan rivojlanadi. Bolalarda uchratilmagan. Uni tarkibida osteoid struktura, qon tomir biriktiruvchi to`qimadan tashkil topadi.

Ba`zi bir holatlarda, birinchi belgisi bu noxush xislar bo`lishi mumkin. Keyinchalik, bunga sekin og`riqqa aylanadigan qichishish qo`shiladi. Tanovvul paytida og`riq kuchayadi, ayniksa o`sma al`veolyar o`siq kortikal qavatida joylashgan bo`lsa. Suyakni yumshok qavatida joylashgan osteoid-osteoma xech qanday o`zgarishlar keltirib chiqarmaydi. Al`veolyar o`siq kortikal qavatida joylashgan o`smada shillik qavatda qizarish, shu sohada og`riq kuzatilishi aniqlanadi.

Kasallikning boshlang`ich bosqichida, rentgenda noaniq, noto`g`ri shaklga ega, 0,5-1 sm kattalikda ega bo`lgan destruksiya o`chog`i aniqlanadi. Atrofdagi suyakda sklerozlash jarayoni kechadi. Kortikal qavatni qalinlashuvi kuzatiladi. Osteoid-osteomani markazida osteolitik jarayon kechib o`rniga yangi suyak to`qimasi to`ladi, shuning uchun rentgen nurini kam o`tkazadi.

Boshlang`ich bosqichida osteoid-osteoma mezenximal xujayra va tomirlariga boy bo`ladi. Markazida bir yadroli osteoblastlar, atrofida osteoid modda bo`ladi, ba`zida orasida ko`p yadroli osteoblast xujayralar ham kuzatiladi. Keyingi bosqichlarda, osteoid to`qimasining sohasi qo`pol suyak ustunchalarning aralashmasiga aylanadi va oxiri osteoma ko`rinishida bo`ladi.

Davolanishi jarrohlik yo`li bilan: o`smani atrofidagi sklerozlangan suyak bilan olib tashlanadi.

Xondroma. O`sma suyakni paydo qilgan tog`ayning qoldiqlari yoki tog`ay to`qimasidan rivojlanadi. SHuning uchun xondroma o`ziga xos joylashish jarayoniga ega. YUqori jag`da o`rta sohada joylashadi, pastki jag`da kamdan kam holatda uchraydi.

10 yil ichida xondroma yuz skeletini kam xollarda zararlaydi. Ko`pincha o`rta va qari yoshdagi odamlarda uchraydi. Xondroma ikki guruhga bo`lingan: endoxondroma, bu jag`ga nisbatan intraossal joylashgan bo`ladi va ekzoxondroma u jag`ning tashqari devorida joylashgan. Xondroma bittali yoki ko`p bo`ladi. Xondroma xavfsizdan xavfliga aylanishi mumkin.

Ko`pincha o`sma tepa jag`ning o`rta chokida joylashadi. Bosh suyaklarida u sinxondroz sohasida uchraydi. Pastki jag`da xondroma ba`zi ingliz adabiyotlarda bo`g`im o`sig`i va toj o`siqlarida joylashishi xaqida aytib o`tilgan. Xondroma o`sishi sekin, lekin katta xajmgacha bo`lishi mumkin.

Rentgenda to`lqinsimon chegaraga ega bo`lgan dumaloq shakldagi patologik soya ko`rinadi.

Qiyosiy tashxis. Tashxisni osteoma, fibroz displaziya, xondrosarkoma bilan o`tkazish kerak. Joylashgan joy juda axamiyatli hisoblanadi.

Xondromani davolanishi jarrohlik yordami bilan. Kasallik qaytalamasligi uchun qisman yoki butunlay rezektsiya qilish tavsiya qilinadi. Agressiv shaklida operatsiyadan so`ng maksimal holatda siqiladi.

Osteoblastoklastoma(OBK) – Xalqaro gistologik tasnif № 6 ga kiritilib mustaqil o`svuchi o`sma sifatida tan olingan gigant xujayrali o`sma bo`lib gistogenezi aniqlanmagan. Xammasi xavfli o`smaga aylanishi mumkin. Osteoblastoklastomaning ikki klinik turi mavjud: markaziy va periferik.

Markaziy shaklida patologik jarayon suyak ichida kechadi. Periferik shaklida o`sma shilliq qavatda o`sib gigant xujayrali epulis nomlanishini oladi. Ko`p hollarda o`sma suyak ichida o`sib so`ngra suyak usti pardasiga chiqadi, shuning uchun kortikal qavatni, keyin suyak usti pardasini zararlaydi.

Klinik ko'rinishi. Markaziy osteoblastoklastoma tasviri ko'rimsiz, shuning uchun u simptomsiz kuzatiladi (lekin xamma o'smalar kabi yuz asimetriyasini, jag' deformatsiyasini, tishlarda konvergentsiya va qimirlash holatlarini keltirib chiqaradi.). Paypaslaganda kortikal qavati buzilganini va suyak krepatitsiyasini aniqlash mumkin. Rentgenda osteoblastoklastoma uch xilini ko'rish mumkin: litik, kataksimon, kistoz.

Litik turida rentgen tasvirida destruksiya o'chog'ining chegarasi noaniq. gomogen strukturali. Destruksiya tepasidagi kortikal qavat zaiflashgan. Suyak buzilishi tez kechadi.

Katakchali shakli sekin o'sishi bilan farqlanadi. Jag' suyagi o'sma joylashgan sohada shishgan, yuzasi esa g'adir-budir. Kortikal qavati zaiflashgan. Patologik o'chog'ni kataklashgani aniq ko'rinib turadi. Ba'zida polimorf, qalin trabekulali tasvir namoyon bo'ladi. O'sma chegaralari aniq.

Kistoz turida, o'zaro trabekulalar bilan ajratilib turgan ko'p bo'shliqlar ko'rinib turadi. Odontogen kistadan farqli ular ok gomogen xarakterga ega, patologik o'choqda tish murtagi saqlanmaydi, aniq chegara ko'rinmaydi. Gomogen fonda bitta suyak trabekulasini yoki osteoid moddasini ko'rish mumkin.

Qiyosiy tashxislash – ancha qiyin hisoblanadi. Odontogen kistalardan radikulyar, follikulyar va boshqa tish saqlovchi kistalardan farqlash lozimdir. Buning uchun klinik rentgenologik tekshiruvlar, hamda kista ichini punktsiya qilish bilan aniqlasa bo'ladi. Nodontogen kistalar bilan farqlash birmuncha qiyinchilik tug'diradi, chunki anevrizmal kistalar OBK ga juda o'xshash bo'ladi. Buning uchun rentgenologik, makroskopik va gistologik tekshiruv lozimdir. Sarkomadan farqlash ancha qiyin bo'lib, OBK ni litik shakliga juda o'xshash bo'ladi. Gistologik tekshiruv maqsadga muvofiqdir, solitar kista bilan takkoshlashda OBK ni kistoz shaklidan farqlash lozimdir. Kistani devori yupka bo'lib epiteliysiz birlashtiruvchi to'qimadan iborat bo'ladi. Ichidagi saqlanadigan suyuqlik tiniq bo'lib, rentgen tasvirni o'zidan ko'p o'tkazganligi sababli OBK dan ajratib olish mumkin.

Davolash. OBK ni davolash birmuncha dolzarb hisoblanadi. Osteoblastoklastoma rentgen nurlariga juda ta'sirchan, shuning uchun ko'pchilik nur terapiyasini tavsiya etishadi. Ayniqsa agar jarrohlik yo'li bilan olib tashlash qiyin yoki noo'rin bo'lganda. Lekin nurlanganda bu o'sma xavfli o'smaga aylanishi mumkin.

Suyak ichidagi fibroma – bu jag' suyagining birlamchi o'smasidir. Asosan u 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Ayniqsa o'g'il bolalarda, pastki jag'da uchraydi. Rivojlanishi suyakda katta yagona o'choq xosil qilib to'satdan, og'riqsiz, sababsiz va to'xtovsiz o'sish bilan boshlaniladi.

O'sma ustidagi terining rangida o'zgarishi o'smaning kattaligiga bog'liq. O'smani kichik o'lchamdagisida teri rangi o'zgarmagan, katta o'lchamdagisida teri emirilgan, ko'kimtir oqish rangda bo'ladi. O'smani kechki boskichlarida paypaslanganda suyakka birlashgan, qattiq-elastik, kam og'riqli, bo'ladi. Usti sillik, shillik kavat emirilgan, oqish-ko'kimtir tusda bo'ladi. Katta o'lchamdagilarida qon ketishi kuzatiladi, o'tuv burma silliq bo'ladi.

Rentgenda notekis yumalok yoki oval shakldagi gomogen xosila ko'rinadi. Kortikal plastinkada o'zgarishsiz kuzatiladi. "shokildalik periostit" – reaktiv osteogenezning oqibatidir. Yuqori jag' rentgen tasvirida soya shikastlangan soha bo'ylab yoki sklerotik obodokni xosil qilib joylashadi. Gomogen soya markazida yaltirash bo'lib atrof suyak to'qimasida o'zgarish kuzatilmaydi.

Aniq tashxisni klinik-rentgenologik va mikroskopik tekshiruvi yordamida qo'yiladi.

Davolash – faqat jarrohlik yordamida o'tkaziladi. Qisman yoki to'liq rezektsiya qilinadi..

Suyak ichi gemangiomas. Jag'larda kamdan kam xollarda uchraydi. Yuqori jag'da gemangiomaning tashxislashda bo'lishi mumkin bo'lgan pul'satsiya orqali aniqlash mumkin, pastki jag'da esa ancha vaqtgacha simptomsiz kuzatiladi, fakatgina tish olinganda yoki rentgen tekshiruv orqali aniqlash mumkin. Pastki jag'da katta bo'lmagan deformatsiyalarga olib kelishi mumkin.

Rentgen tasvirida kavernoza gemangiomada suyakda katakcha yoki bitta katta bo'shliq ko'rinib periferiyada ko'plab mayda bo'shliqchalar aniqlanadi.

Punktsiya qilinganda qon chiqadi. Rentgen bo'yicha osteoklastoma, ameloblastoma va fibroz displaziya bilan differentsiatsiya qilinadi.

Davolashni ikki usulda o'tkazilishi mumkin:

- jag'ning rezektsiyasi bir vaqtda suyak plastikasi bilan;
- biologik plastik tamponada yordamida.

Ba'zi xollarda nur terapiyasidan foydalanadi.

Miksoma. Kam uchraydi, ko'proq pastki jag'da uchraydi. Bu o'smani xosil bo'lish manbasi-tish murtagini mezenxima xujayralarni differentsiallashtirmagan qoldiq xujayralaridan iboratdir.

Klinika bo'yicha shikastlangan sohani qalinlashishi kuzatiladi. Paypaslaganda, og'riqsiz, zich, usti silliq o'sma aniqlanadi. Vensan simptomi kuzatilishi mumkin. Kuchli rivojlanishida tish qimirlashi kuzatiladi.

Rentgen ko'rinishda oval yoki yumaloq shakldagi suyak destruktiviyasi aniqlanadi. Destruktiviyaga fonida yirik ilimokli yoki katakli tasvir ko'rinadi.

Tashxislash qiyin bo'lib ameloblastoma, osteoklastoma, follikulyar kista bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi.

Davolash – jarrohlik aralashuv yordamida o'tkaziladi. Sog'lom to'qimadan chiqib ketmasdan olib tashlanadi.

Mashg'ulotda qo'llaniladigan yangi pedagogik texnologiyalar:

«Qora quticha», «o'rgimchak ini»

«QORA QUTICHA» USULINI QO'LLASH

Ushbu usul Mashg'ulot davomida xamkorlikda ishlash va har bir talabaning faol qatnashishini ko'zda tutadi, o'qituvchi butun guruh bilan ishlaydi.

Xar bir talaba qora qutichadan nomalum preparatning qisqa annotatsiyasi yozilgan kartochkani oladi. Talabalar o'z javoblarini asoslagan xolda ushbu preparatni aniqlashi kerak.

Talabaga javob berish uchun 3 daqiqa beriladi. So'ngra javoblar muhokama qilinadi, preparatning farmakodinamika va farmakokinetikasi to'ldiriladi. Usulning ohirida o'qituvchi berilgan javoblarni muhokama qiladi va talabalarning faolligini aniqlaydi.

Ushbu usul talaba nutqi, fikrlash qobiliyatini rivojlantiradi va talabada mustaqil fikrlash, muloxaza yuritishni shakllantiradi.

«O'RGIMCHAK INI» USULINI QO'LLASH

1. Talabalarga o'tgan darslardan savollar tayyorlash uchun vaqt beriladi.
2. Ishtirokchilar doira bo'lib o'tirishadi.
3. Ishtirokchilarning biriga ip bilan bog'langan koptokcha beriladi, u xoxlagan talabaga o'zi

oldindan tayyorlagan savolni (javobni o`zi bilishi shart) berib, koptokchani topshiradi.

4. Koptokchani olgan talaba savolga javob beradi (savol bergan ishtirokchi javobni sharxlab turadi) va savolni boshqa ishtirokchiga beradi. Bu musobaka hamma ishtirokchilar “o`rgimchak ini”ga o`ralguncha davom etadi.

5. Hamma talabalar savol berib bo`lgach, ohirgi talaba qo`lidagi koptokchani birinchi savol bergan ishtirokchiga qaytaradi va unga savol beradi va x.k., bu xol chigal echilgunga qadar davom etadi.

Eslatma: talabalardan xar bir javobga e`tiborli bo`lish talab qilinadi, chunki oldindan qaysi talabaga koptokcha berilishi noma`lum.

MURAKKABLIGI 1-DARAJALI TESTLAR:

1. Osteogen o`smalar ichida eng ko`p uchraydi:

- A. osteoma
- Б. osteoid-osteoma
- B. xondroma
- Г. osteoblastoklastoma*
- Д. fibroz displaziya

2. TSitologik tekshiruvda osteoklastomaning punktatida nima bo`lmaydi:

- A. eritrotsitlar
- Б. leykotsitlar
- B. epiteial xujayralar*
- Г. osteoblastlar
- Д. osteoklastlar

3. Osteoklastomaning rentgen ko`rinishi qaysi o`sma tasviri bilan o`xshash:

- A. osteoma
- Б. osteoid-osteoma
- B. xondroma
- Г. ameloblastoma*
- Д. tsementoma

4. Osteoklastomani davolashda nima qilinadi:

- A. nur terapiyasi
- Б. qirib olib tashlash*
- B. kriojarrohlik
- Г. tsitotomiya
- Д. jag`ning rezektsiyasi

5. OBK da jag` rezektsiyasidan keyin suyak plastikasi o`tkaziladi:

- A. bir vaqtini o`zida*
- B. 3 oydan keyin
- V. 6 oydan keyin.
- G. 1 yildan keyin
- D. o`tkazilmaydi.

6. Jag`lar osteogen o`smalaridan qaysilari xavfliga o`tadi:

- A. osteoma
- Б. osteoid-osteoma
- B. xondroma

- Г. osteoklastoma
- Д. yumshoq odontoma*

MURAKKABLIGI 2-DARAJALI TESTLAR:

1. Gemangiomani klinik-morfologik shakli::

- A. kapillyar
- Б. shoxlangan.
- В. kavernozi
- Г. kistozi
- Д. solidli

1)ABV* 2)VBG 3)VGD 4)AGD 5)BGD

2. Jag'larni osteogen o'smalariga kiradi::

- A. osteoma
- Б. OBK
- В. Suyak ichi gemangiomasi
- Г. fibroma
- Д. adamantinoma

1)AB* 2)VB 3)VG 4)GD 5)AD

3. OBK ni klinik-morfologik shakli::

- A. katakli
- Б. kistozi
- В. litik
- Г. kavernozi
- Д. solidli

1)ABV* 2)VBG 3)VGD 4)AGD 5)BGD

4. Jag'larni noosteogen o'smalariga kiradi::

- A. gemangioma
- Б. fibroma
- В. miksoma
- Г. osteoma
- Д. osteoid-osteoma

1)ABV * 2)VBG 3)VGD 4)AGD 5)BGD

5. OBK ni sinonimi:

- A. gigant xujayrali usma
- Б. «kungir» usma
- В. osteoma
- Г. ameloblastoma
- Д. adamantinoma

1)AB * 2)VB 3)VG 4)AG 5)BG

6. Jag'larni qisman yoki to'liq rezektsiyasi o'tkaziladi::

- A. osteoid-osteoma
- Б. suyakichi gemangiomasi
- В. OBK
- Г. Tish saqllovchi kista
- Д. Follikulyar kista

1)AV * 2)VB 3)VG 4)GD 5)AD

Vaziyatli masalalar:

1. Bemor 35 yosh, ko'z osti sohasida zich, og'riqsiz o'sma paydo bo'lganiga shikoyat qilib keldi. Paypaslanganda o'ng ko'z olmasini pastki qirrasida zich xarakatsiz xosila aniqlanadi. Uch yil oldin aniqlangan. O'sishi sekin, rentgenda kontrast o'sma "plyus to'qima" aniqlangan.

1. Tashxis qo'yib, uni tasdiqlang.
2. Davolash rejasini tuzing.

Javob:

- 1) tashxi: yonoq suyagi osteomasi.
- 2) davolash: kosmetik holatlar inobatga olinib o'smani olib tashlash.

2. Bemor 30 yoshda, pastki jag' o'ng tomon burchak sohasidagi og'riqqa shikoyat qiladi. 67 tishlar shu sohada yo'q. Bemor so'zidan - bu tishlari 2 hafta oldin olingan, bu tishlar intakt bo'lgan, qimirlagan. Og'riq to'xtamagan, alveolyar katak bitmagan. Pastki chegarasida «qalpoqcha» belgisi aniqlanadi.

- 1) Tashxis qo'yib, uni tasdiqlang.
- 2) Davolash rejasini tuzing

Javob:

- 1) tashxis: pastki jag' osteogen sarkomasi.
- 2) davolash: onkodispenserda kombinirlangan davo.

3. Bemor 25 yoshda, pastki jag' o'ng tomon burchak sohasidagi simillovchi og'riqqa shikoyat qiladi. 67 tishlar shu sohada yo'q. Bemor so'zidan bu tishlari olingandan so'ng og'riq to'xtamagan, alveolyar katak bitmagan, xira to'k suyuqliq ajralgan. Rentgen tasvirda - Pastki jag' o'ng tomonda suyak rezorbtsiyasi aniqlanadi.

- 1) Tashxis qo'yib, uni tasdiqlang.
- 2) Davolash rejasini tuzing

Javob:

- 1) tashxis: pastki jag' OBK si.
- 2) davolash: o'smani qirib olish.

4. Stomatologik poliklinikaga 20 yoshli bemor pastki oldingi tishlari doim qonashiga shikoyat qilib kelgan. Qon ketishi travmadan 1 sutka keyin boshlangan. 2 3 pastki o'ng tomondagi tishlar rentgen suratida shu tishlar sohasida yumaloq ko'rinishdagi katakchalar ko'rinadi.

- 1) Tashxis qo'yib, uni tasdiqlang.
- 2) Tekshiruv usuli
- 3) Davolash rejasini tuzing

Javob:

- 1) tashxis: pastki jag' gemangiomasi.
- 2) Tekshiruv usuli- EOD, angiogramma.
- 3) davolash: sog' to'qimagacha rezektsiya qilish.

5. Bemor 8 yosh, yuqori jag' alveolyar o'sig'ini deformatsiyasiga shikoyat qiladi. Tekshirilganda alveolyar o'siqni markaziy chokida o'smasimon bo'kish kuzatiladi, shilliq qavat rangi oqish-qizgish rangda. Tishlar orasida diastema aniqlanadi.

1) Tashxis qo`yib, uni tasdiqlang.

2) Davolash rejasini tuzing

Javob:

1) tashxis: yuqori jag` xondromasi.

2) davolash: jag`ni qisman rezektsiyasi.

6. Stomatologik bo`limga 13 yoshli bemor tez tibbiy yordam mashinasida og`ir axvolda olib kelindi. SHikoyatlari olingan tish o`rni qonashiga, umumiy xolsizlik, bosh aylanishiga, ishtaxa yo`qligiga. Anamnezidan - bugun 5 soat oldin ortodontik ko`rsatmaga ko`ra yuqori premolyar tishlari olingan teri okimtir tusda. Og`iz ichida olingan tish o`rnidan kuchli qon ketishi kuzatiladi. Qarama qarshi tomonda olingan tish o`rnida xech qanday asorat kuzatilmaydi.

1) Tashxis qo`yib, uni tasdiqlang.

2) Tekshiruv usuli

3) Davolash rejasini tuzing

Javob:

1) tashxis: yuqori jag` gemangiomasasi.

2) Tekshiruv usuli- rentgenografiya, angiogramma.

3) davolash: sog` to`qimagacha rezektsiya qilish

10. Tavsiya etilgan adabiyotlar

asosiy

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»: M., Meditsina, 2000 g.
2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuxoli myagkih tkaney i kostey litsa».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y.
5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitelnaya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

qo`shimcha

1. Bezrukov V.M., Robustova T.G «Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii»
2. Solov`ev M.M. «Onkologicheskie aspekti v stomatologii» Leningrad, 1983
3. Rabuxina N.A. i dr. «Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1998
4. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei» M., 1983.
5. SHargorodskiy A.G. «Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa» M. 1998.
6. SHargorodskiy A.G. «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxoli myagkix tkaney i kostey litsa» M., 1999.

Internet sayt :

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com

dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

**ODONTOGEN O`SMALAR. AMELOBLASTOMA, ODONTOMA, TSEMENTOMA,
ODONTOGEN FIBROMA. KLINIKASI, TASHXISI, DAVOLASH**

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	2). Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar(ilova№3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollari

- 1.Tish rivojlanishi. tish to'qimalari gistiogenezi
2. Odontogen o'smalarni etiologiyasi va patogenezi.
3. Yuz-jag' sohasi o'smalari tasnifi
4. Odontogen o'smalarni klinik xususiyatlari.

5. Odontogen o`smalarni tashxislash usullari.
6. Odontogen o`smalar qiyosiy tashxislash.
7. Odontogen o`smalarni davolash.

Nazariy qism.

Jag' suyaklarida embrional rivojlanishi oqibatida jag' skeletida ichki, chukur murakkab o`zgarishlar kechadi. Jag'lardagi bu o`zgarishlar o`z navbatida tishlarni shakllanishi chiqishi va o`shishi kabi jarayonlarga ta`sir qiladi

Petres bu o`smalarga odontogen o`smalari deb nom berdi.

Ameloblastoma (adamantinoma)-epitelial odontogen o`smasidir. Tishning emali bilan umumligi kam. Asosan, pastki jag'ning chaynov tishlari, o`sig'i, burchagi sohalarida joylashadi.. Morfologiya bo`yicha ikki xil bo`ladi:

- zich
- kistozlik

Pastki jag' shoxi va tanasi sohasida yumaloq shakldagi o`simta paydo bo`ladi. Jag' birdan qalinlashgan, tuxum shaklida bo`ladi. SHu qatorda suyak to`qimasini atrofiyasi ko`zatiladi, kortikal plastinka kichrayib, ba`zi bir joylarda umuman yo`qolib ketadi.

O`sma asosan tashqariga o`sib, pastki molyarlar sohasida til tarafiga bo`rtib chiqishi mumkin. Tepa jag'da tashqariga va TJB tarafiga o`sadi. Kortikal plastinkasiga bosganda krepatitsiya yoki flyuktuatsiya ko`zatiladi.

Ameloblastoma, asosan, og`riqsiz bo`ladi. Faqat yiringlaganda yallig`lanish ko`zatiladi. Bu ko`rsatmalar paydo bo`lgani, xatto tashxis qo`yilishiga sabab bo`lishi mumkin. O`sma kattalashib, tishlarning so`rilishi va qimirlashiga olib keladi. Bu chaynashni bo`zilishiga olib keladi.

Ameloblastomani xavfli turi kam uchraydi. O`smani xavfli ekanligini aniqlash uchun biopsiya yoki gistologik tekshiruv uchun biopstat olinadi va bu material tekshiriladi.

Ameloblastomani tashxislashda rentgen katta ahamiyatga ega. Rentgenogrammada yumaloq shakldagi, turli kattalikka ega bo`lgan, bir-biridan suyak devorlari bilan ajralib turgan bo`shliqlar aniqlanadi.

Ameloblastomani odontogen kistalar, osteoklastoma va xavfli o`smalar bilan qiyosiy tashxis qilish kerak.

Odontogen kistalar yuqori va pastki jag'larni xar qanday tishlar sohasida uchraydi. Rentgen tasvirida radikulyar kistalar bitta bo`shliq bo`lib, sababchi ildizda joylashadi. Follikulyar kistalarda tish saqlangan kistoz bo`shliq aniqlanadi. Osteoklastomada deyarli ameloblastomaga o`xshash joyda joylashadi, lekin olinadigan punktat qon yoki to`q rangli ekssudat ameloblastomaga xarakterli emas.

Odontoma – tish va parodont to`qimalari aralashmasidan tashkil topgan o`sma. Asosiy to`qima – dentinsifat modda, shu sababli qattiq odontomalar ko`proq uchraydi. Agar tsementsifat modda ko`proq bo`lsa, bu o`smani tsementoma deb atashadi.

Turlari:

- oddiy odontoma – bitta tish kurtagidan paydo bo`lib, oddiy tishdan emal, dentin va tsement foizlanishi bilan ajraladi. Butun va butun bo`lmagan bo`lishi mumkin.
- oddiy bo`lmagan – bir necha tishlarning to`qimalaridan tashkil topgan.

YAna **yumshoq odontomalar** uchraydi. U ameloblastomaga o`xshab ketadi. Ustida, biriktiruvchi to`qimadan iborat bo`lgan kapsulasi bor. O`sma o`shishi juda sekin va og`riqli.

O'sma kattalashgan sari, yumshoq va suyuq to'qimalarning butunligi buziladi. SHu sababli patologik cho'ntaklar paydo bo'ladi. Diagnostik ko'rsatmalardan biri, bu ikkilamchi yallig'lanish, rentgen suratida yumaloq yoki noto'g'ri shakldagi, bo'lakchalarga bo'lingan bo'lib ko'rinadi. Atrofidagi suyakda ocharib ketgan chiziqcha ko'rinadi, tsementomada bir xil soylanish kuzatiladi.

Tsementoma – odontogen biriktiruvchi to'qimadan yaralgan bo'lib, bir yoki bir necha tishlarning ildizi bilan bog'liq bo'ladi. Kam uchraydi, xavfsiz.

Turlari:

- xavfsiz
- tsementlashayotgan fibroma
- periapikal tsementli displaziya
- gigant shaklli tsementoma

Ko'pincha tish olingandan keyin aniqlanadi, tish ildizi sinishi patologik tsement to'qimasiga bog'liq bo'ladi.

Birinchi ikkita tsementoma turi o'sma xarakterida rivojlanadi. Periapikal tsementli displaziya, tsement paydo bo'lishni buzilishi sababli kelib chiqadi. Gigant shaklli tsementoma irsiy shaklda o'tadi.

Odontogen fibroma – bu jag' suyaklari suyak ichidagi fibromaning bir turidir. U biriktiruvchi to'qimali stroma hamda tish hosil qiluvchi epiteliy qoldiqlaridan tashkil topgan.

Mashg'ulotda qo'llaniladigan yangi pedagogik texnologiyalar:

«Qor parchasi»

MURAKKABLIGI 1-DARAJALI TESTLAR:

1. Ameloblastoma qanday o'smalarga kiradi:

- A. Xavfsiz*
- B. oraliq
- B. xavfli
- Г. mahalliy
- Д. destruktiv

2. Ameloblastoma qaerdan rivojlanadi:

- A. epiteliy*
- B. mushak to'qimadan
- B. biriktiruvchi to'qimadan
- Г. nerv to'qimadan
- Д. aralash.

3. Ameloblastoma rentgenografiyasida nima aniqlanadi:

- A. suyak emirilgani
- B. zich suyak soyasi
- B. aniq konturlari
- Г. “sovun ko'pigi pufakchasi” shaklida katakchali struktura*
- Д. aniq konturlari bo'lmagan suyak destruksiyasi

4. Qaysi patologiyada rentgen suratida aniq chegarali zich suyak soyasi aniqlanadi:

- A. yumshoq odontomada
- B. qattiq odontomada*
- B. ameloblastomada
- Г. fibroz epulisda
- Д. sarkomada

5. YUmshoq odontoma sinonimi:

- A. tsilindroma
- Б. ameloblastoma
- B. fibroz blastoma
- Г. ameloblastik kista
- Д. ameloblastik fibroma*

6. Ameloblastomani asosiy davolash turi

- A. tsistoektomiya
- B. ximioterapiya
- V. Nur terapiyasi
- G. Jag' rezektsiyasi.*
- D. o'sma qobig'ini qirib tozalash.

7.«YUmshok odontoma» ga yakuniy tashxis qanday tekshiruvga asosan qo'yiladi.

- A. so'rov
- B. tsitologiya*
- V. exografiya
- G. qon taxlili
- D. klinik –rentgenologik tekshiruv.

8. YUmshok odontomani asosiy davolash turi

- A. tsistoektomiya
- B. ximiyaterapiya
- V. Nur terapiyasi
- G. jag' rezektsiyasi.*
- D. o'sma qobig'ini qirib tozalash

MURAKKABLIGI 2-DARAJALI TESTLAR:

1. Ameloblastomani qaysi epitelial elementlardan rivojlanadi:

- A. Malyassi orolchasi
 - Б. Milk epiteliysidan
 - B. dentindan
 - Г. tsementdan
 - Д. odontoblastdan
- 1)AB * 2)VB 3)VG 4)GD 5)AD.

2. Ameloblastomani klinik – rentgenologik shakllari.

- A. Solidli.
 - Б. Kistozli.
 - B. litik
 - Г. destruktсион
 - Д. produktiv
- 1)AB* 2)VB 3)VG 4)GD 5)AD.

3. Ameloblastomani xirurgik davolash turlari:

- A. segmentar rezektsiya

- Б. Naumov bo'yicha qisman rezektsiya
 - В. qirib tozalash
 - Г. qobiqni tozalash
 - Д. elektrokoagulyatsiya.
- 1) AV* 2)VB 3)VG 4)GD 5)AD.

4. "YUmshoq odontoma" klinik morfologik turlari:

- A. oddiy
 - Б. murakkab
 - В. polimorf
 - Г. katakli
 - Д. kistozli
- 1)AB * 2)VB 3)VG 4)GD 5)AD

5. YUmshoq odontomani davolashning asosiy usuli hisoblanadi:

- A. o'sma qoplamini qirib olish
 - Б. qisman rezektsiya
 - В. sklerozlovchi terapiya
 - Г. kriodestruktsiya
 - Д. elektrokoagulyatsiya
- 1)AB* 2)VB 3)VG 4)GD 5)AD

6. Ameloblastoma qaysi o'smalar bilan qiyosiy tashxislanadi

- A. Osteoblastoklastoma
 - В. tish saqlovchi kistalar
 - В. odontoma
 - Г. tsementoma
 - Д. surunkali osteomieliit
- 1)AB* 2)VB 3)VG 4)GD 5)AD

Vaziyatli masalalar:

1. Bemorga follikulyar kista sababli, poliklinikada tsistotomiya o'tkazilgan. operatsion to'qimani gistologik tekshirganda "ameloblastoma" tashxisi qo'yilgan.

Jarroh stomatologni keyingi taktikasi?

Javob: jag' rezektsiyasini qilish.

2. Bemorning pastki premolyarni olib tashlash jarayonida, ildiz sinishi yuz bergan. Ildizni olib tashlash xarakatlari zoya ketgan. Rentgen tasvirida: yumaloq 1x1 sm xajmdagi tish singari soya tishning ildizi bilan bog'liq.

Tashxisning qo'ying. Davo rejasi.

Javob: Tsementoma. Tish ildizi bilan qo'shib o'smani olish.

3. Bemor pastki jag' burchak sohasi shishga shikoyat qilib jarrohlik stomatologiya poliklinikasiga murojaat etgan. Ko'zdan kechirganda: yallig'lanish alomatlari aniqlanmagan, pastki jag'ning burchagi paypaslanganda krepatitsiya aniqlangan. Rentgen suratida suyakning katak tuzilishi, sovun ko'pigiga o'xshashligi ko'rinib turibdi.

Tashxisni qo'ying

Javob: pastki jag' adamantinomasi.

Tavsiya etilgan adabiyotlar

asosiy

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»: M., Meditsina, 2000 g.
2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuxoli myagkih tkaney i kostey lica».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y.
5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

qo`shimcha

1. Bezrukov V.M., Robustova T.G «Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii»
2. Solov'ev M.M. «Onkologicheskie aspekti v stomatologii» Leningrad,1983
3. Rabuxina N.A. i dr.«Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti»M., 1998
4. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei» M., 1983.
5. SHargorodskiy A.G. «Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa» M. 1998.
6. SHargorodskiy A.G. «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxoli myagkix tkaney i kostey litsa» M.,1999.
7. L. Sazona «Bolezni slyunnix jelez» Praga 1989 y.

Internet sayt:

www.stomatologist.ruwww.dentsplycis.comwww.citydentist.narod.ru

MAB3Y № 5

JAG'LARNI O'SMASIMON HOSILALARI. ETIOLOGIYASI, PATOGENEZI, TASHXISI, DAVOLASH. (RADIKULYAR KISTA, KERATOKISTA. TISH SAQLOVCHI KISTA, TISHLAR CHIQISH PAYTIDAGI KISTASI, MILK KISTALARI).

Mavzu bo`yicha o`quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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`ulotrejasi 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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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 asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muhokama 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 materiallarini muhokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
10-daqiqa	2.3. “Baliq skeleti” va konseptual jadval organezyerlarini 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	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organezyerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar(ilova№3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
30-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
10-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
10-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
10-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	Tinglaydilar
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baxolanadi. Gurux bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		4 soat

Nazorat savollari

Jag' kistalari etiologiya va patogenezi.

A) radikulyar

B) follikulyar

V) Tish saqllovchi

G) keratokista

Jag' odontogen va noodontogen kistalar klinik namoyon bo'lishi.

Jag' kistalari qiyosiy tashxisi.

Jag' kistalari bor bemorlarni operatsiyaga tayyorlash.

Kelib chiqishi turli xil bo'lgan kistalarni xirurgik davolashni o'ziga xosligi.

Nazariy qism.

Ildiz (radikulyar) kista Ildiz oldi kistasi periodontdagi uzoq davom etuvchi surunkali yallig'lanish oqibati hisoblanadi. Kasalliklar, travmalar va o'lim sabablari xalqaro tasnifi bo'yicha (X qayta ko'rik, 1985) ildiz oldi kistalari tish pulpasi va periapikal to'qimalar kasalliklari bo'limiga kiritilgan.

Ildiz kistasini kelib chiqishi ildiz uchi granulyatsiyasi rivojlanishi bilan bog'liq bo'lib, unga yallig'lanish bilan aktivlashtirilgan periodontal bog'lam bo'lib, periodontal bog'lam epiteliyal qoldiqlari proliferatsiyalanadi (Malasse orolchalari). Boshida ular kistogranulema hosil bo'lishiga olib keladi, so'ng bo'shliqni qoplab, kista hosil qiladi. Kista qobig'i 2 qavatdan iborat bo'lib, ularing qalinligini turlicha bo'lishi mumkin. Bu 2 qavat orasida granulyatsion to'qima o'sishi ko'pincha yallig'lanish sharoitlarida kuzatiladi. tashqi qobiq dag'al tolali to'qimasida ksantom hujayralar to'plamlarini, xolesterin kristallari "izlari", qon quyilishlar uchraydi.

Kista hosil bo'lish joyi ildiz oldi patologik o'zgarishlar bo'lgan tishlar bo'lishi mumkin, lekin 2,5-3 marta ko'proq ular yuqori jag'da joylashadi. Bu yuqori jag' suyagi g'ovak moddasining dag'al tuzilishi bilan bog'liq.

Klinik ko'rinishi. Ildiz kistasi sekin, simptomsiz kechishi bilan farqlanadi. Kasallar al'veolyar o'siq deformatsiyasi yoki "shishi" tufayli vrachga murojaat qiladilar. Alohida kasallar suyak deformatsiyasi hisobiga olib qo'yiluvchi protezlardan foydalanmaydilar. Ba'zi xollarda bemorlar yuz konfiguratsiyasi o'zgarishi, og'izda noxush ta'm bo'lishiga shikoyat qiladilar.

Ko'pincha ildiz kistasi zararlangan yoki davolangan tish sohasida, kam hollarda – olingan tish sohasida uchraydi. Ildiz kistalari klinik ko'rinishi kista xajmi joylashishi, yallig'lanish asoratlariga bog'liq. Ko'pincha kista sekin o'sadi va tasodifan tish rentgenografiyasida aniqlanadi. Asosan og'iz daxlizi tomoniga tarqaladi. Bunda kortikal plastinka yuqalashadi va jag' sohasi shishib qoladi.

Tish ildiz uchi o'chog'idan rivojlanuvchi ildiz kistasi har doim infitsirlanadi; uning tarkibida periodontda uchruvchi mikroorganizmlar saqlanadi. Kistaning og'iz bo'shlig'iga o'sib kirishi ham uning (infitsirlanishiga olib keladi) turli mikroflora bilan kontaktda bo'lishiga olib keladi.

Kista yiringlaganda klinik ko'rinishi: og'riq kuzatiladi, yiring ajralmasi oqma yo'l hosil bo'ladi. ildiz oldi sohasi kistasi yallig'lanish belgilari o'tkir yoki surunkali kechishi mumkin. Lekin kista yallig'lanishi klinik belgilsiz, latent kechishi mumkin, yiringli tarkibi esa faqat operatsiya vaqtida aniqlanishi mumkin.

Yirinlagan radikulyar kista o'tkir periodontitga o'xshashi mumkin: sababchi tishga bosilganda, perkussiyada og'riq, jag' oldi yumshoq to'qimalari shishi, seroz limadenit kuzatiladi. Ba'zida kista yallig'lanishi jag' o'tkir yiringli periostiti simptomlari bilan xarakterlanishi mumkin. Bosh og'rig'i kuzatiladi. Kista ifodalangan tana t° ortishi, qaltirash, umumiy xolsizlik. Bosh og'rig'i kuzatiladi. Kista tarkibidagi yiringni tishga bergan bosimi hisobiga ularda og'riq bo'lishiga olib keladi. Pastki jag'da Vensan simptomi esa jag' o'tkir osteomielitini eslatadi. Kista bo'shlig'idan yiringni jag' oldi yumshoq

to'qimalariga absstess yoki flegmonalar rivojlanishiga olib keladi. [Vasil'ev G.A., 1973; Peterson L., 1994].

Rentgenologik tekshiruvlardan tashqari komp'yuter tomografiyani qo'llash mumkin. Bu usul yordamida kistaning chegaralarini aniq ko'rish, bo'shlig'ini qo'shni tishlar, pastki jag' kanali, burun, hamda yuqori jag' bo'shlig'i bilan bog'liqligini ko'rish mumkin.

Kistani punktsiyasi yordamida uning tarkibini o'rganish mumkin. Tashxislashning asosiy belgisi bo'lib, xolesterin kristallarini tanish hisoblanadi. Lekin, suyakning yuqori zichligida kista punktsiyasini amalga oshirish qiyinchilik tug'diradi. Kista punktati suyuq va tiniq, qo'ng'ir rangli, hamda tortishuvchi yoki bo'tqasimon bo'lishi mumkin. Ba'zida simptomsiz kechuvchi ildiz oldi kistalari punktsiyasida yiringli ajralmalar aniqlash mumkin. Kamdan-kam hollarda kista qobig'ini biopsiyasi va patomorfologik tekshiruv o'tkaziladi.

Qiysiy tashxis. Ildiz oldi kistasini surunkali periodntit, boshqa jag' kistalari, ameloblastoma hamda odontomadan tashxislash lozim.

Surunkali granulematoz periodontit va ildiz oldi kistasi xajmi, hamda bo'shliq atrofi suyak ko'rinishi bilan farqlanadi.

Agar ildiz oldi kistasi va ameloblastoma klinik ko'rinishi o'xshash bo'lsa, bu jarayonlar qiyosiy tashxisida kistalarda emirilishi o'chog'ining aniq chegarasi, dumaloq yoki oval shaklida bo'lishi, ameloblastomada esa nuqson chetlari festonli, emirilish o'choqlari intensivligi turlicha bo'lishi hisobga olinadi. Bundan tashqari, ameloblastomada o'sma bo'shlig'iga qaragan tish ildizlarini uchlari rezorbtsiyaga uchraydi. Aniq ma'lumotlarni olishga to'qimalarni patomorfologik tekshiruv yordam beradi. [Bernadskiy YU.I., 1999].

Ildiz oldi kistasi boshqa kistalardan qiyosiy tashxislanadi – keratokista, kesuvchi kanal kistasi, follikulyar kista.

Keratokista uchun ildiz uchi oldi patologik o'choqli tish bo'lmasligi va ko'pincha pastki jag' molyarlari sohasida joylashuvchi katta xajmli bo'shliq bo'lishi xarakterli.

Davolash. Kistalar asosan operativ usulda davolanadi, lekin konservativ endodontik usullar bilan yaxshi natija olish mumkin. Kichik xajmli ildiz kistalari tish ildizi bilan birga olib tashlanadi. Bunday operatsiya davomida tish katagi reviziya o'tkaziladi, jag'da kista qobig'i bo'laklarini qolishini oldini olish uchun. Aks holda, kista qaytalanib rivojlanishi mumkin.

Kista kichik xajmli bo'lganda va uni al'veola orqali tozalanganda, al'veolani apikal qismini kengaytirish yoki uning oldingi devorini olish kerak bo'lib qoladi.

Bir yoki bir nechta tish sohasida joylashgan kistalarda jarroxlik usuli qo'llaniladi, kista to'liq olib tashlanadi yoki uning og'iz bo'shlig'i, yuqori jag' bo'shlig'i bilan bog'lanishi ta'minlanadi.

Radikulyar kistalar xavfli o'smalarga o'tish xususiyatiga ega emas. lekin ba'zi adabiyotlarda ularning malignizatsiyasiga uchrashi aytib o'tilgan.

Birlamchi kista (keratokista).

Birlamchi kista ko'pincha pastki jag'da uchinchi molyar sohasida rivojlanadi. Jag' tanasi, burchagi va shoxiga tarqalgani sababli, uni oldin ameloblastoma deb hisoblangan. Kista qobig'i muguzlanuvchi epiteliy bilan qoplanganligi sababli, 2 nomi – keratokista kelib chiqqan.

Макроскопик кератокиста суякдаги бо'шлиқ бо'либ, алоҳида сыак ичи ботиқликларидан иборат. Бо'шлиқ ичи қобиқ билан қопланган. Микроскопик текширувда, қобиқ мугузланувчи ясси епителидан иборатлиги аниқланган.

Анамнезда киста тиш патолойиси билан бог'лиқлигини аниқланмайди. Киста сезилмасдан ривожланати ва узоқ вақт уызга чиқмайди. Со'нг жаг'да мольарларини биттаси соҳасида катта бо'лманган ог'риқсиз шиш payдо бо'лади. Жаг' суяги г'овак моддасининг кескин зарарланишига қарамасдан киста устидаги кортикал пластинка узоқ вақт сақланати ва ко'пинча клиник симптолар киста катталашганда намойон бо'лади.

Кератокиста жаг' узунлиги бо'йича тарқалади ва суякнинг кескин ифодаланган деформатсиясига олиб келмайди.

Рентгенграммда аниқ полтисиклик chegarasi кенг суяк емирлиши соҳалари ко'ринати. Суяк емирлиши бир текисда бо'лманганлиги сабабли, ко'п камерали бо'лишини еслати. [Bramley P., 1985].

Катта хажмли кератокисталарда кортикал пластинка упуқалашиб кетати ва ба'зи соҳаларда yo'қолиши мумкин.

Ко'п илдизли тишлар periodontal yorig'i киста соҳасига проектсияланати, har doim аниқ ко'ринати. ташхис клиник ва рентгеноек текширувлар, hamda биопсияга олинган материал морфологик ко'риниши асосида қо'йлати. Ameloblastoma ва бoшқа жаг' o'sma ва o'smasimon hosilalari билан қийосий ташхисланати.

Бирламчи кисталар jarroxlik yo'ли билан даволанати. Ко'п сонли ретсидивлар бериши ва хавфиланиш хусусиятига ега бо'лгани сабабли киста қобиғ'и то'лиқ олиб ташланати (tsistektomiya). Бу оператсияни o'tkazish имконийати бо'лманганда 2 bosqichli usul қо'llанилати.

Тиш сақловчи (follikulyar) киста.

CHiqmagan тиш эмал а'zosidan ривожланати. Асосан pastki жаг' 3 мольари ва қоziq тиши, hamda yuqori 3 мольардан ривожланати.

Клиник ко'риниши бoшқа жаг' кисталарига o'xshash бо'лати. Киста joylashgan соҳада битта иш бо'лмаслиги хаpaктерли hisoblanати. Ortiqcha (sverxkomplekt) тишдан ривожланган киста bundan mustasno бо'лиши мумкин. Adabiyotlarda тиш сақловчи кисталардан ameloblastoma ривожланиши xolatlari аytib o'tilgan. Рентген tasvir аниқ, текис chegarali, бир камерализарарланиш o'chog'i ва toj qismi киста бо'шлиғ'ига қаранган retinirlangan тиш бо'лиши билан хаpaктерланати.

Макроскопик follikulyar киста бир камерали, қобиқ билан қопланган, o'zida xolesterin kristallarini tutuvchi sarg'in tiniq суяууқлик сақловчи бо'шлиқни ташкил етати. Микроскопик киста қобиғ'и ко'п қаватли ясси епителий билан қопланган упуқа бириктирувчи to'qima ко'ринишида аниқланати.

Ташхис. хаpaктерли клиник ко'риниш, рентгеноек ко'риниши ва баъзида punktsiya ва биопсия natijalari асосида қо'shilати.

Рентгелоек кенг, аниқ chegarali суяк to'qimasi емирлиши o'chog'i аниқланати. баъзи xollarda тиш follikuli бо'шлиққа to'лиқ kirgan, ба'зида esa тиш toji бо'шлиққа faqat бо'yin qismigacha botgan бо'лати, илдизи esa суяк to'qimasida joylashати. Folikul kortikal plastinkasi тишнинг oralik o'sish zonasida аниқланати.

Follikulyar кистани бoшқа кисталардан, ameloblastomadan farqlash lozim. Follikulyar киста бо'шлиғ'ида тиш сақлайди. ameloblastomada esa 1 тиш олинганлиги тufayli бо'лмайди. Lekin ташхислашда бирламчи odontogen киста биопсия natijalari muxim o'rin egallayди.

Tish saqlovchi kistalar jarroxlik usulida davolanadi. Retinirlangan tishni olish bilan bir vaqtning o'zida tsistektomiya o'tkaziladi yoki 2 bosqichli operatsiya bajariladi.

Tish chiqish kistasi, kam, asosan bolalarda tish chiqish davrida uchraydi. Chiqmagan tish toji ustida joylashgan ko'kimtir tUSDagi chegaralangan xosila ko'rinishda bo'ladi. Kista qobig'i ko'p qavatli yassi muguzlanmaydigan epiteliydan tashkil topgan. tish o'z vaqtida chiqishida kista o'zi ochilib ketadi va maxsus davoni tanlab etmaydi. tish chiqishi cho'zilib ketganda kista jarroxlik yo'li bilan ochilishi kerak. [Roginskiy V.V., 1985; Gubaydulina E.YA., TSegel'nik A.N., 1996].

Milk kistasi noodontogen kistalarga taaluqli bo'lib, epiteliy xujayralari qoldiqlaridan rivojlanadi. Ko'pincha bolalarda uchraydi va asosan yuqori va pastki jag' alveolyar o'sig'ida joylashadi. Kista shilliq qavat yo'zasidan bo'rtib turuvchi, yumshoq to'qimali jarroxlik usulida – to'liq tozalanib davolanadi.

Alohida xolatlarda tsistotomiya o'tkazish mumkin.

Interaktiv metod: «Qor parchasi» printsipli asosida taxsil berish uslubi

Bu uslubda talabalar 2,4,8 kishidan iborat guruhga bo'linib, muloxaza yuritishadi. Bu uslubning yaxshi tomoni shundaki, kam kuch sarflab, guruh orasidagi tavofutni tekislash. O'qituvchi talabalarga muammoni musqaqil xal qilishni taklif qiladi. Mayda guruhlar o'zaro muxokamadan keyin, ya'ni 4 guruhga bo'lingan bo'lsa, muxokamadan so'ng guruhlar 2 guruhga birlashib, yana muxokama qilib bir butun guruhga ko'shib boradi. Natijada yaxshi alohida muxokama qilingan umumiy fikr hosil qilinadi. Bu uslubda har bir talaba ishlash davomida o'z fikrini berishga xarakat qiladi.

Uslubning moxiyati jixatidan uyg'unlik tomonlari:

- Xar bir talaba o'zi masalani xal qiladi
- Muloxaza davrida xar bir kichik guruh o'z javobini asoslashga xarakat qiladi
- Masala bir necha guruhda hal qilinayotganidan bir necha marta taqrorlanadi, hamda eslash va bilimini mustahkamlashga olib keladi.

TESTLAR:

1. Ildiz kistasi xosil bo'ladi:

- A. tish follikuli rivojlanish nuqsoni
- B. periodontda yallig'lanish
- B. periodontda neoplastik jarayonlar
- Г. nasliy omil sababi
- Д. etiologiyasi no'malum

2. Radikulyar kista rivojlanishida klinik ko'rinish bo'lishi mumkin:

- A. simptomsiz
- B. kam simptomli
- B. ifodalangan
- Г. xamma javob to'g'ri
- Д. to'g'ri javob yo'q

3. Follikulyar kistalar patogeneza axamiyatli:

- A. tish follikulasi rivojlanishi nuqsoni
- B. emal gipoplaziyasi
- B. tish follikuli rivojlanishi
- Г. tish follikuli infektsiyalanishi
- Д. flyuoroz

4. TSistektomiya qo'llaniladi:

- A. kichik xajmli kistalarda

- Б. asoratlanmagan klinikada
 - В. yiringlashda
 - Г. yo'ldosh o'tkir respirator kasalliklarda
 - Д. to'g'ri javob yo'q
5. TSistektomiyaga ko'rsatma:
- А. kichik xajmli kistalarda
 - Б. asoratlanmagan klinikada
 - В. yiringlashda
 - Г. yo'ldosh o'tkir respirator kasalliklarda
 - Д. to'g'ri javob yo'q
6. TSistektomiyada suyak bo'shlig'ini to'ldirish uchun qo'llaniladi:
- А. embrioplast
 - Б. kollapol
 - В. yodoform turundasi
 - Г. xamma javoblar to'g'ri
 - Д. А va В
7. Burun-tanglay kanali kistasi ta'lluqli:
- А. odontogen
 - Б. noodontogen
 - В. aralash genezli kistalarga
 - Г. barchasi to'g'ri
 - Д. to'g'ri javob yo'q
8. Radikulyar kistani xarakterli rentgenologik ko'rinishi:
- А. aniq chegarali yumaloq ko'rinishdagi suyak emirilishi
 - Б. chegarasi noaniq, yumaloq shakldagi suyakemirilishi
 - В. tish ildizlari bilan bog'langan zich soya
 - Г. chegarsi noaniq keskin suyak destruksiyasi
 - Д. paxta ko'rinishida suyak destruksiyasi
9. Follikulyar kistaga xarakterli rentgen ko'rinishi:
- А. aniq chegarali, yumaloq shaklda suyak emirilishi
 - Б. aniq chegarali, yumaloq shaklli, retinirlangan tish saqllovchi o'choq
 - В. tish ildizlari bilan bog'langan zich soya
 - Г. eriyotgan qand ko'rinishi
 - Д. chegarasi noaniq suyak destruksiyasi
- 10 Bolalar yoshida odontogen kistalarni tashxislashda qo'llaniladigan informativ usul:
- А. rentgenografiya
 - Б. tsitologik tekshiruvlar
 - В. EOD
 - Г. punktsiya
 - Д. UZI
11. Ildiz uchi kistasi qobig'i asosna qanday to'qimadan tashkil topgan:
- А. fibroz
 - Б. tomirli
 - В. suyakli
 - Г. bezli
 - Д. periodont to'qimalari
12. Yiringlagan radikulyar kista birinchi navbatda qiyosiy tashxislanadi:
- А. o'tkir periostit
 - Б. o'tkir osteomielit

- B. perikoronarit
- Г. surunkali periodontit xuruji
- Д. al'veolit

13. O'tuv burmasi silliqdashgan va giperemiyalangan, punktsiyada yiring olingan. Rentgenogrammada aniq chegarali suyak to'qimasi emirilishi o'chog'i ko'rinadi:

- A. yuqori jag' yiringlagan kistasi
- Б. yuqori jag' o'tkir osteomieliti
- B. yuqori jag' o'tkir yiringli periostiti
- Г. yuqori jag' surunkali osteomieliti
- Д. yuqori jag' gematogen osteomieliti

14. Folikulyar kistani davolashda qo'llanilmaydi:

- A. rentgenterapiya
 - Б. tsistotomiya
 - B. ildiz uchi rezektsiyasi
 - Г. follikulani olib tashlash
 - Д. follikulani saqlab qolish
- 1) AV, 2) BV 3) GD, 4) DB, 5. VG

Vaziyatli masalalar:

1. Bemor 37 yosh LOR vrachi tomonidan yuqori jag' o'smasi tashxisi bilan stomatolog maslaxatiga yuborilgan. Rinoskopiyada burun bo'shlig'i tubi old sohasida shish aniqlangan. Og'iz bo'shlig'i tomonidan yuqori frontal tishlar intakt. LOR ko'rigiga bemor tumov shikoyati bilan murojat qilgan.

1. Taxminiy tashxis. 2. Davolash rejasini tuzing.

Javob:

1. YUqori jag' 12 soxasi radikulyar kistasi 2. TSistektomiya

2. Bemor 21 yosh, yuqori ikkinchi molyar sohasi o'tuv burmasida yiring ajralishi oqma yo'l mavjud. oldin shu sohasi bir necha marotaba periostotomiya o'tkazilgan. YUqori o'ng tomon premolyarlari va 3 molyar periodontitni.

1. Taxminiy tashxis. 2. Davo rejasi.

Javob:

1. YUqori jag' bo'shlig'iga o'sib kirgan radikulyar kistasi 2. TSistogaymorotomiya

3. Bemor rentgen tasvirida pastki o'ng tomon 4321 ildizlari sohasida yumaloq, aniq chegarali soya ko'rinadi. Pastki o'ng tomon 5 tish ildizning 2/3 uzunligigacha plombalangan.

1. Davolash rejasi. 2. Tekshirish usullari.

Javob:

1. Pastki jag' radikulyar kistasi 2. TSistektomiya tish ildizi rezektsiyasi bilan.

Tarqatma materiallar:

Talabaning bilim darajasini tekshirish uchun nazorat savollari.

Birinchi darajali murakkablikdagi testlar.

Ikkinchi darajali murakkablikdagi testlar.

Vaziyatli masalalar

Tavsiya etilgan adabiyotlar

asosiy

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»: M., Meditsina, 2000 g.

2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuholi myagkih tkaney i kostey lica».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y.
5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

qo`shimcha

1. Bezrukov V.M., Robustova T.G «Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii»
2. Solov'ev M.M. «Onkologicheskie aspekti v stomatologii» Leningrad,1983
3. Rabuxina N.A. i dr.«Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti»M., 1998
4. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei» M., 1983.
5. SHargorodskiy A.G. «Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa» M. 1998.
6. SHargorodskiy A.G. «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxoli myagkix tkaney i kostey litsa» M.,1999.
7. L. Sazona «Bolezni slyunnix jelez» Praga 1989y.

Internet sayt:

www.stomatologist.ruwww.dentsplycis.comwww.citydentist.narod.ru

MAVZU № 6

SO`LAK BEZLARI O`SMALARI. MONOMORF ADENOMA, POLIMORF ADENOMA, MUKOEPIDERMOID O`SMA. KLINIKASI, TASHXISLASH VA DAVOLASH. ADENOKARTSINOMA. TASHXISLASH VA DAVOLASH PRINTSIPLARI

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollari

1. So'lak bezlarining o'smalarini gistologik klassifikatsiyasi
2. So'lak bezlarining shu kasallikka chalinishi chastotasi qanday
3. Tashxislash usullari
4. So'lak bezlarining xavfli va xavfsiz o'smalarini qiyosiy tashxislash

5. Soʻlak bezlarini oʻsmalarini davolashning asosiy usullari
6. Adenokartsinomaning klinik koʻrinishi va davolash usullari
7. Soʻlak bezi noepitelial oʻsmalarini sanab oʻting
8. Soʻlak bezlarini tashxislash uchun sialografiyani ahamiyati

Nazariy qism.

1. epitelial oʻsmalar

a) Adenoma:

-polimorf

-monomorf

b) Mukoepidermoid oʻsma

v) Atsinoz-xujayrali oʻsma

g) Kartsinomalar:

- adenokistoz kartsinoma

- adenokartsinoma

- epidermoid kartsinoma

- differentsiatsiya qilinmagan kartsinoma

- polimorf adenoma ichidagi kartsinoma

2. Noepitelial oʻsmalar

a) Xavfsiz:

- gemangioma

- gemangioperitsitoma

- nevrelemmoma

- neyrofibroma

- lipoma

b) Xavfli:

- angiogen sarkoma

- rabdomiosarkoma

- tuxumsifat xujayrali sarkoma

3. Klassifikatsiyaga kiritilmagan oʻsmalar

4. Oʻsmasimon – xavfsiz limfoepitelial, sialoz, onkotsitoz va. x.k.

Soʻlak bezlarning oʻsmalari. Gistogenez boʻyicha epitelial va noepitelial boʻlgan oʻsmalar ajratiladi.

Epitelial oʻsmalar: adenoma – polimorf (pleomorf) va monomorf, mukoepidermoid oʻsma, hamda kartsinomalar guruhi – adenoxujayrali, epidermoid va polimorf ichidagi kartsinoma.

Monomorf adenoma. Bu xavfsiz o'sma o'rtacha 7% uchraydi. Klinik-rentgenologik ko'rinishi bo'yicha polimorf adenomaga o'xshab ketadi, biroq uning o'sishi sekin.

Mikroskopik monomorf adenomaning to'zilishida farqi, bu uning bir turda ekanligidir va polimorf adenomadan farqi unda mezinximasimon to'qima yo'qligi.

Davolanishi – jarrohlik yo'lidir.

Mukoepidermoid o'sma. Bu o'sma infil'trativ o'sishi bilan farq qiladi. Quloq oldi so'lak bezi, retromolyar soha va tanglayning kichik shilliq-so'lak bezlarini zararlaydi.

O'smaning yuqori differentsiallashtirilgan va kam differentsiallashtirilgan shakllari ajratiladi. Yuqori differentsiallashtirilgan mukoepidermoid o'sma klinikasi bo'yicha polimorf adenomadek kechadi, kam xarakatchanligi va ba'zan teri bilan birikib ketishi bilan farqlanadi. Kam differentsiallashtirilgan o'sma xavfli rivojlanishga ega. Saratondan farqi – sekin o'sishi. Tarqalishi limfa orqali.

Davolash aralash bo'lishi kerak: operatsiyadan oldin telegammaterapiya va o'smani bez bilan radikal olib tashlash.

Polimorf adenoma (aralash o'sma) – bu xavfsiz o'sma – eng keng tarqalgan. So'lak bezining epitelial o'smalarining 72% tashkil etgan. Birinchi o'rinda quloq oldidagi so'lak bezida uchraydi, ikkinchi o'rinda – tanglayning shilliq-so'lak bezlarida, so'ng jag' osti va lab, lunj, tildagi kichik so'lak bezlarda uchraydi.

Polimorf adenoma og'riqsiz, sekin o'sib, bir necha yil ichida kattalashib yuzni deformatsiyasiga olib keladi. O'smani tekshirganda so'lak bezi sohasida g'adir-budir qimirlaydigan qismini aniqlash mumkin. Konsistentsiyasi zich-elastik. Qoplab turgan teri rangi o'zgarmaydi, burmaga erkin yig'iladi. Bezning so'lak ishlab chiqarish xususiyatlari bo'zilmagan.

Polimorf adenomaning kapsulasi bor. Tashxisni ignada olinadigan qizg'ishoq punktatni klinik, rentgenologik, gistologik va tsitologik tekshiruv javoblariga asoslangan holda qo'yiladi.

Biopsiya, o'smaning xarakterini 100% aniqlab beradi. Diagnostika uchun ikkilamchi kontrastlash usulini qo'llash mumkin. Bu usul, o'smaning joylashishi, kattaligini aniqlashga yordam beradi.

Polimorf adenomani qiyosiy tashxislashni sarkoma sifat va so'lak bezining saraton kasalliklari bilan o'tkazish kerak. Bu kasalliklarning ajralib turadigan allomati – bu tez o'sish.

Davolash. Pastki jag' va til osti so'lak bezining o'smasini bez bilan birga olib tashlash - tanglay, lunj va labda joylashgan o'smalarni sog'lom to'qima chegarasigacha olib tashlanadi. Parotitektomiyani yuz nervi tolalarini extiyot qilgan xolda o'sma retsidiyida o'tkaziladi. Bezni ikki xil usul bilan ochiladi – Kovtunovich va Redon usullari. Operatsiyani birinchi usulda yuz nervining periferik tolalarini ajratishdan boshlansa, ikkinchi usulda – markaziy tolani.

Redon bo'yicha operatsiyasida, teri loskutini ko'targandan so'ng, bezning orqa sohasini bo'shatib yuqari uyqu arteriyasini bog'lash kerak. Yuz nervini topib bo'shatib olinadi. So'ng sekin astalik bilan so'lak bezini olib tashlanadi.

Adenokistoz kartsinoma – xavfli o'sma, asrsan tanglayning kichik so'lak bezlarida uchraydi.

Boshida o'sma sekin kattalashadi, lekin og'riq kuzatiladi. tanglayda joylashgan o'sma, tanglay suyagini buzib, TJB o'sadi. O'smani qoplagan shilliq qavat ko'kimtir rangga bo'yaladi.

Agar o'sma quloq yonidagi bazda joylashgan bo'lsa, bez to'qimasiga singib ketgani aniqlanadi, ammo mimik mushaklarining paralichi juda kam uchraydi. O'pkaga gematogen yo'l bilan o'tishi – bu adenokistoz kartsinomaning ajratib turadigan belgi.

Davolash kontservati tarzda olib boriladi.

Interaktiv metod: Akvarium uslubi

Bunda guruhdan 3 kishi tanlanib o'rta kuyiladi, ular «balik» bo'lsa qolgan talabalar kuzatuvchilar bo'ladi. Bu holat «nima, qaerda, qachon» teleo'yiniga o'xshab ketadi. O'rtadagi talabalar bir bir minut ichida javob topolmasa, ularning o'rniga boshqa uchlik utiradi.

- Mavzu o'rtada muhokama qilinadi
- Mavzuni ochib beradi
- Talabalar bilimini ochib beradi
- Diskussiya qilish bilimini oshiradi
- O'yin usulida o'tkaziladi
- Xar bir talaba ishtirok etadi

TESTLAR:

1. So'lak bezlarining xavfsiz o'smalari:

- E. kartsinoma
- Ж. tsilindroma
- З. mukoepidermoid
- И. atsinoz xujayrali
- K. monomorf adenoma

2. So'lak bezlarining xavfli o'smalari:

- A. onkotsitoz
- Б. lamfadenit
- B. polimorf adenoma
- Г. monomorf adenoma
- Д. atsinoz xujayrali kartsinoma

3. So'lak bezlarining qisman xavfsiz epitelial o'smasi:

- A. tsilindroma
- Б. mukoepidermoid adenoma
- B. atsinoz xujayrali
- Г. tsilindroma
- Д. monomorf adenoma

4. Aralash o'smaning sinonimi:

- A. tsilindroma
- Б. mukoepidermoid adenoma
- B. atsinoz xujayrali
- Г. polimorf adenoma
- Д. monomorf adenoma

5. Qaysi patologiyada rentgen suratida aniq chegarali suyak soyasi aniqlanadi:

- A. Izotoplik
- Б. tsitologik
- B. ul'tratovush
- Г. sialografiya
- Д. termovizografiya

6. Adenokistoz kartsinomaning asosiy davolash usuli:

- E. kimyoterapiya

- Ж. jarrohlik
З. nur terapiyasi
И. elektrozeksziya
К. aralash
7. Soʻlak bezlarining xavfli oʻsmalari:
E. onkotsitoz
Ж. limfadenit
З. atsinoz xujayrali
И. polimorf adenoma
К. monomorf adenoma
1) ABV, 2) BV, 3) GD, 4) AD
8. Qaysi oʻsma perinevral oʻsadi:
A. onkotsitoz
Б. limfadenit
B. atsinoz xujayrali
Г. polimorf adenoma
Д. monomorf adenoma
1) ABV, 2) BV, 3) VGD, 4) A
9. Qaysi tekshiruv oʻsma oʻpkaga tarqalib ketganini anqlab beradi:
A. biopsiya
Б. tomografiya
B. angiografiya
Г. pridodiagnostika
Д. tsitologik tekshiruv
1) ABV, 2) BV, 3) GD, 4) AD
10. Adenokistoz kartsinomaning sinonimi:
A. tsilindroma
Б. mukoepidermoid adenoma
B. atsinoz xujayrali
Г. polimorf adenoma
Д. monomorf adenoma
1) ABV, 2) BVG, 3) VGD, 4) BD
11. Adenokistoz kartsinomaning asosiy davolash usuli:
A. kimyoterapiya
Б. jarrohlik
B. nur terapiyasi
Г. elektrorazvedka
Д. aralash
1) ABV, 2) BVG, 3) GD, 4) BD
12. Mukoepidermoid oʻsmaning kam differentsiatsiyaviy turini asosiy davolash usuli:
A. kimyoterapiya
Б. jarrohlik
B. nur terapiyasi
Г. elektrorazvedka
Д. aralash
1) ABV, 2) BVG, 3) GD, 4) BD

Vaziyatli masalalar:

1. Bemor 49 yosh, klinikaga yumshoq va qattiq tanglayning chegarasida chiqqan o`smaga shikoyat qilib kelgan. O`sma 5 yil oldin topilgan. Ko`rik o`tkazilganda, og`riqsiz, aniq chegaralik o`sma topilgan. Qoplangan shilliq qavat rangida o`zgarmagan, o`sma suyak bilan jipslashmagan. Regionar limfa bezlari kattalashmagan, og`riqsiz.

1. Bu qaysi o`sma bo`lishi mumkin.
2. Qo`shimcha qanday tekshirishlarni o`tkazish mumkin.

Javobi:

1. Polimorf adenomasi qattiq va yumshoq tanglay shilliq qavati chegarasida.
2. TSitologik va rentgenologik tekshiruv usullari.

2. Bemor 56 yosh, quloq yonidagi o`smaga shikoyat qilib kelgan. O`smani 2 yil oldin ko`rib qolgan. O`sma o`shishi va kuchsiz og`riqlar kuzatilgan. Kechirgan kasalliklar: gipertonik kasallik va gastrit. Quloq yonidagi so`lak bezining o`rta qismida o`sma aniqlangan, diametri 4,0 sm, usti silliq, paypaslaganda og`riqsiz va qimirlashi chegaralangan. Yuz nervining funktsiyasi buzilishi kuzatilmagan. TSitologik tekshiruv epidermal va shilliq ajratuvchi xujayralar topilgan.

1. Tashxis qo`ying.
2. Tashxisni isbotlang.
3. Davolash rejasini tuzing.

Javobi:

1. O`ng tomon quloq oldi sohasi mukoepidermal o`smasi
2. Klinik va morfologik ma`lumotlarga asoslanib.
3. O`smaning yaxshi kechishida – yuz nervi shoxlarini saqlagan xolda o`smani bez bilan birga olish. Xavfli turida jarrohlik va nur bilan davolash birga olib boriladi.

3. Bemor 62 yosh, 3 oy avval o`ng tomon jag` osti sohasida paydo bo`lgan shishga shikoyat qilib keldi. Bu vaqt oralig`ida ovqat eyish vaqtida og`riq ham paydo bo`lgan. Bir necha yil avval bemorga o`ng tomon jag` osti so`lak bezi chiqaruv teshigidan konkrement olish operatsiyasi o`tkazilgan. Anamnezida oshqozon yara kasalligi borligi aniqlandi. O`ng tomon jag` osti so`lak bezi xajmi kattalashgan, paypaslaganda og`riydi, konsistentsiyasi zich, xarakatlanmaydi. Ustidagi teri o`zgarishsiz. O`ng tomon Vartonov chiqaruv teshigidan so`lak ajralmaydi. Rentgenologik tekshiruvda konkrement soyasi aniqlanmaydi. O`ng tomon jag` osti kattalashgan limfa tugunlari paypaslanadi. Bemorda tishlar jipslashuvi, lunj shilliq qavatida leyplakiya o`choqlari ko`rinadi.

1. Tashxis qo`ying.
2. Davolash rejasini tuzing.

Javobi:

1. O`ng tomon jag` osti so`lak bezi adenokartsinomasi.
2. Kombinirlangan: nur terapiya, bo`yin kletchatkasini bez bilan birga futlyar-fastsial kesib olish.

Tarqatma materiallar:

1. Talabani bilim darajasini tekshirish uchun nazorat savollari.
2. Birinchi darajali murakkablikdagi testlar.
3. Ikkinchi darajali murakkablikdagi testlar.
4. Vaziyatli masalalar.

Tavsiya etilgan adabiyotlar

-asosiy

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»: M., Meditsina, 2003g. 412-418 b.
2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuxoli myagkih tkaney i kostey lica».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y.
5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

-qo`shimcha

1. Timofeev A.A. «Rukovodstvo po chelyustno-litsevoy xirurgii i xirurgicheskoy stmatologii» Kiev 2002g.
2. Bezrukov V.M., Robustova T.G. «Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii» tom 1, Moskva: Meditsina, 2000g
3. Rabuxina N.A. i dr.»Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti»M.,1998
4. Solov'ev M.M. «Onkologicheskie aspekti v stomatologii» Leningrad,1983.
5. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei.» M., 1983.
6. SHargorodskiy A.G. «Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa»M. 1998.
7. SHargorodskiy A.G. «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxoli myagkix tkaney i kostey litsa» M.,1999.
8. L.Sazona «Bolezni slyunnix jelez» Praga 1989g.

Inter sayt:

www.e-dental.comwww.mediastom.ruwww.doctour.rustomatology.popmed.ru/

MAVZU № 7

Yuz va bo'yin tug'ma kistalari (Epidermoid va dermoid). Klinikasi, tashhisi va davolash.

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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 asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muhokama 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 materiallarini muhokama 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	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova№ 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
30-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
10-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
10-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
10-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	Tinglaydilar
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		4 soat

Nazorat savollari

1. Yuz va bo'yin tug'ma kista va oqma yo'llari tasnifi.
2. Bo'yinni yon kista etiopatogenezi.
3. Bo'yinni yon kista klinikasi, tashxislash va davolash.

4. Bo`yinni o`rta (tireoglossal) kista etiopatogenezi.
5. Bo`yinni o`rta (tireoglossal) kista klinikasi, tashxislash va davolash.
6. Dermoid kistalarning etiopatogenezi.
7. Dermoid kistalar. Klinikasi, tashxislash va davolash.

Nazariy qism

1). Bezrukov bo`yicha tasnifi:

1. Quloq oldi sohasi kista va oqma yo`llari.

a) jag' orti sohasi kistalari.

b) quloq oldi oqma yo`llari.

v) jag' orti sohasi oqma yo`llari.

2. O`rta kistalar va oqma yo`llar.

a) til ildizining kistalari.

b) til osti suyagining usti yoki pastidagi kistalar.

v) tashqi- to`liq kistalar.

g) ichki - to`liq bulmagan kistalar.

3. YOn kista va oqma yo`llar.

a) kistalar.

b) tashqi - to`liq oqma yo`llari.

v) ichki - to`liq bo`lmagan oqma yo`llari.

2) Terining o`smasimon patologiyasida va yuzning kistalarida, umumiy qon va siydik taxlili, qon ivishi, yodinol yordamida kontrast fistulografiya va pal`patsiya o`tkaziladi. Punktsiya qilinib, tsitologik va bioximik tekshiruv o`tkaziladi.

3) Kista – bu og`riqsiz yumaloq shakldagi, elastik konsistentsiyali, bo`tqasimon massali, oq yoki kulrang rangli, badbo`y xidli xosiladir. Epidermal kistalar, keratinli kistalar toifasiga kirib, yog' bezlari follikulasining chiqaruv teshigi bekilib qolishi natijasida paydo bo`ladi. YUz terisi, bo`yin va sochli qismida epidermis ostida joylashadi. YAllig`lanishi natijasida og`riq, atrof to`qimalar shishi va qizarishi kuzatiladi.

4) Tug`ma yuz va bo`yin kistalari. Kista—bu og`riqsiz, shakli yumaloq, elastik konsistentsiyali, teri bilan birikmagan xosiladir. Ichida – sariq suyuqlik bo`ladi. Eiteliysi ko`p qavatli yassi, limfotsitlarga boy.

Tireoglossal kistada – xarakatlanish chegaralangan, teri bilan birikkanligini aniqlash mumkin, yutish va so`zlashuv qiyinligi kuzatiladi. Kista yallig`langanda og`riq, shish va atrof to`qimalar bilan infil`tratsiyasi kuzatiladi

Qiyosiy tashxis: spetsifik yallig`lanish jarayonlari, limfadenit, dermoid kista, distopiyalangan qalqonsimon bez adenomasi bilan o`tkaziladi.

Davolash: kistada – kapsulasi bilan to`liq olib tashlashlanadi.

Tug`ma kistalar farqlanadi:

1. Branxial (grekchadan branchia- jabralar)
2. Tireoglossal kistalar.

Rivojlanishi :

- Branxial kistalar kelib chiqishi I va II jabra yoylari va yoriqlarining rivojlanish anomaliyasi bilan bog'liq.
- Tireoglossal kistalari embrionning qalqonsimon-til yo'li noto'liq reduksiyasi oqibatida rivojlanadi.

Tug'ma kistalar odatda kam uchraydi va yuz-jag' sohasida uchraydigan xosilalarning 5% ini tashkil qiladi. Jabra yoriqlari anomaliyalari tireoglossal anomaliyalarga nisbatan ko'proq uchraydi (61 va 39% xollarda).

Tug'ma kistalar asosan yosh va o'spirin bolalarda kuzatiladi. Branxial va tireoglossal kista va ularning oqma yo'llari klinik kechishi o'xshash, biroq ular joylashishiga ko'ra o'ziga xos xarakterga ega.

Kista sekin, ya'ni bir necha yil davomida kattalashadi. U og'riqsiz, chegarasi aniq, yumaloq yoki oval shaklida, elastik konsistentsiyali, teriga birikmagan bo'ladi. Kistalar to'satdan yoki yallig'langanda aniqlanadi. Spetsifik mikroflora (tuberkulyoz mikobakteriyasi, aktinomitsetlar) qo'shilishi sababli tashxislash qiyinlashadi.

Branxial kistalar

I jabra yorig'i anomaliyasida quloq oldi, tashqi eshituv yo'li va quloq supراسi sohaslarida kistalar paydo bo'ladi. II jabra yorig'i anomal rivojlanishi bo'yinning yon kistaning shakllanishiga olib keladi. Quloq oldi sohadagi branxial kistalar bo'yinning yon kistalariga nisbatan kamroq uchraydi (11% ga 89%).

Quloq oldi sohasidagi kistalar.

Kista quloq oldi so'lak bezini asosiy qismi ostida yoki jag' orti sohasida yuz nervi ustida va ko'proq tashqi eshituv yo'lini tog'ayli sohasi bilan bog'langan xolda joylashadi. **Klinik ko'rinishi** xavfsiz o'smaga yoki quloq oldi so'lak bezi kistasiga o'xshaydi.

Bo'yinni yon kistasi - kistalar oqma yo'lga nisbatan ko'p uchraydi (9:1). U tipik joylashish joyiga ega. Bo'yinning yuqori uchdan bir qismida boshni pastga eguvchi mushaklarning oldida, nerv-tomir tutami ustida, ichki bo'yinturuq venasiga to'g'ridan-to'g'ri birlashadi, dumaloq-ovalsimon shakldagi xosila shaklida bo'ladi. Paypastlaganda – elastik konsistentsiyali, flyuktuatsiya belgisi musbat, og'riqsiz, biroz xarakatchan, ustidagi teri bilan bog'lanmagan. Boshni qarama-qarshi tomonga burganda ayniqsa yaxshi seziladi.

Kista ichidagi suyuqlik loyqa, oqish-xira rangda. TSitologik tekshiruv natijasida oq kichik donador massa, ko'p qavatli yassi epiteliy va ko'p miqdorda limfotsitlar aniqlanadi. Kista yallig'langanda og'riqli bo'lib, tez kattalashadi. Ko'pincha yallig'lanish jarayoni atrof to'qimalarga tarqaladi. Bunday xollarda kistani limfadenit va adenoflegmonadan qiyosiy tashxislash qiyinlashadi. Yiringlamagan yon kistani bo'yinni tashqi o'smalari (nevrinoma, lipoma), limfogranulematoz va boshqalar bilan qiyosiy tashxislanadi. Mikroskopik ko'rinishi-kista devori ko'p qavatli yassi epiteliydan tuzilgan. YOn kistaga tashxis qo'yishda anamnestic va klinik ma'lumotlarga asoslanadi. Punktusiyada olingan ko'p miqdordagi xarakterli suyuqlik (5-30 ml) va tsitologik tekshiruv natijalari yon bo'yin kistasi tashxisini qo'yishga asos bo'ladi.

Tireoglossal kista tipik joylashishi bo'yining o'rta chizig'idir, shuning uchun uni **o'rta kista** deb ataladi.

Tireoglossal kista bo'yining o'rta chizig'ida til osti sohasi usti yoki osti va til ildizi sohasida joylashadi. Bo'yinda joylashganda dumaloq shakldagi diametri 2 sm dan ziyod, chegarasi aniq, elastik konsistentsiyali, teri bilan birlashmagan qattiq xosila aniqlanadi. Paypastlaganda

og'riqsiz, xarakatchanligi chegaralangan, yutinganda aniq ko'rinadigan til osti suyak bilan birlashganligi aniqlanadi. Til ildizi kistasida til biroz ko'tariladi, talaffuzi buziladi va yutinish qiyinlashadi.

Kista yallig'langanda atrof to'qimalarda og'riqqa, shishga, infil'tratsiyaga olib keladi. Bunday xollarda klinik ko'rinish limfadenit yoki abstsessga o'xshab ketadi. Til abstsessini tez-tez qaytalanishida unda ildizini kistasi borligiga taxmin qilish kerak.

Kista bo'shlig'ida xira sarg'ish rangli cho'ziluvchan suyuqlik bo'ladi. TSitologik tekshirilganida ko'p qavatli yassi xujayrali epiteliy va limfoid elementlari aniqlanadi. Kistani epitelial qobig'i va oqma yo'lni o'rta qavati endodermal kelib chiqishga ega.

Davolash: kistalar butunlay kapsulasi bilan olib tashlanadi. Kistada yallig'lanish jarayoni tugagandan so'ng operatsiya olib boriladi.

- YUz nervini marginal shoxini zararlamaslik uchun jag' orti sohasi kistasini pastki jag'ni burchagini aylanib o'tuvchi va undan pastroqdan 1,5-2 sm kesma o'tqaziladi.
- Bo'yinning yon kistasini olib tashlash uchun to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon muskulining oldingi tomonidan yoki bo'yinning yuqori burmasi bo'yicha xosila ustidagi teri kesiladi.
- Bo'yinning tireoglossal kistasi bo'yinning yuqori yoki o'rta teri burmasidan ochiladi hamda xosila til osti suyagining rezektsiyasi bilan birga olinadi.
- Til ildizi sohasidagi kistani og'iz ichidan yoki og'iz tashqarisidan kesib olib tashlanadi.

Dermoid kista.

Dermoid kista embrional taraqqiyoti davrida yuz shakllanishida nuqson natijasida peshona, yuqori va pastki jag' do'mboqlari qo'shilishi sohaslarida rivojlanadi. Odatda daxan osti sohasi, og'iz tubi, burun ildizi va qanotlari, ko'z kosasining tashqi va ichki qirg'oqlarida joylashib, ko'p xollarda yoshlarda uchraydi.

Dermoid kistasi bo'shliqli xosila bo'lib, qalin teri qoplama bilan qoplangan, xosila noxush xidli, bo'tqasimon, xira-oqish modda bilan to'lgan. Kista ichidagi ajratma epidermis, yog' bezlari, ter bezi va soch follikulasi maxsulotlari, ba'zan tarkibida soch saqlaydi.

Ko'zdan kechirganda o'smasimon, yumaloq shaklli, aniq chegaralangan, og'riqsiz, ustini qoplovchi teri yoki shilliq qavatga yopishmagan bo'ladi. Og'iz tubida joylashsa, u jag'-til osti mushagi o'rta chizig'ida sarg'ish rangda ko'rinadi. Katta o'lchamdagi kista tilni tepaga ko'taradi, gapirish va ovqatlanishga qiyinchilik tug'diradi.

Gistologik tekshirilganda kista teri elementlari, ya'ni ko'chgan teri, soch follikullari, yog' bezlaridan iboratligi ko'rinadi.

Davolash: kistani kapsulasi bilan olib tashlash.

- Agar kista jag'-til osti mushagi ustida joylashgan bo'lsa, operatsiya og'iz ichidan o'tkaziladi.
- Daxan ostidagi kistani tashqaridan kesim bilan olib tashlanadi.

TESTLAR:

1. Bo'yin yon kistasi qaerda joylashgan:

- A. bo'yin o'rta chizig'ida
- B. daxan sohasida

- B. pastki jag' osti sohasida
 - Г. m. trapezius ning oldingi chegarasida
 - Д. bo'yinning o`rta qismida m. sternocleidomastoideus ning oldingi qirrasida*
2. Bo'yin o`rta kistasi qaerda joylashgan:
- A. bo'yin o`rta chizig'ida*
 - Б. umrov suyagi ustida
 - B. pastki jag' osti sohasida
 - Г. to`sh- umrov- so`rg'ichsimon mushak oldingi chegarasida
3. Bo'yin tug'ma kistasining punktati nimaga o`xshaydi:
- A. yiringga
 - Б. limfaga
 - B. qonga
 - Г. tiniq bo`lmagan suyuqlikka
 - Д. shaffof suyuqlikka*
4. Tug'ma kistalarini davolashning asosiy usuli:
- A. krioterapiya
 - Б. kimyoterapiya
 - B. nur terapiyasi
 - Г. dinamik kuzatuv
 - Д. operatsiya*
5. Bo'yin yon kistasi tashxisini aniqlash uchun qo`llaniladigan tekshiruv:
- E. biokimyoviy
 - Ж. tsitologik
 - 3. radioizotopik
 - И. Vasserman reaksiyasi
 - K. kontrast fistulografiya
- 1) BD,* 2) BVG, 3) GD, 4) AD

Vaziyatli masala

Bemor 32 yosh, bo'yinni chap yuqori qismida xosila borligiga shikoyat qilib kelgan. 6 oy oldin ko`rib qolgan. SHu paytgacha xosila bir oz kattalashgan. Ob`ektiv ko`rilganda: bo'yinning yuqori yon yuzasida, to`sh-umrov-so`rg'ichsimon mushak oldida 3,0x4,0 sm.li, anik chegarali, og`riqsiz, atrof to`qimalar bilan birlashmagan, yumshoq elastik konsistentsiyali xosila aniklanadi. Boshni o`ng tomonga burganda xosila aniq ko`rinadi.

1. Taxminiy tashxis qo`ying 2. Teshirish va davolash rejasini tuzing

Javob:

1. Tashxis qo'yishda lokalizatsiyasi bo'yicha, bo'yin yon kistasi borligini taxmin qilish kerak. Lekin bo'yin xavfsiz o`smasi va limfadenit bilan kiyosiy tashxislash o`tkazish lozim.
2. Tashxisni tasdiqlash uchun tsitologik tekshiruv o`tkazish kerak. Punktsiya vaqtida olingan tiniq suyuqlik tashxisni tasdiqlaydi. Davolash—xirurgik, statsionar sharioitda kista olib tashlanadi.

Interaktiv metod: «Qor parchasi» printsipli asosida taxsil berish uslubi

Bu uslubda talabalar 2,4,8 kishidan iborat guruhga bo`linib, muloxaza yuritishadi. Bu uslubning yaxshi tomoni shundaki, kam kuch sarflab, guruh orasidagi tavofutni tekislash. O`qituvchi talabalarga muammoni mustaqil xal qilishni taklif qiladi. Mayda guruhlar o`zaro muxokamadan keyin, ya'ni 4 guruhga bo`lingan bo`lsa, muxokamadan so`ng guruhlar 2 guruhga birlashib, yana muxokama qilib bir butun guruhga ko`shilib boradi. Natijada yaxshi alohida

muxokama qilingan umumiy fikr hosil qilinadi. Bu uslubda har bir talaba ishlash davomida o'z fikrini berishga xarakat qiladi.

Uslubning mohiyati jixatidan uyg'unlik tomonlari:

- Xar bir talaba o'zi masalani xal qiladi
- Muloxaza davrida xar bir kichik guruh o'z javobini asoslashga xarakat qiladi
- Masala bir necha guruhda hal qilinayotganidan bir necha marta taqrorlanadi, hamda eslash va bilimini mustahkamlashga olib keladi.

Tavsiya etilgan adabiyotlar

-asosiy

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»: M., Meditsina, 2000 g.

-qo`shimcha

2. Bernadskiy YU.I.» Osnovi xirurgicheskoy stomatologii» Kiev,1998.

3. Solov'ev M.M.»Onkologicheskie aspekti v stomatologii» Leningrad,1983.

4. Rabuxina N.A. i dr.»Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti» M.,1998

5. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei.» M., 1983.

6. SHargorodskiy A.G.» Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa»M. 1998.

7. SHargorodskiy A.G.» Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxoli myagkix tkaney i kostey litsa» M., 1999.

www.interstom.azerin.com www.bda-dentistry.org.uk www.dental.saminfo.ru

MAVZU № 8.

YUZ VA BO`YIN TUG`MA OQMA YO`LLARI.

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat	Ta`lim oluvchilar
	Ta`lim beruvchi	

<p>1-bosqich</p> <p>O`quv mashg`ulotiga kirish</p> <p>10- daqiqa</p> <p>10- daqiqa</p> <p>20- daqiqa</p> <p>5- daqiqa</p> <p>5- daqiqa</p>	<p>1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni etkazish. Mavzu bo`yicha asosiy tushunchalar berish. Mashg`ulot rejasi bilan tanishtirish.</p> <p>1.2. Adabiyotlar ro`yxatini berish (ilova №1)</p> <p>1.3. Talabalarni aqliy xujumga tortish uchun jonlantiruvchi savollar berish. Mashg`ulot rejasi va tuzulishiga qarab ta`lim jarayonini tashkil etish bo`yicha xarakterlar tartibi bayon qilinadi.</p> <p>1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baxolash mezonlarni e`lon qilish. (ilova № 2)</p> <p>1.5 Tanaffus</p>	<p>Tinglaydilar va yozib oladilar</p> <p>Tinglaydilar va yozib oladilar</p> <p>Savollarga javob beradilar</p> <p>Tinglaydilar</p>
<p>2- bosqich</p> <p>Asosiy qism</p> <p>30- daqiqa</p> <p>15- daqiqa</p> <p>10-daqiqa</p> <p>15-daqiqa</p>	<p>2.1. Talabalarni bilimini faollashtirish maqsadida mavzuning asosiy tushunchalari bo`yicha tezkor so`rov o`tkazish. (ilova № 2)</p> <p>Mavzuning xar bir qismi bo`yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e`tibor qaratiladi va berilayotgan ma`lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.</p> <p>Tanaffus</p> <p>2.2. “ Qora tulpor” o`yin materiallarini muhokama qilishni tashkillashtirish, ishlash qoidasi vaziyatlarini taxlil qilish muammolarni ifodalanishiga e`tibor berishga qaratish (ilova №3)</p> <p>2.3. “Baliq skeleti” va konseptual jadval organeyzerlarini mustaqil taxlil qilish, muammoni ifodalashni, echish yo`llarini</p>	<p>Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar</p> <p>Aniqlashtiruvchi savollar beradilar</p> <p>O`yin materiallarni muhokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar</p> <p>Mustaqil ravishda</p>

	aniqlashni, so`ngra uni echish topshirig`ini berish.	taxlil qilish varag`ini to`ldiradilar, muammoni echadilar. Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar. Savollar beradilar
10- daqiqa	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
	2.4. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar taqdimot qiladilar boshqa talabalar munozaraga ishtirok etadilar.
10-daqiqa	Tanaffus	
10-daqiqa		
5-daqiqa	2.5. Amaliy ko`nikmalarni bajarish va bo`limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg`ulot).	Savollar beradilar
	Tanaffus	
45-daqiqa		
45-daqiqa	2.6. Amaliy ko`nikmalarni bajarish va bo`limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg`ulot).	
70-daqiqa	2.7. Talabalarga ko`rgazmali qurollarni ko`rsatish (slyaydlar, prezentatsiya, videofil`mlar), ularni izoxlash	Tinglaydilar va o`z o`zini baholaydilar
10-daqiqa		Savollar beradilar
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo`yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo`yicha baholash mezonlari e`lon qilinadi.(Ilova №5)	Topshiriqni yozib oladilar.
	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko`rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	
jami		6 soat

Nazorat savollari

1. YUz va bo`yin tug`ma kista va oqma yo`llari tasnifi.
2. Bo`yinni yon oqma yo`llari etiopatogenezi.
3. Bo`yinni yon oqma yo`llari. Klinikasi, tashxislash va davolash.
4. Bo`yinni o`rta (tireoglossal) oqma yo`llari etiopatogenezi.

5. Bo`yinni o`rta (tireoglossal) oqma yo`llari. Klinikasi, tashxislash va davolash.
6. Fistulografiya o`tkazish texnikasi.
7. Dermoid kistalarning etiopatogenezi, klinikasi, tashxislash va davolash.

Nazariy qism

1) Bezrukov bo`yicha tasnif:

1. Quloq oldi sohasi kista va oqma yo`llari.

a) jag` orti sohasi kistalari.

b) quloq oldi oqma yo`llari.

v) jag` orti sohasi oqma yo`llari.

2. O`rta kistalar va oqma yo`llar.

a) til ildizining kistalari.

b) til osti suyagining usti yoki pastidagi kistalar.

v) tashqi- to`liq kistalar.

g) ichki - to`liq bulmagan kistalar.

3. YOn kista va oqma yo`llar.

a) kistalar.

b) tashqi - to`liq oqma yo`llari.

v) ichki - to`liq bo`lmagan oqma yo`llari.

2) Terining o`smasimon patologiyasida va yuzning kistalarida, umumiy qon va siydik taxlili, qon ivishi, yodinol yordamida kontrast fistulografiya va pal`patsiya o`tkaziladi. Punktsiya qilinib, tsitologik va bioximik tekshiruv o`tkaziladi.

3) Tug`ma yuz va bo`yin oqma yo`llari – yumshoq, og`rikli, qattiq, ikkita chiqaruv teshigi bor: tashqi – terida, ichki – og`iz bo`shlig`ining shilliq qavatida va to`liq bo`lmagan – bitta ichki yoki tashqi teshigii bo`ladi. Teshikdan granulyatsiyalar bo`rtib turadi. Oqma yo`llari atrofidagi teri giperpigmentatsiyalangan. Branxial (1- va 2- jabra yoriqlari va yoylari rivojlanishi anomaliyasi) va tireoglossal oqma yo`llari va kistalarni ajratish mumkin.

Davolash: oqma yo`lda – ichini metilen ko`ki bilan to`ldirib, to`liq kesib olib tashlashlanadi.

Tug`ma yuz va bo`yin oqma yo`llari.

Tug`ma oqma yo`llar farqlanadi:

1. Branxial (grekchadan branchia- jabralar)

2. Tireoglossal oqma yo`llar.

Rivojlanishi:

- Branxial oqma yo`llar kelib chiqishi I va II jabra yoylari va yoriqlarining rivojlanish anomaliyasi bilan bog`liq.
- Tireoglossal oqma yo`llari embrionning qalqonsimon-til yo`li noto`liq reduksiyasi oqibatida rivojlanadi.

Tug'ma oqma yo'llar odatda kam uchraydi va yuz-jag' sohasida uchraydigan xosilalarning 5% ini tashkil qiladi. Jabra yoriqlari anomaliyalari tireoglossal anomaliyalarga nisbatan ko'proq uchraydi (61 va 39% xollarda).

Branxial va tireoglossal oqma yo'llari klinik kechishi o'xshash, biroq ular joylashishiga ko'ra o'ziga xos xarakterga ega.

Tug'ma oqma yo'llar:

- to'liq, bunda 2 ta chiqarish teshiklari: - tashqi - terida, - ichki -og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida joylashgan.
- noto'liq - faqat bitta chiqaruv teshikli, tashqi yoki ichki bo'lishi mumkin

Oqma yo'llarni tashxislashda **yodolipolli** kontrast fistulografiya yordam beradi. Bu jarrohlik davo olib borishda kerakli bo'lgan oqma yo'l yo'nalishini, uzunligini va shoxlanganligini aniqlashga yordam beradi.

Branxial oqma yo'llar

I jabra yorig'i anomaliyasida quloq oldi, tashqi eshituv yo'li va quloq supراسi sohasida oqma yo'llar paydo bo'ladi. II jabra yorig'i anomal rivojlanishi bo'yinning yon oqma yo'lining shakllanishiga olib keladi. Quloq oldi sohadagi branxial oqma yo'llar bo'yinning yon oqma yo'llariga nisbatan kamroq uchraydi (11% ga 89%).

Quloq oldi sohasidagi oqma yo'llar.

Branxial oqma yo'llar teridagi chiqaruv yo'li bilan quloq supراسi ortig'i asosi oldida joylashsa **quloq oldi oqmasi** deyiladi. Odatda u ikki tomonlama bo'ladi. Uning rivojlanishida irsiy omil asosiy rol o'ynaydi.

Jag' orti oqma yo'li yiringlagan branxial kistani o'zi yoki operativ yo'l bilan ochilishi natijasida shakllanadi. Uni tashqi teshigi pastki jag' burchagi sohasi va boshni pastga eguvchi mushaklarning oldingi chegarasi oralig'ida joylashadi. To'liq quloq oldi va jag' orti oqma yo'llarini ikkinchi teshigi tashqi eshituv yo'lining tog'ayli qismini terisiga, to'liq bo'lmagani esa oqma yo'llarda devori tashqi eshituv yo'li terisi bilan birlashadi. Oqma yo'lladan yog'simon ajratmalar chiqishi aniqlanadi. Atrofidagi teri ko'pincha matserratsiyaga uchraydi. Mikroskopik quloq oldi oqma yo'lini ichki qavati ko'p qavatli yassi muguzlanuvchi epiteliydan iborat.

Bo'yin yon oqma yo'li ko'pincha bir tomonlama, ba'zida ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Ayrim xollarda bola tug'ilishi bilanoq, boshqa xollarda yiringlagan bo'yin yon kistasi yorilishi natijasida aniqlanadi. Oqma yo'lining tashqi chiqaruv teshigi bo'yin terisining yon sohasida, ya'ni boshni eguvchi mushakning oldingi chegarasida joylashadi. To'liq bo'yin yon oqma yo'lining ichki chiqaruv teshigini doimiy joylashish joyi tanglay murtagining yuqori qutbidadir. Oqma yo'l chuqurroqda tashqi va ichki uyqu arteriyalari o'rtasidan o'tadi.

Oqma yo'lining tashqi teshigining **klinik ko'rinishi** nuqtali yoki kengaygan bo'rtib chiqqan granulyatsiyali bo'lib, ivigan po'stloq bilan qoplangan. Oqma yo'ldan doimiy ravishda sariq rangli shilimshiq suyuqlik ajralishi hisobiga atrofidagi teri giperpigmentlangan va matserratsiyalangan bo'ladi.

To'liq yon oqma yo'li bo'lganda bemorlar qaytalanuvchi bir tomonlama anginaga shikoyat qiladilar. Og'iz ichidan qaraganda tegishli tomonda murtak bezlari kattalashgani aniqlanadi.

Bo'yin yon oqma yo'lini o'rta oqma yo'l bilan qiyosiy tashxislash kerak. O'rta oqma yo'ning tashqi chiqaruv teshigi o'rta chiziqdan yon tomonga siljigan. Oqma yo'lining mikroskopik ko'rinishi bo'yin kistasi devorining tuzilishiga o'xshaydi.

Tireoglossal oqma yoʻl tipik joylashishi boʻyining oʻrta chizigʻidir, shuning uchun ularni **oʻrta oqma yoʻl** deb ataladi. Tireoglossal oqma yoʻl boʻyinni yon kistani yorilganidan yoki operativ kesilganidan keyin paydo boʻladi. Oqma yoʻlni tashqi teshigi boʻyinni oʻrta chizigʻi terisida, yaʼni til osti suyagi va qalqonsimon togʻay orasida joylashadi. Koʻpincha teri chandiqli, baʼzan teshik atrofida granulyatsiyalar boʻladi. Oqmadan chiqadigan suyuqlik shilliqsimon boʻladi. Toʻliq oqma yoʻl boʻlganda ichki teshik foramen coecum sohasida joylashadi.

Tireoglossal oqma yoʻllari boʻyinni oʻrta qismidan, til osti suyagidan oʻtib, 40-45 gradus ostida tildagi koʻr teshikka yoʻnaladi. Oqma yoʻl paypaslab tekshirganda boʻyinni oʻrta kistasi singari til osti suyagi tanasi bilan bogʻliq boʻladi. Buni qoʻyidagicha aniqlanadi: kista yoki oqma yoʻlni barmoq bilan ushlab, bemordan yutinish soʻraladi. Bunda til osti suyagiga birikkan barcha xosilalar tireoglossal oqma yoki kistani borligini bildiradi. Koʻpincha kistani yalligʻlanishi aniqlanadi.

Oʻrta joylashgan kista va oqma yoʻlida qoʻyidagi jarayonlar bilan qiyosiy tashxislanadi:

- Spetsifik yalligʻlanishlar
- Limfadenit
- Dermoidli kista
- Til asosi yoki qalqonsimon bezni distopik adenomasi.

Davolash:

Oqma yoʻlni ochishdan oldin protok 1%li metilen koʻkini suvli eritmasi bilan toʻldiriladi. Bunda oqma yoʻl devori boʻyalib yaxshi koʻrinadi. Operatsiya paytida oqma yoʻl bilan uni shoxlari birga olib tashlanadi. Kesma oqma yoʻlni tashqi teshigi tarafidan qilinib, oqma yoʻl ajratib olinadi.

- Agarda oqma yoʻli quloq oldi va jagʻ orti sohasida joydashgan boʻlsa, tashqi eshituv yoʻlini togʻayi bilan olib tashlanadi.
- Boʻyin yon sohasi toʻliq oqma yoʻli operatsiyasi, oqma yoʻlni va boʻyin qon va nerv tomirlarining oʻzaro topografo-anatomik munosabati hisobiga qiyinchilik tugʻdiradi: oqma yoʻl ichki va tashqi uyqu arteriyasi orasidan oʻtadi.
- Tireoglossal oqma yoʻlini olib tashlash kistaga oʻxshash til osti suyagi rezektsiyasi bilan olib boriladi.

Interaktiv metod: Akvarium uslubi

TESTLAR:

1. Boʻyinning oʻrta va yon oqma yoʻllari kelib chiqishi boʻyicha boʻladi:

- A. tugʻma*
- B. odontogen
- B. travmatik
- Г. onkologik
- Д. yalligʻlanish sababli

2. Boʻyin oʻrta oqma yoʻlining tashqi teshigi qaerda joylashgan:

- A. lunj sohasida
- B. til osti sohasida
- B. til ildizi sohasida
- Г. pastki jagʻ osti sohasida
- Д. boʻyin oʻrta chizigʻi buylab, til osti suyagi sohasida*

3. Tugʻma oqma yoʻllarini davolashning asosiy usuli:

- E. krioterapiya

- Ж. kimyoterapiya
 - 3. nur terapiyasi
 - И. dinamik kuzatuv
 - K. operatsiya*
4. Bo`yin o`rta oqma yo`lini kesib olishda nima rezektsiya qilinishi kerak
- A. qalqonsimon tog`ay
 - B. tanglay murtagi
 - V. til osti suyagining bir qismi*
 - G. jag` osti so`lak bezi
 - D. jag` osti so`lak bezi protoki
5. Bo`yin tug`ma oqma yo`llarini davolashning asosiy usuli:
- Л. qayta bog`lam
 - M. kesib olib tashlash*
 - H. yuvish
 - O. kriodestruktsiya
 - П. sklerozlash
6. Bo`yin o`rta va yon oqma yo`llari kelib chiqishi bo`yicha bo`ladi:
- Л. tug`ma
 - M. disontogenetik
 - H. travmatik
 - O. onkologik
 - П. yallig`lanish sababli
- 1) AB*, 2) BVG, 3) VD, 4) A
7. Bo`yin yon oqma yo`li teshigi qaerga ochiladi:
- E. burun-tomoq
 - Ж. buyin sohasiga
 - 3. til soti sohasiga
 - И. pastki jag` osti sohasiga
 - K. bodomcha bezi yuqori polyusiga
- 1) AB,* 2) BVG, 3) VD, 4) D
8. Bo`yin o`rta oqma yo`li teshigi qaerga ochiladi:
- E. burun tomoq
 - Ж. lunj sohasiga
 - 3. til osti sohasiga
 - И. pastki jag` osti sohasiga
 - K. til ildizining ko`r teshigi sohasiga
- 1) BD, * 2) BV, 3) VG, 4) D

Vaziyatli masala

Bemor 48 yosh, vaqti-vaqti bilan (yarim yilda bir marta) bo`yinni chap yuqori qismida xosila paydo bo`lishiga shikoyat qilib murojat etgan. Xosila ma`lum bir o`lchamlargacha kattalashib, so`ng tez yo`qoladi. Bu paytda bemor tomog`ida suyuqlik paydo bo`lishini xis etadi. Birinchi marta 5 yil oldin paydo bo`lgan, xech qaerga murojaat etmagan. Ko`rik paytida chap tomon tanglay murtagi yuqori qismida funktsional oqma yo`l borligi aniqlangan. Boshqa patologik o`zgarishlar aniqlanmagan.

1. Taxminiy tashxis qo`ying
2. Tekshirish va davolash rejasini tuzing

3. Bemor shikoyatlarini nima bilan bog'lik

Javob:

1. CHap tomon tug'ma bo'yin yon noto'liq ichki oqma yo'li.
2. Bemorga fistulografiya o'tkazish lozim. Davolash oqma yulni jarrohlik usuli bilan statsionar sharoitda olib tashlashdan iborat. Operatsiyadan oldin oqma yo'lni anilin bo'yog'i bilan bo'yash kerak. YUmshoq to'qimalardan yaxshi ajratish uchun oqma yo'lga metall yoki polietilen o'tkazgich (kateter) kiritish mumkin.
3. Bemor shikoyatlari bo'yin yon oqma yo'lini vaqti-vaqti bilan bekilib qolishiga bog'liq. Natijada oqma yo'lda ekssudat yig'ilib qolgan va kistaga aylangan. Kista ma'lum bir o'lchamlargacha kattalashib, so'ng yorilgan. Bu paytda bemor tomog'ida suyuqlik paydo bo'lishini xis etgan.

Tavsiya etilgan adabiyotlar

-asosiy

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»: M., Meditsina, 2000 g.
- qo'shimcha**
2. Bernadskiy YU.I.» Osnovi xirurgicheskoy stomatologii» Kiev, 1998.
 3. Solov'ev M.M.» Onkologicheskie aspekti v stomatologii» Leningrad, 1983.
 4. Rabuxina N.A. i dr.» Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1998
 5. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei.» M., 1983.
 6. SHargorodskiy A.G.» Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa» M. 1998.
 7. SHargorodskiy A.G.» Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxoli myagkix tkaney i kostey litsa» M., 1999.

www.interstom.azerin.com www.bda-dentistry.org.uk www.dental.saminfo.ru

MAVZU № 9

TIKLOV OPERATSIYALARINI REJALASHTIRISH: REJALASHTIRISHNING ASOSIY PRINTSIPLARI, YUZ SOHASIDAGI PLASTIK OPERATSIYALARGA KO'RSATMALAR VA ULARNI O'TKAZISHDAGI XUSUSIYATLARI

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
40-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova №5)	Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	
10-daqiqa		
Jami		6 soat

Nazorat savollari

1. YUJS nuqson va shakl bo'zilishlari tasnifi.
2. Tiklov operatsiyalariga ko'rsatmalar.
3. Tiklov operaqtsiyalariga qarshi ko'rsatmalar.
4. YUJS nuqson va shakl bo'zilishlari bo'lgan bemorlani klinik - bioximik va boshqa qo'shimcha tekshirish usullar tahlili.
5. YUJS nuqson va shakl bo'zilishlarining miqdori va sifat tavsifi.

6. Yuz-jag' sohasi nuqson va shakl buzilishlarida funktsional buzilishlar tahlili.

7. Qayta tiklash operatsiyalarini rejalashtirishqo'yidagilarga bog'liq:

a) nuqson joylashishiga .

b) nuqson hajmiga .

v) yo`qotilgan to`qimalar sifatiga.

g) bemorning jinsi va yoshiga.

8. Donorlik sohasini tanlash, material manbai va nuqson sohasiga plastik materialni ko`chirib o`tkazish usullari rejalashtirish.

Nazariy qism.

Plastik jarrohlik termini ko`p ishlatilishi xamda chet el davlatlarida plastik jarrohlik bo`yicha ko`p sonli monografiyalar chop etilganligiga qaramay mutaxassislar orasida xozirgacha aniq bir ko`rsatma yo`q.

Bu nomga quyidagi ko`proq to`g`ri keladi: plastik jarrohlik bu xirurgiyaning bir bo`lagi bo`lib, buning asosida tana yuzasi to`qimalaridagi operatsiyalar yotadi. Agar tanani qo`l va oyoqlardagi xamda qorin va ko`krak qismdagi nuqsonlarni kiyim yoki biror bir boylamalar bilan berkitishni ilojisi bo`lsa, yuz sohasidagi nuqsonlarni berkitish ancha qiyin masala hisoblanadi, SHuning uchun dastlabki plastik jarrohlik ishlari yuz sohasidagi nuqsonlarni berkitish bilan boshlangan. Yuz sohasida to`qimalar bilan ishlash printsiptananing boshqa qismlariga tarqala boshladi. Plastik jarrohlik alohida bo`lim sifatida XX asrda I jaxon urushidan keyin shakllana boshladi va II jaxon urushidan keyingi 50 yillarda o`zini aniq tasdig`ini topdi. Ushbu nomni aniqlashtirishni murakkabligi shundan iboratki, agar «plastika» so`zi faqatgina ko`chirish emas balki nuqson joylarni tiklash xam ko`zda to`tilgan bo`lsa, u holda umumiy xirurgiyadagi ko`pgina manipulyatsiyalarga ushbu nom ham to`g`ri keladi, masalan: ingichka ichakdan qizilungach rekonstruksiyasi, diafragmadagi operatsiyalar yoki siydik yo`lidagi operatsiyalar va x.k.z

SHunday qilib «sun`iy» ravishda plastik jarrohlik mutaxassisligini ajratish mumkin.

XX asr 20 yillarida angliyalik xirurg Gillis tomonidan plastik jarrohlikning asosiy printsiplari ishlab chiqilganiga qaramasdan, mustaqil fan sifatida «plastik jarrohlik» Angliya va AKSH da XX asrning 40-50 yillarida tashkil topa boshlagan.

Plastik jarrohlik rivojlanishiga sovet olimlari juda katta hissa qo`shishgan. SHulardan oftal`molog Filatov V.P., juda katta hissa qo`shgan. U nafaqat shox pardani erkin plastikasi, balki 1917 yilda chop etilgan bemor terisidan dumaloq bandni yaratish usulini aytib bergan va bu xaqida Gillis 1918 yil yozib o`tib ketgan.

Teri nuqsonlarini berkitish «ommaviy ravishda» Ulug` Vatan Urushi davrida qo`llanildi va bu bir necha o`ng minglab jangchilarni hayotini saqlab qolishda muhim rol` o`ynadi. Birinchi marta xirurglarda yo`qotilgan to`qimalarni bir qancha bandlar bilan qayta tiklash uchun ko`p sonli plastik materiallar olish imkoni tug`ildi. Ushbu operatsiyalar ko`p ekanligini hisobga olgan holda hamda maxsus o`lchamlar kerak bo`lishi va tikishda alohida e`tibor berish kerakligini inobatga olgan holda maxsus ko`nikmalarga ega bo`lgan jarrohlarga extiyoj tug`ildi.

Mikroxirurgiya yuzaga kelishi vaziyatni tubdan o`zgartirdi. Katta to`qimali bloklar autotranslantatsiyasi nuqson sohasini bir ikkita operatsiyadan keyin estetik jihatdan bartaraf qilish imkonini yaratdi.

Gap shundaki, bir necha marta bandlarni ko`chirib o`tish natijasida band o`z rangini o`zgartirgan va band yordamida tiklangan nuqson sohalari atrof to`qimalardan o`z rangi va zichligi bilan ajralib turgan. Revaskulyarizatsiyalangan autotransplantatlarda tabiiy rang va to`qima elastikligi saqlab qolgan. Bundan

tashqari bundan oldingi operatsiyalar juda ko'p bosqichliligi va oqibati noaniqligi bilan ajralib turgan bo'lsa, undan keyingi operatsiyalar juda yuqori effektliligi bilan ajralib turadi.

Lekin bu natijani mikroxirurgik operatsiyalarsiz ham qo'lga qiritsa bo'ladi. Buning uchun nuqson sohasiga tomir oyoqchali murakkab teri laxtagini ko'chirish kerak. Buning uchun teri tuzilishi anatomiyasini mukammal bilish, teri angioarxitektonikasi bilish kerak. Bundan tashqari ushbu to'qimani (bandlarni) arteriyalarni oxirgi shoxlanish joylarida yaratish lozim. Ammo plastik jarrohlikning asosiy qonuni inkor etildi: to'qimalar migratsiyasida ularning hayotiyiligi uzunlikni kenglikka nisbati 2:1 bo'lganda saqlab qolinadi. Ko'chirib o'tkaziladigan lahtakni hayotiyiligi oyoqchanning kengligiga bog'liq bo'lmasdan, balki undagi angiosomalar miqdoriga bog'liq bo'ladi.

To'qimalarda angiosomalarni aniqlanishi rekonstruktiv operatsiyalarga bo'lgan munosabatni o'zgartirdi. Birinchi marta vrachlar plastik materialni ko'p miqdorda olish imkoni tug'ildi. Asosiy etaplardan tashqi burunni tiklashga qaratilgan bo'lib, ushbu operatsiyalar qaysi davlatlarda o'tkazilgan bo'lsa o'sha nom bilan atalgan. Natijada italyancha, xindcha, frantsuzcha va ruscha metodlar yuzaga keldi.

Xindcha metodda burun peshona sohasi terisidan tiklangan(er.avv. ishlatilgan), italyancha metodda - elka ichki yuzasidan olingan teri-yog' lentasidan, frantsuzcha metodda esa lunj sohasidan olingan to'qima yordamida tiklangan.

Filatov tomonidan taklif etilgan yumaloq band Rossiyada keng qo'llanilgan. F.M. Xitrov band yordamidan yuz va burun to'qimalarida tiklash operatsiyalarni turli variantlarini ishlab chiqardi. Ushbu variant, plastik materialni olish hamda uni qo'llanilishi ruscha metod nomi bilan atala boshlandi.

Mikroxirurgiyani rivojlanishi hamda to'qimani o'qli qon aylanishi xaqidagi izlanishlar tiklovchi operatsiyalarga bo'lgan munosabatni o'zgartirdi. Autotransplantatsiyada to'qima bloklarini farqi yo'q, masalan chov sohasidan yuzning yon sohaslariga yoki qo'llarga ko'chirish. Plastik materialni olish yoki uni retsipient sohaga ko'chirish deyarli bir xil, faqat ayrim bir farqli tomonlarini hisobga olmaganda albatta. Burun va yuqori jag' sohasida murakkab anatomik strukturalarni tiklash uchun nafaqat stereoskopik fikrlash qobiliyati balki uncha ko'zga tashlanmaydigan va darxol aniqlanmaydigan yuz xamda og'iz bo'shlig'i organlaridagi o'zgarishlarni aniqlay oladigan qobiliyat egasi bo'lish lozim. SHuning uchun yuz va qo'l oyoqlardagi tiklov operatsiyalari ko'rinishidan bir biriga o'xshash bo'lgani bilan ularning orasida ancha farqlar mavjud.

Tug'ma kemptiklikda agar yuqori lab qizil do'mboqchasini tiklashda kichkina xatolik yoki burun qanoti distopiyasi kuzatilsa, bemor ruxiyatiga yomon ta'sir qiladi. Agar tanani qorin yoki ko'krak qismlarida katta va ko'pol chandiqlar bo'lsa, buni ko'pchilik erkaklar yoki ayrim xotin-qizlar erkin qabul qilishi mumkin. Ammo 14 juft mimik mushaklardan birini funktsiyasi buzilishi qo'l va oyoqlardagi barmoqlarni yo'qotilishi yoki funktsiyalarini buzilishiga qaraganda inson ruxiyatiga qattik ta'sir ko'rsatadi. SHuni inobatga olgan holda umumiy plastik jarrohlik bilan shug'ullanuvchi jarroh yuzning anatomo-funksional va estetik xususiyatlarini inobatga olgan holda ushbu bo'lim bo'yicha maxsus o'qish kerakligini anglatadi.

Plastik jarrohlikdan estetik jarrohlik bo'limi ajralib chiqdi.

YUqorida aytib o'tilganiga qaramasdan «plastik jarrohlik» termini mustaqil yoki yakka holda qobiliyatlanishi mumkin emas. Kam hollarda yumshoq to'qimalarni tiklash yoki to'g'rilashga to'g'ri keladi. Ko'pincha anatomik sohalarni tiklash zarruriyati tug'iladi, bu erda biror bir sohadagi suyak yoki tog'ay to'qimasini yo'qotilgandan keyingi rekonstruktiv operatsiyalar xaqida gapirilmokda. SHuning uchun «plastik va rekonstruktiv jarrohlik» tushunchalari biri biri bilan ayrilmas hisoblanadi. Burun o'lchamlarini estetik jihatdan kichiklashtirishda osteotomiyasiz yoki yuzning turli sohaslarini o'zgartirishda yuz yoki jag' suyaklarini o'zgartirmasdan biror bir natijaga erishib bo'lmaydi. Bemor

uchun operatsion jarayonning texnikasi muhim bo`lmasdan, u uchun operatsiyadan keyingi natija muhimroq sanaladi. Bu erda operatsiyaga xozirlangan bemor kimga murojat qilishini bilishi kerak. Kam travmali, uncha katta bo`lmagan operatsiyalarni estetik jarrohlik bo`yicha mutaxassis bajarishi mumkin, lekin bemorning yuz sohasini holatini rekonstruktiv va estetik jarrohlar kabi bir o`rinda turuvchi yuz- jag` jarrohi aniqroq baholay oladi. Evropa va AKSHda rekonstruktiv va plastik jarrohlik sohasida etuk mutaxassislar estetik jarrohlik bo`yicha xam etuk hisoblanishadi.

Yuz va bo`yin sohaslarida plastik operatsiyalarni rejalashtirish printsiplari. YUmshoq to`qimalarda plastik operatsiyalar o`tkazish texnikalari xususiyatlari.

Yuzning ochiq sohaslaridagi deformatsiyalar va nuqsonlar bemorning ruxiy holatiga qattiq ta`sir ko`rsatadi. Ular atrofdagilar bilan muloqat vaqtida va ovqatlanish vaqtida noqulaylik tug`diruvchi maxsus boylamalarda yurishga majbur bo`lishadi. Ular tez ta`sirchan va ancha odamovi bo`lib qolishadi. Ayniqsa bemorlarni gapirish nutqini buzilishi va yozma tushintirishga muxtoj bo`lishi ular ruxiyatini ancha buzib qo`yadi. Doimiy zo`riqish ostida bo`lgan bu bemorlar tez muvozanatdan chiqib ketishadi va atrofdagilarni tushunmaslikda ayblashadi.

Yo`qotilgan to`qimani tiklash operatsiyalari ancha ko`p etapliligi va ancha vaqt ketishini inobatga olgan xolda bemor va shifokor o`rtasida o`zaro kelishuv bo`lishi lozim. Jarroh qilgan ishlar bir necha kriteriyalar bilan baholanadi- qayta tiklanish vaqtining kiskaligi, funktsional va kosmetik natijalarga, bemor uchrashish darajasiga qarab baholanadi. Oxirgisi unchalik aniq bo`lmagan ko`rsatgich, ammo kezi kelganda asosiy rol o`ynovchi omil hisoblanadi. Jarroh amaliytida bemor e`tiborsizligi tufayli kungilsiz asoratlari kelib chikishi ko`p uchraydi. Bunga Filatov bandini uzib yuborish, kuchib o`tkazilgan to`qimani uxlash davrida ortiqcha bosib yuborish natijasida ikkilamchi nekroz yuzaga kelishi yoki bog`lamalarni qayta o`tkazish oraligida shaxsiy gigienaga e`tibor bermaslik va x.k.z. Bo`larni oldini olsa bo`ladi qachonki shifokor bemorga operatsiya xarakterini, vaqtini va davomiyligini hamda keyinchalik o`tkaziladigan qayta bog`lamalr xarakterini tushuntirsa yuqoridagi asoratlarni chetlab o`tsa bo`ladi. Agar bemor o`tkazilgan to`qima nuqson sohasidan dastlab bo`rtib turishi va bu keyinchalik jarrohlik yo`li bilan bartaraf etilishidan xabardor bo`lsa, bemor operatsiyaning oralik davrida bo`ladigan o`zgarishlarni yaxshi tushunadi. Bemor plastik material uchun olinadigan donor sohasida qanday estetik va funktsional o`zgarishlar bo`lishini bilishi va tushinishi kerak. Ko`pgina odamlar, shu jumladan yoshlar va ayol kishilar tana yoki yuzning ochik qismidagi nuqson hosil bo`lishidan kura tananing boshqa joyidagi funktsional yo`qotishga rozi bo`lishadi. Bunday olib karaganda plastik jarrohi uchun jarrohlik amaliyotini o`tkazish uchun bir nechta variantlar mavjud bo`ladi. Bunda bemorga umumiy va ayrim noziq tomonlar tushuntiriladi. Masalan teri va uning strukturalari kesib olingandan keyin paydo bo`lgan yumshoq to`qimali nuqsonni bartaraf etish uchun revaskulyarizatsiyalashgan erkin terini ko`chirish yoki Filatov bandi bilan yo`qotish mumkniligi. Birinchi variant eng oddiy va ishonchli usul hisoblanadi, lekin yuza satxning qonturini tiklanishiga olib kelmaydi va chuqurcha bo`lib qoladi, pigmentatsiya kuzatilishi yoki nevus va gemangiomalarda dastlabki rangini qaytarish imkoni yuzaga kelishi mumkin. Mikroxiirurgik texnikaga amal qilgan holda ko`p qavatli to`qima transplantatsiyasi ko`rsatilgan etishmovchiliklardan xoli va bitta etapda o`tkazilsa bo`ladi, ammo donor sohasida dag`al chandiqlar hosil bo`lishi va oqibati omadsiz bo`lishi mumkin, bunda yangi jarrohlik amaliyoti o`tkazish kerak bo`ladi. Nuqsonni Filatov bandi yordamida bartaraf etish esa kam yo`qotishlarga olib keladi (bandni kosmetik jihatdan yopii bo`lgan chov sohasi yelkaning ichki qismlaridan olinishi), lekin davolash jarayoni ancha uzoq kechadi va bemor majburiy holatda bo`ladi.

Albatta oxirgi qaror jarroh tomonidan qilinadi, chunki u bemorning somatik holati, murakkab operatsiyani o`tkaza olishini va nuqson atrofdagi to`qima xarakterini aniqlaydi lekin bemorga ushbu narsalarni tushuntirgan holda shifokor bemorni operatsiya rejasiga rozi bo`lishiga, ya`ni u bilan hamkorlikda ishlashini tushuntirishi lozim. Ayrim xollarda bemorlarning estetik va funktsional jixatdan yaxshilanishiga olib keluvchi uncha effektli bo`lmagan, lekin qoniqarli natijaga olib keluvchi

operatsilarga bemorni ko`ndirish. SHuni esda tutish lozimki rekonstruktiv davolashni baholaydigan uch tip odamlar farqlanadi .

Rekonstruktiv xirurgiyani asosiy qoidalari yo`qotilgan to`qima va organlarni xuddi shunday to`qima bilan tiklash. Funktsional va anatomik jihatdan yaxshi natijag'a erishish uchun xarbir nuqson sohasi mukammal o`rganilishi lozim. Masalan, nur bilan zararlangan teri hayotiy funktsiyasi saqlanganiga bo`lishiga qaramay plastik material uchun shubxali bo`ladi va ko`p hollarda shu soha kesib tashlanadi. V.S. Dmitrieva va A.N. Alekseeva (1985) nurlangan bemorlar terisini suyuq kristallarni kirgizish yo`li bilan shuni aniqlashdiki, nurlangan teridagi degenerativ o`zgarishlar vizual ko`rinishdan ham kattarok ekanligini ko`rsatishdi. Ular shuni takidlab o`tishdiki shu soha yomon qon bilan ta`minlanishi natijasida ko`chirib o`tkazilgan bandli lahtakka qon tomirlar o`sib kirishi ancha qiyin bo`ladi. «Lekin bu muammoga boshqacha ham yondashsa bo`ladi agar shu sohada qon bilan qanday ta`minlanishidan kat`iy nazar ko`chirilib o`tkazilishni planlashtirilsa. Agar qabul qiluvchi to`qimani atravmatik tayyorlasa deyarli hamma yumshoq to`qimalarni saqlab qolsa bo`ladi, keyinchalik esa yaxshi vaskulyarizatsiyalangan plastik materialdan qon tomirlarni o`sib kirishi natijasida to`qimani rangini yaxshilanishi va turgorligi yaxshilanadi.

Ayniqsa yomon sifatli o`smasi bor bemorlarni plastik operatsiyasini rejalashtirish ancha murakkab bo`ladi. Xozirigi kunda olib tashlangan o`sma sohasini bir laxzali platika bilan tiklashga tendentsiya ketmokda. Bunda jarroh bir vaqtining o`zida ikkita masalani hal etmogi lozim – to`la tukis o`smani olib tashlash va nuqson sohasini to`liq tiklashdir. Ideal variantda bu opertsiyalarni turli mutaxassislar o`tkazmog'i lozim bo`ladi: onkolog plastik material etishmovchiligi xaqida uylamasdan bemalol o`smani olib tashlaydi va ikkinchi bosqichni esa malakali plastik jarrohi nuqsonni yo`qotadi. Lekin amaliy jixatdan bu ishni bajarish qiyin hisoblanadi: operatsiya bir kishi tomonidan bajariladi va bundi jarrohdan xirugiyaning turli bo`limlaridan xabardor bo`lishni talab etadi.

Lekin texnik jixatdan ushbu jarrohlik amaliyoti qiyin bo`lishiga qaramasdan to`qimalarni qon aylanishi tiklangan holatda autotransplantatsiyasi ushbu jarrohlik amaliyotini ancha osonlashtirib qo`ydi. Jarroh dumaloq band bilan, ayniqsa bir nechta bandlar bilan ishlaganda jarroh fikrlash qobiliyati ancha yuqori bo`lishi lozim chunki bandni ko`chirib o`tkazish etaplarini, opertsiya hajmini va nuqson sohasiga turishini bilishi lozim.

Tanglayni katta nuqsonlarni plastik jixatdan bartaraf etish juda murakkab hisoblangan. YUmoloq va yassi bandlar qo`llanilgan, ko`chirish etaplarida chandiq holatidan xabardor bo`lish muhim hisoblangan. Xozirgi vaqtda esa hoxlagan nuqsonni chakka sohasi yoki elka sohasidagi autotransplantat bilan bir laxzali epitalizatsiyalashgan fastsial lahtak yordamida bartaraf etsa bo`ladi. Bunda bemor og`iz orqali Filatov bandini ko`chirish azobidan forig' bo`ladi. Operatsiyani rejalashtirishda asosiy e`tibor murakkab nuqson sohasini berkitishga, donor sohasini to`g`ri tanlash va oziqlanuvchi oyoqni holatiga qaratiladi. Ko`p variantli imkoniyatlar plastik materiallar olinish sohasini to`g`ri tanlashga va optimal natijag'a erishish uchun imkon yaratadi. Yuz sohasida nuqsonni maksimal ravishda yo`qotishda jarroh tanani boshqa qismlarini zararlab qo`ymasligi kerak. SHunig uchun pastki jag`ni nomsiz barmoqdan shakllantirish bizning nuktai nazarimizda o`rinsiz bo`lib hisoblanadi. Buni boshqa metodlar bilan shunga o`xshash yo`qotishlarsiz ushbu nuqsonni bartaraf etsa bo`ladi.

REJALASHTIRISH.

Yuzning bir nechta anatomik qismlarini, murakkab va qo`shma yuz nuqsonlarini bartaraf etishda variantlarni chuqurroq qarab chiqmok kerak.

Dunyoni nomdor klinikalarida ushbu maqsad uchun o`zida ma`lumotlar saqlanaydigan komp'yuter xizmatidan foydalanishadi.

Nuqsonni analiz qilish vaqtida uni sababini aniqlash lozim, shulardan, chandiqli bitishmalarni va to`qimalarni kuchish sababini, og`iz ochilishini chegaralanishini, nafas olishning bo`zilishi, ovqat yutishning buzilishi yoki gapirishning buzilish sabablarini aniqlash, nuqson hajmi va shakli aniqlanishi lozim. Bundan tashqari nuqson sohasini berkitish uchun kerak bo`ladigan to`qima hajmini xam bilish lozim. Ayrim holatlarda yo`qotilgan to`qima o`rnini tiklash uchun kerak bo`lgan to`qima miqdori estetik jihatdan to`la qonli funktsiyani bajarish uchun kerak bo`lgan to`qima hajmiga to`g`ri kelmaydi. Agar lunj sohasi total nuqsonini bartaraf etishda og`iz yopiq bo`lgan holatda ichki va tashqi qavatni tiklash uchun to`qima miqdorini ikki marta oshirganimizda, og`iz ochilishi buziladi. Lunj sohasini qayta tiklangan to`qimasi cho`zilish va qisqarish xususiyatiga ega bo`lmaydi, shu sababli kerak bo`lgan to`qima miqdori og`iz maksimal ochilgan vaqtda aniqlanadi. Lekin og`iz yopilgan vaqtda to`qimani bo`rtib chiqishi kuzatiladi va bu estetik jihatdan yoqimsiz hisoblanadi, lekin yo`qotilgan funktsiyani tiklash doimo birinchi o`rinda turadi.

Operatsiya o`tkazish xususiyatlari. Atravmatik operatsiya. Jarrohning asosiy e`tibori to`qima bilan ehtiyotkorlik bilan ishlashga qaratilgan bo`lishi lozim. Chunki ko`pgina plastik operatsiyalar to`qima qon aylanishining buzilishi, ularni yangi joyga ko`chirgan vaqtda devaskulyarizatsiyasi bilan kechadi. Qon aylanishi buzilgan to`qima tez mikroorganizmlar ta`siriga sezuvchan bo`lib qoladi va bu devitalizatsiya jarayonini kuchaytiradi. To`qima turli tuzilishga ega bo`lganligi uchun jarrohlik amaliyoti vaqtida to`qima maksimal ehtiyot qilinishi lozim. Atravmatik operatsiya termini bu erda shartli qo`llanilgan, chunki har qanday jarrohlik amaliyoti xujayrani zararlanishi bilan kechadi. Ko`p yillik jarrohlik va hozirgi zamon tajribalari shuni ko`rsatadiki, o`tkir asbob bilan yuzaga kelgan jaroxat tezda bitadi. Dag`al jaroxatlar tezda zararlanadi va nekrozga uchraydi. Mikroxirurgik texnikalarning yuzaga kelishi operatsiyalarning ancha yengil o`tishiga yordam beradi. Plastik materialni yaratishda jarrohni asosiy ish quroli skalpel` va qaychi hisoblanadi. Almashtiriladigan lezviyalardan foydalanish ancha foydali hisoblanadi.

To`qimalarni ajratish uchun tomir qaychilarini ham ishlatsa bo`ladi. Qon to`xtatuvchi qisqichlar bilan jaroxatni tumtoq yo`l bilan kengaytirsa bo`ladi. Flegmonani ochganda to`qimalarni qon to`xtatuvchi qisqichlar bilan tumtoq yo`l bilan ajratish mumkin, ammo bu usul plastik jarrohlikda qo`llanilmaydi. To`qimalar tumtoq yo`l bilan kengaytirilganda to`qimalar ortiqcha tortilishi natijasida xujayra elementlari va qon tomirlari zararlanadi va ishemizatsiya zonasi ortadi. Plastik material hosil qilayotgan mahalda bandni ko`chirishga halaqit berayotgan hamma qon tomir va nerv tomirlari bir xil uzunlikda kesiladi, lekin bu ishni ehtiyotkorlik bilan qilgan ma`qul. Jarohat chetlarini kengaytirish operatsion maydonni reviziya qilishni osonlashtiradi .

Qayta tiklash va rekostruktiv operatsiyalarga tug`ma va orttirilgan anatomo-fiziologik va kosmetik jihatdan kelib chiqqan nuqson shakl bo`zilishlar ko`rsatma bo`ladi.

Yuz-jag` sohasi nuqson va shakl buzilishlari tasnifi:

Etiologiya va patogezi bo`yicha.

1. Jaroxat, shikastlanish (maishiy, ishlab chiqarish, sport, jarrohlik va boshqalar)
2. Odontogen infeksiyalar (Spetsifik yoki nospetsifik).
3. Noodontogen infeksiyalar (Spetsifik yoki nospetsifik).
4. Aseptik yallig`lanish (Noto`g`ri qilingan in`ektsiya, allergiya).
5. Tug`ma nuqson va shakl buzilishlar.
6. Orttirilgan nuqson va shakl buzilishlar.
7. Yuz, burun, lab, lunj, qovoq , bo`yin terisining yoshga bog`liq shakl buzilishlari.

Joylashish joyiga qarab.

1. Yuzning yumshoq to`qimalari.
2. Yuzning yumshoq to`qimalari va suyaklari (jag', yonoq, burun, peshona)
3. Og'iz bo`shlig'i va jag'larning yumshoq to`qimalari.
4. Yuzning yumshoq to`qimalari, og'iz bo`shlig'i va yuz suyaklari.
5. Yuzning yumshoq to`qimalari va burun tog'ayi.
6. Yuzning yumshoq to`qimalari, burun tog'ayi va og'iz bo`shlig'i shilliq qavati.

Funktsiyasini buzilish xarakteriga ko`ra:

1. Yuz mimikasini buzilishi, jinsiy disfunktsiya.
2. Og'iz ochilmasligi yoki chegaralanganligi va ovqatni yaxshi tishlay olmaslik.
3. Ovqatning chaynay olmaslik yoki chaynashning qiyinligi
4. YU tishning qiyinligi yoki yuta olmaslik
5. Nutqning yo`qligi yoki qiyinligi.
6. Nafas olishning yo`qligi yoki qiyinligi, uxlaganda xurrak otish.
7. YU qorida keltirilgan funktsiyalarning xammasini yoki ba`zilarini buzilishi.

Yuz-jag' sohasining tug'ma nuqson va shakl buzilishlari.

Quyidagi sinflarga bo`linadi:

- a) YU qori lab kemtigi (bir yoki ikki tomonlama, to`liq yoki qisman, yuz va jag'larning boshqa nuqsonlari bilan birgalikda)
- b) Yuzning kolobamasi yoki yuzning qisman kemtigi (og'iz burchagi, lunj va qovoq burchaklari) bir, ikki tomonlama; qisman, to`liq, kombinatsiyalangan.
- v) tanglay kemtigi (qisman, to`liq, yashirin, lab, lunj nuqsonlari bilan qo`shilib kelganda va boshqalar).
- g) Makro -, mikro stomiya.
- d) Mikro otiya, anotiya.
- e) Burunning qisman kemtigi (aralash, teri osti yoki yashirin)
- j) Burun nuqsoni (bukrilik, qiyshayish)

Yuz-jag' sohasi orttirilgan nuqsonlari teri yuza va chuqur qavatlarida joylashib, teri yuza qavatining kichik jarohatlaridan boshlab, yuz barcha suyaklari va unda joylashgan yumshoq to`qimalar, qovoq, ko`z olmasi va quloq suprasi yo`qligi bilan tugashi mumkin.

Yuz-jag' sohasi orttirilgan nuqson va shakl buzilishlari etiologiyasiga ko`ra qo`yidagi guruhlariga bo`linadi:

- a) Mexanik shikastlanishlar (maishiy, ishlab chiqarish, o`q otish qurolidan, transport, hayvonlar tishlashi natijasida kelib chiqadigan zararlanishlar)
- b) Termik jaroxatlar (olov yoki issiq aralashmalar va boshqalardan kuyish, sovuq eyish).

v) Kimyoviy shikastlanishlar (suyuq kislotalar, kuchli ishqorlar)

g) Infektsiyalar (noma, qizil volchanka, zaxm, osteomielit, ospa, saramast) va kon aylanishi bo'z qilishi natijasida kelib chiqqan to'qimalar nekrozi.

d) Xosilalarni olib tashlash operatsiyalari.

e) Nur terapiyasi natijasida to'qimalarni zararlanishlari.

j) Teridagi tatuirkovkalar.

Qayta tiklash va rekonstruktiv operatsiyalarga qarshi ko'rsatmalar: qarshi ko'rsatmalar ikkiga bo'linadi; umumiy va maxalliy

Maxalliy qarshi ko'rsatmalarga: nuqson va shakl buzilishning juda kichikligi (funktSIONal o'zgarishlarning yo'qligi ayniqsa kosmetik omilning ahamiyatsizligi ya'ni yoshi katta va qari odamlarda); yuz terisini piodermiyasi, yarali stomatit, gingivit, glossit; regionar limfa tugunlarini, yuqori jag' bo'shlig'i, jag'lar, burun, xalqumning burun qismi va operatsiya bo'ladigan sohada joylashgan qo'shni a'zoldagi yallig'lanish jarayonlari kiradi.

Umumiy qarshi ko'rsatmalar: o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, ovqat xazm qilish tizimi funksiyasining og'ir bo'zilishlarida, ruxiy bo'zilishlar, tana, qo'l, oyoq terisi va boshning sochli qismlarida yiringli o'choqlarning bo'lishi, kelib chiqishi noaniq bo'lgan subfirelitet, bemorning umumiy xolsizligi va o'zini yomon xis qilishi, xayz tsikli kiradi.

O'pka yoki suyak sili natijasida kelib chiqqan subfibrilitetda spetsifik davo kursi o'tkazilishi kerak. Bundan keyin ftiziator maslaxati bilan bir etapli travmasiz operatsiya o'tkazish mumkin. Tuberkulyoz bilan kasallangan bemorlarda ko'p etapli jarrohlik operatsiyalarini sanatoriya va statsionar sharoitda o'tkazilgan kompleks davolashlardan so'ng boshlash mumkin.

Volchankali sohasini operatsiya qilishda uning saraton yoki sarkomaga aylanish xavfini hisobga olib o'tkazish zarur. SHuning bunday chandiqlarni kesib olib tashlab bo'lmaydi. Agar kesib olib tashlanadigan bo'lsa, qizil volchanka xuruj qilmasligi uchun maxsus davo o'tkazilishi kerak. Bunda jarroh bemorning organizmi qarshiligini yuqoriligi, maxsus davo olgandan keyin yarim yil ichida kasallik qaytalanmaganligini xisobga olib chandiqli olib tashlashi mumkin.

Agar bemor zaxmdan davolangan bo'lsa biroq serologik reaksiya (qon va orqa miya suyuqligida) musbat bo'lsa bemorni qayta spetsifik davolash kursiga yuboriladi. Lekin bu davodan keyin ham serologik reaksiya musbat bo'lsa bu operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'la olmaydi, chunki operatsiyadan keyin jaroxatda ham asosiy kasallikda ham qayta xuruj kuzatilmaydi.

YUrak nuqsoni va anemiya bilan og'rigan bemorlarda ma'lum terapevtik davo olgandan keyin bir etapli operatsiya o'tkazsa bo'ladi. Ko'p etapli operatsiyalarni ham bemorning umumiy ahvoli yaxshilanguncha qoldirilsa bo'ladi .

Yuz jag' sohasi kasalliklari bilan kasallangan bemorning psixonevrologik statusi

Jarroh bemorni operatsiyaga tayyorlashdan oldin uning psixonevrologik holatini hisobga olishi kerak. Odatda doimiy ruhiy zo'riqishlar ta'sirida yurgani uchun bemorlarda psixogeniya, nevrosteniya, nevroz kelib chiqadi. Bemorlarda jarrohlik amaliyotida kuchli qo'rqasada, lekin ularda kosmetik nuqsondan tezroq qutilish istagi kuchliroq namoyon bo'ladi.

Kattalar jarohat natijasida kelib chiqqan nuqsonlarni nisbatan engilroq qabul qilishadi, o'rganishadi va moslashadi.

Jaroxat natijasida yuzaga kelgan nuqsoni bor bemor yoki tug'ma nuqson bilan kasallangan bemorlar qanchalik yosh bo'lsa, jarrohlik aralashuvi shuncha yomon ta'sir etib oliy asab tizimining kuchli buzilishiga ruxiy holatni dekompensatsiyasiga olib keladi. Xatto bemor kosmetik nuqson bo'lgani uchun o'zini joniga suyuqasd qilishgacha borgan.

Ba'zi o'smirlar o'zini tug'ma nuqsonini bo'lishiga ota-onasini ayibdor deb xisoblaydi va doimo taqdiridan, shaxsiy xayotining yomonligi va do'stlarining yo'qligidan noliydi. Ularning agressiv badjahlligi oila a'zolari, ish joyida xamkasblari bilan muammolar kelib chiqishiga olib kelishiga sabab bo'ladi.

Bemorlar jarrohlik davo natijalariga xuddi o'zlaridagi nuqsonga bo'lgan munosabatdagidek bo'lib, ular 5 guruhga bo'linadi;

1. estetik xis tuyg'ulari pasaygan bemorlar xatto nuqson ancha sezilarli bo'lsa ham ular e'tibor bermaydilar.
2. Normal estetik xis tuyg'uli bemorlar. Bunda bemorlar o'z nuqsonini o'z hoxishi bilan ochiq namoyon qila oladi. Ba'zan davo kutilgan natijani bermasa ham bemor tushkunlikka tushmaydi va davoni davom ettiradi.
3. Bemor o'z holatiga doimiy bir xil munosabatda bo'lmagan estetik xis tuyg'usi o'zgarib turadigan bo'ladi, gohida o'zidagi nuqsonga haddan tashqari kuchli e'tibor beradi, ba'zan umuman e'tibor bermaydi. Ular bilan suhbatlashgandan so'ng ular operatsiya muxtoj emasligini tushunib yetadi, lekin bir necha kundan keyin atrofdagi ba'zi odamlarning gap so'ziga qarab boshqacha fikrlay boshlashadi va operatsiya qilishlarini talab qilishadi.

Xatto o'zini o'ldirish bilan ham tahdid qilishadi. Ulardagi nuqson faqat kosmetik xarakterga ega, nutqiga, ovqatlanishiga, nafas olishiga xalaqit bermaydi. Operatsiya natijalariga har xil, atrofdagi qo'shnilari, qarindoshlari, tibbiyot xodimlarining fikriga ko'ra yondoshadi.

4. Estetik xis tuyg'ulari kuchli ifodalangan beomrlar o'zining tashqi ko'rinishidan doimo bezotalanib yurishadi, har qanday sharoitda o'z tashqi ko'rinishlarini unitishmaydi, eslab yurishadi, Ular haqidagi har qanday nigohni ya'ni ularga qarayotgan insonlarni nazardan qochirmaydilar. Agar shifokor jarrohlik davosidan bosh tortsa o'zlarini o'ldirishga ham tayyor ekanligini aytib tahdid qiladilar. Arzimas nuqsonlarga ham juda etibor berishadi. Davolash natijasi ko'pincha ularni qoniqtirmaydi, ulardan surishtirib ko'rganda bu yerga murojat qilishdan oldin ular ko'plab shifoxonalarga murojat qilganligi aniqlanadi. Bunday bemorlarga operatsiya unchalik naf bermasligini ularga yaxshilab tushuntirish kerak.

5 O'z yuzlaridagi kosmetik nuqsonlardan jirkanadigan, uyaladigan, qoniqmaydigan bemorlar.

Ular hech qanday o'zgarish bo'lmasa ham o'z burun va dahanlarini to'g'rilash, mayda ajinlarni yo'qotishni talab qilishadi. Bunday hollarda bemorning (uning yaqinlarini ham) bunday operatsiyalarga xojat yo'qligiga ishontirish kerak. Masalan mongoloid irqiga mansub insonlarga burun beli sohasini ko'tarilganligi, sharqiy irqda esa burunni keskin kaltaligi kabi vaziyatlarda ularga jarrohlik amaliyoti foydasizligini tushuntira olish kerak. Agar ularga bu suxbatlar naf bermasa bemorga psixoterapevtik ta'sir o'tkazish uchun psixiatorga yuboriladi, agarda zarur bo'lsa ma'lum davolash usullari o'tkaziladi. Nuqsonning biror a'zo faoliyatini buzganligiga qarab, bemorni yoshini xisobga olib operatsiyaga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar aniqlanadi. SHu soxadagi nuqson qancha erta bartaraf etilsa, bu qo'shni organ funktsiyasini buzilishni oldini oladi. Masalan: bemor bolada chakka pastki jag' bo'g'im o'sig'i sohasi ankilozi bo'lsa, unda mikrogeniya, tish yoyi deformatsiyasi rivojlanadi. Lunj va yuqori lab ichki yuzasida chandiqli nuqson bo'lsa, burun qanoti, pastki qovoq tortilib shakl bo'zilishi rivojlanadi. O'z vaqtida bartaraf etilmagan yumshoq tanglay nuqsoni shu soxa mushaklari va yuqori jag' tanglay o'siqlarini rivojlanmasligiga sabab bo'ladi. Qattiq tanglay nuqsonlar burun yo'llari, o'rta quloq va bronxlarni gipertrofiyasiga xamda yallig'lanishiga olib keladi. YUqori lab tug'ma nuqsonlarida operatsiya qancha erta o'tkazilsa shuncha samarali bo'ladi. Operatsiya xatto bolaning bir necha kunligida o'tkaziladi va bola rivojlanib borgan sari unda yo'z suyaklar va yumshoq to'qimalarining ikkilamchi nuqsonlarining oldi olinadi. Lab tug'ma nuqsonlari bolaning emishiga ham ta'sir qiladi. Qovoqdagi nuqsonlar

esa kseroofal'miya, ko'z kosasi chandiqli o'zgarishi, ko'rlikka olib kelishi mumkin. SHuning uchun bunday nuqson va shakl bo'zilishlarni emizikli, maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda bartaraf etish kerak.

Yuz terisi kosmetik nuqsoni unchalik katta bo'lmasa unda operatsiyani 17 - 20 yoshgacha qoldirish mumkin va bu muddat ichida suyaklar va yumshoq to'qimalarda ikkilamchi deformatsiyalar rivojlanmasligiga e'tibor berish kerak.

Barcha xollarda shifokor operatsiyaga bemorni olishida tibbiy ko'rsatmalarga qarab ish qilish kerak va albatta bemor (uning yaqinlarini) hohishlarini ham inobatga olishi kerak. Bemor va uning ota-onasini operatsiyaga roziligini kasallik tarixiga yozma ravishda qayd etish kerak.

Operatsiya rejalatirilganda bemor yo'zini suratga olish hamda yuz niqobi va modellar tayyorlanadi. SHifokor yo'z to'zilishini mukammal bilishi va etimayotgan qismni aniq chiza bilishi zarur.

Yuzdagi nuqson va shakl bo'zilishlar bemorning ruxiyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Doimo himoya bog'lov vositalarini taqib yurish, ovqat qabul qilish vaqtidagi qiyinchiliklar, atrofdagi insonlar bilan muloqotga kirishishni qiyinligi bemorlarda seziladi, o'z dardi bilan o'zi ovora bo'lib, atrofdagilardan chetlab qolishiga olib keladi. Bemorlarni ayniqsa nutqi bo'zilganligi sababli ko'pincha o'z xoxishlarni yozma tarzda ifoda etish ularga yomon ta'sir qiladi. Doimiy asabiylashib yurish natijasida ular atrofdagilardan uzoqlashadi va atrofdagilar uchun tushunish qiyin bo'lgan odamga o'xshab ko'rinadi.

SHifokor bemorni jarrohlik amalyotiga tayyorlar ekan, unga operatsiyani qancha vaqtga cho'zilishini, nechta bosqichda o'tkazilishini batafsil tushuntira bilishi va bemor o'zaro hamkorlikda ishlashi kerakligini tushuntira olishi shart.

SHifokorning mohirligi qayta tiklash operatsiyasini qanchalik tez funktsional va kosmetik jixatdan qayta tiklanganligiga qarab baholanadi. Bemorning aralashuvi hal qiluvchi rol' o'ynaydi. Har bir jarrohda bemor aybi bilan operatsiyadan keyingi asoratlar rivojlansa, qayg'uli tajriba kelib chiqadi. (Masalan: Filatov bandining uzilib ketishi, uyqu vaqtida bemor holatini o'zgarishi natijasida ko'chirib o'tkazilgan to'qimaning siqilishi, uyqu vaqtida noqulay vaziyatda turishi natijasida rivojlangan ikkilamchi nekrozlar, qayta bog'lov vaqtida jarohat ifloslanishini oldini olish choralari buzilganda).

Bunday asoratlardan qutilish uchun bemorga operatsiyani mohiyatini, miqdorini, davomiyligini va oraliq davolash natijasini tushuntirish orqali maqsadga erishiladi.

Agar bemorga shu olinayotgan to'qima operatsiya boshida ortiqchadek tuyulsada lekin keyinchalik bu bir necha oraliq operatsiyalar davomida joy joyiga tushib ketishi va nuqson bartaraf etilishini yaxshi tushinadi va qabul qiladi. Bemor nuqsonni bartaraf etish uchun ko'chirib o'tkaziladigan a'zod yuzaga keladigan to'qimalar nuqsonini tasavvur eta olishi va bunga rozilik berishi kerak. Ko'pchilik bemorlar, ayniqsa yoshlar va ayollar yuz va badan ochiq ko'rinib turadigan qismida chandiqlar qolgandan ko'ra funktsiyasi buzilishiga e'tibor bermaydilar.

Amaliyotda plastik operatsiyalarning bir necha turlari mavjud. Bemorlarni shu usullarning barchasi bilan tanishtirish zarur. Masalan: yumshoq to'qimalar nuqsonlarini bartaraf etish uchun to'qimalarni revaskulyarizatsiya bilan autotrasplantatsiya qilish, Filatov bandi yordamida bartaraf etish mumkin. Birinchi usul eng oddiy va qulay, lekin yuza chegaralarini bir tekis tiklamaydi, tarqalgan nevus va gemangiomalarda rangi o'zgarishi yoki pigmentatsiyalanishi mumkin. To'qimalarning ko'pgina qavati va tomirlar bilan birga autotranplantat qilish bir etapda nuqsonni bartaraf etish mumkin, lekin bunda donorlik sohasida katta va chuqur chandaqlar yuzaga keladi va u erda boshqa yangi operatsiya o'tkazish muammosini yuzaga keltirib chiqaradi. Nuqsonni Filatov bandi bilan bartaraf etish to'qimalarning kamroq sarflanishiga, tana a'zolariing ko'rinmas joylaridan olinganligi sababli estetik jihatdan qulaylik keltirib chiqarishi mumkin. Lekin operatsiya juda uzoq chuziladi va bemorda bir qancha vaqt majburiy holatda bo'lishi noqulayluk tug'diradi.

Nuqsonni qanchalik katta va atrofdagi a'zolariga tarqalganligi, bemorning xarakterini hisobga olgan jarroh operatsiya muammosini hal etadi, bemor talabini hisobga olgan xolda.

Ba'zan bemorning unchalik samarasiz, lekin yetarli estetik va funksional natija yaxshilanishiga, ba'zan bemor ayrim samarali bo'lmagan, lekin ishonchli estetik yoki funksional natija beruvchi usulni qat'iy talab qilganda bemorni fikridan qaytarish kerak emas, balki shu talab doirasida chegaralangan hajmli operatsiya o'tkazish mumkin.

Rekonstruktiv operatsiyaning asosiy vazifasi yetishmayotgan to'qimalarni qayta tiklash. Nuqsonni bartaraf qilishda to'qimalarning funksional va anatomik jihatdan qayta tiklashda har bir mayda qismigacha, sifatiga va miqdorigacha yaxshilab o'rganish kerak. Nurdan zararlangan teri tashqaridan qaraganda hayotiyligini yo'qotmaganga o'xshasada, lekin uning plastik material sifatida ishlatilishi va uning bitib ketishi ancha gumonlidir. SHuning uchun o'sha joyni kesib olib tashlash kerak. V.S. Dmitriev va A.N. Alekseev (1995) tadqiqotlariga ko'ra teri yuza qavatlari nurlangan bemorlarda qon aylanishi o'zgargan bo'ladi. Ularni aniqlashicha ko'chirib o'tkazilgan lahtakli banddagi qon aylanishi yuza ta'minlanganligi uchun shu sohada qon tomirlar paydo bo'lishiga olib keladi.

Ayniqsa xavfli o'smasi bor bemorlarda qayta tiklash operatsiyalarini rejalashtirish qiyin kechadi. Hozirgi vaqtda o'sma olib tashlash vaqtida bir vaqtning o'zida ushbu sohani plastik tiklash usullari aniq ishlab chiqilgan. Jarroh bir vaqtning o'zida ikkita masalani - o'smani to'liq olib tashlash va nuqson sohasini butunlay bекitish masalasini hal qilishi kerak. YAxshisi operatsiyani o'z kasbini mutaxassisi qilgani ma'qul. Onkolog plastik material etishmay qolishiga ikkilanmasdan o'sma va atrofdagi to'qimalarni olib tashlashi va jarroh o'z imkoniyat darajasidan kelib chiqib nuqsonni bartaraf etishi kerak.

Qayta tiklash operatsiyalarining asosiy maqsadi nuqsonga to'qimalarni yaqinlashtirish. Yuza to'qimalarni ko'chirib o'tkazish yo'li bilan mahalliy plastika qilish yaxshi samara beradi. Terini erkin ko'chirib o'tkazish keyinchalik korreksiya talab qilganligi uchun unchalik samarali hisoblanmaydi. To'qimalarni shu joyga moslashib bitib ketishi uni qon bilan qay darajada ta'minlanganligiga bog'liq.

Ko'chirib o'tkazilgan to'qimaning geometrik harakatlanishini rejalashtirish lahtakni qon bilan ta'minlanishi kabi muhim ahamiyatga ega. 1865 yili YU.K. SHimanovskiy birinchilardan bo'lib plastik operatsiyalarni geometrik rejalashtirishni ishlab chiqqan. Muallif o'sha vaqtda taniqli bo'lgan geometrik shakllar uchburchak, to'rt burchak, aylana va ellips shakllaridan foydalanib plastik operatsiyalarni o'tkazgan. Jarrohlik aralashuvida geometrik printsiplni qo'llash jarrohni fikrlash doirasini kengaytiradi va o'sha davr uchun uchun qimmatli uslub hisoblanadi. Nuqsonlarni geometrik shakllaridan foydalanib bartaraf etish tizimini chuqurroq o'rganish samarali bo'lganligi uchun xozirgi vaqtda inson tana yuzasida plastik jarrohlikda keng qullaniladi. Bir asrdan so'ng A.A Limbergning 1946 yilda chiqarilgan "Inson tanasi yuzasida mahalliy plastikaning matematik asoslari" maqolasida mahalliy plastika operatsiyalarning asosiy rejaları yoritib berilgan. Muallif plastik jarrohlikning aniq matematik xisobini ishlab chiqqan. Matematik taxlildan foydalanish plastik jarrohlik o'takzishda to'qimalar holatini qanday o'zgarganligini aniqlab beradi. O'z fikrlarini yanada rivojlantirish maqsadida 1963 yilda A.A. Limberg shu mavzuda monografiya ishlab chiqdi. O'z tajribalaridan kelib chiqib shu sohada matematik hisoblardan foydalanib, plastik shakllning aniq ko'rsatkichlarini aniqlash va natijani baholash mumkinligini e'tirof etgan. Bir necha 10 yillar davomida qayta tiklash operatsiyalari emperik boshlang'ich usullarga va xar bir jarroh va ularning ajdodlari tajribasiga asoslangan edi. Qayta tiklash operatsiyalarini rejalashtirishda (bir qancha) qaysi to'qima turi qanday miqdorda donorlik sohasi talab qilinadi va retsipient soha qay darajada yaxshi qabul qiladi degan bir qancha vazifalarni hal etish kerak. Ushbu vazifalarni hal etish uchun 1995 yilda E.A. Luce qo'ydagi sxemani taklif etdi: 1) Nuqson va funktsiya qay darajada buzilganligini baholash. 2) Nuqsonni bartaraf etish imkoniyatini aniqlash. 3) YUqori natijaga erishish. 4) YUqori natijaga erishish uchun reja tuzish. 5) Bemorni hoxish imkoniyatlariga qarab rejani tasdiqlash.

Interaktiv metod: Aylana stol

TESTLAR:

1. Yuzdagi nuqson hajmini taxlil qilish uchun quydagilardan qaysi biri bo`lishi zarur.
 - a) qonning umumiy taxlili.
 - b) siydik umumiy taxlili.
 - v) qondagi gemogloblin miqdori.
 - g) qon guruhi va rezus faktor.
 - d) bemor sur`ati.*
2. Yuzdagi nuqson xajmini taxlil qilish uchun qo`ydagilardan qaysi biri bo`lishi zarur.
 - a) qonning umumiy taxlili.
 - b) siydik umumiy taxlili.
 - v) qondagi gemogloblin miqdori.
 - g) qon guruhi va rezus faktor.
 - d) yuz niqobi *
3. Yuz-jag` sohasi funktsiyasi buzilishi bilan bog`liq bo`lgan qayta tiklash operatsiyasiga ko`rsatma.
 - a) pastki qovoq tortilib qolishi, ko`zdan yosh oqib turishi.*
 - b) burun uchi sohasi chandiqli shakl bo`zilishi.
 - v) shalpanquloqlik.
 - g) egarsimon burun.
 - d) xeyloplatikadan keyingi shakl bo`zilish.
4. Autoplatika deb qanday ko`chirish usuliga aytiladi.
 - a) o`z to`qimasini.*
 - b) boshqa inson to`qimasini.
 - v) egzaklardan birining to`qimasini ikkinchisiga.
 - g) xayvon to`qimasini.
 - d) sun`iy to`qimani.
5. Alloplatika bu:
 - a) o`z to`qimasini.
 - b) boshqa inson to`qimasini.*
 - v) egzaklardan birining to`qimasini ikkinchisiga.
 - g) xayvon to`qimasini.
 - d) sun`iy to`qimani.
6. Izotransplantatsiya bu:
 - a) o`z to`qimasini.
 - b) boshqa inson to`qimasini.
 - v) egzaklardan birining to`qimasini ikkinchisiga.*
 - g) xayvon to`qimasini.

d) sun'iy to`qimani.

7. Ksenoplastika bu:

a) o`z to`qimasini.

b) boshqa inson to`qimasini.

v) egizaklardan birining to`qimasini ikkinchisiga.

g) xayvon to`qimasini.*

d) sun'iy to`qimani.

8. eksplantatsiya bu:

a) o`z to`qimasini.

b) boshqa inson to`qimasini.

v) egizaklardan birining to`qimasini ikkinchisiga.

g) xayvon to`qimasini.

d) sun'iy to`qimani.*

9. Yuz-jag' sohasi nuqson va shakl buzilishlar etiologiya bo'yicha qanday turlarga bo`linadi.

a) shikastlanish.

v) odontogen.

s) tug'ma .

d) kesib o`tuvchi.

e) yuza.

1. avs,* 2. asv, 3. ade, 4. vsd, 5. vae.

10. Yuz a'zolari zararlanganlik darajasiga ko`ra:

a) qisman.

v) subtotal.

s) total.

d) odontogen.

e) shikastlanish.

1. avs,* 2. asv, 3. ade, 4. vse, 5.vde.

11. Yuzning nuqson va deformatsiyalarida uchraydigan funktsional buzilishlarga kiradi.

a) og'iz ochilishining qiyinligi.

v) nutq buzilishi.

s) qovoq yopilmasligi.

d) makrostomiya.

e) mikrostromiya

1. d,e* 2. av, 3. vs, 4. sd, 5. vd.

12. Yuzning nuqson va deformatsiyalarida uchraydigan anatomik buzilishlarga kiradi:

a) og'iz ochilishining qiyinligi.

v) nutq buzilishi.

s) qovoq yopilmasligi.

d) makrostomiya.

e) mikrostromiya

1.avs*, 2. asd, 3. ade, 4. vsd, 5. vde.

13. Qayta tiklash operatsiyalarining asosiy printsiplariga nimalar kiradi

a) ko`chirib o`tkazilayotgan to`qimalarning biologik mosligi.

v) kosmetikligi.

s) kosmetik natijaning uzoq saqlanishiga erishish.

d) operatsiya qiymati.

e) operatsiya etaplari uzoq davom etishi.

1. avs,* 2.asd, 3.ade, 4. vsd, 5. vde.

14. Qayta tiklov operatsiyalarining noqulay tomonlari.

a) ko`chirib o`tkazilayotgan to`qimalarning biologik mosligi.

v) kosmetikligi.

s) kosmetik natijaning uzoq saqlanishiga erishish.

d) operatsiya qiymati.

e) operatsiya etaplari uzoq davom etishi.

1. de,* 2. av, 3. vs, 4. sd, 5. ae.

15. Qayta tiklash operatsiyalarini rejalashtirishda quydagilarga axamiyat berish kerak:

a) operatsiya etaplarini minimal miqdoriga.

b) jaroxatlanish etaplarini minimalligiga.

s) bemor boshi va qo`liga qulay sharoit yaratib berish.

d) qayta tiklashni ixtisoslashganligi.

e) ijtimoiy ixtisoslashganligiga.

1. avs,* 2. asd, 3. ade, 4. vsd, 5. vde.

VAZIYATLI MASALALAR:

1. 42 yoshli bemorda o`ng tomon yuqori labda deformatsiyalovchi chandiqlik aniqlanadi. Tekshiruvda nuqson chiziqli, teri va teri osti yog` qavatigicha tarqalgan, uzunligi 3 sm, og`iz shilliq qavatida o`zgarishlar aniqlanmaydi. Og`iz ochilib yopilganda shakl buzilish yaqqol namoyon bo`ladi.

1. Jarrohlik aralashuviga ko`rsatmani aniqlang.

2. Og`izga o`tish joyini tekshiring.

3. Nuqsonni bartaraf etish usullarini tushuntirib bering.

Javob:

1. Og`iz ochilishida shakl buzilishini yuzaga kelishi qayta tiklov operatsiyasini talab qiladi.

2. Teri yuzasiga tarqalgan yumshoq va qattiq (kelloid) chandiqlar differentsial davoni talab qiladi.

3. a) YUmshoq og'riqsiz chandiqlarda chandiq olib tashlangandan keyin, jarohat chetlaridagi yumshoq to'qimalar mobilizatsiya qilinadi va qavatma-qavat tiqiladi.

b) Kelloid chandiqlarda esa ushbu sohaga avval fizioterapevtik muolajalar yoki medikamentoz (lidaza, kenolog bilan) davo o'tkaziladi, so'ng olib tashlanadi.

2. Bemor 75 yosh quloq suprasida o'sma olib tashlangandan keyingi nuqson bor. Operatsiyadan so'ng 6 oy o'tgan. Qayta tiklash operatsiyasi o'tkazilishi kerakmi yoki yo'qmi. Agar kerak bo'lsa, qanday

Javob: Qayta tiklash operatsiyasi mumkin emas, chunki 6 oy vaqt o'tgan. O'sma qaytalashi ya'ni retsiv berishi mumkin. Bemor yoshi kattaligi operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'ladi.

3. 35 yoshli bemorda o'ng tomon ko'z osti sohasining keng tarqalgan chandig'i pastki qovoq tortilib qolishi bilan birgalikda aniqlanadi. SHakl buzilish olovdan kuyish natijasida paydo bo'lgan. Nuqson uzunligi 3x4 sm, oval shaklda. Atrof to'qimalar yumshoq, tortib ko'rilganda erkin yig'iladi.

1. Nuqsonni tekshiring, zararlanish chuqurligini aniqlang.

2. Siz tanlagan plastika usulini tushuntirib bering.

Javob:

1) Teridagi ovalsimon nuqson teri osti yog' qavatigacha tarqalgan, lekin shilliq qavat va suyak usti pardasi zararlanmagan, xarakatchan, og'riqsiz.

2) Ko'z osti sohasidagi yuza nuqsonni bartaraf etish uchun YU.K. SHimanovskiy usulida yonoq chakka sohasidan olingan lahtak bilan yoki teri qavatma qavat ko'chirib o'tkazish yo'li bilan bartaraf etish mumkin.

Tarqatma materiallar.

1. Talabaniy bilim darajasini tekshirish uchun nazorat savollari.

2. Murakkabligi birinchi darajali testlar.

3. Murakkabligi ikkinchi darajali testlar.

4. Vaziyatli masalalar

Tavsiya etiladigan adabiyotlar

-asosiy

1. Uchebnik «Xirurgicheskaya stomatologiya». – T.G. Robustova. -2003 g.
2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuholi myagkih tkaney i kostey lica».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Hirurgicheskoe lechenie zabolovaniy paradonta» M., 1987y.
5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitelnaya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

-qo'shimcha

1. Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii V.M. Bezrukov i T.G. Robustova.-2000.
2. Ballon L.R., Kostur B.K. «Vozmeshenie defektov CHLO i organov shei» M. 1989. 95-117 betlar.
3. Romacheva I.F. «Zabolovaniya i povrejdeniya slyunneh jelez» , 1987y.
4. Zoltan Ya. «Cicatrix optima» perevod s vengerskogo M.1987 y.

5. Zoltan Ya. «Peresadka koji». Perevod s vengerskogo M.1987y.
 6. Sukachev V.A. «Atlas rekonstruktivneh operaciy na chelyustyah» M., 1984y.

Internet sayt:

www.dentclub.ruwww.forum.32zuba.netwww.tversu.ru/Education/TMA/main.ru.html

MAVZU № 10

**MAXALLIY TO'QIMALAR BILAN PLASTIKA QILISH: MAXALLIY PLASTIK
 OPERATSIYALAR TURLARI: YARA QIRG'OKLARINI MOBILIZATSIYA QILISH,
 LIMBERG UCHRASHUVCHI UCHBURCHAKLI LAHTAKLAR.**

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat	Ta'lim oluvchilar
	Ta'lim beruvchi	
1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish		
10- daqiqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni yetkazish. 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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg'ulotda talabalar faoliyatini baholash 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 asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muhokama 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 materiallarini muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
30-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
10-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slyadlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
10-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	Tinglaydilar
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baxolanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa		
Jami		4 soat

Nazorat savollar:

1. YUJS nuqson va shakl bo'zilishlari tasnifi.
2. Tiklov operatsiyalariga ko'rsatmalar.
3. Tiklov operaqtsiyalariga qarshi ko'rsatmalar.
4. YUJS nuqson va shakl bo'zilishlari bo'lgan bemorlani klinik - bioximik va boshqa qo'shimcha tekshirish usullar tahlili.

5. YUJS nuqson va shakl bo'zilishlarining miqdori va sifat tavsifi

Nazariy qism.

MAHALLIY PLASTIKA. Yuzda mahalliy to'qimalar bilan plastika ko'p afzalliklarga ega. Ulardan eng asosiysi plastika uchun turgorligi va rangi bo'yicha bir xil to'qimalarning ishlatilishi va estetik jihatdan buning yaxshi natija berishi hisoblanadi. Bundan tashqari operatsiya oldi texnikani rejalashtirish va atravmatik texnikalarning qo'llanilishi operatsiyaning silliq o'tishi va operatsiyadan keyingi davrning yaxshi kechishini taminlaydi, operatsion jaroxatning birlamchi bitishi va uncha bilinmaydigan chok bo'lishi bilan xarakterlanadi. Yuzda, buyin sohasi va qul barmoklarida qo'yish va mexanik ta'sirotlar natijasida yuzaga kelgan chandiqlarni bartaraf etishda uchrashuvchi uchburchakli lahtaklardan foydalanish yaxshi natija beradi.

CHandiq atrofidagi to'qima miqdoriga qarab uchrashuvchi uchburchakli lahtaklar simmetrik yoki nosimmetrik bo'lishi va ular chandiq bo'ylab izma iz joylashishi mumkin. Agar chandiq ko'p bo'lsa yoki chandiq hajmi katta bo'lsa, to'qimalarni to'liq miqdorini ishlatish imkoni uchrashuvchi uchburchakli lahtaklarni birga ishlatsa, ayniqsa o'rta yoki yon figuralarning kesmasi umumiy bo'lsa.

Buyin sohasidagi turli chandiqli tortilishlardan keyin yuzaga kelgan bo'yinning kontrakturalarini yo'qotishda uning turli qismlarida teri fiziologiyasini bilish lozim. Boshni orqaga yoki yon tomonga burganda bo'yinning qalqonsimon tog'aydan yuqorisida turgan terisi ko'proq tortiladi. SHuning uchun asosiy e'tibor bo'yinning yuqori qismiga qaratilishi lozim. Uchrashuvchi uchburchakli lahtaklar bilan bo'yin kontrakturasini bartaraf etish ko'p etapli bo'lishi mumkin, chunki operatsiyadan keyin yangi tortilishlar aniqlanishi mumkin.

Yuz sohasidagi nuqsonlarni uchrashuvchi uchburchakli lahtaklar bilan tiklash. Qovoq va lab sohasidagi nuqsonlarni va chandiqli etishmovchiliklarni bartaraf etish maqsadida nosimmetrik uchrashuvchi uchburchakli lahtaklardan foydalaniladi.

Pastki qovoq plastikasida uchburchakli lahtak ishlatilganda uchli burchak yuqori qovoq, chakka yoki yonoq sohasiga buqiladi. Pastki qovoq qirrasini ko'z olmasidan orqaga qolib ketmasligin oldini olish uchun uchburchak asosi ko'z yorigi tashqi burchagidan 6-10mm balanda bo'lishi lozim. Ikkinchi yon kesma qovoqni erkin qirrasiga parallel bo'lishi lozim. Lab chandiqli to'qimasini yoki shilliq qavati burilib chiqib qolishini bartaraf etishda nosimmetrik figuralardan foydalaniladi; bunda ingichka uchburchakli lahtak bir yoki ikkita lab burun burmasiga buqiladi va nuqson sohasiga yumshoq to'qima surilib o'tkiziladi.

Yuz, bosh va buyin sohadagi chegaralangan tomirli va pigmentli dog'larni, yaxshi sifatli o'smalar va chandiqlarni kesib tashlanganda turli shakldagi nuqsonlar hosil bo'ladi. Qirralarni oddiy birlashtirish ko'pincha yuzning boshqa qismlarini buzilishiga olib kelishi mumkin. SHuning uchun odatiy ravishda nuqsonni berkitish uchun lahtakli oyoqchalardan foydalaniladi. A.A. Limberg nuqson sohasini uchrashuvchi uchburchakli lahtaklar bilan berkitishni teoretik jihatdan asoslab berdi.

Rombsimon shakldagi nuqsonni bartaraf etish. Bu nuqson sohasiga nosimmetrik uchrashuvchi uchburchakli lahtaklarni 60-120^o burchak ostida qo'yishga asoslangan. Nuqsonni ko'chirib o'tkazilgan to'qimalar bilan berkitishni ikki usuli farqlanadi: nuqsonni yarmi jaroxat chetlarini oddiy birlashtirilib yopilsa, ikkinkichisi esa teng tomonli uchburchakli lahtak bilan berkitiladi. Nuqsonni berkitish operatsiyasida o'sha figuralarni joylashishini 4ta variantini ko'zdan kechirmoq lozim va 60-120^oli lahtaklardan qaysisini to'g'ri kelishini optimal variantini bilish lozim.

Rotatsion lahtaklar bilan mahalliy plastika.

Rotatsion lahtaklar deb yuz sohasidagi nuqsonlarni berkitishi uchun ishlatiladigan va nuqsonni berkitish uchun lahtakni bitta oyoqchasini rotatsiya yoʻni aylantirish yoʻli bilan berkitishga aytiladi.

YU.K. SHimanovskiy (1865) oʻzining monografiyasida qovoq va lunj sohasidagi uchburchak shakldagi nuqsonlarni berkitish uchun ishlatiladigan lahtaklar haqida aytib oʻtadi. Keyinchalik toʻqimalarni rotatsiya usuli pastki jagʻ osti, quloq orti va boʻyin sohasidagi xarakatchan toʻqimalarda ishlatila boshlangan. Ushbu operatsiyalarni rejalashtirish mezonlari yoʻq edi.

A.A. Limberg (1963) operatsiyani jarohat chetlarini yon kesmalar bilan jaroxat uchiga koʻchirish plastikasi asosida rejalashtirishni taklif etdi. Bunday burchakli kesma, «razrez kochergiy» nomi bilan atalib, jarohat chetlarini uzaytirish imkonini beradi va uzoqroqqa koʻchirish imkonini yaratadi. Lunj sohasi toʻqimasini koʻchirganda burchakli kesma koʻz osti sohasida boʻlmogʻi kerak. Bunda yumshoq toʻqimalarni koʻchirganda ayrim jarohat chetlarini bir biriga mos kelmasligidir: uning tashqi qirrasidan bir oz uzunroq boʻladi. SHuning uchun rejalashtirishda jarohatni uchburchak shaklda tashqi qirrasini qisqartirishni ham inobatga olish kerak.

Rotatsion lahtaklarni ishlatish lunj sohasi teri qismidagi katta nuqsonlarni yoʻqotish imkonini yaratadi. Mahalliy toʻqimalar yetishmaganda donor yuzasi transplantat bilan toʻldiriladi.

Murakkab lahtakni mikroxirurgik texnikani qoʻllagan xolda koʻchirishni umumiy holati

Mikrotomirli anastomozlarni qoʻllagan xolda oʻtkaziladigan plastik operatsiyalar texnik jihatdan murakkab hisoblanadi va 4 etapdan iborat – retsipient zonani tayyorlash, lahtakni paydo qilish va uni nuqson sohaga koʻchirish, mikrotomirli anastomozlarni qoʻyish, donor qismni va lahtak chetlarini tikish. Agar bitta jarrohlar jamoasi ishlasa, etaplar bosqichma bosqich oʻtkaziladi. Agar iloji boʻlsa ikkinchi jarrohlar jamoasiga lahtaklar hosil qilishni va donor sohasini tikishni yuklatib qoʻyish mumkin.

Ikkita jamoa boʻlib ishlash operatsion vaqtni kamaytiradi, lekin bu ish nuqson va donor sohasi bir biridan ancha uzoq sohada joylashgan boʻlsa amalga oshirish mumkin. Bundan tashqari bemorni stoldagi holati xam muhim rolʻ oʻynaydi.

Operatsiyani rejalashtirish. Nuqsonni baholash plastik jarrohlikni umumiy holatiga eʼtibor berib baholanadi: lokalizatsiyasi, kattaligi, shakli, chuqurligi va atrof toʻqima xarakteri inobatga olinadi. Bundan tashqari deformatsiya etiologiyasi, oldingi operatsiya xarakteri, boshqa davolash metodlarini xarakteri, jumladan nur terapiyasi, krioterapiya, inobatga olinishi lozim. Operatsiya metodini tanlashda nuqson sohasidagi qon tomirlar holatiga ham eʼtibor berish lozim. Yuz sohasida zararlanmagan arterial va venoz sistemasi borligi tashqi uyqu arteriyasini hamma tarmoqlarida, yuz va pastki jagʻ venalarida anastomozlar hosil qilish imkonini beradi. Uyqu arteriyasini selektiv angiografiyasida obliteratsiya darajasi, qolgan shoxlarni anastomoz uchun yaroqliligini aniqlash imkonini beradi.

Operatsiyani asosiy etaplari. Retsipient maydonni tayyorlash. Qabul qiluvchi tomirlarni ajratib olinadi. Hosil boʻlayotgan lahtakni oziqlanishi uchun arteriyada qon xaydash kuchi aniqlanadi. Qon tomir devorlarini sklerotik oʻzgarishlari anastomoz hosil qilishda ancha qiyinlik tugʻdiradi. Tomir uchlari sogʻ toʻqima uchramaguncha kesib chiqiladi. Qabul qiluvchi tomirni 2-3 smga preparovka qilinadi, chunki mikroetapda koʻchirish oson boʻlishi uchun. Operatsiyani birinchi bosqichi vizual nazorat ostida amalga oshiriladi. Mikroskop faqat dagʻal chandiqli oʻzgarishlar boʻlganda ishlatiladi.

Lahtakni hosil qilish. Lahtakni kutarish paytida tomirli oyoqni holatiga eʼtibor berish lozim. Kalta tomirlar anastomozlar qoʻyishni qiyinlashtiradi, preparovka asosiy qon tomir oʻzanigacha qilinishi lozim, ayrim holatda katta arteriyani bir qismi xam preparovka qilinadi. Lahtakni koʻtarish paytida uning qirralaridan kapillyar qon ketish nazorat qilinishi lozim. Ajratish oxirida tikish uchun zarur

bo'lgan qon tomir ajratiladi. Ikkita arteriya bo'lganda bitta kattasi tanlanadi. Bunda funktsional proba o'tkazsa bo'ladi: mikroklipsalar orqali qon tomirlar biri qisib qo'yiladi va 10-15 daqiqadan keyin lahtak qon bilan ta'minlanishi tekshiriladi. Uzun qon tomir oyoqchasiga klipsalar yoki qisqichlar quyilmoqchi bo'lganda tomirni markaziy oxiriga qo'yiladi. Lahtak kesib olinadi va nuqson sohasiga ko'chirib o'tkaziladi va nam salfetkaga o'rab operatsion stolga qo'yiladi. Tomir va donor sohalari tikib qo'yiladi. Agar operatsion stolda bemor holati mikrotomir etapiga o'tishga imkoni bo'lmasa, donor soha tiqiladi, uni steril salfетка bilan berkitiladi va bemor buriladi. Boshqa holatlarda mikroetap bilan bir vaqtni o'zida donor sohani tikib qo'yiladi.

Mikrotomirli choklarni qo'yish. Dastlab retsipient sohadagi qon tomirlar mikrotomirli texnikaga asoslangan xolda ishlov beriladi. Spazmni kamaytirish uchun tomir markaziy oxirini tashqi pardasi olib tashlanadi. Agar lahtakni oziqlantiruvchi arteriyani yaroqliligiga shubha tug'lsa, arteriyani kesgandan keyin qon oqish tezligi nazorat qilinadi. Ayrim holatlarda arteriya pul'satsiyasi yaxshi ifodalangan, lekin qon oqimi kuchsiz bo'ladi. Spazmga qarshi chora ko'rilishi lozim (mexanik dilyatatsiya, dorivor ta'sirlar)

Agar ko'rsatib o'tilgan manipulyatsiyalardan keyin qon oqimi ko'paymasa, bu holat tomir choki qo'yish uchun salbiy holat deb qaraladi, arteriya proksimal qismlari ajratiladi.

Tayyorlangan retsipient arteriya va venalarga mikroklipslar qo'yiladi, lahtak nuqson sohasiga ko'chiriladi va to'g'ri holatda bir nechta choklar yordamida teriga yoki teri osti yog' qavatiga fiksatsiya qilinadi. Lahtak tomirlar va retsipient joy uchlari maksimal bir biriga yaqinlashtiriladi, ayrim holatlarda bipolyar klipsalardan foydalaniladi.

Anastomozlar standart usulda atravmatik yumoloq ignalar bilan 8/0-10/0 iplar bilan tugunli choklar orqali qilinadi. Diametri 1,5 mm li tomirlarga 8-10 ta chok qo'yiladi. Dastlab chuqur qon tomirlar, undan keyin yuzaki qon tomirlar tiqiladi. Anastomoz qo'yib bo'lganidan keyin dastlab arteriyalardan klipsalar olinadi, undan keyin venalardan echib olinadi. Anastomozlarning o'tkazuvchanligi tomirlarda hosil bo'lgan pulsatsiya orqali aniqlanadi. Lahtakda 3 sekunddan keyin oqarishni yo'qolishi qon oqimi tiklanganligi bildiradi. Ko'rsatib o'tilgan belgilarni bo'lmasligi qon tomir spazmi xaqida bildiradi. Teri xaroratining o'zgarishi xam lahtakning hayotiy holatini baholaydi. Yaxshi qon bilan ta'minlanganda lahtak va sog' to'qima bilan xarorat farqi 2 S dan oshmaydi.

Donor jaroxatni tikish, lahtakni oxirgi fiksatsiyasi. Donor sohasi jarohati lahtak olinganidan keyin yoki teri-yog' lahtagini ko'chirib o'tkazilganidan keyin chetlari yaqinlashtirilib yopiladi.

Lahtakni yangi joyiga biriktirilganda tomir oyoqchasini tortilishi yoki buralib qolishdan extiyot bo'lish lozim. Lahtak ostidan bir nechta rezina chiqarg'ich qoldiriladi va aseptik boylam bilan lahtak engil boylab qo'yiladi. Bog'lam o'rtasidan transplantat holatini tekshirib borish uchun «oyna» ochib qo'yiladi

Interaktiv usuli: Akvarium

TESTLAR:

1. Yuzdagi nuqson hajmini tahlil qilish uchun quydagilardan qaysi biri bo'lishi zarur.
 - a) qonning umumiy taxlili.
 - b) siydik umumiy taxlili.
 - v) qondagi gemogloblin miqdori.
 - g) qon guruhi va rezus faktor.
 - d) bemor sur'ati.*

2. Yuzdagi nuqson xajmini taxlil qilish uchun qo`ydagilardan qaysi biri bo`lishi zarur.

- a) qonning umumiy taxlili.
- b) siydik umumiy taxlili.
- v) qondagi gemogloblin miqdori.
- g) qon guruhi va rezus faktor.
- d) yuz niqobi *

3. Yuz-jag' sohasi funktsiyasi buzilishi bilan bog'liq bo'lgan qayta tiklash operatsiyasiga ko`rsatma.

- a) pastki qovoq tortilib qolishi, ko`zdan yosh oqib turishi.*
- b) burun uchi sohasi chandiqli shakl buzilishi.
- v) shalpanquloqlik.
- g) egarsimon burun.
- d) xeyloplatikadan keyingi shakl buzilish.

4. Autoplatika deb qanday ko`chirish usuliga aytiladi.

- a) o`z to`qimasini.*
- b) boshqa inson to`qimasini.
- v) egzaklardan birining to`qimasini ikkinchisiga.
- g) xayvon to`qimasini.
- d) sun'iy to`qimani.

5. Alloplatika bu:

- a) o`z to`qimasini.
- b) boshqa inson to`qimasini.*
- v) egzaklardan birining to`qimasini ikkinchisiga.
- g) xayvon to`qimasini.
- d) sun'iy to`qimani.

6. Izotransplantatsiya bu:

- a) o`z to`qimasini.
- b) boshqa inson to`qimasini.
- v) egzaklardan birining to`qimasini ikkinchisiga.*
- g) xayvon to`qimasini.
- d) sun'iy to`qimani.

7. Ksenoplastika bu:

- a) o`z to`qimasini.
- b) boshqa inson to`qimasini.
- v) egzaklardan birining to`qimasini ikkinchisiga.
- g) xayvon to`qimasini.*
- d) sun'iy to`qimani.

8. eksplantatsiya bu:

- a) o'z to'qimasini.
- b) boshqa inson to'qimasini.
- v) egzaklardan birining to'qimasini ikkinchisiga.
- g) xayvon to'qimasini.
- d) sun'iy to'qimani.*

9. Yuz-jag' sohasi nuqson va shakl buzilishlar etiologiya bo'yicha qanday turlarga bo'linadi.

- a) shikastlanish.
- v) odontogen.
- s) tug'ma .
- d) kesib o'tuvchi.
- e) yuza.

1. avs,* 2. asv, 3. ade, 4. vsd, 5. vae.

11. Yuz a'zolari zararlanganlik darajasiga ko'ra:

- a) qisman.
- v subtotal.
- s) total.
- d) odontogen.
- e) shikastlanish.

1. avs,* 2. asv, 3. ade, 4. vse, 5.vde.

12. Yuzning nuqson va deformatsiyalarida uchraydigan funktsional buzilishlarga kiradi.

- a) og'iz ochilishining qiyinligi.
- v) nutq buzilishi.
- s) qovoq yopilmasligi.
- d) makrostomiya.
- e) mikrostromiya

1. d,e* 2. av, 3. vs, 4. sd, 5. vd.

13. Yuzning nuqson va deformatsiyalarida uchraydigan anatomik buzilishlarga kiradi:

- a) og'iz ochilishining qiyinligi.
- v) nutq buzilishi.
- s) qovoq yopilmasligi.
- d) makrostomiya.
- e) mikrostromiya

1.avs*, 2. asd, 3. ade, 4. vsd, 5. vde.

14. Qayta tiklash operatsiyalarining asosiy printsiplariga nimalar kiradi

- a) ko'chirib o'tkazilayotgan to'qimalarning biologik mosligi.

- v) kosmetikligi.
- s) kosmetik natijaning uzoq saqlanishiga erishish.
- d) operatsiya qiymati.
- e) operatsiya etaplari uzoq davom etishi.
- 1. avs,* 2.asd, 3.ade, 4. vsd, 5. vde.
- 15. Qayta tiklov operatsiyalarining noqulay tomonlari.
- a) ko`chirib o`tkazilayotgan to`qimalarning biologik mosligi.
- v) kosmetikligi.
- s) kosmetik natijaning uzoq saqlanishiga erishish.
- d) operatsiya qiymati.
- e) operatsiya etaplari uzoq davom etishi.
- 1. de,* 2. av, 3. vs, 4. sd, 5. ae.
- 16. Qayta tiklash operatsiyalarini rejalashtirishda quydagilarga ahamiyat berish kerak:
- a) operatsiya etaplarini minimal miqdoriga.
- b) jaroxatlanish etaplarini minimalligiga.
- s) bemor boshi va qo`liga qulay sharoit yaratib berish.
- d) qayta tiklashni ixtisoslashganligi.
- e) ijtimoiy ixtisoslashganligiga.
- 1. avs,* 2. asd, 3. ade, 4. vsd, 5. vde.

Tavsiya etiladigan adabiyot

asosiy

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya» M., 2001 g.
2. Bernadskiy YU.I. «Osnovi xirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
3. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1997y.

qo`shimcha

1. William H Bell Surgikal Correction of Dentofacial Deformities. Volume III – pages 1 – 744, 1985.
2. Borovskiy E.V. s soavt. «Stomatologiya. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam» M., 1987 g.
3. «Vosstanovitel'nie operatsii chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1962 g.
4. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya xirurgiya myagkih tkaney chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1997 g.
5. Operativnaya chelyustno-litsevaya xirurgiya», M., 1963 g.
6. Zoltan YA. «Cicatrix optima» perevod s vengerskogo M.1987 g.
7. Zoltan YA. «Peresadka koji». Perevod s vengerskogo M.1987 g.
8. Ro`zin G.P., Burix M.P. - Osnovi texnologii i operatsii v xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii. - Xar'kov, 2000. <http://www.kushaem.ru/book>.
9. William H Bell Surgikal Correction of Dentofacial Deformities. Volume III – pages 1 – 744, 1985.

10. Informatsiya poluchennaya iz saytov interneta: www.dental-revue.ru, www.e-stomatology.ru,
www.dentalyug.ru, www.dentist.med-place.ru, www.stomatolog.com.ua

Internet sayt:

www.stomatologist.ruwww.dentsplycis.comwww.citydentist.narod.ru

MAVZU № 11

OYOQCHALI LAHTAKLAR BILAN PLASTIKA QILISH.

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat	Ta`lim oluvchilar
	Ta`lim beruvchi	
1-bosqich O`quv mashg`ulotiga kirish		
10- daqiqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni yetkazish. 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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
15- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	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 muhokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
10-daqiqa	2.3. "Baliq skeleti" va konseptual jadval organezzerlarini 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organezzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
30-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
10-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slyadlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
10-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	Tinglaydilar
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baxolash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa		
Jami		4 soat

Nazorat savollar:

1. Yuz-jag' sohasining anatomik xususiyatlari.
2. Maxalliy to'qimalar yordamida tiklov operatsiyalarini o'tkazish.
3. Maxalliy to'qimalar yordamida plastika o'tkazishga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar.
4. Xind va italiyancha burun tiklov operatsiyalarining afzallik tomonlari.
5. Oyoqchali lahtaklar turlari.

6. Nuqson xajmiga, lokalizatsiyasi, bemor yoshini e'tiborga olib plastika metodini tanlash.

Nazariy qism.

Oyoqchali lahtaklarni qo'yidagi turlari mavjud;

- Bir oyoqchali lahtak;

- Ikki oyoqchali lahtak (ko'priksimon); Bu xil lahtaklarda oziqlanish ikkala oyoqcha yordamida amalga oshadi, ishlovchi qismi lahtak markazi bo'lib hisoblanadi. Misol uchun, G.A. Lapchinskiy va Lekser lahtaklari, ikki oyoqchali oziqlanuvchi lahtaklar va Filatov bandi.

- Ag'darilgan; ag'darilgan lahtaklar ichki yuzani xosil qilishda qo'llaniladi. Bunday lahtaklar nuqson chetiga qayrilib 180° ag'dariladi.

- Ikki marta kengaytirilgan. Yuzning teshib o'tuvchi nuqsonlarini bartaraf etishda qo'llaniladi, ikkita bir xil yuzali lahtakdan shakllantiriladi (Klappu, Rauer lahtaklari).

- arteriyalizatsiyalangan lahtaklar bir qavatli lahtaklarga kiradi. Bu lahtakni o'ziga xosligi, lahtak o'zida katta oziqlantiruvchi qon tomir saqlashi kerak.

Yuz sohasi maxalliy to'qimalar plastikasi bir qancha afzalliklarga ega. Plastika maqsadida bir xil bo'lgan rangida, tuzilishi, yaxshi estetik natija olishga yordam beradi. Bundan tashqari operatsiya bir etapli tuzilgan rejaga asosan, kam travmatik texnikali va operatsiyadan sung to'qimalar birlamchi bitish va kichik xajmdagi chandiqlar bilan bitishi bilan afzaldir.

Maxalliy to'qimalar plastikasi uchrashuvchi uchburchakli lahtaklar, rotatsion lahtak, bir oyoqchali lahtak va qon tomir saqlovchi lahtaklarga bo'linadi.

ROTATSION LAHTAKLAR YORDAMIDA MAXALLIY PLASTIKA

Rotatsion lahtaklar yuz sohasidagi nuksonlarni bartaraf etishda bevosita nuqsonga lahtak oyoqchasining qayrilishiga aytiladi.

YU. K. SHimanovskiy (1865) o'zining monografiyasida shunga o'xshash lahtaklar sxemasini yordamida lab va qovoq nuqsonlarini bartaraf etishni taklif qilgan. Kichiktirilgan to'qimalar rotatsiyasi va zaxira erkin teri xarakatchanligini jag' osti, quloq oldi, va bo'yin sohaslarida qo'llash. Bunday rejali operatsiyalarda ob'ektiv kriteriyalar mavjud emas.

A. A. Limberg (1963) plastik operatsiyalarni yon kesim asosida yara chetlarini bir biriga birlashtirish rejalarini taklif qilgan. Bo'nday kesmalar «razrez ko'chergisi» deb atalib, bu kesmalar yara chetlarini uzaytirishda, masofani qisqartirish. Uchburchak shakldagi yon uchburchak kesma nuqson xajmiga teng bo'lishi kerak, lunj sohasi to'qimalari uchburchak kesma jag' osti sohasidan joylashgani maqsadga muvofiq bo'ladi. Ba'zi xollarda to'qima chetlari bir biriga to'g'ri kelmasligi kuzatiladi: tashqi qirg'ogi ichkisiga nisbatan bir qancha uzunroq bo'ladi, bu xolda tashqi qirg'oq uchburchak shaklda qisqartiriladi.

Rotatsion lahtaklarda foydalanish quloq suprasi oldi va quloq orti sohaslaridan ko'chirish yo'li bilan lunj sohasidagi keng xajmli nuksonlarni bartaraf etiladi. Donor sohasi teri etishmovchiligida ajratilgan teri transplantatlaridan foydalanish mumkin.

QON TOMIR TUTUVCHI LAHTAK YORDAMIDA PLASTIKA

Birinchi bo'lib, bu turdagi operatsiyalar chet el davlatlarida Sabattini - Estlander nomi bilan atalib, ponasimon lahtak labning bir yonidan butun lab bo'ylab yoyilgan. Lahtak oyoqchasi lab qizil

xoshiyasidan tashkil topib, o`zida lab arteriyasini saqlaydi. Bu lahtak yordamida karshi lab nuqsoni bartaraf etiladi. R. Abbe 1898 yil bu xil lahtak turini to`liq modifikatsiya qilgan va bu lahtak avtor nomi bilan adabiyotlarda qullaniladi.

G. N. Monks (1898) yil peshona arteriya saqlovchi terisini yashirin arteriya saqlovchi lahtak yordamida kosh plastikasini taklif qilgan. Keyinroq J.F. Esser (1918) «arterial lahtaklar» yoki biologik oyoqchali lahtaklar nomidagi mukammallashtirilgan metodni ishlab chiqdi. F. Burian (1967) biologik yoki arterial lahtaklar surib o`tkazish teri bo`lagini xarakatchanligi neyroqon tomir tutamiga bog`liq. U xajmi katta lahtaklar peshona, chakka, ensa sohalaridan; kichik xajmdagi lahtaklar esa yon va ko`z osti arteriyalaridan shakllantiriladi. Lahtaklar yordamida bir labdan ikkinchi lab nuqsonlari va boshning sochli qismidan qoshni nuqsonlarni bartaraf etishda foydalaniladi.

YUqori lab nuqsonida pastki labdan lab arteriyasi saqlovchi lahtak yordamida plastika qilish. Bu xoldagi operatsiyalardan foydalanishga ko`rsatma yuqori lab markaz sohasi nuqsonlari, yoki uning surilishi, chuqur ko`yishlardan so`ng, mexanik jarohatlar yoki ikki tomonlama yuqori lab kentiklarida omadsiz operatsiya qilingan xollarda qullaniladi.

Pastki labdan butun lahtakni yuqori lab nuqsonlarida kuchirib o`tkazishda lahtak lab arteriyasi va venasini o`z ichida saqlaydi.

Operatsiya o`tkazish rejalashtirib olinadi, va olinadigan lahtak metilen ko`ki yordamida chizib belgilanib olinadi, lahtak ko`rib o`tkaziladigan asosi 4sm dan katta bo`lmasligi kerak. Operatsiya mahalliy infil`tratsion og`riqsizlantirish 0,5% novokainga adrenalin qo`shilib o`tkaziladi. Operatsiya ikki bosqichdan iborat bo`lib; birinchi bosqichda tomir tutuvchi lahtak nuqsonga ko`chirib o`tkaziladi, ikkinchi bosqichda esa 13-14 kundan so`ng lab qizil xoshiyasi shakllantiriladi.

Birinchi bosqichga qo`yidagilar kiradi. Operatsiya lahtak uchun joy shakllantirish bilan boshlanadi, bunda skal`pel` yordamida lab qizil xoshiyasidan burun burmasigacha ajratilib chiqiladi, qonagan to`qimalarga ishlov beriladi va teri qavatma – qavat og`iz aylana mushagigacha kesiladi, uchburchaksimon nuqson paydo bo`ladi.

Kesma qizil xoshiyaga 2-3 mm yetmasdan to`xtatilib, pastki lab arteriyasi jarohatlanishini oldini olish kerak bo`ladi. Qon tomir tutuvchi oyoqchali lahtak 180⁰ aylantirilib, yuqori lab nuqsoni o`rniga biriktiriladi. Birinchi ketgut choklar yordamida jarohat chetlari va lahtak shilliq qavati birlashtiriladi, so`ngra qushimcha ketgut choklar qo`yiladi. Ipak choklar quyishda atravmatik igna yordamida teri chetlari va qizil xoshiya tiklanadi. Pastki lab yuqorigi lab holatiga qarab tiklanadi va aseptik bog`lam bilan bekitiladi. Bemorga yotoq rejimi va suyuq oziqlanish trubka orqali buyuriladi.

Ikkinchi bosqich 12-14 kundan so`ng amalga oshiriladi. Maxalliy og`riqsizlantirish ostida lahtak ajratiladi va pastki va yuqorigi lablar qizil xoshiyasi tiklanadi.

R. Abbe. M. M. Slutskaya (1945) tomonidan lab nuqsonlarida lab o`rta qismidan qilgan.

R. R. Vredena nomidagi travmatologiya va ortopediya ITI da estlander usuli modifikatsiya qilingan, bu pastki labning $\frac{2}{3}$ nuqsoni bo`lganda to`g`riburchakli lahtak yordamida bartaraf etish imkoniyatini beradi. Operatsiya ikki bosqichdan iborat bo`lib, 3-3,5 xafta intervali davomida amalga oshiriladi. Birinchi bosqichda pastki lab nuqsoni chegaralari ochiladi, va ko`chirilgan plastik material bilan nuqson bartaraf etiladi, ikkinchi bosqichda tuqimalar ajratilib, burchakli kesim bilan lunj holati to`g`rilanadi. A.A. Limberg nazariy bu metodni tasdiqlab bergan. Plastikaning bu turida to`qima yon kesimiga nisbatan 2 marta tortilish imkoniyatini beradi. Bu xildagi burchakli kesimlar og`iz daxlizi o`rta sohasi lab va lunj shilliq qavati sohasidan amalga oshiriladi, bu esa katta xajmdagi nuqsonni bartaraf etishda qullaniladi. Estlander yuqori lab 3 sm asosiga ega ponasimon bo`lgan lahtak (rasm.).

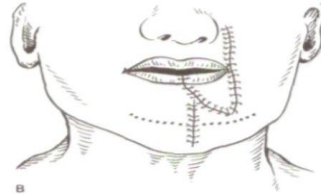
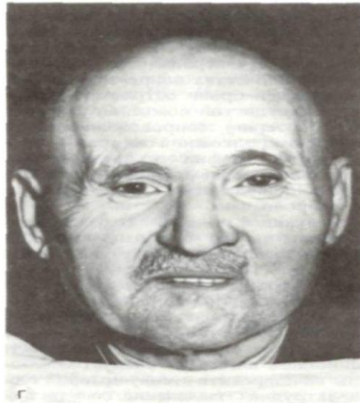
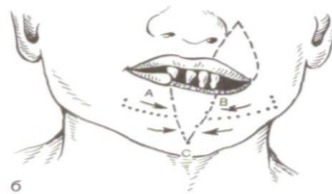
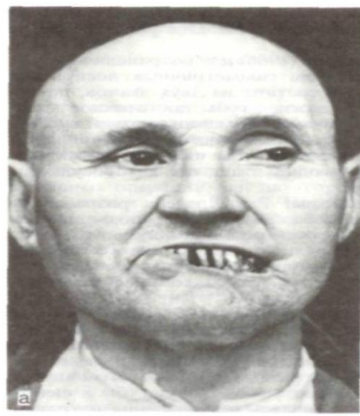


Рис. 3. Дефект $\frac{2}{3}$ нижней губы.
а - внешний вид больного до операции;
б, в - этапы замещения дефекта (АВС)
лоскутом из верхней губы; г - внешний
вид того же больного после операции.

YAshirin qon tomir oyoqchali lahtak yordamida qosh plastikasi. Operatsiyaga qosh sohasidagi chuqur kuyish va mexanik jarohatdan so'ngi nuqsonlarda qullaniladi. Qosh bo'lmagan sohaga chakka ensa sohasi sochli qismidan qon tomir tutuvchi lahtakni kuchirib o'tkazishdan iborat. Qon tomir tutuvchi oyoqcha yuza chakka arteriasi va shu soha venalari, yog' to'qimasidan iborat bo'ladi. Operatsiya muvafaqqiyati chakka arteriyasi topografiyasini yaxshi bilish, tug'ri og'riqsizlantirish va atravmatik texnika, ajratilgan qon tomir tutuvchi lahtakni teri tunelidan o'tkazib qosh nuqsoni o'rniga quyishdan iborat bo'ladi. Operatsiyadan bosh soch qismida sochlar tozalanadi. Operatsiyadan oldin metilen ko'ki yordamida arteriya yo'li va nuqson xajmiga tug'ri keladigan lahtak shakli chizib olinadi. Qon tomirli oyoqcha uzunligini aniqlab olish uchun quloq dirildog'idan qosh yoyi medial sohasigacha sm li lenta yordamida ulchanadi. So'ng quloq dirildog'i sohasidan lenta shu joyida lentaning keyingi uchi quloq orti chakka bosh sochli qismi sohasidagi arteriya yo'nalishi va lahtak o'rni chizilgan chiziq bo'ylab quyiladi..

Mahalliy infil'tratsion og'riqsizlantirish vaqtida extiyot bo'lish lozim igna arteriya yoki venalar devorlarini jarohatlamasligi kerak, gematomalar xosil bo'lganda oyoqcha oziqlanishi buzilishi hamda operatsiya muvafaqqiyatsiz yakunlanishi mumkin. Nina sanchilish joyi arteriya yunalishi bo'yicha emas, balki quloq dirildog'i holatida chiziqdan yuqori va oldinga yunaladi. So'ng belgi bo'ylab kesim o'tkaziladi va yara chelari ajratilib, qon tomir tutami va shu soha uncha katta bo'lmagan teri osti klechatkalari bilan ajratib olinadi. Tomir tutamidan 1-1,5 sm yuqoridan qon tomirlar ajratiladi va bog'lanadi. So'ng boshning sochli qismidagi lahtak qayrilib qosh nuqsoniga to'g'ri keladigan lahtak fastsiyalardan ajratilib, uchi ushlagichga olinadi. Lahtak steril salftkaga o'raladi. Qosh yoyi nuqsoni chetlari kesib tekislanadi. O'chli skal'pel yordamida quloq dirildog'i yo'nalishidangi belgi bo'ylab teridan tunel ochiladi va bransh koxer zajimi yordamida lahtak bemalol utishi uchun kengaytiriladi. Qon to'xtatuvchi zajim yordamida ipga tortilgan ushlagich yordamida lahtak qosh nuqsoni o'rniga tortib tiqiladi. Operatsiya muvafaqqiyatsiz bo'lishiga qon tomir siqilishi, qon tomir oyoqchasining to'liq ajralmasligi sabab bo'ladi.

BIR OYOQCHALI LAHTAK YORDAMIDA MAXALLIY PLASTIKA

Bir oyoqchali lahtaklar o'z ichiga teri va teri osti yog' klechatkalaridan iborat bo'lib, lahtak qayrilib uncha katta bo'lmagan kupriksimon oyoqchali asosidan iborat bo'ladi. Yuz sohasida nuqsonlar va to'qima chandiqli o'zgarishlarida atrof to'qima xarakatchanligiga qarab foydalaniladi. Lahtak nuqson kengligiga qarab 60-70⁰dan 180⁰ gacha qayriladi.

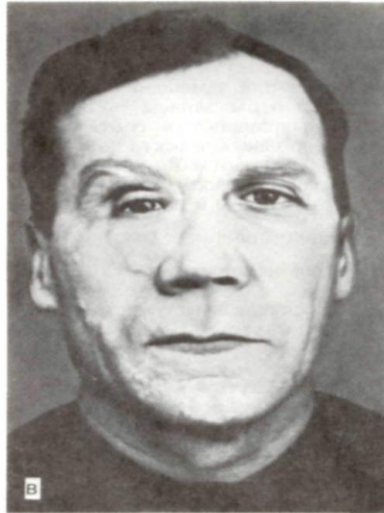
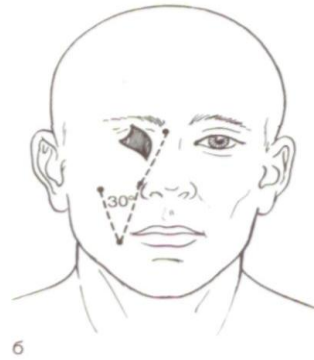
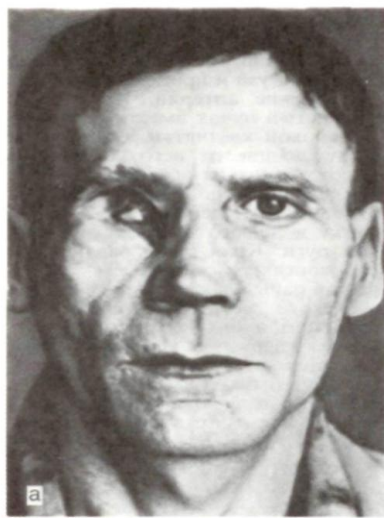


Рис. 4. Дефект нижнего века.
а - внешний вид больного до операции;
б - схема выкраивания лоскута на одной ножке с вершиной в 30°; в - внешний вид того же больного после операции через 3 года.

«Bir oyoqchali lahtaklar yordamida plastika» o`tkazishda plastik shakl faol lahtak o`tkir α burchagi $90 + \alpha/2$ burchagiga ko`chiriladi yoki tenglashtiriladi.. Aynan shu holatlarda asosi keng lahtak xarakatsiz bo`ladi, bunday xollarda asosi ingichka lahtaklar qo`llaniladi. (rasm.).

Kichik burchakli keng lahtaklar uchrashuvchan, lekin lahtak xajmiga ko`ra bir xil emas, nosimmetrik lahtaklar plastikasi xaqida ta`savvur. Oyoqchali lahtaklar yordamida plastika o`tkazishni rejalashtirishda, katta arterial va venoz qon tomirlarini hisobga olish yuz rel`efga e`tibor berish kerak. Bu esa shakllantirilgan lahtakning xarakatchanligi, operatsiyadan keyingi chandiqlarning o`rnini bilintirmaydi.

Bir oyoqchali lahtaklar yordamida plastika o`tkazish uchun etarlicha sharoitlar kerak bo`ladi, lahtakda arterialar oxiri tutsa: masalan, rinoplastikadan peshonadan olingan lahtak. Oyoqchali lahtak xarakati yuz va bo`yinda lahtak kengligi va uzunligi 3:1 asoslanadi.

Oyoqchali lahtak oziqlanishi teri osti yuzasi va teri osti yog` qavati hisobiga amalga oshadi va bu bir necha soatlar ichida amalga oshadi. Qupol mexanik ta`sir, tortishish, bosim asosan oyoqcha qismida bo`lgan xollarda oziq va qon oqimini cheklab qo`yishi, lahtak o`lishiga olib keladi.

Lahtakni nuqsonga qayrgan vaqtda oyoqcha bo`rilish qismida xar xil bo`rmalar xosil bo`lishi mumkin. 85-90⁰ holatda bo`rilgan lahtak yuzasi shakli o`zgarishi mumkinligini hisobga olish kerak, lahtak qayrilgan sohada bo`rtiq xosil bo`lishi mumkin - A.A. Limberg konus teoriya bo`yicha. Bo`rtiqlar xosil bo`lganda bu holatni oldini olish uchun, lahtak bitgandan sung uni bartaraf etish mumkin bunda, elpig`ich shakldagi yoki nosimmetrik uchrashuvchi lahtaklar yordamida bartaraf etish mumkin.

Bir oyoqchali lahtaklardan foydalanishning noqulay taraflaridan, keng asosga iborat bulgan xollarda oyoqchani bir tomoni ochiq qolishi va infektsiya tushishi mumkin. SHuning uchun ochiq qismi doimo antiseptik bog`lam yordamida beqiladi

MURAKKABLIGI 1-DARAJALI TESTLAR:

1) Burun lab burmasi sohasidagi qayrilgan oziqlanuvchi lahtak nima deb ataladi:

- A. bir qavatli;
- B. ikkiqavatli;
- B. ko`p qavatli;
- G. ag`darilgan;
- D. Filatov.

2) Nuqson yaqinida qayrilgan lahtak nima deb ataladi :

- A. ag`darilgan;
- B. bir qavatli;
- V. kupriksimon;
- G. Lekser;
- D. Filatov;

3) Nuqson chegarasidan lahtak qayirilib, ag`dariladi:

- A. 180^0
- B. 90^0
- B. 45^0
- G. 360^0
- D. 30^0

4) Oziqlanuvchi oyoqchali lahtak uzunligiga eni nisbati:

- A. 1:2
- B. 1:3
- B. 1:5
- G. 1:4
- D. 1:1

5) Lekser metodi bo`yicha plastikada qaysi maydondan to`qima olinadi:

- A. boshning sochli qismidan;
- B. burun lab bo`rmasidan;
- B. peshonadan;
- G. Nuqson chegarasidan;
- D. burundan.

6) Abbe plastika metodi lahtakning qaysi sohadan shallantiriladi:

- A. pastki labdan
- B. Burun - lab burmasidan;
- B. peshonadan;
- G. Boshning sochli qismidan;

D. burundan.

7) Qosh plastikasini qo`yidagi lahtak yordamida o`tkaziladi:

A. arterializatsiyalangan yuza chakka arteriyasi bilan;

B. bir qavatli;

B. uzaytirilgan;

G. Ikki qavatli;

D. o`xshash.

8) Burun plastikasida peshona sohasidan oyoqchali olinadigan lahtak nomi:

A. xindcha;

B. ital`yancha;

V. ruscha;

G. Xitrov bo`yicha;

D. Lekser bo`yicha.

9) Uchrashuvchi uchburchaksimon lahtaklar yordamda plastikani kim taklif qilgan

A. Limberg

B. Millard

V. Sedillo

G. SHimanovski

D. Lapchinskiy

10) Burun subtotal nuqsonlarida Filatov bandi yordamida plastikani taklif qilgan

A. Xitrov R.M.

B. Limberg A.A.

V. SHeftel` M.P.

G. Bernadskiy YU.I.

D. Kabakov B.D.

MURAKKABLIGI 2-DARAJALI TESTLAR:

1. Nuqson burun qanoti sohasida nuqsonni bartaraf etish:

A.Suslov bo`yicha

B. burun lab burmasidan lahtak olish yo`li bilan;

V.xindcha;

G. ital`yancha;

D. Xitrov bo`yicha

1 AB 2 AV 3 VG 4 GD 5 AG

2. bir qavatli lahtak nisbati :

A. 1:3.

B. 1:2.

B. 1:5.

G. 1:6.

D. 1:1.

1.AB 2.BV 3.VG 4.GD 5.AG

3. Operatsiya Lekser metodi bo'yicha bo'lishi mumkin:

A. bitta oziqlanuvchi oyoqchali;

B. ikkita oziqlanuvchi oqchali;

B. oziqlanuvchi oyoqcha tutmaydigan;

G. Ag'darilgan lahtakli;

D. uchburchaksimon lahtak yordamida.

1.AB 2.BV 3.VG 4.GD 5.VD

4. Ital'yancha usuldagi plastikada qo'yidagi lahtakdan foydalaniladi:

A. nuqson chetidan;

B. elka yuzasining ichki qismidan;

B. erkin teri yordamida;

G. rassheplennoy kojey;

D. Riverden bo'yicha.

1.AB 2.BV 3.VG 4.AG 5.GD

5. Oyoqchali lahtak yordamida plastika qullaniladi:

A. uncha katta bo'lmagan bir qavatli nuqsonlarda;

B. qovok dahlizini shakllantirishda

B. cho`qur nuqsonlarda;

G. Teshib o'tuvchi nuqsonlarda;

D. nuqson bo'lmaganda.

1.AB 2.BV 3.VG 4.GD 5.VD

6. Oyoqchali lahtakda burilish burchagi (gradusda) quyidagicha bo'ladi.

A. 60^0

B. 180^0

V. 90^0

G. 120^0

D. 80^0

1.AVD 2.ABV 3.VGD 4.BVG 5.ABD

7. Qon tomir tutuvchi lahtak yuz sohasida quyidagilarda qo'llaniladi

- A. Xitrov bo'yicha burun shakllantirishda
- B. Abbe plastikasi bilan lab shakllantirishda
- V. Qosh plastikasida
- G. Quloq plastikasida

D. xeyloplastika Obuxova bo'yicha

1.BV 2.AB 3.VG 4.GD 5.VD

8. Limberg bo'yicha uchrashuvchi lahtaklar plastikasi ishlatiladi.

A. katta xajmdagi keloidli chandiqlarda

B. tortuvchi chiziqli chandiqlarda

V. Burun katta xajmdagi nuqsonlarida

G. Yumshoq to'qima nuqsonlarida.

D. oqma yo'llarni bartaraf qilishda

1.BD 2.AB 3.VG 4.GD 5.VD

9. Limberg uchrashuvchi uchburchaksimon lahtaklari qo'llaniladi

A. burun suyaklari nuqsonlari

B. tortuvchi chiziqli chandiqlarda

V. Tor til yuganchalarida

G. Katta xajmdagi yumshoq to'qima nuqsonlarida.

D. kelloid chandiqlarda

1.BV 2.AB 3.VG 4.GD 5.VD

Vaziyatli masalar.

Vaziyatli masala № 1.

Bemor 45 yosh burun qanoti va burun uchi nuqsoni it tishlangandan keyingi holat.

Plastika qilishning iloji bormi?

Qanaqa lahtakdan foydalanish mumkin?

Ichki qanotni xosil qilish uchun nima qo'llaniladi?

Javob:

Xa, plastika o'tkazish mumkin (toza it tishlangan xollarda plastika o'tkazish –mumkin emas);

Burun lab burmasi sohasidan lahtak shakllantirish mumkin.

Ichki yuzasini shakllantirish uchun eski chandiqdand foydalanish mumkin

Vaziyatli masala № 2.

Bemor 35 yosh pastki lab travmadan so'ngi total nuqsoni aniqlanadi. Travma 2 kun oldin bo'lib o'tgan. Total nuqsonni bartaraf etish uchun qanaqa lahtakdan foydalaniladi.

Javob:

Burun lab burmasidan shakllantirilgan lahtak nuqsonni ichki yuzasini tiklash uchun qullaniladi. Lekser bo'yicha boshning sochli qismidan lahtak shakllantiriladi.

Vaziyatli masala № 3.

Bemor 15 yosh ikki tomonlama yuqori lab tug'ma kemptigi va tangalay yuqori lab nuqsoni aniqlanadi. Pastki lab meyorida rivojlangan.

Qanaqa lahtak shakllantirish mumkin va avtor bo'yicha metod nomi ?

Javob :

Pastki labdan oziqlantiruvchi oyoqchali lahtak asosida olinadi. Bu usul avtor bo'yicha Abbe.

Tavsiya etiladigan adabiyotlar

- asosiy

1. T.G. Robustova "Xirurgicheskaya stomatologiya". - M; Meditsina, 1990.- str. 549-550.
2. N.M. Mixel'son "Vosstanovitel'nie operatsii CHLO".-M; Meditsina, 1962, str. 31-37.
3. YU.I. Bernadskiy "Travmatologiya i vosstanovitel'naya xirurgiya CHLO".- Kiev, 1990, str.215-222, 242-244.
4. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya xirurgiya myagkix tkaney chelyustno – litsevoy oblasti».- M.; Meditsina. 1997g. s.17-25

- qo'shimcha

1. Zoltan Ya. «Cicatrix optima» perevod s vengerskogo M.1987 y.
2. Zoltan Ya. «Peresadka koji». Perevod s vengerskogo M.1987y.
3. Sukachev V.A. «Atlas rekonstruktivneh operatsiy na chelyustyah» M., 1984y.

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com

dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

MAVZU № 12

MAXALLIY TO'QIMALAR BILAN PLASTIKA QILISH: LIMBERG UCHRASHUVCHI UCHBURCHAKLI LAHTAKLAR.

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat	Ta'lim oluvchilar
	Ta'lim beruvchi	

1-bosqich		
O`quv mashg`ulotiga kirish		
10- daqiqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni yetkazish. 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 xarakterlar 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
40-daqiqa	3.2. Faol talabalar baxolanadi. Guruh bo'yicha baxolash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baxolaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa		
Jami		6 soat

Nazorat savollar:

1. YUJS nuqson va shakl bo'zilishlari tasnifi.
2. Tiklov operatsiyalariga ko'rsatmalar.
3. Tiklov operaqtsiyalariga qarshi ko'rsatmalar.
4. YUJS nuqson va shakl bo'zilishlari bo'lgan bemorlani klinik - bioximik va boshqa qo'shimcha tekshirish usullar tahlili.
5. YUJS nuqson va shakl bo'zilishlarining miqdori va sifat tavsifi

Nazariy qism.

MAHALLIY PLASTIKA. Yuzda mahalliy to`qimalar bilan plastika ko`p afzalliklarga ega. Ulardan eng asosiysi plastika uchun turgorligi va rangi bo`yicha bir xil to`qimalarning ishlatilishi va estetik jihatdan buning yaxshi natija berishi hisoblanadi. Bundan tashqari operatsiya oldi texnikani rejalashtirish va atravmatik texnikalarning qo`llanilishi operatsiyaning silliq o`tishi va operatsiyadan keyingi davrning yaxshi kechishini taminlaydi, operatsion jaroxatning birlamchi bitishi va uncha bilinmaydigan chok bo`lishi bilan xarakterlanadi. Yuzda, buyin sohasi va qul barmoklarida qo`yish va mexanik ta`sirotlar natijasida yuzaga kelgan chandiqlarni bartaraf etishda uchrashuvchi uchburchakli lahtaklardan foydalanish yaxshi natija beradi.

CHandiq atrofidagi to`qima miqdoriga qarab uchrashuvchi uchburchakli lahtaklar simmetrik yoki nosimmetrik bo`lishi va ular chandiq bo`ylab izma iz joylashishi mumkin. Agar chandiq ko`p bo`lsa yoki chandiq hajmi katta bo`lsa, to`qimalarni to`liq mikdorini ishlatish imkoni uchrashuvchi uchburchakli lahtaklarni birga ishlatsa, ayniqsa o`rta yoki yon figuralarning kesmasi umumiy bo`lsa.

Buyin sohasidagi turli chandiqli tortilishlardan keyin yuzaga kelgan bo`yinning kontrakturalarini yo`qotishda uning turli qismlarida teri fiziologiyasini bilish lozim. Boshni orqaga yoki yon tomonga burganda bo`yinning qalqonsimon tog`aydan yuqorisida turgan terisi ko`proq tortiladi. SHuning uchun asosiy e`tibor bo`yinning yuqori qismiga qaratilishi lozim. Uchrashuvchi uchburchakli lahtaklar bilan bo`yin kontrakturasini bartaraf etish ko`p etapli bo`lishi mumkin, chunki operatsiyadan keyin yangi tortilishlar aniqlanishi mumkin.

Yuz sohasidagi nuqsonlarni uchrashuvchi uchburchakli lahtaklar bilan tiklash. Qovoq va lab sohasidagi nuqsonlarni va chandiqli etishmovchiliklarni bartaraf etish maqsadida nosimmetrik uchrashuvchi uchburchakli lahtaklardan foydalaniladi.

Pastki qovoq plastikasida uchburchakli lahtak ishlatilganda uchli burchak yuqori qovoq, chakka yoki yonoq sohasiga buqiladi. Pastki qovoq qirrasini ko`z olmasidan orqaga qolib ketmasligin oldini olish uchun uchburchak asosi ko`z yorigi tashqi burchagidan 6-10mm balanda bo`lishi lozim. Ikkinchi yon kesma qovoqni erkin qirrasiga parallel bo`lishi lozim. Lab chandiqli to`qimasini yoki shilliq qavati burilib chiqib qolishini bartaraf etishda nosimmetrik figuralardan foydalaniladi; bunda ingichka uchburchakli lahtak bir yoki ikkita lab burun burmasiga buqiladi va nuqson sohasiga yumshoq to`qima surilib o`tkiziladi.

Yuz, bosh va buyin sohadagi chegaralangan tomirli va pigmentli dog`larni, yaxshi sifatli o`smalar va chandiqlarni kesib tashlanganda turli shakldagi nuqsonlar hosil bo`ladi. Qirralarni oddiy birlashtirish ko`pincha yuzning boshqa qismlarini buzilishiga olib kelishi mumkin. SHuning uchun odatiy ravishda nuqsonni berkitish uchun lahtakli oyoqchalardan foydalaniladi. A.A. Limberg nuqson sohasini uchrashuvchi uchburchakli lahtaklar bilan berkitishni teoretik jihatdan asoslab berdi.

Rombsimon shakldagi nuqsonni bartaraf etish. Bu nuqson sohasiga nosimmetrik uchrashuvchi uchburchakli lahtaklarni 60-120^o burchak ostida qo`yishga asoslangan. Nuqsonni ko`chirib o`tkazilgan to`qimalar bilan berkitishni ikki usuli farqlanadi: nuqsonni yarmi jaroxat chetlarini oddiy birlashtirilib yopilsa, ikkinkichisi esa teng tomonli uchburchakli lahtak bilan berkitiladi. Nuqsonni berkitish operatsiyasida o`sha figuralarni joylashishini 4ta variantini ko`zdan kechirmoq lozim va 60-120^oli lahtaklardan qaysisini to`g`ri kelishini optimal variantini bilish lozim.

Rotatsion lahtaklar bilan mahalliy plastika.

Rotatsion lahtaklar deb yuz sohasidagi nuqsonlarni berkitishi uchush ishlatiladigan va nuqsonni berkitish uchun lahtakni bitta oyoqchasini rotatsiya ya`ni aylantirish yo`li bilan berkitishga aytiladi.

YU.K. SHimanovskiy (1865) o`zining monografiyasida qovoq va lunj sohasidagi uchburchak shakldagi nuqsonlarni berkitish uchun ishlatiladigan lahtaklar xaqida aytib o`tadi. Keyinchalik to`qimalarni rotatsiya usuli pastki jag` osti, quloq orti va bo`yin sohasidagi xarakatchan to`qimalarda ishlatila boshlangan. Ushbu operatsiyalarni rejalashtirish mezonlari yo`q edi.

A.A. Limberg (1963) operatsiyani jarohat chetlarini yon kesmalar bilan jaroxat uchiga ko`chirish plastikasi asosida rejalashtirishni taklif etdi. Bunday burchakli kesma, «razrez kocherigi» nomi bilan atalib, jarohat chetlarini uzaytirish imkonini beradi va uzoqroqqa ko`chirish imkonini yaratadi..... Lunj sohasi to`qimasini ko`chirganda burchakli kesma ko`z osti sohasida bo`lmogi kerak. Bunda yumshoq to`qimalarni ko`chirganda ayrim jarohat chetlarini bir biriga mos kelmasligidir: uning tashqi qirrasini ichki qirrasidan bir oz uzunroq bo`ladi. SHuning uchun rejalashtirishda jarohatni uchburchak shaklda tashqi qirrasini qisqartirishni ham inobatga olish kerak.

Rotatsion lahtaklarni ishlatish lunj sohasi teri qismidagi katta nuqsonlarni yo`qotish imkonini yaratadi. Mahalliy to`qimalar yetishmaganda donor yuzasi transplantat bilan to`ldiriladi.

Murakkab lahtakni mikroxirurgik texnikani qo`llagan xolda ko`chirishni umumiy holati

Mikrotomirli anastomozlarni qo`llagan xolda o`tkaziladigan plastik operatsiyalar texnik jihatdan murakkab hisoblanadi va 4 etapdan iborat – retsipient zonani tayyorlash, lahtakni paydo qilish va uni nuqson sohaga ko`chirish, mikrotomirli anastomozlarni qo`yish, donor qismni va lahtak chetlarini tikish. Agar bitta jarrohlar jamoasi ishlasa, etaplar bosqichma bosqich o`tkaziladi. Agar iloji bo`lsa ikkinchi jarrohlar jamoasiga lahtaklar hosil qilishni va donor sohasini tikishni yuklatib qo`yish mumkin.

Ikkita jamoa bo`lib ishlash operatsion vaqtni kamaytiradi, lekin bu ish nuqson va donor sohasi bir biridan ancha uzoq sohada joylashgan bo`lsa amalga oshirish mumkin. Bundan tashqari bemorni stoldagi holati xam muhim rol` o`ynaydi.

Operatsiyani rejalashtirish. Nuqsonni baholash plastik jarrohlikni umumiy holatiga e`tibor berib baholanadi: lokalizatsiyasi, kattaligi, shakli, chuqurligi va atrof to`qima xarakteri inobatga olinadi. Bundan tashqari deformatsiya etiologiyasi, oldingi operatsiya xarakteri, boshqa davolash metodlarini xarakteri, jumladan nur terapiyasi, krioterapiya, inobatga olinishi lozim. Operatsiya metodini tanlashda nuqson sohasidagi qon tomirlar holatiga ham e`tibor berish lozim. Yuz sohasida zararlanmagan arterial va venoz sistemasi borligi tashqi uyqu arteriyasini hamma tarmoqlarida, yuz va pastki jag` venalarida anastomozlar hosil qilish imkonini beradi. Uyqu arteriyasini selektiv angiografiyasida obliteratsiya darajasi, qolgan shoxlarni anastomoz uchun yaroqliligini aniqlash imkonini beradi.

Operatsiyani asosiy etaplari. Retsipient maydonni tayyorlash. Qabul qiluvchi tomirlarni ajratib olinadi. Hosil bo`layotgan lahtakni oziqlanishi uchun arteriyada qon xaydash kuchi aniqlanadi. Qon tomir devorlarini sklerotik o`zgarishlari anastomoz hosil qilishda ancha qiyinlik tug`diradi. Tomir uchlari sog` to`qima uchramaguncha kesib chiqiladi. Qabul qiluvchi tomirni 2-3 smga preparovka qilinadi, chunki mikroetapda ko`chirish oson bo`lishi uchun. Operatsiyani birinchi bosqichi vizual nazorat ostida amalga oshiriladi. Mikroskop faqat dag`al chandiqli o`zgarishlar bo`lganda ishlatiladi.

Lahtakni hosil qilish. Lahtakni kutarish paytida tomirli oyoqni holatiga e`tibor berish lozim. Kalta tomirlar anastomozlar qo`yishni qiyinlashtiradi, preparovka asosiy qon tomir o`zanigacha qilinishi lozim, ayrim holatda katta arteriyani bir qismi xam preparovka qilinadi. Lahtakni ko`tarish paytida uning qirralaridan kapillyar qon ketish nazorat qilinishi lozim. Ajratish oxirida tikish uchun zarur bo`lgan qon tomir ajratiladi. Ikkita arteriya bo`lganda bitta kattasi tanlanadi. Bunda funktsional proba o`tkazsa bo`ladi: mikroklipsalar orqali qon tomirlar biri qisib qo`yiladi va 10-15 daqiqadan keyin

lahtak qon bilan ta'minlanishi tekshiriladi. Uzun qon tomir oyoqchasiga klipsalar yoki qisqichlar quyilmoqchi bo'lganda tomirni markaziy oxiriga qo'yiladi. Lahtak kesib olinadi va nuqson sohasiga ko'chirib o'tkaziladi va nam salftkaga o'rab operatsion stolga qo'yiladi. Tomir va donor sohalari tikib qo'yiladi. Agar operatsion stolda bemor holati mikrotomir etapiga o'tishga imkoni bo'lmasa, donor soha tiqiladi, uni steril salftka bilan berkitiladi va bemor buriladi. Boshqa holatlarda mikroetap bilan bir vaqtni o'zida donor sohani tikib qo'yiladi.

Mikrotomirli choklarni qo'yish. Dastlab retsipient sohadagi qon tomirlar mikrotomirli texnikaga asoslangan xolda ishlov beriladi. Spazmni kamaytirish uchun tomir markaziy oxirini tashqi pardasi olib tashlanadi. Agar lahtakni oziqlantiruvchi arteriyani yaroqliligiga shubha tug'lsa, arteriyani kesgandan keyin qon oqish tezligi nazorat qilinadi. Ayrim holatlarda arteriya pul'satsiyasi yaxshi ifodalangan, lekin qon oqimi kuchsiz bo'ladi. Spazmga qarshi chora ko'rilishi lozim (mexanik dilyatatsiya, dorivor ta'sirlar)

Agar ko'rsatib o'tilgan manipulyatsiyalardan keyin qon oqimi ko'paymasa, bu holat tomir choki qo'yish uchun salbiy holat deb qaraladi, arteriya proksimal qismlari ajratiladi.

Tayyorlangan retsipient arteriya va venalarga mikroklipslar qo'yiladi, lahtak nuqson sohasiga ko'chiriladi va to'g'ri holatda bir nechta choklar yordamida teriga yoki teri osti yog' qavatiga fiksatsiya qilinadi. Lahtak tomirlar va retsipient joy uchlari maksimal bir biriga yaqinlashtiriladi, ayrim holatlarda bipolyar klipsalardan foydalaniladi.

Anastomozlar standart usulda atravmatik yumoloq ignalar bilan 8/0-10/0 iplar bilan tugunli choklar orqali qilinadi. Diametri 1,5 mm li tomirlarga 8-10 ta chok qo'yiladi. Dastlab chuqur qon tomirlar, undan keyin yuzaki qon tomirlar tiqiladi. Anastomoz qo'yib bo'lganidan keyin dastlab arteriyalardan klipsalar olinadi, undan keyin venalardan echib olinadi. Anastomozlarning o'tkazuvchanligi tomirlarda hosil bo'lgan pulsatsiya orqali aniqlanadi. Lahtakda 3 sekunddan keyin oqarishni yo'qolishi qon oqimi tiklanganligi bildiradi. Ko'rsatib o'tilgan belgilarni bo'lmasligi qon tomir spazmi xaqida bildiradi. Teri xaroratining o'zgarishi xam lahtakning hayotiy holatini baholaydi. YAxshi qon bilan ta'minlanganda lahtak va sog' to'qima bilan xarorat farqi 2 S dan oshmaydi.

Donor jaroxatni tikish, lahtakni oxirgi fiksatsiyasi. Donor sohasi jarohati lahtak olinganidan keyin yoki teri-yog' lahtagini ko'chirib o'tkazilganidan keyin chetlari yaqinlashtirilib yopiladi.

Lahtakni yangi joyiga birlashtirilganda tomir oyoqchasini tortilishi yoki buralib qolishdan extiyot bo'lish lozim. Lahtak ostidan bir nechta rezina chiqarg'ich qoldiriladi va aseptik boylam bilan lahtak engil boylab qo'yiladi. Bog'lam o'rtasidan transplantat holatini tekshirib borish uchun «oyna» ochib qo'yiladi

Interaktiv usuli: Akvarium

TESTLAR:

1. Yuzdagi nuqson hajmini tahlil qilish uchun quyidagilardan qaysi biri bo'lishi zarur.
 - a) qonning umumiy taxlili.
 - b) siydik umumiy taxlili.
 - v) qondagi gemogloblin miqdori.
 - g) qon guruhi va rezus faktor.
 - d) bemor sur'ati.*
2. Yuzdagi nuqson xajmini taxlil qilish uchun qo'yidagilardan qaysi biri bo'lishi zarur.
 - a) qonning umumiy taxlili.

- b) siydik umumiy taxlili.
- v) qondagi gemogloblin miqdori.
- g) qon guruhi va rezus faktor.
- d) yuz niqobi *

3. Yuz-jag' sohasi funktsiyasi buzilishi bilan bog'liq bo'lgan qayta tiklash operatsiyasiga ko'rsatma.

- a) pastki qovoq tortilib qolishi, ko'zdan yosh oqib turishi.*
- b) burun uchi sohasi chandiqli shakl buzilishi.
- v) shalpanquloqlik.
- g) egarsimon burun.
- d) xeyloplatikadan keyingi shakl buzilish.

4. Autoplatika deb qanday ko'chirish usuliga aytiladi.

- a) o'z to'qimasini.*
- b) boshqa inson to'qimasini.
- v) egzaklardan birining to'qimasini ikkinchisiga.
- g) xayvon to'qimasini.
- d) sun'iy to'qimani.

5. Alloplatika bu:

- a) o'z to'qimasini.
- b) boshqa inson to'qimasini.*
- v) egzaklardan birining to'qimasini ikkinchisiga.
- g) xayvon to'qimasini.
- d) sun'iy to'qimani.

6. Izotransplantatsiya bu:

- a) o'z to'qimasini.
- b) boshqa inson to'qimasini.
- v) egzaklardan birining to'qimasini ikkinchisiga.*
- g) xayvon to'qimasini.
- d) sun'iy to'qimani.

7. Ksenoplastika bu:

- a) o'z to'qimasini.
- b) boshqa inson to'qimasini.
- v) egzaklardan birining to'qimasini ikkinchisiga.
- g) xayvon to'qimasini.*
- d) sun'iy to'qimani.

8. eksplantatsiya bu:

- a) o'z to'qimasini.

- b) boshqa inson to`qimasini.
- v) egzaklardan birining to`qimasini ikkinchisiga.
- g) xayvon to`qimasini.
- d) sun`iy to`qimani.*

9. Yuz-jag` sohasi nuqson va shakl buzilishlar etiologiya bo`yicha qanday turlarga bo`linadi.

- a) shikastlanish.
 - v) odontogen.
 - s) tug`ma .
 - d) kesib o`tuvchi.
 - e) yuza.
1. avs,* 2. asv, 3. ade, 4. vsd, 5. vae.

11. Yuz a`zolari zararlanganlik darajasiga ko`ra:

- a) qisman.
 - v subtotal.
 - s) total.
 - d) odontogen.
 - e) shikastlanish.
1. avs,* 2. asv, 3. ade, 4. vse, 5.vde.

12. Yuzning nuqson va deformatsiyalarida uchraydigan funktsional buzilishlarga kiradi.

- a) og`iz ochilishining qiyinligi.
 - v) nutq buzilishi.
 - s) qovoq yopilmasligi.
 - d) makrostomiya.
 - e) mikrostromiya
1. d,e* 2. av, 3. vs, 4. sd, 5. vd.

13. Yuzning nuqson va deformatsiyalarida uchraydigan anatomik buzilishlarga kiradi:

- a) og`iz ochilishining qiyinligi.
 - v) nutq buzilishi.
 - s) qovoq yopilmasligi.
 - d) makrostomiya.
 - e) mikrostromiya
- 1.avs*, 2. asd, 3. ade, 4. vsd, 5. vde.

14. Qayta tiklash operatsiyalarining asosiy printsiplariga nimalar kiradi

- a) ko`chirib o`tkazilayotgan to`qimalarning biologik mosligi.
- v) kosmetikligi.
- s) kosmetik natijaning uzoq saqlanishiga erishish.

- d) operatsiya qiymati.
- e) operatsiya etaplari o'zoq davom etishi.
1. av,* 2.asd, 3.ade, 4. vsd, 5. vde.
15. Qayta tiklov operatsiyalarining noqulay tomonlari.
- a) ko`chiribo`tkazilayotgan to`qimalarning biologik mosligi.
- v) kosmetikligi.
- s) kosmetik natijaning uzoq saqlanishiga erishish.
- d) operatsiya qiymati.
- e) operatsiya etaplari uzoq davom etishi.
1. de,* 2. av, 3. vs, 4. sd, 5. ae.
16. Qayta tiklash operatsiyalarini rejalashtirishda quydagilarga ahamiyat berish kerak:
- a) operatsiya etaplarini minimal miqdoriga.
- b) jaroxatlanish etaplarini minimalligiga.
- s) bemor boshi va qo`liga qulay sharoit yaratib berish.
- d) qayta tiklashni ixtisoslashganligi.
- e) ijtimoiy ixtisoslashganligiga.
1. av,* 2. asd, 3. ade, 4. vsd, 5. vde.

Tavsiya etiladigan adabiyot

asosiy

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya» M., 2001 g.
2. Bernadskiy YU.I. «Osnovi xirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
3. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1997y.

qo'shimcha

1. William H Bell Surgikal Correction of Dentofacial Deformities. Volume III – pages 1 – 744, 1985.
2. Borovskiy E.V. s soavt. «Stomatologiya. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam» M., 1987 g.
3. «Vosstanovitel'nie operatsii chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1962 g.
4. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya xirurgiya myagkix tkaney chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1997 g.
5. Operativnaya chelyustno-litsevaya xirurgiya», M., 1963 g.
6. Zoltan YA. «Cicatrix optima» perevod s vengerskogo M.1987 g.
7. Zoltan YA. «Peresadka koji». Perevod s vengerskogo M.1987 g.
8. Ro'zin G.P., Burix M.P. - Osnovi texnologii i operatsii v xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii. - Xar'kov, 2000. <http://www.kushaem.ru/book>.
9. William H Bell Surgikal Correction of Dentofacial Deformities. Volume III – pages 1 – 744, 1985.
10. Informatsiya poluchennaya iz saytov interneta: www.dental-revue.ru, www.e-stomatology.ru, www.dentalyug.ru, www.dentist.med-place.ru, www.stomatolog.com.ua

Internet sayt:

MAVZU № 13

**TO`QIMALARNI ERKIN KO`CHIRIB O`TKAZISH: YUZ-JAG` SOHASIGA TO`QIMALARNI ERKIN
KO`CHIRIB O`TKAZISHGA KO`RSATMALAR VA ULARNI O`TKAZISH PRINTSIPLARI**

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
40-daqiqa	3.2. Faol talabalar baxolanadi. Guruh bo'yicha baxolash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baxolaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa		
Jami		6 soat

Nazariy qism.

YUmshok to'qimalar qon oqimi saqlamasdan transplantatsiyasi

Yuzni qayta tiklash xirurgiyasida biologik yumshoq to`qimalarni erkin ko`chirib o`tkazish etakchi o`rin egallaydi. Ularga yog` to`qimalari, fastsiya, deepidermizatsiyalangan to`qimalarni ko`chirib o`tkazish kiradi.

Avvaliga autogen yog` to`qimasi va fastsiyalarni ko`chirib o`tkazish qo`llanilgan. Xozirgi zamonaviy tibbiyotda autogen to`qimalar bilan birgalikda allogen yog` va fastsiyalarni ko`chirib o`tkazish usullari ham qo`llanilmoqda.

Autogen va allogen fastsial trasplantatlarni erkin ko`chirib o`tkazish yaxshi natijalar bermokda. Fastsiyaning anatomik tuzilishi oddiyligi, qon bilan, innervatsiya bilan kam ta`minlanganligi fastsial transplantantlarning o`tkazilgan joyga yaxshi joylashib ketishini taminlaydi. Allogen fastsial transplantantlarning ko`chirib o`tkazilganda, fastsiyani antigen xususiyati kuchsiz ifodalanganligi muhim ahamiyatga ega. Qayta tiklash operatsiyalarida fastsial transplantantlar yuz mimik mushaklarining falaji natijasida kelib chiqqan qovoq, lunj, pastki lab xarakati buzilganda statik xarakatni ushlab turish maqsadida plastik xom ashyo sifatida foydalaniladi, hamda yuz yumshoq to`qimalarini rivojlanmaganligi oqibatida. (yuz gemiatrofiyasi, jabra yoyi I-II sindromlarida) kelib chiqqan yuzning katta xajmdagi shakl buzilishlarida yoki yuzning mexanik, yallig`lanish kasalliklari natijasida kelib chiqqan teri osti yog` to`qimalarini nobud bo`lishi, xamda chakka pastki jag` bo`g`im o`sig`i ankilozlarini operativ davolashda ajratilgan suyak yuzalarini interpozitsiya qilish uchun foydalaniladi.

Ko`chirib o`tkazilgan fastsial trasplantatlar teri osti yog` qavatiga erkin joylashtirilsa, u asta sekin joylashib, biriktiruvchi va yog` to`qimalariga almashinadi. CHakka pastki jag` bo`g`im o`sig`ini operativ davolashda fastsial trasplantatlar suyak orasiga kistirgich sifatida qo`yilsa, asta sekin joylashib, chandiqli to`qimaga almashinib ketadi.

Autogen fastsial trasplantatlar qo`llanilish joyiga qarab uzunchoq yoki bo`lakcha shaklda olinib, suyaklar orasiga kistirgich yoki yuz yumshoq to`qimalarining yallig`lanishida fastsial trasplantatlar teri osti yog` qavati bilan birgalikda qo`llaniladi. Yuzning kontur plastikasida allogen fastsial trasplantatlar teri osti yog` qavatisiz qo`llaniladi. Fastsial trasplantatlar son katta fastsiyalaridan olinadi.

ERKIN FASTSIAL VA YOG` TO`QIMALI TRANSPLANTATLARNI OLISH

Ko`pincha trasplantatlar sonning katta fastsiyasidan, mustaxkam va katta xajmda bo`lgani sababli olinadi.

To`qimalarni erkin ko`chirib o`tkazish qayta tiklash operatsiyalarining asosiy qismi hisoblanadi. Ayniqsa urushdan keyingi davrlarda suyak va tog`ay nuqsonlarini bartaraf etishda keng qo`llanila boshlangan. To`qimalarni ko`chirish jag`lar rezektsiyalarida, o`smalarni olib tashlangandan keyingi va granulyatsiyalanuvchi jaroxatlarda qo`llaniladi.

Erkin ko`chirib o`tkazishni 5 xil turi mavjud.

1. Autogen (o`z to`qimalarini)
2. Sinegen (genetik jixatdan o`z organizmiga mos bo`lgan to`qimalardan)
3. Allogen (shu xildagi organ to`qimalardan).
4. Ksenogen (xayvon to`qimalaridan)
5. Tirik bo`lmagan materiallarni ko`chirib o`tkazish, agar ularni to`qimalar to`lik qoplasa – implantatlar, qisman qoplasa eksplantatlar deyiladi.

Allo-, ksenotrasplantat va implantatlar doimo ham ijobiy natija bermaydi, to`qimalarni mos kelmasligi yuzaga kelishi, mos kelmaslik reaksiyasidan o`tishga to`g`ri keladi, bu esa har doim ham yaxshi oqibat bilan yakunlanmaydi. Ko`pincha autoplastika eng samarali usul hisoblanadi. Transplantatlarni maxsus laborator sharoitda konservatsiya yoki liofilizatsiya qilish orqali tayyorlash mumkin.

1869 yil 8 dekabrni to'qimalarni erkin ko'chirib o'tkazishni zamonaviy uslubda - Riverden usulida o'tkazish boshlangan kun deb hisoblash mumkin. Terini yangi yoki chandiqlangan yaraga, yuz terisiga va shilliq qavatga ko'chirib o'tkazish mumkin.

Nuqsonni joylashgan joyi va xajmiga qarab lahtak har xil qalinlikda (skalpel yoki dermatom yordamida) olinadi.

A) YAtsenko- Tirsh usuli bo'yicha qalinligi 0.2-0.4mm bo'lgan yupqa epidermal lahtak.

Bu lahtaklarning plastikligi kam, tortganda burishadi, kosmetik jihatdan qoniqarsiz.

B) Pedjet, Bleyer, Braun usuli bo'yicha 0.5-0.7 mm qalinlikdagi ajratib olingan trasplantatlar. Dermatomlar ixtiro qilingandan so'ng keng qo'llanila boshlandi.

V) YAtsenko, Krauze, Lousal usuli bo'yicha 0.8 mm dan qalin bo'lgan lahtaklar terining barcha qavatini qamrab oladi.

Har xil lahtaklarning qo'llanilishini o'ziga xos xususiyatlari va qo'rsatmalar mavjud. YUpqa lahtak tez va yaxshi bitib ketadi, qalin lahtakning bitishi qiyin bo'ladi. Lekin kosmetik jihatdan buning aksi. Teri plastikasi birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin. Operatsiyaning muvaffaqiyati operatsiya texnikasiga lahtakning qalinligiga, onalik joyini tayyorlanishiga, hamda operatsiyadan keyingi parvarishiga, qanday maxkamlanganligiga va yiringlashini oldini olinishiga bog'liq.

Yuzning o'ziga xos estetiklik xususiyatlarini e'tiborga olinib transplantat olinadigan teri yaxshilab tanlanadi. Riverden usuli bo'yicha ko'chirish samarasiz usul hisoblanadi.

Terini ko'chirib o'tkazishni o'sma olingandan so'ng birvaqtda va toza yoki granulyatsiyalanuvchi jarohatlarga kupol chandiqlar xosil bo'lishini oldini olish maksadida qo'llash mumkin.

Qayta tiklash operatsiyalarida tayanch va kontur plastikada tog'aydan keng foydalaniladi. U biologik jihatdan juda qulay – qon tomirlarsiz rivojlanadi, to'qimalarning diffuz suyuqlari bilan oziqlanadi. 0,5 % li formalinda saqlangan murda suyagi, tog'ayi va boshkalar, hamda -70⁰ S da mo'zlatilgan va -20⁰ S vakuumda quritilgan trasplantatlardan foydalaniladi.

Jarrohlik xarakati 0.25 % li novokainga 0.1% adrenalin qo'shilgan (20 ml novokainga 1tomchi adrenalin qo'shiladi) eritma bilan mahalliy infil'tratsion og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi.

Operatsiyadan oldin sonning oldingi tashqi yuzasidagi tuklar qiriladi. Hajmiga qarab sonning 1/3 o'rta bo'lagini tashqi oldingi yuzasi bo'ylab kesma o'tkaziladi. Agar faqat fastsial transplantat olinadigan bo'lsa teri, teri osti yog' qavatini kesiladi. O'tkir ilmoq yordamida jarohat ochilib qon to'xtatiladi va teri osti yog' qavatidan fastsiya o'tmas yo'l bilan ajratiladi. Keyin olingan transplantatlar miqdori aniqlanib fastsiyani uzunasiga ikkiga bo'linadi va yuqori qismidan ko'ndalangiga kesiladi. Fastsiyani yuqoriga qismi 2 ta qisqich bilan o'shlanib sonning pastki bo'limi yo'nalishi bo'ylab tortiladi va pastda joylashgan mushaklardan o'tmas yo'l bilan ajratilib pastki chegarasi kesiladi fastsiyaga keluvchi mushakning arterial shoxi zararlanganda ketgut bilan mustaxkam chok qo'yiladi.

Son jarohatini tikishda teri osti yog' qavatiga ketgutdan o'rab oluvchi , teriga esa poliamid yoki ot yolidan tugunli choklar qo'yiladi. Jarohatda gematoma rivojlanganligini oldini olish maqsadida jarohatning pastki qismiga 2 kunga rezina chiqargich qoldiriladi. Jarohatga bosib turuvchi aseptik bog'lam qo'yiladi. CHoklar operatsiyadan 10 - 12 kundan keyin olinadi.

Yog' to'qimali transplantatlar sonning tashqi yuzasi sohasi yoki qorinning oldingi yuzasidan olinadi. Yog' to'qimasini ko'chirib o'tkazishda aseptikaga va transplantatning kamroq zararlanishiga

qat'iy rioya qilish kerak. Yog' to'qimasining ifloslanishi, unda yiringli jarayonning rivojlanishi ko'chirib o'tkazishning natijasini yaxshi bo'lmaganligidan dalolat beradi.

Sonning tashqi yuzasidan yog' to'qimasini olishda sonni oldingi tashqi yuzasining uchdan bir yuqorigi yoki o'rta bo'lagidan kesma o'tkaziladi. Terini kesgandan so'ng u o'tkir ilmoq bilan ochib turiladi va o'tkir skalpel' bilan kerakli yog' to'qimasi kesib olinadi. Yara qavatma qavat kesiladi. Katta miqdorda yog' to'qimasi olinganda ko'pincha teri osti gematomasi kelib chiqadi va u yiringlashi mumkin. Gematoma rivojlanishini oldini olish uchun to'qima olingan joyga birqancha qavatli marlidan yasalgan chambar qo'yiladi va bint bilan yaxshilab bog'lab qo'yiladi. 6-7 kun davomida bosib turuvchi bog'lam qo'yiladi, operatsiyadan keyin 10 - 12 kunda choklar olinadi.

Fastsiyaga yog' to'qimasini erkin ko'chirib o'tkazish. Bunday usul yuzning gemiatrofiya, lipodistrofiyasi, jabra yoyi I-II sindromlarida, ya'ni yuzning yumshoq to'qimalari atrofiyasi yoki riojlanmaganligi sababli yuz tuzilishi buzilganda qo'llaniladi.

Jarrohlik xarakati mahalliy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Odatdagi operatsiyadan oldingi tayoygarlikdan so'ng, terida kesuv o'tkaziladigan joy aniqlab olinadi, lunj chuqurchasi chegaralari aniqlanib, pastki jag' osti sohasi kesilib trasplantat joylashtirishi uchun soxta joy tayyorlanadi. Botiqlik joyidagi teri va unchalik chuqur bo'lmagan teri osti yog' qavatini qaychi yordamida ajratiladi.

Qon ketishi yuzaga kelganda 5% li aminokapronkisloti yoki 2%li vodorod perioksidiga shimdirilgan tamponlar bilan qon to'xtatiladi. Yog' to'qimasi va fastsial transplantatlar sonning oldingi tashqi yuzasining uchdan bir yuqorigi yoki o'rta qismidan olinadi. Yog' va fastsial transplantatlarning atrofiyaga uchrashini hisobga olib transplantat kerakli xajmdan ikki baravar ko'p xajmda olinadi. Transplantat olingandan so'ng teri osti cho'ntagidagi tampon olingandan keyin, teri osti yog' qavatini chuntagigi joylashtiriladi, matrats choklar qo'yilib marlili shariklar tikilib chiqilib maxkamlanadi. Jag' osti sohasidagi teri tiqiladi va 48 soatga rezina chiqargich qoldiriladi. Operatsiya tugagandan so'ng ko'chirib o'tkazilgan transplantat va jarohat chetlariga antibiotik yuboriladi. Choklar operatsiyadan so'ng 8-10 sutkada olinadi

Operatsiyadan 2-3 oydan keyin yog' va fastsiyaal transplantatlarning atrofiyaga uchraganligi yaqqol seziladi va ikkinchi operatsiya 5-6 oydan keyin o'tkazilishi maslaxat beriladi. Ko'chirib o'tkazilgan yog' to'qimasi atrofiyaga uchrashiga qaramasdan jarrohlik operatsiyasi foydali xisoblanadi. Chunki ko'chirib o'tkazilgan to'qimalar bir qismi joylashib saqlanib qoladi.

Deepidemizatsiyalashgan teri va teri osti yog' qavatini ko'chirib o'tkazish.

Xozirgi vaqtda yuzning yumshoq to'qimalari etishmovchiligida teri osti yog' qavatini teri bilan birgalikda ko'chirib o'tkazish muhim ahamiyat kasb etadi. Yog' to'qimasini fastsiyaga ko'chirib o'tkazishdan oldin epidermizatsiyalangan teri va yog' qavat transplantatlarni ko'chirib o'tkazish jarayonida yog' massasining oldini olib operatsiyani yaxshi natijagacha olib kelishini ta'minlaydi. Buni dermadagi qon aylanish tarmog'i yaxshi rivojlanganligi uchun ko'chirib o'tkazish yog' to'qimasi va soxta tayoyrlangan joyda qon bilan ta'minlanish yaxshilanadi va bitish yaxshi kechadi. A.K. Agaev va V.D. Chernishev (1975) tadqiqotiga ko'ra olingan yog' klechatkali transplantatning qisman chetlari ya'ni u kesilganda zararlangan joylari so'riladi, epidermal kistalar sochli follikula qismi vaqt o'tishi bilan so'riladi, so'lak va ter bezlari ateroma va kistalari umuman rivojlanmaydi.

Deepidemizatsiyalangan teri yog' to'qimasi bilan birgalikda yuzning mexanik jaroxatlarida yuz yumshoq to'qimalarining tug'ma rivojlanmaganligida, o'sma olingandan keyingi nuqsonlarda miodistrofiya va gemiatrofiyalar natijasida kelib chiqqan shakl buzilishlarni va nuqsonlarini bartaraf etishda foydalaniladi. Jarrohlik xarakati mahalliy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi.

Operatsiya metodikasi: kesuv yuzning chakka quloq oldi va pastki jag' osti soxalari bo'ylab o'tkazilib, operatsiyadan keyingi chandiqlar unchalik ko'zga tashlanmasligini hisobga olish kerak Teri osti jarohat joylashtiriladigan joy xuddi yog'li fastsial trasplantatga tayyorlangan cho'ntakka o'xshab tayyorlanadi Donorlik sohasini sonning yuqorigi va tashqi yuzasi, ayollarda son bo'ksa burmasi qilib tayyorlash mumkin, chunki bu joylarda operatsiyadan keyingi chandiqlar ko'zga tashlanmaydi Bundan tashqari bo'ksaning mayda xujayrali yog' to'qimasi ko'chirib o'tkazilganda qorin sohasining yirik xujayrali yog' to'qimasiga qaraganda xajmini kamroq yo'qotadi. Donorlik sohasining eidermis qavati dermatom yordamida ajratiladi, agar epidermisga extiyoj sezilsa bu transplantat donorlik sohasini bitishida qo'llanilishi mumkin.

Agar donorlik sohasi son bo'ksa burmasida joylashgan bo'lsa unda terining epidermis qavati skal'pel' yordamida ajratiladi. Keyin deepidermizatsiyalangan teri ostidagi yog' klechatkasi bilan birgalikda yuzning botiqlik joyidagiga qaraganda bir necha barobar kattaroq olinadi.

Transplantatga nuqsonni va botiqlik joyiga qarab shakl beriladi. Transplantat chetlari bir nechta joyidan poliamid ip bilan tiqiladi, teri osti jaroxat cho'ntagidan o'tkazilib teridan tashqariga chiqarib yodoformli tampon boylanadi. Agar iloji bo'lsa transplantat cho'ntakka ketgut choklar bilan bilan birlashtiriladi.

A.G. Mamonov (1980) skal'pel' bilan transplantat derma qavatida bir qancha teshiklar teshadi u shaxmat shaklida joylashtirilib transplantat ko'proq tortilishi va dermani qisqarishini qulaylashtirish uchun qilinadi. Bundan tashqari kesilgan teshik orqali transplantatning bitishi jarohat aubidan bitib kelishi va transplantatga berilgan holatning mustaxkamlanishi tezroq bo'ladi.

Yuzdagi jaroxatni qavatma qavat tiqiladi. Teri osti qavati ketgut, teri esa poliamid ip yoki ot yolidan qilingan ip bilan tikib chiqiladi. Jaroxat chetida rezina chiqargich qoldiriladi va u 48 so soatdan keyin olib tashlanadi 10-15 kunga jaroxatga bosib turuvchi bog'lam qo'yiladi. CHoklar operatsiyadan keyin 12-13 kunda olinadi. Transplantatni ortiqcha qismini olib tashlovchi korrektsiya operatsiyasi 1-1.5 yildan so'ng o'tkaziladi.

MURAKKAB TRANSPLANTATLARNI ERKIN KO'CHIRIB O'TKAZISH

Murakab transplantat yoki lahtak atamasi adabiyotlarda asta sekin o'z axamiyatiga ega bo'lmoqda. YAqin yaqingacha ham murakab transplantat "kombinatsiyalashgan", "aralash", "suyak-to'qimali", "tarkibli" deb ham atalgan. CHet elda murakab transplantat deb atash qabul qilingan. Har xil xujayralardan tarkib topgan bir necha xil to'qimalardan tarkib topgan bir necha xil to'qimalardan birgalikda foydalanishga murakab transplantat yoki lahtak deyiladi. Masalan, teri – yog' qavat yoki shilliq mushak va tog'ay mezodermal, shilliq qavat esa endodermal xujayralardan kelib chiqqan.

Murakab transplantatlarni ko'chirib o'tkazish bir xil xujayrali to'qimalarni ko'chirib o'tkazishga qaraganda birqancha afzal taraflari bor, avvaliga bir vaqtni o'zida yo'qotilgan xujayraning tuzilishi va rangiga moslab yo'qotilgan to'qimani butunlay va tayanch to'qimalar bilan bartaraf etish mumkin.

1898 yili birinchi marta rus jarrohi K.P. Suslov murakab transplantatni ko'chirib o'tkazishga muvaffaq bo'lgan. U quloq suprasidan teri tog'aydan iborat bo'lgan ozgina qismini olgan va burun qanot qismida nuqsoni bo'lgan bemorning burniga shu transplantatni ko'chirib o'tkazgan

O'sha vaqtda shu sohadan transplantat olingandan keyin quloq suprasining kichrayishiga olib kelgan bo'lsa, bizning davrga kelib tajribalarga suyangan xolda murakab transplantatlar plastikasi rivojlanganligi sababli quloq suprasidan qancha katta transplantat olinsada, lekin quloq suprasi donorlik sohasini o'lchamlarini saqlab qolish imkoni paydo bo'lganligi bizning yutug'imizdir. Ushbu usul yangi, sifatli bo'lganligi bu usulni amaliyotda qo'llash ancha samaralidir Demak quloqdagi shu

kabi murakkab transplantatlarni ko`chirib o`tkazishda birqancha to`qimalardan iborat, ya`ni teri – yog` qavati, shilliq qavat – tog`ayli, teri – mushak, teri – soch, suyak- mushak, teri – mushak –shilliq qavat, shilliq qavat – mushak – teri tomir va boshqa murakkab transplantatlardan foydalanib nuqson bartaraf etiladi.

Interaktiv metod: «Miya shturmi»

TESTLAR.

1. egarsimon burun shaklini tiklash uchun o`tkaziladigan operatsiya:

- A) xondroplatika.
- B) suyak plastikasi.
- C) teri plastikasi .
- D) oyoqchali lahtak plastikasi.
- E) to`g`ri javob yo`q.

2. Gemiatrofiyada yaxshi natija beradi:

- A) yog`ning erkin plastikasi.
- B) xondroplatika.
- C) suyak plastikasi.
- D) teri plastikasi.
- E) to`g`ri javob yo`q.

3. Tirsh usuli bo`yicha teri lahtagining qalinligi:

- A) 0.2-0.3 mm.
- B) 0.1mm.
- C) 0.4-0.5 mm.
- D) butun qalinligi bo`yicha.
- E) to`g`ri javob yo`q.

4. Krauze usuli bo`yicha teri laxtagni qalinligi:

- A) 0.1 mm.
- B) 0.2-0.3 mm.
- C) 0.4-0.5 mm.

D) butun qalinligi bo`yicha.

E) to`g`ri javob yo`q.

5. Terining ajratilgan laxtagi qalinligi:

- A) 0.2-0.3 mm.
- B) 0.4-0.5 mm.

C) butun qalinligi bo'yicha.

D) 0.1 mm.

E) to'g'ri javob yo'q.

6. Riverden usuli bo'yicha teri lahtagini ko'chirib o'tkazishning o'ziga xos xususiyatlari:

A) 0.5-0.7 sm o'lchamdagi bo'lakchalari .

B) butun qalinligi bo'yicha.

C) terini yuza qavati

D) 5-7 sm o'lchamdagi bo'lak.

E) to'g'ri javob yo'q.

7. Burun uchi plastikasida quloq suprasidan olingan kombinatsiyalangan lahtak bilan plastika usuli muallifi kim

A) Suslov.

B) K'yandskiy.

C) Limberg.

D) Bernadskiy.

E) Riverden.

8. Terini erkin ko'chirib o'tkazish qanday ataladi

A) Terini autotransplantat ko'chirib o'tkazish.

B) Terini bandli lahtak bilan ko'chirish.

C) Oyoqchali teri lahtagini ko'chirish.

D) Mikroanastomoz teri lahtagini ko'chirish.

E) O'rin almashuvchi uchburchak lahtaklarni ko'chirish.

9. Tirsh laxtagining xususiyati:

A) qalinligi 0.2-0.4 mm.

V) terining butun qalinligi.

S) yaxshi bitadi.

D) yomon bitadi.

E) ajratilgan lahtak.

10. AS, 2. AB, 3. AD, 4. AE, 5. DE.

2. Krauze lahtagining xususiyati:

A) elastik.

V) yomon bitadi.

S) yaxshi bitadi.

D) yupqa

E) ajratilgan

1. AB, 2BC, 3. CD, 4. DE, 5. BD.

11. Lahtak yaxshi bitishi uchun bo`lishi kerak:

A) bir tekis yotishi.

V) bosimning doimo bir xil bo`lishi.

S) bosimning bir xil bo`lmasligi.

D) bosimni yo`qligi

E) to`g`ri javob yo`q.

1. AB, 2. BC, 3. CD, 4. DE, 5. BD.

12 Yuz terisiga qanday lahtakni ko`chirib o`tkazib bo`lmaydi

A) Riverden.

V) teshilgan.

S) Krauze.

D) Tirsh.

E) ajratilgan.

1. AB, 2. BC, 3. CD, 4. DE, 5. BD.

13. Terining erkin laxtagi teri plastikasida bo`lishi mumkin:

A) birlamchi.

V) ikkilamchi.

S) uchlamchi.

D) 2 bosqichli.

E) uchbosqichli.

1. AB, 2. BC, 3. CD, 4. DE, 5. BD.

14 Tog`ayning biologik xususiyatlari:

A) tomirlar bo`lmasligi.

V) almashinuv jarayonlarining pastligi.

S) almashinuv jarayonlarining yuqoriligi.

D) tez ifloslanishi.

E) tomirlar tarmoqlarini rivojlanganligi.

1. AB, 2. BC, 3. CD, 4. DE, 5. BD.

15. Terini erkin ko`chirib o`tkazishda qaysi usuldan foydalanamiz:

A) Tirsh.

V) Pedjet.

S) Bler -Barun

D) Limberg.

E) Obuxova

1. ABC 2. ABD, 3. ABE, 4. DCD, 5. BDE.

16. Terini erkin ko`chirib o`tkazishga ko`rsatma:

A) terini operatsiyadan keyingi nuqsoni

V) jaroxatdan keyingi teri va teriosti yog` qavati nuqsoni

S) kuyib granulyatsiyalangan yara.

D) terining teshib o`tuvchi nuqsoni.

E) to`qimalarning suyakgacha bo`lgan nuqsoni.

1. ABC, 2. ABD, 3. ABE, 4. DCD, 5. BDE.

17. Jag`ning qanday nuqsonida birlamchi suyak plastikasi o`tkaziladi:

A) jag`dan xavfsiz o`sma olingshandan keyin

V) suyak nuqsoni bilan uchragan pastki jag` sinishi.

S) pastki mikrognatiyani bartaraf etish.

D) nurlanishdan keyingi nekroektomiya.

E) xavfli o`smalar olingandan keyin.

1. ABC, 2. ABD, 3. ABE, 4. DCD, 5. BDE.

VAZIYATLI MASALA:

I.O`ng tomon yuzning yarmi kapillyar gemangiomasi bilan bemor murojaat qildi.

1) Davolash rejasini tuzing. 2) davolash usulini tanlang. 3) Ko`chirib o`tkaziladigan lahtak qalinligini aniqlang.

Javob: a) Bemorni tekshirish teri olinadigan joyni tanlash.

b) O`smani olish va birvaqtni o`zida terini o`tkazish.

v) Kosmetik va funktsional jihat lahtakning qalinligi 0.5-0.7 mm bo`lishi kerak.

II. Burun nuqsoni bo`lgan bemorda qorin sohasining chap yuzasida xajmi 10-24 sm bo`lgan Filat ov bandi tayyorlangan operatsiyadan keyingi davrda onalik sohasi granulyatsiyalangan yara xajmi 5x7 sm bo`lgan yara rivojlangan.

a) YArani berkitish usulini aniqlang. b) Terili lahtak olish uchun onalik sohasini tanlang. v) erkin ko`chirib o`tkazish usulini aniqlang.

Javob: a) Nuqson teri bilan erkin berkitiladi.

b) Teri qorinning o`ng tomonidan olinishi kerak.

v) Riverden usulida terini ko`chib o`tkazish.

III. Bemor peshonasida 2x2 sm kattalikdagi nevus aniqlanadi, oxirgi vaqtda tez katalashmoqda va jarohatlanmoqda:

a) Davolash rejasini tanlang.

b) Transplantat olinish joyini aniqlang.

v) Transplantat qalinligini va fiksatsiya usulini aniqlang.

Javob:

a) O`sma chetlaridan 1-2 mm qalinlikda olib tashlash va teri plastikasi.

b) Peshona terisining rangiga mos bo`lganligi uchun quloq orqa qismidan olinadi.

v) estetik jihatdan mos bo`lganligi uchun Krauze bo`yicha qalin laxta olinadi.

Tarqatma materiallar.

1. Talabanning bilim darajasini tekshirish uchun nazorat savollari.

2. Birinchi darajali murakkablikdagi testlar.

3. Ikkinchi darajali murakkablikdagi testlar.

4. Situatsion masalalar

Nazorat savollari

1. Yuz to`qimalarini anatomik xususiyatlari.

2. Ko`chirib o`tkazilayotgan to`qimalar turlari va ularni o`ziga xos xususiyatlari.

3. YUJS ga to`qimalarni erkin ko`chirib o`tkazishga ko`rsatmalar.

4. Tog`ay, suyak va boshqa to`qimalarni ko`chirib o`tkazish.

5. Teri laxtagini dermatom va qo`l bilan olish usullari.

6. Infitsirlangan yaraga erkin teri ko`chirib o`tkazishni o`ziga xos xususiyatlari va ko`rsatmalari.

Tavsiya etiladigan adabiyotlar

-asosiy

1. Robustova T.G. «Hirurgicheskaya stomatologiya» M., 2003 g.

2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuholi myagkih tkaney i kostey lica».

3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.

4. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y

5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

- qo`shimcha

1. Mixel'son N.M. «Vosstanovitel'nie operatsii CHLO». –M., Meditsina. 1962g s.197-213

2. YU.I. Bernadskiy «Travmatologiya i vosstanovitel'noy xirurgiya chelyustno - litsevoy oblasti» Kiev 1985 g.,
3. A.I. Nerobeev, N.A. Plotnikova “Vosstanovitel'naya xirurgiya myagkix tkaney chelyustno - litsevoy oblasti ” M. 1997g., str 86-89
4. Ballon L.R.; Kostur B.K. «Vozmeshenie defektov CHLO i organov shei» M. 1989g.str.95-117
5. Shanin A.P. «Opuholi koji, ih proisxojenje, klinika, lechenie» M., 1989y.
6. Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-licevoy oblasti», 1991y..
7. Mazalova N.N., Abdullahodjaeva M.S. «Ameloblastoma (adamantinoma) Tashkent, 1987y.
8. Kolesov A.A. «Novoobrazovaniya chelyustneh kostey»
9. Paches A.I. «Opuholi golove i shei» M., 1983y.
10. Zoltan Ya. «Cicatrix optima» perevod s vengerskogo M.1987 y.
11. Zoltan Ya. «Peresadka koji». Perevod s vengerskogo M.1987y.
12. Sukachev V.A. «Atlas rekonstruktivneh operaciy na chelyustyah» M., 1984y.

Internet sayt:

www.e-dental.comwww.mediastom.ruwww.doctour.rustomatology.popmed.ru/

MAVZU № 14

FILATOV BANDI BILAN PLASTIKA QILISH: FILATOV BANDINI TAYYORLASHGA KURSATMALAR. BANDLI NUQSON SOHASIGA MIGRATSIYA QILISH BOSQICHLARI. BANDNI YOYISH. ASORATLAR.

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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 muhokama 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 muhokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
15-daqiqa	2.3. “Baliq skeleti” va konseptual jadval organezyerlarini 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	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organezyerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slyadlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
40-daqiqa	3.2. Faol talabalar baxolanadi. Guruh bo'yicha baxolash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baxolaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa		
Jami		6 soat

Kontrol savollar

1. Yuz-jag' sohasidagi teri va teri osti yog' qatlamini o'ziga xos tuzilishi.
2. Filatov bandiga ko'rsatma va qarshi ko'rsatma.
3. Tanada Filatov bandini tayyorlash sohasini tanlash.
4. Filatov bandini tayyorlash metodikasi va texnikasi.

5. Filatov bandini modifikatsiyalari.
6. Defekt sohaga bandni migratsiya qilish usullari.
7. O`tkir va tezkor Filatov bandi, uni qo`llashga ko`rsatma.
8. Operatsiyadan so`ng bemor parvarishi.
9. Flatov bandini tayyorlashda asorat va xatolar.

Nazariy kism

1916 yil birinchi bo`lib, V.P.Filatov tomonidan teri va teri osti yog` qavati kletchatkasidan ikki oyoqchali naysimon lahtak shakllantirilgan va birinchi bo`lib nashr etirilgan, 1935 yil Gillis tomonidan analogik plastika metodi nashr etildi. Filatov plastikasi birinchi nashr ettirilgani sababli usul avtor nomi bilan ataladigan bo`ldi.

Bu usulga ko`rsatma yuzning katta xajmdagi va teshib o`tuvchi nuqsonlari hisoblanadi. Band hosil qilinadigan soha bir necha faktorlarga bog`liq, bulardan asosiylari hisoblanadi: defekt kattaligi, teri rangi va sochlar borligi, kosmetika, tabiiy teri zahirasi. Bandni defekt sohaga o`tkazishni qulayligi, migratsiya bosqichlarining kamayishi.

Defekt yuzni katta hajmini egallaganda, sezilarli miqdorda plastik material kerakligi, band hosil qilish uchun qulay soha qorin yon yuzasi. Bu sohada teri va teri osti kletchatkani katta zahirasi borligi. Qorin terisini juda sezilarli sochlar bilan qoplanganligi va katta hajmdagi bandni ko`krak yon yuzasi parallel qovurg`alar hosil qilish. Katta bo`lmagan bandni elka ichki yuzasida yoki bilak hosil qilish mumkin. Bandni bo`yinda hosil qilish, asosan ayollarda, kosmetikani saqlashga qaratilgan bo`lishi kerak. Bandsimon lahtaklar bo`g`im sohasida hosil qilinganda bo`g`im harakatini chegaralashi mumkin. Bandni belda hosil qilish ko`p qo`llanilmaydi, chunki uni defekt sohasiga ko`chirish va operatsiyadan keyingi noqulaylik.

Rasmda ko`rsatilgan tana sohalari, bandsimon lahtak hosil qilish uchun ishlatilgan bo`ladigan



sohalar.

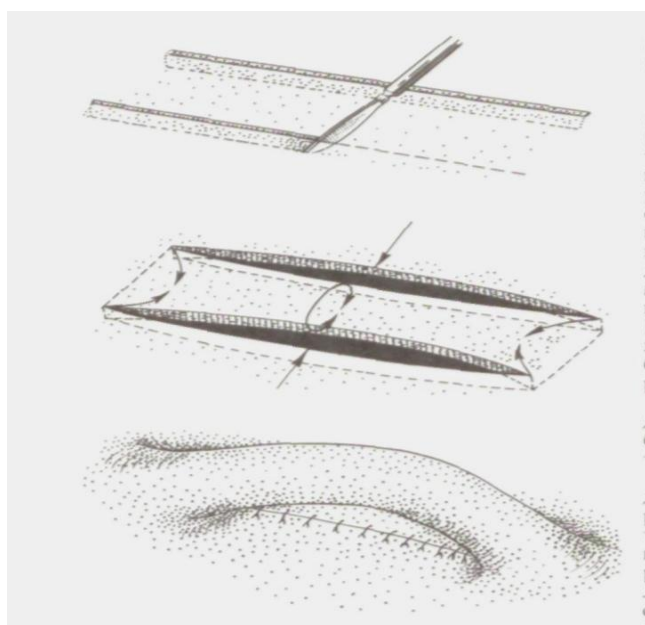
Tabiiy to`qima zahiralarini band hosil qilinadigan sohada aniqlanadi, teri ikkita barmoq bilan burmaga yig`iladi. Bu usul bilan maksimal kenglikdagi teri- yog` lentasi aniqlanadi, qaysi sohada olish mumkinligi. Band hosil qilishda teri yog` lentasi shunday bichiladi, uzunligini nisbati eniga 3:1. bu nisbat bandni yetarli oziqlanishini taminlaydi, bir oyoqli lahtakdek. Tezkor band hosil qilishda, bir oyoqni yangi sohaga bittada ko`chirganda, nisbat 2:1.

Operatsiyani planlashtirishda band orqali plastik material hajmini aniqlash muhim. Bu muhim, qachonki yuzni bir necha sohalarini birdan tiklashda. Bunday paytda tiklov operatsiyalaridan oldin defektni chuqur tekshirish kerak. Bu tekshiruv o'ziga qancha plastic material kerakligi va qancha teri yoki shilliq qavat yo'qotilyotganligini hisoblash. SHilliq qavat defekti teri defekti bilan solishtiriladi. Bandni teri yuzasi 15-20% katta bo'lishi kerak defect sohasidan, operatsiya yo'qotish hisobiga.

Oldinda bosqichlarni rejalashtirish o'z ichiga plastic material hajmini oladi, yo'qotilgan sorganlarni tiklash ketma ketligi, to'qima defect chetlarini tayyorlash. Tiklov operatsiyalarini kechishi bandni birlamchi tikishga bog'liq, oxiri anatomik yuz konfiguratsiyasiga mos kelishi.

Band hosil qiluvchi barcha usullardan ko'proq klassik usul ishlatiladi, V.P.Filatov taklifi.

Band hosil qilish kerakli kenglik va uzunlikdagi teri lentalarini bichishdan boshlanadi (rasmga qarang). Uning eni 2 dan 10 sm gacha bo'lishi mumkin, bo'yi esa 5 dan 40sm gacha.



Rejalashtirilgan sohada (albatta og'riqsizlantirguncha) teri burmaga yig'iladi va birinchidan lahtak kengligi belgilanadi, oziqlanuvchi, belgilangan nuqtalardan kerakli ikkita parallel kesim o'tkaziladi, faqat terini kesib, terini qisqartirish uchun teri osti yog' qatlami kesiladi. Plastika uchun ko'p yog' kerak bo'lsa teri osti yog' qavati fastsiyagacha kesiladi. Bu holatda yog' qavat fastsiyagacha o'tmas yo'l bilan ajratish mumkin. Semiz odamlarda kletchatkani kesiladi va kerakli qalinlikdagisi kesib olinadi. Ko'chirishda etibor berish kerak, yog' qavatni hamma sohada bir xil qalinlikda bo'lishiga. Bandni qon taminlanishini buzilmasligi uchun lentani oxirgi qismini yog' qavatini ajratilmaydi. Bandda fasiyani ham olish kerak emas. Ikkita oyoqda oziqlanuvchi teri yog' lentasi hosil qilingandan so'ng jarohat chetlari yaqinlashtiriladi va chuqur gemostaz o'tkaziladi. Donor sohaga uchta yo'naltiruvchi chok ipakdan qo'yiladi, so'ng teri yog' lentasi bandga o'rab zich tiqiladi. Bichilgan lentani qalinligi teri burmasidan qalinligi oshsa, ikki barmoq bilan yig'lsa, donor sohani chetlarini qo'chib tikishda sezilarli tortilish kuzatiladi. Bunday paytda erkinlashtiruvchi kesmalar yoki defektni erkin teri ko'chirish bilan yopiladi. Band hosil qilish operatsiyani qiyin momenti band ostiga chok qo'yish hisoblanadi, asosan teri tortilishida. Operatsiya bog'lam qo'yish bilan tugatiladi.

Bandda matseratsiya bo'lmasligi uchun donor soha bilan, uning ostiga 3,4 qavat dokali salftkalar qo'yiladi. Bandni hamma tomonida dokali salftkalar bo'ladi, ezilib qolmasligi uchun. Band enil 2,3

qavat salfetka bilan qoplanadi va plastir bilan maxkamlanadi. Band bintlanmaydi, ezilib qolmasligi uchun. Bandsimon lahtak 3,4 oyoqchalar bilan shakllantirilishi mumkin. bunday band ko`p parrakli va asosan burun plastikasida qo`llaniladi. O`zil-o`zil band o`zun bandni hayotchanligini saqlash uchun qo`llaniladi. Hozirgi paytda kattaroq plastik material olish uchun har xil band qo`llanilmoqda. Ohirgi yillarda yangi yassi usul taklif qilinmoqda. YAssi band hosil qilish asosida kombinirlangan teri plastikasi yotibdi.

1956 yil A.K. Tichinkin taklif qilgan jarohatni yopishni band va erkin teri transplantatlari. Bu fikr ko`plab o`z tomondoshlarini topdi. 1976 yil V.S. Bondar rombsimon yassi band hosil qilishni original usulini taklif qildi, ikkita uchburchaksimon lahtaklarbichish hisobiga lahtakni ichki yuzasi hosil qilindi. Bu usulni mohiyati boshqa arsaga olib boradi. Mos teri sohasida kerakli hajm va kenglikda ko`priksimon lahtak belgilanadi. Bu lahtakni hamma tomonidan ikkita uchburchaksimon lahtak bichiladi. Bu uchburchaklarni asosi ko`priksimon lahtakni qalinligiga teng. SHunday qilib, ikkilangan teri yuzasi bilan band shakli hosil qilinadi. Ona yerdagi jarohat maxalliy to`qima bilan yopiladi, asosiy qism erkin teri transplantatlari bilan yopiladi. YAssi epitelizatsiyalangan lahtakni qizilo`ngachni bo`yin qismini, asosan halqum, yuzni va tanglayni teshib o`tuvchi yaralarida qo`llaniladi.

Operatsiyadan so`ng yuzni sezilarli tortilishi hisobiga, asosan band oyoqlari, baz`an matsratsiya sohasida va ikkilamchi tortilish hisobiga chokni tortilishi. Band asosida ona sohasini yordamchi uchburchaklar bichish hisobiga (SHeftel, Limberg, Kyanskiy, Jak). Bu lahtaklar, band oyog`i ostidan ko`chirish, ona yer va band choklari chizig`ini olib tashlash ham emas, teri tortilishini bo`shatadi, band qon taminlanishin yaxshilaydi.

1923 yilda B.V. Parin taklif qilgan usul, qo`lni yelka laxtagini bitishini migratsiyasini tezlashtirish va ikkinchi usul migratsiya: g`ozsimon qadam bilan ko`chirish. Filatov bandini uch turi bor:

-ikkita oziqlantiruvchi oyoqda (chemodan ruchkasiga o`xshagan)

-o`tkir band, qachonki bir oyoqni jarohat yuzasiga birdan tikilganda

-tezlashtirilgan, qachonki bir oyoq yelkaga o`tkazilsa (1:2)

Operatsiyadan keyin bandni chuqur parvarish kerak. Birinchi bog`lam operatsiyadan keyin ikkinchi kun o`tkaziladi va bog`lam qonga shimilganda, olib tashlanadi. Band yaxshi bitganda operatsiyadan keyin iliq va rangi normada bo`ladi. Birinchi asoratlar bandni qon taminlanishi bilan bog`liq: band terisi tsianozi, pufaklar hosil bo`lishi (epidermis ajralishi) yoki uni o`lishi. Sezilarli teri tortilishida band to`qimasi tarangligida yuzasida uzunasiga kesimlar o`tkaziladi. Qon taminlanishini buzulishini ogohlantirish birinchi bo`lib, 3-4 kundan so`ng gipotermiya, sirtiga muzli rezina halt qo`yish. Muzlagan bandda moddalar almashinuvi sekinlashadi, to`qima kam sezuvchi bo`ladi. Band sohasida yallig`lanish jaroyoni kuzatilsa yoki donor sohada, bunda 1-2 ta chok yechish kerak va jarohat yonlarini joyiga qo`yish.

Qisman bandda nekroz bo`lganda kesib olib tashlab, demarkatsiya sohasiga donor sohadan lahtak ko`chirib o`tkaziladi, Rauer usulida. Asoratsiz operatsiyadan keyin donor sohasidagi chokni 9-10 kun olsa bo`ladi. Sezilarli choklar tortilishida 12-14 kungacha qoldiriladi. Banddagi choklar 10-12 kun yechiladi.

Bandni migratsiyasi. Bandni ko`chirish vaqti uning oyoqchasida arterial anastomozlar hosil bo`lish bilan bog`liq. Birinchi 4-5 kunda bandni yashashashi tomirlar hisobiga, oyoqchadagi teri va teri osti yog` kletchatkasida joylashgan. Keyinchalik band oyoqchasida yangi anastomozlar hosil bo`ladi.

Bu anastomozlar 4-5kunda paydo bo`ladi. 7 kundan keyin arterial to`r rivojlanadi. 14-18 kun kuchli arterial to`r rivojlanadi, band oyog`ida yetarli qon taminlanishini taminlaydi. Bu vaqt band

ko`chirish optimal hisoblanadi. Tomir anastomozlarini individual hosil bo`lishiga qarab, klinitsistlar 21-kun operatsiyadan keyin o`tkaziladi.

O`tkir bandda qon taminlanishi oyoqchadagi arteriyalar va sekinlikda arterial to`r hosil bo`ladi. E.V.Gro`zdovskiy ma`lumotlariga ko`ra (1967), jarohatdagi tomir anastomozlar va o`tkir bandni migratsiyalangan oyoG`i rentgenogrammada 13- kun ko`rinadi, 21-kundan bir xilda tarqalgan rivojlangan to`r bo`ladi.

Qon oqishini yaxshilash va chok olingandan keyin bandda trenirovka o`tkaziladi va bandni keyingi etap operatsiyaga tayyorlanadi. Bandni trenirovkasi oyoqchani siqish bilan o`tkaziladi, migratsiyaga tayyorlash. Boshqa oyoqda oziqlanish yaxshilanadi. Filatov bandini asosiy ko`rsatkichlariga rangi va harorati kiradi. Band uchun normal harorat 29-31C, ko`proq uchraydigan asoratlardan band uchlarini va ona sohani tortilishi, qisman va butun nekroz, bandni saramas bo`lishi. Jarohat uchlarini tortilishi gematoma paydo bo`lishiga olib keladi yoki choklarni avvalroq olish. Band nekrozi operatsiyadagi texnik nuqsonlarda kuzatiladi.

Bandni defekt sohaga ko`chirish uni qayerda hosil qilishga bog`liq. Qo`l-oyoq, bo`yin yoki ko`krakda shakllantirilganda birdan yuzdagi nuqsonga ko`chiriladi. Boshqa sohalarda bandni ko`chirishda oraliq bosqich ham bo`ladi, bandni qo`lga tikish. Bu usul bandni tez kochirishga imkoniyat beradi. Bandni g`ozsimon qadam bilan migratsiyasi, xozirda qo`llanilmayapti, chandiqlanish hisobiga bandni qisqarishi kuzatiladi.

YAngi sohaga band oyog`ini tikish yarim oysimon kesim bilan o`tkaziladi. Tikayotganda oyoqchada yog` kletchatkasidan qoldirish kerak. Bu genatoma hosil bo`lishini oldini oladi va qon tomir bilan taminlanishi osonlashadi.

YAkunlovchi bosqich bo`lib, bandni tilib defekt sohaga joylashtirish kiradi.

Organ tiklangandan so`ng 4-6 haftada sezuvchanlik tiklanadi va periferiyadan markazga to`qimalar kela boshlaydi. Boshida og`riq, so`ng taktil, oxirida temperatura sezgilari tiklanadi.

Interaktiv metod: «Klaster»

MURAKKABLIGI 1-DARAJALI TESTLAR:

1. Katta hajmdagi yuz nuqsonlarini tiklash?
1. Uchburchak almashtirish usuli bilan defect chetlarini yaqinlashtirish.
2. lahtakni oyoqchada ko`chirish.
3. Filatov bandi to`qimalari
4. erkin teri plastikasi
5. defekt chetlarini yangilash va tortib tikish.
2. Bandni nisbati, ikki oyoqchali:
 1. 1/3
 2. 1/4
 3. 1/5
 4. 1/10
 5. 1/6

3. Tezkor turdagi bandni nisbati

1. 1/2

2. 1/4

3. 1/5

4. 1/3

5. 1/6

4. Aylana bandni birinchi bo`lib kim taklif qilgan:

1. Filatov

2. Bernadskiy

3. Xitrov

4. SHeftel

5. Limberg

5. Filatov bandi metodikasi yozilgan?

1. 1916 yil

2. 1912

3. 1898

4. 1906

5. 1896

6. Tezkor bandda operatsiya qisqaradi:

1. 1 bosqich

2. 2 bosqich

3. 3 bosqich

4. 4 bosqich

5. to`g`ri javob yo`q

7. Filatov bandi bittada tayyorlanib defektga tiqiladi, aytiladi:

1. o`tkir

2. qadamlovchi

3. tezkor

4. klassik

5. o`zil-o`zil

8. Filatov bandi bilan sub va total burun nuqsonlarini yopish metodi avtori

1. Xitrov

2. Bernadskiy

3. Kabakov

4. Sheftel.

5. Limberg

MURAKKABLIGI 2-DARAJALI TESTLAR:

1. Aylana filatov bandi saqlaydi

A.teri

B. teri osti yog' kletchatka

C. tog'ay

D. suyak

E. aponevroz

1) AB 2) AC 3)AD 4)AE 5)ED

2. Filatov bandi tayyorlashda nisbatlar

A. 1/3

V.1/2

S.1/5

D.1/4

E.1/1

1) AB 2) C 3)AD 4)AE 5)ED

3. Filatov bandini migratsiya usullari:

A.qadamlovchi

B. Parin (qo'llagan «tabakerka»)

C. Xitrov

D. Limberg

E. Bernadskiy

1) AB 2) AC 3)AD 4)AE 5)ED

4. Band nekrozi kuzatiladi:

A. texnik xato

B. ortiqcha to`qima tortilishida

C. bandni nisbati

D. bandni 5 haftadan keyin migratsiyasi

E. band trenirovka

1) AB 2) AC 3) AD 4) AE 5) ED

5. Filatov bandini yomon tomoni:

- A. ko`p bosqichli
- V. arzonlik
- S. Texnik osonlik
- D. kosmetik
- E. faqat teri va teri osti yog' kletchatkani o`tkazish

1) AE 2)AB 3)AC 4)AD 5)DE

6. Filatov bandi ko`proq tayyorlanadi:

- A. bel
- B. bilak ichki yuzasi
- C. yelka
- D. qorin ichki yuzasi
- E. qorin oldi-yon sohasi

1) BE 2) AVC 3)AD 4)AE 5)ED

Situatsion masalalar

Situatsion masala № 1

Bemor 40 yosh, "O`ng tomon labni subtotal nuqsoni" tashhis bilan 3 yildan keyin onkologik operatsiyadan. Nuqson hajmi uzunligi 5sm va balandligi 4sm.

1. Lab to`qimasi nuqsoni to`ldirish usuli va bandsimon lahtak hajmi.
2. Lab plastikasini tugatish uchun necha bosqich bor.
3. Qaysi turdagi Filatov bandini tayyorlash bosqichlarni qisqartiradi.

Javob:

1. Agar nuqson hajmi 5x4 bo`lsa bandni hajmi 12:6 bo`lishi kerak.
2. birinchi bosqich-bandni tayyorlash, ikkinchi-bandni qo`lga o`tkazish, uchinchi- bandni defektga o`tkazish, to`rtinchi-bandni yelkadan kesib tashlash, beshinchi- defektni yopish oltinchi va qalgan etaplar lab korrektsiyasi.
3. tezlashtirilgan band tayyorlash shubxali, ikki oyoqchali band tayyorlash kerak.

Situatsion masala № 2

Bemorda travmadan so`ng burun subtotal nuqsoni. Dumaloq Filatov bandi bilan defektni yopish kerak.

1. Qanday band tayyorlash kerak?
2. Nechta etapda operatsiya qilish kerak?
3. Migratsiya qilinayotgan Filatov bandi oyoqchaklari qanday nomlanadi?

Javob:

1. Xitrov bo`yicha band 10x24 sm
2. 4 etap
3. Bittasi – oziqlanuvchi, boshqasi – migratsiyalanuvchi

Situatsion masala № 3

Bemorda qorin sohasida Filatov bandi tayyorlangandan so`ng uni oqarishi va muzlashi kuzatildi.

1. Qanday operatsiyadagi kamchiliklar bandni oziqlanishini buzulishiga olib kelgan?
2. Bandni yaxshilash uchun qanday muolajalar o`tkazish kerak?

Javob:

1. band hosil qilishda texnik xato, teriosti yog` kletchatkani bir tekis.
2. CHoklarni bo`shatish, gematomani qo`yib yuborish, jarohatni drenajlash, yotoq rejim.

Tavsiya etiladigan adabiyotlar:

- asosiy

1. Robustova T.G. «Hirurgicheskaya stomatologiya» M., 2003 g.
2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuholi myagkih tkaney i kostey lica».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y.
5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitelnaya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

- qo`shimcha

1. Shargorodskiy A.G. «Atlas opuholey myagkih tkaney i kostey lica» M., 1998y..
2. Solovev M.M. «Onkologicheskie aspekte v stomatologii», K., 1989y.
3. William H Bell Surgikal Correction of Dentofacial Deformities. Volume III – pages 1 – 744, 1985.
4. Borovskiy E.V. s soavt. «Stomatologiya. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam» M., 1987 g.
5. «Vosstanovitel`nie operatsii chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1962 g.
6. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel`naya xirurgiya myagkix tkaney chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1997 g.
7. Operativnaya chelyustno-litsevaya xirurgiya», M., 1963 g.
8. Zoltan YA. «Cicatrix optima» perevod s vengerskogo M.1987 g.
9. Zoltan YA. «Peresadka koji». Perevod s vengerskogo M.1987 g.
10. Ro`zin G.P., Burix M.P. - Osnovi texnologii operatsii v xirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii. - Xar`kov, 2000.

Internet sayt:

<http://www.kushaem.ru/book>.
stomatolog.rusmedserv.com/www.dmg.ru/www.dentclub.rustomart.ru

MAVZU № 15

**MIKROXIRURGIYA USULLARINI QO`LLAB YUZ- JAG` SOHASI NUQSON VA SHAKL
BUZILISHLARINI PLASTIKASI.**

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg'ulot dasturlar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
40-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa		
Jami		6 soat

Nazorat savollari :

1. Mikroqontomir texnikasi qo'llash orqali lahtaklarni ko'chirish usulini rivojlanish tarixi.
2. Plastik mikroxirurgiyani texnik jihozlash
3. Qon tomirli oyoqchali lahtak ko'chirib o'tkazish operatsiyalari asosiy printsiplari.
4. Mikroqontomir anastamozlarda ko'chirib o'tkazishga ko'rsatmalar.
5. Operatsiya bosqichlari.

6. YUJS nuqsonlarini qoplash uchun lahtak turlari.

7. Ko`chirib o`tkazilgan lahtaklar hayotchanligini aniqlash.

Nazariy qism.

Mikroqontomir texnikasini qo`llab murakkab lahtaklarni erkin ko`chirib o`tkazish operatsiyalari.

TRANSPLANTATLAR TASNIFI

Eski terminologiya	YAngi terminologiya	Ilova
Autotransplantatsiya	Autotransplantatsiya	SHaxsiy to`qima yoki a`zolari o`tkazish, bitta odamda o`zidan olingan organlarni bitta sohadan ikkinchi sohaga o`tkazish.
Gomotransplantatsiya	Allotransplantatsiya	Ikkita bir turdagi, genetik har xil bo`lgan organizm orasida to`qimalarni o`tkazish: odamdan - odamga, quyondan - quyonga.
Izotransplantatsiya	Izotransplantatsiya	Bitta egizakdan ikkinchisiga to`qima o`tkazish, Donor va retsipient genetik bir xil bo`lganda.
Geterotransplantatsiya	Ksenotransplantatsiya	Xar xil turdagi organizmlar orasida to`qimalarni o`tkazish: hayvondan - odamga, kuchukdan - quyonga.
Allotransplantatsiya	Ekstransplantatsiya	Sun`iy materialdan transplantat o`tkazish (metall, plastmassa va boshka protezlar)
Gomostatik transplantatsiya	Allostatik transplantatsiya	Karkas vazifasini bajaradigan tirik bo`lmagan transplantat o`tkazish. Usurilganda retsipientning YAngi to`qimasi bilan almashinadi. Masalan, muzlatilgan yoki liofizirlangan suyakni o`tkazish.
Gomovital transplantatsiya	Allovital transplantatsiya	O`tkazilgandan keyin moslashib o`z tirikligini saqlaydigan organni o`tkazish (masalan, yurak, buyrakni o`tkazish).

Usulni qisqacha rivojlanish tarixi.

Organizmدا regionar yoki yopiq qon aylanish sohalarni aniqlash, kichik diametrli tomirlarni tikishda ishlatiladigan mikroxirurgiya texnikasini mukammallashtirish, oziqlantiruvchi oyoqchadan voz kechishga va donor sohalardan murakkab lahtaklarni yangi joyga tezkor revaskulyarizatsiya bilan erkin ko`chirib o`tkazishni bajarishga imkon beradi. Birinchi bo`lib J. Jacobson va E. Suarez (1960) 1 – 1.5 mm diametrli tomirlarni tikish uchun operatsion mikroskopni qo`llashdi va optik kattalashtirish ostida choklar qo`yish tomir tirqishi torayishiga olib kelmasligini isbotlashdi, binobarin undan oqib o`tadigan qon

miqdoriga ta'sir qilmaydi. Mikroqontomir anastamozli mkrakkab lahtakni erkin ko'chirib o'tkazish uchun asosiy shart-sharoit – donor sohasi aniq o'q bo'yicha to'zilish xususiyatidir. Agar lahtak tor tomirli oyoqchada ko'chish qobiliyatiga ega bo'lsa, u holda uni erkin va vaqtinchalik tomirlarni kesib, tezda boshqa joydagi tomirlar bilan tikib ko'chirib o'tkazish mumkin.

T. Krizek va muallifdoshlar (1965) itlarda eksperiment o'tkazib, bo'yin sohasida hosil qilingan yara yuzasiga qorindan olingan 20 * 14 smli sut bezlarini o'z ichiga olgan teri – fatsial lahtakni ko'chirib o'tkazishga erishdilar. Anastamozlar lahtakka ketuvchi pastki yuza charvi usti arteriya (operativ texnikani osonlashtirish uchun u son arteriyasi qismi bilan birgalikda olingan) va uyqu arteriyasi, yugansimon vena, lahtak venasi o'rtasiga qo'yilgan. 20 tadan 19 holatda mualliflar ko'chirib o'tkazilgan to'qima to'liq bitishiga erishishgan. V. Strauch i D. Murray (1967) xuddi shunday operatsiyani kalamushlarda tajriba o'tkazib bajarishdi va 13 ta holatdan 10 tasida tomirlar diametri 1 mmdan kam bo'lishiga qaramay lahtak yaxshi bitgan.

V 1971 y. N. Anita va muallifdoshlar birinchi bo'lib qorin oldingi devoridan olingan revaskulyarizirlangan teri osti yog' qavatini yuzga ko'chirib o'tkazishdi. Yog'li lahtak pastki charviusti arteriyasi bilan birga bukilgan, lahtak arteriya va venalari va tashqi uyqu arteriyasi, yugansimon vena o'rtasida mikrotomirli anastamozlar qo'yilgan. Bir necha oydan keyin tomirlardagi tromboz hisobiga yog'ni sezilarli darajada so'rilishi aniqlangan (etarlicha mukammal bo'lmagan tikish materiali – 7/0 ip ishlatilgan). 1972 y. D.M. Lean va N. Buncke bosh tepa sohasi katta nuqsonini yopish uchun oziqlantiruvchi tomirli katta charvi ko'chirib o'tkazishgan, charvi va chakka arteriya va venalari o'rtasida mikroanastamozlar qo'yilgandan keyin ko'chirib o'tkazilgan to'qima qon bilan ta'minlanishi tiklangan, lahtak bitgan. 1973 y YAponiya, AQSH va Avstraliya xirurglari [Ha-rii K. et al., 1973; Taylor L. et al., 1973; Kaplan E. et al., 1973; Mc O'Brien V., 1973] tomonidan bir-biridan mustaqil xolda o'tkazilgan chov sohasidan olingan mikroqontomir anastamozli teri-fatsial lahtakni erkin ko'chirish operatsiyasini asos qilib hisoblash mumkin. Mualliflar tomonidan uzoq donor zonalarida – yuz, qo'llardagi keraklicha kattalikdagi yumshoq to'qima nuqsonlarini bir vaqtda bartaraf etishga erishildi. Chov sohasi to'qimalari qon bilan ta'minlanishi u paytda eng ko'p o'rganilgan bo'lib chiqdi.

N. Shaw (1983) to'g'ri bo'lmagan teri arteriyalardan emas, balki magistral qon tomirlardan chiquvchi kichik tolali ko'rinishdagi tomirlarda shakllantiriladigan lahtaklarni alohida guruhga ajratishni davom etyapti. Muallif teri maydonlarini u bilan to'g'ridan-to'g'ri bog'langan ostida joylashgan yirik arteriyalar nomi bilan atash to'g'riroq bo'lishini aytadi. Bunday lahtaklarga tirsak arteriyasiga asoslangan elka oldidan olingan lahtak [Tamberty V., Cormack G., 1982, Fenton O., Roberts J., 1985], bo'yin ko'ndalang arteriyasini o'zida tutuvchi bo'yin ko'ndalang lahtagi [Morris R. et al., 1983] kiradi. Bu ajratish shartli ravishda, chunki “to'siq” arteriyalari ham yirik tomirlarni oxirgi shoxi hisoblanadi, farqi faqat ularning teri-yog' qavatiga xar xil yo'llar bilan kirishidadir.

Belgalangan arteriyalar orqali qon bilan ta'minlanadigan qon tomir maydonlari doimiyliги haqidagi ilgari umum qabul qilingan kontseptsiya yangi ma'lumotlar ta'sirida o'zini ishonchini yo'qotib boriyapti. Bitta va bir xil joyda faqatgina xar xil o'lchamdagi teri-fatsial lahtagini shakllantirish mumkin, balki unga suyak va qo'shni sohadan to'qimalarni kiritish mumkin, bunga chov sohasi, ko'krak qafasi yon yuzasi, son yon va ichki yuzasi misol bo'la oladi.

Qon tomirlar arxitektonikasini hisobga olgan holda va mikroxirurgiya texnikasini qo'llash orqali bitta alohida to'qima komponenti ko'rinishidagi teri-fatsial lahtaklarini ko'chirib o'tkazish, balki nerv, suyak, mushuklarni o'zida tutuvchi ko'p komponentli to'qimalarni ko'chirib o'tkazish imkoniyati tug'ildi. Ayrim hollarda suyakdan o'tuvchi tomirlar ular ustida joylashgan to'qimalarni, masalan yonbosh suyak qirrasini sohasi [Bitter K-, 1980; Saliban A. et al., 1980] va qovurg'alarni [Arijan S-, 1980; Harii K-, 1983] oziqlantiradi. Ko'pincha suyak uni o'rab turgan mushaklardan oziqlanadi, masalan oyoq kafti

tovon suyaklari, qovurg'alar tishli, ko'krak katta va kichik mushaklari ostida, kurak o'sig'i, bosh suyagini qoplovchi mushaklar.

Teri-mushak-suyak to'qima bloki bilan yuzning yo'qotilgan sohalari – engak, pastki lab, jag' bo'lagi va og'iz bo'shlig'i tubini bir vaqtning o'zida tiklash mumkin [Bell M., Barron P., 1980; Richards M. et al., 1985]. K- Ohmori va S. Ohmori (1979) tomonidan burunning total nuqsoni riniplastikasini bir vaqtning o'zida oyoq kafti orqasi teri-suyak lahtagini ko'chirib o'tkazish mumkinligini namoish qilishdi.

Autogen suyakni tomirli anastomozlarda ko'chirib o'tkazish asosiy qoidalarini L. Ostrup (1975) tartibga soldi: 1) alohida ajratilgan suyak transplantati yashovchanligi oziqlantiruvchi qon tomirlar saqlanganligi bilan ta'minlanadi; 2) transplantatdan yangi suyak shakllanishi mahalliy ishemiyaga bog'liq emas; 3) anastomozga yaroqli qon tomirli retsipient joy sifati transplantat yashovchanligiga hal qiluvchi ta'sir ko'rsatmaydi.

Suyak qadog'ini revaskulyarizirlangan transplantat faol qatnashishi hisobiga tez hosil bo'lishi haqidagi tushunchani [Taylor J. et al., 1979] hozirgacha hamma xirurglar ham ajratmaydi. Itlar ustidagi eksperimentda oddiy suyak autotransplantati va qon tomirli anastomozli suyak bitish tezligi nisbiy bahosi o'tkazilgan [Puckett Ch. et al., 1979], faqatgina birinchi guruhda suyak hosil bo'lishi bir qancha tezlashishi aniqlangan, suyak qadog'i hosil bo'lishi esa bir xil bo'lgan. G. Guedon va muallifdoshlar fikricha (1984), faqatgina ko'proq yuza joylashgan suyak hujayralari hayotchanligini saqlaydi, bu revaskulyarizirlangan suyakka nisbatan bir qancha afzallikka ega. D. Hauben i J. van der Meu-len (1984) vaskulyarizirlangan suyak transplantatini eksperimentda va klinikada bir qancha afzalliklarini tasdiqlab ularga qarshi chiqadi. V. G. Golubev va muallifdoshlar (1985), S. Cutting i J. McCarthy (1983) suyakni uni revaskulyarizatsiyasidan keyin yashovchanligi tezlashganligini aniqlashgan.

Eksperimentda radioizotop usuli, gistologik tekshiruv va biomexanik modellarni qo'llash orqali L. Weiland va muallifdoshlar (1984) revaskulyarizirlangan suyak yashovchanlik tezligi, suyak qadog'i hosil bo'lish kattaligi va biomexanik mustahkamligi qolgan suyak autotransplantatlaridan bir qancha ustunligini isbotlashdi. Mualliflar suyak to'qimasi xamma qismida qon tsirkulyatsiyasi yuz bermasligini, lekin revaskulyarizitsiyadan so'ng 3 oydan keyin uni to'liq tiklanishini, shu bilan birgalikda oddiy transplantatlarda qon aylanish tiklanishi jarayoni 6 oyda ham tugamasligini tasdiqlashadi.

Mikroxirurgiya texnikasini qo'llash orqali murakkab lahtakni ko'chirib o'tkazish operatsiyalarini umumiy printsiplari.

Mikroqontomir anastomozlar ishlatiladigan plastik operatsiyalar texnik jihatdan murakkab va to'rtta mustaqil bosqichdan tashkil topgan: retsipient joyni tayyorlash, lahtakni shakllantirish va uni nuqsonga ko'chirish, mikroqontomir anastomozlar qo'yish, donor yarani va lahtak chetlarini tikish. Operatsiyani o'rtacha davomiyligini aniqlash qiyin. Usulni o'rganish vaqtida biz tomondan o'tkazilgan birinchi 8 ta operatsiyalar 8 dan 13 soatgacha davom etdi, keyinchalik operatsiya davomiyligi **4.5 dan 6** soatgacha kamaydi.

Xirurglar bir guruhi nuqsonni tayyorlaydi va retsipient tomirlarni ajratadi, boshqa guruh – lahtakni shakllantiradi. Lekin bunday sistemani hamma holda qo'llash mumkin emas. Jamoa usulini qo'llash muvofiq, agar: 1) nuqson keraklicha oddiy va talab qilingan transplantat o'lchamini aniq belgilab bo'lsa; 2) bemor holati bor vaqtning o'zida ikki jamoa xirurglar ishlashiga imkon bersa: retsipient maydon yuzda va bo'yinda, qo'lda, donor zona – chov sohasi, oyoq kifti orqasi; 3) nuqson yaqinida anastomoz qo'yishga yaroqli tomirlar borligiga qat'iy ishonch bo'lsa. Boshqa hollarda operatsiya bosqichlari ketma-ketlikda bajariladi.

Operatsiyani rejalashtirish. Nuqsonni baholash plastik xirurgiya umumiy qoidalarini ishlatgan holda o'tkaziladi: jarohat kattaligi, shakli, chuqurligi, atrofdagi to'qimalar holatini hisobga olgan holda.

Nuqson kelib chiqish sabablari, o'tkazilgan operatsiyalar va boshqa davolash usullari (nur terapiya, krio ta'sir va boshq.) aniqlanadi. Nuqson yaqinidagi qon tomirlar holati operatsiya usulini tanlashda hal qiluvchi sharoit hisoblanadi. Yuzni jarohatlanmagan arteriya va vena sistemasi, amaliy tashqi uyqu arteriyasi hamma shoxlariga, yuz va jag' orti venasiga anastamoz qo'yish imkonini beradi. Tashqi uyqu arteriyasini oldindan bog'lab qo'yishni har doim ham mikroqontomir operatsiyasiga qarshi ko'rsatma deb qarash kerak emas. Uyqu arteriyasini selektiv angiografiyasi yordamida tomirlar obliteratsiya darajasi, qolgan shoxlarni borligi va angiografiya uchun yaroqliligi aniqlanadi.

Biz tomondan tashqi uyqu arteriyasi bog'lami anatomik isboti bilan o'tkazilgan 4 ta bemor angiografiyasida, hamma holda shoxlar tomir bosqichini bajarish uchun imkon berdi: 2 ta bemorda yuqori qalqonsimon arteriya saqlangan, bittasida – yuqori qalqonsimon va til arteriyalari. Bir holatda yuqori qalqonsimon, til, ensa va yuz arteriyalari o'tkazuvchanligi aniqlandi. Agar lahtakni bo'yinga ko'chirib o'tkazilsa qalqonsimon – bo'yin ustuni arteriyalarini qo'shimcha ishlatish imkoniyati tug'iladi.

Angiografiyani travmatikligini hisobga olgan holda biz uni faqatgina operatsiyadan ikki hafta oldin tashqi uyqu arteriyasi bog'langan bemorlarda o'tkazdik.

Operatsiyani o'tkazish sxemasi. Retsipient joyini tayyorlash. Birinchi bo'lib 0.8 mm va undan ortiq diametrli qabul qiluvchi tomirlar topiladi; shunday arteriyani topish kerakki, undan kelgusida lahtakni oziqlantirish uchun etarlicha ko'p hajmli qon oqib o'tsin va qon tomir devori o'zgarishsiz bo'lsin. Ba'zan qarilarda uchraydigan, tomirlar devorlarini sklerotik qattiqlashuvi, ichki qavat pardasini ajralishi va o'rta pardani yumshoqligi, anastamoz qo'yish texnikasini qiyinlashtiradi. Tomirlar oxiri shikastlanmagan joy ko'ringuncha kesiladi. Qabul qiluvchi tomirlar 2-3 sm ajratiladi, bu operatsiyani mikroixirurgik bosqichi vaqtida ularni ko'chirishni osonlashtiradi. Operatsiyani birinchi qismi, qoida bo'yicha vizual nazorat ostida optik kattalashtirmasdan bajariladi, chunki yuz va bo'yindagi arteriya va venalar diametri etarlicha kattalikda. Mikroskopni faqat tomir devorigacha tarqalgan qo'pol chandiqli o'zgarishlarda ishlatiladi. Tomirlarni oldindan ajratishni tugatib, qabul qiladigan yara yuzasini tayyorlashga kirishiladi. Bemorda infektsiyali yara bo'lsa, jarohatni tamirlar ustidan yaxshilab ajratiladi, zararlangan to'qimalarni hamma chuqurligi bo'yicha kesib olinadi. Agar qabul qiluvchi tomirlar yaradan bir qancha uzoqda joylashgan bo'lsa, teri ostida tunnel shakllantiriladi. Tunnel kengligi lahtak tomirli oyoqchasi erkin o'tishi uchun etarli bo'lishi kerak. Biz bo'rtib turgan suyak hosilalari ustiga anastomoz, masalan pastki jag' qirg'og'i ustiga qo'ymaslikka xarakat qildik. Operatsiyadan keyin shish va tomirlar bosilishini oldini olish uchun yuz arteriyalariga anastomoz qo'yishda oldindan jag' osti so'lak bezi jag' osti uchburchagidan olib tashlangan. Bezni olib tashlagandan so'ng faqatgina keng, xavfsiz tunnel hosil qilibgina qolmasdan, balki yuz arteriyasini uzaytirishga, uni bez to'qimasidan ajratishga erishiladi. Agar nuqson lokalizatsiyasi keng tunnel hosil qilishga imkon bermasa, teri to'sig'ini kesishadi va butun jarohatni yopish uchun kerakli qo'shimcha teri maydonli lahtak buqiladi. Retsipient joyini tayyorlashni tugatgandan so'ng, namuna buqiladigan yaraga tsellofan plenka, porolon yoki qattiq material qo'yiladi. Namunadagi tomirli oyoqcha proektsiyasiga kelgusi lahtak o'qini belgilovchi uchburchak kesma qilinadi.

Lahtakni shakllantirish. Lahtak shakli va kattaligi donor yaraga bog'liq. To'qimani buqiladigan joyi teri qisqarishini hisobga olgan holda nuqsondan bir qancha katta o'lchamda bo'lishi kerak. Donor sohani tanlashda aniqlovchi bo'lib, o'lchamdan tashqari nuqson chuqurligi, yara cheti va tomirlarga taxminiy anastamoz qo'yish darajasi orasidagi masofa ahamiyatga ega. CHuqur nuqsonlarni yopish uchun orqa keng mushakli lahtagi, chuqur bo'lmagan yuz nuqsonlarni yopish uchun – oyoq kifti ortidan olingan lahtak ishlatiladi. CHov lahtagi retsipient tomirlarni to'g'ridan-to'g'ri yaraga yaqin lokalizatsiyasida qo'llanadi. Ko'chirib o'tkaziladigan transplantat qalinligi nuqson chuqurligidan bir qancha katta bo'lishi kerak. Qabul qiluvchi joy va donor zona tomir o'qiga mos holda qo'yiladigan namuna bo'yicha, terini xamma tomonidan kesiladi va natijada lahtak "orolcha" xarakterli ko'rinishni oladi.

Interaktiv metod: Akvarium uslubi

TESTLAR:

1. Mikroxirurgik operatsiyalarning muvafaqiyatlari asosan nimalarga bog'liq:

1. YArani e'tiborlik bilan gemostaz qilishga
2. CHuqur og'riqsizlantirish
3. Aseptika, antiseptika
4. Ta'svirlangan ob'ekt kengligi
5. Operatsion maydonni yaxshi yoritish

2. Mikroxirurgik operatsiyalarning muvafaqiyatlari asosan nimalarga bog'liq:

1. Minimal to'qima jaroxati
2. CHuqur og'riqsizlantirish
3. Aseptika, antiseptika
4. Kratnost' uvelicheniya izobrajeniya ob'ekta
5. Operatsion maydonni yaxshi yoritish

3. Mikroxirurgik operatsiyalarning muvafaqiyatlari asosan nimalarga bog'liq:

1. Qon tomirlarning bir xildagi choklar quyilishi
2. CHuqur og'riqsizlantirish
3. Aseptika, antiseptika darajasi
4. Kratnost' uvelicheniya izobrajeniya ob'ekta
5. Operatsion maydonni yaxshi yoritish

4. Mikroxirurgik operatsiyalarning muvafaqiyatlari asosan nimalarga bog'liq:

1. Operatsiya vaqtida antikoagulyant, spazmolitiklardan foydalanish
2. CHuqur og'riqsizlantirish
3. Aseptika, antiseptika darajasi
4. Kratnost' uvelicheniya izobrajeniya ob'ekta
5. Operatsion maydonni yaxshi yoritish

5. Mikroxirurgik operatsiyalarning muvafaqiyatlari asosan nimalarga bog'liq:

1. Ko'chirib o'tkazilgan teri rangi o'zgarishi
2. Bemor axvoli qoniqarliligi
3. normal'naya funktsiya organov SSS
4. Nafas funktsiyasi miyorida bulishi
5. Sulak ajratish organlar faoliyati miyorida bulishi
6. Mikroxirurgiya operatsiyalarining muvofaqqiyatiga olib keladi.:

1. Ko'chirilgan teri rangi o'zgarishi
2. Bemor axvoli qoniqarliligi
3. normal'naya funktsiya organov SSS
4. Nafas funktsiyasi miyorida bulishi
5. Sulak ajratish organlar faoliyati miyorida bulishi
7. Mikroxirurgiya operatsiyalarining muvofaqqiyatiga olib keladi:

1. Qon tomir anastamozlar pulsatsiyasi
2. Bemor axvoli qoniqarliligi
3. normal'naya funktsiya organov SSS
4. Nafas funktsiyasi miyorida bulishi
5. Sulak ajratish organlar faoliyati miyorida bulishi
8. Mikroxirurgiya operatsiyalarining muvofaqqiyatiga olib keladi:

1. Kuchirilgan lahtak shishmasligi
2. Bemor axvoli qoniqarliligi
3. normal'naya funktsiya organov SSS
4. Nafas funktsiyasi miyorida bulishi
5. Sulak ajratish organlar faoliyati miyorida bulishi

1. mikroxirurgik operatsiya o'tkazish uchun zarur:

A operatsion mikroskop

B mikroxirurgik instrumentlar

Cnina va choklar 25mKm qalin bo`lmagan

D narkoz apparat

E operatsion stol

1)ABC 2)BCD 3)CDE 4)ACD 5)ADE

2.Tikuv choklari mikroqon tomir xirurgiyasi uchun lozim:

A Silliq

B umuman surilmaslik xususiyati

C areaktivlik xususiyati

D qimmatbaxoligi

E chet elniki

1)ABC 2)BCD 3)CDE 4)ACD 5)ADE

3.10-14 soat davom etuvchi mikroxirurgik operatsialar navbat bilan ishlash:

A 2-3 xirurg jamoa

B 4-7 xirurg jamoa

C 5-6 xirurg jamoa

D 6 xirurg jamoa

E 1 xirurg jamoa

1) AB 2) BC 3) CD 4) DE 5) AE

4.Mikroxirurgiya operatsiyalarida 1 jamoa ishlash vaqti tashkil qiladi:

A 3 soat

B 4 soat

C 5 soat

D 6 soat

E 7 soat

1) AB 2) BC 3) CD 4) DE 5) AE

5.Yuz sohasidagi katta xajmdagi nuqson va deformatsiyalarni tez va optimal bartaraf etishga qanday erishiladi :

A Maxalliy to`qimalar yordamida

B oyoqchali lahtaklar yordamida

C Filatov bandi yordamida

D terini erkin kuchirish bilan

E vaskulyararo anastamoz saqlovchi oziqlanuvchi oyoqchali lahtak yordamida

6.Qimmatga to`shadigan yuz sohasidagi nuqsonni bartaraf etuvchi operatsiya:

A Oyoqchali lahtakni ko`hirib o`tkazish

B maxalliy to`qimalar yordamida plastika

Coziqlanuvchi oyoqchali lahtak yordamida

D Filatov bandi yordamida

E terini erkin ko`chirish

Vaziyatli masalalar:

1. Bemor 60 yosh onkologik dispanserda pastki lab raki bo`yicha $T_3 N_1 M_0$ lab o`smasini olish, pastki jag` oldingi qismi rezektsiyasi, tashqi uyqu arterichsini bog`lash bilan bo`yin kletchatkasini fatsial-futlyar kesish operatsiyasi o`tkazilgan.

Operatsiyadan keyin ikki yil o`tgan. Retsidiv yo`q.

Tekshirib ko`rilganda: pastki lab total nuqsoni, paypaslanganda pastki jag` engak sohasi va til osti sohasi to`qimalari yo`q. So`lak oqishi kuzatiladi. Pastki jag` yon bo`laklari Vankevich shinasi bilan ushlab turilibdi.

Plastik mikroxirurgiya usuli orqali yuz pastki sohasi to`qimalar etishmovchiligini tiklash imkoniyatini aniqlang.

Javob :

Qon tomirli oyoqchada to`qimalarni ko`chirish operatsiyasi o`tkazish mumkin, agar yuqori qalqonsimon arteriya ishlayotgan bo`lsa. Buni aniqlash uchun operatsiyadan 2-3 hafta oldin uyqu arteriyasi angiografiyasi o`tkaziladi.

2. Klinikaga peshona-tepa skal`pirlangan jarohati bilan bemor tushdi.

Peshona-tepa sohasi tekshirilganda jarohat bor, to`qima nuqsoni 10x13 sm o`lchamda. Jarohat chetlari lahtak shaklida. Jarohat tubi bo`lib kalla suyagi kortikal plastinkasi hisoblanadi.

To`qimalarni o`ng tomon chov sohasidan olingan teri-fatsial lahtagi bilan tiklab jarohatga birlamchi jarrohlik ishlovi berish o`tkazildi. CHov yuza arteriya va venalari oldindan ajratilgan chakka yuza arteriya va venasi bilan tikilgan.

Qanday klinik ko`rinishlar lahtak hayotchanligini xarakterlaydi

Operatsiyadan keyingi davrda qanday asoratlar paydo bo`lishi mumkin

Javob: harorat, rang, tomirlar pul`satsiyasi.

Operatsiyadan keyingi davr asoratlariga kiradi: jarohat yiringlashi, lahtak nekrozi, qon ketish.

Tarqatma materiallar:

1. Talabaning bilim darajasini tekshirish uchun nazorat savollari.
2. Birinchi darajali murakkablikdagi testlar.
3. Ikkinchi darajali testlar.
4. Situatsion masalalar

Adabiyotlar:

-asosiy

1. Robustova T.G. «Hirurgicheskaya stomatologiya» M., 2003 g.
2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuholi myagkih tkaney i kostey lica».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y.
5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

- qo`shimcha

1. Mixel'son N.M. «Vosstanovitel'nie operatsii CHLO». –M., Meditsina. 1962g s.197-213
2. YU.I. Bernadskiy «Travmatologiya i vosstanovitel'noy xirurgiya chelyustno litsevoy oblasti» Kiev 1985 g.,
3. A.I. Nerobeev, N.A. Plotnikova “Vosstanovitel'naya xirurgiya myagkix tkaney chelyustno - litsevoy oblasti ” M. 1997g., str 86-89
4. Ballon L.R.; Kostur B.K. «Vozmeshenie defektov CHLO i organov shei» M. 1989g.str.95-117
5. Shanin A.P. «Opuholi koji, ih proisxojdnie, klinika, lechenie» M., 1989y.

6. Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-licevoy oblasti», 1991y..
7. Mazalova N.N., Abdullahodjaeva M.S. «Ameloblastoma (adamantinoma) Tashkent, 1987y.
8. Kolesov A.A. «Novoobrazovaniya chelyustneh kostey»
9. Paches A.I. «Opuholi golove i shei» M., 1983y.
10. Zoltan Ya. «Cicatrix optima» perevod s vengerskogo M.1987 y.
11. Zoltan Ya. «Peresadka koji». Perevod s vengerskogo M.1987y.
12. Sukachev V.A. «Atlas rekonstruktivneh operacij na chelyustyah» M., 1984y.

internet sayt:

www.interstom.azerin.comwww.bda-dentistry.org.ukwww.dental.saminfo.ru

MAVZU 16.

YUZ NERVI NEVRIT VA NEVRALGIYASI. MIMIK MUSHAKLAR PARALICHI.

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 tuzilishiga qarab ta`lim jarayonini tashkil etish bo`yicha xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 materialarni muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
40-daqiqa	3.2. Faol talabalar baxolanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baxolaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa		
Jami		6 soat

Nazorat savollari

Uch shoxli nervning anatomik xususiyatlari.

Yuz nervining anatomik xususiyatlari.

Yuz mimik mushaklari va ularning tuzilish xususiyatlari.

Yuz mimik mushaklari paralichlari

Yuz nervi nevrалgiya va nevritlarida davolashning operativ usullari, ko`rsatmalari va metodikasi. Davolashning fizioterapevtik usullari.

Iglorefleksoterapiya – ko`rsatmalar

Amaliy qism

Xirurg stomatolog amaliyotida yuz-jag' sohasi nerv sistemasi zararlanish holatlari ko`plab uchrab turadi, bundan – og'riq sindromi ko`p uchraydi. Bir qator klassifikatsiyalar og'riq sindromini tizimlashtiradi. Ularning xammasi 1988 yil Xalqaro yuz, bosh og'riqlari va bosh miya nervlari nevrалgiyalari klassifikatsiyalariga kiritilgan. SHular qatorida M.N. Puzin neyrostomatologik kasalliklar va sindromlarni (somatik, vegetativ va vegeto qon tomirli formalar, og'riqli disfunktsiya sindromi), chakka pastki jag' bo`g'imi sindromlar (yuzning miofastsial og'riq sindromi), talvasava giperkinezlari ajratadi. V.A. Karlov va O.H. Savitskaya (1990) kelib chiqish sababiga ko`ra ikki guruh prozopalgialarni ajratadi – somatogen va nevrogen. Somatogen yuz prozopalgialari tish og'riqlari, og'iz bo`shlig'i shilliq qavati, LOR organlari, ko`z xamda ichki a`zolar kasalliklari bilan bog'langan bo`lishi mumkin. Nevrogen yuz og'riqlari tipik va atipik bo`lishi mumkin.

Tipik prozopalgialar bosh miya nervlari paroksizmal nevrалgiyalari ko`rinishida - uchlamchi, til yutqun nervi, yuqori xalqum nervlari ko`rinishida bo`lishi mumkin. Atipik prozopalgialar simpatalgiya, intrakranial jarayonlar va MNS kasalliklari ko`rinishida uchraydi..

Og'riq sindromi bilan kechadigan kaslliklarni tashxislashda bemorni psixologik holatiga e`tibor berish muhim hisoblanadi. Bemor premorbid faktoriga etibor berish, kasallikni kechirishi, ijtimoiy moslashishini o`rganish, shuningdek yuz vegetativ innervatsiyasi xususiyatlarini bilish yuz nevrologik kasalliklarini tashxislashga va ular bilan o`xshash kasalliklarni qiyosiy tashxislash imkonini beradi.

Stomatologik amaliyotda mimik mushaklar parez va paralichiga olib keluvchi tipik prozalgiyalar – uch shoxli, til-yutqun va boshqa nervlarning paroksizmal nevrалgiyalari, nevrit va nervlarning jaroxatlanishilar ko`plab uchraydi. Bunday shikastlanishlar turli usullarda, jumladan jarrohlik usulida ham davolanadi.

YUz nervi nevrit va nevrалgiyasi. Mimik mushaklar paralichi.

U yoki bu etiologik omil tomirlar tonusini buzilishiga olib kelib, tashqi uyqu yoki umurtqa arteriyalari tizimida spazmlarga olib keladi. Spazmlar nerv asosining ishemiyasiga, uning yuzasini shishib qolishi va gemorragik petexiyalar paydo bo`lishiga olib keladi. Yuz nervi asosining shishib qolishi uning suyak kanali ichida shikastlanishiga sabab bo`ladi.

Klinik manzarasi mimik mushaklar funktsiyasining buzilish belgilari, umumiy sezuvchanlikning buzilishi, shuningdek, vegetativ – tomir buzilishlaridan iborat bo`ladi. Barcha holatlarda, shikastlanish darajasidan qat`iy nazar, mimik mushaklarning funktsiyasi izdan chiqadi. Tinch holatda va mimik harakatlarda yuz tuzilishi buzilgan bo`lib, sog'lom tomonga qarab qiyshayib qoladi. Yuzning shikastlangan qismidagi teri burmalari silliqdashib ketadi, ushbu tomon biroz shishgan bo`ladi, og'iz burchagi osilib qoladi, undosh harflarni talaffuz etganda lunj elkanga o`xshab tebranadi. Parez tomonidagi ko`z tirqishi kengaygan, pիրpirashi kamayadi. Yuzning shikastlangan qismidagi aktiv mimik harakatlarning imkoni yo`q (yarim niqob belgisi) yoki ular sezilarli tarzda susaygan bo`ladi. Mimik mushaklarning shikastlangan tarafida suyuq ovqatning og'izdan oqib tushishi ro`y beradi.

Davolash. Umumiy qabul qilingan sxema bo`yicha kompleks davolash jarayoniga maksimal ravishda glyukokortikoid terapiyasi ham kiritiladi. Ayrim holatlarda yuz nervining otogen shikastlanishi bo`lgan bemorlar jarrohlik yo`li orqali antibakterial vositalari bilan birgalikda davolanadilar. Prozoplegiya tarafidagi yulduzsimon tugunni blokada qilish samarali hisoblanadi. Glyukokortikoidlar man etilgan bemorlarga kasallikning avj olish davrida 5 – 7 kun davomida saluretiklar (laziks) belgilanadi.

Avj olish davridan boshlab, quloqatrofi sohasi kunaro 2ml 2%li lidokain bilan blokada qilinadi; davolash kursi 8–10 ta blokadadan iborat bo`ladi. Agar quloqatrofi sohasida blokada qilishga qarshilik bo`lsa, ularni 2 % li novokain yoki nikotin kislotasi eritmasi bilan birga 33% li dimeksid eritmasining aplikatsiyasi bilan almashtiriladi.

Nevritlarni davolash: terapiyaning patogenetik printsiplari, fizioterapevtik davolash usullari, ular birinchi 6-12 oy davomida effekt beradi.

Yuz va boshqa nervlarning shikastlanishi.

Yuz nervi tizzasimon tugunining nevrалgiyasi (sin.:tizzasimon tugun shikastlanishi sindromi, Xant sindromi, tizza tuguni ganglioliti). Kasallik eshitish yo`lidagi og`riqlar bilan kechadi. Ko`pincha virusli infeksiyalardan keyin vujudga kelib, yuzdagi gerpetik toshmalar, shikastlangan tomonda mimik mushaklarning parezi bilan kuzatiladi.

Vidiev nervining nevrалgiyasi (sin.: qanotsimon kanal nervining nevrалgiyasi, Fayl sindromi). Kasallik yallig`lanish jarayonlaridan so`ng burunning qo`shimcha bo`shliqlarida kelib chiqib, ko`z va burun sohasidagi va ko`pincha tishlarga tarqaluvchi kuchli og`riqlar bilan kechadi.

Nog`orasimon nervning nevrалgiyasi (sin.: Reyxert sindromi). Tashqi eshitish yo`li sohasidagi xurujsimon og`riqlar bilan kechadi va til-halqum nervi shikastlanishiga o`xshaydi.

YUqori hiqildoqnervining nevrалgiyasi. YUqori hiqildoq nervi adashgan nervning shoxi hisoblanadi. U hiqildoq mushaklari va shilliq qavatining innervatsiyasida ishtirok etadi. Nevrалgiya yutish vaqtidagi og`riqlar, yo`tal va mahalliy reflekslarning buzilishi bilan kuzatiladi. Differentsial tashxisi xuddi uch shoxli nervning shikastlanishlaridagi kabi o`tkaziladi.

Davolash. Uch shoxli nerv nevrалgiyasidagi kabi patogenetik yondoshuv tavsiya etiladi. Yuzdagi og`riqlarni keltirib chiqarish bilan kechadigan nervlarning shikastlanishida oqibati asosan ijobiy bo`ladi. Faqatgina ba`zi holatlarda, konservativ davolashning samarasi bo`lmaganda va jarrohlik davolashning imkoniyati bo`lmasa, bemorning yoshi katta bo`lsa yoki unda boshqa kasalliklarning bo`lishi oqibatni yomonlashuviga olib kelishi mumkin. Yuz kasalliklarining profilaktikasi o`z ichiga umumiy sog`lomlashtiruvchi, MNS ni va bevosita uni qon bilan ta`minlashni funktsional qo`llab-quvvatlovchi chora–tadbirlarni oladi. YAllig`lanish, jarohatlanish, immunologik va boshqa kasalliklarni hamda yuz – jag` sohasining shikastlanishini oldini olish to`qimalarning harakatlanuvchi va sezgi innervatsiyasini amalga oshiruvchi uch shoxli va boshqa nervlarning shikastlanish darajasini kamaytiradi.

Mimik mushaklarning falajligi.

Stomatologiya amaliyotida ko`pincha yuz nervining butunligi buzilmagan holda turli etiologiyali nevropatiyalar va uning shikastlanishi bilan kechadigan travmatik jarohatlanishlar kuzatilib, oqibatda mimik mushaklarning parez yoki falajlik ko`rinishidagi harakatining buzilishlari vujudga keladi. Yuz nervining birlamchi nevropatiyasi odatda angina, gripp va boshqa kasalliklar natijasida rivojlanadi. Yuz nervining alohida shikastlanishi diabetda kuzatilishi mumkin. Ba`zida nerv araxnoiditda, tarqalgan sklerozda, o`rta quloqning yiringli yallig`lanishida shikastlanadi. Ishemik, infeksiyon (otogen), travmatik (prozoparezlar) falajliklar farqlanadi. etiologiyasi noma`lum bo`lgan hamda mavsumiylik (kuz yoki qishda) xususiyatiga ega bo`lgan idiopatik prozoparezlar ham ko`pchilikni tashkil etadi. Yuz nervi shikastlanishi polietiologik xususiyatga ega bo`lishiga qaramay, ushbu kasallikning asosida tomirlardagi o`zgarishlar va oziqlanishning buzilishi yotadi deb hisoblanadi. Ba`zida kasallikning sababi yuz nervining tug`ma ravishda torayishi bo`lishi mumkin.

Klinik manzara.

Yuzning tegishli qismida barcha mimik mushaklarning funktsiyasi va umumiy sezgirlik buziladi. Vegetativ – tomir buzilishlari, kon`yuktivaning qizarishi, teri va shilliqqavatlar rangining o`zgarishi, shikastlangan tarafda ularning haroratini pasayishi kuzatiladi.

Differentsial tashxis.

Xarakatchanlik xususiyatining buzilishi sabablarini, shuningdek, sindromning periferik va markaziy genezini aniqlash zarur bo`ladi. Mimik mushaklar falajligini yuzning gemi- va

paraspazmidan farqlash kerak bo`ladi.

Davolash. Asosiy maqsad bu yuz nervi shikastlanishini keltirib chiqargan asosiy kasallikni tugatishdir. YAllig`lanishga qarshi, desensibillovchi, umumiy quvvatni tiklovchi va stimullovchi terapiya tavsiya etiladi. Kasallikning dastlabki kunlarida isitmani tushiruvchi va og`riqni qoldiruvchi vositalar (amidopirin, anal`gin, atsetisalitsil kislotasi), antibiotiklar va yallig`lanishga qarshi boshqa vositalar belgilanadi. V guruhiga kiruvchi vitaminlar, antixolinesteraz vositalar tavsiya etiladi: prozerin sutkasiga 3 marta 0,015g dan ichiladi va teri ostiga har kuni 1 mg dan 0,05 % li eritmasi, nivalin 1ml dan 0,25–0,5% li eritmasi, galantamin 1ml dan 1% li eritmasi yuboriladi; davolash kursi 20–30ta in`ektsiyani tashkil etadi. SHuningdek, biogen stimulyatorlar ham qo`llaniladi. Kompleks davolash sxemasiga sxema bo`yicha glyukokortikoid terapiyani ham qiritish tavsiya etiladi [Karlov A., 1995]. Kasallikning dastlabki kunlarida bigiz-so`rg`ichsimon teshik atrofini anestetiklar bilan blokada qilish, gidrokortizonli elektroforez yoki ushbu preparatni qo`llagan holda teri ostini blokada qilish yaxshi ta`sir etadi. Mahalliy ravishda quruqissilik, parafin, 33%li dimeksid eritmasi bog`lamlar, shuningdek, uni 2%li novokain yoki nikotin kislotasi eritmasi bilan birgalikda qo`llaniladi. 5–6 kundan so`ng kal`tsiy xloridli va salitsilatli gal`vanizatsiya, qisqa to`lqinli diatermiya qo`llaniladi. Ignali va refleksoterapiya, engil massaj, davolovchi fizkul`tura, shuningdek, shikastlangan mimik mushaklarni elektrostimulyatsiya qilish tavsiya etiladi. Mimik mushaklarning o`zgarmas va qaytmas falajlik holatlarida jarrohlik yo`li bilan davolash qo`llaniladi. Bu jarayonda osilib qolgan to`qimalar statik va kinetik ravishda ko`tarib qo`yiladi va mushaklarning funksiyasi tiklanadi. SHikastlangan mushaklarning kollateral inervatsiyasini keltirib chiqarish uchun nervning uchlari boshqa nerv bilan tiqiladi (masalan, qo`shimcha, diafragmal yoki til osti). Nerv – mushak plastikasi, ya`ni falajlangan mushakga biror – bir nervni tikib qo`yish, shuningdek, mushak plastikasi – falajlangan mushakni yonidagi shikastlanmagan mushakga tikib qo`yish (Muxin va Naumov usullari bo`yicha mioplastika), Muxin va Bulatovskaya usullari bo`yicha mioplastika va blefaroplastika, Muxin va Vernadskiy usullari bo`yicha mioeksanplanto – dermoplastika, Arjantsev usuli bo`yicha miodermoplastika muolajalari o`tkaziladi.

U yoki bu etiologik omil tomirlar tonusini buzilishiga olib kelib, tashqi uyqu yoki umurtqa arteriyalari tizimida spazmlarga olib keladi. Spazmlar nerv asosining ishemiyasiga, uning yuzasini shishib qolishi va gemorragik petexiyalar paydo bo`lishiga olib keladi. Yuz nervi asosining shishib qolishi uning suyak kanali ichida shikastlanishiga sabab bo`ladi.

Klinik manazarasi mimik mushaklar funksiyasining buzilish belgilari, umumiy sezuvchanlikning buzilishi, shuningdek, vegetativ – tomir buzilishlaridan iborat bo`ladi. Barcha holatlarda, shikastlanish darajasidan qat`iy nazar, mimik mushaklarning funksiyasi izdan chiqadi. Tinch holatda va mimik harakatlarda yuz tuzilishi buzilgan bo`lib, sog`lom tomonga qarab qiyshayib qoladi. Yuzning shikastlangan qismidagi teri burmalari silliqlashib ketadi, ushbu tomon biroz shishgan bo`ladi, og`iz burchagi osilib qoladi, undosh harflarni talaffuz etganda lunj elkanga o`xshab tebranadi. Parez tomonidagi ko`z tirqishi kengaygan, pirpirashi kamayadi. Yuzning shikastlangan qismidagi aktiv mimik harakatlarning imkoni yo`q (yarim niqob belgisi) yoki ular sezilarli tarzda susaygan bo`ladi. Mimik mushaklarning shikastlangan tarafida suyuq ovqatning og`izdan oqib tushishi ro`y beradi.

Davolash. Umumiy qabul qilingan sxema bo`yicha kompleks davolash jarayoniga maksimal ravishda glyukokortikoid terapiyasi ham kiritiladi. Ayrim holatlarda yuz nervining otogen shikastlanishi bo`lgan bemorlar jarrohlik yo`li orqali antibakterial vositalari bilan birgalikda davolanadilar. Prozoplegiya tarafidagi yuldo`zsimon tugunni blokada qilish samarali hisoblanadi. Glyukokortikoidlar man etilgan bemorlarga kasallikning avj olish davrida 5 – 7 kun davomida saluretiklar (laziks) belgilanadi.

Avj olish davridan boshlab, quloq atrofi sohasi kunaro 2ml 2%li lidokain bilan blokada qilinadi; davolash kursi 8–10 ta blokadan iborat bo`ladi. Agar quloq atrofi sohasida blokada qilishga qarshilik bo`lsa, ularni 2 % li novokain yoki nikotin kislotasi eritmasi bilan birga 33% li dimeksid eritmasining applikatsiyasi bilan almashtiriladi.

Nevritlarni davolash: terapiyaning patogenetik printsiplari, fizioterapevtik davolash usullari, ular birinchi 6-12 oy davomida effekt beradi.

Yuz nervi shikastlanishi oddiy shaklining namoyon bo`lishi – ular innervatsiya qiladigan mushaklarning falajligi. Kasallik ilk marta to`liq 1836 yilda Ch.Bell tomonidan keltirib o`tilgan. Hozirgi davrda parezlarning ishemik, infeksiyon, otogen, travmatik, shuningdek, etiologiyasi noma`lum bo`lgan idiopatik turlari ma`lumdir. Yuz nervining periferik shikastlanishini polietiologik kasallik deb hisoblash mumkin. Hozirda prozoporezlar patogenezi ko`pchilik mualliflar yagona deb hisoblaydilar.

Operativ davolash usullari 3 guruhga bo`linadi:

- 1–yuz assimetriyasini statik va kinetik ravishda to`g`rilovchi operatsiyalar;
- 2–yuz shikastlangan qismining qisqaruvchanlik funksiyasini tiklovchi operatsiyalar;
- 3–deformatsiyaga uchragan pastki jag`dagi operatsiyalar.

I guruhga quyidagilarni kiritish mumkin:

1. Statik va kinetik ko`tarib qo`yish usuli;
2. Yuzning cho`zilib va osilib qolgan terisini kesish, kengayib qolgan ko`z tirqishini toraytirish, skleroblefaroraffiya, og`izning osilib qolgan burchagini ko`tarib qo`yish kabi mahalliy operatsiyalar;
3. Sog`lom mimik mushaklar funksiyasini susaytirishga qaratilgan sog`lom tarafdagi to`g`rilovchi operatsiyalar.

II guruhga quyidagilarni kiradi:

1. Falajlangan tarafdagi mushak plastikasi;
2. Til osti nervini mimik mushaklarga ko`chirib o`tkazish;
3. Yuz nervidagi operatsiyalar: dekompressiya, nevroliz, uni erkin ravishda ko`chirib o`tkazish.
4. Yuz nervining markaziy qismini til osti, qo`shimcha yoki diafragmal nervlar bilan tikib qo`yish.

Interaktiv metod: Qor parchasi

Tavsiya etiladigan adabiyot

- asosiy

1. Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii chelyustno-litsevoy xirurgii pod redaktsiey V.M.Bezrukova, T.G. Robustovoy tom 1, 2000 g., str 599.
2. Uchebnik «Xirurgicheskaya stomatologiya» pod redaktsiey T.G.Robustovoy, M.Medgiz 2000, S.488-490, 491-493

- qo`shimcha

1. SHteynberg- «Nevralgiya troynichnogo nerva».
2. Karlov -«Litsevie boli».
3. YU.I.Bernadskiy «Travmatologiya i vosstanovitel`naya xirurgiya CHLO».-1999.-S.257-264.
4. Romacheva I.F. «Zabolevaniya i povrejdeniya slyunneh jelez» , 1987y.
5. Shanin A.P. «Opuholi koji, ih proisxojenje, klinika, lechenie» M., 1989y.

Internet sayt:

www.dental-parad.rustomatology.tihe.o`z

Mavzu: 17

Yuz sohasi estetik xirurgiyasi

Mavzu: 18

**YUZ-JAG' SOHASI XAVFLI O'SMALARI BOR BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI,
TASHXISLASH**

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat	Ta'lim oluvchilar
	Ta'lim beruvchi	
1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish		
10- daqiqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni yetkazish. 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 tuzilishiga qarab ta'lim jarayonini tashkil etish bo'yicha xarakterlar 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
15-daqiqa	2.3. "Baliq skeleti" va konseptual jadval organezzerlarini 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organezzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
40-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa		
Jami		6 soat

. Nazorat savollar

1. Onkologiyada tekshirish usullari.
2. O'smalarning morfologik xarakteristikasi.
3. YUJS xavfli o'smalarning xirurgik davolash printsplari.

Nazariy qism.

Tekshiruv sub`ektiv va ob`ektiv ma`lumotlardan tashkari bir qancha diagnostik tekshiruv usullarini xam o`z ichiga oladi. Ularning kurinishi va xavfli o`sma xarakteriga, tekshiruvni poliklinika yoki statsionarda o`tkazilishi, shuningdek davolovchi muassasaning jihozlanganlik darajasiga bog`lik.

Xavfli o`smalarning 1 chi va muximi diagnostika boskichi bu umumiy klinik tekshiruv usullaridir. Ko`pincha diagnostik xatoliklar to`lik bo`lmagan va yuza tekshiruvlardan kelib chiqadi. SHuning uchun «YAxshi diagnoz qo`ygan vrach, yaxshi davolaydi» so`zlariga ko`shimcha ravishda «yaxshi va erta diagnoz qo`ygan vrach yaxshi davolaydi» deyish mumkin. N.N. Petrov (1952 y) mashhur onkolog «kechiktirilgan va notugri qo`yilgan diagnoz o`sma kasalliklarida o`lim bilan barobar» degan. Lekin hozirda o`smalarni erta aniklashning diagnostik metodlari hal qiluvchi axamiyat kasb eta olmaydi.

So`nggi yillarda kantserogen moddalarning o`smani rivojlantirish mexanizmini o`rganishda katta muvaffaqiyatlarga erishildi. SHu narsa ko`rsatadiki, mashinizatsiya qaysi faktorlar bilan chikarilishidan kat`iy nazar – viruslar, ximik agentlar, radiatsiya va boshqalar, xujayra genining funktsiyalarini buzadi, bu esa moddalar almashinuvida chukur o`zgarishlarga sabab bo`ladi. Kasal odam organizmida oksil sintezi buziladi, immun status va garmonal gomeostaz o`zgaradi. SHunga bog`lik xolda izlanishlar olib borilmoqda. Klinik – laboratoriya testlar orqali qonning analizi o`tkaziladi, bunda o`sma xujayralarning ma`lum substantsiyalari ishlab chiqaradi. Shuningdek, qon va siydikning biologik tarkibi o`zgaradi. Misol uchun, o`tkir embrional oqsilning mavjudlagi (α, β proteinlar), kislotalar va ishkoriy fosfotazalarning ortishi, qon plazmasi va to`qimalarda rakoembrional antigenlarning aniqlanishi. O`smani aniqlash uchun qon plazmasining normografik tekshiruvi ham o`tkaziladi. S.M.Slyunchak (1981 y). ma`lumotlariga asosan u globulinlarga ta`lukli erimaydigan oksil 90% rak kasallarida ijobiy bo`ladi.

Malevich, Stirnik (1975 y.) ma`lumotlariga ko`ra xavfli o`smali bemorlarning qon plazmasida giperkoagulatsiya jaryoni rivojlantiradi, asosan operatsiyadan so`ng 3-7 sutkada (Vernadskiy. TSitatasi 1984y)

Ma`lumki, ixtiyoriy kasallikning tashkisi shikoyatlarga, anamnezga va klinik holatlarga asoslanadi. Maxsus va labarator tekshiruv usullari esa ko`shimcha hisoblanadi, diagnoz to`g`riligini tasdiqlashga xizmat qiladi.

Morfologik verifikatsiya – davolash va oldindan baxolashdagi asosiy kriteriyalardan biri.

O`smaga gumon qilinganda so`rokda qo`yidagi shikoyatlar borligiga e`tibor berish kerak :

- o`sma, yazva, infil`tratlar.
- og`riq, paresteziya, anemiya.
- parez, mimik mushaklar paralichi.
- ekzofitalvie, diplopiya.
- burun orqali nafas olishning qiyinlashuvi, burundan qon aralash shlimshik chiqishi.
- og`iz ochilishining chegaralanganligi, til xarakatini cheklanganligi va yutishning qiyinlashuvi.
- tishlarning kimirlab qolishi.
- eshitish sezgisining pasayishi.

- organizm umumiy holatining o`zgarishi (kuchsizlik, ishtaxa yo`qolishi, tana vazning kamayishi, t^0 ning ortishi va boshqalar). YUqoridagi shikoyatlarning birligi o`sma mavjudligiga xarakterli bo`lishi mumkin. Anamnez yig`ilganda shikoyatlarning paydo bo`lish muddatini va boshqa faktorlarga

bog'liqligini aniqlash kerak. Davolash o'tkazilganligi va qanday hayot anamnezida kasallikning irsiyligiga, boshdan o'tkazilgan va xolirok kasalliklarga professional zararlikka – kantserogen moddalar bilan kontaktga va noxush meteorologik sharoitlar – shamol, kuyoshga, zararli odatlarga e'tibor berish kerak. Anamnezning tugri yigilishi o'sma oldi jarayonlarini aniqlashga yordam beradi.

Ob'ektiv tekshiruvda bemorning umumiy xolatini aniqlash, tana xaroratini, arterial bosimni ulchash, a'zolar patologiyasini umumiy qabul qilingan tizim bo'yicha aniqlash kerak. Somatik o'zgarishlarning birligi (yurak – qon tomir sistemasi kasalliklari, nafas olish va boshqa a'zolar kasalliklari) va umumiy statusda o'sma kasalliklarining namayon bo'lishi (kaxeksiya, metastaz va boshkalar.) kasallikning klinik davo xajmi va ketma ketligini aniqlashga imkon beradi.

Yuzni va og'iz bo'shlig'i a'zolarini ko'rikdan o'tkazishning og'iz ichi va og'iz tashqi usullari bor. Og'iz tashqi ko'rigida va pal'patsiyada ko'rinarli o'zgarishlar xususiyatiga, ularning lokalizatsiyasiga, yuzning chegaralari va shakliga, yuz-jag' suyaklariga, zararlanish xususiyatiga – birlikda yoki ko'plikda; zararlanish ko'rinishiga – shishganlik, o'sma, eroziya, yara, infil'trat, shakliga – qo'ziqorinsimon, keng yoki tor asosda, kratersimon, dumaloq, oval, tirqishsimon va boshqalar; yuz soha tipiga – silliq, bo'rtgan, donador, qonayotgan, fibroz karash bilan qoplangan, po'stli (yiringli, qonli), mug'uzli massali (oson yoki qiyin ko'chiriluvchi), o'zgormagan qoplovchi to'qimali, shuningdek yara chetlarining holati, eroziyalarning mavjudligi, rangining o'zgarishi (giperemiya, ko'karish, giper yoki gipopigmentatsiya), chandiqlarning borligi, ularning shakli va zichligi, chaynov va mimik mushaklar funksiyasining buzilishi, ekzoftal'm.

Zararlangan to'qima holatini pal'pator usul bilan aniqlash kerak (teri, teri osti kletchatkasi, mushak, suyak, shilliq qobiq), yuz va jag' suyaklarining shakli va chegaralarini aniqlash, shishning mavjudligi va lokalizatsiyasi, shikastlangan to'qima yuzasi holati (silliq, g'adir-budur), konsistentsiyasi (yumshoq, suyakli, elastik), sezgining buzilishini aniqlash (og'riq, muzlash, paresteziya), pul'satsiya. Patologik jarayonning yuqori jag'da joylashgan holatida burun oynasi yordamida rinoskopiya o'tkazish lozim, burun yo'llari shilliq qavati holatini baholash kerak. Tashqi eshituv yo'lining quloq oynasi yordamida tekshirish quloq oldi chaynov, jag' orti va so'rg'ichsimon sohalar patologiyasida o'tkaziladi. Pal'pator usulda atrofodagi turi holati, ko'rinuvchi shilliq qavati holati, labning qizil hoshiyasi, regionar limfatik tugunlar holati-kattalashuvi, qattiqlashuvi, konsistentsiyasi, harakatchanligi, og'riqni sezish xususiyatlari aniqlanadi. So'lak bezlarining ham holatini e'tiborga olish muhim. Tekshiruvda pal'patsiyaning oddiy va bimanual usullarini qo'llash, shuningdek sog' to'qima bilan solishtirish kerak. So'lak bezlarini massaj qilib, ularning so'lak ajratish xususiyatini, pal'patsiya bilan chakka-pastki jag' bo'g'imi holati, yon va vertikal harakatlardagi amplitudasi tekshiriladi.

O'sma borligi aniqlanganda uning bo'g'im boshchasi bilan munosabatini, yuzasining holatini (silliq, g'adir-budur), konsistentsiyasi (suyakli, yumshoq to'qimali), shakli, hajmi (santimetrlarda) aniqlanadi.

Og'iz ichi ko'rigida va pal'patsiyada shpatel', pintset, oyna, zond yordamida og'iz bo'shlig'i a'zolari ketma-ketlikda tekshiriladi: og'izning gigienik holati, prikus, tishla formulasi, og'iz dahlizi – lablar, lunjlar, o'tuvchi burmalar, jag'larning al'veolyar o'siqlari; xususiy og'iz bo'shlig'i – tubi, til, yon devorlar va murtaklar, til osti so'lak bezi, katta va kichik so'lak bezlarining chiqaruv yo'llari, yumshoq va qattiq tanglay, so'ng tishlarning qimirlash darajasi, o'tkir qirralarning mavjudligi, tish perkussiyasida – og'riqni sezish, karaxtlik, tish katakchalarida biriktiruvchi to'qimaning o'sishi, katakchalarni zondlaganda ularning qonashi va patologik milk cho'ntaklari borligi aniqlanadi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini ko'rikdan o'tkazganda asosan uning rangiga (giperemiya, ko'karish, leykoplakik dog'lar, giperpigmentatsiya), namligiga, qimirlash darajasi (chandiqlar, ularning shakli), shikastlanish o'choqlarining mavjudligiga – birlikda, ko'plikda; o'sma ko'rinishida eroziya, yara infil'tratlar borligiga, shakliga (qo'ziqorinsimon, kratersimon, dumaloq, oval, keng yoki tor asosli), o'lchami (santimetrlarda),

yuzasiga, konsistentsiyasiga ahamiyat berish lozim. Qattiq tanglaydagi tanglay burmalari ko`zdan kechirilganda, yumshoq tanglayning harakatlanish darajasi aniqlanadi. SHikoyatlar, anamnez, ob`ektiv ko`rik natijalaridan xulosa qilib, klinik tashhis qo`yiladi. O`sma aniqlanganda uning lokalizatsiyasi va nozologik formasi ko`rsatiladi. Zaruriyat bo`lganda qo`shimcha tekshiruvlar o`tkaziladi.

Maxsus tekshiruv usullari:

A. elektrodontodiagnostika (EOD) jag`larda patologik jarayon aniqlanganda qo`llaniladi va jarayonning tarqalish darajasini aniqlashga imkon beradi.

B. Rentgenodiagnostika:

a) yuz skeletining rentgenografiyasi

b) topografiya – shikastlangan suyakning chuqurligi va qavatli strukturasi aniqlash uchun qo`llaniladi.

v) kontrast rentgenografiya – kontrast moddalar yuboriladi (yolonilol, bariy, kardiostat, angiotrast va boshqalar), ular yuqori jag` sinusiga yuboriladi (gaymorografiya), kistoz bo`shliqlarga (tsistografiya), so`lak bezlariga (sialografiya), tomirlarga (angiografiya) – jarayonning tarqalish darajasini aniqlashtirish uchun, chegaralarini aniqlash maqsadida ishlatiladi.

g) rentgenoskopiya (grafiya) – ko`krak qafasida somatik va onkologik (gematogen metasazlar) jarayonlar borligini aniqlash uchun qo`llaniladi.

V. Morfologik tekshiruvlar – klinik tashhisini tasdiqlash va aniqlashtirish uchun qo`llaniladi.

1) TSitologik tekshiruv – materialning hujayraviy tarkibi o`rganiladi

2) Patologik tekshiruv. Ochiq xirurgik biopsiya yo`li bilan o`sma sohasini limon bo`lagi kabi kesiladi. To`qima patologoanatom tomondan tekshiriladi. Morfologik tekshiruv natijalari quyidagi muddatlarda beriladi:

a) shoshilinch biopsiyalarda – 20-25 min. ichida

b) diagnostik biopsiyalarda va operatsion materiallarda – 4-5 kun ichida.

Ambulator sharoitda kesib olingan xavfsiz o`smalar (papilloma), fibroma, ateroma, shilliq (retentsion) kista, odontogen kistalar albatta morfologik tekshiruvdan o`tkazilishi kerak.

Endoskopik usul bo`shliqli organlarda o`smalar joylashgan bo`lsa qo`llaniladi (yuqori jag`, burun pazuxalari). Izotop modda maxsus tashkilotlar ko`maga ostida radiaktiv izotoplarda tekshiriladi.

Laborator tekshiruvlarga qon, siydiklarni tekshirish kiradi. Bemorni operatsiya oldi tekshiruv shu ma`lumotlarga asoslangan xolda olib boriladi.

Qonni tekshirish o`z ichiga quyidagilarni oladi:

- umumiy klinik anamnez;
- qon guruhlarini aniqlash
- gemorragiksindrom (qonivishi, qonoqishvaqtivadavomiyligi, trombotsitlarsoni, koagulogramma)

- Vasserman reaksiyasi, gepatit V va S ni tekshirish
- Biokimyoviy analiz: oqsil, qoldiq azot, Zimnitskiy sinamasi o`tkaziladi, hamda sutkalik siydik yig`iladi (kal`tsiy, fosfor, Bens-Djons oqsili borligiga tekshiriladi). Bemorni tekshirishni ketma-ket maqsadga yo`naltirilgan tekshiruv metodikasi, kasallikni boshlanishida va onkologik kasalliklarni diagnostikasida yaxshi natija beradi.

Butun jaxon onkologik ilmiy tekshirish markazi (BOITM) ma`lumotlariga ko`ra, xavfli o`smalar og`iz bo`shlig`i organlari va og`iz xalqumdagi o`smalar, muvaffaqiyatli tekshirilsa ham 70% holatlarda

o`smalar III va IV klinik bosqichlarda uchraydi. Bu shuni ko`rsatadiki, bemorlar nafaqat kech murojaat qiladi, balki shifokorlarni onkologik xushyorligini yaxshi yo`lga qo`yilmaganligidan darak beradi.

TSitologik usul bilan tekshirish usuli diagnostik, klinik, profilaktik jihatdan zamonaviy onkologiyada katta o`rin tutadi.

Umumiy simptomokompleksga o`sma hujayralarini shakli va o`lchamini turlicha bo`lishi o`sma polimorfizmi, bu o`sma hujayralarini moddalar almashinuvi yuqori darajada bo`lishiga bog`liq bo`ladi va natijada yadroni shakli va kattaligi o`zgaradi, yadro-tsitoplazmatik a`loqadorlik buziladi, xromatin ko`rinishi o`zgaradi, mitotik aktivlik kuchayib, mitozni patologik ko`rinishi paydo bo`ladi, hujayraning bo`yalish xususiyati o`zgaradi, kimyoviy anaplaziya bo`ladi.

Xavflilikni tsitologik belgilariga ko`proq hujayrani o`lchamini kattalanishi, ayniqsa, yadroni, yadro xromatinini dag`al donali strukturaga ega bo`lib qolishi, yadrochalarni sonini ko`payishi, yadroli yoki hujayrali polimorfizmi bilan xarakterlanadi. Surtma analizi yuqoridagi holatlarga mos xolda olib borilsa, xavfli yoki xavfsiz o`smalar borligi xaqila xulosa bo`ladi.

TSitologik diagnostikani endoskopik va aspiratsion turlari farqlanadi.

Bu usul oson, informatsiyaga boy, u nafaqat tashhis qo`yish, balki davolashni kechayotganligini tekshirib turishga ham yordam beradi. Exografik yoki ul`tratovush biolokatsiyasi o`smalarni har xil bosqichda ul`tratovushlarni to`qimalarning yutilishiga va aks ettishiga, akustik qarshilik qilishiga asoslanadi.

Klinik amaliyotga ul`tratovushlarni kiritilishi katta ahamiyatga ega bo`lib, organ va sistemalarni nafaqat vizualizatsiyasi, balki undagi struktur elementlar ko`rish imkoniyatini beradi, metod invaziv emas, bemor va tekshiruvchiga zararli emas va bemorni maxsus tayyorgarlik talab qilmaydi. O`smalarni exolokatsiyasi yangi paydo bo`layotgan o`smalarni lokalizatsiyasi boshqa organlar bilan a`loqasini, o`smani o`lchami va strukturasi, kapsulasi bor yoki yo`qligi yoki o`sish agressivligi, o`sma tugunlarini joylashishi aniqlash imkoniyatini beradi.

Komp`yuter tomografiyasi - turli qatlamdagi to`qimalarni 1 vaqtini o`zida aniq ta`surotga ega bo`lishga imkoniyat beradi (suyak, mushak, suyuqliklar va boshqalar).

Bizni kafedramizda bu usuldan X.K.Sodiqova (1991) neyrofibromatoz diagnostikasida foydalanganlar.

V.F. Rud`ko fikriga ko`ra koip`yuter tomografiyasi ko`proq suyak o`smalarida va jag` suyaklaridagi kistozlarga ko`proq ma`lumotlar beradi. Va nafaqat patologik o`zgarishlarni, balki suyakni emirilishi va tipi, havoni to`plaganligi va o`sma sohasidagi suyuqlik bo`ladi, bu esa yuqorida ko`rsatilgan kasalliklar uchun differentsial diagnostikasida ahamiyatga ega.

Radiografiya - ko`pincha radiosialografiya ham onkologik amaliyotda metod sifatida so`lak bezlaridagi patologiyani aniqlashda qo`llaniladi.

So`lak bezlaridagi o`smalarni aniqlashda skanerlash metodidan foydalaniladi. Stsintografiya (radiosialografiya) yuqorida qayd metodni analogi bo`lib, undan so`lak bezlarini so`lak ajratish funksiyasiga baxo berishi mumkinligi bilan ajralib turadi.

Termoviziografiya – bu usul infraqizil nurlarni to`qimalarni turli morfologik strukturasi har xil darajada ta`sir qilishga asoslangan bo`lib, odam organizmidagi turli xil sohalarda, ayniqsa o`sma bor bo`lgan to`qimalarda temperaturani o`zgarish dinamikasini kuzatishga imkon beradi. SHuni ta`kidlab o`tish kerakki, bemorni tekshirish davolash tashkilotlarida, ya`ni sharoiti bor, mutaxassislari bo`lgan

zamonaviy tashkilotlarda o`tkazilishi kerak. Birinchi mutaxassis, ya`ni bemor murojaat qilganda yuzi va og`iz bo`shlig`idagi a`zolari o`smaga shubha qilinayotgan bo`lsa, bu mutaxassis tuman poliklinikasidagi shifokor-stomatolog hisoblanadi. Agar shifokorni onkologik bilim doirasi etarli bo`lmasa, u xolda o`smani tezroq rivojlanishiga yo`l ochib berishi mumkin.

Yuz-jag` sohasi kichik sohani egallashiga karamasdan, bu erda o`smalarni ko`pincha turli xil to`qima kelib chiqishiga, kantserogeneziga ko`ra, klinik belgilariga ko`ra turlarini uchratishimiz mumkin. Stomatologik va onkologik xizmatlarni bir-biri bilan bog`liqlikda bo`lishi, yuz-jag` sohasi o`smalarini oldini olishni va to`g`ri tashxislashni ta`minlaydi.

Interaktiv metod: «Galereya bo`yicha tur»

TESTLAR.

1. Og`iz bo`shlig`i shilliq pardasi xavfli o`smalari rivojlanishinig asosiy etiologik omili bo`lib hisoblanadi:

- A. gipersalivatsiya
- B. qisman adetin
- B. o`sma oldi kasalliklari
- Г. qalin tish karashlari
- Д. oshqozon-ichak trakti kasalliklari.

2. Yuz-jag` sohasidagi "xavfli o`sma" tashhisli bemor yuborilishi zarur:

- A. tuman onkologiga
- B. mutahasis- radiologga
- B. uchastka terapevtiga
- Г. umumiy amaliyot jarrohiga
- D. mutahasis- stomatologga

3. Yuz-jag` sohasidagi "xavfli o`sma" tashhisini aniqlash uchun o`tkaziladigan qo`shimcha tekshiruv usullariga kiradi :

- A. fizikal
- B. bioximik
- B. tsitologik
- Г. immunologik
- Д. angiografik

4. Onkologik hushyorlik deganda nimani bilish tushuniladi:

- A. kasbiy nojo`ya ta`sirlar
- B. o`smalarni davolovchi preporatlar
- B. ruhsat etilgan dozali nur terapiya
- Г. erta tashhislovchi mahsus tekshiruv usullari
- Д. onkologik bemorlarga yordam berishni tashkillashtirish sistemasi.

5. Xavfli o`smalarning darajasini belgilovchi asosiy klinik belgilar:

- A. bemor shikoyatlari
- B. o`smaning o`lchami
- B. bemor shikoyatlari, o`smaning o`lchami
- Г. o`smaning o`lchami, yaqin metastazlarning mavjudligi
- Д. o`smaning o`lchami, uzoq va yaqin metastazlarning mavjudligi

6. Yuz-jag` sohasidagi xavfli o`smalarni davolashning jarrohlik usullariga kiradi:

- A. ximioterapiya
- B. nur terapiya

- B. o`smani olib tashlash
Г. kombinirlashgan davo
7. Yuz-jag' sohasidagi xavfli o`smalarni davolashning jarrohlik usullariga kiradi:
- A. ximioterapiya
Б. kriodestruksiya
B. nur terapiya
Г. kombinirlashgan davo
Д. simptomatik terapiya.
8. Yuz-jag' sohasidagi "xavfli o`sma" tashhisini aniqlash uchun o`tkaziladigan qo`shimcha tekshiruv usullariga kiradi :
- A. fizikal
Б. bioximik
B. tsitologik
Г. immunologik
Д. angiografik
1. ABV, 2. VG, 3. GD, 4. V.
9. Onkologik hushyorlik deganda nimani bilish tushuniladi:
- A. erta simptomlar
Б. davolovchi preparatlar
B. kasbiy nojo`ya ta`sirlar
Г. ruhsat etilgan dozali terapiya
1. BV, 2. VG, 3. BV, 4. A.
10. Onkologik hushyorlik deganda nimani bilish tushuniladi:
- A. kasbiy nojo`ya ta`sirlar
Б. ruhsat etilgan dozali terapiya
B. xavfli o`smalarning kechki simptomlari
Г. xavfli o`smalarni davolovchi preparatlar
D. onkologik bemorlarga yordam berishni tashkillashtirish sistemasi
1. ABV, 2. BV, 3. GD, 4. D
11. Onkologik hushyorlik deganda nimani bilish tushuniladi:
- A. kasbiy nojo`ya ta`sirlar
Б. o`smalarni davolovchi preparatlar
B. ruhsat etilgan dozali terapiya
Г. erta tashhislashning maxsus tekshiruv usullari
Д. onkologik bemorlarga yordam berishni tashkillashtirish sistemasi
1. ABV, 2. BV, 3. VG, 4. D, 5. AV
12. Xavfli o`smalarning darajasini belgilovchi asosiy klinik belgilar:
- A. bemor shikoyatlari
Б. o`smaning o`lchami
B. bemor shikoyatlari, o`smaning o`lchami
Г. o`smaning o`lchami, yaqin metastazlarning mavjudligi
Д. o`smaning o`lchami, uzoq va yaqin metastazlarning mavjudligi
1. ABV, 2. BV, 3. VG, 4. D
13. . Yuz-jag' sohasidagi xavfli o`smalarni davolashning jarrohlik usullariga kiradi:
- A ximioterapiya

- B nur terapiya
- V o`smani olib tashlash
- G kombinirlashgan davo
- D simptomatik terapiya

1. AB, 2. BV, 3. GD, 4. VG

Vaziyatli masalalar:

1. Bemor 49 yoshda, yuqori jag'ning o'ng tomonlama xavfli o'smasi sababli o'tkazilgan kombinirlashgan davodan 1,5 yil o'tgandan so'ng klinikaga qayta murojaat qildi. Bemorga operatsiya oldi nur terapiyasi o'tkazilgan, yuqori jag'ning o'ng tomonlama yarim rezektsiyasi (tavsiya etilgan ekzeteratsiyasi) ko'z olmasining olib tashlashdan so'ng qat'iy rad etgan, o'ng tomonlama Krayli operatsiyasi qilingan. Operatsiyadan keyingi davrda qo'shimcha nur terapiyasi o'tkazilgan, bemorga yuqori jag'ga olib qo'yiluvchi protez obturator tayyorlab berilgan. Hozirgi davrda bemor o'ng ko'zidagi ekzoftalmga va protez ostidan vaqti-vaqti bilan qon oqib turishiga shikoyat qilmoqda. Ko'rikda bemor o'ng ko'zida ekzoftalm aniqlanadi.

O'ng pastki qovoq keskin shishgan. Og'iz bo'shlig'idan qaralganda ko'z kosasining tubida granulyatsiyani eslatuvchi to'qimaning o'sganligi ko'rinadi. Rentgenologik tekshiruvda o'ng tomon ko'z olmasining pastgi qirg'og'i rezorbtsiyasi aniqlanadi.

- 1) Tashhis qo'ying
- 2) Bemorga tashhis qo'yish va keyingi davolash rejasini aniqlashda yana qanday tekshiruvlar o'tkazish zarur.
- 3) Bemorni keyingi davolash rejasini tuzing.

2. Bemor 50 yoshda, unda yo'znig pastki qismida chap tomonlama pastki jag' sohasida deformatsiyasi bo'lib, buni u 2 yil oldin bilib qolgan. SHish o'lchamining kattalashuvi sekin va og'riqsiz. CHap tomonlama pastki jag' burchagadan dahangacha bo'lan, hosila ustini qoplab turuvchi teri deyarli o'zgarishsiz, xarakatchan. Og'iz bo'shlig'ida pastki jag' tanasi vestibulyar yuzasida chap tomondan o'tuv burma yo'q. SHilliq parda rivojlangan qon tomir ko'rinishida tortilgan. Palpatsiyada zich, to'g'ri, og'riqsiz hosila aniqlanadi. Yuz suyaklari rentgen tekshiruvda aniq chegarali markazida tortmali tuzilmalari bo'lgan qismi bilan birga ko'rinuvchi deyarli yaqqol soyalanish mavjud. Pastki jag' tashqi kompakt plastinkasi o'zining butun yunalishi bo'yicha saqlangan.

- 1) YUqoridagilarga asosan gap qanday kasallik xaqida bo'lishi mumkin.
- 2) YAna qanday tekshirish usulini o'tkazish zarur.
- 3) Davolash rejasining tuzing.

Tavsiya etilgan adabiyotlar

-asosiy

1. Robustova T.G. «Hirurgicheskaya stomatologiya» M., 2003 g.
2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuholi myagkih tkaney i kostey lica».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitelnaya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

-qo'shimcha

1. Solov'ev M.M.. «Onkologicheskie aspekti v stomatologii», 1983y
2. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei», M. 1983 y

3. Peterson N.I. «Onkologiya», 1980 y.
4. Bloxin N.I., Peterson N.I., Vorob'ev YU.I. «Lechenie zlokachestvennix opuxoley chelyustno – litsevoy oblasti», 1978 y.
5. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»M.,2000
6. Bernadskiy YU.I. «Osnovi xirurgicheskoy stomatologii»Kiev,1986
7. SHargorodskiy A.G. «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxoli myagkix tkaney i kostey litsa» M.,1999 y.

internet sayt:

www.orasphere.rudoctorsmile2007.narod.ruestet.europrade.rudental-soft.ru

MAVZU: 19

YUZ TERISI O'SMA OLDI KASALLIKLARI (OBLIGAT VA FAKUL'TATIV). LAB QIZIL HOSHIYASI VA OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI O'SMA OLDI KASALLIRLARI.

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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'ulotrejasi 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 to'zulishiga qarab ta'lim jarayonini tashkil etish bo'yicha xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg'ulotdotalabalar 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	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar(ilova№3.2)	Testni muxokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slyaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baxolanadi. Guruh bo'yicha baxolash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baxolaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollari

1. «Onkologik ehtiyotkorlik » tushunchasining ma'nosi.
2. «Rak oldi » tushunchasini ta'rifi.
3. Yuz terisi, qizil lab hoshiyasi, og'iz bo'shlig'i a'zolari rak oldi kasalliklariga olib keluvchi omillar.
4. Rak oldi holatlarini Mashkilleyson A.L. bo'yicha tasnifi.
5. Rak oldi kasalliklarining klinik belgilari.
6. Tsitomorfoloqik tekshiruv usullari.

7. YUJS rak oldi holatlari tashhisi.
8. YUJS rak oldi holati davosi..
9. YUJS rak oldi holati asoratlari
10. Rak oldi kasalligi bor bemorlarini dispanserizatsiyasi.

Nazariy kism

Mashg'ulot boshida o'qituvchi mavzuning muhimligini muammoli savollarga talabalarning diqqatini jalb qilishi, pastki va yuqori jag' hosilalarini diagnostikasini nechoglik muhimligini ularni adekvat maqsadda davolashini tushuntirish kerak.

Teoretik qismda mavzu savollarini ko'rib chiqishdan oldin o'qituvchi jag' suyaklari o'smalari haqidagi oldin olingan bilimlarni talabalarga eslatishi kerak.

Ko'rib chiqiladigan savollar ro'yxati

Rak oldi kasalliklari tasnifi

Yuz va OB a'zolari rak oldi kasalliklarini qo'shimcha tekshirish usullari.

1. A.L. Mashkilleyson tasnifi bo'yicha rak oldi kasalliklari va uni turli tumanligi to'g'risida tushuncha. OBSHQ, lab qizil hoshiyasi, yuz terisida rak oldi hosilalari kelib chiqishiga sabab bo'luvchi moyil omillar

2. Obligat va rak oldi hosilalarini shakllari. etiologiya, klinika, qiyosiy tashhislash va davolash

3 Yuz va OB a'zolari rak oldi kasalliklarida OBSHQ ni, yuz terisini, umumiy qon siydik analizi va qonda qand miqdori aniqlanib, terapevt, stomatolog, onkolog ko'rigidan o'tkaziladi

A. Rak oldi holatlarini keltirib chiqarishga moyil omillar

B. Rak oldi kasalliklari tasnifi

V. Obligat rak oldi kasalliklari. Klinika. Tashhislash.

G. Fakul'tativ rak oldi kasalliklari. Klinika. Tashhislash. Davolash.

D. Aholi o'rtasida rak oldi holatlari va uni shakllarini aniqlashda sanitar-tashviqot va profilaktik ko'ruv o'tkazishning ahamiyati. «O'sma oldi» tushunchasi o'z ichiga morfologik va genetik xarakterdagi kompleks o'zgarishlarni o'z ichiga oladi. Vrach stomatolog OBSHQ va yuz terisini birinchi bor ko'rganda, bu sohadagi patologik hosilalarni ko'rishi mumkin Bu sohadagi har qanday yangi hosila vrachga keyinchalik xavfliga o'tib ketishi mumkinligi to'g'risida o'ylashga imkon beradi-onkologik ehtiyotkorlik

O'z vaqtida va to'g'ri diagnoz qo'yish rak va o'sma oldi kasalliklari klinik kartinasini to'g'ri bilish bilan bog'liq. Zamonaviy amaliy tibbiyotdagi eng asosiy aktual muammolardan biri o'sma oldi holatlarini o'rganish hisoblanadi. OBSHQ, lab qizil hoshiyasi va yuz terisi raki ilgari ko'pchilik holatlarda o'sma oldi holatlari bilan adashtirilgan. Leningrad onkologiya institutining ma'lumotlariga ko'ra yuz terisi raki 47%, pastki lab raki 92-97%, OBSHQ raki 88,7% holatlarda o'sma oldi holatlari bilan adashtirilgan.

O'sma oldi holatlarini o'rganish davomida shu narsa tasdiqlandiki, ular simptomsiz kechib doimiy murosa kelib chiqishiga sabab bo'lmaydi. Uzoq vaqt davomida o'sma oldi holatlarining mavjudligi rakka o'tish ehtimolini kuchaytiradi.

Ko'pgina ichki va tashqi omillar o'sma oldi holatlarini shakllanishiga imkon yaratadi

Tashqi faktorlarga kiradi: iqlim ta`sirlovchilar (issiq, sovuq, shamol), travmalovchi ta`sirlar (juda issiq ovqat, o`tkir tish qirralari, plomba, protezlar, shilliq qavatni zararli tishlash), ximik ta`sirlovchilar (benzin, smolalar), chekish, O`rta Osiyo Respublikalarida til ostiga nos tabaka tashlash, alkogol iste`mol qilish.

Ihki omillarga quyidagilar kiradi: bir qancha sistemali kasalliklarda (avitaminozlar, oshqozon-ichak trakti kasalliklari, qon kasalliklari va b.) og`iz bo`shlig`i shilliq qavatining o`zgarishi, infeksiya (virusli so`gallar, stomatitlar, sifilis va b.), dermatozlarda (qizil yassi temiratki, qizil volchanka v.b) xeylitlarda.

Tibbiyotda profilaktika yo`nalishi ko`pincha onkologiyada o`sma oldi yangi hosilalarini xavfli shakllarini ertaroq aniqlashga imkon beradi. Amaliyotda bu dispanser ko`rigi bilan amalga oshiriladi. Onkologik dispanser qo`llanmasi ostida aholi o`rtasida keng ko`lamdagi profilaktika vaqtida bemorlar yig`ilib (№ 25 shakldagi) tibbiy varaqa to`ldiriladi, davolovchi - profilaktik muolajalar, umumiy davolovchi vrach (stomatolog) ishtirokida sistemali sanitar tashviqot ishlari o`tkaziladi.

O`sma oldi holati shakllari klinikasini bilish stomatologga bemorlarni erta aniqlash va ularni davolovchi onkologik muassasa ko`rigiga yuborish imkonini beradi O`sma oldi holati bor bemorlar 7-10 kun kuzatuvda bo`lishadi

A.L. Mashkilleyson o`sma oldi holatlarini quyidagi tasnifini tuzdi:

1 Obligat rak oldi kasalliklari

- a) Keyra eritroplaziyasi va Bouen kasalligi
- b) Qizil hoshiyaning tugunli va so`galli rak oldi kasalligi
- v) Manganottining abraziv prekantseroz xeyliti
- d) Hoshiyaning chegaralangan rak oldi giperkeratozi

2. Yuqori potentsialdagi xavfliga o`tuvchi fakultativ rak oldi kasalliklari

- a) erroziv va verrukoz leykoplakiya
- b) qizil hoshiya chegarasida terili shox
- v) keratoakantomalar

3. Kichik potentsialdagi xavfliga o`tuvchi fakultativ rak oldi kasalliklari

- a) yassi leykoplakiya
- b) og`iz shilliq qavatining surunkali yaralari
- v) erroziv va giperkeratik shakldagi qizil lab hoshiyasidagi qizil volchanka va qizil yassi temiratki
- g) labning surunkali yorilishi
- d) rentgendan keyingi xeylit va stomatit
- e) meteorologik va aktinik xeylit

Obligat o`sma oldi holati –bu to`qimaning o`zgarishi bo`lib har doim qachondir xavfli o`smaga aylanadi

Fakultativ o`sma oldi holati –bu terining, lab qizil hoshiyasining, og`iz bo`shlig`i shilliq qavatining o`zgarishi, bunda kam holatlarda faqatgina (18-21%) jarayon malignizatsiya beradi. Bir qancha avtorlar hech qachon malignizatsiya bermaydigan va yuqori ko`rsatkichda xavfliga o`tuvchi shakllarga bo`lgan. O`sma oldi holatlarining malignizatsiya belgilari

1. o`smaning tez o`shishi
2. qattiqligi
3. qonashi
4. og'izdan yomon hid kelishi
5. yaralanishi o`sma yuzasida yoriqlar hosil bo`lishi
6. zich o`tiruvchi yoki shilnadigan qaloqlar hosil bo`lishi

Interaktiv metod: «Qor parchasi»

Testlar

1. Yuz – jag' sohasida xavfsiz o'smalari bor kasallarga qaerda yordam ko'rsatiladi.

- A. stomatologik klinikada
- B. yuz- jag' jarrohligi bo'limida*
- S. onkologik dispanserda
- D. xususiy stomatologik klinikada

2. Yuz – jag' sohasida xavfli o'smalari bor kasallarga qaerda yordam ko'rsatiladi.

- A. stomatologik klinikada
- B. yuz- jag' jarrohligi bo'limida
- S. onkologik dispanserda*
- D. rentgenolog

3. Yuz – jag' sohasida obligat rak oldi kasalligi bor kasallarga maxsus tibbiy yordam kim tomonidan ko'rsatiladi.

- A. onkolog*
- B. stomatolog
- S. rentgenolog
- D. okulist

4. Fakultativ rak oldi kasalligi bor kasallarga yordam kim tomonidan ko'rsatiladi.

- A. stomatolog terapevt*
- B. stomatolog ortoped
- S. stomatolog ortodont
- D. onkolog

5. Onkologik kasalliklarning dispanserizatsiyasi o'z ichiga nimalarni oladi.

- A. profilaktik ko'rik, saralash, ro'yxatga olish, davolash va dinamik kuzatuv*
- B. profilaktik ko'rik, jarrohlik davolash

S. ro'yxatga olish, saralash

D. dinamik kuzatuv

6. Onkologik kasalliklarning klinik gruppalariga bo'linish sababi.

A. dispanserizatsiya rejasini tuzish uchun*

B. profilaktik ko'rik uchun

S. jarrohlik yo'li bilan davolash uchun

D. ro'yxatga olish uchun

7. Yuz- jag' sohasi rak oldi kasalligi davolangandan so'ng dispanser nazoratida bo'lish vaqti necha yil.

A. 1yil*

B. 2yil

S. 3yil

D. 4yil

8. Rak oldi hosilasi klinik kartinasi uchun nima mavjudligi xarakterli

A. Yadro giperxromatozi*

B. Yallig'lanish infiltrati

V. Ikkilamchi kazeoz nekroz

G. epiteliy to'qimasi ostiga invaziya

2 OBSHQ rak oldi kasalliklariga kiradi

A. eritroplakiya, leykoplakiya, qizil volchanka, qizil yassi temiratki, shilliq osti fibroz*

B. Saramasli yallig'lanish

V. Termik va ximik kuyishlar

G. So'galli rak oldi, chegaralangan rak oldi giperkeratozi, Manganotti xeyliti

3. Lab qizil hoshiyasi rak oldi kasalliklariga kiradi

A. So'galli rak oldi, chegaralangan rak oldi giperkeratozi, Manganotti xeyliti*

B. Saramasli yallig'lanish

V. Termik va ximik kuyishlar

G. Bouen kasalligi, pigmentli kserodermiya, aktinik keratoz, rak oldi melanozi

4. Obligat rak oldi-bu

A. Distrofik, turg'un bo'lmagan ne stavshie opuxol'yu*

B. Yallig'lanish infiltrati yaranadi

V. Yallig'lanish belgisi xavfsiz yangi hosila

G. Yuz yumshoq to'qimasidagi o'tkir yarali-nekrotik jarayon

5. Rak oldi hosilasi hosil bo`lishida asosiy ekologik omil hisoblanadi

- A. Zararli odatlar*
- B. Ikkilamchi adentiya
- V. Yuz yumshoq to`qimasidagi o`tkir yallig`lanish jarayoni
- G. Yuz skeleti suyagidagi o`tkir yallig`lanish jarayoni

14. Rak oldi hosilasi klinik kartinasi uchun nima mavjudligi xarakterli

- A. Yadro giperxromatozi*
- B. Yallig`lanish infiltrati
- V. Ikkilamchi kazeoz nekroz
- G. epiteliy to`qimasi ostiga invaziya

15. OBSHQ rak oldi kasalliklariga kiradi

- A. eritroplakiya, leykoplakiya, qizil volchanka, qizil yassi temiratki, shilliq osti fibroz*
- B. Saramasli yallig`lanish
- V. Termik va ximik kuyishlar
- G. So`galli rak oldi, chegaralangan rak oldi giperkeratozi, Manganotti xeyliti

16 Lab qizil hoshiyasi rak oldi kasalliklariga kiradi

- A. So`galli rak oldi, chegaralangan rak oldi giperkeratozi, Manganotti xeyliti*
- B. Saramasli yallig`lanish
- V. Termik va ximik kuyishlar
- G. Bouen kasalligi, pigmentli kserodermiya, aktinik keratoz, rak oldi melanozi

vaziyatli masala:

1. Bemor tekshuruvdan keyin klinikada "o`ng taraf pastki jag` eozinofil granulyoma"si tashxisi qo`yildi:

- 1. diagnozni tasdiklovchi tekshiruvlarni sanab o`ting .
- 2. yuqorida takidlab o`tilgan diagnoz klinikasini izoxlang.
- 3. aralashuv hajmini izoxlang va taxminlang.

2. Bemor tekshuruvdan keyin klinikada "o`ng taraf pastki jag` fibroz displaziya"si tashxisi qo`yildi:

- 1. kasallik klinikasini izoxlang.
- 2. pastki jag` rentgen tekshiruvda qanaqa o`zgarishlar aniqlanadi
- 3. fibroz displaziyada aralashuv hajmi va prognoz

3. Jarrohlik stomatologiya klinikasiga 24 yoshli bemor davriy qonashga va o`ng taraf pastki jag`da hosil bo`lgan hosilaga shikoyat bilan keldi. Ob`ektiv: o`ng taraf pastki jag` tishlari 3 tishdan 8 tishga qadar milk qirg`oqlaridan o`sib chiqqan birikturuvchi to`qima bilan qoplangan (chaynov yuzasidan tashqari), tekshuruvda tishlar intakt, qimirlash darajasi yo`q:

- 1. qaysi kasallikka taxmin qilish mumkin.

2. tashhisni tasdiqlovchi qanaqa tekshuruv usullarini o`tkazish kerak.
3. Kasallikni differentsional diagnostikasini o`tkazing
4. Davolashning o`ziga xosligi va prognoz.

Tarqatma materiallar

1 Studentlarni bilim darajasini tekshiruvchi nazorat savollari

2 Situatsion masalalar

3 1 darajali murakkab testlar

4 2darajali murakkab testlar

Tavsiya etilgan adabiyotlar

-asosiy

1. Robustova T.G. «Hirurgicheskaya stomatologiya» M., 2003 g.
2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuholi myagkih tkaney i kostey lica».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Hirurgicheskoe lechenie zabolevaniy paradonta» M., 1987y.
5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitelnaya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

-qo`shimcha

8. Solov`ev A.I. «Onkologicheskie aspekti v stomatologii», 1983 y
9. Paches A.I. «Opuholi golovi i shei», M. 1983 y
10. Peterson N.I. «Onkologiya», 1980 y.
11. Bloxin N.I., Peterson N.I., Vorob`ev YU.I. «Lechenie zlokachestvennix opuholey chelyustno – litsevoy oblasti», 1978 y.
12. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»M.,2000
13. Bernadskiy YU.I. «Osnovi xirurgicheskoy stomatologii» Kiev, 1986
14. SHargorodskiy A.G. «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuholi myagkix tkaney i kostey litsa» M.,1999 y.

internet sayt:

www.stomatolog.kzwww.anoufrieu.ruwww.stomatburg.ruwww.dentshop.ru/link/

MAVZU: 20

TERINI XAVFLI O`SMALARI: BAZALIOMA, TEKIS XUJAYRALI RAK VA MELANOMA. KLINIKASI, TASHXISLASH VA DAVOLASH.

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	2.2. " Qora tulpor" o'yin materiallarini muhokama qilishni tashkillashtirish, ishlash qoidasi vaziyatlarini taxlil qilish muammolarni ifodalanishiga e'tibor berishga qaratish (ilova № 3)	Aniqlashtiruvchi 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.	O'yin materiallarni muhokama qiladilar aniqlaydilar savollar beradilar
15-daqiqa	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	Mustaqil ravishda taxlil qilish varag'ini to'ldiradilar, muammoni echadilar.
5- daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama 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
50-daqiqa	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slydlar prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	
Jami		6 soat

Nazorat savollar.

1. Teri rakining kelib chiqishi
2. Qiyosiy tashxiskash.
3. Teri rakini davolash.
4. Melanoma. Etiotogenez, klinik ko'rinishi, tashhislash va davolash usullari.

Nazariy qism

Barcha xavfli o`smalarining ichida teri raki 3-urinda ya`ni oshkozon va o`pka rakidan keyin turadi.

A.I. Paches ma`lumotiga ko`ra barcha xavfli teri o`smalari ichida bosh terisi va bo`yin terilarida 89% yuz sohasida xavfli o`smalarining uchrashi burun terildarida (30%) ni; qovoqda (20%) va boshqa joylarda 10% kuzatiladi.

Bolgariyalik R. Raychev va V. Andrev (1965) ma`lumotlariga ko`ra o`rta yoshli bemorlarda teri raki uchraydi. A.V. CHaklina ma`lumotiga ko`ra bizning xududda bu ko`rsatgichlar 60 yoshgacha bo`lganlar bemorlarda uchraydi.

Teri rakining kelib chikishida oz bo`lsayam etiologik va joylashish faktorlariga ega. A.V. Kozlova ma`lumotiga ko`ra teri rakiga uchraganlar ochik joylarda, kuyosh radiatsiyasi, yuqori temperatura, ul`trabinafsha nurlar va nojuya ta`sir qiladigan ta`sirlarda ishlaydi. Buning natijasida epiteliy kavatida reaktiv diffuzli giperplaziya, terining kizishi, elastikligi yuqolishi, teri qavatiga yengil travmalar va surunkali proleferativ jarayonlar, xujayralarning shakllanishi, differentsirovkasi kuzatiladi.

Terining karishi uning mitotik indeksini kamaytirishi, to`qima strukturasi buzilishi, rak oldi jarayonlari va rakning rivojlanishiga olib keladi .

Rak oldi kasalliklariga keratoz, Bouen kasalligi, Pedjet kasalligi, Keyr eritroplaziyasi, keratoakantomasi kiradi.

Xavfli epiteliyal teri o`smalari 97,7% ni tashkil etadi va bu ko`rsatgich yuz sohasida o`sib bormoqda (A.I. Paches). Umum jaxon teri rakini gistologik klassifikatsiyasi farklanadi.

1) bazal xujayralari raki (bazalioma) 60-80%

A. markaz usti

B. sklerodermal

V. fibroz epiteliyal

2) Tekis xujayra raki 18-25%

A. bir tekis xujayra raki

B. vereteno xujayrali rak

V. metastatik rak

Bazalioma bir joyda o`sadi va metastaz bermaydi. Bazaliomani bir guruh olimlar uni rak deyishsa, boshqasi olimlar uni xavfsiz o`smalar katoriga kiritadilar. M.F. Gazunova (1933) fikricha bazalioma embrion rivojlanish vaktida ektodermadan yuz sohasining shakllanishida vujudga keladi. Vennen va SHugar (1962) bazaliomani 10 ta turga bo`ladi.

1. epiderma ichi

2. usti

3. solid

4. pigmentli

5. sklerozli

6. adenoidli
7. kistali
8. keratozli
9. utuvchi
10. aralash

Yuz terisi raki klinik kechishi bo'yicha 3 ta formasi farqlanadi.

- 1) Ustki (bazal xujayrali rak)
- 2) Infil'trovchi (sillik xujayrali rak)
- 3) Papillomali, xavfli yara

Bazalioma boshlanishida terida xar xil kichishishlar keyin esa bir nechta tekis va kalin sarik rangli izlar yoki blyashkalar xosil bo'ladi.

Tekis xujayrali rak terining kuyi qismida, tolali koplari yoki teri bezlaridan xosil bo'lishida uning kuyi va infiltratli jarohatlari tushuntiriladi. Kasallikning boshlangich ko'rinishida sillik, zich tugunli, o'zgarmas epidermisli, xar xil yaralar, ba'zilar metastaz beruvchi va usuvchan xujayralar mavjud bo'ladi.

Papilyar turi tez o'suvchi erta metastaz beradi. CHuqur va ekzofit ko'rinishli jarohatlar berishi bilan xarakterli.

Bu turi kam uchraydi va xavfli hisoblanadi.

Tarqalishi bo'yicha 4 ta bosqichi farqlanadi:

- 1- bosqichi ustki rak diametri 2 sm, boshqa to'qimalarga infiltratsiyasiz taxsiri
- 2- bosqich diametri 2 sm dan katta bo'lgan rak, boshqa xujayralarga usuvchan.
- 3- Bosqich juda chuqur qavatlariga usuvchi, lekin tog'ay yoki suyakga etib bormagan.
- 4- Bosqich tog'ay va suyaklar raklari

3-4 bosqichlarida metastaz beradi, ko'p xollarda sillik xujayrali rak va quloq oldi, jag' osti va bo'yin limfa tugunlarida kechadi.

Tez kelib chiquvchi proliferatsiya gipereromatoz, avj olgan mitoz, xujayraviy va yadroli polimorfizm kuzatiladi. Differtsatsiya epiteliylararo va ko'prikchali va keratinli xosil bo'lishida paydo bo'ladi. Masalan, rakning 3- bosqichida ko'p sonli xujayralarning mitoz holati, yadroli xujayralarli polimorfizmlil gipereromatozida, past differentsiatsiyali xujayrada ko'prikli va keratinizatsiyani yo'qligi rak morjonchalari kuzatiladi.

Kiyosiy tashxis – aktinomikoz, pigmentsiz melanoma, fibrinoma, keloid chandik.

Rakning tashxisi A.I. Paches fikricha tashxis kuyish qiyin emas, tsitologik metod katta axamyatga ega, keng miqyosda kullash kerak va 85-88% to'g'ri kuyiladi.

Rakka shubxa qilingan bemorlarni biopsiya bilan aniqlanadi.

Teri rakini davolash. Bu rakni davolash 3 boskichda olib boriladi: 1 – boskichda uchoqni yo'qotish uchun xarakat birinchi yullanma, 2 - bosqich metastaz borligi yoki kattalashishi xavfi, 3 - bosqichi gistologik tasdiqlangan metastazlarni qayta rentgen kurslari o'tkazish .

Davolashdan oldin og'iz bo'shligini sanatsiya qilish kerak.

Bazaliomani va teri raklari bosh, yuz va bo'yin sohalarida tarkalishini davolash.

Xavfli o`smalarni nur, jarrohlik, kombinirlangan, dorilar yordamida va oxirgi 10 yillarda yangi lazer texnikalari yordamida davolash mumkin.

Boshlang'ich bazaliomani va teri raklarni kiska fokusli rentgenterapiyada 5000-7000 rad (50-70 Gr) dozalarda, uchoqlarga 300 rad (3Gr) qo'llaniladi.

Yuz terisi raklarning 1-2 bosqichlarida ximioterapiya va jarrohlik yo'llari bilan davolanadi.

I.V. Musin (1964 y) omonoprednizolon yordamida yallig'lanish jarayonlarini kamaytiradi.

2 - bosqichida 20-25 applikasiya kerak bo'ladi. Bir necha kundan keyin rakning kichrayishi kuzatiladi.

A.I. Paches ko`rsatmasiga ko`ra rakning 2 - bosqichida ko`rsatilgan usuldan tashkari aplikatsion radioterapiya 40-55 Gr dozada yoki to`qima igna yordamida radial yoki mezoteriy qilinadi.

Teri rakining 3-4 bosqichida kombinirlangan yoki hisoblangan usulda davolanadi. Distantion gamma-terapiya xar kuni o`tkaziladi. Rakning kattaligi va lokalizatsiyasiga karab gamma – terapiya, jarrohlik yo`li bilan olib tashlash keng tarkalgan raklarning birlamchi teri plastinkalarini N.N. Bloxin bo'yicha o`tkaziladi.

Rakni olib tashlashda undan 2 sm uzoklikda bo`lgan sog' to`qimani olib tashlanadi. I.R. Lazerov (1973), A.I. Pacheslar (1976) teri rakining 1-2 bosqichlarida lazer usulini qo`llagan, ammo kimmat apparat bo`lgani uchun bu usul keng qo`llanilishiga yo'lga qo'yilmadi. YAxshi natija beradigan va arzon usullardan davolash metodi ba`zi xavfli bosh va bo`yin raklarining davolashda ko`llaniladi .(A.V. Mixayilov 1979, G.D. Tobolonov 1980; V.V. SHental' 1971). Bizning kafedrada bu usulda I.L.Balieva 1975 (krio metod) ishlagan. Rakning 1-2 bosqichilarida 6 yoshgacha bo`lganlarda 100% davolanadi, tarmoqlangan xavfli teri raklari 60-74% davolanadi.

Kriogen metod teri rakida samarali nurlanish reaksiyalari va nur terapiyasidan keyingi teri jarohatlanishlar ta'sir qilishi salbiy oqibati hisoblanmaydi, katta yoshdagilar va kariyalardagi og'ir yurak – qon tomir va nafas yo'llari kasalliklarida xam ishlatiladi.

Birlamchi o`choqni olib tashlash bilan birgalikda **Vanax va Krayl** operatsiyalari o`tkaziladi.

Melanoma

Pigment hosil qiluvchi xujayralar melanotsitlardan organizmning turli to`qimalarida paydo bo'ladi, shunday teri holatlari borki, balki ularni asosi malignizatsiyasi ya`ni xavfsiz pigmentli nevus chegaralangan rak oldi melanozi. Turli olimlar melanomani xar xil sonlarda keltirishgan bu nevus asosida kelib chiqqan .

M. M. Nivinskaya va L.R. Paches (1970) lar melanomaning oldingi nevus 50% tugma 37,7% ortirilgan deb hisoblashgan. Nevus patogeneza xali ham aniqlanmagan ba`zi olimlar uni sezuvchi nervlardan ba`zilari qoplovchi nervlardan (SHvanovski xujayralari), uchinchi guruh olimlar pigmentli nevuslar pigment hosil qiluvchi xujayralar hosil qilib, epidermaning bazal qismida dermoepidermal chegarasida joylashadi deb hisoblashadi.

I.I. Yermalaev melanoma oldi jarayonlarini qo'uyidagicha klassifikatsiyaga bo'ladi.

- 1) Dyubreyning rak oldi chegaralangan melanoz va chegaralanmagan pigmentli nevus;
- 2) Ko`k nevus
- 3) Gigant pigmentli nevus (fakultativ)

Melanomaning spetsifik kirralari, separatsiya yoki segregatsiya melanotsit, bu har qanday engil travmalarda ham hisoblanadi, ko`zg`alib rak malignizatsiyasiga olib keladi.

Melanomani kompleks davolash

1) Kam nurli distantsion rentgenoterapiya, onkologiyada og`ir jarohatlarda rak oldi holatlarga radiatsiya potentsirlari yordam beradi: aktinomitsin guruhiga kiruvchi antibiotiklar (aktinomitsin D va S, daktinomitsin, xrizomallin, aurantin) Melanomada ximioterapiya yaxshi natija bermaydi .

Klinik praktikada melanomani immun tanqisligini hisobga olinadi, bunda xar xil immun sistemani ko`taruvchi ishlatiladi.

1) Immun donorlar yoki rak boshlangan kasallardan olingan surtmalar yuboriladi. (passiv immunoterapiya)

2) Adaptiv immunoterapiya.

3) Turli xildagi bakterial vaktinalar (BUJ va boshqalar), nospetsifik aktiv immunostimulyatsiya.

4) Autoallergen rak xujayralari yoki fraktsiya xujayralari (spetsifik aktiv immunostimulyatsiya)

Interaktiv metod: Akvarium uslubi

Testlar

1. Yuz-jag sohasida xavfli o`smalari davolangandan so`ng dispanser nazoratida bo`lish vaqti necha yil.

A. butun umr davomida*

B. 2 yil

S. 3 yil

D. 6 yil

2. IV klinik gruppaga onkologik kasalliklari tomonidan kuzatuv ostida bo`ladi.

A. uchastka (maxalliy) vrach*

B. onkolog

S. stomatolog

D. xirurg

3. Xavfli o`smalarni xarakterlovchi belgi.

A. morfologik anaplaziya*

B. biologik analiz

S. kimyoviy analiz

D. biokimyoviy qon taxlili.

4. YOmon sifatli o`smalarning o`shida belgilanadi.

A. simptomlarning kuchayishi*

B. sindromlarning kuchayishi

S. simptomlarning susayishi

D. xammasi to'g'ri

5. Xavfli o'smalarning metastazida qaysi xujayralar ko'chishi kuzatiladi.

A. o'sma xujayralari*

B. atrof to'qima

S. yassi xujayralar

D. elastik tolalar

6. Xavfli o'smalarning avtonomiyasi.

A. nisbiy*

B. absolyut

S. birlamchi

D. ikkilamchi

Situatsion masala:

1. Bemor tekshuruvdan keyin klinikada "o'ng taraf pastki jag' eozinofil granulyoma"si tashxisi qo'yildi:

3. diagnozni tasdiklovchi tekshiruvlarni sanab o'ting .
4. yuqorida takidlab o'tilgan diagnoz klinikasini izoxlang.
3. aralashuv hajmini izoxlang va taxminlang.

2. Bemor tekshuruvdan keyin klinikada "o'ng taraf pastki jag' fibroz displaziya"si tashxisi qo'yildi:

1. kasallik klinikasini izoxlang.
2. pastki jag' rentgen tekshiruvda qanaqa o'zgarishlar aniqlanadi
3. fibroz displaziyada aralashuv hajmi va prognoz

3. Jarrohlik stomatologiya klinikasiga 24 yoshli bemor davriy qonashga va o'ng taraf pastki jag'da hosil bo'lgan hosilaga shikoyat bilan keldi o'ektiv: o'ng taraf pastki jag' tishlari 3 tishdan 8 tishga qadar milk qirg'oqlaridan o'sib chiqqan birikturuvchi to'qima bilan qoplangan (chaynov yuzasidan tashqari). Tekshuruvda tishlar intakt, qimirlash darajasi yo`q:

5. qaysi kasallikka taxmin qilish mumkin.
6. tashhisni tasdiklovchi qanaqa tekshuruv usullarini o'tkazish kerak.
7. Kasallikni differentsional diagnostikasini o'tkazing
8. Davolashning o'ziga xosligi va prognoz.

Tarqatma materiallar

1. Studentlarni bilim darajasini tekshiruvchi nazorat savollari

2. Situatsion masalalar

3. 1 darajali murakkab testlar

4. 2 darajali murakkab testlar

Darsliklar, qo'llanmalarining ro'yxati

Asosiy:

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya» M., 2003 y.

2. SHargorodskiy A.G., Rutskiy «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxoli myagkix tkaney i kostey litsa».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnovi xirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 y.
4. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya xirurgiya myagkix tkaney chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1997y.

Qo`shimcha:

1. SHargorodskiy A.G. «Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa» M., 1998 y..
2. Solov'ev M.M. «Onkologicheskie aspekti v stomatologii», K., 1989 y.
3. Mashkilleyson A.A. «Predrak krasnoy kaymi gub i SOPR» M., 1970 y.
4. Romacheva I.F. «Zabolevaniya i povrejdeniya slyunnix jelez» , 1987 y.
5. SHanin A.P. «Opuxoli koji, ix proisxojenje, klinika, lechenie» M., 1989 y.
6. Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti», 1991y..
7. Mazalova N.N., Abdullaxodjaeva M.S. «Ameloblastoma (adamantinoma) Tashkent, 1987 y.
8. Kolesov A.A. «Novoobrazovaniya chelyustnix kostey»
9. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei» M., 1983y.
10. Zoltan YA. «Cicatrix optima» perevod s vengerskogo M.1987 y.
11. Zoltan YA. «Peresadka koji». Perevod s vengerskogo M.1987 y.
12. Sukachev V.A. «Atlas rekonstruktivnix operatsiy na chelyustyax» M., 1984y.
13. Xvatova V.A. «Zabolevaniya visochno-nijnechelyustnogo sustava» M., 1982y.
14. Karlov V.A. «Nevrologiya litsa» M.1991y.
15. Trapeznikov N.N. i dr. «Opuxoli kostey». M.1986.y.
16. E.Koen «Atlas kosmeticheskoy I rekonstruktivnoy parodontologicheskoy xirurgii» Moskva, 2003y.
17. StepanovA.E. Xirurgicheskie vmeshatel'stva pri zabolevaniyax parodonta (v pomosh' prakticheskomu vrachu-stomatologu). M.:, 1991, 137s.
18. SolntsevA.M., KolesovV.S. – Dobrokachestvennie opuxoli litsa, chelyustey I organov polosti rta. - K., Zdorov'e, 1985.
19. William H Bell Surgikal Correction of Dentofacial Deformitits. Volume III – pages 1 – 744, 1985.
20. Internet ma`lumotlari kuyidagi saytlardan olinadi:www.dental-revue.ru, www.e-stomatology.ru, www.dentalyug.ru, www.dentist.med-place.ru, www.stomatolog.com.ua
21. William H Bell Surgikal Correction of Dentofacial Deformitits. Volume III – pages 1 – 744, 1985.

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com

dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

MAVZU 21

LAB QIZIL HOSHIYASI HAVFLI EPITELIAL O`SMALARI. KLINIKASI, TASHHISLASH VA DAVOLASH PRINTSIPLARI.

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama 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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar(ilova№3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollari.

1. Lab raki rivojlanishi uchun omillar .
2. Lab rakining klinik kechishi va tashhishlash.
3. Lab raki davolash usullari.
4. Lab raki oqibati..

Nazariy qism

Lab raki- bu og'izdagi epiteliyning xavfli yangi hosilalari orasida eng ko'p uchraydigan turi. Asosan pastki lab zararlanadi, faqatgina 5% holatlarda yuqorigi lab. Ko'pincha erkaklar kasallanishadi - ularning ko'pchiligi chekuvchilar. Labning surunkali yorilishi, giperkeratoz, Manganottining abraziv xeyliti v.b ko'rinishidagi uzoq davom etuvchi patologik jarayonlar rak hosil bo'lishi uchun moyil omillar hisoblanadi. Lab qizil hoshiyasidagi rak shilliq qavatga, teriga, mushak va suyaklarga tarqalib o'sib kiradi O'sma o'rta chiziqda turgandek joylashadi, ba'zida og'iz burchagini jarohatlaydi.

Kasallikni kechishi nisbatan yomon emas. Bu o'smaning nafaqat og'izning oldingi bo'limida, balki qizil hoshiyada joylashishi bilan bog'liq. Gistogeneza uni shilliq qavat bilan emas, balki teri bilan bog'lashadi, terida xavfli kechishining oqibati yaxshiroq. Mikroskopda ko'rilganda yassi hujayrali muguzlanuvchi rak hujayralari yuqori darajada differentsiallanadi. Kam hollarda rakning muguzlanmasligi kuzatiladi

Lab raki faqatgina kasallikning kechki bosqichlarida limfogen yo'l bilan regionar limfa tugunlariga, dahan osti, jag' osti limfa tugunlariga metastaz beradi, ba'zida kesishuvchi metastaz hosil bo'ladi, o'tkazib yuborilgan hollarda esa chuqur bo'yin tugunlari zararlanadi.

Lab raki sekin o'sishi bilan ajralib turadi. Klinikada rakning so'galli yoki papillyar o'sish tipi bo'yicha yarali shakli, yarali-infiltrativ va ekzofit shakllari kuzatiladi. Kasallik boshida jarohatdagi quyidagi o'zgarishlar bilan xarakterlanadi: asosi qattiqlashgan, qaloqni ajralishi qiyinchilik tug'diradi, keyin parchalanish boshlanib, noaniq ifloslangan qirrali yara shakllanadi. Yaraning hajmi kattalashib, labning o'rta chizig'iga o'tadi, hatto labni butunlay egallashi mumkin. Rakning ekzofit shakli ko'tarilib o'suvchi zich cheshuykalar bilan qoplangan atrof to'qimalarga sekin infiltrlanadi.

Palpatsiyada o'sma zich, og'riqsiz, chegaralari noaniq. Oxirgi stadiyasida yaralanadi

Lab rakini boshlang'ich stadiyasida tashhishlash qiyinchilik tug'diradi, kasallik o'tkazib yuborilganda tashhishlash murakkab emas. Klinik ma'lumotlarni tasdiqlash uchun o'sma yuzasidan surtma olinib, tsitologik yo'l bilan o'rganiladi. Lab rakini klinik kartinasi o'xshash bo'lgan spetsifik kasalliklardan qiyosiy tashhishlanadi.

-sifilitik yara odatda yumaloq shaklli valiksimon qirralari, ifloslangan tubi esa vosk shaklli qarash bilan qoplangan. Yara kam og'riqli, qonamaydi. Diaqnoz serodiagnostika bilan tasdiqlanadi.

-tuberkulyozli yara oval uzunchoq shaklli, qirralari noaniq. Rakdan farqli teginganda birdan og'riydi, ba'zida qonaydi xuddi ikkilamchi jarohatdek. Kasallikning birlamchi o'chog'i o'pkada ekanligini tasdiqlaydi.

Labida 1-2 stadiyadagi rak bor bemorlarni davolash-bunda regionar tugunlarda metastaz bo'lmaydi, birlamchi o'smani bartaraf etishga qaratiladi

Davolash usullari:

-nur terapiya

-kriodestruktsiya

-jarrohlik usuli (jarohatlangan sohani kvadrat yoki trapetsiyasimon ko'rinishda kesish). Operatsiya umumiy ba'zan mahalliy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi.

O`smanning infiltratsiya qirg`og`idan 2 sm o`tkazib, labning butun qalinligi bo`yicha skalpel` bilan kvadrat yoki trapetsiyasimon kesiladi. Labdagi shakllangan yarani bartaraf etish uchun mahalliy to`qimalar bilan plastika qilinadi.

2 stadiyasida 2-3 haftadan keyin bo`yinning regionar limfatik apparatida yuqori bo`yin klechatkalari fastsial-futlyar ko`rinishda kesiluvchi preventiv operatsiyasi tavsiya qilinadi (A.I. Paches 1983).

Lab rakining 3 stadiyasida regionar metastazlar va birlamchi o`smanni kombinirlangan davolash talab etiladi. Bularga operatsiyadan oldin nur terapiya, keyinchalik jarrohlik muolajalari bilan ba`zida pastki jag` dahan qismi rezektsiyasi. Bo`yin limfa tugunlaridagi operatsiya fastsial-futlyar yo`l bilan bo`yin klechatkalarini kesish bilan yakunlanadi yoki Krayl operatsiyasi o`tkaziladi

Lab rakining 4 stadiyasi murakkab operativ natijalar yomon. Ko`rsatma bo`yicha kombinirlangan davo qo`llaniladi. Operatsiyadan oldin nur terapiya keyinchalik labni kesish va pastki jag` rezektsiyasi palliativ yoki simptomatik davo o`tkaziladi.

Oqibati. Hozirgi kunda lab rakining 1-2stadiyasida deyarli to`lalgicha davolanadi 3 stadiyasida bemorlarning sog`ayishi 30-40% ni tashkil etadi (A.I. Paches).

Pastki jag`dagi xavfli o`smalar yuqori jag`ga nisbatan kamroq uchraydi. Ko`p hollarda pastki jag` raki 2 chi bo`lib, jag`ga yumshoq to`qimalar orqali yoki og`iz bo`shlig`ig`i organlari orqali tarqaladi. Birlamchi rak pastki jag`ning markazidan embrional Malyasse qoldiqlaridan hosil bo`ladi, shuning uchun u markaziy rak deb ataladi. Markaziy rakda pastki jag` suyak strukturasi o`sma tomondan buzilishidan keyin jag` oldi to`qimalarini blastomoz jarayonga qo`shiladi. Pastki jag` markaziy rakiga odontogen rak kiradi, u juda kam hollarda uchraydi. Odontogen rakini bir turi bo`lib xavfli ameloblastoma hisoblanadi.

O`smanni jag` markaziga o`sishi natijasida, shuningdek markaziy rakda bir qancha xarakterli simptomlar paydo bo`ladi. O`smanni o`sishi natijasida sezuvchi nervlarni qisilishi paresteziya holatiga, keyinchalik esa pastki lab dahan terisi sezuvchanligini kamayishiga yoki yo`qolishiga olib keladi.

Ko`p hollarda intakt tishlarda o`tkir og`riqlar kuzatiladi, bu og`riqlar simptomatikasi pulpit yoki uch shoxli nerv nevralgiasiga o`xshab ketadi. Ko`pincha bu bemorlarda pastki jag` xavfli hosilalarida intakt tishlarni hatoliklar olib tashlanadi. O`sma jag` tanasining chuqur bo`limida va alveolyar o`siqda joylashgan bo`lsa, suyak to`qimasining rezorbtitsiyasi va tishlarni qimirlashiga olib keladi. Pastki jag` dahan osti qismida joylashgan o`sma kortikal plastinka o`sib boradi va yuzning deformatsiyasiga olib keladi. O`sma jag`ning orqa qismida joylashgan bo`lsa, bunda jag` tana qismini g`ovak moddasi va shoxini zararlaydi. Bu hollarda deyarli deformatsiya uchramaydi. Kasallikni kechki bosqichlarida o`sma pastga va ichkariga qarab o`sadi. Bunda blastomoz jarayoniga medial mushak, jag` osti va quloq oldi so`lak bezlari qilib ketadi. Jag` orqa qismida katta infiltrat hosil bo`ladi.

Infiltratni chaynov mushagiga o`sib borishi natijasida og`iz ochilish chegaralangan bo`ladi. Pastki jag` rakini metastazi yuqori jag`ga nisbatan tezroq tarqaladi. Metastazlar ko`pincha jag` osti limfa tugunlarida kuzatiladi. Ahamiyat berilmagan vaqtida metastaz alohida organlarda kuzatiladi (jigar, umurtqa pog`onasi). Kam hollarda ichki organlar rakida metastaz yuz- jag` sohasida uchraydi.

TNM sistema bo`yicha pastki jag` birlamchi o`smanni tarqalish darajasi:

T1- o`sma bitta anatomik sohani zararlaydi.

T2- o`sma ikkidan ortik bo`lmagan sohani zararlaydi.

T3- o`sma ikkidan ortik anatomik sohani zararlaydi.

T4- o`sma organni ko`p qismini zararlaydi va boshka sistemalarga tarqaladi.

Pastki jag' xavfli o'smalarning diagnostikasi bemorlarning shikoyatlarini o'rganish anamnez malumotlaridan, obektiv ko'rikning natijalaridan, rentgenografiyadan iborat bo'ladi. Pastki jag' raki va sarkomasida Rgrammalarida suyakning destruktiv o'choqlari aniqlanadi. Zararlangan jag' qismi aniq chegaraga ega bo'lmaydi. Diaqnoz qo'yishda tsitologik va gistologik tekshiruvlar katta ahamiyatga ega bo'ladi.

Pastki jag' xavfli o'smalarini davolashda kombinirlangan davo usullari qo'llaniladi. Boshida operatsiya oldi telegammaterapiya o'tkaziladi, bu telegammaterapiya birlamchi o'sma va regionar limfa tugunlar sohasiga yo'nalitiriladi, 2-3 haftadan keyin pastki jag' va uni o'rab turuvchi yumshoq to'qimalar rezektsiyasi qilinadi (2-chi rakda) metastazlar uchragan vaqtda lunj kletchatkasini fastsial futlyar kesuv yoki Krayl operatsiyasi o'tkaziladi.

Shunaka hollar yuz-jag' sohasida uchrasa, davo sifatida chegaralangan jarrohlik amaliyotini o'tkazish mumkin. Lekin ular malignizatsiyali retsdiv berishi mumkin.

Bundan kelib chiqqan holda yuz-jag' sohasida o'smasimon hosilalari bor bo'lgan bemorlar onkodispenser sharoitida dispanser kuzatuv ostida davolangani maqsadga muvofik.

Interaktiv metod: «Stol o'rtasidagi ruchka»

Testlar

1. Rak oldi hosilasi klinik kartinasi uchun nima mavjudligi xarakterli

A. Yadro giperxromatozi*

B. Yallig'lanish infiltrati

V. Ikkilamchi kazeoz nekroz

G. epiteliy to'qimasi ostiga invaziya

2. OBSHQ rak oldi kasalliklariga kiradi

A. eritroplakiya, leykoplakiya, qizil volchanka, qizil yassi temiratki, shilliq osti fibroz*

B. Saramasli yallig'lanish

V. Termik va ximik kuyishlar

G. So'galli rak oldi, chegaralangan rak oldi giperkeratozi, Manganotti xeyliti

3. Lab qizil hoshiyasi rak oldi kasalliklariga kiradi

A. So'galli rak oldi, chegaralangan rak oldi giperkeratozi, Manganotti xeyliti*

B. Saramasli yallig'lanish

V. Termik va ximik kuyishlar

G. Bouen kasalligi, pigmentli kserodermiya, aktinik keratoz, rak oldi melanozi

4. Aralash davoni tarkibiy usullari:

A. nur terapiya

B. fizioterapiya

B. xirurgig

Г. antibiotikoterapiya

Д. ul'tratovush

5. Rak oldi hosilalari hosil bo'lishida asosiy omillar hisoblanadi

A. Ikkilamchi adentiya

B. Yuz yumshoq to'qimasidagi o'tkir yallig'lanish jarayonlari

V. OBSHQdagi surunkali travmalar

G. Yuz skeleti suyagidagi o'tkir yallig'lanish jarayonlari

D. Kasbga oid zararlar

1.) VD* 2)BA 3)VG 4) AVG

6. Yuz terisi rak oldi kasalliklariga kiradi

A. Saramasli yallig'lanish

B. Termik va ximik kuyishlar

V. So'galli rak oldi, chegaralangan rak oldi giperkeratozi

G. Bouen kasalligi. Pigmentli kserodermiya, aktinik keratoz, rak oldi melanozi

1)VG* 2)BD 3)AD 4)ABG

Situatsion masala:

1. Bemor tekshuruvdan keyin klinikada "o'ng taraf pastki jag' eozinofil granulyoma"si tashxisi qo'yildi:

5. diagnozni tasdiklovchi tekshiruvlarni sanab o'ting.
6. yuqorida takidlab o'tilgan diagnoz klinikasini izoxlang.
3. aralashuv hajmini izoxlang va taxminlang.

2. Bemor tekshuruvdan keyin klinikada "o'ng taraf pastki jag' fibroz displaziya"si tashxisi qo'yildi:

1. Kasallik klinikasini izoxlang.
2. Pastki jag' rentgen tekshiruvda qanaqa o'zgarishlar aniqlanadi
3. Fibroz displaziyada aralashuv hajmi va prognoz

3. Jarrohlik stomatologiya klinikasiga 24 yoshli bemor davriy qonashga va o'ng taraf pastki jag'da hosil bo'lgan hosilaga shikoyat bilan keldi ob'ektiv: o'ng taraf pastki jag' tishlari 3 tishdan 8 tishga qadar milk qirg'oqlaridan o'sib chiqqan birikturuvchi to'qima bilan qoplangan (chaynov yuzasidan tashqari) tekshuruvda tishlar intakt qimirlash darajasi yo'q:

9. Qaysi kasallikka taxmin qilish mumkin.
10. Tashhisni tasdiklovchi qanaqa tekshuruv usullarini o'tkazish kerak. Kasallikni differentsional diagnostikasini o'tkazing
11. Davolashning o'ziga xosligi va prognoz.

Tarqatma materiallar

1 Studentlarni bilim darajasini tekshiruvchi nazorat savollari

2 Situatsion masalalar

3 1 darajali murakkab testlar

4 2 darajali murakkab testlar

Darsliklar, qo`llanmalarning ro`yxati

Asosiy:

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya» M., 2003 y.
2. SHargorodskiy A.G., Rutskiy «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuxoli myagkix tkaney i kostey litsa».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnovi xirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 y.
4. Xirurgicheskoe lechenie zabolevaniy parodonta» M., 1987y.
5. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya xirurgiya myagkix tkaney chelyustno-litsevoy oblasti» M., 1997y.

Qo`shimcha:

22. SHargorodskiy A.G. «Atlas opuxoley myagkix tkaney i kostey litsa» M., 1998y..
23. Solov'ev M.M. «Onkologicheskie aspekti v stomatologii», K., 1989y.
24. Mashkilleyson A.A. «Predrak krasnoy kaymi gub i SOPR» M., 1970y.
25. Romacheva I.F. «Zabolevaniya i povrejdeniya slyunnix jelez» , 1987y.
26. SHanin A.P. «Opuxoli koji, ix proisxojdenie, klinika, lechenie» M., 1989y.
27. Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti», 1991y..
28. Mazalova N.N., Abdullaxodjaeva M.S. «Ameloblastoma (adamantinoma) Tashkent, 1987y.
29. Kolesov A.A. «Novoobrazovaniya chelyustnix kostey»
30. Paches A.I. «Opuxoli golovi i shei» M., 1983y.
31. Zoltan YA. «Cicatrix optima» perevod s vengerskogo M.1987 y.
32. Zoltan YA. «Peresadka koji». Perevod s vengerskogo M.1987y.
33. Sukachev V.A. «Atlas rekonstruktivnix operatsiy na chelyustyax» M., 1984y.
34. Xvatova V.A. «Zabolevaniya visochno-nijnechelyustnogo sustava» M., 1982y.
35. Karlov V.A. «Nevrologiya litsa» M.1991y.
36. Trapeznikov N.N. i dr. «Opuxoli kostey». M.1986.y.
37. E.Koen «Atlaskosmeticheskoyirekonstruktivnoy parodontologicheskoy xirurgii» Moskva, 2003y.
38. Stepanov A.E. Xirurgicheskie vmeshatel'stva pri zabolevaniyax parodonta (v pomosh' prakticheskomu vrachu-stomatologu). M.:, 1991, 137s.
39. Solntsev A.M., Kolesov V.S. – Dobrokachestvennie opuxoli litsa, chelyustey I organov polosti rta. - K., Zdorov'e, 1985.
40. William H Bell Surgical Correction of Dentofacial Deformities. Volume III – pages 1 – 744, 1985.
41. William H Bell Surgical Correction of Dentofacial Deformities. Volume III – pages 1 – 744, 1985.

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com

dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

MAVZU: 22

OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIK QAVATI HAVFLI EPITELIAL O'SMALARI: (LUNJ, TANGLAY, TIL, OG'IZ BO'SHLIGI TUBI). KLINIKASI, TASHXISLASH VA DAVOLASH PRINTSIPLARI.

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg'ulotda talabalar faoliyatini baholash 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 muhokama 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 muhokama 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.	
	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar(ilova№3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
40-daqiqa	Tanaffus	
20-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
40-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi.(Ilova №5)	
10-daqiqa		Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	
Jami		6 soat

Nazorat savollar.

1. TNM sistemasi bo'yicha rakni tasnifi
2. TNM sistemasi bo'yicha rak kasalligini klinik bosqichlari
3. Bazal xujayrali rakning klinik diagnostikasi
4. YAssi xujayrali rakning klinik diagnostikasi
5. OBSHK jarohatining klinikasi, diagnostikasi
6. Lunj shillik kavati, OB, til, pastki lab rakining klinikasi, diagnostikasi
7. Kasallik bosqichlariga bog'liq xolda xavfli o'smalarini davolash misoliy sxemasi.

Nazariy qism

YAssi xujayrali rak odatda rak oldi zararlanishi asosida rivojlanadi. Ko`pincha yoshi kattalarda uchraydi, ko`prog`i erkaklarda. Og`iz bo`shlig`i a`zolari va ja` suyagini zararlaydi. Lokalizatsiya bo`yicha 1- o`rinda pastki jag` turadi, 2- o`rinda til, 3- o`rinda og`iz bo`shlig`i tubi, lunjning shilliq qavati, tanglay shilliq qavati va jag` shilliq qavati turadi.

Og`iz bo`shlig`i raki gistologik jihatdan quyidagi shakllarga bo`linadi:

Intraepitelial kartsinoma (carcinoma in situ), yassi xujayrali rak va uning turlari – verrukoz, taroqsimon xujayrali kartsinoma va limfoepitelioma.

Intraepitelial kartsinomaning klinik ko`rinishi xarakterli emas. Uning varianti bo`lib Bouen kasalligi va eritropeniya hisoblanadi. Tashxisni patomorfologik tekshiruv yo`li bilan qo`yiladi, bunda epitelial xujayralarda malignizatsiya belgilari aniqlanadi, lekin bazal membrana shikastlanmagan. YAssi xujayrali rakning mikroskopik ko`rinishida xavfli epitelial xujayraning yig`ilishi va yaqinidagi biriktiruvchi to`qimaning infil`tratsiyasi kuzatiladi. Verrukoz shakli yaxshi prognozga ega. Limfoepitelioma limfoid stromaga boy. Ko`pincha tilning orqa qismini va bodomsimon bezni zararlaydi. Kechishi yaxshi emas. Og`iz bo`shlig`i rakining klinik patologik kechishi o`ziga xos va bu kasallikning prognoziga ta`sir qiladi. Og`iz bo`shlig`ining oldi qismi raki orqa qismiga nisbatan yaxshiroq kechadi. Jarohat ko`lamini inobatga olib, yangi xosilaning 1 sm gacha bo`lsa, xavfsizroq hisoblanadi. Og`iz bo`shlig`i a`zolarining rakining klinikasida endofit shakli yara, infil`trat ko`rinishida, ekzofit shakli esa tashqariga o`sadi. Endofit shaklining xavflilik belgisi ko`proq namoyon bo`ladi.

O`smaning gistologik xavflilik darajasi ham katta axamiyatga ega. (I, II, III), bunda o`sma xujayrasining diferentsiatsiyasi va proliferatsiyasini aniqlash zarur. Proliferatsiyaning tez namoyon bo`lishida giperxromatoz, mitozning ko`payishi, xujayrali va yadroli polimorfizm kuzatiladi. Epiteliylar aro ko`priklarni va keratinning produtsirlanishini differentsiatsiya ko`rsatadi. Proliferatsiyaning yaqqol namoyon bo`lmasligi va yuqori differentsiatsiya xavflilikning 1- darajasini xamda yaxshi belgilarini ko`rsatadi. SHu vaqtning o`zida ko`p miqdordagi xujayralarning mitoz holatida bo`lishi, giperxromatozli xujayra yadroli polimorfizmini, past diferentsiatsiyali va xujayralararo ko`priklarning yo`qotilishi, keratinizatsiyaning yo`qligi – xavflilikning 2- darajasini ko`rsatadi va yomon prognoz beradi.

Og`iz bo`shlig`i shilliq qavat saratoni yonidagi to`qimaga o`sib kirish yo`li bilan tarqaladi. Limfa va qon tomir orqali metastaz beradi. YAqinidagi to`qimalarga infil`tratsiya berishi hayot uchun muhim a`zolari zararlanishiga olib keladi (xazm va nafas a`zolarini, bosh miya va katta qon tomirlarni).

Regionar limfa yo`liga metastaz berishi bo`yinning limfa tugunida ikkilamchi o`sma o`chog`ini xosil bo`lishiga olib keladi, odatda o`mrovning pastki qismiga tarqalmaydi.

Gematogen metastaz aloxida a`zolarida kam uchraydi.

O`smani klinik kechish protsessining tarqalishi TNM sistemasi bo`yicha 4 ta davrga bo`linadi: T (tumor) - birlamchi o`choqni bildiradi, N (nodus) - regionar limfatik tugunga metastaz berishini bildiradi, M (metastasis) - alohida gematogen metastazni bildiradi.

Birlamchi o`choqning zararlanishi

T 1S - intraepitelial kartsinoma (carcinoma in situ)

T 2- o`sma 2 sm gacha katta o`lchamda.

T 3- 2 dan 4 sm gacha

T 4- o'sma qo'shni a'zolarga tarqaladi

Regionar limfatik tugunning zararlanishi

N0- regionar tugunlar paypaslanmaydi

N1- zararlangan tomonda siljuvchi tugunlar aniqlanishi.

N2- qarama – qarshi tomonda yoki ikkala tomonda siljuvchi tugunlarni bo'lishi.

N3- siljimaydigan tugun.

Uzoqlashgan metastazlar

M0- yo'q

M1- aniqlanadi.

Xar xil zararlanishlarni qo'shilishini TNM da klinik darajalarini ko'rsatadi.

1-daraja-T1,N0, M0.

2- daraja-T2, N0, M0.

3- daraja- T3, N0, M0.

T1,T2,T3,N1,M0

4- daraja-T4,N0,N1,M0

Xoxlagan T,N2,N3,M0

Xoxlagan T, xoxlagan N, M1

Xirurgik davodan keyin o'sma retsdiv bersa, xudi shu simvollar oldiga r qo'yiladi. Masalan rT, rN, rM.

SHifokor kasallik tarixiga tashxis yozganda TNM dagi holatini aniqlashi va o'sma zararlanishining darajasini aniqlashi kerak, masalan pastki lab o'smasi T1N0M0(I-darajasi).

Og'iz bo'shlig'i a'zolari rakida bemorlarni davolash va boshqa lokalizatsiyasi, radikal, palliativ va simptomatik bo'ladi.

Lunj shilliq qavati raki. Nisbatan kam uchraydi. U 50 yoshdan katta chekuvchi kishilarda leykoplakiya ko'rinishida rivojlanadi. O'sma lunj oldingi qismida orqa qismi va retromolyar sohasiga nisbatan xavsiz kechadi. Ko'pincha tishlarni jiplashish chizig'i shilliq qavatida joylashadi.

O'sma klinikasida lunj shilliq qavatida yarali – infil'trativ yoki so'galsimon zararlanish ko'rinishida namoyon bo'ladi. O'sma yaqinidagi mushak to'qimasi teri, qanotsimon jag' burmasi bodomsimon bez jag' suyagiga o'sib kiradi. Asosan jag' osti va pastki jag' osti limfa tugunlariga metastazlanadi.

Davolash. Kombinirlangan. Prognoz og'iz bo'shlig'i tubi o'smasi kabi.

Qattiq tanglay raki – suyak usti pardasi zararlanadi. Zararlanishda ovqatni burun bo'shlig'iga o'tib ketishi kuzatiladi. Tanglaydan o'sma yuqori alveolyar o'simalarga lunj shilliq qavatiga yoki yuqori labga o'tishi mumkin. YUmshok tanglay raki kechishi xavfli o'sma jarayonini tarqalishi jadal ravishda bo'lib, tanglay yostikchalariga, bodomchasimon bezlariga va yutqinning yon devorlariga tarqaladi. Qattiq

tanglay rakining metastazida farq bo`lib – qattiq tanglay limfasini ottoki chuqur bo`yin limfatik yo`liga tarqaladi.

Til raki. Bu o`sma lab rakidan keyin ikkinchi o`rinda turadi. Ko`pincha 40 yoshdan oshgan erkaklar kasallanadi. Tilni yon bo`limida 60-70 % xollarda, ildizida 20 % xollarda, til beli va uchida kamdan kam xollarda joylashadi. Rakni kelib chiqishida surunkali travmalar, ayniqsa tilni yon qismida tishlarni o`tkir qirralari, plombalar, qoplamalar va protez klamerlari ishtirok etadi. Bu erda asosan rak oldi jarayonlar rivojlanadi. Til uchidagi o`sma yon va orqa qismida kichik o`lchamli bo`ladi. Til ildizi raki tez o`sadi bo`yinni chuqur regionar limfa tugunlariga erta va tez metastaz beradi, ko`pincha kesishgan va ikki tomonlama metastaz beradi. O`smani mikrostrukturasi mug`uzlanishsiz yassi xo`jayrali rak va uni ko`rinishi – limfoepitelioma sifatida namoyon bo`ladi. Tilni o`rta va oldingi qismida rivojlanadi, o`sma bo`yinni chuqur, daxan osti, pastki jag` osti, tugunlariga metastaz beradi.

O`smani ekzofit shakli kam uchraydi. Endofit va infil`trativga nisbatan xavfsiz kechadi. Til rakini boshlang`ich bosqichida simptomlar yaqqol namoyon bo`lmaydi, faqat noxush xis paydo bo`ladi. YArani kattalashishi uni qonashiga olib keladi, qirg`oqlari ko`tarilib qoladi. Tilni pal`patsiyasida aniq chegarasiz zichlashish aniqlanadi. O`sma keyinchalik yaqinidagi mushak to`qimasi va og`iz bo`shlig`i tubi, al`veolyar o`siq, tanglay yoyi va xalqumga, til xarakati chegaralanadi. Agar yallig`lanish qo`shilsa, og`riq paydo bo`ladi, yutishda og`riq bo`ladi. O`smani diagnozi tsitologik tekshiruvga asoslanib qo`yiladi. O`smaning yarali yuzasidan qirindi usuli bilan asosiy material olinadi, og`riq bo`lganda manipulyatsiya infil`trativ og`riqsizlantirish bilan olinadi, ba`zi holatlarda o`sma infil`tratidan punktsiya olinadi.

Til rakini klinik kechishi ba`zi patologik jarayonlar, zaxm, sil, aktinomikoz, dekubital yara, qon kasalliklaridagi yarali nekrotik zararlanishlarni eslatadi.

Davolash. Til raki bilan kasallangan bemorlarni kombinirlangan usul bilan davolanadi. Kasallikni 1-2 bosqichida birlamchi o`choqqa operatsiya oldi nur terapiya buyuriladi, 3-4 xaftadan keyin tilni yarmini rezektsiya qilinadi. Operatsiya narkozda olib boriladi. Til ligaturaga olinadi va o`sma chegarasida zararlangan tomon ildizi sholk ip bilan tiqiladi. Elektr pichoq bilan til o`rta chiziq bilan kesiladi, kesish yo`lida qolgan yarmidagi jarohat tiqiladi.

Og`iz bo`shlig`i tubi shilliq qavatini raki.

Og`iz bo`shlig`i tubi raki boshqa a`zolarida joylashgan o`smalarni 15 % ni tashkil qiladi. Jarayon oldingi bo`limda, kamdan – kam orqada joylashadi. Ba`zan og`iz tubi – til, milk, pastki jag`dan o`smaning tarqalishi natijasida zararlanadi. Kasallik 50 yoshdan oshgan erkaklarda ko`p uchraydi. Og`iz bo`shlig`i tubi shilliq qavatidagi o`sma odatda yara – infil`trativ zararlanish ko`rinishida namoyon bo`ladi. Og`iz bo`shlig`i tubini raki regionar limfatik tugunlarga erta metastaz beradi. Ba`zan limfogen metastaz birlamchi o`choq paydo bo`lishidan oldin yuzaga keladi. Og`iz bo`shlig`i tubi raki boshlang`ich bosqichida sezilarsiz kechadi. Keyinchali yara og`riqli bo`ladi, og`riq quloqqa va chakka sohasiga irradiatsiya beradi. Ovqat yutish, nutq qiyinlashadi. Og`izdan yiring xidli noxush xid keladi. Ko`pchilik bemorlarda ko`p sonli tishlar va ildizlar zararlangan bo`ladi. Tishda karash ko`p bo`ladi. Og`iz bo`shlig`i tubi og`riqli, zichlashishlar aniqlanadi. Bimanual paypaslashda o`smani yumshoq to`qimalar va pastki jag` bilan bog`liqligi aniqlanadi.

YAkuniy tashxis yara yuzasidagi qirindisini va o`sma punktsiyasini tsitologik tekshiruvdan keyin qo`yiladi. Qiyosiy tashxisi yurak qon tomir kasalliklarda yuzaga keluvchi trofik yara bilan qilinadi.

Davolash. Asosan kombinirlangan bo`ladi. Birlamchi o`choq va regionar metostazlarni nur terapiyasi o`tkaziladi. Operatsiya og`iz bo`shlig`i tubi to`qimalarini kesishni o`z ichiga oladi, ko`pincha pastki jag` til qismlariga yaqin joylarni rezektsiyasi xam amalga oshiriladi. Og`iz bo`shlig`i tubi orqa bo`limidagi

o`smada radikal programma bo`yicha nur terapiya tavsiya qilinadi; ko`pchilik xollarda kreodestruksiya xam yaxshi natija beradi.

KRAYL VA VANNAX BO`YICHA OPERATSIYA O`TKAZISH USULI

Krayl operatsiyasi_muallif tomonidan 1906 y taklif etilgan. Buning asosida bir vaqtni o`zida bo`yin kletchatkalarini olib tashlash yotadi: bo`yinni o`rta qismi, o`mrov, trapetsiyasimon mushakni oldingi qismi, quloq oldi so`lak bezining oldingi pastki qismi, pastki jag`ning pastki qirg`og`i. Olib tashlanadigan to`qimalarga kletchatka va limfa tugunlaridan tashkari o`mrov-to`sh so`rg`ichsimon o`siq mushaklari, jag` osti so`lak bezi kiradi. Krayl operatsiyasini bir tomonlama o`tkazilgandan so`ng shakl buzilishi yuzaga keladi. Elka osilib qoladi. 2-3 oydan so`ng ikkinchi tomonda xudi shunday jarrohlik xarakati o`tkaziladi. Bir vaqtning o`zida ikkala tomonda operatsiya o`tkazish bemorlar uchun og`irlik qiladi. A.I. Pachesning fikricha Krayl operatsiyasi ko`p metastaz va chuqur limfatik tugunlarining joylanishiga karab o`tkaziladi.

Vannax operatsiyasi jag` osti va engak osti limfa tugunlarini bo`yining yuza fastsiyalari bilan olib tashlash hisoblanadi. A.I. Pachesning fikricha, bu operatsiya chegaralangan xolda bosh va bo`yinning limfa yo`nalishini hisobga olingan xolda o`tkaziladi va kengaytirilgan biopsiyalarda, rakning birinchi bosqichida engak osti sohasida metastazga shubxa borligida o`tkaziladi.

Prognoz. Teri raklarinig 2-3 bosqichi 80-90 % tuzalishi 3-bosqichi 40-45 %, 4-bosqichi 10-15% ga tuzalishi kuzatiladi.

Interaktiv metod: «Qor parchasi»

Testlar

1. T N M aniqlanadi

raklarning tarqalishi**

morfologik belgi

funksional belgi

o`sma joylashuvini belgilaydi

2. til raki eng ko`p uchraidi

40 eshdan oshgan erkaklarda**

bolalarda

ayollarda

keksalarda

3. Til yon yuzasi rakini keltirib chiqaruvchi asosiy omil

tish kirralari bilan surunkali jarohatlanish**

nosvoy chekish

sigaret chekish

o`tkir plomba

4. Og`iz bo`shlig`i shilliq qavati rakida eng ko`p qo`llaniladigan tekshirish usuli

biopsiya**

morfologik

UZI

rentgen

5. YAssi xujayrali rak takkoslanmaydi

gemangioma**

teri raki

til raki

pastki lab raki

6. O'sma oldi kasalliklarini dispanserizatsiyasiga kirmaydi

morfologik tekshirish**

so'rash

kasallikni aniqlash

karta tulgazish

xammasi to'g'ri

7. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati rakining diagnostikasida muhim bo'lgan usul

tsitologiya**

stomatoskopiya

termoviziografiya

rentgenografiya

8. Til raki IV bosqichini aniqlashda muhim belgi

metastaz berish**

o'sishning to'xtashi

tez o'sishi

limfa tugunlarining kattalashishi

9. Aralash davoni tarkibiy usullari:

E. nur terapiya

Ж. fizioterapiya

З. xirurgig

И. antibiotikoterapiya

K. ul'tratovush

10. Pastki jag' sarkoma va raki diagnostikasida ahamiyatli tashxislash informativ metodi:

A. rentgen

Б. UZI

B. tsito-morfologiya

Г. serologig

Д. enzimodiagnostik

Situatsion masala:

1. Bemor tekshuruvdan keyin klinikada "o'ng taraf pastki jag' eozinofil granulyoma"si tashxisi qo'yildi:

7. diagnozni tasdiqlovchi tekshiruvlarni sanab o'ting .

8. yuqorida takidlab o'tilgan diagnoz klinikasini izoxlang.

3. aralashuv hajmini izoxlang va taxminlang.

2. Bemor tekshuruvdan keyin klinikada "o'ng taraf pastki jag' fibroz displaziya"si tashxisi qo'yildi:

1. kasallik klinikasini izoxlang.

2. pastki jag' rentgen tekshiruvda qanaqa o'zgarishlar aniqlanadi

3. fibroz displaziyada aralashuv hajmi va prognoz

3. Jarrohlik stomatologiya klinikasiga 24 yoshli bemor davriy qonashga va o'ng taraf pastki jag'da hosil bo'lgan hosilaga shikoyat bilan keldi o'ektiv: o'ng taraf pastki jag' tishlari 3 tishdan 8 tishga qadar milk qirg'oqlaridan o'sib chiqqan birikturuvchi to'qima bilan qoplangan (chaynov yuzasidan tashqari) tekshuruvda tishlar intakt qimirlash darajasi yo'q:

12. qaysi kasallikka taxmin qilish mumkin.

13. tashhisni tasdiklovchi qanaqa tekshuruv usullarini o'tkazish kerak.

14. Kasallikni differentsional diagnostikasini o'tkazing

15. Davolashning o'ziga xosligi va prognoz.

Tarqatma materiallar

1 Studentlarni bilim darajasini tekshiruvchi nazorat savollari

2 Situatsion masalalar

3 1 darajali murakkab testlar

4 2 darajali murakkab testlar

Tavsiya etilgan adabiyotlar

-asosiy

1. Robustova T.G. «Hirurgicheskaya stomatologiya» M., 2003 g.
2. Shargorodskiy A.G., Ruckiy «Dobrokachestvennee i zlokachestvennee opuholi myagkih tkaney i kostey lica».
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitelnaya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

-qo'shimcha

15. Solov'ev A.I. «Onkologicheskie aspekti v stomatologii», 1983 y
16. Paches A.I. «Opuholi golovi i shei», M. 1983 y
17. Peterson N.I. «Onkologiya», 1980 y.
18. Bloxin N.I., Peterson N.I., Vorob'ev YU.I. «Lechenie zlokachestvennix opuholey chelyustno – litsevoy oblasti», 1978 y.
19. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya»M.,2000
20. Bernadskiy YU.I. «Osnovi xirurgicheskoy stomatologii»Kiev,1986
21. SHargorodskiy A.G. «Dobrokachestvennie i zlokachestvennie opuholi myagkix tkaney i kostey litsa» M.,1999 y.

inter sayt:dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

MAVZU: 23

YUQORI JAG'NI HAVFLI EPITELIAL VA NOEPITELIAL O'SMALARI. KLINIKASI, TASHXISLASH, QIYOSIY TASHXISLASH VA XIRURGIK DAVOLASH PRINTSIPLARI.

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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 materialarni 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	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar(ilova№3.2)	Testni muxokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slyadlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova №5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollar.

1. YUqori jag' raki rivojlanishi uchun omillar.
 2. YUqori jag' sarkomasi va rakda metastazning o'ziga xosligi.
 3. TSitomorfologik tekshiruv usullari.
 4. YUqori jag' rezektsiyasi operatsiya bosqichini qadamba qadamligi.
 5. YUqori jag' ekzoartikulyatsiyasi bilan rezektsiyasi operatsiya bosqichini qadamba qadamligi.
 6. YUqori jag' rezektsiyasi operatsiya bosqichini qadamba qadamligi.
- Fastsial- futlyar operatsiyasini qadamba qadamliligi

Nazariy qism

YUQORI JAG' RAKI

YUJS barcha kasalliklari ichida yuqori jag' raki 1-3 % ni tashkil qiladi.

Yuqori jag' xavfli o'smalarini erta tashhislash qiyin va shuning uchun ko'pincha bemorlarni boshqa kasallik bo'yicha noto'g'ri davolashadi. Buni shu soha surunkali yallig'lanish jarayonlari xavfli o'sma boshlang'ich simptomlariga o'xshashligi bilan tushintirish mumkin. O'sma ko'pincha ko'rinmaydi, bemorlar o'sma jarayoni keng tarqalganda kech murojaat qiladi va davolash ko'pincha shubxali bo'ladi.

Klinikasi o'choq joylashgan joyiga (medial, pastki va yuqori, lateral devorlar), burun orqali nafas olish buzilishiga, tishlar og'rishi va qimirlashiga, diplopiya, ekzoftal'm, burundan kutilmaganda qon ketishiga (33 % bemorlarda) bog'liq bo'ladi.

Yuqori jag' rakida hamma simptomlar aniqlanmaydi, bu yuqori jag'ni anatomo-topografik murakkab joylashganligi bilan tushuntiriladi.

Zararlangan joyni va o'sma o'sish yo'nalishini aniqlash uchun yuqori jag' bo'shlig'ini L. Ongren bo'yicha sektorlarga bo'lish sxemasi ishlatiladi. (T. Robustova darsligida kerakli yaxshi o'rganilgan). Bunda yuqori jag' bo'shlig'i 4 ta sektorga bo'linadi: pastki oldingi ichki, pastki oldingi tashqi, yuqori orqa ichki va yuqori orqa tashqi.

Misol keltiramiz: agar o'sma yuqori jag' bo'shlig'ini pastki oldingi qismida joylashgan bo'lsa kichik oziq tishlari va qoziq tishlarni qimirlashi va sezuvchanlikni yo'qolishi kuzatiladi. Agarda bu tishlar olib tashlansa tish katagidan o'sma to'qimasini qisib chiqishi kuzatiladi. Zararlangan tarafda burundan nafas olishni qiyinlashuvi va yuzning shakl buzilishi kuzatiladi.

Tashxislash: Yuqori jag' raklarini boshlang'ich bosqichini tashhislash qiyin. Agar gaymor devorlari devorlari buzilmagan bo'lsa, klinik va rentgenologik yallig'lanish jarayoniga o'xshaydi. Burunning yuvindi suvlarini tsitologik tekshirib ko'rish lozim va surunkali gaymoritdan qiyosiy tashxislash kerak.

Rentgen tekshiruvda – gaymor bo'shlig'ining zararlangan tomonda qorayishi kuzatiladi. Agar o'sma gaymor bo'shlig'idan tashqariga o'sib chiqqan bo'lsa, suyak destruktiviyasi kuzatiladi. Bemorlarning umumiy holati uzoq vaqt o'zgarmaydi. Keyinchalik tez o'sib intoksikatsiya va kaxektziya vujudga keladi.

4 ta bosqichi farqlanadi:

- 1- o'sma gaymor bo'shlig'i ichida. Metastaz yo'q.
- 2- gaymor bo'shlig'i devorlari zararlanadi, lekin chegaradan chiqmaydi. Birlamchi metastazlar aniqlanadi, xalqumni orqa va yon sohalarida kuzatiladi.
- 3- o'sma gaymor bo'shlig'idan o'sib, burun bo'shlig'iga, ko'zga, g'ovaksimon labirintga o'sib kirib ko'z olmasi deformatsiyasini vujudga keltiradi, bo'yin va jag' osti limfa tugunlari paypaslanadi.
- 4- o'sma yuqori jag' bo'shlig'idan yuz terisiga va boshqa tomonlarga o'sadi.

Yuqori jag' rakini davolash aralash olib boriladi. Xozirgi paytda ko'pchilik olimlarni fikricha eng ratsional davolash - bu aralash davolash usuli hisoblanadi: 1) operatsiyadan oldin og'iz bo'shlag'i sanatsiyasi 2) operatsiyadan oldingi nur terapiya 3) operatsiyadan oldingi ortopedik davo 4) yuqori jag' rezektiviyasi (jarohatga radiy preparatlarni qo'yish) 5) limfa yog' to'qimalarini bitta blok bilan olib tashlash (Krayl operatsiyasi).

YUqori jag'ni **Lauersu-Balon bo'yicha operatsiyasi** – o'smani g'ovaksimon labirintga peshonaga, asosiy suyakka, ko'z kosasiga, qanotsimon jag' bo'lig'iga va pastki jag' orqa qismiga tarqalganda bajariladi.

YUqori jag'ni Dunaevskiy-Solov'ev bo'yicha rezektsiyasi. O'sma yuqori jag'ni ichki va tashqi yuzasiga, burun bo'shlig'iga, qanotsimon jag' bo'shlig'iga tarqalgan bo'lsa, Jarrohlik xarakati pastki jag' orti kesuvidan boshlanadi. Ttashqi uyqu arteriyasi bog'lanadi.

YUqori jag' rezektsiyasi. Al'veolyar o'siqdan boshlanadi – yarim jag' rezektsiyasi ko'zning enukleatsiya va ezenteratsiyasi bilan bajariladi.

Veber-Koxer kesuvi. YUqori labni o'rta qismidan boshlanib yonoq suyagigacha davom etadi. Bu usulni bir qancha modifikatsiyalari mavjud.

PROGNOZ.

A. I. Paches, N. A. Klimonova (1978) bo'yicha o'lim holatlari 4.4-10.5 % tashkil etadi. eng og'ir asoratlari hisoblanib, qon ketish va qon tomirlar eroziyasi hisoblanadi. G.P. Ioannidis (1966) ma'lumotlariga ko'ra 19 № jarrohlik xarakatidan so'ng va 50 № aralash davodan so'ng bemorlar tirik qolgan.

YUqori jag' sarkomasi.

YUqori jag' sarkomasi rakga qaraganda 9 marta kam uchraydi. Suyak periostitining biriktiruvchi elementlardan rivojlanadi rakga qaraganda yuqori jag' sarkomasi tez rivojlanadi, yon atrof to'qimalariga qarab o'sadi, tez yuzning assimetriyasi paydo bo'ladi, ko'z olmasi oldinga va tepaga suriladi, o'sma burunning yuqori qismidan chiqib va burun tez sog' tomonga suriladi. Bunda jag' osti, bo'yin, kultik osti limfa tugunlari kattalashadi.

Sarkomani utib ketish sabablari bemorlarni bir yil ichida vrach nazoratida bulmasligidir. Rak o'smasiga qaraganda sarkoma yumshokroq, polipsimon, uning rangi ok kizil rangdan pushti rangacha. Poliplarni olib tashlagandan keyin qon oqishi xavfli o'sma borligidan dalolat beradi. Sarkoma yaralanganda uni rangdan ajratish juda qiyin.

Kombinirlangan rivojlanishda intensiv metodikalar nurlanish retsdivlar paydo bo'ladi.

32:1:9,5 kasalda 3 yillik tiriklik 58,4:1:14,8%. Bu retsdivlar osteogen sarkomada aniqlanmagan Ge NS 38 da kuzatiladi.

Kombinirlangan davolash va nurlar bilan davolash retsdivlar 30,3: f :8,1 kasallarda kuzatiladi 3 yillik tiriklik 69,7:1:7,97% kasallarda.

Interaktiv metod: «Qor parchasi»

Testlar

1. Pastki jag'ning qaysi o'smalarida «ignali periostit» kuzatiladi.

- A. Osteoma
- B. Osteoid osteoma
- V. Ameloblastoma.
- G. Osteosarkoma.

D. TSilindroma

2- Suyak o`smalari elektrozeksziya usuli kim tomonidan ishlab chiqarilgan.

A. Robustova T.G.

B. Kolesov A.A.

V. Paches A.I.

G. SHargorodskiy A.G.

D. Vasil'ev G.A.

3- Pastki jag'ning raki ko`p hollarda uchraydi.

A. Birlamchi

B. Ikkilamchi

V. Metastatik

G. Disseminirlangan

D. Lokallashgan

4-Pastki jag' rakining yakuniy tashxisi quyidagilarni qaysi biridan keyin aniqlanadi.

A. KT

B. UZI

V. Radioizotop diagnostikasi

G. Patogistologik tekshiruv

D. Angiografik tekshiruv

5-Pastki jag' raki va sarkomasida asosiy davo usuli bo`lib hisoblanadi.

A. Jarrohlik

B. Nur

V. Kombinirlangan

G. Ximioterapiya

D. elektroxirurgiya

6- Pastki jag' raki va sarkomasida jarrohlik aralashuvida qaysi biri ishlatiladi.

A periostotomiya

B Krayl operatsiyasi

V Jag' rezeksziyasi

G Fastzial- futlyar kesuv

D Dekortikatsiya

7- Pastki jag' raki va sarkomasi operatsiyasidan keyin suyak nuqsonini bartaraf qilish qanchadan keyin amalga oshiriladi.

- A. Birvaqtning o`zida
 - B. 1-oyda
 - V. 6-oyda
 - G. 2-yilda
 - D. o`tkazilmaydi
8. Bo`yinning fiksatsiyalanmaydigan metastazida pastki jag` rakiga qaysi operatsiya ko`rsatma bo`ladi
- A. Vannax
 - B. Krayl
 - B. Kovtunovich
 - Г. fastsial`n-futlyar kesuv
 - Д. Redon
9. Pastki jag` raki va sarkomasiga qaysi simptomlar harakterli
- A. Xira oyna
 - B. Tut mevasi
 - B. polikistoz
 - Г. katakchali
 - Д. eruvchi qand
10. Pastki jag` sarkomasi ko`pincha qaysi yo`l bilan metastazlanadi
- A. limfogen
 - B. gematogen
 - B. aralash yo`l
 - Г. neyrogen
 - Д. kontakt
11. Obligat rak oldi-bu
- A. Distrofik, turg'un bo`lmagan *
 - B. YAllig`lanish infiltrati yaranadi
 - V. YAllig`lanish belgisi xavfsiz yangi hosila
 - G. Yuz yumshoq to`qimasidagi o`tkir yarali-nekrotik jarayon
12. Rak oldi hosilasi hosil bo`lishida asosiy ekologik omil hisoblanadi
- A. Zararli odatlar*
 - B. Ikkilamchi adentiya
 - V. Yuz yumshoq to`qimasidagi o`tkir yallig`lanish jarayoni
 - G. Yuz skeleti suyagidagi o`tkir yallig`lanish jarayoni
13. Yuz terisi rak oldi kasalliklariga kiradi
- A. Bouen kasalligi, pigmentli kserodermiya, aktinik keratoz, rak oldi melanozi*
 - B. Saramas yallig`lanishi
 - V. Termik va ximik kuyishlar
 - G. So`galli rak oldi, Manganotti xeyliti, chegaralangan rak oldi giperkeratrzi
14. Rak oldi hosilasi klinik kartinasi uchun nima mavjudligi xarakterli

- A. YAdro giperxromatozi*
 - B. YAllig'lanish infiltrati
 - V. Ikkilamchi kazeoz nekroz
 - G. epiteliy to`qimasi ostiga invaziya
15. OBSHQ rak oldi kasalliklariga kiradi
- A. eritroplakiya, leykoplakiya, qizil volchanka, qizil yassi temiratki, shilliq osti fibroz*
 - B. Saramasli yallig'lanish
 - V. Termik va ximik kuyishlar
 - G. So`galli rak oldi, chegaralangan rak oldi giperkeratozi, Manganotti xeyliti
16. Lab qizil hoshiyasi rak oldi kasalliklariga kiradi
- A. So`galli rak oldi, chegaralangan rak oldi giperkeratozi, Manganotti xeyliti*
 - B. Saramasli yallig'lanish
 - V. Termik va ximik kuyishlar
 - G. Bouen kasalligi, pigmentli kserodermiya, aktinik keratoz, rak oldi melanozi

Situatsion masala:

1. Bemor tekshuruvdan keyin klinikada “o`ng taraf pastki jag’ eozinofil granulyoma”si tashxisi qo`yildi:

- 9. diagnozni tasdiklovchi tekshiruvlarni sanab o`ting .
- 10. yuqorida takidlab o`tilgan diagnoz klinikasini izoxlang.
- 3. aralashuv hajmini izoxlang va taxminlang.

2. Bemor tekshuruvdan keyin klinikada “o`ng taraf pastki jag’ fibroz displaziya ”si tashxisi qo`yildi:

- 1. kasallik klinikasini izoxlang.
- 2. pastki jag’ rentgen tekshiruvda qanaqa o`zgarishlar aniqlanadi
- 3. fibroz displaziyada aralashuv hajmi va prognoz

3. Jarrohlik stomatologiya klinikasiga 24 yoshli bemor davriy qonashga va o`ng taraf pastki jag’da hosil bo`lgan hosilaga shikoyat bilan keldi o`ektiv: o`ng taraf pastki jag’ tishlari 3 tishdan 8 tishga qadar milk qirg`oqlaridan o`sib chiqqan birikturuvchi to`qima bilan qoplangan (chaynov yuzasidan tashqari) tekshuruvda tishlar intakt qimirlash darajasi yo`q:

- 16. qaysi kasallikka taxmin qilish mumkin.
- 17. tashhisni tasdiklovchi qanaqa tekshuruv usullarini o`tkazish kerak.
- 18. Kasallikni differentsional diagnostikasini o`tkazing
- 19. Davolashning o`ziga xosligi va prognoz.

MAVZU: 24

PASTKI JAG’NI HAVFLI EPITELIAL VA NOEPITELIAL O`SMALARI. KLINIKASI, TASHXISLASH, QIYOSIY TASHXISLASH VA XIRURGIK DAVOLASH PRINTSIPLARI.

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg'ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 materiallarini muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova№3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollar.

1. Pastki jag' raki rivojlanishi uchun omillar.
 2. Pastki jag' sarkomasi va rakda metastazning o'ziga xosligi.
 3. TSitomorfologik tekshiruv usullari.
 4. Pastki jag' rezektsiyasi operatsiya bosqichini qadamba qadamligi.
 5. Pastki jag' ekzoartikulyatsiyasi bilan rezektsiyasi operatsiya bosqichini qadamba qadamligi.
- Fastsial futlyar operatsiyasini qadamba qadamliligi

PASTKI JAG' RAKI

Bu rak yuqori jag'ga nisbatan pastki jag'da kam uchraydi. Pastki jag' raki 40 va 60 yoshlar orasidagi erkaklarda ko'proq uchraydi.

Pastki jag' raking og'ir shaklida rak va sarkoma uchraydi. Bir paytlarda qaerdan kelishini bilish qiyin (jag'ni shilliq qavatlarida tarqaladi).

Ko'prok ildizli tishlar zararlanadi, u og'iz bo'shlig'ida tarqaladi.

Rak kasalligi sekin rivojlanadi va metastazlanadi. Pastki jag' rakida asosan limfogen kechadi. Metastazlar asosan pastki jag' ostida va umuman kuzatilmaydi, pastki jag'da va terini infiltratsiya qiladi.

Bu kasallikni o'tkazib yuborganda intoksikatsiya jigar, umurtka pog'onasiga tarqaladi. Ikkilamchi o'smalar pastki jag'da kam kuzatiladi. Pastki jag' metastazlari sut bezi raklarida uchraydi, buyrak va boshqa organlarga metastaz beradi.

Klinik kechishi pastki jag' raki xar xil klinik ko'rinishlarda bo'ladi. Pastki jag' markaziy rakida klinikasi uzok davom etadi va tasodifan bilinadi. Bu kasallik shikoyatida og'riq bo'ladi pastki jag' nervlari orqali pul'pitga o'xshash og'riq yuzaga keladi, pastki jag'ni patologik kimirlashi uta xavfli rakning asosiy klinik belgisi bo'lib hisoblanadi, al'veola kirralarining shilliq qavatlarida yaralar kuzatiladi va uzok vaqt tuzalmaydi. Y Ara infil'tratsiya ko'rinishida pastki jag' to'qimalariga tarqaladi, bunda o'sma chaynov va qanotsimon sohaga o'tadi. Tanglay bodomchasini zararlaydi, solishtirma tashxis turli xil yaralar bilan tashxislanadi.

Tashxislash pastki jag' raki o'smasi klinik kechishi o'rganilgan rentgen suratlari va morfologik ma'lumotlardan rentgen suyakda boshlanayotgan o'zgarishni ko'rsatadi.

Pastki jag'ning rakida reaktiv va noreaktiv o'zgarishlar suyak peroisti va osteoblastining o'zgarishligi xarakterli hisoblanadi. Oxirgi yillarda o'smani radioizotopi keng tarqalgan ratsional davolash uchun o'smani nafakat morfologik, uning tarqalganligi katta ahamyatga ega (T N M) I.A. Paches taklif qilishicha o'smani bilish pastki jag' anatomiyasi bilan bog'lik. Oldingi segment kozik tishlar sohasida gorizont segment pastki jag' kirrasigacha, orqa segment pastki jag' shoxlarigacha.

T 1o'sma bitta anatomik sohani zararlaydi

T2 dan ko'p sohani zararlaydi

T3 o'sma 2 ta va undan ko'p sohani zararlaydi

T4 o'sma organning katta qismini zararlaydi va boshqa organlarga o'tadi.

Davolashda 1 bo'lib og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish kerak, lekin bu sohada tish olinishi mumkin emas, chunki rakni dissiminatsiya xavfi bor, nur terapiya o'tkazish paytida qo'yidagilarnii oldini olish kerak.

1. metal protezlarni echish.
2. Sanatsiya qilish.

Ko'p pastki jag' o'smalari bitta anatomik sohani zararlaydi. Pastki jag'ni rakini pastki jag' rezektsiyasi bilan va autoplastika qilinadi. Agar operatsiyadan oldin nur terapiya o'tkazilan bo'lsa, rezektsiyadan so'ng autoplastika qilinmaydi va 3 xaftadan so'ng autoplastiika qilinadi. V.P. Naumov aytishi bo'yicha bu paytda suyak jarohatlari yaxshi bitishi mumkin. Operatsiyadan oldin shinalar, protezlar oldindan tayorlanadi.

Sarkomalarida operatsiya kengrok o'tkaziladi. Bunda jag' osti so'lak osti bezlari olib tashlanadi va arteriya karotis eksterna bog'lanadi, lekin bo'yin kletchatkasi va regionar limfa tugunlar olinmaydi. Xirurgik davoda pastki jag' rezektsiyasi bilan atrof to'qimalari ko'shib olib tashlanadi. Plastik operatsiyalar 2 yilda bo'ladi. O'smalar pastki jag'ga tarqalgan va og'iz tubiga tarqalgan bo'lsa, pastki jag'ni total rezektsiya qilinadi. Bemorga traxeyastoma va burun xalkum zondi qo'yiladi, bunday bemorlardan 19 tasi 5 yildan ko'p yashagan. Aralash xirurgik davoda retsdivlar kam emas, retsdivni davolashda bemorlarni yaxshi o'rganish turli mutaxassislar maslaxatidan foydalanish kerak. Bu holatlardi ximioterapiya keng qo'llaniladi.

Ximioterapiya - hozirgi paytda 30 dan ortik ximik preparatlar bor (novembitol, dopan, tiotef, sarkolezin, kolxamen, seglofosfon va boshqalar) xar bir preparat aloxida o'smalarga ta'sir qiladi.

Sarkomalar.

Xar xil o'smalarni noepitelial kelib chiqishi sarkomalar deyiladi. Klinik morfologik tasnif bo'yicha qo'yidagi turlarga bo'linadi.

1. noepitelial o'smalar

A fibrosarkoma

B mikrosarkoma

V osteogen sarkoma

G angiosarkoma

D retikulosarkoma

E xavfli miksoma

2. epitelial o'smalar

A xavfli ameloblastoma

B odontogen kartsinoma

V aralash to'qimali genezli o'sma

G odontogen sarkoma.

Sarkoma o'rtacha yoshli odamlarda uchraydi (40).

Fibrosarkoma

1,3 % birlamchi o'smalardan jag' suyaklaridan biriktiruvchi qismidan xosil bo'ladi. Bu to'qimalar suyaklanishga moyil emas. Jag' suyagi fibrosarkomasi markaziy va periferik bo'lishi mumkin. Periferik fibrosarkoma suyak usti qobig'idan o'sadi. U suyakdan tashkarida o'sadi va yumshok to'qima tomon o'sadi. Markaziy sarkoma suyakdan o'sib, stromasidan o'sadi. Kasallikni o'rganish natijasida o'smani qaerdan o'sganini bilish qiyin emas. Fibrosarkomani boshlanish paytda periferik va markaziy turini aniqlash mumkin. Kechiktirilgan paytda buni aniqlash mumkin emas. Fibrosarkoma erkak va ayollarda kuzatiladi. A.A. Kolesova ma'lumotiga ko'ra, periferik fibrosarkomalar yuqori jag'da ko'p uchraydi va sog'lom suyakda uchraydi.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi.

1-navbatda bemorlar doim kattalashib boradigan o'smaga shikoyat qiladi. Keyinchalik bu o'sma kattalashib, bu og'riq bo'ladi. Bu o'smalar uzun ximoyalangan joylarda xam uchraydi. Sarkomalarning

rivojlanish davrida og'iz b o'shlig'i shilliq qavatida kizarish, og'riq, suyakda shish bilan xarakterlanadi. Terining o'zgarishi uning kattaligiga bog'lik. YUqori jag' fibrosarkomasi pastga qaraganda o'ta xavfli hisoblanadi, u tez kattalashdi va bemorni axvoli tez og'irlashadi. Klinik ko'rinishlari osteogen sarkomadan farq qilinadi.

Pastki jag' periostal fibrosarkomasi rentgen tasmasida u aniq chegaraga ega bo'lgan dumalok va oval shaklda bo'ladi. Bu suyakda joylashadi. Ba`zida ignasimon periostal qavatlar kuzatiladi. Suyakdagi bu qisman o'zgarish klinik tekshiruvlar natijasiga to'g'ri kelmaydi, bunda katta zich, xarakatsiz o'sma aniqlanadi. Bularning bir-biriga to'g'ri kelmasligi rentgen tekshiruvining pastki jag' periostal fibrosarkomasiga xarakterli.

Makroskopik

Fibrosarkomasi xarakterli-prolifiratsiyali fibroblastoma bilan va kollagen va retikulyar xujayralar bilan. Xujayra atipizmi kuzatiladi, gigant o'smali xujayralar bularda k o'p va bitta yadro bo'ladi.

Davolash va ma'lumot

Kulay davolash usuli- radikal operatsiya.

*Nurli terapiya-*noeffektiv.

Osteogen sarkoma-uta xavfli yirik o'sma xususiy suyak t o'qimasidan xosil b o'luvchi.(3%)

Osteogen sarkomada bitta suyakni zararlaydi. Bu holat osteogen sarkomani retikulyar sarkomadan bir-biridan ajratadi.

Klinika jag'larning osteogen sarkomasida bu kasallikning boshlanishini baholash qiyin bo'ladi. Kasallik birdan paydo bo'ladi. Tashki muhit baxonasizsiz va ba'zi hollarda jarohatdan keyin. Ikkala hollarda xam og'riq intakt tishdan boshlanadi. Bu xolatlar doim kuzatilmaydi, tez keluvchi va doim og'rib turuvchi va tez o'sma paydo bo'ladi. Bu o'sma og'riqli va ichi tula bo'ladi. Katta o'smalarda yumshok to'qimalarda shish bo'ladi. Shillik osti va teri osti venalar kattalashadi. O'sma ustidagi teri yuqalashadi. CHPJB kasalligi k o'shilsa, kontraktura rivojlanadi.

Kasallik o'tib ketganda pastki jag'da patologik o'zgarishlar kuzatiladi.

Osteogen sarkomada bemorning axvoli bir oyda o'zgarmaydi, lekin o'sma kattalashadi. Shu sababli odamda tempratura 39-40 kutariladi. O'smani parchalanishi natijasida ECHT o'zgaradi, bu holatni flegmonaga xam o'xshatish mumkin.

Tez rivojlanuvchi osteogen sarkomada axvol juda yomon bo'ladi, osteogen sarkomada metastazlar oldin o'pkalarda bo'ladi.

Tashki organlarga qaraganda (1952) Rentgen tasmasi xar xil, ikki xili bor: osteolitik va osteoplastik protsesslar.

Osteolitik jarayon suyak buzulishi bilan xarakterlanadi. Rentgen tasmada bu suyak o'tkir destruktiviyaga uchragan. Tashki chegara bo'lmaydi va bu suyak yon yumshok to'qima bilan uraladi.

Osteoplastik sarkomada patologik suyaklanish kuzatiladi rentgenda bu chegarasiz usha joy tulishgan.

Oddiy o'smada atipik suyak to'qimasi xosil bo'ladi. Zararlangan suyak kengayishi mumkin.

Gistologiya. 1.urchiksimon xujayralar 2. gigant xujayralar mitoz filurasi bilan.

Osteoplastik sarkoma – bu boy xujayralardan koʻshilib ketgan, kollagen tolalar osteoid birikmalardan tuzilgan.

Diffirensiyalangan diagnostika.

Ichkariga turgan sohalarda hamda qiyinchilik tugʻdirmaydi. Kasallik boshlanishida biopsiyasiz tashxiz qoʻyilmaydi.

Davolash. Suyak onkologiyasining eng qiyin masalalaridan biri. Osteogen sarkomani davolash uchun xar xil operativ turli kombinirlangan usullar qoʻllash. Asosiysi-operatsion davolash. (L.M.Galʼshteyn.A.S.Olʼshapeyskiy E.I.Prokafev.1962)

Pastki jagʻ sarkomasi.

Birlamchi noepitelial xavfli oʻsmalar jagʻ sarkomasi 9% ni tashkil qiladi. YUqorigi jagʻsarkomasiga karab buyi oʻsmirlarda boʻladi. 21 - 40 yoshda va bolalarda markaziy sarkoma suyak ichidan oʻsadi. Osteogenlar (osteogen sarkoma xavfli osteoblastklastoma, xondrosarkomalar) va noosteogen (fibrosarkoma, miksosarkoma, gemangiosarkoma YUing sarkomasi, gemongiendotelioma, retikulosarkoma, solitar mieloma).

Bu sarkomalar suyak ichiga oʻsib kiradi, ikkilamchi jarohatga olib keladi.

Klinika. Pastki jagʻ sarkomasi tez oʻsuvchi rakka qaraganda bu tilning chetlanishiga, ogʻiz tubini va yuz assimetriyasiga olib keladi. Uzoq vaqt yaralanish mumkin, bu rakka xarakterli emas. Bir paytning oʻzida kirsilash boʻgʻimlarga xos tishlarni kuzgʻalishi, kimirlashi tez paydo boʻladi, markaziy sarkomada kuzatiladi. Rivojlanishning oxirgi paytida yaralar paydo boʻladi, kaxektsiya va organizmning umumiy xolsizlik koʻp payt kuzatiladi. Ayrim osteogen sarkomalar rivojlanishi teskari, juda sekin yillab, lekin mitozlar kuzatiladi tez oʻsuvchi sarkomaga karaganda.

Davolash

Pastki jag sarkomasini davolash pastki jagʻ rakiga oʻxshab kombinirlangan nur va xirurgik yoʻl bilan davolashda birinchi etap ogʻiz boʻshligʻini sanatsiyadan boshlanadi, oxirda nur terapiya bilan. 3-5 xaftadan soʻng nurli epitelit va dermatit toʻxtaydi, undan keyin xirurgik aralashuv pastki jagʻ rezektsiyasi yoki ekzoartikulyatsiya oʻtkaziladi. Jagʻ rezektsiyasi elektro xirurgik yoʻl bilan olib borilishi lozim.

YUing sarkomasi

1921 yilda YUing oʻsmaning asosiy formasini tasdiqladi. Boshida buni diffuz endotelioma deb aniqladi, keyin esa endotelial mieloma deb atadi, gistogenezi aniqlanmagan. 25 yoshgacha kuzatiladi. YUing sarkomasi jagʻ suyaklari uchun xavfi kam, bu sarkoma jagʻlarni kam zararlaydi. Boshqa skelet muskullariga karaganda

Klinika. Kasallik toʻxtovsiz ogriqdan boshlanishi mumkin. Tishlar kimirlashi kuzatiladi, yumshok toʻqimalar shishgan jagʻni urab turgan sohalari. Xarorat 39-40 gacha kutariladi.

Kasallarda umumiy xolsizlik bilan birga lixorat holat, leykotsitoz, SOE tezlashishi, bazida ikkilamchi anemiya kuzatiladi.

Koʻp kasallarda terisi, shilliq qavat yonuvchi oʻsma qoʻl bilan oʻshlanganda issik boʻladi. Bazida ogriq qoladi. Tish kimirlash toʻxtaydi, shish tekislanadi, keyin ogriq obostrenie beradi. Klinik tekshiruv paytida oʻsma kattalashadi va kichiklashadi. Bu kasallik boshida oʻtkir osteomielitga oʻxshash boʻladi. Bunaka toʻliq oʻsish YUing sarkomasiga xos. Kasallik boshlanishidan to vrachga uchraguncha oradan 2 oydan 1 yilgacha vaqt oʻtadi.

Bu paytga kelib o'sma og'riqli, chegarasi aniq b6'lgan bo'ladi.

Gistologik tomondan karaganda boy xujayradan va nodifferentsialangan xujayradan iborat. Retikulyar sarkomaga karaganda YUing sarkomasida argentofil tolalar bo'lmaydi. Ayrim avtorlar YUing sarkomasi to'plamidan iborat degan.

Davolash. YUing sarkomasi nurli terapiyaga juda sezgir. Nur bilan davolaganda og'riq yo'qoladi. Kasal umumiy axvoli yaxshilanadi. O'sma ancha kichrayadi. Birgina nurli terapiya bilan emas, balki mikrosarkoma va retikulyar sarkoma juda kam o'sma.

Xondrosarkoma xam juda keng uchraydi. Bunda periferik va markaziy formalari bor. Ko'pchilik kasallar o'tib ketgan o'smali qolgan umrini uyda o'tkazadi. Bu kasallar onkolog nazoratida bo'ladi. Kuchli og'riqdan bo'shliqdan depressiyadan kasallar og'iz bo'shlig'ini tozalashmaydi. Bu xodisa og'iz bo'shlig'ida boshqa infeksiyalar kirishi mumkin. Og'iz bo'shligidan yiring xidi keladi va yon atrofdagilarga seziladi. Stomatolog narsani mushkulini engilashtirishi kerak. Birinchi navbatda vrach bemorga va uning yakinlariga og'iz bo'shlig'i gigienasini o'rgatishi lozim. Agar to'sulak yutganda og'riq bo'lsa, bunda vrach 1-2% dikain buyurishi mumkin. eng asosiy rol stomatolog bemorning psixik holatini meyyorda tuta bilishi kerak. Xozirgi paytda bizning tibbiyotimizda o'smalarning oldini olish uchun profilaktik sharoitlar diagnostikasi bor.

Interaktiv metod: «Miya shturmi»

Testlar

1. Pastki jag'ning qaysi o'smalarida «ignali periostit» kuzatiladi.
 - A. Osteoma
 - B. Osteoid osteoma
 - V. Ameloblastoma.
 - G. Osteosarkoma.
 - D. TSilindroma
- 2- Suyak o'smalari elektrozeksziya usuli kim tomonidan ishlab chiqarilgan.
 - A. Robustova T.G.
 - B. Kolesov A.A.
 - V. Paches A.I.
 - G. SHargorodskiy A.G.
 - D. Vasil'ev G.A.
- 3- Pastki jag'ning raki ko'p hollarda uchraydi.
 - A. Birlamchi
 - B. Ikkilamchi
 - V. Metastatik
 - G. Disseminirlangan
 - D. Lokallashgan

4-Pastki jag' rakining yakuniy tashxisi quyidagilarni qaysi biridan keyin aniqlanadi.

- A. KT
- B. UZI
- V. Radioizotop diagnostikasi
- G. Patogistologik tekshiruv
- D. Angiografik tekshiruv

5-Pastki jag' raki va sarkomasida asosiy davo usuli bo`lib hisoblanadi.

- A. Jarrohlik
- B. Nur
- V. Kombinirlangan
- G. Ximioterapiya
- D. elektroxirurgiya

6- Pastki jag' raki va sarkomasida jarrohlik aralashuvida qaysi biri ishlatiladi.

- A periostotomiya
- B Krayl operatsiyasi
- V Jag' rezektsiyasi
- G Fastsial- futlyar kesuv
- D Dekortikatsiya

7- Pastki jag' raki va sarkomasi operatsiyasidan keyin suyak nuqsonini bartaraf qilish qanchadan keyin amalga oshiriladi.

- A. Birvaqtning o`zida
- B. 1-oyda
- V. 6-oyda
- G. 2-yilda
- D. o`tkazilmaydi

8. Bo`yinning fiksatsiyalanmaydigan metastazida pastki jag' rakiga qaysi operatsiya ko`rsatma bo`ladi

- E. Vannax
- Ж. Krayl
- З. Kovtunovich
- И. fastsial'n-futlyar kesuv
- K. Redon

9. Pastki jag' raki va sarkomasiga qaysi simptomlar harakterli

- E. Xira oyna
- Ж. Tut mevasi
- З. polikistoz
- И. katakchali
- K. eruvchi qand

10. Pastki jag' sarkomasi ko'pincha qaysi yo'l bilan metastazlanadi

- E. limfogen
- Ж. gematogen
- З. aralash yo'l
- И. neyrogen
- К. kontakt

11. Obligat rak oldi-bu

- A. Distrofik, turg'un bo'lmagan *
- B. YAllig'lanish infiltrati yaranadi
- V. YAllig'lanish belgisi xavfsiz yangi hosila
- G. Yuz yumshoq to'qimasidagi o'tkir yarali-nekrotik jarayon

12. Rak oldi hosilasi hosil bo'lishida asosiy ekologik omil hisoblanadi

- A. Zararli odatlar*
- B. Ikkilamchi adentiya
- V. Yuz yumshoq to'qimasidagi o'tkir yallig'lanish jarayoni
- G. Yuz skeleti suyagidagi o'tkir yallig'lanish jarayoni

13. Yuz terisi rak oldi kasalliklariga kiradi

- A. Bouen kasalligi, pigmentli kserodermiya, aktinik keratoz, rak oldi melanozi*
- B. Saramas yallig'lanishi
- V. Termik va ximik kuyishlar
- G. So'galli rak oldi, Manganotti xeyliti, chegaralangan rak oldi giperkeratrzi

14. Rak oldi hosilasi klinik kartinasi uchun nima mavjudligi xarakterli

- A. YAdro giperxromatozi*
- B. YAllig'lanish infiltrati
- V. Ikkilamchi kazeoz nekroz
- G. epiteliy to'qimasi ostiga invaziya

15. OBSHQ rak oldi kasalliklariga kiradi

- A. eritroplakiya, leykoplakiya, qizil volchanka, qizil yassi temiratki, shilliq osti fibroz*
- B. Saramasli yallig'lanish
- V. Termik va ximik kuyishlar
- G. So'galli rak oldi, chegaralangan rak oldi giperkeratozi, Manganotti xeyliti

16. Lab qizil hoshiyasi rak oldi kasalliklariga kiradi

- A. So'galli rak oldi, chegaralangan rak oldi giperkeratozi, Manganotti xeyliti*
- B. Saramasli yallig'lanish

V.Termik va ximik kuyishlar

G. Bouen kasalligi, pigmentli kserodermiya, aktinik keratoz, rak oldi melanozi

Situatsion masala:

1. Bemor tekshuruvdan keyin klinikada "o`ng taraf pastki jag` eozinofil granulyoma"si tashxisi qo`yildi:

11. diaгноzni tasdiklovchi tekshiruvlarni sanab o`ting .
12. yuqorida takidlab o`tilgan diaгноz klinikasini izoxlang.
3. aralashuv hajmini izoxlang va taxminlang.

2. Bemor tekshuruvdan keyin klinikada "o`ng taraf pastki jag` fibroz displaziya "si tashxisi qo`yildi:

1. kasallik klinikasini izoxlang.
2. pastki jag` rentgen tekshiruvda qanaqa o`zgarishlar aniqlanadi
3. fibroz displaziya aralashuv hajmi va prognoz

3. Jarrohlik stomatologiya klinikasiga 24 yoshli bemor davriy qonashga va o`ng taraf pastki jag`da hosil bo`lgan hosilaga shikoyat bilan keldi o`ktiv: o`ng taraf pastki jag` tishlari 3 tishdan 8 tishga qadar milk qirg`oqlaridan o`sib chiqqan birikturuvchi to`qima bilan qoplangan (chaynov yuzasidan tashqari) tekshuruvda tishlar intakt qimirlash darajasi yo`q:

20. qaysi kasallikka taxmin qilish mumkin.
21. tashhisni tasdiklovchi qanaqa tekshuruv usullarini o`tkazish kerak.
22. Kasallikni differentsional diaagnostikasini o`tkazing
23. Davolashning o`ziga xosligi va prognoz.

Tavsiya etilgan adabiyotlar

-asosiy

1. Robustova T.G. s soavt. "Xirurgicheskaya stomatologiya", M.,2003.
2. Paches A.I. -"Opuxoli golovi i shei" M.,1985.
3. Ionnidis G.P. -"Zlokachestvennie opuxoli verxney chelyusti" Tashkent,1968.
4. Kolesov A.A. "Novoobrazovaniya litsevogo skeleta" M.,1969.
5. Kolesov A.A. -"Xarakteristika opuxoley CHLO" Stomat. 1976. N1, str 61-63.

-qo`shimcha

1. Shargorodskiy A.G. «Atlas opuholey myagkih tkaney i kostey lica» M., 1998y..
2. Solovev M.M. «Onkologicheskie aspekte v stomatologii», K., 1989y.
3. Mashkilleyson A.A. «Predrak krasnoy kayme gub i SOPR» M., 1970y.
4. Romacheva I.F. «Zabolevaniya i povrejdeniya slyunneh jelez» , 1987y.
5. Shanin A.P. «Opuxoli koji, ih proisxojenje, klinika, lechenie» M., 1989y.
6. Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-licevoy oblasti», 1991y..
7. Mazalova N.N., Abdullahodjaeva M.S. «Ameloblastoma (adamantinoma) Tashkent, 1987y.
8. Kolesov A.A. «Novoobrazovaniya chelyustneh kostey»
9. Paches A.I. «Opuxoli golove i shei» M., 1983y.

Internet sayt:

www.stomatologist.ruwww.dentsplycis.comwww.citydentist.narod.ru

MAVZU: 25

ChPJB disfunkciya sindromi. Osteoartroz. Klinikasi va tashhislash. Hirurgik davolash prinsiplari.

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiylariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollari

1. Og'riqli disfunktsiya sindromi sabablari
2. Og'riqli disfunktsiya sindromi klinik ko'rinishi
3. Og'riqli disfunktsiya sindromi davolash printsiplari

Nazariy qism

CHakka pastki jag' bo'g'imi kasalliklari tasnifi. X Xalqaro tasnifiga ko'ra CHPJB kasalliklari ikki sinfga kiritilgan:

XII sinf. Yuz-jag' anomaliyalari (jumladan prikus anomaliyalari) 6 bo'lim «chakka pastki jag' bo'g'imi kasalliklari»:

1. CHakka pastki jag' bo'g'imi og'riqli disfunktsiya sindromi.
2. SHilqillovchi jag'.
3. CHPJBni yarim chiqishi va chiqishi.
4. Boshqa bo'limlarda ko'rsatilmagan CHPJBdagi og'riqlar.
5. Boshqa bo'limlarda ko'rsatilmagan CHPJBni kam xarakatchanligi.
6. CHakka pastki jag' bo'g'imi osteofitlari.
7. CHPJBning aniqlangan boshqa kasalliklari.
8. CHPJBning aniqlanmagan boshqa kasalliklari.

XIII sinf. Suyak mushak tizimi va biriktiruvchi to'qima kasalliklari:

Artropatiyalar:

1. Infektsion artropatiyalar: yiringli artrit, reaktiv artropatiyalar, Reyter kasalligi.
2. YAllig'langan poliartropatiyalar: seropozitiv revmatoidli artrit, Felti sindromi, boshqa revmatoidli artritlar, o'smirlar artriti.
3. Travmatik artropatiyalar.

Artrozlar:

1. Poliartroz.
2. Osteoartroz.
3. Birlamchi artroz.

SHunday qilib, xozirgi kunda CHPJB kasalliklarining 2 katta guruhi mavjud:

- 1) bo'g'im to'qimasining zararlanishi bilan kechadigan kasalliklar (XIII sinf);
- 2) chaynov mushagidagi patologik o'zgarishlar va tish-jag' tizimidagi o'zgarishlar bilan karakterlanadigan kasalliklar (XII sinf).

Eng qulay tasnif P.Z. Sisolyatin V.M. Bezrukov i A.A. Il'in (1997y) tomonlaridan tavsiya etilgan klassifikatsiya hisoblanadi

Artikulyar kasalliklar:

1. YAllig'lanishli kasalliklari (artritlar).
2. YAllig'lanmagan kasalliklar.
 - 2.1. ichki buzilishlar.
 - 2.2. Osteoartrozlar:
 - CHPJB ichki buzilishlarisiz, birlamchi yoki umumiy;
 - ichki buzilishlarga bog'liq CHPJB kasalliklari (ikkilamchi).
 - 2.3. Ankilozlar.

2.4. Tug'ma anomaliyalar.

2.5. O'smalar.

Noartikulyar kasalliklar:

1. Bruksizm.

2. CHakka pastki jag' bo'g'imida og'riqli disfunktsiya sindromi.

3. CHaynov mushaklari kontrakturasi.

Og'riqli disfunktsiya sindromi. Bu ko'pgina bemorlarda kuzatiladigan holat hisoblanadi. 95% bemorlarda kuzatiladi. Buzilish CHPJB nerv-mushak tizimidagi o'zgarishlar bilan xarakterlanadi. Sabab prikusni buzilishi (parodontit, parodontoz, tishlarni patologik emirilishi), tishlarni olinganligi va tishlarni protezlanishi bo'lishi mumkin. Prikusni buzilishi chaynov mushaklarining diskoordinatsiyasini, asinxrologiga olib keladi. Mushaklarning asinxron qisqarishi bo'g'im o'simtami va bo'g'im diski orasidagi mutanosiblikni buzilishiga olib keladi. CHPJB og'riqli disfunktsiya sindromi bruksizmga olib keladi.

Ayrim paytlarda chaynov mushaklarini gipertonusida xam ushbu sindrom kuzatiladi. Bu ruxiy va nevrogen faktorlar bilan xam bog'liq bo'lishi mumkin. Bu prikus normal holatida xam yuz berishi mumkin.

Bu patologiyalarni eng ko'p uchraydigan turi hisoblanadi. Bo'g'im kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni 95 %da kuzatiladi. CHPJB funksiyasini buzilishi bo'g'imni barcha harakatlarini nazorat qiluvchi va to'g'rilovchi murakkab nerv mushak mexanizmlari o'zgarishlari bilan bog'liq. Bunga tishni plombalash, olib tashlash yoki protezlashdan keyingi tish va milkning shilliq qavatlaridagi kasalliklar sabab bo'ladi. (parodontit, parodontoz, tishni patologik edirilishi). Prikus buzilishi chaynov mushaklarini diskordinatsiyasini asinxron qisqarishini chaqiradi. YUzaga kelgan asinxron mushak qisqarishlari bo'g'im diski va bo'g'im o'sig'i boshchasini bir vaqtda turli xil harakatlanishiga olib keladi.

CHPJB og'riqli disfunktsiya sindromini rivojlanishiga bruksizm (tishlarni g'ichirlatish) sabab bo'lishi mumkin. Bruksizmga chaynov mushaklarini faolligini oshishi natijasida tishlarni ezilishi va bosilishi sodir bo'ladi. Ba'zida bu sindrom psixik nevrogen faktorlar stress bilan bog'liq chaynov mushaklari gipertonusida kuzatiladi. Bu hollarda prikus normal bo'lishi mumkin.

Klinikasi – chakka, bo'yin va umurtqa sohasiga irradiatsiya qiluvchi og'riq, og'iz ochilishini chegaralanishi, og'iz ochilishi yoki yopilishida pastki jag'ni "S"simon shakldaog'izni usha tomonga qiyshayib qolishi. Ayrim holatlarda quloqlarda shovkin, krepatatsiya va qisirlash kuzatiladi. Differentsal diagnostika – artritdan, bo'yin osteoxondrozidan va uchlamchi nerv nevralfiyasidan qilinishi lozim

CHPJB og'riqli disfunktsiya sindromi klinik ko'rinishi qator simptomlarni o'z ichiga oladi. Bu eng avvalo irradiatsiya beruvchi yuz va boshni bir tomonidagi turli intensivlikdagi og'riqqa shikoyatlaridir. Og'izni ochganda og'riq va chegaralanish, og'izni ochib yopganda pastki jag'ning bir tomonga S simon siljish kuzatiladi. pastki jag' harakatida og'riq kuchayadi, chaynov mushaklari spazmi ortadi. bo'g'imda ba'zida shitirlash yoki qichirlash kuzatiladi. Qirsillash va shitirlash pastki jag'da, bo'g'imda sharnir, bo'g'im yuqori sohasida sirpanuvchi shitirlash bo'ladi. kam hollarda bemorlarda og'iz qurishi, yoki gipersalivatsiya bo'ladi. ba'zida eshitish pasayadi. CHPJBni rentgenologik tekshirganda suyak elementlarida o'zgarishlar kuzatiladi. Ba'zida markaziy okklyuziya va og'izni maksimal ochganda bo'g'im boshchasi ikki tomonga bir xil holatda joylashmaydi.

Funksiyani og'riqli sindromini turli xildagi bo'g'im xarakatlari okklyuzion artikulyatsion sindromi, prikus buzilishlari, bo'yin osteoxondrozi, uch shoxli nervni nevralfiyasi bilan differentsial diagnostika qilish kerak.

P.M. Egorov bo'yicha uch shoxli nervni xarakat yo'llari blokadasida differentsial diagnostikasi ahamiyatli. Bu mushaklar spazmini oldini olib, og'riqni qoldiradi, pastki jag' harakatini yaxshilaydi. Artrit yoki osteoartritda bo'g'im sohasida og'riq sezilmaydi, CHPJB chaynov mushaklari anesieziyada bevosita o'zgarishsiz bo'ladi.

CHPJB og'riqli disfunktsiya sindromida kasallikni bartaraf etiladi va avvalo stress holatida istisno qiladi (bruksizm), qattiq ovqat eganda bosimni ortishi va zo'riqish yoki charchoq holati, tortinishda yoki spazmda kuzatiladi.

Spazm bo'lgan sohalarda blokada yo'li bilan 1%li premikain yoki boshqa anestetikla, autogen mashqlar, LFK, spazm holatidagi mushaklarni massaji, turli xil issiqlik muolajalari ignaterapiya, teri osti elektroanalgeziyasi qilish zarur bo'g'imdagi og'riqni kamaytirish uchun maxsus pastki jag' apparatlardan foydalaniladi. CHaynov mushaklar. Boylamlar, kapsulalar va boshqa bo'g'im elementlari pastki jag' harakati chegaralanishini hosil qiladi. Tishlar artikulyatsiyasiga olib keladigan sabablarni bartaraf etish kerak.

OSTEARTROZ.

Osteartroz – bu chakka pastki jag' bo'g'imining sinovial suyuqligini kamayishi bilan kechadigan kasallikdir. Statistik ma'lumotlarga qaraganda 50 foiz odamlarda bu kasallik uchrab, ko'proq qarilik yoshiga to'g'ri keladi.

Etiologiyasi: Ko'proq genetik faktorlarga bog'lanadi. Birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Metabolik, immun, endokrin buzilishlar, qon kasalliklari, yallig'lanish kasalliklari.

Klinik ko'rinishi: Sklerozlangan va deformatsiyalangan turlari bo'ladi. Sklerozlangan osteartrozda bo'g'im boshchasida faqat yuza qismida skleroz kechadi. Deformatsiyalangan turida esa bo'g'im boshchasi bo'g'im chuqurchasi deformatsiyaga uchrab turli xil ko'rinishdagi patologik granulatsiyalar bilan qoplanadi. Bemorlar doimiy og'riqqa, ayniqsa jag' harakatidagi og'riqlarga shikoyat qiladi.

Davolash: etiologik faktorni aniqlash, yo'qotilgan chaynov tishlarini ratsional protezlash. Nosteroid yallig'lanishga qarshi davo, bo'g'im boshchasini xirurgik shaqllantirish qilinadi.

Interaktiv metod: Akvarium

TESTLAR:

1. CHPJB artritida kuzatilmaydi:

- A. quloq oldi sohasidagi shish
- B. og'riq
- V. xarakatning chegaralanishi
- G. prikusning bo'zilishi
- D. ochiq prikus

2. CHPJB og'riqli disfunktsiya sindromi sababi:

- A. bo'g'imdagi o'zgarishlar
- B. prikusdagi o'zgarishlar
- V. protezlashni buzilishi

G.mikrotravma

D. pastki jag' sinishi

3. CHPJB og'riqli disfunktsiya sindromi sababi emas:

A.Tishlarni patologik emirilishi

B.noto`g`ri protezlash

V.bo`g`imdagi o`zgarishlar

G. pastki jag' sinishi

D. yuqori jag' sinishi

1)GD 2)AB 3)BD 4)VG

4. Quloqda shovqin, prikusning buzilishi kuzatiladi:

A. Og'riqli disfunktsiya sindromida

B. Ankilozda

V. Artritda

G.Kontrakturada

D.Artrozda

1)AD 2)BV 3)VG 4)GD

Vaziyatli masalalar

1. Bemor 25 yosh jarroxlik stomatologiya poliklinikasiga yuzning chap tomoni va bo`yin sohasidagi irradiatsiyalangan og`riq bilan shikoyat qilib keldi. Kasallikda og`iz ochilishini chegaralanishi, pastki jag` S simon siljishi kuzatiladi. Pastki jag` xarakatida og`riq kuchayadi. CHaynov mushaklari sohasida spazm kuchayadi. Ba`zida bo`g`imda qirsillash holatlari kuzatiladi. CHPJBni rentgenologik tekshirganda suyak elementlarida o`zgarishlar kuzatilmaydi.

1. Sizni taxminiy tashxisingiz.

2. SHu patologiyada bemorni davolash usullari.

1. Og`riqli disfunktsiya sindromi

2. Spazmalangan mushaklarni massaji, ignaterapiya, teri osti elektroanalgeziyasi.

Tavsiya etiladigan adabiyot

- asosiy

1. Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii chelyustno-litsevoy xirurgii pod redaktsiey V.M.Bezrukova, T.G. Robustovoy tom 1, 2000 g., str 599.

2. Uchebnik «Xirurgicheskaya stomatologiya» pod redaktsiey T.G.Robustovoy, M.Medgiz 2000, S.488-490, 491-493

- qo`shimcha

1. SHteynberg- «Nevralgiya troynichnogo nerva».

2. Karlov -«Litsevie boli».

3. YU.I.Bernadskiy «Travmatologiya i vosstanovitel'naya xirurgiya CHLO».-1999.-S.257-264.

Inter sayt: www.dental-parad.ru stomatology.tihe.uz

MAVZU 26

CHPJB ANKILOZI. KLINIKASI VA TASHXISLASH. XIRURGIK DAVOLASH PRINTSIPLARI

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg'ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	2.2. Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova№3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollari

1. CHPJB ankilozning etiologoyasi
2. CHPJB ankilozning klinik manzarasi va tashhishlash
3. CHPJB ankilozning davolash printsiplari

Nazariy qism

CHPJB ankioloji - bu bo'g'imda va atrofto'qimalardagi sezilarli yoki butunlay xarakatchanligining fibroz yoki suyak to'qimasi o'sishi bilan turg'un organik o'zgarishdir.

Farqlanadi: fibroz va suyak, bo`g`im ichi va bo`g`im tashqi.

Klassifikatsiyasi: Nisbatan to`liq klassifikatsiya G.P Ionaddis tomonidan taklif etilgan bo`lib, asosida klinik-anatomik o`zgarishlar mavjud. Qo`yidagi shakllari farqlanadi.

1. etiologiyasiga ko`ra: infeksiyon, travmatik vxk.
2. Jarayon morfologik substratiga ko`ra: suyakli va fibroz.
3. Jarayon lokalizatsiyasiga ko`ra: bir tomonlama yoki ikki tomonlama
4. CHandiqlar tarqalishiga ko`ra: noto`liq yoki qisman, to`liq, tarqalgan.
5. Yuz skeletidagi o`zgarishlar xarakteriga ko`ra: migrogeniya bilan, migrogeniyasiz.

Etiologiyasi: Ankilozlanishga olib keluvchi faktorlar CHPJB infeksiyon kasalliklari va travmalari hisoblanadi. G.P Ionaddis ma`lumotlariga ko`ra infeksiyon etiologiyali ankiloz 88,2%, travmatik etiologiyali – 87,8% bolalarda uchraydi.

CHPJB ankilozi patogenezi etarli o`rganilmagan, ammo qo`yidagicha tasvirlanadi. Infeksiyon yoki travma natijasida bo`g`im yuzasi yumshoq to`qimalarida shikastlanish va parchalanish yuzaga keladi va ular orasida fibroz yoki suyak chandiqli hosil bo`ladi. Bolalik yoshida pastki jag` suyagi boshchasi nozik gialin tog`ay bilan qoplangan bo`lib, bo`g`im diski biriktiruvchi to`qimadan, do`mboqcha va chuqurcha esa periost bilan qoplangan bo`lib, tog`ay qoplamaga ega emas. Ularning parchalanish jarayoni ularda kattalarga nisbatan ancha tez kechadi. Katta yoshda tog`ay elementlar tolali tog`aydan iborat bo`lib hisoblanadi. Ularning parchalanishi sekin kechib, sekin kechuvchi yallig`lanish jarayoni fibroz chandiqli to`qima hosil bo`lishiga olib keladi.

Klinik kechishi: ankiloz bor bemor yoshiga bog`liq. Kasallik asosan bolalarda va o`smirlarda kuzatiladi. Sababi travmalar, tug`ruqdan keyingi travmatik shikastlar, so`rg`ichsimon o`siq sohadan yallig`lanish jarayonlari (otit, mastoidit, pastki jag` shoxi osteomieliti) bo`lishi mumkin.

Patologik jaraen boshlanishida (artrit) tog`ay yuzalar xiralashadi. Menisk tolalarga kengayadi. Bo`g`im kapsulasi bujmayadi. Sinovial qobiqliq qayta hosil bo`ladi. Tog`ay bora bora yo`qoladi. Ikkala bo`g`im yuzalar zich muguzli biriktiruvchi to`qimaga (fibroz ankiloz) aylanadi, keyinchalik suyaklanib, suyakli ankilozga o`tadi.

Fibroz ankiloz yuz skeletining shakllanishini oxirgi bosqichlarida hosil bo`ladi. Bunda pastki jag` nuqsoni kuzatilmaydi. Kasallikning dastlabki bosqichida og`izni chegarali ochilishi kuzatiladi. Bora bora pastki jag` xarakat amplitudasi kichrayadi. Oxirgi bosqichlarda bu harakat faqat gorizontal yo`nalishida saqlanadi. Pal`patsiyada bo`g`im boshchalari ko`p ekanlikda kam darajada xarakatchan. Rentgenda fibroz ankiloz bo`g`im yorig`ining notekis kenglikda ekanligi bilan xarakterlanadi.

CHPJB ankilozi bir tomonlama va ikki tomonlama, undan tashqari to`liq va qisman bo`ladi. Qisman ankilozda bo`g`im tog`ayi qoldiqlari va bo`g`im boshchasi yuzasi qismlari saqlanadi, to`liq ankilozda pastki jag` harakatsizligi rivojlanadi. O`shish zonalarini buzilishi natijasida yuz paski qismi deformatsiyasi kuzatiladi. Jag` deformatsiyasini ifodalanganlik darajasi ankiloz kelib chiqishi vaqtiga bog`liq. Bir tomonlama ankilozda yuz o`rta chizig`ini zararlangan tomonga qiyshayishi, zararlangan sohadagi jag` tolasi bo`ylab yumshok to`qimaning zichlashishi, zararlangan sohada esa jag` tanasi va shoxining kaltalashishi hisobiga shish kuzatiladi. Pal`patsiyada zararlangan sohadagi bo`g`im boshchasida xarakatchanlik kuzatilmaydi, qarama qarshi tomonda esa chegaralangan. Tishlarning buzilishi, gingivit asoratida tishlarning tushishi, kesishgan prikus kuzatiladi. Ikki tomonlama ankilozda jag`ning ikki tomonidan tana va shoxlarning kaltalashuvi natijasida paski jag`ning orqaga surilishi kuzatilib, oqibatda tilning ham surilish va nafas olish funksiyasi buzilishi ro`y beradi. YUqori jag`ning

oldingi qismi xuddi pastki jag' ustidan osilib turganga o'xshaydi, bunda prikus buziladi. Pastki jag'dagi oldingi tishlar tanglay shillik qavati bilan kontaktda bo'ladi va uning distopiyasi (elpingichsimon joylashuvi) kuzatiladi. Ozuqa yutish qiyinlashgan, og'iz bo'shlig'i sanatsiyasiga imkon yo'q.

DIAGNOSTIKA: Bo'g'imning fibroz ankiloz bilan zararlangandan klinik ko'rinish rentgenologik tekshiruvda tasdiqlanadi. Bunda ikkala bo'g'im yoriqlarini torayishi va deformatsiyasi aniqlanadi. Bo'g'im boshchasi yuzasi notekis, ifodalangan, boshchadagi bekituvchi plastinkani notekis subxondral sklerozi kuzatiladi. Rentgen tekshiruvi boshchani minimal sirg'alishi (oldinga) va rotatsion harakatlarning mavjud emasligi haqida ma'lumot beradi.

To'liq suyakli ankilozdagi rentgen suratida pastki jag'ning o'sigi va shoxini kaltalashvi ko'rinadi. Paski jag' o'sig'i chakka suyagini bo'g'im chuqurchasi bilan birikib ketadi. Bo'g'im yorig'i bo'lmaydi. Jag' burchagi deformatsiyalangan bo'lib, unda shpora rivojlanadi. Agar jaraenga peshona o'sig'i ko'shilsa u bo'g'im bilan birikib, massiv xosil qiladi. To'liq bo'lmagan suyakli ankilozda katta yoki kichik masofada bo'g'im yorig'i kuzatiladi. Bo'g'im boshchasi shakli qisman saqlangan.

DAVOSI: fibroz ankiloz davosini konservativ chora-tadbirlardan boshlash ma'qul.

Kasalikning boshlangich davrida fizioterapevtik usullardan (fonoforez, ul'tratovush), suriluvchi medikamentoz moddalardan (kaliy yodid eritmasi, lidaza, gialuronidaza, gidrokortizon va boshqalardan) foydalaniladi. Ba'zida bo'g'imga xaftada 2 marta 25 mg dan gidrokortizon in'ektsiya qilinadi, 5-6 in'ektsiya kursi bo'yicha. Gidrokortizon ta'sirida bo'g'im ichida yosh fibroz chandiqlar so'rila boshlaydi. Agar bu terapiya yaxshi effekt bermasa ko'rsatilgan usullar va mexanoterapiya yordamida og'iz majburiy ochiladi (redressatsiya).

Turg'un fibroz va suyakli ankilozlarni xirurgik davolanadi. Bu davo usuli pastki jag' funksiyasini tiklashga yunaltirilgan. Osteotomiyani eng qulay ratsional joyi yuqori va o'rta pastki jag' teshigi ustidan hisoblanadi. To'g'ri (chizgichli) osteotomiyani qo'llash ko'pincha retsivid beradi. Bekituvchi suyak plastinkasini sekin hosil bo'lish natijasida osteotomiya qilingan yuzalarda uning o'sishi kuzatiladi. Suyak elementlarining o'sishini oldini olish maqsadida suyak elementlari ortiqligida turli to'qima va effektiv mexanoterapiyalar qo'llaniladi. Bularga prikusni ortopedik to'g'rilash, fizioterapiya, fibroz spaykalar redressatsiyasi, og'iz ichi va tashqari apparatli aktiv mexanoterapiyalar kabilar ham kiradi. Ko'p yillar davomida ankilozni xirurgik davolashda pastki jag' shoxlarini osteotomiyasi usullaridan keng qo'llanilib kelinmokda. Soxta bo'g'im hosil qilish maqsadidagi, fragmentlar osteotomiyasi interpozitsiyasini ta'minlash uchun turli materiallardan foydalanilgan. Keyinchalik bu patologiyani davolash maqsadida auto- va allotransplantatlardan foydalanilgan yuqori effekt beruvchi transplantatlar qatoriga autosuyak (qovurg'alar) formalizatsiyalangan, mo'zlatilgan, liofilizirlangan, gamma-nurlangan suyaklar kiradi. Autotransplantatlarni yomon tomoni bemorga qo'shimcha jaroxat etkazish hisoblanadi, lekin autotransplantat to'qimalar qulay bo'lib, to'qimalar mos kelmasligi va VICH-infektsiyasi muammolarini keltirib chikarmaydi. Suyak plastinkasining omadsizlik darajasi turli mualliflar bo'yicha 13-49% atrofidadir. Oxirgi yillarda uglerodli kompozitlar (sintetik uglerodli ko'pik, ostek) organizm to'qimasiga indifferent bo'lgan metallar (titan va uning qotishmalari, tantal va boshqa biomaterialllar) asosidagi implantatlar ham keng qo'llanilmoqda.

Rossiyada TSNIIS va "Konmet" firmasi tomonidan chakka-pastki jag' bugimining yarim bugim endo-protezlar, uning fiksatsiyasi uchun ishlatiladigan shuruplar va asboblari maxsus titandan evropa standartlariga asoslangan xolda ishlab chikariladi.

Endoprotezning 1-varianti pastki jag'ning bo'g'im o'sig'i va uning bo'yin qismini anatomik ko'rinishini takrorlab P-simon perforatsiyalangan plastinkaga o'tadi. Uning tashqi tomoni ichki tomonidan 0,8 smga kengroq, plastinkalar orasidagi kenglik esa 0,4 smni tashkil etadi. Plastinka uzunligi operatsiya paytida individual tanlanadi. Materialning ortiqcha qismi metall kaychi bilan kesib tashlanadi. Keyin plastinkani

olmos disk bilan kayta ishlab, polirovkalab, yana kayta sterilizatsiyalanadi. Plastinkadagi perforatsiyalangan teshik diametri mini-plastinkali osteosintezda ishlatiluvchi, "Konmet" firmasi vinti diametriga mos keladi.

Ikkinchi variantdagi endoprotez bo'g'im o'sig'ining boshchasi 0,8 sm diametrlil shars shaklida bo'lib, egilgan anatomik bo'yinchaga ega, u 1 mm qalinlikdagi tur shaklli 2ta teshik erdamida endoprotezni jag'ning suyak o'sig'iga fiksatsiyalanadi. 1-variantdan farq qilib 2-variant endoprotezda boshcha shakli o'zgartirilgan.

CHPJB ankilozi bilan kasallangan bemorlarda soxta bo'g'im xosil qiluvchi endoprotezlarni xirurgik qo'llash quyidagilardan iborat. Umumiy og'riqsizlantirib (intubatsiyali) burun soha orqali egilgan pastki jag' burchagiga teri kesimi o'tkazilib to'qimalarni suyakka qavatma-qavat ochib, chaynov va medial kanotsimon mushaklarni birikish joyidan kesib tashlanadi, pastki jag' shoxi bo'ylab, uning chakka suyagiga birikish joyigacha skeletsiyalanadi. Keyin tasnifi o'sig'i bilan tepani osteotomiya qilish imkoniyatiga ega bo'lish uchun pastki jag'da yarimoysimon kesmadan pastrok qilib gorizontall osteotomiya bajariladi. V.A.Seshkin (1996 y) bo'g'im uyig'idagi kotlomer o'zgargan to'qimalarni amaliyotda jag' osti kesmada olib tashlab, bo'g'im uyig'ini xosil qilib bo'lmaydi deb hisoblaydi. Buning uchun shu sohada ko'shimcha 5 sm uzunlikda kesma o'tkaziladi. To'qimalarni qavatma-qavat ochib, o'tmas va o'tkir yo'l bilan yonoq yoyiga o'tiladi, eshituv yo'li yunalishi proektsiyasiga asoslanib, bo'g'im uyigi va bo'g'im dumbog'i topiladi. YU.I. CHergeshtov (1996y) faqatgina jag' osti kesmadan foydalanib, uni muguzli o'zgargan to'qimalarni yuqotib bo'g'im uyig'i xosil qilish uchun etarli yo'l deb hisoblaydi. Bo'g'im dumbog'iga orientirlanib, bormashina yordamida bo'g'im sohasida konglomerati osteotomiyasi o'tkaziladi. Osteotomiyalangan to'qima konglomeratini jag' osti sohadagi jarohatdan olib tashlanadi. Keyin bo'g'im uyig'i shakllantirib, pastki jag'ning o'tkir suyak kirralari silliqiladi. Agar jarayonga 2chi bo'g'im xam jalb etilgan bo'lsa, operatsiyani analogik ravishda 2la tomondan bajarilib, keyin og'iz ochilgan holatda pastki jag'ning xarakat xajmi tekshiriladi. Markaziy okklyziya holatidagi prikusda tishlarni o'zaro munosabati tekshiriladi. Agar jarayon bir tomonlama bo'lib, pastki jag' deformatsiyalangan bo'lsa, tishlarni keyinchalik protezlashga qulay holatda joylashtiriladi. Jag' osti kesmasi sohasidan bo'g'im o'sig'i endoprotezi qiritilib, uning boshchasini shakllantirilgan bo'g'im uyig'iga fiksatsiyalanadi. P-simon plastinkali protezni pastki jag' shoxi orqa kirrasi tomon surib, suyakka zich jiplashuvi uchun moslashtirib, P-simon plastinkaning peroratsiyalanganva suyakda sverlo bilan xosil qilingan teshigidan o'tuvchi vint bilan fiksatsiyalanadi. Fiksatsiya uchun miniplastinkali osteosintezda ishlatuvchi "Konmet" firmasi tomonidan ishlab chiqilgan vint va sverlodan foydalaniladi. endoprotez fiksatsiyasidan so'ng, pastki jag' xarakat xajim aniqlanadi. Jarohatni qavatma-qavat, quloq oldi sohadan boshlab tiqiladi. "Konmet" firmasi implantatlari CHPJB ankilozining xam bir tomonlama ankiloz turlarida birdek yaxshi effekt beradi.

Interaktiv metod: «Klaster»

TESTLAR:

1. CHPJB ankilozining ko'p uchraydigan sababi.

1. bo'g'im o'sig'i travmasi
2. g'altaksimon o'siq osteomieliti.
3. o'rta quloqdagi yallig'lanish jarayonlari.
4. xar xil etiologiyali artrit.
5. jag'ning xar xil deformatsiyalari.

2. Suyak ankilozi ko'pincha rivojlanadi.

1. bolalik va o'smirlik yoshlarida.
2. homila ichida
3. balog'at yoshida

4. qarilik yoshida.
5. yoshga bog'liklik yo`q.
3. CHPJB ankilozi rivojlanishi sababi bo`lishi mumkin.
 1. artrit
 2. o`sma kelib chiqishi.
 3. mastoidit
 4. quloqoldi gipergidozi.
 5. quloqoldi-chaynov sohasi tsellyuliti.
4. CHPJB suyak ankilozini davolash.
 1. artroplastika
 2. fizioterapiya
 3. redressatsiya
 4. bo`g`imga gormon kiritish
 5. mexanoterapiya.
5. Ankilozlarni davolashda Filatov bandini material sifatida qo`llagan muallif:
 1. Limberg.A.A
 2. Ionnadis G.P
 3. L`vov P.P
 4. Bernadskiy YU.I
 5. Kasparova N.N

Vaziyatli masalalar:

1. Jarrohlik stomatologiya bo`limiga bemor bir yil oldin yarali nekrotik stomatit o`tkazganidan keyin og`iz ochilishini chegaralanishidan shikoyat qilib keldi. Og`iz ochilishi ko`rilganida 0,5sm. Lunj shilliq qavati sohasi pal`patsisida chandiqliq retromolyar sohasigacha boradi va og`riqsiz, notekis yuzali, o`lchamli 5,0x6,0 sm
 1. Diaqnoz qo`ying
 2. Kasallik natijasida o`zgargan to`qima nomini ayting
 3. Davolash rejasini tuzing
2. Bemor 22 yoshda shikoyati og`iz ocha olmasligi, yuz deformatsiyasi. Anamnezidan 8yoshida daxan sohasidan travma olgan. Vaqt o`tishi bilan og`iz ochilishi chegaralanana borgan, daxan chap tomonga siljigan. Daxan chap tomonga siljishi tashqi tomondan ko`rilganda yuz simmetriyasi buzilishiga olib kelgan. Lunj sohasida o`ng tomon zichlashgan, chap tomon yumaloqroq. Og`iz ochilishi 0.5 sm. Bo`g`im boshchasi xarakati chappga xarakatlanmaydi. Pastki jag` o`rta chizig`i chappga 1.2 sm siljigan. YUqori jag` tishlari elpigichsimon oldinga siljigan.
 1. Taxminiy diaqnoz qo`yish
 2. YAkuniy diaqnoz qo`yish uchun qanday qo`shimcha tekshiruv o`tkazish kerak.

Javob

1. CHPJB ankiloz
 2. Rentgenologik tekshiruv
 3. Bemor 23 yoshida klinik – rentgenologik tekshiruvda o`ng tomon CHPJB ankilozi diaqnozi qo`yilgan. Kasallik 3 yil oldin olingan travma natijasida rivojlangan, pastki jag` bo`g`im boshchasi yuqori sinishi aniqlangan. Tigershdedt shina yordamida ortopedik davo o`tkazilgan.
- G.P.Ioannidis operatsiyasini qadamma-qadam o`tkazish.

Javob

- 1.Bo`g'im boshchasini kesish
2. Konglomeratni olib tashlash
3. Jag'larni shinalar yordamida fiksatsiyalash
- 4.Qovurg'a suyagi bilan plastika.

Tarqatma materiallar

- 1 Studentlarni bilim darajasini tekshiruvchi nazorat savollari
- 2 Situatsion masalalar
- 3 1 darajali murakkab testlar
- 4 2darajali murakkab testlar

Tavsiya etiladigan adabiyot

- asosiy

1. Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii chelyustno-litsevoy xirurgii pod redaktsiey V.M.Bezrukova, T.G. Robustovoy tom 1, 2000 g., str 599.
2. Uchebnik «Xirurgicheskaya stomatologiya» pod redaktsiey T.G.Robustovoy, M.Medgiz 2000, S.488-490, 491-493

- qo`shimcha

1. SHteynberg- «Nevralgiya troynichnogo nerva».
2. Karlov -«Litsevie boli».
3. YU.I.Bernadskiy «Travmatologiya i vosstanovitel'naya xirurgiya CHLO».-1999.-S.257-264.

Inter sayt: www.dental-parad.ru stomatology.tihe.uz

MAVZU 27

PASTKI JAG' KONTRAKTURASI. KLINIKASI VA TASHXISLASH. XIRURGIK DAVOLASH PRINTSIPLARI

Mavzu bo`yicha o`quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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 asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muhokama 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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollari

1. Kontraktura sabablari
2. Trizm va uning sabablari
3. CHandiqli kontraktura va uning sabalari
4. YAllig'lanish xarakteridagi kontrakturani davolash printsiplari
5. CHandiqli kontrakturani davolash printsiplari

Nazariy qism

YAllig'lanish kontrakturalari og'riqsizlantirishda yoki pastki jag'ni bo'g'im sohasi yaqinidagi yallig'lanish jarayonlarida yuz berishi mumkin.

YAllig'lanish kontrakturalarini 3ta darajasi farqlanadi. Birincha darajada og'iz ochilishi chegaralanishi uncha rivojlanmagan bo'ladi va pastki va yuqorigi markaziy tishlar oraligi 3-4 sm ni tashkil etadi, ikkinchi darajada og'iz ochilishini chegaralanishi 1,5 sm atrofida bo'ladi, uchinchi darajada esa og'iz ochilishini chegaralanishi 1 sm va undan xam kam bo'lishi mumkin.

Davolash yallig'lanish o'chog'ini yuqotishga karatilgan, o'zok davom etgan (2 haftadan oshiq), trizmda – fizioterapiya va davolash mashklari tavsia qilinadi.

CHandiqli kontraktura – pastki jag'ni urab turgan to'qimani chandiqli o'zgarishidan kelib chikadi. Bu og'iz bushligining yarali nekrotik jarayonlarida kuzatiladi (skarlatina asoratlaridan keyin, tifdan keyin, yurak qon tomir dekompensatsiya bosqichida, ximik va termik qo'yishlarda, travmalarda, jarohatlarni ikkilamchi bitishida).

Kontrakturani dermatogen, desmogen, miogen, mukozogen va suyak kontrakturalari farqlanadi.

Davolash chandiqli joylashish joyi va jarayonning davomiyligiga bog'liq bo'ladi. Qonservativ davo jarayon 6- 12 oylik muddatlarda samarador hisoblanadi. Boshqa xollarda jarrohlik aralashuvi qilinadi. Bunda chandiqli to'qima olib tashlanadi va o'rni boshqa to'qima bilan almashtiriladi. Bunning uchun plastikaniturlu usullarni foydalaniladi.

Og'riqli disfunktsiya sindromi. Bu ko'pgina bemorlarda kuzatiladigan holat hisoblanadi. 95% bemorlarda kuzatiladi. Buzilish CHPJB nerv-mushak tizimidagi o'zgarishlar bilan xarakterlanadi. Sabab prikusni buzilishi (parodontit, parodontoz, tishlarni patologik emirilishi), tishlarni olinganligi va tishlarni protezlanishi bo'lishi mumkin. Prikusni buzilishi chaynov mushaklarining diskoordinatsiyasini, asinxrologiga olib keladi. Mushaklarning asinxron qisqarishi bo'g'im o'simtami va bo'g'im diski orasidagi mutanosiblikni buzilishiga olib keladi. CHPJB og'riqli disfunktsiya sindromi bruksizmga olib keladi.

Ayrim paytlarda chaynov mushaklarini gipertonusida xam ushbu sindrom kuzatiladi. Bu ruxiy va nevrogen faktorlar bilan xam bog'liq bo'lishi mumkin. Bu prikus normal holatida xam yuz berishi mumkin.

Klinikasi – chakka, bo'yin va umurtqa sohalariga irradiatsiya qiluvchi og'riq, og'iz ochilishini chegaralanishi, og'iz ochilishi yoki yopilishida pastki jag'ni "S"simon shaklda og'izni usha tomonga qiyshayib qolishi. Ayrim holatlarda quloqlarda shovkin, krepitatsiya va qisirlash kuzatiladi. Differentsal diagnostika – artritdan, bo'yin osteoxondrozidan va uchlamchi nerv nevralfiyasidan qilinishi lozim

Jadval 19.2 CHPJB ankiloz pastki jag' kontrakturasi differentsial diagnostikasi belgilari va diskini oldingi tug'rilab bo'lmaydigan siljishi

Simptom	Pastki jag' chandiqli kontrakturasi	CHPJB ankiloz	CHPJB disfunktsiyasi
Jag' to'g'ri holati	Kuzatuvda	Kuzatuvda	Og'iz ochilishi chegaralangan
Pastki jag'ni yon	Ikki tomonda	Ikki tomonlama ankiloz	Ikki tomonlama xarakat bo'lishi

xarakati	bo'lishi mumkin	mavjud emas yoki fakat chegaralangan. Jarohatlangan tomon bir tomonlama siljishi bo'ladi.	mumkin
Bo'g'im boshchasini asta sekin xarakati	Kuzatuvda	Fibroz ankilozda mavjud, suyakli ankilozda mavjud emas	mavjud emas
Assimetriya	mavjud emas yoki juda kam uchraydi	Bolalar yoshida ankiloz rivojlanadi. Pastki jag jarohatlangan tomonga rivojlanmaydi. Odatda mavjud emas	Odatda mavjud emas
Yuz to'qimasi defekti	Kuzatilishi mumkin	mavjud emas	Odatda mavjud emas
Ogiz bo'shlig'i chandiqli o'zgarishi	Kam kuzatiladi	Ankiloz rivojlanishi bolalarda pastki jag' rivojlanmasligi kuzatiladi	mavjud emas
Prikus o'zgarishi	Odatda mavjud emas	Bugim boshchasi deformatsiyasi, suyak massivlari mavjudligi, rentgenda bo'g'im yorig'i ko'rinmasligi	Odatda mavjud emas
CHPJB elementlari o'zgarishi rentgenologik tekshiruvda aniqlanadi.	Odatda mavjud emas, boshchasi xarakatsiz	Bugim to'qimalari atrofida suyak tortmalari bulishi mumkin.	mavjud emas
Jag oldi tukimasi rentgenologik o'zgarishlari	Ossifitsirlangan miozit bo'lishi mumkin		
CHaynov mushaklarini bioelektik aktivligi	Ikki tomonga aktivlik pasayishi, jarohatlangan tomonga ko'proq	Ikki tomonla aktiv pasayishi. Bir tomonlama jarayonda zararlangan tomonga nisbatan sog'lom tomonga faollikni oshishi.	mavjud emas

	ifodalangan.		
--	---------------------	--	--

Interaktiv metod: «Akvarium»

TESTLAR:

1. CHandiqli kontrakturada bo`lishi mumkin emas:

- A. og'iz ochilishining chegaralinishi
- B. jag'lar deformatsiyasi
- V. nutqning buzilishi
- G. ovqat qabul qilishning buzilishi
- D. yuqori

2. CHandiqli kontraktura bo`lmaydi::

- A. Dermogen
- B. Miogen
- V. Suyakli
- G. Fibroz
- D. Gematogen

3. CHPJB kontrakturasini davosi:

- A. lazeroterapiya
- B. Mexanoterapiya
- V. Fizioterapiya
- G. LFK
- D. Xirurgik

4. CHandiqli kontraktura sababi bo`lmaydi:

- A. Parotit
- B. Noma
- V. Stomatit
- G. Skarlatina
- D. Jaroxat

5. CHandiqli kontraktura sababi bo`lmaydi:

- A. Noma
- B. Stomatit
- V. Jarohat

G.Parotit

D.Mediastenit

1)AV 2)BG 3)GD 4)AD

6. CHandiqli kontraktura davolanadi:

A.Fizioterapiya

B.Davo jismoniy tarbiya

V.Fizioterapiya

G.CHandiqlarni olib tashlash

D.Boshqa to`qima bilan to`ldirish

1)AG 2)AB 3)BV 4)GD

Vaziyatli masalalar:

Jarrohlik stomatologiya bo`limiga bemor bir yil oldin yarali nekrotik stomatit o`tkazganidan keyin og`iz ochilishini chegaralanishidan shikoyat qilib keldi. Og`iz ochilishi ko`rilganida 0,5sm. Lunj shilliq qavati sohasi pal`patsisida chandiqli retromolyar sohasigacha boradi va og`riqsiz, notekis yuzali, o`lchamli 5,0x6,0sm

1. Diaqnoz qo`ying
2. Kasallik natijasida o`zgargan to`qima nomini ayting
3. Davolash rejasini tuzing

Tavsiya etiladigan adabiyot

- asosiy

1. Rukovodstvo po xirurgicheskoj stomatologii chelyustno-litsevoj xirurgii pod redaktsiej V.M.Bezrukova, T.G. Robustovoy tom 1, 2000 g., str 599.
2. Uchebnik «Xirurgicheskaya stomatologiya» pod redaktsiej T.G.Robustovoy, M.Medgiz 2000, S.488-490, 491-493

- qo`shimcha

1. SHteynberg- «Nevralgiya troynichnogo nerva».
2. Karlov -«Litsevie boli».
3. YU.I.Bernadskiy «Travmatologiya i vosstanovitel`naya xirurgiya CHLO».-1999.-S.257-264.

Inter sayt: www.dental-parad.ru stomatology.tihe.uz

**SUYAK PLASTIKASI. TRANSPLANTAT TURLARI. XIRURGIK DAVOLASH USULLARI
PRINTSIPLARI**

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiylariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
40-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa		
Jami		6 soat

NAZORAT SAVOLLARI.

1. Jag' nuqsoni bo'lgan bemorlarni tekshirish usullari.
2. Nuqsonlarni klinik namoyon bo'lishi.
3. Anatomik va funktsional bo'zishlar.
4. bemorlarni plastikaga tayyorlash.
5. Autotransplantat bilan plastika qilish.
6. Allotransplantat bilan plastika qilish..
7. Implantatlar bilan plastika qilish..

Jag'larni plastikasidan keyin kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlar

Nazariy qism

Pastki jag'dagi suyak-plastik operatsiyasi XIX asrdan boshlab qo'llanilgan. 1-bosqichda pastki jag' kirrasidan va kushni sohalardan olingan suyak autotransplantati pastki jag' nuqsonining uzun ozuqlantiruvchi oyoqchalariga o'tkazilgan. Uni suyak transplantati bilan birikkan teri-mushak laxtagi bilan qoplashgan. Bunday operatsiyani birinchi marta A. Bardenhener (1892y) bajargan. U sarkoma rezektsiyasidan keyin xosil bo'lgan pastki jag' defektini peshona sohadan olingan suyak transplantati bilan tiklagan. SHu vaqtning o'zida A.Wildt (1892) pastki jag' osteoplastikasida yumshoq to'qimali oyoqchali o'mrov suyagidan olingan transplantat ishlab chiqqan; operatsiya natijasi aniq emas. A.Wolfler (1892) pastki jag' nuqsonida uzun oyoqchali kurak transplantatidan foydalangan. Bunda transplantat nekrozga uchrab, olib tashlangan. Pastki jag' o'zuqsizligini tiklashga erishilmadi. Keyinchalik pastki jag' nuqsoni operatsiyalaridan keyingi asorat bo'lgan suyaklar uzluksizligini tiklashda pastki jag'dan olingan transplantatlardan foydalanilgan (D'yakonov P.I, 1897; Deshin.A.A, 1897; Bardenhener, 1896; Kranse, 1904).

XX asr boshida pastki jag' autoplastikasi yangi yunalish ochdi: bunda pastki jag' nuqsonida erkin suyak ko'chirish usulini qo'llash mumkinligi isbotlandi. V.I. Zver'kov 1900 yilda aseptik sharoitda engak sohadagi nuqsonni karama-karshi tomondan arralab olingan 4sm uzunlikdagi autotransplantat bilan davoladi. Natija 11 yil davomida kuzatilib, yaxshi natija berdi. V. M. Zikovning "ikkilamchi" osteoplastinkani ishlab chiqqanligi, operatsion soha va transplantatning aseptikasiga kat'iy e'tibor berganligi aloxida axamiyat kasb etadi. Bundan keyin ba'zi xirurglar pastki jag' ikkilamchi suyak autoplastikasida katta boldir va kovurg'a suyaklaridan olingan transplantatlarni erkin o'tkazishga erishdilar. Birlamchi plastikasida yiringlash va itarib chiqarish natijasida xech kim yaxshi natijaga erisha olmadi. Bundan, jag' suyagi erkin autoplastikasini faqat ikkilamchi qo'llash lozim degan xulosaga kelindi. Bunda autoplastika uchun kovurg'a va umurtka suyagining kirralari sinig'i immobilizatsiyasi va xalkasimon ishtilishi katta axamiyat kasb etadi.

Osteoplastining bu davri 25 yilni o'z ichiga oladi. Pastki jag' suyak plastikasida autogen transplantatlar 2 usulda qo'llanilgan suyakni bir vaqtda erkin o'rnatish va biologik tayorlanilgan transplantatni 2 bosqichda o'rnatish. Pastki jag' suyak plastikasi rivojlanishida S.S.Tigershtedtning (1916) keyinchalik malakalashtirilgan, tish usti alyuminli shinalar bo'lagidan fiksatsiyalashda foydalanish xakidagi taklifi katta natija berdi. (Limberg A.A. 1923; Vankevich M. M. 1924; Rauer A.E. 1932).

Pastki jag' suyak plastikasi eng rivojlanish davri. Buyuk Jaxon Urishi va urushdan keyingi yillarga to'g'ri keladi. Turli payatlangan va shtampovkalanagan laborator shinalarni, olib qo'yuvchi yuqori jag' shinalari paydo bo'lishi Vankevichga (1945) operatsiya natijalarni yaxshilashga imkon berdi. Bundan keyin, bora-bora modifikatsiyalangan (Bernadskiy YU.I, 1957; Zbarj YA.I. 1957; Uvarov V.I. 1958) og'iz tashqari apparatlar keng tarqala boshladi. Bundan tashqari bo'laklar fiksatsiyasi uchun suyak plastinkalari ishlab chiqildi (Pavlov. B. L, 1959). Pastki jag' bo'laklarini fiksatsiyasining zamonaviy usullarini kelib chiqishi plastikasini soddalashtirishga va transplantatni funktsional nagruzkadan kimirlamasligiga, yaxshi natija olishga imkon berdi. Autokovurg'alardan foydalanishga xam imkon yaratdi. Musbat natijalar 90% dan ortiq holatlarda kuzatildi. Lekin autokovurg'ani olish bilan bog'lik asoratlarni (pnevmo va gemotoraks), ma'lum vaqtdan keyin autotransplantatning sinishi tarqatish o'zgartirishga majbur qildi.

A.I. Evdokimov (1950), N.I.Mixel'son, A.E.Rauer, T.Blocker, L.Weis (1946) pastki jag' nuqsoni tiklashdir umurtka suyagining (kirrasi) tojidan olingan transplantatdan foydalanganlar. Keyinchalik erkin autoosteoplastikada turli avtorlar kiritgan autotransplantatlar fakatgina shakli va kattaligi jihatidagina farq qildi. Oxirgi yillarda pastki jag' nuqsonini o'zgartirishda erkin autotransplantat sifatida bosh chanog'i xosilalaridan foydalanila boshlandi. Koplovchi suyak boshqa transplantatlarga nisbatan past darajada rezorbtsiya xususiyatiga ega, ularni o'tkazish ko'p xollarda musbat natija beradi. Pastki jag' asosiy autoplastikasi usuli analizlari barcha autotransplantatlarning musbat osteoplastik xususiyatiga qaramay qator kamchiliklarga ega:

- 3) Transplantat olish ko'shimcha shikast yetkazadi;
- 4) Xar doim xam kerakli shakldagi transplantat olishga va ijobiy estetik natijaga erishilavermaydi.

XX asr boshida pastki jag' nuqsonini o'zgartirishda qator mualliflar tomonidan sog'lom odamdan olingan nodenaturatsiyalanuvchi suyak allotransplantatlari qo'llanildi. Lekin ko'pgina mamlakatlarda

suyak autotransplantatining o'rnatilishini 1-lamchi va 2-lamchi plastika usullarini qo'llanilishi yiringlash va itarib tashlash oqibatida musbat natija bermadi. Antibiotiklarni paydo bo'lishiga qaramay infeksiyaga karshi ishonchli vositalarni davomli kulay olmaslik natijasida yangi allotransplantatlarni qo'llash klinikada keng tarqala olmadi. Mualliflar alloplastikani rivojlanishiga to'qimalarni tayorlashsiz va ularni davomli konservatsiyasiz erishib bo'lmaydi deb ta'kidlaydilar. 1951 yildan boshlab yuz-jag' sohasi xirurgiyasida liofilizatsiya usulida konservatsiyalangan allotransplantatlar qo'llanildi. Liofilizatsiyalangan suyak to'qimasi bilan radikulyar kistalar, retinirlangan tishlarni olib tashlangandan keyingi bo'shliq nuqsonlari davolandi. Bu holatlarda maydalangan transplantatlar qo'llash kulay, chunki suyak to'qimasi regeneratsiyasi, transplantatning yangi xosil bo'lgan suyakka surilishi retsipientning qabul kiruvchi suyak sohada va u yerdagi yumshoq to'qimada qon tomirlarning rivojlanish tezligiga bog'lik. Kontakt yuza qanchalik katta bo'lsa, bu jaraen shunchalik intensiv kechadi. YUqori osteogenetik xususiyatga kukun xoligacha (suyak uni) maydalangan transplantatlar ega. N.K. Zagublyukning (1979) takidlashicha bu turdagi jarrohlikdagi manfiy natijalar 10% ni tashkil etadi. Suyak uni yaxshi osteogenetikxususiyatga ega bo'lishiga qaramay, undan faqat suyak bo'shlig'ini to'ldirishda qo'llaniladi, lekin bunday materialga kerakli shakl berish qiyin hisoblanadi. Mualliflar transplantat uchun suyakning kortikal qavat va g'ovak qavatidan birdek foydalanganlar. I.A.Plotnikov boshchiligidagi o'tkazilgan eksperimental izlanishlar va olingan liofilizatsiyalangan ortodonik transplantatlarning yaxshi plastik xususiyatlari aniqlandi. Ular pastki jag'dagi kupol nuksonlar va CHPJB artroplastikasida yagona plastik materiallar hisoblanadilar. P.V. Naumov (1965), A.A. Kolesov (1972), N.K. Zagubelyuk (1971), V.I. Po'zanov (1973), Mellonigh.J (1976)larning takidlashlaricha 90% holatlarda yaxshi funktsional va estetik natijalarga erishildi.

Bioplastik materiallarning olinishi, sterilizatsiyasi, liofilizatsiyasi, saqlanishi va transportirovkasining turli usullari taklif etilgan. Pastki jag' nuqsonini to'ldirishni turli kenglikdagi va lokalizatsiyalangan liofilizatsiyalangan allotransplantatlarni qo'llashni birlamchi va ikkilamchi yangi usullari ishlab chiqilgan. Bu izlanishlarga ko'ra transplantatning biologik strukturasi va bir tipligi regeneratni rivojlanishiga imkon beradi. V.I. Govallo (1979) transplantatning vaskulyarizatsiyasi suyakni orto eki geterotopik o'rnatilganligiga bog'lik emas. A.A.Kolesov (1980) takidlashicha ortodonik transplantatlar kichik yoshdagi bolalarning jag' nuqsonida qo'llashga kam yarakli, chunki transplantatni modelirovkasi uning mexanik chidamliligini buzadi, bu uni erta va notekis rezorbtsiyasiga va regeneratni to'lakonli rivojlana olmasligiga olib keladi. Yetilgan liofilizatsiyalangan suyakni allotransplantat sifatida qo'llash tajribasi kam sonda bo'lsa xam transplantatni itarib chiqarishga sabab bo'ladi. Yetilgan liofilizatsiyalangan suyak transplantatning ikkilamchi katta joylashuvi uzoq kechadi (6 oydan 1,5 yilgacha). SHuning uchun organizmda qisqa muddatda utilizatsiyalanuvchi va suyak organik strukturasi birlamchi tiklanishini ta'minlovchi material topish muxim masala hisoblanadi. Jag' nuqsonini tiklash muammosini echishning boshqa intensiv yunalishi brefosuyak plastikasidir. Ma'lumki, embrional to'qimalar regeneratsiya jarayonini yuqori stimullash xususiyatiga ega, ularda ifodalangan antigenlik xususiyati yo'q bo'lib, va qayta tiklanish paytida suyak autotransplantatga almashinmaydi.

Stomatologiyada xomila suyagi kistalarni olib tashlangandan keyingi suyak bo'shliqlarini to'ldirishda, al'veolyar o'siq va jag' tanasi nuqsoni plastikasi, jag' singanda osteogenezni stimullashda qo'llaniladi. Lekin transplantatsiyada qo'llaniluvchi xomilaning kichik uzunlikdagi naysimon suyagini jag'ning katta xajmdagi nuqsonini tiklashda ishlatish bir oz qiyinlik tug'diradi. Brefosuyakdan olingan transplantatning antigenlik xususiyati xomilaning muddatiga bog'lik, chunki embrion suyagida suvda eruvchi oksillar-antigenlar katta eshdagilarga karaganda ko'proq bo'lib, erta embrional davrida olingan to'qimalar juda tez suriladi.(Okulova.A.N. 1961). SHuning uchun bu xususiyat transplantatsion materialni qo'llash imkoniyatini cheklaydi.

Xirurgik stomatologiya amaliyotida formalinizatsiyalangan transplantatlar keng qo'llaniladi. N.N.Bajanov va G.P.Ter-Asaturov (1979), P.G.Sisolyatin (1979) lar bu turdagi transplantatlarni osteomielit va boshqa infeksiya tushishiga moyil joylardagi yuzaga keluvchi nuqsonlarni tiklashda ishlatilishini takidlaydilar. Bunda formalinning antimikrob xususiyati muxim rol' uynaydi.

Boshqa mualliflar (Panikarovskiy V.V. 1983) esa, xozirgi kunda formalinizatsiyalangan transplantatlarni ishlatish faqatgina tarixiy axamiyatga ega deb, bu transplantatlar retsipient organizmida

aks immun reaksiyalarni chakiradi deb hisoblaydilar. N.A. Plotnikov (1979) ma'lumotiga ko'ra, formalinizatsiyalangan transplantat operatsiyasidan keyingi dastlabki davrda yumshoq to'qimada kuchli shish kuzatiladi. YUqorida keltirilgan usullarda tayyorlangan transplantatlar total defektlarda kipik ko'rinishida, suyak bo'shliqlarini plombalashda samarali qo'llaniladi. Ularni al'veolyar o'siq kontur plastikasida qo'llash chegaralangan, chunki unga kerakli shakl berish qiyin hisoblanadi.

Stomatologiyada dekal'tsinirlangan suyak matriksini qo'llash imkoniyatini Vinnikov N.I (1981) isbotlagan va u bu material bilan suyak bo'shlig'ini plombalashda yaxshi osteogenetik effektga ega bo'lgan. Undan tashqari Milier va Emminga (1979) lar dekal'tsinirlangan matriksdan al'veolyar o'siq plastikasida samarali foydalanganlar.

Ksenotransplantatsiya - to'qimalarni xayvondan odamga o'tkazish, ya'ni kuchukdan, kuendan. Bu usul bemorni ko'shimcha shikastlanishdan (operatsiyadan) xalos etadi. Lekin ksenotransplantantatsiyadan keng foydalanish yo'lidan materialning biologik nomutanosibliigi sababli voz kechishga to'g'ri keldi. Suyak konservatsiyasining ko'pgina turlari transplantatga uning retsipient organizmi bilan nomutanosibliгинi oldini olish xususiyatini bera olmaydi.

Allotransplantatsiya - to'qimani bir turdagi organizmlardan ammo genetik farq qiluvchi boshqa organizmga o'tkazish (odamdan odamga). Xozirgi kunda suyak to'qimasi konservatsiyasining turli xil usullari qo'llanilmokda, turli xaroratli rejimda muzlatish, liofilizatsiya, ximik agentlar bilan ishlov, parafinda saqlash, poliefir smolada saqlash va boshqalar. Keltirilgan xar bir usul afzalliklar va kamchiliklarga xam ega. Eksperimental izlanishlar va klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, ikkilamchi suyak plastikasi maksadida, muzlatilgan konservantlarni pastki jag'ni 2sm dan ortik nuqsonida qo'llash mumkin emas. Liofilizatsiyalangan transplantatlarni 4sm dan ortik uzunlikdagi defektga autosuyaksiz qo'llash xar doim xam to'lakonli regenerat rivojlanishga olib kelmaydi, ba'zida o'tkazilgan suyakni to'liq rezorbtsiyasi kuzatiladi. 0,5% li formalin eritmasida konservatsiyalangan suyak transplantatlari ko'pincha kuchli shish asoratini berib, ko'p xollarda organizmda yot tana sifatida qoladi yoki ma'lum bir vaqtdan keyin o'rin bosar regenerat xosil qilmay surilib ketadi. SHunga qaramay qator mualliflar yuz suyagi to'qimasidagi tiklovchi va rekonstruktiv operatsiyalarida turli usullarda tayyorlangan transplantatlardan foydalanishni afzal ko'radilar. Bunda yaxshi klinik va kosmetik natijaga erishiladi.

AUTOTRANSPLANTATLI SUYAK PLASTIKASI:

Pastki jag' autoosteoplastika usuli puxta ishlab chiqilgan va u keng qo'llaniladi, chunki u maxsus kurilmalar, kopservatsiyalovchi vositalar talab etmaydi, ko'pgina xollarda musbat natija beradi. 20-50 yillardan farqli ravishda xozirgi davrdagi pastki jag' autoplastikasi kat'iy talabi suyak bo'laklarini transplantatga nisbatan mustaxkam fiksatsiyalanishidir. Jag' bo'laklarining mavjud fiksatsiya usullarini 2 guruhga ajratish mumkin: og'iz ichi (tish usti, tish usti-milk, suyak ust iva og'iz tashqari (tashqari fiksatsiya uchun muljallangan suyak usti, tashqi mujallarsiz suyak usti, suyak ichi).

Oxirgi vaqtlarda Vankevich, YAdrov, Betel'man, Porta shinalari, shuningdek bu apparatlarning modifikatsiyalari kam ishlatiladi. Pastki jag' bo'laklarini ushlab maqsadida Tigershtedt tish usti shinalari ishlatiladi. Xozirgi kunda suyak usti fiksatsiyasi uchuntitanli miniplastinalar keng qo'llanilib, ular chet elda bundan 20 yil oldin ishlab chiqilgan. Xirurglarni titanli mini-plastinaga ega bo'lishi, suyak bo'laklarini chok bilan fiksatsiyalashdan xalos etdi. Bu bilan suyak plastikasi samarasi sezilarli ortdi. Operatsiyani 2 guruh xirurglar amalga oshiradi: bir guruhi pastki jag' nuqsoni sohasida qabul qiluvchi joyni tayorlasa, 2chi guruhi kovurg'a, umurtka suyagi kirrasi va boshqa sohalardan transplantat olib, tayyorlab, shu sohxa jarohatini tikish bilan shugullanadi. Qabul qiluvchi sohani to'g'ri tayyorlash operatsiya samarasini belgilaydi. Jarohatni iloji boricha o'lgan va chandiqlangan to'qimadan, yot tanalar va sklerozlangan suyak to'qimadan maksimal darajada tozalash lozim. Bunda qon tomir bilan yaxshi ta'minlangan to'qimani kerakli xajmda saqlab qolishi kerak, u transplantatni qoplash, sohani og'iz bo'shlig'idan izolyatsiyalash uchun kerak bo'ladi. Buni jag' rezektsiyasi va osteoplastika bir vaqtning o'zida bajarilganda qilinadi. Og'iz bo'shlig'idan izolyatsiyalash uchun shilliq qavatga 1 qator chok, shilliq osti yumshoq to'qimaga minimum 1-2 qator chok qo'yiladi. Pastki jag' fragmentlari rezektsiyasidan so'ng, bo'laklar to'g'ri yunalishda (pastki jag' tish yoyi bo'ylab) fiksatsiyalanadi. Transplantat uzunligi chizgich yordamida aniqlanadi. Suyakli autoplastik material nuqson shakli va

uzunligiga karab tanlanadi. engak soha plastikasi uchun yonbosh suyagi kirrasi, pastki jag' tanasi uchun umurtka suyagi kirrasining to'g'ri sohasi, kovurg'a yoki kala chanog'idan olishgan transplantat, pastki jag' shoxi va burchagi uchun yonbosh suyagi qanoti va kirrasi, kala chanog'i xosilasi foydalaniladi.

BUTUN KOVURG'ADAN TRANSPLANTAT OLISH:

operatsiyani umumiy anesteziya bilan bajariladi. Operatsion sohaga ishlov bergach kerakli kovurg'alar (VII – IX) yunalishi bo'ylab teri va teri osti kletchatkada yoysimon kesma o'tkaziladi. Teri kesmasi transplantatga nisbatan bir necha santimetr uzun qilib o'tkaziladi. Bu operatsiyaga engillik berib, tezlashtiradi. Kovurg'a tashqi yuzasidan jarohat uzunligida mushak va suyak usti parda kesiladi. Suyak usti parda va mushakni birgalikda respirator yordamida kovurg'alararo oralikka suriladi, bunda kovurg'a kirralari yumshoq to'qimasidan xalos etiladi.

Agar transplantat tog'ay bilan birga olinsa, sekinlik bilan 2-3 sm uzunlikdagi kovurg'a tog'ayi oldingi yuzasini mushak va tog'ay usti pardadan xalos etiladi va raspator erdamida kerakli uzunlikdagi tog'ay, tog'ay usti pardani va parietal plevrani zararlansdan asta-sekin ajratib olinadi. Keyin bormashina yordamida kovurg'ani orka tomonidan kesma xosil qilib, kesmani skal'pel' bilan kutarib, yumshok to'qimalarni tog'aydan butunlay ajratib, tog'ayning mos qismi olinadi. Qolgan kovurg'aning o'tkir kirralarini frez yoki kusachka bilan tishlab olib tashlanadi, bu bilan parietal

plevrani jaroxatlanishini oldi olinadi. Jarohat sohadan transplantat olingandan so'ng, operatsiyadan keyingi og'riq sindromini oldini olish uchun anestetik bilan kovurg'alararo blokada qilinadi. Jarohat old va orka qismlariga 24-48 soatga rezina nay qo'yiladi. Mushaklarga, teri va teri osti kletchatkalarga chok qo'yiladi.

Agar kovurg'ani faqat tashqi plastinkasi olish lozim bo'lsa, uni ochgandan so'ng diskli arra yordamida kovurg'ani yuqori va pastki kirrasi bo'ylab tashqi plastinkasi g'ovaksimon moddagacha arralanadi. Keyingi jaroxatni oldingi burchagiga 45 * burchak ostida kuyilgan osteotom erdamida kovurg'a doloto bilan urib, g'ovak moddagacha o'tiladi. Keyin ingichka tashqi kortikal plastinka kerakli uzunlikda ajratib olinadi. Suyakdagi o'tkir kirralar silliklanib, gemostaz qilinadi. Jarohat qavatma qavat tiqiladi.

YOnbosh suyagi qirrasidan transplantat olish:

Operatsiya umumiy anesteziya bilan bajariladi. Yonbosh suyagi kirrasi sohasida operatsion maydonga ishlov berilgach teri va teri osti kletchatka kesilib, bunda kerakli transplantat uzunligiga mos xolda jarohat xosil qilinadi. Kirrani yukori yuzasidan suyak usti pardani kesib, raspator bilan uni jarohatni 2,5-3,0 sm chuqurligiga ichki va tashki yuzaga suruladi. Transplantat pastki jag' tanasi uchun bo'lsa suyakni tekis sohasi tanlanib, diskli arra va frez bilan kerakli uzunlikda suyak fragmenti arralab olinadi. Keyin uzun ingichka doloto yordamida suyakni arralanmngan qismlari kesiladi. Frez bilan suyakni o'tkir kirralari silliklanadi, gemostaz (vosk erdamida) qilinib, jarohatni qavatma qavat tikilib, 24-48 soatga rezinali vipusnik qoldiriladi. Agart transplantat pastki jag' burchagi va shox qismi nuqsoni uchun bo'lsa, uni yonbosh suyagini kanotsimon qismiga o'tish joyidan shablon asosida, keragidan 1-1,5 sm uzunroq qilib olinadi.

Allotransplantat suyak plastikasi:

Oxirgi yillarda pastki jag' alloplastikasida o'lik pastki jag'idan olingan lifozirlangan allotransplantat aloxida o'rin egallaydi. Lifozirlangan plastik materialni xona xaroratida uzok muddat saqlash mumkin.

Liofilizatsiya usuli asosi oldin muzlatilgan to'qimani vakuum sharoitida suvdan sublimatsiya qilishdan iboratdir. To'qimani suvsizlantirishga, undagi va atrof muxitdagi suv pari konsentratsiyasini bir sharoitda ushlab turib erishiladi. Bu usulda to'qimani kurish bilan oksillar denaturatsiyasi oldi olinadi. To'qimada namlik qolib ketishi lifofiyakuritgich va apparaturaga bog'lik bo'lib, bu transplantat sifatiga va va operatsiya natijasiga etadi.

Pastki jag' nuqsonlarini tiklashda lifozirlangan suyakdan foydalanishni kliniko-ekspermental kuzatuvlarni N.A. Plotnikov olib borgan.

Pastki jag'da liofizirlangan allosuyak bilan plastika qilish:

Bu bir vaqtning o'zida xam pastki jag' rezektsiyasi va xam liofizirlangan alltransplantat bilan plastika qilishni o'z ichiga oladi. Agar jag' rezektsiyasi va ekzartikulyatsiyasi xavsiz o'smani olib tashlash munosabati bilan bajarilsa, unda o'sma jarayonidan zaralanmagan suyak usti parda va CHPJB meniski saqlab qolinadi. Xavfli o'smada bo'lsa butun suyak usti parda va u bilan birga regional limfatik tugunlar kushni yumshoq to'qimalar xam olib tashlanadi. Og'iz bo'hlig'ida xosil bo'lgan jarohatga kamida 2 qatorli ketgut bilan chok qo'yiladi. TSirkulyar arra, frez va doloto yordamida pastki jag'ning qolgan fragmentini tashki tomonidan (erkin qismlardan 1,5-2 sm uzunlikda) suyak plastikasi qon okish nuqtalarigacha kesib olinadi.

Pastki jag'ni liofilizatsiyalangan allotransplantat bilan ikkilamchi suyak plastikasi

Pastki jag'ning qisman nuqsonlarida suyak plastikasi sklerozlangan suyak oxirlarining tejamli rezektsiyasidan keyin o'tkaziladi. Ikkala fragmentning tashqi tomonida 1,5-2 sm li yarali maydonchalar xosil qilinadi. Qonli nuqtalar hosil bo'lganidan keyin suyak transplantati T harfi shaklida shakllantirilib suyak fragmentlari orasiga joylashtiriladi va shu bilan bir vaqtda hosil qilingan yarali maydonchalarga yotqiziladi. Bu bilan transplantat va retsipient suyagi o'rtasida kontakt hosil qilinadi, buning natijasida transplantat tezrok moslashib bitadi.

Osteomielit oqibatida hosil bo'lgan nuqsonda yumshoq to'qimalarning chandiqli o'zgarishlari kuzatiladi. Bunday xollarda chakka pastki jag' bo'g'imi uchun maydon hosil qilishda degenerativ qayta tiklangan bo'g'im diski olib tashlanadi, pastki jag' shoxini joylashtirish uchun esa chandiqli o'zgargan yumshok to'qimalarda tunnel' shakllantiriladi. Pastki jag' chuqurchasi va transplantat atrofida chandiqli o'zgargan to'qimalarning bo'lishi operatsiya texnikasini qiyinlashtiradi va bo'g'imning operatsiyadan keyingi funktsiyasida namoyon bo'ladi. Pastki jag' shoxi va bo'g'im o'sig'i nuqsonlarini tiklashda muallif pastki jag'dan (boshchasi bilan birga) tayyorlangan allotransplantat qo'llashni taklif etadi. Pastki jag' boshchasi yangi hosil qilingan bo'g'im bo'shlig'iga kiritiladi, transplantatning boshqa oxirini retsipient jag'ining fragmenti bilan "russskiy zamok" tipida biriktiriladi va chok bilan maxkamlanadi. Jaroxatni og'iz bo'shlig'i bilan aloqador bo'lib qolishini oldini olish kerak. Jarohatda 24 soatga chiqargich qoldiriladi. Bemorlarni operatsiyadan keyingi parvarishi Plotnikov bo'yicha alloosteoplastikaning ikkala variantida ham o'z ichiga og'iz bo'shlig'iga antiseptiklarning kuchsiz eritmaları bilan ishlov berish (irrigatsiya, artish), ratsional oziqlantirish, choklarning tashqi chizig'ini ifloslanishdan izolyatsiya qilish, ortopedik fiksatsiyalovchi moslamaning holatini nazorat qilish va boshqa muolajalarni o'z ichiga oladi. Birinchi qayta bog'lov operatsiyaning keyingi kuni o'tkaziladi. CHiqargich olib tashlanadi, choklar chizig'i va atrof teriga etil spirti bilan ishlov beriladi. Gematoma hosil bo'lganda 1-2 ta choklar olinib, yig'ilib qolgan qon chiqariladi, jaroxatga antibiotiklar yuboriladi va jaroxat yana 2-3 kunga drenajlanadi. Bundan keyin drenaj olinadi. CHoklar 7-8 kunda olinadi. Operatsiyadan keyin 7-10 kun davomida profilaktika maqsadida antibiotikterapiya o'tkaziladi, polivitaminlar buyuriladi. Bunday bemorlarga beriladigan oziq ovqat maxsulotlari qirg'ichdan o'tkazilgan yoki ezib tayyorlangan bo'lishi, energiya va vitaminlarga boy bo'lishi kerak. Bemorlarni poil'nik yordamida ovqatlantirish kerak. Simli tish usti shinalari qo'yilgan xollarda ularning holatini nazorat qilib turish kerak (ligaturalarni burab tortish, rezina xalqalarni almashtirib turish). Operatsiyadan 1-1,5 oy o'tgach shinalar echiladi, mexanoterapiya davomida pastki jag'ga tushadigan bosim sekin asta oshirib boriladi va qattiqroq ovqatlar buyuriladi.

Liofilizatsiyalangan allotransplantatlar bilan suyak plastikasi o'tkazilgandan keyin quyidagi asoratlar bo'lishi mumkin: 1) transplantatni so'rilib ketishi, uning o'rnini yangi hosil bo'lgan suyak bilan to'lmasligi; 2) yiringlashi; 3) soxta bo'g'im hosil bo'lishi; 4) jaroxatning tashqi tomondan choklar sohasida yuza yiringlashi.

Suyak plastikasi operatsiyalarida to'qimalarni mos kelmasligi bilan bog'liq bo'lmagan asoratlarni oldini olishda transplantatni shakli, sifati, konservatsiya usuli bo'yicha qat'iy differentsiatsiya bilan tanlash, aseptikaga rioya qilish, atrof to'qimalarga nisbatan ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lish, transplantat oxirlarini retsipient to'qimalari bilan mukammal biriktirish, konsolidatsiya hosil bo'lgunicha mukammal fiksatsiyalash va absolyut tinchlik holatini hosil qilish eng muxim shart sharoitlardir.

Liofilizatsiyalangan allo- va autotransplantatlardagi morfologik o'zgarishlar bir xil. Ular faqat transplantat o'rnini yangi hosil bo'lgan suyak bilan tiklanish tezligi va to'liqligi bilan farqlanadi. Autogen suyak to'qimasining qayta tiklanishi tezroq va to'liqroq bo'lib transplantatsiyadan keyin 16- haftada

tiklanish jarayoni tugaydi. Liofilizatsiyalangan suyakda assimilyatsiya jarayoni sekin kechadi: 24-xaftaga kelib unda autosuyakda 16- xaftada lechadigan jarayonlar kuzatiladiyu nuqson o`rnini ortotopik liofilizatsiyalangan allotransplantat bilan to`ldirilganda 12- xaftada kengaygan qon tomirlari yo`nalishi bo`yicha va eski osteotsitsiz suyak ustunlarida hosil bo`lgan plastinkasimon suyak bilan transplantatning qisman o`rni to`ldiriladi. Operatsiyadan keyin 26-35 xafta o`tgach transplantat o`rni regenerat bilan deyarli to`liq to`ldiriladi, 44-52 xaftadan keyin esa regenerat strukturasi jag` suyagi strukturasi analogik bo`lib qoladi (Nikitin A.A., Zolotareva YU. Byu, 1979). Liofilizatsiyalangan transplantatda suyak ko`migining antigen aktivligi liofilizatsiya vaqtida denaturatsiyaga uchrab pasayadi (Plotnikov N.A., Troyanskiy I.V., 1979), konservatsiyalanmagan va 25S da konservatsiyalangan allotransplantatlar esa aktiv antigenlik hususiyatlarini namoyon qilib, intensiv osteoplastik rezorbtsiyaga uchraydi, bu jarayon reparatsiya jarayonidan oldinlab ketishi mumkin (YUkuneva L. M., 1972). SHu bilan bir qatorda liofilizatsiyalangan autotransplantatning saqlanish muddati qayta tiklanish jarayontga tasir ko`rsatmasligi aniqlangan. Formalinning kuchsiz(0,25%) eritmasi bilan allosuyakni sterilizatsiya va konservatsiya qilish keng qo`llaniladi, bunda steril bo`lmagan sharoitda tayyorlangan allotransplantatlar 20 sutkadan keyin steril holatga o`tadi, 0,5% eritmada esa-10 sutkadan keyin (Bajanov N.N., 1975).

Formalizatsiyalangan suyak transplantatsiyasidan keyin liofilizatsiyalangan suyakka nisbatan yumshoq to`qimalarning sezilarli shishi kuzatiladi, lekin bu oddiy va keng qo`llaniladigan allosuyak konservatsiyasini qo`llashga to`sqinlik qilmasligi kerak.

Kombinirlangan suyak plastikasi, auto- va allotransplantatlar bilan.

Pastki jag` nuqsonlarini bartaraf etishga yo`naltirilgan suyak plastikasi operatsiyalarining natijasi transplantatni qabul qiluvchi maydon holatiga, nuqsonni o`lchamiga va transplantat turiga bog`liq. Katta hajmdagi pastki jag` nuqsonlarini ikkilamchi suyak plastikasida deyarli xar doim operatsiya uchun noqulay sharoitlar yuzaga keladi, ayniqsa operatsiyadan oldin nur terapiyasi o`tkazilgan bo`lsa yoki qabul qiluvchi maydon filatov bandi to`qimalaridan shakllantirilgan bo`lsa. Bunday xollarda nuqson asosan to`liq shakllanmagan, qon tomirlari kam, chandiqli to`qimadan tashkil topgan bo`ladi va allotransplantat o`rnini tiklanish jarayonlari sekin kechadi yoki umuman kuzatilmaydi. Transplantat to`qimalari so`rilishi uning yangi hosil bo`lgan suyak bilan tiklanishiga nisbatan tezroq bo`ladi. Pastki jag` katta nuqsonlarida autosuyak qo`llash maqsadga muvofiqdir. Lekin xar doim ham transplantat mustaxkamligini saqlagan xolda unga kerakli shaklni berib bo`lmaydi.

Bir qator mualliflar bu muammoni xal qilish uchun pastki jag` ortotopik allotransplantatini g`ovaksimon autogen transplantat bilan kombinirlangan-alloautoplastikasini qo`llaydilar. Allosuyak karkas vazifasini bajaradi va regeneratsiya jaryoniga autotransplantatdan kechroq qo`shiladi. Ammo bunday xususiyat rafaqat auto-, balki allotransplantatga ham regenerat darajasigacha to`liq tiklanishga imkon yaratadi.

N. A. Plotnikov, A. A. Nikitin va P. G. Sisolyatinlar quyidagi operatsiyani: pastki jag`ni allotransplantat va autogen transplantat bilan birgalikdagi kombnirlangan osteoplastikasini endotraxeal narkoz ostida o`takzishni taklif qilishgan. Bemor beliga boshini orqaga tashlagan xolda yotqiziladi. Teri va og`iz bo`shlig`iga ishlov berilgandan keyin, terida nuqson sohasida operatsiyadan keyingi chandiqli bo`ylab yoki filatov bandining pastki qirg`og`i bo`ylab kesma o`tkaziladi. To`qimalar qavatma qavat kesiladi. Jag`ning qoldiq fragmentlari bo`lgan xollarda ularning erkin oxirlari topiladi. Og`iz bo`shlig`i shilliq qavatini perforatsiya qilib yubormaslik uchun, ular ehtiyotkorlik bilan chandiqli to`qimadan ajratib olinadi, to`g`ri anatomik munosabatda qo`yiladi va og`iz tashqi suyak usti apprat bilan fiksatsichlanadi. Suyak usti klemmalari fragmentlarning erkin oxiridan 2,5-3 sm qoldirib, sklerozlangan suyak to`qimasini olib tashlagandan keyin transplantatni qabul qiluvchi 1,5-2,5 li maydon qolishi kerakligini xisobga olib qotiriladi. YUmshoq to`qimalardan maydon hosil qilish og`iz bo`shlig`iga kiritilgan barmoqlar yordamida amalga oshiriladi. Og`iz bo`shlig`i shilliq qavatini perforatsiyasini oldini olish kerak. YOg` kletchatkasini qalin qatlamini qoldirish maqsadga muvofiq emas, bunda protezlash uchun noqulay sharoit tug`iladi. Og`iz bo`shlig`i shilliq qavatini zararlanganda uni operatsion maydondan ikki qatorli ketgutli choklar bilan izolyatsiya qilish kerak. Qabul qiluvchi maydonni shakllantirayotganda yumshoq to`qimalardagi barcha chandiqlarni olib tashlash va puxta gemostaz qilish kerak. Mayda qon tomirlarni koagulyatsiya qilish, kattaroqlarini yumshoq to`qimalarni ilib olmasdan yupqa ketgut bilan boylash kerak. Pastki jag` suyak fragmentlarida tsirkulyar arra yordamida sklerozlangan to`qimalarni o`zgarishsiz suyakka olib tashlanadi. Tashqi va ichki tomonidan 1,5—2 sm uzunlikdagi suyak kortikal qavatini olinadi(qonash

nuqtalari hosil bo'lgunicha). Jag'ning bitta fragmenti va bo'g'im oxiri saqlangan xollarda, transplantat uchun maydonni bo'g'im maydonchasiga kirishda o'tmas yo'l bilan shakllantiriladi. Yuz nervi va quloq oldi bezini joylashishini hisobga olib tunnel' hosil qilinadi. Transplantat o'lchami jag' fragmentlarini to'g'ri anatomik munosabatda joylashtirib, ularning oxiridan sklerozlangan suyak olinganidan keyin defekt o'lchamiga mos ravishda aniqlanadi. Ko'pincha defektdan 3—4 sm kattaroq transplantat olinadi. Bunday xollarda plastik material sifatida pastki jag'ning liofilizatsiyalangan allotransplantati va qovurg'a yoki yonbosh suyagining qirg'og'idan tayyorlangan autotransplantatlar kombinirovlangan xolda qo'llanadi. Ularni birlashtirish uchun allotransplantat pastki qirg'og'idan 0,5—0,6 mm qoldirib uning butun ichki yo'zasi bo'ylab kortikal va g'ovak qavatlar olinadi. Allotransplantatning olib tashlangan qismlari o'rniga parchalangan autotransplantat butun plastinka yoki bir necha bo'laklar ko'rinishida qo'yiladi. Allo va autotransplantatlar o'zunligi bir xil bo'lishi kerak, chunki ular jag' fragmentlari oxirlari bilan birlashtiriladi. Zich birlashtirilgan transplantatlar zanjir bilan fiksatsiyalanadi, ularda qator teshiklar qilinadi, shu teshiklar orqali ular poliamid ipli P simon choklar yordamida bir biri bilan birlashtiriladi. Allo- va autotransplantatlarni shakllantirilgan maydonga joylashtirib, jag' suyagi fragmentlari bilan shunday birlashtiriladiki, jag' suyagi fragmentlari oxirlari hamda allo- va auto suyak oxirlarini simli choklar yoki mini plastinkalar bilan fiksatsiyalash imkoniyati bo'lishi kerak.

Bo'g'im oxiri defektini to'ldirish uchun allotransplantat pastki jag'dan bo'g'im boshchasi bilan birga olingan xollarda bo'g'im o'sig'i bo'yin qismi va boshchasida bir qator teshiklar qilib, ularni autogen suyakdan olingan suyak ko'migi bilan to'ldiriladi. Asoratlarni oldini olish maqsadida jaroxatga antibiostatiklar yuboriladi. yumshoq to'qimalar ketgut choklari bilan transplantatni xamma tomondan zich aylanib o'tadigan qilib qavatma qavat tiqiladi. Jaroxatda 1—2 sutkaga rezina chiqargich qoldiriladi, teriga yuqqa poliamid iplardan choklar qo'yiladi.

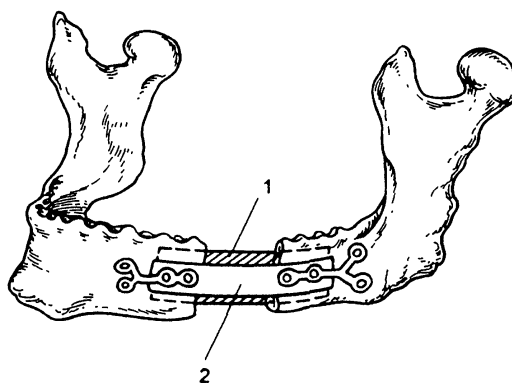


Рис. 24.4. Замещение дефекта тела нижней челюсти комбинированным ауто- (1) и аллотрансплантатом (2) (схема).

Интерактив метод: Аквариум uslubi

TESTLAR:

1. Pastki jag` nuqsoni kelib chiqadi.
 1. o`q-otar jaroxatlardan so`ng
 2. xavfsiz o`smalarni olib tashlashdash so`ng
 3. xavfli o`smalarni olib tashlashdan so`ng.
 4. diffuz osteomielit rivojlanishidan
 5. barchasi to`g`ri.
2. Pastki jag` nuqsonlari plastikasida nisbatan yomon natija kuzatiladi:
 1. ksenoplastikada
 2. alloplastikada
 3. autoplastikada
 4. izoplastikada

5. implantatsiyada.
3. Pastki jag' nuqsonlari plastikasida nisbatan yaxshi natija kuzatiladi:
 1. ksenoplastikada
 2. alloplastikada
 3. autoplastikada
 4. izoplastikada
 5. implantatsiyada.
4. Jag' nuqsonini kattaligini aniqlash uchun kerak:
 - 1) Jag'larning gipsli modeli*
 - 2) Bemorning umumiy qon tahlili
 - 3) Umumiy siydik tahlili
 - 4) Qondagi gemoglobin miqdori
 - 5) Qon guruhi va rezus-omilni aniqlash
5. YUqori jag' nuqsonini kattaligini aniqlash uchun kerak:
 - 1) Yuz niqobi *
 - 2) Bemorning umumiy qon tahlili
 - 3) Umumiy siydik tahlili
 - 4) Qondagi gemoglobin miqdori
 - 5) Qon guruhi va rezus-omilni aniqlash
6. Autoplastika bu:
 - 1) O'z suyagini ko'chirib o'tkazish*
 - 2) Boshqa odamning suyagini ko'chirib o'tkazish
 - 3) Bir egizakdan ikkinchisigi suyak ko'chirib o'tkazish
 - 4) Hayvonlar suyagini ko'chirib o'tkazish
 - 5) Sun'iy to'qimalarni ko'chirib o'tkazish
7. Alloplastika bu:
 - 1) Boshqa odamning sugini ko'chirib o'tkazish *
 - 2) O'z suyagini ko'chirib o'tkazish
 - 3) Bir egizakdan ikkinchisigi suyak ko'chirib o'tkazish
 - 4) Hayvonlar suyagini ko'chirib o'tkazish
 - 5) Sun'iy to'qimalarni ko'chirib o'tkazish
8. Eksplantatsiya bu:
 - 1) Sun'iy to'qimalarni ko'chirib o'tkazish*
 - 2) O'z suyagini ko'chirib o'tkazish
 - 3) Boshqa odamning sugini ko'chirib o'tkazish
 - 4) Bir egizakdan ikkinchisigi suyak ko'chirib o'tkazish
 - 5) Hayvonlar suyagini ko'chirib o'tkazish

Vaziyatli masalalar:

1. Bemor 22 yoshda og'iz ochilmasligiga, yuzdagi deformatsiyaga shikoyat qiladi. Anamnezidan engak sohasida 8 yoshida travma olgan. vaqt o'tishi bilan og'iz ochilishi chegaralangan, engak chapga siljigan. ko'zdan kechirilganda engak qismining chapga siljishi natijasida yuzda asimmetriya kuzatiladi. Lunj sohasi to'qimalari o'ngda qalinlashgan, chapda nisbatan yumaloq. Og'iz ochilishi 0,5sm., bo'g'im boshchasi chapda yo'qolgan. Markaziy chiziq pastki jag'da chapga 1,2 sm.ga siljigan. YUqorigi jag' tishlari oldinga siljigan.

1. Taxminiy tashxis qo'ying.
 2. YAkuniy tashxis qo'yish uchun qaysi qo'shimcha tekshirish usullarini o'tkazish lozim.
 3. Ankiloz va deformatsiyalanuvchi osteoartroz uchun xarakterli rentgenologik o'zgarishlar.
2. Bemor yoshi 23da, klinikg'rentgenologik tekshiruvlardan so'ng o'ng tomon CHPJB ankilozi tashxisi qo'yilgan. Kasallik 3 yil oldin olingan travma, pastki jag' suyagi bo'g'im boshchasi yuqorigi sinishi

natijasida rivojlangan. Tigrisshidit shinalari bilan ortopedik davolash o`tkazilgan. G.P Ionaddis bo`yicha artroplastika o`tkazish rejalashtirilgan.

1. Ushbu holat uchun xarakterli klinik ko`rinish yozing.
2. G.P Ionaddis bo`yicha operatsiya etaplarini sanang.
3. G.P. Ionaddis operatsiyasidan so`ng qanaqa davolash muolajalari o`tkaziladi.

1) Jarrohlik stomatologiyasi klinikasiga 22 yoshli bemor «pastki jag` tanasi va shoxining osteomielitdan keyingi nuqsoni» tashxisi bilan murojaat qildi.

1. Qo`shimcha tekshiruv usullarini o`tkazing.
2. Davolash rejasini to`zing va asoslab bering.

Javoblar:

1. Rentgenologik tekshiruv, jag`larning gipsli modelini tayyorlash.
2. Jag` nuqsonini biositaldan tayyorlangan model` bilan tiklash.

2) Jarrohlik stomatologiyasi klinikasiga 25 yoshli bemor «pastki jag` tanasining iyak sohasidagi rezektsiyadan keyingi nuqsoni» tashxisi bilan murojaat qildi.

Oldin (2 yil avval) bemorda xavfsiz o`smasi olib tashlangan. Bemorga suyak autotransplantati ko`chirib o`tkazish rejalashtirilgan.

1. Qo`shimcha tekshiruv usullarini o`tkazing.
2. Davolash rejasini tuzing va asoslab bering.

Javoblar:

1. Rentgenologik tekshiruv, jag`larning gipsli modelini tayyorlash.
2. Nuqsonni yonbosh suyagining qirg`og`idan tayyorlangan transplantat bilan tiklash.

3) Jarrohlik stomatologiyasi klinikasiga 32 yoshli bemor «pastki jag` radikulyar kistasi» tashxisi bilan murojaat qildi.

Bemorni tsistektomiya operatsiyasi vaqtida hosil bo`lgan nuqsonni bevosita bioaktiv materialdan tayyorlangan implantat bilan tiklash rejalashtirilgan.

1. Qo`shimcha tekshiruv usullarini o`tkazing.
2. Davolash rejasini tuzing va asoslab bering.

Javoblar:

1. Rentgenologik tekshiruv.
2. TSistektomiya operatsiyasi hamda nuqsonni biosital granulari bilan to`ldirish.

Tavsya etilgan adabiyotlar

- asosiy

1. Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii chelyustno-litsevoy xirurgii pod redaktsiey V.M.Bezrukova, T.G. Robustovoy tom 1, 2000 g., str 613
2. Uchebnik «Xirurgicheskaya stomatologiya». Pod redaktsiey professora Robustovoy T.G. Moskva. 2000 god.

- qo`shimcha

1. YU.I.Bernadskiy «Travmatologiya i vosstanovitel`naya xirurgiya CHLO».-1999.
2. Solovev M.M. «Onkologicheskie aspekty v stomatologii», K., 1989y.

3. Mashkilleysn A.A. «Predrak krasnoy kayme gub i SOPR» M., 1970y.
4. Romacheva I.F. «Zabolevaniya i povrejdeniya slyunneh jelez» , 1987y.
5. Shanin A.P. «Opuholi koji, ih proisxojdnie, klinika, lechenie» M., 1989y.
6. Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-licevoy oblasti», 1991y..

Internet sayt:

www.stomatologist.ruwww.dentsplycis.comwww.citydentist.narod.ru

MAVZU: 29

**YUQORI JAG' DEFORMATSIYALARI: MAKRO YOKI PROGNETIYANI BARTARAF
QILISH**

Mavzu bo`yicha o`quv mashg`ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Tekshiruv savollari

YUkori makro- va prognatiyani etiologiyasi va patogenezi

X.A.Kalamkarov bo'yicha yuz suyaklari anomaliyalari klassifikatsiyasi.

YUqori makrognatiyani klinik ko'rinishi.

YUqori prognatiyani klinik ko'rinishi

YUqori jag' deformatsiyasida funktsional bo'zishlar.

YUqori jag' deformatsiyasida ob'ektiv tekshirish o'ziga xos xususiyati

Qo'shimcha tekshirish metodlari.

Kasallarni operatsiya oldi tayyorgarliklari

YUqori makrognatiyani xirurgik bartaraf etish usullari.

YUqori prognatiyani xirurgik bartaraf etish usullari.

Operatsiyadan keyin bemorlarni olib borish

Nazariy qism.

Tug'ma tish jag' deformatsiyalar va anomaliyalarining etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi va diagnostikasi.

Etiologiyasi. Tug'ma tish jag' deformatsiyalar va anomaliyalari yuz sohasi va bosh suyagi rivojlanish nuqsonlariga kiradi. Jag'larning shakli va o'lchami asosan bosh suyagining individual xususiyatlari bilan bog'liqdir. Jag'larning o'sish va rivojlanishining buzilishi prikus deformatsiyalari va anomaliyalariga sabab bo'lishi mumkin, bu embriogenez davrida va tug'lgandan keyin vaqtincha yoki doimiy prikus shakllanish davrida ko'zatilishi mumkin. SHu sababli shakl buzilishlari va anomaliyalarning ko'pgina turlari uchraydi va ularning og'irlik darajalari kasallik boshlangan vaqtga bog'liq bo'ladi.

Tish jag' – yuz soxalari deformatsiyalar va anomaliyalari turli tumandir. Jag'larning, yuz soxalarining organo va morfogenezi buzilishlari ota - onalarning nasliy o'tkazgan kasalliklarining embrionga ta'siri natijasida (ona organizmidagi endokrin va moddalar almashinuvining bo'zishlari, infeksiyon kasalliklar), radioaktiv nurlanish ta'sirida, onaning jinsiy organlarining anatomo fiziologik o'garishlari va xomilaning noto'g'ri joylashish ta'sirida kelib chiqishi mumkin. Erta bolalik davrida tish jag' sistemasini endogen faktorlar (nasliy, endokrin bo'zishlar, turli infeksiyon kasalliklar, modda almashinuvining buzilishlari) va ekzogen (jag'larning o'sish soxalari yallig'lanishlarida, travmalar, jumladan tug'ruq travmalari, nurli zararlanish, zararli odatlar, mexanik ta'sirotlar, chaynov apparatining disfunktsiyasi, yutish aktining buzilishi va x.k.z.) faktorlar natijasida buzilishi mumkin. Bolalik va o'smirlik davrlarida yuzaga keladigan shakl buzilishlari yuz suyagining shakllanish davridagi kasalliklar bilan (osteomieliit, raxit, chakka pastki jag' bo'g'imi artriti), travmalar bilan, tishlarni yo'qotilganligi natijasida prikusning buzilishi, erta va lab va tanglay kemtigi bo'yicha travmatik operatsiyalar, adenoidlarni olish va ortodontik davolash natijasida yuz berishi mumkin. Bitta jag'ning o'sish davrida yoki organizmni shakllanish davrida buzilishi ko'p yoki kam miqdorda yuz ko'rinishga ta'sir qiladi.

Patogenezi. Yuz suyaklar anomaliyalari va tish jag' sistemasining shakl buzilishlari patogenetik rivojlanish mexanizmlari asosida kalla asosi va kalla gumbazi suyaklarining va jag' suyaklarining to'liq yoki qisman o'sishdan orqaga qolishi, og'iz ochilishi va chaynash funktsiyasini yo'qolishi yotadi. Yuz suyaklar anomaliyalari va tish jag' sistemasining shakl bo'zishlari patogenezida o'sayotgan organizmda endokrin bo'zishlari asosiy rol' o'ynaydi. Yuz suyaklari anomaliya va nuqsonlari, jumladan jag'lar deformatsiyasi kattalar va yosh bolalarda estetik va funktsional buzilishlar bilan birga uchraydi.

Estetik jixatdan etishmovchilik bemorlar ruhiyatiga qattiq ta'sir qiladi va ularni atrof odamlar bilan chegaralanishiga olib keladi. Atrofdagilar bemorga nisbatan va bemorni o'ziga nisbatan noto'g'ri fikr yuritishi bemorni xayot faoliyatiga qattiq ta'sir qiladi.. Bemorni estetik jixatdan etishmovchilikka nisbatan reaksiyasi ikkilamchi nevroitik reaksiyaga va intellektual buzilishlarga olib keladi, bu holat mualliflar bo'yicha 40 - 45 holatlarda kuzatiladi. Ko'pgina klinitsistlar bunday buzilishlar ayollarda ko'p uchrashini ta'kidlashadi va buni ularni nerv sistemasini labilligi bilan ifodalaydi.

Estetik va psixoemotsional buzilishlardan tashqari yuz sohasi suyaklari anomaliyalari va deformatsiyalari ko'pgina funktsional etishmovchiliklarga olib keladi va bu organizm faoliyatiga ta'sir qiladi. Ovqat mahsulotlarini tishlab olish va chaynashni buzilishi ovqat xazm qilish sistemasining zo'riqishiga olib

keladi, bu esa oshqozon ichak sistemasida surunkali o'zgarishlarga olib keladi. O'ziga xos mustaxkam xalqa hosil bo'ladi: prikus anomaliyasi nerv, ovqat hazm qilish sistemasi, nafas olish organlar, LOR organlaridagi o'zgarishlarga sabab bo'ladi, bu organlar o'rtasidagi bog'liqlik funksional etishmovchilikka va xatto organlardagi o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Tish jag' sistemasi anomaliyalari bor bemorlarning ko'pgina qismida gapirishning buzilishi, bo'shliqlarning surunkali yallig'lanish jarayonlari va nafas olishning buzilishi kuzatiladi. Bunday o'zgarishlar talaffuzning buzilishiga sabab bo'ladi. Bunga sabab tishlar qatorining buzilishi, ochiq prikusning borligi, qattiq va yumshoq tanglaydagi deformatsiyalar, burun yo'llarining torayishi va til artikulyatsiyasining buzilishi bo'ladi. Bunda ayrim tish qatori shilliq qavatida o'zgarishlar kuzatiladi va o'zgarishlar parodontga o'tib parodontit rivojlanishiga olib keladi, pastki jag' xarakati xajmining o'zgarishi chakka pastki jag' bo'g'imidagi disfunktsional o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Yuz sohasi suyaklari anatomik o'zgarishlarni bartaraf etish kalla suyagidagi ko'pgina funksional buzilishlarni bartaraf etishga olib keladi va bemorlarni ruxiy sistemasiga ta'sir qilib ularni to'liq ish faoliyatiga qaytishiga yordam beradi. Tish jag' tizimi deformatsiyasi bor bemorlarnig ko'pgina organ va sistemasining zararlanishi ularni tezroq rehabilitatsiya qilish kerakligidan dalolat beradi. epidemiologik tekshirishlar tish jag' tizimidagi va yuz skeletidagi anomaliyalar va nuqsonlar qanchalik ko'p uchrashini aniqlashga yordam beradi. Turli anomaliyalar va nuqsonlar uchrashini aniqlashdan oldin norma to'g'risida aniqlik kiritish lozim.

Klassifikatsiya. Adabiyotlarda yuz skeleti va tish jag' tizimi anomaliyalari va nuqsonlari bo'yicha aniq klassifikatsiya yo'q. Mutaxassislar ko'pincha engning klassifikatsiyasidan foydalaniladilar, bu tasnif asosida yuqori va pastki jag'dagi katta jag' tishlarni bir biriga nisbati simptomni to'g'risida aytib o'tiladi. Klinikaga yangi tekshirish metodlarini kirib kelishi, asosan telerentgenografiyani paydo bo'lishi yuz skeleti anomaliyalari va nuqsonlari bor bemorlarda morfologik o'zgarishlarni baxolashga imkon yaratdi. SHuni inobatga olish lozimki, prikusni buzilish ko'pgina yuz skeleti va tish jag' tizimidagi bir qator o'zgarishlar natijasida kelib chiqishi mumkin. Xozirgi kunda yuz skeleti, jag'lar va tishlar anomaliyalari va ularni deformatsiyalari tasnifi X.A.Kalamkarov(1972) tomonidan va shu tasnifni yangi ko'rinishi V.M. Bezrukov(1981) va V.I. Gun'ko tomonidan ishlab chiqilgan.

- I. Tishlar rivojlanish anomaliyalari
 1. Tishlar miqdori anomaliyalari: a) adentiya (qisman, to'liq); sverxkoplekt tishlar
 2. Tishlar joylashish anomaliyalari (vestibulyar, oral, medial, distal, tishlarni o'z o'qi bo'ylab burilishi, tishlarni yuqori yoki pastda bo'lishi,transpozitsiya)
 3. Tishlar kattaligi va shakli anomaliyalari
 4. Tishlar chiqish anomaliyalari (vaqtdan oldin, kechki va retentsion)
 5. Tish strukturasi anomaliyalari
- II. Jag'lar deformatsiyalari
 1. Makrognatiya (yuqori, pastki, simmetrik, nosimmetrik, jag'larni ayrim qismlari yoki butun bir jag')
 2. Mikrognatiya(yuqori, pastki, simmetrik, nosimmetrik, jag'larni ayrim qismlari yoki butun bir jag')
 3. Prognatiya (yuqori, pastki, funksional, morfologik)
 4. Retrognatiya (yuqori, pastki, funksional, morfologik)
- III. Qo'shma jag'lar shakl buzilishlari (simmetrik, nosimmetrik)
 1. YUqorigi mikro- va retrognatiya, pastki makro- va prognatiya
 2. YUqorigi makro- va prognatiya, pastki mikro- va retrognatiya
 3. YUqori va pastki mikrognatiya
 4. YUqori va pastki makrognatiya
- IV. Qo'shma tishlar anomaliyalari va jag'lar deformatsiyalari
- V. Yuz va bosh miya skeleti, tish jag' tizimi qo'shma anomaliyalari va deformatsiyalari.
 1. Simmetrik: a) yuz jag' diostozlari (sindrom Trichera-Kolinza-Franchesketi); b) kraniostenozlar (Apert va Kro'zon sindromlari); v) gipertelorizm, I-III daraja
 2. Nosimmetrik: a) gemifatsial mikrosomiya I-III daraja (Gol'denxar sindromi); b) gipertelorizm, I-III daraja

Diagnoz shakllantirish mahalida faqatgina klassifikatsiyada ko'rsatib o'tilgan anomaliya va deformatsiyalarni morfologik ko'rinishlarini ko'rsatib o'tmasdan, balki tishlar nisbati va prikus turlari (progenik, prognatik, ortognatik tishlar qatori, chuqur, ochiq va kesishuvchi prikus) to'g'risida xam aytib o'tilish lozim. Yuz va bosh miya skeleti anomaliyalari va deformatsiyalari uchta bir biri bilan bog'liq bo'lgan perpendikulyar tekislikdagi o'zgarishlar bilan xarakterlanadi, shu sababli tashxisni formulirovka

qilgan maxalda qaysi o'lehamlar bo'zilganligi to'g'risida aytib o'tilish lozim (sagital, transversal, vertikal). YUqorida ko'rsatib o'tilgan klassifikatsiyaga asoslangan ma'lumotlardan foydalanish yuz skeleti va tish jag' tizimi anomaliyalari va deformatsiyalarida bir qancha mutaxassislik ishlari xaqida gapiriladi.

Klinik ko'rinishi. YUqorida ko'rsatib o'tilgan yuz skeleti va tish jag' tizimi anomaliyalari va nuqsonlarida bemorlarni asosiy shikoyati estetik jixatdan etishmovchilikka asoslanadi - ya'ni yuz suyaklari ayrim qismlari rivojlanmay qolishi yoki rivojlanib ketishi natijasida yuz nisbatini bir biriga to'g'ri kelmasligi, tishlash funktsiyasi buzilishi, gapirishning buzilishi, nafas olishning buzilishi va artikulyatsiya natijasida organizm funktsiyalari buzilishiga olib keladi

YUqori prognatiya yoki makrognatiya yuz o'rta zonasini proportsiyasi nisbatini buzilishi kuzatiladi: yuzning o'rta uchligi pastga nisbatan qisqargan, kengligi nisbatan katta, yuqori lab oldinga chiqib turadi, bir oz ko'tarilgan. Burun lab uchburchagi kattalashadi yoki kichiklashadi. Burun lab burmalari silliqlashgan. Bu turdagi deformatsiyalarda tish qatorining prognatiyasi kuzatiladi. YUqori va pastki jag' markaziy tishlar orasidagi sagital yoriq deformatsiya darajasiga qarab turli darajada bo'lishi mumkin. Prikus chuqur, chuqur shikastlovchi (pastki frontal tishlar tanglay shilliq qavatiga tegib turganida) va ochiq bo'lishi mumkin. YUqori jag' tishlar yoyi o'lchami transversal yoki sagital tekisliklar bo'yicha o'zgargan bo'ladi. Ko'pgina holatlarda yuqorigi birinchi premolyar tishlar sohasi kengligi kamayadi va yuqori jag' oldingi qism uzunligi kattalashadi, frontal tishlar oldinga chiqib qoladi. Fiziologik tinchlik holatida yuqori lab yuqori tishlarni yopa olmaydi. Ayrim holatlarda yuqori jag' tishlari yuqori labdan 2\3toj qism kattalikda chiqib turadi. Kulganda yuqori lab ko'tarilishi natijasida yuqori jag' al'veolyar o'simtasi shilliq qavati ochilib qoladi.

YUqori mikro yoki retrognatiyada yuzning o'rta qismi qalinlashgan va cho'kkan bo'ladi. Bu asosan peshona sohasi, yuqori jag' va daxan sohalari eng chiqib turgan nuqtalarini bir biri bilan solishtirganda aniq ko'rinadi. YOnoq va ko'z osti rel'eflari simmetrik silliqlashgan va qalinlashgan. Burun tog'ay qismi asosi chuqadi. Burun yo'llari noksimon teshikni torayishi natijasida toraygan bo'ladi. Burun orqali nafas olish qiyinlashgan. Burun suyak qismini tog'ay qismiga o'tish joyida bukrilik aniqlanadi. YUqori lab, asosan uning asosi, orqada qoladi. Burun lab burmasi 90⁰ dan kam bo'ladi. Burun lab burmasi chuqur va tezda ko'zga tashalanadi. Pastki lab, pastki jag' o'lchamlari o'zgarishsizligiga qaramasdan, yuqori labni yopib turadi. Daxan oldinga chiqib turadi. Bunday deformatsiyali bemorlarda tishlar qatorining progenik nisbati kuzatiladi. Bu deformatsiya darajasiga qarab progenik prikus yoki ochiq prikusga sabab bo'lishi mumkin. YUqori retrognatiyada yuqori jag' tish yoyi transversal yoki sagital tekislikda normal holatdagilardan ajralib turmaydi. YUqori retrognatiyada bemorlarda tishlar retentsiyasi va distopiyasi kuzatiladi. Bundan tashqari bularda tish qatorini zichlashishi kuzatiladi. Qattiq tanglay gumbazi chuqur bo'lib gotik tip deb ataladi.

Lab va tanglayni tug'ma kemtikligi bo'yicha o'tkazilgan xeyloplastika va uranoplastika operatsiyasidan keyingi bemorlar yuqori mikrognatiyasida suyak sog' tomonga siljiydi. Burun tog'ay qismi sog' tomonga siljiydi, kemtik tomondagi sohasida burun qanotlari deformatsiyalangan, qalinlashgan. Pastki burun yo'li kemtik tomonida sog' tomonga nisbatan pastda joylashgan bo'ladi. Burunni tog'ay va suyak to'sig'i qiyshaygan, burun chig'anoqlari kemtik tomonida gipertrofiyalangan bo'ladi. Kemtik bilan bemorlarni xammasida burun orqali nafas olishi buzilgan bo'ladi. YUqori lab qisqargan, qalinlashgan., chandiqli deformatsiyalangan. Uning xarakatchanligi chandiqli o'zgarishlar natijasida va og'iz bo'shlig'i dahlizi gumbazi yuqori qismidagi chandiqli o'zgarishlar natijasida chegaralangan bo'ladi. Burun lab burchagi 90 dan kam. YUqori tishlar qatori deformatsiyalangan, kemtik sohasida doimiy tishlar bo'lmasligi mumkin. Og'iz dahlizi yuqori qismi chandiqli to'qima hisobiga unchalik chuqur bo'lmaydi. Qattiq va yumshoq

tanglay shilliq qavati chandiqli o'zgargan, yumshoq tanglay kamxarakatli, kichiklashagan.

Yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalar va nuqsonlarida klinik ko'rinishlar yuqori va pastki jag'lardagi bir tomonlama makro yoki mikrognatiya bilan ifodalanadi.

Diagnostika. Yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor bemorlarni tekshirganda xayot anamnezi, o'tkazilgan operatsiyalar va boshidan o'tkazgan kasalliklari, oilaviy anamnezi muxim rol o'ynashi inobatga olinishi lozim. Yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor bemorlarni klinik tekshirishni o'ziga xos hususiyatlaridan biri maxalliy holatni baxolash, yuz sohasi tasvirini o'rganib chiqish, jag'lar modelini ishlab chiqish, yuz suyaklari va tish jag' tizimi rentgenografiyasini ishlab

chiqish ancha mug'im hisoblanadi. Bemorlarni so'rab surishtirganda asosan shikoyatlarga, funktsional va estetik jixatdan nuqsonlarga aloxida e'tibor berish kerak.

Maxalliy statusni o'rganib chiqish quyidagi ketma ketlikda amalga oshiriladi: 1) bosh holatiga e'tibor berish; 2) yuz sohasini fas va profil holatida konturini baholash, ularni proporsiyasi va simmetriyasini aniqlash; 3) tishlarni bir biriga nisbatini aniqlash, ularni shakli, o'lchami, pastki va yuqor jag'dagi tishlarni biri biriga nisbatini, ayrim alohida alohida tishlar holatini baxolash, parodont holatini baxolash; 4) burun holatini baxolash, burun orqali nafas olishni tekshirish; 5) pastki jag' xarakati xajmi va xarakterini tekshirish; 6) til xajmini aniqlash, uning holati, artikulyatsiya, gapirishni buzilish xajmini aniqlash; 7) qattik va yumshoq tanglayni tuzilishi va funktsiyasini baholash; 8) so'lak bezlari, chaynov va mimik mushaklarni, bosh miya nervlari holatini baxolash

Maxalliy statusni qat'iy ravishda bir tekislikda tekshirish lozim, yuqoridan pastga qarab tekshirilishi lozim. Bemor boshini tekshirganda shuni xam inobatga olish zarurki bemor bir necha yillar davomida o'ziga bemalol bo'lgan bo'sh holatini egallagan bo'ladi va bu holat atrofdagilardan nuksonni yashirishga yordam bergan bo'ladi. Bunda bo'yin umurtqalarni egilishini, pastki jag'ni majburiy holatini, nosimmetrik dformatsiyalarda kallani o'z o'qi bo'ylab aylanishini ko'rish mumkin. SHu holatlarni inobatga olgan xolda boshni to'g'ri turishi tekshirish lozim.

Dastlab yuz sohasini uchta perpendikulyar tekislik bo'yicha, yuqori, o'rta va pastki uchliklarni bir biriga proporsionalligini tekshirish lozim. SHuni inobatga olish lozimki yo'z sohasini qismlari mutloq jixatdan bir birigi simmetrik emas, nisbiy nosimmetrik holatlarni aniqlanishi jarrolik amaliyoti uchun ko'rsatma bo'lib xisoblanmaydi. Yuz sohasini shartli chiziklar yordamida bo'lish yuz sohasidagi dformatsiyalarni aniqlashga yordam beradi.

Yuz sohasi o'rta uchligidagi anatomik soxalarni tekshirganda (ko'z kosasi, burun, yuqori jag', yonoq suyaklari), ularni yuz sohasiga nisbatan solishtirilib simmetriyasi aniqlanadi. Ko'z yoshi apparati funktsiyasi, burun orqali nafas holati, burunni tog'ay va suyak qismlari va ularni yuz sohasini boshqa qismlarga nisbatan holati tekshiriladi. Pastki uchlik tekshirilganida yuqori va pastki lablarni bir biri bilan yopilishiga, burun lab burmasi va iyak sohalari holatiga e'tibor qaratiladi. Funktsional tinchlik paytida yuqori va pastki jag'lar bir biri bilan yopilgan holatida yoki ularni orasida 3,5 mm gacha diastaz bo'lishi mumkin. Kulganda yuqori lab ko'tarilib yuqori jag' al'veolyar o'simtasi shilliq qavatini tish milq qirrasidan 2 mm gacha ko'rsatishi mumkin. YUqoridagi parametrlarni oshib ketishi yuqori lab qisqarganligidan yoki yuqori jag'ni vertikal yo'nalish bo'yicha kattalashganligidan dalolat beradi. Profil holatda yuz sohasini baxolashda burun tog'ay qismini baxolash lozim. To'g'ri profil bitta chiziqni uchta nuqtalarda bo'lishi bilan xarakterlanadi (peshonani eng bo'rtib turuvchi nuqtasi, to'siq asosi va daxan sohasini eng bo'rtib turuvchi nuqtasi). estetik nuqtai nazardan burunni tog'ay suyak qismini, burun lab va daxan bo'yin burchagini, daxan lab burmasini baxolash lozim. Asosiy e'tibor pastki jag' burchaklari va kuloq chig'anoqlari holatiga e'tibor berilishi lozim. CHakka pastki jag' bo'g'imi fuksiyasini tekshirib pastki jag' xarakati xajmi aniqlanadi. Og'iz bo'shlig'i tekshirilganida tishlar qatori, tish yoylari, ayrim tish guruhlari holati, shakli va o'lchamlariga e'tibor beriladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, tanglay shakli, yumshoq tanglay va til funktsiyalari baholanadi.

Yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalar bor bemorlarni klinik tekshirishdan o'tkazilganidan so'ng yuz yumshoq to'qimalar holatini baxolashga qo'shimcha tekshirish metodlari orqali baxolanadi: 1) jag'lar modellarini diagnostik baxolash; 2) rentgenologik tekshirish; 3) bemor rasmini yon va to'g'ri proektsiyalar bo'yicha baxolash; 4) funktsional tekshirish (elektromiografiya, elektroentsefalografiya, reopolyarografiya, rinopnevmetriya, pastki jag' xarakati fotoregistratsiyasi)

Xar bir bemor uchun ikk juft jag'larni gipsli modelini ishlab chiqish lozim, bittasi xirurgik amaliytni rejalashtirish uchun kerak bo'lsa, ikkinchisi o'lchamlar uchun kerak bo'ladi. Modelda tish o'lchami va burchaklar, ularni og'ishishi, tish yoyini kengligi, tanglay chuqurligi, oldingi tish yoyi kesmasining uzunligi, tishlar qatori shakli va ikki tomonlama bir biriga simmetrikligi aniqlanadi. Birinchi premolyar va molyar tishlar sohasida tishlar kengligini o'lchash Pogta metodi bo'yicha amalga oshiriladi, tish yoyini oldingi kesmamini uzunligi Korkxa o'z metodi bo'yicha amalga oshiriladi.

Yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor bemorlarni rentgenologik tekshirish sxemasiga telerentgenografiya to'g'ri va yon proektsiyalarda, ortopantomogramma, poluaksial rentgenografiya,

CHPJB tomografiyasi og'iz ochiq va yopiq holatlarda, zonografiyava panoram rentgenografiyani o'z ichiga oladi.

Kraniometrik rentgenografiya uchta proektsiya bo'yicha amalga oshiriladi (to'g'ri, yon va poluaksial) va ortodontiya va yuz-jag' jarrohlidida keng qo'llaniladi. SHuni inobatga olish lozimki telerentgenografiya ma'lumotlari jins, yosh, etnik jixatdan kelib chiqishi va yuz va bosh skeleti holatiga bog'liq bo'ladi. Telerentgenografiya afzalligi shundaki xayotiylik davomida bosh va yuz skeletini asosiy parametrlarini turli proektsiyalarda o'rganish imkonini beradi. Telerentgenografiyani yon va to'g'ri proektsiyalarda o'rganib chiqishda orientirlardan, o'lchangan burchakli va chizikli o'lchamlardan foydalaniladi (ris.26.2, 26.3, 26.4) SHu o'lchamlarga asoslanib telerentgenografiya natijalarini baxolash imkoniyati paydo bo'ladi va yuz sohasidagi o'zgarishlar aniqlanadi.

Poluaksial tasvirlarda va ortopantomogramma tasvirlarida burunga yondosh bo'shliqlar solishtiriladi. CHakka pastki jag' bo'g'imi holati to'g'risida ortopantomografiya ma'lumotlariga va og'iz ochiq va yopiq holatlardagi tomografiya ma'lumotlariga, zonografiya ma'lumotlariga asoslanadi. Jag'larning suyak tizimi strukturasi, al'veolyar o'simtani strukturasi kattalashtirilgan panoram rentgenografiyaga yoki og'iz ichi rentgenografiyaga asoslanib o'rganiladi. Funktsional tekshirishlar mimik va chaynov mushaklar holatini, yuz-jag' sohasini suyak va yumshoq to'qimalarni qon bilan ta'minlanishini o'rganishda kerak bo'ladi.

Differentsial diagnostika. Jag'lar deformatsiyasida taqqoslash ishlari bir oz qiyinchilik tug'diradi. Bular deformatsiyali bemorlarni klinik tekshirish natijalari, telerentgenografik tekshirish ma'lumotlar va biometrik analizlarga asoslanib amalga oshiriladi. Bunda makro-va mikrognatiyani, mikro- va retrognatiyani, makro- va prognatiyani, yuqori mikro- va retrognatiyani va pastki makro- va prognatiyani, yuqori makro- yoki prognatiyani va pastki mikro- yoki retrognatiyani bir biridan farqlash lozim. Yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor katta yoshdagi bemorlarda jag'lar deformatsiyasi bir nechta turi birga uchraydi va ularni darajalari taqqoslash vaqtida aniqlanadi.

Xirurgik davolanishga ko'rsatma va uni rejalashtirish printsiplari. Yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor bemorlar ko'pincha estetik buzilishlarni ko'rsatishadi, bu esa o'z navbatida ikklamchi ruxiy o'zgarishlarga sabab bo'lishi mumkin. Ko'pgina tekshiruvchilar shuni ta'kidlab o'tishadiki, bunda y buzilishlar kaytar jarayondir. Jarrohlik amaliyoti vaqtida bemorlarni to'liq ruxiy holatini tiklashga ham erishish mumkin. Tish jag' tizimi deformatsiyalarida bemlolar boshqa organva sistemadagi o'zgarishlar to'g'risida xam gapirib o'tishadi. Bemorlar yuqori va pastki jag'lardagi tishlar qatorini buzilganligi va va bir qancha tishlarda do'mboqchalar yo'qligi tufayli tishlashni va chaynashni qiyinlashganligini aytib o'tishadi. Tish jag' tizimida deformatsiyasi bor beomrlarda o'ziga xos nuqsonli xalqa (porochniy krug) xosil bo'ladi: prikus buzilishi nerv va ovqat xazm qilish sistemasida va nafas olish organlarida patologik o'zgarishlar chaqiradi, bu organlarni bir biri bilan bog'liqligi funktsional o'zgarishlarga sabab bo'lib, organ va sistemaning o'zgarishigacha xam olib kelishi mumkin.

Tish jag' tizimidagi anomaliyalar natijasida tish parodont to'qimasini zararlanishi kuzatilishi mumkin, bu shu tishlarni o'z ishini bajara olmaslik yoki ish funksiyasin kuchayib ketishida kuzatiladi. Oxir oqibatda bunday o'zgarishlar chaynov mushagi funksiyasi va anatomotopografik xususiyatini o'zgarishiga olib keladi, keyinchalik o'zgarish chakka pastki jag' bo'g'imini bo'zilishiga xam olib keladi. Yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor bemorlarda davolash to'g'ri tashxisdan boshlanadi va konservativ va operativ davolashning eng optimal variantlarini yaratishdan iborat, bundan tashqari boshqa mutaxassilar bilan xam maslahat ishlarini olib borish zarur: ortodont, psixonevrolog, ortoped, logoped, otorinolaringolog, yuz-jag' jarrohi, kerak bo'lsa nevropatolog va neyroxirurg), va opertsiyadan keyin yuqori malakali olib borish ishlarini o'tkazish lozim.

Yu'z suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor bemorlarni klinik ko'rinishini yaxshi o'rganib chiqib, rentgenolgik tekshirishlarni o'rganib chiqib, modellardagi ma'lumotlarga asoslanib shu bemorlar to'g'risida ortiqcha ma'lumotlarni olsa bo'ladi. Davolash rejasida xamma tekshirishlar va keyingi davolash ishlari, ularni xajmi va vaqti belgilab olinadi. Bunda bemorni o'zi xam aktiv ishtirok etadi. YA'ni bemorga davolashni yangi metodlari to'g'risida aytib berish davolash effektivligini oshiradi va bemorni bilvosita shifokor yordamchisiga aylantiradi. Lekin bemor fikri hal qiluvchi bo'lmaydi va osteotomiyalangan fragmentlarni o'tkazish darajalarini belgilamaydi. Davolash ishlar va ularn ketma ketligi, o'tkaziladigan operatsiyalar xajmi davolovchi shifokor tomonidan amalga oshiriladi va bemor

xoxishi ham inobatga olinadi.. Bunda shifokor nafaqat estetik, balki funksional jixatdan ham buzilishlarni bartaraf etishi lozim.

Deformatsiyalarni skeletli formasida davolash rejasini yuz-jag' jarrohi rejalashtiradi va davolash rejasini boshqa mutaxassislar bilan xam maslaxatlashgan xolda amalga oshiradi, operatsiya xajmi va vaqtini, o'tkazilish maydonini belgilaydi. Tasvirlarga, rentgen kopyialarga, jag'lar modeliga extiyoj tug'ilganida ko'zda tutilgan operatsiyalar modellashtiriladi va operatsiyadan keyingi kutilayotgan natija ko'rsatiladi. Yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor bemorlarni davolashda quyidagi reabilitatsion ketma ketlik amalga oshiriladi: operatsiya oldi tayyorgarlik (yoshlik va o'spirinlik davrida ratsional ortodontik davolash), yuz skeletida suyakli rekonstruktiv operatsiyalarni 16 yoshdan keyin o'tkazish, oxirgi ortopedik va ortodontik davolashni o'tkazish, operatsiyadan keyingi deformatsiyalarni yo'qotish maqsadida plastik va qayta taklov operatsiyalarini o'tkazish.

Operatsiya oldi tayyorgarlik maqsadi bu ayrim tishlar qatorini tiklash, tish yoyini operatsiyadan keyingi holatni e'tiborga olgan xolda tiklashdir. Ortodontik davolashda antagonist tishlarda fissurno do'mbokli aloqani xosil qilishdan iborat. Yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor bemorlarni operatsiya oldi tayyorgarlik ishlarida ortopedik ishlar muxim rol o'ynaydi. Uning asosiy vazifasi yo'q tishlar o'rnini protez tishlar bilan to'ldirish va antagonist tishlar bilan aloqalarni tiklash. Bunda operatsiyadan keyingi jag'lar holati inobatga olinadi.

Operatsiya o'tkazish vaqtini ikkita nuqtai nazari bor. Bir guruh mutaxassislar yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor bemorlarda operatsiya yosh bolalikda o'tkazilishi lozim deb o'ylashadi, bu ikkilamchi deformatsiyani oldini olish uchun muxim deb o'ylashadi. Ikkinchi guruh olimlar esa operatsiya yo'z suyaklari shakllanib bo'lganidan keyin ya'ni 16-18 yoshda amalga oshirilishi lozim deb o'ylashadi. Bu guruh olimlar erta yoshlikda o'tkazilgan operatsiyalar o'suvchi zonani shikastlantiradi va ikkilamchi nuqsonlar paydo bo'lishiga olib keladi deb o'ylashadi. SHularni inobatga olgan xolda yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor bemorlarda operatsiyalarni o'tkazish turlicha bo'ladi: yuqori jag'da 15-16 yoshda, pastki jag'da 18-20 yoshda amalga oshiriladi.

Operatsiya oldi tayyorgarlikni o'ziga xos xususiyati va anesteziologik tayyorgarlikni o'ziga xosligi. Yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor bemorlarni o'tkazilgan xamma tekshirish natijalar bilan, operatsiya rejasi, og'riqsizlantirish turi, ko'zda tutilayotgan operatsiya xususiyatlari, operatsiyadan keyingi davr to'g'risida va bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlar to'g'risida tanishtirilishi lozim.

Suyakli rekonstruktiv operatsiyalarni o'tkazishda og'riqsizlantirishni maksimal tarzda amalga oshirilish lozim. YAxshi xirurgik natijaga erishish uchun, osteotomirlangan suyak fragmentlarini ko'chirish va bir biri bilan to'g'ri kelishini ta'minlash uchun burun orqali intubatsion narkoz o'tkaziladi. Operatsiyaga tayyorgarlik vaqtida burun, tomoq va og'iz va quloq yo'llaridan antibiotikka sezg'chanlikni aniqlash maqsadida ekma olinadi. Operatsiyadan keyingi antibiotikoterapiyani antibiotikogramma natijalari orkali amalga oshiriladi va keng ta'sirga ega antibiotiklardan foydalaniladi. Operatsiya oldidan og'iz bo'shlig'ida egilgan po'latli shinalar fiksatsiyalanadi, bundan tashqari tish protezlari yoki retentsion-shinirlovchi apparat qo'yiladi. Suyak fragmentlarini ko'chirib o'tkazgandan keyin xosil bo'lgan nuqsonni suyakli transplantat yordamida bartaraf etiladi. Tayyorgarlik vaqtida xirurg qaysi turdagi transplantat qo'yilishini bilish lozim (auto yoki allotransplantat), va shuni inobatga olgan xolda tayyorgarlik ishlari amalga oshirilishi lozim. Do'mboq orqasidan kompakt suyakdan allotransplantat o'rnatilishi lozim, uzoq vaqt moslashish natijasida yuqori jag' fiksatsiyasi amalga oshiriladi.

Yuz suyaklari va tish jag' tizimidagi anomaliyalari bor bemorlarni operatsiyaga tayyorlash printsiplari. YUqori jag' prognatiyasi yoki makrognatiyasi xirurgik davolashni asosida yuqori jag' frontal qismini segmentar osteotomiyasi yotadi va buning natijasida estetik jixatdan etishmovchilikni bartaraf etsa bo'ladi va ko'pgina antagonist tishlar o'rtasida aloqani tiklash imkoni tug'iladi (26.5)

YUqori jag' frontal qismini segmentar osteotomiyasi operatsiyasi: endotraxeal narkoz ostida yuqori jag' al'veolyar o'simtasi vestibulyar tomondan shilliq va suyak usti aprdamini G- simon kesma 5 ! 5 sohasidan og'iz daxlizi yuqori gumbazigacha qilinadi. Ikki tomonidan shilliq suyak usti laxtagi 3 ! 3 sohasigacha ajratiladi va erkin uchlari kiskichlarda ushlab turiladi. 4 4 tishlar olib tashlanadi va olingan tish katagi orqali osteotomiya va osteoektomiya qilinadi, al'veolyar o'simtani kirrasidan 5mm balandlikgacha vertikal kesma qilinadi. Undan keyin burun tubi asosigacha shu kesma orkali tunnel o'tkaziladi. Mobilizatsiyalangan to'qimalar suriladi va osteotomiya va osteoektomiya qilinadi va vertikal suyak

kesmani uchi pastki burun yo`li tubi bilan tutashiriladi. Qarama qarshi tomonda ham shunday operatsiya qilinadi. Keyin suyak usti pardali shillik lahtak qattiq tanglay sohasi olingan 4_!_4 sohasigacha o`rta chizikgacha ajratiladi. Xosil qilingan tunnelga maxsus ximoyalovchi kuraklar kirgizilganidan keyin yuqori jag` tanglay plastinkasi va tanglay suyak sohasida osteotomiya va osteoekomiya o`tkaziladi. YUqori lab yuganchasi shilliq qavatidagi vertikal kesma orqali burun tubi va burun to`sig`i pastki qismlari skeletizatsiyasi amalga oshiriladi. Osteotom orqali tanglay sohasida o`tkazilgan osteotomiya sohasigacha burun to`sig`i kesib tashlanadi. Kerak bo`lsa tog`ayni pastki qismi olib tashlanadi. To`g`ri keltirilgan prikus holatida suyakli fragment simli ligaturalar yoki mini plasinkalar yordamida maxkamlanadi. Suyak usti pardali shillik lahtak joyiga qo`yiladi va ketgut choklari yordamida tiqiladi. Qattiq fiksatsiya qilish maqsadida silliq skoba shinasini qo`yiladi.

Pastki burun yo`llari qon to`xtatish maqsadida 1-2 sutkaga tamponlab tashlanadi. YUqori jag` frontal qismini segmentar osteotomiyani mukammalshatirilgan usulini afzalliklari: 1) osteotomiyalangan soha yaxshi qon bilan ta`minlanadi 2) osteotomiya va osteoektomiya qilish jarayoni ko`rib turiladi. 3) ko`chirib o`tkaziladigan segment xarakati kengligi, 4) YAxshi operatsion joy va operatsion maydon sohasini ko`rish imkoni yuqoriligi 5) operatsiyadan keyin reparatsiya jarayonini yaxshi kechishi

Interaktiv metod: «Aylana stol»

TESTLAR:

1 YUqori makrognatiya bu:

- E. Jag`larni hamma o`lchamlarini kattalashishi
- Ж. Jag`larni hamma o`lchamlarini kichiklashishi
- 3. Jag` frontal qismini oldinga chiqishi
- И. Jag` frontal qismini orqaga siljishi
- K. Kurak tishlarni kesuvchi yuzasi oralig`i kengayishi

2. YUqori mikrognatiya bu:

- E. Jag`larni hamma o`lchamlarini kichiklashishi
- Ж. Jag`larni hamma o`lchamlarini kattalashishi
- 3. Jag` frontal qismini oldinga chiqishi
- И. Jag` frontal qismini orqaga siljishi
- K. Kurak tishlarni kesuvchi yuzasi oralig`i kengayishi

3. YUqori prognatiya bu:

- Д. Jag` frontal qismini oldinga chiqishi
- E. Jag`larni hamma o`lchamlarini kichiklashishi
- Ж. Jag`larni hamma o`lchamlarini kattalashishi
- 3. Jag` frontal qismini orqaga siljishi
- И. Kurak tishlarni kesuvchi yo`zasi oralig`i kengayishi

4. YUqorigi retrognatiya bu:

- E. Jag` frontal qismini orqaga siljishi
- Ж. Jag` frontal qismini oldinga chiqishi
- 3. Jag`larni hamma o`lchamlarini kichiklashishi
- И. Jag`larni hamma o`lchamlarini kattalashishi
- K. Kurak tishlarni kesuvchi yuzasi oralig`i kengayishi

5.: Ochiq prikus bu

- A. Kurak tishlarni kesuvchi yuzasi oralig`i kengayishi
- Б. Jag` frontal qismini orqaga siljishi
- В. Jag` frontal qismini oldinga chiqishi
- Г. Jag`larni hamma o`lchamlarini kichiklashishi
- Д. Jag`larni hamma o`lchamlarini kattalashishi

6. Jag`lar deformatsiyalari bor bemorlar uchun xarakterli funktsional buzilishlar:

- E. Patoxaraktereologik buzilishlar
- Ж. Ovqatni uzib olish va chaynashni qiyinlashishi
- 3. Gapirishni buzilishi
- И. Nafas olishni buzilishi
- K. Xamma javob to`g`ri

7. Jag`lar deformatsiyalari bor bemorlar uchun xarakterli anatomik buzilishlar:

- Л. Yuz proportsiyasini buzilishi
- M. YUqori jag`ni xaddan ortiq bo`rtib chiqishi
- H. Pastki jag`ni xaddan ortiq bo`rtib chiqishi
- O. Tishlarni bir biriga yopa olmaslik
- П. Xamma javoblar to`g`ri

8. Bemorlarni maxsus tekshirish usullariga kiradi:

- P. Prikusni gipsli modelini yaratish
- C. Qon umumiy tahlili
- T. Qon guruhini aniqlash
- У. Ko`rak qafasi rentgenografiyasi
- Ф. Oqsil fraktsiyasini aniqlash

9. YUqori prognatiyada davolashni tanlashda eng muxim faktorlar bo`lib hisoblanadi

- A. Bemor yoshi
- B. Patologiya rivojlanish darajasi
- V. Bemorni estetik nuqsonga shikoyati
- G. Ortodontik davolanishga bemorni uzoq vaqt vaqti yo`qligi
- D. Poliklinikada ortodont shifokorining yo`qligi

10. YUqori makro- va retrognatiyada eng muxim rentgenologik usul:

- A. Telerentgenografiya
- B. To`g`ri proektsiyasida obzorli
- V. YOn proektsiyasida obzorli
- G. Ortopantomogramma
- D. Aksial rentgenografiya

11. YUqori jag` anomalialari bor bemorlarni rehabilitatsiya qilish ketma ketligi

- A. YOshlik vaqtida ortodontiya
- B. 16 yoshdan keyin suyakli rekonstruktiv operatsiyasi
- V. Tugallovchi ortopedik davolash
- G. YUmshoq to`qimalarda korregirovchi operatsiyalar
- D. Xamma javoblar to`g`ri

Vaziyatli masala:

1. Jarrohlik stomatologiya poliklinikasiga 19 yoshli bemor quyidagi shikoyatlar bilan murojat qildi: uzib olishni qiyinlashganligiga, ovqatni uzoq vaqt noto`liq chaynash, nuqson borligiga. Tekshirilganida yuqori jag`ni oldinga chiqishi kuzatiladi, yuqori lab qisqalashgan va pastkisi bilan yopilmaydi, og`iz yorig`idan yuqori frontal tishlar ko`rinib turadi. 4321 _!_ 1234 oldinga chiqib turadi va yoysimon joylashgan. Sagital yoriq kurak tishlar orasida 7 mm

2. Diagnostika qo'yish uchun qaysi qo'shimcha usullardan foydalaniladi
3. Deformatsiya rivojlanish darajalari

Javob:

1a) jag' modelini biometrik tekshirish

1b) telorentgenografik analiz

2) yuqori prognatiya 2 darajasi

2. Bemorga 14 yosh, yuqori retrognatiya tashxisi qo'yilgan. Bemor terapevt tomonidan tekshirildi – ichki organlar tomonidan o'zgarishlar aniqlanmadi. Bemorni xirurgik stomatologiya bo'limiga operatsiya uchun jo'natildi. Klinikada professor tomonidan ko'rib operatsiyadan bosh tortildi

1) operatsiya nima sababdan o'tkazilmaydi

2) quyidagi holatda qanday davolash o'tkaziladi

Javob:

1) bemor yoshi

2) ortopedik davo, kerak bo'lsa kompaktostoetomiya

Tarqatma materiallar:

6. Talabani bilim darajasini tekshirish uchun nazorat savollari.

7. Vaziyatli masalalar.

8. Birinchi darajali murakkablikdagi testlar.

9. Ikkinchi darajali testlar.

YUqori makro yoki prognatiyani xirurgik yo'l bilan bartaraf etish operatsiyasi sxemasi

Tavsiya etilgan adabiyotlar

-asosiy

1. Robustova T.G. «Xirurgicheskaya stomatologiya» Moskva , 2000.
2. Bernadskiy YU.YU. «Osnovi xirurgicheskoy stomatologii» Kiev, 1998
3. Bernadskiy YU.I. «Osnove hirurgicheskoy stomatologii», Kiev, 2000 g.
4. Nerobeev A.I., Plotnikov N.A. «Vosstanovitel'naya hirurgiya myagkih tkaney chelyustno-licevoy oblasti» M., 1997y.

-qo'shimcha

1. V.A.Sukachev «Atlas rekonstruktivnix operatsiy na chelyustyax» (41,42 betlar).
2. «Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii» V.M.Bezrukov i T.G.Robustova 2000. Tom2 s 249-263, ris26.1, 26.2, 26.3, 26.4.
3. Mashkilleyson A.A. «Predrak krasnoy kayme gub i SOPR» M., 1970y.
4. Romacheva I.F. «Zabolevaniya i povrejdeniya slyunneh jelez» , 1987y.
5. Shanin A.P. «Opuholi koji, ih proisxojdenie, klinika, lechenie» M., 1989y.
6. Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-licevoy oblasti», 1991y..

Internet sayt:

www.e-dental.comwww.mediastom.ruwww.doctour.rustomatology.popmed.ru/

**PASTKI JAG' DEFORMATSIYALARI: PASTKI MAKRO- YOKI PROGNETIYANI
BARTARAF QILISH.**

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg'ulotda talabalar faoliyatini baholash 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).	Savollarga javob beradilar va muhokama qiladilar.
25- daqiqa	Mavzuning xar bir qismi bo'yicha xulosa qilinadi, eng asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Aniqlashtiruvchi savollar beradilar
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 muhokama 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	2.4. "Baliq skeleti" konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
40-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
10-daqiqa		
Jami		6 soat

Nazorat savollari

1. tiklov operatsiyasidan keyin bemorlarni umumiy parvarish xususiyatlari
2. plastik operatsiyadan keyin bemorlarga maxsus parvarish xususiyatlari

Nazariy qism.

Vatanimiz va chet el adabiyotlarida bolalar va kattalarda anomaliyalar va tish-jag' deformatsiyalari chastotasi haqida xar xil fikrlar keltiriladi. Bu xar xil epidemiologik tekshiruv usullarini qo'llash, deformatsiyalarni baholashning aniq mezonlari yo'qligi, xar xil klassifikatsiyadan foydalanish

bilan bog'liq. Vatanimiz va chet el avtorlari tomonidan o'tkazilgan ko'p sonli izlanishlar shuni kursatdiki, tish-jag' deformatsiyalari tekshirilganlarning 33%-95,3%ida uchraydi. Xar xil turdagi anomalialar va deformatsiyalarni aniq baxolash mezonlari, sinchkovlik bilan tekshirish va aniqlangan o'zgarishlarni qayd qilish ob'ektiv taqqosiy epidemiologik tekshiruvlar ma'lumotlari olish imkonini beradi.

Bolalarda 5-15 yoshda tish-jag' anomoliyalarining yuqori foizi kattalarda xam tish-jag' deformatsiyalarining shunday chastotada uchrashidan darak bermaydi. Deformatsiyalarning ko'pchilik qismi bo'y va tish-jag' tizimi rivojlanish disproportsiyasi bilan ifodalanadi va keyinchalik prikus o'z-o'zi regulyatsiyaga uchraydi. Bundan tashqari aniqlangan anomalialar orasida Tish holati va shakli anomalialari sezilarli o'rinni egallaydi va bular keyinchalik ortodontik davolashda to'g'rilanadi. SHubxasizki, bolalarning ortodontik davolanishi kattalarda jag'lar deformatsiyasi chastotasiga ta'sir qiladi. Aniqlanganki ortodontik davolanishdagi bolalarning 41,1-62,2 % xar xil sabablarga ko'ra davolanish tugallanmaydi.

Epidemiologik izlanishlar tish-jag' tizimi va yuz skeleti anomalialari va deformatsiyalari xirurgik davolanish extiyoji to'g'risida xulosa bera olmaydi. Kattalarda tish-jag' tizimi anomalialari uchrash chastotasini bir qator vatanimiz va chet el tadqiqotchilari 15dan 21 yoshgacha, ya'ni yuz skeleti o'sishi to'xtaganda o'tkazgan epidemiologik tekshiruvlar bilan muhokama qilish mumkin. Aniqlangan deformatsiyalar chastotasi 41,1-95,3% ni tashkil etadi.

Klinik kuzatishlar va eksperimental tekshiruvlar ko'rsatadiki ortodontik usullar bilan tish qatori shakli, aloxida tishlar va tish guruhleri joylashishini to'g'rilash mumkin. Yuz skeleti o'sishi to'xtashi bilan ortodontik usullar bilan jag' suyaklari o'sishi ortishi yoki sekinlashishiga erishish o'ta qiyin yoki imkonsiz. YUqorida keltirilganlarga mos ravishda ko'pchilik klinitsistlar yuz skeleti o'sishi to'xtashi bilan yakka ortodontik davo yordamida progenik, prognatik, ochiq va chuqur prikusga olib keluvchi jag' skeleti deformatsiyalari shakllarini davolash muvaffaqiyatsizdir. Ortodontik apparatlarning jag' suyaklari skelet deformatsiyalarida noratsional qo'llash frontal tishlar egriligining o'zgarishiga olib keladi, parodont to'qimasida patologik jarayonlari, tishlar qimirlashi yoki ular ildizlarining rezorbtsiyasiga sabab bo'ladi.

Suyak-konstruktiv operatsiyalar bilan shug'ullanadigan mutaxassislarga yuz skeleti deformatsiyalari va anomalialari va tishlar qatori nisbatining progeniyasi va prognatiyasi, ochiq yoki yopiq prikus bilan xarakterlanadigan prikus anomalialarini chastotasini ko'rsatuvchi ma'lumotlar nisbatan muhimdir. Tish-jag' deformatsiyalarida tish qatorining progenik nisbati 1,1%-8,7%, prognatik – 12,3%, ochiq prikus - 3%, chuqur – 1,2 % bemorlarda aniqlangan.

Xirurgik davoga prikus anomaliasi bilan 4,45% katta yoshli bemorlar muxtoj. Taqdim qilingan ma'lumotlar nisbatan jag' suyaklarida suyak-konstruktiv ishlovga tibbiy reabilitatsiyaning barcha etaplarida ortodontik davo zarur bo'lgan bemorlar kategoriyasini to'liq xarakterlaydi. AQSH da o'tkazilgan tekshiruvlarda aniqlanganki, pastki progantia va tish qatorlari progenik nisbati bilan 340 000 kishi ortodontik va xirurgik davoga muxtoj. AQSH milliy stomatologiya instituti maxsus ishchi guruh ma'lumotlariga ko'ra 35% axolida yuz skeleti deformatsiya va anomalialari va yana tish-jag' tizimi deformatsiyalari kuzatilgan, shulardan 5-5%i xirurgik davoga muxtoj.

Baxtga qarshi, xam vatanimiz va xam chet el adabiyotlarida yakka va qo'shma jag' deformatsiyalari chastotasi haqida tizimli tasvirlangan ma'lumotlar yo'q. V.M. Bezrukov ma'lumotlariga ko'ra (1981) jag'larning qo'shma deformatsiyalari 42% katta yoshli bemorlarda uchraydi. YAna jag'larning rivojlanish anomalialari va ayniqsa yuqorigi jag'da yakka xolda kam uchraydi deb X.A Kalamkarov (1972) aytgan.

Aytilganlarga bilvosita tasdiq yuz skeletida gipo-, giperplaziya tipidagi klinik va rentgenologik o'zgarishlar hisoblanadi. Aniqlanganki, pastki jag' o'sish zonasidagi birlamchi o'zgarishlar yuz skelet yondosh va uzoq sohalaridagi ikkilamchi deformatsiyalarga sabab bo'ladi.

Taqdim qilingan ma'lumotlar yuz va jag'larning tug'ma rivojlanish anomalialarini hisobga olmaslik bilan noto'liq bo'ladi, mashxur adabiyotlarda keltirilgan bir va ikki tomonlama lab kemtigi, birinchi va ikkinchi jabra yoriqlari sindromlarida. Turli izlanuvchilarning ma'lumotlariga ko'ra tug'ma kemtig chastotasi 600-800 tug'ilishga birni tashkil etadi. Birinchi va ikkinchi jabra ravog'i sindromi

nuqsonlari 4000-5642 tug'ilishga 1tani tashkil etadi. Kruzon va Apert sindromlari yanada kamroq - 4000-160 000 yangi tug'ilganga 1 ni tashkil etadi. SHuni ta'kidlash kerakki, ko'pchilik anomaliyalar va deformatsiyalar ayollar va erkaklarda bir xil nisbatta uchraydi. YUqorida keltirilgan ma'lumotlar yuz skeletining anomaliya va deformatsiyalari amaliy tibbiyotda muhimligi va dolzarbligidan dalolat beradi.

Bemorlarda mikro – yoki retrognatiyani davolashda shunday operativ usullar ishlatiladiki, ular pastki jag' suyagi o'lchamlarini orttirishda yoki uning joylashishini oldinga surish, yoki yuz skeleti estetik proportsiyasining optimal tiklashdir.

Xozirgi vaqtda klinik amaliyotda pastki jag' burchak va shoxlari sohasidagi operatsiyalar nisbatan keng tarqalgan. Bu ular tish qatoridan tashqarida bajarilishi va suyak katta kontakt yuzasi xosil qilishi, suyak bo'laklarining sezilarli surilishi bilan bog'liq. Bundan tashqari operatsiya jarayonida chaynov mushaklari birikish joyini xam o'zgartirish mumkin.

Ko'pincha pastki jag' burchak sohasi yassi osteotomiyasi og'iz ichi (Obvegezer) va tashqi (Mitrofanov va Rud'ko) yondoshishlari bilan amalga oshiriladi.

Og'iz ichi yulida endotraxeal og'riqsizlantirish ostida kesma qanotsimon-pastki jag' burmasi bo'ylab shilliq qavatda o'tkazilib, pastki jag' suyagi tashqi yuzasiga o'tiladi va og'iz daxlizi pastki gumbazigacha o'tkaziladi. So'ngra periost pastki jag' old qirrasiga bo'ylab kesiladi. Ayri raspator bilan tashqi qirragacha ajratiladi. Jarohatga maxsus ilgak kiritilib lunj sohasi yumshoq to'qimalari operatsion maydondan chetga suriladi.

Ichki tomondan pastki jag' suyagi shoxi qon-tomir tutami proektsiyasidan yuqorida yumshoq to'qimalar tunnel shaklida pastki jag' suyagi orqa qirrasigacha ajratiladi. Xosil bo'lgan tunnelga boshqa maxsus ilgak kiritilib, bu pastki jag' orqa qirrasiga birinchisidan yuqoriga birlashtiriladi.

So'ngra bormashina bilan pastki jag' suyagi ichki kompakt yuzasi ochiladi, ichki ilgak bo'ylab pastki jag' suyagi qon-tomir tutami chiqish joyidan yuqoriroqda. Osteotomiya chizig'i pastki jag' suyagi old qirrasiga bo'ylab davom ettiriladi, tashqi yuzaga o'tiladi. Nozik osteotom bilan pastki jag' suyagi kompakt shoxlari plastinkasi yuzaga bo'ylab ajratiladi. Ilgaklar orqa qirragacha fiksatsiyalanadi, osteotomlar suyakdan o'tib ketishi oldi olinadi. SHunday operatsiya analogik tarzda boshqa tomonda xam o'tkaziladi. Pastki jag' suyagi markaziy bo'lak prikus bo'ylab oldinga suriladi va jag'lararo rezina tortmalar bilan qotiriladi. Suyak bo'laklari vintlar yoki simlar bilan maxkamlanadi. So'ngra jag' osti sohadan kontrapertura orqali rezina drenaj jarohatga kiritiladi. SHilliq qavat og'iz bo'shlig'i tomondan ketgut bilan tiqiladi.

YAssi osteotomiya pastki jag' suyagi shoxlarida tashqi yo'l – Mitrofanov va Rud'ko bo'yicha: endotraxeal og'riqsizlantirish ostida terida jag' osti sohasida kesma 6-7 sm kattalikda pastki jag' suyagi burchagini qamrab oluvchi tarzda amalga oshiriladi. Qavatma-qavat teri, teriosti to'qimalar, teri osti mushagi kesiladi. Skal'pel bilan periost 3 sm xajmda kesiladi. Raspator bilan pastki jag' suyagi shoxlari tashqi yuzasi yarim oysimon chuqurchagacha ajratiladi. Sungra pastki jag' suyagi old va orqa qirralari ajratiladi. YArim oysimon chuqurchadan 0,5-0,7 sm pastdan pastki jag' suyagi old va orqa qirralari bo'ylab bormashina bilan teshik ochiladi. So'ngra teshikdan pastki jag' suyagi old qirrasiga bo'ylab parabolik shaklda suyak yorig'i pastki jag' suyagi tashqi yuzasi, pastki qirra va orqa qirragacha xosil qilinadi. Deshan ignasi yordamida shoxlar ichki yuzasidan lavsan ligatura o'tkaziladi, Jigli arrasi kiritilib teshiklar rupa sigacha shoxlar ichki kompakt plastinkasi arralananadi. Buyalskiy kuragi va osteotom yordamida pastki jag' shoxlari tekislik bo'ylab ajratiladi. (rasm). Analogik operatsiya shu tarzda boshqa tomonda xam o'tkaziladi. Markaziy bo'lak oldinga suriladi, prikus to'g'ri holatga keltirilib qotiriladi, sim iplar bilan osteosintez shoxlar sohasida o'tkaziladi yoki suyak usti mini plastinkalari bilan qotiriladi. Jaroxat qavatma-qavat ketgut iplar bilan, teriga poliamid ipdan choklar qo'yilib tiqiladi. CHoklar orasiga rezina chiqargich qoldiriladi.

Pastki jag' to'g'ri va estetik to'liqligini tiklash uchun zinali genioplastika operatsiyasi ishlab chiqilgan. Bu genioplastika usuli pastki jag' iyak qismi balandligi etarli bo'lganda qilinadi. Endotraxeal narkoz ostida pastki lab og'iz burchagi balandligida lavsan ipdan ikkita o'shlagich quyiladi. YUqorigi va pastki lablarga antibiotikka botirilgan salftka bilan yopiladi. YUmshoq to'qimalar novokain infil'tratsiyasidan so'ng 6-7 sm.li kesma pastki labdan og'iz daxlizi pastki gumbaziga 1-1,5 sm

yuqoridan unga parallel ravishda o'tkaziladi. To'qimalar mushakkacha kesiladi, pastki jag' oldingi qirrasigacha boriladi, periost kesiladi va pastki jag' suyagi iyak qismi kichik oziq tishlar ruparasigacha kesiladi. Bor va tsirkulyar arra bilan gorizontol osteotomiya iyak pastki qismida o'tkaziladi ikki qorinchali mushak pastki tutamlari kesilib osteotomiya qilingan taqasimon suyak bo'lagi oldinga suriladi. Osteotomiya qilingan yangi bo'lak 3ta simli choklar yoki miniplastinkalar bilan tiqiladi. Jaroxat qavatma qavat tiqiladi. Kontrapertura orqali rezina chikargich qoldiriladi. SHakllantiruvchi bintli bog'lam qo'yiladi.

Bemorlarda pastki makro yoki prognativalarni davolashda qo'llaniladigan suyak-rekonstruktiv operatsiyalar pastki jag'ni orqaga surishga asoslangan. Bunda ko'proq pastki jag' burchak sohasidan osteotomiya o'tkazish qo'llaniladi. SHuni aytib o'tish kerakki, yassi suyakli osteotomiya pastki jag'da chakka pastki jag' bo'g'imi elementlarining o'zgarishiga sabab bo'ladi. Ko'proq subkondilyar osteotomiya o'tkazish maqsadga muvofiqdir, bunda chakka pastki jag' bo'g'imining to'g'ri nisbati saqlanadi. Endotraxeal narkoz ostida pastki jag' sohasidan terida 4-5 sm.li kesma o'tkaziladi, pastki jag' burchagi qamrab olinadi. Qavatma-qavat teri, teriosti yog' to'qimasi, bo'yin teri osti mushagi kesiladi. Burchak sohasida pastki jag' qirrasini bo'ylab periost kesiladi va pastki jag' shoxi tashqi yuzasi yarim oysimon chuqurgacha yalong'ochlanadi.

Pastki jag' shoxi orqa qirrasini va ichki yuzasi distal qismlari yumshoq to'qimalardan ajratiladi. so'ngra bor bilan shoxda vertikal osteotomiya bo'g'im o'sigi asosidan boshlab pastki jag' burchagigacha o'tkaziladi. Birinchi arralangan joyga parallel ravishda tashqi kompakt plastinka chegarasida ikkinchisi o'tkaziladi. Olib tashlanadigan tashqi kompakt plastinka kengligi pastki jag'ni orqaga surish rejasiga to'g'ri kelishi kerak. Freza bilan kichik segment ichki yuzadan dekortikatsiya qilinadi. Markaziy fragment orqaga suriladi, to'g'ri holatda fiksatsiya qilinadi. Suyak fragmentlari sim iplarda yoki miniplastinkalarda qotiriladi. Jarohat qavatma-qavat ketgut iplar bilan, teriga poliamid ipdan choklar qo'yilib tiqiladi. CHoklar orasiga rezina chiqargich qoldiriladi.

Bemorlarni operatsiyadan keyin olib borishning xususiyatlari. Dastlabki 4-5 operatsiyadan keyingi sutkalarda nafas olish, gemodinamika va metabolik o'zgarishlar korrektsiyasiga qaratilgan intensiv terapiya o'tkazilishi kerak. YAllig'lanish asoratlarini oldini olish maqsadida 5-6 sutka davomida keng spektrli antibiotiklar va sul'fanilamidlar ishlatiladi. YAllig'lanish asoratlarini oldini olishda jarohatni parvarishlash katta ahamiyatga ega. operativ jarohatda reparativ regeneratsiya kechishining optimal sharoitini ta'minlash uchun suyak bo'laklarini ishonchli fiksatsiya qilish va medikamentoz davo (vitaminlar, kal'tsiy glitserofosfat, nerobol) keng ishlatiladi. Bundan tashqari fizioterapevtik davo muolajalari ham (magnitoterapiya, UVCH) keng ishlatiladi. Jag'lararo fiksatsiya pastki jag'da davomiyli 35-45 sutkani tashkil etadi.

Interaktiv metod: Akvarium uslubi

TESTLAR:

1. Pastki makrognatiya bu

1. pastki jag' barcha o'lchamlarining ortishi.
2. pastki jag' barcha o'lchamlarining kamayishi.
3. pastki jag' frontal qismi oldinga siljishi
4. pastki jag' frontal qismi ortga siljishi.
5. kesuvchi tishlar orasidagi aloqa

2. Pastki mikrognatiya bu

- 1) pastki jag' barcha o'lchamlarining ortishi.
- 2) pastki jag' barcha o'lchamlarining kamayishi.
- 3) pastki jag' frontal qismi oldinga siljishi
- 4) pastki jag' frontal qismi ortga siljishi.
- 5) kesuvchi tishlar orasidagi aloqa

3. Pastki prognatiya bu

- 1) pastki jag' frontal qismi oldinga siljishi
- 2) pastki jag' barcha o`lchamlarining kamayishi
- 3) pastki jag' barcha o`lchamlarining ortishi
- 4) pastki jag' frontal qismi ortga siljishi
- 5) kesuvchi tishlar orasining ochilishi

4. Pastki retrognatiya bu

- 1) pastki jag' frontal qismi ortga siljishi
- 2) pastki jag' frontal qismi oldinga siljishi
- 3) pastki jag' barcha o`lchamlarining kamayishi
- 4) pastki jag' barcha o`lchamlarining ortishi
- 5) kesuvchi tishlar orasidagi aloqa

5. Ochiq prikus bu

- 1) kesuvchi tishlar orasining ochilishi
- 2) pastki jag' frontal qismi ortga siljishi
- 3) pastki jag' frontal qismi oldinga siljishi
- 4) pastki jag' barcha o`lchamlarining kamayishi
- 5) pastki jag' barcha o`lchamlarining ortishi

6. Jag' deformatsiyalari bilan bemorlarga xarakterli funktsional buzilishlar.

1. patoxaraktereologik buzilishlar.
2. tishlash va chaynashning qiyinlashuvi
3. nutq buzilishi
4. nafas olish buzilishi
5. barcha javoblar to`g`ri

7. Jag' deformatsiyalariga xarakterli anatomik buzilishlar.

1. yuz proporsiyasi buzilishi
2. yuqori jag' ning o`ta oldinga chiqib ketishi
3. pastki jag' ning o`ta oldinga chiqib ketishi
4. tishlarni yopa olmaslik
5. barcha javob to`g`ri

8. Bemorlarni maxsus tekshiruv usullariga kiradi.

1. prikus gipsli modelini tayyorlash

2. umumiy qon tahlili
3. qon guruhini aniqlash
4. ko`krak qafasi rentgenografiyasi.
5. oqsil fraktsiyasini aniqlash

9. Pastki prognatiyada davolash usulini tanlashda hal qiluvchi omil bo`lib hisoblanadi.

1. bemor yoshi
2. patologiya darajasi
3. estetik nuqsonga bemor shikoyati
4. uzoq ortodontik davoga bemorning vaqti yo`qligi
5. poliklinikada ortodont vrach yo`qligi.

10. Pastki makro--, retrognatiyada nisbatan informativ rentgenologik usulni toping.

1. telerentgenografiya
2. to`g`ri obzor proektsiya
3. yon proektsiyada obzor
4. ortopantomografiya
5. aksial rentgenografiya

11 Pastki jag` anomaliyalarida bemorlarning rehabilitatsiyasida qaysi ketma-ketlikda bulishi zarur

1. bolalikda ratsional ortodontiya
2. suyak-rekonstruktiv operatsiya 16 yoshdan so`ng
3. tugallovchi ortopedik davo
4. yumshoq to`qimalarda korrektsiyalovchi operatsiya
5. barchasi to`g`ri

Vaziyatli masala:

1) Bemor 23 yoshda. CHap tomon CHPJB ankilozi yo`qotilgandan keyin, pastki jag`ga auto qovurg`ali plastika o`tqazilgan. Pastki jag`Tigershted shinasi va jag`lar aro rezinali tortqich bilan immobilizatsiya qilindi.

1. Bemorga qanday ovqatlanish tavsiya qilinadi.
2. Maxsus parvarish nimani o`z ichiga oladi.

Javob :

1. Jag` stoli № 1.
2. Og`iz bo`shlig`ini tez tez namlatish.

2) Rak natijasida yuqori jag` rezektsiyasidan keyin xosil bo`lgan tanglayni keng nuqsونini yopish uchun, nuqsonga Filatov bandi tikilgan. Peroral ovqatlanish birdan yomonlashgan. SHuning uchun parenteral ovqatlantirishga qaror qilingan.

1. parenteral oziqlantirish sxemasini yozing.

Javob:

1 Um. Kaloriyasi 1500- 2000Kk bo`lgan. oqsilli, yog`li va uglevodli eritmalarni 200ml dan 2-4 litrgacha vena ichiga yuborish.

Tarqatma materiallar:

10. Talabanning bilim darajasini tekshirish uchun nazorat savollari.
 11. Vaziyatli masalalar.
 12. Birinchi darajali murakkablikdagi testlar.
- Ikkinchi darajali testlar

Tavsiya etilgan adabiyotlar

-asosiy

1. «Xirurgicheskaya stomatologiya» T.G.Robustova 2000 y
2. «Travmatologiya i vosstanovitel'naya xirurgiya cherepno – chelyustno - litsevoy oblasti» YU.I.Bernadskiy. Moskva, 2003 yil, 372-376 betlar
3. «Travmi chelyustno litsevoy oblasti» N.M.Aleksandrov, P.Z.Arjantsev, Moskva 1986 y, 135-142 betlar
4. «Desmurgiya i drenirovanie v xirurgicheskoy stomatologii» V.A.Kovalov, Leningrad 1985y, 107-122 betlar.

-qo`shimcha

1. Shargorodskiy A.G. «Atlas opuholey myagkih tkaney i kostey lica» M., 1998y..
2. Solovev M.M. «Onkologicheskie aspekte v stomatologii», K., 1989y.
3. Mashkilleyson A.A. «Predrak krasnoy kayme gub i SOPR» M., 1970y.
4. Romacheva I.F. «Zabolevaniya i povrejdeniya slyunneh jelez» , 1987y.
5. Shanin A.P. «Opuholi koji, ih proisxojdnie, klinika, lechenie» M., 1989y.
6. Rentgenodiagnostika zabolevaniy chelyustno-licevoy oblasti», 1991y..

Internet sayt:

www.dentclub.ruwww.forum.32zuba.netwww.tversu.ru/Education/TMA/main.ru.htmlwww.dental32.ru

MAVZU: 31

Osteogenezning to'qima va hujayra manbalari. Distraksion osteosintez.

MAVZU: 32

Polimer kompozitlar implantasiyasi.

MAVZU: 33

To'qima inženýeriyasida zamonaviy texnologiya va uning suyak plastikasida qo'llanilishi. O'zak hujayralardan foydalanish.

MAVZU: 34

UCH SHOXLI NERV NEVRIT VA NEVRALGIYASI.

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg'ulotda talabalar faoliyatini baholash 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 asosiyilariga e'tibor qaratiladi va berilayotgan ma'lumotlar daftarga qayd qilinishi talab qilinadi.	Savollarga javob beradilar va muhokama 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 materiallarini muhokama 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	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
	Tanaffus	
40-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
20-daqiqa		
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baholanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollari

Uch shoxli nervning anatomik xususiyatlari.

YUz nervining anatomik xususiyatlari.

YUz mimik mushaklari va ularning tuzilish xususiyatlari.

Simptomatik nevrалgiya – uning sabablari va davolash.

Idiopatik nevrалgiya - etiopatogenez va medikamentoz davolash

Uch shoxli nerv va yuz nervi nevrilari.

Amaliy qism

Xirurg stomatolog amaliyotida yuz - jag' sohasi nerv sistemasi zararlanish xolatlari ko'plab uchraydi, bundan – og'riq sindromi ko'p uchraydi. Bir qator klassifikatsiyalar og'riq sindromini tizimlashtiradi. Ularning xammasi 1988 yil Xalqaro yuz, bosh og'riqlari va bosh miya nervlari nevralsiyalari klassifikatsiyalariga kiritilgan. SHular qatorida M.N. Puzin neyrostomatologik kasalliklar va sindromlarni (somatik, vegetativ va vegeto kon tomirli formalar, og'riqli disfunktsiya sindromi), chakka pastki jag' bo'g'imi sindromlar (yuzning miofatsial og'riq sindromi), talvasava giperkinezlari ajratadi. V.A. Karlov va O.H. Savitskaya (1990) kelib chiqish sababiga ko'ra ikki gurux prozopalgialarni ajratadi – somatogen va nevrogen. Somatogen yuz prozopalgialari tish og'riqlari, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, LOR organlari, ko'z xamda ichki a'zolar kasalliklari bilan bog'langan bo'lishi mumkin. Nevrogen yuz og'riqlari tipik va atipik bo'lishi mumkin.

Uch shoxli nerv nevralsiyasi — stomatologiyada ko'p uchraydigan og'riqli sindromdir. Innervatsiya buzilishi deganda nerv innervatsiyasi soxasidagi xurujsimon og'riqlar ko'rinishida namoyon buladigan sezgirlikning buzilishi tushuniladi. Uch shoxli nerv nevralsiyasi (trigeminal nevralsiya) asosini afferent animal va vegetativ tolalar funksiyasining buzilishi tashkil etadi. Bunda trigeminal tizimning biror bir bo'g'inida vujudga keladigan irritatsiya og'riq impul'slarini keltirib chiqaradi. Ushbu impul'slar oqimi dientsefal sohaga (gipotalamus) hamda bosh miya po'stlog'ining sezgi yadrolari tomoniga tarqaladi. Og'riq sezgilari bosh miya po'stlog'ida shakllanadi. Og'riq ta'siriga javoban MNS da o'zgarishlar ro'y beradi. Og'riq sezgilari davomli bo'lmagan holda dastlab organizmda kam seziluvchan o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Surunkali ravishda davom etadigan uch shoxli nerv nevralsiyasida og'riq sindromi bosh miya po'stlog'ida turg'un ravishdagi qo'zg'alish o'chog'ini hosil qilib, u biror-bir ta'sirot ostida yana qo'zg'aladi.

Etiologiya va patogenezi. Uch shoxli nerv nevralsiyasining kelib chiqishi bo'yicha yagona nuqtai-nazarlar yo'qdir. Ikki shakldagi trigeminal nevralsiyalar farqlanadi: idiopatik (essentsial), yoki birlamchi va simptomatik, yoki ikkilamchi. Simptomatik shaklida og'riqlar faqatgina nervda yoki yaqin-atrofdagi to'qimalar va organlarda kechayotgan patologik jarayonlarning belgisi sifatida namoyon bo'ladi. V.A. Karlova va O.N. Savitskiylarning (1990) ma'lumotlariga ko'ra, kasallikning birlamchi periferik genezi kompression omil bilan bog'liqdir. Mualliflarning ta'kidlashlaricha, trigeminal nevralsiya ko'pincha ko'z osti kanalining tug'ma yoki orttirilgan torayishi va qon bilan ta'minlanishning buzilishi oqibatida kelib chiqadigan nerv ildizchasining kompressiyasida rivojlanadi. SHuningdek, uchlamchi tugun sohasida miyaning qattiq qavatining noto'g'ri bitishi, araxnoidit oqibatida bosh miyada qorinchalar suyuqligi tsirkulyatsiyasining buzilishi, nerv tolalarida molekulyar va kolloid o'zgarishlarning ro'y berishi, chaynov apparatining o'zgarishi oqibatida prikusvning o'zgarishi kabilar ham uning sabablari bo'lishi mumkin. Nevralsiyaning rivojlanishida avval bo'lib o'tgan odontogen va rinogen surunkali yallig'lanish kasalliklari, infeksiya yoki sovuq qotishi oqibatida ro'y bergan nerv shoxchalaridagi allergik reaksiyalar katta ahamiyatga ega. Keksa yoshdagi insonlarda nevralsiya uch shoxli nervning ekstra- va intrakranial bo'limlarini oziqlantiruvchi tolalarining o'zgarishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Klinik manzarasi.

Uch shoxli nerv nevralsiyasi bir necha sekunddan to 1 minutgacha davomiylikdagi xurujsimon og'riqlar bilan kechuvchi surunkali kasallikdir. Xuruj vaqtida bemor qo'rquv ko'rinishida «qotib qoladi», ba'zan mimik muskullarning tortilishi kuzatiladi. Og'riqlar odatda shikastlangan nervlardan birining innervatsiya zonasi bilan chegaralangan bo'ladi. Ularning intensivligi turlicha bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan ular burovchi, kesuvchi, kuydiruvchi, elektr tokidagi kabi zarbali bo'lishi mumkin. Kasallikning boshida yoki davolash ta'sirida og'riq

xurujlari orasidagi remissiyalar davomli bo`ladi. Og`riqlar xuruji spontan ravishda hamda biror-bir ta`sirotlar: harakat, tashqi muhit haroratining o`zgarishi, allogen yoki trigger zonalariga tegib ketish oqibatida paydo bo`lishi mumkin. Ushbu zonalar odatda nervning shikastlangan qismiga mos keluvchi zonasidagi shilliq qavat yoki terining kichik qismlari ko`rinishida bo`ladi: birinchi shoxning shikastlanishida – ko`zning ichki burchagining qosh osti sohasi, burun egari, ikkinchi shoxning shikastlanishida – burun-lab burmasi, burun qanoti, yuqori lab, og`iz dahlizi yuqori gumbazining shilliq qavati, ba`zan kichik oziq tishlari sohasi, uchinchi shoxning shikastlanishi – iyak, pastki lab, og`iz dahlizi pastki gumbazining shilliq qavati sohalari. Kasallikning uzoq kechishida giperesteziya, alkogolizatsiya bilan davolangan bemorlarda giperesteziya yoki anesteziya kuzatiladi. SHikastlangan nervga qattiq bosilganda og`riqlar xuruji to`xtaydi, ba`zan zudlik bilan. Odatda og`riqlarning aniq joylashuvi aniqlanadi, lekin ba`zida ular nerv topografiyasiga mos kelmasligi mumkin, hamda ular yoyilgan bo`ladi. Ko`pincha og`riqlar intakt tishlarga tarqalib, natijada stomatologiya amaliyotida ba`zida noto`g`ri tashxis qo`yilib, sog`lom tishlar asossiz ravishda olib tashlanadi. Ba`zi holatlarda og`riqlar xuruji vegetativ belgilar: yuzning shikastlangan qismida terlash, terining qizarishi (ba`zan oqarishi), ko`z qorachig`ining kengayishi, shish, yosh oqishi hamda so`lak va burun sekreti ajralishining kuchayishi bilan kuzatiladi. M.N.Puzin (1996), uch shoxli nerv og`riq xurujlari chastotasini uchta belgi asosida baholashni maqsadga muvofiq deb hisoblaydi: 1) xurujlar trigger omillar ta`sirida o`z-o`zidan paydo bo`ladi; 2) xurujlar trigger omillar ta`sirida tinch holatda paydo bo`ladi; 3) yakka ko`rinishdagi og`riq xurujlari (sutkasiga 3 tagacha) trigger omillar ta`sirida kelib chiqadi. Ushbu muallif «uch shoxli nervning tipik nevrалgiyasi» degan tasnifiy atamani qo`llaydi va shikastlangan tarafni, yuzning turli segmentlarini, kasallanish fazalarini, og`riq xuruji xarakterini ajratib ko`rsatadi. Sanab o`tilgan omillarni hisobga olgan holda tashxis va differentsial tashxis olib boriladi.

Tashxisi.

Uch shoxli nervning u yoki bu shoxining shikastlanganligi haqida so`z yuritish uchun, trigger zonalar yoki og`iz bo`shlig`i terisida va shilliq qavatida o`tkazuvchanlikni buzilganligi aniqlanadi. So`rov va tekshiruv yo`li bilan shikastlanish joyi, bosqichi (I, II, va II) va davri (remissiya, avj olish) aniqlanadi. Trigeminal nevrалgiyani til-halqum va yuqori hiqildoq nervlarining shikastlanishidan farqlay olish og`riq sezgilarining, xususan trigger zonalarida joylashuvi bilan olib boriladi. Rentgenologik, shuningdek komp`yuter tomografiya tekshiruvini o`tkaziladi. Ular og`riq paroksizmlari tarafidagi kanallar yoki teshiklarning torayganligini aniqlash imkonini beradi. Bundan tashqari, komp`yuter tomografiyada miya sohasidagi shikastlanishlarga baho beriladi. Ixtisoslashtirilgan klinikalarda va markazlarda veretebrobazillyar basseyn sohasi tomirlarining kontrast rentgenografiyasi o`tkazilib, bunda uch shoxli ildizcha, uning asosi va shoxlari atrofidagi tomirlarning o`zgarishlari aniqlanadi. elektrofiziologik tekshiruv usullari qo`llaniladi: elektrometriya – taktil va og`riq sezuvchanlik bo`sag`asini aniqlash, elektroneyromiografiya – somatosensor trigeminal potentsiallarni qayd etish. elektrometriyada nervning o`tkazuvchanligini baholab, uch shoxli nervning nevrалgiyasi va nevropatiyasining differentsiatsiyasini o`tkazish mumkin. Bundan tashqari, ushbu usul yordamida impul`sning o`tish tezligi aniqlanib, uning asosida asab tolasining butunligi haqida fikr yuritiladi. elektroneyromiografiya uch shoxli nervning periferik shoxlaridagi afferent impul`slarni o`tish tezligini aniqlash imkonini berib, bu esa nevrалgiyani nevropatiyadan farqlash imkonini beradi. Trigeminal somatosensor potentsiallarni tekshirish efferent tolalar tarkibidagi buzilishlar joyini aniqlashda yordam beradi. M.N. Puzin (1996) fikri bo`yicha, uch shoxli nerv nevrалgiyasi tarkibdagi markaziy va periferik buzilishlar ta`sirida, nevropatiyalar esa ko`pincha uch shoxli nervning periferik shoxlaridagi tarkibiy nuqsonlar ta`sirida kelib chiqadi. Tashxis quyish va yuzdagi og`riklarni prognozlash maqsadida biologik faol moddalarning darajalari (prostoglandinlar, neyropeptidlar, testosteron) hamda bemorning immun holati aniqlanadi. Ushbu ko`rsatkichlarning buzilishi mediatorlar va modulyatorlarning og`riqsezuvchanlikda ishtirok etishini aniqlash va keyingi farmakoterapiya taktikasini ishlab chiqish imkonini beradi.

Differentsial tashxis.

Trigeminal nevralfiyadagi og'riq xurujlarini, ayniqsa, tish va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi og'riqlarni pul'pit, periodotitdan farq qilish zarurdir. Tishlarning klinik tekshiruvi, odontodiagnostika tashxis qo'yish imkonini beradi. Nervning tegishli shoxini anestetiklarni (odatda novokainning, lidokainning yoki trimekainning 1%li eritmasi) perinevral yuborish yo'li orqali kontrol ravishda o'chirib qo'yish usuli shikastlanishlarni tashxis qilishda katta ahamiyatga ega. Og'riqlar anestetikning ta'sir davrida yo'qoladi. Differentsial tashxis qilishda yuqorida sanab o'tilgan usullar: rentgenologik, komp'yuter tomografiya, elektrofunksional tekshiruvlar, biokimyoviy va immunologik testlar, elektroodontodiagnostikalar ham qo'llaniladi.

Davolash. Davolash usullari konservativ va jarrohlik turlariga bo'linadi. Konservativ usullariga quyidagilar kiradi: 1) fizik – darsonvalizatsiya, Bernar toki (diadinamik terapiya), flyuktuorizatsiya, elektroforez va boshqalar; 2) dori vositalari – vitaminoterapiya (V6, V12, nikotin kislotasi), sedativ vositalarni qo'llash (seduksen, meproamat, trioksazin, bromli-medinal miksturasi). Nesvijeovski usuli bo'yicha har kuni 10 ml dan har kuni vena ichiga natriy bromid yuboriladi (bitta davolash kursiga 25 tagacha in'ektsiya). eritma kontsentratsiyasini asta-sekin 0,5 dan 10 % ga ko'tariladi. Ba'zi klinitsistlar nospetsifik usullarni (boshqa guruhdagi qon, insulin, ilon va asalari zahari) qo'llaydilar, to'qima terapiyasini o'tkazadilar. Tutqanoqqa qarshi vositalar samarador hisoblanadi: karbamazepin (finlepsin), difenin, tegretol, stazepin, baklofen va boshqalar. Karbamazepin 100 mg dan (1/2 tabletk) kuniga 3 mahal 2 sutka davomida, keyingi 2 kun davomida 200 mg dan 3 mahal belgilanadi. Agar samarasi bo'lmasa, dozani 1200 mg gacha oshiriladi. Preparat pipol'fen (1ml 2,5%) bilan birgalikda qo'llanilishi mumkin. Dori vositalarini davriy ravishda almashtirib turilsa, shuningdek, antidepressantlar bilan birgalikda qo'llanilsa, maqsadga muvofiqdir. Tutqanoqqa qarshi dori vositalari bilan davolaganda, ularning ta'sirini asata-sekin susayishi kuzatiladi, ularni subterapevtik dozalarda belgilanishi esa zaxarilik xususiyatini oshiradi. Tomir kasalliklari bo'lgan bemorlarda davolash kompleksiga vazoaaktiv vositalarni (trental, kavinton) qo'shish zarurdir. Mahalliy trimekain blokadalari va vena ichiga anestetiklar eritmasini yuborish yaxshi davolash samarasini beradi. Davolashning mazmuni shundaki, nervning chiqish joylariga anestetikning 0,5 % yoki 1 % li eritmasi 5 ml dan haftasiga 2 – 3 marta yuboriladi (bitta davolash kursiga 15 –20 ta in'ektsiya). SHuningdek, trigger zonalariga anestetik malxamlari ham qo'llaniladi. e.I.Kandel (1981) tasnifiga binoan, quyidagi operatsiyalar o'tkaziladi: 1) uch shoxli nervning uchta shoxida operatsiya (nerv o'zagini kesish, alkogolizatsiya); 2) uch shoxli nervning tugunchasi va sezgi ildizchasidagi operatsiya (kesish, dekompressiya, elektrodestruktsiya); 3) uch shoxli nervning o'tkazuvchi yo'llari va uning talamusdan miya po'stlog'iga qarab, talamus va og'riq o'tkazuvchi yo'llar sathi bo'yicha uzunchoq va o'rta miyadagi sensor yadrolarini kesish. Alkogolizatsiya yoki nervni kesish kabi jarrohlik usullari avvalari keng qo'llanilgan. Hozirgi kunda konservativ davolashning samarasi bo'lmaganda, bu usullarni faqat yoshi keksa bemorlarda qo'llaniladi. Uch shoxli nervning shikastlangan shoxiga endonevral usulda novokainning 2–4%li eritmasi, trimekain yoki lidokainning 80%li etil spirtidagi eritmasi (0,5 mldan ko'p bo'lmagan holda) yuboriladi. Nervda vujudga keluvchi degeneratsiya uning o'tkazuvchanligini izdan chiqaradi. Spirtning perinevral yuborilishi odatda nervning degeneratsiyasiga olib kelmaydi, og'riq holati esa nevropatiyaning qo'shilishi bilan chuqurlashadi. Alkogolizatsiya samaradorligi har bir muolaja o'tgan sari kamayib boradi va remissiya davri qisqaradi. Bundan tashqari, alkogolizatsiyaning ko'p qo'llanilishi natijasida yaqin – atrofdagi vegetativ tugunlarning qo'zg'alishiga olib keladi va gangliolitning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Uch shoxli nerv nevralfiyasida xuddi shunday ko'rsatmalar bo'yicha jarrohlik muolajalari o'tkaziladi – yuzdagi va miya asosidagi periferik shoxlarni kesish amalga oshiriladi. Uch shoxli nervni perkutant stereotaksik destruktsiyasini amalga oshirish samarador usullaridan biri hisoblanadi. Bu usul taktik sezuvchanlikni saqlagan holda, koagulyatsiya orqali uch shoxli nervning sensor ildizchasini o'chirib qo'yishga asoslangan. Odatda 2–8 ta koagulyatsiyalar o'tkaziladi [Livshits L.YA., 1965; Grigoryan YU.YA., 1989; Hipp.J., 1988]. 95S li bidistillangan suvni qo'llagan holda uch shoxli nervning sezgi ildizchasi emiriladi. Hipp.J. (1988) ma'lumoti bo'yicha, nevralfiyani davolashda yuqori chastotali termonevrolizis va termogangliolizis usullari samarador hisoblanadi. SHuningdek,

glitserolli rizolizis ham qo'llaniladi. Teri orqali retrogasseral ravishda glitserin in`ektsiyasi o'tkaziladi, so'ngra nervning innervatsiya zonasida ma'lum vaqtga sezgirlik pasayishi mumkin, lekin og'riq sindromi tezda bartaraf etiladi. Uch shoxli nerv ildizchasini mikrovaskulyar dekompressiya qilish jarrohlik usuli ham samador bo'lib, bunda bosh suyagining orqa chuqurchasi trepanatsiya qilinib, uch shoxli nervning ildizchasi, yuqori miyacha arteriyasi va yuqori toshsimon venalar tekshirib ko'riladi. Kompresiya aniqlansa, tomirlar va nervlar ajratib olinib, biomaterial bilan izolyatsiya qilinadi. SHuningdek, uch shoxli nervning periferik shoxlarini yuz sohasiga chiqish joyida suyak kanallaridan ajratish bo'yicha ham dekompression operatsiyalar o'tkaziladi. Uch shoxli nerv shoxlarini uning barcha tarmoqlari bilan birga rezektsiya qilish doim ham samarali bo'lmaydi; operatsiyalardan so'ng 30-40 % holatlarda asoratlari kuzatiladi.

Trigeminal nevralgia – uch shoxli nervning kompression tabiatga ega bo'lgan paroksizmal nevralgiasidir. Etiologiyasi ko'pincha uch shoxli nervning kompressiya holatlari bilan bog'liqdir. Uch shoxli nervning 2 shoxli nevralgiasidir bo'lgan bemorlarning ko'pchiligida ko'z osti kanalining torayishi mahalliy surunkali yallig'lanish jarayonlari (ko'pincha odontogen va rinogen) natijasida uning devorlarini torayishi bilan bog'liqdir (giperostozga olib keluvchi ortiqcha osteogenez). Kasallikni avj olish mexanizmlari haqidagi savol ham muhim ahamiyat kasb etadi. Ba'zi bemorlarda, ayniqsa yuzning sovuq qotishi ta'sirida, avj olish mexanizmidan nervning shikastlangan shoxida yuzga keluvchi zudlik bilan namoyon bo'luvchi giperergik reaksiya muhim rol o'ynaydi. Bu holat tegishli kanaldagi nervning kompressiyasiga olib keladi, hattoki unda stenoz kuzatilmasa ham.

Klinik manzarasi paroksizmal nevralgiasiga xosdir. Kasallikning avj olish davrida odatda bemorlar shunday o'ziga xos o'rinishga ega bo'ladi, ko'pincha ularga bir qarashda trigeminal nevralgiasiga shubha qilish mumkin bo'ladi. YUZIDA qiynalish va og'riq xurujlari oldidan qurquv alomatlari kuzatiladi. Bemorlar savollarga bir me'yorda javob beradilar, chunki yuz mushaklarining biror – bir harakati og'riq paroksizmini keltirib chiqarishi mumkin. Ob`ektiv tekshirganda uch shoxli nervning chiqish joylarida doimo og'riq seziladi. Trigger zonalarini ko'proq yuzning medial bo'limlarida joylashadi: I shoxning nevralgiasida - ko'zning ichki burchagi, burun ildizi, qosh sohasida, II shoxning nevralgiasida - burun-lab burmasi, burun qanoti, yuqori lab, yuqori jag'ning shilliq qavatida, III shoxning nevralgiasida – iyak, pastki jag'ning shilliq qavatida.

Davolash jarayonida avvalo bemorning umumiy ahvoriga e'tibor berish kerak: arterial bosimning, bosh suyagi ichidagi bosimning, ko'z bosimining yuqoriligi va MNS holatiga. SHu munosabat bilan davlashni nevropatologlar, terapevtlar, ba'zidan neyroxirurglar bilan hamkorlikda olib borish zarur bo'ladi.

Davolash. Tutqanoqqa qarshi vositalar (karbamazepin, finlepsin, tegretol, stazepin) qo'llaniladi. Tutqanoqqa qarshi vositalarga qo'shimcha ravishda gamma – aminomoy kislotasi hosilalarining (fenibut sutkasiga 3 martadan 0,2– 0,5 g dan, glyukoza eritmasida 20% li natriy oksibutirat in`ektsiyasi 20 ml dan vena ichiga) qo'llanilishi yaxshi samara beradi. Amitriptillinning sutkasiga 50–150 mg dan qo'llanilishi ham yaxshi samara beradi. Tomirlarning umumiy kasallanishi bo'lgan bemorlarda davolash sxemasiga vazoaaktiv vositalar (trental, kavinton va boshqalar) ham kiritiladi. Ignali refleksoterapiya kompleks davolashning bir qismi ko'rinishida ma'lum bir samara berishi mumkin.

So'nggi yillarda V guruhi vitaminlari bilan davolash kursi, shuningdek, novokain, lidokain bilan birgalikda 2,5% li aminazin ham qo'llanila boshlandi. Plazmol bilan davolash kursining qo'llanilganligi ham ma'lumdur.

SHikastlangan shoxlarni spirtli – novokainli blokada qilish muolajalari faqatgina ayrim holatlarda qo'llanilishi mumkin. Bunday blokadalar nerv tolalarining degeneratsiyasi va fibroziga olib keladi. Takroriy ravishda qo'llanilgan sari samaradorligi pasayib boradi, dori vositalari esa ta'sir etmay qoladi.

Davolashning jarrohlik usullariga uch shoxli nervning periferik shoxlarini rezektsiya qilish usuli kiradi. Operativ davolashning boshqa bir turiga ko'z osti kanalining va pastki jag'

kanalining stenozlarida uch shoxli nerv nevrалgiyasi bo`lgan bemorlarda nerv – tomir tutamlarini operatsiya qilish usuli kiradi.

Xorijda trigeminal tugunchani yuqori chastotali stereotoksik distruktsiya qilish usuli qo`llaniladi. SHuningdek trigeminal tsisterna atrofiga glitserol in`ektsiyasini ham yuboriladi.

Interaktiv metod: «O'rgimchak ini»

TESTLAR:

1. Uch shoxli nerv nevrалgiyasida quyidagi davrlar farqlanadi:
 - A. Remissiya va o`tkirlashuv
 - B. O`tkir va surunkali
 - V. Birlamchi va ikkilamchi
 - G. Avj olgan va yashirin
 - D. Xurujlanishi va so`nishi
2. Uch shoxli nerv nevrалgiyasi qaysi simptomlar bilan xarakterlanadi:
 - A. Innervatsiya soxasida zararlangan nervni funksiyasini yo`qolishi
 - B. Xurujsimon og`riq
 - V. Trigger zonasidagi og`riq
 - G. Elkan simptomi
 - D. Undov belgisi
3. Uch shoxli nerv nevrалgiyasi quyidagilarga bo`linadi:
 - A. Idiopatik
 - B. Simptomatik
 - V. Gipertrafik
 - G. Dinamik
 - D. Fizik
4. Uch shoxli nerv nevrалgiyasida kurkov zonasi bosilganda:
 - A. Xuruj so`nadi ba`zida qaytalanadi
 - B. Pulslanuvchi og`riq
 - V. Intakt tishda og`riq irradiatsiyalangan bo`ladi
 - G. Xurujning avj olishi
 - D. Uch shoxli nervni boshqa shoxlariga og`riq tarqaladi
5. Uch shoxli nervning birinchi shoxi zararlanishidagi allogen zonalar bu:
 - A. qosh usti sohasi
 - B. ko`z ichki burchagi sohasi

V. burun lab burmasi sohasi

G. burun qanoti

D. iyak sohasi

6. Uch shoxli nervni innervatsiya zonasida og'riq sindromi sababi bo'lishi mumkin:

A. kalla suyagi ichi

B. kalla suyagi tashqarisi

V. neyrovirus infeksiyasi

G. odontogen

D. barcha javoblar to'g'ri

7. Nevralgiyaga xarakterli bo'lgan simptomlar:

A. Vale nuqtasi sohasidagi og'riq

B. Triger zonalara sohasidagi og'riq

V qisqa vaqtli og'riqlar

G. doimiy og'riqlar

D. tunggi og'riqlar

8. Uch shoxli nervning uchinchi shoxining zaralanishida allogen zonalar bo'lib hisoblanadi:

A. pastki lab sohasida

B. yuqorigi lab sohasida

V. qosh usti sohasida

G. burun lab burmasi sohasida

D. burun qanoti sohasida

Vaziyatli masalalar

1. Bemor 25 yosh jarroxlik stomatologiya poliklinikasiga yuzning chap tomoni va bo'yin sohasidagi irradiatsiyalangan og'riq bilan shikoyat qilib keldi. Kasallikda og'iz ochilishini chegaralanishi, pastki jag' S simon siljishi kuzatiladi. Pastki jag' xarakatida og'riq kuchayadi. CHaynov mushaklari sohasida spazm kuchayadi. Ba'zida bo'g'imda qirsillash holatlari kuzatiladi. CHPJBni rentgenologik tekshirganda suyak elementlarida o'zgarishlar kuzatilmaydi.

1. Sizni taxminiy tashxisingiz.

2. SHu patologiyada bemorni davolash usullari.

1. Og'riqli disfunktsiya sindromi

2. Spazmalangan mushaklarni massaji, ignaterapiya, teri osti elektroanalgeziyasi.

2. Jarroxlik stomatologiya bo'limiga bemor bir yil oldin yarali nekrotik stomatit o'tkazganidan keyin og'iz ochilishini chegaralanishidan shikoyat qilib keldi. Og'iz ochilishi ko'rilganida 0,5sm. Lunj shilliq qavati sohasi pal'patsisida chandiqliq retromolyar sohasigacha boradi va og'riqsiz, notekis yuzali, o'lchamli 5,0x6,0sm

1. Diagnostika qo'ying

2. Davolash rejasini tuzing

1. Pasti jag'ni chanjiqli kontrakturasi.

2. Filatov bandi to'qimalari bilan kontrakturani bartaraf etish.

3. Bemor 30 yosh jarroxlik stomatologiya poliklinikasiga og'iz ochilishi chegaralanishi, yutingada og'riq, qulolq oldi sohasida shish shikoyatlari bilan kelgan. Bemor kasallikni tishini protezlashdan keyin bo'lganini va oxirgi 20 kun davomida bezovta qilgani bilan bog'laydi. Bemor ko'rilganda quloq oldi sohasida og'riqli shish. Bemor terisini rangi o'zgarmagan og'iz ochilishi 1,5 smgacha. Pal'patsiyada retromolyar soha og'riqli. SHilliq qavat shishgan va giperemiyalangan, jag'-qanot burmasi yassilashgan.

1. Tashxis qo'ying.

2. Og'iz ochilishini chegaralanishiga sabab bo'lgan mushakni ayting.

1. Retromolyar sohadagi abstsess

2. CHaynov mushagi.

Tavsiya etiladigan adabiyot

- asosiy

1. Rukovodstvo po xirurgicheskoy stomatologii chelyustno-litsevoy xirurgii pod redaktsiey V.M.Bezrukova, T.G. Robustovoy tom 1, 2000 g., str 599.

2. Uchebnik «Xirurgicheskaya stomatologiya» pod redaktsiey T.G.Robustovoy, M.Medgiz 2000, S.488-490, 491-493

- qo'shimcha

1. SHteynberg- «Nevralgiya troynichnogo nerva».

2. Karlov -«Litsevie boli».

3. YU.I.Bernadskiy «Travmatologiya i vosstanovitel'naya xirurgiya CHLO».-1999.-S.257-264.

Inter sayt: www.dental-parad.ru stomatology.tihe.uz

MAVZU: 35

**YUZ-JAG' SOHASI YUMSHOQ VA SUYAK TO'QIMALARI PLASTIKA
OPERATSIYALARINI O'TKAZGAN BEMORLARNI PARVARISHLASH.**

Mavzu bo'yicha o'quv mashg'ulotning texnologik xaritasi

Ish bosqichlari va vaqti	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 xarakterlar tartibi bayon qilinadi.	Savollarga javob beradilar
5- daqiqa	1.4. Mashg`ulotda talabalar faoliyatini baholash 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 muhokama 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 muhokama 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	2.4. “Baliq skeleti” konseptual jadval organeyzerlar taqdimoti.	
10-daqiqa	2.5. Test va vaziyatli masalalarni yakka tartibda ishlaydilar (ilova № 3.2)	Testni muhokama qiladilar munozaraga ishtirok etadilar.
50-daqiqa	2.6. Amaliy ko'nikmalarni bajarish va bo'limda bemorlarni kuratciya qilish (klinik mashg'ulot).	Bo'limda bemorlarni kuratciya qiladilar
40-daqiqa	Tanaffus	
20-daqiqa	2.7. Talabalarga ko'rgazmali qurollarni ko'rsatish (slaydlar, prezentatsiya, videofil'mlar), ularni izoxlash	Savollar beradilar
3-bosqich		
Yakuniy		
40-daqiqa	3.1. Xulosa. Mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.	
10-daqiqa	3.2. Faol talabalar baxolanadi. Guruh bo'yicha baholash mezonlari e'lon qilinadi. (Ilova № 5)	Tinglaydilar va o'z o'zini baholaydilar
10-daqiqa	3.3. Mustaqil tayorgarlik ko'rish uchun savollar va topshiriqlar beriladi. (Ilova № 7)	Topshiriqni yozib oladilar.
Jami		6 soat

Nazorat savollari

3. Yuz- jag sohalari tiklovchi operatsiyasidan keyingi desmurgiya

4. Plastik operatsiyadan keyin gipotermiyaga ko'rsatma va uni qo'llash usullari

5. Yuz- jag' sohasi kasalliklari bilan og'rigan bemorlar uchun parhez stoli konsistentsiyasi va quvvati, uni buyurishga ko'rsatma
6. Parenteral oziqlantirish preparatlariga ko'rsatma
7. Jag' suyagi va og'iz bo'shlig'i a'zolarini plastik operatsiyasini o'tkazishga bemorlarni oziqlantirish xususiyatlari
8. Zondli oziqlantirishga ko'rsatma va uni o'tkazishni tashkillashtirish

Nazariy qism.

Operatsion yoki bexosdan yuz-jag' sohasiga bo'lgan shikast og'riq bilan, to'liq yoki qisman hazm sistemasining boshlang'ich qismini buzilishi bilan boradi, bu albatta ovqat tayyorlashni aloxida usullarini va organizmga kiritishda og'riq xissini yo'qotgan xolda qo'llashga olib keladi. Yuz - jag' sohasida bo'ladigan bu travmalar gipofiz va buyrak usti bezlarini reaksiyasiga olib keladi, qisman ochlik va xazm sistemasini buzilish gipoproteinemiya aminokislotalar metabolizmini pasayishga, siydikda oqsil almashinuvini oxirgi maxsulotlarini kamayishiga, operatsiyadan keyingi bir haftada etarlicha qonda umumiy oqsil va al'bumin fraktsiyalarni kamayishiga, qondagi oqsil spektorini dag'al dispers globulin fraktsiyalari tomonga siljishiga sabab bo'ladi. poligopovitaminoz askorbin kislotasi , tiamin, riboflavin, nikotin kislotalarining ekskretsiyasining (siydik bilan) pasayishi bilan namoyon bo'ladi, bu ularning ovqat bilan etarlicha qabul qilmasligi bilan (qisman ochlik), xamda xar qanday mexanik travmalarda yuqori darajada ishlatilishi bilan bog'lik.

Vitamin etarlicha bo'lib, oqsil etishmovchilik bo'lishi ham, vitaminlarni ayniqsa V guruh vitaminlarni ishlatilmay siydik bilan chiqib ketishi kuzatiladi. shuning uchun vitaminlar bemorga berilganda bunga adekvat ravishda to'la qimmatli oqsillar ham berish kerak bo'ladi.

Hazm qilish sistemasini buzilishi birdan peroral ovqatlanish cheklanishi yoki bo'lmasligi, so'lak bezlarini funksiyasini buzilishi, oshqozon shirasining kislota va ferment xosil bo'lishi buziladi, shu bilan birga ichaklarni motorikasi ham pasayadi, jigar va oshqozon usti bezlarining funksiyasi buzilishlari bilan xarakterlanadi.

Ko'pchilik ozuqalar maxsus texnologiyada ishlov berilsada yuz jag' travmasi bo'lgan bemorlarga noqulay bo'ladi. shuning uchun jag' kasallikli bemorlarni peroral ovqatlantirishda oziq kotsentratlari muxim ahamiyatga ega, ular uzoq va qiyin tayyorlov texnologiyasini talab qilmaydi.

Yuz jag' travmasi bo'lgan bemorlarga peroral usul bilan oziq berilayotgan taqdirda ham zarur xollarda parenteral yo'lda ham foydalanish kerak. Ovqatni sifatli qabul qilish qilinayotganligi dietolog ekspress usullar bilan aniqlab tekshirib turadi (qonda oqsillarni aniqlab, siydikda vitaminlar ekskretsiyasini aniqlab)

Yuz- jag' bo'limida 3 xil dieta ishlatiladi:

Birinchi, ikkinchi va umumiy

Birinchi dieta (trubka yoki zondli) keng ko'lamdagi travma olgan so'rish, chaynashni, yutish qila olmaydigan (til travmasi, tanglay, og'iz tubida etarli shish bo'lgan), aspiratsiya xavfi bo'lgan bemorlarga ko'llaniladi. Ovqat zond yoki trubka orqali yuboriladi (rasm 310.), bunda uchiga poil'nik (rasm 59.) kiygizib yoki maxsus trubkali qoshiqdan (rasm 60) foydalaniladi. Bunda poil'nik trubkasi og'iz daxlizida yoki til bukilmassida joylashtiriladi. (rasm 311).

Rasm 310. YUZ - jag' travmasi bor bemorni, voronka (yoki poil'nik) bilan qizilo'ngachdan o'tkazilgan zond orqali oziqlantirish.

a- oziqlantirish paytida zond xolati

b- oziqlantirib bo'lgach (G.M.Ivashenko bo'yicha)

59-rasm. elastik trubkali poil'nik orqali bemor o'zini o'zi ovqatlantirish (G.M.Ivashenko bo'yicha)

60 – rasm. YUz jag' travmasi bor bemorni oziqlantirish uchun maxsus qoshiq poil'nik.

311 – rasm. Oziqlantirish paytida uchiga poil'nik qo'yilgan elastik trubkani bemorga qo'yish.

a- til bukilmasiga

b- og'iz dahliziga (G.M.Ivashenko bo'yicha)

Ikkinchi dieta. So'rish va yutish funksiyalari saqlangan bemorlar uchun qo'llaniladi. Buni bemorlarga operatsiyadan keyin 3-6 hafta o'tgach umumiy dietaga o'tishda qo'llanilishi mumkin. Bunday bemorlar ovqatlanayotgan paytda jag'lararo tutib turuvchi aylanani olib tashlashi mumkin; buni o'zi qiladi, bunda oddiy qoshiq ishlatiladi, engil gimnastik mashg'ulotlar bilan engil xarakatlar qiladi.

Ozik ovkatlar tarkibi buyicha ikala jag' dietalari bir xil bulib, ovkat komponentining maydalanish darajasi bilan bogliq. Jag' dietasi buyicha bemorlarning oziklanish davomiyligi va ularni umumiy stolga utkazish vakti vrach tomonidan individual aniklanadi bu travma xarakteriga va operatsiyadan keyingi davr (jarroxlik ishlovi, osteosintez shinalashdan keyin) xususiyatlariga bogliq.

Bemorni ovqatlantirish vaqtida va stolga o'tkazishda bemorni individual xususiyatlari va operatsiyadan keyingi davr xususiyatlariga bog'liq (xirurgik ishlov, osteosintez, shinalash va x.k.z). ko'pchilik tug'ma yoki orttirilgan yuz kalla soxa deformatsiya va anomaliyalari bor bemorlar uchun maxsus dieta shart emas, ularga umumiy stol buyurilsa bo'ladi. Operatsiyadan keyin zarur bo'lsa ularga bitta jag' dietasi buyurish mumkin.

umumiy dieta yoki umumiy stol №15 fiziologik qimmatli oziq. Bu kasalxona normasiga muvofiq o'zida to'liq oziq asstimentlarini tutadi. Bunday bemorlarga barcha ishlov berilgan oziqlar ishlatilishi mumkin.

Oziq xarorati +50 S dan baland bo'lmasligi kerak.

Ikkinchi jag' dietasiga kiruvchi barcha ratsionga yangi oziqlar turli apparatlar yordamida maydalanib tayyorlanadi, bunda maqsad ularni turli suyuqliklarda aralashtirganda gomogen massa xosil bo'lishidir. Bu usul bilan birinchi maxsulotni sutli sabzavotlar damlamasidan kartofel p'yure sho'rva; yaxshilab qirg'ichdan o'tkazilgan oziqqa qaynoq sut qo'shiladi va takror 1 maxsulot qaynatilmaydi. SHu bilan birga shunday toza karamdan borsh qilinadi.

Birinchi jag' dietani 1 blyudani oziq qirg'ichdan o'tkazilgach (2jag' dietasi kabi)u mayda teshikli suzgichdan ortiqcha klechatka tolalardan tozalanishi uchun o'tkaziladi. Keyin ovqat zond va poil'nikdan o'tishi uchun qaymoq xolatiga kelguncha suyultiradi. 2 blyudada asosiy ingradient : go'shtli va baliqli maxsulotlar - sifatli maxsulotlar xisoblanib oqsil manbai, shu bilan birga krurpa va sabzavotlar.

Go'sht yuqori sifatli yumshoq nimtalangan bo'lishi kerak. Go'sht mayda bo'laklarga bo'linib kiyimalagichdan mayda setkasidan o'tkaziladi. Bu usul bilan baliq farshi xam tayyorlanadi. Ovqatni qolgan qismi xam suzgichlardan o'tkaziladi. Keyin barcha qismlar bul'on bilan kerakli konsistentsiya xosil bo'lguncha suyultiriladi.

Dieta o'zida shirin taom xam tutadi- kampo, napitka, kisel, bularni tayyorlash uchun yangi fruktalar va turshaklardan foydalaniladi. Mevali qaynatmalarni mustaqil ishlatish mumkin. Murabbolar xam suzgichdan o'tkaziladi. Oziq uchun konservalangan oziqlar xam ishlatiladi. Xamma sabzavotlar pishgandan keyin suzgichdan o'tkaziladi dag'al tolalardan tozalanishi uchun. Ikkinchi blyuda uchun garnirlar bilan (turli krupa, kartofel, sabzavotlar) aralash xolda quritilgan go'sht yoki baliq mustaqil ishlatish mumkin. Bularni ko'p pishirish shart emas. Mazasi yaxshilanishi uchun birinchi va ikkinchi blyudalarga yangi piyoz yoki sabzidan qovurilgan zapravkali sabzavot konservalarni ishlatish mumkin. Sut va sut maxsulotlari konservalarni ishlatish maqsadga muvofiq: butun quruq sut, yog'sizlantirilgan quruq sut, shakarli va shakarsiz quyulantirilgan sut, quruq smetana, quruq tvorog va x.k.z Bularga murakkab kulinar ishlov berish shart emas (ko'pincha ular qaynoq suvda eritib tayyorlanadi).

Keng tarqalgan oziq konsentratlariga tez tayyor bo'ladigan, yaxshilab ishlov berilgan quruq aralash o'simlik maxsulotlari kiradi. Ular issiq suv, bul'on, sutda eritilib 20-30 oy minut qaynatiladi.

Meditsina Fanlari Akademiyasi oziqlanish instituti tomonidan erkin chaynash va xattoki oziqni yutish imkoniyatidan mahrum og'ir kasallarni enteral ovqatlantirish uchun qator preparatlar (enpitlar) ishlab chiqilgan. Ularning turlari xilma-xil bo'lib birinchi, ikkinchi va uchinchi ovqatlarni tayyorlashga imkon beradi.

Birinchi gurux enpitlari bu- ukukunsimon sut aralashmalari- kontsentratlari, ikkinchi gurux- quruq sut krupa aralashmasi va gomogenirlangankonservalar, shular go'sht xam. Bular balanslangan oziqqa javob beradi va murakkab kulinar ishlov berish shart emas. entiplar (oqsilli, uglevodli, yog'li, yog'siz, kamlaktozali) yuz jag' klinikalarida sinovda yaxshi natijalarga erishgani uchun massali ishlab chiqariladigan bo'ldi. Yuz- jag' travmasi bor turli yoshdagi va sistema o'zgarishlari bo'lgan bemorlarning xar bir uchun vrach dietolog optimal entiplarni tanlashi mumkin.

YUz jag' soxasida travmasi bor bemorlarni oziqlantirish usullari.

Odatiy oral oziqlantirish imkoniyati bo'lmaganda enteral va parenteral usullar qo'llaniladi.

Enteral oziqlantirishda oziq maxsulotlar xazm kanalining biror qismidan kirgiziladi nazogastral zond, gastrostom yoki eyunostom orqali.

Parenteral oziqlantirishda moddalar energiya va moddalar balansini tutib turishi uchun organizmga xazm sistemasi ishtirokisiz kiritiladi: vena ichiga, teri osti, mushak ichiga, suyak ichiga.arteriya ichiga.

Odatiy oral oziqlanish fiziologik xisoblanadi. Turli taktill va og'riqli ta'sirlanishni, xid, ma'za va xatto ovqat ko'rinishini yuz murakkab retseptorlari bilan qabul qilinadi. buning natijasida og'iz bo'shlig'i, oshqozon bezlaridan, oshqozon osti bezlaridan shira ajraladi va ma'lum darajada ularni faoliyati boshqariladi. CHaynash jarayoni xazm sekret ajralishi, xazm sistemasini motorikasiga katta ta'sir ko'rsatadi. yuz jag' soxasida o'zgarishda bu akt qisman yoki to'liq yo'qotiladi. Oziq xatto og'iz orqali kiritilganida xam u erda oz vaqt bo'ladi va ma'lum qism retseptorlar qo'zg'alishiga ulguradi. Jag' dietasi uchun tayyorlangan ovqat xdi va mazasi saqlanadi, lekin xazmni reflektor fazasi uchun axamiyatga ega bo'lgan tashqi ko'rinish bemorda ishtaha chaqirmaydi. shunga qaramasdan oral oziqlantirish fragmentik xazm sistemasi boshlang'ich qismi bo'lib, fiziologik xisoblanadi.

SHuning uchun yuz jag' soxasi travmasi bemorlarda eng yaxshi usul uni psixologik tayyorlash: agar bemor travmadan keyin qisqa vaqtda mustaqil oziqlanishga o'tsa, bu unga tez kunda tuzalish ishonchini beradi, uning ma'naviy ruxiyatini ko'taradi, to'liq xolatini imkonini beradi, bu xolat jaroxatning 1 chi kunlari va soatlarida yuzaga keladi. YUz jag' jaroxatiga ega bo'lgan ko'pchilik bemorlar tish shinalari va jag'lararoaylanalar o'rnatilganidan so'ng xam suyuq ovqatni qoshiq yordamida iste'mol qilish xususiyatlari saqlanib qolgan bo'ladi.

Poil'nik bilan ovqatlanish ko'rinishidan oson bo'lsada, jaroxatning dastlabki juda qiyin muolaja xisoblanadi. Tibbiy xodimlar bunda quyidagilarga e'tibor berishi kerak.:

- ovqatlanish metodikasidan to'liq xabardaor bo'lish kerak, chunki ular buni bemorlarga o'rgatadilar va ularning mustaqil oziqlana olmaslik xissini yo'qotadilar
- bemorlarga bu usulning vaqtinchalik ekanligini, tuzalish mobaynida o'zlari mustaqil oziqlanish mumkinligini tushuntirishlari kerak
- ovqat kirish me'yorini ta'minlashkerak. ovqat ko'p miqdorda tushganda bemor og'iz bo'shlig'i to'lib ketadi. Bemor qalqib ketadi, yo'taladi va kuchli og'riq xissi paydo bo'ladi. ovqatning juda kam miqdori esa xalqumni kuchli kisqarishiga va buning xam natijasida og'riq paydo bo'lishiga olib keladi.
- og'riqlar intensivligi ovqatning konsistentsiyasiga bog'liqligini xisobga olish kerak: suyuqroq ovqatlar kamroq og'riq chaqiradi, smetanasimon esa mushaklarning kuchli kisqarishiga sabab bo'ladi va kuchli og'riqqa sabab bo'ladi.

Poil'nik yordamida bemorni ovqatlantirish. Bemor o'tirgan xolda yoki yarim o'tirgan xolda keltiriladi. Og'ir bemorlar yotgan xolda bosh ostiga yostik qo'ygan xolda ovqatlantiriladi. 50Sda isitilgan ovqatni rezina trubka orqali poilnikga solinadi. Bemorga imkoni boricha og'izni kengroq ochish aytiladi va tilning ildiz qismiga yaqin joyiga rezina trubkaning uchi qo'yiladi. Ovqat og'iz bo'shlig'iga vaqtdan oldin tushishishini oldini olish uchun poli'nikni bemor og'iz bo'shlig'iga ko'tariladi. Barmoqni bir oz bo'shatib, og'iz bo'shlig'iga ovqatning optimal miqdori solinadi (8-10 min). Keyin yana barmoq qo'yiladi va

bemorga aytilib bir chuqur nafas olishi buyuriladi va naycha uchi og'izdan olinadi. Bemorni oziqlantirishni tanaffus bilan olib borish kerak (0,5-1 min), bunda shoshilmaslik va bemorga bu muolajaning tibbiy ahamiyatiga ega ekanligi tushuntiriladi. Bemorlar sekin-astalik bilan bunday ovqatlanishga o'rganib, bir necha kundan keyin o'zgaralar yordamisiz ovqatlana olishadi. Ovqatlanib bo'lgandan so'ng poil'nik va rezinali trubka yaxshilab yuviladi, qaynatiladi va bemorga topshiriladi.

VMA klinikasida Aleksandrov va uning hamkasblari tomonidan poil'nik o'rniga (burundagi naycha) bemorlarning lablari orasiga qo'yiladigan bir tomonidan kichkina naycha mahkamlangan osh qoshiq taklif qilingan va hozirda ishlatiladi. Bemorlar u orqali og'iz dahliziga suyuq ovqatni so'radi, u erdan u og'iz bo'shlig'i retromolyar sohasidagi yoriqqa va tishlar orasidagi bo'shliqqa (agar ular bo'lsa) tushadi.

Zond orqali bemorni ovqatlantirish.

Kerakli asboblari: ingichka oshqozon zondi yoki shaffof xlorvinilli trubka. diametri 4-5 mm, uzunligi 1 m gacha; 200ml xajmli voronka yoki fanj tipidagi shprints. Zondga dastlab 3 ta belgi qo'yiladi: 30-35 sm oraliqda agar zondni kizilo'ngachga o'rnatilsa; 45 sm da agar oshqozonga o'rnatilsa; 50-55 sm da agar 12 barmoqli ichakka o'rnatilsa. zondni trubkani, voronkani va shprintsni qaynatiladi va sovitiladi, 2-3 stakan ovqatni +50S gacha isitiladi. Zondni burun orqali kiritishda vrach burun yo'llarini tozaligini tekshirishi kerak. Poliplar, xosilalar va chandiqli sinexiyalarda bu usul qo'llanilmaydi. Zondning glitserinli, yumaloq uchini pastki burun yuliga qo'yiladi, yuz satxiga nisbatan perpendikulyar ravishda qo'yiladi. 15-17 smli zond bo'lagi halqumning burun sohasigacha kirsam bemorga boshini egish va yutinish harakati buyuriladi. Har bir bunday yutinishdan keyin zond oshqozongacha surilib 45 sm belgigacha olib boriladi. Xushi o'zida bo'lmagan bemorlarda zondni halqumning burun qismiga kirgizilgandan so'ng bir qo'llning ko'rsatkich barmog'i og'ziga kiritilib zondning oxirini paypaslagan holda uni asta halqumning orqa devoriga bosiladi, boshqa qo'l bilan esa zond yana ichkariga itariladi. Bunday nazorat qilinmasa zond traxeyaga o'tib ketishi mumkin. Zond traxeyada emas qizilo'ngachda joylashganligiga amin bo'lgandan so'ng (bu holda paxta tolachasi harakatsiz bo'ladi) uni oshqozonga va yanada ichkariga 12 barmoqli ichakka avval qilingan belgilarga asoslangan holda harakatlantiriladi. Bundan keyin ovqatlantirishga o'tsa bo'ladi. Zondni tashqi oxiriga voronka ulanib va uni bemorni boshidan pastroqqa tushirib unga ovqat quyiladi. Keyin shunday hisob bilan voronka sekin ko'tariladiki bunda zondga bir qultum (8-10 ml) dan ko'p bo'lmagan ovqat tushish kerak; bundan keyin voronka tushiriladi. Voronkani ko'tarish tushirishni navbati bilan bajarib asta-sekin oshqozonga barcha oziq kiritiladi. Oziqlantirish tugagandan so'ng voronka olib tashlanadi, zondni uchini esa bemorga xala bermaslik uchun yuzning yon qismiga yopishqoq plastir tasmachasi yordamida yopishtiriladi. Oziqlantirishdan so'ng ichimlik (choy, kompot) ichirish maqsadga muvofiq. Chunki suyuqlik bu ishni qilmasa tiqilib qolishi mumkin bo'lgan zond ichidagi ovqat qoldiqlarini yuvib yuboradi. Burun yo'li orqali kiritilgan rezina zondni atigi 2-3 kunga qoldirish mumkin, (yotoq yaralar hosil bo'lish havfi), bundan keyin zond chiqarib olinadi, yaxshilab yuviladi va qaynatiladi. Zond bilan ovqatlantirishda voronkaning o'rniga bo'shliqlarni chayish uchun shprintsdan ham foydalanish mumkin. Buning uchun zond oxirini shprints uchiga zich mahkamlanadi. Huddi poil'nikda ovqatlantirilgani kabi ovqatni kichik portsiyalarda, shprintsning ichidagi ozuqani (100ml) 1-2min davomida sekinlik bilan siqib chiqarib kiritiladi. Ovqat harorati +50S ga teng bo'lishi kerak.

Rektal oziqlantirish (oziquantiruvchi klizmalar) enteral oziqlantirishni bir turi sifatida boshqa usullarni qo'llashning ilojisi bo'lmagan hollarda qo'llaniladi (halqum va qizilo'ngach devori zararlanganda, qizilo'ngachning chandiqliqli stenoz va h.k.). To'g'ri ichakda hazm qiluvchi fermentlar bo'lmaganligi uchun bu usuldagi oziqlantiruvchi moddalar xilma-xilligi chegaralangan. Ichaklarda gidrolizsiz so'rilish imkoniyatiga ega quyidagi oziq moddalarni kiritish maqsadga muvofiq: natriy xloridning izotonik eritmasi + 5%li glyukoza eritmasi, 4-5%li alkogol eritmasi, aminopeptid va h.k.z.

Parenteral oziqlantirish yuz-jag' travmasi bo'lgan bemorlarga barcha harakatlarga qaramasdan enteral oziqlantirish yo'li bilan buzilgan modda almashinish jarayonini normallashtirish ilojisi bo'lmaganda, katta foyda beradigan, organizmga yuqori effektivlikdagi preparatlar, uglevodlar, yog'lar, vitaminlar, tuzlar, gormonal preparatlar, polipeptid va amino kislotalar aralashmalari hamda boshqa aralashmalar kiritish imkonini beradi. SHu bilan birgalikda parenteral oziqlantirishni faqatgina qo'shimcha ravishda qo'llash mumkin. Chunki u enteral oziqlantirishni to'liq bosa olmaydi. SHu sababli parenteral oziqlantirishni 10 kundan ko'p bo'lmagan qisqa muddatda qo'llash mumkin. Polipeptid va

amino kislota aralashmalariga: aminopeptid, kazein gidrolizati, gidralizin L-103, aminokrovin va boshqalar kiradi.

Odatdagi qon o`rnini bosuvchi suyuqliklar quyish parenteral oziqlantirishga kiradi degan xato fikr mavjud. Bu quyishlar o`tkir qon yo`qotishlarda qon hajmini tiklash, dezintoksikasiya maqsadida, shokka qarshi kurash uchun mo`ljallangan.

Oziqlantiruvchi moddalarni vena ichiga yuborish texnikasi tuzulishi jihatdan vena ichiga tomchilab dori vositalari qon, qon yoki plazma o`rnini bosuvchi moddalarni yuborishdan farq qilmaydi. Quyish tezligi oziqlantiruvchi aralashmani tarkibiga bog`liq. Oqsil gidrolizatlari va yog` emul`siyalari uchun u odatda 30-40 tomcha/min, glyukoza eritmasi va tuzlarning izotonik eritmaları uchun 60 tomcha eki 4-5 ml/min. ni tashkil etadi.

Ko`yiladigan oziqlantiruvchi aralashmalar miqdori bir martali kiritishda 200 ml.dan to ko`p marta kuyishda sutkasiga 2-4 litrgacha bo`lishi mumkin. Oziqlantiruvchi moddalarni tez kiritish qon aylanish a`zolarini zo`riqishiga olib kelishi mumkin, bundan tashqari bu xolda organizm oziqlantiruvchi moddalarni to`lik o`zlashtirishi yoki deponirlash imkoniyatiga ega emas. Uzoq vaqt kiritishda glyukoza ning 10% dan yuqori konsentratsiyali eritmalarini qo`llash tavsiya qilinmaydi, chunki, bunday eritmalar flebitlar, trombozlar va emboliyalar rivojlanishiga olib kelishi mumkin. SHunning uchun hozirgi vaqtda bemorning energetik ehtiyojlarini qondirish maqsadida maxsus tayerlangan yog` emul`siyalarni kiritish taklif qilingan.\

Ovqatlanish tartibi.

Ratsional ovqatlanish deb, bir kun davomida ovqat qabul qilish maromi nazarda tutiladi. Muntazam ravishda organizmga tushgan ovqat oralig`i (intervali) fiziologik to`g`ri bo`lishi kerak, ozuqa va tayyor taomlar kun davomida to`g`ri taqsimlanishi kerak. SHunga bog`liq holda ovqat xazm qilish traktini bir maromga keltirish mumkin. Ko`p marotaba ovqatlantirish va uzoq tanaffus bilan ovqatlantirish xam ovqat xazm qilish traktiga zararli va moddalar almashinuviga yomon ta`sir ko`rsatishi mumkin. SHuning uchun bunday kasallarga quyidagi ovqatlanish tartibi tavsiya etiladi. Kun davomida 4 maxal ovqatlantirish:

Nonushta	-	9da
Tushlik	-	13-14da
Kechki ovqat	-	18da
Engil kechki ovqat (choy, kisel`, qatiq va boshqalar)	-	1-1,5 soat uxlashdan oldin.

SHuni nazarda tutish kerakki jag`i singan bemorlarda birinchi kunlar poil`nik erdamida ovqatlantirish qattiq charchatib qo`yadi. SHuning uchun bunday bemorlarni birinchi uch kunda ovqatlantirishni iloji boricha 6 maxal qilish kerak. Bunda nonushta bilan tushlik orasida ikkinchi nonushta, tushlik bilan kechki ovqat oralig`ida ikkinchi tushlik qo`shiladi. Bunda bemorlarni sub`ektiv istaklari qaramaslik kerak, ular ovqatlanishdan bosh tortib, ko`proq suvni ichishni xoxlashadi. 6 marotaba ovqatlantirish bunday bemorlar uchun ma`qul, chunki suyultirilgan ovqat miqdori oddiy ovqat miqdoridan ko`p bo`ladi. 4 maxal ovqatlantirishda ovqatning energetik miqdori quyidagicha taqsimlanishi kerak:

Nonushta	- 30%
Tushlik	- 40%
Kechki ovqat	- 20-25%
Ikkinchi kechki ovqat	- 5-8%

6 marta ovqatlantirishni energetik miqdori quyidagicha taqsimlanishi kerak:

Birinchi nonushta	- 10%
-------------------	-------

Ikkinchi nonushta	- 15%
Tushlik	- 30-35%
Ikkinchi tushlik	- 10%
Birinchi kechki ovqat	- 20%
Ikkinchi kechki ovqat	-5-10%

Xar oviatlanishdan keyin bemorga choy berish lozim. Ayniqsa, tishga shina quyilgan bo`lsa, shina orasiga kirgan qattiq ovqat qoldiqlarini chayib chiqarib tashlash uchun.

Tasodifiy travma va operatsiyadan keyingi yuz-jag' sohasi zararlangan bemorlarni parvarishlashni o`ziga hos hususiyatlar.

Bo`limning tibbiy xodimlari umumiy jarrohlik kasallarni parvarish qilishda etarli tajribaga ega bo`lishlari kerak, chunki yuz jag' sohasi (YUJS) travmasi ko`pincha boshqa sohadagi travmalar bilan bog`liq bo`ladi. Umumiy jarrohlikda bemorlarni parvarish qilishdagi olingan bilan va tajriba YUJSdagi bemorlarni parvarishlashni osonlashtiradi. YUJS bilan kassalangan bemorlarni spetsifik parvarishlash quyidagi bosqichlarga bo`linadi.

1. Ovqatlanirishni nazorat qilish, og`ir bemorlarni ovqatlantirish.
2. O`.B.ni parvarishini tashkil etish va o`zi xam qatnashish.
3. Gipersolivatsiyada maxsus parvarish.
4. Maxsus LFK va fizioterapiya muolajalarini qo`llash.
5. Bolalardagi YUJS travmasidagi bemorlarni maxsus parvarishlash.
6. Katta yoshli va qari yoshdagi YUJS travmali bemorlarni maxsus parvarishi.

O.B.da xar xil mikroblarni tushish manbai ko`pligi uchun O.B.ni sanatsiya qilish kerak. CHunki, boshqa operatsiyadan chiqqan bemorlarga yuqishi va xona, idish-tovoqlar yuqish manbai bo`lishi mumkin. Operatsiyadan oldingi O.B. sanatsiyasi keyinchalik asoratlanishni oldini oladi .YUJS ximoya funktsiyasiga boyligiga qaramasdan operatsiyadan keyingi bemorlarni O.B. juda xam infektsiyaga to`la bo`lib, shuning uchun doimiy va astoidil parvarishni talab qiladi. YUmshoq to`qima qanchalik yaxshilab tikilsa xam , tikilgan soha infektsiya kirishi uchun ochiq hisoblanadi. Jaroxatdan keyingi birinchi kunlari shu sohada albatta yallig`lanishni har bir bosqichi uchraydi, og`riq, giperemiya, shish(eksudatsiya), funktsiyani buzilishi. YUqorida aytib o`tilganlar O.B. dan spetsefik noxush xid kelishiga olib keladi. U nafaqat o`ziga balki yon atrofdagilarga ham yoqimsiz xolatdir.

Travmadan keyingi birinchi soat xatto kunlarda og`riq va ko`nikmalar yo`qligi tufayli bemorlar O.B. ni mustaqil parvarish qilolmaydilar.

SHifokor va xamshirani vazifasi shundan iboratki, bemorni O.B. ni parvarish qilishni va bemor mustaqil ravishda kerakli muolajalarni qila olishni o`rgatish. SHu maqsadda yu.j. jarroxligida O.B. ni dezifirlovchi va dezodorirlovchi eritmalar bilan irrigatsiya qilinadi. Iliq kal`tsiy permanganat eritmasi(37 38S) yoki 1:5000 nisbatli furatsilin aralashmasi. YAlpiz tomchisi yaxshi tozalovchi natija beradi, bu tomchini kam miqdorda (3-5tomch/1) eritmalarga qo`shsa bo`ladi. SHu eritmalar yordamida O.B. ni ovqat qoldiqlaridan, qon quyqalaridan va o`lgan to`qimalardan tozalanadi. eritmalarni bakteriotsid xususiyatlari patogen mikrofloriga ta`sir qilib o`limga olib keladi va asorati yiringli yallig`lanish olib keladi. Undan tashqari O.B. iliq eritma bilan tez tez chayish (xar ikki soatda iloji boricha ovqatdan oldin, keyin va bog`lovdan oldin). Iliq eritmali muolaja fiziterapevtik muolaja o`rnini bosib, qon aylanishi va moddalar almashinuvini yaxshilaydi. Nihoyat O.B.ni chayish, nafaqat og`izdagi badbo`y xidni yoqotadi, balki xona xavosini xam tozalaydi. Agar bemor yurolsa irrigatsiya qilish xonasi yotoqxonadan alohida joylashishi kerak. Agar buning iloji bo`lmasa xonaning bir chetida irrigatsiya uchun burchak ajratilib parda bilan ajratiladi. Agar xonada rakovina bulmasa to`kib tashaladigan suvlarni o`z vaqtida yo`qotib va pollarni quritib artish kerak. Bemor kiyimini xo`l bo`lishidan himoya qilish uchun kleyonkali fartuk taqish kerak. Agar bemorga yurish mumkin bo`lmasa, tozalash ishlarini xamshira yoki sanitarka o`tkazishi lozim.

YUJS jarohatli bemorlarni O.B. parvarishi irrigatsiya qilish bilan kifoyalanmaydi, chunki O.B. dagi ovqat qoldiqlarini bir marotabadagi tozalash ishlarida tozalab bo'lmaydi. Demak, ovqat eb bo'lgach og'izni chaygandan keyin xamshira stomatologik oyina shpatel' erdamida O.B. ni ko'zdan kechiradi va pintset erdamida ko'rinib turgan ovqat qoldiqlarini olib tashlaydi. Undan keyin yana bir marta O.B. irrigatsiya qilinadi va milklar 1,2 foizli perekis' vodorodi bilan namlangan tamponda artiladi. Ahvoli yaxshi bemorlar bu muolajani uzlari qilsa ham bo'ladi.

So'lak ko'p ajraladigan bemorlarni parvarishi

YUJS jarrohatlanganda bemorlarda ayniqsa O.B.ga o'tgan bo'lsa, ularda gipersolivatsiya kuzatiladi. Katta odamlarda normada sutkasida 1000-1500 ml. so'lak ajraladi. Jarohatlanish natijasida so'lak miqdori 3000 ml.gacha etishi mumkin. Gipersolivatsiya organizmni suvsizlanishiga olib kelishi mumkin. CHunki, so'lakda ko'p miqdorda oqsil (2,0-40 gr/l) va elektrolitlar (kaliy, kal'tsiy, xlor va boshqalar). Bunda suv mineral almashinuvi buziladi. Neytral va kam ishqoriy so'lakni ko'p yutish oshqozonni yallig'lanishiga olib keladi. Agar, jarohat natijasida yutinish funksiyasi buzilgan bo'lsa, so'lak og'izdan tashqariga yoki jarohatlangan joydan tashqariga chiqib to'shakni, kiyimni iflos qiladi. YUZ va bo'yin qismini esa matseratsiyasiga olib kelishi mumkin. SHunday xolatlarni oldini olish uchun bemorlarga maxsus so'lak tushuvchi moslama beriladi. Moslama polietilen paketdan, grelka yoki rezinali ko'lkopdan tayerlangan bo'lishi mumkin. So'lak ajralishini kamaytirish uchun xil medikamentoz vositalardan foydalanish mumkin: ayron 1 tabletkadan kuniga 3 maxal, belladona nastoykasi 6-8 tomchadan sutkasiga 2-3 maxal yoki atropinsul'fat 0,5 ml. 0,1% eritmasi tomir orasiga qilinadi va boshqalar. Operatsiyadan keyingi asoratlarni olidini olish quydagilar:

1. Travma yoki operatsiyadan keyingi yaradagi og'riqni bartaraf etish (YU.I. Vernadskiy, K.YA. Peredkov, YU.P. Stolyarenko usullari bo'yicha regional uzaytirilgan anesteziya qilish).
2. O.E. Malevich va uning do'stlari tomonidan yaratilgan mushaklarni harakatga keltiradigan biostimulyatorlarni qo'llash "Miotom 3M".

Mashg'ulotni amaliy qismida mavzu bo'yicha bemor kuratsiyasi o'tkaziladi. Umumiy parvarish qilish asosini takrorlash o'tkaziladi. Og'ir bemorlarda ichki kiyimlarni, yotoq kiyimlarini almashtiriladi.

Filatov bandi bilan bemorlarni bog'lash o'tkaziladi, bunda bemorlarni qo'llari tanaga, boshga fiksatsiya qilinadi. Gipotermiya o'tkazish uchun muz (tsellofan xaltada, grelkada) tayyorlanadi, eysmarx krujkasi yordamida og'iz bo'shig'ida yuvish o'tkaziladi. Rezina qo'lqop va grelkadan so'lak yig'gich tayyorlanadi. Oziqlantiruvchi krujka yordamida bemorni ovqatlantirish o'tkaziladi.

Interaktiv metod: «Stol o'rtasidagi ruchka»

TESTLAR:

1. Bemorni parenteral oziqlantirish uchun energetik komponentlarga tegishli:

- A. sorbit
- B. intralipid
- V. aminokrovin
- G. aminopeptid
- D. gidrolizat kazein

2. Parenteral oziqlantirish uchun yog'li preparatlarga tegishli:

- A. intarlipid
- B. sorbit
- V. aminokrovin
- G. aminopeptid

- D. gidrolizat
3. Parenteral oziqlantirish uchun oksilli preparatlarga tegishli:
- A. gidrolizat kazein
 - B. intralipid
 - V. glyukoza eritmasi
 - G. sorbit
 - D. lipomiaz-2
4. Operatsiyadan keyingi davrdagi bemorni oziqlantirishda poil'nik yordamida ovqat tayyorlanadi:
- A. 45° - 50° S gacha
 - B. 20° - 30° S gacha
 - V. 60° - 80° S gacha
 - G. 80° - 90° S gacha
 - D. 90° - 100° S gacha
5. Bemorni oziqlantirish uchun ingichka rezinali zondni burun yo'lida qoldirish mumkin:
- A. bir xaftagacha
 - B. 10 kungacha
 - V. 14-16 kungacha
 - G. 1-2 xaftagacha
 - D. 3-4 xaftagacha
6. Bemorni oziqlantirish uchun xlorvinilli naychani burun yo'lida qoldirish mumkin
- A. 1-3 hafta
 - B. 1 hafta
 - V. 10 kun
 - G. 14-16 kun
 - D. 1-2 hafta
7. Operatsiyadan keyin yuz deformatsiyasi bor bemorlarga maxsus parvarishga tegshishli:
- A. Og'iz bo'shlig'ida o'stirish
 - B. ichki kiyimlarni almashtirish
 - V. Gigienik vanna
 - G. YOtok choyshablarni almashtirish
 - D. tirnoklarni olish

Vaziyatli masala:

1) Bemor 23 yoshda. CHap tomon CHPJB ankilozi yo`qotilgandan keyin, pastki jag`ga auto qovurg`ali plastika o`tqazilgan. Pastki jag` Tigershted shinasi va jag`lar aro rezinali tortqich bilan immobilizatsiya qilindi.

3. Bemorga qanday ovqatlanish tavsiya qilinadi.

4. Maxsus parvarish nimani o`z ichiga oladi.

Javob :

3. Jag` stoli №1.

4. Og`iz bo`shlig`ini tez tez namlatish.

2) Rak natijasida yuqori jag` rezektsiyasidan keyin xosil bo`lgan tanglayni keng nuqsinini yopish uchun, nuqsonga Filatov bandi tikilgan. Peroral ovqatlanish birdan yomonlashgan. SHuning uchun parenteral ovqatlantirishga qaror qilingan.

1. parenteral oziqlantirish sxemasini yozing.

Javob:

1 Um. Kaloriyasi 1500- 2000Kk bo`lgan. oqsilli, yog`li va uglevodli eritmalarni 200ml dan 2-4litrgacha veni ichiga yuborish.

Tarqatma materiallar:

13. Talabaning bilim darajasini tekshirish uchun nazorat savollari.

14. Vaziyatli masalalar.

15. Birinchi darajali murakkablikdagi testlar.

Ikkinchi darajali testlar

Tavsiya etilgan adabiyotlar

-asosiy

1. «Xirurgicheskaya stomatologiya» T.G.Robustova 2000 y

2. «Travmatologiya i vosstanovitel`naya xirurgiya cherepno – chelyustno - litsevoy oblasti» YU.I.Bernadskiy. Moskva, 2003 yil, 372-376 betlar

3. «Travmi chelyustno litsevoy oblasti» N.M.Aleksandrov, P.Z.Arjantsev, Moskva 1986 y, 135-142 betlar

4. «Desmurgiya i drenirovanie v xirurgicheskoy stomatologii» V.A.Kovalov, Leningrad 1985y, 107-122 betlar

-qo`shimcha

1. Shargorodskiy A.G. «Atlas opuholey myagkih tkaney i kostey lica»

M., 1998y..

2. Solovev M.M. «Onkologicheskie aspekte v stomatologii», K., 1989y.

3. Mashkilleyson A.A. «Predrak krasnoy kayme gub i SOPR» M., 1970y.

4. Romacheva I.F. «Zabolevaniya i povrejdeniya slyunneh jelez» , 1987y.

5. Shanin A.P. «Opuholi koji, ih proisxojdienie, klinika, lechenie» M., 1989y.

Internet sayt:

www.dentclub.ruwww.forum.32zuba.netwww.tversu.ru/Education/TMA/main.ru.htmlwww.dental32.ru

Mustaqil ishni tashkil etishning shaqli va mazmuni

Talaba mustaqil ishini tayyorlashda fanning xususiyatlarini 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 texnikalarni, apparaturalarni, jarayonlar va texnologiyalarni o'rganish;
- 7 talabani 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 (distancion) ta`lim.

Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari:

№	Mavzular	S
1	O'smalarni paydo bo'lish nazariyasi. O'smalarning halqaro gistologik tasnifi. O'smalarning rivojlanish bosqichlari.	2s
2	YUz-jag' sohasi yumshoq to'qimalari havfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalari.	2s
3	Havfsiz osteogen o'smalari. Klinikasi, tashhisi, davolash. (Osteoma, osteoid osteoma, osteoblastoma, hondroma, osteohondroma, gigant hujayrali o'sma	2s
4	Odontogen o'smalar.. Ameloblastoma, odontoma, sementoma, odontogen fibroma. Klinikasi, tashhisi, davolash.	2s
5	Jag'larni o'smasimon hosilalari. Etiologiyasi, patogenezi, tashhisi, davolash. (radikulyar kista, keratokista, tish saqlovchi kista, tishlar chiqish paytidagi kistasi, milk kistalari).	2s
6	So'lak bezlari o'smalari. Monomorf adenoma, polimorf adenoma, mukoepidermoid o'sma. Klinikasi, tashhishlash va davolash. Adenokarcinoma. Tashhishlash va davolash prinsiplari	2s
7	YUz va bo'yin tug'ma kistalari (Epidermoid va dermoid). Klinikasi, tashhisi va davolash.	2s

8	YUz va bo'yin tug'ma oqma yo'llari.	2s
9	Tiklov operatsiyalarini rejalashtirish: rejalashtirishning asosiy prinsiplari, yuz sohasidagi plastik operatsiyalarga ko'rsatmalar va ularni o'tkazishdagi hususiyatlari.	2s
10	Mahalliy to'qimalar bilan plastika qilish: mahalliy plastik operatsiyalar turlari: yara qirg'oqlarini mobilizatsiya qilish va Limberg uchrashuvchi uchburchaqli lahtaqlar.	2s
11	Oyoqchali lahtaklar bilan plastika qilish.	2s
12	Mahalliy to'qimalar bilan plastika qilish: Limberg uchrashuvchi uchburchaqli lahtaqlar.	2s
13	To'qimalarni erkin ko'chirib o'tkazish: yuz-jag' sohasiga to'qimalarni erkin ko'chirib o'tkazishga ko'rsatmalar va ularni o'tkazish prinsiplari.	2s
14	Filatov bandi bilan plastika qilish: Filatov bandini tayyorlashga ko'rsatmalar. Bandni nuqson sohasiga migratsiya qilish bosqichlari. Bandni yoyish. Asoratlar.	2s
15	Mikrohirurgiya usullarini qo'llab yuz jag' sohasi nuqson va shakl buzilishlarini plastikasi	2s
16	YUz nervi nevrit va nevralgiyasi. Mimik mushaklar paralichi.	2s
17	Yuz sohasi estetik xirurgiyasi	2s
18	YUz-jag' sohasi havfli o'smalari bor bemorlarni tekshirish usullari, tashhishlash.	2s
19	YUz terisi o'sma oldi kasalliklari (obligat va fakultativ). Lab qizil hoshiyasi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati o'sma oldi kasalligi. Klinikasi, tashhishlash va davolash.	2s
20	Terini havfli o'smalari: bazalioma, tekishujayrali rak va melanoma. Klinikasi, tashhishlash va davolash.	3s
21	Lab qizil hoshiyasi havfli epitelial o'smalari. Klinikasi, tashhishlash va davolash prinsiplari.	3s
22	Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati havfli epitelial o'smalari: (lunj, tanglay, til, og'iz bo'shlig'i tubi). Klinikasi, tashhishlash va davolash prinsiplari.	3s
23	Yuqori jag'ni havfli epitelial va noepitelial o'smalari. Klinikasi, tashhishlash, qiyosiy tashhishlash va hirurgik davolash prinsiplari.	3s
24	Pastki jag'ni havfli epitelial va noepitelial o'smalari. Klinikasi, tashhishlash, qiyosiy tashhishlash va hirurgik davolash prinsiplari	3s
25	ChPJB disfunkciya sindromi. Osteoartroz. Klinikasi va tashhishlash. Hirurgik davolash prinsiplari.	3s
26	ChPJB ankilozi. Klinikasi va tashhishlash. Hirurgik davolash prinsiplari.	3s

27	Pastki jag' kontrakturasi. Klinikasi va tashhishlash. Hirurgik davolash prinsiplari.	3s
28	Suyak plastikasi. Transplantat turlari. Hirurgik davolash usullari prinsiplari.	3s
29	YUqori jag' deformაციyalari: makro yoki prognatiyani bartaraf qilish.	3s
30	Pastki jag' deformაციyalari: pastki makro- yoki prognatiyani bartaraf qilish	3s
31	Osteogenezning to'qima va hujayra manbalari. Distraksion osteosintez.	3s
32	Polimer kompozitlar implantasiyasi.	3s
33	To'qima inženýasida zamonaviy texnologiya va uning suyak plastikasida qo'llanilishi. O'zak hujayralardan foydalanish.	3s
34	Uch shohli nerv nevrit va nevrалgiyasi.	3s
35	YUz-jag' sohasi yumshoq va suyak to'qimalari plastika operatsiyalarini o'tkazgan bemorlarni parvarishlash.	3s
	Jami	86

Глоссарий:

- 1. Parodont** — bu tishni o`rab turuvchi va uni jag`da fiksatsiyasini ta`minlovchi to`qimalar kompleksidir.
- 2. Parodontal cho`ntak** – parodontitning eng aniq belgisidir. Bu cho`ntak mikroba va toksinlarni rezervuari bo`lib, parodont destruksiyasini chaqiradi.
- 3. Kontrast rentgenografiya** – kontrast moddalar (yodolilol, bariy, kardiostat, angiostat va boshqalar) yuborilishi orqali diagnostik usuli, ular yuqori jag` sinusiga yuboriladi (gaymorografiya), kistoz bo`shliqlarga (tsistografiya), so`lak bezlariga (sialografiya), tomirlarga (angiografiya) – jarayonning tarqalish darajasini aniqlashtirish uchun, chegaralarini aniqlash maqsadida ishlatiladi.
- 4. rentgenoskopiya (grafiya)** – ko`krak qafasida somatik va onkologik (gematogen metasazlar) jarayonlar borligini aniqlash uchun qo`llaniladi.
- 5. TSitologik tekshiruv** – materialning hujayraviy tarkibi o`rganiladi
- 6. Ortopantomagramma**-yuqori va pastki jag`larning hamda tish qatorlarining kengaytirilgan rentgenografiyasi.
- 7. Sinus-lifting** – gaymor bo`shlig`i tubini ko`tarish operatsiyasi.
- 8. Follikulyar kista**- tish saqlovchi kista
- 9. Radikulyar kista**- tishning ildiz uchida joylashgan kista.
- 10. OBSHQ** -ogiz bo`shlig`i shilliq qavati.
- 11. YUJS**- yuz- jag` sohasi
- 12. CHPJB**- chakka –pastki jag bo`g`imi
- 13. EOD**-elektroodontodiagnostika
- 14. Differentsial tashxis**-Xarakatchanlik xususiyatining buzilishi sabablarini, sindromning periferik va markaziy genezini aniqlash.
- 15. Uch shoxli nerv nevrалgiyasi** — stomatologiyada ko`p uchraydigan og`riqli sindromdir.
- 16. Trigeminal nevrалgiya** – uch shoxli nervning kompression tabiatga ega bo`lgan paroksizmal nevrалgiyasi.
- 17. Vegetativ simptomlari** – tomir buzilishlari, kon`yuktivaning qizarishi, teri va shilliq qavatlar rangining o`zgarishi, shikastlangan tarafda ularning haroratini pasayishi .
- 18. CHandiqli kontraktura** – pastki jag`ni urab turgan to`qimani chandiqli o`zgarishi
- 19. Osteogen sarkoma**-uta xafli yirik o`sma xususiy suyak to`qimasidan xosil bo`ladi.
- 20. Ksenotransplantatsiya** - to`qimalarni xayvondan odamga o`tkazish, ya`ni kuchukdan, kuendan..
- 21. Allotransplantatsiya** - to`qimani bir turdagi organizmlardan ammo genetik farq qiluvchi boshqa organizmga o`tkazish (odamdan odamga)

22. Vannax operatsiyasi- jag' osti va engak osti limfa tugunlarini bo'yining yuza fastsiyalari bilan olib tashlash.

23. Monomorf adenoma- so'lak bezlarining yaxshi sifatli o'smasi.

24. Branxial kista va okma yullar- I va II jaber yoylardan rivojlanadigan kista va okma yullar.

25. Izotrasplantatsiya- bir egizakdan olingan to'qimani ikkinchi egizakka o'tkazish.

26. Valle nuktalar –uch shoxli nervning periferik shoxlarining kalla suyakdagi chiqadigan teshiklar.

**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 № _____
« _____ » _____ 2019 y.

“TASDIQLAYMAN”
O'quv va tarbiyaviy ishlar
bo'yicha prorektor
t.f.n., dos. _____ G.J.Jarilkasino
“ _____ ” _____ 2019 y.

YUZ-JAG' JARROXLIGI FANIDAN O'QUV

ISHCHI DASTURI

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

Ta'lim sohasi: 510000 – Sog'liqni saqlash

Ta'lim yo'nalishi: 5510400 - Stomatologiya

Kurs	5
Soat hajmi	– 296 soat
Jami soat:	- 210 soat

Shu jumladan:

Ma'ruza	– 12 soat
Amaliy mashg'ulot	– 94 soat
Klinik mashg'ulot	- 104 soat
Mustaqil ish	– 86 soat

Tuzuvchil

Raximov Z.Q. - Xirurgik stomatologiya kafedrasi mudiri, t.f.n.

Xamitova F.A. - Xirurgik stomatologiya kafedrasi 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 №___ «27»iyun 2019 y.

Xirurgik stomatologiya kafedrasi mudiri Raximov Z.Q. _____

Fakultet markaziy uslubiy komissiya rahbari t.f.n Habibova N.N. _____

Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida Stomatologiya yo'nalish bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma №___ «___» avgust 2019 y.

Uslubchi:

Jumaeva Sh.B.

FAN BO'YICHA O'QUV DASTURINING TARKIBI:

Ushbu dastur "YUz-jag' hirurgiyasi o'quv amaliyoti bilan" fanining asosiy bo'limlarining nazariy va amaliy bilimlarini o'z ichiga olib, og'iz bo'shlig'i a'zolarini tiklov hirurgiyasini va yuz-jag' sohasida uchraydigan o'smasimon va o'sma hosilalarini, chakka pastki jag' bo'g'imi kasalliklarini, tug'ma va orttirilgan nuqson hamda shaql buzilishlarini 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 prinsiplarini aniqlash uchun zamin yaratib beradi.

O'quv fanining maqsadi va vazifalari

Fanni o'qitishdan maqsad – "YUz-jag' hirurgiyasi o'quv amaliyoti bilan" asosiy bo'limlarining nazariy va amaliy bilimlari orqali og'iz bo'shlig'i va yuz jag' sohasi a'zolarida uchraydigan turli kasalliklariga O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimi strukturasi belgilangan ambulator hirurgik stomatologik yordamini ko'rsata oladigan umumiy amaliyot shifokor -stomatologini tayyorlashdir.

Fanning vazifalari:

- 1 poliklinika sharoitida og'iz bo'shlig'i a'zolari kasalliklarini tekshirish, tashhislash va hirurgik davolash usullarini kundalik amaliyotda qo'llashga o'rgatish;
- 2 yuz-jag' sohasi uchraydigan o'smasimon va o'sma hosilalarini kelib chiqishi, tekshirish usullari, tashhislash va davolashda o'ziga hosligi bilan tanishtirish;
- 3 yuz-jag' sohasi a'zolarida uchraydigan tug'ma va orttirilgan nuqson va shaql buzilishlarni kelib chiqish sabablari, tekshirish usullari va davolash prinsiplari bilan tanishtirish;
- 4 yuz-jag' bo'limida davolangan bemorlarni Statsionardan chiqqanidan so'ng o'tkaziladigan reabilitacion usullarini tanishtirish va o'rgatish.

Fan bo'yicha talabalarning bilimiga, ko'nikma va malakasiga qo'yiladigan talablar

YUz-jag' hiruriyasi o'quv amaliyoti bilan o'quv fanini o'zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida bakalavr:

- parodont to'qimasi anatomik tuzilishini;
- parodont kasalliklarini rivojlanish nazariyasini;
- parodont kasalliklari tasnifini;
- turli ko'rinishdagi parodont kasalliklarini klinik namoyon bo'lishini;
- suyak to'qimasida qo'llaniladigan transplantat turlarini;
- lab va til yuganchasini rivojlanish anomaliyalarini;
- og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini chandiqli shaql buzilishini kelib chiqish sababini;
- birlamchi va ikkilamchi adentiya sabablarini;
- dental implantaciyaning patomorfologik asosini;
- dental implantaciyaning turlarini;
- dental implantaciya operatsiyasi umumiy prinsiplarini;
- og'iz bo'shlig'i funkcion holati va dental implantaciyaga tayyorgarlikni baholashni;

- ortoped stomatolog bilan hamkorlikda davolash rejasini tuzishni;
- dental implantaciya vaqtida va keyin kuzatiladigan asoratlarni tashhislash hamda bartaraf etishni;
- o'smalarning kelib chiqish nazariyasi, etiopatogenezini;
- onkologik ehtiyotkorlik, dispanserlashni;
- yuz va bo'yin sohasi regionar limfa sistemasini anatomo-topografik tuzilishini;
- obligat va fakultativ rakoldi kasalliklarini;
- o'smalarni halqaro tasnifi, TNM sistemani;
- suyak va yumshoq to'qimalarni havfsiz o'smalarni (organomahsus va organonomahsus);
- o'smasimon hosilalarni;
- havfli o'smalarni tashhislash va davolash muassasasini aniqlashni;
- yuz nervi va mimik mushaqlarni anatomo-topografik tuzilishini;
- rivojlanishning tug'ma nuqsonlari, ularni tasnifini va davolash principiqlarini;
- orttirilgan yuz-jag' nuqsoni va shaql buzilishlari, ularning tasnifini hamda davolash principiqlarini;
- yuz skeleti suyaqlari va jag'larni rivojlanish anomaliyalari, ularni tasnifini hamda davolash principiqlarini bilishi kerak;
- tish milk cho'ntaqlarida kyuretaj o'tkazish;
- gingivotomiya va gingivoektomiya o'tkazish;
- milk shilliq qavatida oddiy lahtaqli operatsiyani o'tkazish;
- yuqori va pastki lab hamda til yuganchalari kaltaligini bartaraf qilish;
- alveoloplastika o'tkazish;
- jag' ekzostozlarini olib tashlash;
- kompakt osteotomiya o'tkazish;
- chandiq to'qimani kesib olib tashlash va yara qirg'oqlarini mobilizaciya qilish;
- jag' modeli va rentgenogrammasida cefalometrik o'lchamlarni o'tkazish;
- dental implantaciya vaqtida va keyin yuzaga keladigan asoratlarni bartaraf qilish muolajalari;
- biopsiya o'tkazish;
- o'sma oldi hosilalarini olib tashlash;
- yuz yumshoq to'qima hosilalarini olib tashlash;
- odontogen kistalarda cistotomiya operatsiyalarini o'tkazish;
- qon tomir o'smalarida "alkogolizaciya" va koagulyaciya o'tkazish;
- pastki jag'ni rezekciyasidan so'ng oddiy ortopedik yo'l bilan jag'larni mahkamlash;-yuz sohasi tiklov operatsiyalaridan so'ng parvarish muolajalarini **o'tkazish ko'nikmalariga ega bo'lishi kerak.**

Fanning o'quv rejadagi boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi va uslubiy jihatdan uzviy ketma-ketligi

YUz-jag' hiruriyasi o'quv amaliyoti bilan fani klinik fan hisoblanib, 9- va 10-semestrlarda o'qitiladi. Dasturni amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan odam anatomiyasi, gistologiya, citologiya va embriologiya, patologik anatomiya, patologik fiziologiya, topografik anatomiya va operativ hiruriya, klinik farmakologiya, otorinolarinologiya, oftalmologiya, neyrohruriya, onkologiya, rentgenologiya, nur tashhisi, umumiy hiruriya va anesteziologiya va reanimaciya fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lish talab etiladi.

Sog'likni saqlash tizimidagi o'rni.

YUZ – jag' jarrohligi o'quv amaliyoti bilan fani Sog'likni saqlash tizimida o'ziga hos alohida o'rin egallab, u yuz-jag' sohasida turli jarohat, infeksiya-yallig'lanish va onkologik kasalliklardan keyin paydo bo'ladigan nuqson va shaql buzilishlarni bartaraf qilish bilan shug'ullanadi.

Fanni o'qitishda zamonaviy ahborot va pedagogik texnologiyalar

Talabalarning YUz-jag' hiruriyasi o'quv amaliyoti bilan fanini o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informacion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim ahamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar hamda videotizimlardan foydalaniladi. 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 ortirgan bilimlarini tezkor baholash maqsadida baholashning amalida sinab ko'rilgan quyidagi uslubini, "Men shunga loyiqman." texnologiyasini taklif etamiz.

Bunda:

- talabalar oldindan tayyorlanib, tarqatilgan savollarga tayyorligi asosida guruhlariga 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, birona ham savolga javob berolmagan, lekin a'lo bahoga da'vogar talaba quyiroq guruhga qo'shilishga majbur bo'ladi;
- jarayon shu tahlit davom etib, barcha guruhlarining 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 ishlashga 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 oshirishini ta'minlaydi, ya'ni o'qituvchida "bu 3 baho oluvchi talaba" degan fikrni almashishga olib keladi.

"Ijodiy fikr va klinik mushohada"

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 laboratoriyaviy 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'rlarining ballarini aytadi.

3. O'quv soatlari

Soat hajmi	O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi (soat)					Mustaqil ish
	Jami	Ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Seminar	Klinik mashg'ulot	
296	210	12	94	-	104	86

4. Ma'ruzalar

4.1. Ma'ruza mashg'ulotlarining tematik rejasi

№	Ma'ruzalar rejasi	soat
1	YUz-jag' sohasi tiklov hirurgiyasi maqsadi va vazifalari. Tekshirish usullari. Mahalliy to'qimalar bilan plastika qilish.	2s
2	YUz-jag' sohasi tiklov hirurgiyasi Filatov bandi bilan plastika qilish. Mikrohirurgiya usullarini qo'llab yuz jag' sohasi nuqson va shaql buzilishlarini plastikasi.	2s
3	O'smalarning biologik mavjudligi haqida zamonaviy tushuncha. Onkostomatologik yordamni tashkillashtirish. Kancerogenez nazariyalari. O'smalarning halqaro gistologik tasnifi. O'smalarning rivojlanish bosqichlari. Statistika. YUz-jag' sohasida havfli o'smalari bor bemorlarni tekshirish va tashhislash usullari. Lab qizil hoshiyasi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati o'sma oldi kasalligi.	2s
4	Odontogen o'smalar va o'smasimon hosilalari..	2s
5	YUz-jag' sohasi noepithelial havfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalari	2s
6	YUz-jag' sohasi tug'ma va orttirilgan nuqsonlari. Deformasiyani xirurgik yo'l bilan bartaraf etish. Suyak plastikasi. Transplantat turlari. Hirurgik davolash usullari prinsiplari. ChPJB ankilozi va kontrakturasi. Osteogenezning to'qima va hujayra manbalari haqida zamonaviy tushuncha. Distraksion osteosintez. Polimer kompozitlar implantasiyasi. To'qima ingeneriyasida zamonaviy texnologiya va uning suyak plastikasida qo'llanilishi. O'zak hujayralardan foydalanish.	2s
	Jami	12 s

4.2. Ma'ruza materiallarining mazmuni

Mavzu №1 YUz-jag' sohasi tiklov hirurgiyasi maqsadi va vazifalari. Tekshirish usullari. Mahalliy to'qimalar bilan plastika qilish.

YUz-jag' sohasi tiklov hirurgiyasi. Tiklov operatsiyalarini rejalashtirish: rejalashtirishning asosiy prinsiplari, yuz sohasidagi plastik operatsiyalarga ko'rsatmalar va ularni o'tkazishdagi hususiyatlari. Mahalliy to'qimalar bilan plastika qilish: mahalliy plastik operatsiyalar turlari, mahalliy to'qimalar bilan chandiq va yuz shaql buzilishlarini bartaraf qilish. Oyoqchali lahtaqlar bilan plastika qilish: oyoqchali lahtak turlari, pesxona, burun-lab burmasi, uchrashuvchi uchburchaqli lahtaqlar bilan plastika qilishga ko'rsatmalar.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1 Q(qo'shimcha)-10,11,12,20,21.

Mavzu № 2 YUz-jag' sohasi tiklov hirurgiyasi Filatov bandi bilan plastika qilish. Mikrohirurgiya usullarini qo'llab yuz jag' sohasi nuqson va shakl buzilishlarini plastikasi.

Filatov bandi bilan plastika qilish: Filatov bandini tayyorlashga ko'rsatmalar. Bandni tayyorlash usullari va nuqson sohasiga migraciya qilish bosqichlari, to'qimalarni erkin ko'chirib o'tkazish: yuz-jag' sohasiga to'qimalarni erkin ko'chirib o'tkazishga ko'rsatmalar, erkin plastikada to'qimalar olish uchun eng optimal sohalar. Mikrohirurgiya usullarini qo'llab yuz jag' sohasi nuqson va shaql buzilishlarini plastikasi: mikrohirurgik plastika to'g'risida tushuncha. Mikrohirurgik operatsiyalarni rejalash va o'tkazish sxemasi. YUz-jag' skeleti va yumshoq to'qimalarida plastik operatsiya o'tkazilgan bemorlarni parvarishlash.

Zamonaviy hirurgik davolash usullari.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1 Q(qo'shimcha)-10,11,12,20,21.

YUz-jag' sohasi o'smalari

Onkostomatologik yordamni tashkillashtirish. Onkostomatologik bemorlarni dispanserizatsiyasi. Dispanser guruhlarini YUz-jag' sohasi epitelial hujayralaridan kelib chiquvchi yumshoq to'qimalarning havfsiz o'smalari. Klinikasi, tashhisi, davolash. (Yassi hujayrali papilloma, so'rg'ichli giperplaziya, rinofima, kerato-akantoma, keratoz, nevus). Fibroz va yog' to'qimalarining havfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalari. (Fibroma, milklar fibromatozi, epulis, lipoma, rabdomioma). Klinikasi, tashhisi, davolash. Tug'ma kistalar (epidermoid va dermoid kistalar), yuz va bo'yin oqmalari. Klinikasi, tashhisi, davolash. Odontogen o'smalar. Ameloblastoma, odontoma, cementoma, odontogen fibroma. Klinikasi, tashhisi, davolash. Jag'lar kistalari. Etiologiyasi, patogenez, tashhisi, davolash. (Radikulyar kista, follikulyar kista, keratokista, milk kistalari, tish yorib chiqish vaqtidagi kistalar). Jag'larning osteogen o'smalari. (Osteoma, osteoid-osteoma, osteoblasto-klastoma, hondroma, osteohondroma, giganthujayrali o'sma). Klinikasi, tashhisi va davolash. Jag'larning neosteogen o'smalari. Klinikasi, tashhisi, davolash. (Suyak ko'migi o'smalari, suyak qon-tomir o'smalari, fibromalar). So'lak bezlari o'smalari. (polimorf adenoma, monomorf adenoma, mukoepidermal o'sma, adenokarcinoma). Klinikasi, tashhisi, davolash. YUz terisi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining rak oldi kasalliklari. Fakultativ formasi. Klinikasi, davolash. YUz terisi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining rak oldi kasalliklari. Obligat formasi. Klinikasi, davolash. YUz terisi va og'iz bo'shlig'i shilliq kavati raki (til, og'iz tubi, yumshoq tanglay, qattik tanglay va boshqalar). Ularning morfologik turlari. Klinikasi, tashhisi, davolash. Pastki jag' raki va sarkomasi. Klinikasi, tashhisi, davolash. YUqori jag' raki va sarkomasi. Klinikasi, tashhisi, davolash.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1 Q(qo'shimcha)1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,15,18,20,21.

Mavzu №3 O'smalarning biologik mavjudligi haqida zamonaviy tushuncha. Onkostomatologik yordamni tashkillashtirish. Kancerogenez nazariyalari. O'smalarning halqaro gistologik tasnifi. O'smalarning rivojlanish bosqichlari. Statistika. YUz-jag' sohasida havfli o'smalari bor bemorlarni tekshirish va tashhislash usullari. Lab qizil hoshiyasi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati o'sma oldi kasalligi.

O'smalarning biologik mavjudligi haqida zamonaviy tushuncha. Kancerogenez nazariyalari. O'smalarning halqaro gistologik tasnifi. O'smalarning rivojlanish bosqichlari. Statistika. YUz-jag' sohasida havfli o'smalari bor bemorlarni tekshirish va tashhislash usullari.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1 Q(qo'shimcha)-13,14,20,21.

Mavzu №4 Odontogen o'smalar va o'smasimon hosilalari.

Jag' suyaqlarida embrional rivojlanishi oqibatida jag' skeletida ichki, chuqur murakkab o'zgarishlar kechadi. Jag'lardagi bu o'zgarishlar o'z navbatida tishlarni shaqllanishi chiqishi va o'sishi kabi jarayonlarga ta'sir qiladi, Petres bu o'smalarga odontogen o'smalari deb nom berdi.

Ameloblastoma (adamantinoma) epitelial odontogen o'smasidir. Tishning emali bilan umumligi kam. Asosan, pastki jag'ning chaynov tishlari, o'sig'i, burchagi sohalarda joylashadi.. Morfologiya bo'yicha ikki xil bo'ladi:

- zich
- kistoqli

Pastki jag' shoxi va tanasi sohasida yumaloq shaqldagi o'simta paydo bo'ladi. Jag' birdan qalinlashgan, tuxum shaqlida bo'ladi. Shu qatorda suyak to'qimasini atrofiyasi kuzatiladi, kortikal plastinka kichrayib, ba'zi bir joylarda umuman yo'qolib ketadi.

O'sma asosan tashqariga o'sib, pastki molyarlar sohasida til tarafiga bo'rtib chiqishi mumkin. Tapa jag'da tashqariga va TJB tarafiga o'sadi. Kortikal plastinkasiga bosganda krepitatsiya yoki flyuktuatsiya kuzatiladi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1 Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21

Mavzu № 5 YUz-jag' sohasi noepithelial havfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalari

O'smasimon zararlanishlar virusli yoki zamburug'li tabiatga ega bo'lib, qattiq tanglayda goylashadi. Ular bir necha og'riqsiz to'qimalardan iborat. Ular yumshoq so'rg'ichli o'simalardir, ularning rangi qizil bo'lib keng asosli. Bu xolat yuqori jag'ga olib quyiluvchi plastinkali protez taqadigan bemorlarda uchraydi. Mikroskopik tekshiruvda epitelial qavatlarining qalinlashganligi aniq, muguzlanish kuzatilmaydi, surunkali yallig'lanish bunga qo'shimcha bo'ladi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1 Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21

Mavzu № 6 YUz-jag' sohasi tug'ma va orttirilgan nuqsonlari. Deformasiyani xirurgik yo'l bilan bartaraf etish. Suyak plastikasi. Transplantat turlari. Hirurgik davolash usullari prinsiplari. ChPJB ankilozi va kontrakturasi. Osteogenezning to'qima va hujayra manbalari haqida zamonaviy tushuncha. Distraksion osteosintez. Polimer kompozitlar implantatsiyasi. To'qima ingeneriyasida zamonaviy texnologiya va uning suyak plastikasida qo'llanilishi. O'zak hujayralardan foydalanish.

Nuqsonni analiz qilish vaqtida uni sababini aniqlash lozim, shulardan, chandiqli bitishmalarni va to'qimalarni kuchish sababini, og'iz ochilishini chegaralanishini, nafas olishning buzilishi, ovqat yutishning buzilishi yoki gapirishning buzilish sabablarini aniqlash, nuqson hajmi va shakli aniqlanishi lozim. Bundan tashqari nuqson sohasini berkitish uchun kerak bo'ladigan to'qima hajmini xam bilish lozim. Ayrim holatlarda yo'qotilgan to'qima o'rnini tiklash uchun kerak bo'lgan to'qima miqdori estetik jixatdan tula qonli funktsiyani bajarish uuchn kerak bo'lgan to'qima hajmiga to'g'ri kelmaydi. Agar lunj sohasi total nuqsonini bartaraf etishda og'iz yopiq bo'lgan holatda ichki va tashqi qavatni tiklash uchun

to'qima miqdorini ikki marta oshirganimizda, og'iz ochilishi buziladi. Bo'g'im kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni 95 %da kuzatiladi. CHPJB funksiyasini buzilishi bo'g'imni barcha harakatlarini nazorat qiluvchi va to'g'rilovchi murakkab nerv mushak mexanizmlari o'zgarishlari bialn bog'liq. Bunga tishni plombalash, olib tashlash yoki protezlashdan keyingi tish va milkning shilliq qavatlaridagi kasalliklar sabab bo'ladi. (parodontit, parodontoz, tishni patologik edirilishi). Prikus buzilishi chaynov mushaklarini diskordinatsiyasini asinxron qisqarishini chaqiradi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1 Q(qo'shimcha)-10,11,12,20,21.

Amaliy mashg'ulotlarni tashkil etish bo'yicha ko'rsatma va tavsiyalar

Amaliy mashg'ulotlarda talabalar mavzular bo'yicha qilingan tematik xonalarda volonter, fantomlar yoki mulyajlarda kasalliklarni tashhishlash, davolash rejasini tuzishni, qiyosiy tashhishlashni, manipulyaciya va operatsiyalar o'tkazishni, Statsionarda qayta bog'lamlar o'tkazilishini, yuz-jag' sohasida o'tkaziladigan tezkor va rejali operatsiyalarda ishtirok etib, operativ muolaja usullarini o'rganadilar.

YUZ-JAG' JARROHLIGI FANI BUYICHA AMALIY MASHGULOTLAR ISHCHI DASTURI .

	Mavzular	amal	klin	soat
1.	O'smalarni paydo bo'lish nazariyasi. O'smalarning halqaro gistologik tasnifi. O'smalarning rivojlanish bosqichlari.	4	2	6
2.	YUz-jag' sohasi yumshoq to'qimalari havfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalari.	1	3	4
3.	Havfsiz osteogen o'smalari. Klinikasi, tashhisi, davolash. (Osteoma,	3	3	6

	osteoid osteoma, osteoblastoma, hondroma, osteohondroma, gigant hujayrali o'sma			
4.	Odontogen o'smalar. Ameloblastoma, odontoma, sementoma, odontogen fibroma. Klinikasi, tashhisi, davolash.	3	3	6
5.	Jag'larni o'smasimon hosilalari. Etiologiyasi, patogenezi, tashhisi, davolash. (radikulyar kista, keratokista, tish saqllovchi kista, tishlar chiqish paytidagi kistasi, milk kistalari).	1	3	4
6.	So'lak bezlari o'smalari. Monomorf adenoma, polimorf adenoma, mukoeypidermoid o'sma. Klinikasi, tashhishlash va davolash. Adenokarcinoma. Tashhishlash va davolash prinsiplari	3	3	6
7.	YUz va bo'yin tug'ma kistalari (Epidermoid va dermoid). Klinikasi, tashhisi va davolash.	1	3	4
8.	YUz va bo'yin tug'ma oqma yo'llari.	3	3	6
9.	Tiklov operatsiyalarini rejalashtirish: rejalashtirishning asosiy prinsiplari, yuz sohasidagi plastik operatsiyalarga ko'rsatmalar va ularni o'tkazishdagi hususiyatlari.	3	3	6
10.	Mahalliy to'qimalar bilan plastika qilish: mahalliy plastik operatsiyalar turlari: yara qirg'oqlarini mobilizatsiya qilish va Limberg uchrashuvchi uchburchaqli lahtaqlar.	1	3	4
11.	Oyoqchali lahtaklar bilan plastika qilish.	1	3	4
12.	Mahalliy to'qimalar bilan plastika qilish: Limberg uchrashuvchi uchburchaqli lahtaqlar.	3	3	6
13.	To'qimalarni erkin ko'chirib o'tkazish: yuz-jag' sohasiga to'qimalarni erkin ko'chirib o'tkazishga ko'rsatmalar va ularni o'tkazish prinsiplari.	3	3	6
14.	Filatov bandi bilan plastika qilish: Filatov bandini tayyorlashga ko'rsatmalar. Bandni nuqson sohasiga migratsiya qilish bosqichlari. Bandni yoyish. Asoratlar.	3	3	6
15.	Mikrohirurgiya usullarini qo'llab yuz jag' sohasi nuqson va shakl buzilishlarini plastikasi	3	3	6
16.	YUz nervi nevrit va nevralgiyasi. Mimik mushaklar paralichi.	3	3	6
17.	Yuz sohasi estetik xirurgiyasi	1	3	4
18.	YUz-jag' sohasi havfli o'smalari bor bemorlarni tekshirish usullari, tashhishlash.	3	3	6
19.	YUz terisi o'sma oldi kasalliklari (obligat va fakultativ). Lab qizil hoshiyasi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati o'sma oldi kasalligi. Klinikasi, tashhishlash va davolash.	3	3	6
20.	Terini havfli o'smalari: bazalioma, tekishujayrali rak va melanoma.	3	3	6

	Klinikasi, tashhishlash va davolash.			
21.	Lab qizil hoshiyasi havfli epitelial o'smalari. Klinikasi, tashhishlash va davolash prinsiplari.	3	3	6
22.	Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati havfli epitelial o'smalari: (lunj, tanglay, til, og'iz bo'shlig'i tubi). Klinikasi, tashhishlash va davolash prinsiplari.	3	3	6
23.	Yuqori jag'ni havfli epitelial va noepitelial o'smalari. Klinikasi, tashhishlash, qiyosiy tashhishlash va hirurgik davolash prinsiplari.	3	3	6
24.	Pastki jag'ni havfli epitelial va noepitelial o'smalari. Klinikasi, tashhishlash, qiyosiy tashhishlash va hirurgik davolash prinsiplari	3	3	6
25.	ChPJB disfunkciya sindromi. Osteoartroz. Klinikasi va tashhishlash. Hirurgik davolash prinsiplari.	3	3	6
26.	ChPJB ankilozi. Klinikasi va tashhishlash. Hirurgik davolash prinsiplari.	3	3	6
27.	Pastki jag' kontrakturasi. Klinikasi va tashhishlash. Hirurgik davolash prinsiplari.	3	3	6
28.	Suyak plastikasi. Transplantat turlari. Hirurgik davolash usullari prinsiplari.	3	3	6
29.	YUqori jag' deformაციyalari: makro yoki prognatiyani bartaraf qilish.	3	3	6
30.	Pastki jag' deformაციyalari: pastki makro- yoki prognatiyani bartaraf qilish	3	3	6
31.	Osteogenezning to'qima va hujayra manbalari. Distraksion osteosintez.	3	3	6
32.	Polimer kompozitlar implantasiyasi.	3	3	6
33.	To'qima ingeneriyasida zamonaviy texnologiya va uning suyak plastikasida qo'llanilishi. O'zak hujayralardan foydalanish.	3	3	6
34.	Uch shohli nerv nevrit va nevralfiyasi.	3	3	6
35.	YUz-jag' sohasi yumshoq va suyak to'qimalari plastika operatsiyalarini o'tkazgan bemorlarni parvarishlash.	3	3	6
	Jami	94	104	198

1.2.1 Amaliy mashg'ulotlarda qo'llaniladigan interaktiv usullar **Interaktiv metod: «Qor parchasi» printsipti asosida taxsil berish uslubi**

Bu uslubda talabalar 2,4, 8 kishidan iborat guruhga bo'linib, mulohaza yuritishadi. Bu uslubning yaxshi tomoni shundaki, kam kuch sarflab, guruh orasidagi tavofutni tekislash. O'qituvchi talabalarga muammoni mustaqil hal qilishni taqlif qiladi. Mayda guruhlar o'zaro muhokamadan keyin, ya'ni 4 guruhga bo'lingan bo'lsa, muhokamadan so'ng guruhlar 2 guruhga birlashib, yana muhokama qilib bir butun guruhga qo'shilib boradi. Natijada yaxshi alohida muhokama qilingan umumiy fikr hosil qilinadi. Bu uslubda har bir talaba ishlash davomida o'z fikrini berishga harakat qiladi.

Akvarium uslubi

Bunda guruhdan 3 kishi tanlanib o'rtaga qo'yiladi, ular «baliq» bo'lsa qolgan talabalar kuzatuvchilar bo'ladi. Bu holat «nima, qayerda, qachon» teleo'yiniga o'xshab ketadi. O'rtadagi talabalar bir minut ichida javob topolmasa, ularning o'rniga boshqa uchlik o'tiradi.

- Mavzu o'rtada muhokama qilinadi
- Mavzuni ochib beradi
- Talabalar bilimini ochib beradi
- Diskussiya qilish bilimini oshiradi
- O'yin usulida o'tkaziladi
- Har bir talaba ishtirok etadi

5.2. 2Amaliy mashg'ulotlar mavzulari mazmuni

Mavzu № 1 O'smalarni paydo bo'lish nazariyasi. O'smalarning halqaro gistologik tasnifi. O'smalarning rivojlanish bosqichlari.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 2 YUz-jag' sohasi yumshoq to'qimalari havfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalari.

O'smasimon zararlanishlar virusli yoki zamburug'li tabiatga ega bo'lib, qattiq tanglayda goylashadi. Ular bir necha og'riqsiz to'qimalardan iborat. Ular yumshoq so'rg'ichli o'simtalaridir, ularning rangi qizil bo'lib keng asosli. Bu xolat yuqori jag'ga olib quyiluvchi plastinkali protez taqadigan bemorlarda uchraydi. Mikroskopik tekshiruvda epitelial qavatlarining qalinlashganligi aniq, muguzlanish kuzatilmaydi, surunkali yallig'lanish bunga qo'shimcha bo'ladi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 3 Havfsiz osteogen o'smalari. Klinikasi, tashhisi, davolash. (Osteoma, osteoid osteoma, osteoblastoma, hondroma, osteohondroma, gigant hujayrali o'sma

Xondroma. O'sma suyakni paydo qilgan toqayning qoldiqlari yoki toqay toqimasidan rivojlanadi. Shuning uchun xondroma o'ziga xos joylashish jarayoniga ega. YUqori jag'da o'rta sohada joylashadi, pastki jagda kamdan kam xolatda uchraydi. 10 yil ichida xondroma yuz skeletini kam xollarda zararlaydi. Ko'pincha o'rta va qari yoshdagi odamlarda uchraydi. Xondroma ikki guruhga bo'lingan: endoxondroma, bu jag'ga nisbatan intraossal joylashgan bo'ladi va ekzoxondroma u jag'ning tashqari devorida joylashgan. Xondroma bittali yoki ko'p bo'ladi. Xondroma xavfsizdan xavfliga aylanishi mumkin. Ko'pincha o'sma tepa jag'ning o'rta chokida joylashadi. Bosh suyaqlarida u sinxondroz sohasida uchraydi. Pastki jagda xondroma ba'zi ingliz adabiyotlarda bo'g'im o'sig'i va toj o'siqlarida joylashishi xaqida etib o'tilgan. Xondroma o'sishi sekin, lekin katta xajmgacha bo'lishi mumkin.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 4 Odontogen o'smalar. Ameloblastoma, odontoma, cementoma, odontogen fibroma. Klinikasi, tashhisi, davolash.

Jag' suyaqlarida embrional rivojlanishi oqibatida jag' skeletida ichki, chuqur murakkab o'zgarishlar kechadi. Jag'lardagi bu o'zgarishlar o'z navbatida tishlarni shaqlanishi chiqishi va o'sishi kabi jarayonlarga ta'sir qiladi, Petres bu o'smalarga odontogen o'smalari deb nom berdi.

Ameloblastoma (adamantinoma) epitelial odontogen o'smasidir. Tishning emali bilan umumligi kam. Asosan, pastki jag'ning chaynov tishlari, o'sig'i, burchagi sohaslarida joylashadi. Morfologiya bo'yicha ikki xil bo'ladi:

- zich
- kistoqli

Pastki jag' shoxi va tanasi sohasida yumaloq shaqldagi o'simta paydo bo'ladi. Jag' birdan qalinlashgan, tuxum shaqlida bo'ladi. Shu qatorda suyak to'qimasini atrofiyasi kuzatiladi, kortikal plastinka kichrayib, ba'zi bir joylarda umuman yo'qolib ketadi.

O'sma asosan tashqariga o'sib, pastki molyarlar sohasida til tarafiga bo'rtib chiqishi mumkin. Tapa jag'da tashqariga va TJB tarafiga o'sadi. Kortikal plastinkasiga bosganda krepitatsiya yoki flyuktuatsiya kuzatiladi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21

.Mavzu № 5 Jag'larni o'smasimon hosilalari. Etiologiyasi, patogenezi, tashhisi, davolash. (radikulyar kista, keratokista, tish saqlovchi kista, tishlar chiqish paytidagi kistasi, milk kistalari).

Ildiz (radikulyar) kista.

ildiz oldi kistasi periodontdagi uzoq davom etuvchi surunkali yallig'lanish oqibati xisoblanadi. Kasalliklar, tarvmalar va o'lim sabablari xalqaro tasnifi bo'yicha (X qayta ko'rik, 1985) ildiz oldi kistalari tish pulpasi va periapikal to'qimalar kasalliklari bo'limiga kiritilgan. Ildiz kistasini kelib chiqishi ildiz uchi granulyatsiyasi rivojlanishi bilan bog'liq bo'lib, unga yallig'lanish bilan aktivlashtirilgan periodontal bog'lam bo'lib, periodontal bog'lam epitelial qoldiqlari roliferatsiyalanadi (Malasse orlchalari). Boshida ular kistagranulema hosil bo'lishiga olib keladi, so'ng bo'shliqni qoplab, kista hosil qiladi. Kista qobig'i 2 qavatdan iborat bo'lib, ularing qalinligini turlicha bo'lishi mumkin. Bu 2 qavat orasida granulyatsion to'qima o'sishi ko'pincha yallig'lanish sharoitlarida kuzatiladi. tashqi qobig' dag'al tolali to'qimasida ksantom hujayralar to'plamlarini, xolesterin kristallari "izlari", qon quyilishlar uchraydi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 6 So'lak bezlari o'smalari. Monomorf adenoma, polimorf adenoma, mukoepidermoid o'sma. Klinikasi, tashhishlash va davolash. Adenokarcinoma. Tashhishlash va davolash prinsiplari

So'lak bezlarning o'smalari. Gistogenez bo'yicha epitelial va noepitelial bo'lgan o'smalar ajratiladi. Epitelial o'smalar: adenoma – polimorf (pleomorf) va monomorf, mukoepidermoid o'sma, hamda kartsinomalar guruhi – adenoxujayrali, epidermoid va polimorf ichidagi kartsinoma. Polimorf adenoma (aralash o'sma) – bu xavfsiz o'sma – eng keng tarqalgan. So'lak bezning epitelial o'smalarining 72% tashkil etgan. Birinchi o'rinda quloq oldidagi so'lak bezida uchraydi, ikkinchi o'rinda – tanglayning shilliq-so'lak bezlarida, so'ng jag' osti va lab, lunj, tildagi kichik so'lak bezlarda uchraydi. Polimorf adenoma og'riqsiz, sekin o'sib, bir necha yil ichida kattalashib yuzni deformatsiyasiga olib keladi. O'smani tekshirganda so'lak bezi sohasida g'adir-budir qimirlaydigan qismini aniqlash mumkin. Konsistentsiyasi zich-elastik. qoplab turgan teri rangi o'zgarmaydi, burmaga erkin yig'iladi. Bezning so'lak ishlab chiqarish xususiyatlari buzilmagan. Adenokistoz kartsinoma – xavfli o'sma, asrsan tanglayning kichik so'lak bezlarida uchraydi. Boshida o'sma sekin kattalashadi, lekin og'riq kuzatiladi. tanglayda joylashgan o'sma, tanglay suyagini buzib, TJB o'sadi. O'smani qoplagan shilliq qavat ko'kimtir rangga bo'yaladi. Agar o'sma quloq yonidagi bazda joylashgan bo'lsa, bez to'qimasiga singib ketgani aniqlanadi, ammo mimik mushaqlarining paralichi juda kama uchraydi. O'pkaga gematogen yo'l bilan o'tishi – bu adenokistoz kartsinomaning ajratib turadian belgi.

Adabiyotlar: A(asosiy)- 1,3,4 Q (qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 7 YUz va bo'yin tug'ma kistalar (Epidermoid va dermoid), yuz va bo'yin oqma yo'llari. Klinikasi, tashhisi va davolash.

Triglossal kistada – xarakatlanish chegaralangan, teri bilan birikkanligini aniqlash mumkin, yutish va so'zlashuv qiyinligi kuzatiladi. Kista yallig'langanda og'riq, shish va atrof to'qimalar infiltratsiyasi kuzatiladi Qiyosiy tashxis: spetsifik yallig'lanish jarayonlari, limfadenit, dermoid kista, distopiyalangan qalqonsimon bez adenomasi bilan o'tkaziladi. Davolash: kistada – kapsulasi bilan to'liq olib tashlashlanadi. Og'ma yo'lda – ichini metilen ko'ki bilan to'ldirib to'liq kesib olib tashlashlanadi. Og'ma yo'llari – yumshoq, og'rikli, qattiq, ikkita chiqaruv teshigi bor: tashqi – terida, ichki – og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatida va to'liq bo'lmagan – bitta ichki yoki tashqi ustiyasi bo'ladi. Teshikdan granulyatsiyalar bo'rtib turadi. Oqma yo'llari atrofidagi teri giperpigmentatsiyalangan. Branxial (1- va 2- jabra yoriklari va yoylari rivojlanishi anomaliyasi) va tireoglossal og'ma yo'llari va kistalarni ajratish mumkin.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 8 YUz va bo'yin tug'ma oqma yo'llari. Tug'ma kistalar (Epidermoid va dermoid), yuz va bo'yin oqma yo'llari. Klinikasi, tashhisi va davolash.

Triglossal kistada – xarakatlanish chegaralangan, teri bilan birikkanligini aniqlash mumkin, yutish va so'zlashuv qiyinligi kuzatiladi. Kista yallig'langanda og'riq, shish va atrof to'qimalar infiltratsiyasi kuzatiladi Qiyosiy tashxis: spetsifik yallig'lanish jarayonlari, limfadenit, dermoid kista, distopiyalangan qalqonsimon bez adenomasi bilan o'tkaziladi. Davolash: kistada – kapsulasi bilan to'liq olib tashlashlanadi. Og'ma yo'lda – ichini metilen ko'ki bilan to'ldirib to'liq kesib olib tashlashlanadi. Og'ma yo'llari – yumshoq, og'rikli, qattiq, ikkita chiqaruv teshigi bor: tashqi – terida, ichki – og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatida va to'liq bo'lmagan – bitta ichki yoki tashqi ustiyasi bo'ladi. Teshikdan granulyatsiyalar bo'rtib turadi. Oqma yo'llari atrofidagi teri giperpigmentatsiyalangan. Branxial (1- va 2- jabra yoriklari va yoylari rivojlanishi anomaliyasi) va tireoglossal og'ma yo'llari va kistalarni ajratish mumkin.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 9 Tiklov operatsiyalarini rejalashtirish: rejalashtirishning asosiy prinsiplari, yuz sohasidagi plastik operatsiyalarga ko'rsatmalar va ularni o'tkazishdagi hususiyatlari.

Qayta tiklash va rekostruktiv operatsiyalarga tug'ma va orttirilgan anatomo- fiziologik va kosmetik jixatdan kelib chiqqan nuqson shaql buzilishlar ko'rsatma bo'ladi. YUz jag' sohasi orttirilgan nuqsonlari teri yuza va chuqur qavatlarida joylashib, teri yuza qavatining kichik jaroxatlaridan boshlab, yuz barcha suyaqlari va unda joylashgan yumshoq to'qimalar, qovoq , ko'z olmasi va quloq supراسi yukligi bilan tugashi mumkin. Maxalliy qarshi ko'rsatmalarga: nuqson va shaql buzilishning juda kichikligi (funktional o'zgarishlarning yo'qligi ayniqsa kosmetik omilning ahamiyatsizligi ya'ni yoshi katta va qari odamlarda); yuz terisini piodermiyasi, yarali stomatit, gingivit, glossit; regionar limfa tugunlarini, yuqori jag' bo'shlig'i, jag'lar, burun, xalqumning burun qismi va operatsiya bo'ladigan sohada joylashgan qo'shni a'zoldagi yallig'lanish jarayonlari kiradi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 10 Mahalliy to'qimalar bilan plastika qilish: mahalliy plastik operatsiyalar turlari: yara qirg'oqlarini mobilizatsiya qilish, oyoqchali lahtaqlar

Plastik jarroxlik termini ko'p ishlatilishi xamda chet el davlatlarida plastik jarroxlik bo'yicha ko'p sonli monografiyalar chop etilganligiga qaramay mutaxassislar orasida xozirgacha aniq bir ko'rsatma yo'q.

Bu nomga quyidagi ko'proq to'g'ri keladi: plastik jarroxlik bu xirurgiyaning bir bo'lagi bo'lib buning asosida tana yuzasi to'qimalaridagi operatsiyalar yotadi. Agar tanani qo'l va oyoqlardagi xamda qorin va ko'krak qismdagi nuqsonlarni kiyim yoki biror bir boylamalar bilan berkitishni ilojisi bo'lsa, yuz sohasidagi nuqsonlarni berkitish ancha qiyin masala hisoblanadi, Shuning uchun dastlabki plastik jarroxlik ishlari yuz sohasidagi nuqsonlarni berkitish bilan boshlangan. YUz sohasida to'qimalar bilan ishlash printsiptananing boshqa qismlariga tarqala boshladi. Plastik jarroxlik aloxida bo'lim sifatida XX asrda I jaxon urushidan keyin shaqlana boshladi va II jaxon urushidan keyingi 50 yillarda o'zini aniq tasdiqini topdi. Ushbu nomni aniqlashtirishni murakkabligi shundan iboratki, agar «plastika» so'zi faqatgina ko'chirish emas balki nuqson joylarni tiklash xam ko'zda to'tilgan bo'lsa, u xolda umumiy xirurgiyadagi ko'pgina manipulyatsiyalarga ushbu nom xam to'g'ri keladi, masalan: ingichka ichakdan qizilungach rekonstruktsiyasi, diafragmadagi operatsiyalar yoki siydik yo'lidagi operatsiyalar va x.k.z

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 11 Oyoqchali lahtaqlar bilan plastika qilish.

Oyoqchali laxtak bilan operatsiya qilishni rejalashtirishda katta arteriya va vena qon tomirlarni yo'nalishi, yuz rel'efi inobatga olinadi. Bu laxtakni ajratish mahalda katta tomir shoxlarini zaralashini oldini oladi va operatsiyadan keyin uncha ko'zga tashlanmaydigan chandiqlar hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Bitta oyoqchali laxtaqlar eng optimal sharoitda, ya'ni oyoqchaga arteriyani oxirgi shoxlari birlashtirilganda hosil qilinadi. Oyoqchali laxtakni oziqlanishi ko'chirilganidan keyin laxtak oyoqchasi orqali amalga oshadi, lekin dastlabki soatlardan laxtak ko'chirib o'tkazilgan sohadagi qon tomirlardan oziqlana boshlanadi.

Dag'al mexanik ta'sirlar natijasida esa laxtak oyoqchasi qon tomirlari qisilib qolishi natijasi unga keluvchi qon oqimi buziladi, bu esa laxtakni zaralanishiga olib keladi. Laxtakni nuqson sohasiga ko'chirilganda laxtak oyoqchasi turli burchakka buraladi. SHuni inobatga olish kerakki laxtak oyoqchasi 85-90⁰ ortiqroq burchakka buralganda A.A.Limberg nazariyasi bo'yicha laxtak oyoqchasida konus shaqlida burtib chiquvchi shish yuzaga keladi. YUzani buzilishini oldini olish uchun laxtak oyoqchasini kichikroq burchak ostida burish lozim. Agar laxtak oyoqchasini 90⁰ burchakdan ortiqroq burish kerak bo'lganida yuzaga kelgan do'mboqcha konusni laxtak bitgandan keyin yo'qotish mumkin. Buning uchun dumboqcha yuzasi veretensimon kesiladi yoki nosimmetrik uchrashuvchi uchburchak laxtak bilan plastika qilinadi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 12 Mahalliy to'qimalar bilan plastika qilish: Limberg uchrashuvchi uchburchaqli lahtaqlar.

Plastik jarroxlik termini ko'p ishlatilishi xamda chet el davlatlarida plastik jarroxlik bo'yicha ko'p sonli monografiyalar chop etilganligiga qaramay mutaxassislar orasida xozirgacha aniq bir ko'rsatma yo'q.

Bu nomga quyidagi ko'proq to'g'ri keladi: plastik jarroxlik bu xirurgiyaning bir bo'lagi bo'lib buning asosida tana yuzasi to'qimalaridagi operatsiyalar yotadi. Agar tanani qo'l va oyoqlardagi xamda qorin va ko'krak qismdagi nuqsonlarni kiyim yoki biror bir boylamalar bilan berkitishni ilojisi bo'lsa, yuz sohasidagi nuqsonlarni berkitish ancha qiyin masala hisoblanadi, Shuning uchun dastlabki plastik jarroxlik ishlari yuz sohasidagi nuqsonlarni berkitish bilan boshlangan. YUz sohasida to'qimalar bilan ishlash printsiptan tananing boshqa qismlariga tarqala boshladi. Plastik jarroxlik aloxida bo'lim sifatida XX asrda I jaxon urushidan keyin shaqlana boshladi va II jaxon urushidan keyingi 50 yillarda o'zini aniq tasdiqini topdi. Ushbu nomni aniqlashtirishni murakkabligi shundan iboratki, agar «plastika» so'zi faqatgina ko'chirish emas balki nuqson joylarni tiklash xam ko'zda to'tilgan bo'lsa, u xolda umumiy xirurgiyadagi ko'pgina manipulyatsiyalarga ushbu nom xam to'g'ri keladi, masalan: ingichka ichakdan qizilungach rekonstruktsiyasi, diafragmadagi operatsiyalar yoki siydik yo'lidagi operatsiyalar va x.k.z

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu 13 To'qimalarni erkin ko'chirib o'tkazish: yuz-jag' sohasiga to'qimalarni erkin ko'chirib o'tkazishga ko'rsatmalar va ularni o'tkazish prinsiplari.

YUzni qayta tiklash xirurgiyasida biologik yumshoq to'qimalarni erkin ko'chirib o'tkazish etakchi o'rin egallaydi. Ularga yog' to'qimalari, fastsiya, deepidermizatsiyalangan to'qimalarni ko'chirib o'tkazish kiradi.

Avvaliga autogen yog' to'qimasi va fastsiyalarni ko'chirib o'tkazish qo'llanilgan. Xozirgi zamonaviy tibbiyotda autogen to'qimalar bilan birgalikda allogen yog' va fastsiyalarni ko'chirib o'tkazish usullari ham qo'llanilmoqda.

Autogen va allogen fastsial transplantatlarni erkin ko'chirib o'tkazish yaxshi natijalar bermokda. Fastsiyaning anatomik tuzilishi oddiyligi, qon bilan, innervatsiya bilan kam taminlanganligi fastsial transplantantlarning o'tkazilgan joyga yaxshi joylashib ketishini taminlaydi. Allogen fastsial transplantantlarning ko'chirib o'tkazilganda, fastsiyani antigen xususiyati kuchsiz ifodalanganligi muxim axamiyatga ega. qayta tiklash operatsiyalarida fastsial transplantantlar yuz mimik mushaqlarining falaji natijasida kelib chiqqan qovoq, lunj, pastki lab xarakati buzilganda statik xarakatni ushlab turish maqsadida plastik xom ashyo sifatida foydalaniladi, hamda yuz yumshoq to'qimalarini rivojlanmaganligi oqibatida. (yuz gemiatrofiyasi, jabra yoyi I-II sindromlarida) kelib chiqqan yuzning katta xajmdagi shaql buzilishlarida yoki yuzning mexanik, yallig'lanish kasalliklari natijasida kelib chiqqan teri osti yog' to'qimalarini nobud bo'lishi, xamda chakka pastki jag' bo'g'im o'sig'i ankilozlarini operativ davolashda ajratilgan suyak yuzalarini interpozitsiya qilish uchun foydalaniladi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 14 Filatov bandi bilan plastika qilish: Filatov bandini tayyorlashga ko'rsatmalar. Bandni nuqson sohasiga migraciya qilish bosqichlari. Bandni yoyish. Asoratlar.

Bandli laxtak bilan plastika

Ushbu usul birinchi marta 1917 yil «Oftalmologiya axborotnomasi»da V.P.Filatovning «Dumaloq band yordamida plastika» №4-4 maqolalarida chop etilgan. Bandli laxtak 09.09.16 yilda rak o'smasini olib tashlangandan keyingi pastki qovoq nuqsonini bartaraf etish maqsadida ishlatilgan. Bu maqolada muallif dumaloq bandli laxtakni qo'llab yangi plastik uslubni ishlab chiqqanligini va bu uslub bilan tanani hojlagan joyida qo'llash mumkinligini aytib o'tadi. Xozirgi vaqtda filatovning band laxtagi butun dunyoda keng qo'llanilmoqda. Amaliy jixatdan plastik jarroxlarning yuzning hojlagan joyidagi va hojlagan kattaligidagi nuqsonni berkitish imkoniga ega bo'lishdi.

Bandli laxtak ko'pgina yaxshi xususiyatlarga ega va boshqa plastik operatsiyalardan afzallik xususiyatlari bilan ajralib turadi. Shulardan biri laxtakning yaxshi bitish xususiyati, xattoki chandiqli sohada xam. Undan tashqari bandli laxtak chandiqli to'qimaga yaxshi ta'sir ko'rsatadi va o'sha sohani yumshatib tashqi ko'rinishini o'zgartiradi. Band nuqson sohasiga ko'chirilganida o'sha sohadagi qon aylanishi yaxshilanadi, limfa va qon tomir to'rini kuchaytiradi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 15 Mikrohirurgiya usullarini qo'llab yuz-jag' sohasi nuqson va shaql buzilishlarini plastikasi.

Organizmida regionar yoki qon aylanish sohalarni aniqlash, kichik diametrli tomirlarni tikishda ishlatiladigan mikroxirurgiya texnikasini mukammallashtirish, oziqlantiruvchi oyoqchadan voz kechishga va donor sohalardan murakkab lahtaqlarni yangi joyga tezkor revaskulyarizatsiya bilan erkin ko'chirib o'tkazishni bajarishga imkon beradi. Birinchi bo'lib J. Jacobson va E. Suarez (1960) 1 – 1.5 mm diametrli tomirlarni tikish uchun operatsion mikroskopni qo'llashdi va optik kattalashtirish ostida choklar qo'yish tomir tirqishi torayishiga olib kelmasligini isbotlashdi, binobarin undan oqib o'tadigan qon miqdoriga ta'sir qilmaydi. Mikroqontomir anastomozli murakkab laxtakni erkin ko'chirib o'tkazish uchun asosiy shart–sharoit – donor sohasi aniq o'q bo'yicha tuzilish xususiyatidir. Agar laxtak tor tomirli oyoqchada ko'chish qobiliyatiga ega bo'lsa, u holda uni erkin va vaqtinchalik tomirlarni kesib, tezda boshqa joydagi tomirlar bilan tikib ko'chirib o'tkazish mumkin.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 16 YUz nervi nevrit va nevralfiyasi. Mimik mushaklar paralichi

YUz nervi tizzasimon tugunining nevralfiyasi (sin.: tizzasimon tugun shikastlanishi sindromi, Xant sindromi, tizza tuguni ganglioliti). Kasallik eshitish yo'lidagi og'riqlar bilan kechadi. Ko'pincha virusli infeksiyalardan keyin vugudga kelib, yuzdagi gerpetik toshmalar, shikastlangan tomonda mimik mushaklarning parezi bilan kuzatiladi.

Vidiev nervining nevralfiyasi (sin.: qanotsimon kanal nervining nevralfiyasi, Fayl sindromi). Kasallik yallig'lanish garayonlaridan so'ng burunning qo'shimcha bo'shliqlarida kelib chiqib, ko'z va burun sohasidagi va ko'pincha tishlarga tarqaluvchi kuchli og'riqlar bilan kechadi.

Mavzu № 17 Yuz sohasi estetik xirurgiyasi

Mavzu № 18 YUz-jag' sohasi havfli o'smalari bor bemorlarni tekshirish usullari, tashhishlash.

Bemorlarni tekshirish va tashhishlash usullari. Tashqi ko'rik. YUz terisi, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi tekshirish bilan bir vaqtda onkolog konsultatsiyasi ham o'tkaziladi. R-grafiyasi, tomografiya, arteriografiya, Blek reaksiyasi, stomatoskopiya, tsitologiya, teplovidiografiya tekshiruvlari o'tkaziladi. Xavfli o'smalari bo'lgan bemorlarni tekshirish va tashhishlash, bemor shikoyatlaridan boshlanadi. So'rov davomida zichlashish qancha vaqt oldin paydo bo'lgani, bezovta qilganligini, achishish xissi bo'lganini aniqlash mumkin. Anamnezidan, o'z-o'zicha davolanish qancha vaqt davom etganligini, vrachga murojat qilganmi yo'qligini, kasallik boshlanisha ko'pincha qandaydir jarohatga bog'liqligi yoki uzoq davolangani, ko'pincha retsediv berishini aniqlash mumkin.

Ko'rik davomida har bir bemorni aniq ketma- ketlikda og'iz bo'shlig'ini va tilining barcha qismlarini, ayniqsa tilning dorzal yuzasini ko'zdan kechirish lozim hisoblanadi. Shuningdek, regionar limfatik tugunlarni paypaslab ko'rish zarur.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 19 YUz terisi o'sma oldi kasalliklari (obligat va faqltativ). Lab qizil hoshiyasi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati o'sma oldi kasalligi. O'z vaqtida va to'g'ri diagnoz qo'yish rak va o'sma oldi kasalliklari klinik holatini to'g'ri bilish bilan bog'liq. Zamonaviy amaliy tibbiyotdagi eng asosiy aktual muammolardan biri o'sma oldi holatlarini o'rganish hisoblanadi OBSH, lab qizil hoshiyasi va yuz terisi raki ilgari ko'pchilik holatlarda o'sma oldi holatlari bilan adashtirilgan. Leningrad onkologiya institutining ma'lumotlariga ko'ra yuz terisi raki 47% pastki lab raki 92-97% OBSH raki 88,7% holatlarda o'sma oldi holatlari bilan adashtirilgan. O'sma oldi holatlarini o'rganish davomida shu narsa tasdiqlandiki, ular simptomsiz kechib doimiy murosa kelib chiqishiga sabab bo'lmaydi Uzoq vaqt davomida o'sma oldi holatlarining mavjudligi rakka o'tish ehtimolini kuchaytiradi. Ko'pgina ichki va tashqi omillar o'sma oldi holatlarini shaqllanishiga imkon yaratadi Tashiqi faktorlarga kiradi: iqlim, ta'sirlovchilar(issiq, sovuq, shamol) travmalovchi ta'sirlar(juda issiq ovqat, o'tkir Tish qirralari, plomba, protezlar, shilliq qavatni zararli tishlash) ximik ta'sirlovchilar(benzin, smolalar) chekish, O'rta Osiyo Respublikalarida til ostiga nos tabaka tashlash, alkohol iste'mol qilish.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 20 Terini havfli o'smalari: bazalioma, tekishujayrali rak va melanoma. Klinikasi, tashhishlash va davolash.

Barcha xavfli o'smalarining ichida teri raki 3-urinda ya'ni oshkozon va o'pka rakidan keyin turadi. A.I.Paches ma'lumotiga ko'ra barcha xavfli teri o'smalari ichida bosh terisi va bo'yin terilarida 89% yuz sohasida xavfli o'smalarining uchrashi burun terildarida (30%) ni ; kovokda (20%) , va boshka joylarda 10% kuzatiladi .Bolgariyalik R. Raychev va V.Andrev (1965) ma'lumotlariga ko'ra o'rta yoshli bemorlarda teri raki uchraydi .A.V.Chaqlina ma'lumotiga ko'ra bizning xududda bu ko'rsatgichlar 60yoshgacha bo'lganlar bemorlarda uchraydi . Teri rakining kelib chiqishida oz bulsayam etiologik va joylashish faktorlariga ega .A .V Kozlova ma'lumotiga ko'ra teri rakiga uchraganlar ochik joylarda, kuyosh radiatsiyasi, yuqori temperatura, ultrabinafsha nurlar va nojuya ta'sir kiladigan ta'sirlarda ishlaydi .Buning natijasida epiteliy kavatida reaktiv diffuzli giperplaziya , terining kizishi , elastikligi yukolishi, teri kavatiga engil travmalar va surunkali proleferativ jarayonlar, xujayralarning shaqllanishi, differentsirovkasi kuzatiladi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 21 Lab qizil hoshiyasi havfli epitelial o'smalari. Klinikasi, tashhishlash va davolash prinsiplari.

Lab rakidan keyin 2 o'rinda turadi. Tilning yon tomonlarda 60-70% ildiz kismida 20% va kamxollarda orka kismida kam uchraydi. Erkaqlarda ayollarga nisbatan 2 marta ko'p uchraydi va 40-70 yoshlarda ko'p uchraydi. Tildagi rak oldi jarayonlarini ko'p xollarda yomon odatlar chekish va nos chekishlar kelib chikaradi.

Klinik tarqalishi bo'yicha 4 bosqichi kuzatiladi.

1-bosqich chegaralangan o'sma yoki yara xolatida diametri 1smgacha shillik va shillik osti kavatida metastaz bermaydi

2-diametri 2smgacha bo'lgan o'sma yoki yara mushak to'kimasigacha etgan tilning uncha ko'p qismini uncha ko'p bo'lmagan jag ostiga birlamchi metastaz bergan

3-o'sma yoki yara tilning yarmini egallagan, oqiz bo'shligi tubiga tarkalagan, til xarakati chegaralangan, ko'p regionali metastaz bergan

4-o'sma katta tilning ko'p kismini zararlagan o'sma yumshok to'qima va suyakgacha borgan .

Til ildizi raki gistologik kurinishi sillik xujayrali rak 3 bosqichda uchraydi

1 - ekzofit shaqli

2 - endofit va infiltrativ shaqli

qiyosiy tashxislashda dekubital, nekrotik yaralar bilan solishtiriladi

Davolash 1-2 bosqichlarida operatsiya oldi jarayonlari til yarmi rezektsiyasi, regional limfa o'zaqlarini buyin kletchatkalari bilan olib tashlanadi 3-bosqichda davolash aralash buladi, ogiz bo'shlig'ida ma'lum to'qimalarda Krayl operatsiyasi o'tkaziladi. N.Xodjaev til rakining 3-4 bosqichlarini til arteriyasiga kateter orkali ximioterapiya yuborish bilan davolagan. Ogiz bo'shlig'i raki kam uchraydi 50 yoshdan keyin uchraydi. Klinikada infiltrativ yara mushak to'qimasigacha o'sib kirishi kuzatiladi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 22 Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati havfli epitelial o'smalari: (lunj, tanglay, til, og'iz bo'shlig'i tubi). Klinikasi, tashhislash va davolash prinsiplari.

Tilning yon tomonlarda 60-70% ildiz qismida 20% va kam hollarda orqa qismida kam uchraydi. va 40-70 yoshlarda eraklarda ayollarga nisbatan 2 marta ko'p uchraydi Tildagi rak oldi jarayonlarini ko'p xollarda yomon odatlar chekish va nos chekishlar kelib chiqaradi. Og'iz bo'shlig'i tubi raki boshqa azolarda goylashgan o'smalarni 15 % ni tashkil qiladi. Garayon oldingi bo'limda, kamdan – kam orqada goylashadi. Bazan og'iz tubi – til, milk, pastki jag'dan o'smaning tarqalishi natigasida zararlanadi. Kasallik 50 yoshdan oshgan erkaklarda kub uchraydi. Og'iz bo'shlig'i tubi shilliq qavatidagi o'sma odatda yara – infiltrativ zararlanish ko'rinishida namoyon bo'ladi. Og'iz bo'shlig'i tubini raki regional limfatik tugunlarga erta metastaz beradi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 23 Yuqori jag'ni havfli epitelial va noepitelial o'smalari. Klinikasi, tashhislash, qiyosiy tashhislash va hirurgik davolash prinsiplari.

YUJS barcha kasalliklari ichida yuqori jag' raki 1-3 % ni tashkil qiladi.YUqori jag' xavfli o'smalarini erta tashxislash qiyin va shuning uchun ko'pincha bemorlarni boshqa kasallik bo'yicha noto'g'ri davolashadi. Buni shu soha surunkali yallig'lanish jarayonlari xavfli o'sma boshlang'ich simptomlariga o'xshashligi bilan tushintirish mumkin. O'sma ko'pincha ko'rinmaydi, bemorlar o'sma jarayoni keng tarqalganda kech murojaat qiladi va davolash ko'pincha shubxali bo'ladi. Klinikasi o'choq joylashgan joyiga (medial, pastki va yuqori, lateral devorlar), burun orqali nafas olish buzilishiga, tishlar og'rishi va qimirlashiga, diplopiya, ekzoftalm, burundan kutilmaganda qon ketishiga (33 % bemorlarda) bog'liq bo'ladi. YUqori jag' rakida hamma simptomlar aniqlanmaydi, bu yuqori jag'ni anatomo-topografik murakkab joylashganligi biln tushuntiriladi. Zararlangan joyni va o'sma o'sish yo'nalishini aniqlash uchun yuqori jag' bo'shlig'ini L. Ongren bo'yicha sektorlarga bo'lish sxemasi ishlatiladi. (T. Robustova darsligida keraqlicha yaxshi o'rganilgan). Bunda yuqori jag' bo'shlig'i 4 ta sektorga bo'linadi: pastki oldingi ichki, pastki oldingi tashqi, yuqori orqa ichki va yuqori orqa tashqi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 24 Pastki jag' havfli epitelial va noepitelial o'smalari. Klinikasi, tashhislash, qiyosiy tashhislash va hirurgik davolash prinsiplari.

YUJS barcha kasalliklari ichida yuqori jag' raki 1-3 % ni tashkil qiladi.YUqori jag' xavfli o'smalarini erta tashxislash qiyin va shuning uchun ko'pincha bemorlarni boshqa kasallik bo'yicha noto'g'ri davolashadi. Buni shu soha surunkali yallig'lanish jarayonlari xavfli o'sma boshlang'ich simptomlariga o'xshashligi bilan tushintirish mumkin. O'sma ko'pincha ko'rinmaydi, bemorlar o'sma jarayoni keng tarqalganda kech murojaat qiladi va davolash ko'pincha shubxali bo'ladi.

Mavzu № 25 ChPJB disfunkciya sindromi.

Xirurg stomatolog amaliyotida yuz jag` sohasi nerv sistemasi zararlanish xolatlari ko'plab uchraydi, bundan – ogriq sindromi ko'p uchraydi. Bir qator klassifikatsiyalar og'riq sindromini tizimlashtiradi. Ularning xammasi 1988 yil Xalqaro yuz, bosh og'riqlari va bosh miya nervlari nevrologiyalari klassifikatsiyalariga kiritilgan. Shular qatorida M.N.Puzin neyrostomatologik kasalliklar va sindromlarni (somatik, vegetativ va vegeto kon tomirli formalar, ogriqli disfunktsiya sindromi), chakka pastki jag bo'gimi sindromlar (yuzning miofastsial ogriq sindromi), talvasava giperkinezlari ajratadi. V.A. Karlov va O.H. Savitskaya (1990) kelib chiqish sababiga ko'ra ikki gurux prozopalgialarni ajratadi – somatogen va nevrogen. Somatogen yuz prozopalgialari tish ogriqlari, ogiz bo'shligi shilliq qavati, LOR organlari, ko'z xamda ichki a'zolar kasalliklari bilan boglangan bo'lishi mumkin. Nevrogen yuz ogriqlari tipik va atipik bo'lishi mumkin. Tipik prozopalgialar bosh miya nervlari paroksizmal nevrologiyalari ko'rinishida - uchlamchi, til yutqun nervi, yuqori xalqum nervlari ko'rinishida bo'lishi mumkin. Atipik prozopalgialar simpatolgiya, intrakranial jarayonlar va MNS kasalliklari ko'rinishida uchraydi. Ogriq sindromi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislashda bumorni psixologik xolatiga e'tibor berish muhim hisoblanadi. Bemor premorbid faktoriga e'tibor berish, kasallikni kechirishi, ijtimoiy moslashishini o'rganish, shuningdek yuz vegetativ innervatsiyasi xususiyatlarini bilish yuz nevrologik kasalliklarini tashxislashga va ular bilan o'xshash kasalliklarni qiyosiy tashxislash imkonini beradi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, q Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu №26 ChPJB ankilozi Klinikasi va tashxislash. Hirurgik davolash prinsiplari.

Ankilozga olib keluvchi faktorlar ChPJBni infeksiyon kasalliklari va jaroxatlari olib keladi ayniksa bolalar yoshida. G.P.Ioannidis (1974) ma'lumotiga ko'ra infeksiyon kelib chiqishi 88.2% . jaroxat natijasida 17.8% tashkil qiladi. ChPJB ankilozi patogenezi to'liq o'rganilmagan. Yalliglanish yoki travma natijasida bo'gim usti yumshoq tuqimalari jaroxatlanishi va erishi bo'gimni fibroz yoki suyak birikishiga olib keladi. Bolalar yoshida pastki jag boshchasi yupqa gialinli togay bilan, bugim diski kollagen biriktiruvchi tuqima bilan , dumboq va bo'gim chukurchasi suyak usti pardasidan chiqib turadi va tog'ay qoplami bilan maxrum bo'lgan. Buzilish jarayonlari kattalarga nisbatan tezroq kechadi, bir-biriga tegib turgan yalangochlangan bo'gim yuzalari urtasida suyaqli bitishish tez sodir buladi. Balog'at yoshida bo'gimda tog'ay elementlari tolali tog'ay kurinishida buladi. Ularni buzilish jarayoni sekinroq amalga oshadi , bu esa sekin kechayotgan yalliglanish jarayoni chandiqli fibroz tuqimani hosil bo'lishi olib keladi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu №27 Pastki jag' kontrakturasi. Klinikasi va tashxislash. Hirurgik davolash prinsiplari.

ChPJB kontrakturasida bo'gim xarakati chegaralanadi yoki butunlay to'xtaydi. ChPJB ankilozidan farqli ravishda - bo'gimdagi o'zgarish bo'gim ichi chandiqli o'zgarishga bogliq bo'lmasdan, kontrakturalar ko'p xollarda yalliglanish tabiatli bo'lib, chaynov mushaqlari innervatsiyasi bilan bogliq bo'lgan reflektor ta'sirga asoslangandir (ogriqli ta'sirlanish).

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 28 Suyak plastikasi. Transplantat turlari. Hirurgik davolash usullari prinsiplari.

Stomatologiyada dekaltsinirlangan suyak matriksini qo'llash imkoniyatini Vinnikov N.I (1981) isbotlagan va u bu material bilan suyak bo'shlig'ini plombalashda yaxshi osteogene-tik effektga ega bo'lgan. Undan tashkari Milier va Emminga (1979) lar dekaltsinirlangan matriksdan alveolyar usik plastikasida samarali foydalanishlar.

Ksenotransplantatsiya - to'qimalarni xayvondan odamga o'tkazish, ya'ni kuchukdan, kuendan. Bu usul bemorni kushimcha shikastlanishdan (operatsiyadan) xalos etadi. Lekin ksenotransplantatsiyadan keng foydalanish yulidan materialning biologik nomutanosibligi sababli voz kechishga to'g'ri keldi. Suyak konservatsiyasining ko'pgina turlari transplantat-ga uning retsipient organizmi bilan nomutanosibligini oldini olish xususiyatini bera olmaydi.

Pastki jag autoosteoplastika usuli puxta ishlab chikilgan va u keng kullaniladi, chunki u maxsus kurilmalar, kopservatsiyalovchi vo-sitalar talab etmaydi, ko'pgina xollarda musbat natija beradi. 20-50 yillardan farkli ravishda hozirgi davrdagi pastki jag autoplastikasi kat'iy talabi suyak bulaqlarini

transplantatga nisbatan mustaxkam fiksatsiyalanishidir. Jag bulaqlarining mavjud fiksatsiya usullarini 2 guruxga ajratish mumkin: ogiz ichi (tish usti, tish usti-milk, suyak ust iva ogiz tashkari (tashkari fiksatsiya uchun muljallangan suyak usti, tashki mujallarsiz suyak usti, suya kichi).

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu №29 YUqori jag' deformაციyalari: makro yoki prognatiyani bartaraf qilish.

Tugma tish jag deformatsiyalar va anomaliyalarining etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi va diagnostikasi. Tugma tish jag deformatsiyalar va anomaliyalari yuz sohasi va bosh suyagi rivojlanish nuqsonlariga kiradi. Jaglarning shaqli va o'lchami asosan bosh suyagining individual xususiyatlari bilan bogliqdir. Jaglarning o'sish va rivojlanishining buzilishi prikus deformatsiyalari va anomaliyalariga sabab bo'lishi mumkin, bu embriogenez davrida va tugilgandan keyin vaqtincha yoki doimiy prikus shaqlanish davrida kuzatilishi mumkin. Shu sababli shaql buzilishlari va anomaliyalarining ko'pgina turlari uchraydi va ularning ogirlik darajalari kasallik boshlangan vaqtga bogliq bo'ladi. Tish jag – yuz sohalari deformatsiyalar va anomaliyalari turli tumandir. Jaglarning, yuz sohalarining organo va morfogenezi buzilishlari ota onalarning nasliy o'tkazgan kasalliklarining embrionga ta'siri natijasida (ona organizmidagi endokrin va moddalar almashinuvining buzilishi, infeksiyon kasalliklar), radioaktiv nurlanish ta'sirida, onaning jinsiy organlarining anatomo fiziologik o'garishlari va xomilaning noto'gri joylashish ta'sirida kelib chiqishi mumkin.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu №30 Pastki jag' deformაციyalari: pastki makro- yoki prognatiyani bartaraf qilish YUz-jag' sohasi yumshoq va suyak to'qimalari plastika operatsiyalarini o'tkazgan bemorlarni parvarishlash.

Vatanimiz va chet el adabiyotlarida bolalar va kattalarda anomaliyalar va tish-jag` deformatsiyalari chastotasi haqida xar xil fikrlar keltiriladi. Bu xar xil epidemiologik tekshiruv usullarini qo'llash, deformatsiyalarni baholashning aniq mezonlari yo'qligi, xar xil klassifikatsiyadan foydalanish bilan bogliq. Vatanimiz va chet el avtorlari tomonidan o'tkazilgan ko'p sonli izlanishlar shuni kursatdiki, tish-jag` deformatsiyalari tekshirilganlarning 33,%-95,3%ida uchraydi. Xar xil turdagi anomaliyalar va deformatsiyalarni aniq baxolash mezonlari, sinchkovlik bilan tekshirish va aniqlangan o'zgarishlarni qayd qilish obektiv taqqosiy epidemiologik tekshiruvlar ma'lumotlari olish imkonini beradi. Deformatsiyalarning ko'pchilik qismi bo'y va Tish-jag` tizimi rivojlanish disproportsiyasi bilan ifodalanadi va keyinchalik prikus o'z-o'zi regulyatsiyaga uchraydi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 31 Osteogenezning to'qima va hujayra manbalari. Distraksion osteosintez.

Mavzu № 32 Polimer kompozitlar implantasiyasi.

Mavzu № 33 To'qima ingeneriyasida zamonaviy texnologiya va uning suyak plastikasida qo'llanilishi. O'zak hujayralardan foydalanish.

Mavzu № 34 Uch shoxli nerv nevrit va nevralgiasi.

Uch shoxli va yuz nervi garoxatlari eng ko'p uchraydi. Uch shoxli nerv aralashdir: uning xarakat tolalari chaynov mushaklarini innervatsiyalasa, sezgir tolalari esa yuz va og'iz bo'shlig'idagi og'riq, sezgi va boshqa tasirotlarini taminlaydi. Bu ikki qismning pereferik tolalari uchta asosiy o'zakni yoki shoxni tashkil etadi. Uch shoxli nervning birinchi shoxi (ko'z nervi) virus infeksiyalarida zararlanadi (gumladan gerpesdan keyin kuzatiladigan postgerpetik nevralgia). Uch shoxli nervning ikkinchi shoxi – yukori jag' nervi – pereferik shoxchalarga bulinadi, va ular ichida eng axamiyatlisi ko'z osti nervidir. Uch shoxli nervning uchinchi shoxi aralash bo'lib, o'z tarkibida sezgi va xarakat tolalarini saqlaydi. Uch shoxli nervning faoliyati uchun uni qon bilan taminlanishi muhimdir. Bu ichki uyqu, xamda ichki va o'rta qobiq arteotyalari tomonidan amalga oshiriladi. B. A. Karlov (1995)ning takidlashicha, uch shoxli nervning zararlanishi cuyak kanallarining torayishi va nerv kompressiyasi bilan bog'liq. M.H. Puzin (1996) prozalgiya rivoglanish sababini nerv tizimini qon tomirli buzilishlari bilan bog'laydi. Uning fikricha, ateroskleroz, gipertonik kasalliklarda trofik funktsiyasining buzilishi bilan katta yoshdagi bemorlar guruxida og'riq sindromini rivoglanishi tushuntiriladi.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, q Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Mavzu № 35 YUz-jag' sohasi yumshoq va suyak to'qimalari plastika operatsiyalarini o'tkazgan bemorlarni parvarishlash

Odatiy oral oziqlantirish imkoniyati bo'lmaganda enteral va parenteral usullar qo'llaniladi. Enteral oziqlantirishda oziq maxsulotlar xazm kanalining biror qismidan kirgiziladi nazogastral zond, gastrostom yoki eyunostom orqali.

Parenteral oziqlantirishda moddalar energiya va moddalar balansini tutib turishi uchun organizmga xazm sistemasi ishtirokisiz kiritiladi: vena ichiga, teri osti, mushak ichiga, suyak ichiga.arteriya ichiga.

Adabiyotlar: A (asosiy)- 1,3,4, q Q(qo'shimcha)-6,17,19,20,21.

Amaliy mashg'ulotlarni tashkil etish bo'yicha kafedra professor-o'qituvchilari tomonidan ko'rsatma va tavsiyalar ishlab chiqiladi. Unda talabalar asosiy ma'ruza mavzulari bo'yicha olgan bilim va ko'nikmalarini amaliy masalalar echish orqali yanada boyitadilar. Shuningdek, darslik va o'quv qo'llanmalar asosida talabalar bilimlarini mustahkamlashga erishish, tarqatma materiallardan foydalanish, ilmiy maqolalar va tezislarni chop etish orqali talabalar bilimini oshirish, masalalar echish, mavzular bo'yicha ko'rgazmali qurollar tayyorlash va boshqalar tavsiya etiladi.

Klinik mashg'ulotlar mavzulari mazmuni	
<u>Poliklinikada va bo'limda talaba bajara olishi lozim:</u>	
1.	O'smalarni paydo bo'lish nazariyasi. O'smalarning halqaro gistologik tasnifi. O'smalarning rivojlanish bosqichlari
2.	YUz-jag' sohasi yumshoq to'qimalari havfsiz o'smalari va o'smasimon xosilalari (epithelial va biriktiruvchi to'qimadan rivojlanadigan o'smalar, nevrogen o'smalar; nevrinoma, neyfibromatoz, paraganglioma, xemodektoma:) yuz-jag' sohasi yumshoq to'qimalari va o'smasimon xosilalarni davolashda operatsiyalarni rejalashtirish. – medikamentoz davoni tashkil etish va buyurish; – yuz-jag' sohasi xavfsiz o'smalari tekshirishda to'liq anamnez yig'ishni o'rganish. – yuz-jag' sohasi yumshoq to'qima o'smalari va o'smasimon xosilalarni tashxislash; – yuz-jag' sohasi yumshoq to'qima o'smalari va o'smasimon hosilalarini qiyosiy tashxislash; yuz-jag' sohasi yumshoq to'qimalari va o'smasimon xosilalarni davolashda operatsiyalarni rejalashtirish. – medikamentoz davoni tashkil etish va buyurish; – yuz-jag' sohasi xavfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalarini tekshirishda to'liq anamnez yig'ishni o'rganish.
3.	Havfsiz osteogen o'smalari. Klinikasi, tashhisi, davolash. (Osteoma, osteoid osteoma, osteoblastoma, hondroma, osteohondroma, gigant hujayrali o'sma. Talaba bo'limda bajaradi: – YUz-jag soxasida xavfsiz suyak o'smalari bor bemorlarni tekshirishni; – YUz-jag soxasida xavfsiz suyak o'smalarni tashxislashni; – YUz-jag soxasida xavfsiz suyak o'smalarini qiyosiy tashxislashni – YUz-jag soxasida xavfsiz suyak o'smalari bor bemorlarni davolash rejasini tuzishni. – Operatsiyadan keyin bemorlarni parvarish qilishni tashkillashtirishni.
4.	Odontogen o'smalar. Ameloblastoma, odontoma, cementoma, odontogen fibroma. Klinikasi,

	<p>tashhisi, davolash.</p> <p>Talaba bo'limda bajaradi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bemordan anamnez yig'ishni; - o'smani paypaslashni; - rentgen tekshiruvga yubora olishni; - rentgen tasvirni tahlil qila olish va tahminiy tashxis qo'ya olishni; - odontogen o'smalarni davolash rejasini tuzishni.
5.	<p>Jag'larni o'smasimon hosilalari. Etiologiyasi, patogenezi, tashhisi, davolash. (radikulyar kista, keratokista, tish saqllovchi kista, tishlar chiqish paytidagi kistasi, milk kistalari).</p> <ul style="list-style-type: none"> - jag' kistalari bor bemorlardan anamnez yig'a olish va ularni tekshirishni; - jag'lar odontogen kistalarini qiyosiy tashxislashni; - odontogen kistasi bor bemorlar rentgen suratlarini o'qishni; - bemorni davolash sxemasini tuza olishni; - jag' kistalarini operativ usulda davolashda og'riqsizlantirish usullarini o'tkazish.
6.	<p>So'lak bezlari o'smalari. Monomorf adenoma, polimorf adenoma, mukoepidermoid o'sma. Klinikasi, tashhishlash va davolash. Adenokarcinoma. Tashhishlash va davolash prinsiplari</p> <ul style="list-style-type: none"> - So'lak bezi o'smasi bor bemorlardan anamnez yig'ishni; - bemorni klinik tekshirish usullarini (ko'ruv, so'lak bezlari to'qimalari palpasiyasi); - so'lak bezi sialografiyasini tahlil qila olishni; - tashxis qo'yish uchun tekshiruv javoblarini jamlashni va tashxis kuyishni; - sitologik, gistologik va mikrobiologik tekshiruv uchun material yigishni; - so'lak bezi o'smasi bor bemorlarni xirurgik davolash usullarini tuza bilishni.
7.	<p>YUZ va bo'yin tug'ma kistalar (Epidermoid va dermoid), Klinikasi, tashhisi va davolash.</p> <ul style="list-style-type: none"> - to'liq anamnezni yig'ishni; - o'smani paypaslashni (konsistensiyasini, atrof to'qimalar bilan aloqasini); - epidermal kista (ateroma), miya churrasini dermoid kistadan qiyoslashni; - regionar limfa tugunlar sohasini paypaslashni; - punktat olib tekshiruv shishasiga surtishni;
8.	<p>YUZ va bo'yin tug'ma oqma yo'llari Klinikasi, tashhisi va davolash.</p> <ul style="list-style-type: none"> - to'liq anamnezni yig'ishni; - o'smani paypaslashni (konsistensiyasini, atrof to'qimalar bilan aloqasini); - regionar limfa tugunlar sohasini paypaslashni; - punktat olib tekshiruv shishasiga surtishni;
9.	<p>Tiklov operatsiyalarini rejalashtirish: rejalashtirishning asosiy prinsiplari, yuz sohasidagi plastik operatsiyalarga ko'rsatmalar va ularni o'tkazishdagi hususiyatlari.</p> <p>bemorni umumiy xolatini tekshirishi va baholay olishi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - operatsiyadan oldin bemorni klinik, bioximik, rentgenologik va boshqa tekshiruv malumotlarini baholay olishi. - yo'qotilgan to'qimani miqdori va sifatini aniqlay olishi. - bemor anamnezi, surati, bemor niqobiga qarab noqsonni xajmi bo'yicha xarakteristika bera olishi. - bemorga davolash rejasini tuza olishi. - bemorlarni operatsiyadan keyin parvarish qilishni va ovqatlantirishni o'tkazishi.

10.	<p>Mahalliy to'qimalar bilan plastika qilish: mahalliy plastik operatsiyalar turlari: yara qirg'oqlarini mobilizatsiya qilish.</p> <p>Talaba yuz, og'iz bo'shlig'i va buyin soxalari to'qimalari anatoma –topografik xususiyatlarini bilish.</p> <p>2.Talaba bemordan so'rov o'tkaza olish.</p> <p>3.Nuqson soxasini palpasiya qilish va atrof to'qima xarakatchanligi darajasini aniqlash.</p> <p>4.Nuqson uzunligi va kengligini ulchay olish.</p>
11.	<p>Oyoqchali lahtaqlar bilan plastika qilish.</p> <p>Talaba nuqsonni bartaraf etishni to'qima rotasiyasi bilan terini yaqinlashtirish, uchburchaksimon laxtaklarni qullash, oyoqchali laxtak, bir qavatli, uzaytirilgan qayrilgan, oziqlanuvchi bir oyoqchali, oziqlanuvchi ikki oyoqchali (ko'priksimon), qon-tomir saqlovchi oyoqchali, metodlariga ko'rsatma va qo'llashni uzlashtirish</p>
12.	<p>Mahalliy to'qimalar bilan plastika qilish: Limberg uchrashuvchi uchburchaqli lahtaqlar.</p> <p>Talaba yuz, og'iz bo'shlig'i va buyin soxalari to'qimalari anatoma –topografik xususiyatlarini bilish.</p> <p>2.Talaba bemordan so'rov o'tkaza olish.</p> <p>3.Nuqson soxasini palpasiya qilish va atrof to'qima xarakatchanligi darajasini aniqlash.</p> <p>4.Nuqson uzunligi va kengligini ulchay olish.</p>
13.	<p>To'qimalarni erkin ko'chirib o'tkazish: yuz-jag' sohasiga to'qimalarni erkin ko'chirib o'tkazishga ko'rsatmalar va ularni o'tkazish prinsiplari.</p> <p>bemor bilan savol – javob utkazish va nuqson soxasini tekshira olish;</p> <ul style="list-style-type: none"> - erkin teri ko'chirib o'tkazishga ko'rsatmani aniqlash; - erkin to'qima plastikasidan keyin bog'lam qo'yishni bilishi; - plastik operatsiyadan keyin bemorlarni parvarishlash va ovqatlantirishni bilish
14.	<p>Filatov bandi bilan plastika qilish: Filatov bandini tayyorlashga ko'rsatmalar. Bandni nuqson sohasiga migratsiya qilish bosqichlari. Bandni yoyish. Asoratlar.</p> <p>Talaba yuz-jag' soxasi yumshoq to'qimasi qon aylanishi, innervatsiyasi xususiyatlarini bilishi kerak.</p> <p>2. Bemordan so'rov o'tkazishi, nuqson soxasini tekshirish va hajmini aniqlashni o'tkaza olish.</p> <p>3. Talaba filatov bandini tayyorlashni o'zlashtirishi kerak va yuzdagi nuqsonga qarab laxtak hajmini aniqlashni bilishi kerak.</p> <p>4. Talaba paralonda bandni tayyorlashni bilishi kerak.</p> <p>5. Talaba bandni parvarish qilishni bilishi kerak va uni migratsiyaga tayyorlashni bilishi kerak.</p> <p>6. Talaba Xitrov bo'yicha burunni shakllantirishni bilishi kerak.</p>
15.	<p>Mikrohirurgiya usullarini qo'llab yuz jag' sohasi nuqson va shaql buzilishlarini plastikasi. YUz nervi paralichi.</p> <p>Bemor bilan savol- javob o'tkazishni, nuqsonni tahlil qilishni, to'qima etishmovchiligini aniqlashni.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Bemorni operatsiyaga tayyorlash - plastik operatsiyadan keyin bemorlarni parvarishlash va ovqatlantirishni bilish
16.	<p>YUZ nervi nevrit va nevralgiasini. Mimik mushaklar paralichi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bemor bilan savol- javob o'tkazishni, nuqsonni tahlil qilishni, to'qima etishmovchiligini aniqlashni. - Bemorni operatsiyaga tayyorlash - plastik operatsiyadan keyin bemorlarni parvarishlash va ovqatlantirishni bilish <ul style="list-style-type: none"> - sezuvchi nerv oxirlarini chikish goylarini anatomik-topografik orientirlarini aniqlash - patologik refleksni aniqlash; - Valle nuqtalari va yuz nervining zararlanish darajasini aniqlash;
17.	Yuz sohasi estetik xirurgiyasi
18.	<p>YUZ-jag' sohasi havfli o'smalari bor bemorlarni tekshirish usullari, tashhislash.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O'smalarni tavsiflash-o'lchami, rangi, jarohat xarakteri; - O'smalarni paypaslash (konsistensiyasi, og'riqliligi, teri bilan birikishi, aniqchegaraning mavjudligi); - Sitologik tekshiruv uchun bosma olish; - Gistologik analiz uchun to'qima bo'lagini olish; - Rentgenologik tasvirni o'qish taxminiy tashhis qo'yish; - Bemorni mutaxassisga yuborish.
19.	<p>YUZ terisi o'sma oldi kasalliklari (obligat va fakultativ). Lab qizil hoshiyasi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati o'sma oldi kasalligi.</p> <p>Klinikasi, tashhislash va davolash.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kasallik anamnezini yig'ish; - Hosilani tekshirish (atrof to'qimalar palpatsiyasi zararlanish xarakteri) - Bemorni aniq dispanser guruhga ajratish ; - Og'iz bo'shlig'ida travma o'chog'ini ko'ra bilish – shilliq qavatni ezilishi, tishlar, distopiyasi, koronkalar); - Bemorni onkolog konsultatsiyasiga yuborish; - Aniqlangan o'chog'da sitologik tekshiruvlar uchun nusxa olish
20.	<p>Terini havfli o'smalari: bazalioma, tekishujayrali rak va melanoma. Klinikasi, tashhislash va davolash.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kasallik anamnezini yig'ish; - Hosilani tekshirish (atrof to'qimalar palpatsiyasi zararlanish xarakteri) - Bemorni aniq dispanser guruhga ajratish ; - Og'iz bo'shlig'ida travma o'chog'ini ko'ra bilish – shilliq qavatni ezilishi, tishlar, distopiyasi, koronkalar); - Bemorni onkolog konsultatsiyasiga yuborish; <p>Aniqlangan o'chog'da sitologik tekshiruvlar uchun nusxa olish</p>
21.	<p>Lab qizil hoshiyasi havfli epitelial o'smalari. Klinikasi, tashhislash va davolash prinsiplari.</p> <ul style="list-style-type: none"> - YUJS yumshoq to'qimalar xosilalari palpatsiyasi, regionar limfa tugunlari. - Og'iz boshligida lokalizatsiyalangan o'smani maxalliy statusini bilish - YUZ teri rakida diagnostika o'tkazish - Og'iz bo'shligi shilliq qavati va yuz terisi raki bor bemorlarni dispanserizatsiya qilish
22.	Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati havfli epitelial o'smalari: luj, tanglay, til, og'iz bo'shlig'i tubi.

	<p>Klinikasi, tashhishlash va davolash prinsiplari.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kasallik anamnezini, professional zararlarni tasirini aniqlashni; - Jag'lar raki va sarkomasi klinik ko'rinishini yozishni; - Sitomorfologik tekshiruv uchun material olishni; - Xosilani palpasiya qilishni; - Regionar limfa tugunlarini palpasiya qilishni; - Davolash rejasini tuzishni; - Jag'lar raki va sarkomasini rentgelogik solishtirma tashxislashni.
23.	Yuqori jag' havfli epitelial va noepitelial o'smalari. Klinikasi, tashhishlash, qiyosiy tashhishlash va hirurgik davolash prinsiplari.
24.	Pastki jag' havfli epitelial va noepitelial o'smalari. Klinikasi, tashhishlash, qiyosiy tashhishlash va hirurgik davolash prinsiplari.
25.	<p>ChPJB disfunkciya sindromi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rentgenogrammani o'qish va simptomatik nevrалgiyalarning (markaziy va periferik xarakterdagi) sababini aniqlash; - retsept yozish, fizioterapevtik davolash usullarini tavsiya etish va operativ davolash usullariga bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash (alkogolizatsiya, nervekzerez va b.
26.	<p>ChPJB ankilozi. Klinikasi va tashhishlash. Hirurgik davolash prinsiplari.</p> <p>Amaliy ko'nikmalarni bajarish – I- tartib: anamnezni yig'ish (kasallik kelib chiqishi sababi, jag'larni deformatsiyalari, prikus o'zgarishi), tibbiy xujjatlarni to'g'ri tuldirdirish (to'liq anamnezni tasvirlab berish, tekshirishlarni va davolashni o'tkazish). II – tartib: Tekshirish: og'iz bushligi va tashki ko'rinishni ko'rikdan o'tkazish, nuqson sohasi va jag'lar deformatsiyasi sohalari palpasiyasi, prikusni aniqlash (modelda, mulyajda, volontyora va bemorlarda), jag'lar parametrlarini millimetrlil o'lchagich bilan o'lchash (modelda, volonterda) va rentgen tasvirlarni o'qiy olish, jag' nuqson va deformatsiyalarni aniqlash, xirurgik aralashuv uchun ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarni bilish, davolash rejalarini to'g'ri tuzish.</p> <ul style="list-style-type: none"> -CHPJB ankilozi bor bemorlarni tekshirish - CHPJB ankilozi bor bemorlarda chiziqli va burchakli yuz o'lchovlarini kila olishi kerak -Bo'g'im boshchasini xarakatini aniqlash -Qonning klinik va biokimyoviy tekshiruv natijalarni o'kiy olishi -Bemorni rentgenologik tasvirni o'qiy olishi -Taxminiy tashxis va davolash rejasini tuza olishi -CHPJB ankilozini va jag' kontrakturasini differensial diagnostikasini namoyon bulish darajasini aniqlay olishi
27.	<p>Pastki jag' kontrakturasi. Klinikasi va tashhishlash. Hirurgik davolash prinsiplari.</p> <p>Amaliy ko'nikmalarni bajarish – I- tartib: anamnezni yig'ish (kasallik kelib chiqishi sababi, jag'larni deformatsiyalari, prikus o'zgarishi), tibbiy xujjatlarni to'g'ri tuldirdirish (to'liq anamnezni tasvirlab berish, tekshirishlarni va davolashni o'tkazish). II – tartib: Tekshirish: og'iz bushligi va tashki ko'rinishni ko'rikdan o'tkazish, nuqson sohasi va jag'lar deformatsiyasi sohalari palpasiyasi, prikusni aniqlash (modelda, mulyajda, volontyora va bemorlarda), jag'lar parametrlarini millimetrlil o'lchagich bilan o'lchash (modelda, volonterda) va rentgen tasvirlarni o'qiy olish, jag' nuqson va deformatsiyalarni aniqlash,</p>

	<p>xirurgik aralashuv uchun ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarni bilish, davolash rejalarni to'g'ri tuzish.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bo'g'im boshchasini xarakatini aniqlash -Qonning klinik va biokimyoviy tekshiruv natijalarni o'qiy olishi -Bemorni rentgenologik tasvirni o'qiy olishi -Taxminiy tashxis va davolash rejasini tuza olishi -CHPJB ankilozini va jag' kontrakturasini differensial diagnostikasini namoyon bulish darajasini aniqlay olishi
28.	<p>Suyak plastikasi. Transplantat turlari. Hirurgik davolash usullari prinsiplari.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CHPJB ankilozida bemorlarni tekshirish, etiologiyasini va kasallik rivojlanishini aniqlash 2. Bemorlarda yuzda chiziqli va burchakli o'lchashlarni o'tkazish. 3. Bo'g'im boshchasida xarakat va uning darajasini aniqlash. 4. Qon va boshqa muxitlar klinik va bioximik tekshirish natijalarini o'qiy olish. 5. Bemor rentgen tasvirini o'qiy olish. 6. Taxminiy tashxis quyish va davolash rejasini belgilash. 7. Jag' suyaklari nuksonlari bulgan bemorlarni tekshirish. 8. Kontrakturaning namoyon bo'lish darajasini aniqlash. 9. Suyak plastikasidan keyin jag'ni immobilizasiya kilish.
29.	<p>YUqori jag' deformაციyalari: makro yoki prognatiyani bartaraf qilish.</p> <p>YUqori jag' shakl buzilishlari bor bemorlarda yuzning to'g'ri va burchakli o'lchamlarini o'lchay olish (peshona balandligi, burun uzunligi, tishlarning vertikal, og'iz ochilish kattaligini);</p> <p>operasiya texnikasini ishlab chiqish uchun prikusning gipsli modelini yaratish;</p> <p>bemorni fas va profil xolatlarida tasvirga olish, prikus xolatini xam tasvirga tushirish lozim;</p> <p>chaynash samaradorligini aniqlash;</p> <p>kasalga elektromiogrammani o'qib berish;</p> <p>yuz profil soxasini telarentgenografik tahlilini o'tkazish.</p> <p>desmurgiyani o'tkazish, operasiyadan keyingi davrda yuqori jag' shakl buzilishlari bor bemorlarni parvarishlash va ovqatlantirishni;</p>
30.	<p>Pastki jag' deformაციyalari: pastki makro- yoki prognatiyani bartaraf qilish YUz-jag' sohasi yumshoq va suyak to'qimalari plastika operatsiyalarini o'tkazgan bemorlarni parvarishlash.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pastki jag' deformatsiyasi bilan bemorlarda yuz chiziqli va burchakli o'lchashlarini o'tkazish (peshona balandligi, burun va yuz pastki uchligi uzunligi og'izni ochish darajasi). 2. Prikus gipsli modelini tayyorlay olish. 3. Bemorlarni suratga olish: fas, profil, prikus xolati.

	<p>4. CHaynov effektivligini aniqlay olish.</p> <p>5. Bemor elektromiogrammasini o'qiy olish.</p> <p>6. YUzda telorentgenologik tahlil o'tkaza olish.</p> <p>7. Operasiyadan keyingi davrda bemorlarda qayta bog'lama, parvarish va oziqlantira olishni o'tkazish.</p>
31.	Osteogenezning to'qima va hujayra manbalari. Distraksion osteosintez.
32.	Polimer kompozitlar implantasiyasi.
33.	To'qima ingeneriyasida zamonaviy texnologiya va uning suyak plastikasida qo'llanilishi. O'zak hujayralardan foydalanish.
34.	<p>Uch shohli nerv nevrit va nevrалgiyasi.</p> <p>- uch shohli nerv nevriti va nevrалgiyalarini tashxislash;</p> <p>- Rentgenogrammani o'qish va simtomatik nevrалgiyalarning (markaziy va periferik xarakterdagi) sababini aniqlash;</p> <p>- retsept yozish, fizioterapevtik davolash usullarini tavsiya etish va operativ davolash usullariga bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash (alkogolizatsiya, nervekzerez va b.</p>
35.	<p>YUz-jag' sohasi yumshoq va suyak to'qimalari plastika operatsiyalarini o'tkazgan bemorlarni parvarishlash.</p> <p>Marli vatali o'ramlar bilan Filatov tayoqchasi shakllantirilgan bog'lama qo'yish.</p> <p>2. Tayoqchani trenirovka qilish va migrasiyasida bemor qo'lini tanasiga va boshiga fiksasiyalash.</p> <p>3. YUJS plastik operasiasidan keyin og'iz bo'shlig'ida gigiena o'stirishni o'tkazish.</p> <p>4. Frontal qismda pastki lab va pastki jag' defekti bor bemorlarga so'lak qabul qilgich tayyorlash va fiksasiya qilish.</p> <p>5. Bemorni zond bilan oziqlantirish.</p> <p>6. Plastik operasiasidan keyin maxalliy gipotermiya o'tkazish.</p>

Amaliy ko`nikma № 1




«Fantomda va bemorlarda parodontal cho`ntaklarning ochiq kyuretajini o`tkazish»

Maqsad: Fantomda va bemorlarda parodontal cho`ntaklarning ochiq kyuretajini o`tkazishni o`rgatish.

Ko`rsatma: parodontal cho`ntaklarning mavjudligi.

Jihozlanish: bemor(volonter)lar, jag' va til modellari, stomatologik kreslo, oynacha, pintset, skal'pel', igna ushlagich (ignaushlagich), qaychi, chok iplari.

Amaliy ko`nikmani bajarish.

		
1. Milk va patologik cho`ntaklarida furatsillin eritmasi bilan aseptik ishlov o`tkazish.	2. Kyuretaj o`tkaziladigan milk sohasida 1% li novokain eritmasi bilan infil'tratsion og'riqsizlantirish o`tkazish.	3. Tishlararo so`rg'ichlar bo`ylab kesuv o`tkazish.
12,5	12,5	12,5



4. Marginal milkni patologik cho`ntak tubigacha ajratish.

12,5



5. Parodontal cho`ntak tubiga elevator yoki kyuretaj ilmog'ini joylashtirish.

12,5



6. Milkosti tish toshlarini va granulyatsion to`qimalarni olish hamda kyuretajni o`tkazish.

12,5



7. Cho`ntaklarni 3%li vodorod peroksid va furatsillin eritmasi bilan yuvish.

12,5



8. Lahtakni o`z o`rniga qo`yish. Aseptik bog`lam.

12,5

Amaliy ko`nikma № 2




«Til yuganchasi kaltaligida frenuloektomiya o`tkazish»

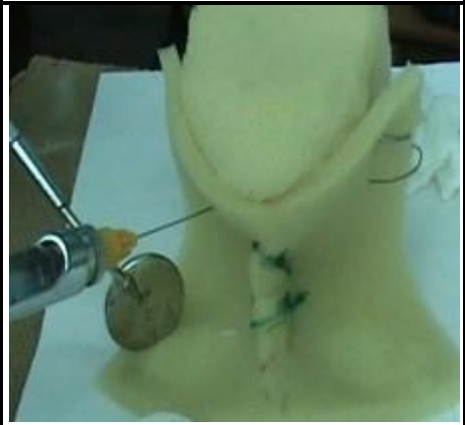
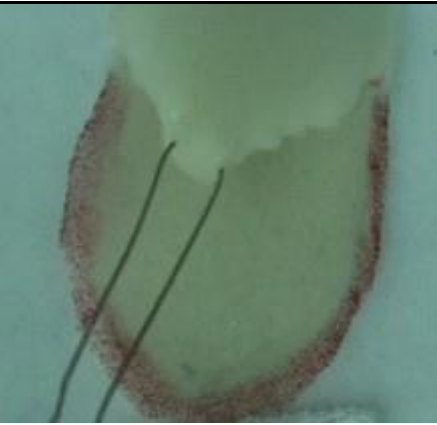

Maqsad: Fantomda til yuganchasi frenuloetomiyasini o`tkazish hamda bemor va volonterlarda anatomo-topografik mo`ljalni bilishni o`rgatish.

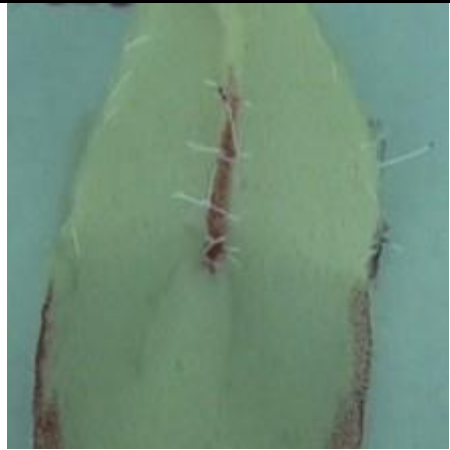
Ko`rsatma: til yuganchasining kaltaligi, frontal tishlar sohasida til yuzasi bo`ylab milk retsessiyasi va parodontit.

Jihozlanish: bemor(volonter)lar, jag' va til modellari, stomatologik kreslo, oyna, pintset, skal'pel', igna ushlagich, qaychi, chok iplari.

Amaliy ko`nikmani bajarish.

		
<p>1. Fantomda va volonterda til yuganchasini kaltaligini aniqlash.</p>	<p>2. Tilosti sohasi shilliq qavatiga va til yuganchasiga antiseptik eritmasi ishlov berish.</p>	<p>3. Model va volonterda til yuganchasini uzaytirish uchun kesuv chizig'ini to`g`ri chizish.</p>
16	12	16

		
<p>4. Til va yugancha shilliq qavatini infil'tratsion</p>	<p>5. "Ushlagich" ko`rinishida til uchuni ligatura</p>	<p>6. CHap qo`l bilan tilni qo`tarib turgan holatda</p>

og'riqsizlantirish.		yordamida ko`tarib turish.		o`ng qo`l bilan avvaldan chizilgan chiziq bo`ylab kesuv o`tkazish (frenuloektomiya).	
12		14		14	
					
<p>7. Jarohat o`tkazish yo`li bilan kengaytirilib, tortib turgan shilliq qavat burmalaridan ajratiladi va hosil bo`lgan rombsimon jarohat chetlari bir-biriga yaqinlashtirilib choklar yordamida tikiladi. Gemostaz.</p>					
16					

Amaliy ko`nikma № 3

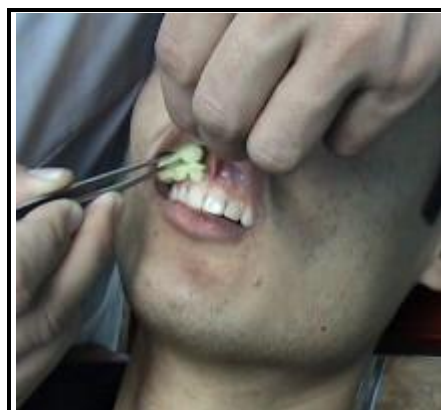
«YUqori lab yuganchasi kaltaligida uni uzaytirish»

Maqsad: Fantomda yuqori lab yuganchasi frenulotomiyasini o`tkazish hamda bemor va volonterlarda anatomo-topografik mo`ljalni bilishni o`rgatish.

Ko`rsatma: yuqori lab yuganchasi kaltaligi, frontal tishlar sohasida vestibulyar yuza bo`ylab milk retsessiyasi va parodontit.

Jihozlanish: bemor(volonter)lar, jag' va yuqori lab modellari, stomatologik kreslo, oyna, pintset, skal'pel', ignaushlagich, qaychi, chok iplari.

Amaliy ko`nikmani bajarish.



1. CHap qo`l bilan yuqori labni ushlab turgan holda ўng qo`l yordamida og`iz daxliz qismi va yugancha shilliq qavatiga antiseptik eritmalar ishlov berish.

16



2. Bo`yoq yordamida davolash rejasiga binoan V- shaklida kesuv chizig`ini chizish

16



3. Stomatologik oyna yordamida yuqori labni ko`tarib turgan holda o`tuv burma va yuganchani infil`tratsion og`riqsizlantirish.

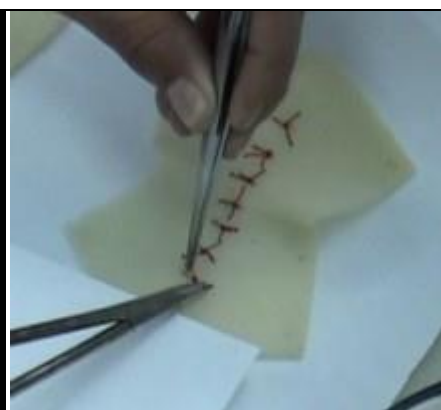
16



4. Undan so`ng chap qo`l barmoqlari yordamida yuqori labni ushlab turgan holda o`ng qo`l bilan skal`pel` yoki qaychi yordamida al`veolyar o`siqqa paralel` holda kesuv o`tzazish.



5. SHilliq qavat va tortib turgan burmalarni ajratish (to`qimalar mobilizatsiyasini yaxshilash maqsadida).



6. YUqori lab yuganchasini uzaytirgan holda jarohat chetlarini bir-biriga yaqinlashtirib ketgut yordamida chok qo`yish. Bosib turuvchi bog`lam.

18		16		18	
----	--	----	--	----	--

Amaliy ko`nikma № 4




«YUz terisi va og'iz shilliq qavati xosilalarini pal'patsiya qilish»


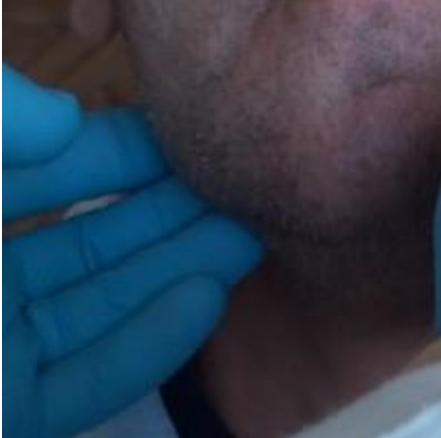



Maqsad: Xosilaning xarakterini aniqlash (konsistentsiyasi, zichligi, harakatchanligi, og'riqliligi, chegara va o'lchamlari).

Ko`rsatma: YAngi xosilaning borligi.

Jihozlanish: bemor(volonter)lar, stomatologik kreslo (kushetka), oyna , pintset, tomoq shpateli.

Amaliy ko`nikmani bajarish.

					
1. Teri yoki og'iz shilliq qavatidagi xosila(yara)ni vizual tekshirish		2. Pal'patsiya yordamida uning og'riqliligini aniqlash		3. Pal'patsiya yordamida uning chegaralarini aniqlash	
8		10		12	

					
<p>4. Pal'patsiya yordamida uning o'lehamlarini aniqlash</p>	<p>5. Xosilaning konsistentsiyasini aniqlash(yumshoq, yumshoq – elastik, qattiq, qattiq-elastik suyakli).</p>	<p>6. Xosilaning atrof to`qimaga nisbatan munosabati</p>			
<p>12</p>		<p>12</p>		<p>14</p>	
					
<p>7. Regionar limfa tugunlarini pal'patsiya qilish (jag' osti, daxan osti).</p>	<p>8. Bo`yin limfa tugunlarini pal'patsiya qilish.</p>				
<p>16</p>		<p>16</p>			


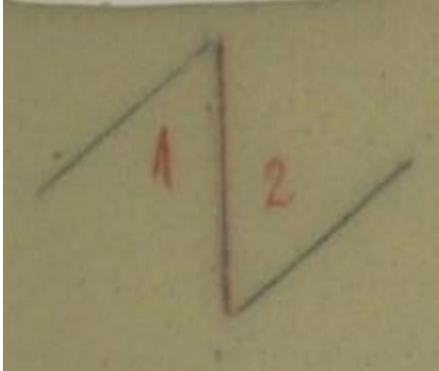
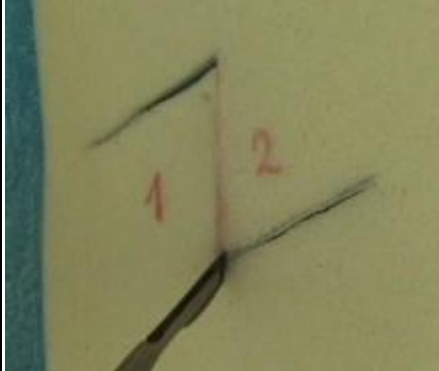



Amaliy ko`nikma № 5

«Kesishuvchi uchburchaksimon laxtaklar yordamida mahalliy plastik operatsiyalarni o`tkazish».

Maqsad: Laxtak burchaklari o`lchamiga qarab to`qimalarning o`sish xarakterini aniqlash. **Ko`rsatma:** Teri va shilliq qavatda chandiqli burmalarning bo`lishi.

Jihozlanish: 15x30 sm kattalikdagi va 1 sm qalinlikdagi porolon, chizg`ich, transportir, pintset, skal`pel`, xirurgik ignalar, chok iplari.

Amaliy ko`nikmani bajarish.

		
<p>1. Bemorda to`qimalarning chandiqli qisqarish darajasini aniqlash.</p>	<p>2. Porolonda chandiqli o`lchami va laxtak burchagini belgilash.</p>	<p>3. Belgilangan chiziqlar bo`yicha porolonda kesuvlar o`tkazish.</p>
<p style="text-align: center;">15</p>	<p style="text-align: center;">15</p>	<p style="text-align: center;">20</p>
		
<p>4. Atrof to`qima va laxtaklarni bir-biridan ajratish.</p>	<p>5. Uchburchak laxtaklarni joyidan siljitish.</p>	<p>6. Uchburchaklarni yangi joylashishda choklar bilan mahkamlash.</p>
<p style="text-align: center;">15</p>	<p style="text-align: center;">15</p>	<p style="text-align: center;">20</p>

Amaliy ko`nikma № 6





«Oyoqchali laxtak yordamida mahalliy plastik operatsiyalarni o`tkazish»

Maqsad: Oyoqchali laxtak yordamida plastika o`tkazishga bo`lgan ko`rsatmani aniqlash.

Ko`rsatma: YUJS dagi nuqsonlarning bo`lishi.

Jihozlanish: YUJS da nuqson bo`lgan bemor(volonter)lar, 15x30 sm kattalikdagi va 1 sm qalinlikdagi porolon, chizg`ich, transportir, pintset, skal`pel`, xirurgik ignalar, chok iplari.

Amaliy ko`nikmani bajarish.

		
1. YUJSdagi nuqsonning o`lchamini aniqlash	2. Nuqson chetlarini yangilash, to`qimalarni ajratish va mobilizatsiya qilish.	3. Nuqson sohasiga mos ravishda to`g`ri burchak ostida oyoqchali laxtakni shakllantirish.
25	25	25
		
4. 1:2 shakllantirilgan laxtakni 90°ga burib, nuqson sohasiga		

joylashtirilgan holda choklar bilan mahkamlash.	
25	

Amaliy ko`nikma № 7




«Muxin bo`yicha Filatov bandini shakllantirish».




Maqsad: Bandli laxtak tayyorlash usullarini o`rganish.

Ko`rsatma: YUJS dagi nuqsonlarning bo`lishi.

Jihozlanish: YUJS da nuqson bo`lgan bemor(volonter)lar, 15x30 sm kattalikdagi va 1 sm qalinlikdagi porolon, chizg`ich, transportir, pintset, skal`pel`, xirurgik ignalar, chok iplari.

Amaliy ko`nikmani bajarish.

		
1. Bandning o`lchamlarini chizish, bir-biriga paralell chiziqlar oxiriga Muxin usulida uchburchaklar chizish	2. Chizilgan chiziqlar bo`yicha teri qavatini kesish.	3. Lenta va uchburchakli to`kqimalarni ajratib olish
20	15	15

		
4. Undan so`ng lentani ijomodan dastasi ko`rinishiga keltirish va tikish.	5. Band uchun laxtak olingandan so`ng hosil bo`lgan yarani tikish.	6. Aseptik bog'lamlar qo`yish.
15	20	15

Amaliy ko`nikma № 8




«YUJS nuqsonlarida terini erkin ko`chirib o`tkazish».

Maqsad: Teri plastikasiga bo`lgan ko`rsatmalarni aniqlash.




Ko`rsatma: teridagi chandiqlar, jarohat natijasidagi teri yuza nuqsonlari, teri o`smalari.

Jihozlanish: bemor(volonter)lar, 15x30 sm kattalikdagi va 1 sm qalinlikdagi porolon, chizg'ich, transportir, pintset, skal'pel', xirurgik ignalar, chok iplari, yuvilgan rentgen plenkasi.

Amaliy ko`nikmani bajarish.

		
1. Teridagi nuqson yoki shakl buzilish o`lchamini	2. CHandiqlik kesib olish	3.. Hosil bo`lgan nuqsonning o`lchamini

aniqlash.				tiniq rentgen plenkasi yoki steril salfetskaga ko`chirib o`tzazish.	
8		10		16	

					
4. Nuqson o`lchami va joylashuviga e`tibor bergan holda transplantat qalinligini aniqlash.		5. Nuqson o`lchamini donor(quloq orti) sohaga qo`chirib o`tzazish.		6. erkin laxtak hosil qilish.	
20		10		8	
					
7. erkin laxtakni jarohat sohasiga ko`chirib o`tzazish va tikish.		8. Ligaturalar yordamida bosib turuvchi bog`lamani mahkamlash.			
14		14			

Amaliy ko`nikma № 9

«YUqori jag' frontal tishlar sohasida (mulyaj va modellarda) al'veolyar o'siqni pal'patsiya qilish»

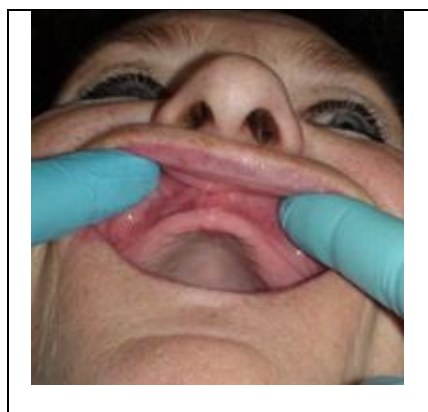
Maqsad: Al'veolyar o'siq kengligini va shaklini aniqlash.

Ko`rsatma: ikkilamchi adentiya mavjudligi, al'veolyar o'siqning vertikal yoki gorizontaal atrofiyasi.

Jihozlanish: bemor(volonter)lar, jag' modellari, stomatologik kreslo, oyna, pintset.

Amaliy ko`nikmani bajarish.

		
1. Bemor boshini mahkamlash.	2. Vestibulyar yuzani chap qo`lning ko`rsatkich barmog'i yordamida pal'patsiya orqali tekshirish.	3. Bir vaqtning o`zida boshqa qo`lning ko`rsatkich barmog'i bilan tanglay yuzasini tekshirish
25	25	25



4. Al'veolyar o'siqning kengligini va shaklini baholash.	
25	

Amaliy ko`nikma № 10




«Pastki jag' katta oziq tishlar sohasida al'veolyar o'siqni pal'patsiya qilish»



Maqsad: Al'veolyar o'siq kengligini va shaklini aniqlash.

Ko`rsatma: ikkilamchi adentiya mavjudligi, al'veolyar o'siqning vertikal yoki gorizontal atrofiyasi.

Jihozlanish: bemor(volonter)lar, jag' modellari, stomatologik kreslo, oyna, pintset.

Amaliy ko`nikmani bajarish.

					
1. Bemor boshini mahkamlash.		2. Al'veolyar o'siq shilliq qavatini ko`zdan kechirish.		3. Ko`rsatkich barmoq yordamida tilosti sohasida pal'patsiya o`tkazish.	
20		20		20	

	
4. Bir vaqtning o`zida boshqa qo`lning ko`rsatkich barmog`i bilan vestibulyar yuzasini tekshirish.	5. Al`veolyar o`siqning kengligini va shaklini baholash.
20	20

Amaliy ko`nikma № 11

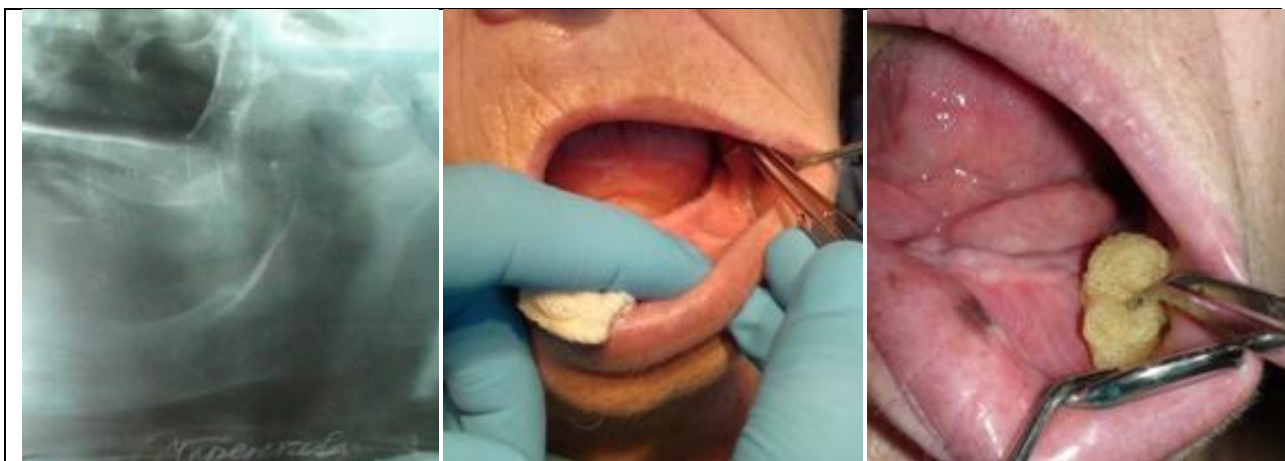
«Fantom va bemorlarda dental implantatsiyadan oldin shilliq qavat va al`veolyar o`siqning kengligini aniqlash»

Maqsad: Fantom va bemorlarda dental implantatsiyadan oldin shilliq qavat va al`veolyar o`siqning kengligini aniqlashni o`rgatish.

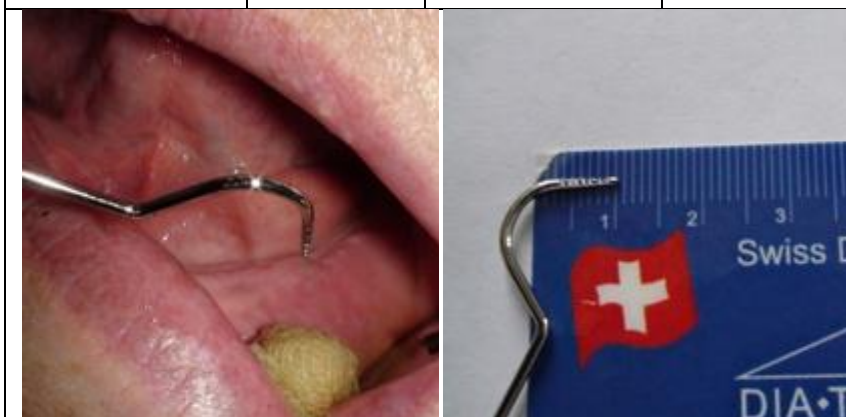
Ko`rsatma: ikkilamchi adentiya mavjudligi, al`veolyar o`siqning vertikal yoki gorizontal atrofiyasi.

Jihozlanish: bemor(volonter)lar, jag` modellari, stomatologik kreslo, oyna, pintset, gradirlangan zond, chizg`ich.

Amaliy ko`nikmani bajarish.



<p>1. Tish qatori nuqsonini hamda suyakichi implantati o`qaziladigan joyni to`g`ri aniqlash.</p>	<p>2. Pal`patsiya yordamida al`veolyar o`siq shaklini, o`lchamini va shilliq qavatning harakatchanligini hamda qalinligin o`lchash zarur bo`lgan joyni aniqlash.</p>	<p>3. Milk shilliq qavatida Lyugol eritmasi bilan antiseptik ishlov o`tkazish va o`lchov sohasini infil`tratsion og`riqsizlantirish.</p>
<p>20</p>	<p>20</p>	<p>20</p>



<p>4. Ignali shtangentsirkul` yoki gradirlangan zond yordamida milk shilliq qavatini al`veolyar o`siq suyagigacha teshish.</p>	<p>5. Olingan o`lchovni chizg`ich yordamida hisoblash.</p>
---	---

20		20	
----	--	----	--

Amaliy ko`nikma № 12

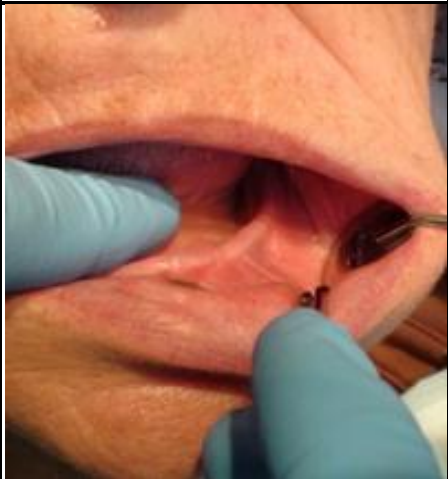


«Yassi shakldagi implantatlarni joylashtirish»

Maqsad: Implantatlarni o`rnatishda osteotomiya o`tkazish bosqichlarini fantomda mashq qilishni o`rgatish.

Ko`rsatma: ikkilamchi adentiya mavjudligi, al`veolyar o`siqning vertikal yoki gorizontal atrofiyasi.

Jihozlanish: bemor(volonter)lar, jag` modellari, stomatologik kreslo, oyna, pintset, skal`pel`, borlar, ignaushlagich, chok iplari, yassi shakldagi implantatlar.

Amaliy ko`nikmani bajarish.

		
1. Fantomda yoki bemorda ikkala qo`lning ko`rsatkich barmoqlari yordamida suyakichi dental implantatlarini o`rnatish joyini aniqlash.	2. Og`iz bo`shlig`i shilliq qavati va milkda antiseptik ishlov berish.	3. O`tkazuvchi va infil`tratsion og`riqsizlantirish.
12	10	12



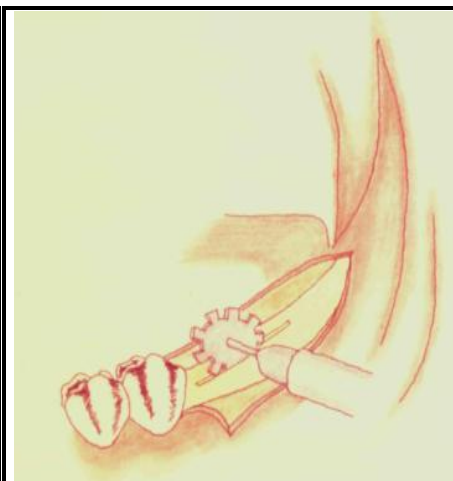
4. CHizilgan chiziq bo`ylab suyakka kesuv o`tkazish va shilliq periostal laxtak ajratish hamda al'veolyar o'siq suyagini yalang'ochlash.

12



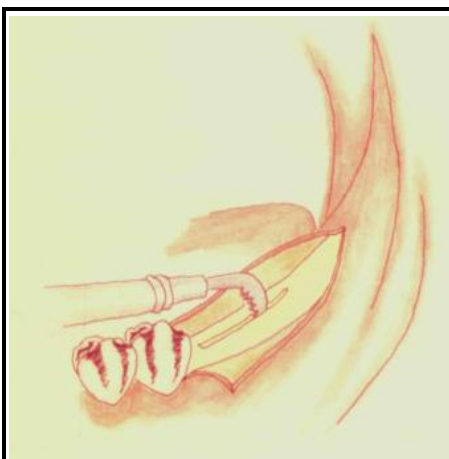
5. Osteotomiya chizig'ini va o'lchamini belgilash va bor mashina yordamida suyak kompakt qismining trepanatsiyasini o`tkazish.

12



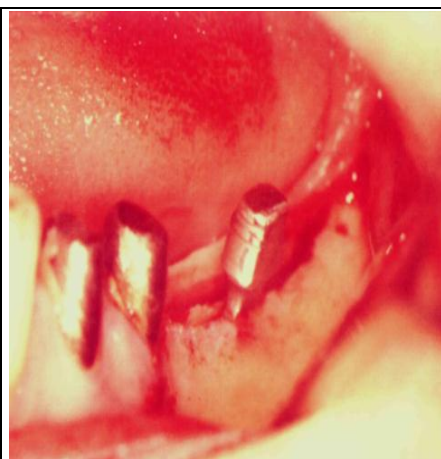
6. Bor mashina yordamida trepanatsion nuqtalarni birlashtirish va yassi implantat o'lchamiga mos joy shakllantirish.

12



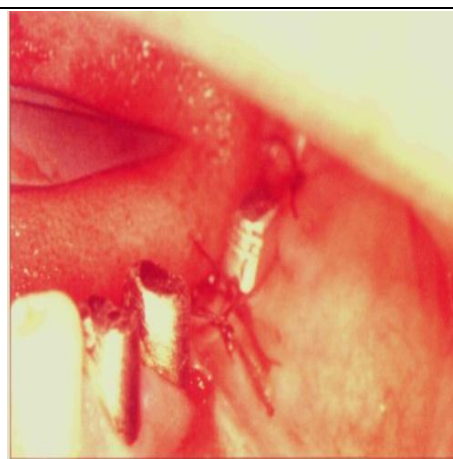
7. Suyak qipqlaridan tozalash va suyak maydonini antiseptik yoki fiziologik eritmalar bilan yuvish.

10



8. Implantat kirituvchi (implantatovod) yordamida yassi implantatlarni joylashtirish.

10



9. YArani tikish.

10

Amaliy ko`nikma № 13




«Al'veolyar o`siqdagi ekzostozlarni olib tashlash»

Maqsad: Fantomda al'veolyar o`siqdagi ekzostozlarni olib tashlashni va bemorlarda anatomik mo`ljallarni ko`rsatishni o`rgatish.

Ko`rsatma: ikkilamchi adentiya, ekzostozlarning bo`lishi

Jihozlanish: bemor (volonter)lar, jag' modellari, stomatologik kreslo, oyna, pintset, skal'pel', bor va bormashina, iskana, bolg'acha, ignaushlagich, chok iplari.

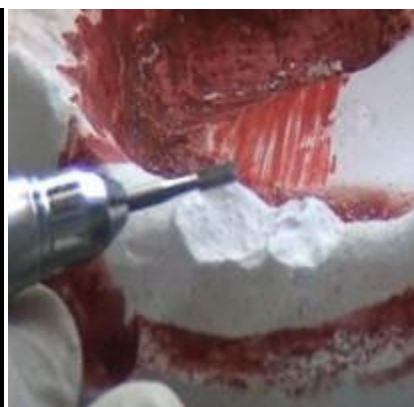
Amaliy ko`nikmani bajarish.

		
1. Fantomda yoki bemorda ikkala qo`lning ko`rsatkich barmoqlari yordamida tish qatori nuqson sohasidagi al'veolyar o`siqda joylashgan suyak bo`rtmalar(ekzostoz)ini aniqlash.	2. Milk shilliq qavatini Lyugol' eritmasi bilan antiseptik ishlov o`tkazish.	3. Laxtaklarni ajratish uchun kesuv chiziqlarini chizish.
14	16	18



4. Suyakkacha kesuv o`tkazib shilliq-suyak usti pardali laxtakni ajratish hamda suyak bo`rtmasini yalang'ochlash.

18



5. Bor mashina yoki iskana yordamida suyak bo`rtmalarini olib tashlash va suyak yuzasini silliqlash.

18



6. SHilliq-suyak usti pardali laxtakni o`z o`rniga qo`yish va choklar yordamida mahkamlash. Gemostaz. Aseptik bog'lama.

16

Amaliy ko`nikma № 14

«TSitologik tekshiruv uchun punktat olish»




Maqsad: Atipik hujayralarni aniqlash.

Ko`rsatma: yangi xosilaning borligi (yaralar).

Jihozlanish: bemor(volonter)lar, stomatologik kreslo (kushetka), oyna, pintset, tomoq shpateli, skal'pel', qaychi, shprits, anestetik, steril buyum oynachasi.

Amaliy ko`nikmani bajarish.

		
1. Bemorni kresloga o`tgazish.	2. Teri yuzasi (shilliq qavat)da antiseptik ishlov o`tgazish.	3. O`sma markazigacha steril shprits bilan teshib o`tish va tarkibiy massadan olish.
10	10	20

		
4. Punktat cho`kmasini buyum oynachasiga qo`yish.	5. Buyum oynachasini quritish.	6. Yo`llanmani to`ldirish va tsitologik tekshiruvga yuborish.
10	20	20

Amaliy ko`nikma № 15

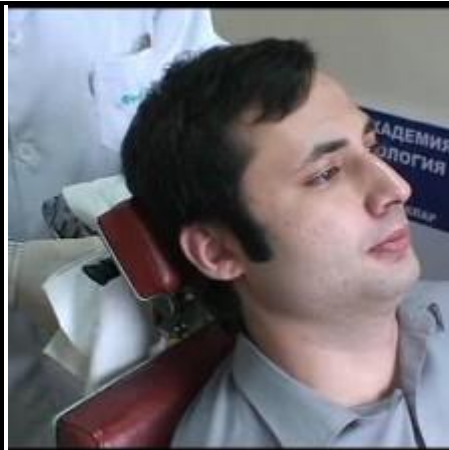


«Gistologik tekshiruv uchun material olish»



Maqsad: To`qima atipizmini aniqlash.

Ko`rsatma: yangi xosilaning borligi (yaralar).

Jihozlanish: bemor(volonter)lar, stomatologik kreslo (kushetka), oyna, pintset, tomoq shpateli, skal`pel`, qaychi, shprints, anestetik, formalin solingan probirka.

Amaliy ko`nikmani bajarish.

		
<p>1. Bemorni kresloga o`tzazish</p>	<p>2. Infil`tratsion og`riqsizlantirish o`tzazish.</p>	<p>3. Patologik o`choqdan sog`lom to`qima chegarasini qamrab olgan namuna bo`lakchasini olish.</p>
<p>20</p>	<p>20</p>	<p>20</p>

	
<p>4. Olingan namunani formalinli probirkaga solish.</p>	<p>5. Yo`llanmani to`ldirish va morfologik laboratoriyaga jo`natish.</p>
<p>20</p>	<p>20</p>

Мультимедиялар:

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
БУХОРО ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
 ХИРУРГИК СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

ПАРОДОНТАЛ ХИРУРГИЯ. ПАРОДОНТАЛ ҚАСАЛЛИКЛАРНИ ХИРУРГИК МЕТОДЛАР ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ. ХИРУРГИК ЙЎЛ БИЛАН ОҒИЗ БЎШЛИҒИНИ ПРОТЕЗЛАШГА ТАЙЁРЛАШ.

Тайёрлади: т.ф.н. З.К.Рахимов ва Ш.К.Пулатова.

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
БУХОРО ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
 ХИРУРГИК СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

Тайёрлади: т.ф.н. З.К.Рахимов ва Ш.К.Пулатова

Юз-жағ соҳаси реконструктив хирургиясининг замонавий аспекти

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
БУХОРО ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
 ХИРУРГИК СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

Тайёрлади: т.ф.н. З.К.Рахимов ва Ш.К.Пулатова

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ТИҚЛОВ ОПЕРАЦИЯЛАРИНИ ВАЗИФАЛАРИ ВА УЛАРНИ АҲАМИЯТИ. ТИҚЛОВ ОПЕРАЦИЯЛАРИНИ РЕЖАЛАШТИРИШ. МАҲАЛЛИЙ ВА ОЗИҚЛАНУВЧИ ОЕҒЧАЛИ ТЎҚИМАЛАР БИЛАН ПЛАСТИКА. ФИЛАТОВ БАНДСИМОН ЛАҲТАГИ БИЛАН ПЛАСТИКА. ТЎҚИМАЛАРНИ ЭРКИН КЎЧИРИШ. МИКРОХИРУРГИЯ ТЕХНИКАСИ ИМКОНИЯТЛАРИ ВА УЛАРНИ ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИДА ҚўЛЛанилиши.

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
БУХОРО ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
 ЖАРРОХЛИК СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

ЎСМАЛАР КЕЛИБ-ЧИКИШ ТЕОРИЯСИ, ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ЎСМАЛАРИ ҲИЛМА-ҲИЛЛИГИ. ЎСМАЛАР ХАЛҚАРО ГИСТОЛОГИК ТАСНИФИ. АСОСИЙ ТАШҲИСЛАШ УСУЛЛАРИ.

ТУЗУВЧИ: т.ф.н. З.К.Рахимов ва Ш.К.Пулатова

МАЪРУЗА МАҚСАДИ

Замонавий пародонтал хирургиянинг назарий ва амалий аспекти. Оғиз бўшлиғини протезлашга тайёрлашда хирургик даволашнинг роли.

МАЪРУЗА ВАЗИФАЛАРИ

- Пародонт касалликларини хирургик даволаш методлари ҳақида тушуна
- Пародонт касалликларини хирургик даволаш методлари классификацияси
- Оғиз бўшлиғида кўп учрайдиган, уларда талаб қилинадиган хирургик коррекцилар ҳақида тушуна
- Хирургик йўл билан оғиз бўшлиғини протезлашга тайёрлаш

МАЪРУЗА РЕЖАСИ

- Пародонт касалликларидан хирургик даволаш методлари классификацияси
- Пародонт касалликларини кичик формаларни касаллиқ оғзи ҳолатида хирургик даволаш методлари қисқалтириш
- Операцияга шартнома ва тизимдор рақамлар (периодонтит, пародонтит)
- Пластика операцияларини (ағза оғзи муҳимияти (бандисимон - Вилкинс - Нейман метод), микрохирургия ва асфиксиология)
- Оғиз бўшлиғи ағза оғзи ҳолатида кичик формаларни даволаш
- Клима ва пастка оғзида кўп қиланганда кичик формаларни даволаш
- Лазер ва сибардан ва протезлашнинг, барқарор методлари
- Клима ва пастка оғзи (ағза оғзи пастка оғзи)

ПАРОДОНТИТ

- Пародонт** — бу тишни ўраб турувчи ва уни жағда фиксациясини таъминловчи тўқималар комплексидир.

Пародонт таркибига қиради:

- МИЛК
- периодонтни толалари аппарати
- альвеоляр ўсиқлар суяги
- тиш илдизи цементининг юза қавати

Пародонт касалликлари (Kotzschke H., 1989)

Касаллик	Процент
Гингивит	42.5%
Пародонтит	25.1%
Пародонтит*	15.6%
Пародонтит	14.1%
Пародонтит	4.1%

Пародонтал чўнтак микрофлораси

Микроорганизм	Процент
Actinomyces	29.3%
Streptococcus	28.3%
Bacteroides	42.4%

ГИНГИВИТ

Гингивит тиш элиментини бўлиб, тиш илдизи билан касаллик бутунлигини бузиладиган касаллик.

Симптомлари:

- қизиллик
- гипертрофия
- эрозия-некротик
- геморрагия
- оғити
- уйи
- сиз
- сиз

Саманья симптомлари:

- ўткир
- сурункали
- сурункали шаклини ўтирилушуви
- рецидивия

Локал тарқалган:

- локал
- тарқалган

Катарал гингивит

Гипертрофик гингивит

Ярали-некротик гингивит

Пародонт чунтагини чуқурлигини аниқлаш

ПАРОДОНТАЛ МИЛК ЧУНТАГИ КЮРЕТАЖИ

А - милк ости тошларини тозалаш
 Б - аниқлашга суяк туқимасини тозалаш
 В - грануляцияланган и устан эпителийни кириб ташлаш

ПАРОДОНТАЛ МИЛК ЧУНТАГИ КЮРЕТАЖ МЕТОДИКАСИ

А - грануляцияни кириб орашда инструмент йўналиш ҳаракати
 Б - юретаж қолати 1 тиш.Гисбатан
 В - грануляцияланган и устан эпителийни кириб ташлаш

ПАРОДОНТАЛ МИЛК ЧУНТАГИ КЮРЕТАЖ МЕТОДИКАСИ

А - грануляцияни кириб орашда инструмент йўналиш ҳаракати
 Б - юретаж қолати 1 тиш.Гисбатан
 В - грануляцияланган и устан эпителийни кириб ташлаш

КЮРЕТАЖ

Кюретажга бир канча салбий ҳолатлар характерли:

- Пародонтитнинг оғир формаларида операцион майдонни аниқ визуал кўрмаслик;
- Тиш тошларини тўлиқ олиш имконияти йўқлиги;
- Пародонт тўқималарига қўшимча жароҳат етказилиши;
- Рецидивнинг кўплиги.

Гингивотомия

Гингивотомия - полиатив ёки симптоматик даволаш усули бўлиб, милк тўқималарида вертикал ёки горизонтал кесувлар орқали амалга оширилади.

ГИНГИВОТОМИЯ

А - иккинчи чизмини
 Б - тиш юзасига нисбатан скальпель ҳолати

ГИНГИВОТОМИЯ

Альвеолар милк чегарали вертикал кесма В ва Г тишлар суягига

Гингивэктомия

Гингивэктомия - пародонтал чўнтак чуқурлигида милк тўқимасини кесиб олиш.
 Оддий гингивэктомия - пародонтал чўнтак бўлмаган гипертрофик гингивитда қўлланилади.
 Радикал гингивэктомия - пародонтитни ўрта ва оғир шаклларида қўлланилади.

ГИНГИВЭКТОМИЯ

А - аниқлаш. Бу юзаси аниқлаш ости.
 Б - аниқлаш
 В - аниқлаш. Аниқлаш. Аниқлаш. Аниқлаш. Аниқлаш.

ГИНГИВЭКТОМИЯ

А - 6 тиш соғиса грануляцияланган ва патологик узгарган альвеолар ўсж суягини очиж кюретаж.
 Б - акундоғичи босимда милк чунтагини шакллантириш

ГИНГИВЭКТОМИЯ

Ҳимоя боғламини қўйиш

Лахтакли операция

Кесим чизигини аниқлаш

Гингивостеопластика

Сух бўшлиқларини биологик актив материал билан тўлдирди

Гингивостеопластика

Ҳимоя боғламини қўйиш

ПАСТКИ ЛАБ ФРЕНУЛЭКТОМИЯ

А - ушароғичи ушароғичи ластақларнинг кесилмавлари
 Б - оч қўйиш
 В - даволаш
 Г - даволаш сўғ

ЮҚОРИ ЖАҒ АЛЬВЕОЛАР УСИЖ ОРТИҚЧА ТЎҚИМАСИНИ КЕСИВ ОЛИШ

А - тўқимани кесиб
 Б - аниқлаш
 В - аниқлаш
 Г - альвеолар ўсж
 Д - оч қўйиш

Юз-жағ соҳаси хавсиз усмалари

- I. Эпителиал усмалар.
- II. Юмшоқ тўқималар усмалари.
- III. Суюқ ва юмшоқ тўқималар усмалари.
- IV. Лимфид ва юн яратувчи тўқималар усмалари.
- V. Аралаш генезли усмалар.
- VI. Иккиламчи усмалар.
- VII. Классификацияланмайдиган усмалар.
- VIII. Усмавсимон холлатлар...

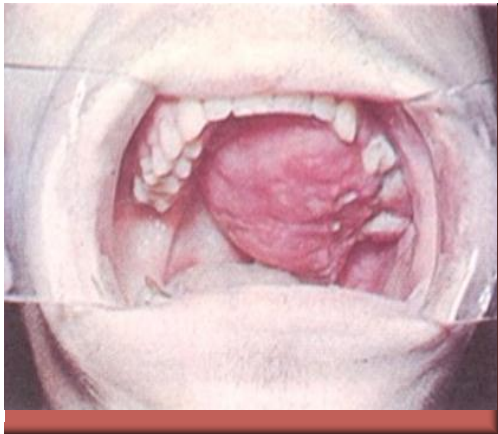
Хавфсиз усмаларнинг характерли хусусиятлари.

- 1) Баъзилари тўғма бўлади, яъни ривожланиш нуқсони (остеома, тератома, гемангиома лимфангиома вахк).
- 2) Секин ўсди, атроф соғлом тўқималардан етарлича аниқ чегараланган, баъзан капсулага эга бўлади.
- 3) Агар юмшоқ тўқималарда жойлашган бўлса узоқ вақтгача характерчанлик сақланади.

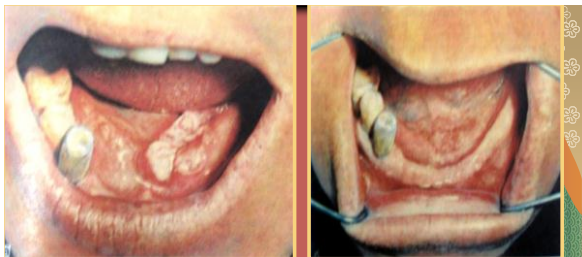
- 4) Метастаз бермайди.
- 5) Гистологик бир ҳил тузилишга эга, хужайралари ўсма ўсган соғлом тўқима хужайраларга ўхшайди.
- 6) Малигнизацияланиш хусусиятига эга, бу жуда кам холларда юзага келади (ангиома, остеома).
- 7) Бир қанча хавфли аналогларга эга бўлиши мумкин: масалан, аденома айланиши мумкин: хавфли сифатли аденома, аденокарцинома, базал-хужайрали аденома, цистаденома ва хк.

Хавфли усмаларнинг характерли хусусиятлари

- 1) Ўсмада доимо хужайра элементлари дедифференцировка юзага келади, яъни анаплазия руй беради (грек «плазис» кайта, «plasis» шаклланиш). Анаплазия канчалик намоён бўлган бўлса, усманнинг хавфлилиги шунча юқори бўлади.)Хар бир анаплазияланган (нодифференцирланган) хужайра кейинги авлодга ирсийланади. Бунда хар бир янги популяцияда анаплазия даражаси ортади.



Жағ ости сўлак беги аденокарциномаси



Оғиз бўшлиғи туби раки

Ўсмаларнинг халқаро гистологик классификацияси (МГКО) асосида 3 та принцип ётади:

- анатомик жойланиши,
- гистологик тури
- хавфсиз ва хавфлилигига бўлиниши.

ХАЛҚАРО КЛАССИФИКАЦИЯ БЎЙИЧА ПАСТКИ ЛАБ БИРЛАМЧИ РАКИ ТАРҚАЛИШИ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ. ПРЕИНВАЗИВ КАРЦИНОМА.

Рак метастазларининг регионар лимфа тугунларига тарқалиши характеристикаси.

О – метастаз аниқланмайди.

N1 – бир томонлама ёпишган, катта бўлмаган қаттиқ тугун.

N2– икки томонлама ёпишган (ёки қисман ёпишган) нисбатан катта бўлмаган, қаттиқ тугун.

N3 – бир томонлама ёпишмаган, нисбатан катта тугун.

N4 –икки томонлама ёпишмаган метастазлар ёки бир томонлама чуқур регионар анатомик бўшлиқга ўсиб қирган лимфатик тугунлар тўплами.

ШИФОКОРЛАРНИНГ ҚАДИМГИ ҲИҚМАТЛИ СЎЗЛАРИ

«Қим яхши ташхис кўйса, ўша яхши даволайди»
- Доимо тиббиётда долзарб бўлиб келган.

Я.Л. Поволодский (1937) бу иборани онкологик касалликларга нисбатан ўзгартирди:

«Қим яхши ва эрта ташхис кўйса, ўша яхши даволайди»

ЭТИОЛОГИЯСИ

ЭМБРИОГЕНЕЗ ЖАРАЁНИДА:

- она организмда эндокрин ва моддалар алмашинуви бузилиши
- она жинсий аъзоларида физиологик ва анатомик ўзгаришлар
- эмбрионни нотўғри жойлашганлиги
- радиоактив нурланиш

ЭРТА БОЛАЛИК ЁШИДА:

- **эндоген омиллар:** тугма, эндокрин бузилишлар, инфекциян касалликлар, моддалар алмашинувини бузилиши;
- **экзоген омиллар:** жаглари "ўсиш" соҳаларини яллиганиши, жароҳат, нурланиш, механик босим, чайнов аппарати дисфункцияси, ютиниш акти бузилиши, ва бошқалар.

БАЛОГАТ ЁШИДА:

- юз суякларини ривожланиш давридаги касалликлари;
- жароҳатлар;
- тишлар нисбатини бузилиши, тишларни йўқотилиши;
- эрта ва травматик операциялар;
- нотўғри ва сифатсиз ортодонтик даво.

www.tma.uz

ПАТОГЕНЕЗ

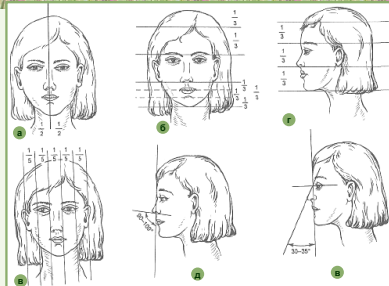
ПАТОГЕНЕТИК МЕХАНИЗМ АСОСИДА ҚЎЙДАГИЛАР ЁТАДИ:

- Каппа суюги гумбаз, асоси ва жаг суякларини ўсишини қисман тўхташи;
- суюқ моддасини емирилиши
- чайнов функциясини (опиз очилишини) бузилиши;
- эндокрин бузилишлар.



www.tma.uz

ТАШХИСЛАШ



Юз пропорцияси тахлили фас (а, б, в) ва профиль (г, д, е) (схема)

www.tma.uz

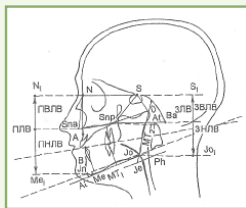
ТАШХИСЛАШ

ҚЎШИМЧА ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ

- 1) жаглари диагностик моделларини ўрганиш;
- 2) рентгенологик текширув;
- 3) Беморлар фотографиясида юзни тўғри ва ён проекцияларда таҳлил қилиш;
- 4) функционал текширувлар (электромиография, электроэнцефалография, реополяррография, ринопневмометрия, пастки жаг харакатини фоторегистрацияси).

www.tma.uz

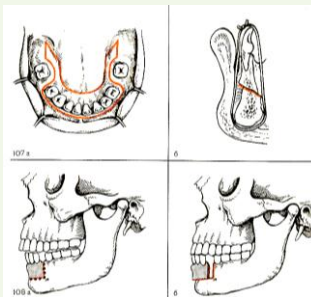
ТАШХИСЛАШ



Ён проекциядаги телерентнограммада чизгичли кўрсаткичлар ўлчамларини ва асосий мўлжалларини (ориентирларини) жойлашуви

www.tma.uz

ПАСТКИ ЖАҒ АЛВЕОЛЯР ҲСИГИ СОҲАСИДАГИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

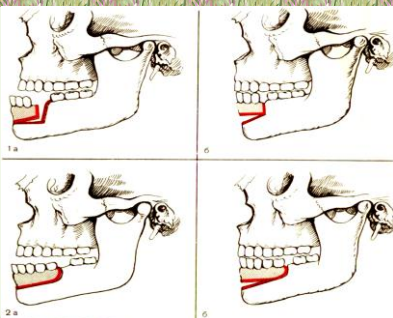


Ноғер усули бўйича пастки жаг алвеоляр ўсигини фронтал соҳасида остеотомияси

Қоёе усули бўйича пастки жаг алвеоляр ўсигини қийшиқ остеотомияси

www.tma.uz

ПАСТКИ ЖАҒ АЛВЕОЛЯР ҰСИҒИ СОҲАСИДАҒИ ХИРУРГИҚ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ



ПАСТКИ ЖАҒДА СУЯҚ ПЛАСТИКАСИҒА КҮРСАТМА

- Чакка-пастки жағ бүгимни артропластикаси:**
 - пастки жағни хавфсиз ұсма борлиғи сабабли экзартикуляция ва резекциясыдан сўнг;
 - деформацияланувчи артрозда кондилэктомиядан сўнг;
 - чакка-пастки жағ бүгими анкилози суяқ калогн олиб ташланиши билан ўтказилган пастки жағ ұсиғи остеотомиясыдан кейинги холатда;
 - бүгим бошчасини майдаланиб синишларида .
- Бирламчи бирвақтдағи суяқ пластикаси:**
 - хавфсиз ұсмалар экскохлеацияси, одонтоген киста ва ретенирланган тишларни олиб ташлаш сўнг;
 - Майда парчаланиб синишларида;
 - суяқ нуксони юзага келиши билан содир бўлувчи синишларида;
 - киста соҳасидан ўтувчи пастки жағ синишларида;
 - суяқ узлуксизлиғи сақланган холда ўтказиладиган пастки жағ резекциясида;
 - харкандай локализация ва узунлиқдағи суяқ узлуксизлиғини бузилиши билан ўтказиладиган пастки жағ резекциясыдан сўнг;
 - нотўғри битган синишларида ва микрогеня сабабли ўтказиладиган остеотомиядан сўнг;
 - сурункали остеомиелитда суяқ секвестрини олиб ташлашдан сўнг.

1. Nevus qaysi xafli usmaga qo'proq aylanadi

- + melanomaga
 - adenokarsinomaga
 - osteomaga
 - rinofimaga
 - aralash o'sma
2. Yog' to'qimasining xavfsiz o'smasi
- + lipoma
 - lipomatoz
 - fibroma
 - liposarkoma
 - fibrosarkoma
3. Fibroz t o'qima xavfsiz o'smasi
- + fibroma
 - fibrosarkoma
 - fibromatoz
 - epulis
 - lipoma
4. Suyak o'smalarini tekshirishning qaysi usuli keng tarqala olmagan
- + ultratovush tekshiruvi
 - rentgen
 - biopsiya
 - sitologiya
 - tomografiya
5. Ameloblastoma kandy tukimadan rivojlanadi
- + epitelial
 - fibroz
 - biriktiruvchi
 - yog'
 - bez
6. Ameloblastomaning rentgenologik xususiyatlari
- + qo'plab anik chegarali emirilish o'choqlari, "sovun qo'pigi pufaklari"
 - noanik chegarali emirilish o'choqlari
 - chegaralangan zichligi gomogen soyatish tojini eslatadi
 - anik bilinuvchi osteoskleroz, suyak moddasini sezilarli buzilishsiz
 - noaniq shaklga ega va noaniq chegaraga ega suyak nuqsoni
7. Zich odontomani rentgenologik xususiyatlari
- + atrofi ocharish xoshiyasiga ega yuqori intensiv chegaralagan gomogen soya
 - aniq chegarali emirilish o'choqlari
 - aniq bilinuvchi osteoskleroz, suyak moddasini sezilarli buzilishsiz
 - noaniq shaklga ega va noanik chegaraga ega suyak nuqsoni
 - suyak to'qimasi destruksiyasi
8. Odontogen o'smalarga kirmaydigan o'smani ayting
- + fibroma

- ameloblastoma
 - sementoma
 - miksoma
 - odontoma
9. Quyidagi o‘smalardan qaysilari odontogen
- + ameloblastoma
 - fibroma
 - osteosarkoma
 - pleomorfadenoma
 - ranula
10. Ekskokleatsiya – bu
- + patologik to‘qimani sog‘ to‘qima chegarasigacha olib tashlash
 - butun xosilani qobig‘i bilan birga olib tashlash
 - sistotomiya
 - sistoektomiya
 - kimirlab turgan tishni olish
11. Ranula qaysi bezni ko‘proq zararlaydi
- + til osti bezini
 - quloq oldi bezini
 - tanglayni mayda bezlarini
 - retromolyar sohasining mayda bezlarini
 - lunj bezlari
12. Polimorf adenoma tashxisiga qaysi tekshirish usuli yordamida aniqlik kiritiladi
- + punktani sitologik tekshirish
 - rentgen
 - total biopsiya
 - ochiq biopsiya
 - to‘g‘ri javob yo‘q
13. So‘lak bezlarini epitelial o‘smalari ichida, arralash o‘smalar necha foiz xolatlarda uchraydi
- + % xolatlarda
 - % xolatlarda
 - % xolatlarda
 - % xolatlarda
 - to‘g‘ri javob yo‘q
14. Polimorf adenoma bilan katta qismi zararlangan bezga nisbatan qanday muolaja o‘tkaziladi
- + paratidektomiya
 - usmani qipiqlash
 - subtotalnaya bez rezeksiyasi
 - sistotomiya
 - sog‘ to‘qima chegarasida kesib olish
15. Fibroz displaziya qaysi kasalliklar turkumiga kiradi

- + suyakning o'smasimon zararlanishi
 - suyakning xavfli xosilalari
 - xavfsiz o'sma
 - kalsinozlar
 - to'g'ri javob yo'q
16. Yuz va bo'yin tug'ma kistalarini ikki guruxga bo'linadi, ularni ko'rsating
- + branxial, tireoglossal
 - branxial, epidural
 - traxeal, tireoid
 - glossal, orbital
 - tug'ri javob yo'q
17. Kapillyar gemangiomaning asosiy uchraydigan joyi
- + lunj va ko'z osti sohasi
 - daxon osti sohasi
 - buyin sohasi
 - og'iz bo'shlig'i osti sohasi
 - milk
18. Odontogen o'smalarga kirmaydigan o'smani ayting
- + fibroma
 - ameloblastoma
 - sementoma
 - miksoma
 - odontoma
19. Quyidagi o'smalardan qaysilari odontogen
- + ameloblastoma
 - fibroma
 - osteosarkoma
 - pleomor adenoma
 - ranula uch shoxli nerv nevralgiasini bilan kiyosiy tashxislanadi
20. Nevralgiyada alkogolizatsiya o'tkaziladi
- + nervning kanaldan chiqish joyida
 - kalla asosida
 - nerv tolasi shoxlanish sohasida
 - barcha javoblar to'g'ri
 - to'g'ri javob yo'q
21. Qarama qarshi uchburchak laxtaklar xosil qilish yo'li bilan plastika kim tomonidan yaratilgan
- + Limberg
 - SHimanovskiy
 - Tirsh
 - Krauze
 - Obuxova

22. To'g'ri geometrik shakllar xosil qilish y o'li bilan plastika kim tomonidan yaratilgan
- + SHimanovskiy
 - Limberg
 - Bernadskiy
 - Tirsh
 - Krauze
23. YuJS tiklash muolajasiga qarshi ko'rsatma
- + teri tuberkulezi
 - katta nuqsonning mavjudligi
 - chuqur nuqsonning mavjudligi
 - keloid chandiqli mavjudligi
 - burun yo'lida atreziya mavjudligi
24. Band laxtagi bilan plastika kim tomonidan taklif etilgan
- + Filatov
 - Bernadskiy
 - SHimanovskiy
 - Tirsh
 - Krauze
25. Muolajalarda maxalliy to'qimalarni ishlatish qachon mumkin
- + atrof to'qimalarda xarakatchan teri osti yog' kletchatkasining mavjudligi
 - kletchatka yo'qligida
 - to'qimalarning chandiqli o'zgarishlarida
 - suyak nuqsonlarida
 - tog'ay to'qimasida nuqsonlar mavjudligida
26. YUJS tiklash muolajasiga umumiy qarshi ko'rsatma
- + anemiya
 - katta nuqson mavjudligi
 - bemor yoshi
 - yara mavjudligi
 - yoriqlar mavjudligi
27. Ortirilgan nuqsonlar bo'lmaydi
- + tug'ma
 - jarohatdan keyin
 - o'sma olingandan keyin
 - tuberkulyozdan keyin
 - zahmdan keyin
28. Odam tanasidagi operatsiyalar kim tomonidan yozilgan
- + Shimanovskiy
 - Limberg
 - Filatov
 - Reverden
 - Bernadskiy

29. Lexer bo'yicha lab plastikasiga laxtaklar qaerdan ajratib olinadi
- + kalla suyaging tepa qismi
 - quloq orti sohasidan
 - quloq orqasidan
 - yuz terisidan
 - bo'yinning orqa yuzasidan
30. Abbe uslubi nimani tiklashga qaratilgan
- + yuqori lab
 - kalla terisi
 - qosh yoyi
 - burun
 - quloq suprasi
31. Qosh yoyi plastikasi olib boriladi
- + chakka sohasidan olingan oyoqchali laxtak yordamida
 - kalla suyaging tepasidan olingan oyoqchali laxtak yordamida
 - arterializlangan laxtak yordamida
 - ikki qavatli laxtak yordamida
 - dublirlangan laxtak yordamida
32. Burun plastikasiga qaerdan olingan laxtakni ishlatish mumkin
- + peshona
 - ensa sohasidan
 - lunjdan
 - quloq orti sohasidan
 - chakka sohasidan
33. Lapchinskiy bo'yicha ko'priksimon laxtak ishlatiladi
- + pastki lab plastikasi uchun ishlatiladi
 - daxon osti sohasidan oyoqchalar bilan ajratilib olinadi
 - yuqori labda ajratib olinadi
 - kallaning yuqori qismidan ajratiladi
 - bo'yinning orqa qismidan
34. Filatov bandini ko'pincha qo'llaniladigan modifikatsiyasi (variantda)
- + Sheftel
 - Parin
 - Xitrov
 - Mixelson
 - Lapchinskiy
35. Filatov bandining kamchiligi
- + ko'p bosqichli
 - katta nuqsonlarning yallig'lanishi
 - kosmetik
 - usulning ishonarliligi
 - plastik materiallarning katta xajmda mavjudligi
36. Yumaloq band taklif etilgan

- + Filatov
 - Bernadskiy
 - Xitrov
 - Sheftel
 - Limberg
37. Filatov bandini tezkor usulda tayyorlaganda qaysi bosqich qisqaradi
- + ko‘chib o‘tish
 - mashqlar
 - qon bilan ta‘minlanish
 - almashinuv
 - tana xarorati
38. Egarsimon burunda burun shaklini xosil qilish uchun kerakli operatsiya
- + xondroplastika
 - teri plastika
 - loskutnaya plastika
 - plastika loskutom na nojke
 - osteoplastika
39. Yuz gemiatrofiyasida yaxshi natija beradi
- + yog‘ to‘qimasi bilan erkin plastika
 - xondroplastika
 - teri plastikasi
 - suyak plastikasi
 - tug‘ri javob yo‘q
40. Terining erkin ko‘chirilib o‘tkazilishi o‘tkaziladi
- + xosil bo‘lgan operatsiyadan keyingi yaraga
 - sekvestektomiyadan keyin xosil bo‘lgan yaraga
 - sistektomiyadan keyin xosil bo‘lgan yaraga
 - sistotomiyadan keyin xosil bo‘lgan yaraga
 - to‘g‘ri javob yo‘q
41. Quloq suprasidan burun uchiga plastikasining muallifi
- + Suslov
 - Kyandskiy
 - Limberg
 - Bernadskiy
 - Reverden
42. Tog‘ayning biologik xususiyatlari
- + qon tomirlari yo‘q
 - moddalar almashinuvi past
 - moddalar almashinuvi yuqori
 - tez infeksiyalanadi
 - qon tomir to‘ri rivojlanadi
43. Periapikal sementoma uchun xos belgilarni ko‘rsating
- + tishlar ildizlari bilan bog‘lik soyalarning mavjudligi

- aniq chegaraga ega bo'lmagan emirilish o'choqlari
 - ninasimon periostit
 - eruvchi qand
 - paxta tasviri
44. Pastki jag' ameloblastomasi uchun xos belgilarni ko'rsating
- + aniq chegaraga ega emirilish o'choqlari
 - tishlar ildizlari bilan bog'lik soyalarning mavjudligi
 - aniq chegaraga ega bo'lmagan emirilish o'choqlari
 - eruvchi qand misolida
 - paxta tasviri" ni eslatadi
45. So'lak bezini rentgenologik tekshirish
- + sialografiya
 - sinusografiya
 - fistulografiya
 - angiografiya
 - limfografiya
46. Bo'yining tug'ma kistasi bilan bo'lgan bemorlarni rentgenologik tekshirish
- + fistulografiya
 - sinusografiya
 - sialografiya
 - angiografiya
 - limfografiya
47. Tishlar va jag'lar xaqida umumiy tasavvur beruvchi rentgenologik tekshirish usuli
- + ortopantomografiya
 - vnutrirotovaya rentgenografiya
 - vnerotovaya rentgenografiya
 - MRT-diagnostika
 - KT-diagnostika
48. Xosila haqida qavatma-qavat ma'lumot beruvchi rentgenologik tekshirish usuli
- + tomografiya
 - og'iz ichi rentgenografiyasi
 - og'iz tashqarisi rentgenografiyasi
 - ortopantomografiya
 - KT-tekshiruv
49. Suyakning fibroz displaziyasidan dalolat beruvchi simptom
- + jilosiz shisha
 - qulupnay belgisi
 - paxta tasviri
 - igolchatiy periostit
 - paxta ko'rinishidagi destruksiya
50. Radikulyar kista uchun xos rentgenologik belgi
- + aniq chegarali yumaloq shakldagi emirilish

- noaniq chegarali yumaloq shakldagi emirilish
 - tishlar ildizlari bilan bog‘liq zich soya
 - noaniq chegarali yakkol suyak destruksiyasi
 - paxta ko‘rinishidagi destruksiya
51. Radikulyar kista uchun xos rentgenologik tasvir
- + tarkibida tish saklovchi aniq chegarali yumaloq shakldagi emirilish
 - noaniq chegarali yumaloq shakldagi emirilish
 - tishlar ildizlari bilan bog‘liq zich soya
 - eruvchi qand misolida
 - noaniq chegaralarga ega destruksiya o‘chog‘i
52. Yuz va buyin ajinlarida o‘tkaziladigan operatsiya
- + Rauer-Mixelson
 - Kovtunovich
 - Paches
 - Lexer
 - Vasilev
53. Limberg bo‘yicha lahtakni ko‘chirib o‘tkazish usuli
- + kesishgan uchburchakli
 - oziqlantiruvchi oeqchali
 - dumaloq bandli
 - qon tomirli anastomozda
 - ko‘priksimon laxtak
54. Kesishgan uchburchakli laxtaklar bilan plastika usuli
- + Limberg
 - Abbe
 - Milard
 - Sedillo
 - Lapchinskiy
55. Limberg bo‘yicha kesishgan uchburchakli laxtaklar bilan plastikada ishlatiladi
- + til yuganchasini kaltaligida
 - yassi chandiqlarda
 - yuz suyaklarining katta nuksonlarida
 - yuz yumshok tukimasini katta nuksonlarida
 - buyin nuksonlarini katta nuksonlarida
56. Limberg bo‘yicha kesishgan uchburchakli laxtaklar bilan plastikasida ishlatiladi
- + kovokni chandikli tashqariga ochilishi
 - yassi chandiqlarda
 - yuz suyaklarini katta nuqsonlarida
 - yumshok to‘qimalarni katta nuqsonlarida
 - bo‘yinning katta nuqsonlarida
57. Limberg bo‘yicha kesishgan uchburchakli laxtaklar bilan plastika qilishga ko‘rsatma

- + oqma yoʻlni bartaraf etish
 - yassi chandiqlarda
 - yuz suyaklarining katta nuqsonlarida
 - yumshok toʻqimalarni katta nuqsonlarida
 - boʻyinning katta nuqsonlarida
58. Maxalliy toʻqimalar bilan bajariladigan plastikani eng oddiy usuli
- + yara chetlarini mobilizatsiya qilish
 - oyoqchali laxtak
 - uchburchakli laxtak
 - terini koʻchirib oʻtkazish
 - Filatov bandi
59. Maxalliy toʻqimalar bilan plastika usulida asosiy kesim yoʻnalishi boʻyicha toʻqimalarni oʻsishi kuzatiladi
- + uchburchakli laxtak
 - oyoqchali laxtak
 - yara chetlarini mobilizatsiya qilish
 - erkin terini koʻchirib oʻtkazish
 - filatov bandi
60. Toʻqimani nuqsondan uzoqroq joydan koʻchirib oʻtkazish qaysi plastika turiga kiradi
- + terini koʻchirib oʻtkazish
 - oyoqchali laxtak
 - yara chetlarini mobilizatsiya qilish
 - uchburchakli laxtaklar bilan
 - terini chiziqli koʻchirib oʻtkazish
61. Maxalliy toʻqimalar plastikasida eng muxim qoida
- + yara chetlarida taranglikni yoʻqligi
 - yarani toʻliq kesmaslik
 - toʻqimalarni mobilizatsiya qilmaslik
 - kesim uzunligi minimal xolda
 - kesim uzunligi maksimal xolda
62. Agʻdariluvchi laxtaklar ishlatiladi
- + ichki qoplamani yaratmok uchun
 - qovoq burilganda tiklashda
 - teri nuqsonlarini tiklashda
 - toʻgʻri kesimni yopish uchun
 - yassi nuqsonni yopish uchun
63. Yuzning kesib oʻtuvchi nuqsoni tiklanadi
- + Rauer boʻyicha tali
 - koʻpriksimon
 - agʻdariluvchi
 - uchburchakli kesishgan
 - yara chetlarini mobilizatsiyasi

64. Qosh yoʻqligini tiklashda qanday laxtak olinadi
- + yashirin qon tomirli oyoqchali laxtak
 - koʻpriksimon
 - chakka sohasidan
 - Lekser boʻyicha yigʻib olingan
 - ikkitali laxtak
65. Erkaklar lab nuqsonini tiklashda koʻpriksimon laxtak olinadi
- + Lekser
 - boʻyindan
 - yuzdan
 - Lapchinskiy
 - qovoq sohasidan
66. Ayollar lab nuqsonini tiklashda koʻpriksimon laxtak olinadi
- + Lapchinskiy
 - boʻyindan
 - Lekser
 - yuzdan
 - kovoq sohasidan
67. Oziqlantiruvchi oyoqchali laxtak qanday toʻqimalardan tashkil topgan
- + teri va teri osti yogʻ qavatidan
 - parchalangan teri
 - teri teri osti yogʻ qavati va mushak
 - teri teri osti yogʻ qavati mushak suyak
 - faqat teri
68. Oziqlantiruvchi oyoqchali arteriyalangan laxtak qanday toʻqimalardan tashkil topgan
- + teri teri osti yogʻ qavati va qon tomir chigalidan
 - parchalangan teri
 - teri va teri osti yogʻ qavati
 - teri teri osti yogʻ qavati va mushak
 - teri teri osti yogʻ qavati mushak suyak
69. Oyoqchali laxtak plastikasini maxalliy asoratlari
- + yiringlash
 - miozit
 - nevrit
 - diplopiya
 - sezuvchanlikni yoʻqolishi
70. Plastik operatsiyaning 3-chi etapi
- + ogʻriqsizlantirish
 - kesim oʻtkazish
 - koʻrsatmalarni aniqlash
 - operativ aralashuvni rejalashtirish
 - mutaxassislar koʻrigi

71. Tiklovchi xirurgik davoni birinchi bosqichi
- + rejalashtirish
 - kesish
 - og‘riqsizlantirish
 - to‘qimani ko‘paytirish
 - mutaxasis ko‘rigi
72. Filatov bandini bir vaqtni o‘zida hosil qilish va nuqson o‘rniga tikish qanday nomlanadi
- + o‘tkir
 - kadam va kadam
 - tezlashtirilgan
 - klassik
 - o‘tkir osti
73. Filatov bandi elka oldida bir vaqtning o‘zida shakllantiruvchi va tikuvchi bo‘lsa nima deyiladi
- + tezlashtirilgan
 - o‘tkir
 - kadam va kadam
 - klassik
 - o‘tkir osti
74. Filatov bandini shakllantirib va bosqichma bosqich nuqson o‘rniga olib kelish nima deyiladi
- + klassik
 - o‘tkir
 - kadam va kadam
 - tezlashtirilgan
 - o‘tkir osti
75. Nuqson joyiga teri yuzasi bo‘ylab ko‘chirib o‘tkaziluvchi Filatov bandi qanday nomlanadi
- + kadam va kadam
 - o‘tkir
 - tezlashtirilgan
 - klassik
 - o‘tkir osti
76. Filatov bandini nuqson o‘rniga o‘tkazish usuli
- + ”g‘oz qadami”
 - erkin o‘tkazish
 - allojen transplantatsiya
 - ksenogen transplantatsiya
 - izogen transplantatsiya
77. Filatov bandini nuqson o‘rniga o‘tkazish usuli
- + elka oldi orqali
 - erkin o‘tkazish

- allogen transplantatsiya
 - ksenogen transplantatsiya
 - izogen transplantatsiya
78. Klassik Filatov bandini shakllantirish uchun tanani qaysi qismi olinadi
- + qorinni oldi-en sohasi
 - elka oldi
 - elkani ichki yuzasi
 - sonni ichki yuzasi
 - bel
79. O‘tkir Filatov bandini taerlashga tanani qaysi qismi olinadi
- + elkani ichki yuzasi
 - elka oldi
 - sonni ichki yuzasi
 - qorinni oldi-en sohasi
 - bel
80. Terini erkin kuchirib o‘tkazishga ko‘rsatma
- + operatsiyadan keyingi nuqsoni
 - terini teshib utuvchi nuqsoni
 - terini suyakkacha nuqsoni
 - nur terapiyadan sung bitishi kiyin yaralar
 - terini tatal nuqsoni
81. Tirsh bo‘yicha terini erkin laxtagi qanday nomlanadi
- + qalin dermoepetelyal
 - bo‘lakka bo‘lingan
 - / kalinlikda
 - yupka dermoepetelyal
 - barcha qavatli klechatkasiz teri
82. Terini erkin ko‘chirib o‘tkazish qanday nomlanadi
- + teri autotransplantantini ko‘chirib o‘tkazish
 - terini bandli laxtagini kuchirib o‘tkazish
 - oyokchali teri laxtagini kuchirib o‘tkazish
 - mikroanastamozli teri laxtagini kuchirib o‘tkazish
 - qo‘priqli laxtagini kuchirib o‘tkazish
83. Ajratilgan teri laxtagi asosan olinadi
- + qorinning oldi qismidan
 - tupikning orqa qismidan
 - buyinnig yon qismidan
 - sonnig tashqi qismidan
 - yelkaning ichki qismidan
84. Barcha qavatli teri laxtagi asosan olinadi
- + elkaning ichki qismidan
 - tupikning orqa qismidan
 - buyinnig yon qismidan

- sonnig tashki qismidan
 - korinning oldi qismidan
85. Burun qanoti qisman nuqsoni plastikasi usuli
- + Suslov bo'yicha
 - Rauer bo'yicha
 - mikroanastamozli laxtak
 - chakka sohasidan arteriyali laxtak
 - Lekseru bo'yicha
86. Burun chetki qismi nuqsoni plastikasi usuli
- + Raueru bo'yicha
 - Suslov bo'yicha
 - mikroanastamozli laxtak
 - lab-lunj burmasidan olingan oyoqchali laxtak
 - chakka sohasidan arteriyali laxtak
87. Burun to'sig'i terili qismi nuqsoni plastikasi usuli
- + Raueru bo'yicha
 - Suslov bo'yicha
 - mikroanastamozli laxtak
 - lab-lunj burmasidan olingan oyoqchali laxtak
 - chakka sohasidan arteriyali laxtak
88. Yuqori lab tug'ma kemtigi deformatsiyasi plastika uslubi
- + Limberg
 - Kraylya
 - Leksera
 - Sedillo
 - Abolmasov
89. Yuqori lab tug'ma kemtigi plastikasining asosiy vazifasini bartaraf etishdir
- + lab nuqsoni va burun qanoti deformatsiyasi
 - burun qanotini qayirish
 - chandiqli deformatsiya
 - burun to'sig'i qiyshiqligi
 - nutqni tiklash
90. Pastki jag' burchagi va shoxini tiklash uchun nima autotransplantat bo'lib hisoblanadi
- + tos suyagini qirrasi va qanoti, kalla suyagi
 - qovurg'aning suyakli qismi
 - qovurg'aning tog'ayli qismi
 - metatarzal suyak
 - kaft suyagi
91. Yog' to'qimadan rivojlangan xavfsiz o'sma
- + lipoma
 - lipomatoz
 - fibroma

- liposarkoma
 - fibrosarkoma
92. Fibroz to‘qimadan rivojlangan xavfsiz o‘sma
- + fibroma
 - fibrosarkoma
 - fibromatoz
 - epulis
 - lipoma
93. Ameloblastoma qanday to‘qimadan rivojlanadi
- + epitelial
 - fibroz
 - biriktiruvchi
 - yog‘
 - bez
94. Kapilyar gemangiomaning klinik belgilariga o‘xshash
- + pigmentli nevus
 - lipoma
 - fibroma
 - papilloma
 - teri giperemiyasi
95. Odontogen bo‘lmagan o‘smi ko‘rsating
- + fibroma
 - ameloblastoma
 - sementoma
 - murakkab odontoma
 - odontoma
96. Odontogen o‘smi ko‘rsating
- + ameloblastoma
 - fibroma
 - osteosarkoma
 - polimorf adenoma
 - ranula
97. Fibroz displaziyada suyakdagi xarakterli simptom
- + “xira oyna”
 - tut mevasi
 - paxta tasviri
 - ignali periostit
 - eriyotgan qand
98. Jag‘ osteomasini davolash
- + o‘smi sog‘ to‘qima chegarasida olib tashlash
 - o‘sma chegarasidan sm tashlab, pastki jag‘ni rezeksiya qilish
 - nur terapiya
 - kombinir davo

- ximioterapiya
- 99. Osteoid-osteomani davolash
 - + o'smani suyak sklerotik qismi bilan olib tashlash
 - pastki jag' rezeksiyasi va bir yo'la plastika
 - nur terapiya
 - kombinir davo
 - to'g'ri javob yo'q
- 100. Gistologik gigant ko'p yadroli xujayralar xos
 - + osteoblastoklastomaga
 - ameloblastomaga
 - odontomaga
 - gemangioma
 - neyrofibromatozga
- 101. Xodromani birinchidan nima bilan qiyosiy tashxislash kerak
 - + xondrosarkoma
 - ateroma
 - epulis
 - nevralkiya
 - gemangioma
- 102. Epulislarga tegishli suyak xosilalarini ko'rsating
 - + periferik gigant xujayrali granulema
 - shilliq qavat palipozi
 - eozinofil granulema
 - gistiotsitoma
 - piogen granulema
- 103. Ameloblastomani asosiy davolash usuli
 - + jag' rezeksiyasi va bir yo'la plastika
 - ximiyaterapiya
 - nur terapiya
 - sistektomiya
 - xosila qobig'ini qirib tashlash
- 104. Yallig'lanmagan radikulyar kista punktati rangi
 - + xolesterin kristallari saqlovchi tiniq suyuqlik
 - xolesterinli massa
 - qonsimon
 - xira suyuqlik
 - tuxum oqsilisimon
- 105. Katta bo'lmagan xajmli jag' kistalarining asosiy davolash usuli
 - + sistektomiya
 - sistotomiya
 - sklerozlash
 - qisman jag' rezeksiyasi
 - ekskoxlyasiya

106. Katta xajimli jagʻ kistalarining asosiy davolash usuli
- + sistotomiya
 - sistektomiya
 - kriodestruksiya
 - qisman jagʻ rezeksiyasi
 - yarim jagʻ rezeksiyasi
107. Jagʻ suyaklari periapikal toʻqimalarida yalligʻlanish hisobiga xosil boʻladi
- + radikulyar kista
 - keratokista
 - follikulyar kista
 - nazoalveolyar kista
 - kesuv kanali kistasi
108. Jagʻ radikulyar kistasi sistoektomiyasiga koʻrsatma
- + bir ildizli boʻshliqqa ega yakka kista
 - kistani burun boʻshligʻiga oʻsib kirishi
 - kistani yuqori jagʻ boʻshligʻiga oʻsib kirishi
 - katta xajimli (ta tishgacha saqllovchi boʻshliq)
 - jagʻ tashqi kortikal plastinkasi destruksiyasi
109. Kelib chiqishi noodontogen kista
- + dermoid
 - radikulyar
 - follikulyar
 - tish saqllovchi
 - birlamchi
110. Ranula koʻproq qaysi bezni zararlaydi
- + til osti bezi
 - quloq oldi bezi
 - tanglayning mayda bezlari
 - retro molyar soha mayda bezlari
 - lunj bezi
111. Polimorf adenoma tashxisini qaysi usul yordamida aniqlashtiriladi
- + punktatni sitologik tekshirish
 - rentgen
 - total biopsiya
 - ochiq biopsiya
 - toʻgʻri javob yoʻq
112. Quloq oldi bezining katta qismi adenokarsinoma bilan zararlanganda qanday operativ aralashuv bajariladi
- + total paratidektomiya
 - oʻsmi olish
 - bez subtotal rezeksiyasi
 - sistotomiya
 - sogʻ toʻqima chegarasida kesib tashlash

113. Polimorf adenoma xususiyatlari
- + multitsentrik o'sish
 - infiltrlanuvchi o'sish
 - erta o'smani yo'qolishi
 - tsiklik rivojlanish
 - yallig'lanish komponentining borligi
114. Bimanual palpatsiya qo'llaniladi
- + yuz-jag' sohasini xamma patologiyasida
 - yuz-jag' sohasida kulanilmaydi
 - og'iz tubi patologiyalarda
 - fakat pastki jag' so'lak bezi kasalliklarida
 - jarayonlar fakat lunj sohasi lokalizatsiyasida
115. Jag' suyagining periapikal yallig'lanishida yuzaga keladi
- + radikulyar kista
 - keratokista
 - follikulyar kista
 - nazoalveolyar kista
 - kurak tish kanali kistasi
116. Jag' suyagining emal organi rivojlanishi buzilganda kelib chikadi
- + follikulyar kista
 - keratokista
 - radikulyar kista
 - nazoalveolyar kista
 - yirtik kanal kistasi
117. Yuz-jag' kistasining klinik kurinish
- + og'riqsiz jag' deformatsiyasi
 - og'riq
 - Vensan simptomi
 - yutinish buzilishi
 - eich oxaksizlangant xosila
118. Follikulyar kista dif\diagnostika qilinadi
- + ameloblastoma bilan
 - odontoma bilan
 - tsementoma bilan
 - kattik odontoma bilan
 - reparativ granulema bilan
119. Follikulyar kista dif\diagnostika qilinadi
- + radikulyar kista bilan
 - odontoma bilan
 - sementoma bilan
 - ameloblastoma bilan
 - reparativ granulema bilan

120. Follikulyar kistada suyak tukimasining destruksiyasiga xos rentgenologik belgi
- + anik chegara bilan tish bo'shligi soyasi
 - eritgan qand belgisi
 - xosila sohasidagi noaniq chegara
 - aniq chegarali bir qancha bo'shliklar
 - bir ki bir necha tish yuqori sohasidagi aniq chegara
121. Yallig'lanishdan tashqari radikulyar kista punktati qo'yidagi ko'rinishga ega bo'ladi
- + xolesterin kristallari bo'lgan tinik suyuqlik
 - limfa
 - qon
 - xira suyuqlik
 - xolesteatoma massasi
122. Kichik o'lchamli kistalarda asosiy davo usuli
- + sistektomiya
 - kriodestruksiya
 - sklerozlanishi
 - jag'ning qisman rezeksiyasi
 - jag'ning yarmini rezeksiyasi
123. Katta o'lchamli kistalarda asosiy davo usuli
- + sistotomiya
 - sistektomiya
 - kriodestruksiya
 - jag'ning qisman rezeksiyasi
 - jag'ning yarmini rezeksiyasi
124. Jag' radikulyar kistasida sistektomiyasi uchun ko'rsatma
- + kichik ulchamli (to tish bo'shlig'igacha)
 - kistani burun bo'shlig'iga o'sishi
 - kistani yuqori jag' bo'shlig'iga usishi
 - katta ulchamli (tish bo'shlig'idan ko'p)
 - jag' tashqi kortikal qavati destruksiyasi
125. Jag' radikulyar kistasida sistektomiya uchun kursatma
- yagona kista bir tish bo'shlig'i
 - kistani burun bo'shlig'iga o'sishi
 - kistani yuqori jag' bo'shlig'iga o'sishi
 - katta ulchamli (tish bo'shlig'idan ko'p)
 - jag' tashqi kortikal qavati destruksiyasi
126. Radikulyar kistani retsidivi sabablari
- + kista qobigining chala olinishi
 - gematoma
 - odontogen infeksiya
 - kistaning uzoq saqlanishi

- jarohatning operatsiyadan keyingi yallig‘lanishi
127. Jag‘ kistasini operatsiyaga tayyorlashda kanalni plombalashda qaysi biri bilan plombalash yaxshirok
- + fosfat-sement
 - siment
 - amalgamu
 - evgenol-timolli pasta
 - rezorsin-formalinli pasta
128. Jag‘ nodontogen kistasining asosiy davosi
- + sistektomiya
 - sistotomiya
 - kriodestruksiya
 - jag‘ning qisman rezeksiyasi
 - jag‘ yarmini rezeksiyasi
129. Fibromaning asosiy davolash usullari
- + kapsulasi bilan olish
 - ximioterapiya
 - kriodestruksiya
 - kombinirlashgan
 - nur terapiya
130. Fibroz epulisga xarakterli klinika
- + og‘riqsiz keng asosli zich xosila
 - milkning chegaralangan muguzlanishi
 - milkda og‘riqli qonaydigan xosila bo‘lishi
 - bir necha tishlar sohasidagi og‘riqli infiltrat
 - milkda eroziyali tendensiyasiz qonaydigan epiteliy
131. Angiomatoz epulisga xarakterli klinika
- + milkda og‘riqli qonaydigan xosila bo‘lishi
 - milkning chegaralangan muguzlanishi
 - og‘riqsiz keng asosli zich xosila
 - bir necha tishlar sohasidagi og‘riqli infiltrat
 - milkda eroziyali tendensiyasiz qonaydigan epiteliy
132. Periferik gigant xujayrali granulyomaga xarakterli klinika
- + yumshok konsistensiyali milkdagi kukimtir xosila
 - milkning chegaralangan muguzlanishi
 - milkda og‘riqli qonaydigan xosila bo‘lishi
 - bir necha tishlar sohasidagi og‘riqli infiltrat
 - milkda eroziyali tendensiyasiz qonaydigan epiteliy
133. Fibroz epulisning rengenologik ko‘rinishi
- + epulis sohasida suyaklanish bo‘lmaslik
 - epulis sohasidagi klinik o‘zgarishlar
 - xamma ko‘rinishdagi jag‘ning gialin plastinkada

- xamma ko'rinishda jag'ning labsimon to'qimasining o'choqli destruksiyasida
 - jag'ning labsimon to'qimasining xamma ko'rinishida
134. Fibroz epulisning asosiy davolash usuli
- + xosilani olib tashlash
 - ximioterapiya
 - kriodestruksiya
 - nur terapiya
 - kombinirlashgan
135. Ameloblastoma qaysi guruxga xos
- + xavfsiz odontogen o'sma
 - rak oldi
 - yaliglanish kasaligi
 - o'smasimon xosila
 - xavfli odontogen o'sma
136. Ameloblastomaning klinik ko'rinishi
- + shish ko'rinishidagi jag'ning og'riqsiz deformatsiyasi
 - jag' suyak to'qimasining og'riqli defekti
 - milkdagi qonaydigan og'riqli xosila
 - bir necha tishlar sohasidagi og'riqli infiltrat
 - milkda eroziyal tendensiyasiz qonaydigan epiteliy
137. Ameloblastomaga xos rentgenologik belgi
- + suyakdagi qo'p o'choqli destruksiya ko'rinishida
 - suyakning "eriyotgan qand" tipidagi o'zgarishi
 - suyakning "dagal oyna" tipidagi o'zgarishi
 - jag' butun yuzasi bo'ylab aniq chegarali suyak to'siqlari bilan bo'lingan kortikal plastinkasi rezorbsiyasi
 - jag' butun yuzasi bo'ylab g'ovak modda diffuz destruksiyasi
138. "Ameloblastoma"ga nimaga asoslanib aniq tashxis qo'yiladi
- + gistologik
 - surishtiruv
 - sitologik
 - qon taxlili
 - kliniko-rentgenologik tekshiruv
139. Ameloblastomani dif\diagnostika qiling
- + radikulyar kista bilan
 - xondroma bilan
 - odontoma bilan
 - sementoma bilan
 - parodontoma bilan
140. Ameloblastomaning asosiy davo usuli
- + jag' rezeksiyasi
 - sistektomiya

- ximioterapiya
 - nurterapiya
 - xosilani qobig'i bilan kirib olish
141. Yumshok odontoma qaysi guruxga kiradi
- + xavfsiz odontogen o'sma
 - o'sma oldi
 - yallig'lanish kasalligi
 - o'smasimon xosila
 - xavfli odontogen o'sma
142. Yumshok odontoma qo'proq qaysi sohada joylashadi
- + pastki premolyar
 - pastki molyar
 - yuqorigi molyar
 - pastki jag' kesishmasida
 - yuqori jag' kesishmasida
143. Yumshok odontomaga xos rentgenologik belgi
- + shish ko'rinishidagi jag'ning og'riqsiz deformatsiyasi
 - milkdagi qonaydigan og'riqli xosila
 - bir necha tishlar sohasidagi og'riqli infiltrat
 - bir necha tishlar sohasidagi og'riqsiz zich infiltrat
 - milkda eroziyali tendensiyasiz qonaydigan epiteliy
144. Yumshok odontomaga nimaga asoslanib aniq tashxis qo'yiladi
- + gistologik
 - surishtiruv
 - sitologik
 - qon taxlili
 - kliniko-rentgenologik tekshiruv
145. Yumshok odontomani dif\diagnostikasi
- + ameloblastoma bilan
 - gemangioma bilan
 - parodontoma bilan
 - polimorf adenoma bilan
 - jag' osteomieliti bilan
146. Yumshok odontomani dif\diagnostikasi
- + gigant xujayrali o'sma bilan
 - gemangioma bilan
 - parodontoma bilan
 - polimorf adenoma bilan
 - jag' osteomieliti bilan
147. Yumshok odontomani differensatsiyasi
- + miksoma bilan
 - parodontoma bilan
 - gemangioma bilan

- polimorf adenoma bilan
 - jag‘ osteomieliti bilan
148. Yumshok odontomani sinonimi
- + ameloblastik fibroma
 - silindroma
 - ameloblastoma
 - fibroz blastoma
 - ameloblastik kista
149. Ameloblastik fibromaning rentgenografiyasiga xarakterli
- + aniq chegarali kistoz o‘choqlar tish to‘qimasining elementlari bilan
 - suyakning”eriyotgan qand” ko‘rinish tipida"
 - suyakning” dagal oyna” ko‘rinish tipida"
 - jag‘ suyagi kortikal plastinkasining tulik tortilishi
 - jag‘ning yumshok to‘qimasining diffuz destruksiyasi
150. Odontoma qaysi guruxga kiradi
- + tish to‘qimasining nuqsonli rivojlanishi
 - yallig‘lanish kasalligi
 - o‘smasimon xosila
 - xavfli odontogen o‘sma
 - xavfsiz odontogen o‘sma
151. Odontomaning gistologik tuzilishiga xarakterli
- + aloxida tishsimon struktura tishning xamma to‘qimalari bilan
 - odontogen epiteliyni proliferatsiyalanishi
 - sementsimon to‘qimaning turli darajadagi mineralizatsiyasi
 - yupka simfibroz kapsula shoxsimon yupka epiteliy bilan
 - tish to‘qimasining oxaksizlanishi, xaotik yagona konglomerat xosil bo‘lishi
152. Odontomaning murakkab va tarkibiy tuzilishiga xarakterli klinik belgi
- + simptomsiz kechishi
 - teri okmasi bilan
 - jag‘ning kontrakturasi
 - bir necha tishlar sohasida zichlashgan og‘riqli infiltrat
 - periostit ko‘rinishdagi davriy yallig‘lanish reaksiyalari
153. Murakkab va tarkibiy odontomaning asosiy davolash usuli
- + xosilani olib tashlash
 - ximioterapiya
 - kombinirlashgan davo
 - jag‘ –rezeksiyasini bloki
 - o‘smani tozalab olish
154. Gigant xujayrali o‘sma qaysi guruxga kiradi
- + chin o‘sma
 - o‘smasimon xosila
 - tish to‘qimasining rivojlanish nuqsoni
 - xavfli odontogen o‘sma

- xavfsiz odontogen o'sma
- 155. Gigant xujayrali o'smaning gistologik tuzilishiga xarakterli
 - + dumoloksimon vagigant xujayrali to'qima
 - aloxida tishsimon struktura
 - odontogen epiteliy proliferatsiyasi
 - yupka fibroz kapsula, shoxsimon yupka epiteliy bilan
 - tish to'qimasining oxaksizlanishi, xaotik yagona konglomerat xosil bo'lishi
- 156. Gigant xujayri o'smaning klinik kartinasi
 - + xarakatchan tish sohasidagi suyakning zich og'riqsiz g'adir budir bukishi
 - chandiqli kontraktura
 - simptomsiz kechishi
 - bir necha tishlar sohasida zichlashgan og'riqli infiltrat
 - periostit kurinishdagi davriy yallig'lanish reaksiyalari
- 157. Qaysi ma'lumotlarga asoslanib "gigant xujayrali" o'smaga aniq tashxis qo'yiladi
 - + gistologiya
 - surov asosida
 - sitologiya
 - kon analizi
 - klinik-rentgenologik tekshiruv
- 158. Gigant xujayri o'smaning davo usuli
 - + o'smani sog'lom to'qima chegarasigacha kirib olish
 - ximioterapiya
 - kriodestruksiya
 - kombinirlangan davo
 - o'smani kirib olish
- 159. Gigant xujayri o'smani davo usuli
 - + blok jag' rezeksiyasi
 - ximioterapiya
 - kriodestruksiya
 - kombinirlangan davo
 - o'smani kirib olish
- 160. Katta ulchamli gigant xujayri usmani davo usuli
 - + jag'ning suyak plastikasi bilan bir vaqtdagi rezeksiyasi
 - ximioterapiya
 - jag' rezeksiyasi bloki
 - o'smani kirib olish
 - dekompression sistotomiya
- 161. Gigant xujayrli o'smaning dif/ diagnostikasi
 - + ameloblastik fibroma bilan
 - parodontoma bilan
 - retension kista bilan
 - polimorf adenoma bilan

- jagʻ osteomieli bilan
- 162. Gigant xujayri oʻsmaning dif/ diagnostikasi
 - + miksoma bilan
 - parodontoma bilan
 - retension kista bilan
 - polimorf adenoma bilan
 - jagʻ osteomieliti bilan
- 163. Yuqori lab va til yuganchasi kaltaligini uchburchakli laxtaklar bilan bartaraf etish usuli kimga mansub
 - + +Limberg A.A.
 - - Muxin M.V.
 - Bernadskiy Yu.N.
 - Frolova L.E.
 - Obuxova L.M.
- 164. Yuqori lab yuganchasi kaltaligi III daraja deb, uni qaerga birikishiga aytiladi
 - + sohasi milk soʻrgʻichiga birikishi
 - milk qirgʻogʻidan sm yuqorida birikishi
 - milk qirgʻogʻidan - mm yuqorida birikishi
 - milk qirgʻogʻidan - mm yuqorida birikishi
 - milk qirgʻogʻidan - mm yuqorida birikishi
- 165. Tish chiqishi kasalliklari qaysi tish sohasida eng koʻp rivojlanadi
 - + pastki aql tish
 - yuqori aql tish
 - yuqorigi premolyar
 - pastki premolyar
 - yuqori kurak tishlar
- 166. Pastki uchinchi molyarning qiyin chiqishi nima hisobiga kelib chiqadi
 - + hamma javoblar toʻgʻri
 - oʻrnida sut tishining boʻlmasligi
 - suyakning qalin kompakt qavati
 - jagʻning shox qismida joy kamligi
 - lunj mushaklarini oʻzida tutadigan qalin shillik qavatning boʻlishi
- 167. Surunkali perikoronaritni davolashning eng samarali usuli
 - + yalligʻlangan kapyushonni kesib olish
 - aql tishni olish
 - novokain bilan antibiotiklar inʼeksiyasi
 - antiseptiklar bilan ogʻiz boʻshligʻini tez-tez chayish
 - antagonist tishni olish
- 168. Pastki aql tishining notoʻgʻri joylashishida va perikoronaritda amalga oshiriladi
 - + tishni olish
 - sekvestrektomiya
 - kapyushonni kesib olish
 - lidokain applikatsiyasi

- o‘tuv burma sohasida kesuv o‘tkazish
169. Pastki aql tishining to‘g‘ri joylashishida va perikoronaritda amalga oshiriladi
- + kapyushonni kesib olish
 - tishni olish
- sekvestrektomiya
 - lidokain applikatsiyasi
- o‘tuv burma sohasida kesuv o‘tkazish
170. Uchinchi molyarning kiyin chikishida kuzatiladigan mahalliy asorat
- + trizm
 - nevrалgiya
- mikrostroma
 - kserostomiya
 - pastki jag‘ning torayib kolishi
171. Uchinchi molyarning kiyin chikishida kuzatiladigan mahalliy asorat
- + perikoronarit
 - nevrалgiya
- mikrostroma
 - kserostomiya
 - pastki jag‘ning torayib kolishi
172. tishlarning kiyin chiqishi sababini aytib bering
- + hamma javoblar to‘g‘ri
 - aql tishi sohasida shillik qavatning yallig‘lanishi, chiqish paytida jarohatlanishi
- aql tishi uchun jag‘da joy etishmasligi
 - kapyushon ostida ovqat qoldiqlarini qolishi
 - suyak ustunining mavjudligi
173. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavat rakoldi kasalliklariga oid
- + eritroplakiya, leykoplakiya, qizil volchanka, yassi lishay, shilliqosti fibrozi
 - shoxlanuvchi yallig‘lanish
- termik va ximik kuyish
 - so‘galli rakoldi, chegaralangan rakoldi giperkeratozi, Manganotti xeyliti
 - Bouen kasalligi, dog‘li kseroderma, aktinik keratoz, rakoldi melanozi
174. Lab qizil xoshiyasini rakoldi kasalliklariga oid
- + so‘galli rakoldi, chegaralangan rakoldi giperkeratozi, Manganotti xeyliti
 - shoxlanuvchi yallig‘lanish
- termik va ximik quyish
 - Bouen kasalligi, dog‘li kseroderma, aktinik keratoz, rakoldi melanozi
 - eritroplakiya, leykoplakiya, qizil volchanka, yassi lishay, shilliqosti fibrozi
175. Lab qzil xoshiyasi so‘galli rakoldi kasalligini asosiy davolash usuli hisoblanadi
- + kesib olib tashlash
 - manual
- ximioterapiya
 - kombinirlangan

- nur bilan davolash
- 176. Parodont–bu o‘zida mujassam etuvchi, organlar majmuasi
 - + tishni, milkni, periodontni, alveol suyakni, tish ildizi sementini
 - tishni, milkni, periodontni
- tishni, milkni, periodontni, alveol suyakni
- periodontni, alveol suyakni
- periodontni, alveol suyakni, tish ildizi sementini
- 177. Parodontal cho‘ntakning bo‘lishi xos
 - + paradontit uchun
 - gingivit uchun
- parodontoz uchun
- parodontoma uchun
- periodontit uchun
- 178. Lokal parodontitga olib keladi
 - + qo‘shni tishlar bilan kontakt aloqa punkti bo‘lmasligi
 - gipovitaminoz
- tutqanoqqa qarshi dori vositalarini qabul qilinishi
- endokrin tizimi patologiyalari
- yurak–qon tomir tizimi patologiyalari
- 179. Gipertrofik gingivitni fibroz formasi farqlanadi
 - + fibromatozdan
 - parodontitdan
- paradontozdan
- gerpetik gingivostomatitdan
- yarali–nekrotik stomatitdan
- 180. Qaysi kasallikni davolash vaqtida metronidazol etiotrop vosita hisoblanandi
 - + yarali–nekrotik gingivitda
 - kataral gingivitda
- paradontozda
- parodontitning engil darajasida
- gipertrofik gingivitda
- 181. Milklarda retsessiyaning bo‘lishi xos emas
 - + gingivit uchun
 - parodontit uchun
- paradontoz uchun
- stomatit uchun
- gipertrofik gingivit uchun
- 182. Nevus qaysi xafli usmaga qo‘proq aylanadi
 - + melanomaga
 - adenokarsinomaga
- osteomaga
- rinofimaga
- aralash usma
- 183. Kapillyar gemangiomaning qo‘pincha joylashadigan sohasi

- + lunj va kuz osti sohasi
 - daxan osti sohasi
 - buyin sohasi
 - og'iz bushligi osti sohasi
 - milk
184. Yog' to'qimasining xavfsiz o'smasi
- + lipoma
 - lipomatoz
 - fibroma
 - liposarkoma
 - fibrosarkoma
185. Fibroz to'qima xavfsiz o'smasi
- + fibroma
 - fibrosarkoma
 - fibromatoz
 - epulis
 - lipoma
186. Suyak usmalarini tekshirishning qaysi usuli keng tarqala olmagan
- + ultratovush tekshiruvi
 - rentgen
 - biopsiya
 - sitologiya
 - tomografiya
187. Ameloblastoma qanday to'qimadan rivojlanadi
- + epitelial
 - fibroz
 - biriktiruvchi
 - yog'
 - bez
188. Ameloblastomaning rentgenologik xususiyatlari
- + qo'plab aniq chegarali emirilish o'choqlari, "sovun qo'pigi pufaklari"
 - noaniq chegarali emirilish o'choqlari
 - chegaralangan zichligi gomogen soya tish tojini eslatadi
 - aniq bilinuvchi osteoskleroz, suyak moddasini sezilarli buzilishsiz
 - noaniq shaklga ega va noaniq chegaraga ega suyak nuqsoni
189. Zich odontomani rentgenologik xususiyatlari
- + atrofi ocharish xoshiyasiga ega yuqori intensiv chegaralagan gomogen soya
 - anik chegarali emirilish uchoklari
 - aniq bilinuvchi osteoskleroz, suyak moddasini sezilarli buzilishsiz
 - noaniq shaklga ega va noanik chegaraga ega suyak nuksoni
 - suyak to'qimasi destruksiyasi
190. Odontogen usmalarga kirmaydigan o'smani ayting
- + fibroma
 - ameloblastoma

- sementoma

- miksoma

- odontoma

191. Quyidagi o'smalardan qaysilari odontogen

+ ameloblastoma

- fibroma

- osteosarkoma

- pleomorfadenoma

- ranula

192. Ekskoxleatsiya – bu

+ patologik to'qimani sog' to'qima chegarasigacha olib tashlash

- butun xosilani qobig'i bilan birga olib tashlash

- sistotomiya

- sistoektomiya

- kimirlab turgan tishni olish

193. Ranula qaysi bezni ko'proq zararlaydi

+ til osti bezini

- quloq oldi bezini

- tanglayni mayda bezlarini

- retromolyar sohasining mayda bezlarini

- lunj bezlari

194. Polimorf adenoma tashxisiga qaysi tekshirish usuli yordamida aniqlik kiritiladi

+ punktani sitologik tekshirish

- rentgen

- total biopsiya

- ochiq biopsiya

- to'g'ri javob yo'q

195. Polimorf adenoma bilan katta qismi zararlangan bezga nisbatan qanday muolaja o'tkaziladi

+ paratidektomiya

- O'smani qipiqlash

- subtotalnaya bez rezeksiyasi

- sistotomiya

- sog' to'qima chegarasida kesib olish

196. Fibroz displaziya qaysi kasalliklar turkumiga kiradi

+ suyakning o'smasimon zararlanishi

- suyakning xavfli xosilalari

- xavfsiz o'sma

- kalsinozlar

- to'g'ri javob yo'q

197. Yuz va bo'yin tug'ma kistalarini ikki guruxga bo'linadi, ularni ko'rasting

+ branxial, tireoglossal

- branxial, epidural

- traxéal, tireoid
 - glossal, orbital
 - tugʻri javob yoʻq
198. Kapillyar gemangiomaning asosiy uchraydigan joyi
- + lunj va koʻz osti sohasi
 - daxon osti sohasi
- boʻyin sohasi
 - ogʻiz boʻshligʻi osti sohasi
 - milk
199. Odontogen usmalarga kirmaydigan oʻsmanni ayting
- + fibroma
 - ameloblastoma
- sementoma
 - miksoma
 - odontoma
200. Quyidagi oʻsmalardan qaysilari odontogen
- + ameloblastoma
 - fibroma
- osteosarkoma
 - pleomor adenoma
 - ranula
201. Uch shoxli nerv nevralgiasini bilan kiyosiy tashxislanadi
- + pulpit
 - periodontit
- osteomielit
 - geymorit
 - periostit
202. Nevralgiyada alkogolizatsiya oʻtkaziladi
- + nervning kanaldan chiqish joyida
 - kalla asosida
- nerv tolasi shoxlanish sohasida
 - barcha javoblar toʻgʻri
 - toʻgʻri javob yoʻq
203. Qarama qarshi uchburchak laxtaklar xosil qilish yoʻli bilan plastika kim tomonidan yaratilgan
- + Limberg
 - SHimanovskiy
- Tirsh
 - Krauze
 - Obuxova
204. Toʻgʻri geometrik shakllar xosil qilish yoʻli bilan plastika kim tomonidan yaratilgan
- + SHimanovskiy
 - Limberg

- Bernadskiy

-Tirsh

-Krauze

205. YuJS tiklash muolajasiga qarshi ko'rsatma

+ teri tuberkulezi

- katta nuqsonning mavjudligi

- chuqur nuqsonning mavjudligi

- keloid chandiqli mavjudligi

- burun yo'lida atreziya mavjudligi

206. Band laxtagi bilan plastika kim tomonidan taklif etilgan

+ Filatov

- Bernadskiy

- SHimanovskiy

- Tirsh

- Krauze

207. Muolajalarda maxalliy to'qimalarni ishlatish qachon mumkin

+ atrof to'qimalarda xarakatchan teri osti yog' kletchatkasining mavjudligi

- kletchatka yo'qligida

- to'qimalarning chandiqli o'zgarishlarida

- suyak nuqsonlarida

- tog'ay to'qimasida nuqsonlar mavjudligida

208. YUJS tiklash muolajasiga umumiy qarshi ko'rsatma

+ anemiya

- katta nuqson mavjudligi

- bemor yoshi

- yara mavjudligi

- yoriqlar mavjudligi

209. Ortirilgan nuqsonlar bo'lmaydi

+ tug'ma

- jarohatdan keyin

- o'sma olingandan keyin

- tuberkulyozdan keyin

- zahmdan keyin

210. Odam tanasidagi operatsiyalar kim tomonidan yozilgan

+ Shimanovskiy

- Limberg

- Filatov

- Reverden

-Bernadskiy

211. Lexer bo'yicha lab plastikasiga laxtaklar qaerdan ajratib olinadi

+ kalla suyaging tepa qismi

- quloq orti sohasidan

- quloq orqasidan

- yuz terisidan

- bo‘yinning orqa yuzasidan
212. Abbe uslubi nimani tiklashga qaratilgan
- + yuqori lab
 - kalla terisi
- qosh yoyi
 - burun
 - quloq suprasi
213. Qosh yoyi plastikasi olib boriladi
- + chakka sohasidan olingan oyoqchali laxtak yordamida
 - kalla suyagining tepasidan olingan oyoqchali laxtak yordamida
- arterializlangan laxtak yordamida
 - ikki qavatli laxtak yordamida
 - dublirlangan laxtak yordamida
214. Burun plastikasiga qaerdan olingan laxtakni ishlatish mumkin
- + peshona
 - ensa sohasidan
- lunjdan
 - quloq orti sohasidan
 - chakka sohasidan
215. Lapchinskiy bo‘yicha ko‘priksimon laxtak ishlatiladi
- + pastki lab plastikasi uchun ishlatiladi
 - daxon osti sohasidan oyoqchalar bilan ajratilib olinadi
- yuqori labda ajratib olinadi
 - kallaning yuqori qismidan ajratiladi
 - bo‘yinning orqa qismidan
216. Filatov bandini ko‘pincha qo‘llaniladigan modifikatsiyasi (variantda)
- + SHeftel
 - Parin
- Xitrov
 - Mixelson
 - Lapchinskiy
217. Filatov bandining kamchiligi
- + ko‘p bosqichli
 - katta nuqsonlarning yallig‘lanishi
- kosmetik
 - usulning ishonarliligi
 - plastik materiallarning katta xajmda mavjudligi
218. Yumaloq band taklif etilgan
- + Filatov
 - Bernadskiy
- Xitrov
 - SHeftel
 - Limberg
219. Filatov bandini tezkor usulda tayyorlaganda qaysi bosqich qisqaradi

- + ko‘chib o‘tish
 - mashqlar
 - qon bilan ta‘minlanish
 - almashinuv
 - tana xarorati
220. Egarsimon burunda burun shaklini xosil qilish uchun kerakli operatsiya
- + xondroplastika
 - kojnaya plastika
 - loskutnaya plastika
 - plastika loskutom na nojke
 - osteoplastika
221. Yuz gemiatrofiyasida yaxshi natija beradi
- + yog‘ to‘qimasi bilan erkin plastika
 - xondroplastika
 - teri plastikasi
 - suyak plastikasi
 - tug‘ri javob yo‘q
222. Reverden bo‘yicha teri ko‘chirib o‘tkazilishining xususiyatlari
- + bo‘laklarga bo‘lib, qalinligi , - , sm
 - butun qalinligi bo‘ylab
 - terining yuzaki qavati
 - bo‘laklarga bo‘lib, qalinligi – sm
 - to‘g‘ri javob yo‘q
223. Terining erkin ko‘chirilib o‘tkazilishi o‘tkaziladi
- + xosil bulgan operatsiyadan keyingi yaraga
 - sekvestektomiyadan keyin xosil bo‘lgan yaraga
 - sistektomiyadan keyin xosil bo‘lgan yaraga
 - sistotomiyadan keyin xosil bo‘lgan yaraga
 - to‘g‘ri javob yo‘q
224. Quloq suprasidan burun uchiga plastikasining muallifi
- + Suslov
 - Kyandskiy
 - Limberg
 - Bernadskiy
 - Reverden
225. Tog‘ayning biologik xususiyatlari
- + qon tomirlari yo‘q
 - moddalar almashinuvi past
 - moddalar almashinuvi yuqori
 - tez infeksiyalanadi
 - qon tomir to‘ri rivojlanadi
226. Periapikal sementoma uchun xos belgilarni ko‘rsating
- + tishlar ildizlari bilan bog‘lik soyalarning mavjudligi
 - aniq chegaraga ega bulmagan emirilish o‘choqlari

- ninasimon periostit
 - eruvchi qand
 - paxta tasviri
227. Pastki jag‘ ameloblastomasi uchun xos belgilarni ko‘rsating
- + aniq chegaraga ega emirilish o‘choqlari
 - tishlar ildizlari bilan bog‘lik soyalarning mavjudligi
- aniq chegaraga ega bulmagan emirilish o‘choqlari
 - eruvchi qand misolida
 - “paxta tasviri” ni eslatadi
228. So‘lak bezini rentgenologik tekshirish
- + sialografiya
 - sinusografiya
- fistulografiya
 - angiografiya
 - limfografiya
229. Bo‘yining tug‘ma kistasi bilan bo‘lgan bemorlarni rentgenologik tekshirish
- + fistulografiya
 - sinusografiya
- sialografiya
 - angiografiya
 - limfografiya
230. Tishlar va jag‘lar xakida umumiy tasavvur beruvchi rentgenologik tekshirish usuli
- + ortopantomografiya
 - vnutrirotovaya rentgenografiya
- vnerotovaya rentgenografiya
 - MRT-diagnostika
 - KT-diagnostika
231. Xosila haqida kavatma-kavat ma’lumot beruvchi rentgenologik tekshirish usuli
- + tomografiya
 - og‘iz ichi rentgenografiyasi
- og‘iz tashkarisi rentgenografiyasi
 - ortopantomografiya
 - KT-tekshiruv
232. Suyakning fibroz displaziyasidan dalolat beruvchi simptom
- + jilosiz shisha
 - qulupnay belgisi
- vatniy risunok
 - igolchatiy periostit
 - paxta ko‘rinishidagi destruksiya
233. Radikulyar kista uchun xos rentgenologik belgi
- + aniq chegarali yumaloq shakldagi emirilish
 - noaniq chegarali yumaloq shakldagi emirilish

- tishlar ildizlari bilan bog‘liq zich soya
 - noaniq chegarali yakkol suyak destruksiyasi
 - paxta ko‘rinishidagi destruksiya
234. Radikulyar kista uchun xos rentgenologik tasvir
- + tarkibida tish saqlovchi aniq chegarali yumaloq shakldagi emirilish
 - noaniq chegarali yumaloq shakldagi emirilish
- tishlar ildizlari bilan bog‘liq zich soya
 - eruvchi qand misolida
 - noaniq chegaralarga ega destruksiya o‘chog‘i
235. Yuz va buyin ajinlarida o‘tkaziladigan operatsiya
- + Rauer-Mixelson
 - Kovtunovich
- Paches
 - Lexer
 - Vasilev
236. Limberg buyicha laxtakni ko‘chirib o‘tkazish usuli
- + kesishgan uchburchakli
 - oziqlantiruvchi oeqchali
- dumaloq bandli
 - kon tomirli anastomozda
 - ko‘priksimon laxtak
237. Kesishgan uchburchakli laxtaklar bilan plastika usuli
- + Limberg
 - Abbe
- Milard
 - Sedillo
 - Lapchinskiy
238. Limberg bo‘yicha kesishgan uchburchakli laxtaklar bilan plastikada ishlatiladi
- + til yuganchasini kaltaligida
 - yassi chandiqlarda
- yuz suyaklarining katta nuqsonlarida
 - yuz yumshoq to‘qimasini katta nuqsonlarida
 - buyin nuksonlarini katta nuqsonlarida
239. Limberg buyicha kesishgan uchburchakli laxtaklar bilan plastikasida ishlatiladi
- + qovoqni chandiqli tashqariga ochilishi
 - yassi chandiqlarda
- yuz suyaklarini katta nuqsonlarida
 - yumshok tukimalarni katta nuqsonlarida
 - bo‘yinning katta nuqsonlarida
240. Limberg bo‘yicha kesishgan uchburchakli laxtaklar bilan plastika qilishga ko‘rsatma
- + oqma yo‘lni bartaraf etish

- - yassi chandiqlarda
 - yuz suyaklarining katta nuqsonlarida
 - yumshok to‘qimalarni katta nuqsonlarida
 - bo‘yinning katta nuqsonlarida
241. Maxalliy to‘qimalar bilan bajariladigan plastikani eng oddiy usuli
- + yara chetlarini mobilizatsiya qilish
 - oyoqchali laxtak
 - uchburchakli laxtak
 - terini ko‘chirib o‘tkazish
 - Filatov bandi
242. Maxalliy to‘qimalar bilan plastika usulida asosiy kesim yo‘nalishi bo‘yicha to‘qimalarni o‘sishi kuzatiladi
- + uchburchakli lahtak
 - oyoqchali lahtak
 - yara chetlarin mobilizatsiya qilish
 - erkin terini ko‘chirib o‘tkazish
 - filatov bandi
243. To‘qimani nuqsondan uzoqroq joydan ko‘chirib o‘tkazish qaysi plastika turiga kiradi
- + terini ko‘chirib o‘tkazish
 - oyoqchali laxtak
 - yara chetlarini mobilizatsiya qilish
 - uchburchakli laxtaklar bilan
 - terini chiziqli ko‘chirib o‘tkazish
244. Maxalliy to‘qimalar plastikasida eng muxim qoida
- + yara chetlarida taranglikni yo‘qligi
 - yarani to‘liq kesmaslik
 - to‘qimalarni mobilizatsiya qilmaslik
 - kesim uzunligi minimal xolda
 - kesim uzunligi maksimal xolda
245. Ag‘dariluvchi laxtaklar ishlatiladi
- + ichki qoplamani yaratmok uchun
 - kovoq burilganda tiklashda
 - teri nuqsonlarini tiklashda
 - to‘g‘ri kesimni yopish uchun
 - yassi nuqsonni yopish uchun
246. Oyoqchali laxtakni maksimal burish mumkin bo‘lagn burchak
- + gradusgacha
 - gradusgacha
 - gradusgacha
 - gradusgacha
 - gradusgacha
247. Yuzning kesib o‘tuvchi nuqsoni tiklanadi
- + Rauer bo‘yicha tali

- ko‘priksimon
 - ag‘dariluvchi
 - uchburchakli kesishgan
 - yara chetlarini mobilizatsiyasi
248. Qosh yo‘qligini tiklashda qanday laxtak olinadi
- + yashirin qon tomirli oyoqchali laxtak
 - ko‘priksimon
 - chakka sohasidan
 - Lekser bo‘yicha yig‘ib olingan
 - ikkitali laxtak
249. Erkaklar lab nuqsonini tiklashda ko‘priksimon laxtak olinadi
- + Lekser
 - bo‘yindan
 - yuzdan
 - Lapchinskiy
 - kovoq sohasidan
250. Ayollar lab nuqsonini tiklashda ko‘priksimon laxtak olinadi
- + Lapchinskiy
 - bo‘yindan
 - Lekser
 - yuzdan
 - kovoq sohasidan
251. Oziqlantiruvchi oyoqchali laxtak qanday to‘qimalardan tashkil topgan
- + teri va teri osti yog‘ qavatidan
 - parchalangan teri
 - teri teri osti yog‘ qavati va mushak
 - teri teri osti yog‘ qavati mushak suyak
 - faqat teri
252. Oziqlantiruvchi oyoqchali arteriyalangan laxtak qanday to‘qimalardan tashkil topgan
- + teri teri osti eg‘ qavati va qon tomir chigalidan
 - parchalangan teri
 - teri va teri osti eg‘ qavati
 - teri teri osti yog‘ qavati va mushak
 - teri teri osti yog‘ qavati mushak suyak
253. Oyoqchali laxtak plastikasini maxalliy asoratlari
- + yiringlash
 - miozit
 - nevrit
 - diplopiya
 - sezuvchanlikni yo‘qolishi
254. Plastik operatsiyaning chi etapi
- + og‘riqsizlantirish
 - kesim o‘tkazish

- ko'rsatmalarni aniqlash
- operativ aralashuvni rejalashtirish
- mutaxassislar ko'rigi

255. Tiklovchi xirurgik davoni birinchi bosqichi

- + rejalashtirish
- kesish
- og'riqsizlantirish
- to'qimani ko'paytirish
- mutaxassis ko'rigi

256. Filatov bandini bir vaqtni o'zida hosil qilish va nuqson o'rniga tikish qanday nomlanadi

- + o'tkir
- kadam va kadam
- tezlashtirilgan
- klassik
- o'tkir osti

257. Filatov bandi elka oldida bir vaqtning o'zida shakllantiruvchi va tikuvchi bo'lsa nima deyiladi

- + tezlashtirilgan
- o'tkir
- kadam va kadam
- klassik
- o'tkir osti

258. Filatov bandini shakllantirib va bosqichma bosqich nuqson o'rniga olib kelish nima deyiladi

- + klassik
- o'tkir
- kadam va kadam
- tezlashtirilgan
- o'tkir osti

259. Nuqson joyiga teri yuzasi bo'ylab ko'chirib o'tkaziluvchi Filatov bandi qanday nomlanadi

- + kadam va kadam
- o'tkir
- tezlashtirilgan
- klassik
- o'tkir osti

260. Filatov bandini nuqson o'rniga o'tkazish usuli

- + "g'oz qadami"
- erkin o'tkazish
- allogen transplantatsiya
- ksenogen transplantatsiya
- izogen transplantatsiya

261. Filatov bandini nuqson o'rniga o'tkazish usuli

- + elka oldi orqali
 - erkin o'tkazish
 - allogen transplantatsiya
 - ksenogen transplantatsiya
 - izogen transplantatsiya
262. Klassik Filatov bandini shakllantirish uchun tanani qaysi qismi olinadi
- + qorinni oldi-en sohasi
 - elka oldi
 - elkani ichki yuzasi
 - sonni ichki yuzasi
 - bel
263. O'tkir Filatov bandini taerlashga tanani qaysi qismi olinadi
- + elkani ichki yuzasi
 - elka oldi
 - sonni ichki yuzasi
 - qorinni oldi-en sohasi
 - bel
264. Terini erkin kuchirib o'tkazishga ko'rsatma
- + operatsiyadan keyingi nuqsoni
 - terini teshib o'tuvchi nuqsoni
 - terini suyakkacha nuqsoni
 - nur terapiyadan so'ng bitishi qiyin yaralar
 - terini total nuqsoni
265. #Tirsh buyicha terini erkin laxtagi kanday nomlanadi
- + + kalin dermoepetelyal
 - - bulakka bulingan
 - / kalinlikda
 - yupka dermoepetelyal
 - barcha kavatli klechatkasiz teri
266. Terini erkin kuchirib o'tkazish qanday nomlanadi
- + teri autotransplantantini ko'chirib o'tkazish
 - terini bandli laxtagini ko'chirib o'tkazish
 - oyokchali teri laxtagini ko'chirib o'tkazish
 - mikroanastamozli teri laxtagini ko'chirib o'tkazish
 - qo'priqli laxtagini ko'chirib o'tkazish
267. Ajratilgan teri laxtagi asosan olinadi
- + qorinning oldi qismidan
 - tupikning orka qismidan
 - buyinnig yon qismidan
 - sonnig tashki qismidan
 - yelkaning ichki qismidan
268. Barcha qavatli teri laxtagi asosan olinadi
- + elkaning ichki qismidan
 - tupikning orqa qismidan

- bo'yinnig yon qismidan
 - sonnig tashqi qismidan
 - qorinning oldi qismidan
269. Burun qanoti qisman nuqsoni plastikasi usuli
- + Suslov bo'yicha
 - Rauer bo'yicha
- mikroanastamozli laxtak
 - chakka sohasidan arteriyali laxtak
 - Lekseru bo'yicha
270. Burun chetki qismi nuqsoni plastikasi usuli
- + Raueru bo'yicha
 - Suslov bo'yicha
- mikroanastamozli laxtak
 - lab-lunj burmasidan olingan oyoqchali laxtak
 - chakka sohasidan arteriyali laxtak
271. Burun to'sig'i terili qismi nuqsoni plastikasi usuli
- + Raueru bo'yicha
 - Suslov bo'yicha
- mikroanastamozli laxtak
 - lab-lunj burmasidan olingan oyoqchali laxtak
 - chakka sohasidan arteriyali laxtak
272. Yuqori lab tug'ma kemptigi deformatsiyasi plastika uslubi
- + Limberg
 - Kraylya
- Lekser
 - Sedillo
 - Abolmasov
273. Yuqori lab tug'ma kemptigi plastikasining asosiy vazifasini bartaraf etishdir
- + lab nuqsoni va burun qanoti deformatsiyasi
 - burun qanotini qayirish
- chandiqli deformatsiya
 - burun to'sig'i qiyshiqligi
 - nutqni tiklash
274. Pastki jag' burchagi va shoxini tiklash uchun nima autotransplantat bo'lib hisoblanadi
- + tos suyagini qirrasi va qanoti, kalla suyagi
 - qovurg'aning suyakli qismi
- qovurg'aning tog'ayli qismi
 - metatarzal suyak
 - kaft suyagi
275. Yog' to'qimadan rivojlangan xavfsiz o'sma
- + lipoma
 - lipomatoz
- fibroma

- liposarkoma
- fibrosarkoma

276. Fibroz to‘qimadan rivojlangan xavfsiz o‘sma

- + fibroma
- fibrosarkoma
- fibromatoz
- epulis
- lipoma

277. Ameloblastoma qanday to‘qimadan rivojlanadi

- + epitelial
- fibroz
- briktiruvchi
- yog‘
- bez

278. Kapilyar gemangiomaning klinik belgilariga o‘xshash

- + pigmentli nevus
- lipoma
- fibroma
- papilloma
- teri giperemiyasi

279. Odontogen bo‘lmagan o‘smanni ko‘rsating

- + fibroma
- ameloblastoma
- sementoma
- murakkab odontoma
- odontoma

280. Odontogen o‘smanni ko‘rsating

- + ameloblastoma
- fibroma
- osteosarkoma
- polimorf adenoma
- ranula

281. Fibroz displaziyada suyakdagi xarakterli simptom

- + “xira oyna”
- tut mevasi
- paxta tasviri
- ignali periostit
- eriyotgan qand

282. Jag‘ osteomasini davolash

- + o‘smanni sog‘ to‘qima chegarasida olib tashlash
- o‘sma chegarasidan sm tashlab, pastki jag‘ni rezeksiya qilish
- nur terapiya
- kombinir davolash
- ximioterapiya

283. Osteoid-osteomani davolash

- + o'smani suyak sklerotik qismi bilan olib tashlash
- pastki jag' rezeksiyasi va bir yo'la plastika
- nur terapiya
- kombinir davo
- to'g'ri javob yo'q

284. Gistologik gigant ko'p yadroli xujayralar xos

- + osteoblastoklastomaga
- ameloblastomaga
- odontomaga
- gemangiomaga
- neyrofibromatozga

285. Xodromani birinchidan nima bilan qiyosiy tashxislash kerak

- + xondrosarkoma
- ateroma
- epulis
- nevralkiya
- gemangioma

286. Epulislarga tegishli suyak xosilalarini ko'rsating

- + periferik gigant xujayrali granulema
- -shilliq qavat palipozi
- eozinofil granulema
- gistiotsitoma
- piogen granulema

287. Ameloblastomani asosiy davolash usuli

- + jag' rezeksiyasi va bir yo'la plastika
- ximiyaterapiya
- nur terapiya
- sistektomiya
- xosila qobig'ini qirib tashlash

288. Yallig'lanmagan radikulyar kista punktati rangi

- + xolesterin kristallari saqlovchi tiniq suyuqlik
- xolesterinli massa
- qonsimon
- xira suyuqlik
- tuxum oqsilisimon

289. Katta bo'lmagan xajmli jag' kistalarining asosiy davolash usuli

- + sistektomiya
- sistotomiya
- sklerozlash
- qisman jag' rezeksiyasi
- ekskoxlyasiya

290. Katta xajmli jag' kistalarining asosiy davolash usuli

- + sistotomiya

- sistektomiya
 - kriodestruksiya
 - qisman jagʻ rezeksiyasi
 - yarim jagʻ rezeksiyasi
291. Jagʻ suyaklari periapikal toʻqimalarida yalligʻlanish hisobiga xosil boʻladi
- + radikulyar kista
 - keratokista
 - follikulyar kista
 - nazoalveolyar kista
 - kesuv kanali kistasi
292. Jagʻ radikulyar kistasi sistektomiyasiga koʻrsatma
- + bir ildizli boʻshliqqa ega yakka kista
 - kistani burun boʻshligʻiga oʻsib kirishi
 - kistani yuqori jagʻ boʻshligʻiga oʻsib kirishi
 - katta xajimli (ta tishgacha saqllovchi boʻshliq)
 - jagʻ tashqi kortikal plastinkasi destruksiyasi
293. Kelib chiqishi noodontogen kista
- + dermoid
 - radikulyar
 - follikulyar
 - tish saqllovchi
 - birlamchi
294. Ranula koʻproq qaysi bezni zararlaydi
- + til osti bezi
 - quloq oldi bezi
 - tanglayning mayda bezlari
 - retro molyar soha mayda bezlari
 - lunj bezi
295. Polimorf adenoma tashxisini qaysi usul yordamida aniqlashtiriladi
- + punktatni sitologik tekshirish
 - rentgen
 - total biopsiya
 - ochiq biopsiya
 - toʻgʻri javob yoʻq
296. Quloq oldi bezining katta qismi adenokarsinoma bilan zararlanganda qanday operativ aralashuv bajariladi
- + total paratidektomiya
 - oʻsmi olish
 - bez subtotal rezeksiyasi
 - sistotomiya
 - sogʻ toʻqima chegarasida kesib tashlash
297. Polimorf adenoma xususiyatlari
- + multitsentrik oʻsish
 - infiltrlanuvchi oʻsish

- erta oʻsmari yoʻqolishi
 - siklik rivojlanish
 - yalligʻlanish komponentining borligi
298. Bimanual palpatsiya qoʻllaniladi
- + yuz-jagʻ sohasini xamma patologiyasida
 - yuz-jagʻ sohasida qoʻllanilmaydi
- ogʻiz tubi patologiyalarda
 - fakat pastki jagʻ sulak bezi kasalliklarida
 - jarayonlar faqat lunj sohasi lokalizatsiyasida
299. Jagʻ suyagining periapikal yalligʻlanishida yuzaga keladi
- + radikulyar kista
 - keratokista
- follikulyar kista
 - nazoalveolyar kista
 - kurak tish kanali kistasi
300. Jagʻ suyagining emal organi rivojlanishi buzilganda kelib chiqadi
- + follikulyar kista
 - keratokista
- radikulyar kista
 - nazoalveolyar kista
 - yirtik kanal kistasi
301. Yuz-jagʻ kistasining klinik koʻrinish
- + ogʻriqsiz jagʻ deformatsiyasi
 - ogʻriq
- Vensan simptomi
 - yutinish buzilishi
 - eich oxaksizlangant xosila
302. Follikulyar kista dif\diagnostika qilinadi
- + ameloblastoma bilan
 - odontoma bilan
- sementoma bilan
 - kattik odontoma bilan
 - reparativ granulema bilan
303. Follikulyar kista dif\diagnostika qilinadi
- + radikulyar kista bilan
 - odontoma bilan
- sementoma bilan
 - ameloblastoma bilan
 - reparativ granulema bilan
304. Follikulyar kistada suyak tukimasining destruksiyasiga xos rentgenologik belgi
- + aniq chegara bilan tish boʻshligʻi soyasi
 - erigan qand belgisi
- xosila sohasidagi noaniq chegara

- aniq chegarali bir qancha bo'shliqlar
 - bir ki bir necha tish yuqori sohasidagi aniq chegara
305. Yallig'lanishdan tashkari radikulyar kista punktati qo'yidagi ko'rinishga ega bo'ladi
- + xolesterin kristallari bo'lgan tinik suyuqlik
 - limfa
- kon
 - xira suyuqlik
 - xolesteatoma massasi
306. Kichik o'lchamli kistalarda asosiy davu usuli
- + sistektomiya
 - kriodestruksiya
- sklerozlanishi
 - jag'ning qisman rezeksiyasi
 - jag'ning yarmini rezeksiyasi
307. Katta ulchamli kistalarda asosiy davu usuli
- + sistotomiya
 - sistektomiya
- kriodestruksiya
 - jag'ning kisman rezeksiyasi
 - jag'ning yarmini rezeksiyasi
308. Jag' radikulyar kistasida sistektomiyasi uchun ko'rsatma
- + kichik ulchamli (to tish bo'shlig'igacha)
 - kistani burun bo'shlig'iga o'sishi
- kistani yuqori jag' bo'shlig'iga o'sishi
 - katta ulchamli(tish bo'shlig'idan qo'p)
 - jag' tashqi kortikal qavati destruksiyasi
309. Jag' radikulyar kistasida sistektomiya uchun ko'rsatma
- + yagona kista bir tish bo'shlig'i
 - kistani burun bo'shlig'iga o'sishi
- kistani yuqori jag' bo'shlig'iga o'sishi
 - katta ulchamli(tish bo'shlig'idan ko'p)
 - jag' tashqi kortikal qavati destruksiyasi

**Абу Али ибн Сино номидаги
Бухоро Давлат Тиббиёт Институти
Хирургик стоматология кафедраси**

М А Н ”

тарбиявий

проректор

_____ Г.Ж.Жарылкасынова

« _____ » _____ 2019 йил

“Т А С Д И Қ Л А Й

Ўқув ишлари ва

ишлар бўйича

**«Хирургик 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 «Хирургик стоматология»
кафедрасида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими
тўғрисида**

Н И З О М

Ушбу Низом Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус 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 махсус таълим вазирлигининг 2010 йил 25 августдаги 333 – сон буйруғи билан Низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритилган ҳамда Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлигида 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 ўзгартириш 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, 13.12.2013й) буйруқлари асосида ишлаб чиқилди ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашда асосий меъёрий ҳужжат 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 бўшлиқлар 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 фойдаланишни 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 мудирининг тавсияси билан факультет ўқув-услубий кенгашида муҳокама 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 чиққан ҳолда, семинар, лаборатория ва амалий машғулотларида оғзаки сўров, тест ўтказиш, суҳбат, 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 услубий 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 чиққан 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 синон) шаклида ўтказилади.

Таълим йўналиши ва мутахассисликлари айрим фанларининг хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда факультет Илмий кенгаши ёки институт кенгаши қарори асосида кўпи билан 40% фанлардан якуний назоратлар бошқа шаклларда (оғзаки, тест ва ҳоказо) ўтказилиши мумкин.

“6¹. Назорат турларини ўтказишда холисликни таъминлаш мақсадида талабалар тўғрисидаги маълумотлар уларнинг назорат ишларига олий таълим муассасаси томонидан идентификация 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 буйруғи билан ички назорат ва мониторинг бўлими ёки ўқув-услугий бошқарма раҳбарлигида 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 ўқитиш услубларини ўзига хослигини инобатга 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
	ЖАМИ	100	55,0	1

Даволаш ва тиббий педагогика факультети Vкурс талабалари “Стоматология” фанидан аудитория соатлари 72 соатдан кам бўлган ҳолларда оралиқ назорат ўқазилмайди ва ушбу 100 балл назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади.

жорий баҳолаш - 45 балл;

мустақил иш - 5 балл;

яқуний 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.	Яқуний баҳолаш	50	27,5	0, 5
	ЖАМИ	100	55,0	1

12. Талабанинг рейтинг дафтарчаси ёки талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимига алоҳида қайд қилинадиган малакавий амалиёт, фан (фанлараро) бўйича яқуний 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 бериши лозим:

хулоса ва қарор қабул қилиш;

ижодий фикрлай олиш;

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллай олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

б) 71-85 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллай олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

в) 55-70 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

в) қуйидаги ҳолларда талабанинг билим даражаси 0-54 балл билан баҳоланиши мумкин:

аниқ тасаввурга эга бўлмаслик;

билмаслик.

14. Намунавий мезонлар асосида муайян фандан жорий ва оралиқ назоратлар бўйича аниқ мезонлар ишлаб чиқилиб, кафедра мудирини томонидан тасдиқланади ва талабаларга эълон қилинади.

15. Намунавий мезонларга мувофиқ мутахассислик фанлар бўйича таянч олий таълим муассаси (ТГА) 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 чиққан ҳолда баҳоланади.

17. Талабанинг фан бўйича бир семестрдаги рейтингини қуйидагича аниқланади:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100}$$

бу ерда:

V – семестрда фанга ажратилган умумий ўқув юкларини (соатларда);

O' – фан бўйича ўзлаштириш даражаси (балларда).

18. Фан бўйича жорий, оралиқ ва якуний назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балларнинг 55 фоизи саралаш балли этиб белгиланади ва бунда жорий ва оралиқ назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балларнинг 55 ва ундан юқори 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-

услугий бошқарма) томонидан тузилган рейтинг назорат жадваллари асосида ўтказилади. Якуний назорат семестрнинг охириги 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, ўқишни 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 гуруҳ журналлари 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 тизими ва 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 хотирасига киритилиб, мунтазам равишда таҳлил қилиб борилади.

32. Жорий, оралик ва якуний назорат натижалари кафедра йиғилишлари, факультет ва институт Илмий кенгашларида мунтазам равишда муҳокама этиб борилади ва тегишли қарорлар қабул қилинади.

VI. Якуний қондалар

33. Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Давлат тест маркази тест баҳолари ва рейтинг балларининг ҳолислигини текширишни ташкил этади ва назорат қилади.

34. Ушбу Низомда белгиланган масалалар бўйича келиб чиққан низолар қонун ҳужжатлари асосида ҳал қилинади.

Хирургик стоматология кафедрa йигилишида

муҳокама қилинган ва тасдиқланган,

Баённома №_1__ 28 август 2019 йил.

Кафедра мудири:

З.К. Рахимов.

VI. Asosiy va qo'shimcha oquv adabiyotlar hamda axborot manbalari.

Asosiy adabiyotlar

1. Jilonov A.A., Noraxmadov B.T. Yuz-jag' jarrohligi. Darslik-Toshkent. TTA bosmaxonasi 2018 yil.

Qo'shimcha adabiyotlar.

1. Azimov M.I. Yuzning rivojlanishi va anomalialari. O'quv qo'llanma.- Toshkent. Ilm ziyo, 2018 yil.
2. David A. Mitchel. An introduction to oral and maxillofacial surgery. Textbook. Second edition, 2015 y
3. Kozlov B.A., Kagan I.I. operativnaya chelustno litsevaya xirurgiya I stomatologiya. Uchebnoe posobie. Moskva. GEOTAR – media 2014 g
4. Mukovozov I.N. differensialnaya diagnostika xirurgicheskix zabolevaniy chelustno litsevoy oblasti. Moskva. Meditsinskaya kniga 2014g.
5. Persin L.S, Sharov M.N. Stomatologiya. Neyrostomatologiya. Disfunktsiya zubochehyustnoy sistemi. Uchebnoe posobie. Moskva. GEOTAR. Media-2013g.
6. Evtuxov V.L. Sovremenniy instrumentariy v ChLX. Uchebno metodicheskoe posobie. Minsk. BGMU.2011g
7. Robustova T.G. Xirurgicheskaya stomatologiya. Uchebnik- Kiev. Medisina 2010g
8. Afanasev V.V. Travmatologiya ChLO. Rukovodstvo- Moskva GEOTAR-Media.2010g
9. Timofeev A.A. Xirurgicheskaya stomatologiya. Uchebnik- Kiev. Medisina 2010g
10. Neelima Anil Malik. Textbook of oral and maxillofasial surgery. Second edition. India- 2008 y.
11. Chudakov O.P. Dobrokachestvennie odontogennie opuxoli chelustnix kostey. Ucehbno-metodicheskoe poisobie. Minsk. BGMU. 2008 g
12. Balchenko V.A. Cherepno-litsevaya xirurgiya. Rukovodstvo dlya vrachey. 2006g
13. Agapov V.S. Anesteziologiya, reanimatologiya i intensivnaya terapiya v stomatologii. Moskva 2005 g
14. Balina V.N., Aleksandrova N.M. Klinicheskaya operativnaya ChLX. SPb. 2005g
15. Sokolov V.N. Plasticheskaya rekonstruktivno-vostonavitelnaya I plkasticheskaya xirurgiya. Moskva 2004 g
16. Chudakov O.P. Zlokachestvennie opuxoli koji litsa i nijney gubi. BGMU 2003 g.
17. Koen E. Atlas kosmeticheskoy I rekonstruktivnoy paradontologicheskoy xirurgii. Moskva- 2003g
18. Timofeev A.A. Rukovodstvo po ChLX I XS. Kiev-2002g

19. Bernadskiy Yu.I. Osnovi ChIX I XS. Moskva – 2000g

Internet saytlari.

1. www.stomatology.ru
2. <http://www.zub.ru>
3. <http://www.edentworld.ru>
4. www.medlibrary.ru
5. www.medline.ru
6. www.med.ru
7. www.stom.ru
8. www.dental-revue.ru,