

МАШАРИПОВА НАСИБА АТАБОВНА

**БОЛАЛАР ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ ЮҚУМЛИ
КАСАЛЛИКЛАРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРИ**

Ўқув қўлланма



Ургенч - 2025

УРГЕНЧ ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

БОЛАЛАР ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРИ

Билим соҳаси - Ижтимоий таъминот ва соғлиқни сақлаш - 900000

Таълим соҳаси: Соғлиқни сақлаш - 910000

Таълим йўналиши: Стоматология - 60910100

Ургенч – 2025

Тузувчи:

Н.А.Машарипова - Ургенч давлат тиббиёт институти Терапевтик ва ортопедик стоматологияси кафедраси катта ўқитувчиси., PhD

Такризчилар:

Ф.А.Тураева – Бухоро давлат тиббиёт институти Болалар стоматологияси кафедраси DSc, доценти

Ю.А.Собиров - Ургенч давлат тиббиёт институти Жаррохлик ва болалар стоматологияси кафедраси мудири т.ф.н. доцент

Ўқув қўлланма Ургенч давлат тиббиёт институти Илмий кенгашида кўриб чиқилди.

«_____» _____ 2025 йил ____ сонли баённома

Кириш

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасида амалга оширилаётган катор ислохотлар аҳолига сифатли тиббий ёрдам кўрсатишга йўналтирилган. Болаларда стоматологик касалликлар орасида оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг юқумли касалликларидаги ўзгаришлар юқори даражада учраши тиббиётнинг долзарб муамоларидан бири ҳисобланади. Маълумки болалар амалиётида юқумли касалликлар кўп учрайди ва асорати бола организмда иммун ҳолатнинг пасайишига олиб келади. Ушбу ҳолатларни олдини олиш мақсадида, болаларда юқумли касалликларини эрта аниқлаш ва самарали даволаш ҳар бир врач стоматологнинг кундалик вазифаси ҳисобланади. Бугунги кунда жаҳон андозалари ва талабларига жавоб берадиган кадрларни тайёрлашда янги авлод адабиётларини яратиш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Статистик маълумотлар шуни кўрсатадики, Республикамиз ҳудудларида стоматологик касалликлар жуда кенг кўламда тарқалган бўлиб, ҳусусан болалар ёшида кўпчиликни ташкил этиши бу ҳеч кимга сир эмас. Шунининг олган ҳолда ҳукуматимиз болалар саломатлигини муҳофаза қилиш мақсадида ишлаб чиққан “Соғлом авлод” дастурида мазкур касалликлар профилактикаси ҳам ўз аксини топган. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари натижасида вужудга келадиган патологик жараёнлар, ушбу касалликлар асоратлари организмнинг маҳаллий ва умумий ривожланишига салбий таъсир кўрсатади. Энг кўп ҳолатларда бу-болаларда оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари ва унинг асоратлари ҳисобланади. Фан ва техниканинг юксак ривожланган даврида яшаётганимиз, шунингдек янги даволаш усуллари кенг кўламда қўлланишига қарамасдан ҳалигача болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари ёки бу даражадаги оғир асоратлари учраб турибди. Бу айниқса ёш авлодда-болаларда кўп учраши, улар катта ёшга етганда ушбу касалликнинг асорати оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари ортиб боришига сабаб бўлмоқда.

МУНДАРИЖА

I БОБ. БОЛАЛАР ЁШИДА ОБШҚ ЎТКИР ЮҚИМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИДА ЎЗГАРИШЛАРИ.

1.1 Болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг скарлатинадаги ўзгаришлари	8
1.2 Болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг дифтериядаги ўзгаришлари.....	11
1.3 Болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг кўкйўталдаги ўзгаришлари.....	12
1.4 Болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг қизамиқ , қизилча, сувчечакдаги ўзгаришлари.....	13
1.5 Болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг Юқумли моноклеоз даги ўзгаришлари.....	17
1.6 Болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ўткир герпетик стоматитлардаги ўзгаришлари.....	18

II БОБ. БОЛАЛАР ЁШИДА ОБШҚ СУРИНКАЛИ ЮҚИМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАРИ.

2.1 Болаларда қайталанувчи сурункали герпетик стоматитлар	22
2.2 Болаларда Венсан – гингиво стоматити	26
2.3 Оғиз бўшлиғи вирусли сўгаллари	30
2.4 Сил касаллигида болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ўзгаришлари	31
2.5 Захмда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ўзгаришлар	46
2.6 ОИТС оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ўзгаришлар	72
Вазиятли масалалар.....	88
Тест саволлари.....	97
Назорат саволлари.....	122
Фойдаланилган адабиётлар.....	125

СОДЕРЖАНИЕ

Глава I. ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МИНДАЛИН В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.

1.1 Изменения скарлатины слизистой оболочки полости рта в детском возрасте.....	8
1.2 Изменения при дифтерии слизистой оболочки полости рта в детском возрасте.....	11
1.3 Изменения слизистой оболочки полости рта в молочной железе в возрасте	12
1.4 Изменения слизистой оболочки полости рта при кори , краснухе, ветрянке в детском возрасте.....	13
1.5 Изменения инфекционного мононуклеоза слизистой оболочки полости рта в детском возрасте.....	17
1.6 Изменения острого герпетического стоматита слизистой оболочки полости рта в детском возрасте.....	18

Глава II. ИЗМЕНЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА ПРИ ОБСЕССИВНО- ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

2.1 Рецидивирующий хронический герпетический стоматит у детей	22
2.2 Венозно – гингиво-стоматит у детей	26
2.3 Вирусные возбудители заболеваний полости рта	30
2.4 Изменения слизистой оболочки полости рта в возрасте детей с туберкулезом	31
2.5 Изменения слизистой оболочки полости рта при сифилисе	46
2.6 СПИД изменения слизистой оболочки полости рта	72
Ситуационные вопросы.....	88
Тесты	97
Контрольные вопросы.....	122
Использованная литература.....	125

CONTENT

CHAPTER ONE. CHANGES IN ACUTE INFECTIOUS DISEASES OF THE TONSILS IN CHILDHOOD.

1.1 Changes of scarlet fever in the mucous membrane of the oral cavity in children vozraste.....	8
1.2 Changes in diphtheria the mucous membrane of the oral cavity in children vozraste.....	11
1.3 Changes of the mucous membrane of the oral cavity in the breast at the age of	12
1.4 Changes of the mucous membrane of the mouth in measles , rubella, chickenpox in children.....	13
1.5 change infectious mononucleosis mucous membrane of the oral cavity in children vozraste.....	17
1.6 Changes in acute herpetic stomatitis the mucous membrane of the oral cavity in children.....	18

Chapter II. CHANGES IN THE AGE OF A CHILD WITH OBSESSIVE- INFECTIOUS DISEASES.

2.1 Chronic Recurrent herpetic stomatitis in children	22
2.2 Venous – gingivo-stomatitis in children	26
2.3 Viral pathogens of the oral cavity	30
2.4 Changes in the mucous membrane of the mouth in the age of the children with tuberculosis	31
2.5 Changes in the mucous membrane of the oral cavity in syphilis	46
2.6 AIDS changes of the mucous membrane of the oral cavity	72
Situational questions.....	88
Tests	97
Control questions.....	122
References.....	125

I БОБ. БОЛАЛАР ЁШИДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ ЎТКИР ЮҚИМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИДА ЎЗГАРИШЛАРИ.

Ўткир юқумли касалликларнинг клиник белгиларидан бири бу - оғиз бўшлиқи шиллиқ қобик қаватида кечадиган асоратли жараён белгиларини аниқлаш ва ташхис қўйишда қўл келишидир. Шиллиқ қобик қаватнинг турли қисмларида касаллик учун хос ўзгаришлар кузатилади, масалан, қизамиқда, Белскова-Филатов-Коплика доғи; гриппда алоҳида геморрагия, шиллиқ қаватни барча майда қон томирларининг жароҳатланиши ва бошқалар. Ўткир юқумли касалликларда, оғиз бўшлиқи шиллиқ қобик қаватида, бир вақтда таъсир қилувчи омиллар, овқат ҳазм қилиш фаолияти бузилиши, оғиз билан нафас олиш натижасида оғиз қуриши ва иштақа йўқолиши, сўлак кам ажралиши каби ҳолатни акс эттирувчи кутилмаган ўзгаришлар ҳам организмда сўлакдаги кислота-ишқор мувозанатини бузади, тўқималар кислородга тўйинмайди, дисбактериоз, гипо ва авитаминоз ҳолатлари кузатилади, иммунитет пасайишита олиб келади. Демак организмдаги умумий ўзгариш кам оғиз бўшлиқи шиллиқ қобик қавати ўзгаришида маълум даражада аҳамиятлидир. Ўткир инфекцияли касаллик кечиши жараёнида организмнинг номахсус реактивлиги пасайиши кўринишида турли вирусли, бактерияли, замбуруғли, ўткир герпетик стоматитли, пародонт касаллиги хуружлари, импетиго, кандидозлар кузатилиши, буларнинг аралаш ёки бир вақтда оғиз бўшлиқи шиллиқ қаватида юзага келиши ва кечиши, касалликни қўзқатувчисининг вирулентлигига, организмни ўзига хос томонларига (жисмоний ҳолатига, генетик мақомига ва бошқ.) боғлиқ. Ўткир инфекцияли касалликларнинг болаларда кечиши ва клиникасида ўзига хос асосли томонлари - тўқималарнинг морфологик жиҳатдан тўла этилмагани ва тўлиқ қаёт кечириши тизими фаолияти тикланмаганлигидир. Экспериментал ва клиник текширишлар натижасига кўра, организмда тўла ри-вожганаётган турли инфекцияларга ҳарши реакция кўп томондан организмнинг

иммунологик жиҳатдан этилганлиги даражасига тўқридан-тўқри боғлиқдир. Организмнинг ривожланиши ва мураккаблашиши билан турли бактерияларга нисбатан сезгирлиги ошади, кейинчалик аллергия реактивлиги пайдо бўлади. Янги туқилган ва кўкрак сути эмадиган болаларда аллергия реакция нисбатан кучсиз бўлади, реактивликнинг бундай пастлиги химоя реакциясининг ўз вақтида тўлиқ шаклланмаганлиги ва яллиғланиш жараёни турли йўсинда кечишидан далолат беради. Шунинг учун ёш болаларда яллиғланиш ўчоқининг жойлашиши ҳаршиликсиз ва чегарасиз бўлиб, яллиғланиш ўчоқи атрофида ҳужайра химоя қобиқи ҳосил қилиш қобилияти йўқлиги, натижада инфекция кирган жойда жавоб реакцияси кучсизлигидан деструктив-некротик ўзгаришлар тез юзага келади. Барча ўткир инфекцияли касалликларда оғиз бўшлиқи шиллиқ қобик қаватида патологик жараён кузатилади.

1.1 Скарлатинада оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар.

Скарлатина кўпчилик олимлар фикрига кўра касалликни чақирувчи бўлиб гемолитик стрептококклар ҳисобланади. Касалликнинг юқиши асосан ҳаво томчи ва контакт йўли орқали амалга ошади. Инкубация даври ўртача 3-7 кун бўлиб, 2 ёшдан 6-7 ёшгача бўлган болалар асосан касалланишади. Клиник манзараси ўткир бошланиб тана ҳарорати 39-40С гача кўтарилади. Кўнгил айнаиб, бош оғрийди, бола қусиши мумкин. Бир неча соат ўтгач томоқда ютиниш пайтида кучли оғриқ пайдо бўлади. Оғиз шиллиқ пардасидаги ўзгаришлар тана ҳароратининг ўзгариши билан бир вақтда бошланади. Муртаклар шиллиқ пардаси, юмшоқ танглай кескин қизариб, атроф шиллиқ пардасидан ажралиб туради.



1 – расм. Скарлатинада тилдаги ўзгаришлар

Касалликнинг иккинчи суткасида қизарган шиллик пардада нуқтали энантемалар пайдо бўлиб шиллик қават силлиқлигини кузатилади. Кейинчалик тошмалар лунж, милк шиллик қаватига тарқалиб 3-4 кунда терида тошмалар пайдо бўлади. Муртаклар ангинаси катарал, лакунар ёки некротик ҳолатда кечиши мумкин. Оғиз шиллик пардасидаги кейинги ўзгаришлар асосан тил сатҳида юз беради. Биринчи кунларда тил сатҳи кулранг караш билан қопланади, оғир кечган ҳолатларда караш жигарранг тус олиб, уни шиллик пардадан ажратиш мумкин бўлади. 2-3 кундан бошлаб тил учи ва ён сатҳлари эпителий десквамацияси (қовжираб тушиши) натижасида карашдан тозалана бошлайди.



2 – расм. Скарлатинада оғиз бўшлиғидаги патологиялар

Овқатланганда оғриқ сезгиси кучаяди. Вақт ўтиши билан ипсимон сўрғичлар тиклана бошлайди ва тил ўзининг одатдаги кўринишига қайтади. Лаблар шишиб, тўқ пушти, малина ёки олча рангига киради. Баъзан касалликнинг 4-5 кунда лабларда ёриқлар ва шилинишлар пайдо бўлади. Биринчи кундан регионар лимфа тугунлари катталашади ва пайпаслаганда оғриқли бўлади. Скарлатинада оғиз шиллиқ пардасида содир бўладиган ўзгаришларни дифтериядаги, қизамиқдаги, қон касалликларидаги ва ҳар хил ангиналардаги ўзгаришлар билан қиёсий ташхис қилинади. Скарлатина билан оғриган беморлар болалар юқумли касалликлари бўлимида ётқизиблиб даволанади.

1.2. Дифтерияда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида ўзгаришлар.

Дифтерия ўткир юқумли касаллик бўлиб, кўзқатувчиси Леффлер таёқчаси ҳисобланади. Касалликнинг асосий юқиш йўли томчи йўли бўлиб, инкубация даври 3 кундан 10 кунгача. Кўпроқ 1 ёшдан 5 ёшгач бўлган болалар касалланади. Мазкур касаллик асосан томоқ, нафас йўли (хиқилдоқ), оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва баъзан бурун бўшлиғи шиллиқ пардасини ҳам шикастлайди.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг бирламчи шикастланиши жуда кам ҳолларда (0,4%), одатда бошқа оғир хасталикларга чалинган (қизамиқ, кўк йўтал, дизентерия, ўпка сили, зотилжам) болалар ўртасида аниқланган.

Касалликнинг клиник кечиши. Дифтерия хасталиги ўткир, тана ҳароратининг кўтарилиши билан бошланиб, бола умумий аҳволининг бузилиши кузатилади. Болалар томоқдаги оғриққа шикоят қилишади. Оғиз шиллиқ пардаси кўригида муртақлар, тилчанинг, юткин парда шиллиқ пардасининг қизариши, шиши аниқланади. 1-2 суткалар мобайнида карашлар нозик, тўрсимон, ўргимчак тўрига ўхшаш, чегаралари аниқ тўлқинсимон бўлиб кўринади. Караш шиллиқ пардага маҳкам ёпишганлиги туфайли пахта тампонлар билан суртиб олиб ташлашнинг иложи бўлмайди. Куч ишлатилган

тарзда шиллиқ парданинг қонашига олиб келади. Караш парда фибриноз яллиғланиш ҳосиласи ҳисобланади ва маҳаллий тўқиманинг инфекцияга қарши, унинг токсинига қарши ҳимоя реакциясидир. Фибринли караш томирлардан сизиб чиққан фибрин толалари, қовжираган эпителий, лейкоцитлар ва баъзан қўзғатувчи Леффлер таёқчаларидан иборатдир.



3 – расм. Дифтерияда томоқдаги ўзгаришлар

Касалликнинг ривожланиши билан фибринли карашлар қалинлашиб шиллиқ парда сатҳида кенгайиб тарқала бошлайди, ранги тўқ кулранг ёки сарғиш кулранг тус олади. Карашларга қон аралашса, жигарранг занг тусига киради. Караш пардалар тозаланган жойда тезда янгиси пайдо бўла бошлайди. Оғиз бўшлиғида бу карашлар милклар четида, тил юзасида ва бошқа соҳаларда пайдо бўла бошлайди. Оғизда ширинликнинг ачиган ҳиди пайдо бўлади. Махсус фаол эмланган болаларда клиник манзара бир мунча ўзгариб кечади. Ҳалқум парда дифтерияси катарал ёки лакунар ангина сифатида кечиб, карашлар юмшоқ, осон ажралувчи, тарқалишга мойиллиги бўлмайди.

Дифтерия касаллиги фолликуляр, лакунар, флегмоноз ангидалар билан, шу билан биргаликда скарлатинадаги некротик ангина, Симановский-Венсон ангида билан, юкумли моноклеоз ва қон касалликлариди некротик жараёнлар билан, кандидамикозлар билан қиёсий ташхис қилинади.

Дифтерия. Ўткир юкумли касаллик бўлиб, қўзқатувчиси Леффлер таёқчаси хисобланади. Касалликнинг асосий юқиш йўли томчи йўли бўлиб, инкубация даври 3 кундан 10 кунгача. Кўпроқ 1 ёшдан 5 ёшгач бўлган болалар касалланади. Мазкур касаллик асосан томоқ, нафас йўли (хиқилдок), оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва баъзан бурун бўшлиғи шиллиқ пардасини ҳам шикастлайди.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг бирламчи шикастланиши жуда кам холларда (0,4%), одатда оғир хасталикларга чалинган (қизамиқ, кўк йўтал, дизентерия, ўпка сили, зотилжам) болалар ўртасида аниқланган. Касалликнинг клиник кечиши. Дифтерия хасталиги ўткир, тана хароратининг кўтарилиши билан бошланиб, бола умумий ахволининг бузилиши кузатилади. Болалар томоқдаги оғриққа шикаят қилишади. Оғиз шиллиқ пардаси кўригида муртаклар, тилчанинг, юткин парда шиллиқ пардасининг қизариши, шиши аниқланади. 1-2 суткалар мобайнида карашлар нозик, тўрсимон, ўргимчак тўрига ўхшаш, чегаралари аниқ тўлқинсимон бўлиб кўринади. Караш шиллиқ пардага маҳкам ёпишганлиги туфайли пахта тампонлар билан суртиб олиб ташлашнинг иложи бўлмайди. Куч ишлатилган тарзда шиллиқ парданинг қонашига олиб келади. Караш парда фибриноз яллиғланиш хосиласи хисобланади ва маҳаллий тўқиманинг инфекцияга қарши, унинг токсинига қарши химоя реакциясидир.

Фибринли караш томирлардан сизиб чиққан фибрин толалари, қовжираган эпителий, лейкоцитлар ва баъзан қўзқатувчи Леффлер таёқчаларидан иборатдир. Касалликнинг ривожланиши билан фибринли карашлар қалинлашиб шиллиқ парда сатҳида кенгайиб тарқала бошлайди, ранги тўқ кулранг ёки сарғиш кулранг тус олади. Карашларга қон аралашма

жигарранг занг тусига киради. Караш пардалар тозаланган жойда тезда янгиси пайдо бўла бошлайди. Оғиз бўшлиғида бу карашлар милклар четида, тил юзасида ва бошқа сохаларда пайдо бўла бошлайди. Оғизда ширинликнинг ачиган хиди пайдо бўлади. Дифтерия учун бўйин сохасидаги лимфа тугунларнинг яллиғланиши, юмшоқ тўқима шиши ўзига хос хусусият бўлиб, тўқима шиши ўмров суягигача етиб бориш холлари кузатилган. Махсус фаол эмланган болаларда клиник манзара бир мунча ўзгариб кечади. Халқум парда дифтерияси катарал ёки лакунар ангина сифатида кечиб, карашлар юмшоқ, осон ажралувчи, тарқалишга мойиллиги бўлмайди.

Дифтерия касаллиги фолликуляр, лакунар, флегмоноз ангиналар билан биргаликда скарлатинадаги некротик ангина, Симановский-Венсон ангиnasi билан, юқумли моноклеоз ва қон касалликларидаги некротик жараёнлар билан, кандидамикозлар билан қиёсий ташхис қилинади.

1.3 Кўкйўталда оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги ўзгаришлар

Кўкйўтал - болалар орасида кўп учрайдиган ўткир юқумли касаллик. Оғиз бўшлиғи учун тавсифли белгиси - шиллик қобиқ қаватнинг оч-қизил рангда қизариши ва шишишидир. Бу ўзгаришлар беморнинг тез-тез, узоқ вақт йўталиши натижасида тўқималарга кислород этишмовчилигидан келиб чиқади. Касалликнинг биринчи даврида юқори нафас йўллариининг сурункали катарал яллиғланиши кузатилади. Иккинчи даврида эса, юзага келаётган сурункали йўтал натижасида кўпинча пастки кесувчи тишлар тилни шикастлайди ва ярачалар пайдо қилади.



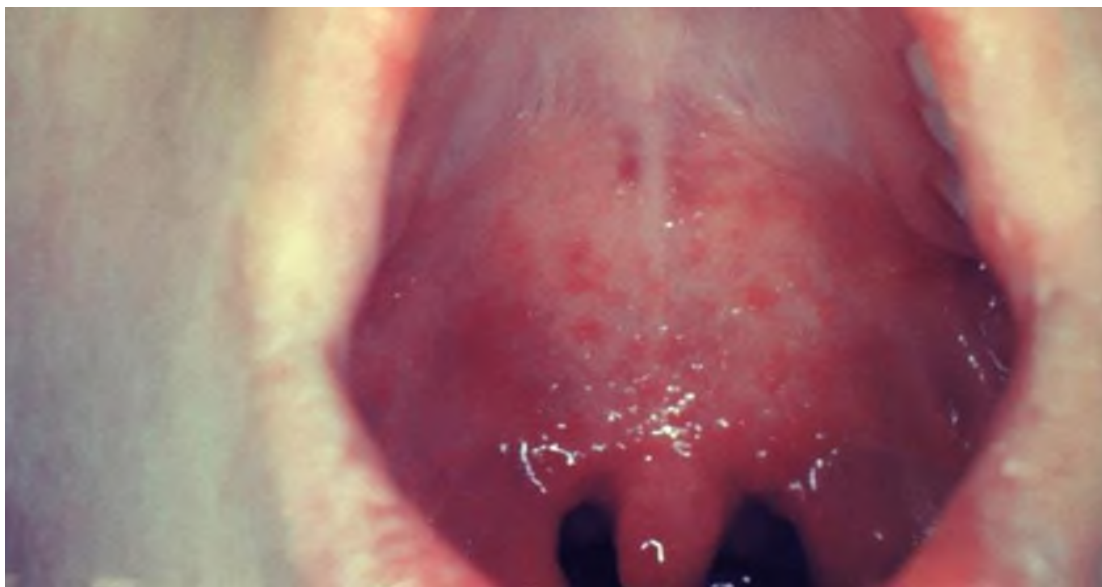
4 – расм. Кўкйўталда оғиз бўшлиғидаги патологик ўзгаришларнинг авж олиш даври.

Касалликнинг ривожланиши билан фибринли карашлар қалинлашиб шиллик парда сатҳида кенгайиб тарқала бошлайди, ранги тўқ кулранг ёки сарғиш кулранг тус олади. Карашларга қон аралашма жигарранг занг тусига киради. Караш пардалар тозаланган жойда тезда янгиси пайдо бўла бошлайди. Оғиз бўшлиғида бу карашлар милклар четида, тил юзасида ва бошқа сохаларда пайдо бўла бошлайди. Оғизда ширинликнинг ачиган хиди пайдо бўлади. Дифтерия учун бўйин соҳасидаги лимфа тугунларнинг яллиғланиши, юмшоқ тўқима шиши ўзига хос хусусият бўлиб, тўқима шиши ўмров суягигача етиб бориш холлари кузатилган. Махсус фаол эмланган болаларда клиник манзара бир мунча ўзгариб кечади. Халқум парда дифтерияси катарал ёки лакунар ангина сифатида кечиб, карашлар юмшоқ, осон ажралувчи, тарқалишга мойиллиги бўлмайди.

1.4 Қизамиқ, қизилча, сувчечакда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида ўзгаришлари.

Қизамиқ кўзгатувчиси филтрланувчи вирус ҳисобланиб, асосан ҳаво-томчи йўл орқали-ўраб турган ҳаво орқали катта масофаларга тарқалиш хусусиятига эгадир. Инкубация даври 7-14 кун, эмланганларда 21-28 кун. қизамиқ билан асосан 6 ойликдан 4 ёшгача бўлган болалар касалланишади. Лекин қизамиқ катта ёшдаги одамларда ҳам учрайди.

Касалликнинг клиник белгилари оғиз бўшлиғида хасталикнинг продромал (латент) давридаёқ пайдо бўла бошлайди. Шунинг учун стоматолог шифокорлар бу касалликка биринчи бўлиб ташхис қўйиши ва керакли даволаниш муассасасига юбориши мумкин. Клиник манзараси. Терида тошмалар пайдо бўлишидан 1-2 кун илгари юмшоқ ва қаттиқ танглай шиллиқ пардасида қизғиш тўғнағич бошидан каттароқ доғлар - қизамиқ энантемасини аниқлаш мумкин. Оғир ҳолларда бу энантемалар геморрагик тус олиши қайд қилинган. 1-2 кундан сўнг мазкур энантемалар қўшилиб кетиб умумий гиперемия фонини юзага келтиради.



5 – расм. Қизамиқ билан касалланган беморларнинг оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар

Энантемалар билан бир вақтда баъзан улардан ҳам эртароқ моляр тишлар атрофида, лунж шиллик қаватида Филатов доғлари юзага келади. Бу доғлар шиллик парда сатҳидан кўтарилиб турувчи, атрофи гиперемияланган маркази оч хаворанг шиллик пардага нисбатан каттиқроқ нотўғри шаклдаги диаметри 1-2 мм ли тузилмалардан иборат бўлади. Сони бир неча ўнта - йигирматадан, юз ва ундан ортиқ бўлиши мумкин. Улар гурух- гурух бўлиб жойлашиб ҳеч қачон қўшилиб кетишмайди. Филатов доғлари 2-3 кун туриб кейин йўқолиб кетадиган элементдир. Заҳарланиш аломатлари кучайиб, бемор умумий аҳволи оғирлашган ҳолларда ярали стоматитлар вужудга келади ва жағ суяклари остеомиелити содир бўлиши мумкин. Бу хил асоратлар асосан оғиз бўшлиғи санация қилинмаган беморларда юзага келиши мумкин.

Қизамиқ касаллигида оғиз шиллик пардасидаги ўзгаришларни кандидамикозлар, ўткир герпетик стоматит каби хасталиклар билан қиёсий ташхис қилинади. Беморлар болалар юқумли касалликлар бўлимида даволанади.

Сувчечаг- филтрланувчи вируслар чақиради, ҳаво-томчи йўли билан юқиб, инкубация даври 10-20 кунгача чўзилиши мумкин. Ёши 6 ойгача бўлган болалар бу хасталик билан оғирмайди. 6 ойдан 10 ёшгача бўлган болалар гурухида мазкур касаллик анча кенг тарқалган.



6 – расм. Сувчечагда оғиз бўшлиғидаги патологик ҳолатлар

Клиник манзараси. Касаллик кескин бошланиб тана ҳарорати 37-380 К га кўтарилиб терида тошмалар пайдо бўлади. Оғиз бўшлиғи шиллик пардасида нуктали доғлар ва пуфакчалар юзага келади ва улар ёрилиши оқибатида эрозиялар пайдо бўлади. Бу эрозиялар жуда оғриқли бўлади, сарғимтир тусли карашлар билан қопланади ва бир неча кундан сўнг чандиксиз битиб кетади. Теридаги тошмалар лабларда пуфакча шаклида атроф терида, бадан терисида олдин қизғиш, оч қизил рангдаги тугунчалар сифатида юзага келиб бир неча соат ичида пуфакчаларга айланади. Пуфакчалар овал, думалоқ шаклда бўлиб ўлчамлари 1-2 мм дан 5 мм гача бўлади. Пуфакчалар таранглашган, ялтироқ бўлиб атрофи қизил ҳошия билан ўралган, экссудати тиниқ. 2-3 кундан сўнг улар қуриб, жигарранг пўстлоқчаларга айланади ва 2-3 ҳафтадан сўнг из қолдирмай тўкилиб кетади. Тошмалар тошиши бир неча кун давом этиши муносабати билан терида ва шиллик пардаларда ёлғон полиморфизм кузатилади.



7 – расм. Қизилчада оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар

Шиллик пардадаги ўзгаришлар секин кечувчи ярали-некротик жараёнга айланади. Ташхис. Умумий қон анализидаги ўзгаришлар асосида қўйилади. Лейкотситлар сони $20 \cdot 10^9 - 25 \cdot 10^9 / \text{л.}$ ни монотситлар ва лимфотситлар оқ қон

таначаларининг 60-70% ни ташкил қилади. Қонда атипик базофил мононуклеарлар пайдо бўлиши ва тромбоцитлар сонининг камайиши ($40 \cdot 10^9/\text{л}$. гача) юқумли мононуклеозлар учун характерлидир. Юқумли мононуклеоз дифтерия ва бошқа ҳар хил ангиналар билан қиёсий ташхис қилинади.

Ўткир юқумли хасталикларда даво чоралари. Ўткир юқумли касалликларда асосий даво чораларини инфекционист-педиатр олиб боради. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида содир бўладиган яллиғланиш жараёнлари ва улар асорати билан стоматологлар курашади. Маҳаллий даво чораларининг асосий мақсад оғиз бўшлиғи санацияси ва иккиламчи инфекция хуружини олишга ҳаратилган бўлиши лозим. Бунинг учун оғиз шиллиқ пардаси маҳаллий оғриқсизлантирилиб (анестезиннинг ёғли эритмаси, новокаин эритмаси, пиромекаин эритмаси ёрдамида), водород пероксидининг 1% ли эритмаси ёрдамида антисептик ювилади.



8 – расм. Қизилчада томоқдаги ўзгаришлар

Ярали шикастланишларда 0,25% ли хлорамин, 0,02% ли фурацилин эритмаси ёрдамида ишлов берилади. Яралар юзасини карашлардан тозалаш учун унинг юзасига протеолитик ферментлардан: трипсин, химотрипсин ёки химопсиннинг физиологик суюқликдаги эритмасидан фойдаланиш мумкин.

Тишлар ораси ва тиш-милк чўнтаги ўтмас нинали шприцдан фойдаланиб яхшилаб ювилади. Тиш карашлари ва тошлари тозаланади. Ичиш учун албатта сезгирликни пасайтирувчи дори-дармонлар буюрилади (5-10% ли глюконат калций 1 чой қошиқдан, кунига 3 марта, димедрол, диазолин, тавегил ва бошқалар боланинг ёшига қараб). Кўпроқ суюқлик (чай, компот, минерал сув) ичиш, суюқ, юмшоқ овқатлар истемол қилиш буюрилади. Овқатлар тез ҳазм бўладиган ва юқори калорияли бўлиши шарт. Қизамиқ. Касаллик қўзгатувчиси филтрланувчи вирус хисобланиб, асосан хаво-томчи йўл орқали ўраб турган хаво орқали катта масофаларга тарқалиш хусусиятига эгадир. Инкубация даври 7-14 кун, эмланганларда 21-28 кун. Қизамиқ билан асосан 6 ойликдан 4 ёшгача бўлган болалар касалланишади. Лекин қизамиқ катта ёшдаги одамларда ҳам учрайди.

Касалликнинг клиник белгилари оғиз бўшлиғида хасталикнинг продромал (латент) давридаёқ пайдо бўла бошлайди. Шунинг учун стоматолог шифокорлар бу касалликка биринчи бўлиб ташхис қўйиши ва керакли даволаниш муассасасига юбориши мумкин.

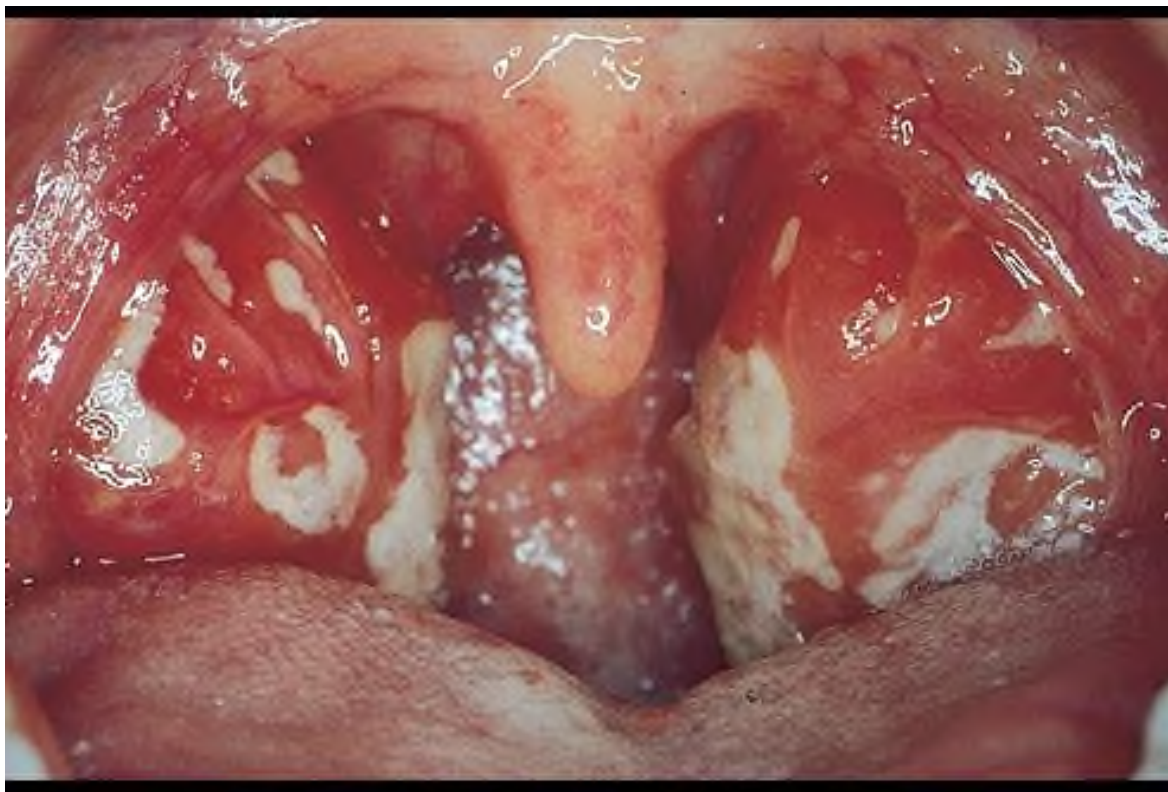
Клиник манзараси. Терида тошмалар пайдо бўлишидан 1-2 кун илгари юмшоқ ва қаттиқ танглай шиллик пардасида қизғиш тўғнағич бошидан каттароқ доғлар - қизамиқ энантемасини аниқлаш мумкин. Оғир ҳолларда бу энантемалар геморрагик тус олиши қайд қилинган. 1-2 кундан сўнг мазкур энантемалар қўшилиб кетиб умумий гиперемия фонини юзага келтиради. Энантемалар билан бир вақтда баъзан улардан ҳам эртароқ моляр тишлар атрофида, лунж шиллик қаватида Филатов доғлари юзага келади. Бу доғлар шиллик парда сатхидан кўтарилиб турувчи, атрофи гиперемияланган маркази оч хаворанг шиллик пардага нисбатан қаттиқроқ нотўғри шаклдаги диаметри 1-2 мм ли тузилмалардан иборат бўлади. Сони бир неча ўнта - йигирматадан, юз ва ундан ортик бўлиши мумкин. Улар гурух- гурух бўлиб жойлашиб ҳеч қачон қўшилиб кетмайди. Филатов доғлари 2-3 кун туриб кейин йўқолиб кетадиган элементдир.

1.5 Юқумли мононуклеоз оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар.

Юқумли мононуклеоз. Тахминий фикрларга кўра, кўпроқ вирус табиатли касаллик бўлиб, тана ҳарорати ошиши ва бемор ўзини ёмон ҳис қилиши, томоғида оғриқ бўлиши, томоқ шиллиқ қобик қавати, бурун шиллиқ қобик қавати ва лимфа тугунида шиш пайдо бўлиб, нафас олиш қийинлашиши кузатилади. Кўкрак ўмров сўрғич мускуллари бўйлаб халқа шаклида бўйин лимфа тугунлари катталашади ва сиалоденит беради. Лимфатик тугунлар қаттиқ эластик ҳолатда бўлиб, бир-бирига бирикмаган ва кам оғриқли.

Касаллик авж олганда, ангина билан биргаликда ёки алоҳида катарал стоматит ва баъзи ҳолларда ярали гингивит кўринишида ривожланади. Сурункали пародонтитда касалликнинг кўзқатувчанлиги пасаяди. Касалликнинг кечиши узок давом этади, 7-8 кун давомида танада юқори ҳарорат сақланади, жигар ва талоқ катталашади. Периферик қонда моноцитоз, лимфоцитоз, айрим ҳолатларда лейкоцитоз аниқланади. Кенг базофил цитоплазма билан бир ядроли хужайра, кенг плазмали лимфотсит, лимфомоноцит ёки мононуклеарлар ҳосил бўлиб, қоннинг ивувчанлиги ошади. Гингивостоматит касаллик кечишидаги асосий кўриниш бўлиб юзага чиқади.

Юқумли мононуклеоз (Филатов касаллиги). Кўпчилик касаллик кўзгатувчиси вирус деб ҳисобланади. Инкубация даври 5 кундан 15 кунгача давом этади.



10 – расм. Юқумли мононуклеознинг авж олиш даври

Клиник манзараси. Касаллик ўткир бошланиб тана ҳарорати кўтарилади, умумий заҳарланиш белгилари пайдо бўлади. Жағ ости, бўйин, кулоқ олди лимфа тугунларининг катталашуви, ҳалқум соҳасида лакунар, фолликуляр ангиналарнинг юзага келиши касалликнинг биринчи белгилари бўлиб ҳисобланади. Кейинги ва асосий клиник белги бўлиб жигар ва талокнинг катталашуви (гепато-спленомегалия) ҳисобланади. Кўпчилик болалар оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида тарқалган катарал яллиғланиш ва қон қуйилиш белгилари кузатилади. Баъзиларида шиллиқ парда эрозияси, афтага ўхшаш яралар ҳам содир бўлади.



11 – расм. Юқумли мононуклеозда томоқдаги карашлар

Даволаш гингивостоматитни келтириб чиқарувчи омиллар таъсирини тўхтатишдан иборат: милқтсағи ўпган тўқималарни олиб ташлаш, тиш тошларини олиш, тиш-милк чўнтақларини ювиш, микробларга ва вирусларга қарши дори-ашёларини (каланхое, эктеритсид шарбати ва бошқ.) қўллаш кабилардир.

Грипп, парагрипп ва аденовирусли касалликларда оғиз бўшлиғи шиллик қобик қаватида турли ўзгаришлар кузатилади: қизариш, геморрагия, томирларнинг бўртиши, шишнинг буғдойсимон тусда ўзгариши, тилла рангли караш ва дескваматив эпителий ҳосил бўлиши кабилар. Парагрипп ва аденовирусга қараганда, гриппда томирли кўринишлар кучаяди, геморрагия кўпроқ кузатилади. Аденовирусли инфекцияларда буғдойсимон доғ шиллик қаватда кўпроқ кузатилиши статистик маълумотларда келтирилган (Мельниченко Э. М., 1972). Бундан ташқари, айрим ҳолатларда (20% гача) вирусли касалликлар ташхисланганда, у асосий касаллик замбуруғли дори-ашёлари таъсирида ва герпетик стоматитли кўринишларда ҳам учрайди. Бундай ҳолатларда аралаш инфекциялар тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Шундан хулоса қилиб айтганда, агар грипп, парагрипп, аденовирусли касалликларда оғиз шиллиқ қобик қаватида тошмалар пайдо бўлса, унда албатта асосий вирусли касалликни даволаш зарур; вирусга қарши хусусиятга эга бўлган маҳаллий даволаш дори-ашёлар (оксолин мойининг 0,25-0,5% лиси, флоренал малҳамининг 0,25-0,5% лиси, теброфен малҳамининг 0,5-1% лиси ва бошқ.), Кандидозда замбуруғларга қарши дори-ашёлари (нистатин, леворин малҳамининг 5% лиси, ёдинол, натрий боратнинг глицериндаги 20% ли эритмаси ва бошқ.) қўлланилади. Айни вақтда аскорутинни ичиб туриш мақсадга мувофиқ бўлади.

1.6 Ўткир герпетик стоматитлар оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар.

ЎТКИР ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ- ҳозирги кунда стоматология ва педиатрияга оид адабиётларда стоматитлар иккита мустақил турига: ўткир афтозли ва ўткир герпетик стоматитларга ажратиб келинмоқда. Катта гуруҳ касалларни замонавий клиник текширишлар вирусологик, серологик, цитологик, иммунофлюоресцент тадқиқот натижаларининг курсатишича, бу касалликлар этиологик ва клиник жиҳатдан бир хил эканлиги аниқданмоқда.



12 – расм. Стоматитларнинг томоқ шиллиқ қаватида кўриниши

Олинган натижалар асосида ягона, ўткир герпетик стоматит номи кулланилиши, касалликнинг вирусли этиологиясига асосланиб берилмоқда. Бу стоматит – болалар инфекцион касалликлари ичида кенг тарқалганлиги билан скарлатина, қизамиқ, эпидемик паротит, сувчечакдан устун туради. Ўткир герпетик стоматит юқувчанлиги юқори даражада булгани учун иммун ҳолати шаклланиб булмаганлар орасида куп учрайди. Мактаблар, бохчалар, болалар касалхонаси палаталарида касалликнинг эпидемик кенг тарқалиши ҳолатларида 3/4 қисм болалар касалланишини кузатиш мумкин. Инфекция алоқали ва ҳаво-томчи йули орқали юқади. Касалликнинг ривожланиши учун оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва тери бутунлигининг бузилиши аҳамиятлидир. Касалликнинг аниқ йилнинг бир фаслида тарқалиши аниқланмаган. Болалар орасида 6 ойликдан 3 ёшгача даврда касаллик энг куп тарқалади, бу улардаги антителоларнинг йўқолиши, махсус тизимли иммунитетнинг шаклланиб улгурмаганлиги билан изоҳланади.



13 – расм. Стоматитларнинг лунж ва тил ён томонларида афта ҳосил қилиши

Ўткир герпетик стоматит бошқа инфекцион касалликлари сингари бешта ривожланиш даврига булинади: инкубацион (яширин), продремал (катарал), касалликнинг ривожланиш босқичи (тошмали), касаллик сунаётган ва клиник

соҳайиш (реконваленценция) даврларидан иборат. Организмнинг умумий заҳарланиши ва касалликнинг маҳаллий белгиларининг юзага келиши даражасига ҳараб касаллик енгил, урта ва оғир шаклларда кечади. Касалликнинг умумий белгилари учун тавсифли гиперергик реакцияда тана ҳароратининг 40°C гача кутарилиши, узини лоқас сезиши, кучсизлик, бош оғриги, 26ой ва мускуллар сезгирлигининг ошиши, иштақа йуқолиши, тери қопламининг оҳариши, марказий асаб тизимига боғлиқ қодда кунгил айланиши ва қусиш қабилар кузатилади. Демак, бу вируснинг энцефалотроп таъсиридан дадодат беради. Инкубацион ва продромал даврида жағ ости, буйин лимфа тугунлари катталашади.



14 -расм. Стоматитларнинг пастки лаб соҳаларида клиник кўриниши

Тана ҳарорати кутарилаётган вақтда оғиз шиллиқ қобиқ қаватида қизариш ва шиш кузатилади, лаб, лунж, тилнинг шиллиқ. Қобиқ қаватидаги яллиғланишларда, 2 тадан то бир неча унтагача жойлашган пуфаклар тезда ёрилади. Унинг урнида 0,5-1 см катталиқдаги афта элементини эслатувчи некрозли эрозия пайдо булади. Лабдаги тошмалар тезда қоплам билан қопланади. Бунда жароҳат фақат оғиз бўшлиғида эмас, балки оғир шаклда юз

терисида ҳам учраши кузатилади. Шу билан боғлиқ ҳолда тошмалар тошиши бир неча кунгача давом этиши мумкин, бунга эътибор бериб, турли даврдаги тошма элементларини кузатиш орқали клиник белгилар туғрисида билиш мумкин. Тошмаларнинг навбатдагилари пайдо булиши билан, бола аҳволи ёмонлашиб боради, у безовталанади, ҳарорати узгаради, тана ҳарорати олдинги кундаги ҳолатдан яна 1-2°C га кутарилади. Ўткир герпетик стоматитнинг аниқ белгиларидан бири – бу сулак ажралиши кучайиши, сулак куюқлашиб ёпишқоқ булиши, оғизда қид пайдо булиш кузатилади.



15 – расм. Стоматитларда эррозив ҳосилаларнинг пайдо бўлиш даври

Касалликнинг катарал даврида купинча узок вақтдан бери сурункали белгилари билан давом этиб келаётган эрозив ярали гингивит ўткир шаклга айланади. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва милкда ўткир қонаш жараёни кузатилади. Касалликнинг оғир кечишидан болалар қонида лейкопения, таёқчасимон ядроларнинг чапга томон оқиши, эозинофилия, якка-якка плазматик хужайралар, ёш нейтрофиллар куринади.

Бошқа ҳолатларда сийдикда оқсил пайдо булади. Сўлакда дастлаб рН-муҳитни кислотали томонга, кейин ишқорий томонга силжи-ши кузатилиб,

бунда сулакда интерферон булмайди, лизоцимнинг камайганини куриш мумкин. Организм химоя фаолиятининг гуморал омиллари, жумладан, касаллик авж олган вақтида фагоцитоз тезда пасайиб кетади. Ўткир герпетик стоматит ташхиси касалликнинг клиник курилиши ва эпидемиологияси асосида қўйилади. Ташхисни аниқ қўйиш мақсадида герпетик эрозиядан экма олиниб, Романовский Гимза усулида бўялган экмадан йирик куп ядроли хужайраларни топишга асосланган цитологик текшириш утказилади.

Йирик куп ядроли хужайралар герпес учун тавсифлидир. Иммунофлюоресценцияли усулда касалликнинг этиологик ташхисини аниқдаш мақсадга мувофиқдир, бунда касалликдан ашё олингандан 2-2,5-3 соат утганда тезда натижа аниқланади. Маълумотларга ҳараганда, ўткир герпетик стоматитни текширишдаги иммунофлюоресценция, вирусологик ва серологик усуллардаги татқиқ этиш натижалари асосан бир бирига туғри келади.

Катталар орасида оддий пуфақли темираткини даволашда, жароҳат учоғига кунига 2-3 мартадан анилин бўёқларини спиртдаги эритмаси ёки вирусга ҳарши таркибли (1-3% ли оксолин, 3% ли октатин, 2-5% ли теброфен) дори воситалари суркалади. Бир кунда 6-7 марта жароҳат соҳасига лейкопластирда интерферон қўйиш ҳам яхши натижа беради. Қайталанувчи герпесни даволаш учун организм химоя кучини ошириш мақсадида, гаммаглобулин, пирогенал ва бошқа кучайтирувчиларни қўллаш зарур.

Герпетик поливакцинани мушак орасига 0,1-0,2 мл дан 2-3 кун оралаб, 10 инъекция даво курси утказиш яхши фонда қилади. Дезоксирибонуклеазани парентерал йул билан қафтада 2 марта 10-15 мл дан 6-10 инъекция даво курси утказиш фойдали. Болаларда ўткир герпетик стоматитни даволашда врач касалликнинг оғирлик даражасини, ривожланиш даврини аниқлаб олиши зарур.

Касалликнинг уртача ва оғир шаклларида умимий даволашни педиатр-врач билан бирга олиб бориш лозим. Касалликнинг авж олиши билан

кечишини қисобга олган ҳолда иммунитетни стимулловчи воситалар (лизоцим, продигиозан, гамма-глобулинни парентерал йул билан; метилурацил, пен-тоқсил, нуклеинат натрий), бир вақтда десенсибилизацияловчи даволаш (димедрол, супрастин, пиполфен, калций глю-қонат ва бошқалар) билан утказиш мумкин. Ўткир герпетик стоматитни маҳаллий даволашга вирусга ҳарши даволаш утказиш киради.

Оксалиннинг 0,25-1%, флоренолиннинг 1-2%, теброфеннинг 1-2%, гелиомициннинг 4% ли мазлари, дезоксирибонуклезанинг 1% эритмаси, хлопина линимента, интерферон, продигиозон ва бошқа интерферо-ноген аралашмалар суркалади. 29ой ива воситалари кунига 3-4 марта суркалади. Вирусга ҳарши воситаларни шиллиқ қобиқ қаватнинг жароҳатигагина эмас, балки профилактика мақсадида, бутун шиллиқ қобиқ қават соҳасига суркаш керак. Кунига 1 марта оғизга 0,5% ли протеолитик фермент эритмалари (трипсин, хемотрипсин, панкреатин ва бошқалар) билан ишлов берилиши улган туқималарнинг эришига ёрдам беради.

Касаллик белгилари сунаётган вақтда асосий эътиборни кучсиз антисептик ва кератопластик воситаларни ишлатишга каратамиз. А витаминининг мойли эритмаси, наъматак мойи, кароталин, солкосерил 29ой ива суюқдиги, метилурацилнинг мойли аралашмаси, ливиан, ливовинизол суркаш яхши натижа беради. Микробларга ҳарши восита сифатида фурациллин, этакридин лактат, эктирицид, этония ва бошқаларни куллаш мумкин. Бемор оғиз шиллиқ қобиқ қаватига таъсир этмайдиган суюқ ёки ярим суюқ овқат маҳсулотларини етарли миқдорда истеъмол қилиши зарур. Овқат ейишдан олдин оғиз шиллиқ қобиқ қаватини 5% ли анестезин эмулсияси билан оғриқсизлантириш мумкин.



16 – расм. Стоматитлар соғайиш даври клиник мисол

Хулоса қилиб, шуни таъкидлаш керакки, ўткир герпетик стоматитни турли даражада кечишига касалликнинг алоқали ва юқувчанлиги сабабдир, шунинг учун бемор касалликнинг қандай ҳолати билан муружаат этмасин, унга эътибор берилиши, даволаш тартибини педиатр ва стоматолог биргаликда ишлаб чиқиши, комплекс даволашга таяниб иш юритиш, тезда беморни жамоатчиликдан ажратиб, болалар жамоалари орасида профилактик тадбирлар утказилиши зарур. Болалар боқчаларида ишловчи тарбиячилар ишга келишдан олдин герпесга текширилиши (жойлашган соҳа аҳамиятсиз) ва врач томонидан доимий назорат килиниши керак. Ўткир герпетик стоматит кечадиган шаклидан қатъий назар, у аниқлангандан кейин касал боланинг боғчага қатнаши таъқиқланади.

II БОБ. БОЛАЛАР ЁШИДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИН СУРИНКАЛИ ЮҚИМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАРИ

2.1 Болаларда қайталанувчи сурункали герпетик стоматитлар.

Қайталанувчи герпетик стоматит юқувчанлиги юқори даражада бўлгани учун иммун ҳолати шаклланиб бўлмаганлар орасида кўп учрайди. Мактаблар, боғчалар, болалар касалхонаси палаталарида касалликнинг эпидемик кенг тарқалиши ҳолатларида 3/4 қисм болалар касалланишини кузатиш мумкин. Инфекция алоқали ва ҳаво-томчи йўли орқали тоқади.

Касалликнинг ривожланиши учун оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва тери бутунлигининг бузилиши аҳамиятлидир. Касалликнинг аниқ йилнинг бир фаслида тарқалиши аниқланмаган. Болалар орасида 6 ойликдан 3 ёшгача даврда касаллик энг кўп тарқалади, бу улардаги антителоларнинг йўқолиши, махсус тизимли иммунитетнинг шаклланиб улгурмаганлиги билан изоҳланади. Қайталанувчи герпетик стоматит бошқа инфекцион касалликлари цингари бешта ривожланиш даврига бўлинади: инкубацион (яширин), продремал (катарал), касалликнинг ривожланиш босқичи (тошмали), касаллик сўнаётган ва клиник соғайиш (реконвалентсенция) давларидан иборат.

Организмнинг умумий заҳарланиши ва касалликнинг маҳаллий белгиларининг юзага келиши даражасига қараб касаллик енгил, ўрта ва оғир шаклларда кечади. Касалликнинг умумий белгилари учун тавсифли гиперергик реаксияда тана ҳароратининг 38С гача кўтарилиши, ўзини лоҳас сезиши, кучсизлик, бош оғриғи, тери ва мускуллар сезгирлигининг ошиши, иштаҳа йўқолиши, тери қопламининг оқариши, марказий асаб тизимида боғлиқ ҳолда кўнгил айланиши ва қусиш кабилар кузатилади. Демак, бу вируснинг энтсефалотроп таъсиридан далолат беради. Инкубацион ва продромал даврида жағ ости, бўйин лимфа тугунлари катталашади.

Тана ҳарорати кўтарилаётган вақтда оғиз шиллиқ қобиқ қаватида кизариш ва шиш кузатилади, лаб, лунж, тилнинг шиллиқ қобиқ қаватидаги яллиғланишларда, 2 тадан то бир неча ўнтагача жойлашган пуфаклар тезда ёрилади. Унинг ўрнида 0,5-1 см катталиқдаги афта элементини эслатувчи некрозли эрозия пайдо бўлади. Лабдаги тошмалар тезда қоплам билан қопланади. Бунда жароҳат фақат оғиз бўшлиғида эмас, балки оғир шаклда юз терисида ҳам учраши кузатилади. Шу билан боғлиқ ҳолда тошмалар тошиши бир неча кунгача давом этиши мумкин, бунга эътибор бериб, турли даврдаги тошма элементларини кузатиш орқали клиник белгилар тўғрисида билиш мумкин. Тошмаларнинг навбатдагилари пайдо бўлиши билан, бола аҳволи ёмонлашиб боради, у безовталанади, ҳарорати ўзгаради, тана ҳарорати олдинги кундаги ҳолатдан яна 1-20 К га кўтарилади. Қайталанувчи герпетик стоматитнинг аниқ белгиларидан бири - бу сўлак ажралиши кучайиши, сўлак куюклашиб ёпишқоқ бўлиши, оғизда ҳид пайдо бўлиш кузатилади.

Касалликнинг катарал даврида кўпинча узоқ вақтдан бери сурункали белгилари билан давом этиб келаётган эрозив ярали гингивит ўткир шаклга айланади. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва милкда ўткир қонаш жараёни кузатилади. Касалликнинг оғир кечишидан болалар қонида лейкопения, таёқчасимон ядроларнинг чапга томон оқиши, эозинофилия, якка-якка плазматик ҳужайралар, ёш нейтрофиллар кўринади. Бошқа ҳолатларда сийдикда оксил пайдо бўлади.

Сўлакда дастлаб муҳитни кислотали томонга, кейин ишқорий томонга силжиши кузатилиб, бунда сўлакда интерферон бўлмайдиган, лизотсимнинг камайганини кўриш мумкин. Организм ҳимоя фаолиятининг гуморал омиллари, жумладан, касаллик авж олган вақтида фагоцитоз тезда пасайиб кетади.

Қайталанувчи герпетик стоматит ташхиси касалликнинг клиник кўриниши ва эпидемиологияси асосида қўйилади. Ташхисни аниқ қўйиш мақсадида герпетик эрозиядан экма олиниб, Романовский Гимза (азур, эозин, метилин) кўки аралашмаси 1/2 нисбатда дистилланган сув билан

аралаштирилади) усулида бўялган эмадан йирик кўп ядроли хужайраларни топишга асосланган ситологик текшириш ўтказилади. Йирик кўп ядроли хужайралар герпес учун тавсифлидир.

Иммуно флюорестсенцияли усулда касалликнинг этиологик ташхисини аниқлаш мақсадга мувофиқдир, бунда касалликдан ашё олингандан 2-2,5-3 соат ўтганда тезда натижа аниқланади. Маълумотларга қараганда, ўткир герпетик стоматитни текширишдаги иммунофлюорестсенция, вирусологик ва серологик усуллардаги татқиқ этиш натижалари асосан бир-бирига тўғри келади. Катталар орасида оддий пуфакли темираткини даволашда, жароҳат ўчоғига кунига 2-3 мартадан анилин бўёқларининг спиртдаги эритмаси ёки вирусга қарши таркибли (1-3% ли оксолин, 3% ли октатин, 2-5% ли теброфен) дори воситалари суркалади. Бир кунда 6-7 марта жароҳат соҳасига лейкопластирда интерферон қўйиш ҳам яхши натижа беради.

Қайталанувчи герпесни даволаш учун организм химоя кучини ошириш мақсадида, гаммаглобулин, пирогенал ва бошқа кучайтирувчиларни қўллаш зарур. Герпетик поливакксинани мушак орасига 0,1-0,2 мл дан 2-3 кун оралаб, 10 инЪексия даво курси ўтказиш яхши фонда қилади. Дезоксирибонуклеазани парентерал йўл билан ҳафтада 2 марта 10-15 мл дан 6-10 инЪексия даво курси ўтказиш фойдали.

Болаларда қайталанувчи герпетик стоматитни даволашда врач касалликнинг оғирлик даражасини, ривожланиш даврини аниқлаб олиши зарур. Касалликнинг ўртача ва оғир шаклларида умумий даволашни педиатр-врач билан бирга олиб бориш лозим. Касалликнинг авж олиши билан кечишини ҳисобга олган ҳолда иммунитетни стимулловчи воситалар (лизотсим, продигиозан, гамма-глобулинни парентерал йўл билан, метилуратсил, пентоксил, нуклеинат натрий), бир вақтда десенсибилизацияловчи даволаш (димедрол, супрастин, пиполфен, калтсий глюконат ва бошқалар) билан ўтказиш мумкин.

Қайталанув герпетик стоматитни маҳаллий даволашга вирусга қарши даволаш ўтказиш киради. Оксалиннинг 0,25-1%, флоренолиннинг 1-2%, теброфеннинг 1-2%, гелиомитсиннинг 4% ли мазлари, дезоксирибонуклезанинг 1% эритмаси, хлопин линименти, интерферон, продигозон ва бошқа интерфероноген аралашмалар суркалади. Бу дори воситалари кунига 3-4 марта суркалади. Вирусга қарши воситаларни шиллик қобик қаватнинг жароҳатигагина эмас, балки профилактика мақсадида, бутун шиллик қобик қават соҳасига суркаш керак. Кунига 1 марта оғизга 0,5% ли протеолитик фермент эритмалари (трипсин, хемотрипсин, панкреатин ва бошқалар) билан ишлов берилиши ўлган тўқималарнинг эришига ёрдам беради.

Касаллик белгилари сўнаётган вақтда асосий эътиборни кучсиз антисептик ва кератопластик воситаларни ишлатишга қаратамиз. А витаминининг мойли эритмаси, наъматак мойи, кароталин, солкосерил мойи ва суюқлиги, метилуратсилнинг мойли аралашмаси, ливиан, ливовинизол суркаш яхши натижа беради. Микробларга қарши восита сифатида фурациллин, этакридин лактат, эктиритсид, этония ва бошқаларни қўллаш мумкин. Бемор оғиз шиллик қобик қаватига таъсир этмайдиган суюқ ёки ярим суюқ овқат маҳсулотларини этарли миқдорда истеъмол қилиши зарур. Овқат ейишдан олдин оғиз шиллик қобик қаватини 5% ли анестезин эмулсияси билан оғриқсизлантириш мумкин.

Хулоса қилиб, шуни таъкидлаш керакки, ўткир герпетик стоматитни турли даражада кечишига касалликнинг алоқали ва юқувчанлиги сабабдир, шунинг учун бемор касалликнинг қандай ҳолати билан мурожаат этмасин, унга эътибор берилиши, даволаш тартибини педиатр ва стоматолог биргаликда ишлаб чиқиши, комплекс даволашга таяниб иш юритиш, тезда беморни жамоатчиликдан ажратиб, болалар жамоалари орасида профилактик тадбирлар ўтказилиши зарур. Болалар боғчаларида ишловчи тарбиячилар ишга келишдан олдин герпесга текширилиши (жойлашган соҳа аҳамиятсиз) ва врач томонидан доимий назорат қилиниши керак. Ўткир герпетик

стоматит кечадиган шаклидан қатъий назар, у аниқлангандан кейин касал боланинг боғчага қатнаши таъқиқланади.

2.2 Болаларда Венсан ярали гингиво стоматитлар.

Венсаннинг ярали - некротик, стоматити (ухшаш синонимлари; яра қопламали стоматит, траншейли, оғиз ярали некротик гингиво стоматити таёқчали симбиози (Басиллус ФусиФормис), Венсан спирохеталари (Бореллиа Винсени)) келтириб чиқарадиган инфекцион касалликдир.

Биринчи мартаба бацилла симбиози ва спирохетасини Венсан 1893 йили топган. Бир йил утгач, Плаут букмасимон ангинани беш беморда аниқлайди. Кейинчалик С. П. Боткин Финляндияда Плаут-Венсан ангинасини эпидемия ҳолида кузатади, Н. П. Симановский буни 8 та беморда учратганини ёзди.

Одатда Венсаннинг варақасимон бацилла ва спирохетаси оғизда сапрофитлик қилади, уни танглайнинг катта бодомча безида, тиш ва милк чунтакларида учратиш мумкин. Касаллик купроқ организми кучсизланган ёшларда, болаларда патоген микроблар қузқалиши билан кузатилади. Плаут-Венсан симбиозини оғизда урганаётганда 126 та тек-ширилганларнинг барчасида Венсан спирохеталари топилган, уларнинг 27 таси клиник соғломдир. Купчилик муаллифлар оғиз бўшлиғи шиллик қобиқ қаватида яллиғланиш жараёнларини дастлаб стафилакокк ва стрептакокклар чақиради, кейин фузоспирилла-факультатив сапрофитли жараёнга қушилиб, узига хос жароҳат қуринишларини руёбга чиқаради, деб таъкидлашади.

Шунга асосан, уруш йиллари бир қатор болалар жамоалари, уқув юртлари, солдатлар гуруҳлари орасида бу касаллик эпидемия сифатида кузатилган, бироқ, Венсан стоматити ва ангинасини юқумсиз касаллик деб айта оламиз. Купчилик олимларнинг фикрича, бу эпидемик касаллик купинча яшаш учун ноқулай саналган жойларда истиқомат қиладиган болалар ва усмирлар орасида кузатилади. Одатий яшаш тарзида, соғлом шароитда Венсан стоматити ва ангиналари юқумсиз қисоблади. Кукрак ёшидаги болаларда ва иккиламчи адентияда фузоспираллар патоген қуриништа

утмайди. Плаут-Венсан симбиозининг патогенлиги, тиш-милк чунтаги ва акд тиши соҳаси, кариоз ковақли тишлар соҳасида қисман ноқулай шароит булганда юзага чиқади. Венсан стоматити ва ангинаси купинча, учинчи - катта озиқ тишнинг чиқиши қийинлашганда, айниқса, пастки жағда юзага келади. Лекин Е. М. Гофунт 184 та ярати-некротик стоматитдан 36 тасида тиш чиқишининг қийинлашуви ушбу ка-салликка сабаб булишини аниқлаган.

Касалликнинг келиб чиқишига сабабчи буладиган омиллар сифатида бошдан кечирган хасталиклар натижасида организмнинг кучсизланиши, туйиб овқатланмаслик, чекиш, алкогольли ичимликларни куп истеъмол қилиш, совуқ қотишни санаб утишимиз мумкин. Касаллик ривожланишига ёрдам берувчи омиллардан яна бири - оғиз гигиеник ҳолатининг ёмонлигидир. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати бутунлигининг бузилишига асосий сабаблардан яна бири, бу - пародонтдаги яллиғланиш жараёнидир. Патологик жараён милкда, асосан тишнинг орқа соҳасидан лунж шиллиқ қобик қаватига кенг тарқайди. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати билан бир вақтда жинсий аъзолар ҳам жароҳатланиши мумкин.

Клиник кўринишида; ифлос сариқ рангда улган туқима ҳосиласи билан қопланган вулқонсимон яра ҳосил булади, оч қизил рангдаги қисман қаттиклашган яра 2-4 см катталиқда булиши аниқдантан. Асосий ярага яқин соҳада кичкина яралар ҳосил булиши мумкин. Яра атрофидаги шиллиқ қобик қават қизарган ва шишган. Яллиғланиш жараёни алвеолалар узиқ шиллиқ қобик қаватга милкка утишда қисман шишади, милк юзида улган туқима яралари ҳосил булади, уларни олганимизда бироз қонайди. Айрим ҳолатларда чуқур шиллиқ қобик остки қаватигача, мускул ва ҳатто суяккача борадиган некроз яралар вужудга келади. Купинча бундай чуқур жароҳатли яра қаттиқ танглайда жойлашганда кузатилади. Оғиз шиллиқ қобик қавати жароҳатининг ўткир шиши натижасида касалликнинг дастлабки кунларида овқат еганда, оғизни очганда ва ёпганда мушаклар тортишиши натижасида кучли оғриқ пайдо булади.

Субъектив сезгилар камайиб бориб, кейинчалик йухолиб кетиши мумкин, лекин оғиздан йирингли нохуш қид келиши сақланиб қолади. Соҳага яқин жойлардаги лимфа тугунлари катталашади ва оғрикди булади. Купчилик ҳолларда касалликнинг дастлабки 2-3 кунда тана ҳарорати 37,5-38°C га кутарилади. қон таркибида унча катта узгаришлар кузатилмасда, қисман лейкоцитознинг чапга эгилиши ва қон чуқувчанлиги (қЧТ) тезлашиши сезилади.

Ярали туридан ташҳари қалбаки шиллиқ қобиқ сили ёки Венсан ангинасини бўқмали тури кузатилади. Жараён купинча бодомчасимон безда кузатилиб, сарғиш кук қоплам ҳосил қилади. Яллиғланиш белгилари атроф туққимага умуман тарқалмаган булади. қоплам олиб ташлангандан кейин секин-лик билан эпителизацияланувчи грануляция қолади. Венсаннинг қоплам шаклидаги ангинаси ярали шаклига нисбатан кам учрайди.

Касаллик бошлангандан 2-3 қафта утгач, секинлик билан чекина бошлайди. Камдан-кам ҳолатларда, хасталик даволанмаса, сурункали тавсифда кечади, узок вақт йирингли некротик жараён милк четлари буйлаб давом этиб, кейин бирламчи яра эпителизацияланади. Венсан ангинасига ташхис касалликнинг клиник куруниши ва симбиоз фузоспираллари топилиши асосида қўйилади. Венсан ангинасининг фарқли ташхиси бўқма (дифтерия) билан қитинади. Венсан ангинасидаги симбиоз фузоспираллари ва дифтерия инфекцияси бир вақтда бир жароҳат учоғидан топилади. Симбиоз топилиши дифтерия ташхисидан узқоплашиш деб уйламаслик зарур, чунки дифтерия таёқчалари топилмасагина, аралаш инфекцияли ташхисни йуққа чиқариш мумкин. Шунинг эса тутиш зарурки, дифтерияли аралашма оғир белгиларни намоён қилади, жараён симметрик тавсифда кузатилади, дифтерия яллиғланиш қопламаси асоси устига мустақкам урнашган булади.

Венсан ангинаси қон касалликларидаги (лейкоз, агранулоцитоз) эрозия-ярали яллиғланишлардан фарқли ташхисланади. Бунда Венсан ангинасининг ўткир кечишини унутмаслик зарур. қон касаллигида лейкозли ёки

агранулоцитозли узгариш пайдо булади. Венсан ангинаси ва стоматити Оқибатини касалликнинг узоқ вақт давом этишини қисобга олмаганда, яхши деб айта оламиз. Баъзи ҳолатларда касаллик қайталаниши ҳам мумкин.

Ҳозирги вақтда Венсан ангинасининг барча турларини тез даволашга эришилмоқ: биринчи навбатда бензилпенциллиннинг 300000-500000 Ед дан кунига 4 марта 3-5 кун давомида даволаш утказилади. Сувда эрувчи пенициллинни дюрант дори воситалари билан ҳам алмаштириш мумкин. Экмоновоциллин-ни 600000 Ед дан кунига 1 марта ёки бициллин -3 (300000 Ед дан 1 марта ёки 600000 дан 6 кунда 1 марта) тавсия қилинади. Кенг таъсир доирасига эга, эритромицин, тетрациклин, олететрин туркумли ва бошқа антибиотиклар кунига 800000-1000000 Еддан 5-10 кун давомида кулланилади. Витаминлар; биринчи уринда, аскорбин кислота, В гуруҳ витаминлари тавсия этилади. Дезинфекцияловчи эритмалар - 1:5000 нисбатда-ги калий перманганат, 3% водород перикиси билан тез-тез оғиз чайқалади. Бемор узи учун доимий тула овқатланиш тартибини урнатиши зарур.

Касалликнинг ўткир даврида оғиз бўшлиғида жарроқлик муолажалари, тиш олиш, кесиш мумкин эмас, некротик туқималарни механик усулда турли хил ферментлардан фойдаланиб олиш, тиш тошлари терилиши керак. Шиллиқ қобиқ қаватга ишлов бераётганда, куйдирувчи воситалар кулланмайди. Оғизда ўткир яллиғланиш жараёнлари бартараф этилгандан кейин, тартибли санация утказилади; тиш тошлари терилади, тиш илдизлари олинади, кариоз тишлар ва пародонт хасталиклар даволанади.

Фузоспиралоздан ҳимояланиш мақсадида оғиз бўшлиғида доимий санация утказиш, оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш, айниқса, инфекцион касалликлар вақтида, иммунитет пасайганда ва висмут дори воситалар билан даволанганда алоқида эътибор бериш зарур.

2.3 Оғиз бўшлиғи вирусли сўгаллари

Сўгал (бородавка) - вирусдан кейин чиқадиган яхши сифатли янги ҳосиладир. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида сўгалнинг икки турда - ясси ва ўткирлашган ҳолатда учрайди. Ясси сўгал бир текисдаги папулага ўхшаб шиллиқ қобиқ қаватдан қисман кўтарилиб туради. Сўгал четлари аниқ, айлана, кўкиш-оқиш ёки озгина очиқ рангда бўлиб, атрофидаги шиллиқ қобиқ қаватдан ажралиб туриши билан фарқланади.

Ўткир сўгал оқиш-бинафша рангда, юпқа оёғчага жойлашган, охири ўткирлашган, кўпаяётган шаклда, ташқи кўринишидан қарам гулини эслатади. Сўгал кўпинча оғизнинг олдинги соҳасида, оғиз бурчагида, тилнинг олдинги бўлағи ён юзасига жойлашади. Баъзан лабнинг қизил ҳошияси ва милкда жойлашади. Кўп ҳолатларда сўгал шиллиқ қобиқ қават ва терида бир вақтда ривожланади. Ташхис қўйиш вақтида оғиз шиллиқ қобиқ қавати папилломасини ва бошқа янги ҳосилаларини эсда тутиш лозим.

Даволашда маҳаллий 3% ли оксалинли, 0,5% ли бонофтонли, 0,5% ли флореналинли, 5% ли теброфенли ва бошқа вирусга қарши дори воситалари ишлатилади. Бу мазларни қўллашдан олдин оғиз бўшлиғи ва тишларни яхшилаб тозалаш зарур. Малҳамлар билан шиллиқ қобиқ қаватга ишлов беришдан олдин оғиз тиш чўткаси ва пастаси билан яхшилаб ювилади, мазлардан кунига 3-4 марта суртилади, сўгални даволаш тери ва жинсий аъзолар шиллиқ қобиқ қаватини бир вақтда даволаш билан бирга олиб борилади. Сўгални даволашнинг яна бир усули бу криодеструкция ёки электрокоагуляциядир.

2.4 Сил касаллигида ОБШҚ ўзгаришлар.

Одатда оғиз шиллиқ қобик қавати ва лабда силни сил микобактериялари келтириб чиқариб, иккиламчи бўлади, кам ҳолатларда оғиз шиллиқ қобик қавати бирламчи сили комплекс турда кузатилади. Сил микобактериялари оғиз шиллиқ қобик қаватида эндоген (қон орқали, лимфа орқали) ва экзоген йўл билан тушиши мумкин. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати сил микобактериялари жойлашиши учун нокулай озуқа муҳити саналади; шиллиқ қобик қаватга тушаётган кўплаб сил микобактериялари ўлади. Агар тушган микобактерия ривожланса, у жараённинг кечиши; организм иммунологик ҳолатининг силли реакцияга жавоб даражасига боғлиқ бўлади.

Организмда силнинг келиб чиқиши жараёнида, инсоннинг овқатланиши тавсифи, ички-асабий зўриқиш ва бошқа ҳолатлар муҳим ўрин эгаллайди. Оғиз шиллиқ қобик қавати силнинг иккиламчи туридан жароҳатланса, у силли югирик ҳисобланиб, бунда дастлабки иккита кўринишда силли реакция мусбат, милиар-ярали силда аллергия кўринишида бўлиб, силли реакция манфий натижа беради.

Оғиз шиллиқ қобик қават ва лабнинг бирламчи сили. Бирламчи силда - бирламчи сил комплекси - сил шанкри кам учрайди, асосан болалар оғиз шиллиқ қобик қаватида кузатилади, у кўпинча экзоген ифлосланишдан, ҳаво томчиси, кам ҳолларда алиментар йўл билан юқади. Силнинг бу тури организмда сил микобактерияси йўқ ва сил реакцияси мусбат бўлмаган кишиларда ривожланади.

Силда 8 кундан 30 кунгача инкубацион давр ҳисобланиб, инфекция туинаи жойда 1-1.5 см катталиқда туби ифлос ҳосила сариқ бўлади, асаб толалари жароҳатланганда оғриқли ҳосила бўлади. Тубининг четлари қисман каттиқлашган; бу асосан лабда жойлашса, яққол кўринади. Яра ҳосил бўлганидан 2-4 ҳафта ўтгач, жағ ости лимфа тугунлари каттиқлашади. Дастлаб лимфа тугунлар ҳаракатчан, кейинчалик улар ўзаро ва тери билан бирикади. Кўп ҳолатларда бу тугунлар йиринглайди ва ёрилади.

Силнинг бу тури оғир кечади, айникса кўпроқ атрофдаги болаларда силнинг тарқалиб кетадиган турининг хавфи кузатилади. Даволаш жараёни секинлик билан олиб борилса, бемор тузалиш томон ўзгаради. Лаб раки ва каттиқ шанқрдан сил шанқри осон фарқданади: унинг ривожланиши бемор ёшлиги билан лимфа тугунларининг бирикиб кетиши, ярадан сил бактериялари ажралиши билан тавсифланади.

Силли югирик. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати ва лаб силлари ичида силли югирик кўп учрайди. Касаллик учун ўрнашиб олинган, қайталаниб туриши ва юз соҳасида кузатилиши тавсифли, айти вақтда лаб қизил ҳошиясида, бурун соҳасига тез ўтади. Айрим ҳолларда, юқори лабнинг қизил ҳошиясидаги сил чегараланган бўлиши ҳам мумкин. Силли югирикнинг бирламчи элементи бу дўмбоғча (липома). Липома дастлаб ясси, кичик тўғноғич бошли, катта ёки қисман каттароқ қизил, сарғиш-қизил, юмшоқ, оғриқсиз ҳосила бўлиб, тармоқланган қисмлари билан қўшни ҳосилаларга қўйилади. Қўйилиш жароҳат ўчоғи турли катталиқ ва шаклга кириши мумкин.

Липомаларни ташхислаш учун икки хил: диаскопик ва зондлаш усулларида фойдаланилади. Липомани диаскопия қилганда, оддий шиша мосламадан фойдаланилади; шиша билан терига ва лаб қизил ҳошиясига босилганда, қобик қонсизланади, бунда липома қизил ҳошиядан йўқолади, перифокал қон томирлар кенгаяди, липома қўнғир-сарик ёки шағам рангда кўринади ҳамда олма бўтқаси рангини эслатади. Бир неча липомалар бири-бирига қўйилиши натижасида диаскопияда катта доғ, айрим ҳолатларда 1 см катталиқкача бўлган бир нечта алоҳида кичкина қўнғир доғлар вужудга келади. Иккинчи усулда ташхислашда тугмасимон зонд билан липомага босилганда, зонд осонгина кириб кетади. Бу феноменни 1896й. А.И. Поспелов аниқлаган, ҳозирги вақтда каллоген ва шакли ўзгарувчанлик шакл бузилиши билан изоҳланади.

Югирик (волчанка) ўчоғи лабнинг қизил ҳошиясини ва айниқса оғиз шиллиқ қавати қобиғини яралайди. Яра қирралари бирлашмаган, нотекис кўринишда бўлади. Яра туби сарғиш ифлосланган караш ёки кенгайган папуланнинг грануляцияли шакли, бошқа ҳолларда, оч рангдаги пишган малинани эслатади. Лабнинг қизил ҳошиясидаги югирик яра юзасида юпқа қотма караш камдан-кам ҳолда, жуда йўғон караш кўп ҳолларда кузатилади. Жароҳат ўрнида юзаки чандикнинг атрофияли ҳолати липоманинг алоҳида чандиғини такрорловчи кўринишда бўлади. Яраларнинг ўрнида кўпол хусн бузувчи чандиқлар қолиши ҳам мумкин. Югирикнинг ярали жараёни камдан-кам бўлсада, тўқималарнинг бутунлигига жароҳат этказди.

О.Н. Подвисотскаянинг айтишича, югирикнинг эрта инфилтратив кўриниши ҳам бўлиб, у кўпроқ лабда жойлашади. Лабнинг бу жароҳати қисман катталашган кўринишда, лаб териси ва лаб қизил ҳошияси тортишган тўқ-қизил рангда бўлиб, диаскопияда олма бўтқаси кўринишида кузатилади. Югирикнинг бу кўринишида инфилтрат тезда тушиб кетади ва тўқимага сезиларли жароҳат этказди. Юқори лабда югирик жойлашганда, элефонтиза типиде шиш кузатилиб, у кейинчалик узок сақланиб қолади. Оғиз шиллиқ қобиқ қавати силли югирик кўп учрайдиган соҳа ҳисобланиб, кўпинча юз терисигача аралаш тарқалиши ва аксинча, юз терисидан лаб ва оғиз шиллиқ қобиқ қаватига тарқаша натижасида юзни кўп қисмининг катта-катта жароҳатларига сабаб бўлиши мумкин. Бир қатор муаллифларнинг таъкидлашларича, оғиз шиллиқ қобиқ қаватида силли югирик 18% дан 35% гача миқдорни ташкил қилади. Оғиз соҳасининг асосан милк, қаттиқ ва юмшоқ танглайида югирикнинг кўп жойлашиши кузатилиб, тилда эса кам учрайди.

И.Г. Лукомский силли югирикнинг клиник кечишини тўртта босқичга; инфилтратли, дўмбоқли, ярали ва чандикли турларига ажратади. Клиник кечишининг биринчи босқичида инфилтрация кузатилиб, одатда дўмбоқчалар кузатилмайди. Жароҳатли шиллиқ қобиқ қават соҳаси оч қизил рангда,

шишган ва атроф тўқималардан жароҳатланган ўчоқ кўтарилиб туради. Иккиламчи босқичда қизарган ва шишган кўринишдаги, алоҳида-алоҳида кичкина дўмбоғчалар бўлиб, осон олинувчи эпителий билан қопланган. Кейинчалик, аксарият беморларда думбоқчалар турли катталиқда, текис бўлмаган кўринишда, кўпинча якка-якка, лекин четлари юлинмаган ҳолатдаги яра ҳосил қилиб, тушиб кетади. Ярадан ажралган ҳосила таркиби микроскопда кўрилганда, сил микобактериялари топилади. Жараён охирида чандиқ ҳосил бўлади, агар жараён ярасиз бўлса, унда дўмбоқлар текис, ялтироқ ва атрофияга учраган ҳолда кўринади. Жараён яраланиб кечса, чандиқлар қаттиқ, кўпол бўлиб, шиллиқ қобиқ қават остида ётган тўқима билан бирикиб кетади.

Оғиз шиллиқ қобиқ қаватида алоҳида липома ҳосил бўлса, унда (тўғноғич бошидай) кўкиш-сарик ёки сарғиш-қизил рангли юмшоқ ҳолатдаги, текканда осон қонайдиган, юзага осон ёпишиб турган кўринишли ҳосила пайдо бўлади. Силли югирик жойлашишига боғлиқ ҳолда ўзига хос клиник кўринишида кечади. Юқорида таъкидлаганимиздек, сил югирикчаси оғизнинг юқори соҳаси - милкда кўп жойлашади. Милкда жойлашган силнинг жароҳатини И.Г. Лукомский 4 та кўринишга:

- 1) Қирғоқли - дастлаб милкнинг четларида банал инфилтрат пайдо қилиб, кейинчалик дўмбоқли эрозия (яралли) кўринишда ўтадиган, бунда милк қирралари ва тишлараро сўрғичлар тезда шишади, милк четлари текисланади, шиллиқ қобиқ қават оч-қизил рангда тобланади, милк худди қалбаки тўғноғичдай, оғриксиз, силлиқ, хира, осон қонайдиган бўлиб қолади:
- 2) Юқори қирғоқли инфилтратли ёки милк чўнтақларига босилмайдиган дўмбоқ-яралли жароҳатланиш:
- 3) Тотал инфилтрат, кўпинча, эрозив, камдан-кам ҳолатда, яралли жароҳат бутун юзасини қоплаб олади. Бу турдаги силда апвеола суяклари кўпроқ

жароҳатланади, "гипертрофик люпоз кўринишли гингивит" ҳам ривожланади:

4) икки томонлама яралли юғирик кўринишида намоён бўладиган тури.

И.Г. Лукомский ва В.А. Василевлар юғирикни, асосан яралли турида, милк жароҳатланганда жағнинг ўсиқларидаги ўзгаришларни таъкидлашган, яралли кечишида, суяк тўқимасининг ўлиши оқибатида алвеолар ўсиқлар томонидан жағ асосий танаси томон жараён давом этади ва тишлар қимирлаб қолади, аралаш чайнов юзаси ҳосил бўлади. Милкни жароҳатловчи юғирик тури оғир кечишида алвеолар суяклар тўла эмирилиб кетади, тишлар тушиб кетиши кузатилади. Силли юғирикда танглай ва милк жароҳатини биргаликда келиши тез-тез учраб туради. Танглай олдини $\frac{1}{3}$ қисми жароҳати юқиш йўли билан ривожланадиган тури, яралли юғирикка тавсифли ҳолатдир. Дўмбоқча ўрнида ҳосил бўладиган яра тўқима юзасига қандай тарқалса, чуқурликчага ҳам шундай тарқалади. Танглай ўрта қисмидаги яра лимфоген ёки гематоген йўл билан инфекция юқиши натижасида кузатилади. Бундай жароҳат ўчоғи қаттиқ ғадир-будир дўмбоқли, кўкиш-қизил ёки оч пушти, айрим ҳолда шаффоф ёриқли кўринишга эга.

Юғирик танглайнинг охириги учинчи қисмида жойлашса, одатда тил, шу қаторда танглай тилчаси, ютқун ва қизил ўнгач жароҳатланади. Патологик жараён лимфоген йўл билан юққанда, дўмбоқли, кам ҳолларда, яралли кўринишда бўлади. Тилда юғирикнинг яралли кўриниши дўмбоқли туридан кам учрасада, тил жароҳатланганда шишади, қалинлашади ва кўринишини йўқотади, юзи ялтироқ, данакдек, дўмбоқча кўринишида, деструктив ўзгариш томонга эгилган ҳолда бўлади. Оқибатда, деструктив жараён тилни бутунлай йўқолиб кетишигача олиб келади. Тилдаги юғирик тил илдизида ёки тил деворида жойлашади. Клиникада тил юзасида, думалоқлар тарқалиб жойлашади, эмирилаётган яралар одатда аниқланади. Жароҳат соҳаларида варикоз ва папилломатоз ҳосилалар кузатилади. Бу ҳосилалар қаттиқ

склерозлашмаган, кенгайган, оғриқсиз карашлар ёки юмшоқ сургили ўсмалардан иборат бўлиб, одатда бемор шикоят қилмайди.

Лаб шиллиқ қобик қавати жароҳатлари клиник жиҳатидан ярали кўринишда бўлиб, лабни қимирлатганда оғриқ сезилади. Яра битганидан кейин чуқур деформацияга учраган лаб чандиғи қолади. Юқори лаб ярали жароҳатида ўзига хос понасимон нуқсон, чандиқ ҳосил бўлиб, лабни ён томонга тортади, нутқ бузилади ва овқат эйиш қийинлашади. Агар иккала лаб жароҳати аниқланса, бемор оғзининг кичрайиши - микростома ҳолати кузатилади. Югирикнинг сурункали кечиши. Касаллик даволанмаса, жараён бир неча ўн йиллаб давом этиши мумкин. Одатда, югирик асосан ўпка сили борларда (фаол бўлмаган турида) ва лимфаденит сили бор беморларда кузатилади. Силли югирик айрим ҳолатларда сарамас яллиғланишли асорат беради. Оғир асорати раkning ривожланишидир (люпус-картсинома). Люпус-картсинома битмайдиган, четлари қаттиқ, туби эмирилувчи ва тезда тарқалувчи ярадир. Силли югирикнинг таққосий ташхиси асосан, дўмбоқли захм, махов ва қизил югирик билан қилинади.

Қизил югирикнинг фарқи лабдаги жароҳат чегараланган бўлсада, силнинг ҳосиласида липома бўлмайди, Вуд ёритгич нурида кўрилганда якка-якка суюқлик оч тусли жароҳатли ва ўткир гиперкератоз, шунингдек, қорсимон-кўкиш рангда товланади. Санчикли сил. Санчикли сил ёки скрофулодерма, оғиз шиллиқ қобик қаватида камдан-кам ҳолда учрайди ва асосан болаларда оғиз шиллиқ қобик қаватида, чуқур қатламларда тугунлар ҳосил қилади. Бу тугун секинлик билан юмшоқлашиб боради ва жароҳатланиб, оз миқдорда қон аралаш йиринг, шунингдек, кичик бўлак ўлган тўқима чиқади, ҳосил бўлаётган яра юмшоқ, якка-якка, узилган кўринишда, четлари оғриқди, яра туби кучсиз грануляция билан қопланган бўлади. Яралар ўзаро бир-бири билан най йўллари орқали қўшилмайди. Чандиқланишда, текис бўлмаган бўлак-бўлак чандиқлар ҳосил этади.

Оғиз бўшлиғидаги шиллиқ қобиқ қават скрофулодермаси ва захм гуммаси бир-бирига ўхшаш. Актиномикозда шиллиқ қобиқ қават ва шиллиқ ости қаватда жойлашган тугунлар, санчикли силдан фарқли, уларда доскасимон қаттиқлик, оқма йўл бўлиши ва унда нурли замбуруғлар ажралади. Тушиб кетаётган ўсмали яраларда қаттиқлик, оғриқли, илгакда атипик ҳужайралар борлиги билан фарқланади.

Милиар – ярали сил. Касаллик асосан касалликка берилувчан кучсиз ўпка ва ҳиқилдоқ сили билан оғриган беморлар сўлаги орқали чиқадиган сил микобактериялари инокуляцияси оқибатида келиб чиқади. Микобактериялар шиллиқ қобиқ қаватига ўрнашади ва касалликни келтиради. Бундай беморлардаги тошмалардан ажралган ҳосилдан кўп миқдорда микобактериялар топиш мумкин. Милиар – ярали силда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати дастлаб кўкиш-сарик ёки қизғиш рангда, нуқтасимон, шиллиқ қаватдан қисман кўтарилган ҳосилалар - кичик абстсесслар ажратилади, улар кейинчалик милиар дўмбоқларга айланади. Касалликнинг бу босқичи яралиси билан тез алмашинади, шунинг учун милиар-ярали силда касалликнинг бирламчи элементларини кузатиб бўлмайди. Бемор оғриқли яра пайдо бўлгачгина, врачга мурожаат қилади.

Дастлаб шиллиқ қобиқда нуқта-нуқтали яралар ҳосил бўлиб, улар бир-бирига тезда қўшилиб кетишидан 2,5 см катталиқда ҳосила пайдо бўлади. Бу яралар чуқур жойлашмаган, нотўғри шаклда, четлари узилган шаклда, юмшоқ бўлади. Яра атрофида қисман яллиғланиш реакцияси кузатилади. Яра туби текис бўлмаган паст-баланд, сарғиш, кўкиш, қизил рангда, бир-биридан узоқроқ жойлашган, сўрғичларда, айрим ҳолатда йирингли караш ёки қон уйилиб қолган ҳолатни кўриш мумкин. Бундай яраларнинг тубида оз миқдорда сарғиш ёки кўкимтир-сарғиш милиар дўмбоқчалар, кичкина абстсессчалар (Трел дони)ни учратамиз.

Касал даволанмаса хасталик жуда секин кечади, жараён аста-секинлик билан тарқалиб боради. Ўз-ўзидан чандиқланиш камдан-кам ҳолатларда

кузатилади. Одатда, яраси оғриқли бўлиб, жараён кўпинча жағ ости лимфаденити билан бирга кечиши мумкин, лекин лимфа тугунларининг йиринглаши кузатилмайди.

Милиар — ярали сил кўпинча танглай, тил, баъзи ҳолатларда милк ва лунжда жойлашади. Тошмалар жойлашишига қараб, ўзига хос жароҳатларга эга. Милиар ярали сил танглайда жойлашганда, тошмалари қизара бошлайди, яллиғланиш инфилтрати тилда ёки танглай халқасида бўлиб, кейин яра ҳосил бўлади. Танглайнинг ён юзасида аввал ёрилиш кузатилади, ичкаридан четга йўналган бу ёриқлар яранинг қирралари бўйлаб, узилган шаклга киради. Тилда эса жараён қисман сезиларли ёриқлардан бошланади, кейинчалик ўртага йўналган бўлиб, милиар ярали силга хос оғриқли яра ҳосил қилади. Тилда инфилтрация сезиларсиз бўлиб, айрим ҳолатларда тилда сарғиш-кўкиш Трел дони шакли кузатилиб, тезда ярага айланади. Милиар-ярали сил билан кўпинча эркаклар оғрийди. Милиар-ярали силни гуммали яралардан фарқли ташхислаймиз. Айрим ҳолатларда, милиар ярали сил ва югирик силни бир-биридан фарқлаш қийин. Милиар ярали силда субЪектив жиҳатидан оғриқ сезилади, югирикли силда эса, оғриқ камдан-кам ҳолатда ёки умуман кузатилмайди.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати силини даволаш умумий силни даволашдагидек усулда олиб борилади, одатда бемор силга қарши диспансер назоратига олинади. Югирик силни даволашда, самарали усул изоникотин кислоталари гидролизитсидан (фтивазид, изониазид ёки тубозит, солюзит, метозит, Инга 17 ва бошқ.), булар сил микобактериятарига ҳам бактериостатик ҳам бактеритсид таъсир қилади. Катталарда фтивазид кунига 1-1,5 г дан 6-7 ой давомида, болаларда кунига 0,03-0,04 г дан/1 кг тана оғирлигига ҳисоблаб берилади. Силли югирикни клиник даволаш 45-60% беморларда самарали бўлади. В.И. Класс ва Н.Я. Косова (1954 й.)нинг айтишича, оғиз шиллиқ қобик қавати силида фтивазид яхши натижа беради, унда 90% беморларда терапевтик самарали натижа кузатилади. Лекин даво

курси тугагандан бир неча ой ўтгач, 16% беморларда касаллик қайталанади ва уларга такрорий даво муолажаси ўтказилади. Шунинг учун югирикнинг даво курси тугашидан кейин касалликнинг клиник белгилари юзага чиқишини кутмасдан туриб, 2-3 ой вақт ўтгач, такрорий даво (60-200 г даво курси) ёки Д2 витамини бериш, асосан югирик силини ярали турига яхши фойда беради. Д2 витаминни 100000 Ме дан кунига, 6-7 ой давомида берилади.

Силга қарши воситаларга яна стрептомитсин кунига 0,5-1г, 6-7 ой давомида қўлланилади. Лекин фақат стрептомитсин билан даволашда айрим ҳолатларда касалликнинг эрта қайталаниши кузатилади. Юқорида айтилганлардан хулоса қилиб, силни даволашда аниқ фойдали натижаларга эришиш учун фтивазидни Д витамини билан комплекс номахсус дорилар (витамин К, В гуруҳ витаминлар), шунингдек, умумий ультрабинафша нурлантириш ва тузсиз овқатлар истеъмолига эътибор берган ҳолда даволаш зарур. Оғиз шиллиқ қобик қаватининг милиар-ярали силида жуда кўп микобактериялар ярадан ажралишини ҳисобга олиб, комбинациялаштирилган даво усулларни, стрептомитсин ва фтивазид, шунингдек, организм иммунитетини кучайтирувчи дори ва озукалар қўллаш зарур.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати силининг оқибати асосан беморнинг узоқ вақт даволанишига ва дори воситасининг сифатига боғлиқ. Силни эрта кўринишдаги турлари белгиларини аниқлаш биланок, беморларни махсус даволаш муассасаларига жойлаштириш, тезда диспансер назоратига олиш зарур. Бунинг учун стоматолог врачнинг ҳам бевосита иштироки беморни тезда даволашда муҳим аҳамият касб этади, сабаби милиар-ярали ва югирикли силда бемор биринчи ўринда стоматологга шикоят билан келади. Кўпгина ҳолларда оғиз шиллиқ пардасининг бундай жароҳатланиши болаларнинг оғриган тишини нотўғри даволаш ва камдан - кам ҳолларда уй шароитида уй - рўзқор учун ишлатиладиган кислота ёки ишқорий

моддаларни нотўғри сақлаш оқибатида келиб чиқиши мумкин. Жароҳат чуқурлиги бундай вазиятларда кимёвий модданинг контсентрацияси, таъсиротнинг узоқ - қисқалиги ва кўрсатилган биринчи ёрдамнинг тўғри-нотўғрилигига қараб ҳар хил бўлиши мумкин. Кимёвий таъсиротлар биринчи дақиқаларда тўғри аниқланса, зудлик билан акс таъсир этувчи моддалар (антидот) эритмаси билан жароҳатни ювиш, даволашни тўғри бошлаш болани нохуш ҳоллардан ҳалос қилишнинг асосий йўли бўлиб ҳисобланади. Кислота ёки ишқор таъсирида биринчи дақиқаларда шиллик парданинг кизариши асосий ўрин тутди. Бир неча соат вақт ўтгандан кейин тўқима хужайралари ўлади (некроз) ва фибриноз экссудат билан тўйиниб қалинлашади. Ҳосил бўлган қалин парда (плёнка) 7-8 кунлардан бошлаб, тирик тўқимадан ажралиб туша бошлайди. Жароҳат ўрнида таъсирот кучига қараб ҳар хил катталиқдаги ва чуқурлиқдаги яра ёки эрозия ҳосил бўлади. Жароҳат фибринли қараш билан қопланиб, атрофидаги соғлом тўқиманинг тикланиши натижасида аста - секинлик билан бита бошлайди. Кимёвий таъсирот натижасида дастлаб лаблар (кўпроқ пастки лаб), кейин тил, ютқин жароҳатланади.

Кислота таъсиридан жароҳатланганда биринчи бўлиб шиллик пардани сусти ишқор эритмаси (бир стакан сувга бир чой қошиқ овқатга ишлатиладиган сода солинади) билан обдон ювилади. Ишқорли жароҳатлар эса сусти кислота (1-3% уксус) эритмаси билан ювилади. Маботдо керакли кимёвий эритмалар бўлмаса, унда иккала ҳолда ҳам совуқ сувдан фойдаланиш зарур. Кислота ҳамда ишқор моддалар сувда яхши эриши натижасида яхши ювилади ва уларнинг таъсир кучи сусаяди. Кимёвий жароҳатлар оғриқли тишни даволашда дори - дармон сифатида ишлатиладиган: фенол, формалин, антиформин, спирт, эфир ва бошқаларни эҳтиётсизлик билан ишлатиш оқибатида шиллик пардага тушиши натижасида ҳам келиб чиқиши мумкин.

Кимёвий жароҳатлар кўпайган сари беморнинг умумий аҳволи ҳам оғирлашади, кучли оғриқ туради, тана ҳарорати кўтарилади (37-39°C), кучли заҳарланиш белгилари юзага келади. Уйқу бузилади, бемор безовталанади ва овқатдан бош тортади. Даво чора-тадбирлари биринчи ёрдамдан ташқари оғиз шиллиқ пардасини оғриқсизлантириш, антисептик эритмалар билан жароҳатни оҳисталик билан ювиш, ичиш учун организм сезгирлигини сусайтирувчи дорилар, антибиотиклар қабул қилишдан иборат. Бундай пайтда умумий заҳарланиш белгиларининг олдини олиш учун болага кўпроқ суюқлик ичириш лозим. Агар кимёвий таъсирот натижасида ютқин, нафас йўлларининг бошланиш қисми жароҳатланган бўлса, бола шифохонага ётқизилиб, кулоқ-бурун-томоқ мутахассислари назоратида даволанади.

Сил - сил микобактерияси (Кох таёкчалари 1888 й.) томонидан чақириладиган сурункали юқумли касаллик.

Инфексиянинг тарқалиш йўллари:

"Экзоген эндоген (қон, лимфа орқали, персонтигентатум) сил патогенизида муҳим аҳамиятга эга бўлган омиллар

"Организмнинг умумий ҳолати

Овқатланиш характери

"Уй - рўзгор шароитлари

"Асаб- эндокрин ўзгаришлари

Силнинг икки хил турлари бор:

"Бирламчи (оғиз бўшлиғида жуда кам учрайдиган)

"Иккиламчи (оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги сил югуруги, скрофулодерма ва милиар ярали сил)

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати (ОБШҚ) ва лаб бирламчи сили ёки бирламчи сил комплекси, ёки бирламчи сил шанқри ОБШҚ лаб бутунлиги бузилганлиги натижасида инфекция тушганда намоён бўлади.

Анергия (сил реакциялари манфий бўлган шароитда ривожланади)

Инкубацион давр:

8-30 кун

Клиник белгилари:

"ОБШҚ ва лаб бутунлиги бузилганлиги натижасида инфекция тушиш ўрнида

"Диаметри 1-1,5 см ли эмирилиш хосил бўлади

"Чети қазилган, нотекис, зичлашган

"Туби қаттиқлашган кир кулранг караш билан қоплаган

"Лимфа тугунлари зичлашиб катталашган

"Аввал лимфа тугунлари силжимади

"Сўнг ўзаро ва тери билан жипслашган бўлади

"Охирида йиринглаб очилади

Кечиши:

"Оқибати қониқарсиз (эмизикли гўдакларда)

"Оқибати қониқарли (даволанмасдан ўтиб кетади)

Иккиламчи сил:

Сил югириги

Белгилари:

"Узоқ вақт давомида кечади

"Кўп учрайди

"Қайталаниш хусусиятига эга

"Сурункали кечади

Жойлашиши:

"Юзда (75% беморларда)

"Тепа лаб қизил хошиясида

"Бурунда

Бирламчи элемент

Люпома (дўмбоқча)

Люпома - бу:

"Чегараланган

"Аввал текис

"Тўғногич бошчаси катталигида

"Сарғиш-қизил ёки қизил

"Оғриқсиз хосила

Люпомага хос бўлган белгилар:

"Периферик ўсиш

"Ёнидаги элементлар билан қўшилиш

Сил югириги ўчоқлари:

"Атрофи емирилган

"Ярага айланиш хусусиятига эга

"Туби кир кулранг караш билан ёки сўргичсимон грануляциялар билан қопланган

"Нотекис шаклда

"Лаб қизил хошиясида пўстлоклар билан қопланган

"Зарарланиш жойида чандикли атрофия ёки қўпол чандиклар ҳосил бўлади

ОБШҚ сил югириги кўпинча жойлашадиган сохалар

"Милкда

"Қаттиқ танглайда

"Юмшоқ танглайда

Ташхис:

"Диаскопия (олма жеълеси белгиси)

"Зондлаш ёрдамида қўйилади

И. Г.Лукомский бўйича 4 давр белгиланган:

"Маргинал

"Супрамаргинал

"Тотал

"Билатерал

Сил таққосий ташхиси ўтказилади:

"Дўмбоқчасимон Захм билан

"Мохов билан

"Қизил югурик билан

Колликатив сил ёки скрофулодерма ОБШҚда камдан-кам учрайди (асосан болаларда). Тугунлар ҳосил бўлиши билан бошланади. Тугунлар аста-секин юмшаб яраланиб. Тубидан қон аралаш йиринг ажралиб яра пайдо бўлишига олиб келади.

2.5 Захмда ОБШҚ ўзгаришлар.

Захм - оқ трепонема келтириб чиқарадиган сурункали юқумли касалликдир. Захм доимо ўзига хос тавсифда кечиши билан ажралиб туради: биринчидан, инфекция яширин даврларга эга бўлган тўлқинсимон фаоллиги билан юзага чиқиб туриши; иккинчидан, секинлик ва кейинги соатлари жараёнида аъзо ва тўқималарда клиник ҳамда патологоанатомик кўринишни кучсиз ўзгаришлардан то аъзони сиқиб, босиб унинг фаолиятини тўхтатишгача, айрим ҳолатларда беморни ўлимга олиб келадиган чуқур инфекция гранулёмалари ҳосил бўлиши, кучли ўзгаришларга олиб келиши билан тавсифланади. Захмнинг тўлқинсимон кечиши, секинлик билан жараённинг оғирлашиб бориши натижасида инфекцион касалликка қарши организм томонидан клиник ва морфологик жиҳатдан иммунитет ҳосил бўлади, айтилиши вақтда инфекция даражаси кучайиб бориб организмдан зўрлик қилади, оқибатда иммунитет тизимининг гуморал кучсизланишига олиб келади. Натижада инфекцияга қарши ҳужайра иммунитет пайдо бўлади. Захм туғма ва ҳаёт давомида орттирилган турларга ажратилади. Туғма захм билан оғриган онанинг ҳомила чиқиш йўли орқали ҳомилага оқ трепонемалар тушишидан келиб чиқади. Одамга захм инфекцияси асосан жароҳатланган тери ёки шиллик қобик қават орқали тушгандагина юқтирилади.

Шунингдек, бир қатор муаллифларнинг таъкидлашларича, оқ трепонема шикастланмаган шиллик қобик қавати орқали ҳам юқиши мумкин. Захм инфекциясида оқ трепонема кам кузатилсада, қон орқали, гемотрансфузия вақтида ва тиббий муолажалар вақтида укол ёки операция вақтида юқтирилиши ҳам мумкин. Бундай ҳолатда юқтирилган захм ривожланади,

юктирилгандан икки ой вақт ўтгач, иккиламчи захм даври белгилари пайдо бўлади. Захмни оқ трепонемаси билан бевосита ёки алоқали ифлосланганда, инфекция терига, шиллиқ қаватга асосан қаттиқ шанкр, эрозияли папула, эмизикли она сутидан, барча экссудат ва транссудатдан ўтади. Сийдик, тер, сўлак, кўз ёш суюқдиги кабилар оқ трепонемани ўзида сақламайди. Лекин уларнинг чиқиш йўли ифлосланиши мумкин. Одатда инфекциядан ифлосланиш жинсий алоқа орқали кузатилади. Жинсий алоқадан ташқари инфекция касб билан боғлиқ ҳолатларда, идиш-товоқлардан, лаб бўёқларидан, бошқа безак ашёларидан умумий фойдаланилганда юқади. Захмнинг тўлқинсимон кечиши, турли тавсифдаги клиник ва морфологик ўзгаришларнинг касаллик турли босқичларида турлича бўлишига қараб яширин (инкубацион), бирламчи, иккиламчи, учламчи, орттирилган захмлар, шунингдек, номаълум; вистсерал захм ва асаб тизим захмига ажратилади.

Захмнинг инкубацион даври ўртача 3-4 ҳафта, айрим ҳолатларда 10-12 кун, бошқа ҳолатларда 6 ойгача бўлади, бу даврнинг муддати асосан инфекция юктирган кишининг олдин турли таносил касалликлар (гонорея)га чалингани, антибиотиклар истеъмол қилиши билан боғлиқ. Захмнинг биринчи даври инфекция юктирилгандан кейин оқ трепонема, қаттиқ шанкр (бирламчи сифилома) ҳосил бўлишидан бошланади. Бирламчи давр 6-7 ҳафтага чўзилади. Қаттиқ шанкр ҳосил бўлгандан 5-7 ҳафта ўтгач, бирламчи даврнинг иккинчи белгиси юзага келади, яъни, соҳа лимфа тугунлари катталашади (бубон ёки соҳа склераденити). Бу тугунларда оқ трепонемалар ғужжа жойлашади. Лимфа тугунларидан лимфа йўллари орқали бирламчи даврнинг бошларида трепонема қонга туша бошлайди, бунга жавобан қонда антителолар ҳосил бўлади, бу даврнинг 3-ҳафтаси охирида қонда синфли серологик реакция-Вассерман реакцияси, чўкма реакцияси ўтказиб захмни аниқлаш мумкин; иммунофлюорестсенция (РИФ) реакцияси билан дастлаб оқ трепонема иммобилизацияси РИБТ ёки РИТ реакцияси билан кейинроқ аниқланади.

Тўртинчи ҳафтадан бошлаб, синфли серологик реакция ва РИФ қониқарли натижа бериши захмнинг бирламчи даврида бирламчи серонегатив (қаттиқ шанкр ҳосил бўлишидан то серологик реакцияга ўтиш даврида манфий натижадан мусбат натижагача) ва бирламчи серопозитивга бўлинади. Кўпчилик беморларда қаттиқ шанкр бутун бирламчи даври давомида ва иккиламчи даври бошланишигача сақланиб туради. Бирламчи захмнинг охириги ҳафтаси давомида полиаденит ривожланади. Барча ёки кўплаб лимфа тугунлари нўхат ҳолатигача катталашади, қаттиқ зичлик эластик ҳолига айланади, улар оғриқсиз, ҳаракатчан, устидаги тери қоплами ўзгаришсиз бўлади. Бундай полиаденитлар кейинги 2-3 ой давомигача сакданади.

Захм бирламчи даврининг охирида 20% беморларда касалликнинг умумий белгилари (тана ҳарорати 38-39,50К га кўтарилади, ҳолсизлик, бош оғриқи, суяклардаги оғриқ (асосан кечкурунги оғриқ) пайдо бўлади, периферик қонда қисман анемия, лейкоцитоз, қоннинг чўкиш тезлиги (ЭЧТ) ошиши кузатилади. Шу тариқа 4-6 кун ўтгач, сон ички соҳалари, айрим ҳолатларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида тошмалар пайдо бўлади, бу захмнинг бирламчи даври тугаб, иккиламчи даври бошланишидан далолат беради. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабнинг қизил ҳошиясида захмнинг барча даврларида, шунингдек, бирламчи захмда ҳам тошмалар бўлади. Захмнинг жинсий алоқасиз юктирилган турларида оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва лабда қаттиқ шанкр кўпроқ кўринади. Қаттиқ шанкр оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати ва лабнинг барча соҳаларида учрайди аммо кўпроқ лабда, тилда, бодом безида кузатилади.

Қаттиқ шанкр ҳосил бўлишида оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қавати, лаб ва бошқа соҳаларда чегараси аниқ, қизариш аломати кузатилиб, у 2-3 кун давомида яллиғланиш инфилтрати ҳисобига қаттиқлашади. Бу ҳосила қаттиқлашиб бориб, 1-2 см диаметрли чегара вужудга келади. Жароҳат марказида ўлган тўқима пайдо бўлиб (некроз), қизил гўшт, камдан кам ҳолда, ярали эрозия ҳосил қилади. Қаттиқ шанкр 1-2 ҳафта давомида тўла

шакллангунча шиллик қобик қаватида қизил гўшт ёки эрозия ярали оғриқсиз думалоқ ва ялтироқ қиррали шаклда 3 мм дан 1,5 см диаметргача қаттиқ эластик инфилтрат пайдо бўлади. Оқ трепонема шанкр юзасидан илгича билан осон олинади. Айрим ҳолларда эрозия юзи оқ сарғишҳараш билан қопланади. Баъзан қаттиқ шанкр лабда жойлашса, атрофида шиш кузатилади ва узоқ вақт сақланади. Кўпинча шанкр битта, кам ҳолатларда бирнечтаси ривожланиши учрайди. Агар шанкрга иккиламчи инфекция тушадиган бўлса, эрозия чуқурлашиб, яра сарғиш ифлос ўлган тўқима караш билан қопланади.

Захмининг атипик шакллари оғиз бурчагида, милкда, ўтиш бурмасида, тилда, бодомча безида жойлашади. Оғиз бурчаги ва ўтиш бурмада қаттиқ шанкр ёриқли кўринишда, тортилган шанкр шаклдалиги аниқланади. қаттиқ шанкр оғиз бурчагида жойлашганда, клиник жиҳатидан ярани эслатади, лекин асосининг қаттиқдиги билан фарқланади. Қаттиқ шанкр кўпинча тилнинг учинчи қисми ўртасида якка-якка жойлашади. қаттиқ шанкр тилнинг деворига жойлашса, шанкр асосидаги инфилтрат ҳисобига атроф тўқималар устига чиқиб кетганлигини кўрамиз, юзаси эса қизил гўштли эрозияга эга. Шанкр атрофидаги яллиғланиш ва оғриқсизлик ўзига эътиборни тортади. Милкда жойлашган шанкр оч қизил ясси эрозияли, 1-2 тиш атрофида ярим ой кўринишида ўрнашади. Милкдаги қаттиқ шанкрни ярали турида ҳеч қандай яроқли белгилари бўлмай, бирламчи сифиломага хос. жағ ости соҳасида бубон бўлиши ташхислашга асос бўлади.

Қаттиқ шанкр бодомча безида жойлашганда, учта кўринишдан биттаси ҳолида учрайди: айни ярали ангинага ўхшаш (амигдалит) ва комбинирлашган ангинага ўхшаш шаклдаги ярали тури; миндалиниани бир томонлама жароҳатлайдиган тури. Ярали шанкр миндалинада катталашган, қаттиқлашган, қизил-гўшт кўринишида аниқ чегарали, яра атрофидаги шиллик қават қизарган бўлади ва бу жараён оғриқ сезгилар билан бирга кечади. Ангинага ўхшаш шанкрда эрозия ва яра бўлмайди, миндалина бир томонлама катталашади, қизил мис рангда, оғриқсиз ва қаттиқдашган бўлади.

Аншнадан бу жараённинг фарқи, бир томонлама жароҳатланиши, оғриқ ва ўткир яллиғланиш қизаришининг йўқлигидир. Умумий ўзгаришлар кузатилмайди, тана ҳарорати меъёрида бўлади. Қаттиқ шанкр лаб ёки оғиз шиллиқ қобик қаватида жойлашса, уни пайдо бўлишидан 5-7 кун кейин соҳа склероаденити юзага келади. Одатда, бундай турда энгак ва жағ ости тугунлари катталашади. Лимфа тугунлари каттиклашган, ҳаракатчан, оғриқсиз ва бир-бирига ёпишмайди. Агар иккиламчи инфекция тушса ёки жароҳатланса, лимфа тугунлари оғриқли бўлади. Энгак ости, жағ ости лимфа тугунлари билан бир вақтда бўйин ва энса тугунлари ҳам катталашиши мумкин.

Лабда жойлашган шанкрнинг фарқли ташхиси; оддий пуфакли темираткидан унда ачишиш, қичишиш, қизарган соҳасида эмирилиш бўлиши, асоси енгил шишли ва кичик ярим айланма шакл намоён этади. Бундан ташқари пуфакли темираткида пуфакчалар қайта-қайта ҳосил бўлиши билан ажралиб туради. Герпетик эрозияда қаттиқ шанкр тезда пайдо бўлиб, тезда эрозияга учраши, шунингдек, ретседив кечиши ҳолатлари кузатилмайди. Агар герпетик эрозия узок давом этса, унинг асосида инфилтратнинг қаттиқлашиши кузатилади, бу нарса қаттиқ шанкр билан ўхшашликни яқинлаштиради. Ташхислашда кўпинча бирламчи сифиломани - герпетик шанкрдан кам фарқли, оддий пуфакли темиратки каби тўлқинсимон кўриниши, бундай ҳолатларда шанкрда эрозия тубини қаттиқлиги субъектив сезгирликни кузатиш муҳим аҳамиятга эга. Қаттиқ шанкрни шанкрсимон пиодермиядан фарқлашда, асосан, шанкрда эрозия ёки яра атрофида йиринги ажралмайдиган, чуқурча йўқ ва асосан оқ трепонема учун лаборатор (серологик реакция) текшириш ўтказиш зарур. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қавати ва лабдаги ярали шанкр эмирилиб тушадиган рак ўсмасини эслатади. Бунда ҳосил бўлаётган рак ярасининг чуқур жойлашишига, жуда қаттиқлигига, четлари нотекис ва осон қонашига эътибор бериш керак; рак секинлик билан ривожланади, кўпинча катта ёшлиларда кузатилади, шанкр

эса тез ривожланиб, асосан ёшларда кузатилади. Такқосий ташхис ўтказишнинг ҳал қилувчи аҳамияти бу - лаборатория текширишларидир: захмда-оқ трепонема, рақда рақ хужайралари аниқланади.

Милиар-яралли силда - оғиз шиллиқ қобиқ қавати яраси қаттиқ шанқрдан фарқди ўлароқ, яра атрофининг кўплаб қиррали нотекис, тилинган, оғриқли, сариқ буғдойсимон - Треля буғдойи нуқталарига ўхшашлиги битан ажралиб туради. Жароҳатли эрозиялар, афталар ва бошқалар қаттиқ шанқрдан фарқлидир ҳамда тубининг юмшоқлиги сабабли хасталик омили бартараф қилинганда тезда соғаяди. Турли касалликларда (қизил ясси темирлатки, лейкоплакия, қизил югирикда) оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватидаги ва лабдаги эрозияларнинг қаттиқ шанқрдан фарқи – тубида қаттиқлиги йўқ, шиллиқ қаватда ҳар бир касалликка хос қизариш ёки ўзгариш аломатларининг мавжудлигидир.

Қаттиқ шанқрга хавф сезилганда, бир неча бор кетма-кет ярадан ажралаётган тўқимада оқ трепонема учун текшириш ўтказилади; агар у топилса, бирламчи захм учун аҳамиятлидир, худди махсус серология реакцияси каби мусбат; фақат бунда, қаттиқ шанқр ҳосил бўлгандан уч ҳафта кейин натижа мусбат бўлади. қаттиқ шанқрда ажралган тўқималарда оқ трепонема топилмаса, бунда соҳалардаги лимфа тугунларидан олинган суюқликдан аниқлаш мумкин. Захмнинг иккинчи даври қаттиқ шанқр ҳосил бўлгандан 6-7 ҳафта вақт ўтгач бошланади (қаттиқ шанқр соҳаларида склерoadенит, полиаденит белгилари юзага чиқади), бу даврда розеола папула тошмалари бир текисда пайдо бўлади. Захмнинг иккиламчи даври 3-5 йил давом этиб, серологик реакция мусбат бўлиши доимий кузатилади. Иккиламчи захм кечишининг асосли томони тўлқинсимон кечиши; касаллик яширин ва фаол кечиши белгилари билан ҳам бир ярим, икки ойда алмашилиб такрорланиб туради.

Захмнинг фаол босқичи, иккиламчи даври бошланишига тўғри келади; инфекция генерализацияси, кўп миқдорда розеола-папула, айрим ҳолларда,

пуфакли тошмалар, полиаденит, склероаденит жараёнлари кузатилиб, иккиламчи тоза захм деб юритилади. Иккиламчи тоза захм даври охирида каттиқ шанкр ҳосил бўлиб, розеола-папула тошмалар, соҳа склероденит полиаденитлари йўқолиб кетади. Бу даврда яширин бирдан-бир белгиси қондаги серологик реакциялардир (Вассерманн реакцияси, чўкма реакцияси, РИФ, РИБТ). Кейинчалик беморда захмнинг фаол белгилари юзага чиқади; ретсидивлар (жинсий аъзоларда, орқа чиқариш йўлида, оғизда, тирсакда, пешонада тошмалар) папула ва розеола, кенг жойда тарқалган ва кичик ўчоқли лейкодермиялар пайдо бўлади. Захмнинг иккиламчи даври учун тавсиф: яра юзасига кўп миқдорда оқ трепонема тўпланиб, юқишнинг хавфлилиқ даражаси ошади; шу даврни кечишидаги вақт даволаниш учун сўнгги нажотдир; даволанмаслик эса организмнинг тўла реакцияга йўлиқишидир. Бу фақатгина тери, шиллиқ қават учун тегишли бўлмай, балки ички аъзолар, асаб тизимига ҳам таъсир қилади.

Оғиз шиллиқ қобиқ қаватидаги захм иккиламчи даврдаги белгилари жойлашиши жиҳатидан айрим беморларда кузатилади; касалликка чалинганларнинг ярмиси оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида розеола, папулёр, пустулёр, тошма элемента ари жуда кам ҳолларда кузатилади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида розеола тошмалари симметрик ҳолда юмшоқ танглайда, тилда, бодомча безида, халқумда кўринади. Розеола тошмалар бу соҳада бир-бирига қўшилиб, жароҳат ўчоғига қўшилади, (эритематоз ангина). Жароҳат соҳаси тўлишган, қизил рангда, айрим ҳолларда мис тусида, аниқ чегараланган. Бу соҳанинг шиллиқ қавати енгил шилинган; бемор ютингандан оғриқ сезади, лекин субъектив сезилмалар бўлиши ҳам, бўлмаслиги ҳам мумкин.

Иккиламчи захмда оғиз бўшлиғи шиллиқ қобиқ қаватида, айниқса бодомча безида, халқумда, юмшоқ танглай, тилда, лунж шиллиқ қаватининг барча жойида, кўпинча тишлар бирикиш чизиғи бўйлаб енгил юза чизик ҳосил бўлади. Папула шакли унинг сақланиш муддатига боғлиқ, дастлаб

папула асоси 1 см гача диаметрда, тўқ қизил рангдаги очик чегарали ўчоғдан иборат. Бир оз вақт ўтгач, экссудат сўрилиб, папулани қоплаб турган эпителий турли тавсифда кўриниш беради. Папулалар 3-10 мм катталиқда айлана, қаттиқлашган, оғриқсиз, оқ-сарғиш рангда, меъёрий шиллиқ қават билан чегараланган, атрофида супургисимон инфилтрация ёйи сезилиб туради. Папула атрофи шиллиқ қобик қаватдан баланд кўтарилмаган бўлиши ҳам мумкин. Қоплаб турувчи қатлам олинса, қизил гўштли эрозия кўринади, ундан олинган ажратмада оқ трепонема кузатилади. Папула юзасидаги карашдан ўлган тўқима ажралиб тушади ва папула эрозияга учрайди. Кўп ҳолларда шиллиқ қобик қаватда бир неча папула ҳосил бўлади. Бунда ёлғон полиморфизм тошмалари юзага келади. Кўринишлари популанинг ривожланишидаги турли босқичларидир. Попула эрозиясида оғриқ сезгилари пайдо бўлиши мумкин, айниқса оғиз бурчагида жойлашган захм (захм яра) попула узок вақт сақланиб туришидан, айрим ҳолларда жароҳатланади ва гипертрофик ҳолат кўринади. Бу ҳодиса кўпинча оғиз бурчагида попула жойлашганда, ўтиш бурмада, тил ён юзасида, тишларнинг беркилиш чизиги бўйлаб кузатилади. Бундай популалар кўпинча эрбзияга учрайди, юлинади, қонайди ва сарғиш-кўкиш караш билан қопланади.

Тил деворида жойлашган захмли попула ўзига хос кўриниш бериши мумкин. Унинг устида жойлашган ипсимон сўрғичлар гипертрофияга ёки атрофияга учрайди ва попула катта айлана ўрама шаклига киради. Сўрғичларни атрофиясидан текисланган, ясси, ялтироқ юзали атроф тўқималардан озгина чуқур жойлашган айлана баргсимон шакл ҳосил бўлади. Юмшоқ танглай, бодомча безида захмнинг ёмон асоратли кечиши оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватининг бошқа соҳаларига нисбатан камроқ кузатилсада, пуфакли захм (ярали) ҳосила пайдо қилади. Бошланишида катта инфилтратли шиш юзага келади ва тезда тушиб, ўлган тўқима ва йирингли яра ҳосил қилади. Яра танглайнинг катта қисмини жароҳатлаши мумкин. Яра тушиши ютқиннинг қичишуви билан кечади.

Иккиламчи захмнинг ташхиси, илгак орқали олинган тўқималардан топилган оқ трепонема ва серологик реакциядаги мусбат натижалар билан тасдиқланиши зарур. Эритематоз захмли ангинани ташхислашда; банол катарал ангинадан, оғриқли, тана ҳарорати кўтарилиши, бодомча безлари шишиши, эритмаларнинг оч-қизил рангда бўлиши каби белгиларидан фарқланади. Оғиз шиллиқ қаватидаги дори-ашёларидан бўлган тошмалар эритематоз захмли ангинадан, жароҳатнинг катталиги (бутун лунж ва тилга тарқалган) билан фарқланади. Одатда оғиз шиллиқ қобик қавати қизарганда пуфаклар пайдо бўлади, тезда оғриқди эрозияга ўтиб кетади; дори-ашёлари сабаб бўлган тошмаларда ачишиш кузатилади. Сабабчи бўлган дори-ашёлари истеъмоли тўхтатилиши билан тошмалар йўқолади.

Шиллиқ қобик қаватидаги захмли папула лейкоплакияни, қизил ясси темиратки папуласини, қизил югирик ўчоғини эслатади, уларнинг юзаси эрозияланиши натижасида оқ-сарғиш рангга кирган, лекин оч-сарғиш караш захмли пуфак юзасидан илмоқ билан осон олинади, аммо лейкоплакия, қизил ясси темиратки, қизил югирикда юлинмайди. Оғиз шиллиқ қобик қавати кандидози (молочнитса) захмли пуфакдан фарқли, унда ўчоқ илмоқ билан юлинганда қизил духобасимон караш ажралади, захмли пуфакда эса эрозияли юза ажралади. Захмли эрозив пуфагини кўп шаклли экссудатли эритема, пемфигиусда қалбаки пуфакча, оддий пуфакли темираткилардан фарқи; бу жараёнларда эрозия тубида инфильтрация йўқ, тошма кўпинча оғриқди тавсифи билан кечади. Гиперимияда эрозия атрофида оч-қизил рангда чизик пайдо бўлади. Пуфакчада Никольский симптоми мусбат ва аконтолитик ҳужайра суртмада юзаси эрозияли бўлади.

"Баргсимон" пуфак дескваматив глосситнинг келиб чиқишини эслатади. Десквамация қисмини қонли, оч-қизил, уни атрофида оқ тармоқлар, каттиқлашиш йўқ, қисман кўчган тўқималар касалликни сурункали кечиши "географик" тилни захмли жароҳатдан фарқли қилади. Захмнинг учламчи даври бемор даволанишидан қатъий назар узок ҳолда давом этаверади.

Касаллик бошлангандан 4-6 йил ўтгач организм реактивлигининг оқ трепонемага сезувчанлиги ошиши билан учламчи захм бошланади ва оқибати ёмон кечади. Захмнинг учламчи даври ўнлаб йиллар давом этиб, ҳаётий аҳамиятга эга тана аъзолари ва тўқималарда яллиғланиш инфилтратлари (гумма ва дўмбоқлар), деструктив ўзгаришлар ҳосил бўлиши ва уларнинг ўлиши билан кечади. Бу даврда учламчи захмнинг тошмалари атрофдагилар учун юқумли эмас, чунки ажралмада оқ трепонемалар учрамайди.

Учламчи захмни фаол ёки манифес ҳамда яширин турига ажратамиз. Учламчи захмдаги фаол турда синфли серологик реакция 70-80% беморда, яширин турида 50-60% беморда мусбат натижа беради. Лекин захмнинг учламчи даврида РИФ ва РИБТ барча беморларда, ҳатто захмга қарши даво муолажасидан кейин ҳам мусбат натижа қайд қилинади. Учламчи захмнинг белгилари кутилмаганда пайдо бўлиб якка-якка нотекис, гуруҳ-гуруҳ, ассиметрик тошмалар ҳолида юзага келади, жараён тез-тез суякларда, ички аъзолар ва асаб тизими аъзоларида ҳам кузатилади. Учламчи захмнинг охирида асорат сифатида белдан асабий узилиш кўринишида, оғир яллиғланиш-дегенратив жараён ривожланиб, шоллик аломати асаб тизимидаги ўзгаришларга олиб келади. Захмнинг учламчи даврида оғиз шиллик қобиқ қаватида, гуммалар тарқалган, гуммали инфилтрат ва буюрли тошмалар пайдо бўлиши билан оғиз шиллик қобиқ қавати, захмнинг клиник белгилари юзага чиқаётган ягона соҳаси эканлигидан далолат беради. Гуммали захм оғиз шиллик қобиқ қаватининг турли соҳасига жойлашиши мумкин, кўпинча гумма қаттиқ ва юмшоқ танглай ҳамда тилда кузатилади. Одатда гумма санокли сонда учрайди.

Дастлаб оғриқсиз тугуни ҳосил бўлиб, у секинлик билан катталашиб, кейинчалик ёрилади. Гумма ўртасидаги асосий ўқ чиқиб кетади ва ўрнига гумма яраси ҳосил бўлади. Бу жараён 3-4 ой давом этиб, айрим ҳолатларда субЪектив шикоятлар билан бирга кечади. Гумма ёрилмаган вақтида қаттиқ тугун қизарган аниқ чегарали, юзи ясси, тугун устки шиллик қават қобиқи

қисман яллиғланган кўринишида бўлади: гумма ёрилиб, марказидан илдиз ажралгандан кейин, ўрнига четлари қаттиқ, оғриқсиз, туби гранула билан қопланган, қобик юлдузли чандикқа ўхшаб қолади: гумма танглайда жойлашган бўлса кўпинча перфорация (тешик) ҳосил бўлиши кузатилади. Гумма жойлашган ўрнига боғлиқ ҳолда турли клиник кўринишларни юзага келтиради. Агар гумма тилда жойлашса, тугунли глосситни ёки тарқалган эмирилувчи глосситнинг клиник аломатини эслатади.

Тарқалган эмирилувчи глоссит, оғиз шиллиқ қобик қаватидаги захмнинг энг оғир жароҳати саналади. Бунинг учун аввал тилнинг бутун қалинлиги бўйлаб плазмасимон хужайрали инфилтрат кузатилади, тил қисман катталашади, тилнинг кўп соҳасидаги шиллиқ қаватлари қалинлашади. Кейинчалик инфилтрат бириктирувчи тўқимали ҳосила чандиклаша бориб, тил ҳаракатини чегаралайди; тил кичкиналашади, қаттиқлашади, юзаси дум-думалоқ бўлиб қолади. Тил деворида оғриқли ёриқ-трофик яра ҳосил бўлиб, ёмон асоратли ўзгариш томон кечади. Қаттиқ танглайда гумма одатда, ўрта чизик бўйлаб жойлашади ва шиллиқ қават қобиқи юпқа бўлганлиги учун жараён тезда суяк усти пардаси, кейин суякка тарқайди. Гуммада инфилтрат тезда тушиб кетади, суякли оқ девор ҳосил бўлиб, кейинчалик оғиз ва бурун оралиғида тешик ҳосил бўлади. Гумма жароҳатлари юмшоқ танглайда икки хил кўринишда жойлашиши мумкин; танглайни осилиб турадиган қисмида кўп тарқалган гумма инфилтрати ва катта тугунли гумма инфилтрати ҳолида, юмшоқ танглайда ўзига хос жараён гумма қизариши ва шишиши аломати билан кузатилади. Гумма тилда жойлашганда, тез-тез тушиб, тил бутунлигига жароҳат этказади. Юмшоқ танглайдаги чандикли жароҳатда танглай қанотлари ютқинга тарқалиш йўналишида тортилиб, юмшоқ танглай катталашади. Гумма лабда жойлашганда томирларни тортиб, бошқа соҳаларга нисбатан дастлаб шиш пайдо бўлади.

Дўмбоқли захм оғиз шиллиқ қобик қаватида гуммали захмга нисбатан кам учрайди. Дўмбоғча оғиз шиллиқ қобик қаватининг турли соҳасига

жойлашиши мумкин, лекин кўпинча лабда алвеола ўсиғида ва танглайда кузатилади. Дўмбоқли захм оғиз бўшлиғида қобиқланган кўринишда ёки тез тарқалувчи яра инфилтрати кўринишида учраши мумкин. Дўмбоқли захм оғиз шиллиқ қобиқ қавати ва лабда жойлашганда қаттиқ, қизил, жигарранг кўринишида бўлади ва тезда чандикка айланади. Танглайнинг осилиб турадиган соҳасида жойлашганда якка-якка, бир-биридан қобиқданган элементлар кўринишида бўлиб, жуда тез яра ва чандик ҳосил қилиб, тушиб кетади, кейинчалик юмшоқ танглайнинг тортилишига олиб келади. СубЪектив белгилар - сўлак ажралишининг кучайиши иссиқ ва ўткир овқатлар эганда кучсиз оғриқ бўлиши билан кечади. Дўмбоғчалар тушиб кетгандан кейин чандикдан ўзига хос чуқурчасимон, четлари тўлқинсимон шаклда, такрорий тошмаларсиз шаклда из қолдиради.

Оғиз шиллиқ қаватининг гуммали жароҳатланишига ташхис қўяётганда уни милиар ярали сил ва ракдаги ўхшашликлари инобатга олинади. Милиар-ярали силда яра оғриқли, осон қонайдиган, четлари тилинган, тубида тарқалган сўрғичли ва илмоққа осонгина сил бактериялари аниқланади. Саратонда янги ҳосила тезда қаттиқлашади, оғриқли, четлари тилинган, тез қонайдиган ва хужайра шакли бузилганлиги (атипик) аниқланади. Ярали гуммани тилда ёки лабда кузатилган тури қаттиқ шанкрнинг ярали турига ўхшаб кетади, лекин қаттиқ шанкр учун хос белги бу соҳа лимфаденити ва оқ трепонеманинг тезда топилишидир. Гуммани янги маховдан фарқлаймиз, махов яраси тубида махов микроблари бўлади. Дўмбоқли захмни сил югиригидан фарқи; югирикнинг секинлик билан ривожланиши ва жароҳат юмшоқ ҳолатда бўлишига эътибор қаратилади. Учламчи захмда РИФ ва РИБТ текшириш натижалари ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Туғма захм асосан захм билан оғриётган онадан платсента орқали ҳомилага тушиши натижасида ривожланади. Туғма захм; эрта туғма захмга (5 ёшгача) бу ўз ичига кўкрак ёшидаги ва эрта ёшда болалар захмини олади

хамда у кечки ва яширин туғма захмларга ажратилади. Эрта туғма захм кўкрак ёшидаги болаларда турлича юзага келади, яъни у бир вақтда бир қатор аъзо ва тизимларга тарқалади. Захмнинг бу даврдаги белгилари боланинг дастлабки 2 ойлигида аниқланади (Райтс, М.М., 1948, 1959). Жараён терида, шиллик қобиқ қаватда, суякларда, ички аъзоларда оқ трепонемаларни ўзида сақлайди ва жуда юқумлидир. Қонда серологик реакция мусбат бўлади. Захмнинг бу даврида пуфакчалар розеол-папулёз тошмалар, терида Гохзингер инфильтрацияси кабилар сонлар орасида, пешонада, энгак ости ва лаб соҳасига тошади. М.М. Райтснинг маълумоти бўйича, Гохзингер инфильтрациялари одатда, бола ҳаётининг 8-10 ҳафтасида юзага келади.

Жараён дастлаб тарқалган ўчоқли, кўзга аниқ ташланмайдиган эритемалар ҳосил бўлиши билан бошланади, кейин бу жойларда инфильтрациялар пайдо бўлиб, тери бўғинлари текисланиб, юмшоқлигини йўқотади. Лаб қизғиш-сарик рангга кириб шишади, қалинлашади, лаб қизил ҳошияси тортишади, илмоққа қотишган қатлам ва кўп миқдорда оқ трепонемалар аниқланади. Бола йиғлаганда, лабларда юзаки оғизга чуқур нисбатан кўндаланг йўналтирилган ёриқлар пайдо бўлиб, қисман қонайди, кейин тезда қоплам билан ёпилади. Даволамаган тақдирда ҳам 2-3 ой ўтиб, Гохзингер инфильтратлари тушиб, ўрнига оғиз атрофида радиал йўналган чандиклар (Робинсон-Фурнье чандиғи) ҳосил бўлади. Туғма захмда ретроспектив ташхис учун бу чандиклар аҳамиятлидир. Кўкрак ёшидаги болаларда оғиз шиллик қобиқ қаватида захм папулалари юзага келиши мумкин. Б.М. Пашков (1955 й.) маълумоти бўйича бу туғма захм папулаларидир.

Эрта ёшдаги туғма захмнинг клиник белгилари: 1 ёшдан 5 ёшгача, иккиламчи захм редсидивига ўхшайди, тошмаларда оқ трепонема бўлади, тошмаларнинг жуда юқувчанлиги, серологик реакциянинг мусбатлиги, оқибати яхши кечиши билан тавсифлидир. Бу даврда оғиз шиллик қобиқ қаватида эритемали ангина, папулалар айрим ҳолларда эмирилган ҳолда

кузатилади. Кўпинча папула бодомчасимон безда, тилда, лунж ва лаб шиллик қобиқ қаватида жойлашади. Кечки туғма захм боланинг 5 ёшидан кейин бошланади. Захмнинг бу даврида аъзо ва тўқималардаги чуқур ўзгаришлар кузатилиши туғма захм учун хосдир. Оқибатда, беморлар кам ҳолларда ногиронликка чиқишади. Б.М. Пашков маълумотига қараганда, кечки туғма захмнинг дастлабки белгилари 47% беморларда - 5 дан 8 ёшгача, 84% беморларда - 9 дан 12 ёшгача бўлган даврда кузатилади. Кўпчилик кечки туғма захм билан оғриганларда, серологик реакция мусбат, РИФ ва РИБТ эса даволанмаган беморларда мусбат натижа беради.

Туғма захмларнинг барча белгилари икки гуруҳга: ишонарли (Гетчинсон учлиги, паренхиматоз кератит, гетчинсон тишлари, лабиринт карлиги) ва нисбатан ишонарли (эгарсимон бурун, қиличсимон тирсак, кистасимон биринчи моляр, қозиклар оғиз атрофидаги чандиқлар, думбасимон калла суяги ва бошқ.) белгиларга ажратилади. Агар кечки туғма захм билан оғриган бемор оғиз шиллик қобиқ қаватида жароҳатланиш кечса, унга учламчи захм учун хос бўлган гумма ва дўмбоқли тошмалар учрайди. Бу чандиқлар лабнинг қизил ҳошиясида, айрим ҳолатда Клейн соҳасидан бошланиб, кейин териға ўтиш қисмига кўчади. Бурненинг фикрича, захмнинг аниқ белгиси бу лаб қизил ҳошиясидаги чандиқнинг юпқа ялтироқ чизик бўлиб аниқ кўзга ташланишини оддий кўз билан кўринишидир. Туғма захмда оғиз атрофидаги чандиқларнинг фарқли белгиси - оғиз бурчаги, энгак остига эрозияли пуфак ва чуқур инфилтрат ҳосил қилади ҳамда тарқалган инфилтратли захмдан кейин оғиз атрофидаги чандиқ 19 % кечки туғма захм билан оғриганларда кузатилади (Б.М. Пашков). Туғма захмлардаги чандиқларга хослик, айрим ҳолатларда турли дерматозларда - пиодермияда, тери силидаги чандиқларга ўхшаши билан ажралиб туради.

Даволаш. Захм билан оғриган беморларда клиник ташхис аниқ қўйилгандан кейингина - бирламчи ва иккиламчи захмда оқ трепонема топилгандан ёки серологик реакция мусбат натижа берганидан кейин

даволашни бошлаш лозим. Захмга қарши даволаш муолажасидан сўнг у бошланғич даврдаги босқичга ўхшаб қолади, лекин бемор захмни даволаш учун талаб қилинадиган даво курсини тўла олмаса, беморда касалликнинг серологик ва клиник белгилари қайталанади. Шунинг учун касалликнинг кечиши даражасини аниқлаб, тўла синфли реакциялар, шунингдек, РИБТ реакцияси натижасини билиб, тўлақонли даволаш курсини ўтказиш зарур. Ҳозирги кунда захмни даволашда пенициллин ва унинг қаторидаги дори ашёлари (пеницилин, бицилин), висмут дори воситалари (биёхинол, бисмоверол, пентабисмол) ва ёд, иккиламчи захм қайталанишида ҳамда учламчи захмда комбинациялашган махсус бўлмаган даволашдан (пироген дорилар, B12 витамин, метилуратсил, алое ва бошқалар) фойдаланилади. Захм билан оғриган беморларни даволаш тартиби 1976 йилда соғлиқни сақлаш вазирлиги тасдиқлаган ва 1982 йилда қайта тўлдирилган кўрсатма асосида олиб борилади.

Ҳозирги кунда захмнинг асл кўринишини (бирламчи ва иккиламчи тоза захм) даволашда тўхтовсиз (бир даво муолажаси) усул қўлланилса, бунда қайсидир пенициллин ёки пенициллин қатори воситалари, кейин захм бицилин ва фақат бицилин даволангунигача қилинади. Узлуксиз даволаш усулида пенициллин қўлланилади, бицилинни висмут препаратлари билан узлуксиз қўллаш иккиламчи захм қайталанганда ҳам ишлатилади. Стоматолог врач ўз иш амалиёти давомида учламчи захм билан оғриган беморга дуч келади, гуммозли ёки думбоқли тошмалари оғиз бўшлиғи шиллиқ қобик қаватида пайдо бўлган бундай беморларни даволашни пенициллин билан бошлаш мумкин эмас, чунки бунда - захм тошмалари сўрилиши оқибатида касаллик белгиларини қайталаниш реакцияси кузатилиб (айниқса, хаётий муҳим аъзоларда жойлашган бўлса), бу ўлимга олиб келиши мумкин. Бу даволаш жараёни оқибати тошмалар бириктирувчи тўқималарга қўшилишга улгурмаганлиги сабабли 2-3 кун ичида рўй бериши кузатилади. Шу билан боғлиқ ҳолда, учламчи захмни даволаш, дастлаб 2-4 ҳафта

давомида ёд қабул қилишдан бошланади, сўнг ярим доза миқдорида висмут дори ёди қабул қилинади, кейинчалик доза хажмида висмут дори-ашёлари, иккинчи даво курси ярмидан бошлаб пенициллин киритилиб даволаш охиригача этказилади.

Тахминий даволаш (комбинациялашган) захм ташхисини аниқлаб олиш ёд ёки висмут дори воситалари билан ўтказилади. Бу дори воситаларидан фарқли ўлароқ, пенициллин воситалари касалликни фарқли ташхислашга қаршилиқ аломатли натижаларини кўрсатади. Стоматолог врач иш жараёнида танглайи тешилган беморларда кемтикни ёпувчи операция жараёнида беморга яқин алоқада бўлади, учламчи ёки кечки туғма захм билан оғриган бемор даволаниб бўлганидан кейин 5 йил давомида диспансер назоратида туриши шарт. Шунга асосан, кемтикларни ёпиш операциялари беморлар диспансер назоратидан ўчирилгандан кейингина ўтказилади. Агар кемтик беркитиш операцияси бемор диспансер назоратидан чиқарилмасдан олдин қилишни тақоза этса, у ҳолда тери-таносил касалликлари врачининг назорати остида беморга пенициллиннинг мумкин бўлган юқори дозаси берилиб, касалликни юқишидан ҳимояланилади.

Захмда оғизда пайдо бўлган тошмаларни пенициллин ва висмут препаратлари билан даволаш жараёнида бир қатор асорат кузатилиши мумкин. Пенициллин ва висмутли дорилари беморда ўткир аллергияк стоматит келтириб чиқариши мумкин; у ҳолда тезда даволаш тўхтатилади. Кандидозда пенициллин даво курсини тўхтатиш шарт эмас. Висмут дори воситалари оғизда висмутли ҳошия, висмутли гингивит ва стоматит каби асоратлар пайдо қилади.

Клиник белгилари:

- " Тана хароратини 38-38,5 К гача кўтарилиши
- " Холсизлик

- " Бош оғриғи
- " Суякдаги оғриқларга (айниқса тунги)

Периферик қонда:

- " Анемия
- " Лейкотситоз
- " СОЕ кўрсаткичлари кўтарилиши

Қаттиқ шанкр оғиз бўшлиғида кўпинча:

- " Лабнинг қизил хошиясида
- " Тилда
- " Муртакларда

Қаттиқ шанкр кўпинча қуйидаги белгилар билан бошланади:

- " Чегараланган қизаришдан
- " Қаттиқ туби билан
- " Сўнг катталашиб думалок ёки овал ўлчами 1-2 см гача эрозияни ҳосил қилади
- " Эрозияни ўртаси қизғиш рангда бўлиб
- " Оғриқсиз
- " Четлари ликобча четларига ўхшаш

Қаттиқ шанкр гистологик қуйидагилардан иборат

- " бириктирувчи тўқимада қалин яллиғланиш инфилтрати
- " лимфотситлардан

" плазматик хужайралардан

Ундан ташқари аниқланади:

" Эндотелийни пролиферацияси

" Томирлар тромбози

" Томирлар облитерацияси

Қаттиқ шанкрнинг атипик шакллари:

Шанкр-ёрик

" Шанкр-бичилиш

" ярага ўхшаш шанкр

" Ангинага ўхшаш (амигдалит)

" Аралашган (ангинага ўхшаш шанкр юзасида яра бўлган)

" Герпетик шанкр

**Қаттиқ шанкрни қуйидаги касалликлар билан таққосий ташхис
ўтказилади:**

" оддий пуфакчали темираткидан

" Шанкрга ўхшаш пиодермия билан

" Милиар-арали силда учрайдиган жаралардан

" парчаланган саратон ярасидан

" травматик эрозия ва жаралардан

" пўрсилдоқдаги эрозиялардан

" сурункали қайталанувчи афтоз стоматитидан

" Қизил ясси темираткида, лейкоплакияда, қизил югирикдаги эрозиялардан

Захмни иккиламчи даври қуйидагиларга бўлинади:

" Янги иккиламчи

" сурункали иккиламчи

**Қаттиқ шанкр регионар склераденит, полиаденит пайдо бўлгач 6-7
хафтадан сўнг.**

Захмни янги иккиламчи даврига хос белгилар:

" Терида папулёз-розеолёз ва пустулёз тошмалар хосил бўлиши

" 3-5 йил мобайнида кечади

" серологик реакциялар мусбатлиги билан

" тўлқинсимон кечиш билан

" полиаденит билан

" склераденит билан

" қаттиқ шанкр қолдиқлари билан

Захмни янги иккиламчи даври охирида:

" қаттиқ шанкр йўқолади

" терида розеолёз-папулёз тошмалар йўқолади

" Регионар склероденит ва полиаденит аниқланмайди

" РВ, чўкма, РИФ, РИБТ реакциялар манфий бўлади

**Захмни сурункали иккиламчи даври бошланишида қуйидаги белгилар
намоён бўлади:**

" папулалар

розеолалар

" кенг кондиломалар

" диффуз ва майда ўчоқли алапесия

" лейкодермалар

**Папулалар ва розеолалар қўшилиб ёйлар, халқалар ҳосил қилиб
жойлашиши сохалари:**

" жинсий аъзоларда

" орқа тешик атрофида

" оғиз бўшлиғини шиллиқ қаватида

" қўл кафтларида

" оёқ кафтларида

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида папулёз- розелёз тошмалар симметрик:

" танглай ёйларида

" юмшоқ танглайда

" тилчада

" муртакларда жойлашадилар

Розеолоалар қуйидаги белгиларга эга:

" қон димланиши сабабли қизарган

" мис рангли кўринишида

" аниқ чегарали

Папулалар жойлашиш сохалари:

- " муртакларда
- " танглай ёйларида
- " юмшоқ танглайда
- " тилда
- " лунж шиллик қаватида
- " тишларнинг жиплашиш чизигида
- " милкларда

Папулалар:

- " каттиқ думалоқ ёки овал шаклда
- " оғриқсиз
- " кулранг-оқиш рангда
- " қизарган
- " ўлчами 3-10 мм гача

Захм папулаларини қуйидаги касаллик белгиларидан таққослайдилар:

- " лейкоплакия
- " қизил югурк
- " қизил ясси темиртки

Эрозияланган Захм папулаларини таққосий ташхиси:

- " кўп шаклли экссудатив эритма билан
- " Буллёз пемфигоид билан

" хакикий пўрсилдог билан

" оддий пуфакчали темиртки билан ўтказилади

Ялтироқ папулалар "урилган болалар" бляшкалари таққосий ташхиси:

" Дескваматив глоссит билан ўтказилади

Эритематоз захм ангинаси

" катарал ангина билан

" дори-дармонлар таъсиридаги хосил бўлган тошмалар билан таққослайдилар

**Захмни учламчи даври касаллик бошланганидан 4-6 йилдан сўнг
бошланиб:**

" узоқ вақт (ўн йиллар) давомида кечиши билан

" Гуммалар хосил бўлиши билан

" Диффуз инфильтрацияси билан

" дўмбоқчали яллиғланиш билан

" ажралишларда оқиш трепонема мавжуд бўлмаслиги билан

" мусбат РИФ ва РИБТ реакциялар билан кечади

Гуммоз захм кўпинча:

" юмшоқ танглайда

" қаттиқ танглайда

" тилда

" ютқунда жойлашади

Гуммалар белгилари:

- " кўпинча битта бўлади
- " бошида оғриқли
- " илдизи кўчганда кратерсимон яра хосил бўлиши билан кечади
- " ярани атрофи қаттиқлашган
- " грануляциялар билан қопланган
- " оғриқсиз

Дўмбоқчали захм камроқ учрайди. Дўмбоқчалар қуйидаги сохаларда жойлашади:

- " лаб шиллиқ қаватида
- " алвеол ўсимтасида
- " танглайда

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида дўмбоқчилар;

- " қаттиқ
- " қизғиш жигарранг
- " нотекис чегаралар билан
- " бироз оғриқли

Захмни учламчи даврини қуйидаги касалликлар билан таққослайдилар:

- " милиар ярали сил билан
- " оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати саратони билан
- " сил югуриги билан

Врач стоматолог тактикаси;

- " Касалликни ўз вақтида ташхислаш
- " беморни тери-таносил касалликларини даволайдиган мутахассисга юбориш
- " оғиз бўшлиғини санациясини ўтказиш
- " асбоб-ускуналарни пухта стериллаш
- " бир мартаба ишлатиладиган стерил халатлар, маска, перчаткалардан фойдаланиш

Сўзак - бу сурункали инфекцион касаллик бўлиб, цилиндрцимон эпителий билан қопланган сийдик ўтиш йўллари билан жинсий аъзоларни зарарлантиради.

Кўпинча:

- " тўғри ичакда
- " конъюнктивда
- " оғиз бўшлиғи шллиқ қаватида
- " хиқилдоқда пайдо бўлади

Сўзакни - граммусбат гонококк чақиради, инкубацион даври ўртача 3-5 кун.

Зарарланиш йўллари:

- " Эндоген
- " Экзоген

Сўзакни қуйидаги турлари аниқланади:

- " янги сўзак муддати 2 ойгача
- " сурункали муддати 2 ойдан юқори

" гонококк ташувчилар

янги сўзак протсессиди

" ўткир

" ўткир ости

" торпид даврлар мавжуд

Сўзак - оғиз бўшлиғида қуйидаги кўринишда намоён бўлиши мумкин:

" сўзакли стоматит

" сўзакли гингивит

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида:

" шиш билан

" ёрқин гипермия билан

" оғриқ билан

" кир-кулранг ёки сарғиш карашли эрозиялар ҳосил бўлиш билан

" оғиз бўшлиғидан қўланса хид чиқиши билан

" яраланиш билан

" қонаш билан кечади

Даволаш:

" умумий

" бемори албатта тери-таносил диспансерига ётқизиш шарт

" диета даво (аччиқ, шўр овқатларни истеъмол қилиш мумкин эмас)

" витаминодаво (А, К, рутин)

Маҳаллий:

- " оғриқсизлантириш (оғиз ванночкалари, аппликациялар)
- " антисептиклар билан пухта ювиш
- " кенг спектрдаги антибиотикларни қўллаш
- " фитодаво
- " гентомитсин, эритромитсин малхамларини қўллаш

2.6 Ортирилган иммун танқислиги синдромида обшқдаги ўзгаришлар

Инсон иммун танқислиги вируси (ИИТВ) инсонда орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС)ни чақиради. ОИТС - организмни шартли патоген микробларга резистентлигини пасайиши ва онкологик касалликларга мойилликнинг ортиши билан кечувчи касалликдир.

Юқиш манбаи - бу ИИТВ билан инфекцияланган одам ёки вирус ташувчидир.

ИИТВ инфекция юқишини 3 тури маълум: жинсий, парентерал, перинатал.

ИИТВ инфекциясининг клиникаси ва симптомлари турличадир. ИИТВ инфекцияси кечишини 4 даврга бўлиш мумкин, лекин буларнинг хаммаси ҳар бир беморда кузатилмаслиги мумкин.

ИИТВ инфекциясини ўткир даври йўқишдан сўнг бир ёки бир неча ҳафта ўтгандан сўнг иситма, лимфаденопатия, тунги терлаш, тери тошмалари, бош оғриши ва йўтал билан юзага чиқади. Бу даврда ИИТВга реакция серонегатив бўлади, 6-12 ҳафта ўтгач реакция серопозитив бўлиши кузатилади.

Касалликнинг 1 босқичи симптомсиз бўлиши ёки тарқоқ персистирловчи лимфаденопатия билан кечади. Бу ҳол 3 ой кузатилади.

2-босқич "ОИТС билан боғлиқ комплекс" деб аталади. Унга тана вазнини йўқотиш, диарея, дармонсизлик, тез чарчаш, уйқучанлик, иштаха йўқолиши, тунги терлаш, периферик нейропатия ва хотира йўқолишига олиб келувчи неврологик бузилишлар хос.

3-босқич "касалликнинг оралиқ даври". Бу даврда касалликнинг илк белгилари пайдо бўлган давр ва тўлиқ юзага чиққан давр орасида кечади.

4-босқич касалликнинг кеч даври бўлиб, бунда ОИТСнинг оғир клиникаси тўлиқ намоён бўлади. У шартли патоген флора билан чақирилган яллиғланиш жараёнлари ва ўсмалар ривожланиши билан характерланади. ОИТСга кўпроқ хос инфекциялар: протозоа инвазиялари (пневмотсистоз, пневмония, токсоплазмоз), замбуруғли (системали кандидоз, криптококкоз), бактериал (атипик микробактериоз, салмонеллёз, септинемия) ёки вирусли (ситомегалия, паповавирус) хисобланади. Шу даврда бундан ташқари лимфомаларнинг ўта оғир турлари, кахексия ва неврологик бузилишлар кузатилиши мумкин.

Организмга ИИТВнинг тушишини биринчи белгиларини оғиз бўшлиғидан топиш мумкин.

ИИТВ инфекцияси билан боғлиқ бўлган оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларига киради:

- кандидознинг турли клиник шакллари
- вирусли инфекция
- ясси лейкоплакия
- ярали-некротик гингивостоматит
- пародонтитнинг ривожланиб борувчи тури
- Капоши саркомаси

Стоматологларда ИИВ инфекциясига нисбатан шубха чакирувчи холларга оғиз шиллиқ қавати ясси хужайралари саратони ёки лимфома билан оғриган беморлар киради.

ИИТВни ташхислашда бир қатор лаборатор текширувлар: вирусларга нисбатан спетсифик антителоларни аниқловчи иммуносорбент, иммуноблоттинг ва нотўғри иммунофлюоростенция усуллари ИИТВни диагноз қилишида ишлатилади.

ИИТВ ни олдини олиш.

У кундалик профилактикаси стерилизация ва дезинфекциянинг анъанавий принтсипларига асосланган бўлиб, қон билан юқиши мумкин бўлган бошқа инфекциялар, масалан, Б - гепатити каби олиб борилади.

ИИТВ билан курашиш қоидалари:

- қон ва организмнинг бошқа суюқликларига нисбатан эхтиёткорлик
- инексиялар ва тери бутунлиги бузилиши билан кечадиган барча муолажаларда эхтиёткорлик
- самарали дезинфекция ва стерилизация

Стоматологлар ўтказадиган кўпгина муолажалар қон чиқиши билан боғлиқ бўлганлиги сабабли стоматологлар ИИТВ га мойил шахслар гурухига киради. Биологик суюқликлар билан ифлосланган қўл ва тананинг бошқа жойлари яхшилаб совун билан ювилади. Маълум резина қўлқопдан муолажа пайтида фойдаланиш керак. Ишлатилган игналар, скалпел, диск, эндодонтик ва бошқа учли асбобларни тозалаш ва ишлов беришда терини шикастламаслик учун ҳаракат қилиш зарур. Бундай беҳосдан шикастланишларни олдини олиш мақсадида қалин қўлқоплардан фойдаланиш керак.

Организм тўқималарига ишлов бериш учун бактеритсид воситалар - антисептиклар (70 градусли этил спирти, 70 градусли изопропил спирти, 1% ёд эритмаси, 10% ёдоформ) кабилар ишлатилади.

Юқори интенсивликдаги дезинфекция воситаларига глютарал ва водород пероксиднинг 30% ли эритмаси мисол бўла олади. Тозаланган асбобларни шу эритмаларда 30 мин давомида сақлаш самарали дезинфекцияни таъминлайди.

Бормашиналар наконечниклари ишлатилгандан сўнг сувнинг кучли оқимида ювилади ва зарарсизлантирувчи детергент шимдирилган мато билан артилади, сўнг эса дистилланган сув билан ювиб ташланади. ОИТС эпидемияси ва клиникаси инфекцияси тўғрисида: Сўнгги босқичида орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС) ривожланадиган одам иммунтанқислик вируси (ОИВ) кўзгатадиган касаллик - ОИВ инфекцияси, одамнинг хавфли юқумли касалликларидан биридир. Маълумки, ОИТС бутун дунё бўйлаб тарқалган холда пандемияга айланди. Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ)нинг маълумотларига кўра дунё бўйича ОИВ юқтирганлар сони 40 млн.дан ошади. Охирги 25 йил ичида ОИВ инфекцияси аста-секин, аммо тўхтовсиз бирламчи ўчоқлар - АҚШ ва Марказий Африкадан дунёнинг барча мамлакатларига кириб борди. БМТнинг озиқ-овқат ва қишлоқ хўжалик ташкилотлари маълумотлари бўйича 1985 йилдан бошлаб Африка континентида қишлоқ хўжалигида иш билан банд бўлган 7 млн. киши ОИТСдан ўлган. Бу ташкилотнинг хисоблари бўйича ОИВ инфекцияси 20 йил давомида яна 16 млн. қишлоқ хўжалик ишлаб чиқариш ходимларининг ўлимига сабаб бўлган.

Этиологияси: 80-йилларнинг бошларида ОИТС - бу фақат гомосексуалистлар учунгина хос бўлган касаллик деб гумон қилинган. Кейинчалик бу касаллик нафақат бу гомосексуалистларда, балки бир неча бор қон ва қон маҳсулотларини олган кишилар, тартибсиз жинсий алоқада бўлганлар, гиёхванд моддаларни игна орқали қабул қилувчилар, яъни турли

гурухдаги кишиларда ҳам учраши мумкинлиги аниқланди. 1983 йилда Пастер институти (Франция) профессори Энглиш рахбарлигида ОИТСнинг эрта намоён бўладиган лимфаденопатия синдроми бўлган гомосексуалистнинг лимфатик тугуни хужайраларидан ретровирус ажратиб олинди. 1985 йилда вирусга ОИВ - одам иммунтанқислик вируси деб ном берилди. Ретровируслар оиласи 3 та гурухдан иборат:

1. Онковируслар;
2. Лентивируслар;
3. Маймун ва одам кўпикли вируслари.

ОИТС касаллиги эпидемияси дастлаб жуда тез ўсиб боради, АҚШ аҳолиси орасида чалиниш хавфи юқори бўлганлар гомо ва бисексуалистларда 72%, гиёҳвандларда 17% кузатилган. 1% миқдор эса гемофилия ва доимий қон донорлари орасида қайд қилинди. Касаллик аҳоли орасида, айниқса, стоматолог, жаррох, ОИТС билан оғриганлар ва уларнинг клиник, лаборатор воситалари билан алоқада бўладиган тиббиёт ходимлари орасида 3-5 марта кўп учраб, катта хавф туғдирмоқда. Аҳолининг тиббий хизматга умумий мурожаат қилиши вақтида, стоматолог ОИТС бемори билан тез-тез тўқнашишига тўғри келади. Шунинг учун стоматолог бундай беморларга касбий етук мутахассис сифатида ёндашиши ва касалликнинг клиник белгилари, ривожланиш механизмини, олдини олиш чораларини қўллашда маданиятли мутахассис сифатида муносабатда бўлиши шарт.

ОИТС ни ретровируси келтириб чиқаради (ОВИТ -ОИВ) у одам танаси суюқликлари (қон, сперма, кам миқдорда сўлак, жинсий аъзо суюқлиги, ёш онанинг кўкрак сути суюқликлари) орқали юқтирилади. Касаллик билан зарарланиш жинсий алоқа орқали, қон ва унинг препаратларини қуйишда, шприц игналарини ва бошқа тиббий воситаларни стерилизациясиз ишлатганда, такрорий йўл билан юқиши мумкин. Касалликнинг инкубацион даври 2-7 хафтадан 10-15 йилгача, ўртача 8-10 йилгача, айрим муаллифлар

фикрича, 4 ойдан 5 йилгача чузилади. Клиник белгиларининг юзага чиқиши касалликнинг қайси йўл билан юққанига, ифлосланиш микдорига, организмнинг ҳолатига боғлиқ.

Касалликда ОИВ асосан лимфотситларни, Т-лимфотситларни, Х-макрофаг ва асаб хужайраларини жароҳатлайди. ОИТС да клиник жароҳат - бу Т-хужайра иммунитетининг этишмовчилигидир. Касаллик учун қуйидаги клиник белгилар тавсифлидир:

- 1) турли сохаларда жойлашган лимфа тугунларининг катталашиши;
- 2) узоқ вақтгача (бир ойдан кўп) сабаби номаълум иситмалаш ҳолати;
- 3) сурункали ич-кетиш (2 ойдан кам бўлмайди);
- 4) тана оғирлигининг тушунарсиз даражада тез озиб кетиши (1,2 баробаргача ва ундан кўп);
- 5) тери ва шиллик қобик қаватдаги сурункали йирингчалар кузатилиши, яллиғланиш жароҳатлари кузатилиши;
- 6) пневмонияда одатдаги даволашларга қарамай касалликнинг турғунлиги.

ОИТС нинг бошланғич даврида, ягона ҳам зарурий клиник белгиси - бу узоқ вақт кечадиган ва сақланадиган тарқалган лимфа аденопатиясидир. Асосан белдан юқори сохалардаги лимфа тугунлари катталашади. Стоматолог асосан жағости ва энса соха лимфа тугунларига эътибор бериши зарур. Касалликнинг ўрта ва охириги даврларида турли касаллик белгилари билан лимфа тугунларида оғриқлар кузатилади. Шунини таъкидлаш зарурки, бошқа кўплаб вирусли инфекциялардан фарқли, ОИТС да касаллик клиникаси турли-туман бўлади. Бунда асосан касаллик вируси иммунологик тизимнинг кўплаб хужайраларига (лимфотситларга, макрофагларга ва бошқ.), шунингдек, турли аъзо ва тўқималарга ўтиши мумкин. ОИТС билан оғриган

беморларда, иммунитет тизими кучсизланиши билан шартли патоген микроблар фаолиятининг кучайиши кузатилади. ОИТС билан оғриётган беморларнинг оғзида тезда кандидозли стоматит, сурункали қайталанувчи афтозли стоматит, сурункали қайталанувчи герпес, белбоғсимон темиратки, тил устидаги лейкоплакия кабилар пайдо бўлади.

ОИТС билан оғриганларнинг хаммасида кандидозли стоматит учрайди. Оғиз шиллик қобиқ қаватининг каттагина сохаси тезлик билан эрозияланиши ва тузалиши билан тавсифланади, айниқса, бу жараён кичик-кичик шикастли (тишларнинг ўткир қирраси жарохати, олинадиган ва олинмайдиган протезларнинг жарохати ўрни) жойларда ёки инфекцияли омиллар таъсирида (пародонт чўнтакларда жойлашган тиш карашлари) аниқ намоён бўлади. Замбуруғларга қарши даволовчи дориларнинг касаллик белгиларини тузатмаслиги киши эътиборини ўзига жалб қилади. Бу фарқди ташхис учун эътиборлидир. Сурункали қайталанувчи афтали стоматит ва сурункали қайталанувчи замбуруғли стоматит доимий қайталанавериши, ҳар бир қайталанишнинг узоқ давом этиб, шиллик қобиқ қаватнинг катта хажмини жарохатлаб, ўзидан асорат қолдириши билан тавсифлидир. Белбоғсимон темиратки, бир қатор адабиётларда айтилишича, ОИТСнинг охириги даврида юзага келади ва оғир кечиши, узоқ давом этиши кузатилади.

ОИТС билан оғриган барча беморларда пародонтитнинг тарқалган тури тез авж олади, абтсесдирланади, ярали гингивитлар ривожланади. Пародонт тўқимасида патологик жараённинг тез тарқалиши ва оғир кечишига сабаб, ОИТС вируси иммунитетни зарарлайди, натижада вирусли, замбуруғли, пародонт чўнтагидаги паразитар флора фаоллашади. ОИТСда яна лейкоплакия - асосан чекувчилар юз-жағ сохасида, чипқон нинг карбонкулланган ҳолати, тромбоцитопеник пуфаклар "крапивали папулалар" типиде тошмалар, клиник шиш учрайди. ОИТС билан оғриган беморларда ўсмасимон сифатли хосилалардан Капоши саркомаси кўпроқ, кузатилади. ОИТС да 30% дан кўпроқ одам Капоши саркомаси билан

оғрийди, касаллик асосан танглай, оғиз бўшлиғи, бўйин ва баъзи холларда милкни жарохатлайди ва сурункали давом этиб, ёмон сифатли тавсифга киради, у оғиз ва юзда турли хил кўринишда юзага келади. Оғриксиз, юмшок кўкимтир рангда, якка-якка хосила кўринишида бўлиб, гемангиомани эслатади. Тугунлар гурух-гурух холатда юзаси силлиқ ёки шохланган таначали кўринишда бўлади. Кўпинча, Капоши саркомаси оғизда учраганда, кизил ёки тўқ, бинафша рангдаги, лойқали бўялган, юзаси силлиқ ёки нуқта-нуқта ва телеангиоектазли, бошқа холларда сочли тарқалган тангачали ампула кўринишида бўлади.

Капоши саркомаси тиш атрофида жойлашса, эпюлис яраланиши билан кечиши мумкин. Бунда бемор ўсма сохадаги тишнинг оғриганидан шикоят қилади. Беморнинг жағ ости лимфа тугунлари шишади, бу Стивен-Жонсон синдроми ёки оғиз бўшлиғидаги эпидермоид карсинома дейилади. Бундай касаллик ОИТС билан оғриган беморда тез-тез такрорланади ва терапевтик даволашдан натижа бўлмайди. ОИТС касачлигига ташхис қўйиш ва фарқли ташхислаш касалликнинг маҳаллий клиник белгиларига ва иммунологик текшириш натижаларига эътибор берилади. Болаларда ОИТС асосан хомила орқали юқади. ОИТС билан оғриган болаларнинг 15-30% ида сурункали периодонтит кузатилади. ОИТС ни даволаш оғир, лекин вазифа аниқ. Хозирги кунгача суяк кўмигини кўчириш ҳам, А-интерферонни юқори дозада юбориш ҳам яхши натижа бермаяпти.

ОИТС дан химояланиш учун тиббиёт ходимлари иш вақтида тиббий қўлқоплар, оғиз бойламлари ва химояли кўз ойнаклардан фойдаланишлари зарур. Тери ва шиллиқ қобик қаватнинг шикастланган ўрни тезда тиббий тозаланиши керак. Вирус га этил спирти, эфир, атсетон, глютаралдегидни 1% лиси, гипохлорид натрийнинг 0,2% эритмаси билан 10 дақиқа давомида ишлов берилганда, инфекцияни чегаралаш ёки зарарсизлантириш мумкин. Агар ОИТС вируси шиллиқ қаватга тушганлигидан шубҳа туғилса, унда 0,005% ли калий пермарганатнинг шўр эритма билан, агар кўзга тушса, 1%

борат кислота эритмаси томизиш ёки сувни пуркаш керак. Агар 1%ли кумушнинг азотли шўр эритмасидан қўлга бир-неча томчи томизишда 1%ли проторгал эритмаси қўшилади. Оғиз ва томоқни қўшимча ҳолда 70%ли спирт ёки 0,05%ли калий перманганат эритмаси, борат кислотанинг 1% ли эритмаси билан чайқалади. Хар бир тиббиёт ходимининг иш жойида дезинфекцияловчи эритмали идиш, тиббий ишлов бериш учун томизгич, сўргич, предметлар ойнаси бўлиши зарур. Бу предметлардан фойдаланиш, ОИТСга қарши бирламчи профилактик тадбирларда ишлатиладиган тиббий дори воситалари ва улардан қайси вақтда фойдаланиш зарурлиги тўғрисида хар бир тиббиёт ходими аниқ билимга эга бўлиши зарур.

ОИВ юқтирган вақтдан бошлаб касалликнинг белгилари пайдо бўлгунгача узоқ (бир неча йил) муддат вақт ўтиши инобатга олинаиб, у лентивируслар гуруҳига киритилди. "Ленти" сўзи "аста-секин", "узоқ муддат" деган маъноларни англатади. Касаллик қўзғатувчиси одам иммунотанқислик вируси - ОИВ хисобланади. Бу оила вирусларининг фаркли хусусияти қайталама транскриптаза ферменти ёрдамида матрикс синтезини "тескари", яъни, РНКдан ДНК томон йўналтириш хусусиятидир, шунинг учун бу вируслар - ретровируслар деб номланади.

Бу оиланинг лимфатик тизими хужайраларига трансформацияли таъсир кўрсатадиган яна иккита вируси (1 ва 2-типдаги Т-лимфотроп вируслар) инсон учун патоген хисобланади. ОИВ-2 нинг структураси ОИВ-1 га нисбатан шимпанзе иммунотанқислик вируси (С1В) га жуда яқин. Эпидемиологияси ОИВ инфекцияси эпидемиологик нуқтаи назардан антропоноз хисобланади, бу инфекциянинг юқиш манбаи фақат ОИВ юқтирган одамдир. ОИВ юқтирганларнинг лимфоид хужайралари ташқи муҳитда қуритилганда бир неча кунларда вируснинг фаоллиги йўқолади. Хужайрадан ташқари суяқликда одам қон плазмаси қўшилган ҳолатда киритилганда вирус 23-27 даража ҳароратда 7 кундан кейин фаолсизланади. Суяқ муҳитда 23-27 даража ҳароратда вирус фаоллигини 15 кун, 36-37

даража хароратда эса 11 кун давомида сақлайди. Қуйиш учун мўлжалланган конда вирус йиллар давомида фаоллигини йўқотмайди, музлатилган зардобда эса унинг фаоллиги 10 йилгача сақланади. ОИВ дезинфекцияловчи моддалар ва ультрабинафша нурлар таъсирида тез нобуд бўлади; 56 даражадан юқори хароратда вирус фаоллигини 30 дақиқадан кейин йўқолади.

ОИВнинг юқиш йўллари қуйидагича:

1. Жинсий йўл (гомо- ва гетеросексуал контакт) дунёда 70 % га яқин инфекция жинсий йўл билан юқади. ОИВ инфекциясини юқтирган кишининг спермаси, ундаги лимфотситлар ва моноцитлар, қин ажратмаси ва бачадон бўйнининг шиллиқ ажратмаларида кўп учрайди. Анал жинсий алоқаларда ОИВнинг юқиш хавфи анча юқори хисобланади. Бу жинсий алоқа вақтида тўғри ичак шиллиқ қаватининг шикастланиши мумкинлиги билан тушунтирилади, бунда вирус бевосита қонга киради. Шу билан бирга вирус зарарланмаган тўғри ичакнинг нозик шиллиқ қавати орқали ҳам кириши мумкин, натижада у шиллиқ ва шиллиқ ости қаватида жойлашган Лангерганс хужайраларини зарарлайди. Жинсий аъзоларнинг тери ва шиллиқ қаватларидаги ярали зарарланишлар ОИВ юқиш хавфини оширади ва унинг учун кириш дарвозаси хисобланади. Жинсий аъзоларнинг ярасиз шикастланиши, шу билан бирга бачадон бўйни цилиндрцимон эпителийларининг эктопияси ҳам ОИВни жинсий йўл билан юқиши учун шароит яратади. Хайз вақтидаги жинсий алоқаларда икки шерик учун ҳам ОИВ юқиш хавфи юқори бўлади. Орал жинсий алоқаларда ҳам инфекция юқиш хавфи мавжуд, лекин у анал ва вагинал алоқаларга нисбатан кам хавфга эга.

2. Парентерал йўл (қон ва бошқа биологик суюқликлар орқали). ОИВ инфекциясининг гиёхванд моддаларни игна орқали қабул қилувчилар орасида тарқалиши бугунги кунда ОИВнинг асосий юқиш йўлларида бири бўлиб хисобланади. Бу гуруҳда инфекция юқиш хавфининг юқорилиги қон билан зарарланган игна ва шприцлардан умумий фойдаланишга бевосита

боғлиқ. Инфексия юқиш хавфи гиёхванд моддаларни игна орқали узок вақт давомида қабул қилганлар ва ОИВ кенг тарқалган жойларда яшайдиганлар орасида анча юқори. ОИВ билан зарарланган қонни қуйиш 90-100% холларда инфекция юқишига сабаб бўлиши мумкин.

Нафақат қон, балки эритроцитар, тромбоцитар ва лейкоцитар массалар, янги музлатилган қон плазмаси ҳам инфекция манбаи бўлиши мумкин. ОИВ юқиш хавфи, айниқса қоннинг ивиш омилларини қуйганда анча юқори. Булар гемофилия билан оғриган беморларга ўрин босувчи даволаш тарзида қўлланилади. Бу мазкур препаратнинг кўп миқдордаги донор қони намуналаридан тайёрланиши билан боғлиқ. Термик ишловдан ўтказилганлиги боис иммуноглобулинлар орқали инфекция юқиш хавфи бир мунча кам. Стерилланмаган шприц, игна ва тиббий буюмларни кўп марта ишлатилиши ОИВ инфекцияси тарқалишининг асосий сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Парентерал йўл орқали тиббий ва клиник лаборатория ходимлари инфекция юқтириши мумкин.

Муолажа хоналари ёки лабораторияларни тозаловчи ходимлар ҳам ОИВ юққан материал билан контактда бўлиши мумкин. Иш вазифасини бажариш тешувчи ёки кесувчи буюмлар билан боғлиқ бўлса, инфекция юқиш хавфи ошади. Ўтқир буюмлар билан боғлиқ бўлса, инфекция юқиш хавфи ошади. Ўтқир буюмлар билан ишлашнинг турли босқичлари иш жараёнида бевосита фойдаланиш, иш тугагандан кейин чиқиндиларни йўқ қилиш, зарарланган ёки мустаҳкам бўлмаган контейнерлардан фойдаланишда ҳам юзага келиши мумкин. Ичи тешик бўлган игна орқали ОИВ юқиш хавфи жуда юқори ҳисобланади. Бошқа игналар, масалан жаррохлик игналари орқали инфекция юқиш хавфи нисбатан паст. Айниқса ОИТС босқичидаги беморнинг қони юқори вирусли нагрузкага эгаллиги ва вирус вирулентлигининг юқорилиги туфайли жуда юқумли ҳисобланади.

Тиббиёт ходимларининг инфекция хавфсизлиги қоидаларига риоя қилмасликлари, яъни муолажа вақтида тиббий резина қўлқоплардан

фойдаланмаслик, ишда дезинфекция қоидаларига амал қилмаслик, ишлатилган шприц ва игналарни тўғри усулда хавфсиз йўқ қилмаслик ва бошқалар уларнинг ўзлари ҳамда пациентларига инфекция юқишига сабаб бўлиши мумкин.

3. ОИВни онадан болага юқиши. ОИВ инфекция юқтирган онадан болага вертикал (хомиладорлик ва туғруқ вақтида) ва горизонтал (кўкрак сути билан эмизганда ёки сиқиб олинган кўкрак сути билан боқилганда) йўллар билан юқиши мумкин. ОИВнинг инфекция юқтирган онадан болага юқиш хавфи туғруқ жараёнида жуда юқори бўлади. Бу кўрсаткич ўртача 60%ни ташкил қилади. ОИВ юқишида онанинг соғлиги ҳам катта аҳамиятга эга. Хомиладор аёлда хорионамнионит бўлганда мазкур инфекциянинг юқиш хавфи янада ошади. Чекиш ва гиёхванд моддалар қабул қилиш фетоплатсентар қон айланишининг бузилиши орқали инфекция юқишига билвосита таъсир кўрсатади. ОИВнинг вертикал юқиш даражаси платсентанинг вақтдан илгари ажралиши ва қон кетишда юқори бўлади. Чўзилувчан (12 соатдан ортиқ) туғруқларда ва узоқ (4 соатдан ортиқ) вақт давом этадиган сувсиз даврда ҳам инфекциянинг юқиш хавфи ошади. Туғруқ жараёнида хомиланинг кўп миқдорда она қони билан контактда бўлишига сабаб бўладиган инвазив муолажалар ва чақалоқни инвазив мониторинги туғруқларнинг асорати ОИВ юқтириш хавфини оширади.

Барча ажратмалардаги каби инфекция юқтирган онанинг оғиз сути ва кўкрак сутида ҳам ОИВ аниқланган. Кўкрак билан овқатлантиришда ОИВ юқиш хавфи 7% дан 22 %гача кузатилади. Узоқ (6 ойдан ортиқ) вақт онанинг болани эмизиши, онада кучли иммунодепрессия ҳолати, юқори вирусли нагрузка ва А гиповитаминозда бу кўрсаткич янада ошади. ОИВ инфекциясини юқтирган кишиларнинг деярли барча ажратмаларида, жумладан сўлак, кўз ёши, сийдик, нажас ва терда учраши билан бирга (1-жадвал), бу биологик суюқликларнинг зарарланмаган терига тушиши натижасида инфекция юқиши исботланмаган. ОИВнинг маиший контакт йўл

билан ва хашоратларнинг чақиши орқали юқишини тасдиқловчи маълумотлар йўқ. Маиший хизмат кўрсатиш жойларида оддий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик натижасида ва оилада тароқ, тиш чўткаси, устара ва бошқалардан умумий фойдаланганда инфекция юқиш хавфи сақланади. ОИВ – ОИТС беморлар тишлаганда ОИВ юктириш ҳолатлари кўп қонайдиган милклардан ёки оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаларининг ярали шикастланишларида жароҳатга қон тушиши билан боғлиқ..

ОИВ юктириш хавфи юқори бўлган гуруҳлар

1. Хавфли жинсий мулоқотларда бўладиган шериклари кўп кишилар:
 - жинсий алоқада бўладиган шериклари кўп бўлган кишилар;
 - жинсий йўл билан юқадиган касалликлари бўлган, айниқса, жинсий йўлларнинг шиллиқ пардаларида ярали ўзгаришлар бўлган кишилар;
 - алкоголь ва гиёхванд моддалар қабул қиладиган кишилар;
 - ҳайз вақтида жинсий алоқа қиладиган аёллар;
 - анал жинсий алоқа қиладиган кишилар;
 - презервативлардан фойдаланиш кўникмасининг йўқлиги.
2. Қон, қон маҳсулотлари, тана аъзолари ва бошқа биологик материаллар ретсипиентлари.
3. Гиёхванд моддаларни игна орқали қабул қилувчилар.
4. Пирсинг ва татуировкага ружу қўйган кишилар.
5. Ўзаро қон аралаштириш удумларидан фойдаланадиган кишилар.
6. ОИВ инфекцияси кўп тарқалган ҳудудлардаги тиббиёт ходимлари.

Вазиятли масалалар.

1.Бола 9 ёшда диффуз пародонтит текширув пайтида диффуз пародонтит хасталиги мавжудлиги аниқланди.Суров пайтида оғизнинг тез-тез қуриши,қуйишиб оғриши маълум бўлди.

1. Дастлабки ташхисни қўйинг.
2. Шу касалликда рентгенограмма нимани қуриш мумкин.
3. Шу касаллик Оқибати нима.

2.14 ёшли қизда чегараланган пародонтит хасталигининг бошланиш даври қайд килинди. Касаллик тарихидан хайз қуриш циклининг бузилганлиги маълум бўлди.Оғиз бушлиғи куздан кечирилганда унда очик прикус борлиги маълум бўлди.

1. Дастлабки ташхисни қўйинг.
2. касаллик келиб чиқишидаги асосий факторни аниқланг.
3. Шу касаллик Оқибати нима.

3.Бола 7 ёшда оғизх бушлиғини куздан кечирганда милк сурғичлари улчамлари катталашган, милк чуқурлиги ошган, қон томирлар атрофида думалок хужайраларининг йиғилиши барьер утказувчанлик кескин пасайган.

1. Дастлабки ташхисни қўйинг.
2. Шу касалликда рентгенограмма нимани қуриш мумкин.
3. Шу касаллик Оқибати нима.

4.Бола 12 ёшда. Шикояти оғиздан хид келишига. Овқат қабул қилганда милкларни

қонашига. Объектив текширганда 321!123 тишларнинг милк сурғичи катталашаган,

кўқарган, вазопарез симптоми мусбат. 321!123 коронкасининг 1\4 қисмини қоплаган

юмшоқ оқ қараш аниқланади. ГИ - 3,5. Тишлар соғлом.

1. Дастлабки ташхисни қўйинг.
2. Шу касалликда рентгенограмма нимани қуриш мумкин.
3. Шу касаллик Оқибати нима.

5. бемор 12 ёшда овқат еганда тиш қонаши, ёмон хид келиши билан мурожаат килди. объектив текширганда 4 3 2 1! 1 2 3 4 тишлари соҳасида шиш гиперемия милкнинг қонаши, тишларда тошлар йиғилиши кузатилиб, тишлар сони 24-та.

1. қайси асосий текшириш усулларни утказиш мумкин?
2. ташхис қўйинг?
3. шиллер-писарев пробасининг таркибини топинг?

4. қайси дорилар кератопластик воситаларга киради?
5. врач маслахати.

6. Бола 3 ёшда. Онасининг сузидан боланинг тана харорати 38 С, иштахаси йуқ, уйкусиз, огзида эрозиялар пайдо булган. Объектив: Оғиз атрофии териси пуст ташлаган, регионар лимфа тугунлари катталашган, оғриқли, характчан, лабда пустлоқлар кўрилади. Оғиз бўшлиғида катарал гингивит, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида тил ости соҳасидан ташқари 20 тача бўлган турли хажмдаги, туташишга мойил бўлган афталар аниқланади.

1. қайси асосий текшириш усулларни утказиш мумкин?
2. ташхис қуйинг?
3. қайси дорилар кератопластик эффектни беради?
4. врач маслахати.

7. Бола 12 ёшда. Шикоят оғиздан хид келишига. Овқат қабул қилганда милкларни қонашига. Объектив текширганда 321!123 тишларнинг милк сурғичи катталашаган , кўкарган, вазопарез симптоми мусбат. 321!123 коронкасининг 1\4 қисмини қоплаган юмшоқ оқ қараш аниқланади. ГИ - 3,5. Тишлар соғлом.

1. Сизнинг ташхисингиз
2. Солиштирма ташхис
3. Қўшимча текшириш усулларини ўтказинг.
4. Сизнинг даволаш услубингиз

8. Бола 14 ёшда тишлари соғлом. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати оч пушти рангда 6! юқори тиш пломбаланган, пломба милк устида турибди сурункали локал пародонтит енгил формаси ташхиси қўйилган.

1. Қўшимча текширув усулларини ўтказинг.
2. Сизнинг даволаш услубингиз.
3. Қайси касалликлар билан солиштирма ташхис ўтказиш керак.
4. Қайси препаратлар кератопластиклар хисобланади.

9. мактаб ёшидаги бемор милклари қонашига ва оғиздан хид келишига шикоят қилади. объектив: милк шиллиқ қавати гипере-мияси, тиш тошлари бор, патологик тиш милк чунтақлари йуқ.

1. тиш тошларнинг турини аниқланг
2. тиш тошлари нима воситасида терилади.
3. атроф туқималарга зарарли таъсирини аниқланг
4. дори воситаларини танланг.
5. даволаш методикасини танланг

10.Бола 11 ёшда. 1!1 тишлар соҳасида овқат қабул қилаганда пайдо бўладиган оғриққа шикоят қилади. Об'ектив текширилганда 1!1 тишлар соҳасида милклар ретракцияси аниқланади. Яллиғланишсиз. Тиш бўйни очик. 1!1 тишлар орасидаги сўрғичнинг пастки лаб юганчаси бириккан жойи калта.

1. Ташхис қуйинг.
2. Қўшимча текширув усуллари ўтказинг.
3. Даволаш.
4. Оғриқсизлантирувчи препаратлари.

11. мактаб укувчилари профилактик куригида 7 синф укувчиси об'ектив курилганда милк гиперемияси, милк сурғичларининг шишганлиги куринади. укувчи тишларни юганда, айрим пайтлар қаттиқ овқат еганда милкларнинг қонашини айтиб утди. бу охириги 2 йил давом этаётганлигини таъкидлаб утди.

1. бирламчи ташхис қуйинг.
2. в.и. қулаженко синамаси бўйича гематома ҳосил бўлиш вақти кискариши нимадан далолат беради.
3. оғриқсизлантиришда нималардан фойдаланилади.
4. шиллер-писарев синамаси нимага асосланган.
5. қандай витаминларни қабул қилиш фойдалироқ.

12. Бола 3 ёшда. Милклари шишган, гиперемияланган, қонайди. пародонтал чунтақлардан сероз йирингли экссудат чиқади. Тишлар кимирлайди. Рентгенда молярлар соҳасида ва олдинги тишлар соҳасида горизонтал ликопчасимон суяк деструкцияси куринади.

- 1.Ташхис қуйинг.
2. Солштирма ташхис
3. Қўшимча текшириш усуллари .
4. Қайси препаратлар яллиғланишга қарши ҳисобланади.

13. Бемор милклар қонашига ва оғиздан бадбуй хид келишига шикоят қилади. Об'ектив текширилганда милк шиллиқ қавати қизарган тиш тошлари мавжуд, патологик милк чунтақлари ҳосил бўлган.

1. қайси асосий текшириш усуллари ўтказиш мумкин?
2. ташхис қуйинг?
3. қайси дорилар кератопластик эффектни беради?
4. врач маслаҳати.

14. Бола 13 ёшда шикояти сурғичларни қонфигурацияси ўзгарганлигига:

Объектив кўрилганда ҳамма тишлар соҳасида тиш милк сўрғичи катталашаган, тўқ қизил рангда, кам оғриқли. қонайди, юмшоқ тиш қараши аниқланган. ГИ- 3,5

1. Сизнинг ташхисингиз:
2. Қайси касалликлар билан солиштира ташхис ўтказилади.
3. Қўшимча текшириш усуллари
4. Склерозловчи терапияга нима киради.

15. Сизни 7 ёшли бемор боланинг уйига чакиришди. Боланинг 2 кун олдин тана харорати 37,4 – 37,6 С кутарилган. Унг лунж соҳасида оғриқ ва шишни, унг пастки ковогини шишиши хисобига куз ёригини кисилишини кузатиш мумкин. Онанинг айтишича, кейинги вақтларда бола 65 тиш соҳасидаги оғриққа шикоят килган. Курилганда оғиз дахлизи Юқориси силликланган, шиллиқ қават қизарган, 65 тишда катта бушлик.

1. Ташхис қуйинг.
2. Даволаш усулингиз.
3. Даволашда қайси оғриқсизлантириш усулини Қуллайсиз?
4. Касалликни консерватив даволаш мумкинми?
5. Касаллик истикболи Қанақа:

16. мактаб ёшидаги бемор милклари қонашига ва оғиздан хид келишига шикоят қилади. объектив: милк шиллиқ қавати гипере-мияси, тиш тошлари бор, патологик тиш милк чунтақлари йуқ.

1. тиш тошларнинг турини аниқланг
2. тиш тошлари нима воситасида терилади.
3. атроф туқималарга зарарли таъсирини аниқланг
4. дори воситаларини танланг.
5. даволаш методикасини танланг

17. 12 ёшли бемор унг лунж соҳасида шиш ривожланганидан шикоят қилиб мурожаат килди. Учоқда вақти – вақти билан оғриқ сезгиси ривожланиб, тана харорати ошиши кузатилади. Унг лунж соҳаси урта оғиз бурчаги қисмида чегараланган, ҳаракатчан оғриқли шиш аниқланиб, шиш устидаги тери узгаришсиз. Оғиз бушлиғи санація килинмаган. Бемор узини амалий соглом деб хисоблайди.

1. Дастлабки ташхисни қуйинг
2. Даволаш усулингиз.
3. Даволашда қайси оғриқсизлантириш усулини Қуллайсиз?
4. Касалликни консерватив даволаш мумкинми?
5. Касаллик истикболи Қанақа:

18. Шикояти : Косметик нуксонга Объектив курганда : 1 | 1 кесувчи қиррасида яримойсимон уйиклик бор, колган тишлар патологик ўзгаришсиз, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати оч пушти рангда. Ота - онаси сузидан қизча туғма ирсий касаллик билан туғилган .

1. Ташхис қўйинг :
2. Қиёсий ташхислаш ўтказинг :
3. Асбоб - ускуна билан текширув :
4. Даво режаси:

19. Бола 3 ёшда. Онасининг сузидан боланинг тана ҳарорати 38 С, иштаҳаси йук, уйкусиз, оғзида эрозиялар пайдо бўлган.

Объектив: Оғиз атрофий териси пуст ташлаган, регионар лимфа тугунлари катталашган, оғриқли, ҳаракатчан, лабда пустлоқлар кўрилади. Оғиз бўшлиғида катарал гингивит, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида тил ости соҳасидан ташқари 20 тача бўлган турли ҳажмдаги, туташиб моёил бўлган афталар аниқланади.

1. Ташхис қўйинг :
2. Қиёсий ташхис ўтказинг :
3. Қўшимча текшириш усуллари.
4. Даволаш. Препарат танланг.

20. Бола 6 ойлик. Шикоятлари : оғизда оқ доғчаларининг пайдо бўлишига, кўкракни ёмон эмишига. Объектив. Лунж ва лаб шиллиқ қаватида 0,1 дан 0,2 см гача бўлган думалоқ шаклдаги оқ ялтироқ, енгил кўчувчи ўзиданкейин эрозив юзалар қолдирмайдиган доғлар кузатилади. Тишлар чиқмаган.

1. Ташхис қўйинг :
2. Қиёсий ташхис ўтказинг :
3. Қўшимча текширув усуллари :
4. Даволаш

21. 13 ёшли бола клиникага оғиз бўшлиғидан ноҳуш хид келишига ва овқат еганда қолдиклари тишларига кириб қолишига шикоят қилиб келди. Бемор анамнезида тиш олдин оғриганлигини айтади.

1. Ташхис қўйинг.
2. Қўшимча ва клиник текшириш усуллари.
3. Даволаш усуллари.
4. Қўшимча маслаҳатлар.
5. Даволаш учун ишлатиладиган пломба ашёлари.

22. Клиникага 8 ойлик Чақалоқни олиб келишди. Онасининг сузи бўйича боланинг инжиклигига ва Овқат исътемом кила олмаслигига тана ҳарорати

ошганлигига шикоят қилиб келди. Объектив тил ва лунж соҳаси қизарган, оқиш доғлар бор.

1. 8 ойлигида боланинг қайси тишлари чиккан булади?
2. ташхис қўйинг?
3. биринчи курсатадиган ёрдамнингиз?
4. қандай дори воситалардан фойдаланасиз?
5. даволаш муолажаси

23. Бемор милклар қонашига ва оғиздан бадбуй хид келишига шикоят қилади. Объектив текширилганда милк шиллик қавати қизарган тиш тошлари мавжуд, патологик милк чунтақлари ҳосил бўлган.

1. қайси асосий текшириш усулларни утказиш мумкин?
2. ташхис қўйинг?
3. қайси дорилар кератопластик эффектни беради?
4. врач маслаҳати.

24. Мактаб уқитувчилари профилак куригида К. Эргашеванинг 2 тиш соҳаси объектив курилганда урта кариоз ковак, зондланганда оғриқ, оғриқ зонд олингандан кейин тезда тухтайди, механик, химик ва термин таъсирловчилардан оғриқ пайдо булади. Бола кариоз ковак борлигига шикоят қилади.

1. бирламчи ташхис қўйинг.
2. в.и. қулаженко синамаси бўйича гематома ҳосил бўлиш вақти кискариши нимадан далолат беради.
3. оғриқсизлантиришда нималардан фойдаланилади.
4. шиллер-писарев синамаси нимага асосланган.
5. қандай витаминларни қабул қилиш фойдалироқ

25. Клиникага 9 ёшли бола юқори температура, лимфаденит белгилари билан тушди. Шикоятлари тана ҳароратини кутарилиши, қайт қилишга бош оғришига. Тил шиллик қавати алвон малинали, ялтироқ рангда.

1. Ташхис қўйинг :
2. Қиёсий ташхис утказинг :
3. Қўзғатувчи
4. Даволаш

26. Кўрик вақтида 6 ёшли болада тилнинг тана соҳасида юмалоқ ва овал шаклдаги оч пушти рангли эпителийнинг десквамация соҳалари аниқланди. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати оч пушти рангда тишлари соғлом.

1. Ташхис қўйинг:

2. Қиёсий ташхис
3. Касалликнинг этиологияси :
4. Даволаш

27. Бола 14 ёшда тишлари соғлом. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати оч пушти рангда 6! юқори тиш пломбаланган, пломба милк устида турибди сурункали локал пародонтит енгил формаси ташхиси қўйилган.

1. Қўшимча текширув усуллари ўтказинг.
2. Сизнинг даволаш услубингиз.
3. Қайси касалликлар билан солиштира ташхис ўтказиш керак.
4. Қайси препаратлар кератопластиклар ҳисобланади.

28. Бола 11 ёшда. 1!1 тишлар соҳасида овқат қабул қилаганда пайдо бўладиган оғриққа шикоят қилади. Обьектив текширилганда 1!1 тишлар соҳасида милклар ретракцияси аниқланади. Яллиғланишсиз. Тиш бўйни очиқ. 1!1 тишлар орасидаги сўрғичнинг пастки лаб юганчаси бириккан жойи калта.

1. Ташхис қўйинг.
2. Қўшимча текширув усуллари ўтказинг.
3. Даволаш.
4. Оғриқсизлантирувчи препаратлари.

29. Бола 3 ёшда. Милклари шишган, гиперемияланган, қонайди. пародонтал чунтақлардан сероз йирингли экссудат чиқади. Тишлар қимирлайди. Рентгенда молярлар соҳасида ва олдинги тишлар соҳасида горизонтал ликопчасимон суяк деструкцияси куринади.

- 1.Ташхис қўйинг:
2. Солштира ташхис
3. Қўшимча текшириш усуллари :
4. Қайси препаратлар яллиғланишга қарши ҳисобланади.

30. Бемор ёши 12 да ревмокардит касаллиги билан касалланган. Оғиз бўшлиғи қурилганда 26 тишда кариоз бўшлиқ. Перкуссияда тиш оғриқли, курик вақтида тиш беморни безовта қилмаяпти, аммо вақти – вақти билан, хусусан совкотишлардан сунг, 26 тиш соҳасида симмиловчи оғриқ пайдо бўлади. 26 тиш илдиз чуққиси соҳасидаги суяк туқимасида аниқ чегарали, диаметри 0,3 см га тенг емирилиш майдонини аниқлаш мумкин.

1. Ташхис қўйинг.
2. Касаллик этиологияси хақида гапиринг.

3. Касалликни ташхислашда Қанақа кушимча ташхислаш усулларидан фойдаланасиз?

4. Касалликни даволанг.

5. Касалликни консерватив даволаш мумкинми?

31. Бола 13 ёшда шикояти сурғичларни конфигурацияси ўзгарганлигига:

Объектив кўрилганда хамма тишлар соҳасида тиш милк сўрғичи катталашган, тўқ қизил рангда, кам оғриқли. қонайди, юмшоқ тиш қараши аниқланган. ГИ- 3,5

1. Сизнинг ташхисингиз:

2. Қайси касалликлар билан солиштира ташхис ўтказилади.

3. Қўшимча текшириш усуллари

4. Склерозловчи терапияга нима киради.

32. 10 ёшли боланинг пастки лабнинг қизил хошия)нинг чап тарафида диаметри 1,5 см эга булган усимтасимон хосила 2 ой олдин топилган. Усма баъзан катталашиб, баъзан кичрайиб бормокда. Шиллик-чузилувчан ажралма чикмокда. Бола пастки лабнинг тишлаш одатига эга.

1. Ташхис қуйинг

2. Буни келибчиқишига нима сабаб

3. Қандай операция ўтказиш керак

33. Бола тугилганда тили катталашган. Тил оркасида ва лунж шиллик каватида балик икрасига ухшаш, қизил ранг хосилалар аниқланган. Икки кун олдин бола шамоллаган, тана харорати 38-39гача кутарилган, тил бирдан катталашган, нафас олиш ва Овқат ейиши кийинлашган.

1. Усма пайдо булишига нима сабаб булган

2. Шу пайтда ўтказилиш керак булган даволаш усули

3. Каерда даволаш керак

34. 10 ёшли боланинг пастки лабнинг қизил хошиянинг чап тарафида диаметри 1,5 см эга булган усимтасимон хосила 2 ой олдин топилган. Усма баъзан катталашиб, баъзан кичрайиб бормокда. Шиллик-чузилувчан ажралма чикмокда. Бола пастки лабнинг тишлаш одатига эга.

1. Ташхис қуйинг

2. Буни келибчиқишига нима сабаб

3. Қандай операция ўтказиш керак

Тест саволлари.

3 ёшли боладада тем 38-39 С шикояти кунгил айнишга, қусишга, бош огригига огиз бушлиги мендалин ва юмшок танглай кизил рангда лунж милк ва шиллик каватда тошмалар бор терида тошмалар бор лаб шишган малина рангида лимфа тугунлари шишган огрик бор.

Кузгатувчисини аникалинг.

*Стрептококк Гемолитик

Кандида замбуруги

Лефлер таёкчаси

Филтрловчи вирус

3 ёшли болаларда милкда гликоген борлиги нимадан далола беради?

*Яллиғланиш жараёни борлиги

Вақтинчалик прикус шаклланишини тугалланиши

Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси нормал ривожланиши

Болада қандли диабет борлиги

Асосан Венсан гингиво- стоматитининг келиб чиқишида купинча қайси тиш сабабчи бўлади?

*Пастки жагдаги акл тиш

Фронтал тишлар

Юкориги козик тиши

Юкориги кесув тишлар

Асосан Геалуадент № 1, 2 гели нима учун кулланилади.

*асосан пародонт касалликларни комплекс даволаш учун

пародонтал чунтакларни антисептик тозалаш учун

илдиз каналларни пломбалаш учун

илдиз каналларни антисептик тозалаш учун

Асосий стоматологик клиник текширувга нималар киради:

*ГИ аниқлаш, РМА, тишларни рентген қилиш

Опрос

анамнез йиғиш

назначить общеукрепляющее лечение

Асосий текшириш усулини белгиланг...

*Палпация

Рентген

ЭОД

Термодиагностика

Атопик хейлитда аллерген була олмайди:

сўлак

орилар

озик - овкатлар

косметик воситалар

Афта кайси элемент турига киради?

*бирламчи

иккиламчи

аралаш

учламчи

Беднар афталарининг хосил булиш сабаблари:

*она кукраги сургичининг дагаллиги

бола иммунитети яхшилиги

кимёвий травма

танглай анатомик тузлши

Беднар афтаси каерда жойлашади

танглайда

лунжда

тилда

лабларда

Беднара тоқларини олишда ишлатиладиган аппаратни аниқланг

*УЗТ-102

ЛУЧ-2

СНИМ-1

Искра-1

Бемор 6 ёшда. Ангина булган. Тетрациклин ичган. Касалликни 3-кунида лаби шишган. Шиллик каватида эрозияли яралар пайдо булган. Овкат еганда оғрик сезади. Курганда: тил шишган, қарашли, ён томонида эрозиялар бор, шунингдек танглайда, тил остида ҳам эрозиялар бор. Шу касаллик бўйича сизни ташхисингиз.

*аллергия доридан

ўткир герпетик стоматит

хар хил формали эксидатив эритема

кимёвий жарохат

Беморнинг -тили лаби кизарган, лунжда қулранг-окиш доғлар бор, улчами 1-55 ммли айлана шаклда. Бола безовта, кам ухлайди, озиқланиш қукракдан. Касаллик қузғатувчисини топинг

*кандидоз

Оддий герпетик вирус

Гемолитик стрептокок

Филтрланувчи вирус

Берилаган каторлардан Венсан ангинаси нима асосида ташхисланади.

*Касалликнинг клиник қуриниши ва фузоспириллар топилиши.

Рентген қуринишига қура.

Ташки қуринишига қура

К.П.Т оркали

Берилган Геалуадент № 1, 2 эритмаси нима учун қулланилади.

*милқда пародонтал чунтакларни антисептик тозалаш учун

пародонт касалликларни комплекс даволаш учун

илдиз каналларни пломбалаш учун

илдиз каналларни антисептик тозалаш учун

Берилганлардан Беднар афтасида эрозия жойлашадиган соха?

*Беднар афтасида эрозия Юмшок ва каттик танглай чегарасида

Беднар афтасида эрозия Тил остида

Беднар афтасида эрозия Лунж сохасида

Беднар афтасида эрозия Понасимон суяк проекциясида

Берилганлардан Венсан ангинасининг бугмали турида процесс асосан кайерда кечади?

*Асосан Бодомчасимон безда

Халкумнинг паски чегарасида

Лаблар ва тилда

Ичакларда

берилганлардан Гигиеник пасталардан фарқли равишда даволаш-профилактика пасталари таркибига киради:

*биологик қўшимчалар

хушбўй ҳид берувчи қўшимчалар

қўшувчи эритма

кўпик ҳосил қилувчи қўшимчалар

Берилганлардан кайси ниси акантозда кузатилади.

*шиллик кават эпителийсининг калинлашиши, сургичлар орасидаги усикнинг кенгайиши

калконсимон катламнинг юза каватидаги шохланиш жараёнининг бузилиши

алохида эпидермал хужайраларда патологик шохланишнинг кузатилиши

эпителий шох каватининг жуда калинлашиши

Берилганларнинг кайси бирида Гингивоэктамия килиш мумкин.

*Милкни фиброзли узгаришида ёлгон чунтаклар булганда

Пародонтал чунтакдан йиринг оккднда

Кариоз ковак булганда

Травматик акклюзия булганда

Бехчет ва Шегрен синдромлари ОБШКнинг кайси касалликлар синфига киради?

*Сурункала кайталанувчи афтали стоматит

Ўткир юкумли касалликлар

Аллергик касалликлар

Генетик асосидаги касалликлар

Бола 1 ёшда-тили лаби кизарган, лунжда кулранг-окиш доғлар бор, улчами 1-55 ммли айлана шаклда.Бола безовта, кам ухлайди,холсиз,озикланиш кукракдан.Тахминий ташхис куйинг?

*Молочница

УГС

Дифтерия

Кизамик

Бола 1 ёшда-тили лаби кизарган, лунжда кулранг-окиш доғлар бор, улчами 1-55 ммли айлана шаклда.Бола безовта, кам ухлайди,озикланиш кукракдан.Касаллик кузгатувчисини топинг

*Candida оиласига кирувчи замбуруг

Оддий герпетик вирус

Гемолитик стрептакок

Фильтрланувчи вирус

Бола 10 ёшда. Оғзида куйишиш, оғрик борлигига шикоят килади. Курганда оғиз бушлиги шиллик кавати кизарган, шишган, ковукчалар пайдо булган. Хар хил хажмдаги папулалар бор.Болани терисида, баданида, бармоклар оркасида, елка ва тери тизмаларида тошмалар бор. Терида ковукчалар пайдо булган атрофи кизил хошия билан уралган.Иккиламчи инфекция кушилмаслиги учун килиш лозим;

*Антисептик ва оғриксизлантирувчи дорилар

Нистатинли малхам

Глициринли бура

Декаминли малхам

Бола 3 ёшда тем 38-39 С шикояти кунгил айнишга, кусишга, бош оғригига оғиз бушлиги мендалин ва юмшок танглай кизил рангда лунж

милк ва шиллик каватда тошмалар бор терида тошмалар бор лаб шишган малина рангида лимфа тугунлари шишган огрик бор.

Кузгатувчисини аникалнг.

***Гемолитик стрептококк**

Кандида замбуруги

Лефлер таёкчаси

Филтрловчи вирус

Бола 3 ёшда темп 37 38 С . тери ва лабида тошмалар бор, огиз бушлиги шиллик каватида майда нуктасимон, догсимон тошмалар мавжуд.

Терида айланасимон 2мм дан 5 мм пуфакчалар бор, ичи тиник, атрофи кизарган. Пуфакчалар ёрилганда жигарранг дог куринишида. Ташхис куйинг

***Сувчечак**

УГС

Малочница

Венсан гингивастоматити

Бола 3 ёшда темп 37 38 С . тери ва лабида тошмалар бор, огиз бушлиги шиллик каватида майда нуктасимон, догсимон тошмалар мавжуд.

Терида айланасимон 2мм 5 мм пуфакчалар бор. Ичи тиник, атрофи кизарган. Пуфакчалар ёрилганда жигарранг дог шаклида Шу касалликни чакирувчиси

***филтирланувчи**

вирус Лефлер таёкчаси

замбуругли кондидоз

кох таёкчаси

Болада иситма 38 39 . лохаслик, регионар лимфа тугунлари катталашган ва йиринглашга мойиллиги бор. Лабда йирингли пустилалар, юзида саргиш пустлок, атрофидаги тукумаси кизарган, шишган. Тил юзида ва милкларда бир бирига уланган эрозиялар усти фибринли парда билан копланган. Ташхис пиодермия. Давоси

***Огриксизлантирувчи ва антисптик тавсия килинади**

Антибактериал даво

Антигирибоккли даво

Антивирусли даво

Болада иситма 38-39 Лохаслик, регионар лимфа тугунлари катталашган ва йиринглашга мойиллиги бор. Лабда ирингли пустилалар, юзида саргиш пустлок, атрофидаги тукумаси кизарган, шишган. Тил юзида ва милкларда бир-бирига уланган эрозиялар усти фибринли парда билан копланган. Ташхис куйинг.

***Пиодермия**

УГС

Молочница

Герпангина

Болада ўткир юрак етишмовчилиги аникланди. Қандай юрак гликозидларини буюрасиз

*Коргликон

Метилурацил

Фитин

Парасетамол

болалар 3 ёшгача бўлганда калций глицефосфатнинг эритмасини қандай тавсия қиламиз?

*0,5 чой қошиғида кунига бир маҳал

Болаларга умуман Буюрмайди

1 чой қошиқ 3 маҳал

1 ош қошиқ 3 маҳал

Болалар 3 ёшдан катта бўлганда милкида гликогеннинг булиши нимадан дарак беради?

*бу яллигланиш жараёни борлигидан

милкда туберкулёз борлигидан

аралаш прикус шаклланишининг тугаши

оғиз бўшлиғи шиллик каватининг нормал ривожланиши

Болалар жагини рентген тасвирини узига хослиги

*болаларда доимий тиш зачаткасини куриниши
суякни калинлиги

болаларда тиш илдизининг куриниши

болаларда рентген килинмайди

Болалар оғиз бўшлиғи гигиенаси қоидаларига ўргатиш:

*2 ёшдан

3,5 ёшдан

5 ёшдан

6 ёшдан

Болаларда Дифтерия касаллигида шикоят килади?

*Томок огригига

Огиз бушлиги куришига

Бош огригига

Огиздан нохуш хид келишига

Болаларда қайси инфекцион касалликлар кенг тарқалган:

*Ўткир травматик стоматит

ХРАС

Скарлатинали стоматит

Кандидоз стоматит

Болаларда қайси препаратлар билан узок муддат даволланиш натижасида кандидозлар келиб чиқади?

*Антибиотиклар

Кортикостероидлар

Антигистамин препаратлар

Вирусга карши

Болаларда куп учрайдиган обшк нинг ўткир инфекцион касалликларга киради:

*Ўткир герпетик стоматит

Венсан, Дифтерияли стоматит

Скарлатинли стоматит

Сурункали гипертрофик гингивит

Болаларда купинча катарал шаклдаги гингивитнинг келиб чикиш сабаблари:

*Огиз бушлиги гигиенасининг паст даражада булиши

Эндокрин касалликлари

МНС касалликлари

Кон касалликлари

Болаларда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасига инъекция қилмасдан анестетикни қайси физик аппарат орқали юборилади?

*Махсус гальванизация учун аноддан АГН “Поток 1” аппарати орқали оғриқсиз юборилади

Дарсонвал

УВЧ КУФ

Аппликация

Болаларда оғриқ ҳолатисиз оғриқсизлантиришнинг физик усуллари:

*Ҳамма жавоблар тўғри

Паст температурасидан фойдаланиш

Лазер нурларидан фойдаланиш

Электромагнит тўлқинларидан фойдаланиш

Болаларда оғриқсизлантиришни физико-химик усули бу...

*Анестетикларни электрофорез ёрдамида юбориш

УФО

УВЧ

КУФ

Болаларда оғриқсизлантиришнинг клиник усулларига кирази:

*Ҳаммаси тўғри жавоб

0,5-1% дикаин эритмаси

1-2% дикаин эритмаси

1-2% тримекаин

Болани руҳий эмоционал ҳолатини яхшилашда қайси оғриқсиз муолажадан бошлайсиз?

*Болани оғриган тишини рентген сурагга олишганда оғриксиз бўлишига ишончи ошади, рентгенга юборамиз;

10% лидокаин аэрозол ҳолатида пуркалади

1-5% лидокаин билан аппликация ўтказилади

5 % лидокаин мази билан аппликация ўтказилади

Болани тили кизарган, яллигланган, тил куриши ва куйишиш аломатлари бор. Бу гингвит аломатлари. Сиз нинг маслахатингиз.

*эндокринолог маслахати

Кожвнеролог маслахати

Нефролог маслахати

Онколог маслахати

Болани тили кизарган, яллигланган, тил куриши ва куйишиш аломатлари бор. Бу гингвит аломатлари. Кайси умумий касаллик тугрисида уйлаш мумкин.

*Кандли диабет

Буйрак касаллиги

Юрак кон-томир касаллиги

Кон касаллиги

Боланиг юмшок танглайда кизил ноаник чегарали доғ бор катталиги тугмачадай маляр тишлар милк соҳасидаги шиллик каватда ок-кукиш рангли ҳосила бор диаметри 1-2 мм атрофи очик кизил хошия билан уралган тампон билан олиб бўлмайди ташхисни аниқланг.

*Ташхис-Кизамик

Ташхис-Скарнатино

Ташхис-Молочница

Дифтерия

Боланинг лабида йирингли пустилалар, иситма 38 39 . лоҳаслик, регионар лимфа тугунлари катталашган ва йиринглашга мойиллиги бор юзида саргиш пустилок, атрофидаги туқимаси кизарган, шишган. Тил юзида ва милкларда бир бирига уланган эрозиялар усти фибринли парда билан копланган. Ташхис пиодермия. Давоси

*Анестетик оғриксизлантирувчи ва антисептик тавсия қилинади

Антибактериал даво

Антигирибоккли даво

Антивирусли даво

Боланинг руҳий эмоционал ҳолатини коррекция қилиш:

*Қуйидагиларни ҳаммаси туғри жавоб

Премедикация ўтказиш

Постмедикация усуллари

Болани даволашда энг оғриксиз муолажадан бошлаш

Венсан ангинаси нима асосида ташхисланади.

*Касалликнинг клиник куриниши ва фузоспириллар топилиши.

Рентген куринишига кура.

Ташки куринишига кура

К.П.Т оркали

Венсан ангинасининг бугмали турида процесс асосан кайерда кечади?

*Бодомчасимон безда

Халкумнинг паски чегарасида

Лаблар ва тилда

Ичакларда

Венсан ангинасинини нима билан фаркланади?

*Дифтерия

Сувчечак

Сугал

Афта

Венсан гингво- стоматитининг келиб чикишида купинча кайси тиш сабабчи булади?

*Пастки жагдаги акл тиш

Фронтал тишлар

Юкориги козик тиши

Юкориги кесув тишлар

Венсан ярасининг куриниши.

*Ифлос сарик рангдаги вулконсимон куринишга эга.

Сероз ажралиб турувчи силлик

Оч пушти рангдаги ярача

Ок саринг рангдаги доглар

Венсаннинг бацилла ва спирохетаси каерда сапрофитлик килади?

*Огиз бушлигида

Коринда

Ингичка ичакда

У сапрофитбулмайди

Венсн ярасининг катталиги...

*2-4 см

5-6 см

3-8 см

4-9 см

Вирусли инфекцияларнинг умумий давосига кулланиладиган вирусга карши препаратлар

*реманта-

дин, айикло

вир, панавир,

циклоферон

цитрал

панавир

циклоферон

Вирусли касалликлар профилактика

сига киради

*организмни химоясини ошириш

юкумли касалликлар билан касалланган беморлар билан алокани узиш

пархезга амал килиш

барча жавоблар тугри

Вирусли касалликларга киради.

*оддий герпес

лейкоплакия

кизил ясси темиртки

Пурсилдок

Вирусли касалликларда ОБШКнинг бирламчи зарарланиш элементи:

Везикула

Пустула

Макула

Дог

Вит Д2 1 ешда кандай тавсия қилинади

*қунига 1 томчидан

1 чой қошиқ

0,5 чой қошиқ

1/3 чой қошиқ

Витал ампутация бир илдизли тишларда қулланилмайди қачонки:

*хаммаси тугри

тиш ранги узгарганда

яллигланиш тезда илдиз пульпасига утади

тож ва илдиз пульпасининг анатомик жихаддан кескин фарк қилмаслиги

Витамин В₁₂ номланади

*цианокоболамин

никотин кислотаси

рибофлавин

тиамин

Витамин В₂ номланади

*рибофлавин

тиамин

пиридоксин

никотин кислотаси

Витамин В6 номланади:

*пиридоксин

никотиновая кислота

аскорбиновая кислота

фолиевая кислота

Витамин ва минералларга хомиладорларда булган кундалик талаб

*Са-1,5, Р- 2,5 , Вит В1-2,5

Са-2,5

Барча жавоблар тугри

Витаминлар А,Д,Е,К

Витамин Д3 нинг 2-3 ёшдаги болалар учун кунлик дозаси канча ?

*2 томчи

1 томчи

3 томчи

4 томчи

Витамин РР номланади

*никотин кислотаси

рибофлавин

тиамин

пиридоксин

Витамин С етишмовчилигида кузатилади

*цинга

пеллаграэбери-бери

кандли диабет

пеллагра

ВИЧ сайлаб таъсир килади

*кондаги лимфоцитларга

нерв хужайраларига

эпителий хужайраларига

кондаги эритроцитларга

Водород ионларини(РН) кам ёки куплиги оғиздаги микробларнинг кислота ишлаб чиқариш қобилиятига боғлиқ. Бу қимнинг назарияси

*Миллер

Бусигина

Копейкин

Шиллер

Гипо ва авитаминоз-Ада пародонтдаги узғаришлар.

*милкнинг барьер функциясининг пасайиши, эпителий шохланишининг бузилиши;

милк қирраси гиперплазияси, милк соҳасидаги некрозлар

жағ суяклари остеопорози

коллаген синтезининг бузилиши

Гипо ва авитаминоз-Сда пародонтдаги узғаришлар.

*коллаген синтезининг бузилиши, пародонт туқималарининг инфекциясига чидамлилигининг пасайиши,

милкнинг барьер функциясининг пасайиши, эпителий шохланишининг бузилиши;

милк қирраси гиперплазияси, милк соҳасидаги некрозлар

жағ суяклари остеопорози

Гипоиммуноглобулинемияда қузатилади

*Пародонтитнинг деструктив ва дистрофик узғаришлари

Трофик

Рефлектор

Амортизатор

Гипоиммуноглобулинемияда пародонт тукумасидаги клиник белгилар.

*Таркок,барча азоларда кузатилади.

Факатгина ОБШК да узгарилар

Пародонтда яраали яллигланиш

Милklarнинг йирингли яллигланиши

Гипоиммуноглобулинемияда пародонтит касалликда милк уст ива ости тиш тошлари канча микдорда аникланади?

*Милк усти ва ости тишлари аникланмайди.

Жуда куп микдорда

Факатгина милк устида

Факатгина милк остида

Гипоиммуноглобулинемияда пародонтитда милкдаги узгаришлар.

*Милк сургичи ва киргоги усиб кетган,милк чунтаги чукурлашган

Милкда йирингли яралар

Милк емирилиб кетган

Милкда узгаришларсиз кечади.

Гипоиммуноглобулинемияда пародонтитда рентген тасвири куриниши.

*Альвеоляр усикда деструкция

Суяк усигининг тулик некрози

Суякда узгаришларсиз кечади

Рентген тахлили утказилмайди

Десмодонтоз кайси ёшда кайталади.

*2-3 ва 9-11 ёшларда

тугилганда

9-11 ёшда

Болаларда умуман кузатилмайди.

Десмодонтоз атамаси фанга қачон киритилган

*1958й

1987й

1884й

1985й

Десмодонтоз белгилари қачондан пайдо бўлади

*туғилганда

2-3 ёшларда

9-11 ёшда

болаларда умуман кузатилмайди.

Дискератозга характерли

*Папиона -Лефер

Сидроми Х - гистиоцитоз

Парадонтал синдром

Гингивит

Дискератозда кузатилади...

*алохида эпидермал хужайраларда патологик шохланишнинг кузатилиши

шиллик қават эпителийсининг калинлашиши, сургичлар орасидаги усикнинг кенгайиши

калконсимон катламнинг юза қаватидаги шохланиш жараёнининг бузилиши

эпителий шох қаватининг жуда калинлашиши

Диф диагностикас Венсан ангинасинини нима билан фаркланади?

*Дифтерия

Сувчечак

Сугал

Афта

Дифтерия касаллигида болалар шикоят килади?

*Томок огригига

Огиз бушлиги куришига

Бош огригига

Огиздан нохуш хид келишига

Дифтерия кузгатувчиси булиб хисобланади

*Леффлер таёкчаси

Стафилакокк

Герпетик вирус

Гемолитик стрептококк

Дифтерияда болалар шикояти:

*томок огрик

хеч нарсa безовта килмайди

бош огриги

галлюцинация

Дифтерияда болалар шикояти:

*бош огриги

огиз куриши

танглайдаги огрик

галлюцинация

Дифтериядаги стоматитни ташхислаш хал килувчи ахамиятга эга:

*халкумда турсимон кизариш пайдо булиши

огиз бушлигини куздан кечириш

умумий кон анализи

касаллик анамнези

Дифтериядаги стоматитни ташхислаш хал килувчи ахамиятга эга:

*халкумда урганган турсимон

умумий кон анализи

касаллик анамнези

сийдик тахлил

Дифтерияли стоматит диагностикасида мухим урин эгаллайди:

*Бактериологик текширув

Огиз бушлиги сонацияси

Умумий сийдик анализи

Умумий кон анализи

Дифтерияни даволашда хал килувчи ахамиятга эга:

*антибиотиклар юбориш

антисептик ишлов бериш

кератопластик даволаш

огиш бушлиги санацияси

Дифтерияни хал килувчи даволлаш усуллари:

*Дифтерияга карши эмлаш

Антигистамин препаратларини киритиш

Кератопластикли даво

Ялигланишга карши даво

Дифтериянинг кузгатувчилари хисобланади:

*Лефевр таёкчаси

Гемолитик стрептококк

Стафилококк

Герпетик вирус

Дифтериянинг кузгатувчилари хисобланади:

*лефевр таёкчаси

гемолитик стрептококк

стафилококк

герпетик вирус

Ёш болаларда куп учрайдиган обшк нинг ўткир инфекцион касалликларга киради:

*У.Г.С

Дифтерияли стоматит

Скарлатинли стоматит

Сурункали гипертрофик гингивит

Ёш болаларда купинча кузатилади:

*сурункали грануляцияланувчи периодонтит

сурункали фиброз периодонтит

сурункали гранулематоз периодонтит

ўткир маргинал периодонтит

Ёшга караб гингивитнинг интенсив ошиши

*1-4 ёш

7-10 ёш

12-18 ёш

18-30 ёш

Жаг ости сулак безининг йули каерда очилади.

*Тил остидаги сургичга

Кулок олдида

Пастки жагга

Юкори жагга

Инфекцион аллергия касалликларга киради:

*Бактериал

овкатдан

дорида

усимликдан

Инфекцион касалликларда шиллик каватдаги яра юзаларини ишлов беришнинг энг яхши усули ҳисобланади?

*0.02% ли фурацилин эритмаси

КМНО 4 нинг паст эритмаси

Антибиотик эритмаси

H₂O₂ эритмаси

Инфекцион периодонтитни келиб чиқишида ҳисобланади:

*Стрептококклар

Стафилококклар.

Таёқчалилар.

Замбуруғлар.

Инфекцион фиброз пульпитни урта кариесдан ажратишда ишлатиладиган усуллар

*ЭОД, рентген

термометрия

перкуссия

зондлаш

Инфекцион-аллергия синдромларда организмни гипосенсибилизациясига эришиш мумкин

*30% тиосульфат натрийни вена оркали юбориш

антибиотиклар инъекцияси

антисептиклар билан ювиш

тугри жавоб йук

Инфекция асосан кайси йул оркали периодонтга тушади...

*хамма жавоб тугри

интрадентал

эктрадентал

кон, лимфа

Инфильтрацион анестезияда новокаиннинг неча % дан фойдаланамиз:

*Новокаиннинг 0,5% эритмаси

Новокаиннинг 2% ли эритмаси

Новокаиннинг 5% ли эритмаси

Новокаиннинг 02% ли эритмаси

Инфильтрацион анестезия эффектив эмас:

*Пастки моляр сохасида

Юкори моляр сохасида

Юкори премоляр сохасида

Пастки фронтал,козик тишлар сохасида

Инфракизил нурнинг нозик таъсири нимага асосланганлигини аникланг

*фотохимик таъсир

фотоэлектрик таъсир

иссиклик таъсири

огриксизлик таъсири

Инъекцион огриксизлантиришга карши курсатма булиб хисобланади:

*Хамма жавоб тугри

Бемор рад килиши,аллегия

Юрак декомпенсацияси

Яллигланиш учогига инъекция

Инъекциядан кейинги огриклар ва шиш қуйидаги ҳолатларда пайдо бўлади

а) анестезия техникасини тўғри бажариш

б) анестетик сақлаш муддатининг ўтиши

в) анестезия купол бажарилганда

г) суяк усти пардасини зарарланишида

д) юмшоқ тўқималарнинг зарарланишида

*б,в,г,д

а,б,в,г

а,в,г,д

а,б,г,д

Қайси даврда антивирус препаратлари қўллаш яхши натижа беради?

*Касалликнинг продромал даврда

Қайталаниш даврда

Авжга чиққан даврда ва касалликнинг продромал даврда

Тузалангандан сўнг

Қайси даврда антивирус препаратларини куллаш яхши натижа беради

*Авжга чиққан даврда ва касалликнинг продромал даврда

Қайталаниш даврда

Касалликнинг продромал даврда

Касалликнинг бошланишидан то охиригача

Қайси Дифтерияли стоматит диагностикасида муҳим урин эгаллайди:

*Бактериологик текширув

Оғиз бушлиги сонацияси

Умумий сийдик анализи

Умумий қон анализи

Қайси каторда Венсан яралари туридан ташқари қандай турлари қурсатилган?

*Венсан ангинаси ва бугмалли тури.

Венсан кандидози

Венсан гингвити

Венсан парадонтози

Кайси каторда Венсан ярасининг куриниши берилган.

*Сфлос сарик рангдаги вулконсимон куринишга эга.

Сероз ажралиб турувчи силлик

Оч пушти рангдаги ярача

Ок саринг рангдаги доглар

Кайси каторда гипертрофик гингивитни 2 даражаси берилган.

*1/2 кисми

2/3 кисми

2/1 кисми

тиш каронкасини ёпмайди

Кайси тил сургичлари тил сатхининг ён кисмида жойлашади ?

*Япроксимон

Замбуругсимон

Ипсимон

Айланасимон

Кайси тил сургичлари тил сатхининг хамма ерида булиб, механик вазифани бажаради ?

*Ипсимон

Замбуругсимон

Япроксимон

Айланасимон

Кайси тил сургичлари тил томири, илдиз ва танасида V-симон жойлашган ?

*Айланасимон

Замбуругсимон

Ипсимон

Япроксимон

Кайси углевод кариесни кам чақиради?

*Галактоза

Глюкоза

Сахароза

фруктоза

Кайси усул дифтерияни хал килувчи даволлаш усуллари:

*Дифтерияга карши эмлаш

Антигистамин препаратларини киритиш

Кератопластикли даво

Ялигланишга карши даво

Кайси усул тирик туқималарда гликоген йиғилишини курсатади?

*Шиллер-Писарев

Бернадский

Кулаженко

Дунаевский

Кандидознинг умумий давоси

*флуконазол, итраконазол, дифлюкан

метронидазол

ципрофлоксацин

оксалин

Киргок стоматитда оғиз бушлиги шиллик каватида қузатиладиган бирламчи элемент нима?

*Филатов доғлари

Эрозия

Фиброзли қоплам

Афта

Саволлар.

1. Болаларда пародонтнинг анатомо-физиологик тузилиши.
2. Ўткир герпетик стоматитнинг енгил, ўрта оғир ва оғир формалари.
3. Дори воситаларини қабул қилиш натижасида келиб чиқувчи ОБШҚ зарарланишлари.
4. Болаларда пародонт суяк тўқимасининг тузилиши ва рентгенографияси.
5. Болаларда рецидивланувчи герпетик стоматит.
6. Лаб касалликлари. Метеорологик хейлит.
7. Болаларда пародонт касалликларининг классификацияси, этиологияси ва патогенези.
8. Болаларда ОБШҚ нинг травматик шикастланишлари.
9. Лаб касалликлари. Гландуляр хейлит.
10. Пародонтни объектив текшириш усуллари.
11. Болаларда ўткир юқумли касалликларда ОБШҚнинг зарарланиши.
12. Болаларда лабларнинг сурункали ёрилиши.
13. Юмшоқ ва қаттиқ тиш карашлари ва уларнинг пародонт яллиғланиш касалликлари келиб чиқишига таъсири.
14. Болаларда Венсан гингивостоматити.
15. Лаб касалликлари. Ангуляр хейлит.
16. Болаларда ўткир катарал гингивит.
17. Болаларда ОБШҚ касалликлари классификацияси.
18. Организмнинг турли орган ва тизимлари касалликларида ОБШҚ даги ўзгаришлар. Гиповитаминозлар.
19. Болаларда сурункали катарал гингивит.
20. ОБШҚ вирусли сўғаллари.
21. ОИТС нинг оғиз бўшлиғида намоён бўлиш белгилари.
22. Болаларда гипертрофик гингивитнинг формалари. Клиника. Диагностика ва даволаш.

23. Болаларда сувчечак ва инфекцион моноклеозда ОБШҚ даги ўзгаришлар.
24. Дескваматив глоссит.
25. Болаларда атрофик гингивит.
26. Болаларда ОБШҚ пайдо бўлиши ва шаклланиши ҳамда функционал ўзига хосликлари.
27. Тил касалликлари. Бурмали тил.
28. Болаларда пародонтитнинг бошланғич ва авж олган (ривожланган) формаси.
29. ОБШҚнинг специфик замбуруғли микроорганизмлар билан зарарланиши (молочница, кандидамикоз).
30. Дори воситаларини қабул қилиш натижасида келиб чиқувчи ОБШҚ зарарланишлари
31. Пубертат даврда пародонт касалликлари. Организмнинг умумсоматик бузилишлари билан бирга кечувчи пародонтдаги ўзгаришлар.
32. Сил касаллигида ОБШҚ даги ўзгаришлар.
33. Тил касалликлари. Ромбсимон глоссит.
34. Папийон-Лефевр синдромида пародонт тўқималаридаги ўзгаришлар.
35. Бехчет синдроми.
36. Ўткир герпетик стоматитли болаларга тиббий ёрдам кўрсатиш схемаси.
37. Қандли диабетда пародонт тўқималаридаги ўзгаришлар.
38. Кўп шаклли экссудатив эритема.
39. Болалардаги хейлитлар классификацияси.
40. Болаларда сурункали гингивитнинг маҳаллий ва умумий даво усуллари ва профилактикаси.
41. Стивенс-Джонсон синдроми.
42. ОИТС нинг оғиз бўшлиғида намоён бўлиш белгилари.
43. Болаларда пародонт касалликлари ривожланишидаги факторлар.
44. Организмнинг турли орган ва тизимлари касалликларида ОБШҚ даги ўзгаришлар.

45. Ўткир герпетик стоматитли болаларга тиббий ёрдам кўрсатиш схемаси.
46. Пародонт касалликлари классификацияси.
47. Буллез эпидермолиз.
48. ОИТСда ОБШҚнинг зарарланиши.
49. Тиш карашининг пародонт касалликлари ривожланишидаги роли. Оғиз бўшлиғи
микробли пейзажи.
50. Қизил ясси темратки.
51. Декубитал яра.
52. Болаларда пародонт касалликлари ривожланишида маҳаллий этиологик факторлар.
53. Болаларда қон касалликларида ОБШҚ нинг зараланиши.
54. ОИТС нинг оғиз бўшлиғида намоён бўлиш белгилари.
55. J.C. Green, J.R. Vermillion (1964) усули бўйича оғиз бўшлиғи гигиенасининг соддалаштирилган индексини аниқлаш.
56. Болаларда ОБШҚнинг ўткир механик жароҳатлари. Клиника. Дифференциал диагностика. Даволаш.
57. Ўткир герпетик стоматитли болаларга тиббий ёрдам кўрсатиш схемаси.
58. Пародонт касалликлари классификацияси.
59. Болаларда ОБШҚнинг кимёвий жароҳатланишлари. Клиника. Дифференциал диагностика. Даволаш.
60. ОИТСда ОБШҚнинг зарарланиши
61. Папилляр-маргинал-альвеоляр – ПМА (РМА) индексини аниқлаш.
62. ОБШҚнинг травматик зарарланишларини даволаш схемаси.
63. Болаларда сурункали рецидивланувчи афтоз стоматит.
64. Шиллер–Писарев биологик пробаси.
65. Болаларда ўткир герпетик стоматитда маҳаллий даво вазифалари.
66. Беднар афтаси. Этиология. Клиника. Диф.диагностика.
67. Пародонтал чўнтаклар чуқурлигини ўлчаш усули.
68. Стрептостафилококкли зарарланиш (оғиз атрофи пиодермияси).

69. Лаб касалликлари. Экзематоз (атопик) хейлит
70. Милк шиллиқ қавати капиллярлари турғунлигини аниқлаш (В.М. Кулаженко пробаси)
71. Сурункали рецидивланувчи афтоз стоматит (СРАС).
72. Тил касалликлари. Бурмали тил.
73. Пародонтни функционал текшириш усуллари. Репародонтография, эхостеометрия, гнатодинамометрия.
74. Болалар ОБШҚнинг замбуруғли касалликлари. Кандидоз (кандидомикоз, молочница). Клиника. Диагностика. Диф. Диагностика. Даволаш.
75. Болаларда хейлитлар классификацияси.
76. Гингивитга характерли диагностик белгилар.
77. Кўп шаклли экссудатив эритема.
78. Тил касалликлари. Бурмали тил.
79. Пародонт касалликларини физиотерапевтик даволаш усуллари.
80. Туғма буллез эпидермолиз (туғма пузырчатка).
81. Ўткир герпетик стоматитли болаларга тиббий ёрдам кўрсатиш схемаси.
82. Болаларда пародонтнинг идиопатик касалликлари. Қандли диабет.
83. Травма натижасида келиб чиқувчи ОБШҚ зарарланишлари.
84. Тил касалликлари. Бурмали тил.
85. Гингивитлар ва пародонтитлар дифференциал диагностикаси.
86. Дифтерия (бўғма). Болалар ОБШҚдаги клиник белгилари.
87. Тил касалликлари. Қора «сочли» тил.
88. Болаларда кератодермияда пародонтдаги ўзгаришлар.
89. Сувчечак. Болалар ОБШҚдаги клиник белгилари.
90. Лаб касалликлари. Экзематоз (атопик) хейлит.
91. Болаларда пародонт касалликлари профилактикаси.
92. Болаларда ўткир герпетик стоматит. Клиника. Диагностика. Даволаш.
93. Аллергия сабабли келиб чиқадиган ОБШҚ зарарланишлари.
94. Пародонтоз. Клиникаси ва даволаш.
95. Ўткир герпетик стоматитда маҳаллий ва умумий даво.

96. Тил касалликлари. Ромбсимон глоссит.
97. Нейтропенияда яллиғланишли ўзгаришлар.
98. Болалар оғиз бўшлиғида захмнинг намоён бўлиши.
99. Болалар ОБШҚ кимёвий травмаларини даволаш.
100. Хенд-Шюллер-Крисчен касаллиги.
101. Болаларда ОБШҚ, тил ва лаб зарарланишлари классификацияси.
102. Ўткир герпетик стоматитли болаларга тиббий ёрдам кўрсатиш схемаси.

Фойдаланилган адабиётлар.

1. I.X.Xalilov, O.S.Yo'ldoshxonova, X.Sh.Raxmonov - Bolalar terapevtik stomatologiyasi va stomatologik kasalliklar profilaktikasi, -Yangiyo'l, 2006 y.
2. Т. Ф. Виноградова. – «Стоматология детского возраста». – Москва, 1987 г.
3. Т. Ф. Виноградова, О. П. Максимова, Э. М. Мельниченко. – «Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей». – Москва, 1983 г.
4. Т. Х. Сафаров, И. Х. Халилов. – «Болалар даволаш стоматологиясидан амалий кўланма». – Тошкент, 1997 й.
5. Э. М. Кузьмина и соавт. – «Профилактика стоматологических заболеваний». – Москва, 1997 г.
6. Н. Г. Пахомов. – «Первичная профилактика в стоматологии». – Москва, 1982 г.
7. Н. В. Курякина. – «Терапевтическая стоматология детского возраста». – Н. Новгород, 2001 г.
8. В.Г.Сунцов, В.К.Леонтьев, В.А.Дистель, В.Д.Вагнер. «Стоматологическая профилактика у детей.»- Н.Новгород, 2001
9. Николаев А.И., Практическая терапевтическая стоматология - 2004 г
- 10.Скоринова Л.А.,Пропедевтика стоматологических заболеваний - 2002 г