

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

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti

Gospital terapevtik stomatologiya kafedrası

Ma‘ruza №4

Modda almashinuvining buzilishi va boshqa a‘zo tizimlari patologiyasida qizil lab xoshiyasi va og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida kuzatiladigan o‘zgarishlar.

Ma‘ruzachi: professor Komilov X.P.

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

Toshkent — 2016

Mavzu: Modda almashinuvining buzilishi va boshqa a'zo tizimlari patologiyasida qizil lab xoshiyasi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida kuzatiladigan o'zgarishlar.

Ma'ruza maqsadi: Ayrim kasalliklarda og'iz bo'shlig'ida bo'ladigan o'zgarishlar bilan tanishtirish va bu holatlarda stomatolog faoliyatini tashkil qilish bo'yicha tushuncha berish.

Ma'ruza vazifalari: Talabalarga organizmning ayrim kasalliklarida OBSHQ o'zgarishini bilishini ta'minlash va bu holatlarda stomatologik yordam ko'rsatishni tashkil etish lozimligini tushintirish.

Ma'ruza rejasi:

1. Oshqozon-ichak kasalliklarida OBSHQ o'zgarishlari;
2. YUrak-qon tomir kasalliklarida OBSHQ o'zgarishlari;
3. Qon yaratuvchi a'zolar kasalliklarida OBSHQ o'zgarishlari.

Surunkali gastrit

Gastrit kasalligida oshqozonda sekretor holatining buzilishi natijasida OBSHQ da xam xar xil o'zgarishlar vujudga keladi. Bemor shilliq parda rangini o'zgarishi, lab qizil hoshiyasida ok pustloklar, yuzaki yoriklar paydo bo'lishiga shikoyat qiladi. Tilni ipsimon so'rg'ichlari tekislanib, zamburug'simon so'rg'ichlar kattalashishi mumkin. Ba'zan ipsimon so'rg'ichlar atrofiyasi o'choqli tarzda kechib, faqat stomatologik tekshiruvda aniqlanadigan mayda eroziyalar hosil qiladi. Bemorlar ayniqsa ovqat qabul kilganda qo'yish sezgisi, og'riq sezishi mumkin. Bunday deskvamatsiya o'choqlari 3-5 kundan 2-3 xaftagacha saqlanib turishi mumkin.

Sekretpiyasi saqlangan yoki oshgan surunkali gastritda OB rangi va salivatsiyasi odatdagi rangda bo'lishi kuzatiladi. Ta'm sezish faqat dispepsiya davrida buziladi. Tilning urta va dorsal qismlarida ipsimon so'rg'ichlar gipertrofiyalanadi. Aynishu sohada sarg'ish-ok yoki sarg'ish-kulrang karash til yuzasini koplal turadi. Karash rangi va qonsistensiyasi dispepsik buzilishlar og'irlik darajasiga bog'liq. Ipsimon so'rg'ichlar gipertrofiyasi va qalin karash bilan qoplanganligi sababli tilning zamburug'simon so'rg'ichlari yaxshi aniqlanmaydi. Tilning bargsimon so'rg'ichlari bir oz giperemiyalangan, relefi buzilib, bu ko'pincha giperdiagnostika va xavfli o'smalarga shubxa tugilishiga sabab bo'ladi. Til ildizi vauchi sohalarida giperesteziya kuzatilishi mumkin. Stomaskopik tekshirganda til uchi shilliq qavati biroz giperemiyalangan, bargsimon so'rg'ichlar kattalashgan, ayniqsa lokal odontogen shikast natijasida bu yakkol ko'rinadi. Milk sohasida, ayniqsa frontal qismida yallig'lanish kuzatiladi. Milkning marginal qismi infiltratsiyalangan, giperemiyalangan, tekkanda oson qonaydi. Milk so'rg'ichlari deformatsiyalangan.

Sekretor funksiyasi turg'un buzilishi bilan kechadigan yara kasalligi bilan og'rikan bemorlar ko'pincha tilda achishish va og'riqlar, tilning xuddi qo'yan kabi bo'lib bularnikechga tomon borib zurayib borishiga shikoyat qiladilar. Tildagi

og'riqlar ovqat xazm qilish a'zolarini turli qismalirini nerv-reflektor bog'liqlaridan dalolat beradi. Bunda deskvamativ glossitning migratsiyalovchi shaklining yara kasalligi bilan og'rigan bemorlarda kuzatilishi xam misol bo'ladi. Tilning dorsal qismida mayda, nuqtadan tortib to diametri 0. 5-1.5 sm gacha bo'lgan epiteliy deskvamatsiyasi o'choqlar bo'lib, bu o'choqlar til yuzasi bo'ylab kuchib yuradi, shunga kura og'riqlar xam kuchib yuradi. Uchoklar uz-o'zidan yukolishi mumkinligi bilan farq qiladi.

Gastroenterokolit. Bu kasallikda bir vaqtning o'zida xam oshqozon, xam ingichka va yugon ichaklar zararlanadi. O'tkir enterokolitlarni dastlabki kunlarida og'iz shilliq qavati shishgan, giperemiyalangan, gipersalivatsiya kuzatiladi. Tilning yoni va uchida yakkol tish izlari bo'ladi. Bu davrda boshqa o'zgarishlar bo'lmaydi. Dispepsiya og'irligi va ichakdagi patologik jarayonning kechishiga qarab kasallikning 2-3 kunida OBSHQningkurishi kuzatilishi mumkin. Tilning dorsal yuzasi zich sarg'ish-kulrang karash bilan qoplanadi. Kuchli disbakteriozda va intoksikatsiyada ipsimon so'rg'ichlar giperplaziyasi va ularni kungir tusga kirishi kuzatiladi. Ba'zan yumshoq tanglay va lablarining vestibulyar qismidagi so'lak bezlari chiqaruv naylarining ochilib kolishi yoki qisman obturatsiya bo'lishi mumkin. Bu kasallikning asoratlaridan biri—OB kandidomikozi bo'lishi mumkin. OB ning ba'zi sohalarida usti ok, suzmasimon karash bilan qoplangan giperemiya o'choqlari paydo bo'ladi. Karash oson olinib, yupkalashgan va matsratsiyaga uchragan yuza ochiladi. Kandidomikozning davomiyligi asosiy kasallik kechishiga bog'liq.

Surunkali enterokolitda OB och-pushti rangda, biroz shishgan, tilning dorsal qismi bir tekisda oqish-kulrang karash bilan qoplangan.

Xazm organlari patologiyasida OBSHQ da eng ko'p uchraydigan o'zgarish — surunkali qaytalovchi aftoz stomatitdir. Kupincha aftoz stomatit xazm organlari zararlanishi belgilaridan ancha oldin paydo bo'ladi. Kupchiliqda surunkali qaytalovchi aftoz stomatit yakka (1-3ta) yumaloq shakldagi, diametri 0.1-0.8 mm gacha, usti sarg'ish-ok fibroz koplam bilan qoplangan og'riqli elementlar—aftalar paydo bo'lishi bilan kechadi. Aftalar atrofida yoki keskin giperemiya gardishi yoki infiltratsiya (fibrinoz shaklda) kuzatilishi mumkin. Davom etishi 10-14 kun, remissiya davri turlicha bo'lib, 2-3 oydan 6-8 oygacha bo'lishi mumkin. Aftalar bitgan erda affal oqish o'choq kolib, keyinchalik u (7-10 kun) yo'qolib ketadi. Aftoz stomatitning bunday kechishi ko'pincha sekretor funksiyasi buzilgan surunkali gastritlarga xosdir.

Deskvamativ glossitdagi atrofik o'zgarishlarni geografik til, dorili enantema, OB dagi ikkilamchi zahm retsidivi, yassi temiratki, kandidomikozdan ajrata bilish kerak. Surunkali qaytalovchi aftoz stomatitni OB dagi spetsifik jarayonlar (sil,zahm) bilan taqqoslanadi. Kaytalovchi aftoz stomatitning deformatsiyalovchi shaklini endokrin va yurak-qon tomir patologiyasidagi trofik yaralar va o'sma oldi holatlar bilan solishtiriladi. Lab qizil hoshiyasining yupkalashishini meteorologik xeylit, agar oson kuchadigan pustloklar bo'lsa eksfoliativ xeylitning kuruk shaklidan ajrata bilish kerak.

Davolash: sekretor etishmovchiligi bo'lgan gastritda sut va dagal kletchatkasi bor maxsulotlarni chegaralaydigan parxez buyuriladi. Og'iz shilliq

qavati atrofiyasida, ayniqsa u achishish va shikastlanish bilan bilan kechsa og'izga kungabokar yoki zaytun yogidan vannalar qilinadi. Bir kultum yog og'izga 10-15 minutga olib ushlab turiladi, kuniga 2-3 marta qaytariladi. OB dagi zararlanishlar kuchli og'riqlar bilan kechganda anesteziinning yog yoki glitserindagi 2-5% li eritmasi 0.1%li dimedrol mundazal-gel eritmasi 1%li promekain bilan og'rigan sohalarga surtiladi. Disbakterioz chaqirmaslik uchun agarda ikkilamchi infeksiya qo'shilishi belgilari (elementlar yuzasida kungir-kulrang karash, yiring oqishi, badbuy xid) bo'lmasa og'izni antiseptik eritmalar bilan chaykash tavsiya etilmaydi.

Deskvamativ glossit va glossalgiyada fizioterapevtik muolajalar: analgin fonoforezi, bo'yin simpatik tugunlari sohasiga novokain elektroforezi tavsiya etiladi. Oxirgi paytda geliy-neon lazer nuri bilan davolash yaxshi natijalar bermokda. Davolash kursi 10 ta lazer muolajasidan iborat bo'lib, ko'pincha 4-5 seanslardan so'ng bemorlarni tildagi achishish va og'riqlar bezovta qilishi kamayadi. Epiteliy deskvamatsiyasi o'choqlari esa yo'qoladi. Surunkali qaytalangan aftoz stomatitni davolashni avval xazm a'zolari kasalliklarini patogenetik davolashdan boshlash kerak. OB va LOR a'zolarini sanatsiya qilish, kerak bo'lgan xollarda tishlarni protezlash xam davolashda muhim rol uynaydi.

Epidemik yoki virusli kasallik (Botkin kasalligi). Virusli gepatitda OBSHQ o'zgarishlari doim kuzatiladi. prodromal davrda shilliq qavat kurukligi, ba'zan shishi, labning vestibulyar qismida tarqalgan giperemiya o'choqlari bo'lishi kuzatiladi. Jigar patologiyasida ko'pincha qon tomirlar zararlanishi kuzatiladi. Bu zararlanishlar teleangiekgaziyalar, gemorrragiya ko'rinishida yuzaga chiqadi. OBSHQ da uchraydigan teleangiekgaziyalar yumshoq, tanglay va labning vestibulyar qismida ayniqsa yakkol ko'rinadi. Kasallik avjiga chiqqan davrda til dorsal qismida epiteliy deskvamatsiyasi o'choqlari va ipsimon so'rg'ichlar atrofiyasi kuzatiladi. Bu o'zgarishlar butun til yuzasida kuzatilsada, til epiteliysining atrofiyasi fonida uning relefligi yaxshi ko'rinmaydi. Infeksion gepatitning ahamiyatli belgisi — juft so'lak bezlari — quloq oldi, jag osti va til osti bezlar chiqarish naylarining sargimtir tusga kirishidir. CHikaruv naylari atrofi epiteliysi giperplaziyalangan, ba'zan matseratsiyalangan bo'ladi. Mayda so'lak bezlari esa chiqaruv naylari kengayib, giperplaziyalanadi. Kasallikning prodromal va avj olish davrida og'iz shilliq qavatida mayda, guruxlanishga moyil eroziyalar kuzatilishi mumkin. Ularning yuzasidagi fibrinor karash intensiv sarik tusga buyalgan bo'ladi. Lunj, retromolyar soha, labni vestibulyar qismidagi shilliq kavtida uchraydigan yog hosilalari (Fordays granulari) bo'lgan bemorlarda ular qonturi keskinlashib, intensiv sarik rangga kiradi.

Milk qirradi shilliq qavati keskin giperemiyalanib, shishadi, uni klinik ko'rinishi kataral gingivitni eslatadi. Ba'zan milklar qonaydi. Jigar parenximasida og'ir distrofik o'zgarishlar bo'lganda OB dagi kataral zararlanishlar yarali-nekrotik zararlanishga utishi mumkin. OB dagi o'zgarishlar asosiy kasallik tuzilishiga bog'liq holda yo'qolib borishi kuzatiladi.

Jigar sirrozi. Jigar sirrozining boshlangich davrida OB dagi o'zgarishlar xuddi yuqorida etilgan gepatitlardagi kabi bo'ladi.

Sirrozning rivojlangan boskichlarida OBSHQ rangi o'zgarib, u sianotik tusli och-pushtirangga kiradi. Epiteliyning o'choqli yoki diffuz xiralashishi, ba'zan matseriya va eroziyalar xam kuzatilishi mumkin.

Til shilliq qavati atrofiya va deskvamatsiyaga uchraydi. Deskvamatsiya o'choqlari yakka yoki tarqalib butun tilni kamrab olishi mumkin. Til silliq, giperemiyalangan, tabiy burmalari esa chuqurlashgan bo'lib qoladi. Lab qizil hoshiyasi va shilliq qavat yupkalashgan bo'ladi. Labning chekkalari yoki urtasida kiyin epitelizatsiyalangan va infeksiyalanishga moyil yoriklar paydo bo'ladi. Og'iz shilliq qavati, kuruk, kandidamikoz kuzatilishi mumkin. Darmonsizlangan bemorlarda shilliq qavatni kandidamikomi surunkali kechishga ega bo'lib qoladi. Uni ustidagi koplam kiyinlik bilan olinib, o'rnida mitseliy ipchalari usishi natijasida lixensimon o'choqlar ochiladi. Og'iz burchaklarida uzoq bitmaydigan lab yoriklari ikkilamchi giporiboflavinoz belgisi hisoblanadi. Sirrozning ko'p uchraydigan belgilaridan biri — OB ning turli joylarida kuzatiladigan teleangiektaziyalardir. Ular OB da ko'plab kuzatilishi, shu bilan birga yumshoq tangchay sohasidagi tomirlar uziga xos rel'eflikka ega bo'lib qoladi.

Davolash: Botkin kasalligida kasalligida kasallik avj olgan davrda stomatolog ehtiyotkorlik bilan yordam ko'rsatishi kerak. Qon ketish xavfi bo'lgani sabablitish olish va tish-milk cho'ntaklari kyuretajini o'tkazish man etiladi. OB da achishish va paresteziyalar bemorni bezovta kilsa indifferent vositalar: anesteziinning glitserindagi eritmasi, dimedrolning 0.1% eritmasi, moychechak, zveroboy, shalfey utlari damlamasi bilan chayish buyuriladi. Gerpetik toshmalar kuzatilganda dastlabki kunlardan boshlab virusga qarshi surtmalar (oksolin, tebrofen, interferon) tavsiya qilinadi.

Surunkali gepatitda uchraydigan og'iz shilliq qavati o'zgarishlari xuddi virusli gepatitniki kabi davolanadi.

Jigar sirrozida og'iz shilliq qavatini davolash reparativ regeneratsiya jarayonini yaxshilashga karatiladi. Keratoplastik vositalar—karotolin, na'matak moyi, kungabokar, zaytun yoki shaftoli moylari, retinol, tokoferol atsetat kabilar applikasiya yoki og'iz vannalari ko'rinishida tavsiya etiladi. Kandidomikoz rivojlanganda nistatin va levorin surtmalari applikasiyalari va dekamin karamelini qo'llash mumkin. Kokkli mikroflora qo'shilishi kuzatalgan holda aerezollar—ingalipt, oksikort, sintomitsin emulsiyasi applikasiyalari kiska muddatga tavsiya etish mumkin. Antibakterial terapiya 5-7 kun olib boriladi, effekt bo'lmaganda antibiotik almashtiriladi. OB ni asosiy kasallik nafaolligida sanatsiya qilinadi.

YUrak-qon tomir etishmovchiligining kompesatsiyalangan davrida

OBSHQ da xech qanday o'zgarishlar kuzatilmaligi mumkin. OBSHQ ning himoya (barer) xususiyati yaxshi rivojlangan bo'lsa, hatto adekvat davolanayotgan og'ir qon aylanishi etishmovchiligida xam OB da o'zgarishlar bo'lmasligi mumkin. Odatda og'ir qon aylanishi aylanishi etishmovchiligida agar OB sanatsiya

qilinmagan bo'lsa, agarda surunkali tonzillit bo'lsa—surunkali stomatitlarni avj olishi va ularni permanent kechishi kuzatiladi. Bunda stomatitlardan tashqari OBSHQ ni kukimtir tusda bo'lishi xam ahamiyatga molik. Bemorlarni odatda xech narsa bezovta kilmaydi, ba'zan esa og'izda achishish, kamrok ovqat qabul kilganda og'riq bo'lishiga shikoyat qilishi mumkin.

II-III darajada dekompesatsiyalangan qon aylanish etishmovchiligi og'iz shilliq qavatini aniq klinik o'zgarishlarini chaqirishi mumkin. Bunda shilliq qavat rangpar, sianotik tusli bo'lib, sianoz ko'pincha milk chekkalari, ravoqlar va lablar, ularning atrofidagi terida kuzatilishi mumkin. Lunj va til shishib, yumshoq to'qimalar dumbokchasimon shaklga keladi. OBSHQ da yarali-nekrotik o'zgarishlar, trofik yaralar paydo bo'lishi mumkin. Bunda umumiy ahvolning yomonligi (xansirash, kamkuvvatlik, shishlar) fonida og'izda oriklar paydo bo'ladi va u ovqat qabul qilishga halaqit beradi. Ba'zan OB da chekkalari notekis bo'lgan yakka yaralar paydo bo'lib, ularni usti nekrotik karash bilan qoplangan bo'ladi. Ba'zan nekrotik o'choqlar o'rnidan kuchmay, kuzga koraygan o'choqlar xolida ko'rinadi. Trofik yaraning uziga xosligi—uning atrofida yallig'lanish bo'lmaligidir. So'lak kuyuklashib og'izdan kulansa xid keladi.

Turgun dekompensatsiya bo'lganda OB dagi o'zgarishlar rivojlanib, yaqin joylashgan suyak to'qimasiga utishi va u erda lokal osteomielit va sekvestratsiya chaqirishi mumkin. Tukimalarning nekrotik emirilishi natijasida og'ir qon ketishlari kuzatilishi mumkin.

Trofik yara paydo bo'lishiga shilliq qavatni tishlar, protezlar, dori vositalari bilan shikastlanishiga olib kelishi mumkin.

Trofik yara patogistologik tekshirilganda surunkali yallig'lanish jarayoni, oralik to'qimaning usib ketishi, qon va nerv tomirlarining o'zgarishi topiladi. Yara tubi sitologik tekshirilganda turlicha parchalangan neytrofillar, OB mikroflorasi gistiotsitar hujayralar va yallig'lanish elementining kamayganligi (areaktiv kechish) kuzatiladi.

Travmatik yaradan farq kilib, qon aylanish etishmovchiligidagi yaralar shikastlovchi omil bartaraf etilganda xam bitmaydi.

Trofik yarani travmatik yaradan tashqari yana Vensan yarali-nekrotik stomatiti va qon kasalliklaridagi og'iz shilliq qavati yaralaridan ajrata bilish kerak.

YUrak-qon tomir etishmovchiligida kataral gingivit va stomatit kuzatilib, u ko'pincha yarali-nekrotik holatga utishi mumkin. YUrak-qon tomir kasalliklari bilan og'riqan bemorlarda aftoz stomatit uziga xos kechishga ega. Afta joylashgan to'qimalar areaktivligi natijasida aftalar ko'pincha yarali-nekrotik elementlarga aylanadi. Ular mayda o'choqli ishemiya ko'rinishida boshlanib, bunda rangpar-sianotik fonda okimtir o'choqlar paydo bo'ladi va ular keyingi kunlar davomida aftalarga aylanadi. Uning ko'rinishi mayda o'choqli aftani eslatadi. Atrof to'qimalarning yallig'lanishi va infiltratsiya kuzatilmaydi. Afta yuzasi oqish-kulrang parda bilan qoplangan bo'ladi. Asosiy kasallik og'irlashishi natijasida aftalar yaralarga aylanishi va retromolyar sohalarda qo'shib ketib, katta nekroz o'choqlarini hosil qilishi mumkin.

YUrak-qon timir etishmovchiligida til epiteliysi xam o'zgarishi mumkin. Bunda til tanasidagi ipsimon so'rg'ichlar deskvamatsiyasi kuzatiladi. Til yuzasi tekis va yaltirok (silliqlangan til) bo'lib qoladi. Til epiteliysining yupkalashishi va ipsimon so'rg'ichlar atrofiyasi natijasida bemor til achishishiga shikoyat qiladi.

Davolash: OBSHQ vodorod peroksidining 1% li eritmasi bilan yoki 1% li yodinol, 0.2% li xlorgeksidin bilan ishlov beriladi. Og'izni iliq furatsilin yoki rivanol eritmasi bilan chayib turish mumkin. SHundan so'ng sintomitsin emulsiyasi, aloe linimenti, anestezin va usninat natriy, propolisning lanolisdagi 2-5% li eritmasi bilan applikatsiyalar qilinadi.

Miokard infarqtida kasallikning birinchi kunlarida tilda o'zgarishlar — deskvamativ glossit, til yoriklari, ba'zan ipsimon va zamburug'simon so'rg'ichlar giperplaziyasi kuzatiladi. Kapillyaroskopiya kapillyarlar shakli kundalang, uzunasiga yoki koptokcha shaklida joylashganligi aniqlanadi. Kapillyarlarda staz bo'lishi mumkin. Infarqtning rivojlangan davrida tilning shishi va undagi yoriklar, eroziya, yaralar bilan bir vaqtning o'zida kuzatilishi mumkin. Miokard infarqtida tilda kuzatiladigan o'zgarishlarni oshqozon-ichak trakti va infeksiyon kasalliklardagi o'zgarishlar (ayniqsa til shishi) bilan solishtira bilish kerak.

YAKkol "malina tusli" til kapillyaroskopik tekshirilganda so'rg'ichlar va so'rg'ichlar orasiga qon qo'yilganligi aniqlanadi. Bu xol ko'pincha gemodinamikani buzilishiga olib keladigan og'ir miokard kasalliklarida kuzatiladi. Bemorning ahvoli yaxshilanib borgan sari kapillyaroskopik ko'rinish yaxshilanib boradi.

OBSHQ ning trofikasi buzilishi natijasida zararlanganda keratoplastik vositlar, anestetik applikasiyalar buyuriladi, jarroxlik muolajalari man etiladi. Tish olish va davolash faqat kasallik engillashgan davrda, dori vositlari bilan kafolatlangan holda olib boriladi.

SHunday kilib, OB dagi o'zgarishlar yurak-qon tomir kasalliklarida gipoksiya va mikrotsirkulyasiya buzilish hisobiga kelib chiqadi. Sub'ektiv: bemorlar og'izda achishish, OB da shish va nokulaylik, tishlar atrofidagi nevralgik og'riqlarga shikoyat qiladilar. Ushbu patologiyaga gingivit, stomatit, deskvamativ glossit, OB kandidamikozi, ishemik nekroz va shilliq qavat paresteziyasi xosdir. Periferik qon aylanishi keskin buzilganda suyak to'qimasi xam nekrozga uchrashi mumkin. YUrak-qon tomir kasalliklari ba'zi stomatologik kasalliklarni kuzgatishi mumkin. Masalan, xafaqon va ateroskleroz parodontitning etiologik omili hisoblanadi.

Postgemorragik anemiyalar

Doimiy belgisi – molyarlar jipslashuv sohasida OBSHQ tarangligi buzilishi oqibatida tish izlari kolishi. OBSHQ okargan, ba'zan ko'kargan, patologik elementlarni atrof to'qimalaridan aniq ajralib turishi.

Davolashda: qon yo'qotilishini bartaraf etish, eritropoezni stimulyasiyalash uchun gemotransfuziya o'tkazish, temir preparatlari va V12 vitaminni qo'llash samaradorlik beradi.

Temir tanqisligidagi anemiya

YUvenil xloroz. Ta'm sezishni buzilishi paresteziya, ishtaxa yo'qolishi, kungil aynashi, kabziyat. OBSHQ rangi o'zgarishi: okarishi, kulrang yashil tus olishi, ayniqsa distal sohalarda.

Kechki xlorozda (Essensial temir tanqisligi anemiyasi) OBSHQ da parasteziya, atrofik va yallig'lanishli o'zgarishlar. Til yon yuzasi va uchida tuk qizil dog'lar paydo bo'lishi mexanik tia'sirlardan achishish va og'riq bilan davom etadi. Kasallikni yana bir belgisi – so'lak va shilliq bezlaridagi o'zgarishlar. Og'iz

bo'shlig'i kurishi, og'iz burchagida bichilish, milklar qonashi, epitemial koplam atrofiyasi. OBSHQ okargan yoki och pushti rangda. Tildagi o'zgarishlar – til so'rg'ichlari va epitemial koplam atrofiyasi. Bemorda tishlar kariesi jadalligi ushish kuzatiladi.

OBSHQ o'zgarishlarida simptomatik davolash o'tkaziladi. Parasteziyada og'riqsizlantirish uchun 2% anestezinni shaftoli yogidagi eritmasi, 0,2% dimedrol eritmasi ishlatiladi. Kapatoplastiklar (Aloe menimenti, kalendula yogi, shipovnik yogi va boshqa) qo'llanadi.

Faliy tanqisligi anemiyasi

Addisson-Birmer xavfli anemiyasi. Kasallik boshida tilda og'riq va achishishi bilan kechadi. Xos klinik simptom – Xanter glossiti - til yuzasida og'riqli, tuk qizil yallig'lanish sohalari paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Yallig'lanish til yoni va uchlariga tarqalib, butunlay tilni koplaydi. Tilda aftalar bo'ladi. Sungra yallig'lanish kamayib, surgiklar atrofiyalanadi, til yaltirok, silliq bo'lib qoladi. («laklangan» til). Til palpatsiyada bushashgan, yuzasi chuqur yoriklar bilan qoplangan, chetlari g'adir-budur, yugancha, til til uchi va yonida ko'plab eroziyalar paydo bo'ladi. Til yuzasida karash karash bo'lmasligi xarakterli xususiyati pernitsioz anemiya uchun xosdir. Kup holda gullagan karies aniqlanadi.

Davolash. Simptomatik davoda parasteziyani og'riqsizlantirish, reparatik jarayonlarni jadallashtirish va normallashtiri muhim ahamiyatga ega. Og'riqsizlantirish uchun 0,1% dimedrol eritmasi bilan og'iz vannochkalari o'tkazish, 3% anestezinni yogdagi eritmasi, 2g. novokain va 5g. Urotropinni 200 ml. dist. Suvda aralashmasi qo'llash natija beradi. Achishishni kamaytirish va epitelizatsiyani kuchaytirish uchun vit. V12, kungabokar yogi va karotolin (2:1) aralashmasi, usnitat natriy va anestezin, oblepixa va shipovnik yogini applitsiyasi ishlatiladi.

Leykozlar

O'tkir leykozlarda OBSHQ dagi yarali nekrotik jarayonlarni yumshoq tanglay, til yuzasi va uchida bo'lishi xos belgidir. OBSHQ da yakkol destruktiv o'zgarishlar bo'lishi bilan birga yallig'lanishli leykotsitar genfiltratsiya bo'lmasligi xarakterli. Xujayraviy infiltratlar bo'lishi, sog'lom SHK sohasi yupka yoki shishgan bo'lishi, til va yumshoq tanglay limfatik apparatini giperplaziyasi belgilari aniqlanadi.

Leykozning ba'zi turlarida milkda uziga xos infiltratsiya bo'lishi ko'rinadi. Infiltratlar uncha chuqur bo'lmaydi, ustidagi SHK qizargan, yaralangan, ba'zan kuchishi oqibatida alveolar usikda sekvestratsiya ko'rinadi. Leykozda tilda o'zgarishlar epitemiy yupkalashuvi, kurish, giperplastik jarayonlar bilan xarakterlanadi. Og'iz burchagida «leykemik» bichilishlar bo'ladi. Surunkali aftoz stomatit va o'tkir leykoz birga kelganida, kasallik retsidivi davrida nevrotik aftalar toshmasi aniqlanadi.

Surunkali leykozda OBSHQ dagi o'zgarishlar o'tkir turidan kam farqlanadi. Nekrotik o'zgarishlar kam bo'ladi.

Surunkali misloleykozda OBSHQ eroziv va yarali jarayonlar bo'lishi, nekrotik o'zgarishlar kasallik o'tkirlashuv davrida bo'lishi xarakterli. Kandidozlar terminal davrida rivojlanadi.

Davolash. Gemotraisfuziya, sitostatiklar qo'llash yosh hujayralar proliferatsiyasini kamaytiradi. Ba'zan gormonal preparatlar qo'llanadi.

Postekstratsion qon oqishini tuxtatish stomatologik yordamda muhim ahamiyatga ega. Og'iz bo'shlig'i sanatsiyasini kasallik remissiyasi davrida o'tkaziladi. Kuchsiz antiseptik va burishtiruvchi moddalar bilan chaykash yaxshi natijalar beradi.

Yarali-nekrotik jarayonlarni sekin-astalik bilan ishlov berib, keratoplastiklar bilan applikasiya qilish maqsadga muvofiqdir. Og'riqsizlantirishda 1% piromekain, anestezin ishlatiladi. Giperplastik jarayonlarda antibiotiklar, vitaminlar, gemoterapiya, koktikosteroidlar, sitostatiklar qo'llanadi. Bunday jarayonlarni yo'qotish uchun ta'sirlovchi faktorlarni (tish tolari, plomba qirralari) bartaraf etiladi. Gormonlar to'tuvchi pastalarni qo'llash yaxshi natijalar beradi.

Agranulotsitoz

OBSHQ, yumshoq tanglay, tanglay yoylari, lab vestibullar yuzasi qizarib shishgan. SHu fonda ko'plab kulrang karashli eroziya va aftalar joylashgan. Eroziyalar tudalashib joylashib nekrotik karash koplashi mumkin. Nekrotik karashlar kuchirilganda qontalash yuzalar ochiladi. Milk kirgogi shishgan. Bu holat leykozda xam namoyon bo'ladi, banal yarali nekrotik stomatitda xam bo'ladi. Bunga sabab yallig'lanishni anaerob infeksiya bilan asoratlanishidir. Bunda xal kiluvchi bo'lib qon tahlili hisoblanadi.

Simptomatik terapiya patogenetik davolash fonida oli boriladi. Og'iz bo'shlig'ini iliq 0,02% furatsilin, 0,1% etakridin laktat, 3% vodorod perodiksidi 1 g. koshikda 1 stakan suvda eritmasi, utlar damlamasi bilan chaykash tavsiyalanadi. Ovkatdan oldin og'riqsizlantirishni 1-2% piromikain eritmasi, 5% anestezin yogdagi eritmasi bilan amalga oshiriladi.

Patologik toshmalar paydo bo'lganida kasallik boshida virusga qarshi mazlar: oksolin, tebropfen bonafton qo'llanadi. OBSHQ destruktiv o'zgarishlar bo'lganida aerozol preparatlar: gengalipt, oksikort, trimetazol qo'llash kulay hisoblanadi. Bu preparatlarni ta'sir doirasi ancha keng hisoblanadi.

Adabiyotlar:

Asosiy:

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

Qo‘shimcha:

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