

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA’LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

OG‘IZ BO‘SHLIG‘I SHILLIQ PARDA KASALLIKLARI

O‘quv qo‘llanma

**(Tizimli kasalliklarda lab qizil xoshiyasini va og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida
o‘zgarishlar)**

Bilim sohasi:	900000 -	Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot
Ta'lim sohasi:	910000 -	Sog‘liqni saqlash
Ta'lim yo‘nalishi:	60910100-	Stomatologiya(yo‘nalishlar bo‘yicha)

ISBN

UDC

BBK

Mualliflar:

Daminova N.R.- Toshkent davlat tibbiyot universiteti, gospital terapevtik stomatologiya kafedrası t.f.n., dotsent

Mahkamova O.A.- Toshkent davlat tibbiyot universiteti, gospital terapevtik stomatologiya kafedrası t.f.n., dotsent

Taqrizchilar:

Gulyamov S.S. – Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Simulyatsion ta’lim, klinik modellashtirish, stomatologiya va bolalar stomatologiya kafedrası mudiri, professor, tibbiyot fanlari doktori.

Axmedov A.A. – Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Ortopedik stomatologiya kafedra mudiri, dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi.

Ushbu o‘quv qo‘llanma og‘iz bo‘shlig‘i a‘zolari va to‘qimalari insonning turli ichki a‘zolari va tizimlari bilan o‘zaro anatomo-funksional jihatdan chambarchas bog‘liqdir. Shuning uchun og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining shikastlanishlarining sezilarli qismi ko‘pincha boshqa a‘zolardagi patologik o‘zgarishlarning oqibati sifatida yuzaga keladi. Ko‘pincha bu belgilar tizimli kasalliklarning o‘ziga xos klinik belgilari paydo bo‘lishidan avvalgi erta markerlari bo‘lib chiqadi, va bemorlar aynan shu shikoyatlar bilan stomatologga murojaat qilishadi. Bunday hollarda stomatolog shifokorga o‘zgarishlarning tizimli tabiatini o‘z vaqtida aniqlash va bemorni tegishli soha mutaxassislariga yo‘naltirish kabi yuqori mas’uliyat yuklanadi. O‘quv qo‘llanma “Stomatologiya” mutaxassisliklari bo‘yicha 5-kurs talabalari uchun.

Kirish

Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida shunga o‘xshash belgilar turli ichki tizimlar: oshqozon-ichak trakti, qon yaratish tizimi, endokrin a‘zolar faoliyati buzilganida, shuningdek, autoimmun, infeksiy va metabolik kasalliklarda yuzaga keladi. Ayniqsa, OBSHQdagi o‘zgarishlar oshqozon va ichak kasalliklarida, anemiyalarda, leykazlarda, qandli diabetda, qalqonsimon bez kasalliklarida va boshqalarda tez-tez uchraydi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma‘lumotlariga ko‘ra, butun dunyo bo‘ylab qariyb 3,5 milliard kishi og‘iz bo‘shlig‘ining turli kasalliklaridan (kariyes, milk kasalliklari) aziyat chekadi.

O‘zbekiston Respublikasida ushbu muammo ham katta ahamiyatga ega. Xususan, 1-toifa qandli diabet bilan kasallangan bolalar o‘rtasida o‘tkazilgan tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, bemorlarning 50% dan ortig‘i turli stomatologik kasalliklarga ega. 2-toifa qandli diabeti bor kattalarda esa, COVID-19 fonida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining yuqori darajadagi yallig‘lanishli shikastlanishlari kuzatilib, bu holatlar kompleks davolashni talab qiladi. Bundan tashqari, surunkali S gepatiti va parodontiti bo‘lgan bemorlarda parodontal cho‘ntaklarining sezilarli darajada mikrobial ifloslanganligi aniqlangan, bu esa kasallikning kechishini og‘irlashtiradi. Ushbu ma‘lumotlar stomatologik va terapevtik tibbiyot jabhalarining chambarchas bog‘liqligini tasdiqlaydi.

Tizimli kasalliklarning stomatologik ko‘rinishlari ko‘pincha yetarlicha e‘tiborsiz qoladi, holbuki, o‘z vaqtida tashxislash nafaqat mahalliy jarayonning kechishini yengillashtirishga, balki og‘ir asoratlarning oldini olishga ham imkon beradi. Fanlararo yondashuv sharoitida stomatolog shifokor bunday holatlarni erta aniqlashda asosiy rol o‘ynaydi va bemorni profil mutaxassislariga — terapevtlar, endokrinologlar, gastroenterologlar, gematologlarga yo‘naltiradi.

I. Oshqozon-ichak trakti (OIT) kasalliklarida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining o‘zgarishlari

Ovqat hazm qilish tizimi a‘zolari kasalliklarida og‘iz bo‘shlig‘idagi o‘zgarishlar eng ko‘p uchraydi. Bu ovqat hazm qilish traktining barcha bo‘limlarining umumiy funksiyasi va yagonaligi bilan izohlanadi. Eng ko‘p kuzatiladigan belgilar: til rangining o‘zgarishi, shish, tildagi karash (yallig‘lanishli qatlam), ipsimon so‘rg‘ichlarning silliqlashishi yoki gipertrofiyasi, epiteliyning o‘choqli deskvamatsiyasi, yarali shikastlanishlar.

Tildagi o‘zgarishlar. Oshqozon-ichak trakti kasalliklarida tilning o‘zgarishlari eng xos hisoblanadi. Bu belgilar orasida eng ko‘p uchraydigan karash bilan qoplangan tildir. Tilda karash (qoplam) paydo bo‘lishida neyrotrofik buzilishlar natijasida til so‘rg‘ichlarida epiteliy hujayralarining mug‘uzlanish va ko‘chib tushish jarayonining buzilishi muhim rol o‘ynaydi. Karashning yig‘ilishiga shuningdek, ovqatning tabiati, mikroflora tarkibi, og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasi ham ta’sir qiladi.

Epiteliyning ustki qatlami ko‘chib tushmasligi (deskvamatsiya bo‘lmasligi) natijasida mug‘uzlangan hujayralar ushlanib qoladi, ularga so‘lakdan o‘lik leykotsitlar va mikroorganizmlar qo‘shilib, karash (qoplam) hosil bo‘ladi. Bu jarayonda mikroorganizmlarning, xususan, zamburug‘larning sezilarli miqdorda ko‘payishi uchun qulay sharoitlar yaratiladi. Bularning barchasi karashning asosini tashkil etadi.

Karash (qoplam) gastrit, oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligi, oshqozon o‘smalari va boshqa kasalliklarda aniqlanadi. Yara kasalligi, gastrit, enterokolitning o‘tkir bosqichida tilning karash bilan qoplanishi yanada kuchliroq ifodalanadi. Karash tilning orqa qismini, asosan uning orqa bo‘limlarini qoplaydi. U kulrang, ba’zan oqish qatlam ko‘rinishida bo‘ladi, ammo pigment hosil qiluvchi bakteriyalar, oziq-ovqat, dorilar ta’siri ostida sariq yoki qo‘ng‘ir rangga bo‘yalishi mumkin (1-rasm).



Rasm-1. Oshqozon yarasi: tilning oq karash bilan qo'planishi (a), tilning shishishi (b)

Sub'ektiv sezgilar bilan karash (qoplam) birga kechmaydi. Biroq, qalin karash (qoplam) mavjud bo'lsa, yoqimsiz his, ta'm bilish sezgirligining o'tmaslashishi paydo bo'ladi.

Oshqozon-ichak kasalliklarining **ikkinchi belgisi** tilning **shishishi** (og'iz bo'shlig'ida) hisoblanadi. Bu holat bemorlarda sub'ektiv sezgilarni chaqirmaydi va faqat til hajmi sezilarli darajada kattalashganda noxush sezgilar paydo bo'lishi mumkin. Til shishi surunkali ichak kasalliklarida kuzatiladi, bu ichaklarning so'rilish qobiliyati va to'siq (bariyer) funksiyasining buzilishi bilan izohlanadi. Tilning shishi uning uchida va yon yuzalarida tish izlarining mavjudligi, shuningdek, uning hajmining kattalashishi bo'yicha aniqlanadi.

Oshqozon-ichak trakti kasalliklarida til so'rg'ichlarining turli guruhlarida o'zgarishlar kuzatiladi. Ularning holatiga qarab, giperplastik va gipoplastik glossitlar ajratiladi.

Giperplastik glossit

Giperplastik glossit kislotaliligi oshgan gastriti bor bemorlarda uchraydi. U so'rg'ichlarning gipertrofiyasi (kattalashuvi), karashning mavjudligi va shish natijasida til hajmining biroz kattalashishi bilan birga kechadi. Zamburug'simon so'rg'ichlarning gipertrofiyasi, ular tilning shilliq qavati yuzasidan yorqin-qizil

nuqtalar ko‘rinishida ko‘tarilib turishi oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligi bo‘lgan shaxslarda kuzatiladi (2-rasm).



Rasm-2. Giperatsid gastrit. Tilning yallig'langan (oq qatlamli) bo'lishi, zamburug'simon so'rg'ichlarning gipertrofiyasi.

Gipoplastik glossit

Gipoplastik glossit so‘rg‘ichlarning atrofiyasi (kichrayib ketishi), ba‘zan keskin ifodalangani bilan tavsiflanadi, buning natijasida til laklangan, yorqin dog‘lar va chiziqlar ko‘rinishini oladi. Til so‘rg‘ichlarining atrofiyasi achishish, sanchish, ovqatlanish vaqtida og‘riq sezgilarini chaqiradi. Til so‘rg‘ichlarining bunday o‘zgarishlari sekretsiyasi pasaygan gastritlar, yara kasalligi, gastroenteritlar, o‘t chiqarish yo‘llari kasalliklarida kuzatiladi (3-rasm).



Rasm-3. Giporatsid gastrit. So'rg'ichlarning atrofiyasi

Oshqozon-ichak trakti kasalliklarida til epiteliyasining kuchaygan **deskvamatsiyasi** (ko'chib tushishi) ancha tez-tez uchraydi. Oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligining zo'rayishida, surunkali gastrit va kolitda tilning o'rta chizig'i bo'ylab va uning orqa uchdan bir qismida cheklangan joylarda o'choqli deskvamatsiya karash bilan qoplangan til fonida yorqin dog'lar ko'rinishida kuzatiladi.

Oshqozon-ichak trakti kasalliklarining eng tez-tez uchraydigan ko'rinishi bu **OBSHQ rangining o'zgarishi** hisoblanadi. Giperatsid (kislotaliligi yuqori) va normatsid (kislotaliligi normal) gastrit, yara kasalligi, enterokolitda kataral stomatit kuzatiladi. Qon ketishlari bilan asoratlangan yara kasalligida OBSHQ oqish rangda bo'ladi.

Oshqozon kartsinomasida (rakida) ko'pincha qattiq va yumshoq tanglay shilliq qavatida qo'ng'ir dog'lar shaklida pigmentatsiya paydo bo'ladi. Jigar kasalliklarida OBSHQ ning xarakterli pigmentatsiyasi mavjud: butun shilliq qavat och pushti rangga kiradi, yumshoq tanglay esa sarg'ish rangga bo'yaladi.

Oshqozon-ichak kasalliklarida trofik buzilishlar natijasida OBSHQ ning **yarali shikastlanishlari** yuzaga keladi. Shilliq qavatdagi eroziyalar, aftalar, yaralar oshqozon yara kasalligi, kolit va enterokolitning kechki bosqichlari va zo'rayishlari uchun xarakterlidir. Surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitning enterokolitning xarakterli belgisi ekanligi hisoblanadi.

Ovqat hazm qilish tizimi a'zolari kasalliklarida OBSHQ dagi o'zgarishlarni davolash simptomatikdir. Shu bilan birga, u ushbu a'zolar faoliyatini normallashtirish, giposensibilizatsiya terapiyasi, vitaminoterapiya (B, C, P, PP guruhlari) va og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilishni o'z ichiga oladi.

Oshqozon-ichak trakti (OIT) funksiyasining buzilishida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi o'zgarishlar asosan Kron kasalligi va yarali kolit uchun ma'lumdir.

Kron kasalligi

Klinik ko'rinishi. Kron kasalligida og'iz bo'shlig'idagi simptomlar bemorlarning taxminan 5-20% ida yuzaga keladi (1-jadval). Ular avvalambor noxos

aftasimon o'choqlar (afotoid), granulematoz o'zgarishlar, shuningdek, malabsorbsiya (so'rilishning buzilishi) simptomlari bilan namoyon bo'ladi.



1-jadval. Kron kasalligida og'iz bo'shlig'idagi simptomlar

Kron kasalligida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi eroziyalar va yaralar odatda tashqi ko'rinishidan qayta takrorlanuvchi aftalardan farq qilmaydi. Ular ko'pincha kasallik davomida rivojlanadi, ammo ba'zi bemorlarda Kron kasalligidan oldin paydo bo'lishi mumkin.

Aftasimon o'choqlar paydo bo'lishiga moyillikning bunday oshishi sababi hozircha noma'lum. Ba'zi aftasimon yaralar uchun gistologik jihatdan epitelioidsimon hujayrali granulyomaning mavjudligi isbotlanadi. Bu holat ham Kron kasalligida granulyomatoz reaksiyalarga moyillikni aks ettiradi.

Bu, asosan, nospetsifik bo'lgan o'zgarishlardan tashqari, spetsifik xarakterga ega deb hisoblanishi mumkin bo'lgan o'zgarishlar ham mavjud, chunki ular Kron kasalligida ichak shilliq qavatida kuzatiladigan gistopatologik o'zgarishlarga mos keladi. Bu, birinchi navbatda, lunj shilliq qavatida biroz zichlashgan va ba'zan yara bilan kechadigan "tosh terilgan yo'l" turidagi notekis tugunsimon-yumshoq qalinlashuvga taalluqlidir. Bu hodisa juda kam uchraydi.

Gistologik jihatdan, noxos limfoplazmositli infiltrat bilan o'ralgan, asosan Langergans hujayralari turidagi gigant hujayralarga ega epitelioidsimon hujayrali granulyoma qayd etiladi. Kron kasalligi xuddi shunday gistologik substratga ega bo'lgani uchun, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi bu o'zgarishlarni spesifik va Kron kasalligiga tegishli deb hisoblash mumkin.

Xuddi shu narsa granulyomatoz xeylit holatlarining bir qismiga ham tegishli, u davriy ravishda kuzatilganidek, Kron kasalligining ichak simptomlaridan oldin paydo bo'lishi yoki Kron kasalligi davomida rivojlanishi mumkin. Bir qator hisobotlar granulyomatoz xeylit Kron kasalligi bilan chambarchas bog'liq ekanligini yoki hatto ushbu kasallik simptomlarining bir qismi ekanligini ko'rsatadi.

Gistologik jihatdan, Melkersson-Rozental sindromidagi granulyomatoz xeylit bilan o'xshashlik asosida, Kron kasalligidagi granulyomatoz xeylitda tvorojsimon bo'lmagan epitelioidsimon hujayrali granulyomalar kuzatiladi, ular asosan Langergans hujayralari turidagi gigant hujayralar bilan, kamroq hollarda begona tana turidagi gigant hujayralar bilan birga bo'ladi.

Ko'pgina Kron kasalligi bilan og'rgan bemorlarda rux (tsink) tanqisligi kuzatiladi. Aksariyat hollarda u symptomsiz kechadi, ammo ba'zi bemorlarda enteropatik akrodermatitga o'xshash rux tanqisligi belgilari rivojlanadi. Ko'pincha simptomlar dastlab uzoq vaqt davomida kandidoz deb qabul qilinadi.

Burchakli xeylit yoki zaeda (og'iz burchagining yallig'lanishi) nisbatan tez-tez uchraydigan va nospetsifik hamroh simptom hisoblanadi. Kron kasalligida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi kam uchraydigan simptomlarga pastki lab yoriqlari, milkning diffuz qalinlashuvi, og'iz bo'shlig'i dahlizida doimiy chiziqli yaralar (ko'pincha o'tish burmasi sohasida), tanglay yaralari, shuningdek, lunjlarning qaytalanuvchi abscesslari kiradi.

O'ziga xos kam uchraydigan kasallik vegetativ postomatit hisoblanadi. U asosan yarali kolit bilan og'rgan bemorlarda, shuningdek, Kron kasalligi bor bemorlarda rivojlanadi.

Yarali kolit

Yarali kolit ham, Kron kasalligi singari, qayta takrorlanuvchi aftalar bilan kechishi mumkin. Yarali kolitning og‘iz bo‘shlig‘idagi yana bir, garchi ancha kam uchraydigan hamroh simptomi vegetativ postomatit hisoblanadi. Ushbu, garchi kam uchraydigan, ammo xarakterli kasallik bilan og‘rigan bemorlarning taxminan yarmida asosiy kasallik aniqlangan: ba’zilarida yarali kolit, boshqa bemorlarda esa Kron kasalligi.

Jigar kasalliklari

Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatidagi ko‘plab simptomlar jigarining ishtiroki bilan bog‘liq turli kasalliklar, masalan, porfiriya va gemoxromatoz bilan bog‘liq holda tilga olingan.

Sariqlikni (jeltuxani) har doim ham og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida aniqlash qiyin. Sarg‘ish tusni ko‘proq tanglayda sezish mumkin. Birlamchi biliar sirrozda ko‘plab bemorlarda og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining sariqligi, shuningdek, kserostomiya (og‘iz qurishi) kuzatiladi. Lablar va tilning shilliq qavati odatda to‘q qizil rangda bo‘ladi, til so‘rg‘ichlari esa atrofiyaga uchraydi (atrofik-silliq “jigar” tili). Lablarning qizil hoshiyasi ham silliq va xuddi laklangandek ko‘rinadi.

Erkin milkda keng tarqalgan ksantomatoz haqida ham xabar berilgan.

- Sariqlik: Bilirubin to‘planishi tufayli yuzaga keladigan eng yaqqol belgi. Bu teri va shilliq pardalarning, shu jumladan yumshoq tanglayning sarg‘ayishi bilan namoyon bo‘ladi va so‘lak bezlarining chiqaruv yo‘llarida sezilarli bo‘lishi mumkin.
- Atrofik glossit: Jigar faoliyatining buzilishi belgisi bo‘lib, bunda til so‘rg‘ichlari atrofiyaga uchraydi, til yuzasi silliq, yaltiroq bo‘lib qoladi va och pushti yoki "laklangan" ko‘rinishga ega bo‘lishi mumkin.
- Achishish va og‘riq: Atrofik glossitga hamroh bo‘ladi va ovqatlanish paytida kuchayishi mumkin.

Muhim belgilar:

- Tilda qalin karash : Ko‘pincha jigar kasalliklari bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin bo‘lgan ovqat hazm qilish muammolaridan dalolat beradi.

- Milklar qonashi va qimirlaydigan tishlar: Qon ivishining buzilishi va organizmning umumiy zaiflashishi bilan bog‘liq bo‘lib, bu ham jigar shikastlanishining oqibati bo‘lishi mumkin.

Buyrak kasalliklari

Buyrak kasalliklarida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatidagi o‘zgarishlar juda kam uchraydi. Ba’zi bemorlarda eritematoz-psevdomembranoz yoki yarali stomatit va shilliq qavatdan qon ketishlari kuzatiladi.

Uremiya bilan bog‘liq holda nafas chiqarishda uremik hid bilan birga keladigan kserostomiya (og‘iz qurishi) bo‘lishi mumkin. Dializda bo‘lgan bemorlarda amiloidozning o‘ziga xos shakli rivojlanishi mumkin. Buyrak transplantatsiyasidan keyingi bemorlar immunosupressiv terapiya olayotgan bemorlarning eng katta guruhini tashkil qiladi. Bunda ko‘plab salbiy yon ta’sirlar og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida namoyon bo‘ladi.

Subyektiv belgilar:

Shilliq qavat shikastlanishining subyektiv belgisi — bu uning achishishi, og‘riq, og‘izdan yoqimsiz hid kelishidir.

Obyektiv belgilar:

Obyektiv tekshiruvda og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati rangpar, quruq bo‘ladi, tishlar yoki dag‘al ovqat bilan oson shikastlanadi. Yumshoq va qattiq tanglay, lunjlar, lablar, ba’zan esa tishlarning toj qismi shilliq qavati qorayishi (po‘panak) kuzatiladi.

Til quruq, karash (nalet) bilan qoplangan. Oshqozon-ichak trakti disbakteriozi yuzaga kelganda kandidomikoz rivojlanadi. O‘tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligida shilliq qavatda, lablarning qizil hoshiyasida va unga yondosh teri qismlarida oddiy herpes toshmalari paydo bo‘ladi, ular achishish va og‘riq bilan kechadi.

II. Shilliq pardaning zararlanishi yurak-qon tomir patologiyasida og'iz bo'shlig'ida namoyon bo'lishi

Yurak-qon tomir kasalliklarida og'iz bo'shlig'i shilliq pardasidagi patologik o'zgarishlar keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra bemorlarning 40-80% da aniqlanadi. Biroq, organizmning boshqa umumiy kasalliklari singari, yurak-qon tomir kasalliklari ham faqat shu guruh bemorlarga xos bo'lgan o'zgarishlarni keltirib chiqarmaydi. Yurak-qon tomir kasalliklarida og'iz bo'shlig'i shilliq pardasidagi o'zgarishlar asosan qon aylanishi yetishmovchiligi darajasi, qon tomir devori holati va boshqalarga bog'liq bo'ladi.

Qon aylanishining buzilishi bilan kechadigan yurak-qon tomir yetishmovchiligida umumiy shish, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi (OBSP) va lablarning qizil chegarasida sianoz (ko'karish) kuzatiladi (4-rasm). Bu holat shilliq pardaning quruqligi va shishishi bilan birga kelishi mumkin, buning natijasida til kattalashadi, yonoqlar va til shilliq qavatida tish izlari paydo bo'ladi.



Rasm-4. Yurak-qon tomir yetishmovchiligi. Sianoz va lablarning shishishi.

OBShQ, lablarning sianozlashi va tilning yorqin qizil yoki malina rangi miokard infarktining o'tkir davri uchun xosdir. Rang o'zgarishidan tashqari, tilning boshqa o'zgarishlari ham kuzatiladi, ularning yaqqolligi umumiy kasallikning og'irligiga bog'liq. Shunday qilib, katta o'choqli infarktda tilning o'zgarishlari ko'pincha

destruktiv xususiyatga ega bo‘ladi: yoriqlar, erozilar, yaralar, tilning so‘rg‘ich va so‘rg‘ichlararo to‘qimalariga qon quyilishi. Kichik o‘choqli infarkt va stenokardiyada faqat rang o‘zgarishi, tilning shishishi, quruqlik va kamdan-kam hollarda yoriqlar kuzatiladi.

OBSHQning trofik o‘zgarishlari, hatto yara hosil bo‘lishigacha, asosan dekompensatsiyalangan yurak poroklari va qon aylanishining III, ba‘zan II darajali buzilishi bo‘lgan bemorlarda kuzatiladi. Trofik yaralar asosan og‘iz bo‘shlig‘ining orqa qismida, yonoq shilliq qavatida, alveolyar o‘siqda, tilda, retromolyar soha shilliq qavatida va boshqa joylarda joylashadi.

Yaralar turli o‘lchamda (2-5 mm va undan katta) bo‘ladi. Ular badbo‘y hidli och kulrang qatlam bilan qoplangan, tegish va ovqatlanish paytida keskin og‘riqli bo‘ladi. Atrofdagi to‘qimalarda yallig‘lanish reaksiyasining yo‘qligi xosdir. Alveolyar o‘siq shilliq qavatida joylashgan yaralar yonoq, lab shilliq qavatiga tarqalib, alveolyar suyak va jag‘ning qisman nekroziga olib kelishi mumkin. Nekrotik yemirilish natijasida og‘ir qon ketishlar (5-rasm) yuzaga kelishi mumkin.

Trofik yaralarni tashxislash ko‘pincha sezilarli qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Ularni dekubital, saraton, sil yaralari, birlamchi sifiloma va gummali yaradan differensiallash zarur.



Rasm-5. Yurak-qon tomir yetishmovchiligi. Qattiq tanglay shilliq qavatidagi trofik yara.

Ateroskleroz va gipertoniya kasalligi bo‘lgan bemorlarda OBSHQ da gemorragik pufakchalar paydo bo‘lishi kuzatiladi. Ko‘pincha turli o‘lchamdagi

qonli suyuqlik saqlovchi pufakchalar yumshoq tanglay, tilning yon yuzalari, tishlar qatori yopilgan chiziq bo'ylab yonoq shilliq qavatida paydo bo'ladi. Pufakcha to'satdan, ko'pincha ovqatlanish paytida paydo bo'ladi, kattalashadi va keyin yoriladi; oqish qatlam bilan qoplangan eroziya hosil bo'ladi. Eroziyaning epitellanuvchanligi o'lchamiga qarab 5-7 kundan keyin o'z-o'zidan sodir bo'ladi (6-rasm).



Rasm-6. Gipertoniya kasalligi. Pufak-tomir sindromi.

Suratmalar-izlarda periferik qon elementlari aniqlanadi; akantolitik hujayralar mavjud emas. Nikolskiy simptomi manfiy.

Yurak-qon tomir patologiyasida og'iz bo'shlig'idagi eng xos o'zgarishlar 6-jadvalda keltirilgan.

OBSHQdagi bunday o'zgarishlarni davolash qon aylanishi yetishmovchiligini bartaraf etishni mahalliy simptomatik terapiya bilan birgalikda o'z ichiga oladi. Og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish amalga oshiriladi, antiseptik va og'riq qoldiruvchi eritmalar bilan ishlov berish buyuriladi. Trofik yaralar nekrozga uchragan to'qimalardan ferment preparatlari bilan tozalanib, epitelizatsiyani tezlashtiruvchi vositalar: propotseum, ekteritsid, solkoseril, spedian, tsigerol, chakanda, na'matak

moyi, A va E vitaminlarining moyli eritmalarini buyurish kerak, shuningdek, tomir devori holatini va metabolik buzilishlarni normallashtiruvchi preparatlar: rutin, P va C vitaminlari, kaliy orotat, riboksin, karnitin xlorid va boshqalar ichishga buyuriladi.

Gemorragik angiomatoz ingliz shifokori V. Osler tomonidan 1910-yilda tug'ma qon tomir endoteliyasining nuqsoni bilan bog'liq bo'lgan qon tomir kasalligi sifatida ta'riflangan. Kasallik ko'plab telenjiektaziyalar bilan tavsiflanadi va burun hamda og'iz bo'shlig'i shilliq pardasidan tez-tez, profuz (ko'p) qon ketishi bilan kechadi.

Angiomatoz o'smalar burun, yonoq, lab, til shilliq pardasida, yuz terisida, ayniqsa burun qanotlarida va quloq supralarida aniqlanadi (7-rasm).

Osler kasalligida trombositlar soni, qon ketish vaqti va qon ivishi me'yorida bo'ladi.



Rasm-7. Gemorragik angiomatoz

Davolash simptomatikdir. C, P, E vitaminlari, umumiy va mahalliy gemostatik (qon to'xtatuvchi) vositalar buyuriladi. Profuz qon ketishlarida qon quyish va qon tomirlarni bog'lash (jarrohlik usuli) qo'llaniladi.

Pufakcha-tomir sindromini diagnostika qilish

Belgilangan (Aniqlangan alomatlar)	simptomlar	Patogenetik (Simptomlarning paydo bo'lish sabablari)	asoslash
Shikoyatlar: gemorragik (qonli) suyuqlik bilan to'lgan pufakchalarining yumshoq tanglay, til va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining boshqa joylarida paydo bo'lishi. Pufakcha paydo bo'lishi vaqtida sanchuvchi og'riq sezilishi. Pufakcha yorilgandan keyin hosil bo'lgan eroziv yara bir hafta ichida epitelizatsiyalanadi (bitadi).		Gipertoniya kasalligi bilan og'rigan shaxslarda qon tomirlarning o'tkazuvchanligi va mo'rtlashuvining oshishi oqibati. Yuzaki epiteliynning yupqalashuvi, shilliq qavatning o'zidagi yoshga bog'liq distrofik o'zgarishlar, bazal membrana bilan epiteliy o'rtasidagi bog'lanishning buzilishi.	
Anamnez: ko'p yillar davomida davom etayotgan gipertoniya kasalligi, muntazam bo'lmagan davolash. O'tmishda psixoemotsional stress bo'lgan. O'rta va keksa yoshdagi odamlar kasallanadi. Gipertoniya kasalligi rivojlanib, adekvat davolash bo'lmaganida gemorragik pufakchalar hosil bo'lishi chastotasi oshadi (5 yilda 1 martadan yiliga 4-5 martagacha, ba'zan oyiga 2-3 marta).		Psixoemotsional asabiy taranglik, stress holatlari gipertoniya kasalligining rivojlanishi va progressiyasiga sharoit yaratadi.	
Tashqi ko'rik: Ko'rinadigan o'zgarishlarsiz.			
Limfa tugunlari holati: Regional limfa tugunlari paypaslanmaydi.		Yallig'lanish jarayonining yo'qligi.	
Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini ko'rikdan o'tkazish: Shilliq qavat mo'tadil namlangan. Yumshoq tanglay, tilning yon yuzasi va og'iz bo'shlig'i tubida odatda gemorragik suyuqlikli yagona pufakcha aniqlanadi; pufakcha yorilgandan so'ng biroz giperemiyalangan fonda dumaloq shakldagi eroziya hosil bo'ladi. Eroziya fibrinli qatlam bilan qoplangan, pufakchani hajmiga qarab 3-7 kun ichida chandiqsiz epitelizatsiyalanadi. Pufakcha yoki eroziya atrofi shilliq qavatiga yengil tegish (ishqalash) natijasida ham gemorragik pufakcha hosil bo'lishi mumkin.		Pufakchalar asosan arterial qon bosimi oshganda ovqatlanish paytida, yo'tal harakatlarida, ko'pincha yumshoq tanglayda paydo bo'ladi. Bu yumshoq tanglayning funktsional xususiyatlari, yaxshi qon ta'minoti va harakatchanligi bilan izohlanadi. Qon tomirlarning o'tkazuvchanligi oshgan. Epiteliyning ostidagi biriktiruvchi to'qima bilan bog'lanishi zaiflashgan.	
Nikolskiy simptomi: Pufakcha qopqog'ining qoldiqlaridan tortib ko'rildanda ko'rinishda o'zgarmagan shilliq qavatning ko'chishi kuzatilmaydi.		Akantoliz hodisalari yo'q. Pufakcha subepitelial joylashgan.	
Tsitologik tekshirish: Eroziya tubidan olingan surtma materiali.		Akantolitik hujayralar yo'q. Qon va epiteliy elementlari o'zgarishsiz.	
Klinik qon tahlili: Me'yordan og'ishlarsiz.		---	

Belgilangan simptomlar (Aniqlangan alomatlar)	Patogenetik asoslash (Simptomlarning paydo bo'lish sabablari)
Terapevt, kardiolog konsultatsiyasi: Tashxis, kasallikning og'irlik darajasi va davolash rejasini aniqlash.	---

Pufakcha-tomir sindromining differensial diagnostikasi

Umumiy klinik belgilar (O'xshash alamatlar)	Farqlovchi belgilar (Ajratib turuvchi xususiyatlar)
Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida ko'k (sianotik) yagona hosila	Gemangioma (kapillyar, kavernoza) o'sma jarayonlariga kiradi. Ko'pincha bolalikda paydo bo'ladi, sekin o'sadi. Ko'k rangli, yumshoq konsistentsiyali tugun: to'lish simptomi (boshni eggan holda gematomaning kattalashishi) va siqish simptomi (bosilganda hosilaning oqarishi) kuzatiladi. Asosida yangi hosil bo'lgan kapillyarlar va arteriolalarning bir-biri bilan va biriktiruvchi to'qima bilan chirmashib ketishi yotadi. Gemangioma hosil bo'lish mexanizmi turlicha. Pufakcha-tomir sindromida esa hosila to'satdan paydo bo'ladi, yorilib eroziya hosil qiladi, bu eroziya tezda epitelizeitsiyalanadi (bitadi).
Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida pufakchalar paydo bo'lishi; asosan o'rta va keksa yoshdagilar kasallanadi.	**Pufakcha (puzirchatka)** da terida ham pufakchalar paydo bo'lishi mumkin. Pufakchalar yupqa qopqoqli, ichidagi suyuqlik shaffof, keyinchalik loyqalanadi. Pufakchalar yagona emas, akantoliz natijasida intraepitelial hosil bo'ladi. Og'iz bo'shlig'idagi pufakchalar tezda yoriladi. Nikolskiy simptomi musbat. Umumiy holat buziladi (kaheksiya, ozish, intoksikatsiya). Tsitologik tekshiruvda akantolitik hujayralar topiladi. Kechishi uzoq davom etadi.
Bullyoz pemfigoid: Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida og'riqsiz pufakchalar paydo bo'lishi. 50 yoshdan oshgan shaxslar kasallanadi. Tsitologik tekshiruvda Nikolskiy simptomi va eroziya tubidan	Bullyoz pemfigoidda shaffof suyuqlikli bir nechta pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalar yorilgandan keyin eroziv yaralarning epitelizeitsiyalanishi bir necha haftani oladi. Pemfigoidda teri ham shikastlanishi mumkin. Akantolitik pufakchadan farqli o'laroq, prognozi qulay.

Umumiy belgilar (O'xshash alomatlar)	Farqlovchi belgilar (Ajratib turuvchi xususiyatlar)
olingan surtmada akantolitik hujayralar yo'q.	
Bullyoz yassi temiratki (ploskiy lishay): Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida pufakchalar paydo bo'lishi. O'rta va keksa yoshdagi shaxslar kasallanadi.	Yassi temiratki pufakchalar yagona emas, ichidagi suyuqlik shaffof, subepitelial hosil bo'ladi. Yallig'lanish reaksiyasi tufayli pufakchalar va eroziv yaralar giperemiyalangan shilliq qavatda, nozik to'rsimon rasm hosil qiluvchi papulalar fonida joylashadi. Eroziv yaralar keskin og'riqli, chegaralari noaniq. Yassi temiratki etiologiyasi va patogenezi asab tizimi faoliyatining buzilishi, psixosotsial stress, bemorning shaxsiy xususiyatlari muhim ahamiyatga ega.
Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida pufakchalar hosil bo'lishi.	Shaffof suyuqlikli pufakchalar bir tekis giperemiyalangan shilliq qavatda joylashadi; dorilarni qabul qilgandan keyin paydo bo'ladi. Pufakchalar yorilgandan keyin hosil bo'lgan eroziv yaralar keskin og'riqli, chegaralari noaniq. Medikamentoz stomatitning bullyoz shakli bemorning umumiy holatining o'zgarishi bilan kechadi. Asosida sekin kechuvchi allergik reaksiya yotadi. Terida ham ko'rinishlari bo'lishi mumkin.

Bullyoz yassi temiratki

Medikamentoz stomatit

Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar va yurak-qon tomir kasalliklarining o'zaro bog'liqligi

Yurak-qon tomir kasalligi

1. Yurak-qon tomir yetishmovchiligi

2. Miokard infarkti

Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar

- Shilliq qavatning sianozi (ko'karishi)

- Lablarning sianozi
- Quruqlik
- Achishish (jiqillash)
- Yaralar

- Sianoz
- Malina rangli til
- Til yoriqlari
- Quruqlik
- Tilning achishishi (jiqillashi)

Yurak-qon tomir kasalligi

Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar

- Tilda og'riq
- Til eroziyalari va yaralari

3. Gipertoniya kasalligi

- Yumshoq tanglay, tilning yon yuzalarida pufakchalar
- Eroziyalar
- Trofik yaralar

Og'iz bo'shlig'i va tildagi shikastlanishlarni davolashning asosiy tamoyillari

Og'iz bo'shlig'idagi barcha mahalliy muolajalar asosiy kasallikni davolashga parallel ravishda terapevt bilan maslahatlashganidan so'ng o'tkaziladi.

Asosiy tamoyillar:

- Kardiolog (terapevt) maslahati va davosi;
- Klinik-morfologik ko'rinishlarga (shish, eroziya, yara va b.) bog'liq mahalliy ta'sirlar, kardiolog bilan maslahatlashgandan so'ng:
 - Og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish;
 - Professional gigiyena va individual og'iz gigiyenasini korrektsiya qilish;
 - Karies va uning asoratlarini davolash;
 - Protezlar tayyorlash;
 - Parodontologik davolash.

Ayrim simptomlar bo'yicha tavsiyalar:

1. Og'iz bo'shlig'i va til shilliq qavatining shishishida mahalliy davolash o'tkazilmaydi, terapevt (kardiolog) tomonidan kuzatuv va davolash zarur.
2. Kataral stomatit mahalliy dori vositalari bilan davolashni talab qilmaydi (asosiy kasallikni davolash yetarli).
3. Eiteliyning yaxlitligi buzilganda (tildagi yoriqlar, mikro yoriqlar, eroziyalar va trofik yaralar):
 - Antiseptik vositalar bilan sinchkovlik bilan ishlov berish;

- Yarali-nekrotik jarayonlarda proteolitik fermentlardan foydalanish;
- Epitelizatsiyani rag‘batlantiruvchi vositalarni qo‘llash (Solkoseril geli, Aktovegin mazi 5%, Radevit mazi, chakanda moyi, na‘matak moyi va b. q.).

Eslatma: Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatidagi o‘zgarishlarni asosiy kasallikni davolamasdan turib faqat mahalliy simptomatik davolash samarali emasligini yodda tutish kerak.

III. Qon va qon yaratuvchi a'zolar kasalliklarida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining o‘zgarishlari

Qon va qon yaratuvchi a‘zolarining aksariyat kasalliklarida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida (OBShQ) funktsional va organik o‘zgarishlar yuzaga keladi, ular ko‘pincha qon va qon yaratish tizimi patologiyasining rivojlanishidan signal beradi. Ko‘pincha, og‘iz bo‘shlig‘idagi o‘zgarishlar kasallikning yagona boshlang‘ich alomati bo‘lib, stomatolog tomonidan o‘z vaqtida aniqlanib, to‘g‘ri talqin qilinishi qon kasalligi tashxisini o‘z vaqtida qo‘yishni osonlashtiradi. OBSQ dagi o‘zgarishlar shunchalik o‘ziga xoski, ular qizil yoki oq qonning u yoki bu kasalligini deyarli xatosiz diagnostika qilish imkonini beradi.

Anemiya (kamqonlik) — bu qon hajmi birligida eritrotsitlar sonining kamayishi va gemoglobin miqdorining pasayishi bilan tavsiflanadigan holat. Anemiyaning ko‘p turlari mavjud. Biz faqat OBShQ da o‘zgarishlar yuzaga keladigan turlariga to‘xtalamiz.

Aplastik anemiya

Aplastik anemiya ko‘pincha aplastik sindromning, ya‘ni o‘tkir yoki surunkali suyak iligi aplaziyasining bir qismi bo‘lib, agranulotsitoz va trombositopeniya bilan bog‘liqdir.

Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatiga (OBSQ) kelsak, barcha anemiyalar uchun xos bo‘lgan shilliq qavatlarning oqishligidan tashqari, faqat uzoq davom etgan

anemiyada "defitsit til" holati kuzatiladi. Bunda OBShQ umuman olganda bakterial va zamburugʻli infeksiyalar taʼsiriga koʻproq moyil boʻladi. Agar bir vaqtning oʻzida agranulotsitoz va trombositopeniya qayd etilsa, tegishli ravishda qoʻshimcha simptomlar paydo boʻlishi mumkin. Milk shishi kuzatilishi mumkin.

Boshqa koʻplab, qisman orttirilgan, qisman tugʻma anemiyalar mavjud boʻlib, ular 2-jadvalda keltirilgan. Bu anemiyalarning ogʻiz boʻshligʻidagi simptomatikasi aplastik anemiyaning simptomlariga mos keladi.

Temir tanqisligi anemiyasi

Etiologiyasi

Temir tanqisligi anemiyasiga koʻplab sabablar, masalan, oziq-ovqat bilan temirning yetarli darajada kirmasligi, har qanday genezli qon ketishlari yoki malabsorbtsiya (soʻrilishning buzilishi) olib keladi.

Klinik manzarasi

Temir tanqisligi anemiyasi bilan koʻpincha 20 yoshdan 40 yoshgacha boʻlgan ayollar aziyat chekadi. Baʼzan azob beruvchi ogʻiz quruqligi va tilda achishish shaklidagi faqat subyektiv shikoyatlar boʻlgan boshlangʻich fazadan soʻng, shilliq qavatlarning umumiy oqishligi va ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavatining atrofiyasi rivojlanadi, bu ayniqsa tilda yaqqol koʻrinadi. Til baxmaldek boʻlib qoladi, ipsimon soʻrgʻichlar atrofiyaga uchraydi. Natijada tilning normal relyefi butunlay yoʻqoladi, til butunlay silliq va yaltiroq boʻlib qoladi, goʻyo lak bilan qoplangan ("laklangan til").

Koʻpincha til mushaklarining hajmi va turgori ham kamayadi. Bundan tashqari, til achchiq va issiq ovqatlarni isteʼmol qilganda ogʻriydi yoki tashqi sabablarsiz ham oʻz-oʻzidan ogʻriydi, tilda doimiy achishish hissi seziladi. Keyin shikastlanishga nisbatan chidamligi pasayadi: hatto arzimmas mexanik taʼsirdan keyin ham eroziyalar va yaralar paydo boʻladi.

2-jadval. Anemiyalar. Patogenetik tasnif

<i>Qonning ortiqcha yoʻqotilishi natijasidagi anemiyalar:</i>
--

- Oʻtkir postgemorragik anemiya

- Surunkali kamqonlik

Eritropoezning pasayishi natijasidagi anemiyalar:

Gipoxrom mikrositar anemiyalar:

- Temir tanqisligi anemiyasi

- Atransferrin anemiya natijasida temir transportining buzilishi bilan bogʻliq anemiya

- Temirning oʻzlashtirilishi buzilishi bilan bogʻliq anemiya (sideroaxrestik anemiya)

- Surunkali kasalliklar natijasida temirning oʻzlashtirilishi buzilishi bilan bogʻliq anemiya

Normoxrom normositar anemiyalar:

- Gipoproliferativ anemiyalar

- Gipoplastik anemiya

- Mielopatik anemiya (suyak iligi kasalliklarida)

Eritrotsitlarning ortiqcha parchalanishi natijasidagi anemiyalar (gemolitik anemiyalar):

Asosan hujayradan tashqari buzilishlar natijasidagi gemolitik anemiyalar:

- Monotsit-makrofag tizimining giperfaolligi natijasidagi anemiyalar

- Autoimmun gemolitik anemiya

- Eritrotsitlarning mexanik shikastlanishi natijasidagi anemiya

Eritrotsitlar membranasi anomaliyalari bilan bogʻliq anemiyalar:

Tugʻma enzimiopatiyalarda eritrotsitlardagi moddalar almashinuvining buzilishi natijasidagi anemiya

Gemoglobin sintezining buzilishi natijasidagi anemiya (gemoglobinopatiyalar).

Shunday qilib, "defitsit til" deb ataladigan manzara yuzaga keladi. Bunday tilning rangi, yorqin-qizildan to'q-qizilgacha bo'lgan rang, biron bir aniq kasallik uchun xos emas. Biroq, vaqti-vaqti bilan shunday holatlar aniqlanadiki, qizil-binafsha ranggacha bo'lgan to'qroq rang jigar kasalliklari va umumiy holdan toyish kasalliklarida uchraydi, atrofiy-silliq "keksalik tili" esa aksincha, normal rangda bo'ladi.

Atrofik "defitsit til" faqat temir tanqisligi anemiyasi uchun xos emas, u boshqa turli kasalliklarda ham uchraydi, masalan, B guruhi vitaminlari tanqisligi bilan bog'liq kasalliklar (pellagra va riboflavinoz), shuningdek, spru kasalligida, jigar kasalliklarida va umumiy kaheksiya (nihoyatda ozib ketish) holatlarida ham.

Uzoq muddatli temir tanqisligida defitsit simptomlari faqat til bilan cheklanib qolmaydi. Butun og'iz bo'shlig'i, qizilo'ngach va oshqozon shilliq qavatlarining atrofiyasi rivojlanadi, shuning uchun yutish funktsiyasi jiddiy ravishda buziladi. Ba'zan bemorlar faqat suyuq ovqatni qabul qila oladilar. Bunday hollarda gap Plummer-Vinson sindromi haqida ketadi, bu sideropenik disfagiya deb ham ataladi. Asosan o'rta yoshdagi ayollar kasallanadi. Bu sindrom uchun gipoxrom anemiya ham xos bo'lib, og'iz bo'shlig'idagi simptomlarga qo'shimcha ravishda, halqum va qizilo'ngachning og'riqli shikastlanishi tufayli disfagiya (yutishning buzilishi), shuningdek, tirnoqlarning o'ziga xos qoshiqsimon o'zgarishlari (koiluniksiya) to'liq tirnoq yotig'ining atrofiyasigacha qo'shiladi. Bunda ko'pincha og'iz burchaklarining yorilishi (zayeda) kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'idagi simptomlar temir tanqisligi anemiyasining simptomlariga mos keladi. Oqishlik va atrofiya xosdir. Bu atrofiya fonida vaqt o'tishi bilan leykoplakiyalar rivojlanadi, ularning doirasida oxir-oqibat ko'plab og'iz bo'shlig'i shilliq qavati karsinomasi paydo bo'lishi mumkin, ammo hozirda temir preparatlari bilan tizimli davolash tufayli bu holat deyarli kuzatilmaydi.

Diagnostika

Temir tanqisligi anemiyasi bo'lgan bemorlarda diagnostika maqsadida har doim uning sababi aniqlanadi. Qon ketishining mumkin bo'lgan manbalarini, masalan, vitseral o'smalarni yoki boshqa qon yo'qotishlarni, shuningdek, anemiyaning boshqa sabablarini qidirish kerak.

Davolash

Temir preparatlarining yuqori dozalarini og'iz orqali qabul qilish og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi o'zgarishlarni nisbatan tez normallashtiradi. Qizilo'ngachdagi o'zgarishlar tez regressiyaga (orqaga qaytishga) uchramaydi. Temir tanqisligiga olib kelgan asosiy kasallikni aniqlash va bartaraf etish muhimdir.

Pernitsioz anemiya

Pernitsioz anemiya odatda hayotning 35 yoshidan keyin va har ikki jinsda taxminan bir xil chastotada namoyon bo'ladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi o'zgarishlardan tashqari, qo'l va oyoq barmoqlarining doimiy paresteziyalari (uyushish, chumoli yurish hissi) kuzatiladi. Bu simptomlar epigastriyada og'riq, oshqozon-ichak trakti funksiyasining buzilishi, qon manzarasi xarakterli o'zgarishlari, makrositar normoxrom anemiya va zardobda B12 vitamini darajasining pasayishi bilan birgalikda ushbu tashxisni qo'yishga imkon beradi.

Klinik manzara

Eng keng tarqalgan va erta simptom og'riqli glossit, ya'ni Myoller-Hunter glossitidir. Dastlabki sindrom tilning achishishi (jiqillashi) bo'lib, ziravorlar va qattiq ovqatlar og'riqni keltirib chiqaradi. Tilni ko'zdan kechirishda uning oynadek silliq ko'rinishi va qatlamning butunlay yo'qligi e'tiborni tortadi (8-rasm). Til, avvaliga oqish, keyin olov-qizildan to'q-qizilgacha bo'lgan tushlarga kiradi, bu ipchali so'rg'ichlarning atrofiyasi bilan birga, ayniqsa, tilning uchi va chetlarida seziladi. So'rg'ichlarning to'liq atrofiyasi kamdan-kam uchraydi. Zamburug'simon so'rg'ichlar ko'pincha shishib, pufakchalarga o'xshab qoladi. Vaqt o'tishi bilan til yuzasi tosh yotqizilgan ko'cha manzarasi kabi o'zgaradi. Temir tanqisligi anemiyasida bo'lgani kabi, til shilliq qavatining atrofiyasi hatto arzimasi jarohatlarning ham eroziya va yaralar paydo bo'lishiga olib keladi, ular uzoq muddat

mavjud bo'lgandan so'ng shilliq qavatning leykoplakiya turidagi qalinlashuvini keltirib chiqaradi.

Odatda bunday leykoplakiyalar tilda joylashadi.



Rasm-8. Pernitsioz anemiya. Oqqish, atrofik til

Og'iz bo'shlig'ining qolgan shilliq qavati oqish va xuddi shunday atrofiy bo'lib, ko'pincha eroziyalar bilan kuzatiladi. Ko'pincha bir vaqtning o'zida temir tanqisligi anemiyasidagi kabi angulyar xeylit (og'iz burchagining yorilishi) kuzatiladi. Epiteliya displaziyasi ham ta'riflangan.

Tilni chiqarish vaqtida darhol oq anemiya joylari paydo bo'ladi: bu Arndt belgisidir.

Myoller-Hunter glossitining to'liq klassik manzarasidan tashqari, til paresteziyalari, tilda yoki og'iz bo'shlig'ida achishish (glossopiroz, stomatopiroz), ta'm bilishning buzilishi va kserostomiya (og'iz quruqligi) ham pernitsioz anemiyaga ishora qilishi mumkin.

Davolash

B12 vitaminini parenteral (vena ichiga yoki mushak ichiga) yuborishdan so'ng og'iz bo'shlig'idagi simptomlar tezda susayadi. Tez orada so'rg'ichlar yana paydo bo'ladi, bu esa terapiyaning umumiy samaradorligini tasdiqlaydi. Pernitsioz

anemiya gumon qilinganida, uning sababini aniqlash uchun terapevtidan tekshiruvdan o'tish zarur.

Agranulotsitoz

Granulotsitlar sonining sezilarli darajada kamayishi, xoh yakka holda bo'lsin, xoh leykopeniya doirasida qolgan leykotsitlar bilan birgalikda bo'lsin, agranulotsitoz deb ataladi.

Etiologiyasi

Agranulotsitozning sabablari turli xil bo'lishi mumkin. Ko'pincha suyak iligida eritrotsitopoezning vaqtinchalik buzilishi kuzatiladi, bu allergik yoki noallergik, ya'ni toksik, tizimli dori vositalarining istalmagan ta'siri bo'lishi mumkin. Medikamentoz agranulotsitozlar ayrim hollarda analgetiklardan (xususan, pirazon, fenilbutazon, oksifenbutazon va b. guruhi), shuningdek, infeksiyaga qarshi preparatlardan (birinchi navbatda, sulfanilamid va xloramfenikol) va nihoyat, tsitostatiklarning toksik ta'siri natijasida uchraydi. Bundan tashqari, virusli yoki bakterial infeksiyon kasallik davrida va undan keyin vaqtinchalik mielodepressiya (suyak iligining faoliyatini susayishi) yuzaga kelishi mumkin. Shu bilan birga, neyropeniya va agranulotsitozning boshqa ko'plab sabablari, xususan, leykemiya va mielodisplastik sindrom ko'rib chiqiladi, ular uchun anemiya, agranulotsitoz yoki trombositopeniya xos bo'lib, ular yakka holda yoki birgalikda bo'lishi mumkin va bemorlarning bir qismida o'tkir leykemiya olib keladi.

Klinik manzara

Terida ushbu immunitet zaifligining turli simptomlari, avvalambor virusli, bakterial va zamburug'li infeksiyalar yoki vegetativ va granulomatoz reaksiyalar namoyon bo'ladi, masalan, kandidoz tufayli zayeda (og'iz burchaklarining yorilishi) (9-rasm) yoki nekrozlanuvchi piodermiya. Ko'pincha trombositlar sonining kamayishi kuzatiladi, purpura tez-tez uchraydi.



Rasm-9.
Agranulotsitozda
vegetatsiya qiluvchi
yara-lab yorig'i
(zayeda)

Og'iz bo'shlig'idagi simptomlarning namoyon bo'lishi leykotsitlar soniga va leykotsitlar miqdorining kamayish dinamikasiga aniq bog'liqdir. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida granulotsitlar sonining pasayishi mikroorganizmlarning kirib kelishi va yo'q qilinishi o'rtasidagi muvozanatni buzadi.

Natijada tezda o'tkir bakterial gingivit, ba'zan parodontopatiya, so'ngra eroziyalar va, juda tez-tez va erta, bir necha millimetrdan santimetrgacha bo'lgan chuqur, "shtamplangan", gangrenoz yoki yassi yaralar asosan yonoq va lab shilliq qavatida, shuningdek, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining boshqa joylarida rivojlanadi. Yaralar atrofidagi reaksiya, ya'ni yaralarni o'rab turgan giperemiya, immunitetning kuchli zaiflashganida hayratlanarli darajada kuchsiz bo'lishi mumkin. Gingivit avvaliga "ifloslanish gingiviti"ni eslatadi, ammo tez orada tishlararo so'rg'ichlar va erkin milning kuchli shishishi rivojlanadi, ko'pincha ko'karish (sianoz) va milklarning kuchli qonashi qayd etiladi. Kuchli holatlarda og'izdan kuchli hid bilan birga yarali yemirilish qo'shilishi mumkin. Bunday gingivit belgilari ko'pincha agranulotsitozning birinchi yoki (isitma va umumiy holsizlik bilan birgalikda) erta simptomlari hisoblanadi, shuning uchun og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi bunday simptomlar paydo bo'lganda zudlik bilan qon tahlili talab etiladi.

Diagnostika

Diagnostic sa'y-harakatlar, birinchi navbatda, agranulotsitozning sababini aniqlashga qaratilishi kerak, chunki eng muhim terapevtik maqsad leykotsitlar miqdorining kamayishiga olib kelgan sababni bartaraf etishdir. Agar bu holat uzoq davom etsa, uning oqibatlari hayotga xavf tug'diradigan boshqa infeksiyalar bo'lishi mumkin.

Davolash

Davolash birinchi navbatda agranulotsitoz sabablarini bartaraf etishdan iborat. Yotoq rejimi va boshqa umumiy chora-tadbirlar bilan bir qatorda, davolash agranulotsitozning og'irligiga qarab, qo'shimcha va faqat simptomatik ravishda granulotsitlarni almashtirish, shuningdek, antibiotiklarni o'z ichiga oladi. Mahalliy davolash ham simptomatik xarakterga ega bo'lib, og'iz bo'shlig'ini xlorgeksidin yoki boshqa dezinfektsiyalovchi vositalar bilan chayish, mahalliy og'riq qoldiruvchi vositalarni qo'llash va nekrotik to'qimalarni ehtiyotkorlik bilan olib tashlashdan iborat. Agranulotsitoz sababiga qarab, kortikosteroidlar bilan tizimli terapiya va butun qon quyish talab qilinishi mumkin.

Leykoz

Leýkoz — qon yaratish a'zolarining xavfli kasalligi bo'lib, qon yaratish a'zolarida jadal hujayra giperplaziyasi natijasida, hujayra bo'linishi (proliferatsiya) jarayonlari yetilishi (differensiatsiya) jarayonlaridan ustun kelganda paydo bo'ladi. Kasallikning patomorfologik substrati — qon yaratish o'zaklaridan birining boshlang'ich elementlariga javob beruvchi leykoz blast hujayralaridir.

Leýkozning o'tkir va surunkali turlari farqlanadi. Klinik-morfologik va sitologik manzara asosida o'tkir leýkozning alohida turlari ajratiladi: mieloblastli, limfoblastli, monoblastli, promielotsitar, differensiatsiyalanmagan. Kasallik shakllarini farqlash mezoni patomorfologik substratning sitokimyoviy xususiyati hisoblanadi.

O'tkir leýkoz asosan yosh yoshda uchraydi. Kasallik ko'p hollarda sekin rivojlanadi, uning dastlabki belgilari o'tkir xurujdan ancha oldin namoyon bo'ladi. Umumiy holsizlik, yengil charchash, mushaklarda, bo'g'imlarda, suyaklarda,

tomoqda og‘riq, jag‘ osti va bo‘yin limfa tugunlarining kattalashishi, subfebril harorat (past isitma) kuzatiladi.

Davolanmagan o‘tkir leykozning rivojlangan bosqichidagi belgilari xilma-xil bo‘lib, organizmning barcha muhim tizimlarini qamrab oladi. O‘tkir leykozning klinik manzarasini 4 ta yetakchi sindrom belgilaydi: **gemorragik**, **giperplastik**, **anemik** va **intoksikatsion**. Gemorragik sindromning asosi o‘tkir trombositopeniya bo‘lib, u suyak iligining giperplaziya va infiltratsiyasi natijasida normal qon yaratilishining bostirilishi tufayli rivojlanadi. Gemorragik sindrom teri va shilliq pardalarda petexiya, ekximoz, gematoma shaklida yoki profuz qon ketishlar bilan namoyon bo‘ladi.

Og‘iz bo‘shlig‘ida eng xarakterli belgilari miltiqning keskin qonashi, yonoq shilliq pardasida tishlar qatori bo‘ylab, tilda, tanglayda qon quyilishlari mavjudligi. Ba‘zan sezilarli gemorragiyalar va gematomalar aniqlanadi (10-rasm).

Giperplastik jarayonlar limfa tugunlari, jigar, taloq, bodomcha bezlarining kattalashishi bilan namoyon bo‘ladi. Milklarning leykoz hujayralari bilan giperplaziyasi va infiltratsiyasi juda o‘ziga xos bo‘lib, ba‘zan u shunchalik katta bo‘ladiki, tish tojilari deyarli butunlay yumshoq, qonayotgan vallar bilan yopiladi. Ko‘pincha giperplaziya milklarning yara-nekrotik o‘zgarishlari bilan birga kichadi (11-rasm).



Rasm-10.
O'tkir leykemiya (leykoz).
Gemorragik va anemik
sindromlar.



Rasm-11. O'tkir leykemiya (leykoz).

Giperplastik jarayonlar limfa tugunlari, jigar, taloq, bodomcha bezlarining kattalashishi bilan namoyon bo'ladi. Milklarning leykoz hujayralari bilan giperplaziyasi va infiltratsiyasi juda o'ziga xos bo'lib, ba'zan u shunchalik katta bo'ladiki, tish tojilari deyarli butunlay yumshoq, qonayotgan vallar bilan yopiladi. Ko'pincha giperplaziya milklarning yara-nekrotik o'zgarishlari bilan birga kichadi. Bundan tashqari, nekrozlar bodomcha bezlarida, retro-molyar sohada va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining boshqa qismlarida ham aniqlanadi. O'tkir leykozdag

nekrotik jarayonning o'ziga xos xususiyati uning qo'shni joylarga tarqalishga moyilligi bo'lib, buning natijasida kulrang nekrotik qoplama bilan qoplangan noto'g'ri konturli, cheklanmagan yaralar paydo bo'ladi. Yara atrofidagi reaktiv o'zgarishlar yo'q yoki zaif ifodalangan.

Og'iz bo'shlig'ida yara-nekrotik jarayonlarning rivojlanishi to'qimalarning qarshilik kuchining keskin pasayishi bilan bog'liq bo'lib, bu leykotsitlarning fagotsitar faolligi va qon zardobining immun xususiyatlarining pasayishi bilan belgilanadi. Shuni yodda tutish kerakki, og'iz bo'shlig'idagi yara-nekrotik jarayonlarning sababi o'tkir leykozni davolashda sitostatik preparatlarni qo'llash bo'lishi mumkin.

O'tkir leykoz bilan og'rigan bemorlarda butun tishlarda va jag'larda og'riqlar paydo bo'ladi (boshqa suyaklardagi og'riqlar bilan bir qatorda), bu leykemik jarayon davrida suyaklarning bevosita zararlanishi bilan izohlanadi.

Suyak to'sinlari leykemik hujayralar bosimi va osteolitik fermentlar ta'sirida buziladi. Og'riqlar suyak ichidagi bosimning oshishi va suyak usti ostida leykemik infiltratlarning paydo bo'lishi bilan chaqiriladi.

Organizmning qarshilik kuchi, himoya kuchlari keskin pasayishi va dorilar (antibiotiklar, sitostatiklar, kortikosteroidlar) ta'siri ostida ko'pincha kandidoz rivojlanadi.

Differensial diagnostika

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi o'tkir leykoz ko'rinishlarini boshqa etiologiyali gipertrofik gingivit, Vensan yara-nekrotik stomatiti, gipovitaminoz C, og'ir metall tuzlari bilan intoksikatsiyadan farqlash lozim. Leykoz diagnostikasida gemogramma ko'rsatkichlari hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Davolash gematologik statsionarlarda olib boriladi. Sitostatiklar, kortikosteroidlar, keng spektrli antibiotiklar, qon quyish, vitaminlar buyuriladi. Leykoz stomatitini davolash simptomatikdir. Tishlarni olib tashlash (ekstraksiya) man etiladi (qarshi ko'rsatmadir).

Surunkali leykoz (Xronik leykoz)

Surunkali leykoz o'tkir leykozga qaraganda kamroq uchraydi, uning rivojlanishi nisbatan qulayroq; kechishi uzoq davom etadi. Surunkali leykoz qon yaratish a'zolarining zararlanish xususiyatiga qarab mieloleykoz va limfoleykozga bo'linadi.

Surunkali mieloleykoz

Surunkali mieloleykoz ikki bosqichdan o'tadi:

1. Xavfsiz bosqich (u bir necha yil davom etadi).
2. Xavfli bosqich (terminal), 3-6 oy davom etadi.

Surunkali mieloleykozning og'iz bo'shlig'idagi asosiy belgisi gemorragik ko'rinishlar bo'lib, lekin ular o'tkir leykozdagiga qaraganda sezilarli darajada kamroq intensivlikka ega. Milklarning qonashi to'satdan emas, balki faqat shikastlanganda yoki tishlar olib tashlanganda yuzaga keladi.

Surunkali mieloleykozning terminal davri keskin anemiya, ozib ketish, intoksikatsiya, yurak-qon tomir faoliyatining yetishmovchiligi bilan tavsiflanadi. Ikkinchi bosqichda (xuddi birinchi bosqichda blast krizislari paytida bo'lgani kabi) qonda ko'p miqdorda mieloblastlar, gemositoblastlar bo'ladi, qonda leykotsitlar sonining tez o'sishi, anemiya, trombositopeniya rivojlanadi.

Surunkali limfoleykoz

Surunkali limfoleykoz asosan 40 yoshdan oshganlarda kuzatiladi, bunda erkaklarda ayollarga nisbatan 2 barobar ko'proq uchraydi. Sekin boshlanishi va uzoq yashirin kechishi bilan tavsiflanadi.

Kasallikning boshlang'ich bosqichida limfa tugunlarining bir guruhi kattalashishi qayd etiladi. Rivojlangan bosqichda esa limfa tugunlarining umumiy kattalashishi, teri va shilliq pardalarning rangparligi, milklarda, tilda leykemik infiltratlarning paydo bo'lishi, tishlararo so'rg'ichlarning giperplaziyasi kuzatiladi. Ba'zan milk qirrasining o'sishi tishlar yopilish darajasiga yetadi (rasm 144). Kasallikning rivojlanishi asosiy kasallik tufayli immunitetning yo'qolishi, shuningdek, uzoq muddat sitostatiklar qabul qilish natijasida kelib chiqqan yara-

nekrotik jarayonlarning paydo bo'lishiga olib keladi. Bluefarb (1960) tomonidan o'ziga xos zararlanishlar tasvirlangan (og'iz bo'shlig'i shilliq qavati) infiltratlar va tugunlar shaklida. Ular xamirsimon konsistensiyaga, ko'kimtir rangga ega bo'lib, OShQ sathidan yuqoriga ko'tariladi. Tanglay, til, bodomcha bezlari zararlanadi.

Surunkali limfoleýkoz uchun yetuk limfotsitlar hisobiga leykotsitlar sonining ko'payishi xarakterli bo'lib, bunda yosh shakllar ham mavjud bo'ladi, shuningdek, ko'p miqdorda leykoz hujayralari — Botkin – Gumprext tanachalari paydo bo'ladi.

Davolash gematologik bo'limlarda olib boriladi. Kortikosteroidlar, sitostatiklar, antibiotiklar, kandidomikoz rivojlanishining oldini oluvchi preparatlar, vitaminlar, temir-askorbin kislotasi kompleksi buyuriladi. Mahalliy davolash – og'iz bo'shlig'iga sinchkovlik bilan parvarish qilish, uni to'liq sanatsiya qilish, simptomatik terapiya.

Agranulotsitoz

Agranulotsitoz — periferik qonda neyrofil granulotsitlar sonining sezilarli darajada kamayishi yoki yo'qligi bilan tavsiflanadigan sindrom. Agranulotsitozning 4 turi farqlanadi: infeksiy, toksik (simob, amidopirin va boshqa preparatlarni qabul qilishda), ionlashtiruvchi radiatsiya ta'siridan kelib chiqqan, shuningdek, qon yaratish apparatining tizimli shikastlanishida kuzatiladigan.

Kasallik tana haroratining ko'tarilishi, yutishdagi og'riq, bodomcha bezlarida gemorragiyalar, yaralar paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Lablar, tishlar, til, yonoq COII va бoшқа joylarda yara-nekrotik jarayon rivojlanadi. Yara-nekrotik jarayon qizilo'ngachga ham tarqalishi mumkin. Nekroz o'chog'i atrofida to'qimalarning yallig'lanish reaksiyasining yo'qligi diagnostika uchun muhim hisoblanadi. Ko'pincha nekrotik jarayon kandidoz bilan birga kechadi (12-rasm).



Rasm-12. Agranulotsitoz. Alveolyar qirra (o'simta) shilliq qavatining nekrozi.

Leýkotsitlar soni keskin kamaygan – $0,5 - 1,0 \times 10^9/L$ gacha. Diagnostika anamnez, klinik manzara, periferik qon va suyak iligi punksiyasi natijalariga asoslanib qo'yiladi.

Davolash gematologik bo'limlarda olib boriladi. Pentoksil, natriy nukleinat, vitaminlar, qon quyish, glyukokortikoidlar buyuriladi. Mahalliy davolash simptomatik bo'lib, u og'iz bo'shlig'ini antiseptik ishlav berish, og'riqsizlantirish, nekrotik to'qimalarni olib tashlash, regeneratsiyani rag'batlantiruvchi preparatlarni tayinlashni o'z ichiga oladi.

Eritremiya (Polisitemiya, Vakez kasalligi)

Kasallikning asosi suyak iligi hujayraviy elementlarining, ayniqsa eritrotsitar o'zakning giperplaziyasidir. Eritremiya 40–60 yoshda, asosan erkaklarda uchraydi.

Eritremiyaning klinik belgilari aylanib yuruvchi eritrotsitlar massasining va qon hajmining ko'payishi, qon yopishqoqligining oshishi, qon oqimining sekinlashishi, trombotsitlar sonining ko'payishi va qon ivishining yuqori bo'lishi bilan bog'liq. Kasallik sezilmasdan boshlanadi, sekin rivojlanadi. Yuqori charchoq, milklarning qonashi, burundan qon ketishi qayd etiladi. Polisitemiya bilan og'rigan bemorlar uchun og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining to'q qizil rangda bo'lishi xarakterli simptomdir. Lablar, til, yonoq shilliq qavati kapillyarlarda qayta tiklangan gemoglobinning ko'payishi tufayli och-qizil rangda bo'ladi.

Alveolyar o'siqlar sohasidagi ShQ (Shilliq qavat) yumshoq, ko'kimtir tusda bo'lib, bosilganda oson qonaydi, tishlararo so'rg'ichlar gipiremiyalangan (qonga to'lgan), shuningdek, to'q qizil rangga ega. Rangning aniq chegarasi — yumshoq tanglayning sianosi (ko'karishi) va qattiq tanglayning oqarib qolgan rangi (Kuperman simptomi) xosdir. Qon tomirlarining haddan tashqari to'lib ketishi va kapillyar interoretseptorlarning qon bilan ta'sirlanishi tufayli terining qichishi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining paresteziyasi (sezuvchanlik buzilishi) yuzaga kelishi mumkin.

Periferik qon manzarasi eritrotsitlar sonining sezilarli darajada ko'payishi ($6-8 \times 10^{12}/l$), gemoglobin miqdori (160-240 g/l) va EChTning keskin sekinlashuvi (1-2 mm/soat) bilan tavsiflanadi.

Davolashni gematolog olib boradi, vaqti-vaqti bilan qon oldirishni amalga oshiradi va radioaktiv fosfor yoki mielosan bilan sitostatik terapiyani qo'llaydi.

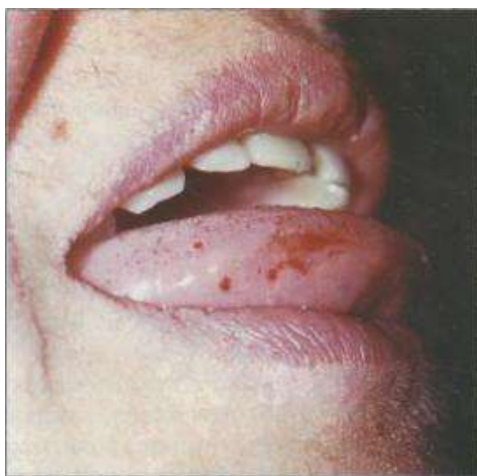
Trombotsitopenik purpura (Verlgof kasalligi)

Kasallik megakariotsitlarning yetilishining buzilishi va ularning trombositlar ishlab chiqarish qobiliyatining pasayishi bilan bog'liq. Buning natijasida periferik qonda trombositlar soni sezilarli darajada kamayadi.

Klinik jihatdan trombositopenik purpuraning o'tkir, surunkali va siklik shakllari farqlanadi. Simptomatik trombositopeniya allergik holatlar va infeksiyon kasalliklar, nur kasalligi, medikamentoz intoksikatsiyalarda kuzatiladi.

Verlgof kasalligi surunkali siklik kechishi bilan xarakterlanadi. Kasallikning asosiy klinik simptomi teri qoplamalarida va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida qon quyilishlari, shuningdek, burun va milklardan spontan ravishda yoki arziyas shikastlanish ta'sirida yuzaga keladigan qon ketishlardir (13-rasm). Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida qon quyilishlari bir vaqtning o'zida sodir bo'lmaganligi sababli, uning ayrim joylari ba'zan kamalak rangiga ega bo'ladi. Umuman olganda,

trombotsitopenik purpurada og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati rangpar, shishgan, atrofiyalangan, epiteliysi yupqa, ayrim joylarda eroziya yoki yaralar hosil bo‘ladi.



Rasm-13. Trombotsitopenik purpura (Verlgof kasalligi). Tilning yon yuzasida va pastki labda petexiyalar.

Periferik qonda trombositlar sonining keskin kamayishi bilan bir qatorda, ularning patologik shakllari — gigant trombositlar ham kuzatiladi. Qon laxtasining retraksiyasining (qisqarishining) zaiflashishi yoki yo‘qligi, ipli simptomning musbatligi, qon ketish vaqtining uzayishi xarakterlidir.

Davolash: Qon, plazma, trombositlar massa quyish, kortikosteroidlar, K vitamini, vikasol, kalsiy xlorid, askorbin kislota, R vitamini buyuriladi.

Stomatologik muolajalarda ehtiyotkor bo‘lish, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatiga shikast yetkazmaslik lozim. Murakkab operatsiyalar gematolog ruxsati bilan va tegishli tayyorgarlikdan so‘ng statsionar sharoitida o‘tkaziladi.

Endokrin kasalliklarda og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining o‘zgarishlari

Ichki sekretiya bezlari faoliyatining o‘zgarishi metabolizmning sezilarli darajada buzilishiga va to‘qimalarda trofik kasalliklarga olib keladi. Ba’zi endokrin kasalliklarning stomatologik ko‘rinishlari muhim diagnostik ahamiyatga ega, chunki ular ko‘pincha asosiy kasallikning umumiy klinik belgilaridan oldinroq namoyon bo‘ladi. Shu sababli, endokrin kasalliklarda og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining (OBSHQ) o‘zgarishlari xususiyatlarini bilish kasallikning erta bosqichlarini

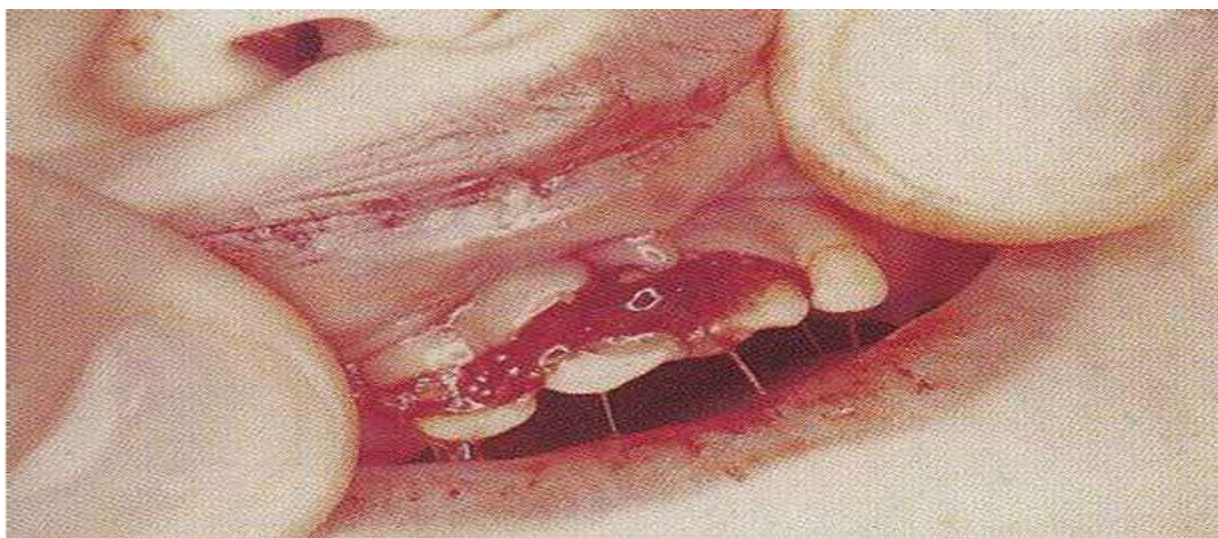
aniqlashga, shuningdek, mahalliy ko'rinishlar va umumiy patologiyani to'g'ri baholashga hamda davolash usullarini tanlashga yordam beradi.

Gemofiliya

X xromosomaga bog'langan, retsessiv irsiy kasallik.

Etiologiya: VIII faktorning yetishmovchiligi yoki molekulyar anomaliyalari (prokoagulyant faolligining nuqsoni) bilan tavsiflanadi.

Asosiy klinik ko'rinishlari: Teri osti yog' to'qimasiga, mushaklarga, aponevroz ostiga katta, tarang va og'riqli qon quyilishlari, bo'shliqlarga (qorin, ko'krak qafasi), miyaga, bo'g'imlarga qon quyilishlari bilan tavsiflanuvchi gematomatoz qon ketish turi xosdir. Gematomalar ko'pincha to'qimalarning ajralishi va destruksiyasiga, parez va kontrakturalar rivojlanishi bilan nerv magistrallarining siqilishiga sabab bo'ladi. Jarohat, operatsiya, tish olishdan keyin bir muncha vaqt o'tgach yuzaga keladigan kechikkan va qaysar davomli qon ketishlar kuzatiladi. Spontan burun, buyrak va oshqozon-ichakdan qon ketishlari mumkin. Bolalarda vaqtinchalik tishlar chiqishi va ularning doimiy tishlarga almashishi paytida ham qon ketishi(14-rasm). Eslab qolish kerakki, gemofiliya bilan og'rigan bemorlarda tish olganda, qon-tomir-nerv tugunini ekstirpatsiya qilish yoki amputatsiya qilishda, bodomcha bezlarni olib tashlashda, abscesslarni ochishda qon ketishi muqarrardir.



Rasm-14. Og'iz bo'shlig'ida gemofiliyaning namoyon bo'lishi.

Diagnoz: Gemorragik sindromning gematogen turi yuzaga kelishi munosabati bilan o‘tkaziladigan batafsil gematologik tekshirish asosida qo‘yiladi.

Differensial diagnoz: Trombotsitopenik purpura, politsitemiya.

Gemorragik vaskulit

(Shyonleyn – Genox vaskuliti)

Teri, bo‘g‘imlar, qorin bo‘shlig‘i va buyraklarning kapillyarlari, arteriolalari, venulalarining tizimli shikastlanishi.

Etiologiya: Kasallik o‘tkazilgan infeksiya, ko‘pincha streptokokk infeksiyasi, zardoblar va vaksinalar kiritish, dori vositalarini ko‘tara olmaslik bilan bog‘liq holda yuzaga keladi.

Asosiy klinik ko‘rinishlari: Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida petexial gemorragik o‘zgarishlar bilan bir qatorda juda sekin epitelizatsiya bilan farqlanadigan yara hosil bo‘lishi kuzatilishi mumkin. Og‘iz bo‘shlig‘ida ko‘rinishlar teridagiga nisbatan yorqinroq bo‘lishi mumkin (15-rasm).

Diagnoz: Anamnez va klinik ma'lumotlar asosida qo‘yiladi.



Rasm-15 . Shyonleyn – Genox kasalligi. Qattiq tanglay shilliq qavatida keng eroziyalar va qon quyilishlar.

Differensial diagnoz: Trombotsitopenik purpura, politsitemiya, gemofiliya.

Randyu - Osler kasalligi

Qon tomir devorining arteriolalar va kapillyarlarning destruksiya bilan kechadigan, terida, shilliq qavatlarda, shu jumladan ogʻiz boʻshligʻida, lablar va tilda teleangioektaziyalar (mayda tomir kengayishlari) hosil boʻlishi bilan kechadigan irsiy tugʻma patologiya.

Asosiy klinik koʻrinishlar: Teleangioektaziyalar jarohatlanganda qon ketish manbai hisoblanadi. Ayniqsa, tez-tez burundan va ogʻiz boʻshligʻidan qon ketishlar yuzaga keladi, bu esa temir tanqisligi va temir tanqisligi kamqonligiga olib kelishi mumkin (16-rasm).

Diagnoz: Anamnez va klinik ma'lumotlar asosida qoʻyiladi.



Rasm-16. Osler - Randyu kasalligida teleangioektaziyalar.

IV. Endokrin kasalliklarida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining o‘zgarishlari

Endokrin patologiyalarda og‘iz, til va lablar shilliq qavatining shikastlanishi chastotasi 2% dan 80% gacha o‘zgarib turadi. Eng ko‘p uchraydigani — qandli diabet hisoblanadi.

Og‘iz shilliq qavatidagi o‘zgarishlar kasallikning og‘irligi, rivojlanish davomiyligi va bemorning yoshiga bog‘liq.

Qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarda giposalivatsiya (so‘lak kamayishi) va og‘iz bo‘shlig‘ining qurishi kuzatiladi. Shilliq qavat gipyeremiyalangan (qizargan), yaltiroq, yupqalashgan bo‘ladi. Til oq karash bilan qoplangan, go‘yo yorilgan, joy-joyida geografik xarita ko‘rinishidagi deskvamatsiya o‘choqlari, ba‘zan giperkeratoz joylari bilan ifodalanadi. Zamburug‘simon so‘rg‘ichlar gipertrofiyasi va ipsimon so‘rg‘ichlar atrofiyasi tufayli til laklangan ko‘rinishga ega bo‘ladi. Ko‘pincha shish hisobiga tilning kattalashishi, qizil-binafsha rangga kirishi bilan birga – lavlagi tili kuzatiladi.

Shuningdek, ksantomatoz ko‘rinishlari ham bo‘lishi mumkin. Bu sanchiq (qichima) beruvchi, to‘g‘nog‘ich boshichasidan to no‘xatdek kattalikkacha bo‘lgan, sirtidan bo‘rtib chiqqan, to‘q-elastik konsistentsiyali, to‘q sariq-sariq rangdagi toshmalar bilan namoyon bo‘ladi.

Ba‘zan leykoplakiya ko‘rinishidagi diskeratoz rivojlanadi. Avvaliga shilliq qavatning xiralashishi va mumsimon bo‘lishi, keyin esa tez rivojlanib, so‘galsimon o‘smalar, yoriqlar va yaralar hosil bo‘luvchi blyashkalar paydo bo‘ladi. Kataral ginvigit va stomatit yuzaga keladi.

Tishlarning katta harakatchanligi va periodontal cho‘ntaklardan yiring oqishi bilan kechadigan surunkali tarqalgan parodontit xarakterlidir. Shuningdek, shilliq qavatning zamburug‘li shikastlanishlari ham yuzaga keladi (17,18-rasm).



**Rasm-17. Qandli diabetda
parodontit**



**Rasm-18. Qandli diabetdagi til
(surunkali kandidoz, burmali til)**

Angulyar zamburug‘li xeylit lablarning qizil hoshiyasi yupqalashishi, Kleyn zonasida kuchli gipyeremiya, og‘iz burchaklarida infiltratsiyalangan, uzoq bitmaydigan yoriqlar bilan namoyon bo‘ladi.

Qandli diabet

Kasallikning asosi uglevod almashinuvining buzilishidir. Og‘iz bo‘shlig‘ida o‘zgarishlar kuzatiladi, ularning yaqqolligi diabetning og‘irligi va davomiyligiga bog‘liq. Og‘iz bo‘shlig‘idagi eng xarakterli o‘zgarishlar: kserostomiya, kataral stomatit va glossit, zamburug‘li stomatit, mikotik yoriq, OBSHQ paresteziyalari, trofik buzilishlar, qizil yassi temiratk.

- Kserostomiya (og‘izda quruqlik) – qandli diabetning erta alomatlaridan biridir. Degidratatsiya (suvsizlanish) natijasida rivojlanadi. Ko‘pincha doimiy chanqoq, ishtaha, OBSHQning kam namlangan yoki quruq, xira, sezilarli qoplama to‘plangan va ko‘pincha gipiremiyalangan (qonga to‘lgan) bo‘lishi kuzatiladi.
- Kataral stomatit va glossit OBSHQ ning to‘siq funksiyasining keskin pasayishi va uning yomon tozalanishi tufayli infeksiya tushishi, yengil shikastlanishlar natijasida paydo bo‘ladi. So‘lak ajralishining kamayishi bunga yordam beradi. Kichik mexanik jarohatlar joylarida qon quyilishlari, ba‘zan eroziyalar ko‘rinishidagi shikastlanishlar kuzatiladi.
- Zamburug‘li stomatit va mikotik yoriq (zaeda) organizm qarshiligining keskin pasayishi, so‘lakda ko‘plab fermentlar, ayniqsa lizotsim kabi

fermentlar miqdorining kamayishi fonida disbakterioz tufayli rivojlanadi. To'liq oksidlanmagan almashinuv mahsulotlari (piro-uzum va sut kislotalari) miqdorining ko'payishi natijasida kislota-ishqor muvozanatining o'zgarishi bunga yordam beradi. Og'iz bo'shlig'ining turli qismlaridagi zamburug'li shikastlanishlar doimiyliigi bilan ajralib turadi. Ayniqsa tez-tez mikotik yoriq uchraydi, bunda og'iz burchaklarida oqish-kulrang po'stloqlar bilan qoplangan yoriqlar paydo bo'ladi.

- OBSHQ paresteziyalari uning quruqligi bilan birga yuzaga keladi. OBSHQ dagi achishish hissi ko'pincha jinsiy a'zolar sohasidagi va boshqa joylardagi terining qichishi bilan birga keladi. Asab tizimining zararlanishlari uch shoxli nerv nevriti va nevrалgiyasi bilan namoyon bo'ladi. Shirin, sho'r, nordon ta'mlarga nisbatan ta'm bilish sezuvchanligi pasayishi mumkin. Ta'm bilish sezuvchanligining buzilishi funksional xarakterga ega va davolashdan keyin normallasadi.

- OBSHQ trofik buzilishlari trofik yaralarning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi, ular sekin regeneratsiya bilan uzoq davom etishga moyil bo'ladi. OBSHQ ning regenerativ xususiyatlarining pasayishi oksidlanish-qaytarilish jarayonlarining buzilishi bilan bog'liq (3-jadval).

3-jadval

• Qandli diabetda og'iz bo'shlig'i shilliq qavati o'zgarishlari diagnostikasi

Tekshiruv tartibi	Shikoyatlar	Aniqlangan simptomlar	Simptomlarning patogenetik asoslanishi
Shikoyatlar	Og'izda quruqlik, kuchli chanqoq	Uglebod almashinuvining buzilishi, keyinchalik oqsil va yog' almashinuvining buzilishi va to'qimalarning dehidratatsiyasi.	
	Issiq, qattiq ovqat iste'mol qilganda, ayniqsa og'riq	Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati yupqalashgan, tez shikastlanadigan, to'siq	

Tekshiruv tartibi	Shikoyatlar	Aniqlangan simptomlar	Simptomlarning patogenetik asoslanishi
		funksiyasi pasayishi tufayli yallig'langan.	
	Shilliq qavat paresteziyalari, achishish hissi, shirin va sho'rga ta'm bilish sezuvchanligining pasayishi. Jinsiy a'zolar va boshqa joylarda achishish va qichishish.	Buzilgan uglevod almashinuvi natijasida asab tizimining buzilishi (kasalliklari).	
	Uch shoxli nerv shoxlari bo'ylab nevralgik va nevritik og'riqlar.		
	Tish tozalash vaqtida milklarning qonashi	Shilliq qavatning to'siq funksiyasining pasayishi va og'iz bo'shlig'i gigiyenasining qoniqarsizligi natijasidagi kataral gingivit.	
Anamnez	Turlicha og'irlikdagi va davomiylikdagi qandli diabet		
Ko'rik			
Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini ko'rish	Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kam namlangan yoki quruq, yaltiroq, biroz gipiremiyalangan (qonga to'lgan). Eroziyalar, qon quyilishlari, trofik yaralar bo'lishi mumkin.	Qandli diabetdagi to'qimalarning dehidratatsiyasi, epiteliysining quruqligi va yupqalashuvi oqibati.	
So'lak bezlarini ko'rish	Organik o'zgarishlar yo'q. So'lak bezlari palpatsiyasi og'riqsiz. Chiqaruv yo'llari patologik o'zgarishlarsiz, sekreti toza, ammo yetarli emas.	Og'izdagi quruqlik so'lak bezlari parenhimasining shikastlanishi bilan emas, balki to'qimalarning dehidratatsiyasi bilan bog'liq.	
Tish qatorlarini ko'rish	Gigiyenik holati qoniqarsiz, tish yotqiziqlari, yuqori KPU indeksi.	Patsiyentlar milkni ehtiyot qiladi, tishlarini yomon tozalaydi. Uglevod almashinuvi buzilishi va giposalivatsiya (kserostomiya) natijasida	

Tekshiruv tartibi	Shikoyatlar	Aniqlangan simptomlar	Simptomlarning patogenetik asoslanishi
		tish blyashkasi hosil bo'lishi va tishlarning kuchliroq emirilishi.	
Parodont to'qimalarini ko'rish	Turlicha og'irlikdagi parodont to'qimalarining kataral yallig'lanishi.	Qoniqarsiz gigiyena, buzilgan uglevod almashinuvi va suyak to'qimasining lizisi (erishi) oqibati.	
Qo'shimcha tekshiruv usullari			
Qon va siydikni tekshirish	Qon va siydikni glyukozaga tekshirish natijalari.	Qonda glyukoza darajasining oshishi (me'yor 3.9–8.6 mmol/l) va siydikda glyukozaning paydo bo'lishi.	
Tildagi qoplamanı bakterioskopik tekshirish	Ko'p hollarda (Candida) zamburug' aniqlanadi.	Og'iz bo'shlig'i disbakteriozi va uglevod almashinuvi buzilganda to'qimalarning kislotalanishi (pH ning pasayishi).	
Alveolyar o'siqlar va tishlarning rentgenologik tekshiruvi	Turlicha darajadagi parodont suyak to'qimalarining patologiyasi.	Osteoliz (suyak erishi) jarayonlari oqibati.	

Yuqorida aytib o'tilgan OBSHQ dagi o'zgarishlar diabetga xos bo'lgan spetsifik xususiyatlarga ega emas. Shuning uchun tashxis qo'yishda anamnez, bemorni umumiy tekshirish, shu jumladan laboratoriya tekshiruvlari muhim ahamiyatga ega. Diabetda qonda qand miqdorining ko'payishi, siydikda uning paydo bo'lishi kuzatiladi.

Stomatolog bemorni endokrinolog bilan birgalikda davolaydi. Og'iz bo'shlig'idagi yaqqol o'zgarishlar mavjud bo'lganda, ularning ko'rinishini hisobga olgan holda simptomatik davolash buyuriladi: zamburug'li shikastlanishlarda fungistatik preparatlar (dekamin, diflyukan, levorin, nistatin va b.); trofik yaralarda trofikani va regeneratsiyani yaxshilaydigan vositalar (sangviritrin, kamillozan,

lutenurin emulsiyasi, B guruh vitaminlari, Vitalong, kokarboksilaza); uglevod almashinuvini yaxshilaydigan vositalar va metabolik atsidoz korrektorlari (namatsit) buyuriladi.

Miksedema

Miksedema qalqonsimon bez funksiyasining yetishmovchiligi natijasida rivojlanadi. Asosan ayollar kasallanadi. Bemorning yuzi oʻziga xos koʻrinishga ega: lablar va burun qalinlashgan, yuqori qovoqlar keskin shishgan, yuz ifodasi beparvo. Bemorlarda anemiya, OBSHQ ning shishishi va quruqligi kuzatiladi. Miksedema tilning sezilarli darajada kattalashishi (u baʼzan ogʻiz boʻshligʻiga sigʻmaydi), lablar, milklar kattalashishi bilan birga kechadi. Hiqildoq ShQ ning shishishi tufayli ovoz xiralanadi.

Miksedemani davolashni endokrinolog olib boradi, qalqonsimon bez gormonini buyuradi. Stomatolog ogʻiz boʻshligʻini sanatsiya qiladi va zarurat boʻlganda simptomatik davolashni oʻtkazadi.

Homiladorlar gingiviti

Homiladorlar gingiviti – milklarning yalligʻlanishi boʻlib, u homiladorlik davrida birinchi marta paydo boʻladi yoki homiladorlik tufayli kuchayadi. Kasallikning rivojlanishi shu davrdagi gormonal muvozanatning oʻzgarishi bilan bogʻliq. Gingivitning paydo boʻlishi homiladorlik muddatiga bogʻliq. Uning dastlabki belgilari organizmda eng intensiv neyrohumoral siljishlar sodir boʻladigan homiladorlikning 3-4-oylarida paydo boʻladi.

- Homiladorlikning birinchi yarmida yengil shakli, asosan kataral gingivit qayd etiladi.
- Ikkinchi yarmida esa kasallikning kechishi ogʻirroq boʻlib, milklarda proliferativ jarayon rivojlanadi.

Gingivitning boshlangʻich bosqichida milk qirrasi och-qizil rangda, shishgan, oson qonaydi. Asta-sekin zararlangan milk toʻq qizil, koʻkimsir tusga kiradi, kattalashadi va mahalliy taʼsirlovchilar mavjud boʻlganda gipertrofik gingivit

rivojlanadi (rasm 139). Homiladorlar gipertrofik gingiviti ayrim soʻrgʻichlarning polipga oʻxshab oʻsishga moyilligiga ega. Baʼzan soxta epulidlar rivojlanadi. Gipertrofiyalangan milk tish tojini toʻliq qoplaydi, oson qonaydi, yaralanishga moyil.

Davolash: Homiladorlarning sezilarli qismida gingivitning yengil shakllari tugʻruqdan keyin mustaqil ravishda tuzalib ketadi. Homiladorlar gingivitining mahalliy davolash kataral yoki gipertrofik gingivitni davolash prinsiplari boʻyicha olib boriladi.

Homiladorlar gingivitining oldini olish toksikozning oldini olish va ogʻiz boʻshligʻining faol toʻliq sanatsiyasidan iborat.

Itsenko-Kushing kasalligi

Kasallikning asosi almashinuvning asosiy turlarining buzilishidir. Kasallik glyukokortikosteroidlarning giperproduksiyasi (haddan tashqari koʻp ishlab chiqarilishi) natijasida rivojlanadi, bu quyidagilarning oqibatidir: a) buyrak usti bezi poʻstlogʻining birlamchi buzilishi; b) adenogipofiz tomonidan AKTG giperproduksiyasi; v) gipofiz faoliyatining buzilishi.

Bunday bemorlarning OBSHQ shishgan boʻladi, tish izlari tilda va yonoqlarda kuzatiladi. Paydo boʻladigan trofik buzilishlar uzoq davom etishi bilan tavsiflanadigan eroziyalar va yaralarning paydo boʻlishiga olib keladi. Koʻpincha kandidoz kuzatiladi.

Davolash endokrinolog bilan birgalikda olib boriladi. Ogʻiz boʻshligʻini sanatsiya qilish va klinik koʻrinishlarga qarab simptomatik terapiya koʻrsatiladi.

Addison kasalligi

Addison kasalligi buyrak usti bezi poʻstlogʻi gormonlari ishlab chiqarilishining toʻxtatilishi yoki kamayishi bilan bogʻliq. Kasallikning eng xarakterli belgisi teri va OBSHQ ning oʻziga xos pigmentatsiyasidir. Ogʻiz boʻshligʻida, lablarda, tilning chetida, milklarda, yonoq ShQ da koʻkish, kulrang-qora rangdagi kichik dogʻlar yoki

chiziqlar paydo bo'ladi. Bemorlar subyektiv ravishda ularni sezmaydilar. Og'izda va terida o'zgarishlar ko'p miqdorda melanin to'planishi tufayli yuzaga keladi.

Kasallikning tashxisi gipotoniya, oshqozon-ichak buzilishlari (ko'ngil aynishi, qusish, diareya), ozib ketish kabi umumiy belgilar bilan tasdiqlanadi. Addison kasalligidagi OBSHQ ning pigmentatsiyasi tug'ma pigmentatsiya va og'ir metall tuzlarining cho'kishidan farqlanadi. Davolash uchun buyrak usti bezi po'stlog'i preparatlari qo'llaniladi.

V. Gipovitaminozlarda og'iz shilliq qavati va lablarning qizil hoshiyasidagi o'zgarishlar

Vitaminlar – oqsillar, lipidlar va uglevodlar bilan bir qatorda inson tanasining normal hayot faoliyati uchun zarur bo'lgan biologik faol organik moddalardir.

Gipovitaminoz birlamchi (ekzogen) bo'lishi mumkin, bu oziq-ovqatda vitaminlarning kamligi, shuningdek, bir xil, muvozanatsiz yoki yetarli bo'lmagan ovqatlanish bilan bog'liq.

Ikkilamchi (endogen) vitamin yetishmovchiligi me'da-ichak traktining kasalliklarida, oziq-ovqat moddalari, shu jumladan vitaminlarning so'rilishi kamayganda; so'rilgandan keyin vitaminlarning o'zlashtirilishi buzilganda, masalan, jigar kasalliklari, endokrin buzilishlar va boshqalarda yuzaga keladi.

Retinol (A vitamini) yetishmovchiligi

A vitaminining muhim funksiyalaridan biri epiteliy hujayralarining differentsiatsiyasini va shoxlanish (keratinizatsiya) jarayonlarini, shu jumladan og'iz shilliq qavatining shoxlanishini tartibga solishdir. A vitaminining epiteliy to'qimalaridagi moddalar almashinuvini normallashtirishdagi ishtirokini uning organizmdagi asosiy fiziologik funksiyasi deb hisoblashadi.

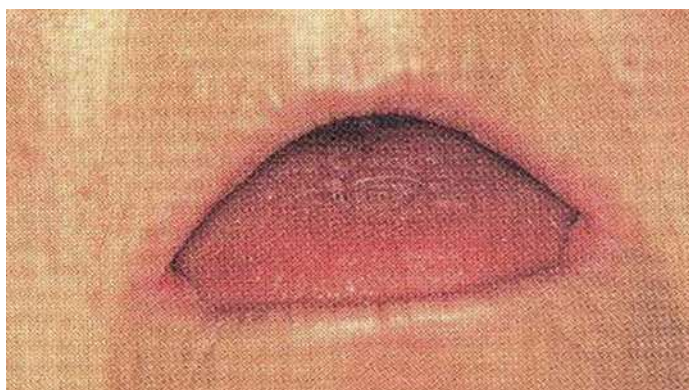
Asosiy klinik ko'rinishlari: A vitamini yetishmovchiligi epiteliyda sezilarli o'zgarishlarga – atrofiya va shoxlanishga olib keladi, natijada teri va og'iz shilliq qavatining himoya xususiyatlari sezilarli darajada pasayadi. A gipovitaminozida og'iz shilliq qavati va teri qoplamining qurishi, shoxlanish jarayonlarining

kuchayishi (giperkeratoz), yogʻ bezlari faoliyatining sezilarli darajada buzilishi kuzatiladi. Soʻlak ajralishi kamayadi. Shilliq qavatda jarayon yalligʻlanish, soʻngra eroziya va yaralanish bilan murakkablashishi mumkin (rasm 19 - 20).



Rasm-19.

A-gipovitaminozida tildagi diskeratik o'zgarishlar.



Rasm 20. A avitaminozida pastki labning qizil hoshiyasi shilliq qavatining qurishi.

Tiamin (B1 vitamini) yetishmovchiligi

B1 vitamini uglevodlar almashinuvida ayniqsa muhim rol oʻynaydi, fosforillanish reaksiyasini amalga oshiradi. Tiamin yetishmovchiligi uglevodlarning toʻliq yonmasligiga va organizmda pirovinograd va sut kislotalari miqdorining oshishiga olib keladi, bu esa asab va yurak-qon tomir tizimlarining faoliyatiga salbiy taʼsir koʻrsatadi. V1 vitamini oqsil almashinuvida ishtirok etadi. Uning hosilasi tiamindifosfat ketokislotalardan CO₂ ni ajratib chiqarishni katalizlaydigan kokarboksilaza fermenti tarkibiga kiradi.

Asosiy klinik koʻrinishlari: Odamlarda B1 avitaminozida beri-beri kasalligi rivojlanadi, bu yurak-qon tomir va asab tizimlarining buzilishi bilan tavsiflanadi. Gipovitaminoz holatida asab tizimining turli xil funksional buzilishlari boʻlishi mumkin: paresteziyalar, nevrotik holatlar, yomon uyqu, haddan tashqari shubhalanish, holsizlik, ozish. Ogʻiz shilliq qavatida allergik reaksiyalar ham kuzatilishi mumkin.



Rasm-21.
B1 gipovitaminozida
deskvamativ glossit.

Og‘iz bo‘shlig‘ida tilning zamburug‘simon so‘rg‘ichlarining giperplaziyasi, deskvamativ glossit kuzatiladi (21-rasm).

Riboflavin (B2 vitamini) yetishmovchiligi

Riboflavin oksidlanish-qaytarilish jarayonlarida ishtirok etadigan ko‘plab fermentlarning (flavinlarning) prostetik guruhlari tarkibiga kiradi. Riboflavin uglevod, lipid va oqsil almashinuvida ishtirok etadi.

Asosiy klinik ko‘rinishlari: Riboflavin yetishmovchiligi triada ko‘rinishida namoyon bo‘ladi: dermatit, xeylit, glossit. Dermatit burun-lab burmalari, burun qanotlari, qovoqlar sohasida qizarish, qipiqilanish, og‘iz burchaklarida yoriqlar va qobiqlar ko‘rinishida rivojlanadi, ular tushib ketgandan so‘ng eroziyalar paydo bo‘ladi.

Ayniqsa, lablarning qizil hoshiyasida kuchli qipiqilanish kuzatiladi. Bundan tashqari, unda ko‘plab og‘riqli, ba‘zan qonayotgan yoriqlar paydo bo‘ladi.

Tilning o‘zgarishlari gipyeremiya bilan boshlanadi, so‘ngra uning so‘rg‘ichlari asta-sekin atrofiyaga uchraydi, hatto to‘liq yo‘qolishigacha boradi. Natijada til sirti yorqin qizil, silliq, yaltiroq va quruq bo‘ladi (22-rasm).



Rasm-22. B2 gipovitaminozida papillyar atrofiya va burmali til.

Lablar va ogʻizdagi oʻzgarishlar achishish va ogʻriq bilan birga kechadi, ayniqsa gaplashganda va ovqatlanganda. Tashxisni aniqlash uchun qon va siydikning biokimyoviy tekshiruvlari qoʻllaniladi.

Nikotin kislotasi (PP vitamini) yetishmovchiligi

Nikotin kislotasi yetishmovchiligi bilan odamlarda pellagra rivojlanadi. Nikotin kislotasi moddalar almashinuvini, birinchi navbatda uglevod almashinuvini tartibga solishda ishtirok etadi.

Asosiy klinik koʻrinishlari: PP gipovitaminozida ishtaha yomonlashadi, asab tizimining faoliyati buziladi, koʻngil aynishi va ich ketishi paydo boʻladi.

Til kattalashadi, shishadi, uning soʻrgʻichlari avval gipertrofiyalanadi. Til sirti odatda egatchalar bilan boʻlingan qalin karash qatlami bilan qoplangan boʻladi. Keyin karash asta-sekin koʻchib tushadi, bu joylarda til yorqin qizil, yaltiroq, keskin ogʻriqli boʻladi. Til soʻrgʻichlari toʻliq atrofiyalanadi, til laklangan, yaltiroq, yorqin qizil, ogʻriqli koʻrinishga keladi (23-rasm).



**Rasm-23. Pellogroid til.
PP gipovitaminozi**

Ogʻiz shilliq qavati shishgan, giperemiyalangan, gipertrofiyalangan boʻlib, unda pufakchalar paydo boʻlishi mumkin, ularning oʻrnida keyinchalik ogʻriqli eroziyalar hosil boʻladi.

Askorbin kislotasi (C vitamini) yetishmovchiligi

Oziq-ovqatda askorbin kislotasining yoʻqligi yoki yetarli boʻlmasligi yoxud uning toʻliq oʻzlashtirilmasligi natijasida singa (skorbut, Myoller-Barlow kasalligi) rivojlanadi. C vitamini yetishmovchiligida oksidlanish-qaytarilish fermentlari tizimi buziladi, uglevod va oqsil almashinuvida sezilarli oʻzgarishlar yuz beradi, organizmning reaktivligi pasayadi (hujayralarning fagotsitar faolligi va antitanachalar hosil boʻlishi kamayadi), kollagen sintezi va biriktiruvchi toʻqimalarning yetilishi buziladi, bu esa tomirlar va toʻqimalarning oʻtkazuvchanligini oshiradi.

Vitamin yetishmovchiligi kelib chiqishida oziq-ovqatda askorbin kislotasining yetishmasligi bilan bir qatorda bir qator omillar muhim rol oʻynaydi: haddan tashqari jismoniy zoʻriqish, yuqumli kasalliklar, sovqotish, asab tizimining zoʻriqishi va

boshqalar. Ovqat hazm qilish tizimining holati katta ahamiyatga ega. Masalan, oshqozonda erkin xlorid kislotasi bo'lmasa, askorbin kislotasi tezroq parchalanadi, ichakda yallig'lanish jarayoni bo'lsa, u yomon so'riladi.

Asosiy klinik ko'rinishlari: C vitamini yetishmovchiligi tufayli yuzaga keladigan o'zgarishlar gemorragik sindrom va ikkilamchi infeksiya keltirib chiqaradigan asoratlarni ko'rinishida namoyon bo'ladi. Askorbin kislotasi yetishmovchiligi va ayniqsa C avitaminozi holsizlik, tez charchash, ishtahaning yo'qligi, tana vaznining kamayishi, boldir mushaklarida og'riqlar bilan birga kechadi. Teri melanin to'planishi tufayli qorayadi, quruq bo'ladi, oson qipiqatlanadi.

Kapillyarlar va mayda tomirlar o'tkazuvchanligining keskin oshishi natijasida gemorragik sindrom yuzaga keladi: og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining turli qismlariga, teri osti to'qimalariga, bo'g'imlarga petexial qon quyilishlari kuzatiladi.

Askorbin kislotasi va rutin (A vitamini) yetishmovchiligi birgalikda bo'lsa, o'tkazuvchanlik ayniqsa keskin oshadi.

C vitamini yetishmovchiligi har doim og'iz bo'shlig'ida o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Shilliq qavat shikastlangan joylarda petexiyalar bilan bir qatorda keng qon quyilishlari mavjud bo'ladi. Kasallikning boshida milk so'rg'ichlarining shishishi paydo bo'ladi, ular ko'kimtir-qizil rangga kiradi, asta-sekin kattalashib, tish tojlarini yopadi, kuchli qon ketadi.



Rasm -24. C gipovitaminozi. Petexial qon quyilishlar

Tishlarning harakatchanligi va tushib ketishi kuzatiladi. Keyinchalik qon quyilgan joylarda ikkilamchi infeksiya qo'shilishi sababli yarali-nekrotik jarayon rivojlanadi. Nekrozlar ko'pincha bodomcha bezlar va milk qirrasi sohasida lokalizatsiyalanadi (24-rasm).

Diagnoz: Tashxis qo'yishda anamnez, singaning boshqa alomatlarining mavjudligi, laboratoriya tekshiruvlari natijalari hal qiluvchi ahamiyatga ega. Gipo-yoki avitaminoz C qonda askorbin kislotasi darajasining pasayishi bilan tasdiqlanadi.

Differensial diagnoz: Gipertrofik ginvigit, qon kasalliklari, Vinsentning yarali-nekrotik stomatiti, leykoz.

Piridoksin (B6 vitamini) yetishmovchiligi

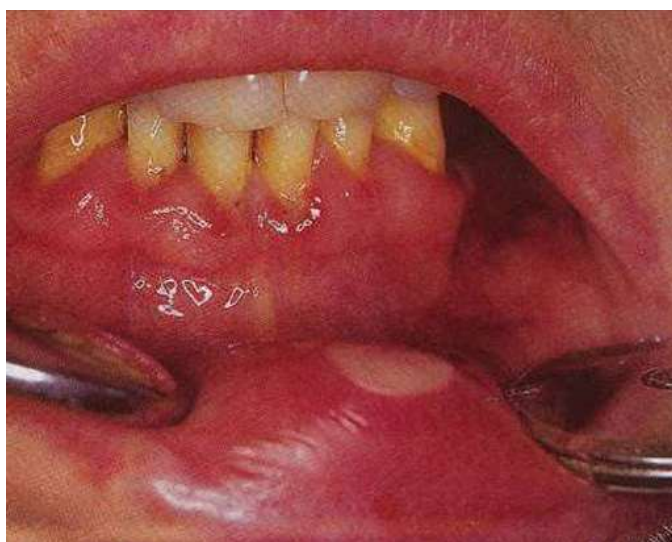
Piridoksin aminokislotalar (triptofan, metionin, tsistein, glyutamin kislotasi va boshqalar) almashinuvida faol ishtirok etadi. B6 vitamini lipid almashinuvi jarayonlarida, xususan, aterosklerozda uni normallashtirishda ishtirok etadi.

Asosiy klinik ko‘rinishlari: B6 vitamini yetishmovchiligida markaziy va periferik asab tizimining faoliyati buzilishi kuzatiladi. Lanjlik, uyquchanlik, yuqori qo‘zg‘aluvchanlik, periferik nevrit, neyrodermit, stomalgiya, glossit, glossalgiya, ekzematoz xeylit, seboreyali dermatit rivojlanadi.

Sianokobalamin (B12 vitamini) yetishmovchiligi

Sianokobalamin normal qon yaratish va eritrotsitlar yetilishi uchun zarur. U normal gemopoez (qon yaratish) uchun zarur bo‘lgan nuklein kislotalar va nukleoproteinlar sintezining almashinuv reaksiyasida katalizator hisoblanadi. B12 vitaminining qon yaratishga ta'siri folat kislotasi ishtirokida amalga oshiriladi, u uning ta'siri ostida faol shaklga aylanadi va normal gemopoezga yordam beradi. B12 vitamini va folat kislotasi gemoglobin sintezida ishtirok etadi.

Asosiy klinik ko‘rinishlari: B12 yetishmovchiligida Addison-Birmerning xavfli megaloblastik anemiyasi rivojlanadi.



Rasm-25. B12 gipovitaminozi. Pastki lab shilliq qavatining giperemiyasi va eroziyasi

B12 gipovitaminozi uchun periferik asablarning shikastlanishi (nevrit, nevrалgiya til va og‘iz shilliq qavatining paresteziyalari) xarakterlidir. Rivojlanayotgan B12-tanqislik anemiyasining dastlabki belgilari tilning shikastlanishlari hisoblanadi: tilning achishishi, sanchishi, paresteziyalar,

so'rg'ichlar atrofiyasi fonida til uchining va yon sirtlarining giperemiyasi bo'lishi mumkin – "sayqallangan" til (Gunter glossiti yoki Myoller-Gunter glossiti) (25-rasm).

Tokoferol (E vitamini) yetishmovchiligi

Tokoferol tabiiy antioksidant hisoblanadi. U lipidlarning peroksid oksidlanish jarayonini va shunga mos ravishda organlar va to'qimalarda oksidlanish mahsulotlarini sekinlashtiradi. Hujayra metabolizmi jarayonlarida, shuningdek, gem va oqsillar sintezida ishtirok etadi.

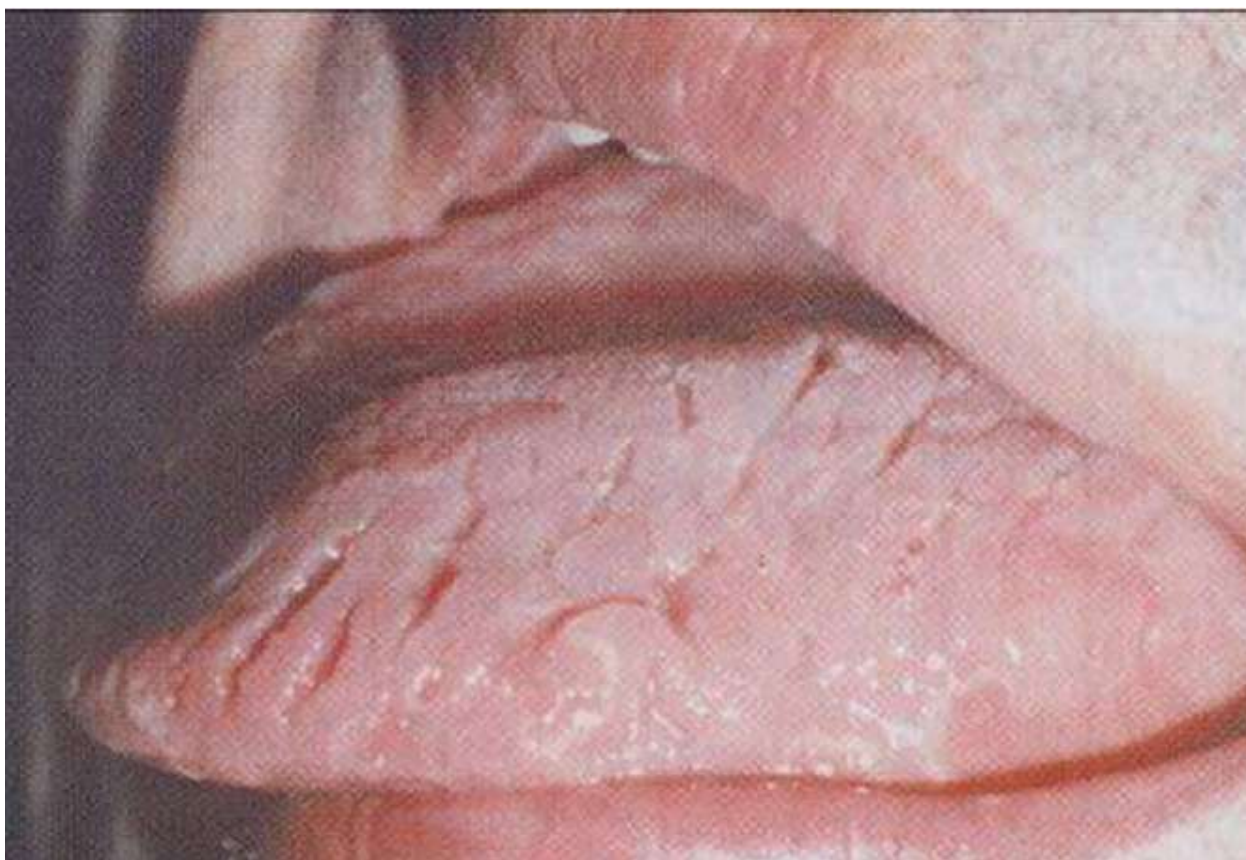
E vitamini qon tomir devorining, avvalambor milk kapillyarlarining o'tkazuvchanligi va mustahkamligini normallashtiradi. E gipovitaminozida eksperimentda kapillyarlarning o'tkazuvchanligi va mo'rtligi oshishi, asab hujayralarida, skelet mushaklarida va yurak mushagida degenerativ o'zgarishlar, jigarning yog'li infiltratsiyasi aniqlangan. Stomatologiyada E vitamini parodontitni davolash uchun qo'llaniladi. Preparat mushak ichiga, shuningdek, parodontal bog'lamlar shaklida kiritiladi. Og'iz shilliq qavati kasalliklarini davolashda E vitamini uning regeneratsiyasini tezlashtirish uchun ishlatiladi.

VI. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi o'zgarishlar asab tizimi patologiyasi

Og'iz bo'shlig'i, lab, tanglay va tilda joylashgan shilliq qavat kasalliklarining simptomlari stomalgiya, faqat tilda bo'lsa – glossalgiya deb ataladi.

Etiologiyasi: mahalliy sabablar: surunkali jarohatlar, operatsiyadan keyingi chandiqlar, og'iz bo'shlig'idagi elektrokimyoviy buzilishlar, infeksiya, gerpetik va allergik kasalliklar, chakka-pastki jag' bo'g'imi artroz-artritlari, o'smalar, periodontitlar, osteomiyelitlar va umumiy sabablar: nevrozlar, markaziy asab tizimining organik kasalliklari, umurtqa pog'onasi osteoxondrozi, endokrin buzilishlar, oshqozon-ichak trakti, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari.

Asosiy klinik ko‘rinishlari: achishish, sanchish, asab tolalarining yoki vegetativ gangliyalarning yo‘nalishi bo‘ylab nevrologik og‘riq. Og‘riq kuydiruvchi va uzoq davom etuvchi (bir necha soatgacha) bo‘lishi mumkin (26-rasm).



Rasm-26. Bo‘yin-ko‘krak qismi osteoxondrozida til uchining burmalanishi.

Glossalgiya – tildagi paresteziyalar (achishish, sanchish, sanchiq, chimchilash, uvishish, kuydirilgandek his, tilda qalampir hidi kabi his), kamdan-kam hollarda ko‘zga ko‘rinadigan mahalliy o‘zgarishlarsiz og‘riq. Og‘riqli va yoqimsiz sezgilar ko‘pincha til uchida (oldingi uchdan bir qismi) va yon yuzasida, kamdan-kam hollarda tilning orqa qismida va ildizida (orqa uchdan bir qismi) to‘plangan bo‘ladi. Ba’zan paresteziyalar lablarga, tanglayga, tomoq sohasi, til ildizi va halqumga tarqaladi. Bunday holda, kasallik stomalgiya deb ataladi.

Qoida tariqasida, barcha noxush hislar ovqatlanish paytida yo‘qoladi.

Tildagi paresteziyalar uzoq gaplashishdan keyin, stressdan so‘ng va kechga borib kuchayadi. Og‘izdagi quruqlik hissi glossalgiya uchun tez-tez uchraydigan simptomdir.

Glossalgiya paytida tilning obyektiv oʻzgarishlari yoʻq yoki ahamiyatsiz (shish, til soʻrgʻichlarining ahamiyatsiz atrofiyasi).

Glossalgiya etiologiyasi va patogenezini hali toʻliq aniqlanmagan, surunkali oshqozon-ichak trakti kasalliklari, B12 vitamini yetishmovchiligi, endokrin buzilishlarning roli (klimakterik davrdagi paresteziya koʻrinishi) taxmin qilinadi. Glossalgiya bilan ogʻriganlarda yaqqol asab-ruhiy buzilishlar kuzatiladi: depressiv reaksiyalarga moyil boʻlgan beqaror psixo-emotsional holat, xavotirli shubhalanish, yomon uyqu. Mahalliy taʼsir qiluvchi omillar ham maʼlum ahamiyatga ega: yemirilgan tishlarning oʻtkir qirralari, sifatsiz protezlar, tish qatoridagi nuqsonlar, galvanizm hodisalari, yuzning pastki qismi balandligining pasayishi.

Glossalgiya 40 yoshdan oshgan ayollarda erkaklarga qaraganda 3-3,5 marta koʻproq uchraydi. Koʻpgina bemorlar kanserofobiya (saraton kasalligidan qoʻrqish) dan aziyat chekadi va uzoq vaqt davomida tilni koʻzguda tekshiradi.

Glossalgiya va stomalgiya differensial tashxisi tilning organik kasalliklari, tilning surunkali shikastlanishi, uch shoxli nervning ikkinchi tarmogʻi nevrалgiyasi, til nervining nevriti, desquamativ glossit, kandidoz, akril plastmassaga allergiya bilan oʻtkaziladi.

Glossalgiya va stomalgiya tashxisi

Tartib boʻyicha tekshirish	Aniqlangan simptomlar (Belgilar)	Patogenetik asoslash (Simptomlarning kelib chiqishi)
Shikoyatlar	Achishish, sanchish, sanchiq, uvishish, noqulaylik, shish, tilda ogʻirlik hissi, gaplashgandan keyin va kun oxiriga borib kuchayishi, tilda qalampir hissi, kuydirilgandek sezish. Kasallikning kech bosqichlarida tilga ogʻriq qoʻshiladi. Kasallik koʻpincha taʼminning buzilishi va ogʻiz boʻshligʻining qurishi bilan kechadi. Achishish va boshqa yoqimsiz sezgilar koʻpincha lablar, milkar, qattiq tanglay, tomoq, qiziloʻngach, yuz terisi shilliq qavatiga tarqaladi.	Vegetativ asab tizimining buzilishi simpatik boʻlim tonusining ustunligi (quruqlik) bilan, til va ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavatining innervatsiyasida ishtirok etuvchi sezgir oʻtkazgichlarning doimiy qoʻzgʻalishi (sensor buzilishlar).
	Ovqatlanish vaqtida, qoida tariqasida, barcha noxush sezgilar yoʻqoladi.	I.P. Pavlov boʻyicha, tildagi ogʻriq dominantining yanada kuchli oziq-

Tartib bo'yicha tekshirish	Aniqlangan simptomlar (Belgilar)	Patogenetik asoslash (Simptomlarning kelib chiqishi)
		ovqat dominanti tomonidan bostirilishi, shuningdek, paresteziyaning ifodasini kamaytiradigan ijobiy emotsional fonning ta'siri.
	Kanserofobiya (saraton qo'rquvi), sifilofobiya	Nevroz natijasida kelib chiqqan majnuniy holat, qo'rquv, xavotirlanish.
Anamnez (Kasallik tarixi)	45 yoshdan oshgan, yaqqol asab-ruhiy o'zgarishlar (yuqori qo'zg'aluvchanlik, yomon uyqu, xavotirli shubhalanish, yig'loqilik, arzimas sezgilarga berilish, kasallikka haddan tashqari chuqur kirib borish) bo'lgan erkaklar va ayollar azoblanadi. Ayollar ko'proq klimakterik davrda kasallanadi.	Yetakchi rol vegetativ-endokrin va emotsional disfunktsiyalar, depressiya hisoblanadi.
O'tkazilgan va yondosh kasalliklar	Nevrozlar, oshqozon-ichak trakti kasalliklari, endokrin patologiya, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari.	Adashgan va til nervlari yadrolari o'rtasida gastrolingval refleksning paydo bo'lishi.

Kasallikning rivojlanishi, tekshirish va diagnostik usullar

Tartib bo'yicha tekshirish	Aniqlangan simptomlar (Belgilar)	Patogenetik asoslash (Simptomlarning kelib chiqishi)
Kasallikning rivojlanishi	Kasallik odatda tishning o'tkir qirrasi, protez bilan tilning shikastlanishi, issiq ovqat yeyish, tishni yulish, LOR a'zolariga aralashuv, o'tkir infeksiyon kasallik, uzoq yoki jadal dori qabul qilish, asab toliqishi yoki stress fonida boshlanadi.	Mahalliy jarohat vegetopatiya fonida kasallikning boshlanish mexanizmiga aylanadi.
	Ko'pincha bemorlar kasallikning boshlanishini protezlash bilan bog'lashadi.	Og'iz bo'shlig'iga turli metallarni kiritish (galvanoz), prikusning pasayishi, protezga qiyin moslashish.
	Kasallik yillar davom etadi, qo'zishlar (obostreniyalar) mumkin. Kasallik qancha uzoq davom etsa, klinik manzara shunchalik og'ir va davolash shunchalik qiyin bo'ladi.	Barqaror patologik refleks zanjirining shakllanishi: achishish – patologik fiksatsiya – achishishning kuchayishi.
	Ba'zan simptomlar o'z-o'zidan vaqtinchalik yo'qoladi.	Qoida tariqasida, dam olishda, ijobiy psixo-emotsional omillar ta'siri tufayli.
	Davolash odatda qisqa muddatli samara beradi yoki butunlay samarasizdir.	Davolash patogenezning ayrim bo'g'inlariga qaratilgan.

Tartib bo'yicha tekshirish	Aniqlangan simptomlar (Belgilar)	Patogenetik asoslash (Simptomlarning kelib chiqishi)
Tashqi ko'rik	Yuzning tarang-xavotirli ifodasi.	Nevroz, depressiv holat.
	Yuzning pastki qismi balandligi ko'pincha pasaygan.	Tishlarning yuqori darajada yemirilishi, qisman yoki to'liq tish yo'qotilishi.
	Regional limfa tugunlari paypaslanmaydi.	Tilda yallig'lanish yo'q.
Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini ko'rik	Qoida tariqasida, shikoyatlarning ko'pligi va ob'ektiv manzara o'rtasida bog'liqlik yo'q. Shilliq qavatda o'zgarishlar bo'lmazligi mumkin. Til so'rg'ichlarining mo'tadil atrofiyasi, kamdan-kam hollarda gipertrofiyasi bo'lishi mumkin.	Vasküler buzilishlar neyrotrofik buzilishlar shaklida.
	Ko'pincha og'iz shilliq qavatining quruqligi aniqlanadi.	Vegetativ asab tizimining simpatik bo'limi qo'zg'alishi ustunlik qiladi.
	Gigiyenik holat qoniqarsiz, tish toshlari, tishlarning o'tkir qirralari, tishlarning kuchaygan yemirilishi va prikusning pasayishi. Ko'pincha turli metallardan yasalgan ortopedik konstruksiyalar.	Bemorlar shilliq qavatni ehtiyot qiladi va tishlarini yomon tozalaydi. Tilning shikastlanishi, <i>chorda tympani</i> ning qisilishi. Galvanoz va shilliq qavatning surunkali fizik shikastlanishi.
So'lak bezlarini ko'rik	Parenximaning organik o'zgarishlari yo'q. So'lak bezlarini paypaslash og'riqsiz. Chiqarish yo'llari patologik o'zgarishlarsiz, sekret sof ajraladi, lekin ko'pincha yetarli bo'lmagan miqdorda.	Og'iz bo'shlig'ining quruqligi so'lak bezlari parenximasining shikastlanishi bilan emas, balki vegetativ asab tizimining simpatik bo'limining doimiy qo'zg'alishi ustunligi bilan bog'liq.
Qo'shimcha tekshirish usullari	Tilning sezgirligini tekshirish: Ko'p hollarda og'riq va harorat sezgirligining pasayishi, ayniqsa shikastlangan tomonda.	Sezgirlikning periferik tur bo'yicha buzilishi.
	So'lak sekretiysasi tezligini tekshirish: Bemorlarning 60% da sekretiya sezilarli darajada sekinlashgan.	So'lak bezlari, oshqozon-ichak traktining bezlari sekretiysasini tormozlovchi simpatik asab tizimining qo'zg'alishi ustunlik qilgan vegetativ disfunktsiyaning namoyon bo'lishi.
	Kapillaroskopiya: Kapillyar qon oqimining paresteziya xurujlari paytida kuchayadigan va shu sohalarning trofikasini yomonlashtiradigan kapillyarlar spazmigacha sekinlashishi.	Kapillyarlar spazmi, paresteziya xurujlari paytida kuchayadi va bu sohalarning trofikasini yomonlashtiradi, og'iz shilliq qavatida og'riq.
	Funksional mobillikni tekshirish: Bemorlarning 70% da ta'm sezgirligi pasaygan, 14% da buzilgan (izvratitilgan).	Sezgirlikning periferik tur bo'yicha buzilishi.

Glossalgiya va stomalgiya differensial tashxisi

Kasallik	Umumiy klinik belgilar	Farqlovchi belgilar
Til va og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining o‘tkir yoki surunkali shikastlanishi	Og‘riq va achishish	Og‘riq doimiy, lokalizatsiyalangan, ovqatlanish va gaplashish paytida kuchayadi. Ko‘rikda shikastlovchi omil (tishning o‘tkir qirrası, protez) aniqlanadi, shikastlanishga mos keladigan shilliq qavatda giperemiya, eroziya yoki yara mavjud. Shikastlovchi omil bartaraf etilgach, og‘riq yo‘qoladi.
Til nervi nevralgiyasi	Tilda og‘riq	Tilning bir yarmida kuchli, xurujli og‘riq ovqatlanish, gaplashish paytida to‘satdan paydo bo‘ladi, nerv bo‘ylab irradiatsiya qiladi. Ko‘pincha uch shoxli nervning uchinchi tarmog‘i nevralgiyasi bilan birga keladi, kurkovoy zona (qo‘zg‘atuvchi nuqta) mavjud. Anamnezda ko‘pincha kuchli sovqotish holati bor.
Til nervi nevriti	Tilda og‘riq	Mandibulyar anesteziya o‘tkazishda, pastki aql tishini travmatik olib tashlashda shikastlanish natijasida, o‘tkir infeksiyon kasallik, sovqotish asorati sifatida asosan tilning oldingi 2/3 qismi zararlanadi. Og‘riq doimiy, intensiv, ovqatlanish va gaplashishda kuchayadi. Qoida tariqasida, og‘riq paresteziyalar bilan, tilning tegishli yarmida og‘riq, taktil va harorat sezgirligining yo‘qolishi, ta‘mning pasayishi va buzilishi bilan birga keladi.
Plastmassaga allergiya	Tilda, milkda, lablar shilliq qavatida, tanglayda, protez o‘rnida achishish	Akril plastmassadan yasalgan yechib olinadigan protezlarni ishlatish boshlanganidan ko‘p o‘tmay achishish paydo bo‘ladi. Og‘iz shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi protez chegaralariga mos keladi. Protezdan foydalanish to‘xtatilgandan bir necha kun o‘tgach, shikoyatlar va giperemiya yo‘qoladi. Plastmassaga ijobiy allergik sinamalar mavjud.
Desquamativ glossit	Tilda achishish va og‘riq	Bezovta qiluvchi ovqat qabul qilinganda tilda og‘riq paydo bo‘ladi va kuchayadi. Tilning ip-simon so‘rg‘ichlari desquamatsiyasining qizg‘ish dog‘lar ko‘rinishidagi xos o‘choqlari doimiy migratsiyaga (siljishga) moyil. Ba‘zan desquamativ glossit asimptomatik qoladi.
Kandidoz	Tilda va og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining boshqa joylarida achishish, og‘izda quruqlik	Yosh va jinsga bog‘liq emas. Anamnezda antibiotiklar, glyukokortikosteroidlar qabul qilish, qandli diabet mavjud. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati giperemiyalangan, tilning orqa qismida va burmalarida oq karash mavjud. Bakterioskopiya Candida zamburug‘ining ko‘pligi, mitseliy, blastosporalar aniqlanadi.
Vitamini B12-foliy defitsitli anemiya fonidagi glossit	Tilda achishish va og‘riq	Axilik gastrit fonida yuzaga keladi. Bezovta qiluvchi ovqat qabul qilinganda kuchli og‘riqdan shikoyatlar. «Sillig‘langan» til malina rangida, lunj shilliq qavatida

Kasallik	Umumiy klinik belgilar	Farqlovchi belgilar
Til mushaklarida hajmli jarayon (o'sma, abstsess)	Tilda og'riq	yorqin malina rangidagi chiziqlar va dog'lar. B12 vitaminini parenteral yuborish tez ta'sir ko'rsatadi. Nutq aniq emas (bemor tilni ehtiyot qiladi). Harakatchanlik kamligi tufayli til qalin karash bilan qoplangan. Palpatsiya paytida qalinlashish, zichlik va og'riqlilik aniqlanadi.

Glossalgiya va stomalgiya davolash

Davolash bosqichlari	Davolash vositalari	Qo'llash usuli	Qo'llash maqsadi	Ta'sir mexanizmi
Og'iz bo'shlig'ining ratsional gigiyenasiga o'rgatish	Tish qoplamasi indikatorlari, tish cho'tkasi, tish pastasi.	Gigiyenik holatni aniqlash uchun tishlarni bo'yash. Bemorga tish tozalashning to'g'ri harakatlarini o'rgatish, tozalash vaqtini nazorat qilish.	Tildagi ta'sirlovchi sifatida infeksiyalangan tish qoplamasini bartaraf etish va og'iz bo'shlig'inin umumiy infeksiyalanishini kamaytirish.	Yaxshi gigiyena og'iz bo'shlig'ida qulay holat yaratadi, shikoyatlarni kamaytiradi va davolash samaradorligini oshiradi.
Tish toshlarini olib tashlash	Ultratovush apparati, ilgaklar, ekskavatorlar, yog'och boshchalar, rezina chashkalar, cho'tkalar, polirovka pastalari.	Tish usti va tish osti tish toshlarini bosqichma-bosqich olib tashlash, tishlarning til yuzasini sinchkovlik bilan polirovka qilish.	Til uchun shikastlovchi omilni bartaraf etish.	Tishlarning silliq yuzasi tilni tinchlantiradi, chunki glossalgiya bilan til qo'pollikka haddan tashqari sezgir bo'ladi.
Karies tishlarni davolash	Plombalash materiallari.	Bo'shliqlarni shakllantirish va tishlarning anatomik shaklini tiklash.	Mahalliy ta'sirlovchi omillarni va infeksiya o'choqlarini bartaraf etish.	Mahalliy qo'zg'atuvchi mexanizmlarni yo'q qilish.
O'tkir qirralarni, do'mboqlarni silliqlash,	Karborund toshlar, boshchalar, rezina diskalar,	Superkontaktlarni silliqlashdan so'ng ftorlash (flyuorizatsiya) zarur.	Til uchun qo'zg'atuvchi larni chiqarib tashlash.	Til va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining mexanik va fizik shikastlanish omillari istisno

Davolash bosqichlari	Davolash vositalari	Qo'llash usuli	Qo'llash maqsadi	Ta'sir mexanizmi
protezlarni korreksiya qilish, yemirilgan tishlarni olib tashlash	silliqlash pastalari, remineralizatsiy alovchi eritmalar, ftorli laklar, jarrohlik qisqichlari.			qilinadi, yuzning pastki qismi balandligi normallasadi.
Ortopedik davolash	Ratsional protez konstruksiyalari ni tayyorlash, turli metallardan yasalgan protezlarni almashtirish.	Stomatonevrolog va stomatolog-terapevt bilan maslahatlashuvdan so'ng ortopedik davolash.	Tish qatorlari nuqsonlarini, galvanozni bartaraf etish, prikus balandligini normallashtirish.	Mahalliy qo'zg'atuvchi mexanizmlarni yo'q qilish, chakka-pastki jag' bo'g'imining bo'g'im boshchasining holatini normallashtirish.
Anestetiklar, antiseptiklar	Glitserinda yoki o'simlik moyida 10% anesteziyal suspenziya; tilni dental og'riqsizlantiruvchi gellar (Pansoral, Xolisal) bilan moylash. 2-5% lidokain eritmasi, shaftoli yog'ida 1% sitral eritmasi.	Tilga yoki og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining boshqa joylariga 10 daqiqa davomida applikatsiyalar; og'iz vannalari. Ovqatdan keyin oz miqdorda gelni tilning og'riqli joylariga barmoq bilan surtish. Chaymaslik va 2 soat ovqatlanmaslik.	Sensor shikoyatlarni vaqtinchalik bartaraf etish.	Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi sezgir nerv t ugularining blokadas, patologik refleksi zanjirining uzilishi: achishish - patologik fiksatsiya – achishishning kuchayishi.
Til nervini blokada qilish	6% B1 vitamini eritmasi va 1% lidokain eritmasi bilan birga.	Lingval anesteziya turiga ko'ra in'eksiyalar, ikki tomonlama zararlanishda – har ikki tomonga navbatma-navbat; kurs uchun har bir tomonga 6 dan 10 tagacha in'eksiya.	Tildagi noxush hislarni vaqtinchalik bartaraf etish, patologik impuls larni olib tashlash, neyrodistrofiyani bartaraf etish.	B1 vitamini atsetilxolin sinteziga ta'sir qiladi, uning yetishmasligi paresteziyalarga olib keladi.
Fizioterapiya	1% PP vitamini eritmasi, 2-5% natriy xlorid eritmasi.	Elektroforez; kurs 12-16 muolaja. Natriy ionlarini tilga kiritish. Faol elektrod tilga qo'yiladi.	Til trofikasini yaxshilash.	Kapillyar tarmoqni kengaytirish orqali tilda mikrosirkulyatsiyani rag'batlantiradi.
So'lak ajralishini	3% kaliy yodid eritmasi.	Ovqatdan keyin kuniga 3 mahal 1 osh qoshiqdan; kurs 3-4 hafta.	Og'iz bo'shlig'idag	Yod qisman so'lak bezlari orqali ajralib chiqadi, bez epiteliysiga ta'sir qiladi.

Davolash bosqichlari	Davolash vositalari	Qo'llash usuli	Qo'llash maqsadi	Ta'sir mexanizmi
stimulyatsiya qilish			i quruqlikni bartaraf etish.	
	1% pilokarpin eritmasi.	Ovqatdan oldin kuniga 3 mahal 5-6 tomchidan; kurs 3-4 hafta.	So'lak bezlaridagi M-xolinoretseptorlarni qo'zg'atadi, parasimpatik tonusni oshiradi.	So'lak bezlarida M-xolinoretseptorlarni qo'zg'atadi, parasimpatik tonusni oshiradi.
Polivitaminlar	A vitaminining yog'li eritmasi.	Kuniga 3 mahal 5-6 tomchidan; kurs 3-4 hafta.	Bez epiteliysini normallashtiradi.	Bez epiteliysini normallashtiradi.
	Komplivit, Sentrum, Vitrum va boshqalar.	Ovqatdan keyin kuniga 1 mahal 1 draje/kapsula.	Vitamin yetishmovchiligini bartaraf etish va mikroelementlar balansini normallashtirish.	Almashinuv jarayonlarini yaxshilash, nerv hujayralarida nerv qo'zg'alishini uzatish tezligini normallashtirish.
Psixoterapevtik suhbat	Stomatolog shifokor.	Bemorga tinchlantirish, kasalligining xususiyatini tushuntirish.	Xavotirli holat, qo'rquvni bartaraf etish, fiksatsiyani va kasallikka berilib ketishni yo'qotish.	Tinchlantirish, qo'rquv, xavotirni bartaraf etish, uyquni normallashtirish, kayfiyatni yaxshilash.
Psixotrop dorilar bilan davolash	Eglonil 0,002 g.	Ovqatdan keyin kuniga 2 mahal 0,0005 g dan boshlab va kuniga 0,004-0,006 g gacha yetkazish (holatning og'irligiga qarab); kurs 3-4 oy.	Astenonevrotik holat, depressiya, psixozni bartaraf etadi.	Patologik tushkun kayfiyatni tekislaydi.
	Amitriptilin 0,025 g.	Ovqatdan keyin kuniga 2 mahal 0,012 g dan boshlab va to'liq antidepressant samara berguncha kuniga 0,05-0,075 g gacha yetkazish.	Salbiy psixo-emotsional fonni pasaytiradi, og'riqni qoldiruvchi ta'sir ko'rsatadi.	Salbiy psixo-emotsional fonni pasaytiradi, og'riqni qoldiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

Davolash bosqichlari	Davolash vositalari	Qo'llash usuli	Qo'llash maqsadi	Ta'sir mexanizmi
	Apofluoksetin 20 mg.	Stomatonevrolog tomonidan ertalab kuniga 1 kapsuladan; kurs 3-4 oy.	Depressiyani bartaraf etadi.	Antidepressiv ta'sir.
Sedativ (tinchlantiruvchi) davolash	Elenium 0,005 g, Seduksen 0,005 g, Eunoktin 0,005 g, Tazepam 0,01 g, Trioksazin 0,3 g.	Kuniga 2-3 mahal 1 tabletkadan; kurs 3-4 hafta.	Taranglik, qo'rquv, xavotirni bartaraf etish, uyquni normallashtirish, kayfiyatni yaxshilash.	Miya po'stlog'i ostidagi limbik tizimga ta'sir qilish natijasida sedativ (tinchlantiruvchi) effekt.
Girudoterapiya	Tibbiy zulumlar.	Tilga qo'yiladi.	Achishish va paresteziyani bartaraf etish.	Qon mikrosirkulyatsiyasini oshirish natijasida trofikani yaxshilash, girudinining antikoagulyant ta'siri, refleksoterapiya, tildagi turg'unlik (zastoy) hodisalarini bartaraf etish, zulumning so'rish ta'siri.

Nazorat savollar:

1. Vitamin V₁ – tiamini organizmda bajaradigan roli.
2. Vitamin V₂ – riboflavin organizmda bajaradigan roli.
3. Vitamin RR - nikotin kislota organizmda bajaradigan roli. Stomalgiyaning klinikasi.
4. Stomalgiyaning qiyosiy tashxisi.
5. Ta'm bilish buzilishi – disgevziya.
6. Stomalgiyada paresteziya holati.
7. Stomalgiyani davolash to'g'risida nimani bilasiz?
8. Salivatsiya buzilishining sabablari to'g'risida nima bilasiz?
9. Gipersalivatsiya va giposalivatsiyada stomatolog taktikasi.
10. Qandli diabet qaysi kasalliklar guruxiga kiradi.
11. Endokrin kasalliklar etiologiyasi.
12. Qandli diabet klinikasi.

13. Qandli diabet qiyosiy tashxisi.
14. Til so'rg'ich apparatida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
15. Oshqozon-ichak kasalliklarida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining (OBShQ) rangi qanday bo'ladi?
16. Oshqozon-ichak kasalliklarida qora (til yuzasidagi qoplama) xususiyatlari qanday?
17. Oshqozon-ichak kasalliklarida gipoplastik glossit qanday namoyon bo'ladi?
18. Ta'm sezgirligini aniqlash qanday amalga oshiriladi?
19. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining (OBShQ) yarali zararlanishi qanday bog'liq?
20. Enterokolit, kolit kasalliklarida OBShQda qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
21. Yurak-qontomir kasalliklarida OBShQ da o'zgarishlar.
22. Pufakli sindrom klinikasidagi o'zgarishlar.
23. O'tkir leykoz klinikasi.
24. O'tkir leykozning qiyosiy tashxisi.
25. Idiomatik trombositopeniya Verlgof anemiyasi.
26. Gipoxromli temir tanqisligi anemiyasi.
27. Addison-Birmer anemiyasi.
28. Eritremiya kasalligi to'g'risida nimani bilasiz?
29. Trombositopenik purpura kasalligi to'g'risida nima bilasiz?
30. Qon va qon yaratuvchi a'zolar kasalligida stomatolog taktikasi.

Vaziyatli masalalar

Vaziyatli masala №1

Bemor V. 35 yoshda labda va burchaklarida og'riqli yoriqlar paydo bo'lganiga shikoyat qiladi.

Ob'ektiv xolatda og'iz burchaklarida matseratsiyasi, epiteliyni ko'chishi va qatqaloqlar bilan qoplanganligi kuzatiladi. Lablar quruq, qizargan, qipiqlangan, vertikal yeriqlar kuzatiladi. Burun qanotlarida seboreyali qatqaloqlar bor. Til qip -

qizil, yaltiroq va quruq. Bemor nurdan qoʻrqishini va koʻz yesh oqishiga shikoyat qiladi.

I. Dastlabki tashxis qoʻying:

A. ekzematoz xeylit

B. vitamin V2 avitaminozi

V. atopik xeylit

G. vitamin V12 avitaminozi

D allergiya

II. Vitamin V2 nomlanadi:

A. piridoksin

B. siankobalamin

V. riboflavin

G. tiamin

D. retinol

III. V2 vitaminini kunlik muqtoji:

A. 2.5-3mg

B. 10-12 mg

V. 0.2-0.5 mg

G. 8-10 mg

D. 100 mg

Vaziyatli masala № 2

Bemor A., 25 yeshda milki qonashiga, lab va lunjda qon talashdarga, sababsiz terida qon quyulishlar paydo boʻlishiga shikoyat qiladi. Umumiy axvolida xolsizlik, tez charchab qolish, mushaklardagi ogʻriqlarga shikoyat qiladi. Teri quruq, gʻadir budir, qon quyulishlar kuzatiladi. Ob'ektiv xolatda ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavati va milklar shishgan, giperemiyalangan, konaydi, tishlar yumshoq karash bilan qoplangan, petexial qon quyulishlar lab, lunj shilliq qavatida kuzatiladi, ogʻizdan qoʻlansa xid keladi.

I. Dastlabki tashxis qoʻying :

A. S vitaminini gipovitaminozi

B. V2 vitaminini gipovitaminozi

V. allergiya

G. V12 vitaminini gipovitaminozi

D. Verlgofa kasalligi

II. Askorbin kislota xisoblanadi:

A. antiseptik

B. koagulyant

V. antioksidant

G. antidepressant

D. diuretik

III. S vitaminini ta'sirini kuchaytiradi:

A. riboflavin

B. tokoferol atsetat

V. retinol

G. nikotin kislota

D. rutin , riboflavin

Vaziyatli masala №3

Bemor V, 40 yeshda, shikoyati milk kurinishiga, til va lab kattalashishiga. Ob'ektiv : ogiz bushligida mnojestvennyy karies asosan buyin kismida , milk shillik kavati yaltirok, shishgan, usgan, yalliglanish belgilarisiz. OBShK okish, pastoznaya. Til zichlashgan, utolmen, lab kattalashgan, pastoznyye, palpatsiyada ogriksiz. Bemor xolsiz, golos siplıy. Anamnezdan kalkonsimon bez faoliyati uzgarish borligi aniklandi.

1.Dastlabki tashxiz kuying.Javob:Tireotoksikoz.

2.Sizning taktikangiz. Javob: Bemorni endokrinologa yuborish.

Vaziyatli masala №4

52 yeshli bemor kandli diabetning dekompensirlangan makkli bilan shirin,shur,nordon ta'surotlarga ta'mi uzgarganiga shikoyat kiladi.

Ob'ektiv kurikda kandli diabetda parodontning kataral yalliglanishi kuzatiladi, milk surgichlari shishgan, patologik chuntaklar 5 mm dan ortik, granulyasion tukima va alveolyar suyak tukimasini destruksiya kuzatiladi, tez-tez abscesslanadi.

1. Kandli diabetda OShK kaysi kasalligi kuprok uchraydi. Javob: kandidoz.

2. Stomatolog taktikasi. Javob: Kandli diabetda bemorlar ogiz bushligini sanatsiya kilib turushlari va dispanser uchetga stomatologa turishlari kerak.

Vaziyatli masala №5

63 yeshli bemor tez charchashiga va asablanishiga, xotira pasayishiga, uykusi buzilishiga, va mexnat kobiliyati pasayishiga shikoyat kiladi. kullari titraydi.

Yurak urushi tez, xarsillaydi, kup terlardi, subfebril temperatura, ishtaxasi baland, ich ketishi, chankov, ozib ketishi, ekzoftalm kuzatiladi.

Tashki kurishda kalkonsimon bezlar kattalashgan, palpatsiyada zich, xarakatchan, tomirlar pulsatsiyasi kuzatiladi.

1. Dastlabki tashxis kuying.

Javob: Tireotoksikoz

2. Bemorda oshkozon-ichak trakti tomonidan kanday uzgarishlar kuzatiladi.

Javob: Uzgarishlar asosan ich ketish, kusish, korin ogriklari kuzatilishi mumkin.

Vaziyatli masala №6

37 yeshli bemor tishlarini kimirlashiga, ogizdan noxush xid kelishiga va milkklaridan yiring okishiga shikoyat kiladi. Kandli diabetni ogir shakli bilan kasallangan.

1. Asosiy tekshirish usullarini utkazing

a. patologik chuntak chukurligini aniklash *

b. tishlarni kimirlashini aniklash*

c. EKG

d. flyurografiya

2. Kushimcha tekshiruv usullarini utkazing.

a. panoram rentgen surat *

b. yiring borligini aniklash *

- c. indekslarni aniklash *
 - d. bemorni surab surishtirish
3. Tashxis kuying
- a. yarali gingivit
 - b. parodontoz
 - c. parodontit urta ogir darajali*
 - d. milklar fibromatozi
4. Dispanserizatsiyaga kelish muddatlari .
- a. yilda 1
 - c. 3 oyda 1 marta
 - d. 6 oyda 1 marta*

Vaziyatli masala №7

1. Bemor B, 30 yosh, tilda, labida, lunjida ogʻriqli afta, ovqat yeganda ogʻriqqa shikoyat bilan murojaat qildi. Anamnezida aniqlanishicha, aftalar bahor va kuzda hosil boʻladi.

Obektiv koʻrilganda: Yuqori 5 va 6-tish lunj shilliq qavatida, tilning yon yuzasida, pastki lab shilliq qavatida birgina afta 0,6 x 0,8 sm atrofida, zich fibroz qora bilan qoplangan, ogʻriqli, palpatsiyada ogʻriq yumshoq.

Savollar:

1. Oshqozon-ichak patologiyasida afta qanday hosil boʻladi? a) fibroz qora bilan qoplangan b) goʻsht-qonli rangda v) nekrotik qora bilan qoplangan g) suzmasimon qora bilan qoplangan d) silliq yaltiroq yuzaga ega

Toʻgʻri javob: a) fibroz qora bilan qoplangan (Afta odatda fibrin bilan qoplangan boʻladi.)

2. Afta bu: a) oval eroziya, fibroz qora bilan qoplangan b) epiteliyning hamma qavatida defekt tubi va devorlari bilan v) chiziqli nuqson g) qurib qoluvchi eksudat d) zich hosila

Toʻgʻri javob: a) oval eroziya, fibroz qora bilan qoplangan (Afta – bu shilliq qavatning yuzaki defekti, yaʼni eroziya boʻlib, odatda oqish-sariq fibrin qatlami bilan qoplanadi.)

3. Oshqozon-ichak patologiyasini umumiy davolashda nospetsifik sensibilizatsiya vositasida qo'llaniladi: a) gistoglobulin b) siprolet v) lidokain g) mepivokain d) analgin

To'g'ri javob: a) gistoglobulin (Gistoglobulin allergik va immunologik reaksiyalarni modulyatsiya qilish uchun qo'llanilishi mumkin, bu esa oshqozon-ichak kasalliklari bilan bog'liq ayrim holatlarda nospetsifik sensibilizatsiyani kamaytirishga yordam beradi.)

Vaziyatli masala №8

Profilaktik ko'rikda bemor og'iz bo'shlig'ida tilning orqa qismida aniq dog' 0,3 x 0,5 sm o'lchamda har xil shaklda, til qora bilan qoplangan fonida aniqlandi. Bemorda biroz achishish aniqlandi. Bemorning so'zidan asosiy kasallikni, ya'ni 12 barmoq ichak yarasini davolash davrida bu o'zgarishlar kamayganligi aytili.

Savollar:

1. Dastlabki tashxis qo'ying: a) desqomativ glossit b) sochli til v) rombsimon glossit g) burmali til d) mikrogrossiya

To'g'ri javob: a) desqomativ glossit (Bemorning ahvoli, ya'ni tilning orqa qismida har xil shakldagi aniq dog'lar va ularning 12 barmoq ichak yarasi davolanganidan keyin kamayishi "desqomativ glossit" yoki "geografik til"ga xos belgilardir, bu ko'pincha oshqozon-ichak muammolari bilan bog'liq.)

2. Davo bo'lishi kerak: a) kompleks b) umumiy v) mahalliy g) fizioterapiya d) davo kerak emas

To'g'ri javob: a) kompleks (Oshqozon-ichak traktidagi muammolar sababli kelib chiqqan og'iz bo'shlig'i o'zgarishlari har doim kompleks davoni, ya'ni asosiy kasallikni ham, og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlarni ham birgalikda davolashni talab qiladi.)

Vaziyatli masala №9

Bemor 45 yosh, tilning kulrang-oqish qora bilan qoplanganligi va lunj shilliq qavatida tishlarning izi borligiga shikoyat bilan murojaat etdi. Til tanasi va orqa yuzasida kulrang qora bor. Qora ajraladi, spetsifik hidi bor.

Savollar:

- 1) Dastlabki tashxis qo'ying.

Dastlabki tashxis: Tilning patologik qora bilan qoplanishi (oblojenny yazyk), ehtimol, oshqozon-ichak trakti kasalliklari bilan bog'liq. Lunj shilliq qavatidagi tish izlari va til shishining bilvosita belgilariga ishora qiladi. Shilliq qavatning tish izlari tishlarni bosib turishidan kelib chiqadi, bu esa shishgan tilga xos. Ajraladigan va o'ziga xos hidli qora ko'pincha disbioz yoki surunkali yallig'lanish jarayonlarini ko'rsatadi.

- 2) Bemorini ko'rikdan o'tkazish.

To'liq anamnez yig'ish: Bemorning ovqatlanish odatlari, yomon odatlari (chekish, alkohol), medikamentoz davolash tarixi, allergiya tarixi, shuningdek, oshqozon-ichak tizimi (dispepsiya, qorin og'rig'i, ich qotishi/diareyalar, jig'ildon qaynashi) bilan bog'liq shikoyatlari haqida batafsil so'rash.

Og'iz bo'shlig'ini to'liq ko'rikdan o'tkazish: Tilning o'zgarishlari (qora, shish, so'rg'ichlar holati, yoriqlar, erozilar), lunj shilliq qavati (tish izlari, rang o'zgarishi), milkalar, lablar, tomoqning orqa devori holatini baholash. Og'izdan kelayotgan hidni baholash.

Qo'shimcha diagnostik usullar:

Umumiy va biokimyoviy qon tahlillari: Yallig'lanish belgilari, kamqonlik, vitaminlar va minerallar tanqisligini aniqlash.

- a) Qorin bo'shlig'i a'zolarining UTTsi: Jigar, o't pufagi, oshqozon osti bezi holatini baholash.
- b) Gastroskopiya (FGDS) va kolonoskopiya (kerak bo'lsa): Oshqozon-ichak traktining shilliq qavatini bevosita ko'rikdan o'tkazish va zarur bo'lganda biopsiya olish.
- c) Najas tahlillari: Disbakterioz, ovqat hazm qilish fermentlari yetishmovchiligini aniqlash.
- d) Helicobacter pylori testlari: Oshqozon yara kasalligi yoki gastritning sababini aniqlash uchun.

- e) Endokrin tizim tekshiruvi: Ba'zi hollarda qalqonsimon bez disfunktsiyasi ham til holatiga ta'sir qilishi mumkin.
- 3) Tilning shish holati.
 - a) Bemorning shikoyati ("lunj shilliq qavatida tishlarni izi bo'lishiga shikoyat") til shishining bilvosita belgisidir. Tilning kattalashishi, uning chetlarida tishlarning izlari (indentatsiyalar) paydo bo'lishi shishning yaqqol ko'rsatkichidir.
 - b) Tildagi shish sabablari: Ko'pincha oshqozon-ichak trakti kasalliklarida (ayniqsa, surunkali enterokolit, kolit), shuningdek, vitaminlar (ayniqsa, B guruh vitaminlari) yetishmovchiligi, endokrin buzilishlar (gipotireoz), buyrak kasalliklari, allergik reaksiyalar yoki ba'zi dori-darmonlarni qabul qilish natijasida yuzaga kelishi mumkin.
 - c) Diagnostikasi: Yuqorida aytilgan Mak-Klyura – Oldrich sinamasi (teri ichiga gidratatsiya testi) yashirin shishni aniqlashda yordam berishi mumkin, bunda suyuqlikning so'rilish vaqti qisqaradi.

Vaziyatli masala №10

25 yoshlik bemor milklarining qonashiga, rangi o'zgarganiga, shishganligiga shikoyat qiladi. Tish tozalashga qiynaladi. Ob'yektiv: bemor sust, kuchsiz, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida. Lunj, lab giperemiyalangan, shishgan, ko'kargan. Tekkanda qonaydi. Barcha tishlarda yumshoq qorayish kuzatiladi.

1. Bemor qaysi umumiy kasallik bilan og'riydi? (yurak-tomir)

Berilgan ma'lumotlarga ko'ra, yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rikanligi taxmin qilinadi, chunki milk qonashlari va shilliq qavatidagi o'zgarishlar ba'zida bu turdagi kasalliklarning belgilari bo'lishi mumkin. Ammo aniq tashxis uchun qo'shimcha tekshiruvlar talab qilinadi.

2. Og'iz bo'shlig'i gigiyenasi holati indekslar yordamida aniqlanadi:

a) Fedorova-Volodkina: Bu indeks umumiy og'iz bo'shlig'i gigiyenasini baholash uchun ishlatiladi. Bemorning holati (tishlarda yumshoq qorayish) ushbu indeksni qo'llash uchun asos bo'lishi mumkin.

b) RMA (Russell's Periodontal Index): Bu indeks milklarning yallig'lanish darajasini aniqlash uchun qo'llaniladi. Milkning qonashi, shishishi va rangi o'zgarishi bu indeksdan foydalanishni talab qiladi.

c) Sandler va Stahl indeksi: Bu indeks ham milkning qonashini baholash uchun ishlatiladi.

3. Yurak-tomir patologiyasini davolashda qo'llaniladi:

Umumiy davo, sanatsiya, parodont davosi: Bu eng to'g'ri va keng qamrovli yechimdir. Yurak-tomir kasalliklarida og'iz bo'shlig'i sog'lig'i muhim ahamiyatga ega, shuning uchun ham umumiy davo (asosiy kasallikni boshqarish), ham og'iz bo'shlig'ining sanatsiyasi (karies va boshqa infeksiya o'choqlarini bartaraf etish), ham parodont davosi (milk va parodont to'qimalarining davolash) birgalikda olib borilishi kerak.

Vaziyatli masala №11

Bemor shikoyati: tili g'alati rangda ekanligidan, so'zi bo'yicha 3 yil mobaynida til ostiga nitroglitserin qo'ygan. Anamnezidan: bemor umumiy ahvoli yaxshilanganda til rangi va kattaligi normallasadi, lunjlar shikastida uzoq bitmaydigan yaralar paydo bo'ladi. Ob'yektiv: tilda yoriqlar, ipsimon va qo'ziqorinsimon surgichlarning giperplaziyasi kuzatiladi. Til shishi rang o'zgarishi bilan birgalikda kechadi. Lunjning shilliq qavatida tishlar izlari ko'rinadi. Tishlarda karies va uning asoratlari kuzatiladi.

1. Bemor qaysi umumiy kasallik bilan og'riydi? (yurak-qon tomir)

Bemorning nitroglitserin qabul qilishi, til holatining umumiy ahvolga bog'liqligi va lunjlardagi bitmaydigan yaralar yurak-qon tomir kasalliklari, xususan, stenokardiya yoki yurak ishemik kasalligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Nitroglitserin yurak og'rig'ini yengillashtirish uchun keng qo'llaniladi.

2. Trofik yaralar ko'rinishi qanday (chetlari notekis, tubi kulrang-oqish nekrotik qorayish bilan qoplangan, yallig'lanish jarayoni ifodalanmagan)

Ha, to'g'ri. Yurak-qon tomir kasalliklari, ayniqsa qon aylanishining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan holatlarda, trofik yaralar odatda chetlari notekis, tubi kulrang-oqish

nekrotik qorayish bilan qoplangan va yallig'lanish jarayoni ifodalanmagan bo'ladi. Bu ularning qon ta'minoti buzilishi natijasida yuzaga kelishini ko'rsatadi.

3. Davolashda sizning taktikaniz. (umumiy, og'iz bo'shlig'i sanatsiyasi)
Davolash taktikasida ham umumiy davo (asosiy yurak-qon tomir kasalligini boshqarish), ham og'iz bo'shlig'i sanatsiyasi (karies, uning asoratlari va infektsiya o'choqlarini davolash) muhim ahamiyatga ega. Umumiy holat yaxshilanganda og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar ham kamayishi mumkin.

Vaziyatli masala №12

Terapevtik stomatologiya klinikasiga bemor pufakchalar va og'riqli yarachalar borligi bilan shikoyat qilib keldi. Ob'yektiv: 37;36 tishlar – karies, 46 – pulpit, 47 – ildiz. Til yon yuzalari va lunjlar shilliq qavatida gemorragik tarkibli, kattaligi 0.3 x 0.4 sm yaralar, hamda oq qorayish bilan qoplangan erozilar mavjud. O'rta daraja og'irlikdagi generallashgan parodontit kuzatiladi. Anamnezida – gipertonik kasallik va ateroskleroz.

1. Bemor qaysi umumiy kasallik bilan og'riydi? (yurak-qon tomir)
Bemorning gipertonik kasallik (yuqori qon bosimi) va ateroskleroz anamnezi borligi uning yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'riydiganligini tasdiqlaydi. Bu kasalliklar og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar, xususan, gemorragik yaralar va eroziyalarning paydo bo'lishiga ta'sir qilishi mumkin.

2. Yurak-qon tomir patologiyasida erozilar yuzasidan olingan surtmalarda aniqlanadi. (periferik qon elementlari)
Ha, to'g'ri. Yurak-qon tomir kasalliklarida, ayniqsa qonning ivish tizimi yoki qon tomir devorlari bilan bog'liq muammolar mavjud bo'lsa, eroziyalar yuzasidan olingan surtmalarda periferik qon elementlari (eritrotsitlar, leykotsitlar, trombotsitlar) aniqlanishi mumkin. Bu qon ketishining va qon tomir patologiyasining belgisi bo'lishi mumkin.

3. Davolashda sizning taktikaniz. (umumiy, og'iz bo'shlig'i sanatsiyasi)
Bu holatda ham davolash taktikasi umumiy davo (asosiy gipertoniya va aterosklerozni nazorat qilish) hamda og'iz bo'shlig'i sanatsiyasini (karies, pulpit,

ildiz qoldig'ini davolash, parodontitni davolash, yaralar va eroziyalarni mahalliy davolash) o'z ichiga oladi. Umumiy kasallik nazorat qilinmasa, og'iz bo'shlig'idagi muammolar qaytalanishi yoki yomonlashishi mumkin.

Vaziyatli masala №13

44 yoshli bemor til va lunj sohalarida achishish va metall ta'mini sezish shikoyatlari bilan shifokorga murojaat qildi. Ko'rikda: og'iz bo'shlig'i shilliq qavati giperemiyalangan, shishgan, har xil metallar – oltin, po'lat va titandan ko'priksimon protezlari bor.

1. Dastlabki tashxis qo'ying.
2. Sizning taktikangiz.

Vaziyatli masala №14

Bemor, 58 yoshli ayol, ikki tomonlama shirin, nordon, sho'r va achchiq ta'surotlarga ta'm bilishi buzilishiga shikoyat qiladi. Obektiv holat: bemorning teri rangi me'yorda, tilning shilliq qavati epiteliyi ko'p joylarda ko'chgan. Bemorda oshqozon yarasi borligi aniqlandi.

1. Dastlabki tashxis qo'ying.
2. Sizning taktikangiz.

Vaziyatli masala №15

Bemor labi, tili va lunjning shilliq qavati qurishiga, so'zlashda va ayniqsa, ovqat yeganda qiynalishiga shikoyat qiladi. Og'zidan noxush hid keladi. Obektiv ko'rikda: bemorning holati o'rta og'ir, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, labda, tilning yon tomonlarida va lunj shilliq qavati quruq, yaltiroqligi yo'qolgan. So'lak kam, tish toshi va karashlari ko'p miqdorda. Anamnezdan nur terapiyasini qabul qilgani aniqlandi.

1. Dastlabki tashxis qo'ying.

2. Sizning taktikangiz.

Vaziyatli masala №16

Bemor soʻlagi koʻpligiga, yutishi sekinlashganiga shikoyat qiladi. Anamnezda bemorda boshidan kechirgan kasalliklardan insult kasalligi mavjud. Obektiv holatda: ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavati och-pushti rangda, patologik oʻzgarishlar yoʻq. Soʻlakning miqdori koʻp. Yutinish reaksiyasi qiyin kechadi.

1. Dastlabki tashxis qoʻying.
2. Sizning taktikangiz.

Vaziyatli masala №17

44 Yoshli bemor til va lunj soxalarida achishish va metall tamini sezish shikoyatlari bilan shifokorga murojaat kildi. Kurikda : OBSHK giperimiyalangan , shishgan ,xar xil metallar – oltin ,pulat va titandan kupriksimon protezlari bor.

- 1.Dastlabki tashxis qoʻying.
- 2.Sizning taktikangiz

Vaziyatli masala №18

Bemor, 58 yoshli ayol, ikki tomonlama shirin, nordan, shoʻr va achchiq taʼsurotlarga taʼm bilishi buzilishiga shikoyat qiladi. Obyektiv holat: bemorgning teri rangi meʼyorda, tilni shilliq qavati epiteliysi koʻp joylarda koʻchgan. Bemorda oshqozon yarasi borligi aniqlandi.

- 1.Dastlabki tashxis qoʻying.
- 2.Sizning taktikangiz

Vaziyatli masala №19

Bemor labi, tili va lunjni shilliq qavati qurishiga, soʻzlashda va ayniqsa, ovqat yeganda qiynalishiga shikoyat qiladi. Ogʻzidan nohush xid keladi. Obyektiv koʻrikda: bemorning holati oʻrta ogʻir, OBSHQda, labda, tilning yon tomonlarida va

lunj shilliq qavati quruq, yaltiroqligi yo‘qolgan. So‘lak kam, tish toshi va karashlari ko‘p miqdorda. Anamnezdan nur terapiyani qabul qilgani aniqlandi.

1. Dastlabki tashxis qo‘ying.

2. Sizning taktikangiz

Vaziyatli masala №20

Bemor so‘lagi ko‘pligiga, yutishi sekinlashganiga shikoyat qiladi. Anamnezda bemorda boshidan kechirgan kasalliklardan insult kasalligi mavjud. Obyektiv xolatda: OBSHQ och-pushti rangda, patologik o‘zgarishlar yo‘q. So‘lakni miqdori ko‘p. Yutinish reaksiyasi qiyin kechadi.

1. Dastlabki tashxis qo‘ying.

2. Sizning taktikangiz

Testlar

1. Yurak-qon tomir patologiyali bemorlarda odatda aniqlanadi:

- A. sianoz*
- B. og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati oqish-pushti rangda
- C. surtmalarda akantolitik hujayralar mavjudligi
- D. surtmalarda gigant ko‘p yadroli hujayralar
- E. oqish treponema

2. Gipertonik kasallikda gemorragik pufakchalar saqlamaydi:

- A. akantolitik hujayralarni*
- B. eritrotsitlarni
- C. leykotsitlarni

D. qon zardobini

E. bazofillarni

3. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatini Vud nurlarida tekshirish nomlanadi:

A. lyuminessent diagnostika*

B. Mak-Klyura-Oldrich sinamasi

C. sialografiya

D. gistamin sinamasi

E. allergologik sinama

4. Epitelizatsiyani tezlashtirish uchun qo‘llaniladi:

A. keratoplastiklar*

B. fermentlar

C. antibiotiklar

D. gormonlar

E. antiseptiklar

5. Ko‘pincha gemorragik pufakchalar qaysi soha shilliq qavatida paydo bo‘ladi:

A. lunjda*

B. tanglayda

C. labda

D. yutqinda

E. tilda

6. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati zamburug‘li kasalliklari davolanadi:

A. fungistatik vositalar bilan*

B. gormonlar bilan

C. sitostatiklar bilan

D. fermentlar bilan

E. antibiotiklar bilan

7. Gemorragik pufakchalar paydo bo‘ladi:

- A. qon bosimi ortganda*
- B. qon bosimi pasayganda
- C. tana haroratining ortishi
- D. qonda leykotsitlar sonining ortishi
- E. qonda eritrotsitlar sonining ortishi

8. Og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasi qaysi indeks yordamida aniqlanadi:

- A. Fyodorova-Volodkina*
- B. RMA
- C. Ramfyer
- D. keratinizatsiya
- E. Sandler va Shtal

9. Qon-tomir sindromini davolashda asosiy e‘tibor qaratiladi:

- A. asosiy kasallikka*
- B. bemorning yoshiga
- C. millatiga
- D. teri rangiga
- E. tana tuzilishiga

10. Og‘ir yarali-nekrotik o‘zgarishlar og‘iz shilliq qavatida qachon aniqlanadi:

- A. qon aylanishining II – III darajali buzilishida*
- B. qon aylanishining I darajali buzilishida
- C. sog‘lom organizmda
- D. kariesda
- E. periodontitda

11. Yurak-qon tomir kasalliklari patologiyasida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatini davolashga nimalar kiradi:

- A. umumiy davo*
- B. sanatsiya*
- C. parodont kasalliklarini davolash*
- D. krioqirurgiya
- E. ximioterapiya
- E. angiografiya

12. Trofik yaralar ifodalanadi:

- A. chetlari notekis*
- B. oqish-kulrang nekrotik qoplama bo‘lishi*
- C. yallig‘lanish reaksiyasi yo‘qligi*
- D. chetlari yirtilgan
- E. qizil go‘sht rangli
- F. asosida infiltrat bor

13. Trofik yara qiyosiy tashxislanadi:

- A. travmatik yaralar*
- B. qon kasalliklarida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati nekrozi*
- C. sil yaralari*
- D. angioma
- E. gemangioma
- F. limfangioma

14. Yara yuzasi mikroskopik tekshirilganda aniqlanadi:

- A. surunkali yallig‘lanish o‘chog‘i*
- B. to‘qima nekrozi*
- C. qon-tomir va nerv tolalari o‘zgarishlari*
- D. epiteliy deskvamatsiyasi

- E. gematomalar
- F. limfangioma

15. Yurak-qon tomir kasalliklarida ogʻiz shilliq qavatida aniqlanadi:

- A. tilda yoriqlar*
- B. til soʻrgʻichlarining shishi va giperplaziyasi*
- C. ogʻiz shilliq qavatining sianozi*
- D. til burmalari
- E. rombsimon til
- F. qora sochli til

16. Vitamin B1 - tiaminning kunlik zarurati qanchani tashkil etadi:

- A. 1.5-3.0 mg *
- B. 0.5-1.0 mg
- C. 10-15 mg
- D. 5-10 mg
- E. 40-45mg

17. Vitamin B2 riboflavinning kunlik zarurati qanchani tashkil etadi:

- A. 2.0-3.5 mg
- B. 10-15 mg
- C. 5-10 mg
- D. 20-30 mg
- E. 45-50mg

18. Vitamin PP - nikotin kislotasining kunlik zarurati qanchani tashkil etadi:

- A. 15-20 mg*
- B. 1-2 mg
- C. 30-40 mg
- D. 0.1-0.2 mg

E. 23-34mg

19. Vitamin B6 - piridoksinning kunlik zarurati qanchani tashkil etadi:

A. 2-4 mg *

B. 15-20 mg

C. 30-40 mg

D. 0.01-1 mg

E. 40-50mg

20. Vitamin B12 - siankobolaminning kunlik zarurati qanchani tashkil etadi:

A. 2-4- mg*

B. 15-20mg

C. 0.01-1mg

D. 30-40 mg

E. 60-70mg

21. Vitamin C - askorbin kislotasining kunlik zarurati qanchani tashkil etadi:

A. 70-100mg *

B. 15-20mg

C. 0.01-1 mg

D. 30-40 mg

E. 25-30mg

22. Vitamii B5 - kalsiy pantotenat kunlik zarurati qanchani tashkil etadi:

A. 10-12 mg *

B. 0.01-1 mg

C. 30-40 mg

D. 100-150 mg

E. 50-60mg

23. Vitamin A - retinolning kunlik zarurati qanchani tashkil etadi:

- A. 1,5 mg*
- B. 15 mg
- C. 10 mg
- D. 0.01 mg
- E. 15mg

24. Vitamin E - tokoferol atsetat-kuchli antioksidantning kunlik zarurati tashkil etadi:

- A. 10-30 mg *
- B. 0.01-1 mg
- C. 40 mg
- D. 100-150 mg
- E. 55mg

25. Vitamin B1 tanqisligida rivojlanadi:

- A. beri - beri*
- B. skorbut
- C. singa
- D. Adisson - Birmer anemiyasi
- E. Miller glossiti

26. Vitamin C tanqisligida rivojlanadi:

- A. singa*
- B. beri- beri
- C. pellagra
- D. Miller glossiti
- E. yuz nervi nevriti

27. Vitamin PP etishmovchiligida rivojlanadi:

- A. pellagra*
- B. beri- beri
- C. singa
- D. skorbut
- E. makroxeylit

28. Vitamin E buyuriladi:

- A. eroziyalarda*
- B. gipersalivatsiya
- C. qora til
- D. glandulyar xeylit
- E. giposalivatsiya

29. Organizmda vitaminlarga ko‘proq muxtojlik seziladi:

- A. fizik zo‘riqishlarda*
- B. kislorod yetishmovchiligida*
- C. asab va ruxiy zo‘riqishda*
- D. glandulyar xeylitda
- E. kandidozda
- J. eshekemida

30. Xomilador ayollarda vitaminlarga qo‘proq extiyoj bo‘ladi:

- A. askorbin kislota*
- B. kalsiferol*
- C. vitamin B12*
- D. vitamin D
- E. vitamin K
- J. vitamin PP

31. Itsenko–Kushinga kasalligida buyrak usti bezlarining gipofunksiyasi natijasida A.rivojlanadi;

- B. jagʻ suyaklari osteoporozi*
- V. terida petexiyalar
- C. qonda gemoglobin kamayishi
- D. ogʻiz qurishi
- E. ogʻiz boʻshligʻida abscesslar

32. Gipoterioz miksedema uchun xos belgi:

- A. taʼm bilishni buzilishi*
- B. kandidoz
- C. makroxeylit
- D. ogʻiz boʻshligʻi kuyishi
- E. ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavatida abscesslar

33. Addison kasalligi surunkali buyrak usti bezlari faoliyati yetishmasligida kuzatiladi:

- A. terining ochiq qismlarini pigmentatsiyasi*
- B. terida oʻzgarishlar kuzatilmaydi
- C. ogʻiz boʻshligʻida oʻzgarishlar yoʻq
- D. kandidoz
- E. gipersalivatsiya

34. Endokrin kasalligida ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavatini davolash:

- A. ogʻiz boʻshligʻini sanatsiyasi*
- B. parxez
- C. krioxirurgiya
- D. vitamin V5 applikatsiyasi
- E. keratolitik koʻllash

35. Qandli diabet fonidagi kandidozda ogʻiz boʻshligʻidagi oʻzgarishlar:

- A. ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavatini qurishi*

- B. og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati kuyishi
- C. og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida og‘riq
- D. og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida o‘zgarishlar kuzatilmaydi
- E. gipersalivatsiya

36. Molochnitsa (kandidoz) kimlarda ko‘proq uchraydi:

- A. chaqaloqlarda*
- B. anemiyada
- C. gipertoniklarda
- D. uy bekalarida
- E. gipotoniklarda

37. Itsengo–Kushinga kasalligida kandidoz taqqoslanadi:

- A. OIV infeksiyasi bilan*
- B. til nervini nevriti bilan
- C. qizil yassi temiratki bilan
- D. allergiya bilan
- E. ko‘p shaklli ekssudativ eritenma bilan

38. Qandli diabetda kandidoz taqqoslanadi:

- A. leykoplakiya bilan*
- B. allergiya bilan
- C. ximik travmalar bilan
- D. qattiq shankr bilan
- E. gummoz zaxm bilan

39. Itsenko-Kushingo kasalligida bemor shikoyati:

- A. og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati shishi*
- B. tishlar chiqishi kechikkan
- C. qovoqlar shishi

D. tana vaznini oshishi

E. shikoyat yo'k

40. Qandli diabetda bemor shikoyati:

A. nordon ovqat yeganda og'zi achishishiga*

B. og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini kuyishiga

C. bosh og'rig'iga

D. og'riqsiz

E. shikoyat yo'q

41. Qandli diabet fonidagi kandidozda maxalliy davolashda qo'llaniladi:

A. levorin *

B. aspirin

C. naftizin

D. analgin

E. sanorin

42. Qandli diabetda qonda qand miqdori yuqori bo'lganda til yuzasida kuzatiladi:

A. til yuzasida yoriqlar *

B. til yuzasi kuyishi

C. tilda kulrang xoshiya

D. tilda ipsimon so'rg'ichlarning chuqur deskvamatsiyasi

E. nurlanish

43. Itsenko-Kushinga kasalligida buyrak usti bezlarining gipofunksiyasi natijasida rivojlanadi:

A. jag suyaklarini osteoporozi*

B. og'iz bo'shlig'ini shilliq qavatini shishi*

C. makroxeylit*

- D. terida petexiyalar
- E. og‘iz qurishi
- J. qonda gemoglobin kamayishi

44. Miksedema uchun xos belgi:

- A. ta'm bilishni buzulishi*
- B. bo'yin soxasida gullagan karies*
- C. daxon soxasining kichikligi*
- D. kandidoz
- E. makroxeilit
- J. og‘iz bo‘shlig‘ini shilliq qavatini kuyish

45. Addison kasalligida surunkali buyrak usti bezlarining faoliyati yetishmasligida kuzatiladi:

- A. terining ochiq kislmlari pigmentatsiyasi*
- B. teri bronza tusga kiradi*
- C. og‘iz bo‘shlig‘ini shilliq qavatini kizil ko‘kish rangda*
- D. terida o‘zgarish kuzatilmaydi
- E. og‘iz bo‘shlig‘ida o‘zgarish yo‘q
- J. kandidoz

46. Endokrin kasalligida stomatolog taktikasi:

- A. og‘iz bo‘shlig‘ini shilliq qavatini sanatsiyasi*
- B. og‘iz bo‘shlig‘i gigienasini o‘rgatish*
- C. parhez buyurish*
- D. keratoliklar qo‘llash
- E. ishdan chetlashtirish
- J. vitamin V5-applikatsiyasi

47. Qandli diabet kandidozida og‘iz bo‘shlig‘ini shilliq qavatini o‘zgarishlari:

- A. og‘iz bo‘shlig‘ini qurishi*

- B. og'iz bo'shlig'ini shilliq qavatida oqish karash*
- C. og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida karash olingandan so'ng eroziya kuzatiladi*
- D. og'iz bo'shlig'ini shilliq qavatini kuyishi
- E. pufaklar
- J. o'zgarishlar kuzatilmaydi

48. Qandli diabet kandidozi kimlarda uchraydi:

- A. chaqaloqlarda*
- B. keksa yoshdagilarda*
- C. nazoratsiz antibiotiklarni qabul qilganlarda *
- D. anemiyada
- E. gipertoniklarda
- J. o'y bekalarida

49. Itsenko-Kushinga kasalligidagi kandidoz taqqoslanadi:

- A. OIV infeksiya bilan*
- B. qizil yassi temiratki bilan*
- C. leykoplakiya bilan*
- D. til nervi nevriti bilan
- E. allergiya bilan
- J. glossalgiya bilan

50. Qandli diabetda kandidoz taqqoslanadi:

- A. leykoplakiya bilan*
- B. glossit bilan*
- C. qizil yassi temiratki bilan *
- D. allergiya bilan
- E. kimeviy travmalar bilan
- J. qattiq shankr bilan

51. Itsenko-Kushinga kasalligida bemor shikoyati:

- A. og‘iz bo‘shlig‘ini shilliq qavatini shishi*
- B. uzoq kechuvchi jarayon*
- C. milkni rangi o‘zgarishi*
- D. tishlar chiqishi kechikishi
- E. qovoqlar shishi
- J. tana vaznini ortishi

52. Qandli diabetda bemor shikoyati:

- A. nordon ovqat yeganda og‘iz bo‘shlig‘ida achishish*
- B. til yuzasi quruq*
- C. tishlar qimirlashi*
- D. tishlar chiqishi kechikishi
- E. qovoqlar shishi
- J. tana vaznini ortishi

53. Qandli diabet kandidozida maxalliy davolash uchun qo‘llaniladi:

- A. nistatin*
- B. levorin*
- C. dekamin*
- D. aspirin
- E. naftizin
- J. analgin

54. Qandli diabetda qonda qand miqdori yuqori bo‘lganda til yuzasidagi o‘zgarishlar:

- A. til yuzasida yoriklar paydo bo‘lishi*
- B. til quruq*
- C. til yuzasi kulrang karash bilan qoplangan*
- D. til yuzasi kuyishi

E. tilda kulrang xoshiya

J. til epiteliysini chuqur deskvamatsiyasi

55. Itsenko-Kushinga kasalligida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida uzgarishlar:

A. og‘iz bo‘shlig‘ini shilliq qavatini shishi*

B. til usti giperkeratozi*

C. tilda achishish

D. og‘iz bo‘shlig‘ini shilliq qavatini kuyishi

1. Sekretor yetishmovchilik bilan kechadigan gastritda tavsiya etilmaydi:

A. uglevodli parxez*

B. xom sut

C. sharbat

D. nordon sut mahsulotlari

E. suzma

56. Gipoplastik glossitda tilni ko‘rinishi :

A. hajmi kichik, karash yo‘q *

B. so‘rg‘ichlari yaxshi rivojlangan, til quyuq karash bilan qoplangan, shishgan

C. so‘rg‘ich atrofiyaga uchragan, tiniq dog‘ va chiziqlar bor

D. so‘rg‘ich atrofiyaga uchragan, tiniq qizil rangda

E. ba’zi bir qo‘ziqorinsimon so‘rg‘ichlarning gipertrofiyasi

57. Mak-Klyura-Oldrich sinamasida aniqlanadi:

A. tilning shishli holati*

B. ta’m sezgisi

C. mikrob peyzaji

D. lizotsim aktivligi

E. T- va V-limfotsitlar

58. Aftalarning epitelizatsiyasi uchun qo‘llaniladi:

- A. keratoplastiklar*
- B. fermentlar
- C. antibiotiklar
- D. gormonlar
- E. antiseptiklar

59. So'rg'ichlarning atrofiyasida tildagi karash:

- A. yorqin ifodalangan*
- B. yo'q yoki kuchsiz ifodalangan
- C. ko'p miqdorda
- D. g'ovaksimon, suzmaga o'xshagan
- E. zich, to'q rangda

60. Gistoglobulin yuboriladi:

- A. teri ostiga*
- B. mushak ichiga
- C. vena ichiga
- D. arteriya ichiga
- E. teri ichiga

61. Aftani epitelizatsiyasida qo'llaniladi:

- A. karotolin*
- B. terrilitin
- C. linkomitsin
- D. deksametazon
- E. furatsilin

62. Tildagi yashirin shish borligi aniqlanadi:

- A. Mak-Klyura-Oldrich sinamasi*
- B. Kulajenko sinamasi

- C. rentgenologik usul
- D. lyuminessent sinamasi
- E. gistamin sinamasi

63. Shilliq qavatning sariqligi kuzatiladi:

- A. Botkin kasalligida*
- B. Adisson-Birmer kasalligida
- C. Bexchet kasalligida
- D. Setton stomatitida
- E. Bouen kasalligida

64. Oshqozon-ichak patologiyasini umumiy davolashda qaysi maxsus boʻlmagan sensibilizatsiyalovchi preparat qoʻllaniladi:

- A. gistoglobulin*
- B. siprolet
- C. lidokain
- D. mepivakain
- E. analgin

65. Oshqozon- ichak patologiyasida aftanig koʻrinishi:

- A. fibrinoz karash bilan qoplangan*
- B. goʻsht qizil rangda
- C. nekrotik karash bilan qoplangan
- D. suzmasimon karash bilan qoplangan
- E. silliq, yaltiroq yuzali

66. Afta bu:

- A. fibrinoz karash bilan qoplangan ovalsimon eroziya *
- B. epiteliyning hamma qavatidagi tubli va devorli nuqson
- C. chiziqli nuqson

D. qotgan ekssudat

E. zich xosila

67. Tilning ta'm sezgisini aniqlashda ishlatiladigan usul:

A. til retseptorlarining funksional mobilligi*

B. Kulajenko usuli

C. rentgenologik usul

D. lyuminessent sinamasi

E. gistamin sinamasi

68. Kataral glossit, stomatit kuzatiladi:

A. yarali kasalliklarda*

B. kolitda*

C. enterokolitda*

D. qandli diabetda

E. avitaminoz

F. leykozda

69. Kserostomiya kuzatiladi:

A. yarali kasalliklarda*

B. gastritda*

C. qandli diabetda*

D. gepatitda

E. avitaminozda

F. xolitsistitda

70. Og'iz bo'shlig'ida karash hosil bo'lishida asosiy rol o'ynaydi:

A. og'iz suyuqligining tarkibi*

B. mikrob florasi*

C. og'iz bo'shlig'i gigiyenasi*

- D. qabul qilayotgan ovqatning rangi
- E. tilning kattalashishi
- F. og‘iz bo‘shlig‘ini relefi

71. Og‘iz bo‘shlig‘ida karash odatda uchraydi:

- A. gastritda*
- B. me‘da yarasida *
- C. o‘n ikki barmoqli ichakning yarasida *
- D. pulpitda
- E. periodontitda
- F. gipoplaziyada

72. Oshqozon-ichak kasalligida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatidagi o‘zgarishlarni patogenezi:

- A. shish*
- B. paresteziya*
- C. epiteliyning deskvamatsiyasi *
- D. giperkeratoz
- E. travma
- F. gematoma

73. Giperplastik glossitdagi til o‘zgarishlari:

- A. so‘rg‘ichlar yaxshi rivojlangan*
- B. til quyuq karash bilan qoplangan*
- C. til shishgan *
- D. so‘rg‘ich atrofiyaga uchragan, tiniq dog‘ va chiziqlar bor
- E. so‘rg‘ich atrofiyaga uchragan tiniq- qizil rangda
- F. ba’zi bir qo‘ziqorinsimon so‘rg‘ichlarning gipertrofiyasi

74. Oshqozon-ichak kasalligini davolashning asosiy maqsadi:

- A. stomatologik o'zgarishlarni yo'qotish*
- B. stomatologik o'zgarishlarni kamaytirish *
- C. bioximik ko'rsatmalarning normallashtirish*
- D. hamma simptomlarni yo'qotish
- E. to'liq davolanib ketishiga erishish
- F. oshqozon kislotasi sharbatini normalashtirish

75. Temir tanqisligi anemiyasi belgilari:

- A. til achishishi*
- B. ta'm sezishning buzilishi
- C. tildagi aftalar
- D. OBShQda qon quyilishlar
- E. yumshoq tanglayning shishi

76. Postgemorragik anemiyada og'iz bo'shlig'idagi doimiy belgi:

- A. lunjda tishlarning jipslashish chizig'i sohasida tish izlari*
- B. tilda aftoz toshmalar
- C. poligonal shakldagi eroziyalar
- D. OBShQning giperemiyasi
- E. karash bilan qoplangan eroziyalar

77. OBShQ kulrang-yashil tusda oqarganligi xos:

- A. yuvenil xlorozga*
- B. Addison-Birmer pernitsioz anemiyasi
- C. temir tanqisligi essentsial anemiyasi
- D. o'tkir leykoz
- E. surunkali mieloleykoz

78. Pernitsioz anemiyaning klassik sindromi:

- A. Gunter glossiti*

- B. «malinali» til
- C. koʻzlarning aftoz zararlanishi
- D. Melkerson-Rozental sindromi
- E. oshqozon-ichak sistemasining aftozli zararlanishi

79. Gunter glossiti simptomi:

- A. til yuganbasi sohasidagi aftalar*
- B. tiniq-qizil yalligʻlanish sohalari
- C. tildagi aftalar
- D. tildagi tish izlari
- E. til soʻrgʻichlari giperplaziyasi

80. Agranulotsitozda ogʻiz boʻshligʻini chayish uchun qoʻllaniladigan preparatlar:

- A. 0,02% furatsillin*
- B. 90% spirt
- C. 70% spirt
- D. burishtiruvchi moddalar
- E. antibiotiklar

81. Ogʻiz boʻshligʻida kuzatiladigan foliy-tanqisligi anemiyasiga xos:

- A. til va OBShQdagi tish izlari*
- B. laklangan til
- C. tildagi aftalar
- D. koʻp sonli karies
- E. tilda karashning mavjud emasligi

82. Leykoz tashxisini tasdiqlashda qon tahlilida aniqlanadi:

- A. leykozli blast hujayralari*
- B. eritrotsitlar

- C. eozinofillar
- D. trombositlar
- E. tayoqcha-yadroli leykotsitlar

83. Leykozni umumiy davosida qoʻllaniladi:

- A. sitostatiklar*
- B. antibiotiklar
- C. stimulyatorlar
- D. fiziomuolaja
- E. nosteroid yalligʻlanishga qarshi preparatlar

84. Agranulotsitozda qon tarkibida kuzatiladi:

- A. leykotsitlar soni keskin kamaygan*
- B. leykotsitlar soni keskin koʻpaygan
- C. trombositlar soni koʻpaygan
- D. qon quyulish vaqti qisqargan
- E. qon quyulgan

85. Agranulotsitozni mahalliy davolashda qoʻllash lozim:

- A. antiseptiklar*
- B. antibiotiklar
- C. kuydiruvchi moddalar
- D. biostimulyatorlar
- E. kvarts nurlantirish

86. Bemorda qon kasalligiga shubha boʻlsa uni yuborish lozim:

- A. gematologga*
- B. kardiologga
- C. nevropatologga
- D. immunologga

E. stomatologga

87. Verlgof kasalligida qonda kuzatiladi:

- A. trombositlar soni kamayishi*
- B. trombositlar soni ko'payishi
- C. leykotsitlar soni kamayishi
- D. leykotsitlar soni ko'payishi
- E. yetilmagan leykotsitlar mavjudligi

88. Verlgof kasalligida kuzatiladi:

- A. jgut siptomi musbat*
- B. qon ketish davri qisqargan
- C. qon quyulmasi tez hosil bo'ladi
- D. qon ketish kuzatilmaydi
- E. gistamin sinamasi musbat

89. O'tkir leykozda milk holati:

- A. siyrak*
- B. qonab turuvchi*
- C. yaralangan*
- D. zich
- E. shishgan
- F. kataral o'zgargan

90. O'tkir leykozni davolashda qo'llaniladi:

- A. sitostatiklar*
- B. kortikosteroidlar*
- C. antibiotiklar*
- D. anestetiklar
- E. antiseptiklar

F. ogʻriqsizlantiruvchi preparatlar

91. Ogʻiz boʻshligʻiga mahalliy antiseptik ishlov berishda qoʻllaniladi:

- A. 0.05% vodorod peroksid eritmasi*
- B. 1% furatsillin eritmasi*
- C. 0.05% xlorofillipt eritmasi*
- D. 1% novokain eritmasi
- E. 2% lidokain eritmasi
- F. 1% dikain eritmasi

92. Surunkali limfoleykozda gistologik oʻzgarishlar:

- A. shilliq osti qavatining shishi*
- B. shilliq osti qavatining toʻlaqlonligi*
- C. infiltratsiya*
- D. epiteliya desquamatsiyasi
- E. trofikaning buzilishi
- F. teleangiektaziya

93. Qon kasalligida umumiy davoni oʻtkazadi:

- A. gematolog*
- B. terapevt*
- C. stomatolog*
- D. gepatolog
- E. immunolog
- F. nevropatolog

94. Eritremiyaga xos:

- A. eritrotsitlar miqdorining koʻpayishi*
- B. gemoglobinning koʻpayishi*
- C. qon hajmining koʻpayishi*

- D. eritrotsitlar miqdorining kamayishi
- E. gemoglobinning kamayishi
- F. qon hajmining kamayishi

95. Giposalivatsiyada simpatik vositalaridan qoʻllaniladi:

- A. 0,5 - 1% li galantamin gidrobromid eritmasi *
- B. 1% li pilokarpin gidroklorid eritmasi *
- C. yod preparatlari *
- D. lizotsim
- E. glitserindagi borat eritmasi
- F. antibiotiklar

96. Giposalivatsiya koʻpincha qaysi soha qurishi bilan birga kuzatiladi:

- A. boshqa shilliq qavatlar *
- B. teri *
- C. til
- D. tovon

97. Soʻlak ajralishini buzilishi turlari:

- A. gipersalivatsiya *
- B. giposalivatsiya *
- C. neyrohumoral
- D. immunologik

98. Soʻlak ajralishini kuchayishiga sabab boʻluvchi omillar:

- A. vagotoniya *
- B. glistli invaziya *
- C. nevrozlar
- D. leykoplakiya

99. Ta'm bilish sezgisining buzilishi namoyon bo'ladi:

- A. butunlay ta'mning yo'qolishi bilan *
- B. ta'm bilishning pasayishi bilan *
- C. ta'm bilishning kuchayishi bilan *
- D. ta'm bilishning o'zgarishi *
- E. ba'zida ta'mning qisman yo'qolishi bilan
- F. og'izda metall ta'mi kelishi bilan
- G. og'iz bo'shlig'ining qurishi bilan
- H. achishish bilan

100. Giposalivatsiyaning klinik ko'rinishi:

- A. shilliq qavatning kam namlanishi *
- B. shilliq qavatning dag'allashishi *
- C. tishda ko'p sonli karies bo'lishi *
- D. mikrofloraning faol o'sishi *
- E. shilliq qavatning shishi
- F. shilliq qavat rangining o'zgarishi
- G. og'izda metall ta'mi kelishi
- H. shilliq qavatni shilinishi

GLOSSARIY/ГЛОССАРИЙ/ GLOSSARY

Afta – shilliq qavatning diametri 1-5 mm , oq-sarig‘ish karash bilan qoplangan va atrofida giperemiyalangan gardishi bor yumaloq yoki oval shakldagi yuza nuqsoni, yaralanishi.	Афты - поверхностные болезненные изъязвления слизистой оболочки, реже кожи, округлой формы, диаметром 1-5 мм, покрытые беловато-желтым налетом и окруженные красным ободком гиперемии.	Aphthae are superficial painful ulcers of the mucous membrane, less often of the skin, round in shape, 1-5 mm in diameter, covered with a whitish-yellow coating and surrounded by a red rim of hyperemia.
Aftoz stomatit – og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatning surunkali yallig‘lanishi, natijada vaqti vaqti bilan qaytarilib va remissiyada turuvchi aftalar paydo bo‘lishi.	Афтозный стоматит - хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующиеся возникновением афт, протекающие с периодическими обострениями и ремиссиями.	Aphthous stomatitis is a chronic inflammatory disease of the oral mucosa, characterized by the occurrence of aphthae, occurring with periodic exacerbations and remissions.
Gipersalivasiya – so‘lak bezlarisekresiyasini oshishi.	Гиперсаливация - увеличение секреции слюнных желез.	Hypersalivation is an increase in the secretion of the salivary glands.
Giposalivasiya - so‘lak bezlarisekresiyasini kamayishi yoki yo‘q bo‘lishi.	Гипосаливация - снижение секреторной функции больших и малых слюнных желез вплоть до ее прекращения.	Hyposalivation is a decrease in the secretory function of the major and minor salivary glands up to its cessation.
Gipersteziya – tish to‘qimalarini turli mexanik, ximikvaxaroratli ta’sirotlarga oshishi.	Гиперстезия - повышенная чувствительность тканей зуба к механическим, химическим и температурным раздражителям.	Hyperesthesia is an increased sensitivity of dental tissue to mechanical, chemical and temperature stimuli.
Glossit – yallig‘lanish oqibatida til to‘qimalarining patologik xolatga kelishi, ko‘pincha infeksiya tabiatlichaqirilgan bo‘lganda generallashgan stomatit ko‘rinishida, yoki organizmning boshqa kasalliklari simptomi bo‘lishi mumkin.	Глоссит - патологическое состояние тканей языка воспалительного характера, представляющее собой либо генерализованный стоматит, чаще инфекционной природы, либо симптом общего заболевания организма.	Glossitis is a pathological condition of the tissues of the tongue of an inflammatory nature, which is either generalized stomatitis, often of an infectious nature, or a symptom of a general disease of the body.
Kserostomiya - og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati va lablarning qurishi so‘lak bezlarini funksionalaktivlini pasayishidan kelib chiqadi.	Ксеростомия - сухость слизистой оболочки рта и губ вследствие снижения функциональной активности слюнных желез.	Xerostomia is dryness of the mucous membrane of the mouth and lips due to decreased functional activity of the salivary glands.
Nevralgiya – uch shoxlik nervning sezuv tolalarining zararlanishi oqibatida birinchi yoki uchinchi shoxlari bo‘ylab	Невралгия - поражение главным образом чувствительных нервов представляет собой	Neuralgia - damage mainly to sensory nerves is short-term (1-2 min.) or constant paroxysmal excruciating pain

tarqaluvchi qisqamuddatli (1-2 daq) yokidoimiyyuxurujsimon azob beruvchi og'riqlar ko'pincha vegetativbuzilishlar (yuz giperemiyasi, ko'z yosh va so'lak oqishi) bilan kechadi.	кратковременные (1-2 мин.) или постоянные приступообразные мучительные боли в зоне иннервации первой третьей ветвей тройничного нерва. Болевой синдром сопровождают вегетативные проявления (гиперемия лица, слезо- и слюноотечение).	in the innervation zone of the first third branches of the trigeminal nerve. The pain syndrome is accompanied by vegetative manifestations (facial hyperemia, lacrimation and salivation).
Nevrit – nerv tutamida periferik nervninganatomiko'zgarishi bilan kechadi, natijada funktsiya yoqolishi simptomlarini (atrofiya, mushak tonusi pasayishi, sezuvchanlik va reflekslarningparez va to'liq falaji) rivojlanishi.	Неврит - заболевание периферического нерва с выраженными анатомическими изменениями в нервных стволах. Выражены симптомы выпадения функций (атрофия, понижение мышечной силы, чувствительности и рефлексов) от парезов до полного паралича. .	Neuritis is a disease of the peripheral nerve with pronounced anatomical changes in the nerve trunks. Symptoms of loss of functions (atrophy, decreased muscle strength, sensitivity and reflexes) from paresis to complete paralysis are expressed .
Petexii – og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va shilliq osti qavati va teridagi mayda qon quyulishlar.	Петехии - мелкие точечные кровоизлияния в подслизистый слой слизистой оболочки полости рта или кожи.	Petechiae are small pinpoint hemorrhages in the submucosal layer of the oral mucosa or skin.
Pigmentasiya – melaninpigmenti og'iz bo'shlig'i shilliq qavati yokiterida eg'ilishi ularning rangi o'zgarishiga olib keladi.	Пигментация - изменение цвета слизистой оболочки или кожи вследствие отложения пигмента меланина.	Pigmentation is a change in the color of the mucous membrane or skin due to the deposition of the pigment melanin.
Rana – bu to'qimalarningmexanikzararlani shi natijasida teri, shilliq qavat, ko'zning shox qavati, sklera butunligi buzilishiyuzaga kelishi mumkin	Рана - это механическое повреждение тканей с нарушением целостности покровов (кожа, слизистая оболочка, склера, роговица).	Wound - this is mechanical damage to tissues with disruption of the integrity of the integument (skin, mucous membrane, sclera, cornea).
So'lak-tosh kasalligi – so'lak bezida tosh xosil bo'lganda rivojlanadi.	Слюнно-каменная болезнь - образование камней в слюнной железе.	Salivary stone disease is the formation of stones in the salivary gland.
Eroziya – tish to'qimalarini (emal, dentin) progresslanuvchi kamayishi.	Эрозия - прогрессирующая убыль тканей зубов (эмали и дентина) недостаточно выявленной этиологии.	Erosion is a progressive loss of dental tissue (enamel and dentin) of insufficiently identified etiology.

Adabiyotlar ro'yxati

1. Kamilov X.P. Ibragimova M.X., Taxirova K.A., Kadirbaeva A.A., Og'iz bo'shlig'iva lablar shilliq qavatining kasalliklari/ darslik 2022yil
2. Kamilov X.P., Axmedov K.R. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklari. O'quv kullanma. - Toshkent. Turon zamin ziyo. 2016 y.
3. Jean M. Bruch.Nathaniel S. Treister. Clinical Oral Medicine and Pathology. Springer International Publishing, 2016. 2- chi nashr. Amerika Qo'shma Shtatlari (AQSh). 2016y.
5. Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta : ucheb.-metod. posobie dlya studentov Tatyana Nikolaevna, Borisenko, Lyudmila Grigorevna, Semchenko, Irina Mixaylovna - Minsk : BGMU, 2022.
6. Bork K., Burgdorf V., Xede N. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari. 2020 yil- 389-450

MUNDARIJA

<u>Kirish</u>	3
<u>I. Oshqozon-ichak trakti (OIT) kasalliklarida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining o‘zgarishlari</u>	4
1. <u>Kron kasalligi</u>	7
2. <u>Jigar kasalliklari</u>	10
3. <u>Buyrak kasalliklari</u>	11
<u>II. Shilliq pardaning zararlanishi yurak-qon tomir patologiyasida ogiz bo‘shlig‘ida namoyon bo‘lishi</u>	12
4. <u>Ateroskleroz va gipertoniya kasalligi</u>	13
5. <u>Gemorragik angiomotoz</u>	15
<u>III. Qon va qon yaratuvchi a'zolar kasalliklarida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining o‘zgarishlari</u>	20
6. <u>Aplastik anemiya</u>	20
7. <u>Temir tanqisligi anemiyasi</u>	21
8. <u>Pernitsioz anemiya</u>	24
9. <u>Agranulotsitoz</u>	26
10. <u>Leykoz. O‘tkir leykoz</u>	28
11. <u>Surunkali leykoz</u>	32
12. <u>Eritremiya (Polisitemiya, Vakez kasalligi)</u>	34
13. <u>Trombotsitopenik purpura (Verlgof kasalligi)</u>	35
14. <u>Gemofiliya</u>	37
<u>IV. Endokrin kasalliklarida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining o‘zgarishlari</u>	40
15. <u>Qandli diabet</u>	41
16. <u>Miksidema</u>	44
<u>V. Gipo- va avitaminozlarda og‘iz shilliq qavati va lablarning qizil hoshiyasidagi o‘zgarishlar</u>	47
17. <u>Vitamin B1- tiamin</u>	48
18. <u>Vitamin C-askorbin kislotasi</u>	51
<u>VI. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatidagi o‘zgarishlar asab tizimi patologiyasi</u>	55
19. <u>Nazorat savollari</u>	63
20. <u>Vaziyatli masalalar</u>	64
21. <u>Testlar</u>	77
22. <u>Adabiyotlar ro'yxati</u>	105