

**И. Х. ҲАЛИЛОВ, О. С. ЙЎЛДОШХОНОВА, Х. Ш. РАҲМОНОВ,  
Ж. Р. АБДУЛЛАЕВ, Б. О. ХУДАНОВ**

---

**БОЛАЛАР ТЕРАПЕВТИК  
СТОМАТОЛОГИЯСИ ВА  
СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР  
ПРОФИЛАКТИКАСИ**

**ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА**

*Тўлдирилган ва қайта шиланган иккинчи нашири*

«SHARQ»  
НАШРИЁТ-МАТБАА  
АКЦИЈАДОРЛИК КОМПАНИЯСИ  
БОШИ ТАҲРИРИЯТИ  
ТОШКЕНТ  
2011

**Таърихчилар:**

**С. Н. Мақсудов**, Тошкент Шифокорлар малакасини ошириш институтининг Болалар стоматологияси ва ортодонти кафедраси мудири, профессор;  
**Х. П. Камиллов**, Тошкент Тиббиёт академиясининг Терапевтик стоматология кафедраси мудири, профессор;  
**Х. И. Ирсалиев**, Тошкент Тиббиёт академиясининг Ортопедик стоматология кафедраси мудири, профессор

**Ҳалилов, Иброҳим.**

Болалар терапевтик стоматологияси ва стоматологик касалликлар профилактикаси. Ўқув қўлланма И. Х. ҲАЛИЛОВ, О. С. ЙЎЛДОШҲОНОВА, Х. Ш. РАҲМОНОВ, Ж. Р. АБДУЛЛАЕВ, Б. О. ХУДАНОВ – тўлд. ва қайта ишл. 2-нашри. – Т. SHARQ 2011.

Қўлланмада болалар терапевтик стоматологиясида замонавий стоматологик ашёлар, асбоб-ускуналари, замонавий даволаш усуллари ва уларнинг клиник қўлланилишига оид маълумотлар кенг баён этилган.

Қўлланма икки қисмдан иборат бўлиб, бир қисмида Болалар терапевтик стоматологияси фани ёритиши керак бўлган, болалар ёшида учрайдиган оғиз бўшлиғи аъзолари касалликлари, уларнинг замонавий таснифи, клиник белгилари, таъхис қилиш усуллари ва даволаш чоралари ёритилган.

Иккинчи қисмида эса асосий стоматологик касалликлар профилактикаси комплекс чора-тадбирлари, уларни амалга ошириш усуллари, шифокорлар томонидан амалга ошириш керак бўлган муолажалар ва маърифат-тарғибот ишлари кенг баён этилган.

Қўлланма тиббиёт олий ўқув юртларининг стоматология факультети талабалари, магистрантлари, шифокор стоматологлар ва педагоглар учун мўлжалланган.

ISBN 978-9943-00-621-8

## СЎЗ БОШИ

Маълумки, тишлар кариеси ва пародонт касалликлари ер шарни аҳолиси ўртасида энг кўп тарқалган касалликлардан ҳисобланади ва уларни бартараф қилишга қаратилган сарф-харажатлар давлатлар иқтисодийётига сезиларли таъсир этади. Лекин, энг асосийси, бу касалликлар ўз асоратлари билан инсон саломатлигига путур стқазини мумкин.

Сўнги маълумотларга кўра, Ўзбекистон Республикаси ҳудудида, шаҳарда яшовчи болаларда кариес касаллигининг тарқалиши 6 ёшлилар орасида 87,76% ни, 12 ёшли болалар орасида 68,04% ни, шунга мос равишда кариес жадаллиги 3,96 ва 1,49 кўрсаткичларини ташкил этмоқда. Вояга етганлар ва катталар орасида (33-44 ёш) кариес тарқалиш кўрсаткичи 97,37% ни, жадаллик кўрсаткичи эса 8,37 га тенгдир. Қишлоқ шароитида яшовчи 6 ёшли болалар ўртасида кариеснинг тарқалиши 80,91%, унинг жадаллиги эса 3,3 ни, 12 ёшлиларда 66,2% ва 1,69 ни ташкил қилса, катта ёшдаги кишилар орасида бу кўрсаткичлар 93,8% ва 7,37% ни ташкил этади. Республикамизда кариес тарқалишининг ўртача кўрсаткичи 81,8% ни ташкил этса, пародонт касаллиги 12,3% дан (болаларда) – 53,7% ни (катталарда) ташкил қилар экан (С. Х. Юсупов, 1999 й).

Зикр этилганлар шуни кўрсатадики, Республикамиз ҳудудларида асосий стоматологик касалликлар анча кенг қўламда тарқалган бўлиб, уларнинг жадаллик даражаси ҳам анча юқори. Шуларни инобатга олган ҳолда Республикамиз ҳукумати болалар саломатлигини муҳофаза қилиш мақсадида ишлаб чиққан «Соғлом авлод» дастурида мазкур касалликлар профилактикаси ҳам ўз аксини топган.

Стоматологик касалликлар профилактикаси — бу оғиз бўшлиғи аъзолари, тишлар кариеси ва пародонт касалликларини, уларнинг ривожланишини комплекс тадбир чоралари ишлаб чиқиб тадбиқ қилиш асосида олдини олишдан иборатдир. Бугунги кунга келиб шу нарса маълум бўлдики, юқори малакали даволаш ишларини амалга ошириш билан кариес ва пародонт касалликларининг тарқалиши ва жадаллигини пасайтиришнинг иложи йўқ экан. Кариес ва пародонт касалликларининг кенг тарқалганлигини бугунги кунда ушбу хасталикларнинг этиологияси ва патогенези бирмунча ўрганилганлигини инобатга олинганда, уларни камайтиришнинг бирдан бир йўли мазкур касалликларни олдини олиш борасида самарали, оммавий усулларни қидириб топиш ва тадбиқ қилиш стоматологлар олдида турган асосий вазифа эканлиги кўринади.

Бутунжаҳон стоматологияси амалиёти маълумотига кўра, мамлакатларда самарали профилактик чора-тадбирлар мажмуини омма ўртасида дастур сифатида қўллаш ва шу асосида ишлар олиб бориш — юқорида келтирилган касалликларни сезиларли даражада камайишига сабаб бўлар экан. Энг асосийси, профилактика йўли билан тишлар саломатлигини яхшилаш, уларнинг касалликларини ва асоратларини даволаш йўли билан баргараф қилишдан 20 мартаба арзонга тушар экан.

Маълумки, тиш эмалида кечадиган минерал тузлар алмашинувининг динамик мувозанати бузилган тақдирда кариес хасталиги ривожланади. Кариес бошланишининг асосий белгиси ўчоқли деминерализация жараёни ҳисобланади ва бу жараён ўз вақтида аниқланса уни реминерализация чақирувчи препаратлардан фойдаланиб баргараф этиш мумкин.

Пародонт касалликларини ҳам ўрганиш профилактик тадбир чораларини самарали усулларини ишлаб чиқиб, уларни амалиётда қўллаш — бу касалликни олдини олиш, тарқалишини сезиларли даражада пасайтириш мумкинлигини кўрсатди.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотларига қараганда болалар ўртасида пародонт касаллигининг тарқалиши анча юқори бўлиб 70% ни ташкил қилар экан. Жумладан, булар ичида 80% — сурункали гингивитни, 10% — гипертрофик гингивитни ташкил қилса, 10% и — пародонтитларга тўғри келар экан. Пародонт хасталик мавжуд булган болаларнинг асосий қисмида оғиз бўшлиғи гигиенасининг пастлиги, тишлар қатори аномалияларининг мавжудлиги ва бошқа маҳаллий факторлар борлиги аниқланган.

Мазкур дарсликда болалар ўртасида учрайдиган нокариес касалликлари, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси касалликлари, кариес асоратлари, пародонт касалликларини баргараф қилиш комплекс чора-тадбирлари бирламчи ва иккиламчи профилактика тадбир чоралари сифатида талабаларга тақдим этилган.

**Бирламчи профилактика тадбир чоралари** — комплекс мажмуа бўлиб, касалликларнинг биринчи клиник белгилари пайдо бўлмасдан туриб тадбир этиш орқали хасталикларнинг олдини олишдир.

**Иккиламчи профилактика** — оғиз бўшлиғи санацияси бўлиб, мавжуд хасталикларни эрта аниқлаб, ўз вақтида малакали даволаш билан улар асоратларини олдини олишга қаратилган тадбир чораларидир.

Шулар инобатга олинган ҳолда, мазкур дарсликда болалар ўртасида кўп учрайдиган тишлар, пародонт, шиллиқ парда касалликларини намён бўлиши, клиник белгилари, ташхиси, қиёсий



ташҳиси, профилактикаси ва уларни даволашнинг замонавий усуллари баён килинган.

Дарслик бугунги кунда тасдиқланган давлат стандартлари ва дастурлари асосида ёзилган бўлиб тиббиёт институтлари, Стоматология факультети талабларига тўлиқ жавоб беради.

**Муаллифлар**

# I ҚИСМ. БОЛАЛАР ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯСИ

## I БОБ. СУТ ТИШЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШИ

Сут тишларининг ривожланиши (доимий тишлардан фарқли ўлароқ) тўрт даврни ўз ичига олади:

1. Тиш куртақларининг ҳосил бўлиши ва уларнинг жағ суяги алвеоласи ичидаги шаклланиш даври.

2. Ёриб чиққан тишлар илдизининг шаклланиш даври.

3. Сут тишларининг тўлиқ шаклланиш даври.

4. Сут тишлари илдизининг сўрилиш даври.

Доимий тишлар учун тўртинчи давр хос эмас.

Сут тишлари ҳомила ҳаётининг 5–6 ҳафтасидан бошлаб ривожлана бошлайди. Бунда оғиз тирқишининг юқори ва пастки юзаларида эпителий қалинлашиб, мезенхима қаватга ботиб киради. Ҳосил бўлган эпителиал тасмачалар (юқори ва пастки) ёй шаклида бўлиб, бўлажак альвеоляр ўсиқ, соҳасида жойлашади ва тишларнинг дастлабки куртақларининг ҳосил бўлишига сабаб бўлади.

Эпителиал тиш тасмачалари хужайрали гуруҳларга бўлиниб, ҳар бир бўлажак жағ соҳасида 10 тадан эпителиал эмаль аъзоларини (тиш куртақларининг дастлабки ҳолати) ҳосил қилади.



**1-расм. Тиш куртағи  
ривожланишининг дастлабки даври.**

1-кўп қаватли оғиз бўшлиғи эпителийси (бўлажак милк эпителийси);

2-эпителий тасмачаси; 3-эмаль орган пульпаси; 4-ҳосил бўлаётган дентин; 5-одонтобластлар қавати; 6-қон томирлар; 7-тиш сўрғичи; 8-эмаль органининг қирғоғи.

Ҳар бир эмаль аъзосининг ривожланиш жараёнида ташқи ва ички қават хужайралари ҳосил бўлади. Ҳосил бўлган ташқи қават хужайралари кубсимон, ички қават хужайралари эса цилиндр шаклига эга бўлиб, улар амелобластлар деб юритилади. Ташқи ва ички қават хужайралари ёйсимон бўлиб, учлари бир-бири билан туташади. Натижада эмаль аъзоси вужудга келади. Ҳосил бўлган ички ва ташқи

хужайралар қавати орасида жуда нозик тўрсимон тўқима — эмаль аъзосининг пульпаси, юлдузсимон хужайралар тўшлами шаклланади (1-расм).

Эмалнинг шаклланган эмаль аъзосининг кўксига (қадах бўшлиғига) қарама-қарши томондан мезенхима тўқимаси ўсиб кириб, тиш сўргичини ҳосил қилади. Кейинчалик мезенхима тўқимаси шаклланиб, тиш куртаги атрофини ўраб олади ва умумий тиш қопчиғи — фолликулани шаклантиради. Ҳосил бўлган тиш фолликуласи ўз ичига эмаль аъзосини ва тиш сўргичини олади.

Ривожланишнинг кейинги даврларида эмаль аъзосининг ички цилиндрсимон хужайралар қаватидан (амелобластлар) — эмаль, тиш сўргичининг четида жойлашган хужайралардан (одонтобластлар) — дентин, марказий қават хужайраларидан — тиш пульпаси шаклланади (2-расм)



**2-расм. Тиш қаттиқ тўқималарининг ҳосил бўлиши.**

1-энамелобластлар; 2-эмаль тўқимаси; 3-милк эпителийси; 4-дентин тўқимаси; 5-одонтобласт хужайралари; 6-эмаль органи қолдиғи; 7-тиш сўргичи (пульпаси).

Эпителиал тиш тасмаси ва куртаклари ҳомила ривожланиши даврида олдин пастки, кейин юқори жағ соҳасида пайдо бўлади. Олдинги тишлар куртаги пастки жағ соҳасида 7-ҳафтанинг, юқори жағ соҳасида эса 8-

ҳафтанинг охирида ҳосил бўлади.

Тиш куртаклари жағлар соҳасида алоҳида шаклланиб бўлгандан сўнг, уларни бирлаштириб турган тасмачалар сўрила бошлайди. Боланинг туғилиши пайтида улар ҳали тўлиқ сўрилишга улгурмайди. Баъзан истисно тариқасида тасмачалар маълум бир қисмининг сўрилмай қолиши эпителий марваридчалари ҳолида қайд қилинади.

Сут тишларининг минерал тузларга тўйиниш жараёни асосан ҳомила даврига тўғри келади. Дастлаб тиш сўргичининг чўққи қисмида дентин қатлами вужудга келади. Кейин эса эмаль ҳосил бўлиш жараёни кузатилади. Ҳомиланинг 17–20 ҳафталарида бошланган тиш қаттиқ тўқималарининг ҳосил бўлиш жараёни олдинги кўрак тишларда 14–18 ойларда тугалланса, чайнов тишларда 18–30 ойларда, қозик тишларда эса 22–36 ойларгача давом этади.



Сут тишлар илдизининг тўлиқ шаклланиши олдинги кўрак тишларда бола туғилгандан кейин 2 ёшгача, чайнов тишларида 4-4,5 ёшгача давом этади.

Бола туғилгандан кейин 6 ой ўтгач, биринчи сут тишлари милкни ёриб чиқа бошлайди. Сут тишларининг ёриб чиқиш муддати, илдизларининг шаклланиш ва сўрилиш муддатлари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Сут тишларининг чиқиш, шаклланиш ва сўрилиш муддатлари

| Тишлар | Чиқиш муддати, ой | Илдиз шаклланишининг тугаш йили | Илдиз сўрилишининг бошланиш йили |
|--------|-------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| I      | 6-8 ой            | 2 ёшда                          | 5 ёшдан                          |
| II     | 8-12 ой           | 2 ёшда                          | 6 ёшдан                          |
| IV     | 12-16 ой          | 4 ёшда                          | 7 ёшдан                          |
| III    | 16-20 ой          | 5 ёшда                          | 8 ёшдан                          |
| V      | 20-30 ой          | 4 ёшда                          | 7 ёшдан                          |

Шундай қилиб, 2,5-3 ёшли боланинг оғиз бўшлиғида сут тишлар қатори тўлиқ шаклланади ва улар куйидаги клиник тиш формуласи ёрдамида ифодаланади:

$$\frac{V \text{ IV III II} \quad | \quad I \text{ II III IV V}}{V \text{ IV III II} \quad | \quad I \text{ II III IV V}}$$

Бундан кўриниб турибдики, сут тишлари клиник формулада доимий тишлардан фарқли ўларок, араб рақамлари билан эмас, балки рим рақамларида ўз ифодасини топган.

Сут тишлари ёриб чиқиши билан уларнинг суяк альвеоласи ичидаги ривожланиш даври тугайди ва иккинчи — илдиз шаклланиш даври бошланади. Тиш илдизи асосан бола туғилганидан кейин шакллана бошлайди. Бу жараён тишлар чиқиш пайтидан бошланиб, бир неча йил давом этади.

Учинчи давр — бу тўлиқ шаклланган сут тишларининг фаолият даври бўлиб, ўртгача 2 йил давом этади. Бу давр сўнггида тиш илдизининг сўрилиш даври, яъни тўртинчи давр бошланади. У ўз навбатида ўртгача 3-5 йил, сут тиши тушиб кетгунча давом этади.

## 1.1. Сут тишларининг анатомияси ва физиологияси

Сут тишларининг умумий тузилиши доимий тишлар тузилишига ўхшасада, баъзи бир хусусий белгилари билан улардан фарқ қилади. Сут тишлари доимий тишлардагидек тож-тож, бўйин ва илдиз қисмларидан иборат. Сут тишлари ўз ўлчамлари билан доимий тишлардан бир қадар кичикдир. Айниқса, уларнинг тож қисмида бу фарқ яққол намоён бўлади. Сут тишларининг илдизлари нисбатан узунроқ бўлади. Доимий тишларга нисбатан сут тишларининг тож қисми пастроқ ва энига кенгроқ бўлади. Маълумотларга қараганда, доимий тишларда тож қисми ўлчамининг умумий тиш ўлчамига нисбати 1:1,33 ни ҳосил қилса, сут тишларида бу кўрсаткич 1:1,66 га тенгдир. Доимий тишларда тож қисмининг кенглиги, тиш умумий ўлчамининг 1:3,2 қисмини, сут тишларида бу нисбат 1:2 ни ташкил қилади.

Сут тишлари доимий тишлардан ўзига хос оқини-кўкимтир ранги билан фарқ қилади. Сут тишларининг ўзига хос белгиларидан бири — тож қисмининг илдизга яқин тиш соҳасидаги эмалнинг қалинлашиб, болншсимон шаклини олишидир. Бу, айниқса, чайнов тишларида яққол намоён бўлади.

Сут тишларининг бўшлиғи доимий тишларникидан кенгрок бўлади. Тиш пульпасининг шохлари ўткирлашиб, тишнинг кесувчи ёки чайнов юзасига кескин яқинлашади.

Сут тишларининг илдизлари анча керилган бўлиб, бу кўп илдизли тишларда айниқса яққол сезилади. Сабаби, улар ўзларининг орасида доимий тиш куртакларини сақлайди. Тиш илдизи чўққисига яқин жойда ҳосил бўлган қўшимча илдиз каналчалари доимий тишникидан сон жиҳатидан озроқ бўлади. 2,5-3 ёшда шаклланиб чиққан сут тишлари бир-бирига зич ёнишиб туради. 4 ёшдан бошлаб тишлар орасида тирқиш ҳосил бўла бошлайди. Бундай ҳолат физиологик диастема деб аталади. 6 ёшдан бошлаб тишлар орасидаги масофа сезиларли даражада кенгая бошлайди. Физиологик диастема — тирқишнинг ҳосил бўлиши жағ суякларининг ўсиши ва доимий тиш куртакларининг катталашуви билан боғлиқдир. Сабаби, кейинчалик сут тишларининг ўрнини доимий тишлар эгаллашидир. Физиологик диастема — тишлар орасидаги масофанинг кенгайиши кўп ҳолларда юқори жағда яққол кўринади. Агар 6 ёшлик болада физиологик диастема кузатилмаса, бу ҳол жағ суякларининг меъърадаги ўсиши бузилганлигидан дарак беради ва ўсиб чиқиши зарур бўлган доимий тишлар учун жой танқислигини билдиради. Буни назарда тутган ҳолда ортодонтик тадбирлар қўллаб, диастема ҳосил қилинади.

Жағ суяқлари ўсишида фаол чайнов жараёни яхши ёрдам беришини шифокорлар билишлари зарур.

Юқорида зикр этилган ўзгаришлардан ташқари сут тишларида доимий тишлардагидек емирилиши жараёни қайд этилади. Бу ҳол физиологик жараён бўлиб, 3 ёшдан бошлаб кузатилади. Сут тишларининг чайнов фаолияти давомида емирилиши болаларда чайнов аъзоларининг тўғри шаклланиб ривожланишини таъминлайди. Тўлиқ чиқиб шаклланган тишлар овқат маҳсулотларини кесиш, узиб олиш, чайнаб майдалаш, аралаштириш каби жараёнлардан ташқари, сўзлашиш, ютиниш, товуш ўзгартириш каби вазифаларни бажаради.

## **1.2. Болалар оғиз бўшлиғи хасталикларини даволашда қўлланадиган оғриқсизлантириш усуллари**

Болаларда тиш ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг хасталикларини даволашда оғриқсизлантирувчи воситаларни турли, ўз ўрнида қўллаш муҳим аҳамиятга эгадир.

Оғриқсизлантириш усуллариининг бир неча хили мавжуд бўлиб, улардан асосийлари қуйидагилардир: 1) игнасиз (ноинъекцион) терминал анестезия; 2) игна ва шприц ёрдамида (инъекцион) амалга ошириладиган оғриқсизлантириш; 3) игнасиз махсус асбоблар ёрдамида катта босим остида дори моддаларини пуркаш йўли билан амалга ошириладиган оғриқсизлантириш; 4) болаларнинг руҳий ҳолатини барқарорлаштириш йўли билан амалга ошириладиган маҳаллий оғриқсизлантириш.

### **1.2.1. Терминал анестезия**

Болаларда уларнинг руҳий ҳолатига салбий таъсир кўрсатмаслик учун оғриқсизлантиришнинг бу усулидан фойдаланиш жуда катта қулайлик туғдиради. Бу усул асосан оғриқсизлантириш лозим бўлган соҳага оғриқсизлантирувчи воситани чаплаш ёки суртиш, оғриқсизлантирувчи намланган салфеткаларни бир оз тутиб туриш каби йўллар билан амалга оширилади. Шунинг назарда тутмоқлик лозимки, бундай усул ёрдамида тўқиманинг фақат юза қаватларигина оғриқсизлантирилади. Бундай усулдан тиш қаттиқ тўқималарининг юза, ўрта ва чуқур қариссида, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаларининг хасталикларида (стоматитларда) даволаш ишларини амалга оширишдан олдин фойдаланиш бир мунча ижобий натижалар беради.

Игнасиз амалга ошириладиган терминал анестезия учун қуйидаги оғриқсизлантирувчи воситалардан фойдаланилади:

Дикаин — кучли оғриқсизлантирувчи восита ҳисоблансада, новокаинга нисбатан 10 маротаба кучли заҳарли таъсирга ҳам эгадир. Шуни назарда тутган ҳолда ёш болаларда (10 ёшгача) бу воситани ишлатиб бўлмайди. 10 ёшдан катта болалар учун дикаиннинг 1-2 мл микдордаги 0,5% ли эритмасидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Тримекаин — бу ҳам кучли анестетик воситалар гуруҳига киради. Болаларда 2-5% ли эритмасидан фойдаланилади.

Пиромекаин — 5% ли сурги сифатида ёки бўлмаса 5% ли сургини 5% ли метилурацил сургиси билан аралаштирилган ҳолда ишлатиш мумкин. Бу чаплаш (апликация) йўли билан ишлатиладиган янги оғриқсизлантирувчи воситадир. Бундай восита оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг хасталикларидида кенг қўлланади. Пиромекаин суртилган шиллик парда 1–2 дақиқадан сўнг оғриқсизланади ва бу ҳолат 30–40 дақиқа давомида сақланиб туради. Бунинг учун оғриқсизлантирувчи воситани шиллик пардага 2–5 минут муддатга чаплаш керак бўлади.

Анестезин — 5–10% ли сурги сифатида ишлатилади ва керакли натижага эришиш учун бунга 2–3 минут вақт керак бўлади.

Ксилокаин ва лидокаин каби оғриқсизлантирувчи воситалардан терминал анестезия учун 2–5% ли эритма сифатида (чаплаш учун) ёки 10% ли эритмалари аэрозол сифатида фойдаланилади.

### **1.2.2. Игна ва шприц ёрдамида амалга ошириладиган (инъекцион) анестезия**

Болаларда тиш тўқималари ва периодонт хасталикларини даволаш амалиётида оғриқсизлантиришда кўпгина ҳолларда (пульпа ва периодонт хасталикларини даволаш бобларига қаралсин) маҳаллий инъекция усулидан фойдаланилади.

Маҳаллий оғриқсизлантиришда инъекцион усулнинг инфилтрацион (тиш атрофидаги юмшоқ тўқимани оғриқсизлантирувчи модда билан тўйинтириш) ва ўтказувчи (проводниковая – асаб толаси атрофига оғриқсизлантирувчи модда юбориш) турлари кенг қўлланади. Оғриқсизлантиришнинг бу усули ёрдамида ижобий натижалар олиш учун анчагина кучли таъсирга эга бўлган анестетик воситалардан фойдаланилади.

Тримекаин (мезокаин) — кучли оғриқсизлантирувчи восита ҳисобланиб, унинг новокаинга нисбатан 2 маротаба тезроқ таъсир этиши, оғриқсизлантирувчи кучи эса 2–2,5 маротаба ортиқлиги аниқланган. Оғриқсизлантириш вақти новокаинга нисбатан 3 маротаба кўпдир. Булардан ташқари, тримекаин моддасининг боланинг руҳий ҳолатини барқарорлаштириш (седатив) таъсири ҳам эътиборга

лойиқдир. Тримекаин 0,25 %, 0,5%, 1%–2% ли эритмалар шаклида ампулаларда чиқарилади. Бу оғриқсизлантирувчи воситанинг кучли таъсирини ҳисобга олган ҳолда, 12 ёшгача бўлган болаларни даволашда 1% ва ундан паст концентрацияли эритмасидан фойдаланиш зарур.

Ксилокаин, лидокаин эритмалари ўзининг кимёвий таркибига кўра тримекаин препаратига яқин туради. Булар ҳам кучли таъсир этувчи оғриқсизлантирувчи восита саналиб, камдан-кам ҳолларда аллергия ҳолатни вужудга келтириши мумкин. Болалар амалиётида ксилокаин ва лидокаин моддасининг инфильтрация учун 0,25-0,5% ли, ўтказувчи инъекция учун 1-2% ли эритмаларидан фойдаланилади.

### **1.3. Болалар ёшида профилактика мақсадида руҳий ҳолатни барқарорлаштирувчи муолажалар**

Болаларда кучли асаб-ҳаяжон ҳолати кўпинча оғриқсизлантирувчи воситанинг таъсир кучидан қатъий назар мўлжалланган мақсадни ва руҳий барқарорликни таъминлашга анчагина халақит беради. Бунга сабаб шуки, болада шифокор хонасида пайдо бўлган кўркув ҳисси натижасида бош мия пўстлоқ қаватида жойлашган (жумладан, эмоция) марказлар кучли кўзғалади. Бу кўзғалишлар натижасида оғриқсизлантириш воситаларининг таъсири иккинчи даражали бўлиб қолади. Шуларни назарда тутган ҳолда, ҳар қандай муолажа (айниқса оғриқ билан кечадиган) олдидан болаларнинг руҳий барқарорлигига эришиш жуда муҳим аҳамиятга эгадир.

Кучли асаб кўзғалиши ҳолатига қараб, айтиқса, мактаб ёки боғча ёшидаги болаларни уч хил гуруҳга ажратиш мумкин.

I гуруҳ — бундай болаларда асаб кўзғалиши жараёни кучли намоён бўлади. Улар ўта фаол (актив), агрессив ва жанжалкашликлари билан ажралиб туришади. Тормозланиш жараёни уларда кучсиз намоён бўлади.

II гуруҳ — бундай болаларда тормозланиш жараёни кучлироқ бўлиб, улар бўшанг, кўрқоқлик ҳиссиётига берилган, болаларга камроқ кўшилиладиган бўлади. Бундай болалар кўпроқ ўртоқларидан озор чекишади.

III гуруҳ — улар руҳан муқимсизлиги, кўзғалиш ва тормозланиш жараёнларининг мувофиқлашмаганлиги билан ажралиб туришади. Уларда кўрқин ҳиссиёти сезилиб туради, ҳорғинлик тезда намоён бўлиб, фикрни бир нуқтага жамлай олиш қобилияти суст бўлади.

Шифохонада болаларнинг ўзини тута билиш қобилиятига қараб, уларда содир бўладиган енгил, кучли ва ўта кучли намоён бўладиган кўркув ҳиссиётларини кўзғатиш мумкин.



Енгил кўрқиш ҳиссиётини намоён қилувчи болалар, одатда турли баҳоналар («тишим энди оғримаяпти», «яхииси эртага келаман», «ҳозир ўзимни ёмон ҳис қилаяпман») билан даволанишдан бош тортмоқчи бўлишади. Улар атрофга кўрқув ва шубҳа билан қарашади. Шифокордан унинг ҳар бир хатти-ҳаракатини тушунтириб беришни сўрашади.

Кучли кўрқув ҳиссиётига эга бўлган болалар даволанишдан қатъий бош тортшади, даволаниш ўриндигига ўтиришмайди, йиғлоқи бўлишади. Баъзан улар агрессив ҳолатларни намоён қилишади. Бундай ҳолларда улар шифокорга ташланиб уни итаришади, тескари ўтириб олишади, унга ҳамла қилишади (баъзан тишлаб олишлари ҳам мумкин). Бу хатти-ҳаракатлар оқибатида уларнинг юрак уриши, нафас олиши тезлашади, кўз қорачиги тораяди, кучли тер куйилади.

Ўта кучли кўрқув ҳиссиётига эга бўлган болаларни шифокор хонасига олиб киришнинг ўзи анча мушкуллик туғдиради. Улар ота-оналарига ёпишиб олишади, бақришади, йиғлашади. Асаб системасининг кучли кўзғалиши оқибатида, уларда қаттиқ йўталиш, қусиш, ихтиёрсиз сийдик чиқариш ҳолатларини кузатиш мумкин. Бундай тоифа болаларни ўриндиққа ўтказиш жуда мушкул ишдир.

Шунинг учун шифокор болаларни даволаш пайтида уларнинг эмоционал руҳий ҳолатини аниқлаши, даволаш ва оғриқсизлантиришдан олдин уларнинг руҳий барқарорлигини баҳолаши лозимдир. Болаларда жуда кучсиз намоён бўладиган кўрқув ҳиссиётларини аниқлашнинг ўзи уларда оғриқсизлантириш муолажаларини руҳий ҳолатни барқарорлаштирувчи муолажалар билан биргаликда олиб боришни талаб қилади. Бу эса ўз навбатида оғриқсизлантиришнинг маҳаллий усулини кучайтиришнинг бир йўналишидир. Шу билан бир қаторда шифокор-педиатрларнинг болалар билан тил топиша билиши, улар билан ўз боласидек меҳрибонлик билан мулоқотда бўлиши, ширин гапириб, ўзига ром қила билиши ҳам болалардаги кўрқув ҳиссиётларини пасайтиради ва ўзларига бўлган ишончни кучайтиради. Бу эса ўз навбатида амалда қўлланиши зарур бўлган муолажаларнинг ижобий таъсирини оширишда ёрдам беради.

Юқорида баён қилинган оғриқсизлантириш усулларида фойдаланиш мобайнида уларнинг таъсир кучини янада ошириш ва болаларнинг (айниқса, кучли кўрқув ҳиссиётига эга бўлган) руҳий ҳолатини барқарорлаштириш мақсадида бугунги кунда қатор тадбирлар ишлаб чиқилган. Булар оғриқсизлантиришдан олдин ўтказиладиган дори дармонли муолажалар — премедикациядир. Яъни болаларни бевосита амалга оширилиши лозим бўлган даволаш тадбирларига

тайёрлашдир. Бу мақсадда қатор доривор препаратларидан фойдаланиш мумкин.

Бу моддалар асосан болаларнинг руҳий ҳолатига ижобий таъсир кўрсатиб, уларнинг руҳий ҳолатини барқарорлаштиради. Шундан сўнг болалар шифокорнинг даволовчи ва оғриқсизлантирувчи муолажаларига нисбатан бир-мунча бефарқ бўлиб қолишади.

Юқорида зикр этилган мақсадлар учун марказий асаб системасини тинчлантирувчи воситалардан фойдаланилади. Булар транквилизаторлар ва уйқу дориларидир.

Тинчлантирувчи препаратлардан амизил, элениум, оксипидин, седуксен, триоксазин, гексорбарбитал ва бошқалар болаларнинг ёшига қараб буюрилади (3 ёшли болага қатталарга мўлжалланган микдорнинг 1/3 қисми, 7 ёшлига 1/2 қисми, 10–12 ёшли болаларга эса 2/3 қисми). Буларни муолажадан 30–40 минут олдин бир маротаба бериш мумкин ёки бўлмаса 5–7 кун мобайнида кунига бир марта ичириб, болаларни шу йўсинда тайёрлаш ҳам қулайдир.

Тинчлантирувчи воситалардан аралашма гайёрлаб фойдаланиш ҳам яхши натижалар беради. Москва марказий стоматология илмий-текшириш институти (ЦНИИС) ходимлари бу мақсадда қуйидагиларни тақлиф қилишади:

- 1) оксипидин-анальгин-амизил аралашмаси;
- 2) мепробамат-амизил-амидопирин-дипразин;
- 3) мепробамат-фенобарбитал-аминазин-ацетилсалицил кислотаси-авегил;
- 4) диазепам-нитрозепама-мефенамин кислотаси-тавегил ва бошқалар.

Баъзи бир ҳолларда юқорида кўрсатилган қатор тадбирларга қарамасдан айрим болаларда мўлжалланган натижага эришилмаслик ҳоллари ҳам учраб туради. Болаларга тинчлантирувчи воситалар ва оғриқсизлантирувчи муолажалар ҳам айрим ҳолларда таъсир кўрсата олмайди. Бундай болаларда кўрқув ҳиссиёти ўта кучли ривожланган ёки бўлмаса, доривор воситаларига нисбатан тана сезгирлиги юқори бўлиши мумкин. Буларни шифокор, албатта ҳисобга олмоғи зарур. Оз микдорда учраши мумкин бўлган бундай ҳолларда даволаш тадбирлари болаларда умумий оғриқсизлантириш (наркоз) йўли билан амалга оширилмоғи лозимдир.

## II БОБ. СУТ ТИШЛАР КАРИЕСИ

### 2.1. Тиш эмалининг хусусиятлари ва структура тузилиши

Тиш эмали инсон организмда энг каттик тўқима бўлиб, инсон ҳаётида тишларга юкланган асосий вазифани ўтовчи тиш тож қисмини қоплаб туради ва ташқи муҳит омиллари билан бевосита мулоқотда бўлади. Иккинчи томондан тиш эмали қопловчи эпителий тўқимасига ўхшаб, ички муҳитни ташқи муҳитдан ажратиб турувчи чегара сифатида ҳам ўзини намойиш этади. Эмаль тўқимасининг қаттиқлиги унинг кимёвий таркибий қисмини ташкил қилувчи аорганик моддалар (доимий тишларда 95-96%, сут тишларида 70-73%) мавжудлиги билан боғлиқдир. Органик моддалар оксил, ёғ, углевод эса бу тўқимада ниҳоятда кам миқдорда (доимий тишларда 4-5%, сут тишларида 28-30%) бўлади. Булардан ташқари эмаль таркибида боғланган ва боғланмаган ҳолда озроқ миқдорда сув ҳам бўлади. Органик моддалар эмаль тўқимаси таркибида ламеллалар (юпка пардалар), эмаль тутамлари ва ипчалар шаклида учрайди.

Эмаль тўқимасининг органик асоси (матрицаси) фибрилляр протеид, кальций ионлари иштирок этувчи кальций тутувчи оксил ва қутбланган липидлардан иборат макромолекулалар комплексидан иборатдир. Мазкур мураккаб комплекс минерал алмашинувини амалга оширишида ва уни назорат қилишида асосий ўрин тутайди. Кальцификация (оҳакланиш) жарёнини фаоллаштириб, буфер шароитини ҳосил қилади ва селектив ион боғлар ёрдамида кальций ионларидан кристаллар ҳосил бўлиши ва унинг ўсишини бошқаради.

Тишлар эмалининг минерал мажмуасининг асоси гидрокси-карбонат-хлор-фтор-апатитларнинг гексагонал (олти қиррали) кристалларидан ташкил топгандир. Тўлиқ минераллашиб такомиллашган эмалнинг 2% ноапатит шаклдаги минераллар қолдиғи бўлиб, улар тиш тараққиёти пайтида иштирок этган, ёки тиш чиққандан сўнг минерализация бузилиши оқибатида ҳосил бўлган бирикмалардир.

Тиш эмали структура жиҳатдан эмаль призмаларининг дастасидан тузилган бўлиб, улар эмаль-дентин чегарасидан бошланиб 8 шаклида буралиб, тишнинг ташқи юзасига бориб тақалади. Махсус изланишлар маълумотиغا асосан тишнинг катта-кичиклиги, ўлчамларига қараб ҳар бир тишда 5 миллиондан 15 миллионгача эмаль призмалари бўлиши мумкин.

Эмаль призмалари орасида микро (кичик) бўшлиқлар бўлиб, улар ҳажми эмаль ҳажмининг 0.5-5% ни ташкил қилади. Ёш улғайган сари бу бўшлиқчалар сони камаяди.

Эмаль призмаларининг субмикроскопик структура бирлиги бўлиб кристаллар ҳисобланади. Кристаллар призманинг бош қисмида призма ўқиға нисбатан параллел, дум қисмида эса 20–45 градусли бурчак остида жойлашади.

Эмаль призмаси кристаллари жуда кўп молекула, аниқроғи ионлар мажмуасидан иборат. Тиш эмали призмаларида кристалларни ҳосил қилувчи чамбараклар асос ҳисобланиб, улар турғун ҳолатда бўлади. Ионлар унчалик турғун бўлмасдан оҳакланган тўқималарда уларнинг пропорцияси енгил ўзгариб туриши мумкин.

Эмаль призмаси кристаллари таркибини ташкил қилувчи апатитлар таркибини ҳосил қилувчи минераллар компонентини кальций (33–39%) ва фосфор бирикмалари — фосфатлар (16 – 18%) ташкил этади. Эмальда уларнинг ўзаро нисбатлари ўртача Са:Р=1.67 га тенгдир. Бу моддалар концентрацияси эмаль юзасида энг баланд бўлиб, чуқурлашиб дентинга яқинлашган сари бир оз пасаяди. Тиш эмали алоҳида соҳаларининг минерализация даражаси ўзаро фарқ қилиши мумкин: энг юқори минерализация чайнов юзаларда, сусти минерализация тишларнинг бўйин эмали соҳасида, фиссуралар тубида аниқланган.

Эмаль тўқимаси таркибида 40 хилға яқин микроэлементлар борлиги ва уларнинг концентрацияси ҳар хил эканлиги бугунги кун маълумотларидан маълум. Барча микроэлементларни шартли равишда уч гуруҳға ажратиш мумкин:

Биринчи гуруҳға — концентрацияси эмалнинг юза қаватларида юқори бўлган фтор, рух, кўргошин, сурма, темир киради. Иккинчи гуруҳға — концентрацияси эмалнинг ички қисмларида кўпроқ бўлган — натрий, магний, карбонатлар киради. Учинчи гуруҳни — эмаль тўқимасининг барча қатламларида ҳам бир хил концентрацияда учрайдиган микроэлементлар — стронций, мис, алюминий ва калий ҳосил қилади. Эмаль тўқимасида реминерализация жараёни кристаллар таркибидаги гидроксиапатитлар хусусиятиға асосан амалға ошади. Бунда эмаль тўқимаси кўп тешикли ғалвир сифатида иштирок этиб, жуда майда ионларни ичкариға ўтказиб, каттароқларини юза қисмида сақлаб қолади. Гидроксиапатитлар шу йўл билан 1/3 қисмигача таркибини алмаштириши мумкин.

Натижада кальций ионлари, натрий, кремний, стронций, кўргошин, кадмий, гидроксон ва бошқа катионлар билан алмашилиши мумкин. Гидроксил ионлари ўз навбатида фтор, хлор ва бошқа элемент ионлари билан ўрнини алмаштиради.

Моддаларнинг эмаль тўқимасиға сингиб кириши ва ионлар алмашинуви жарёни бир неча босқичларда содир бўлади. Эмаль

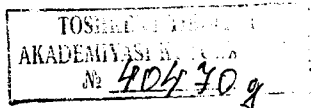
юзасидан микропоралар (кичик бўшлиқлар) орқали ионлар кристалнинг сувли қаватига, сўнг кристал юзасига кейинчалик, кристалнинг турли қисмларига унинг панжараси бўйлаб тарқалади. Биринчи босқич жараёни — ионларнинг кристалл сувли қаватига сингиб ўтиши бир неча дақиқаларда содир бўлса, учинчиси — кристалл панжараси бўйлаб тарқалиши бир неча ўн кунлаб давом этади.

Тишлар чиқиб бўлгандан сўнг эмалда кечадиган минерализация жараёни эмалнинг физиологик хусусияти бўлмиш унинг ўтказувчанлиги (ҳужайра ва тўқималарнинг газ, сув ва унда эриган моддаларни ичкарига киритиши) билан чамбарчас боғлиқдир. Эмаль тўқимасининг ўтказувчанлиги барча моддалар учун бир хил бўлмай, ионлар молекуласи ўлчамлари ва зарядларига боғлиқдир. Эмалга бир валентли ионлар кўп валентли ионларга нисбатан яхшироқ кириб борса, манфий зарядли заррачалар мусбат зарядли заррачаларга нисбатан яхшироқ сингади. Эмаль тўқимаси таркибига органик моддалар сингиб кириши — кальций ва фосфатларга нисбатан анча юқорилиги тажрибаларда тасдиқланган. Тиш эмалининг ўтказувчанлик хусусияти унинг барча анатомик соҳаларида бир хил бўлмаслиги (тиш бўйин қисми, фиссуралар, чуқурчаларининг эмаль қавати қолган соҳаларга нисбатан ўтказувчанлиги анча юқоридир) тасдиқланган.

Бундан ташқари эмалнинг ҳар хил қатламларининг ўтказувчанлик даражаси ҳам ҳар хил бўлади: ўрта қатлам яхши ўтказувчанлик хусусиятига эга бўлса, юза қатламига яқинлашган сари ўтказувчанлик ёмонлашиб, эмалнинг энг устки қатлами ўтказувчанлик қобиляти жуда пастлиги аниқланган. Бундай хусусият эмаль тўқимасининг ҳар хил қатламларида оҳакланиш даражаси кристал панжараларнинг ҳар хил зичликда жойлашиши билан боғлиқ бўлади. Ёш ўтиши, инсоннинг қариш жараёни билан эмаль ўтказувчанлигининг ёмонлашуви кристалл панжаралар зичлашувида боғлиқ деб ҳисобланади.

## 2.2. Тишлар кариеси этиологияси ва патогенези

Кариес — бу сўз лотинча «суяк чириши» маъносини англатади. Илмий жиҳатдан кариес тишларнинг эмаль, дентин тўқималарининг асосий қисмини ташкил қилувчи, уларнинг қаттиқлигини таъминловчи минерал тузларнинг хилма-хил сабабларга кўра ювилиб чиқиб кетиши (деминерализация) оқибатида тўқималарининг мўртлашуви, юмшаб емирилиши натижасида тишлар бутунлигининг бузилиши ва коваклар ҳосил бўлиш жараёнидир.



Бугунги кунда илмий текширувлар, тажрибаларга таяниб олинган маълумотлар тиш кариеси касаллигининг пайдо бўлишида тиш карашларининг аҳамияти жуда катта эканлигини кўрсатади.

Сут тишлари ва доимий тишлар қаттиқ тўқималарини кариесга чалиниши бир хил асосга эга эканлиги бугун барчага равшандир. Кариес жараёни одатда тиш усти карашлари йиғиладиган жойлардан бошланади. Ана шундай жойларда йиғилиб қолган тиш усти карашларидан стрептококклар ўз фаолиятида фойдаланиши натижасида углеводли овқат қолдиқларидан органик кислоталар (сут, пироузум, уксус, олма ва бошқа.) ҳосил бўлиб, шу атрофдаги чегараланган эмаль соҳасида PH кўрсаткичини пасайтиради. Углеводли овқатлар кўпроқ истеъмол қилиниши оқибатида тиш эмали сатҳида PH пасайиши мумкин. Кислотали муҳитни юзага келтиришда фаол иштирок этувчилар — микроорганизмлар бўлиб, *streptococcus mutans*, лактобациллалар ва актиномицетлар ҳисобланади. Бу микроорганизмларнинг кўпчилиги озиқ-овқат таркибидаги шакардан хужайра ташқарисида полисахарид синтез қилади. Улар эса, ўз навбатида тиш усти карашларининг асосига кириб, микробларнинг карашларда мустаҳкам ўрнашиб қолишини таъминлайди.

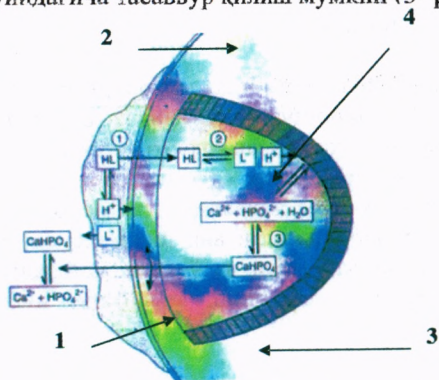
Кариес касаллигини келиб чиқишида нафақат углеводлар тури, балки уларни истеъмол қилиш шакли ҳам алоҳида ўрин тутаети. Бир марта кўп миқдорда углеводли овқат қабул қилишдан кўра оз-оздан тез-тез уларни истеъмол қилиш кўпроқ хавфлидир. Айниқса, улар ёпишқоқ бўлиб, овқатланишлар орасида истеъмол қилинса, бунда уларнинг кариесоген таъсири кучлироқ бўлати.

Енгил парчаланувчи: глюкоза, сахароза каби кичик молекуляр оғирликдаги углеводлар қабули 1-3 минут ичида PH кўрсаткичини 4.4–5.0 даражага пасайтиради. PHни одатдаги (7.0-7.4) ҳолга келиши учун эса 2–2,5 соат вақт талаб қилинади. Водород ионлари концентрациясини бундай ўзгариши, айниқса, PH кўрсаткичининг 5,5 атрофида бўлиши эркин водород ионлари тиш эмаль қаватига сингиб ўтиб, кристалларни эришига ва деминерализациясига сабаб бўлати.

Деминерализация жараёни сўлак таркибида кальций ва фосфат ионлари концентрацияси талаб даражада бўлганида орқага қайтиши, яъни реминерализацияга учраши мумкин. Шундай шароит тугилганда, эмаль қатлами кристаллари реминерализацияга учраб, қайта тикланади.

Тахмин қилинишича, бактериялар фаолияти натижасида ҳосил бўлган органик кислоталар эмаль таркибига диффузия йўли билан сингиб кириб, ионларга диссоциацияланади ва эркинлашган водород ионлари кристаллар таркибидаги минерал тузлар билан фаол реакцияга кириш имкониятига эга бўлати.

Кариеснинг бошланғич даврида тиш юмшоқ қарашлари остидаги эмаль РН муҳитнинг ўзгариши оқибатида деминерализация жараёнига юз тугади. Хасталикнинг бу босқичида «оқ доғ» ҳосил бўлади. Патологик жараён «оқ доғ» босқичида тўла орқага қайтиб, эмаль кристаллари тўлиқ тикланиши мумкин. Бунда реминерализация жароҳатланган эмалнинг остки қаватлари ва тиш атрофидаги сўлак таркибидан ўтадиган минерал тузлар ҳисобига амалга ошади. Эмалда содир бўладиган «оқ доғ» даражасидаги патологик жараённи куйидагича тасаввур қилиш мумкин (3- рasm):



**3-рasm.** Эмал деминерализацияси жараёни:

1. Тиш усти қараши (бляшка).
2. Тиш пелликуласи.
3. Тиш эмаль қавати.
4. Ўчоқли деминерализация соҳаси

Бугунги кунда кариес касалитини келтириб чиқарувчи сабаблар 2 гуруҳга бўлинади:

**I. Тишлар эмаль қаватининг кариесга нисбатан турғунлигини пасайтирувчи сабаблар:**

**1. Ҳомиладорлик даврида юзага келиши мумкин бўлган сабаблар:**

- а. Ҳомиладор аёлнинг ўткир юқумли касалликлар билан касалланиши.
- б. Кечки токсикозларни бошдан кечириши.
- в. Рационал овқатланмаслиги.
- г. Ҳомиладорлик даврида радиоактив нурлар билан нурланиш.
- д. Ҳомиладор аёл ичимлик сувидаги фтор миқдорининг меъёрдан паст бўлиши.

**2. Бола туғилгандан кейин содир бўладиган сабаблар:**

- а. Бола туғилгандан сўнг уни сунъий озиқлантириш.
- б. Болани рационал овқатланишини таъминламаслик.
- в. Бола ичимлик сувида фтор миқдорининг пастлиги.
- г. Боланинг 1–3 ёшлик даврида ўткир оғир юқумли хасталикларни (қизамиқ, дифтерия, скарлатина ва б.) бошидан кечириши.

- д. Тез-тез шамоллашлар, диспепсия, диарея ҳолатлари.
- е. Боланинг 1–3 ёшлик даврида радиоактив нурлар билан нурланиши.
- ж. Наслдан наслга берилувчи ирсий хусусият.

**II. Карис жарраёнининг содир бўлишида бевосита иштирок этувчи оғиз бўшлиғидаги шарт-шароитлар:**

- 1. Тишлар юзасида қарашлар мавжудлиги.
- 2. Оғиз бўшлиғида микроорганизмларнинг мавжудлиги (*Str.mutans*, *str.sanguis*, *str.salivarius*, лактобациллалар).
- 3. Углеводли овқат қолдиқларининг мавжудлиги.
- 4. Ретенция нуқталарининг мавжудлиги.
- 5. Оптимал намлик ва ҳарорат.

Илмий изланишлар маълумотларига қараганда, микроорганизмлар органик кислоталар (суг кислотаси, пироузум кислотаси ва б.) ишлаб чиқаришлари, хужайрадан ташқарида сахарозадан глюкоза полимери — гликан ҳосил қилиши ва уларнинг тиш силлиқ сатҳига ёпишиб олиб колониялар ҳосил қилиш хусусияти карис жарраёнида муҳим аҳамият касб этади. Микроорганизмлар ишлаб чиқарган ана шу маҳсулотлар тиш эмали деминерализациясини таъминлайди ва ўзлари жойлашган соҳада оғиз бўшлиғи рН муҳитини пасайтириб, кислотали муҳит яратади.

### 2.3. Тиш эмалининг деминерализацияси

Тишлар карисе касаллигининг ривожланиши мураккаб патологик жарраёни бўлиб, кўпгина омилларга боғлиқдир. Бундай омиллар ичида жуда катта аҳамиятга эга бўлганларидан бири бўлиб оғиздаги аралашган сўлак ҳисобланади. Сўлакнинг миқдори ва хусусиятлари ички аъзолар ва системалар тўғрисида муҳим маълумотлар бериш билан бир қаторда, тишларда содир бўладиган карис жарраёни қай йўсинда кечиши ва унинг жадаллигига ҳам ўз таъсирини бевосита кўрсатади. Сўлак безлар секретини оғиз бўшлиғига ажралиб чиқиши пайтида кальций ва фосфат минералларига тўйинган бўлиб, тиш эмали сатҳини қоплаганда уни ана шу ионларга бойитади. Сўлак таркибида бикорбонат, фосфат ва оксилли буфер системаларнинг мавжудлиги сўлакнинг ниҳоятда организм учун зарур бўлган буфер хусусиятини таъминлайди. Бу эса оғиз бўшлиғининг меъёрий ҳолатини сақлаб туради. Сўлак буфер системаси сизимининг пасайиши — карисе фаоллашиб жадаллигининг ошишига сабаб бўлади.

Сўлак таркибидаги ферментлар ҳам ўз навбатида, эмалда юз бериши мумкин бўлган жарраёнларда иштирок этади. Уларнинг фаоллик даражаси оғиз бўшлиғида углеводларнинг парчаланишини, органик



кислоталарнинг ҳосил бўлиб туришини таъминлаб туради ва шу йўл билан эмаль деминерализациясида иштирок этади.

Маълум бўлишича, аъзолар касалликлари организмнинг умумий аҳволининг ўзгариши оғиз бўшлиғи тўқималарига, жумладан, эмаль тўқимасига сўлак таркибий қисмларининг ўзгартириши орқали таъсир қилар экан. Сўлак ажралишининг бузилиши одатда тиш эмали ва оғиз суюқлиги орасида кечадиган ионлар алмашуви барқарорлигини издан чиқаради, бу эса ўз навбатида эмаль структурасини ўзгаришига сабаб бўлади.

Оғиз бўшлиғида содир бўлиши мумкин бўлган бундай нохуш шароитларнинг барчаси ҳар доим кариес касаллигини келтириб чиқаришга сабаб бўлмайди, албатта. Ўчоқли деминерализациянинг келиб чиқиши эмаль тўқимасининг кимёвий таркиби, минералланиш даражасига боғлиқдир. Тиш эмалининг бу хусусиятлари тишларнинг чиққунча ва чиқиш давридаги организмнинг умумий аҳволи билан боғлиқ бўлади. Шунинг учун боланинг хомиладорлик даврида ва туғилгандан кейинги дастлабки йилларида она ва бола организмнинг саломатлигини, рационал овқатланишини, кўшимча равишда фторидлар киритишни таъминлаш зарур. Бундай чора-тадбирлар тиш қаттиқ тўқималарининг тўлақонли шаклланиши ва минераллашувини таъминлайди.

Бугунги кунда организмнинг иммун ҳолатининг кариес жараёнидаги иштироки тўла-тўқис ҳал қилинмаган. Фақат шуниси маълумки, секретор иммуноглобулинлар бактериялар аглютинациясини чақириш йўли билан уларни тишлар эмали сатҳига ёпишиб қолишига имконият бермас экан. Натижада оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолати ёмон бўлган ҳолда ҳам, сўлак таркибида секретор иммуноглобулинлар мавжудлиги кариесни олдини олишда муҳим омил бўлиб ҳисобланади.

#### **2.4. Кариес касаллиги таснифи**

Тишлар кариес касаллиги клиник, патоморфологик, топографик белгилар ва тиш қаттиқ тўқималаридаги мутаносиб ўзгаришлар асосида таснифланади.

**Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) таклиф қилган кариес таснифи:**

1. Эмаль кариеси (доғли, юза);
2. Дентин кариеси (ўрта, чуқур);
3. Цемент кариеси;
4. Турғунлашган кариес;
5. Бошқа турдаги кариес;
6. Аниқланмаган кариес.

**Клинико-топографик тасниф (бизда қабул қилинган):**

1. Кариснинг доғли босқичи (оқ, жигарранг, қора);
2. Юза карис (эмаль қатламида кузатилади);
3. Ўрта карис;
4. Чуқур карис.

**Клиник кечиши бўйича**

1. Жадал кечадиган карис (оқ доғли карис).
2. Секин кечадиган карис (жигарранг ва қора доғли).

**Т.Ф.Виноградова таснифи (КПУ+кп кўрсаткичлари асосида):**

- I. гуруҳ – кариснинг компенсацияланган шакли (1 даража).
- II. гуруҳ – кариснинг субкомпенсацияланган шакли (2 даража).
- III. гуруҳ – кариснинг декомпенсацияланган шакли (3 даража).

**2.5. Болалар ёшида карис ривожланишининг ўзига хос хусусиятлари**

Карис касаллиги ҳар хил ёшдаги болаларда бирдек кечмайди. Сут тишлари карисининг кечиши тишларнинг анатомик тузилиши, физиологик хусусиятларига ҳам боғлиқдир. Бундан ташқари бола организмнинг қаршилик кўрсатиш хусусияти ва юқори рсакативлиги ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Сут ва доимий тишларда карис билан касалланиш даражаси бир хил бўлмайди. Сут тишларида карисга чалиниш даражаси бўйича биринчи ўринда моляр тишлар, иккинчи ўринда курак тишлар ва кейинги ўринда қозиқ тишлар туради. Шу билан биргаликда пастки жағ, моляр сут тишлари кўпроқ карис жараёнига берилади, юқори кўрак тишлари пастки кўрак тишларига нисбатан карисга кўпроқ чалинади. Болалар ёшида биринчи доимий моляр тишларда карис энг кўп учрайди.

Топографик ўрни бўйича карис жараёни сут моляр тишлари контакт юзасида кўпроқ аниқланади, кейинги ўринларда тишларнинг бўйин қисми чайнов юзалари туради.

Сут тишларида карис лаб, лунж ва тил юзаларида ниҳоятда камдан-кам ҳолларда аниқланади. Доимий тишларда карис жараёнининг энг кўп учраш жойи бу тишларнинг чайнов юзаларидир, иккинчи ўринда контакт-апроксимал юзалари туради.

## 2.6. Сут тишлар қаторида кўплаб учрайдиган кариес

Кариеснинг бу тури болалар ёшигагина хос бўлиб, унда 8,10 ва баъзан бутун 20 та сут тишлари кариес жараёнига берилиши мумкин. Бундай ҳолларда бир тишнинг ўзида, унинг ҳар хил сатҳларида бир неча кариес кавакларини аниқлаш мумкин.

Кариес жараёнини бундай тусда кечишини адабиётларда ўткир, жуда ўткир, гуллаётган, югурги кариес деб ҳам аталади. Кўп учрайдиган мазкур кариес боланинг сут тишлари қаторини бутунлай бузилишига олиб келиши мумкин.

Тез кечувчи кўплаб тишларни шикастлантирувчи бундай кариес жараёни кўпчилик ҳолларда бошдан кечирилган оғир кечувчи ўткир юқумли касалликлар (қизамиқ, скарлатина, қизилча, ангина ва бошқалар)дан сўнг ривожланиши мумкин. Сурункали хасталиклардан (тонзиллит, бронхитлар ва бошқ.) сўнг ҳам шундай ҳолатлар кузатилган. Кўп тишларни шикастлайдиган кариес жараёнида кариес жароҳатлари тишларнинг барча юзаларида учраши қайд қилинган. Бундай кўплаб тез кечадиган кариес жарёни тиш тож қисмини қисқа муддатларда емирилишига, пульпа тўқимасининг некрозига ва тишларнинг фақат илдиз қисмигина сақланиб қолишига сабаб бўлади. Жараён кетма-кет чиқаётган тишларнинг барчасига тарқалади ва боланинг 3–4 ёшида барча сут тишлари уқаланиб, емирилиб кетиши оқибатида тишсизликка олиб келиши мумкин.

Тишлардаги кўплаб учрайдиган кариес жарёнига сабаб бўлувчи омиллардан бири рахит касаллигидир. Бугунги кунда рахит касаллигининг эрта болалик даврида (1 ёшгача) тарқалиш кўрсаткичи 55–70%ни ташкил этади. рахит касаллигининг асосида кальций-фосфор алмашинувининг бузилиши, алмашинув жараёнини бошқариб турувчи D витамини метаболитлари, қалқонсимон ва қалқонсимонорти безлар фаолиятининг бузилиши ётади. Оғир кечувчи рахит жараёнидан сўнг болаларда баъзан “гипокальциемик марказ” шаклланади. Бундай “марказ”нинг шаклланиши узоқ йиллар давомида гипокальциемия ва ювснил остеопатияларнинг клиник белгиларини юзага келтиради.

Тиш-жағ системаси рахит касаллигида “ўққа” тугиладиган (мишен) аъзо ҳисобланади дейдиган бўлсак хато қилмаган бўламиз. Рахит касаллигида тиш-жағ системаси шаклланишининг бузилиши, тишлар минерализациясининг тугалланмай қолиши, доимий тишлар куртаклари ҳосил бўлишида четга чиқиш ҳоллари, жағлар ривожланишининг орқада қолиши, тишлар ва тишлар қатори аномалиялари, эрта ёшда учрайдиган кўплаб сут тишлари кариес рахит

касаллиги билан санаб ўтилган тиш-жағ патологиялари ўртасида патогенетик боғланиш борлигидан далолат беради.

Даун хасталигида ҳам шунга ўхшаш клиник ҳолатлар аниқланади. Бунда боланинг жисмоний ва ақлий ривожланиши орқада қолиши, кўпгина ички аъзолар, системалар, айниқса, ички секреция безлар фаолиятининг бузилганлиги кузатилади.

Тишларнинг жуфт-жуфт бўлиб чиқишининг бузилиши (уларнинг кечикиб чиқиши), айрим ҳолларда 4–5 ёшларда чиқиши, сут тишларининг кўплаб қарис жараёни билан шикастланиши, бу ҳолатнинг доимий тишларда ҳам кузатилиши, тишлар барча юзаларининг, баъзан одатда кузатилмайдиган тил, лунж сатҳларида қарис жараёни кечиши эътиборни жалб қилади. Даун касаллигида тишларнинг кўплаб қарисга учрашига сабаб болаларнинг ҳар хил инфекцияга тез берилувчанлиги, юқори нафас йўллари касалликларига тез-тез чалиниши ва энг асосийси оғиз бўшлиғи гигиенасининг ниҳоятда ёмонлигидир.

Қарис жараёнининг тезлик билан тарқалиши сут тишларидаги энг асосий хусусияти ҳисобланади. Сут тишлари қарисси доимий тишлардаги қарис жараёнидан фарқли ўлароқ жуда тез кечиб, тезда эмаль-дентин чегарасига етиб боради ва дентинни жароҳатлашни давом эттиради. Бу нарса эмаль қаватининг юпқалиги ва дентин тўқимасининг сут тишларидаги ўзига хос тузилиши, кам минераллашган соҳалар мавжудлиги, бу соҳалар ўз навбатида пульпа тўқимасигача етиб бориши билан боғлиқдир. Шу даврда пульпа тўқимасининг фаоллик даражаси ҳам пастроқ бўлади. Шунинг натижасида болалар ёшида айниқса, касалманд, ҳали жуда ёш (1-3 ёш) болаларда қарис жараёнининг доғ босқичидан чуқур босқичга ўтиши қисқа муддатларда юз беради ва пулпит, периодонтит каби асоратларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Бундай тишлар қарисс кавакларида дентин тўқимаси жуда юмшоқ, палахса бўлиб осон ажралади. Дентин тўқимаси оч сариқ тусда бўлади.

Қарисс жараёни эмаль, дентин тўқималарига тезда сингиб кириб, пульпа тўқимасига етиб борганга ўхшайди.

## 2.7. Циркуляр қарисс

Фронтал сут тишларида қарисс жараёни тиш бўйин қисмининг лаб юзаларидан бошланиб апроксимал ва тил юзаларини қоплаб жароҳатлайди. Тишнинг барча юзаларида жараён чуқурлашиб, эмаль, дентин тўқималари емирилиши оқибатида тиш тож қисми осонгина синиб тушади. Натижада тишдан фақат илдиз қисмигина қолади.

Сут тишларининг циркуляр кариеси нурланиш оқибаотида содир бўладиган кариес жараёнига жуда ўхшаб кетади. Радиация нурлари таъсирида юзага келган кариес жараёни ҳам тишларнинг бўйин қисмида ривожланиб, жадал кечиши оқибаотида тиш тож қисмининг синиб тушишига ва тишсизликка олиб келади. Бундай ҳолатлар тўқималардаги, аъзолардаги зарарли ўсмаларни нур ёрдамида даволашдан сўнг кузатилади.

Сут тишларида циркуляр кариес ривожланиши куйидаги омилларга боғлиқ бўлади: сут тишларининг тож қисми ҳомила даврида ривожланишини инобатга олсак, уларнинг структурасининг шаклланиши ҳомиладорликнинг кечишига боғлиқ; сут тишларининг бўйин қисми бола туғилиши билан ривожлана бошланишини назарда тутсак, бунда туғилган чақалоқ ҳаётнинг янги шароитига тушиб қолади. Интерплацентар озикланиш табиий овқатланиш билан алмашинади, у сунъий ёки она сuti билан озикланиш бўлиши мумкин. Овқатланиш шароити, яшаш шароити, ҳар хил касалликлар, ўткир респиратор касалликлари тиш эмали ва дентиннинг ривожланишини бузиши мумкин. Шу пайтда тиш бўйин қисми қаттиқ тўқималари жуда нозик, минераллашув жараёни поёнига етмаган бўлиб юқорида кўрсатилган омиллар уни тугалланмай қолишига сабаб бўлади. Бундай ҳолат сут тишлари бўйин қисмининг кариесга нисбатан мойиллигининг ошишига сабаб бўлади.

Циркуляр кариес асосан муддатидан олдин туғилган гипотрофик, рахитга чалинган, сил касаллиги мавжуд бўлган, сунъий овқатлантирилган болаларда учрайди. Бундай ҳолатларда минерал тузлар (Са) минераллашган суяклар таркибидан ювилиб чиқади.

Циркуляр кариес учун жараённинг жадал равишда тиш пульпасига томон тарқалиши, йўналиши — характерлидир. Шуни айтиш жоизки, циркуляр кариес оқибаотида юзага келган ўткир пуллитларда болалар шикоятги бўлмайди ва улар шифокорга мурожаат қилишмайди. Бунга куйидагилар сабаб бўлиши мумкин: 1) Организмнинг қаршилиги сусайган болаларда пульпа некрози бирор-бир белги билан маълум бўлмайди, жараён секин-аста сурункали тус олади ва сурункали периодонтига айланади. 2) Циркуляр кариес жараёнида тиш илдизи пульпаси ўзининг тож қисмидан иккиламчи дентин ҳосил бўлиши оқибаотида ажралади. Тишнинг тож қисми синиб тушганда яроқли бўлган илдиз пульпаси ташки муҳитдан иккиламчи дентин ҳисобига ажралади. У ўз навбатида соғлом периодонтни сақлаб қолади ва бундай тиш илдизи бирмунча вақт ўз вазифасини бажариши мумкин.

### 2.8. Яссиланиб кечувчи кариес

Сут тишлари кариесининг бу шаклида кариес жараёни чуқурлашмасдан яссиланиб кечиши оқибатида тиш сатҳида катта кариес майдончаларини юзага келтиради, шикастланган соҳа жуда юзаки чуқурликка эга бўлади. Агарда жараён тез кечса тиш тезда емирилиб, уваланиб кетади. Лекин, баъзида яссиланиб кечувчи кариес жараёни жуда секин кечади. Бунда дентин жигарранг ёки тўқ жигарранг тусда бўлади, у анчагина зич, осонликча кўчириб бўлмайди. Бу ҳол сурункали кариеснинг шаклларида бири бўлиб “стационар” ёки “тўхтаб қолган” кариес деб ҳам аталади. Яссиланиб кечувчи кариесда тиш эмали ва дентини қисман емирилиб кетган бўлишига қарамай кариес қаваги ҳосил бўлмайди. Бундай ҳол чайнов тишларида ҳам, кўрак тишларида ҳам кузатилади. Аммо, сут тишларида сурункали кечувчи кариес жараёни жуда кам, аксарият ҳолларда тез кечувчи деминерализацияни кузатамиз.

Кариес жараёнининг асосий клиник белгилари, кариесга учраган тишлар сони, кариес жадаллиги кўрсаткичига қараб кариеснинг фаоллик даражаси аниқланади.

**Виноградова Т. Ф. Кариеснинг 3 хил фаоллик гуруҳини тавсия қилган:**

I. гуруҳ – кариеснинг компенсацияланиб кечиши (1 даража), бунда тишлар фаолияти бузилмаган (1–5 тишлар шикастланган).

II. гуруҳ – кариеснинг субкомпенсацияланиб кечиши (2 даража), бунда тишлар фаолияти қисман бузилган (6–9 тишлар шикастланган).

III. гуруҳ – кариеснинг декомпенсацияланиб кечиши (3 даража), бунда тишлар фаолияти деярли тўлиқ бузилади (10 ва ундан ортиқ тишлар шикастланган).

III гуруҳ болаларининг тишлар қаторида кўп тишларда кариес ва унинг асоратларини кузатиш мумкин. Депульпация қилинган тишлар сони ҳам бирмунча кўп бўлади. Кариес қавақларида кўплаб нам, дентин ўткир киррали чегарага эга, деярли барча тишлар жароҳатланган, тишларда кўплаб бўрсимон доғлар мавжуд бўлади.

Текшириб кўрилганда илгари қўйилган пломбаларнинг яроқсиз ҳолга келганлиги, кариес қайталанганлигини кузатамиз.

Т.Ф. Виноградова томонидан таклиф қилинган мазкур тасниф болалар терапевтик стоматологиясида кенг қўламда ишлатилади.

Клиник белгиларнинг намоён бўлиши нуқта назаридан болаларда кечадиган кариеснинг катталарниқига ўхшаб: доғ босқичидаги кариес

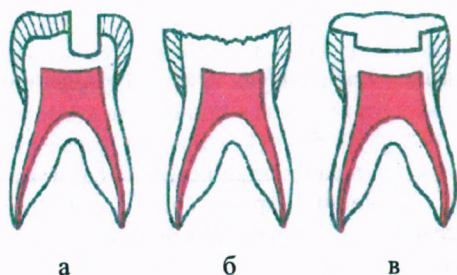
(*macula carioza*), юза кариес (*caries superficialis*), ўрта кариес (*caries media*), чуқур кариес (*caries profunda*) турлари фарқ қилинади ва тасниф қилинади. Булардан биринчи иккитасини бирлаштириб кариеснинг бошланғич босқичи деб юритилади.

## 2.9. Ўрта кариес

Бу хасталикнинг фаол ва ёшга нисбатан бир неча клиник кўринишлари мавжуд.

Ўрта кариес 1–3 ёшли болаларда анча тезроқ кечиб, бир неча ой мобайнида тиш эмаль қавати жароҳатнинг ўрта қисмида батамом уқаланиб тушади. Жароҳат атрофидаги эмаль қават мўртлашиб, нотекис қирраларни ҳосил қилади. Дентин қават тиниклашиб намланади, юмшайди ва у экскаватор ёрдамида енгил кучиши мумкин. Юмшоқ дентин кўчирилганда кариес ковагининг тиниқ юзаси кўринади.

Бу ёшдаги болалар учун сут тишларда ўрта кариеснинг ясси сатҳ бўйлаб кенгайиши ўзига хос белги ҳисобланади. Бунда тиш қаттиқ тўқималари кариеси юза соҳа бўйлаб кенгая бошлайди ва у тўқималарда минерал тузларнинг шиддатли равишда камайиши билан баҳоланади.



4-Расм. 1-синф ўрта кариес ковагини чархлаб шакллантириш.

а-чайнов сатҳидаги фиссур кариесда; б-чайнов юзасида ҳосил бўлган ясси кариесда; в-ясси кариес жароҳатини чархлаб шакллантириш ва пломбалаш.

Кўрак тишларда ва айрим ҳолларда қозик тишларда ясси емирилиш айланма йўналишда тез кечиб, тишлар бўйин қисмини, уларнинг бир-бирига тегиб турган (контакт) юзаларини, танглай юзасини жароҳатлаб, тишлар тожиси (тож қисми)нинг синиб тушишига олиб келади. Озиқ (моляр) тишларда кариеснинг ясси шаклда кечиши чайнов юзаларда эмаль қаватнинг буткул, дентин қаватнинг қисман йўқолишига сабаб бўлади. Шундай ҳолатни тишларнинг бўйин қисми соҳасида ҳам кўриш мумкин. Кариеснинг ясси юза бўйлаб тарқалиши натижасида кўрак тишлар ва қозик тишлар тож қисмининг бир бўлаги емирилиб, силлиқлашиб қолади (4-расм, а, б).

Карисес хасталиги сут тишларида шиддатли равишда кечади. У султ, сурункали кечганда жароҳатланган дентин кўнғир тусда «кўрук» бўлиб, уни экскаватор билан кўчириш бирмунча кийинлашади. Жароҳатланган дентин кўчирилганда карисес ковагининг таг юзаси оч кўнғир доғ рангида кўринади.

Ўрта карисесга ташхис кўйганда уни чуқур карисес, сурункали гангреноз пульпит, сурункали периодонтитлардан фарқлаш керак. Бундай ҳолларда карисес қаватида зонд юритиб кўрганда, ковак деворлари чарчланганда унинг таг юзасида оғриқ сезилмайди, аммо эмаль ва дентин чегарасида енгил оғриқнинг пайдо бўлиши касалликнинг ўрта карисес эканлигидан дарак беради.

## 2.10. Чуқур карисес

Касалликнинг бу турида тишининг эмаль қавати тўлиқ емирилиб, тиш юмшоқ тўқимаси (пульпа) билан карисес коваги орасида нозик дентин қатлами ҳосил бўлади. Дентин тўқимасининг анатомик, физиологик тузилиши (дентин каналчаларининг кўплити, кенглиги) ва унда минерал тузлар озлиги болаларга чуқур карисес ташхисини кўйишда жуда эҳтиёт бўлишни талаб қилади. Чуқур карисеснинг аниқ клиник белгиларини биз боғча болаларида ва 7-10 ёшли мактаб болаларидагина кузатишимиз мумкин. Бу белгилар шу болаларда карисес хасталиги сурункали кечганда яққол намоён бўлади. Ёш болаларда эса карисес ковагининг чуқурлашуви кўп ҳолларда тиш юмшоқ тўқимаси (пульпа)нинг сурункали яллиғланишига ёки некрозига (ўлимига) сабаб бўлади. Шунинг учун бундай ҳолларда касал тиш атрофидаги юмшоқ тўқималарни синчиклаб кўздан кечириб, бармоқлар билан пайпаслаган ҳолда тиш, қизариш, йиринг йўли (свиш) бор-йўқлигини аниқлаш муҳим аҳамият касб этади. Баъзи бир ҳолларда пайпаслаш натижаси клиник белгисиз сурункали периодонт яллиғланиш, тиш илдизини ўраб турувчи альвеола суягининг кирган емирилиши (резорбция) ҳолатларини кўриш мумкин. Жароҳатланган тиш соҳасидаги жағ ости лимфа тугунларнинг қатталашганлиги, пайпаслаганда оғриши буни тасдиқлайди.

Бошқа тиш касалликларидан фарқлаш мақсадида карисес коваги туб сатҳидан юмшаган дентин қатлами экскаватор ёрдамида оҳишта кўчирилиб олиб ташланади. Бу пайтда тиш юмшоқ тўқимаси қисман очилиб қолса, тиш анча енгиллашади. Бундай ҳолда пульпа қонаб, оғриқ сезила бошласа, бу ҳол клиник белгисиз кечаётган сурункали фиброз пульпит (пульпа яллиғланиши)дан дарак беради. Тож пульпасининг некрози сурункали гангреноз пульпитдан ёки сурункали периодонтит



яллигланишидан дарак беради. Агар кариес коваги туб юзасидан юмшаган дентин ажратиб олингандан кейин юза қаттиқлигича қолса, дентин тиник ёки ранги озроқ ўзгарган бўлса, бундай ҳолда чуқур кариес ташҳиси қўйилади. Айрим ҳолларда болаларнинг инжиклиги туфайли ташҳис қўйиш қийинлашади. Бундай ҳолларда кариес коваги тозаланиб, бир неча кун муддатга вақтинчалик беркитилади.

### **2.11. Кариеснинг давоси**

Болалар ёшида кариесни даволашда, айниқса, унинг ўткир, кўплаб тишларни шикастлантирган ҳолларда бундай ҳолатни келтириб чиқарувчи сабабларни аниқлашга жиддий эътибор бериш лозим. Бунда бола организмни ҳимоя воситаларини сусайтирувчи, уни кучсизлантирувчи омилларни аниқлашга ҳаракат қилиш зарур. Бундай кучсизланган беморларни иложи бўлса педиатрлар билан биргаликда текшириб кўриш керак бўлади. Анамнез маълумотларига таяниб, бошидан кечирган касалликлар, яшаш шароити, овқатланиш режими ва бошқаларни инобатга олган ҳолда педиатр шифокор билан биргаликда даволаш режасини тузиш даркор. Даволаш чоралари умумтерапевтик ва маҳаллий стоматологик қисмлардан иборат бўлади.

### **2.12. Бошланғич кариес давоси**

Сут тишларида бошланғич кариес (доғли кариес, юза кариес)ни тиш тўқималарига тиг теккизмасдан консерватив усулда даволаш бугунги кунда кенг тарқалган. Эрта ёшдаги (1-3 ёш) болаларда бошланғич кариес кумушлаш ўтказиш йўли билан даволанади. Бунда тишлар юзасидан юмшоқ қарашлар яхшилаб тозаланади, антисептиклар билан ювиб куриштилади, даволанаётган тишлар пахта болишчалар ёрдамида сўлак ва милклардан ажратилади.

*Кумушли эритма шиллиқ пардага тушса, уни қуйдириш хусусиятига эътиборини эсда тутиш лозим!*

Шикастланган соҳада дентин юмшоқ бўлса, кумушлаш усули қўлланилмайди (бунда кариес жароҳати бор ёрдамида шакллантирилади).

Кумушлаш йўли билан даволашда 20-30% ли кумуш нитрат тузининг сувдаги эритмаси ишлатилади. Бунда кумушни эркин қайтарувчи моддалардан фойдаланилади (4% гидрохинон, аскорбин кислота эритмаси). Кумушлаш 3 марта ҳар 2-3 кунда бир марта ўтказилади ва натижада кумушнинг қалин қора парда(пленка)си ҳосил бўлади.

Маълумки, тишларда кечаётган фаол деминерализация жараёни натижасида кариес доғи юзага келади. Болаларда бу доғлар асосан ек, бўрсимон тусда бўлади. Бундай ҳолларда яна бир сунъий реминерализация усулини қўллаш ҳам ижобий натижалар беради.

Сунъий реминерализация усулини амалга ошириш учун бир канча реминерализация хусусиятига эга бўлган эритмалар тавсия қилинган. Улар ўз таркибида кальций, фосфор, фтор ва бошқа макро ва микроэлементларни сақлайди.

Шундай эритмалар қаторига 10% ли кальций глюконати, 2–3% ли ремодент эритмаси, 2% ли натрий фтор эритмаси киради. Бу эритмалар аппликация (чаплаш) усулида қўлланилади. Даволаш самарадорлиги кариес доғи мавжуд тишларни дори чаплашга яхшилаб тайёрлаш ишлари билан боғлиқдир.

Бу усулни амалга оширишдан олдин бемор бола тишларини чўтка, паста ёрдамида яхшилаб ювади, шифокор қолган қарашларни киртишлаб тозалайди, 2% ли водород пероксиди билан эмаль сатҳини ишлов бериб тозалайди, антисептиклар билан чайдиради, тишлар қуригилади, сўлакдан ажратилади, қуритилган тишлар сатҳига реминерализацияловчи эритмага обдон қўлланган пахта болишчалар ёки салфеткаларни ёзади.

Бу эритма тиш сатҳида 15–20 минут мобайнида ушлаб турилади ва ҳар 5 минутдан сўнг пипетка ёрдамида эритмадан томизиб турилади. Аппликациядан сўнг тиш юзаси қуригилиб, 2% ли натрий фтор эритмасига қўлланган болишча ёки салфетка 2–3 дақиқага қўйилади. Даволаш муолажаси ҳар кун ёки кунора 15–20 марта ўтказилади.

Ўрта ва чуқур кариесда кариес қаваги, албатта, чархланиб шакллантирилгандан сўнг доимий тишлар кариесини даволагандек муолажа қилинади. Кариес қавақларини чархлаб шакллантиришида маълумки, Блэк таснифидан фойдаланилади.

Блэк тавсиясига кўра, кариес қавагини чархлаб шакллантиришдан мақсад шикастланган соҳаларни тўлиқ олиб ташлаш ва пломба материали яхши ёпишадиган ретенция нуқталарини ҳосил қилишдан иборатдир.

Замонавий, янги пломба ашёларини пайдо бўлиши Блэк тавсиясига бирмунча ўзгартиришлар киритишга сабаб бўлмоқда. Бунда кариес қавагини пломбалашга тайёрлаш жараёнида асосий ургу механик ретенция нуқталарини ҳосил қилишга нисбатан кимёвий адгезия принципини илгари суради. Бу эса, эмаль тўқимасини иқтисод қилиш, аяш ва иложи борича сақланиб қолишини таъминлайди.

Замонавий композицион пломба ашёлари эмаль, дентин тўқимаси билан кимёвий бирикмиш хусусиятига эгадир. Бу эса мустақкам механик боғланишни (эмаль билан пломба ашёси орасида) юзага келтиради. Бундан келиб чиқадики, кариес қавагини чархлашда патологик ўзгарган тўқималарни қолдирмай чархлаб, соғлом эмаль соҳасини иложи борича иқтисодлаш ва аяш асосий принцип ҳисобланади.

Болалар ёшида тишларнинг анатомик ва физиологик хусусиятларидан келиб чиқиб ва пломба ашёларининг физик-кимёвий хусусиятларини ҳисобга олиб, доимий пломба ашёларини кариесни даволаш нуқтаи назаридан 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

1. Болалар ёшида сут ва шакланмаган илдизли доимий тишлар кариесини даволашда ишлатилмайдиган пломба ашёлари. Мазкур пломба ашёлари ажратувчи таглик билан ҳам токи тишлар тўлик шаклланиб бўлгунича доимий пломба сифатида ишлатилмайди:

А) Силикатли цементлар — силицин (белацин), фритекс. Бунга асос бўладиган сабаб силикат цементининг кислоталик хусусияти юқори бўлиб рН кўрсаткичини анча пастлигидир. Силикат цементининг кислотали компонентлари сут тишлари дентинида каналчалар кенглиги, минерал тузларга тўйиниши пастлиги сабабли тезда пульпа тўқимасига сингиб ўтиб унда яллиғланиш чақиради.

Б) Сунъий смолалар асосида тайёрланган пластмасса ашёлари — акрилоксид, карбодент, норакрил. Бу пломба ашёларидаги қолдик мономер сут ва шакланмаган илдизли доимий тишлар пульпа тўқимасига захарли таъсир кўрсатади.

В) Кимёвий нур таъсирида қотадиган композит материаллар — эвикрол, комполайт ва бошқалар.

2. Ҳар қандай болалар ёшида фақат ажратувчи таглик қўйилиб ишлатилиши керак бўлган пломба ашёлари:

А) Силикофосфат цементлар – белодонт (беладонт). Буларнинг асосий камчиликлари – адгезия қобилияти суст, эрувчанлиги юқори.

Б) Амалгамалар – кумушли, мисли, галодент-М. Асосий камчиликлари – уларнинг иссиқлик ўтказувчанлиги тиш тўқимаси билан бир хил эмас, ортодонтик даволашда уларни алмаштиришга тўғри келади.

### 3. Шишаиномер цементлар (ШИЦ).

Мазкур цементлардан силикат ва поликарбонксилат цементларининг ижобий хусусиятлари мавжуд бўлиб, салбий хусусиятлари (адгезиясининг пастлиги, пульпа тўқимасига захарли таъсири) деярли йўққа чиқарилган. Нур билан қотувчи шишаиномер пломба ашёлари 30 сония нур берилганда 4-5 дақиқада максимал

мустаҳкамлигини олади-қотади (кимёвий йўл билан қотувчилар учун 24 соат керак бўлади). Нурда қотувчи шишаиономерлар дентин тўқимаси билан ҳам кучли боғланиш ҳосил қилишади.

Шишаиономер цементларининг умумий хусусиятлари куйидагилардан иборат:

- тиш қаттиқ тўқималари билан кимёвий боғланиши;
- пульпа тўқимасига таъсир кўрсатмаслиги;
- эриши пастлиги;
- дентин ва композитларга нисбатан адгезияси (ёпишқоқлиги)

жуда юқорилиги;

- рентген контрастлик хусусияти юқорилиги;

- узок муддат ўзида фтор ионларини ажратиб кариес жараёнига барҳам бериши;

- кислоталар таъсирига турғунлиги;
- тиш рангига мослашиши юқорилиги;
- кенгайиш хусусиятининг тиш дентинига яқинлиги.

Санаб ўтилган хусусиятлари шишаиономер пломба ашёларини болалар стоматологиясида кенг қўламда ишлатишга асос бўлади.

Шишаиономер цементларининг кукуни(порошоги) таркибида 12-17% фторидлар сақлайди ва шу хусусияти билан бошқа цементлардан юқори туради. Узок муддат ўзидан фтор ионларини ажратиши натижасида дентин, эмаль қаватларининг структурасини мустаҳкамлаб уларнинг ўтказувчанлик қобилятини пасайтиради. Бу эса ўз навбатида бактериялар, микроорганизмлар фаолияти натижасида ишлаб чиқарилган захарли моддаларни тиш қаттиқ тўқималарига сингиб киришини олдини олади.

Шундай қилиб, шишаиономер цементлар гуруҳига кирувчи пломба ашёлари универсал ашё сифатида юқори адгезив хусусиятга эга бўлиб пульпа тўқимасига захарли, салбий таъсир кўрсатмайди. Бундай сифатлари шишаиономер цементларини болалар терапевтик стоматологияси амалиётида сут тишлари ва шаклланмаган илдизли доимий тишлар кариесини даволашда кенг қўламда ишлатишга имкон беради.

Немис стоматолог профессори А. Кнаппвост кариес профилактикаси ва даволаш усули сифатида сут тишлари учун чуқур фторлаш йўлини тавсия этади.

Чуқур фторлаш деганда дентиннинг юмшаган соҳаларида кимёвий йўл билан юқори дисперс (диаметри 50 А<sup>0</sup> бўлган) кальций фтор кристалларини ҳосил қилиш жараёни тушунилади.

Чуқур фторлаш жараёнини амалга ошириш учун эмаль тўқимасига кетма-кетликда аввал силикатнинг магний-фторли эритмаси билан ҳўллаб, кейин кальций гидрооксиди суспензиясини суриш тавсия этилади. Бунда фторсиликат комплекси ҳосил бўлиб, у ўз-ўзидан парчаланиши оқибатида жуда майда кальций фторидининг ва магний фторидининг кристаллари ҳосил бўлади. Шу билан биргалликда полимер ҳолатига келган силикат кислотаси ҳам ҳосил бўлади. Кальцийли ва магнийли кристаллар узоқ вақт мобайнида (1 йилдан ошиқ вақт ичида) эркин фтор элементларини ион шаклида ажратиб, юқори концентрация ҳосил қилади ва реминерализация жараёнини тўлиқлигича амалга оширишга шароит яратади.

Муаллиф фикрича, ана шундай кристаллар билан тўйинтирилган дентин баъзи бир ҳолларда кариес таъсирида ўзгарганлиги учун, ўзгарган қисмларини озроқ олиб ташлаш шароитини яратади ва дентин қатламини иқтисод қилишга имконият беради.

Кариеснинг мазкур профилактика ва даволаш усули қанчалик самарадорлигини вақт кўрсатади. Бу йўналишда бугунги кунда фаол амалий ишлар олиб борилмоқда.

### **2.13. Ўрта ва чуқур кариесини даволаш**

Кариес жараёнининг даволаш тадбирини Блэк таснифи (классификацияси) нуктаи назаридан тушунтиришимиз.

#### **I синф кариесни даволаш.**

I синф кариес ковагини пломбалашда энг яхши тўлдирадиган восита бугунги кунда шишаиономерли (глассиономерли) цементлар ҳисобланади. Бунда кариес ковагининг тубига таглик қўйиш шарт эмас. Шу синфга мансуб кариес ковакларини ажратувчи таглик қўйиб, белодонт (белодонт) цементдан тайёрланган пломба билан пломбалаш ҳам яхши натижа беради.

#### **II синф кариесини даволаш.**

Бунда кичик ва катта озиқ тишларнинг бир-бирига тегиб турган (контакт, апроксимал) юзалари шикастланади. Доимий тишларда бу хил шикастланиш бирмунча кейинроқ (10–12 ёшдан бошлаб), фиссур кариесидан кейин қайд этилади.

4–5 ёшли болаларда кўпинча тишлар контакт нуктасида пайдо бўлган кариес жароҳати апроксимал юза бўйлаб кенгайиб боради.

Бундай турдаги кариес ковагини чархлаш пайтида ковак кенгайтирилиб, чайнов юзасига олиб чиқарилади ва кунт билан шакл берилади. Тиш бўйин олди юзасида ковак ясси шаклда ишланиб, туб

қисми кириш қисмига нисбатан бир оз кенгайтирилади ва қўшимча юза, таянч нукталари ҳосил қилинади.

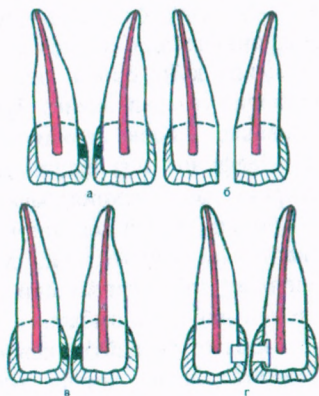
Контакт юзалардаги кариес ковагини пломбалашда, албатта матрица (қўшни тиш юзаси билан қўйилаётган пломбанинг орасига қўйиладиган металл пластинка)дан фойдаланиш керак. Асосий пломба тагига қўйиладиган таглик бирмунча суякрок қориштирилса, уни юпқа қатлам қилиб ёйиш осонроқ бўлади. Таглик юпқа қават ҳосил қилиб қўйилгандан кейин тишлар оралиғига матрица — ажратгич қўйилади. Бир бўлак амальгамадан тайёрланган пломба кичик бўлак ҳолда матрица орқасига, яъни таглик устига қўйилиб, пахтадан тайёрланган думалоқ тампон ёғочдан ёки металлдан ишланган махсус зичлаштиргичлар ёрдамида мустаҳкамланади.

Доимий катта озиқ тишлар ковагини амальгама, кичик озиқ тишларнинг кариес ковагини эса эвикрол ёки бошқа композит материаллар билан пломбалаш керак. Сут тишлари молярлари алмашинувига 1–3 йил вақт керак бўлган тақдирда белодонт цементдан пломба қўйиш мумкин. Бола 4–5 ёшли бўлса кариес ковагига яхши шакл бериб, амальгама пломбаларидан фойдаланиш ижобий натижалар беради. 2–4 ёшли болаларда биринчи озиқ тишлардаги кичик ҳажмдаги кариес ковакларини фосфат цемент (уницем), лактодонт, инфантид цементлари айниқса шишаиономер цементлар (Цемион, Fuji ва б.) билан тагликсиз пломбалаш мумкин. Бу ёшдаги болалар кўпчилик ҳолларда инжиқ ва бессаранжом бўлганликлари туфайли шикастланган юзага керакли шакл бера олмаслик мумкин. Кейинчалик бу пломбалар емирилган ёки енгил шикастланганда юпқа қатлам ҳосил бўлади, шунда керакли шакл берилиб, устидан амальгама пломба қўйиш мумкин.

**III синф кариесини даволашда қуйидагиларга амал қилишни лозим.** Бу гуруҳга кирувчи кариес коваклари кўрак ва қозик тишларнинг контакт юзасида аниқланади. Мабодо тишлар орасидаги масофа жағ суяги ўсиши натижасида (4–5 ёшли ҳолларда) бирмунча кенгайган (трема) бўлса, шикастланган эмаль қавати силликланиб, унга 30% ли кумуш нитрат эритмаси билан уч марта қайталаб ишлов берилади. Натижада кариес жараёни ривожланишдан тўхтайди ва сут тишлари физиологик алмашинувигача шикастланмаслиги мумкин (5-расм, а, б).

Тишлар бир-бирига нисбатан зич жойлашган тақдирда кариес ковагига кичик ўлчамли шарсимон ёки тескари конуссимон бор ёрдамида шакл берилади.

Таянч нуқталар бу ҳолда тиш дентинининг милкка ва кесувчи юзага яқин соҳаларида ҳосил қилинади (5-расм, в, г.). Бу ҳилда шакл берилган кариес ковакларини фосфат цементи билан беркитиш лозим.



**5-расм.** Олдинги кесувчи сут тишларида III синф кариес ковагига чархлаб ишлов бериш: а,б – тишлар орасида диастема мавжуд бўлганда;

в, г – тишлар орасида диастема бўлмаган ҳолларда кариес ковагини шакллантириш.

Россия ва Европа мамлакатларида ишлаб чиқарилаётган янги, пломбалаш учун ишлатиладиган шишаиономер цементларидан фойдаланиш ҳам яхши натижалар бермоқда. У асоратсиз бўлиб, тиш эмали билан кимёвий бирикиш хусусиятига эгадир. III синф гуруҳига кирувчи, унчалик чуқур бўлмаган кариес ковакларини беркитишда жуда қўл келади. Сут тишларини пломбалашда, шунингдек, яна бир янги ҳосил қилинган лактодонт цементи ҳам қулайдир. Қаттиқликда у белодонт цементдан қолишмайди. Юқорида айтилган пломбалаш материаллари (ашёлари) тиш пульпасига нисбатан зарарсиз бўлганлиги учун уларни таглик (таглик – ҳимоя қавати) сиз ишлатиш анча қулайлик туғдиради ва кам вақт талаб қилади.

Композит материаллар (эвикрол, поликарбоксилат ва б.) қўлланилганда чархланган кариес коваги жуда ҳам эҳтиётлаб 37% ли ортофосфат кислотаси ёрдамида кальцийсизлангирилади. Бунинг учун 10–20 сония мобайнида кариес коваги деворлари шу суюқлик ёрдамида энгил намланади, шундан сўнг 20 секунд мобайнида сув билан ювилади. Композит материаллар фақат таглик устидан қўйилади.

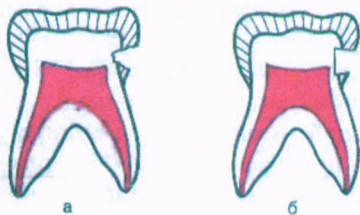
**IV синф кариесини даволаш.** Бу гуруҳ кариес жароҳатлари кўрак, қоziқ тишларининг контакт юзаси, тишнинг кесувчи қирраси ва бурчагини шикастлайди. Бу хасталик сут тишларида асосан кариес асорати бўлмиш пульпа ёки периодонт яллиғланиши билан кечади. Шунинг учун пломбалаш ишлари эндодонтик даволаш тadbирларидан



кейин қийинчилик туғдирмайди. Бундай даволаш усуллари кейинги бобларда тилга олинади.

**V синф кариесини даволаш.** Бу гуруҳга кирадиган жароҳатлар ҳамма сут ва доимий тишларда, тиш бўйин соҳасига яқин юзаларни шикастлайди. Бу турдаги жароҳатлар 1–3 ёшли болаларда кўпинча асосан кўрак тишларнинг бўйин соҳасида аниқланади. Бундай ҳолларда кариес ковагини ўткир экскаватор ёрдамида кунт билан қиртишлаб, шикастланган эмаль ва дентин тўқималаридан тозалаш лозим. Чунки бу ёшдаги болаларда бор тиғи билан ковакка ишлов бериш кўпгина ҳолларда пульпанинг очилиб қолиш хавфини туғдиради. Дентин тўқимасини бир қадар микробсизлантириш (дезинфекция) мақсадида коваклар бир неча ҳафта мобайнида эвгенолли (қалампирмунчоқ мойи) ёки тимолэвгенол пасталар билан вақтинча беркитилади. Муддат тугагандан сўнг уларни фосфат цементдан тайёрланган ёки бошқа зарарли хусусияти бўлмаган цементлар пломбаси билан алмаштирилади. Юмшоқ пломба алмаштирилаётган пайтда ковакларга тескари конуссимон бор ёрдамида оҳиста ишлов бериш мумкин. Чунончи, бирламчи куйидаги юмшоқ эвгенолли паста бир вақтнинг ўзида иккиламчи дентин ҳосил бўлишини таъминлайди. Натихада кариес ковагининг туби бирмунча қалинлашади.

3 ёшли ва ундан катта болаларда ўрта кариес ковакларига бемалол кичик ўлчамли тескари конуссимон ёки фиссур борлар ёрдамида ишлов бериш мумкин. Ҳосил қилинган ковак туби сатҳининг юзаси ковакка кириш қисми юзасидан бирмунча кенгроқ бўлгани учун пломба тиш деворида узоқ муддат сақланади (6-расм, а, б).



**6-расм.** Катта озиқ сут тишларда V синф кариес ковагини чархлаб шакллантириш: а – шакллантирилмаган кариес коваги;

б – кариес ковагини чархлаб, шакллантирилган.

**Оғир даражали кариесни даволаш.** Ташхис тўғри қўйилган тақдирда бу турдаги кариес ковакларини ёш болаларда (1–3 ёш) икки қатновда даволанади. Бунга сабаб, сут тишларининг қаттиқ тўқима қатламларининг доимий тишлардаги қатламлардан юпқалигидир. Чуқур кариес коваги сут тишларида анча юзароқ бўлиб, унга бир неча қатлам



пломбаларни (даволовчи малҳам, ажратувчи сувли дентин фосфат-цементли тагликлар ва доимий пломба қатлами) сифатли қилиб жойлаштириш мушкулдир. Бундай ҳолда пломба тезда кўчиб, тушиб кетади.

Бемор биринчи бор келганда ковак тозаланиб ювиб, қуригилиб, тубига даволовчи малҳам пасталар (эвгенол-тимолли, эвгенолли, кальцин, кальмецин кабилар) қўйилиб, устидан пахта тампон билан ажратиб, сувли дентин билан беркитилади. Бу хилдаги пломба бир неча кун мобайнида (бир ҳафтагача) сақланади. Шу вақт ичида малҳам паста анчагина қотади ва сувли дентин таглик қўйишга ҳожат қолмайди. Бемор иккинчи бор келганида ковакдан вақтинчалик пломба, пахта тампони олиб ташланиб, юза фосфат цемент таглиги устидан белодонт ёки бошқа бирор хил мустаҳкам пломба қўйилади.

Катта ёшдаги мактаб болаларида I синфга мансуб кариес ковакларида пломбалаш катга озиқ тишларда биринчи қатновда тугатилади. Чунки доимий тишларда чуқур кариес ковагининг ўлчамлари кўп қавагли пломбалар қўйиш учун имкон беради.

### **III БОБ. ТИШ ПУЛЬПАСИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ**

#### **3.1. Пульпа яллиғланишининг болаларда Кечадиган клиник хусусиятлари**

Тиш пульпасининг яллиғланишини ҳар хил ёшдаги болаларда учратишимиз мумкин. Чайнов тишларида кесувчи тишларга нисбатан пульпа яллиғланиши 5–6 мартаба кўпроқ учрайди.

Пульпитларни чақирувчи асосий сабаб, кариес даволанмаганлиги оқибатида микроблар ва уларнинг токсинларининг юпқа дентин қават ва кенг дентин каналчалари орқали тиш бўшлиғига, пульпа тўқимасига сизиб ўтиши ҳисобланади. Бундан ташқари, кимёвий таъсирот (кариес даволанганда), механик травма (тишлар синганда, кариес коваги чархланаётганда) ва камдан-кам ҳолларда микробларни инфекция ўчоғидан қон орқали пульпа тўқимасига олиб келиши ҳисобига ҳам пульпа яллиғланиши рўй беради.

Болалар ёшида сут ва шаклланмаган доимий тишларда кечадиган пульпитларнинг ўзига хос қатор хусусиятлари мавжудки, бу хусусиятлар катта ёшдаги кишиларда учрамайди.

1. Сут ва шаклланмаган доимий тишларда унча чуқур бўлмаган кариес коваги мавжуд бўлса, пульпа яллиғланиши содир бўлиши мумкин. Бунга юпқа дентин қават, дентиннинг кам минераллашганлиги ва дентин каналчаларининг кенглиги сабаб бўлади.

2. Болалар ёшида пульпа тўқимасида яллиғланиш жараёни тез тарқалиб кетади. Бунга пульпа тўқимасининг ёшга қараб шаклланиши сабаб бўлади. Болалар тиш пульпасида катталарникидан фарқли ўлароқ, хужайра элементлари, асосий аморф модда кўпроқ бўлиб, толали структуралар оз миқдорда бўлади. Қон томирлар билан таъминланишининг фаоллиги тезда экссудатли жараённинг бошланишига олиб келади.

Илдиз каналларининг кенглиги, кўпчилик ҳолларда апикал тешикнинг шаклланмаганлиги, илдиз канали тўқимасининг тож пульпаси билан бир хил структура тузилиши ҳам содир бўлган экссудат ва микроблар, улар токсинларини тез тарқалиб периодонт тўқимасигача ўтиб кетишини таъминлайди.

3. Болалар ёшида сурункали пульпитлар ўткир пульпитга нисбатан анча кўп учрайди. Бунга сут тишларида бирламчи сурункали пульпитлар содир бўлиши сабаб бўлади. Чўққи тешигининг катталиги илдиз каналларининг кенглиги ва дентин каналчаларининг кенг ва қисқа бўлиши ана шунга имкон яратиб беради. Санаб ўтилган шарт –

шароитлар яллиғланиш экссудатини тезда тарқалиб кетишига олиб келади.

4. Юкорида келтирилган анатомик ва физиологик хусусиятлар болаларнинг ҳар хил ёшида бир хил пульпа яллиғланишининг ҳар хил клиник белгилар билан кечишига сабаб бўлади. Масалан яллиғланишнинг ўткир чегараланган даври сут тишларида, илдизи шаклланмаган доимий тишларда жуда қисқа муддат, деярли симптомсиз кечса, шаклланган илдизи доимий тишларда клиник белгиларининг ўткирлиги билан катталардан фарқ қилмайди.

5. Болаларда сурункали пульпитлар деярли шикоятсиз кечади. Айрим ҳоллардагина бемор анамнезидан ҳарорат ва механик таъсиротлардан шикоят бўлганлигини аниқлаймиз.

6. Болаларда пульпанинг йирингли яллиғланиши белгилари барча пульпитларда патоморфологик усулда аниқланган. Сабабчилари бўлиб, аралаш инфекциядан агрессив, кўпчилигини ҳосил қилувчи стафилакоклар ҳисобланади. Бунда болаларда иммуногенез жараёнининг сусайиши, жараённинг кенг қўламда тус олиши, сенсibiliзация ва авто сенсibiliзация ҳоллари, кучли захарланиш белгилари қайд этилиши мумкин.

7. Катталарникидан фарқли ўлароқ ўткир ва ўткирлашган сурункали пульпитларда периодонт тўқимаси яллиғланиш жараёнига тортилади.

Сут тишлари ва илдизи шаклланмаган доимий тишлар пульпитада периодонт тўқимасининг яллиғланиш жараёнига тортилишининг сабаблари бўлиб, пульпа тўқимаси тузилишининг ўзига хос хусусиятлари, барьер функциясини сустиги, илдиз каналларининг кенглиги, апикал чўққи тешигининг катталиги ҳисобланади. Бунинг оқибатида периодонт тўқимасига вирулент инфекциянинг ва улар токсинларининг экссудат билан оқиб кириши, периодонт тўқимасининг тўлиқ шаклланмаганлиги тезда яллиғланиш жараёнига кўшилиб кетишига олиб келади.

8. Бола организмнинг умумий жавоб реакцияси пульпанинг диффуз яллиғланишида, асосан сурункали пульпитларнинг ўткирлашган ҳолларида гиперэргик тус олиши мумкин. Бу ўз навбатида бола организми реактивлиги юқорилиги, периодонт тўқимаси структурасининг такомиллашмаганлиги, экссудацияга мойиллиги, марказий асаб системасининг мукамаллашмаганлиги, гормонал ва умумий иммунитет ҳолати, пульпа тўқимасининг микроблар билан сенсibiliзацияси билан боғлиқдир. Ёш болаларда бу жараён ҳарорат

кўтарилиши, бош оғриғи, бўшашиш, уйқуга тортилиш, лейкоцитлар сонини, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши билан кечади.

### 3.2. Пульпитлар таснифи

Бу соҳада жуда кўп ишлар қилиниб, кўшлаб таснифлар тавсия қилинган. Ўқувчиларга клиникада қўллашага қулай, тушунарли бўлган Е. Е. Платонов таснифини таклиф қилиш билан бир қаторда, Т. Ф. Виноградова таснифини ҳам келтириб ўтамыз.

Е. Е. Платонов таснифи:

**I. Ўткир пульпит: Ўчоқли (pulpitis acuta partialis)**

-Диффуз (pulpitis diffusa)

**II. Сурункали пульпит: Фиброзли (pulpitis chronica fibrosa)**

-Гангренозли (pulpitis chronica gangrenosa)

-Гипертрофик (pulpitis chronica hypertrophica)

**III. Ўткирлашган сурункали пульпит – (pulpitis chronica exacerbata).**

Т. Ф. Виноградова таснифи:

**I. Сут тишларининг ўткир пульпити:**

Ўткир серозли пульпит.

Ўткир йирингли пульпит.

Ўткир пульпит (периодонт ва регионар лимфа тугунларини яллиғланиш жараёнига тортилиши билан кечадиган).

**II. Доимий тишлар ўткир пульпити:**

Ўткир ўчоқли пульпит.

Ўткир ўчоқли серозли пульпит.

Ўткир серозли диффуз пульпит.

Ўткир йирингли диффуз пульпит.

**III. Сут ва доимий тишларнинг сурункали пульпити:**

Сурункали оддий (фиброз) пульпит.

Сурункали пролифератив пульпит.

Сурункали пролифератив гипертрофик пульпит.

Сурункали гангреноз пульпит.

**IV. Сут ва доимий тишларнинг ўткирлашган сурункали пульпити.**

### 3.3. Пульпанинг ўткир ўчоқли (чегараланган)

яллиғланиши

Бу хил яллиғланиш ёш болаларда жуда камдан-кам ҳолда ўз вақтида аниқланади. Бунга сабаб, инфекция кучи (вирулентлиги) юқори

Бўлгани учун унинг ёш болалар организмининг ҳали етилиб улгурмаган ҳимоя воситаларини осонликча енгиб утиб, умумий пульпа яллиғланишига олиб келишидир. Ёки қулай шароит мавжуд ҳолларда касаллик белгисиз ёки клиник белгилари яққол сезилмаган ҳолда кечиши мумкин. Бундай ҳолларда ота-оналар болаларни шифокор қабулига олиб келишмайди.

### 3.4. Ўткир умумий (диффуз) пульпит

Пульпаннинг бу хил ўткир яллиғланиши унинг сурункали (хроник) турларидан камроқ учрасада, ёш болаларда (3–4 ёшгача) жуда яққол клиник белгилар билан аниқланади. Бунда бола организмда умумий заҳарланиш аломатлари пайдо бўлади. Тана ҳарорати 38° С ва ундан юқори кўтарилади, бесаранжомлик, йиғлокилик, инжиклик кузатилади.

Бола овқатдан бош тортади, уйқуси бузилади. Берилган оғриксизлантирувчи (анальгетик) дорилар болани 1–2 соат чамаси тинчлантиради. Дорининг таъсири ўтгач, болалар ўткир оғриқдан чинқриб уйғонишади. Оғриқ бошланганидан бир кеча-кундуз мобайнида вақт ўтгач, касал тиш атрофидаги юмшоқ тўқималар шишиб қизаради. Бармоқ билан пайпасланганда оғриқ пайдо бўлади. Юз симметрияси бузилиши мумкин.

Тиш пульпасининг бу хилдаги умумий яллиғланишини тўғри аниқлаш ва қайталанган сурункали (хроник) периодонтитдан ажратиш жуда кўп қийинчиликлар туғдиради. Чунки бу ёшдаги болалар сўроқларга аниқ, тўлиқ жавоб бера олишмайди. Шунинг учун кўрик пайтида йиғилган объектив белгилар ташҳис бўйича муҳим аҳамият касб этади.

Бу хилдаги дифференциал ташҳисни ўтказишни қулайлаштириш мақсадида Москва стоматология тиббиёт университети (МСТУ) болалар стоматологияси кафедраси жамоаси қуйидаги солиштирма жадвални тавсия қилади (2-жадвал).

2-жадвал.

#### Пульпитлар қиёсий ташҳиси

| Ташҳис кўлами             | Ўткир диффуз пулпит                     | Сурункали периодонтитнинг ўткирлашуви      |
|---------------------------|---|--|
| Касаллик тарихи (анамнез) | Тиш биринчи бор оғриган                 | Олдин ҳам тишда оғриқ бўлган бўлиши мумкин |
| Совуқдан оғриқ            | Йирингли жараёнда оғриқ сусайиши мумкин | Ўзгариш йўқ                                |

| Перкуссия  | Оғриқ беради  | Оғриқ беради  |
|--|---|---|
| Тиш атрофи шиллик пардасининг лаб, лунжга ўтиш бурмаси | Қизарган, оғриқли, шишган   | Қизарган, оғриқли, инфилтратли шиш ёки флюктуация аниқланади. |
| Пульпа очилганда                                       | Яллиғланиш борлиги туфайли ва зонд юритилганда кучли оғриқ сезилади | Некрозга учраган (ўлган), зонд юритилганда оғриқ бўлмайди.    |

### 3.5. Сурункали фиброз пульпит

Пульпанинг бу хил яллиғланиши болаларда энг кўп учрайдиган касаллик тури ҳисобланади. Сурункали фиброз пульпит сут тишларида ва илдизи шакланмаган доимий тишларда жуда кўп ҳолларда клиник белгисиз кечиши мумкин. Касаллик болаларда режали санация олиб борилган ёки у қайта яллиғланиб, ўткирлашган пайтда болалар шифокорга мурожаат қилиши натижасида аниқланади. Қайта яллиғланиш пайтида узоқ муддатли симилловчи оғриқ овқатлангандан кейин, кўчадаги совуқдан ва баъзи бир ҳолларда кечаси пайдо бўлади. Бола оғриётган тишини аниқ кўрсатиб беради.

Оғриган тишни кўздан кечираётганимизда унда кариес коваги борлигини, зонд юритилганда бу ковак пульпа бўшлиғига туташлигини ёки қонаган оғриқли пульпа этини ковақдан чириб юмшаган дентинни кўчираётган пайтда аниқлаймиз. Сурункали фиброз пульпитнинг болаларда, асосан клиник белгисиз кечишини назарда тутган ҳолда, шифокор сут ва доимий тишларнинг чуқур кариес ковагига ичлов бериб бўлгандан кейин эҳтиёткорлик билан кариес ковагининг туб сатҳини, айниқса пульпа проекцияси соҳасини зонд юргизиб, текшириб чиқиши зарур. Ана шундай қунт билан текширишлар кўп ҳолларда кариес ковагининг пульпа бўшлиғи билан туташлигини кўрсатиши мумкин. Очилган пульпада зонд юритилаётганда шуни назарда тутиш керакки, агар тиш илдизлари физиологик ёки патологик сўрилишининг охириги даврида бўлса, оғриқ кучли бўлмайди. Бунда боланинг ёши ва касаллик муддати муҳим аҳамият касб этади.

Илдиз сўрилиши бошланмаган сут тишларида бундай ҳолларда кучли оғриқ сезилади.

### 3.6. Сурункали гангреноз пульпит

Бу тур пульпа яллиғланиши болаларда учраши жиҳатидан сурункали фиброз пульпитдан кейин иккинчи ўринда туради. Болаларда

тиш оғригига шикоят бўлмайди. Касаллик тарихида фиброз пульпитга нисбаган олдинги пайтларда кўпроқ оғриқ бўлганлигини аниқлаш мумкин. Гангреноз пульпит билан оғриган тиш қариес ковагига зонд юритилган пайтда кўп ҳолларда ковак бўшлиғи пульпа бўшлиғи билан туташлигини қайд этиш мумкин. Пульпа ковагининг юзaroқ сатҳини зонд билан қитиқлаганда оғриқ бўлмаслиги, тиш тож қисмида жойлашган пульпанинг некрозга учраганидан (ўлганидан) дарак беради. Тож пульпаси яхшилаб очилиб, зонд чуқуррок юритилганда пульпанинг чуқур жойлашган соҳасида ёки илдиз каналларига кириш қисмидагина оғриқ пайдо бўлади. Бу ҳол илдиз пульпасининг тириклигидан дарак беради ва қон оқиб чиқиши бунни тасдиқлайди.

Сурункали гангреноз пульпит тиш бўшлиғи ёпиқ бўлган ҳолларда ҳам кечиши мумкин. Бунда қариес коваги билан пульпа бўшлиғи орасида маълум қатлам дентин тўсиғи бўлиши мумкин. Бу ҳолларда инфекция (микроб) сут тишларининг кенг дентин каналлари орқали пульпа бўшлиғига ўтган бўлади. Бундай чуқур қариес ковагини чархлаш ва юмшаган дентин қаватини олиб ташлаш пайтида бола оғриқ сезмайди. Бу ҳол шифокор хушёрлигини оширмоғи лозим. Қариес туби сатҳидаги дентин кулранг бўлиб, тиниқ бўлмайди.

Агар синчиклаб зонд юритилганда ковакнинг пульпа бўшлиғи билан туташган нуқталари топилмаса, ундай ҳолларда ковак туби сатҳига асбестли тампон қўйилиб, вақтинчалик сувли дентин катлами билан беркитилиб, бемор рентген кабинетига юборилади.

Секинлик билан кечувчи сурункали чуқур қариес жараёнининг рентген сурати кўздан кечирилганда, юза дентин қават тагида қалин, иккиламчи (заместительный) дентин ҳосил бўлганлигининг гувоҳи бўламиз. Бу ҳол эса ковак чархланган пайтда оғриқ сезилмаганидан дарак беради. Демак, биз бу ерда чуқур қариесни аниқлаймиз.

Сурункали гангреноз пульпитда кўпинча (80% га яқин) рентгенограммада периодонтал тирқишнинг кенгайганлигини, альвеоляр суяк тўсиғида остеопороз (тўқима сийракланиши), доимий тиш илдизи атрофида суяк тўқимаси сурилиб қўшувчи тўқима билан тўлганлиги (остеосклероз), жуда юпқа иккиламчи дентин қават ҳосил бўлганлигини (ёки умуман иккиламчи дентин канал йўқлигини) кўриш мумкин.

Касалликни аниқлаш (диагностика) пайтида илдизи шаклланмаган доимий тишларда кечадиган сурункали гангреноз пульпитни, сурункали грануляцияланувчи (гранулирующий) периодонт яллиғланишидан фарқлай (дифференциал диагностика) олиш анча мушкуллик туғдиради. Чунки бундай ҳолда доимий тишнинг шаклланмаган илдизи ковагига

грануляция тўқимаси ўсиб кириб, уни тўлдириши мумкин ва уни биз кўпгина ҳолларда илдиз пульпаси сифатида қабул қилишимиз мумкин.

Уқорида айтиб ўтилганидек, бизга тиш илдизининг рентген тасвири ёрдам беради. Сурункали гангреноз пульпитда рентген тасвирида илдизнинг нормал ўсиш чегараси яққол кўринади. Грануляцияланувчи сурункали периодонтитда шаклланмаган илдиз атрофидаги суяк тўқимасида деструкция (тўқима смирилиши) жараёнини кўрамиз, унинг сатҳи тиш илдизи ўсиш зонаси сатҳидан анчагина каттароқ бўлади, чегараси аниқланмайди. Сурункали периодонтитда тиш илдизи шаклланиши — шу ёшдаги шаклланиш меъёридан анча орқада қолади. Гангреноз пульпитда илдизлар ўлчами соғ тишникидан фарқ қилмайди ва бола ёшига мос келади.

Фарқлаб ташхислаш даволашни тўғри режалаштиришда жуда муҳимдир. Чунончи, гангреноз пульпитни даволашда шифокор илдиз пульпасининг ҳеч бўлмаганда қуйи (апикал) қисмини сақлаб қолишни назарда тутмоғи лозим. Бу эса шаклланмаган илдиз ривожини давом эттириб, унинг тўлиқ шаклланишига олиб келиши мумкин. Сурункали периодонтит яллиғланганда грануляция тўқимаси ўзида дентин ҳосил қилувчи одонтобласт ҳужайраларини сақламайди, бунинг натижасида дентин ҳосил бўлиш жараёни тўхтабди. Бундай ҳолда илдиз каналини пломбалашдан олдин, уни фақат ўлган пульпа қолдиқларидангина эмас, балки грануляция тўқимасидан ҳам яхшилаб тозалаш зарур.

3–4 ёшли болаларда сурункали гангреноз пульпитнинг ўткирлашиб қайталаниши жуда оғир кечиши мумкин. Бундай болаларда тана ҳарорати кўтарилиб, организмнинг заҳарланиш аломатлари яққол намоён бўлади. Улар ўзларини беҳол сезишиб инжиқланишади, тери ранги оқариб, совуқ тер қоплаши мумкин. Касалланган тиш соҳасида юз-жағ юмшоқ тўқимасининг шиши, ўткир лимфаденит, яъни боланинг ҳолати сурункали периодонтитнинг ўткирлашиб қайталаниш белгиларига ўхшаб кетади. Пульпа бўшлиғини эҳтиётлаб очиб, зонд юритилганда жараённинг ўткирлашганлигини кўриш мумкин.

### **3.7. Сурункали гипертрофик пульпит**

Тиш пульпасининг бу хил яллиғланишида пульпада пролифератив жараёнлар авж олиши натижасида унинг ҳажми ошади. Бундай ҳолда тиш юмшоқ тўқимаси пульпа бўшлиғини тўлдириб, кариес ковагига ўсиб чикади ва уни ҳам тўлдириши мумкин. Болаларда бу хил пульпа яллиғланиши камдан-кам ҳолларда учрайди. Касалликни гипертрофик палиллит (милк сўрғичининг ўсиб кетиши) дан фарқлаш зарур. Буни амалга ошириш унча қийинчилик туғдирмайди. Бунинг учун тиш бўйин



атрофида эмаль кават сатҳи бўйлаб зонд юритилиб, милк сўргичининг кариес ковагига ўсиб кирган оёқчаси топилади ва ажратилади.

Пульпанинг гипертрофик яллиғланишини сурункали периодонт касаллигидан ажратиш бирмунча қийинчилик туғдириши мумкин. Сурункали, айниқса грануляцияланиб кечадиган периодонт яллиғланганда кўпгина ҳолларда патологик сўрилиш нагжасида пульпа қаватининг туб девори ёки ён девори шикастланиб, грануляция тож бўшлигига ўсиб киради ва кариес бўшлигини тўлдиради. Лекин шу билан биргаликда сурункали периодонт яллиғланишининг бу хил кечишида қуйидаги белгиларни ҳам кўриш мумкин. Бунда тиш ўрнидан бўшаб, лиқиллаб қолади, милк кўкаради, пайпаслаган пайтда тиш илдиз соҳасида альвеоляр ўсиқнинг емирилганлиги аниқланади. Касал тишнинг ранги ўзгариб, кўқимтир тус олади. Айниқса, тиш атрофидаги юмшоқ тўқимада, милк соҳасида йиринг йўли (свиш) бўлиши мумкин. Кўшимча ўтказилган тадқиқот (рентген тасвирида) периодонт яллиғланишига мос ўзгаришлар борлигини кўрсатади, бу эса бизга қиёсий ташҳисни қўйишда катта ёрдам беради.

### *Ўзлаштириш даражасини аниқлаш учун саволлар*

1. Сут тишларида пульпа яллиғланишининг қайси бир тури кўпроқ учрайди? Унинг клиник белгиларини санаб ўтинг.

2. Қандай клиник белгилар умумий ўткир (диффуз) пульпитни ўткирлашиб қайталанган сурункали гангреноз пульпит ва ўткир периодонтит билан қиёслаб (дифференциал) фарқлашда муҳим аҳамият касб этади?

3. Сурункали гипертрофик пульпитни, кариес ковагига ўсиб кирган милк сўргичидан ва сурункали кечадиган периодонтитда пульпа ковагига ўсиб чиқадиган грануляция тўқимасидан қандай усуллар ёрдамида фарқ қилиб ажратиш мумкин?

4. Илдизи шакланмаган тишларда учрайдиган сурункали гангреноз пульпитни шу хил тишларда кечадиган сурункали грануляцияланувчи периодонтит билан қиёслаб (дифференциал) фарқлашда қайси бир кўрик усулидан фойдаланилади? Бу ҳолда қанақа белгилар муҳим аҳамиятга эгадир?

### **3.8. Болаларда пульпит касаллигини даволашнинг ўзига хос чора-тадбирлари**

Пульпит касаллигини даволашдан асосий мақсад — бемор шикоятларини, пульпа тўқимасидаги яллиғланиш жараёнини бартараф қилиш, жароҳатланган тишнинг анатомик ва функционал ҳолатини

тиклаш, периодонт, жағ суяги ва юмшоқ тўқималарда вужудга келиши мумкин бўлган бир қадар яллиғланиш жараёнларининг олдини олиш (профилактика)дир. Булардан ташқари, болаларда тиш илдизларининг шаклланиши ёки физиологик сўрилиш жараёнларининг меъёрида боришини таъминлаш ҳам муҳим аҳамиятга эгадир. Юқорида кўрсатилган вазифани изчиллик билан амалга ошириш учун даволаш усули оддий, бажариладиган техник ишлов жараёнлари оғриқсиз бўлиши зарур.

Болаларда пульпит касаллигини даволаш усуллари ўзига хос бўлиши билан бир қаторда, уларнинг ижобий ҳамда салбий теомонлари ҳам бўлишини назарда тутмоқ лозим.

Пульпа яллиғланиши (пульпит)ни даволашнинг куйидаги усуллари мавжуд:

1. Тож ва илдиз пульпасининг тириклигини ва физиологик фаоллигини таъминловчи (биологик) усул.

2. Оғриқсизлантириш йўли билан тирик тиш пульпасини қисман олиб ташлаш (витель ампутация) усули.

3. Оғриқсизлантириш йўли билан тож пульпасини тўлиқ, илдиз пульпасини қисман олиб ташлаш — чуқур ампутация усули.

4 Оғриқсизлантириш йўли билан тиш пульпасининг тож ва илдиз қисмларини тўлиқ олиб ташлаш (витель экстирпация) усули.

5. Яллиғланган тиш пульпасини жонсизлантириб, қисман олиб ташлаш (ампутация) усули. Жонсизлантирувчи (некроз чакирувчи) восита сифатида арсенат кислотаси (Е. Е. Платонов тавсия қилган рецептлар асосида), фенол ва формалин эритмаларнинг (2:1 нисбатда) аралашмаси, параформалдегидли паста (Девит А, Б, С, Д) ва бошқалар ишлатилади.

6. Жонсизлантирилган пульпани тўлиқ — буткул олиб ташлаш (девитель экстирпация) усули.

Даволашнинг у ёки бу усулини танлашда касал тишнинг қайси гуруҳга киришини, касалликнинг ривожланиш даврини, қўйилган ташхисни ва боланинг ёшини, албатта ҳисобга олиш муҳимдир. Шунинг учун даволовчи шифокор болаларда тишларнинг чиқиш муддатларини, илдизларнинг шаклланиш ва сўрилиши жараёнларини, тишлар алмашинуви муддатларини жуда яхши тасаввур қила билиши зарурдир.

### 3.9. Яллиғланган пульпани биологик усулда даволаш

Даволашнинг бу усули тиш пульпасининг тўлиқ сакланишини ва ҳаётий фаоллигини давом эттиришни таъминлайди. Қуйидаги ҳолларда бу усул билан даволаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади:

1. Ўрта ва чуқур кариес ковагини чархлаш пайтида билмаган ҳолда қўққисдан пульпа тўқимасига жароҳат етказилганда ёки у очилиб қолганда.

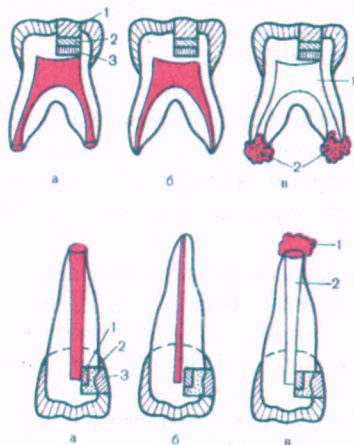
2. Шаклланган ва шаклланмаган тишларда кечадиган қисман ўткир (чегараланган) пульпитда.

3. Илдизи шаклланмаган бир илдизли доимий тишларда, умумий ўткир пульпитда.

4. Сут ва доимий тишларда кечадиган сурункали фиброз пульпитда. Агар периодонт тўқимасида ўзгаришлар юз бермаган ва кариес коваги Блэк бўйича I синфга тааллуқли бўлгандагина.

Даволаш техникаси болаларда клиник белгиларга қараб ўзига хос бўлиши мумкин.

Тиш кариес коваги чархланаётган пайтда қўққисдан пульпа бўшлиғи очилиб қолган (травматик пульпит) тақдирда, кариес ковагига сўлак туширмасликка ҳаракат қилиш зарур. Тезлик билан ковакни бирор илик антисептик билан ювиб қуришиб, жароҳатланган соҳага кальций ёки кальмецин пастасидан суртилади. Кариес коваги сувли дентин билан вақтинчалик беркитилади (7- расм,а).



**7-расм.** Илдизи шаклланмаган сут тишларини биологик усулда даволаш: а – очилган пульпа жароҳатини тўғридан-тўғри бекитиш: 1-кальмецин; 2-сувли дентин қатлами; 3-доимий пломба; б-ижобий натижа илдизлар тўлиқ шаклланган; в-салбий натижа: 1-пульпа некрози; 2-илдиз чўққиси атрофидаги суяк тўқимасининг емирилиши.

Жароҳатланган тиш 5–7 кун мобайнида болани безовта қилмаса, иккинчи қатновда вақтинчалик пломбани доимий пломба билан алмаштирилади (чуқур кариес давосига каралсин).

Ўткир пульпитда биринчи мурожаат пайтида тиш кариес коваги бирмунча кенгайтирилиб очилади. Ковак туб сатҳидаги юмшоқ дентин 3–4% ли дикаиннинг сувдаги эритмаси билан ёки анестезин кристаллари ёрдамида 2–3 минут мобайнида оғриксизлантирилади. Шундан кейин кариес коваги туб сатҳи ва деворларидан жароҳатланган дентин тўқимаси қаватма-қават кўчирилади. Тиш тож бўшлиғи кичик шарсимон бор ёрдамида эҳтиёткорлик билан очилади. Бу ҳол умумий ўткир диффуз пульпитда яллиғланган пульпа ковагида йиғилган экссудатнинг оқиб чиқишини ва бир қадар пульпа тўқимасида (кўйилган даволовчи пломба таъсирида) тикланиш жараёнларини таъминлайди. Қисман (чегараланган) ўткир пульпитда тож бўшлиғини атайлаб очиш шарт эмас. Яллиғланиш натижасида ҳосил бўлган пульпа бўшлиғидаги экссудат шакланмаган бўлиб, анчагина кенг илдиз каналлари орқали сизиб оқиб, пастга тушиши мумкин. Юпқа дентин қавати дентин йўллари орқали ковакка кўйилган дори диффуз йўли билан яллиғланган пульпага бемалол ўтиб, таъсир кўрсатади.

Юқорида баён этилган даво тадбирлари қуйидагича бажарилади.

Тайёрланган кариес коваги илиқ антисептик, микробларга қарши антибиотиклар, фермент эритмалари билан ювилиб, микробсизлантирилган (стерил) тампон ёрдамида қуритилади. Ковак туб сатҳига даво қатлами паста ҳолида кўйилади. Даволовчи пасталар микробларга қарши таъсир этувчи моддалар, антибиотиклар, яллиғланиш жараёнини тўхтатувчи малҳамлар ва ферментлардан тайёрланиши мумкин. Бунинг учун бирор антибиотик эритмасидан бир томчи олиниб, гидрокортизон эмульсияси билан аралаштирилади ва унга трипсин ёки бошқа бир оқсил парчаловчи фермент кўшилади. Кенг спектр таъсирига эга бўлган антибиотикларни ишлатиш мақсадга мувофиқдир (неомицин, эритромицин, стрептомицин). Даво қатлами устидан ковак сувли дентиндан ҳосил қилинган вақтинчалик пломба билан беркитилади.

Шуни эсдан чиқармаслик лозимки, даволовчи паста тайёрлашдан олдин, албатта боладан ёки ота-оналаридан бола организмнинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш лозим. Чунончи, баъзи бир ҳолларда йўл кўйилган, арзимаган бўлиб кўринган хато оғир оқибатларга олиб келиши мумкин.

Вақтинчалик пломба кўйилган тиш 2–3 кун мобайнида безовта қилмаса, иккинчи қатнов вақтида пломба олиб ташланиб, кариес

ковагига қўшимча ишлов берилади. Ковак туб сатҳига кальцин ёки кальмецин пастасидан юпка қатлам суртилиб, устига юмшоқ пахта тампон қўйилади ва сувли дентин паста билан 7-10 кунга беркитилади. Шу давр мобайнида касалланган тиш болани безовта қилмаган тақдирда навбатдаги қатновда кариес коваги доимий пломба билан беркитилади ва тишнинг анагомик шакли тикланади.

Сурункали кечадиган фиброз пульпитни биологик усулда даволаш бирмунча оддийроқдир. Тиш кариес коваги чархланиб, унга керакли шакл берилади. Ковакнинг туб сатҳига кальмецин, кальцидан тайёрланган ёки бўлмаса винилинда тайёрланган сунъий дентин паста (у Шостаковский бальзами номи билан таниш) суртилиб, иссиқ хаво оқими ёрдамида қуритилади. Кейинги қатламни фосфат цементдан тайёрланган ажратувчи қатлам ташкил этади. Доимий пломба сифатида силидонтдан фойдаланиш мумкин. Доимий пломбани 2-3 суткадан кейин навбатдаги мурожаат пайтида ҳам қўйиш мумкин. Биологик усулни илдизлари сўрила бошлаган қўп илдизли (моляр) сут тишларида қўллаш яхши натижалар беради. Бир қатновда даволаш эса вақтдан ютишни таъминлайди. Бу усулда даволанган тишларда периодонтда вужудга келадиган асоратлар камдан-кам ҳолатларда юзага келиши мумкин. Бордию, шундай вазият юз берса, даволанган сут тиши олиб ташланади.

### **3.10. Яллиғланган пульпани тирик ҳолда оғриқсизлантириб ампутация қилиш усули**

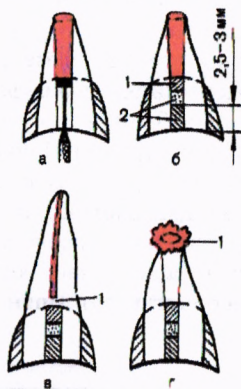
Бу усул пульпа яллиғланишининг қуйидаги турларини даволаш учун қўлланади:

- 1) шаклланмаган илдизли сут ва доимий тишларда (асосан олдинги гуруҳ) кечадиган сурункали фиброз пульпитда;
- 2) ўткир механик жароҳат натижасида тож қисми синиб, пульпа очилиб қолган ҳолларда (жароҳатдан кейин 48 соат мобайнида);
- 3) сут тишларининг ясси кечадиган ўрта ва чуқур кариесида (қачонки ковакларни пломбалаш учун бошқа шароит бўлмаган тақдирда).

Яллиғланган пульпани тирик ампутация қилиш усули, албатта оғриқсизлантириш муолажасидан кейин амалга оширилади. Бунинг учун тиш атрофидаги юмшоқ тўқимага новокаин, лидокаин, перимикаин ва бошқа оғриқсизлантирувчи анестетиклар юборилиб, тўйинтирилади (инфильтрация) ёки нерв толаси атрофига тўғридан-тўғри игна оққали анестетик эритма юбориш йўли билан амалга

оширилади. Шароит бўлган тақдирда умумий оғриқсизлантириш (наркоз) воситасидан ҳам фойдаланиш мумкин.

Кариес коваги борларни тез-тез алмаштириб, дентин тўқимасини қаватма-қават олиб ташлаш йўли билан чархланади. Бу ҳол чуқур дентин қаватга микроблар ўтишидан сақлайди. Пульпа бўшлиғини очиб ампутация қилишдан олдин кариес коваги антисептик эритмалар ёрдамида яхшилаб ювилиб, қуритилади. Шундан кейин пульпа бўшлиғи очилиб, микробсизлантирилган шарсимон, тескари конуссимон ўткир бор ёрдамида тож пульпаси илдиз каналига ўтиш қисмидан қирқилиб ажратилади ва олиб ташланади (8-расм).



**8-расм.** Шаклланмаган илдизи кўрак сут тиши пульпаси яллиғланишида витал ампутация усули.

а-тож пульпасининг ампутацияси; б-туғалланган муолажа: 1-даволовчи қатлам; 2-ажратувчи қатлам; 3-доимий пломба; в-ижобий натижа: 1-ҳосил бўлган дентин кўприкча; г-салбий натижа: 1- чўққи тешиги атрофида суяк тўқимасининг емирилиши.

Сизиб оқаётган қонни тўхтатиш учун адреналин эритмасига намланган (ёки 2-3% ли водород пероксидли) тампон қўйилади. Қон тўхтатувчи восита 8-10 минут мобайнида ушлаб турилади. Шундан кейин пульпа бўшлиғининг туб сатҳига кальцин ёки кальмециндан тайёрланган даво қатлами суртилади, устига юмшоқ стериль пахта тампон қўйилиб, сувли дентин паста ёрдамида ковак беркитилади. 5-7 кунлар мобайнида тиш безовта қилмаса, унга доимий пломба қўйилади. Бунинг учун дентин пломба ва пахта тампон олиб ташланади. Захарли таъсирга эга бўлган цемент ёки амальгамали пломба олдидан ковак тубига фосфат цементдан тайёрланган ҳимоя қатлами қўйилади. Бундай даволаш усулининг афзаллик томони шундан иборатки, бунда тиш илдизи ковагида жойлашган пульпа тирик қолади. Илдиз шаклланиши давом этади. Даволашдан кейинги бир йил вақт ичида пульпа ковагининг тож билан илдиз қисми оралиғида янги ҳосил бўлган дентин кўприкчани рентген тасвирида кўришимиз мумкин. Агар

электроодонтодиагностика канал пульпасининг ўлганлигидан далолат берса, тиш бошқатдан даволанади (экстирпация усулига қаранг). –

### **3.11. Яллиғланган пульпани оғриқсизлантириб чуқур ампутация қилиш усули**

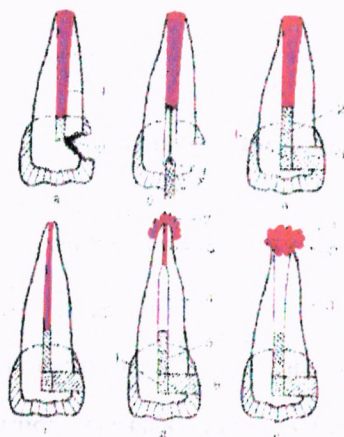
Бундай усулда даволаш тадбирлари яллиғланган тиш пульпасининг тож қисмини тўлиқ ва илдиз пульпасини қисман кесиб олиб ташлашдан иборат.

Чуқур ампутация усули, тўлиқ шаклланмаган тишларда яллиғланиш жараёни сурункали кечиши натижасида, фақат тож пульпасимас, қисман илдиз пульпаси ҳам жароҳатланганда қўлланилади.

Даволашнинг бу усули шаклланмаган бир илдизли доимий тишларда кечадиган сурункали гангреноз пульпитда ва травматик пульпитда (травмадан кейин 48 соатдан кўпроқ вақт ўтган бўлмаса) қўлланилганда ижобий натижалар беради.

Сурункали кечадиган гангреноз пульпитда шикоят бўлмайди. Лекин бор ёрдамида илдиз пульпаси чархланганда кучли оғриқ сезилади. Шунинг учун кариес ковагини чархлаш ва ампутация муолажасидан олдин тиш яхшилаб оғриқсизлантирилади. Чуқур ампутация усулини амалга оширишда усқуналарни тўғри танлаб, усталик билан ишлата билиш муҳим аҳамиятга эгадир. Чунончи, усқуналар тўғри ва усталик билан ишлатилса, 3-рақамли ёки 5-рақамли шарсимон бор илдиз каналига 3–5 мм чуқурликда кириб, 1/3 қисм илдиз пульпасини ампутация қилишга имкон беради (9-расм а,б). Ампутациядан сўнг қон оқиши тўхтатилиб, илдиз пульпасининг қолган қисми янги тайёрланган паста каналининг кириш қисмига гладилка ёрдамида қўйилади.





**9-расм. Сурункали гангреноз пульпитада чуқур ампутация усули.**  
 а-муолажагача; 1-яллиғланган пульпа; 2-ўлик пульпа; б-чуқур ампутация муолажаси; в-даволангандан сўнг: 1-дентин қатлам; 2-формалинли паста; 3-доимий пломба; г-ижобий натижа; д-илдиз чўққиси шаклланган: 1-дентин қатлам; 2-илдиз чўққиси атрофида суяк тўқимасининг сийраклашуви; 3-тирик пульпа; 4-мумиёлашган пульпа; 5-форалинли паста; 6-пломба; е-салбий натижа: 1-сурункали периодонт яллиғланиши; 2-шаклланмаган илдиз; 3-ўлик пульпа.

Кейин илдиз игнаси учига пахтадан турунда ясаб, шу турунда орқали паста охисталик билан жароҳатланган илдиз пульпаси юзасига ёпилади. Илдиз канали пломба қилинаётганда кучли босим ҳосил қилмаслик керак. Паста устидан стерил тампон қўйилиб, тиш коваги 5-6 кунга вақтинчалик беркитилади (сувли дентин паста ёрдамида). Шу вақт мобайнида тиш оғриб безовта қилмаса, вақтинчалик пломба, пахта тампон олиб ташланиб, тиш ковагига ҳимоя қатлами (фосфат цементдан) суртилиб, устидан доимий пломба (силидонт цементдан) қўйилади.

Чуқур ампутацияда даволовчи малҳам пастасини танлашда унинг микробларга, яллиғланишга қарши таъсири ва сингиш хусусиятларини ҳисобга олиш шартдир. Чунончи, кальцин ва кальмецин насталарининг таркибига кирувчи кальций гидрооксиди бир қадар микробларга қарши ва яллиғланиш жараёнига бирмунча ижобий таъсир этиш хусусиятига эгадир. Аммо бу таъсир чегараланган бўлиб, пульпанинг чуқур қатламларига сингиб кира олмайди. Шунинг назарда тутиб, яллиғланиш жараёни ўткирлашиб қайталаганда чуқур ва ҳар томонлама таъсир кучига эга бўлган бошқа дори-дармонлардан фойдаланиш лозим. Мабодо илдиз пульпасининг қолган қисмида қайталашиш жараёни аниқланса, ампутация қилинган пульпа жароҳатига таъсири кенг бўлган антибиотиклар (неомицин, эритромицин, стрептомицин ва бошқ.), ферментлар (трипсин, химотрипсин, химопсин) аралашмаси (гидрокортизон ва бошқа глюкокортикоид гормонлар эмульсиясида тайёрланган) қўйилади. 1-2 кунга қўйилган бу малҳамлар яллиғланиш



жараёнини тинчлантиради. Шикоят бўлмаган тақдирда илдиз каналининг бўш қисми формалин сакловчи пасталар ёрдамида оҳиста тўлдирилади. Бу хил пастани қуйидагича тайёрлаш мумкин. Бир томчи 10% ли формалин эритмасига бир томчи глицерин, бир дона тимол кристалли ва паста ҳолига келгунча рух оксиди кукуни қўшилади. Ҳосил қилинган бу паста тишни бўймайди, пульпанинг чуқур қаватларига сингиб кириб, яхши дезинфекция (микробларни ўлдиради) қилади. Бу эса пульпа чиришининг олдини олади ва қолдирилган пульпа ҳаётини, физиологик хусусияти бўлган дентин ҳосил қилиш жараёнини давом эттиришни таъминлайди. Бунинг натижасида илдиз тўлиқ шаклланади.

Шунга қарамасдан ўтказилган муолажа натижасини рентген тасвиридан фойдаланиб, бошида ҳар 3-6 ой мобайнида, кейинчалик йилига бир марта текшириб туриш лозим. Баъзи бир ҳолларда дентин ҳосил бўлиш жараёни бузилиши натижасида илдизнинг ўрта қисмида бўшлиқ ҳосил бўлиши, периодонт тирқишининг кенгайиши, илдиз атрофидаги суяк тўқимасида остеопороз жараёнлари кузатилиши мумкин. Бундай ўзгаришлар кузатилганда тўлиқ экстирпация усулидан фойдаланиб, тиш қайта даволанади. Рентген суратида юқорида қайд этилган ўзгаришлар ва клиник белгилар бўлмаса, касал тиш бошқатдан даволанмайди.

Илдизлари шаклланмаган сут ва доимий катга озиқ тишларда кечадиган сурункали гангреноз ёки бошқа тур пульпитларда яллиғланиш белгилари тиш атрофи тўқималарига ҳам тарқалган бўлса, у ҳолда чуқур ампутация муолажаси ўтказилгандан кейин яллиғланиш жараёнини тинчлантирувчи даво табдиллари ўтказилиб, даволаш резорцин-формалин усули қўлланилиб тугатилади. Бунда илдизнинг пульпадан ҳоли қилинган қисми резорцин-формалинли паста билан тўлдирилиб, устидан фосфат цементли қават қўйилади ва доимий пломба билан тиш коваги беркитилади.

### **3.12. Яллиғланган тиш пульпасини оғриқсизлантириб тўлиқ олчб ташлаш (виталь экстирпация) усули**

Бу усул болаларда илдизи шаклланган фронтал (олдинги) тишларда травма натижасида вужудга келган пульпитни даволашда қўлланилади. Бу усулдан бошқа турдаги пульпа яллиғланиш жараёнларини ҳам даволашда фойдаланса бўлади. Бунда асосий шарт бўлиб, илдизнинг тўла шаклланиши ҳисобланади.

Оғриқсизлантиришнинг юқорида санаб ўтилган турлари билан бир қаторда анестетик моддаларни тўғридан-тўғри тиш пульпасига БИ-8 инъекторларидан фойдаланиб босим остида гуркап ҳам анча ишимизни

енгиллатади. Сўнг пульпа тиш ковагидан тўлиқ олиб ташланиб, илдиз коваги пломбланади. Бунда пломба материали илдиздан ташқарига чикмаслиги керак. Бу усулни кўп илдизли шаклланган катта, кичик озик тишларда кечадиган пульпа яллиғланишига ҳам қўллаш мумкин.

### **3.13. Яллиғланган пульпани жонсизлантириб қисман олиб ташлаш йўли билан даволаш (девиталь ампутация) усули**

Бу усулда яллиғланган пульпани даволаш болаларда кўп қўлланади. Бунга усулнинг оддий бажарилиши, қатновлар пайтида вақт тежалиши, даволаш даврида оғриқ ҳиссининг сезилмаслиги ва бошқалар сабаб бўлади.

Куйидаги ҳолларда бу усулдан фойдаланиш тавсия этилади:

1) ривожланиш ва шаклланишнинг қайси бир даврдан қатъий назар сут тишларида кечадиган пульпа яллиғланишининг барча турларида;

2) шаклланмаган илдизли доимий тишларда кечадиган пульпа яллиғланишининг ҳамма турларида.

Куйидаги ҳолатларда кўрсатилган усулдан фойдаланилмайди.

1) умумий (диффуз) ўткир пульпитда тиш атрофи тўқималари яллиғланиш жараёнига қўшилганда;

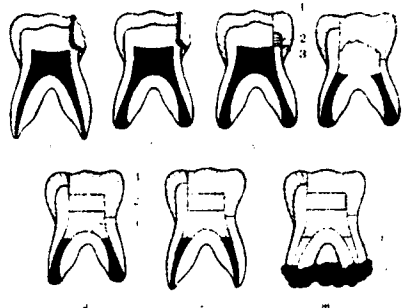
2) қайта ўткирлашган сурункали пульпа яллиғланишида тиш атрофи тўқималарида ўзгаришлар аниқланганда.

Оқорида кўрсатилган икки ҳолатда ҳам тиш атрофи юмшоқ тўқимларида қизариш, шиш, милк соҳасида йиринг йўли (свиш) ва чегараланган лимфаденит каби ўзгаришлар борлиги кузатилади. Ана шундай нохуш белгилар борлиги аниқланган пайтда пульпа яллиғланиши жараёнини бартараф этиш учун шаклланган илдизли сут тишларида пульпани тўлиқ олиб ташлаш (экстирпация) усулидан фойдаланилади. Шаклланмаган илдизли доимий тишларда эса чуқур ампутация усулини қўллаш зарур бўлади.

Жонсизлантириш йўли билан яллиғланган тиш пульпасини қисман олиб ташлаш усули уч қатновда амалга оширилади. Бола биринчи марта мурожаат қилганда объектив, субъектив белгилар асосида керакли, тўғри ташҳис қўйилгандан кейин кариес коваги овқат қолдикларидан ва юмшоқ дентин тўқимасидан бартараф этилади. Кариес коваги бирор-бир илитилган антисептик эритмаси билан (калий перманганати, фурацилин ёки бошқ.) ювилиб, тампон ёрдамида қурилади. Умумий ўткир пульпитда, қайталаниб оғирлашган сурункали гангренозда тишнинг пульпа бўшлиғи кичик ўлчамли тоза (стериль), ўткир шарсимон ёки тескари конус шаклига эга бўлган борлар ёрдамида,

очилади. Ундан олдин ковак тубига оғриқсизлантирувчи суyoқликда ҳўлланган пахта тампон 5-7 минут давомида қўйилади. Сурункали кечадиган гипертрофик пульпитда маҳаллий оғриқсизлантириш муолажасидан кейин, кариес коваги ўсиб чиққан пульпа тўқимасидан ўтқир экскаваторлар ёрдамида ажратилади. Барча ҳолларда ҳам очилган пульпа коваги нуқтасида қон оқиши ёки қизариб турган пульпа тўқимаси яққол кўринади. Шу нуқтани зонд юритилиб пайпаслаганда кучли оғриқ сезилади. Кариес ковагидаги шу аниқланган соҳага жонсизлантирувчи модда ҳисобланган арсенат кислотаси қўйилади. Устидан оғриқсизлантирувчи суyoқликқа ҳўлланган пахта тампон қўйилиб, сувли дентин паста суртилади ва кариес коваги вақтинчалик беркитилади (10-расм а, б, в). Шунини эсда сақлаш лозимки, сут тишларида кечадиган пульпа яллиғланиши жараёнини даволаш пайтида ковакка қўйилаётган жонсизлантирувчи арсенат кислотасининг ҳажми (миқдори), доимий тишларга шу хил вазиятда қўйиладиган миқдор билан бир хил бўлиши зарур.

**10-расм. Катта озик тишларда девитал ампутация.**



А,б-кариес коваги; в-арсенат кислота қўйиш; 1-муваққат пломба; 2-оғриқсизлантирувчи суyoқликли тампон; 3-арсенат настаси; 4-пульпаннинг тож қисми ампутациядан кейин: 1-муваққат пломба; 2-резорцин-формалинли тампон; д-туғалланган муолажа: 1-доимий пломба; 2-сувли дентинли қават; 3-резорцин-формалинли паста; е-ижобий натижа; ж-салбий натижа: 1-ўлик пульпа; 2-суяк емирилиши.

Аммо яллиғланган сут тишларида арсенат кислотасининг сақлаш муддати шаклланган илдизли доимий тишларга нисбатан икки марта қисқа (бир илдизли сут тишлари учун 12 соат, кўп илдизли тишлар учун 24 соат) бўлиши шарт. Бундан ота-оналарни воқиф этмоқ лозим.

Сурункали кечадиган гипертрофик пульпитда жонсизлантирувчи арсенат кислотасининг миқдорини кўрсатилгандан 1,5-2 марта ошириш, лекин вақт муддатини ўзгартирмаслик мумкин. Бу ҳол ишимизни бир қадар енгиллаштиради.

Айрим ҳолларда, яъни сурункали кечадиган фиброз пульпит ёки гангреноз пульпит яллиғланиши жараёнларида, рентген тасвирида илдизларда кучли сўрилиш жараёни кузатилган тақдирда жонсизлантирувчи восита сифатида арсенат кислотаси қўлланилмайди. Пульпани жонсизлантириш мақсадида, бундай ҳолларда фенол ва формалин аралашмасидан 2:1 нисбатдан иборат суюқликка ҳўлланган пахта тампонни анестезин кристалларига бўяб, карисес ковагига қўйиш билан чекланиш маъқулдир.

Юқорида баён этилган ва амалга оширилиши керак бўлган тадбирлар айтиб ўтганимиздек беморнинг биринчи қатновда бажарилади.

Бемор иккинчи марта шифокор қабулига аниқ кўрсатилган пайтда, у берган маслаҳатларга амал қилган ҳолда келиши шарт. Иккинчи қатнов вақтида касал тиш карисес коваги яхшилаб чархланади, керакли шакл берилади, тиш пульпа бўшлиғи яхшилаб очилади, тиш пульпасининг тож қисми кесиб (ампутация қилиниб) олиб ташланади. Ковакнинг туб қисмига тенг миқдорда (1:1) аралаштирилган резорцин ва формалин суюқлигига ҳўлланган пахта тампон қўйилиб, 2–3 кун муддатга сувли дентин паста билан тиш коваги беркитилади (12-расм, г). Резорцин ва формалиндан иборат аралашма кўрсатилган муддатда илдиз пульпасининг 2–4 мм чуқурлигигача сингиб киради ва тушган микробларни ўлдиреди. Илдиз пульпасининг ўсувчи қисмигина тирик қолади. Яхши ривожланадиган, ёғ хужайраларга бой бўлган ана шу қисм ўз функциясини сақлаб қолади. Илдизлар ўсиши давом этади ва тўлиқ шакл ҳосил қилиб тугалланади (12-расм, д, е).

Даволаш жараёни учинчи қатновда тугатилади. Бунда тиш ковагидан вақтинчалик пломба ва тампон олиб ташланади. Ковак тубига резорцин ва формалин аралашмасига рух оксиди порошоги қориштирилиб, ҳосил қилинган паста қатлами, сўнгра ажратувчи қатлам (сувли дентин ва фосфат цементдан) суртилади ва силидонг ёки амальгамдан доимий пломба қўйилади (12-расм, ж).

Бу усулнинг афзаллик томонлари шундан иборатки, бунда деярли оғриқ сезилмайди. Ҳали шаклланмаган илдизларнинг ўсувчи қисми шикастланмайди, улар тўлиқ шаклланади. Илдиз сўрилиши жараёнлари кейинчалик меъёрида кечади.

### **3.14. Яллиғланган тиш пульпасини жонсизлантириш йўли билан тўлиқ олиб ташлаш (девиталь экстирпация) усули**

Тиш пульпасининг яллиғланишини бу усулда даволаш қуйидаги ҳолларда тавсия этилади:

- 1) шаклланган бир илдизли сут тишларида;
- 2) шаклланган илдизли доимий тишларнинг барчасида кечадиган пульпа яллиғланишининг ҳамма турларида.

Бемор биринчи марта мурожаат қилганда тегинли ишлов берилиб, очилган пульпа коваги нуқтасига арсенат кислота қўйилади. Шаклланган бир илдизли сут тишларининг пульпа бўшлиғи беморнинг иккинчи мурожаати пайтида (арсенат кислотаси қўйилгандан кейин эртасига) кенгроқ қилиб, борлар ёрдамида очилади. Тиш тож бўшлиғида жойлашган пульпа тўқимаси шарсимон ўткир бор билан ажратиб олинади. Илдиз пульпаси 2-3 та пульпаэкстрактор ёрдамида тозалаб олинади. Илдизнинг чўққи (апикал) қисмидаги тешик кенгроқ бўлса, эзилган томирдан шиддатлироқ қон оқиши мумкин. Бундай ҳолда даволашни маълум муддатга кечиктириб, илдиз каналида қон оқишини тўхтатиш мақсадида Платонов тавсия этган суюқликда ёки бўлмаса камфорафенол ва формалин эритмалари аралашмасида (2:1) ҳўлланган турунда 1-2 кунга қолдирилади. Кейинги катновда вақтинчалик пломба ва турунда олиб ташланади ва илдиз канали куруқ турунда билан ивиган қон қолдиқларидан тозаланади. Қуритилган илдиз канали тимол сақловчи эвгенол ёки бошқа бир ерда қоринштирилган паста билан тўлдирилади ва ажратувчи қатлам қўйилиб, тиш коваги доимий пломба билан беркитилади.

Сут тишларининг илдизлари ёнида доимий тип куртаги жойланганлиги сабабли улар оғиз даҳлиз соҳаси томон эгилган бўлади. Бундай пайтларда илдиз пульпасини тўлиқ олиб ташлаш мураккаблашади ва натижада илдизнинг чўққи соҳасида бир оз миқдорда пульпа олинмай қолади. Ана шундай ҳолат юз берганда қолган пульпани олиб ташлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланмайди ва илдизнинг очик қисми резорцин-формалинли паста ёрдамида тўлдирилади. Бундай пломбанинг таъсирида пульпанинг қолган қисми мумиёлашади, унинг чириши ва қайта яллиғланиши кузатилмайди.

Болаларда бир илдизли доимий тишларнинг илдиз каналини фосфат-цемент ёрдамида пломбалаш мақсадга мувофиқ эмас. Чунки болаларнинг даволаш пайтидаги инжиқлиги, сабрсизлиги канални тўлиқ, сифатли тўлидиришга халақит беради.

Кўп илдизли доимий тишларнинг илдизларидан яллиғланган пульпа тўлиқ олиб ташлангандан сўнг, албатта маълум бир муддат вақт ичида (2-3 кун мобайнида) илдиз микроканалчалари резорцин-формалин суюқлиги шимдирилган пахта тампон ёрдамида импрегнация қилиниши керак. Шундан кейингина резорцин-формалин паста

ёрдамида илдиз каналлари тўлдирилади ва доимий шомба билан беркитилади.

### **3.15. Тиш пульпасини яллиғланишини даволаш жараёнида вужудга келиши мумкин бўлган асоратлар, сабаблар ва уларни бартараф этиш йўллари**

1. Даволашнинг биологик усулини қўллаганда объектив ва субъектив сабабларни тўла ва аниқ ҳисобга олмаслик натижасида яллиғланишга қарши дори-дармонлар нотўғри танланганда, овқат чайнаётган маҳалда ёки кечкурун тишда оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Бунда шаклланмаган илдизли тишларни қайта оғриқсизлантириб, ампутация усулини, катта озиқ сут тишларида жонсизлантириш йўли билан ампутация усулини, шаклланган илдизли тишларда тўлиқ экстирпация усулини қўлласа бўлади.

2. Даволашнинг оғриқсизлантириш (ампутация ёки экстирпация) усуллари қўлланилганда тишда кучли оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Бунга оғриқсизлантириш техникасининг бузилиши ёки танланган оғриқсизлантирувчи воситанинг кучсизлиги сабаб бўлади. Бундай ҳолларда кўшимча равишда тўғридан-тўғри пульпа тўқимасига БИ-8 ускунаси ёрдамида босим остида анестетик пуркаш яхши натижа беради.

3. а) Даволашнинг жонсизлантириш (девитализация) усули қўлланилганда тишда оғриқ пайдо бўлади. Бунга арсенат кислотаси устидан оғриқсизлантирувчи воситага ҳўлланган тампон қўйилмаслиги ёки арсенат кислотаси устига қўйилган вақтинчалик пломбанинг пульпа тўқимасига кучли босим кўрсатиши сабаб бўлади. Бунда оғриқ кучаяди ва боланинг ота-онаси уни яна шифокор хузурига қайта олиб келишга мажбур бўлади. Бу ҳолда вақтинчалик пломба олиб ташланади, бошқатдан арсенат кислота қўйилиб, устидан оғриқсизлантирувчи восита шимдирилган ғовак пахта тампон қўйилади, оҳисталик билан сувли дентин пастадан тайёрланган вақтинча пломба билан ковак беркитилади.

б) Агар жонсизлантирувчи восита қўйилгандан кейин 1–3 кун ўтиб тишда овқат чайнаш пайтида оғриқ сезилса, бунга арсенат кислотасининг ортиқча миқдорда қўйилганлиги ёки бўлмаса кўрсатилган муддатдан узоқроқ вақт мобайнида тиш ковагида ушланиб турилганлиги сабаб бўлади. Бу ноҳуш вазиятни бартараф этиш учун шаклланган илдизли тишларда экстирпация, шаклланмаган тишларда чуқур ампутация усулларида фойдаланиб, тиш пульпаси тўлиқ ёки қисман олиб ташланади. Илдиз каналининг кириш қисмига унитол ёки

қалампирмунчок мойига шимдирилган пахта тампон қўйилиб, тиш коваги вақтинчалик пломба ёрдамида 4–6 кунча беркитилади. Шу вақт мобайнида тишдаги оғриқ пасайиб тўхтайди ва даво тадбири охирига етказилади.

Баъзан арсенат кислотаси таъсирида тўлиқ жонсизлантирилмаган пульпа ампутациясидан кейин мумиёлаштириш учун қўйилган резорцин-формалин суюқлиги таъсирида ҳам кучли оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Уни бартараф этиш учун вақтинчалик пломба олиниб, каналнинг кириш қисмига қўйилган фенол ёки бошқа бир кимёвий эритмага ҳўлланган тампон воситасида илдиз пульпаси куйдирилади (коагуляция). Сўнгра куйдирувчи восита олиб ташланиб, ўрнига яна резорцин-формалинли тампон қўйилиб, ковак 2–3 кунга беркитилади. Яллиғланган тиш пульпасини бутунлай олиб ташлаш (экстирпация) усули қўлланилаётган пайтда тиш каналидан қон томирлар узилиши натижасида кучли қон оқиши мумкин. Бундай ҳолларда каналга 2–3 пульпаэкстрактор бирга киритилиб, илдиз пульпаси тўлиқ, олиб ташланади ва каналда адреналин суюқлиги шимдирилган пахта турунда 1–2 кунча қолдирилиб, ковак вақтинчалик пломба билан беркитилади. Ана шу муддат ўтгандан кейин қон оқиши тўхтайди ва даволани охирига етказилади.

### **3.16. Пульпа яллиғланиши даволангандан кейин содир бўлиши мумкин бўлган асоратлар**

Яллиғланган тиш пульпасига оғриқсизлантириш йўли билан даво қилинганда унинг тиш каналида қолган қисмининг микроблар таъсирида парчаланиши ёки даволаш усули нотўғри танланиши натижасида, доимий пломба қўйилгандан кейин сурункали, кучсиз, овқат чайнаш пайтида кучаювчи оғриқлар пайдо бўлиши мумкин. Касалланган оғриқ тиш соҳаси кўздан кечирилганда, тиш атрофи юмшоқ тўқималарида қизариш, снгил шиш кўриш мумкин. Жағ ости соҳаси пайпасланганда лимфа туғунларида ўзгариш сезилади.

Бундай ҳолларда доимий пломба олиб ташланиб, тиш илдизи қолдиқ пульпа тўқимасидан ҳоли қилинади, тозалапади ва маълум бир муддатга очиқ қолдирилади. Касалга ичшиш учун микробларга ва яллиғланиш жараёнига қарши таъсир кўрсатувчи дори-дармонлар тавсия этилади.

Яллиғланишга қарши пульпани жонсизлантириш усули, айниқса ампутация усули қўлланган баъзи бир ҳолатларда пломбаланган тишда иссиқ, совуқдан баъзан овқат чайнаш пайтида оғриқ сезилади. Тиш атрофи юмшоқ тўқимасида оқма йўл пайдо бўлиши мумкин. Юқорида

қайд қилинган белгилар тиш илдизидаги қолдиқ пульпанинг сурункали яллиғланишидан ва парчаланишидан далолат беради. Бундай ҳолларда тиш даволангандан маълум муддат ўтгандан кейин сут тишлари илдиз сатҳида рентген тасвирида яллиғланувчи киста, илдизларнинг патологик емирилиши, атроф суяк тўқимасида сўрилиш манзаралари аниқланади.

Ўқоридаги вазиятлар вужудга келгудек бўлса:

- 1) Оғриқларда бошқатдан экстирпация усулини қўллаш;
- 2) илдиз ва суяк тўқималари деструкциясида — сут тишини олдириб ташлаш;
- 3) киста ҳосил бўлганда — сут тишини олиб ташлаб, цистотомия қилиш мақсадга мувофиқдир.

### **Ўзлаштириш даражасини аниқлаш учун саволлар**

1. Оғриқсизлантириш йўли билан даволашнинг жонсизлантириш йўли билан даволашдан асосий фарқи нимада?
2. Биологик ва жонсизлантириб ампутация қилиш усулларини қўллашда қандай кўрсатмаларга амал қилинади?
3. Қандай ҳолларда илдиз пульпасининг чўққи (апикал) қисмини сақлаб қолишни таъминлайдиган даво усули қўлланилади ва бу усул қандай бажарилади?
4. Шакланган илдизли сут тишларини даволашда қайси бир усулдан фойдаланилади?
5. Даволашда пломба воситалар қандай танланади?
6. Сут тишлари (катта озик тишлари) кўпроқ қайси бир усулда даволанади?
7. Доимий моляр (катта озик) тишларда қайси ёшда ампутация усули қўлланилади? Нима учун?
8. Доимий бир илдизли тишларни даволашда қайси ёшдан бошлаб экстирпация усулини қўллаш мумкин?
9. Болаларда пульпа яллиғланишини даволашда қайси бир усул, асосан кўпроқ қўлланилади? Нима учун?



## IV БОБ. ПЕРИОДОНТ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

### 4.1. Болаларда периодонтитларни ўзига хос клиник кечиши

Болаларда одатда сурункали периодонтит ўткир периодонтитдан сўнг ёки бирламчи сурункали периодонтит сифатида пульпа яллиғланиши ва некрози оқибатида, шу билан биргаликда айрим ҳолларда узоқ давом этган, периодонт тўқимасига таъсир кўрсатувчи механик микротравмалар (баланд қилиб қўйилган пломба, тишлар орасида қалам, ручка ва бошқа предметларни тутиб туриш одати, нотўғри қўйилган ортодонтия мосламалари ва ҳ.к.) натижасида юзага келади. Ўткир механик кучли травма оқибатида пульпа тўқимасининг ўлиши ҳам вақт ўтиши билан сурункали периодонт яллиғланишини юзага келтиради.

Инфекцияли сурункали периодонтитлар кўпчилик ҳолларда бирламчи сурункали периодонт яллиғланиш сифатида кечади. Сурункали периодонтитларда сут тишлари илдиз каналлари микробиологик текширилганда (4–8 ёшли болаларда) 70% *Streptococcus Salivarius*, 23% *Stafilococcus Albus* топилган.

Болалар ёшида периодонт, пульпа ва тиш қаттиқ тўқималарининг ўзига хос анатомик, гистологик ва физиологик хусусиятларидан келиб чиқиб, сурункали периодонтитлар бир қатор ўзига хос клиник хусусиятлар билан кечади:

- 1) Сут ва шакланмаган доимий тишларда сурункали периодонтитлар унчалик чуқур бўлмаган кариес коваги мавжуд тишларда пульпа бўшлиғининг ёпиқ бўлиши билан кечади;
- 2) Сут тишларида асосан периодонтитнинг грануляцияланувчи тури кўпроқ юзага келади ва илдизларнинг патологик сўрилиши кузатилади;
- 3) Ёш болаларда кечадиган грануляцияланувчи сурункали периодонтит мавжуд тишлар атрофидаги милк тўқимасида, катта ёшдаги ўсмир болаларга нисбатан деярли барча ҳолларда оқма йўл борлиги кузатилади;
- 4) Кўпчилик ҳолларда сурункали периодонтит тиш илдизлари бифуркацияси соҳасида суяк тўқимасининг емирилишига олиб келади;
- 5) Сурункали периодонтитларда пульпа некрози ва ўсувчи соҳа тўқимасининг ўсиши шакланмаган илдизларнинг ўсишини тўхташига сабаб бўлади;
- 6) Сут тиши илдизи атрофида пайдо бўлган грануляцияланувчи тўқима доимий тиш фолликуласига тарқалиб унинг меъёрдаги ривожини бузади;

7) Кўп илдизли тишлар илдизи атрофида ҳар хил яллиғланиш жараёnlари содир бўлиши мумкин (грануляцияланувчи, фиброз, гранулематоз);

8) Катта ёшдаги кишиларникидан фарқли ўлароқ сурункали грануляцияланувчи периодонтит болаларда, аксарият ҳолларда сурункали лимфаденит ва периост яллиғланиши билан кечади.

Сурункали кечадиган сут тишлари периодонтити яллиғланиш жараёни ва жадаллик даражасига қараб, узоқ муддат кечиши вақтига қараб ҳар хил асоратларга сабаб бўлиши мумкин.

1. Сут тишлари периодонт тўқимасидаги сурункали яллиғланиш жараёни доимий тишлар куртагида оҳакланиш жараёни юз бермасдан олдин шу куртакларни камраб олиб яллиғланиш жараёнига тортган бўлса, мазкур доимий тиш куртакларининг ўлиши юз беради. Рентген тасвирда тиш куртакларини ўраб, ажратиб турувчи кортикал суяк пластинкаси эриб кетганлиги ва тиш куртагининг мавжудмаслиги акс этган бўлади.

2. Бир қадар оҳаклашган доимий тиш фолликулаларида унинг атрофидаги сурункали перикоронал яллиғланиш тиш куртакларидаги модда алмашинув ва минерал алмашинув жараёнларини бузиши оқибатида маҳаллий гипоплазиянинг ҳар хил кўринишлари юз беради. Шу билан бир қаторда одонтобласт ҳужайралар функцияси бузилса бунда тишлар шакли ва ранги бузилиши кузатилади (Турнер тишлари).

3. Доимий тиш куртакларининг сут тишларининг сурункали периодонтити туфайли некрозга учраши оқибатида шаклланиши тўхтайди ва у секвестрларга ажралиб парчалана бошлайди. Сут тишлари олиб ташланса, алвсела бўшлиғининг йиринг билан тўлганлиги ва доимий тиш секвестрлари мавжудлиги аниқланади. Бундай тиш олдириб ташлашдан бошқага ярамайди.

4. Сут тишлари периодонтининг сурункали грануляцияланиб яллиғланиши доимий тиш куртагини ажратиб турувчи кортикал суяк пластинкасини эрта емирилишига ва доимий тишнинг муддатидан олдин чиқишига сабаб бўлади. Бундай ҳол ўз навбатида жуфт-жуфт бўлиб чиқиш тартибини бузади ва тишлар қатори прикусининг деформациясига олиб келади. Бундай бар вақт чиққан тишлар тезда карлес жараёнига учрайди.

5. Сут тишлари периодонтитидаги сурункали грануляцияланувчи яллиғланиш жараёни ва мунтазам равишда йигилиб турадиган йирингли экссудат доимий тиш куртагини ўрнидан силжитиши, унинг ҳолатини ўзгартириши, ўз ўқи атрофида айлантқириши мумкин. Бу эса кейинчалик шу тишнинг вақтида чиқмаслигига, тил ёки лунж томондан ёриб чиқишига сабаб бўлади.

6. Сут тишлари илдизи атрофидаги сурункали яллиғланиш

жараёни шу соҳадаги доимий тиш куртагининг ретенцияга учрашини, чиқмай қолишини ҳам таъминлаши мумкин.

7. Сут тиши илдиздан доимий тиш куртагига тарқалган сурункали яллиғланиш доимий тиш куртагини қамраб олган илдиз кистасининг ҳосил бўлишига олиб келади.

#### **4.2. Периодонтитлар таснифи**

Болаларда периодонт яллиғланиши катта ёшдаги кишилардагидек қуйидагича тасниф қилинади:

##### ***I. Келтириб чиқарувчи сабабларга кўра:***

- 1) шикастланиш жараёнида (механик шикаст таъсирида);
- 2) кимёвий таъсирот натижасида;
- 3) инфекция (микроблар) чақирувчи.

##### ***II. Яллиғланиш жараёнининг ўрнига нисбатан:***

- 1) чўкки периодонтити;
- 2) қирғоқ периодонтити;

##### ***III. Клиник белгиларининг ривожланишига нисбатан:***

- 1) ўтқир периодонт яллиғланиши:
  - а) ўтқир чўкки периодонтити (periodontitis apicalis);
  - б) ўтқир қирғоқ периодонтити (periodontitis marginalis);
- 2) сурункали периодонт яллиғланиши:
  - а) сурункали фиброз периодонтити (per. chronics fibrosa);
  - б) сурункали грануляциялагувчи периодонтит (periodontitis chronica granulans);
  - в) сурункали гранулематоз, периодонтит (periodontitis chronica granulomatosa).
  - г) ўтқирлашган (қайталанган) сурункали периодонтит

#### **4.3. Ўтқир чўкки (апикал) периодонтит**

Периодонт тўқимасининг бу хил ўтқир яллиғланиши болаларда умумий ўтқир пульпит жараёни натижасида юз бериши мумкин. Бу ҳол, айниқса ёш болаларда организмнинг баъзи бир сабабларга кўра кучсизланиши, қайсики касал тиш илдизлари тўлиқ шаклланмаганлиги оқибатида кузатилади. Каттароқ ёшдаги болаларда эса иммунологик ҳимоя қобилияти сусайиши ва пульпа тўқимасининг антигенга (микробларга ва уларнинг токсинларига) нисбатан сезгирлигининг кескин ошиши асосида содир бўлиши мумкин. Кўрсатилган ҳолларда тиш юмшоқ тўқимаси тезда некрозга учрайди ва яллиғланиш жараёни периодонт тўқимасига ёйилади. Шаклланмаган кснг илдиз канали

оркали микроблар ва уларнинг токсини периодонт тўқимасида ўткир чўкки периодонтитни вужудга келтиради. Касалликнинг биринчи аломати оғриқ ҳисобланади. Оғриқ сабабсиз бошланиб, тўхтовсиз тарзда кучая боради, тиш атрофи тўқималари кизариб шишади, пайпаслаганда кучли оғриқ сезилади. Боланинг тана ҳарорати кўтарилиб, 38–39° С ни ташкил этади. Умумий заҳарланиш аломатлари пайдо бўлади. Бола ҳолсизланади, совуқ тер босади, ранги оқаради. овқатдан бош тортади.

Касалланган тишни кўриқдан ўтказилаётганда унча катта бўлмаган кариес ковагини кўриш мумкин. Тишга зонд ёки қисқич теккизилганда кучли оғриқ пайдо бўлади ва тиш кимираб қолиши мумкин.

Ана шундай ҳолат қайд қилинган пайтларда беморга кечиктириб бўлмайдиган зарур мутахассис ёрдами кўрсатилмаса, касалланган тиш жойлашган жағ соҳасида суяк усти пардасининг яллиғланиши (периостит) ва баъзи бир ҳолларда жағ суягининг ўткир йирингли яллиғланиш жараёнлари (остеомиелит) келиб чиқиши мумкин. Юқорида кўрсатилган жараённинг зўрайиши мутахассисдан оғриган тишни олиб ташлашни тақозо қилади ва бу яллиғланиш жараёни хавфли оқибатларининг олдини олиши мумкин.

Ўткир чўкки периодонтитда биринчи мурожаат пайтида касалланган тиш пульпа коваги кенгайтирилиб очилади. Илдиз бўйлиғи чирий бошлаган нерв-томир тутамидан пульпаэкстрактор ёрдамида баратарф этилади ва оҳисталик билан антисептик моддалар шимдирилган пахта турундалар ёрдамида ювилиб, тиш коваги очик ҳолда қолдирилади, Яллиғланиш жараёни кучли клиник белгилар, айниқса заҳарланиш аломатлари билан кечган тақдирда беморга ичин учун микробларга қарши таъсир кучига эга бўлган (антибиотик) дори-дармонлар буюрилади. Шу билан бир қаторда организм сезгирлигини кучсизлантирувчи дори-дармонларнинг ҳам тавсия қилиниши жараённинг тезда пасайишига ва бемор аҳволининг бирмунча тезроқ яхшиланишига олиб келади. Агар кўрсатилган ёрдам яллиғланиш жараёнининг пасайишига олиб келмаса, оғриқ тиш атрофидаги юмшоқ тўқималардаги ўзгариш кучайса, шиш катталашса, бундай ҳолда тиш-лунж ёки тиш-лаб бурмалари жарроҳлик йўли билан кесилиб, йирингли экссудатга йўл очилади. Ана шундай оғир аҳволга тушиб қолган мактаб ёшигача бўлган болаларга касалхоналарга ётиб, даволаниш тавсия этилади.

Беморнинг аҳволи бирмунча яхшиланиб, оғриқ пасайгандан кейин тиш илдизи каналлари қайта ювилади. Илдиз каналлари яллиғланиш

жараёни қайтгандан кейингина пломбланади. Бошқа сабаблар натижасида юз берадиган ўткир чўққи периодонтиги бирмунча снгил кечади. Кимёвий жароҳатлар асосида вужудга келадиган ўткир чўққи периодонт яллиғланиши кўлинча арсенат кислотаси таъсирида келиб чиқади. Бунга тиш пульпасини ўлдириш мақсадида мўлжалдан кўпроқ ҳажмда арсенат кислотасини ишлатиш, уни ўз вақтида олиб ташламаслик ёки шу муолажадан кейин даволанишни давом эттирмаслик ҳоллари сабаб бўлади. Бундай ҳолларда болалар чайнов пайтида оғриқ пайдо бўлишига шикоят қилишади. Тиш атрофи тўқималарида эса деярли ўзгаришлар сезилмайди. Тишни тукиллатиб кўрганда (перкуссия) жуда кучсиз оғриқ аломатини сезиш мумкин. Бундай ҳолларда оғриган тиш пульпа бўшлиғи кенгайтирилиб очилади. Тож ва илдиз ковагидан тиш юмшоқ тўқимаси (пульпа) олиб ташланади (илдизи шаклланмаган тишлар бундан истисно). Илдиз канали 3% ли водород пероксиди, унитол шимдирилган пахта турундалар билан яхшилаб ювилиб, илдиз каналига 4–5 кунга 5% ли йод настойкаси ва қалампирмунчок мойининг 1:1 нисбатдаги аралашмаси шимдирилган турунда қўйилади. Тиш коваги сувли дентин ёрдамида вақтинчалик беркитилади. Бир илдизли доимий тишлар бўямаслиги учун бу мақсадда камфорафенол ёки Платонов суюқлигини ишлатиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Тиш илдизлари тукиллатиб кўриш пайтида оғриқ сезилмайдиган бўлганидан кейингина пломбланади.

Болаларда худди катта ёшдаги кишилардагидек илдиз канали пломбланаётганда ортиқча пломбанинг илдиз чўққисидан ташқарига чиқиш ҳоллари ҳам даволанаётган тишда оғриқ пайдо бўлишига, милк қизариб шишишига сабаб бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда тиш атрофи тўқимасига физиотерапевтик (флюктуоризация, дарсонвализация) муолажа, ичиш учун эса анальгин ёки бошқа бир оғриқ қолдирувчи таблеткалар тайинланади.

Кўпгина ҳолларда болаларнинг йиқилиб тушиши, урилиши натижасида тишларга кучли зарба етиши мумкин. Бу эса тиш периодонти яллиғланишига сабаб бўлади. Бундай шароитда дастлаб шу тиш пульпа тўқимасининг тирик ёки ўлик эканлигини аниқлаш лозим. Буни амалга ошириш учун ЭОД (электроодонтодиагностика) усулидан фойдаланиб, касалланган тишга нисбатан симметрик жойлашган соғлом тиш пульпасининг таъсир этаётган электр токига нисбатан сезгирлиги аниқланади. Бунда пульпанинг электр токига нисбатан боланинг ёшига қараб ўзгаришини назарда тутмоқ даркор соғлом тишда электр токига нисбатан сезгирлик меъёри аниқлангандан сўнг, касал тиш сезгирлиги синаб кўрилади. Касал тишда сезгирлик доимий токка нисбатан 150

микроампердан паст бўлган тақдирда ҳам тиш тож бўшлигини очиш (трепанация) учун шошилмаслик керак. Шикастланган тиш лиқиллаб қолган бўлса, уни тез қотадиган пластмасса шиналар ёрдамида ёнидаги соғлом тишларга маҳкамлаш зарур. Беморга яллиғланишга қарши доридармонлар тавсия қилинади. Шифокор 2–3 ҳафта мобайнида бемор аҳволдан хабардор бўлиб, тишнинг сезгирлигини ЭОД усули билан кузатиб боради. Агарда тиш пульпасининг электр токига нисбатан сезгирлиги соғлом тиш сезгирлиги кўрсаткичига яқинлаша борса, бу ҳол пульпанинг тириклигидан дарак беради. Мабодо шикастланган тиш сезгирлигининг пасайиб бориш ҳолати қайд қилинса, у ҳолда тиш тожиси трепанация қилиб очилиб, илдиз канали ўлган пульпадан бартараф этилади. Антисептик эритмалар билан ювилиб, қуритилган илдиз канали пломба материали билан тўлдирилади ва тиш коваги доимий пломба билан беркитилади.

#### 4.4. Сурункали грануляцияланувчи периодонтит

Бу хил турдаги периодонт яллиғланиши болаларда жуда кўп учрайди. Сурункали яллиғланиш жараёни периодонт тўқимаси атрофини ўраб турган минерал тузларга тўйинмаган суяк устунчаларининг тезда бузилишига ва узар ўрнининг грануляцияланувчи тўқима билан алмашинувига сабаб бўлади. Бу тур яллиғланиш жараёни учун тўқимада хужайраларнинг ўлиши (альтерация) ва ҳосил бўлиши (пролиферация) дан ташқари, томирлардаги кон суяқ қисмининг сизиб чиқиши (экссудация) ҳам хосдир. Шу сабабли экссудат ўзига йўл очиб, тиш милки атрофига ёриб чиқади ва свиш ҳосил қилади. Сурункали яллиғланиш жараёни кўп илдизли сут тишлари атрофидаги суяк тўқималарида тез ёйилиб, тиш илдизлари жойлашган альвеолалар (чуқурчалар) орасидаги суяк тўқималарини ва доимий тиш куртақларини ўраб турувчи компакт суяк шластинкаларини смиради. Бу ҳол 2-3 ёшли болаларда доимий тиш куртақларининг тўлиқ емирилиши билан тугалланиши мумкин. Ана шундай болаларда кейинчалик доимий тишлар шу нуқталарда ўсиб чиқмайди ва бу ҳол бирламчи адентия (тишсизлик) деб изоҳланади. Баъзи бир ҳолларда эса яллиғланиш жараёни таъсирида доимий тиш куртақларининг эмаль ва дентин кавати гистогенези бузилиши оқибатида ўсиб чиққан тиш тож қисмида ҳар хил доғлар, структура бузилиши (Турнер тишлари) ҳолатлари қайд этилади. Айрим ҳолларда доимий тиш куртаги ўрнидан силжиши кейинчалик тишлар жойланиши аномалиясига олиб келади. Сурункали яллиғланиш жароҳатланган сут тишлари илдизларининг муддатидан олдин (патологик) емирилишига

сабаб бўлади. Бунда илдиз сўрилиши (резорбция) илдизнинг чўкки қисмидан бошланмаслиги мумкин. Кўп илдизли тишларда бу хил сўрилиш бифуркация соҳасида кузатилса, тиш тож бўшлиғининг таг девори емирилиб, пульпа бўшлиғи билан периодонт тўқимаси ўзаро алоқадор бўлиб қолади (перфорация) ва грануляцияланувчи тўқима пульпа бўшлиғига ўсиб киради. Бу ҳол даволовчи шифокорларга сохта гипертрофик пульпит белгиларини намоён қилиши мумкин. Ана шундай вазиятларда касал тиш рентген суратини синчиклаб ўрганиш яхши натижалар беради ва ташҳис тўғри қўйилади.

#### **4.5. Сурункали гранулематоз периодонтит**

Периодонт яллиғланишининг бу хил сурункали кечадиган тури сут тишларида жуда кам учрайди. Пульпанинг яллиғланиш жараёнида ўлиши, донмий шаклланмаган тишларда нотўғри ёки самарасиз даволаниш оқибатида қайд этилади. Касалликнинг клиник белгилари яққол намоён бўлмайди. Яллиғланишнинг қайта ўткирлашуви ва йиринг йўллари (свиш) очилиши ҳам жуда кам ҳолларда кузатилади. Баъзи бир ҳолларда оғиз даҳлизининг ўтувчи бурмалари пайпасланганда тиш илдизи соҳасида кам оғриқли суяк тўқимасининг 2-3 сатҳда бўртиб чиқиш ҳолларини кўриш мумкин. Рентген суратида касалланган тиш илдиз чўккиси атрофида суяк тўқимасининг текис думалоқ шаклда сўрилишидан ҳосил бўлган қорамтир, думалоқ соҳани кўз билан илғаймиз. Кўпгина ҳолларда бу хил яллиғланиш жараёни борлигига қарамасдан, тиш илдизи шаклланишда давом этади ва тўлиқ шаклланган бўлади.

#### **4.6. Сурункали фиброз периодонтит**

Сурункали периодонт яллиғланишининг бу тури сут тишларда учрамайди. Илдизи шаклланмаган донмий тишларда жуда кам ҳолларда қайд этилади. Сурункали фиброз периодонт яллиғланишида клиник белгилар яққол намоён бўлмайди. Болалар касалланган тишдан шикоят қилмайдилар. Уларнинг мавжудлиги болаларни яллиғланиш стоматологик кўриқдан ўтказиш пайтида аниқланади. Бу хил периодонт яллиғланишининг камдан-кам ҳолларда қайта ўткирлашувига организмга кучли совуқ таъсири ёки бирор-бир умумий оғир кечадиган касаллик таъсирида кучсизланиш сабаб бўлиши мумкин. Лекин шу хил оқибатлар таъсирида яллиғланиш сурункали грануляцияланувчи жараёнга туртки бўлиши ёки бўлмаса гранулема ҳамда кистани пайдо қилиши мумкин.

#### 4.7. Ўткирлашган сурункали периодонт яллиғланиши

Клиник белгилари билан инфекция (микроб) таъсирида вужудга келадиган ўткир чўққи периодонтитга жуда ўхшашдир. Ойлар, баъзан йиллар мобайнида безовта қилмаган сурункали периодонт яллиғланиши тўсатдан юқорида кўрсатилган сабаблар натижасида, бола организми иммунологик ҳимоя кучларининг пасайиши оқибатида қайталаниб ўткирлашади. Болалар стоматологияси амалиётида бу хил периодонт хасталигининг ўткирлашуви тез-тез содир бўлиб турадиган ҳолдир. Кўп учраши жиҳатидан бирламчи ўткир чўққи периодонтитга писбатаи олдинги ўринларни эгаллайди. Бу икки бир хил клиник кўринишдаги тиш касаллигини бир биридан фарқлашда касаллик тарихи, объектив маълумотлар ва айниқса, рентген суратининг таҳлили муҳим манбаа ҳисобланади.

Жароҳатланган тишда илгари ҳам бир неча бор шикоят аломатларининг бўлганлиги, тиш ковагининг очиқлиги ва объектив маълумотлар тиш рангининг ўзгарганлигини маълум қилади. Рентген тасвирида эса периодонт тўқимаси атроф суягининг емирилиши юқорида ёзилган уч хил сурункали яллиғланиш жараёнининг қайси биригадир хос бўлган ўзгаришларнинг борлигини тасдиқлайди.

Кечиктириб бўлмайдиган биринчи мутахассис ёрдами ўз тартиби билан айнан ўткир чўққи периодонтити жараёнидагидек кўрсатилади. Тиш кариес коваги чархланиб, пульпа бўшлиғи кенгайтирилиб очилади. Илдиз каналлари чириган овқат ва пульпа чиридиларидан ҳоли қилинади. Каналлар бирор-бир антисептик (2% ли хлор, фурацилин, диоксидин, метрогил ва бошқа) эритмалар билан оҳишта ювилиб, тиш очиқ қолдирилади. Агар қайталаниш жараёни бир неча марта такрорланса, касалланган тишни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бундай ҳолларда тишни сақлаб қолишга уриниш оғир кечадиган асоратлар: периостит ёки жағ суягининг йирингли яллиғланишига (остеомиелит) олиб келиши мумкин.

#### *Ўзлаштириш даражасини аниқлаш учун саволлар*

1. Ўткир чўққи периодонтитга олиб келадиган сабабларни санаб беринг.
2. Периодонт яллиғланишида кечиктириб бўлмайдиган биринчи ёрдам қандай ҳолларда амалга оширилмоғи лозим?
3. Биринчи ёрдам қандай амалга оширилади?



4. Сут тишларида кечадиган сурункали периодонт яллиғланиши доимий тишлар ривожланишига қандай таъсир кўрсатиши мумкин?

5. Ўткир чўққи периодонтитда ёки қайталаниб ўткирлашган сурункали периодонт яллиғланишида болаларда кузатиладиган умумий клиник белгиларни санаб беринг. Бунга нималар сабаб бўлади?

6. Сурункали кечадиган периодонт яллиғланиши болаларнинг умумий аҳволига қандай таъсир кўрсатади?

7. Периодонт яллиғланиши жараёни вақтида даволанмаса қандай асоратларга олиб келади?

#### **4.8. Болаларда кечадиган периодонтитларни даволаш**

Сут тишларида кечадиган сурункали периодонт яллиғланиши атроф суяк тўқимаси ва илдизларнинг бир қадар кучли сўрилишига олиб келади. Бунинг натижасида ҳар қандай тўғри олиб борилган даво тадбирлари ҳам суяк тўқималарининг тикланишига ёрдам бермайди. Шунинг учун кўп вақт давомида кечаётган сурункали периодонт яллиғланишида даво тадбирлари чегараланиши ва тишни олдириб ташлаш кўп ҳолларда мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Ана шундай ҳолларда яллиғланиш жараёнини тўхтатиш учун қилинган даво ва илдиз каналини яхшилаб тозалаб пломбалаш ҳам жараённинг тўхташига сабаб бўла олмайди.

Юқоридагиларни ҳисобга олиб, қуйидаги ҳолларда сут тишларини даволаш мақсадга мувофиқ ҳисобланмайди:

1) тишлар алмашинувига 1,5-2 йил қолган бўлса;

2) бола организмида сурункали кечадиган инфекция-аллергик, организм сезгирлигини оширувчи касалликлар аниқланса;

3) касаллик тарихида олдин ҳам бир-икки маротаба қайта ўткирлашув ҳоллари қайд қилинган бўлса;

4) илдизларнинг патологик сўрилиши натижасида, уларнинг 1/4 ёки 1/3 қисми емирилган бўлса;

5) сўрилиш жараёни илдизларнинг қўшилган қисмини (бифуркация) жараҳатлаган ёки сўрилиш натижасида тож туб девори емирилган (перфорация) бўлса;

6) яллиғланиш доимий тиш куртакларини ўраб турувчи компакт суяк қатламини жараҳатлаган тақдирда;

7) сут тишлари илдизида ҳосил бўлган киста яллиғланганда;

8) даволаш жараёнида яллиғланиш қайта ўткирлашиши оқибатида суяк усти пардага ўтганда, йирингли лимфа туғуни яллиғланганда ва бошқа ҳоллар пайдо бўлган тақдирда.

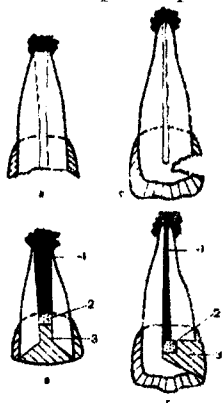
Илдизи шаклланмаган доимий тишларда периодонт яллиғланганда даволаш чора-тадбирлари бирмунча бошқачароқ бўлади. Яллиғланиш жараёнининг ҳар қандай турида ҳам шифокор олдидаги вазифа иложи борича касал тишни сақлаб қолувчи тадбирларни қўллашга қаратилган бўлмоғи шартдир. Фақатгина қуйидаги ҳоллардагина касал тиш олиб ташланиши мақсадга мувофиқ ҳисобланади:

1) сурункали яллиғланиш жараёнида тож таг деворида перфорация (емирилиб тешилиш) юз берган бўлса ва тиш тож қисмининг бузилиши оқибатида уни пломбалаб тиклашнинг иложи бўлмаса;

2) даволаш давомида яллиғланиш қайта ўткирлашиб периостит, абсцесс, остеомиелит каби нохуш асоратларга олиб келиш хавфи туғилган тақдирда.

Сурункали периодонт яллиғланишини даволаш болаларда бирмунча ўзига хос хусусиятларга эгадир.

Бир илдизли сут тишлари мисолида кўрадиган бўлсак, даволаш бундай ҳолларда биринчи қатнов давомида тугатилади (11-расм).



**11-расм.** Шаклланмаган илдизли (А) ва шаклланган илдизли (Б) кўрак сут тишларини даволаш. А,а,б-даволашдан олдин; Б, а, б-даволаш муолажасидан сўнг; 1-паста, 2-дентин кават, 3-пломба.

Касалланган тиш кариес коваги яхшилаб чархланиб, пульга бўшлиғи кенгайтирилиб очилади. Пульпаэкстрактор ёрдамида илдиз канали чириган, парчаланган пульпа тўқимасидан оҳисталик билан босқичма-босқич ажратилади. Тозаланган илдиз канали антисептик моддалар билан яхшилаб ювилади. Канални ювиш учун антисептик модда эритмаси сифатида 2% ли хлорамин, 0,1% ли хлоргексидин, 1% гипохлорит эритмаси, риванол, фурацилин эритмаларидан фойдаланиш мумкин. Водород пероксидидан фойдаланиш ҳам яхши натижалар беради. Бу эритманинг сирт таранглик фаоллиги жуда юкори

бўлганлиги сабабли илдиз бўшлиғидан ҳар хил майда заррачаларни ўзига ёпиштириб олиб чиқиб, яхши тозалайди. Ювилган каналга юмшоқ пахта қопланган илдиз (Миллер) игнаси киритилиб, оҳисталик билан илдиз чўққи тешигининг очиқ-очиқмаслиги текширилади. Игна олинганда пахта турундасининг уч қисми кизғиш рангда бўлса, бу чўққи тешигининг очиклигидан далолат беради. Шундан сўнг илдиз канали қуритилади ва юмшоқ мойли асосга эга бўлган пасталар билан пломбланади (11-расм, в, г). Бундай пасталарни тайёрлаш учун рух оксиди порошоги, қалампирмунчок, наъматак мойидан ёки витаминли мойлардан бирида қориштирилади. Бугунги кунда канал тўлдириш учун ишлатиладиган Эндофил (Septodont) пломба ашёси яхши натижалар бериши қайд қилинган.

Агар даволанаётган тиш тож қисми батамом емирилиб тушган бўлса, илдиз канали бўғзигача паста билан тўлдирилади. Бу қатновда қотмаган юмшоқ мойли паста устидан доимий пломба қўйилмайди. Кейинги қатнов пайтида паста қотади ва уни кичик ҳажмдаги фиссур бор ёрдамида бир қисми илдиздан ҳоли этилиб, фосфат-цементдан, шишаиономер цементдан доимий пломба тайёрланади ва ковак силлик қилиб беркитилади.

Ана шундай қилиниб беркитилган тўмтоқ тиш алмашинув пайтигача бемалол сақланиб, бир қадар ўз вазифасини ўтайди (11-расм, а, б).

Шаклланган бир илдизли доимий тишларни даволаш болаларда катта ёшдаги кишиларникидан деярли фарқ қилмайди. Бунинг учун кариес ковагини кўнгилдагидек яхшилаб чархланади, қўшимча кенгайтирилиб, танглай ёки тил томонга олиб чиқилади (токи илдиз каналига игна ёки пульпаэкстрактор тўсқинликсиз осонликча кира олсин).

Илдиз каналини фақат пульпа чириндиларидан тозалашгина эмас, балки каналга рашпил ёки файллар ёрдамида уни кенгайтириш ҳам муҳим аҳамият касб этади. Шу тарзда илдиз каналининг дентиндан ташкил топган девори унга микроканалчалар орқали кирган микроорганизмлардан бир қадар тозланади. Илдиз канали антисептик эритмалар билан яхшилаб ювилиб, илдиз чўққи тешиги илдиз игнаси ёки бурама игна ёрдамида очилади.

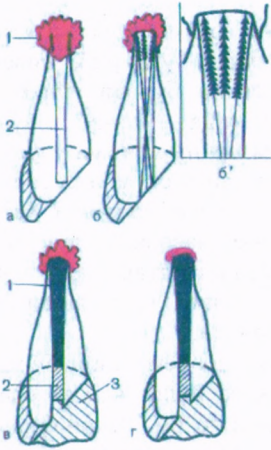
Тозалаб қуритилган илдиз бўшлиғи илдиз чўққисигача пломбланади. Бир илдизли тишларни оғиз бўшлиғининг олдинги қисмида жойлашганини назарда тутган ҳолда илдиз каналини тўлдириш учун тиш рангини ўзгартирмайдиган пломба материалларидан фойдаланиш мумкин. Фосфат-цемент, интрадонт, эндодонт каби

материаллар шу жумлага кирувчи, қаттиқлашиб қотувчи материаллардан ҳисобланган, рух оксидининг бирор-бир ўсимлик мойида (қалампирмунчок, облепиха ва бошқалар) қориштирилиб ҳосил қилинган пасталари юмшоқ пломбалардан ҳисобланади. Пломбаланган илдизларни рентген тасвири орқали текшириб кўриш бундай ҳолларда асосий шартлардан бири ҳисобланади. Рентген тасвирини сақлаб қолиб, кейинчалик вақти-вақти билан суяк ҳосил бўлиш жараёнини текшириб туриш лозим.

Шакланмаган илдизли доимий тишларни даволаш иш жараёнида бирмунча қийинчиликларни туғдириши мумкин (12-расм, а).

Бу ҳолда илдиз каналининг охириги қисми шакланмаганлиги натижасида у анчагина кенг бўлади ва бўшлиққа грануляция тўқимасининг ўсиб киришини таъминлайди.

Бундай ҳолларда илдиз ковагини чириган пульпа қолдиқларидан тозалаш пайтида оғриқ пайдо бўлади. Шунинг учун игна учига пахта ўраб (турунда), илдиз ковагига оғриқ пайдо булгунча киритилади ва рентген тасвири олинади. Бундай текшириш тиш илдизининг қай даражада шаклланиши, илдиз охириги қисмининг кенглиги, грануляцион тўқиманинг илдиз ковагига қай даражада ўсиб кирганлиги тўғрисида аниқ маълумот беради. Тасвирдан фойдаланиб, илдиз деворининг бутунлигини ва айна ҳолда яллиғланиш жараёнини сурункали кечадиган гангреноз пульпитдан фарқлай била оламиз. Керакли хулоса чиқаргандан кейин илдиз коваги грануляцион тўқимадан 2 ёки 3 та пульпаэкстрактор ёрдамида тозаланadi (12-расм, б).



**12-расм. Шакланмаган илдизли доимий кўрак тишларни даволаш.**

а-даволанишдан олдинги манзара:

1-грануляцияланувчи тўқиманинг илдиз қаватига ўсиб кириши; 2-ўлган пульпа тўқимаси; б- грануляция тўқимасини олиб ташлаш; в-муолажа тугатилгандан сўнг: 1-тўлдиригич паста; 2-дентин қатлам; 3-пломба; г-суяк тўқимасининг тикланиши.

Бундай давони оғриқ пайдо бўлган ҳолларда тишчи оғриқсизлантириш йўли билан амалга ошириш мумкин. Илдиз ковагидан грануляцион тўқима олиб ташланаётган вақтда кучли қон оқиш ҳоллари юз бериши мумкин. Қон оқишини тўхтатиш мақсадида илдиз ковагига бир неча минут мобайнида водород пероксида ёки адреналин суяқлиги шимдирилган турунда қўйиш ишимизни анча енгиллаштиради. Илдиз ковагини грануляцион тўқимадан бартаф қилиб пломба материали билан тўлдириш беморнинг биринчи қатнови вақтида тугалланмоғи лозим (12-расм, в, г). Акс ҳолда, иккинчи қатнов вақти мобайнида грануляцион тўқима ковакка яна ўсиб кириши мумкин.

Бажарилган ишлар рентген тасвиридан фойдаланиб кузатилиши шарт. Агар илдиз коваги шакланмаган тишларда охиригача тўлдирилмаганлиги натижасида яллиғланиш жараёни давом этиб, периодонт атрофидаги суяк тўқимаси тикланмаса, бундай ҳолларда суяк емирилиши давом этади ва йирингли экссудат милк соҳасига ёриб-чиқиб, свиш ҳосил бўлади. Ана шундай ҳолларда жарроҳлик йўли билан тиш илдизининг уч қисми кесиб (резекция) олинади.

Сурункали периодонт яллиғланиши катта озик сут тишларида резорцин-формалин усулида даволанади. Беморнинг биринчи қатнови вақтида кариес коваги кенгайтирилиб чархланади ва пульпа коваги яхшилаб очилади. Чириган пульпа қолдиқлари илдиз ковагига кириш қисмидан тозаланиб, фенол-формалин эритмаси шимдирилган пахта

тампон қўйилиб, ковак сувли денгин паста ёрдамида беркитилади. Фенол-формалин суюқлиги микроорганизмларни ўлдириб, ковакни дезинфекция қилади. Айни ҳолда тиш ковагини бундай йўл билан беркитиш (герметизм) периодонт тўқимасида мавжуд бўлган экссудатли яллиғланиш жараёнининг фаоллик кучини синаш учун ҳам восита бўла олади. Шу тарзда коваги беркитилган касалланган тиш 2-3 сутка мобайнида оғриб беморни безовга қилмаса, иккинчи қатнов пайтида муолажа давом эттирилади. Борди-ю, даволанаётган тишда ковак беркитилгандан кейин маълум бир муддат ўтгач оғриқ пайдо бўлса, у ҳолда вақтинчалик пломба олиб ташланиб, тиш коваги очик ҳолда қолдирилиши ота-оналарга маълум қилинади.

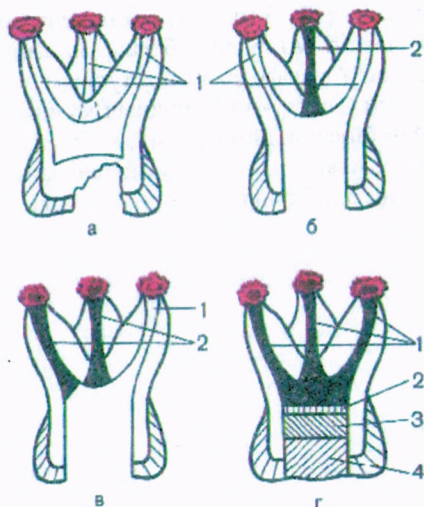
Болаларда доимий озик тишларни даволашда беморнинг биринчи қатнови давомида касалланган тишнинг тож ва илдиз коваги одатда чириган пульпа қолдиқларидан ҳоли қилинмоғи лозим. Лекин биринчи қатновда тиш илдиз чўққиси дрельбор ёрдамида (бурама бор) кенгайтирилмаслиги лозим. Акс ҳолда инфекция периодонт тўқимасидан ичкари кириб, яллиғланиш жараёни қайта ўтқирлашиши мумкин. Чунки доимий озик тишларда бир илдизли тишлардан фарқли равишда 3 та илдиз мавжуддир, бу эса инфекция тарқалишининг хавфини янада оширади. Шуларни назарда тутиб, илдизларни дезинфекция қилиш мақсадида, илдиз бўшлиғига кириш соҳасида фенол ва формалин эритмаларининг 2:1 нисбатдаги аралашмасига шимдирилган пахта тампонни (1-2 сутка) вақтинчалик пломба остида қолдириш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Иккинчи қатнов пайтида илдиз каналлари охиригача тозаланади ва резорцин-формалин суюқлиги ёрдамида импрегнация қилинади (шимдирилади). Шундан кейин пломбалаш ишлари амалга оширилади.

Резорцин-формалин аралашмасини илдиз каналига киритишдан олдин, унга антисептик ишлов берилиб қуритилади. Юқори жағ моляр (озик) тишлари даволанаётганда бемор креслога горизонтал ҳолда ётқизилиб (боши орқага ташланади, энгаги юқорига кўтарилади. Бу ҳолатда киритилаётган эритма илдиз канали чўққисигача оқиб киради. Ёш болаларда (4-5 ёш) бундай ҳолат бирмунча кўрқув ҳиссини туғдиришини ҳисобга олиб, уларни креслога вертикал ҳолда ўтказилиб, илдиз каналларига эритма юмшоқ пахта турундалар ёрдамида бир неча бор такоран киритиш билан сингдирилади. Ана шундан кейин каналларга кириш қисмида эритмани пахта тампонга шимдириб, вақтинчалик пломба остида қолдириш мумкин ва охириги қатнов пайтида пломбалаш ишлари тутатилади. Илдиз бўшлиғини тўлдирувчи паста сифатида резорцин-формалин эритмасида кориштирилган рух

оксида (окись цинка) порошогидан фойдаланилади. Рух оксиди рентген контраст модда ҳисобланади.

Илдизлари шаклланмаган озик тишларда кечадиган сурункали периодонт яллиғланишини даволаш анчагина қийинчиликлар туғдириши мумкин. Шаклланмаган илдизларнинг кенг бўлган охириги қисмларидан илдиз бўшлиғига грануляцион тўқима (периодонт томонидан) ўсиб кириши мумкин (13-расм, а).

Даволаш пайтида бу тўқималарни юқорида кўрсатилган бир илдизли тишлардагидек кесиб, куйдириб (коагуляция) олиб ташлаш лозим. Бу иш учта илдиз каналида бир вақтнинг ўзида амалга оширилса, оғир асоратларга олиб келиши мумкин.



**13-расм.** Илдизи шаклланмаган кўп илдизли озик тиш илдиз каналларига алоҳида ишлов бериб пломба-лаш муолажаси.

а-даволашдан олдинги кўриниш: 1-илдиз пульпаси ўлган; б-танглай канали пломбаланган 1-ўлик пульпа; 2-тўлдиргич паста; в-танглай ва лунж каналлари пломбаланган; 1-орқа лунж каналдаги ўлик пульпа; г-муолажа ниҳояси: 1-тўлдиргич паста; 2-дентин; 3-цемент; 4-амальгама.

Шунинг учун даволашдан олдин тишларда кечаётган яллиғланиш жараёнини пульпага тегишли ёки периодонтга тегишли эканлигини аниқлаш учун яхшилаб қиссий ташҳис ўтказиш зарур (3-жадвал).

Беморнинг биринчи қатнови пайтида битта илдиз канали грануляцион тўқимадан ҳоли этилиб, антисептик ишлов берилиб куригилади ва мойли асосга эга бўлган (эвгенол, камфора мойи, шиповник ва бошқалар) юмшоқ паста билан тўлдирилади (15-расм, б). Тиш коваги 5–7 кун мобайнида очик қолдирилади. Мойли асосга эга бўлган паста бу давр мобайнида ювилиб кетмайди. Иккинчи қатнов

пайтида иккинчи илдиз канали ҳам юқорида баён қилинган усул билан тўлдирилиб, тиш коваги яна 5–7 кунга очиқ қолдирилади. Тиш ковагини очиқ қолдириш яллиғланиш жараёни қайгаланиб ўткирлашувининг олдини олади. Учинчи қатновда охириги илдиз канали кўрсатилган усулда тўлдирилиб, устидан ажратувчи қатлам ётқизилган ҳолда (сувли дентиндан) тиш коваги доимий пломба билан беркитилади (15-расм, в, г). Кўп илдизли озиқ тиш илдизларини юқорида баён этилган усулда босқичма-босқич даволаш болаларнинг иш давомида чарчаб, инжиқланишидан халос этади ва пломбалаш даво тадбирларини сифатли бажаришга имкон туғдиради.

Болаларда кўп илдизли тишларда кечадиган сурункали периодонт яллиғланишини сифатли даволаш учун уларни диспансер назоратига олиш зарур. Бунинг учун вақти-вақти билан (6 ой, 1 йил, 2 йил мобайнида) даволанган тиш атрофидаги суяк тўқималарининг рентген тасвирини назорат қилиб турмоқ лозим. Агар пломбалаш ишлари сифатсиз бажарилса, периодонт тўқимаси атрофидаги суяк тўқимасида суяк парданинг тўлиқ шакланмаганини (деструкция) аниқлаш мумкин. Ана шундай ҳолларда жарроҳлик йўли билан илдизнинг уч қисми кесиб олинади (резекция верхушки корня). Агар суяк деструкцияси катта соҳани ташкил қилса, даволанган тишни олиб ташлаш тавсия этилади.



**Илдизи шаклланмаган тишларда сурункали периодонтитни  
гангреноз пуллит билан қиёсий таҳқиси ва давоси**

| Таҳқис учун маълумотлар. Даволашни режалаштириш  | Сурункали гангреноз пуллит  | Сурункали периодонт яллиғланиши   |
|--|---|---|
| 1. Илдизларнинг шаклланиш даражаси               | Боланинг ёшига тўғри келади (соғ тишлардагидек)   | Тиш пульпаси ўлган ва янги дентин ҳосил бўлиши тўхтаганлиги натижасида илдиз шаклланиши орқанда қолади.   |
| 2. Рентген маълумотлари                          | Илдизнинг ўсувчи қисми аниқ чегараланган (компакт суяк пластинкаси илдизнинг шаклланган қисмига нисбатан параллел чизик ҳосил қилиб уни ўраб туради). | Периодонтни ўраб турадиган суяк тўқимасининг емирилган, сийракланган қисмининг сатҳи анчагина кенг, яллиғланиш чегараси аниқ эмас. Компакт суяк пластинкаси қисман ёки бутунлай шикастланган. |
| 3. Тишнинг электр токига нисбатан сезгирлиги     | 100 мкА гача (ўртача 40-60 мкА)   | 100 мкА дан юқори   |
| 4. Даволаш усули                                 | Илдиз пульпасининг чўққи қисмини ва ўсувчи сатҳини сақлаб қолиш лозим (чуқур ампутация усули).  | Шаклланмаган илдиздан грануляцион тўқимани олиб ташлаш ва илдиз каналини пломба материали билан тўлдириш лозим.   |
| 5. Даволаш усули сифатини баҳоловчи кўрсаткичлар | Тиш илдизи ўз ривожланиши ва шаклланишини давом этдиради.   | Тиш илдизи шаклланмай қолади. Пломбаланган.   |

**БОЛАЛАР ЁШИДА УЧРАЙДИГАН ТИШ ВА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ  
ШИЛЛИҚ ПАРДАСИ КАСАЛЛИКЛАРИ  
(А.А.КОЛЕСОВДАН, 1997 Й)**



**28-расм. Системали гипоплазия.**



**29-расм. Маҳаллий гипоплазия.**



**30-расм. Ўчоқли гипоплазия.**



**31-расм. Флюороз.**



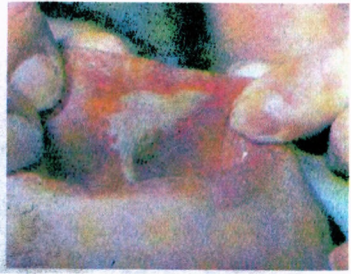
**32-расм. Тугалланмаган  
амелогенез.**



**33-расм. Капдепон дисплазияси.**



34-расм. Икки ойлик болада тил ости декубитал яраси.



35-расм. Сирка кислотадан қуйишдан сўнг ҳосил бўлган юқори лаб шиллиқ пардаси эрозияси.



36-расм. ЎГС билан оғриган 8 ойлик болада лаб тери соҳасининг шикастланиши.



37-расм. ЎГС билан оғриган 2,5 ёшли бола. Тил шиллиқ пардасидаги элементлар.



38-расм. ЎГС билан оғриган 6 ойлик бола юз терисининг кинодермия билан асоратланиши.

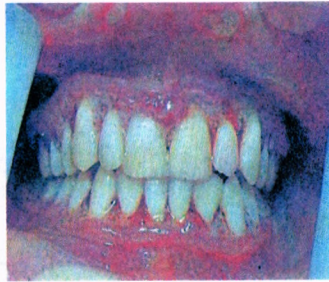


39-расм. 6 ёшли бола тилида қайталанувчи герпетик стоматит.





40-расм. 4 ёшли болада стрепто-стафилококкли жароҳат.



41-расм. 14 ёшли болада Венсан ярали гингивостоматити.



42-расм. 3 ойлик болада юқори лаб шиллик пардаси кандидомикози.



43-расм. 9 ёшли болада сурункали қайталанувчи афтоз стоматити. (Сеттон шакли, сурункали энтероколит).



44-расм. 6 ёшли болада кўн белгили экссудатли эритема. Лаб ва ёноқ шикастланиши.



45-расм. 5 ёшли болада Стивен-Жонсон синдроми.



46-расм. 8 ёшли болада тил шиллик пардасининг иккиламчи кандидомикози (узок муддат антибиотиклар қабулдан сўнг).



47-расм. 14 ёшли болада ўткир миеломоноцитар лейкозда гипертрофик гингивит.



48-расм. 7 ёшли болада гипопластик анемия. Лаб ва қаттиқ танглайда қон қуюлиши ва оқиши.



49-расм. 12 ёшли болада туғма пуфакли эпидермолиз. Пуфаклар геморрагик экссудат билан тўлган. Лунж шиллик қавати.



50-расм. 6 ёшли болада тил шиллик пардасининг қизил ясси темирatkиси.



51-расм. 7 ёшли соғлом болада дескваматив глоссит (географик тил).



**52-расм. 14 ёшли соғлом болада қат-қат бурмали тил.**

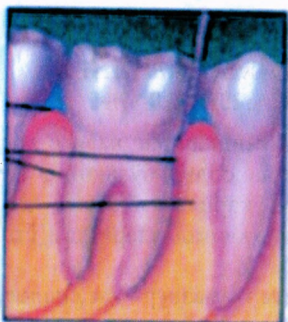


**53-расм. 12 ёшли болада экзематоз (атоник) хейлит (овқат аллергияси).**



**54-расм. 13 ёшли болада стрептококкли ангулар хейлит. Жағ ости лимфа тугунларининг яллиғланиши.**





64-расм. Соғлом пародонт.



65-расм. Сурункали катарал Гингивит.



66-расм. Сурункали пародонтит.



67-расм. Пародонтолиз.



68-расм. Пародонтитда милк ости тошлари.

## **У БОБ. БОЛАЛАР ЁШИДА УЧРАЙДИГАН ТИШ ҚАТТИҚ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ НОКАРИЕС КАСАЛЛИКЛАРИ**

Болалар ёшида кенг тарқалган тишларнинг кариес касаллигидан ташқари организм тараққиёти пайтида содир бўладиган турли туман сабаблар оқибатида юзага келадиган кариес табиатига хос бўлмаган тиш қаттиқ тўқималарининг нокариес хасталиклари ҳам стоматология амалиётида тез-тез учраб туради.

Нокариес табиатига эга бўлган мазкур касалликлар гуруҳи ўзининг ранг-баранг клиник белгилари билан кечади ва тишлар қаторидаги маълум гуруҳ, баъзан алоҳида бир тиш, ёки бутун тишлар қаторини шикастлайди.

Замонавий, мукаммалашган текшириш ўсуллари мавжуд бўлишига қарамасдан ушбу касалликлар ҳали тўла-тўқис яхшилаб ўрганилмаган. Бу нарса нокариес касалликлар профилактикасини ва патогенетик даволаш ишларини анча мушкуллаштиради. Шунга қарамасдан стоматология фанини ва амалиётини охириги йиллардаги муваффақиятлари мазкур касалликлар клиникасини, этиология ва патогенезини ўрганишда бирмунча ютуқларга эришди.

### **5.1. Фолликуляр тараққиёт даврида содир бўладиган нуқсонлар**

Стоматолог шифокорлар ўзларининг кундалик амалиётида охириги пайтларда кариес касаллиги билан бир қаторда тиш қаттиқ тўқималарининг фолликуляр тараққиёти даврида содир бўлиши мумкин бўлган нуқсонларини тез-тез кузата бошлашди. Мазкур касалликлар ўзларининг клиник белгилари, кечиши ва тиш қаттиқ тўқималарини шикастлаш хусусиятлари билан, туғма нуқсонлиги билан кенг тарқалган кариес хасталигидан фарқ қилади.

Илмий манбаалар маълумотларида тиш қаттиқ тўқималарининг фолликуляр ривожланиши давридаги бузилишлар оқибатида юзага келиши мумкин бўлган нокариес касалликларининг аниқ клиник белгилари характеристикаси аниқ ёритилмаган. Улар тишлар ёриб чиққандан кейин содир бўлиши мумкин бўлган асоратлар ҳам тўла-тўқис ўз аксини толмаган. Ягона бир тасниф ҳам тавсия қилинмаган. Бугунги кунда бизга маълум бўлган таснифлар (В.К. Патрикеев, М.И. Грошиков, ЖССТ) касалликлар шакли, сони, гуруҳлари, клиник белгиларининг акс эттирилиши билан бир-биридан фарқ қилади. Бунда касалликлар этиологик сабабларнинг турли-туманлиги, клиник



белгиларининг ранг-баранглиги мазкур касалликларнинг бирор бир тўқис таснифини тавсия қилишни қийинлаштиради.

Биз тиш қаттиқ тўқималарининг фолликуляр даврида содир бўладиган нокариес касалликларининг клиник белгиларини таърифлашда В.К. Патрикеев томонидан 1968 йилда тавсия қилинган таснифни(классификация) асос қилиб олганимизни эътироф этамиз. В.К. Патрикеев маълумотларига асосан таърифланадиган нокариес касалликлар тиш қаттиқ тўқималари ривожланиш нуқсонлари бўлиб, уларнинг куйидаги турлари мавжуддир:

1. Эмаль гипоплазияси
2. Эмаль гиперплазияси
3. Эндемик флюороз
4. Тишлар тараққиёти ва ёриб чиқиш аномалиялари
5. Тишлар тараққиётининг ирсий бузилиши.

## 5.2. Эмаль гипоплазияси

Эмаль гипоплазияси — бу тиш қаттиқ тўқималарининг ривожланиш давридаги метаболик жараёнларнинг бузилиши оқибатида содир бўладиган эмалнинг сифат ва миқдорий ўзгаришлари билан тавсифланадиган хасталиқдир.

**Этиологияси:** А.И. Абрикосов (1914) фикрича, бунда эмаль тўқимасини ҳосил қилувчи энамелобласт хужайралар фаолиятининг ўзгариши сабабли эмаль тўқимасининг шаклланиши бузилади. И. Т. Лукомский (1953), С. И. Вайс (1965) фикрича, бу нуқсон эмаль тўқимасининг минераллашуви даврида содир бўладиган минераллар етишмовчиликлари оқибатида юзага келади, бунда тиш тўқималарининг шаклланиши бузилмаслигини эътироф этишади.

З. Н. Шараевский (1954), И. О. Новик (1961), А. И. Рыбаков (1966)лар гипоплазия эмаль тўқимасининг шаклланиши бузилиши ва минерал тузларнинг шу даврда етишмовчилигидан келиб чиқадиган нуқсон деб тушунтиришади.

В. К. Патрикеев (1967) фикрича гипоплазия нафақат минерализация жараёнининг бузилиши, балки эмаль тўқимасининг оксилли асоси (матрицаси)нинг шаклланиши бузилиши билан энамелобластлар фаолиятининг пасайиши натижасидир. Г. В. Овруцкий (1991) гипоплазия эмаль шаклланиши даврида энг кўп учрайдиган нокариес касалликларидан биридир деб таърифлайди.

Гипоплазияда тиш эмалидаги нотўқислик нуқсони орқага қайтмайдиган ҳолат бўлиб, ҳосил бўлган нуқсонлар тиш эмалида бир умрга сақланиб қолади. Бунда дентин тўқимаси тузилишида ва тиш

пульпасада ҳам ўзгаришлар содир бўлади. Эмаль гипоплазияси доимий тишларда учраб, у болаларнинг 4,5 ойликдан 2,5-3 ёшлар ораллигида ўткир юкумли касалликлар, рахитнинг оғир шаклини, токсик диспенсия, алиментар дистрофия, ошқозон-ичак, эндокрин системаси касалликларини бошидан кечирганлиги билан чамбарчас боғлиқдир. Мазкур тиш эмали нуқсонли табиатан боланинг ҳомила даврида, сут тишлари эмали ривожланиши, оҳакланиши даврида содир бўлмаслигига асосий сабаб, ҳомила даврида йўлдошнинг захарли токсинлардан ҳимоя қилиш хусусиятининг мавжудлигидир. Лекин баъзида ҳомиладорлик даврида, айниқса ҳомиладорликнинг иккинчи даврида оғир кечадиган касалликларга чалиниши (қизилча, токсоплазмоз ва бошқа.) йўлдошнинг ҳимоя вазифасини анчагина сусайитириши, унинг бутунлигини бузиб, ўтказувчанлигини ошириши, ёки бўлмаса бола туғилгандан сўнгги биринчи кунлар, ҳафтаalarda туғилган боланинг ўзини касалликка чалиниши сут тишларида ҳам эмаль гипоплазиясини содир қилиши мумкин.

Кечки токсикозларда ва ҳомиладор аёлнинг касалликларида минерализация жараёни фақат сут тишлари фолликуласидамас балки эрта чиқадиган биринчи доимий моляр тишларида ҳам рўй бериб уларнинг гипоплазиясини таъминлайди. Шунингдек ҳомиланing 7-8 ойларида туғилган болаларнинг сут козиқ тишларида, кўрак тишларининг бўйин қисмида, моляр тишларининг чайнов юзаларида эмаль гипоплазияси нуқсонлари учраши тўғрисидаги маълумотлар адабиётларда келтирилган. Бундай ҳолни кундалик амалиётда стоматолог шифокорлар учратиб туришади.

Илгари эмаль гипоплазияси сут тишларида кам учраган бўлса, бугунги кунда шифокорлар бу нуқсонли бор сут тишларини тез-тез учрата бошладилар. Бунинг асосий сабаби илгариги даврларда оғир кечки токсикоз, оғир инфекция хасталикларига чалинган ҳомиладор оналар болаларини тириклигини сақлаб қолишнинг иложи бўлмаган ва бундай нуқсонли тишлари бор болалар деярли учрамаган. Бугунги кунги тиббиётда олиб борилаётган профилактик тадбирлар, юқори самарали даволаш ишлари, муолажалари уларнинг тириклигини таъминлаб кўйлаб туғилишларига имконият яратиб бермоқда.

Болаларни сунъий овқатлантириш, ўрта оғирликдаги шамоллашлар ҳам доимий тишларда у ёки бу шаклдаги гипоплазия ҳолатларига олиб келади.

2-3 ёшда болаларда кечадиган минерализация жараёни анча тургун бўлади ва боланинг организми ҳар хил модда алмашинуви бузилишларига нисбатан яхшигина қаршилик кўрсатиш қобилиятига

эга бўлади. Бундай тургунлик доимий премоляр ва 2-моляр тишларда эмаль гипоплазиясини сезиларли даражада кам учрашини таъминлайди.

Эмаль гипоплазиясининг уч хил тури фарқланади: системали, маҳаллий ва ўчоқли.

### 5.2.1. «Эмалнинг системали гипоплазияси (ЭСГ)

Эмаль гипоплазиясининг мазкур турида бир хил даврда оҳакланадиган (минераллашадиган) тишлар гуруҳи шикастланади. Оғир кечадиган, бир неча бор қайталанадиган ҳомиладор она касаллиги ёки туғилгандан сўнг боланинг 1–3 ёшгача бошидан кечирадиган касалликларида барча доимий тишлар эмалида гипоплазия ҳолати қайд қилинади.

Системали эмаль гипоплазиясида асосан бир хил даврда ривожланиб оҳакланадиган, симметрик жойлашган тишлар гуруҳлари касалликка чалинади. Янги ёриб чиққан тишларда доғлар, чуқурчалар, эгатчалар шаклидаги нуқсонлар аниқланади. Бу нуқсонлар ўзгармаган эмаль фониди тишларнинг кесув қирраси ёки чайнов дўмбоқчаларига нисбатан бир хил масофада ётади. Бундай ўзгаришлар кўпчилик ҳолларда оғиз бўшлиғининг даҳлиз ёки лунж соҳаларига қараган тиш юзларида кўплаб учрайди. Чуқурча ва эгатчасимон нуқсонларнинг четлари силлик, ёйик, туби силлик бўлиб чуқурлашишга мойил бўлади. Системали эмаль гипоплазиясида эмаль сатҳидаги доғлар ўз тараққиёти даврида тургун, ўзгарувчанликка мойил бўлмайди.

Кузатишлар натижасида эмаль сатҳидаги нуқсонларнинг жойлашган жойи бевосита ўтказилган касаллик давридаги тиш эмаль тўқимасининг шаклланаётган соҳасига мос келиши, айнан шу нукталар оҳакланиши даврида ҳомиладор она ёки бола турли касалликларни бошидан кечирганлиги аниқланган. Нуқсонлар ўлчами ўтказилган касаллик муддатига, сони эса бундай хасталиклар неча марта қайталанганлигига боғлиқ бўлар экан. Тишлардаги икки ва ундан ортиқ соҳада нуқсонларнинг бўлиши касалликнинг янгиланиши ёки бошқа хасталик билан оғриши натижасида бола организмида моддалар алмашувининг бузилганлиги оқибатида содир бўлиши мумкин. Тишлар сатҳидаги эмаль гипоплазияси нуқсонларнинг чуқурлиги касалликнинг қанчалик оғир кечганлигига боғлиқ бўлиши аниқланган.

Стоматолог шифокор тўғри ташҳис кўйиши учун у яхшилаб сўраб-суриштириш ишларини, анамнез йиғишда беморнинг онаси тўғрисида, ҳомиладорлики қандай ўтказганлиги, сут ва доимий тишлар оҳакланиш давридаги касалликлари, кечки токсикозларни бошидан ўтказганлиги, боланинг эрта ёшида ўтказган касалликлари тўғрисидаги

маълумотларни тўлиқ йиғишда муҳим аҳамият касб этади. Шу билан биргаликда объектив кўрик пайтида нуқсонларнинг жойлашган жойи, чуқурлиги, қайси гуруҳ тишларда учраши (сут ёки доимий) ва улар тишлар чиққан заҳоти аниқланганлиги каби маълумотлар ҳам ташҳисни тўғри кўйишда муҳим ҳисобланади.

Кузатишлар эмаль гипоплазияси нуқсонлари 16,26,36,46 тишларда бўлиши ҳомиладор онанинг касалланганлигидан, ёки ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида токсикозларни бошидан кечирганлигини кўрсатади. Шу хилдаги эмалдаги нуқсонлар бола бошидан кечирган туғилиши пайтидаги травмалар, асфиксия билан туғилиш, туғилгандан сўнг биринчи кунлар ва ҳафталарда ўтказган касалликлар (гемолитик сарғайиш, диспепсия ва бошқ.) оқибатида ҳам юзага келиши мумкин.

Эмаль гипоплазияси нуқсонлари фақат 16,26,36,46 тишлардагина эмас балки 13,11,21,23,33,32,31,41,42,43 тишларнинг кесувчи қирраларида намоён бўлиши боланинг 4,5-6 ойлик даврида қандайдир касалликни бошидан ўтказганидан дарак беради. Чунки, мазкур тишларнинг кесув қирралари эмали айнан шу даврларда оҳаклашиб минерал тузларга тўйинади.

Мабодо, бола 1 ёшга яқин давр атрофида бирор бир касалликни бошидан кечирган бўлса тишлар эмаль қаватидаги нуқсонлар 16,13,11,21,23, 26,36,33, 32,31,41,42,43,46 тишлар кесувчи қирраларига яқинроқ, 12,22 тишларнинг кесувчи қирраларида жойлашган бўлади. Бу эса 12,22 тишларнинг минерализацияси юқорида кўрсатилган тишларниқидан кечроқ бошланишидан дарак беради.

Тишлар эмали системали гипоплазиясининг 6 хил шакли: доғ шакли, чуқурчали, эгатчали, косачасимон, аралаш ва апластик шакллари мавжуд.

### **5.2.2. Доғ шаклидаги эмаль системали гипоплазияси**

Доғ шаклидаги эмаль системали гипоплазияси енгил шикастланиш тури бўлиб, тиш эмалининг маълум соҳасида рангини ўзгарганлиги билан тавсифланади. Гипоплазиянинг бундай турида бир даврда шаклланиб чиқадиган тишларнинг кесувчи қирралари ва чайнов юзаларида даҳлиз ёки лунж сатҳида симметрик бир хил топографик соҳаларда доғлар аниқланади. Тишлар тож қисмида одатда бир, иккита эмаль доғлари мавжудлиги кузатилади. Эмаль доғлари оқ сут рангида, баъзан оч жигарранг бўлиб ялтироқлиги бузилмаган. Эмаль қаватининг калинлиги доғли соҳаларда ўзгармаган бўлади. Боланинг бутун ҳаёти даврида эмаль доғлари уларнинг ўлчамлари, ранги ўзгармайди. Мазкур

гипоплазия доғлари метилен кўки бўёғи билан кариес доғидан фаркли ўлароқ бўлмайди. Беморлар доғларга нисбатан косметик нуқсон мавжудлигига шикоят қилиши мумкин.

Системали эмаль гипоплазиясининг доғли шакли кариеснинг доғли шакли, флюорознинг доғли шакли, аутосом доминант гипоматурацион ирсий тугалланмаган амелогенез билан (қорли кепка), ўчоқли одонтодисплазия, маҳаллий доғ шаклидаги гипоплазия хасталиклари билан қиёсий ташҳис қилинади. Рентген тасвирда системали эмаль гипоплазиясининг мазкур шакли аниқланмайди.

### **5.2.3. Чуқурчалар шаклидаги системали эмаль гипоплазияси**

Эмаль гипоплазиясининг чуқурчали шакли бир хил даврда шаклланган тишларнинг кўпчилик ҳолларда вестибуляр сатҳида эмаль юққаланиб унда чуқурчалар борлиги билан тавсифланади. Эмаль чуқурчалари кесувчи қирраларга нисбатан горизонтал ҳолда жойлашади. Тишлар эмаль қаватида ҳосил бўлган бу чуқурчалар ўзаро кўшилмайди ва зонд юритилганда девор ва туб сатҳида ҳеч қандай оғрик аломати сезилмайди. Тишларнинг танглай ва тил сатҳида бундай эмаль чуқурчалари унчалик сезиларли даражада яхши аниқланмайди. Одатда чуқурчалар тубида қарашлар мавжуд бўлади. Баъзи бир чуқурчалардаги пигментлашган соҳаларда эмаль ранги ўзгарган бўлиб, тозаланганда кетмайди. Тиш эмалида нуқсонлар бор жойлардагина эмаль қалинлиги юққалашган. Зонд юритилганда эмаль силлиқ, қаттиқ, зич бўлишига карамай нуқсонли соҳалар кариес жараёнига берилиши, шу соҳаларда кариес қаваклари тез ҳосил бўлиши мумкин.

Беморлар асосан бундай ҳолларда косметик нуқсонларга, онда-сонда ҳарорат таъсиридан ҳосил бўладиган оғриққа шикоят қилишади.

Тишлар эмалининг системали гипоплазиясининг чуқурчали шакли, айнан шу турдаги маҳаллий гипоплазия, аутосом-доминант чуқурча-затчали ирсий тугалланмаган амелогенез, флюорознинг эрозиясимон шакли билан қиёсий ташҳис қилинади.

Тиш эмалнинг системали гипоплазиясининг чуқурчали шаклида рентген тасвирларда нуқсонларнинг чуқурлашган соҳаларида яқка-яқка горизонтал йўналган қора доғлар аниқланиши мумкин.

#### 5.2.4. Тии эмали системали гипоплазиясининг эгатчали шакли

Эмаль нуқсонининг бу тури учун бир хил даврда шаклланиб оҳакланган тишлар эмаль қаватида бир деворли ёки икки деворли эгатчалар мавжудлиги хусусий ҳол ҳисобланади.

Агарда эгатча тишларнинг кесувчи қиррасида ёки чайнов дўмбоқчаларида жойлашган бўлса, унда у бир деворли (юқори ёки пастки), бу эса тишнинг қайси жағда жойлашганлигига боғлиқ. Бунда тиш кесувчи қиррасининг ёки дўмбоқчасининг юпқалашиши ҳисобига бир (каттароқ) тиш ичидан иккинчи (майдароқ) тиш ўсиб чиқаётгандек бўлиб туюлади. Бу эса ўз навбатида эмаль шаклланиши у бошланган вақтдан бошлаб бузилган, чунки тишларда эмаль кўрак тишларда кесувчи қирралардан ўз шаклланишини бошлайди, чайнов тишларда эса уларнинг дўмбоқчаларидан бошлайди.

Эгатча шаклидаги эмаль нуқсонлари чайнов қирраларида маълум масофада жойлашган бўлса, уларда икки девори ва туби фарқланади (юқори девор, пастки девор). Системали эмаль гипоплазиясида эгатчалар горизонтал йўналишда жойлашган бўлиб, кесув қиррасига ва чайнов юзасига нисбатан бир хил масофада параллел ҳолда ётади. Бундай нуқсонлар тиш вестибуляр ва лунж сатҳларида яхши ривожланган бўлади. Мазкур эгатчалар зондланганда тубида оғриқ сезилиши мумкин, барча сатҳи силлиқ, зичлиги юқори бўлади. Эгатчалар тубида осон тозаласа бўладиган қарашлар мавжуд. Қарашлар тозаланган жойларда пигментация соҳалари мавжуд бўлади.

Пигментлашган соҳани тўқ ёки оч ранги эгатчалар чуқурлиги билан боғлиқдир. Баъзан эгатчалар тубида кўшимча чуқурчалар аниқланиши тўқимада ривожланиш даврида мода алмашинув жараёнида чуқур ўзгаришлар бўлганидан дарак беради. Нуқсонлар мавжуд жойида эмаль тўқимасини юпқалашгани аниқланади. Системали эмаль гипоплазиясида эгатчалар бир хил даврда ривожланиб оҳаклашадиган тишларда ёки барча тишларда кузатилади.

Мазкур нуқсон ривожланиши олтинчи тишлар чайнов дўмбоқчаларини, қозик тишлар, баъзан премоляр тишлар дўмбоқчалари ҳам ингичкалашувига, тиканаксимон шаклга эга бўлишига сабаб бўлади. Бу ўткирлашган учли тишлар дўмбоқчалари лунж, тил шиллиқ қаватини тез-тез пикастлаб туришига сабаб бўлади. Нуқсонли тишлар чайнов юзасида эмаль қавати юпқалашган, тиканаксимон дўмбоқчалар ва юпқалашган кесувчи қирралар ёрилиб синиб эжралиши туфайли тишлар анатомик шаклини ўзгаришига олиб келади. Бу ўзгаришларнинг барчаси тишларнинг ўлчамларини кичиклашувига сабаб бўлади.

Эгатчалар чуқурлашган жойларда кариес жараёни бошланишига шароит туғилади. Овқат қолдиклари, юмшоқ карашлар, микроорганизмларнинг бу нуқталарда узоқ вақт сақланиб туриши бижғиш, кислоталар ҳосил бўлиши ва эмаль дентин деминсрализацияси билан давом этади, кариес қавақлари пайдо бўлади. Нуқсонлар бор жойда сийқаланиш натижасида эмаль тўқимаси бутунлай емирилиб адо бўлиши оқибатида аплазия соҳалари юзага келади.

Болалар косметик ноқулайликларга, тиш тож қисмлари синиб тушиб кетишига, тишлар сийқаланишига, ҳарорат таъсирида содир бўладиган оғриқларга шикоят қилишади. Эмаль системали гипоплазиясининг эгатчали шаклини циркуляр кариес, аутосом-доминант чуқурчали-эгатчали ирсий тугалланмаган амелогенез билан, фақат аёлларда учрайдиган ёпишган-Х хромосомали доминант гипопластик ирсий тугалланмаган амелогенез (йўл-йўл тури) каби касалликлар билан қиёсий ташхис қилинади.

Рентген тасвирларда эгатчалар туби соҳасида горизонтал йўналган қора йўллар, шулар фонида кўринадиган қора доғлар алмашинув жараёнининг чуқур бузилганидан дарак беради. Бу эса ўз навбатида ҳомилдор она, ёки янги туғилган бола бошидан кечирган касалликнинг оғирлик даражаси билан боғлиқдир.

### **5.2.5. Системали эмаль гипоплазиясининг ликопчали шакли**

Бундай нуқсонли хасталикларда бир даврда ривожланиб минерал тузларга тўйинадиган, шаклланадиган тишларнинг кесувчи ва чайнов юзаларига параллел, асосан вестибуляр ва лунж сатҳларида ликопчасимон чуқурликлар аниқланади. Нуқсон ликопча шаклида бўлиб 1 дан 4 тагача девори мавжуд бўлади. Баъзан ликопча бўшлиғини эмаль парда иккига бўлиб, ажратиб туриши ҳам мумкин.

Агарда ликопчали эмаль нуқсони чайнов юзаси ва кесувчи қиррадан маълум масофада параллел жойлашган бўлса, апроксимал-контакт юзага етиб бормаган бўлса, унда унинг 4 девори мавжуд бўлади. Нуқсон кесувчи қиррада жойлашиб, тишнинг контакт юзасига чиқмаган ҳолда унинг 3 девори, бордию нуқсон апроксимал сатҳга чиққан бўлса, яна унинг 2 девори фарқланади. Ликопчасимон нуқсон тишнинг кесувчи қиррасида жойлашиб контакт юзага очилиб чиққан бўлса, у ҳолда унинг фақат 1 девори мавжуд бўлади. Мазкур нуқсонли хасталиқда 6 тишлар дўмбоқчалари, қозик тишлар, баъзан премоляр чайнов дўмбоқчалари ингичкалашиб ўткир тиканак шаклини олиши ёки дўмбоқчалар сийқаланиб йўқолиб кетиши хусусий ҳол ҳисобланади.

Бунда эмаль тўқимасининг юпқалашуви фақат нуқсонли соҳада, ликопчалар тубидагина эмас фиссуралар соҳасида ҳам содир бўлади. Баъзи ликопчалар тубида эмаль хаддан ташқари юпқалашган ёки бўлмаслиги ҳам мумкин. Шу жойларда кариес жараёни кечаётганлигини гувоҳи бўламиз.

Болалар бундай нуқсонли хасталикларда косметик нуқсонларга, тиш эмалининг сийқаланишига, тиш тож қисми ёрилиб, синиб тушаётганлигига, ҳароратга нисбатан гиперестезияга ва кимёвий сезгирликка шикоят қилади.

Системали эмаль гипоплазиясининг ликопчали шакли понасимон нуқсон, юза кариес, ўрта кариес, флюорознинг эрозияли шакли, маҳаллий аутосом-доминант гипопластик ирсий тугалланмаган амелогенезлар билан қиёсий ташҳисланади.

Рентген тасвирда ликопчасимон чуқурчалар соҳасида онда-сонда овалсимон қора доғлар аниқланади. Улар асосан тиш кесув қиррасига нисбатан горизонтал йўналишда жойлашади.

#### **5.2.6. Системали эмаль гипоплазиясининг аралаш шакли**

Системали эмаль гипоплазиясининг аралаш шакли эмаль тўқимасидаги алмашинув жараёнлар бузилиши оқибатида юзага келиши мумкин бўлган барча нуқсонларни ўз ичига олади. Бу ўзгаришлар энгил босқичда бўлиши мумкин, ўртача оғирликда ва оғир даражада бўлиши мумкин. Системали эмаль гипоплазиясининг аралаш шакли 4,5 ойдан 3 ёшгача бўлган давр ичида бир неча маротаба бир хил оғирликдаги ва узоқликдаги касалликларни бошидан кечирган болаларнинг доимий тишларида учрайди. Болалар энгилроқ хасталикни тиш тараққиёти даврида бошидан кечиришса гипоплазия нуқсонлари тиш эмалида доғ шаклида ва чуқурча шаклида бўлиши мумкин.

Болалар бошидан ўтказган касаллик оғир ва узоқ давом этган бўлса эмалдаги нуқсонлар эгатчасимон ва ликопчасимон бўлади. Шунинг учун системали эмаль гипоплазиясида бир беморнинг ўзида ҳар хил кўринишдаги оғирлик даражадаги нуқсонларни аниқлаш мумкин. Баъзи бир ҳолларда кариес жараёни қўшилиши уни янада мураккаблаштиради ва ранг-баранглигини оширади.

Масалан, чуқурроқ нуқсонлар бор жойларда кариес жараёни ривожланади, кариес каваклари ҳосил бўлади.

Беморлар косметик нуқсонларга, кимёвий ва ҳарорат таъсиротидан оғриқлар пайдо бўлишига, тишлар тож қисмлари синиб парчаланишига, емирилиб боришига, сийқаланишига шикоят қилишади.



Системали эмаль гипоплазиясининг аралаш шакли ўзига ўхшаш симптомларга эга бўлган касалликлар билан, биринчи галда флюорознинг аралаш шакли билан қиёсий ташхис қилинади.

Рентген тасвирларда тишлар эмалининг нуқсони бор соҳаларда горизонтал йўналишли қора доғлар, чизиқлар мавжуд бўлади.

### 5.2.7. Эмаль аплазияси

Бундай нуқсон эмаль тўқимасининг оғир шикастланиши бўлиб тиш тож қисмининг чайнов юзасида, кесувчи қирраларда эмаль тўқимасининг буткул бўлмаслиги ва шу соҳаларда дентин тўқимаси очилиб қолиши билан тавсифланади.

Эмаль аплазияси ўзича мустақил хасталик бўлиши ёки системали гипоплазиянинг эгачали ва ликопчасимон турларининг асорати сифатида содир бўлиши мумкин. Бунда эмаль тўқимаси тишлар тож қисмида қисман ёки бутунлай бўлмаслиги мумкин. Эмаль тўқимасининг қисман бўлмаслигига нафақат нуқсон чуқурлиги, узоқ муддат мавжуд бўлиши, балки эмалнинг юпқалашган жойларида унинг патологик сийқаланиб емирилиши ҳам сабаб бўлиши мумкин. Нуқсонларнинг чуқурлашган жойларида кариез жараёни ривожланади.

Эмаль аплазиясида бемор болалар кимёвий, температура, таъсиротлардан сезгирликка, косметик нуқсонларга, тишларнинг плакани бузилишига, ёрилиб синишига, патологик сийқаланишига шикоят қилинади.

Эмаль аплазиясини кариезнинг ёйилиб кечиши, циркуляр кариез, аутосом-доминант, ва аутосом-рецессив гипоминераллашган ирсий тугалланмаган амелогенез ва флюорознинг деструктив шакли билан қиёсий ташхис ўтказилади.

Рентген тасвирда эмалнинг нуқсонлар мавжуд соҳаларида қорамтир доғлар ва йўллар мавжуд бўлади. Эмалнинг чегараланган апластик соҳаларида қорамтир доғлар ва йўллар горизонтал йўналишга эга. Тўлиқ эмаль аплазияси соҳаларида эмальсиз, жойларда катта қорамтир доғлар аниқланади.

### 5.2.8. Системали эмаль гипоплазиясини даволаш

Бугунги кунда беморларга кўрсатиладиган замонавий стоматологик ёрдам системали гипоплазияда клиник белгиларни қай даражада ривожланганлигига боғлиқдир. Косметика нуктаи назардан тиш эмали нуқсонларини бартараф қилиш учун, бемор ёшани инobatга олган ҳолда стеклоиономер цемента, компомер материаллар, композит

материаллар, кимёвий ёки нур ёрдамида қотувчи пломба ашёсидан кенг фойдаланилади. Кучли ривожланган деструктив ҳолатларда ортопедик ёрдам кўрсатиш ҳам тавсия қилинади. Юқорида келтирилган пломба ашёлари нуқсонлар чархланиб маълум шакл берилгач ажратувчи тагликлардан фойдаланилган ҳолда карис кавакларини даволагандек тишларнинг анатомик шакли тикланади. Косметик нуқсонлар, доғлар, ранг ўзгаришлари бартараф қилинади.

Системали эмаль гипоплазияси мавжуд болалар диспансеризацияда карис хавфи бор гуруҳга киритилади.

### 5.2.9. Тиш эмалининг маҳаллий гипоплазияси

Тиш қаттиқ тўқималари хасталигининг бу турида минерализация жараёнининг бузилиши ҳар хил сабаблар оқибатида бир ёки иккига тиш эмалида кузатилади. Эмаль маҳаллий гипоплазияси тиш фолликуласи тараққиёти даврида механик травмаси натижасида тиш куртагининг инфекция тушиши оқибатида яллиғланиши натижасида (сурункали периодонтит даволанмаслиги оқибати) юзага келиши қайд қилинган.

Сут тишларда маҳаллий эмаль гипоплазияси камдан-кам ҳолларда:

а) жағларнинг механик травмаси оқибатида синиш чизиги кургак соҳасидан ўтса; б) жағ суякларининг йирингли яллиғланиши (остеомиелит); оқибатида содир бўлади. Доимий тишларда маҳаллий эмаль гипоплазияси тез-тез учраб туриши амалиёт шифокорлари томонидан эътироф этилган. Бундай ҳолга олиб келувчи сабаблардан бири илдизи шаклланган сут тишининг (кўпчилик ҳолда олдинги кўрак тишлари) механик травма оқибатида илдизнинг ичкарига қоқилиши сабабли доимий тиш куртагини шикастланишидир. Қоқилиш пайтида доимий тиш куртагини сут тиши илдизидан тўсиб турувчи кортикал суяк пластинкаси бутунлиги бузилади, оқибатда доимий тиш куртагига шикаст етади, натижада куртакнинг шикастланган соҳасида доғ, эгатча ёки чуқурча пайдо бўлади. Кейинчалик шу куртаги шикастланган доимий тип чикқанда тож қисми сатҳида доғ, эгатча ёки чуқурча мавжудлиги кузатилади. Доғ ҳар хил ўлчамли, шаклли, камдан-кам ҳолларда ранги оқ, одатда сарғиш, жигарранг тусда бўлиб, ялтироқлиги бўлмайди. Шу соҳаларда эмаль калинлиги ўзгармаган бўлади. Чуқурча, эгатчалар соҳасида, уларнинг тубида эмаль юққалашган ва пигментлашган бўлади.

Маҳаллий эмаль гипоплазиясида клиник белгилар ривож, даражаси травма таъсир кучига, яллиғланиш жараёнининг оғирлиги ва хукм сурган вақтига боланинг ёшига боғлиқ бўлади. Кучли механик травма, оғир ва узоқ кечган яллиғланиш жараёнлари эмаль

тўқимасининг ўчоқли ёки тўлиқ аплазиясини содир қилиши мумкин. Айрим ҳолларда тиш куртагининг ўлишига ҳам сабаб бўлади. Баъзан одатда учрамайдиган ўлчамли Турнер тишлари номи билан маълум тишлар ёриб чиқади. Эмаль тўқимасининг чуқур шикастланган соҳаларида карисс жараёни кечиб, каваклар ҳосил бўлиши мумкин.

Беморлар ана шундай тишлар соҳасида косметик нуқсонга, тишлар сезгирлигини ошганлигига, гиперестезияга шикоят қилишади. Ҳарорат ва кимёвий таъсиротлардан оғриқлар пайдо бўлиши уларни безовта қилади.

Маҳаллий эмаль гипоплазиясининг доғли шакли, системали эмаль гипоплазиясининг ягу хил шакли билан, кариссининг доғли босқичи билан, ўчоқли одонтодисплазия билан, аутосом-доминант гипоматурацияли ирсий тугалланмаган амелогенез («қорли кепка») каби хасталиклар билан қиёсий ташҳис қилинади.

Маҳаллий эмаль гипоплазиясининг чуқурчали ва эгатчали шаклларици циркуляр карисс, аутосом-доминант гипопластик чуқурчали-эгатчали ирсий тугалланмаган амелогенез, чуқурчали, эгатчали ситемали эмаль гипоплазияси билан, аутосом-доминант гипопластик донатор ирсий тугалланмаган амелогенез касалликлари билан қиёсий ташҳис ўтказилади.

Рентген тасвирда чуқурчалар ва эгатчалар соҳасида қорамтир доғлар ёки қорамтир тасмалар аниқланади. Баъзи бир ҳолларда тиш илдизининг ўсувчи соҳасининг шикастланганлиги оқибатида тиш илдици шаклланмай қолганлигини кузатиш мумкин. Тиш илдици атрофи суяк тўқимасида сурункали периодонтит учун хос бўлган рентгенологик ўзгаришлар мавжуд бўлади.

Маҳаллий эмаль гипоплазиясини даволаш. Боланинг ёши, тишнинг шакли ва ўлчамларини инобатта олган ҳолда замонавий пломба ашёлари: глассиономер(шиша иономер), компомер, композит материаллардан фойдаланиб тишларнинг анатомик шакли тикланади, косметик ва эстетик нуқсон ва камчиликлари бартараф этилади.

#### **5.2.10. Эмаль тўқимасининг ўчоқли гипоплазияси одонтодисплазия, фантом тишлар, тугалланмаган одонтогенез**

Ўчоқли одонтодисплазияда ўзига хос хусусият бўлиб доимо тишлар чиқишини кечикиши, бир вақтда чиқадиган ёки ҳар хил вақтда чиқадиган тишнинг ретенцияси, ўз вақтида ёриб чиқмаслиги ҳолати эътиборга лойиқдир.

Соғлом болаларда тишларнинг мазкур патологияси ниҳоятда камдан-кам учрайдиган ҳолдир.

Шундай ҳоллар қайд қилинганда патологик ўзгаришлар асосан кўрак, қозик тишларда ёки доимий чайнов тишларда кузатилади. Камдан-кам ҳолларда бир томон жағнинг барча тишлари шикастланиши амалиётда учраган. Бунда юқори жағ тишларида бундай ҳол кўпроқ учрашини амалиёт шифокорлари алоҳида таъкидлашади.

Мазкур патология оқибатида тиш тож қисми ўзгаришга учраганлиги сабабли тишлар ўлчамлари кичиклашган, сарғимтир тусли, потекис сатҳли, тишларнинг анатомик шакли ўзгарганлиги кузатилади. Эмаль тўқимасининг сийқаланиши, тишлар орасида тремалар пайдо бўлиши ҳам эътиборга лойиқ ҳисобланади.

Ёнма-ён жойлашган тишлар гуруҳини бундай патологияга учрашига юз-жағ соҳаси травмаси, радиоактив нурланиш, сурункали остеомиелит сабаб бўлиши мумкин экан.

Ўчоқли эмаль гипоплазиясида болалар косметик нуқсонга, ҳарорат таъсири, кимёвий таъсиротлар натижасида содир бўладиган оғриққа шикоят қилишади.

Рентген тасвирда тиш илдизлари калта, капалари кенг, тиш бўшлиғи кенг, қаттиқ тўқималар қавати юққалашган. Эмаль тўқимасининг калинлиги ҳар хил ерда турлича, зичлиги ҳам ҳар хил. Буларнинг барчаси минерализация жараёнини жиддий бузилганидан дарак беради.

**Ўчоқли гипоплазияни даволаш.** Енгил кўринишларида профилактика мақсадида реминерализация курсини ўтказиш ва фтор тутувчи лак билан қоплаш тавсия этилади. Косметик ва эстетик нуқсонларни баргараф қилиш мақсадида болалар ёшнини инобатга олган ҳолда тишларнинг шакли, ўлчамлари глассиономер, компомер, композит материаллар ёрдамида, кимёвий ва нурда қотадиган воситалар ишлатилиб анатомик шакли тикланади. Оғир шаклларида ортопедик ёрдам кўрсатиш ҳам албатта назарда тутилади.

### 5.2.11. Тетрациклинли тишлар

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ёки бола туғилгандан сўнг 3 ёшгача бўлган даврда сут ва доимий тишлар ривожланиб шакллана бошлайди, оҳакланиш жараёнида тиш қаттиқ тўқималари, айниқса эмаль ўз структурасини шакллантиради. Шу давр мобайнида оша ёки бола организмга тетрациклин гуруҳи препаратлари киритилса, минераллашув жараёни кетаётган тишлар жараёни ўзгаради. Тетрациклин сақловчи препаратлар тегишли дозадан кўпроқ киритилса, эмаль тўқимаси ривожланишини бузади ва у тугалланмай қолиши

мумкин, яъни эмаль гипоплазияси содир бўлади ва шу билан биргаликда скелет суяклариди ҳам шикастланишлар рўй беради.

Тишларнинг эмаль қобиғида ва суякларда содир бўлувчи бу ўзгаришларнинг оғирлик даражаси ҳомиладорликни қайси даврида, қанча муддат, бола қайси ёшда ва қанча муддат тетрациклин тутувчи препаратларни қабул қилганига, унинг дозасига боғлиқдир.

Тетрациклин сақловчи препаратлар қабули тишлар рангиши оч сариқдан-тўқ сариқ ранггача бўяйди. Бунда тож эмалининг барча соҳаси тўлиқ бўялмаслиги, фақат препарат қабул қилган даврда тож эмалининг ривожланаётган, минераллашаётган қисмигина бўялади. Текширишлар ва кузатувлар натижасида шу нарса аниқландики, тетрациклин фақат тишлардагина йиғилиб қолмасдан, ривожланаётган суяк тўқималарида ҳам йиғилиб қолиши ва минерализация жараёнини бузилишини ҳам таъминлар экан. Тетрациклин препарати цитотоксик таъсирга эга бўлиб, йўлдошнинг ҳимоя қатлаидан сизиб ўтиб ҳомила организмга таъсир кўрсатади.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида она томонидан тетрациклинли дори-дармонларни қабул қилиниши бола туғилгандан кейин чиқадиған кўрак сут тишларининг 1/3 қисмида, моляр тишларининг чайнов юзасида эмаль тўқимасининг бўялишини таъминлайди. Ҳомиладорликнинг 9-ойида қабул қилинганида эса нафақат сут тишлариши, балки доимий биринчи моляр тишларнинг ҳам чайнов юзасида эмаль рангини ўзгаришига олиб келади.

Болалар туғилганидан сўнг биринчи кунларида ёки биринчи ҳафтларида тетрациклин сақловчи дори-дармонлар ишлатилса, шу даврда ривожланиб, минерал тузларга тўйинаётган сут ва биринчи доимий моляр тишларининг шаклланаётган эмаль соҳасини бўялишини таъминлади.

Юқорида келтирилганларни назарда тутган ҳолда ҳомиладор аёллар ва 3 ёшгача бўлган болаларга таркибида тетрациклин антибиотигини тутувчи дори-дармонлар буюрилмаслиги керак.

Ультрарафинаш нурлар таъсирида тетрациклинли тишларнинг бўялган эмаль қобиғи флюоресцент ёруғлик чиқаради. Очилган тиш илдизлари ҳам шу хусусиятга эга бўлади. Вақт ўтиши билан тетрациклинли тишлар ёруғлик нури таъсири остида вестибуляр соҳаларда кулранг тус ола бошлайди, кейинчалик эса оч жигаррангдан тўқ жигарранггача бўялади ва флюоресценция хусусиятини йўқотади. Тишларнинг чайнов, тил, танглай сатҳларидаги ранги вақт ўтиши билан ҳам ўзгармайди.

Тетрациклин тишларнинг фақат рангини ўзгартирибгина қолмай, уларда гипоплазия ҳам чақиради.

Бундай хасталикка учраган беморлар асосан эстетик ва косметик нуқсон-камчиликлар ва ноқулайликларга шикоят қилишади.

Тетрациклинли тишлар болаларда содир бўладиган гемолитик саргайиш хасталиги (эритроцитлар парчаланиши билан боғлиқ саргайиш) билан қиёсий ташҳис қилинади. Эритроцитлар гемолизи натижасида содир бўладиган нотўғри билирубин ҳам тиш тўқималарида ўтириб қолиб унинг рангини ўзгартириш хусусиятига эгадир. Гемолитик саргайиш онанинг қонидаги резус фактори боланики билан бир хил бўлмаганда содир бўлади. Бундан ташқари тетрациклинли тишлар хасталиги, ирсий тугалланмаган амелогенез, тугалланмаган остеогенез (*osteogenesis imperfecta*) ва ирсий товланувчи дентин каби наслдан-наслга берилувчи касалликлар билан ҳам қиёсий ташҳис қилинади.

Болалар косметик нуқсонга шикоят қилишса, уларнинг ёшени инобатга олган ҳолда даволаш пайтида глассиономер, компомер, композит материаллардан фойдаланиб нуқсонлар бартараф қилинади. Шу билан бир қаторда тишларни оқартириш ва ортопедик протезлаш йўли билан ҳам керак бўлган тақдирда стоматологик ёрдам кўрсатилади.

### **5.2.12. Системали эмаль гипоплазиясининг бошқа турлари (гетчинсон, фурнье, флюгер тишлари)**

Гетчинсон тишлари — асосан юқори жағ марказий кўрак тишларининг яссиланиб очқичсимон ёки тиш ўқи бўйлаб юмалоқланиб хумсимон-бочкасимон шаклни олишидир. Бу хилдаги тишларнинг кесувчи қирраларида ярим ойсимон ўйиқлар, эмалнинг юпқалашганлиги ёки бутунлай бўлмаслиги кузатилади. Тишлар бўйин қисмининг ўлчамлари кесувчи қисмига қараганда каттароқ бўлиши хусусий ҳол ҳисобланади.

Фурнье тишлари — учун ҳам очқичсимон шакл характерли бўлиб фақат кесувчи юзасида яримойсимон ўйиқлар бўлмайди.

Илгарилари Гетчинсон ва Фурнье тишлари фақатгина туғма захм касалига чалинган болаларда учрайди деб ҳисоблашган ва асосий симптомлар учли ига киритилган белгилардан ҳисобланган (Гетчинсон тишлари-туғма карлик-паренхиматоз кератит). Аммо лекин, кейинчалик олиб борилган кузатувлар Гетчинсон, Фурнье тишлар аномалияси фақат туғма захмда эмас, балки гипоплазиясида ҳам учраши аниқланган.

Пфлюгер тишлари — биринчи моляр тишларда учраб, тиш бўйин қисмининг чайнов қисмидан йўғонлиги билан ажралиб туриши билан тавсифланади. Бу тишларда чайнов дўмбоқчалари ривожланмаган бўлиб, тишлар конуссимон шаклга эга бўлади. Тишларнинг бундай шаклга эга бўлишини захм инфекцияси токсинларининг таъсири оқибати натижасида содир бўлади деб тушунтирилади.

Бундай юқорида келтирилган хасталикларда катта ёшдаги болалар косметик нуқсонга, тишлар ёрилиб дарз кетишига ва уларнинг сийқаланишига шикоят қилишади.

Даволашда қилинадиган муолажа клиник белгининг намоён бўлишига боғлиқ. Косметик нуқсонларда болалар ёшени инobatга олган ҳолда замонавий пломба материалларидан фойдаланиб реставрация ишлари тавсия қилинади. Бунда глассиономер, компомер, композит нурда котувчи материаллардан кенг фойдаланилади.

Тишларда кўплаб ёриқлар, кучли сийқаланишлар мавжуд бўлган тақдирда ортопедик ёрдам кўрсатиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

### **5.3. Эмаль гиперплазияси (эмаль томчилари ва дурлари)**

Эмаль гиперплазияси (меъёрдан ортиқ ҳосил бўлиши) тиш қаттиқ тўқималарининг, айниқса дентин тўқимасининг тиш шаклланиш жараёнида унинг айрим нуқталарида ҳосил бўлиши, бўртиб чиқиши ва устининг эмаль билан қопланиши тарзида юзага келади. Эмаль томчилари тишнинг тож қисми эмали билан қўшилмайди ва баъзи бир ҳолларда ичида пульпасимон юмшоқ тўқима борлиги кузатилади. Эмаль томчилари одатда 2-4 мм диаметрга эга бўлиб, кўпчилик ҳолларда моляр тишлар бўйин қисмида учрайди. Баъзан бундай эмаль томчиларини тиш илдизлари бифуркацияси соҳаларида ҳам учратиш мумкин.

Эмаль гиперплазияси клиник белгиларсиз кечиб, шикоятларга сабаб бўлмайди, тиш қаторлари функционал ҳолатини бузмайди.

### **5.4. Тишлар эндемик флюорози**

Флюороз касаллиги – бу эндемик тус оладиган ичимлик сувида фтор микдори меъёридан кўп бўлган ҳудудларда яшовчи аҳоли ўртасида учрайдиган хасталиқдир.

1900 йилда италян шифокори Чийя Неапол шаҳри атрофида аҳоли ўртасида шу пайтгача маълум бўлмаган тишлардаги ранг ўзгаришлари мавжудлигини аниқлади. Бундай тишларни у қора, бўялган тишлар деб атай бошлади ва бу нарса, ўзгаришлар вулкон

отилиши натижасида ҳосил бўладиган ифлос моддалар таъсиридан бўлса керак деган фикрни илгари сурди. Бир йил ўтар-ўтмас 1901 йилда америкалик шифокорлар ҳам италян эмигрантлари орасида тишларида айнан шундай ўзгаришлар бор беморларни аниқлашди. Кейинчалик бошқа қитъа вакиллари орасида ҳам шунга ўхшаш тиш касаллиги мавжудлиги эътироф этилди.

Мазкур касаллик сабаби деярли 30 йилдан кейин очилди. 1931 йилда мазкур тишлар ранги ўзгариши билан кечадиган касаллик айрим ичимлик суви таркибида фтор кимёвий элементи ошиқча миқдорда бор бўлган худудлардагина учраши ва бузда фторнинг аҳамияти жуда катта эканлиги эътироф этилди. Шу йили америкалик олим Смит ўз шериклари билан ривожланаётган ёш ҳайвонларда тажриба ўтказиб, тишларнинг флюороз касаллигида фтор асосий рол ўйнашини узи-кесил исботлади.

Кейинчалик олиб борилган текшириш ва кузатувлар натижасида флюорозда нафақат тишлар балки, бутун скелет суяклари системаси ҳам шикастланиши мумкинлиги ва бу фақат инсонларга эмас, ҳайвонларга ҳам тегишли эканлиги аниқланди.

Фтор элементи Менделеев даврий системасида еттинчи, яъни галогенлар гуруҳининг бошида туради ва ўта актив кимёвий хусусиятга эгадир. Шунинг учун табиатда эркин ҳолда учрамайди. Табиатда кенг тарқалган бўлиб, асосан металллар билан бириккан ҳолда учрайди ва ер пўстлоқ қисмининг 0,08% ни ташкил қилади. Илмий техник ривожланиш даврида фтор элементи атроф муҳитни, сувни, тупроқни кўплаб ифлослантирувчи моддага айланиб туради. Фтор юқори фаоллиги ҳисобига, реактивлик хусусиятига эга эканлиги учун организмнинг ҳимоя барьер тўсиқларидан бемалол ўтиб, тўқималарда ранг-баранг модда алмашинуви жараёнларини бузади, организмнинг кўп аъзоларига шикаст етказиши.

Меъёрдан ошиқ фтор элементи эмаль ва суяк оқсил қарқаси билан минерал тузлар орасидаги боғланишларни бузади, бу эса мазкур тўқималар парчаланиши, сўрилиши, емирилишига сабаб бўлар экан. Фтор фосфотаза ферментининг фаоллигини пасайтириб тўқималарда, шу жумладан эмалда кечаётган минерализация жараёнини издан чиқишига сабаб бўлади.

Шу нарса аниқлангани, флюороз хасталигининг клиник белгилари эндемик манбаа ҳам сув ичиб юрган болаларнинг барчасида ҳам аниқланмайди. Улар орасида тишлари касалланмаган соғлом болалар ҳам учрайди. Бундан шу нарса маълум бўладики, бир хил концентрацияли фторли сув манбааларидан фойдаланган болалар



организми фтор моддасига нисбатан ҳар хил даражадаги сезгирлик қобилиятига эга. Бундай ҳолат бола организмнинг турғунлик даражасига ва бошидан ўтказган касалликларига ҳам боғлиқдир.

Табиатда фтор металллар билан бирикиб, фторидлар шаклида учрайди ва инсон организмнинг барча аъзоларида, хусусан кўпроқ суяк тўқимасида ва тишларда ўз ўрнини эгаллайди.

Фтор табиатда артезиан қудуқлар сувида юқори концентрацияда бўлади. Бундан ташқари денгиз балиғида, гўшт маҳсулотларида ҳам кўплаб фтор бирикмалари борлиги аниқланган. Лекин инсон организми гўшт, балиқ ва бошқа органик маҳсулотлардан кўра сув таркибидаги фторни яхшироқ ўзлаштириб, ўзига сингдиради. Шунинг учун ҳам фтор моддасини тутувчи маҳсулотлар анча кенг спектрга эга бўлишидан қатъий назар ичимлик суви инсон организми учун асосий фтор манбаи бўлиб қолади.

ГОСТ нормативига мувофиқ ичимлик сувидаги фтор миқдорининг меъърий концентрацияси 07-1,0 мг/литр бўлиши керак. Бундай фтор миқдори бор сувни истеъмол қилиш қариез профилактикасида ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Аммо, фторнинг сув билан организмга кириш миқдори организмнинг суткалик фторга бўлган талабидан ошмаслиги керак. Инсон организмнинг фторга нисбатан бўлган суткалик талаби 3,0–3,5 мгни ташкил қилади. Фтор концентрацияси сувда 1,2–1,5 мг/л ва ундан юқори бўлса тишлар эмалида ҳар хил даражадаги флюороз касаллигини келтириб чиқариши мумкин. Ундан ҳам юқори концентрацияларда (8–10 мг/л)ги фтор тиш эмалидаги ўзгаришлардан ташқари бўғимларда, белда оғриқ, мушаклар тортилиши (ригидность), туришда кийналиш, оёқ қўлларда жонсизлик, хушдан кетиш аломатларини содир қилади. Сувдаги фтор миқдорининг жуда юқори концентрацияси (10–15 мг/л) юмшоқ тўқималар, айниқса қон томирлар, боғламлар, пайлар кальцификациясини (оҳакланиш) юзага келтириши оқибатида болаларнинг ўлик туғилишига ва юқори болалар ўлимига олиб келади.

7–15 ёшли болалар организмга меъърдан ортиқ фтор киритилиши уларнинг ўсишидан қолиши, 13–15 ёшли болаларда жинсий етилишнинг тўхтаб қолиши кузатилади. Кузатувлар натижасида сувдаги кальций моддасининг концентрацияси пасг бўлиши (30 мг/л), озик-овқат маҳсулотларида (300–400 мг/кг) бўлиши флюороз касаллигини чуқурлаштириб унинг оғир шаклларига олиб келиши аниқланган.

Фтор касаллигининг клиник кўриниши, шакллари фторнинг сувдаги концентрациясига, беморнинг шу ҳудудда қанча вақт

яшаганлигига (хусусан тишлар минерализацияси даврида), организмнинг фтор интоксикациясига нисбатан сезгирлик даражасига, умумий аҳолига ва унинг шу заҳарланиш жараёнига нисбатан турғунлигига боғлиқдир.

Юқори концентрацияли сувли худудда бола маълум бир қисқа даврда яшаган бўлса, унинг фақат шу даврда ривожланиб минераллашаётган тишларидагина эмаль флюорози кузатилади. Мабодо бола ҳомила даврида ҳам, тугилгандан сўнг ҳам бир неча йил давомида шу худудда яшаган бўлса унда флюороз хасталиги барча тишларда кузатилади.

Ичимлик суви таркибида фтор миқдори 1 мг/л ни ташкил этгани иссиқ иклимларда сувни кўп истеъмол қилиш ҳам флюороз хасталигини енгил (доғли, штрихсимон) шаклларини содир қилиши мумкин экан.

Эндемик флюорознинг клиник намён бўлишини муаллифлар ҳар хил тасниф қилишади. И.О. Новик (1951) ва Г.Д. Овруцкий (1961)лар тишлар эмали флюорозининг 3 та оғирлик босқичини фарқ қилишади, П.Т. Максименко ва А.К. Николишини (1976) – 4 оғирлик босқичини, Дин (Дсан) – 7 босқичини, А.К. Патрикеев (1956) флюорознинг оғирлик даражасига қараб 5 хил шаклини ажратган.

Биз ҳам эмаль флюорози касаллигининг клиник шаклларини баён қилишда В.К. Патрикеев (1956) таснифига асосланамиз.

Кузатишлар шуни кўрсатдики, тишлар эмали флюорозининг клиник белгилари бир хил концентрацияли фторли сув истеъмол қилган болаларда ҳар хил бўлиши мумкин. Бунда касалманд, организмнинг қаршилиқ қобилияти сустроқ болаларда, минерализация энди бошланган болаларда минерализация жараёнини чуқурроқ бузилиши оқибатида оғирроқ клиник белгилар содир бўлади. Минерализация жараёни илгарироқ бошланган тишларда ёки таъсирот ўтгандан кейин бошланган бўлса уларда флюороз клиникаси ҳам ҳар хил бўлади. Фтор интоксикацияси бошланганигача қисман ёки тўлиқ минерализацияга учраган тишларда флюорознинг енгил шаклини кузатиш мумкин ёки флюороз бундай шароитда ривожланмаслиги ҳам мумкин.

Фтор интоксикацияси минераллашув жараёни бошланишида ўз таъсирини кўрсатган ҳолларда флюорознинг оғир шакллари ривожланади.

Флюороз асосан доимий тишларни жуда камдан-кам ҳолларда сут тишларини шикастлайди, бунда ҳомила йўлдошининг химоя воситаси асосий ролни ўйнайди.

**Тишлар эмали флюорозининг оғирлик даражаси қуйидаги ҳолатлар билан бевосита боғлиқ бўлиши мумкин:**

1. Бола организмнинг фтор интоксикациясига сезгирлиги ва қаршилиқ кўрсатиш турғунлиги:

2. Ичимлик сувидаги фтор миқдори ва ичилган сув миқдори:

3. Боланинг ёши ва унинг умумий аҳволи, ҳолати:

4. Ортиқча фторнинг организмга қанчалиқ узоқ муддат тушганлиги:

5. Фтор тутувчи озиқ-овқатларни (денгиз балиғи, гўшт маҳсулотлари ва бошқ.) кўплаб узоқ вақт қабул қилиш:

6. Эрта сунъий овқатлар билан болани боқиш.

**Флюорознинг В.К. Патрикеев (1956) буйича таснифи.**

1. Штрихсимон шакли:

2. Доғли бўрсимон хол-хол шакли:

3. Эрозияли шакли:

4. Деструкцияли шакли:

5. Аралаш шакли:

#### **5.4.1. Флюорознинг штрихсимон шакли**

Флюорознинг ушбу шаклида тиш эмалининг юза қаватида катта бўлмаган кўз илғар-илғамас бўрсимон чизиклар штрих шаклида мавжуд бўлиб, ёруғлик тушиш бурчаги ўзгартирилганда ёки лупа остида яхши кўринади. Штрихлар фронтал тишларнинг вестибуляр сатҳида анча, яхшигина шаклланган бўлиб кўпчилик ҳолларда марказий ва иккинчи юқори жағ кўрак тишларни шикастлайди, кейинги ўринда пастки кўрак тишлар туради.

Штрихсимон флюороз билан касалланган тишлар эмали ялтироқлигини йўқотади, тиниқлиги кетади, оқиш бўрсимон тусга киради. Штрихсимон йўллар вақт ўтиши билан йўқолиб кетишга мойиллиги бўлади. Флюороз штрихлари метилен кўки бўқёғи билан бўялмайди.

Беморлар косметик нуқсонга, тишларнинг ялтироқлиги, тиниқлиги йўқолишига, ранги ўзгарганлигига шикоят қилишади.

Рентген тасвирда флюорознинг бу шакли аниқланмайди.

#### **5.4.2. Флюорознинг доғли шакли**

Флюорознинг бундай шаклида тишлар эмали сатҳида кичик ўлчамли, кўплаб чизикли йўлсиз доғлар мавжуд бўлади. Эмаль ялтироқлиги, силлиқлиги ўзгармаган. Доғларнинг марказий қисмида ранг қуюқроқ бўлиб, доғ четига қараб ранг ўзгариши камайиб боради ва йўқолиб эмалнинг соғлом қисми билан бир хил тусга киради.

Мазкур хасталик барча тишларда, ёки бир вақтда ривожланаётган, минераллашган тишлар гуруҳида учраши мумкин. Бунда тишлар тож қисмининг бир қисми ёки бутун тож қисми тўлиқ шикастланиши боланинг фтор миқдори кўп бўлган ичимлик суви истеъмол қилинадиган ҳудудда қайси ёшда ва қанча вақт яшаганлиги билан боғлиқдир. Флюороз доғлари бутун тож қисмининг барча соҳаларида учраши мумкин, лекин улар тишларнинг даҳлиз ва бўйин сатҳида аниқ равшан кўриниш олади. Доғлар бўрсимон, баъзан оч сариқ тусда бўлади. Флюороз доғлари турғун, бир-бири билан қўшилиб кетиши мумкин, камдап-кам ҳолларда уларнинг ўз-ўзидан йўқолиб кетиши ҳам кузатилади.

Мазкур флюороз доғлари метилен кўки буёғи билан бўялмаслиги билан кариес доғидан фарқ қилади. Беморлар косметик нуқсонга шикоят қилишади. Рентген тасвирда ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмайди.

#### **5.4.3. Бўрсимон хол-хол нуқтали флюороз**

Флюорознинг бу шаклида тишлар тож қисмининг эмали ўз рангини йўқотади бўрсимон тус олади, тиниқлиги ва ялтироқлигини йўқотади. Ана шундай ўзгарган эмаль сатҳида пигментлашган оқ ёки тўқ жигарранг тусли нуқтасимон хол-хол доғлар кузатилади. Шу соҳаларда диаметри 1,5 мм чуқурлиги 0,1 мм ли эмаль чуқурчалари аниқланади. Патологик жараён кўпчилик ҳолларда барча гуруҳ тишларида кузатилади. Нуқтасимон хол-хол жигарранг чуқурчаларни тиш тож қисмининг қайси соҳасида жойлашуви боланинг қайси ёшда ва қанча вақт фтор концентрацияси юқори бўлган ичимлик суви истеъмол қилинадиган ҳудудда яшаганлигига боғлиқдир.

Флюорознинг бу шакли учун тишларнинг эмаль қопламасида майда ёриқлар, пигментлашган тўқ жигарранг дентинни очилиб қолишига сабаб бўладиган патологик сийқаланиш мавжудлиги хусусий хол ҳисобланади.

Беморлар косметик-эстетик нуқсон-камчиликларга шикоят қилишади. Рентген тасвирда ўзгариш бўлмайди.

#### **5.4.4. Флюорознинг эрозия шакли**

Флюорознинг мазкур шаклида кучли ранг ўзгарган тишлар тож қисми сатҳида айрим жойларда емирилиш оқибатида эмаль қават мавжуд бўлмайди. Шу соҳалар эрозияга учраган бўлиб, уларнинг четлари кучли пигментлашган, бўрсимон тус олган, эмаль ялтироқлиги

бутунлай йўқолган, осон уқаланадиган, синиб тушадиган ва оқибатда ҳар хил шаклли ва ўлчамли кавак-бўшлиқлар ҳосил қилади. Бу ҳосил бўлган каваклар сатҳи нотекис, ғадир-будир бўлиб, сарғимтир ёки жигарранг тусда бўлади. Уларнинг рангини тўқ ёки очлиги каваклар чуқурлигига ва ҳосил бўлган вақтига боғлиқдир.

Флюороознинг бу шакли учун эмаль ва дентин қаватларининг кучли патологик сийқаланиши характерли белгилардан бири ҳисобланади.

Беморлар иссиқ, совуқ ҳароратлар таъсиридан содир бўладиган оғриқларга, косметик, эстетик нуқсонларга, эмалнинг ёрилиб синиб тушишига, сийқаланишига шикоят қилишади. Рентген тасвирда чуқур каваклар қорамтир доғлар шаклида аниқланади.

#### **5.4.5. Деструкция шаклидаги флюороз**

Флюороознинг мазкур шакли ичимлик сувида фторнинг юқори концентрацияси мавжуд бўлган (10 мг/л ва ундан ошиқ) ҳудудларда яшаган инсонлар, болаларда учрайди. Бунда тишлар эмаль қавати жуда мўртлиги катта бўлақларининг тезда синиб тушиши оқибатида тиш тож қисми анатомик шакли бузилади, атипик шаклни олади. Эмаль, дентин қаватлари кучли сийқаланишга учрайди. Флюороознинг бу шакли эмаль ва дентин қаватларини шикастлантиради. Тиш тож қисмида кўплаб ўйдим-чуқурлар бўлиб, улар ҳар хил чуқурлик ва ўлчамларга эга бўлади. Зонд юритилиб кўрганда оғриқ содир бўлиши кузатилади.

Беморлар косметик нуқсонга, тиш тож қисмининг уқаланиб синишига, иссиқ, совуқ ҳароратдан содир бўладиган оғриқларга, гиперестезияга, сийқаланишга шикоят қилишади. Рентген тасвирда ўйдим-чуқурлар катта қорамтир доғ сифатида намоён бўлади.

#### **5.4.6. Аралаш шакли флюороз**

Аралаш белгилар мавжуд бўлган флюороознинг бу шакли отаналар 4,5 ойликдан 3 ёшгача бўлган болаларни фтор концентрацияси юқори ичимлик суви мавжуд ҳудудларга бир неча бор олиб бориб, маълум вақт турганликлари оқибатида содир бўлади. Ичимлик сувининг ҳар хил концентрацияли фтор моддасини тутиши оқибатида шундай шароитга тушган болалар тишида флюороознинг бир неча хил клиник кўриниши кузатилади.

Касалликнинг клиник кечишининг оғир ёки енгиллигига қараб беморлар косметик нуқсонга, тишлар сезгирлигини ошишига, тишлар

тож қисмларини синиб тушишига ва патологик сийқаланишга шикоят қилишлари мумкин.

Рентген тасвирда чуқур қавақлар, дефектлар соҳасида қарайган соҳалар, доғлар аниқланади.

Аралаш шаклдаги флюороз ўзига ўхшаш клиник белгилари мавжуд бўлган: кариес, ирсий тугалланмаган амелогенез, эмаль гипоплазияси, эрозияси, некрози ва понасимон нуқсонлар билан қиёсий ташҳис қилинади.

Флюороз хасталиги профилактикаси мақсадида қуйидагилар тавсия қилинади:

1. Ичимлик суви манбаларини ўзгартириш, ичиладиган сувни фильтрлаш.

2. Фақат кайнатилган сув ичиш, шарбатлар, сут истеъмол қилиш, сувни музлатиб, кейин эритиб истеъмол қилиш.

3. Мувофиқлашган (рационал) овқатланишни тўғри ташкил қилиш.

4. Иложи борича болаларни (айниқса 4 ёшгача бўлган) фтор концентрацияси ичимлик сувида юқори регионлардан тез-тез олиб чиқиш, бир муддат бошқа ҳудудларда яшаш.

5. Тишларни таркибида кальций сақловчи тиш пасталари билан ювиш.

6. Янги туғилган болаларни иложи борича сунъий овқатлантирмаслик ва эрта дефинитив (қозон овқат) овқатга ўтказмаслик.

**Флюороз хасталигини даволаш.** Флюороз хасталигини даволаш усулини танлашда унинг шакли эътиборга олинади. Енгил шаклларида (бўрсимон, хол-хол, доғли шакли) Маҳаллий оқартириш ва реминераллаштирувчи даволаш муолажалари ўтказилади. Оғир шаклларида шикастланиш даражасини, чуқурлигини, беморнинг ёшини инобатга олган ҳолда замонавий пломба ашёлари: глассиономер, компомер, композитларнинг кимёвий ва нурда қотувчи турларидан фойдаланиб реставрация-анатомик шаклини тиклаш муолажалар ўтказилади.

Тиш тож қисмлари емирилиши тиклаш ишларига имконият бермаган ҳолларда ортопедик усуллар қўлланиши тавсия этилади.

### **5.5. Болаларда сут тишлар рангининг ўзгариш ҳолатлари**

Баъзан болаларда чақалоқлик даврда гемолитик сарғайишни бошидан кечиришган бўлишса, ёриб чиққан сут тишлари эмали сариқ, сариқ-кулранг, тўқ жигарранг, саргимтир-яшил, жигарранг-яшил,

жигарранг-қора, кулранг, яшил, ҳаворанг, қизғиш рангга кириши мумкин. Эрта чақалоқлик даврда содир бўлган эритроцитлар гемолизи натижасида ҳосил бўлган, нотўғри билирубин тиш тўқималарида йиғилиб қолиши натижасида тиш қаттиқ тўқималари юқорида келтирилган рангларга кириши мумкин. Бу нарса тишлар тўқимаси гистогенезига таъсир қилиб системали гипоплазияга ҳам олиб келади.

Эритроцитлар гемолизига она ва бола қонидаги резус факторнинг бир-бирига тўғри келмаслиги сабаб бўлади. Бошқа сабаблар оқибатида юз берадиган гипоплазиядан эритроцитлар гемолизи содир қилган гипоплазиянинг фарқи бунда сут тишлари тож қисми эмалининг ранги албатта ўзгаради. Агарда она организмда антителалар титри пастроқ бўлса ёки янги туғилиб сарғайган чақалоқ майдалаб қон қуйиш усулида даволанган бўлса, сут тишларининг ранги ўзгарадию, лекин бундай ҳолларда гипоплазия кузатилмайди.

Эритроцитлар гемолизи оқибатида содир бўлган сут тишларидаги ўзгаришларни тетрациклинли тишлар, ирсий тугалланмаган одонтогенез (Капдепон дисплазияси) билан гипоплазиянинг бошқа турлари билан қиёсий ташҳис қилинади. Қиёсий ташҳисда тишлар рангини ўзгарганлигининг сабаблари анамнез маълумотлари, кўрик ва ультрабинафша нур ёрдамидаги текширишлар маълумотлари асосий аҳамиятга эгадир.

## 5.6. Мармар касаллиги

Мармар касаллиги кам учрайдиган суяк скелети системасининг хасталиги бўлиб, тиббиётда остеопетроза, Альбертс-Шенберг (1916) касаллиги номи билан ҳам маълум. Икки жинс вакилларида ҳам бир хилда учрайди.

Хасталикнинг икки хил тури ажратилган: 1) Эрта болалик ёшида барча клиник белгилари юзага чиқиб фаол кечадиган; 2) Клиник белгиларсиз кечадиган, фақат суяклар рентген тасвиридагина аниқланадиган шакли.

Мазкур касаллик суяклар системасининг ғовак қисмини склерозичандиқланиши билан кечади. Касаллик бошланиш даврида найсимон суякларнинг метафиз қисмини, яшюқ суякларнинг периферик қисмини шикастлайди.

Калла суяги текширилганда унда суяк зичланишининг текисмаслиги аниқланади. Асосий ва пешона суяги бўшлиқлари чандиқлангани кузатилади.

Жағ суякларининг зарарланиши тишлар тараққиёти ва ёриб чиқишининг бузилишига сабаб бўлади. Касаллик тишлар

ривожланишини сусайтиради, чикиш муддатларини кечиктиради ва тиш қаттиқ тўқималарининг ўзгаришига олиб келади. Тишлар илдизлари ривожланишини тугата олмайди, тиш бўшлиқлари ва илдиз каналлари битиб кетганлиги кузатилади. Тиш қаттиқ тўқималарининг карисс жараёнига мойиллиги ошади, одонтоген яллиғланиш жараёни (пульпит, периодонтит) кучаяди. Одонтоген яллиғланиш жараёнлари тез-тез жағ суяги яллиғланишига (остеомиелит) ўтиб туриши кузатилади.

### 5.7. Гипофосфатезия

Разборн 1948 йилда бу хасталикни биринчи марта кузатиб, мустақил касаллик эканлигини эътироф этган. 1952 йилда Солбел ҳам мазкур касалликни кузатиб юқоридаги фикрни, унинг ўзига хос алоҳида хасталик эканлигини тасдиқлаган. Касаллик наслдан наслга берилувчи ирсий хусусиятга эга, бунда туғма модда алмашинувининг бузилиши кузатилади.

Касаллик асосида асосли (ишкорий) фосфатаза ферменти синтезининг аномалияси — нуқсони ётади. Қондаги ишкорий фосфатаза ферментининг фаоллигини пасайиши ёки қон плазмасида унинг миқдорининг камайиб кетиши, бунда кальций, фосфор элементлари миқдорининг рисоладагидек бўлиши шу касаллик учун хусусий ҳол ҳисобланади.

Касаллик одатда бола туғилган заҳоти ёки биринчи 6 ой мобайнида аниқланади. Камдан-кам ҳолларда катта ёшдаги болаларда аниқлаш мумкин.

Бу касаллик учун қўл, оёқ суяклари деформацияси, патологик суяк синишлари, калла тепа суяги оҳакланишининг бузилиши, диспноз, бадан терисининг кўкариши (цианоз), кўнгил айниши, қусиш, ич котиши, мушаклар титраши, тирноқлар ва сочлар мўртлиги, синиши характерли белгилар ҳисобланади. Мазкур касаллик тиш қаттиқ тўқималари гипоплазиясига, тиш илдизларининг тўлиқ ривожланмай қолишига, илдизларни муддатидан олдин сўрилишига ва кўрак тишларни, кейин бошқа тишларни тезда тушиб кетишига сабаб бўлади.

Рентген тасвирда альвеоляр суяк ўсиғининг шаклланмаганлиги, суяклар остеопорози, сут тишлар илдизининг сўрилиши аниқ ва равшан аниқланади. Бемор боланинг ота-онасининг қони текширилганда қон плазмасида фосфатаза ферментининг миқдори рисоладагидан анча пастлиги кузатилади. Бунда уларда суяк патологияси бўлмаслиги ҳам мумкин.



## 5.8. Тиш қаттиқ тўқималарининг наслдан наслга берилувчи ирсий касалликлари

Наслдан-наслга берилувчи тиш қаттиқ тўқималарининг туғма нуқсонларига ирсий тугалланмаган амелогенез (ИТА), ирсий тугалланмаган дентиногенез (ИТД), ирсий тугалланмаган одонтогенез (ИТО) киради.

### 5.8.1. Ирсий тугалланмаган амелогенез (ИТА)

Бу жуда камдан-кам учрайдиган, фан тамонидан деярли ўрганилмаган тиш эмаль тўқимасининг ривожланиш нуқсони бўлиб, унинг бир неча хил клиник шакллари, ҳар хил клиник кўриниши ва авлоддан авлодга ҳар хил йўл билан берилиши фарқланади. Мазкур нуқсонни пайдо бўлиш сабаблари асосида эмбрион эктодермал варағидаги наслий ривожланмай қолган соҳалар юзага келиши ётади. ИТА алоҳида мустақил нуқсон сифатида, баъзан эса қўшма синдромлар ва хромосом касаллигининг клиник белгиси сифатида ҳам юзага келиши мумкин. Тиш эмаль тўқимасининг ушбу нуқсонидан эмалнинг ранги ўзгаради, у юққалашади, тиш тож қисми ўлчамлари кичраяди. Тиш тож қисмида чуқурчалар, овал кемтиклар ва эгатчалар кузатилади. Бу хил клиник белгилар ва нуқсонлар эстетик камчилик сифатида бемор болалар томонидан қайд этилиб, шикоятлар пайдо бўлади. Ирсий тугалланмаган амелогенезни у ёки бу хил клиник кўринишларда намоён бўлишига ривожланаётган эмаль матрицасидаги бузилишлар сабаб бўлади. ИТАнинг гипопластик турининг келиб чиқиши эмаль матрицасидаги шаклланишнинг бузилиши билан боғлиқлиги этироф қилинади; гипоматурацияли тури эса матрицанинг меъёрий этилишининг бузилиши билан боғлиқ; гипоминералланган тури матрицанинг минерал тузларга тўйинишининг бузилиши оқибатида юзага келиши тахмин қилинади. Касалликни клиник кўринишлари унинг турига, қайси йўл билан ирсий берилганлигига, клиник кечишига бевосита боғлиқ бўлади. Мазкур эмаль нуқсони 3 хил ирсий йўл билан берилиши (аутосом-доминант, аутосом-рецессив, Х-ёлишган доминант ёки рецессив) мумкинлигини, 3 хил клиник шакли (гипопластик, гипоматурацияли, гипоминералланган), 12 хил клиник кўринишини назарда тутсак, ушбу эмаль нуқсонини қанчалик даражада хилма-хиллигини тасаввур этишимизга тўғри келади.

ИТАнинг ғоятда хилма-хил шакли, тури ва клиник намоён бўлиши шифокордан жуда эҳтиёткорлик ва эътибор билан беморни кўриқдан ўтказиб текширишни тақозо қилади. Шифокорлар мазкур касалликнинг

ҳар бир шакли, тури ўзига хос клиник белгиларга эга эканлигини яхши билиб, уларни ажрата олиши керак.

**ИТА гипопластик турининг 6 хил клиник кўриниши мавжуд:**

**1. Аутосом-доминант чуқурча-эгатчали ирсий тугалланмаган амелогенез.**

Клиник белгилари: тиш тож қисмининг кўпчилик ҳолларда вестибуляр ва лунж юзаларида ўртача ўлчамли чуқурчалар ва эгатчалар мавжудлига аниқланади. Тил ва танглай юзаларда бу нуқсонлар бирмунча камчиликни ташкил қилади ва маълум бир тартибга эга бўлмасдан хаотик тарзда жойлашади. Баъзан чуқурчалар маълум йўналишда устунчалар тизими шаклида кўринади. Эгатчалар ҳам узунасига йўналган бўлиб, тишнинг кесувчи ёки чайнов қиррасидан бўйин қисми томон тиш ўқи бўйлаб йўналган бўлади. Чуқурчалар ва эгатчалардан ҳосил бўлган чизиклар гоҳида тиш кесувчи қиррасидан бошланиб, экваторга интилиб тугайди. Гоҳида экватордан бошланиб тиш бўйин қисми соҳасига интилиб тугайди. Баъзан эса бўйин қисмидан бошланиб экватор томон йўналган бўлади. Тишлар кесувчи қиррасидан бошланган нуқсонлар шу соҳаларда эмалнинг юпқалашишини, ёрилиб ажралишини юзага келтиради. Шу соҳаларда эмаль юпқалашиб, овқат маҳсулотлари пигменти ҳисобига ранги ўзгаради. Мазкур пигментлар чуқур сингиб кирмайди ва механик усулда енгил тозаланади. Нуқсонлар бўлмаган соҳаларда эмаль ўзининг одатий тусига, рангига ялтироқлигига эга, юзаси силлиқ, текис. Сут ва доимий тишлар касалликка бир хил тортилади.

**2. Аутосом-доминант маҳаллий гипопластик ИТА.**

Клиник белгилари: Тишлар тож қисмининг вестибуляр ва лунж юзаларида якка-дуқкам йирик овал шаклидаги чуқурчалар ва эгатчалар мавжуд бўлади. Чуқурчалар ва эгатчалар вертикал йўналишда бўлиб, симметрик жойлашуви аниқлашмайди. Бир хил номли тишлар сатҳида мазкур нуқсонлар ҳар хил чуқурликда бўлиб, уларнинг туби ва деворлари текис, эмаль силлиқ, қаттиқ, ялтироқ, қавати фақат чуқурроқ соҳаларда юпқалашган бўлади. Юпқалашган эмаль соҳаларида эмаль ранги ўзгарган бўлиб, оч-сарик ёки оч-жигарранг тус олади. Эмаль рангининг тўқроқ ёки очроқ бўлиши нуқсонлар чуқурлигига ва боланинг ёшига боғлиқ бўлади. Боланинг ёши қанчалик катта бўлса, нуқсонлар чуқурроқ бўлса эмаль тўқимасининг ва очилиб қолган дентин тўқимасининг ранги шунчалаик тўқроқ бўялади. Жароҳатланган сут ва доимий тишларнинг сончи ҳар хил бўлиши мумкин.

### **3. Аутосом-доминант гипопластик силлик ИТА.**

Мазкур касаллик мавжуд беморларда эмаль тўқимаси тишнинг барча сатҳи бўйлаб текис юлқалашганлиги натижасида тиш тож қисмининг барча ўлчамлари унинг анатомик шаклини бузмаган ҳолда кичиклашади. Бунда эмаль қопламанинг ранги оч-сарикдан оч-жигарранггача ўз тусини ўзгартирганини шоҳиди бўлиши мумкин. Эмаль тўқимаси қаттиқ, юзаси силлик, жуда тиниқ ва ялтироқ тарзда бўлади. Баъзи бир тишларда сийқаланиш ва майда ёриқчалар борлиги кузатилади. Тишлар орасида тремалар мавуд бўлиб, баъзи таъсиротларга нисбатан уларнинг юқори сезгирлиги гиперестезияси аниқланади. Мазкур хасталик сут тишларида ва доимий тишларда бирдек учрайди.

### **4. Аутосом – доминант гипопластик донатор ИТА.**

Бундай хасталиги бор беморлар тишларининг тож қисми юзасида кўплаб чуқурчалар ва эгатчаларнинг тартибсиз тарзда жойлашганлиги кузатилади. Ушбу нуқсонлар чуқурлиги ҳар хил бўлиб, ўлчамлари ҳам ҳар хилдир. Эгатчалар ва чуқурчалар орасидаги эмаль донатор ҳолда, меъридаги қаттиқликда бўлиб дентин қавати билан мустақкам бойланган. Эмаль бутун тож сатҳи бўйлаб, айниқса нуқсонлар соҳасида анча юлқалашганлиги туфайли тишлар орасида тремалар мавжуд. Нуқсонлар мавжуд бўлмаган жойларда эмаль сатҳи текис, силлик, доначалар аниқланмайди. Нуқсонли тишларда гиперестезия ташқи таъсиротларга нисбатан сезгирлик мавжуд. Эмалнинг ялтироқлик сифати сақланган. Бир беморда ҳар хил гуруҳ тишларнинг ранги ҳар хил тонда – олдинги кўрак тишларда оч-сарикдан, чайнов тишларда қорамтир ранггача ўзгарганлиги кузатилади. Жароҳатли нуқсони бор тишларда майда ёриқчалар борлиги билан биргаликда эмалнинг патологик сийқаланиш элементлари ҳам учрайди. Бемор болалар тишларининг тож қисми ҳар хил шаклга эга бўлади. Цилиндрсимон тўсинчалар шаклида ёки конус шаклдаги тишларни кўрамайди. Тишларнинг кесув кирралари ўтмас думалоқ шаклини олади. Озиқ тишлар дўмбоқчалари чайнов юзасида ўткир учли – дуксимон кўринишда бўлиши қайд қилинган. Бундай нотекис рельефли эмаль сатҳи мазкур тишларда кариес жараёнини ва кариес қоваклари мавжуд деган ёлғон таъсурот туғдиради. Вақт ўтиши билан чайнов дўмбоқчалари ўрнидаги ўткир дуксимон ўсиқлар синиб, ажралиб тушади ва натижада улар ўрнида дентин тўқимаси очилиб қолади. Бемор болалар тишларидаги гиперестезия ҳолатига шикоят қилади. Очилиб қолган дентин рангининг оч ёки тўқлиги унинг очилиб қолиши муддатига ва

жароҳат чуқурлигига боғлиқ бўлади. Бундай касаллик сут тишларида ҳам, доимий тишларда ҳам кузатилади.

**5. Ўғил болаларда учрайдиган ёпишган X-хромосомали доминант гипопластик силлик ИТА.**

**Асосий белгилари:** фақат ўғил болаларда учрайди, тишлар эмаль қавати барча соҳаларда озрок юққалашган, силлик, ялтироқ, олдинги гуруҳ тишларда оч-сарик, чайнов тишларда сарғимтир-жигарранг тусда бўлади. Тишлар оралиғида тремалар мавжуд. Эмаль гиперестезияси ва сийқаланиши кузатилади. Сут ва доимий тишлар шикастланади.

**6. Қиз болаларда учрайдиган ёпишган X-хромосомали доминант гипопластик йўл-йўл эгатчали ИТА.**

**Асосий белгилари:** тишларни вестибуляр ва лунж юзаларида эмаль сатҳида бўйламасига йўналган йўллар ва эгатчалар мавжуд. Эмаль қаттиқлиги бузилмаган, дентин қават эгатчалар соҳасида бирмунча юққалашганлиги аниқланади. Баъзи бир эгатчалар тубида кўшимча чуқурчалар мавжуд бўлиб, улар тубида эмаль жуذا юққалашган ёки мутлақо бўлмайди. Дентин қават шу соҳаларда очилиб қолган. Касалликнинг мазкур белгилари симметрик ҳолда жойлашган бўлиб, ҳар хил ўлчамларга ва чуқурликка эга. Улар бир-биридан ҳар хил масофада жойлашиши мумкин. Кўшимча чуқурларда эмалнинг қорамтир тус олганлигини кўрамиз. Эмаль тўқимаси бўйлама йўлларда тиниклигини бирмунча йўқотган бўлса, эгатчаларда у сарик тус олган бўлади. Тишлар орасида тремалар кузатилмайди. Сут ва доимий тишларнинг зарарланиши сон жиҳатдан ҳар хил бўлиши мумкин.

**Аутосом-рессив гипопластик нотекис ИТА.**

Янги чиқётган тишларда уларнинг тож қисми эмаль қаватининг юққалиги ва эмаль тўқимасининг ёрилиши натижасида шакли ўзгариб, ўлчамлари кичрайганлиги кузатилади. Эмаль қаватининг юққаланиши ва тезда ёрилиб, бўлақларга бўлиниши кўпроқ тишларнинг вестибуляр юзасида ва лунж юзасида қайд этилади. Тишлар тож қисмида сақланиб қолган эмаль тўқимаси юққа, бўлак-бўлак оролчалар сифатида кўринади ва уларни дентин тўқимасидан ажратишга уринишларда синиб ёки тўлиқ кўчиб чиқиши кузатилади. Бу ҳолат эмаль тўқимасини дентин билан ўзаро бирикишини сусайганлигини ва эмаль мўртлашиб қолганини кўрсатади. Бўлақларга бўлинган эмаль оролчалари тишлар сатҳида нотекис юзалар пайдо қилади. Тишлар бўйин соҳасида эмаль бирмунча қалин бўлади. Тишларнинг конгакт ва танглай юзаларида эмаль кўпроқ сақланган. Ҳар хил тишлар гуруҳида тишлар ранги-туси ҳар хил. Олдинги тишларда оч-сарикдан, чайнов тишларида тўқ-жигарранггача товланади. Сут ва доимий моляр тишлар

дўмбоқчаларида кичик ёриқчалар ва эмаль тўқимасининг сийқаланганлиги кузатилади. Тишларда тремалар ва гиперестезия сут ва доимий тишларда бир хил аниқланади.

#### **Аутосом-доминант гипоматурасияли пигментли ИТА.**

Янги чиққан тишлар эмали дастлабки даврларда силлиқ, эмаль қалинлиги меъёрида, тремалар йўқ. Эмаль тўқимаси мўртлашган, ялтироқлиги йўқолиб ранги-туси ўзгарган. Баъзи бемор болаларда у сариқ ёки жигарранг бўлса, бошқаларида эмаль бўрсимон, тиниқлиги йўқолган ва улар маълум вақтдан кейин сариқ ёки жигарранг тус олипти мумкин. Баъзан эмаль рангини ўзгариши сариқ-жигарранг доғчалар ёки йўллар сифатида намоён бўлиб, тишлар ювилганда бу доғ йўллар кетмайди. Мазкур нуқсонлари мавжуд болаларда маълум вақт ўтиши билан фронтал ва чайнов тишларида ўрта ва йирик ўлчамли ёриқлар пайдо бўлиши, эмалда кучли патологик сийқаланишлар содир бўлиши кузатилади. Бундай патологик ўзгаришлар сут ва доимий тишларда сезгирликни ошиб кетишига-гиперестезияга олиб келади. Мазкур хасталик сут ва доимий тишларда бирдек учрайди.

#### **Аутосом-доминант гипоматурацияли “қорли қалпоқ” шаклидаги ИТА.**

Ҳар хил даврда минерализация жараёни кечадиган тишларнинг вестибуляр ёки лунж сатҳида хира, ялтироқлиги йўқолган, бўрсимон тусдаги текис ёки жимжимадор яккам-дуккам аниқ чегарали доғлар кузатилади. Тишлар тож қисмларининг эмали силлиқ, қаттиқ, қалинлиги меъёрида, тремалар ва гиперестезия аниқланмайди. Тишлардаги доғлар шакли ва ўлчамлари ҳар хил, улар жойлашувида симметрия йўқ, метилен кўки билан бўялмайди. Кўпроқ доимий юқори фронтал тишларнинг вестибуляр юзаларида намоён бўлади.

#### **Аутосом-Ресессив гипоматурацияли пигментлашган ИТА.**

Янги ёриб чиққан тишлар эмали силлиқ, қалинлиги одатдагидек, тишлар орасида тремалар йўқ. Тишлар эмалнинг ранги оқ-хира тусдан оч-жигарранг тусгача, эмаль одатдагидан юмшоқ, ялтироқлиги йўқолган. Маълум муддат ўтгач, асосан тишлар вестибуляр сатҳида эмалда ҳар хил катта-кичик ёриқлар пайдо бўлади, эмалнинг дентиндан ажралиши ва тиш тож қисмини патологик сийқаланиши оқибатида гиперестезия ҳолати кузатилади. Нуқсонлар мавжуд соҳаларда эмаль юпқалашади. Сут ва доимий тишлар бу хасталик билан ҳар хил шикастланади.

**Ёпишган Х-занжирли ресессив гипоматурацияли йўл-йўл, фақат аёлларда учрайдиган ИТА.**

Тишлар тож қисмида асосан уларнинг вестибуляр юзасида, бир хил номли тишларда ҳар хил узунликдаги йўл-йўл шакли эмаль ўзгаришлари кузатилади. Улар сони бир хил бўлмайди, бир тишда кўпроқ, иккинчисида озроқ, уларнинг жойлашувида ҳам симметрик ҳолатни кўрмаймиз. Йўлларнинг эмали ҳар хил тусда баъзилари одатдагидек тиниқ, баъзилари хира, бўрсимон оқ, оч-сарик ёки оч-жигарранг тусда бўлади. Тишлар тож қисми эмали силлик, эмаль қалинлиги бузилмаган. Эмаль қаттиқлигини бироз йўқотган. Вақт ўтиши билан чайнов тишлар юзасида ёриқлар, эмалнинг синиб, бўлақларга ажралиши кузатилади. Бу ҳол ўз навбатида тишларнинг патологик сийқаланишига ва тишлар гиперестезиясига сабаб бўлади. Бу хасталик сут тишларида ҳам, доимий тишларда ҳам учрайди.

ИТАнинг гипоминераллашган 2 хил клиник шакли кузагилади.

**Аутосом-доминант тўлиқ минераллашмаган ИТА.**

Мазкур хасталиқда дастлаб тиш тож қисми эмали силлик, қалинлиги бузилмаган, ранги оқ-бўрсимондан оч-жигарранг тусгача, тишлар орасида тремалар мавжуд эмас. Эмаль қаватида зонд юритилганда унинг зичлигини пасайганлигини, зонд ботиб кириши мумкин соҳалари мавжудлигини, ёки бўлмаса экскаватор ёрдамида эмални дентиндан кўчириш мумкинлиги гувоҳи бўламиз. Вақт ўтиши билан эмаль ранги тўқ жигаррангга айлана бошлайди, эмалда ёриқлар, эмаль кўчиши, кучли патологик сийқаланиш, айрим ҳолларда эмаль кўчиши гиперестезияга олиб келганлигини кузатамиз. Бу хасталик билан сут ҳам доимий тишлар касалланади.

**Аутосом-ресессив тўлиқ минераллашмаган ИТА.**

Тишлар чикқан дастлабки даврларда тиш тож қисми эмали силлик, одатдаги қалинликда, зичлиги анча пасайган, зонд ботирганда унинг санчилиши мумкинлиги аниқланади. Эмаль экскаватор ёрдамида дентиндан осон кўчади. Тишлар орасида тремалар йўқ. Тез орада эмаль тўқ тусга кириб, унда ёриқлар ҳосил бўла бошлайди, синиб дентиндан ажрала бошлайди. Кучли патологик сийқаланиш, гиперестезияга ва эмаль тўқимасининг қовжираб ажралиб тушишига олиб келади. Бу эса ўз навбатида тезда тремалар ҳосил бўлиши ва дентин тўқимасини очилиб қолишига сабаб бўлади. Эмаль тўқимаси фақатгина тишлар бўйин соҳасидагина сақланиб қолади.

### 5.8.2. Тугалланмаган дентиногенез (Dentinogenesis imperfecta)

Тиш қаттиқ тўқимасинининг наслдан-наслга берилувчи бу ирсий хасталиги тишларнинг дентин тўқимасида, дентин ривожланишининг бузилиши оқибатида кузатиладган нуқсон ҳисобланади. Бунда тиш эмаль қаватида ўзгариш кузатилмайди ва дентинда бўлаётган ўзгаришлар объектив клиник белгилар билан кечмайди. Тиш тож қисми ранги-туси, ўлчамлари билан одатдаги меъёрий ҳолда бўлади. Баъзи бир ҳолларда болалар милкларини қонашига, айрим тишларнинг қимирлаб-лиқиллаб қолаётганлигига шикоят қилишади. Бу ҳол болаларнинг ёши ошган сари кучайиб боради.

Рентген тасвирда фронтал тишлар илдизи қалта, ингичка ёки йўғонлашган. Чайнов тишларда битта қалта, бақувват илдиз аниқланади. Илдиз учларида бир нечта учи ўткир ўсимталар мавжуд. Тиш бўшлиғи ва илдиз канали кескин торайган бўлиб ёш ўтиши билан тўлиқ облитерацияга учрайди. Ўсиш зонаси кичрайган, яхши аниқланмайди. Баъзи бир тишларда илдиз чўққи тешиги атрофида аниқ ёки ноаниқ чегарали суяк деструкцияси кузатилади. Дентин қават юққа, тиш бўшлиғи зич жойлашган дентикллар билан тўла. Баъзи болалар мазкур касалликда ҳарорат таъсиридан тишларда оғриқ пайдо бўлганлигига шикоят қилишади. Тугалланмаган дентиногенез ўғил ва қиз болаларда бир хил учрайди.

**Давоси.** Одонтоген жараёнларни бартараф қилиш учун дентиклли илдиз каналларини ўтиб, яхшилаб пломба материали билан тўлдириш шикоятларни бартараф этади. Тишлар тушиб кетган тақдирда олиб қўйилувчи протезлар ясалиб тақиб юриш тавсия қилинади.

### 5.8.3. Тугалланмаган одонтогенез ёки ирсий товланувчи дентин (Стентон-Капдепон синдроми)

Мазкур касаллик асосида эмбрион эктодермал ва мезодермал варақлари тўқималарининг фаолиятини бузилиши ётади. Натижада эмаль ва дентин тўқималар ривожланиши бузилади. Тишларнинг бундай нуқсони ўғил ва қиз болаларда бир хилда учрайди. Болалар тишлари ўртача муддатда чиқади, улар ўлчамлари ва шакли бузилмаган бўлсада, эмаль ранги ўзгарган бўлади. Кўпчилик ҳолларда эмаль ранги кулранг, бўтана сув тусини эслатади. Баъзан товланувчи жигарранг тусда бўлади. Тишлар чиқиб бўлганидан сўнг оз муддат ичида эмалда ёриқлар пайдо бўлади ва очилиб қолган дентин тўқимаси товланувчи тус олади, тезда смирилиб кетади, юнқалашуви оқибатида тиш

бўшлигининг контурлари кўрина бошлайди. Эмаль ва дентин тўқимасининг сийқаланиб емирилиш даражаси боланинг ёшига боғлиқ бўлади. Боланинг ёши қанчалик катта бўлса, сийқаланиш шунча кучли намоён бўлади. Бунда сут тишларининг кўпроқ ва тезроқ патологик емирилиши кузатилади. Бу хасталикда тишларнинг тож қисмини емирилиши оқибатида тишлар муносабати (прикус) нинг бузилиши, юқори-пастки жағ бўғинларида ўзгаришлар юзага келади. Рентген тасвирида тиш тож қисми бўшлиғи, илдиз каналларининг битиб қолганлиги кузатилади. Тишлар илдизлари қисқа, ингичка ёки йўғон тортган бўлиб, уларнинг апикал соҳасида гиперцементоз ва суяк тўқимасининг ўчоқли остеопорози, сийраклашуви аниқланади.

Болалар косметик нуқсонга, тишларнинг сийқаланишига, милкларнинг қонашига, жағ бўғимидаги оғриқларга ва тишларни ҳароратга нисбатан сезгирлигини ошганлигига шикоят қилади.

**Даволаш** ишлари замонавий барча терапевтик, ортопедик усуллардан фойдаланиб тишларнинг анотомик шаклини тиклашга ва фаолиятини меъёрлашга қаратилган бўлиши керак. Бунда ҳимоя тиш капаларидан, коронкалардан, кўприксимон ва олинадиган протезлардан, тераневтик реставрация усулларидан кенг фойдаланиш керак бўлади.

#### **5.8.4. Тугалланмаган остеогенез (Osteogenesis imperfecta)**

Мазкур касаллик аутосом-доминант йўл билан наслдан-наслга берилувчи жуда ҳам кам учрайдиган хасталик бўлиб, ўғил болаларда ва киз болаларда бир хилда учраши кузатилган. Тугалланмаган одонтогенез касаллиги учун узун найсимон суякларни, ўмров суягини, қовурга суякларини тез-тез синиб туриши одатий ҳол ҳисобланади. Ёш болаларда калла суяги чокларини битиши секинлашади, улар ўсишда орқада қолишади, карлик, кўз склерасининг мовий туси, тишлар тузилишининг бузилиши ва бўртиб чиққан пешона хусусий ҳол ҳисобланади. Тишлар ўлчамлари ўзгармаган, шакли одатдагидай бўлиб, уларнинг ранги кулранг, мовий кулрангдан оч сариқ ёки жигарранггача ўзгариши кузатилади. Сут ва доимий тишларнинг патологик сийқаланиши доимий клиник белгилардан биридир.

**Рентген** тасвирда жағ суяклар кортикал пластинка қатламининг юпқалашуви, тиш илдизлари учиде суяк остеопорози аниқланади. Болаларнинг ёши ортиши билан тиш бўшлиғи ва илдиз каналларининг битиб кетиши кузатилади.



## VI БОБ. ПАРОДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИ

Пародонт — бу тиш атрофини жипс ўраб турувчи милк, тиш айлана бойлами — периодонт ва альвеоляр суяк ўсиғини ўз ичига олувчи тўқималар мажмуасидир. Пародонт шаклланиши тиш илдизларининг пайдо бўлиши билан бошланиб, уларнинг тўлиқ шаклланиши билан биргаликда тугайди. Пародонт тузилиши болалар ёшига қараб, ўз хусусиятларига эга бўлади. Милкларнинг ранги пародонти соғлом болаларда оч пушти тусда бўлади. Иссиқ жанубий ўлкаларда яшовчиларда олдинги кўрак ва қозиқ тишларни ўраб турувчи милкларнинг қўнғир ёки қорамтир-кўкиш тусда бўлишига сабаб, бу иқлимда яшовчиларнинг териси ва шиллик парда тўқималарида қуёш нури таъсири остида меланин пигментининг кўпроқ йиғилишидир.

Соғлом пародонтда милк сўрғичлари тиш ёйининг ҳар икки томонида (вестибуляр, орал) ҳам ўткир қиррали тенг ён томонларга эга бўлган учбурчак шаклида бўлади. Агар тишларнинг тиш ёйида жойлашиш тартиби бузилса, у ҳолда милк сўрғичларининг чўққиси думалоқлашиб, силлиқлашади. Тишлари ўсиб чиқиши пайтида тиш ва милк орасидаги чўнтакларнинг ўлчамлари ўзгариб туради. Тишлар ўсиб чиқиши тугалланиши билан улар атрофидаги тиш-милк чўнтакларининг ўлчамлари одатда 1,5-2 мм чуқурликда бўлади.

Пародонт хасталиғи ер юзининг ҳамма мамлакатларида болалар ўртасида учрайди. Бу хасталик 4-5% дан 99% гача тарқалгандир. Пародонт хасталиғи асосан тишлар ўсиб чиқиши тугаллангандан кейин сут тишлари атрофида, кўпроқ эса доимий тишлар чиққанидан сўнг юзага келади.

### 6.1. Болаларда пародонт тўқимасининг аптомик тузилиши ва физиологик хусусиятлари

Пародонт — морфологик ва функционал жиҳатидан мураккаб тўқима бўлиб, тиш атрофини ўраб ва уни алвеола косачасида ушлаб туради. Пародонт структурасини: милк, периодонт, алвеола суяк ўсиғи ва цемент ташкил қилади. Бу элементлар ўзаро жипс боғланган бўлиб, бир эмбрионал куртақдан ривожлангандир. Мазкур сапаб ўтилган структураларнинг асосий қисми мезенхима тўқимасидан тараққий этганлиғи бунинг далилидир.

Пародонт тўқимаси ўзига яраша мураккаб: барьер, трофик, пластик, ушлаб турувчи таянч каби вазифаларни бажаради.

**Милк** — эпителий ва қўшувчи тўқима қаватидан иборат бўлиб, тишлар атрофидан бошланиб ўтувчи бурмалар шиллик пардасигача

давом этади. Милкда сўрғич қисми, маргинал қисми ва альвеоляр қисмлари фарқланади. Милкда сўрғич қисми эркин ҳолатда ётган бўлиб, маргинал сохага ўтишдан олдин тиш милк тарновчасини ёки одатдаги тиш милк чўнтагини (эгатини) ҳосил қилади.

Гистологик тузилиши жиҳатдан унда милк эпителийс, кревикуляр (милк эгатини ичидан қопловчи) ва бириктирувчи (цементга ёпишган эпителиал бирикмани қопловчи) эпителий турлари ажратилади.

Милк пародонт тўқимасининг муҳим структураси бўлиб қолган структураларни ташқи муҳит шароитининг бевосита таъсиридан сақлаб туради. Тишлар бўйин қисмига жипс ёпишиб эпителий ва хусусий бириктирувчи тўқимали қаватлардан иборат бўлиб, альвеоляр ўсиқ суяк усти нардасига ёнишган бўлади. Милкнинг альвеоляр қисмини қоплаб турувчи кўп қаватли ясси эпителий қават: базал, тиканаксимон, донатор хужайралар қаватидан иборат бўлиб, одатда шохланишига мойил бўлади. Бу ҳолат милкни кимёвий, механик ва бошқа таъсиротлардан ҳимоя қилади.

Милкнинг хусусий қаватининг асосий хужайра оралиқ моддаси барьер – ҳимоя ва юқори регенерация вазифаларини бажариши билан бир қаторда тўқима гемостазини барқарорлаштириб туради.

Милкнинг микроблар ва ташқи муҳитнинг ҳар хил нохуш таъсиротларидан ҳимоя қилувчи воситаси бўлиб, унинг хусусий тўқимасида фаолият кўрсатадиган ҳимоя хужайралар мажмуаси (лимфоцитлар, плазматик хужайралар, моноцитлар, нейтрофиллар макрофаглар ва семиз хужайралар) ҳисобланади. Шу билан бир қаторда асосий моддасида мавжуд бўлган гиалурон кислотаси ва гиалуронидаза ферменти ҳам ҳимоя воситаси сифатида муҳим ўрин тутади.

Тўқимада гиалуронидаза ферментининг ошиб кетиши унинг ўтказувчанлигини оширади ва яллиғланиш жараёнининг бошланишига сабаб бўлади. Бундай ҳол кўпинча патоген микроорганизмларнинг тўқимага тушиб, ўзидан гиалурон кислотасини ишлаб чиқарган пайтларда юз беради.

Милк хусусий қаватининг қўшувчи тўқимаси толали структурасида коллаген толалар яхши ривожланган бўлади. Бу толали структуралар тўқиманинг зичлиги ва мустаҳкамлигини таъминлаб туради. Қўшувчи тўқиманинг хусусий хужайраси саналмиш фибробластлар коллаген толаларни ҳосил қилиш ва унинг яллиғланиш туришини таъминлайди. Лимфоцит, макрофаг, плазматик ва семиз хужайралар – фагоцитоз, пиноцитоз, антителолар ва иммуноглобулинлар ишлаб чиқариш вазифаларни бажаришади.

Пародонт касалликларининг этиологиясини, патогенезини аниқлашда ва бу хасталикни олдини олиш – профилактик тадбир – чораларини белгилаб олишда тиш ва милк орасида қоплаб, бириктириб турувчи махсус эпителиал бойлам тўғрисидаги тасаввур муҳим ўрин тутди. Айнан шу соҳалар ташқи муҳитнинг кўплаб ноҳуш таъсиротларига, айниқса микробларга нисбатан тўсиқ ҳисобланади. Шу билан биргаликда пародонт тўқимасида яллиғланиш жараёни бошланувчи нукта ҳисобланади.

**Милк эгатчаси** – бу тиш ва унга ёпишиб турган милк ўртасидаги бўшлиқ ёки чўнтак бўлиб, махсус бириктирувчи эпителий билан қоплангандир. Милк чўнтаги ёки эгатчаси ва махсус эпителиал бирикма пародонт тўқимаси учун ҳимоя вазифасини бажариши билан биргаликда ўзига хос тузилишига ва қон билан таъминотига эгадир.

Махсус соҳа эпителииси ҳеч қачон мугузланмайди ва ўз навбатида бир неча қават тиш сатҳига параллел жойлашган ҳужайралар мажмудан иборатдир. Мазкур ҳужайралар ҳар 4-8 кунда янгиланиб туради. Бириктирувчи махсус эпителийнинг тиш сатҳига ёпишиб турган юза қават ҳужайралари гемидесмосомалар орқали, юққа органик қатлам ёрдамида тиш юзаси алпатитларининг кристаллари билан боғлиқдир.

Махсус эпителиал бирикма тиш сатҳини оддийгина қоплаб турмай, балки у билан чатишиб кетган бўлади. Ана шу чатишган барьер бутунлиги, унинг остида жойлашган пародонт тўқимасини микроблар ва уларнинг токсинларидан ҳимоя қилиб туради. Пародонт тўқимасини ҳимоя қилишда милк суюқлиги муҳим аҳамият касб этади. Мазкур суюқлик экссудат ва трансудат оралиғидаги концентрацияга эга бўлиб, ўз таркибида углевод, оксил ва бошқа моддалар алмашинувида фаол иштирок этувчи ферментлар тутди. Одатда бу ферментлардан баъзиларининг фаоллик жиҳатдан қон зардоби таркибига кирувчи ферментлардан 8-10 карра юқорилиги аниқланган. Милк суюқлигига кирувчи оксиллар, жумладан иммуноглобулинлар қон плазмасидаги ўхшаш оксиллар вазифасини бажаради.

Милк суюқлигида доимо лейкоцитлар мавжуд бўлиб, уларнинг сони яллиғланиш даражаси ошиши билан ошиб боради. Бундай ҳол таъсиротларга қарши организмнинг ҳимоя реакцияси бўлиб пародонт тўқимасини патологик жараёндан сақлайди.

Милк суюқлигига лейкоцитлар милк эгатчаси эпителииси орқали хемотаксис таъсиротига асосан чиқади. Бундан ташқари милк суюқлигида микроорганизмлар томонидан ишлаб чиқилган цитотоксик моддалар (сут кислотаси, аммиак, бактериал эндотоксинлар) мавжуд бўлиб, уларнинг миқдори ва таъсир кучи яллиғланиш жараёнида бир

неча маротаба ошади. Бу цитотоксик маҳсулотлар хужайраларни парчалаб яллиғланиш жараёни патогенизида муҳим ўрин тутеди.

**Цемент** – тиш илдизини дентин устидан қоплаб турувчи тўқима бўлиб, хужайрали ва хужайрасиз турлар фарқ қилинади. Хужайрали цемент тиш илдизининг аппикал қисмида ва илдизлар ажралган бифуркация қисмида учрайди.

**Периодонт (пародонтал бойлам, десмодонт)** – тиш илдизлари атрофини ўраб, уларга жипс ёпишиб турувчи зич толали кўшувчи тўқимадан тузилган структура бўлиб, таркибида шарпесв толаларини сақлайди ва тишларни алвеола тиш чуқурчасида маҳкам ушлаб турувчи восита ролини ҳам ўйнайди.

**Алвеола суяк ўсиғи** – тиш атрофини ўраб турувчи суяк тўқимаси бўлиб, тиш илдизи атрофида суяк косачасини (катакчасини) ҳосил қилади ва унга ёпишиб туради. Тиш илдизига қараган томони компакт пластинкалардан иборат тузилишга эга бўлади.

#### **Милк:**

1. Қон томирларга бой, эпителийси юққа шохланувчи қаватга эга, шунинг учун милк ранги тўқ пушти.

2. Милк эпителийси сўргичлари чуқур бўлмаганлиги учун унинг дона-дорлиги сезилмайди.

3. Милк кўшувчи тўқимаси унчалик зич ҳисобланмайди.

4. Милк эгатчалари анча чуқурлиги билан фарқ қилади.

5. Тишлар чиқиш даврида милк қирғоқлари шишиб, қизариб юмалоқ-лашади.

#### **Илдиз цементи:**

1. Юққароқ бўлади.

2. Унчалик зич эмас.

3. Гиперплазияга мойил бўлиб, эпителий билан бирикмида фаол иштирок этади.

#### **Периодонт (пародонтал бойлам):**

1. Кенгроқ, қалинроқ бўлади.

2. Ингичка ва нозик толаларга бой.

3. Тўқимасида сув кўпроқ сақлайди (қон ва лимфа суюқлиги ҳисобига).

#### **Алвеола суяк ўсиғининг хусусиятлари:**

1. Чўққиси яссироқ.

2. Юққа тўрсимон пластинкалар мажмуи мавжуд.

3. Суяк илиги жойлашган ғовак қисми кенгроқ.

4. Оҳакланиш даражаси пастроқ.

5. Ғовак қисмида суяк тўсинчалари сийрак жойлашган.

6. Қон ва лимфа томирларга жуда бой.

### **6.1.1. Болалар ёшида милк тўқимасининг морфологик шаклланиши**

Сут тишлари даврида милк тузилиши ўзига хос бўлиб, эпителий қавати юпқа, такомиллашмаган, эпителиал сўргичлар юза қисмида жойлашган, шохланиш белгилари ривожланмаган бўлади. Базал мембрана, юпқа, нозик тузилишга эга. 3 ёшгача бўлган болалар оғиз бўшлиғи шиллик пардаси, жумладан милк шиллик пардаси эпителий қавати жуда кўп миқдорда гликоген сақтайди. Сут тишлар прикуси шаклланишининг тугаши арафасида (2,5-3 ёш) милк эпителийсида гликоген моддаси бутунлай бўлмайди ва бу жиҳатдан шиллик парданинг бошқа бўлимларидан фарқ қилмайди.

3 ёшдан сўнг милк шиллик қавати эпителийсида гликоген моддасининг пайдо бўлиши патологик жараёндан дарак беради. Шиллер-Писарев усулида яллиғланиш жараёни мавжудлигини аниқлаш диагностика синамаси тўқимада гликоген моддаси бор-йўқлигини текшириб кўришга асосланган. Мазкур синама асосида йод-крахмал (гликоген) реакцияси ётади. Шиллик парда хусусий тўқимасининг коллаген толалари зич жойлашмаган ва маълум йўналишда тутамлар ҳосил қилмаган бўлади. Эластик толалар хусусий тўқимада бўлмайди.

Сут тишлар алмашинуви даврида маълум, сезиларли ўзгаришлар бўлади: милк эпителий қавати қалинлашади, эпителиал сўргичлар шаклланиб, ўлчамлари катталашади, чуқурлиги ошади, коллаген толалар зичлашиб маълум йўналишда ётади. Мазкур ёшда К. Перс (1962) фикрига кўра коллаген толаларнинг етилиши содир бўлади ва улар диффуз реакцияга кириш қобилиятини сусайтиради. Қон томирлар атрофида думалоқ хужайраларнинг йиғилиши думалоқ гистогематик барьер ўтказувчанлигини кескин пасайтиради. Бу эса ўз навбатида милкда патологик жараёнларнинг сурункали тарзда кечишини таъминлайди.

Донмий тишлар чикиб бўлганидан сўнг болалар милки мукаммаллашган структурага эга бўлади ва икки муҳим вазифани бажаради:

А) пародонт тўқималарини ташқи муҳит таъсиридан ажратиб ҳимоя қилади;

В) таркибида толали структуралар мавжудлиги ва шиллик остги пардаси бўлмаганлиги унинг тишларни мустаҳкам ушлаб туриш вазифасида иштирокини таъминлайди.

Милк функционал жиҳатдан оғиз шиллиқ қаватининг чайнов турига киради; унинг юза қаватини шохланувчи эпителий хужайралари ташкил қилади. Милкнинг тиш бўйин қисмини қоплаб турувчи қисми бундан мустаснодир. Бу соҳада кривикуляр (сулкуляр), яъни милк эгатчасининг тубини қопловчи нозик эпителий қават мавжуддир. Эпителийнинг мазкур тури болаларнинг 3 ёшгача оғиз бўшлиғининг лунж, ўтувчи бурмаси шиллиқ қавати сингари жуда нозик ва тез шикастланидиган бўлади. Шунинг учун ҳам гингивитларда, кўпчилик ҳолларда кривикуляр эпителийнинг шикастланиши рўй беради. Шохланган қават билан ҳимояланмаган бу эпителий микроорганизмлар билан ва милк эгатчаси суюқлиги билан бевосита алоқадор (контактда) бўлади. Микроблар таъсири остида унинг ўтказувчанлиги ошади.

### **6.1.2. Пародонт бойламнинг шаклланиши**

Болалар ёшида пародонтал бойламнинг ўзига хос хусусияти унда турғун структура ва шаклнинг йўқлигидир. Ҳар бир тиш атрофидаги периодонтал бойламнинг ривожланиши тишнинг фолликуляр тараққиёти пайтидан бошланади. Тишнинг алвеола суягини ёриб чиқиш пайтида, тиш халтаси қўшувчи тўқимасининг толали структураси милк коллаген толалари билан қўшилиб толалар мажмуини ҳосил қилади. Бу толалар мажмуи тиш оғиз бўшлиғига ёриб чиққунича пайдо бўлиб, функционал оккюзиягача давом этади.

Т. Ф. Виноградова периодонт тўқимаси тарққиётини 7 даврга бўлади:

#### Сут тишлари даврида:

1. жағ суяги ичидаги тараққиёт;
2. тишларнинг ёриб чиқиши;
3. сут тишлари периодонти ва илдизининг ўсиши ва шаклланиши;

#### Тишлар алмашинуви даврида:

4. сут тишлари илдизининг сўрилиши;
5. жағ суяги ичида доимий тишларнинг шаклланиши;
6. доимий тишларнинг чиқиши;

#### Доимий тишлар чиқиб бўлганидан сўнг:

7. доимий тишлар илдизларининг ўсиши ва периодонт тўқимасининг шаклланиши.

Уч ёшдан бошлаб шаклланган периодонтда зихер ўрами деб аталувчи толалар ўрами пайдо бўлиши кузатилади. Бу эса периодонтнинг вертикал ўсишига мослашганидан дарак беради. Зихер толалари тутами янги пайдо бўлиб, тиш ўкига параллел равишда ўсиб, оралиқ тутам ўрамини ҳосил қилади. Тишлар алмашинуви даврида (9

ёш) бу тутам толалари ўз йўналишини ўзгартириб, тиш ўқига нисбатан 45° бурчакни ҳосил қилади ва тиш бўйин қисмидан (тепадан), илдиз қисмига (настга) қараб йўналган бўлади. Бу толалар доимий тишлар қаторида 14 ёшгача кузатилсада, жуда кескин камайиб кетган бўлади. Мазкур толалар ўрнини бошқа хил коллаген толалар эгаллаб олади. Бу эса пародонтнинг толали структурасини етилганлиги, мукаммаллашганлигидан далолат беради.

Фронтал тишлар соҳасида пародонтал бойлам юпқа, нозикроқ толали каркас ҳосил қилса, чайнов тишлар соҳасида қалинроқ, зичроқ каркас ҳосил қилади.

### **6.1.3. Болалар ёшида пародонт суяк тўқимасининг структура тузилиши**

**Сут тишлари даврида** пародонт суяк тўқимаси рентгенологик жиҳатдан шаклланаётган суяк сифатида элементларга бой бўлмайди. Рентген тасвирларда фақат суяк чамбарак пластинкаларининг доимий тишлар фолликулаларини ўраб турганлиги кўринади. Сут тишлар периодонтини чегаралаб турган компакт суяк пластинкаси ва минераллашган суяк тўқималаригина аниқ кўринади. Суяк тасвири йирик ҳалқали, мукаммаллашмаган. Босим тушадиган соҳаларда жойлашган асосий суяк тўқималари яхши кўринмайди. Болаларда ва ўсмирларда барча тишлар периодонти тирқишлари 2 марта кенроқ бўлади. Кортикал компакт пластинкалар анча кенроқ, лекин зичлиги пастроқ, шунинг учун яхши илғаб бўлмайди (тасвир).

**Сут тишларининг алмашинув даврида** чиқаётган тиш алвеола суяк ўсиғи шу тиш томон қиялатиб кесилганга ўхшаб чиқиб бўлган ва чиқаётган тишлар эмаль – цемент чегараси баландлигида туради. Натижада тишлар бўйин ва чиқаётган тиш тож қисмида кенгайган периодонт бўшлиғи мавжуд бўлиб кўринади. Тишлар чиқиб бўлгандан сўнг тишлар орасидаги альвеоляр ўсикнинг чўкки қисми ҳар хил шакл ола бошлайди. Етти ёшдан сўнг алвеола суяк чўққиси ўткир қирра сифатида, думалок, ясси, трапеция шаклида бўлиши мумкин. Бундай ҳолат болалар ёшида физиологик ўзгаришлар натижаси бўлиб, жағ суягининг ўсиши, физиологик диастема ва тремаларнинг ҳосил бўлиши билан боғлиқдир.

Тишлар ораси алвеола суяк чўққиси ва компакт пластинкасининг шаклланиши, оҳаклашуви бир хил гуруҳга кирувчи тишларда: фронтал гуруҳ тишлар учун илдиз чўққиси шаклланиб бўлгандан сўнг 8–9 ёшда, чайнов гуруҳ тишлари учун 14–15 ёшда тугалланади.

Илдизлари шаклланмаган тишлар оралигидаги алвеола суягида суяк тўсинчаларининг бўлмаслиги пародонт суяк тўқимасининг мукамал шаклланмаганлигидан, минерализация давом этаётганлигидан далолат беради.

**Дويمий тишлар даврида** пародонт суяк тўқимасининг шаклланмаганлиги ғовак суяк структураси ва қаттиқ суяк тўсинчаларининг рентген тасвирда аниқ равшан кўриниши ва функционал ҳолати билан баҳоланади.

Юқори жағ суяги ҳамда пастки жағнинг фронтал соҳаси одатда кичик ҳалқали структурага эга бўлса, пастки жағ чайнов соҳаси суяги йирик ҳалқали суяк структурасига эга бўлади.

Тишлар ораси алвеола суяк тўсинининг баландлиги ҳар хил даражада бўлиб, у тишлар шакли ва улар орасидаги масофага боғлиқдир. Одатда алвеола ўсиғининг чўққиси эмаль – цемент чегарасида жойлашади. Трёмалар мавжуд бўлган тақдирда эмаль – цемент чегарасидан пастроқда ҳам жойлашуви мумкин.

Юқорида қайд этилган маълумотлар болалар ёшида пародонт тузилиши, шаклланиши, маълум бир ёшга етгунча мунтазам ўзгаришда бўлиш қонуниятининг мавжудлигини ва у алоҳида тиш, тишлар шаклланиши ва тиш – жағ системаси шаклланиш динамикаси билан боғлиқ эканлигини кўрсатади.

Пародонт тўқимаси мажмуи вакиллари (милк, алвеола суяги, периодонт, цемент) ўзининг алоҳида тузилиш структураси, шаклланиш ва ривожланиш даврига эга бўлишидан қатъий назар, анатомик жиҳатдан ҳар хил тўқима вакили бўлмасин уларда, анастамозлар шаклидаги қон, лимфа томирлар системаси, нерв элементлар мажмуи орқали уларнинг бир-бири билан умумий боғланганлиги ва ораларидаги чегараларни йўқолишига олиб келади. Бу эса пародонт тўқималари мажмуи патологик жараёнларда мазкур тўқималарнинг бир хил жавоб реакциясини таъминлайди. Таъсирот пародонт тўқимасининг қайси бир элементига таъсир этмасин уни сезиш ва унга жавоб бериш барча структуралар комплексининг акс-садосига айланиши ва пародонтит сифатида клиник белгилар билан юзага келишини таъминлайди.

## **6.2. Пародонт хасталиклари таснифи**

1. Гингивит — милкнинг маҳаллий ва умумий нохуш таъсиротлар остида тиш, милк чўнтагининг бутунлиги билан кечувчи яллиғланиш жараёнидир.

Шакллари: катарал, гипертрофик, атрофик.

Кечиши: ўтқир, сурункали, қайталовчи.



Кўлами: чегараланган, диффуз.

Клиник даражаси: енгил, ўрта оғирликда, оғир.

III. Пародонтит — периодонтал бойлам ва суяк тўқимасининг бузилиши билан биргаликда намоён булувчи пародонт тўқимасининг яллиғланиш жараёни.

Кечиши: ўткир, сурункали, ўткирлашувчи (жумладан йирингли-абсцессели), қайталанувчи.

Клиник даражаси: енгил, ўртача оғирликда, оғир.

Кўлами: чегараланган, диффуз (кенг тарқалган).

III. Пародонтоз — пародонт тўқимасининг яллиғланишсиз дистрофик жароҳатланиши.

Клиник даражаси: енгил, ўртача оғирликда, оғир.

Кечиши: сурункали, қайталовчи.

Кўлами тарқалган (диффуз).

IV. Пародонт тўқимасининг тез кечувчи неопластик (идеопатик) яллиғланиш жараёнлари. Буларга Папийон-Лефевр, Хенд-Крисчен-Мюллер (Х-гистиоцитоз) синдромлари, акаталазия, нейтропения, гаммаглобулинемия хасталикларида юзага келадиган пародонт тўқимасидаги кучли ўзгаришлар киради.

V. Пародонтомалар — пародонт тўқимасининг ўсмалари,

Юқорида баён қилинган пародонт хасталикларининг турланиши, уларнинг клиник кечиши ва морфологик ўзгаришларини баҳолаб, яллиғланиш, дистрофик ва ўсма жараёнларини ўзида тўғри акс эттиради. Хасталикларга бундай нуқтан назардан караш уни тўғри тушуниб, шунга яраша аниқ тўғри таъсир қилувчи даво чоратadbирларини танлашда муҳим омил бўлиб ҳисобланади.

### 6.3. Пародонт касалликлари этиологияси

Хасталикни тўғри аниқлашда унинг кўламидан ташқари, келтириб чиқарувчи шарт-шароитларни (этиология), хасталикнинг клиник кечишини (сурункали, ўткирлашган сурункали, тургун босқичи), даражасини (енгил, ўрта, оғир) ҳамда яллиғланиш жараёнининг клиник ва морфологик белгилари (серозли, йирингли, некрозли, пролиферация) ни назарда тутмоқ лозим.

Болаларда кечадиган пародонт тўқимасининг хасталиги бир қатор ўзига хос хусусиятларга эгадир.

Хасталикнинг барча шаклларида яллиғланиш жараёни кузатилиб, у асосий ўринни эгаллайди. Пародонтолиз ва неопластик жараёнлар болалар ёшида кам учрайди, пародонтоз хасталиги эса учрамайди деб

ҳисобланади. Милкнинг устки қисмида тошларнинг йиғилиши фақат катта ёшдаги ўсмир болаларда катталарга нисбатан анча кам учрайди.

Болалар ёшида учрайдиган пародонт хасталикларини аксарият ҳолларда маҳаллий (оғиз бўшлиғидаги) нохуш сабаблар юзага келтиради. Шу билан биргаликда организмнинг умумий касалликлари ҳам болалар ёшида пародонт касаллигини келтириб чиқариши кўплаб кузатилади.

**Маҳаллий сабаблар:**

1. Тишлардаги карашлар, тошлар.
2. Бир томонлама овқат чайнаш.
3. Оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилмаслик.
4. Нотўғри қўйилган осилиб турган пломбалар
5. Нотўғри ўрнатилган ортодонтик апиаратлар (коронка, ёйлар, брикетлар ва ҳ.к.).
6. Тил ва лаблар тизгинчаларининг аномал ҳолати.
7. Оғиз даҳлизининг кичиклиги.
8. Чуқур прикус.
9. Очиқ прикус.
10. Жағларнинг тўлиқмас тараққиёти.
11. Тишлар қатори аномалияси.

Бундай ҳолларда патологик яллиғланиш жараёнининг кўлами кичик, чегараланган бўлиб, у пародонт тўқимасининг шу нохуш сабаб туфайли таъсир қилиб турган сатҳидагина аниқланади.

**Умумий сабаблар:**

1. Пубертат тараққиёт даврида гармонал ўзгаришлар (инфантилизм, эрта рўй берадиган жинсий тараққиёт, хайз бузилиши ва ҳ.к.)

2. Эндокрин безлар хасталиги (микседема, гипопизар нанизм, эпидемик буқоқ, Иценко-Кушинг хасталиги).

3. Марказий нерв системаси хасталиклари (Даун касаллиги-олигофрения ва бошқалар).

4. Қандли диабет касаллиги.

5. Ҳазм системаси касалликлари.

6. Қон системаси хасталиклари.

7. Юрак-қон томир етишмовчилиги.

8. Ҳар хил системали – идеопатик хасталиклар (Х-гистиоцитоз, Папийон-Лефевр синдром ива ҳ.к.).

Умумий сабаблар оқибатида юзага келадиган пародонт касалликларининг кўлами тарқалган бўлиб, барча тишлар атрофида ривожланиши мумкин.

#### **6.4. Пародонт касалликлари патогенези**

Яллиғланиш жараёни билан кечувчи пародонт хасталикларига милк яллиғланиши (гингивит) ва пародонтит киради. Булардан гингивит касаллиги кенгроқ тарқалган бўлиб, бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг 2007 йилда эълон қилинган маълумотига қараганда, болалар ва ўсмирлар ўртасида 80% га қадар аниқланади. Бу хасталик болаларда кўпроқ доимий тишлар шаклангандан кейин юзага келади ва асосан сурункали тарзда кечади.

Болалар ўртасида учрайдиган сурункали милк яллиғланишининг 80-85% и катарал яллиғланишга, 12-15% и эса-гипертрофик ва атрофик турларига тўғри келади, 15 ёшли болаларда пародонтит хасталиги 3-5% ни ташкил қилиши мумкин.

Оғиз бўшлиғи гигиенасига мунтазам равишда риоя қилмаслик оқибатида тишлар юзасида юмшоқ қарашлар ҳосил бўлади, бу эса ўз навбатида милкларнинг серозли катарал яллиғланишига олиб келади. Бундай ҳолларда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси кўздан кечирилганда милкларнинг шишиб қизариши, айниқса, уларнинг тишлар орасида жойлашган сўргич қисмида ва баъзан қирғоқ қисмида яққол намоён бўлади.

Овқат кўпинча оғиз бўшлиғида касалланган (пульшит, периодонтит) тишлар мавжуд бўлган ҳолларда фақат бир томондаги жағларда чайнаниши сабабли овқат чайналмайдиган жағ тишларининг атрофини ўраб турган пародонт тўқимасида яллиғланиш ҳоллари кузатилади. Овқат чайналмаганлиги сабабли пародонт тўқимасида қон айланиши ва тўқималар озикланиши бузилади, тишларда кўнлаб юмшоқ қарашлар пайдо бўлади. Натижада милклар қизариб шишинқирайди ва юмшайди. Тиш қарашлари тозаланаётганда қонани белгилари пайдо бўлади.

Лаб ва тил тизгинчаларининг калталашуви ва йўғонлашуви ҳам серозли катарал яллиғланиши келтириб чиқаради. Оқибатда бу ҳол пастки кўрак тишлар атрофидаги милк тўқимасининг атрофияси (пасайиши) га олиб келади. Бундай ҳолларда марказий кўрак тишларнинг тож қисми хаддан ташқари узайгандек туюлади. Милк тўқимасининг ана шундай чегараланган ҳолда пасайиши ретракция деб аталади.

Баъзан пастки лаб тизимчаси милк шиллиқ пардасининг юқори қисмига - чўққисига (меъёрда лаб тизимчаси милкнинг ўрта қисмига бирлашган бўлади) ёпишган бўлса, шу чегараланган милк сатҳида яллиғланиш жараёни вужудга келади. Бундай жараёнларга лаблар ҳаракати пайтида милк сўргичларининг тиш сатҳидан ажралиши ва натижада кенгайган милк-тиш чўнтагига овқат қолдиқларининг кириб қолиши, уларнинг бижғиши (чириши) ва микроорганизмлар кўпайиши сабаб бўлади. Бундай шароитда милк шиллиқ пардаси мунтазам равишда жароҳатланади ва яллиғланиш жараёнига учрайди. Узоқ вақт давом этган бундай ҳолат натижасида клиник ёки пародонтал чўнтаклар ҳосил бўлади ва бу белгилар чегараланган пародонтит хасталиги юзага келганлигидан далолат беради.

**Кичик оғиз даҳлизи.** Бундай аномалия (меъёрдан четга чиқиш ҳолати) жағ суяги альвеоляр ўсиғи кам ривожланишининг натижасидир. Милк шиллиқ пардаси альвеоляр суякка ёпишган қисмининг баландлиги бундай пайтда 1-3 мм га тенг бўлади ва даҳлиз чуқурлиги камаяди. Овқат чайнаш, мимик ҳаракатлар пайтида милкнинг қирғоқ ва сўргич қисми тиш сатҳидан ажралади. Яллиғланиш жараёни юқорида кўриб ўтилган йўлдан боради ва чегараланган гингивит ёки пародонтит хасталиқларининг юзага келишини таъминлайди.

**Тиш-жағ соҳасининг аномалиялари ва деформациялари.** Бундай меъёрдан четга чиқиш ҳоллари болаларда кўп учрайди. Натижада баъзи бир гуруҳ ёки алоҳида тишларга тушадиган босим (овқат чайнаш пайтида, жағлар юмилганда) меъёрдан охиб кетади. Физиологик фаолиятининг тишлар ўртасида потўғри тақсимланиши натижасида пародонт тўқимасида похуш, чегараланган патологик вазият юзага келади.

Юқори кўрак тишларининг тишлар ёйидан ичкарироқда, танглай соҳасида ўсиб чиқиши натижасида пастки кўрак тишлар овқатни кесиш пайтида одатдан кўпроқ горизонтал босим қаршилигига учрайди. Бу ҳол шу тишлар атрофидаги милк тўқимасида атрофия белгисини келтириб чиқаради. Бундай жараённинг узоқ вақт давом этиши пастки кўрак тишларни ўраб турувчи суяк тўқимасининг сўрилишига (резорбция) сабаб бўлади.

Олдинги кўрак тишларнинг ҳаддан ташқари чуқур прикуси натижасида жағлар бир-бирига тегиб турганда (оғиз берк ҳолатда), овқат маҳсулотлари тишлаб кесилаётган ҳолларда бу тишларга меъёрдан ортиқ оғирлик тушади. Шу билан бир қаторда милкларнинг сурункали жароҳатланиб туриши кузатилади. Юқорида баён қилинган сабаблар туфайли олдинги кўрак тишлар атрофини қоплаб турган милк

яллиғланиб, унинг шишиб қизариши, яъни гипертрофик гингивит хасталиги кузатилади.

Яна бир меъёрдан четлашиш ҳолати тишларнинг бир-бирига оғиз бекитилганда тегмаслиги ёки очиқ тишлар ёйи аномалиясида фаолият пайтида тишларга физиологик босим тушиш; тарқалмайди. Физиологик жараёнда тўлиқ иштирок эта олмаган тишлар атрофидаги милк тўқимасида қон айланиши ва озикланиш жараёнлари бузилиб, катарал яллиғланиш ёки милк тўқимасининг гипертрофияси содир бўлади. Аномалия ҳолати баргараф этилмаган тақдирда, чегараланган пародонтит хасталиги ривожланади. Оқибатда пародонтал чўнтаклар ҳосил бўлади ва тишлар кимирлайдиган бўлиб қолади. Рентген тасвирида периодонтал тирқишнинг кенгайганлигини ва альвеолалар ўртасидаги суяк тўсиғида, айниқса унинг ўрта қисмида суяк тўқимасининг сўйракланиш (остеопороз) белгиларини кўрамиз.

8–12 ёшли болаларда жағ суяклари ривожланишининг орқада қолиши оқибатида тишлар тиғизлиги келиб чиқади. Натижада бундай ҳолат милкнинг катарал, кейинчалик гипертрофик яллиғланишига олиб келади. Ана шундай аномалиялар мавжуд бўлган болаларда 13-15 ёшлар атрофида пародонтит белгилари пайдо бўлганлигини рентген тасвирларидан билиб олиш мумкин. Альвеоляр тўсиқларнинг чўққи қисмида сўрилиш (резорбция) содир бўлиши оқибатида, уларнинг ўлчамлари пасаяди, пародонтал чўнтаклар ҳосил бўлади.

Гингивит ва пародонтитларни юзага келтиришда тиш усти карашлари муҳим ўрин тутаети. Айниқса улар таркибидаги микроорганизмлар (*Str. Sanguis*, *Bac. melanogenicus*, *Actinomyces viskozus* ва бошқалар). Мазкур микроорганизмлар пародонт юмшоқ ва қаттиқ тўқималарида деструктив жараёнларни вужудга келтиришади, суяк тўқимасининг емирилишига олиб келувчи шароит яратишади.

Маълумки, бир қатор микроорганизмлар мажмуаси бевосита суяк тўқимаси остеокласт хужайраларини фаоллаштириши оқибатида суяк тўқимасининг сўрилишига олиб келади. Бундан ташқари микроблар организмда иммунологик ўзгаришлар вужудга келтириб, лимфоцитлар сенсублизацияси натижасида лимфокин ишлаб чиқилиши ҳам остеокласт хужайраларини фаоллаштиради.

Ҳар қандай патоген микроорганизмлар чақирган яллиғланиши жараёнидек, пародонт тўқималарининг ҳам яллиғланиши фақат микроблар мавжудлигидан ташқари умум организм қаршилик кучи билан ҳам боғлиқдир. Яллиғланиш жараёнининг ўткирлиги, клиник, морфологик хусусиятлари ва яллиғланиш оқибатлари қандай кечишини, организмнинг реактивлик ҳолати аниқлаб беради.

Бугунги кунда замонавий маълумотларга таянган ҳолда пародонт патогенезини 4 этап — даврга бўлиши мумкин.

Биринчи давр — бунда бактериялар, айниқса *Streptococcus mutans* ва замбуруғлар пелликула билан қопланган тиш юзасига жуда жипс ёпишиб колониялар ҳосил қилишади. Шундан сўнг бошқа микроорганизмлар қўшилиши, уларнинг ўсиб кўпайиши, тиш карашнинг ҳажмини ҳар тарафлама ошиши, шу жумладан тиш илдизига қараб силжиб кўпайиши кузатилади. Милк суюқлиги ўсиш ва хемотаксис факторлари аэроб ва анаэроб микроорганизмларни милк-тиш эгатчасига миграциясини (интилишини) таъминлайди.

Бу микроорганизмлар тиш бўйин қисми сатҳига, чўнтаклар эпителийсига ёпишиб олиб, милк суюқлигини оқишига тўсқинлик қила бошлашади.

Иккинчи давр — микроблар инвазияси даври бўлиб, бунда патогенлашган инфекция ёки улар токсини милк шиллиқ қаватига ботиб кириб, ҳатто алвеола суяк усти пардасигача етиб боришади.

Учинчи даврда — бу патоген микроблар улар токсинлари таъсирида тўқима хужайраларининг ўлими, парчаланиши билан тавсифланади. Бу даврда икки хил механизм ишга тушишини ҳисобга олмоқ лозим: а) микроорганизмлар ёки улар ҳаёт фолляти натижасида ажратган маҳсулотларнинг бевосита таъсири; б) организмнинг умумий реактивлигидан келиб чиққан билвосита таъсиротлар. Бевосита таъсир бу — экзотоксинлар ва гистолитик ферментлар (бактериал коллагеназа) таъсирида тўқиманинг эриши ва деструкциясидир. Бундан ташқари бактериялар ишлаб чиққан воситалар организмда токсик маҳсулотлар ишлаб чиқилишига ва улар таъсирида ҳам тўқималар парчаланиши, ўлими, содир бўлиши мумкин. Мисол учун, тиш карашлари бактериялари ажратадиган экзотоксинлар макрофаглар фаоллашувига туртки бўлиб, натижада улар коллагеназа ферментини ишлаб чиқаришади ва тўқима эриб, парчалана бошлайди.

Тўртинчи давр — тўқималарнинг тикланиш даври. Пародонт шиллиқ пардаси тикланиб, эпителизация жараёни фаоллашади. Бу даврда гистологик ва клиник маълумотлар пародонт яллиғланиши даврида ўткирлашув ва яхшиланиш фазалари бир неча бор алмашинуви мумкинлигини кўрсатади. Тузалиш (ремиссия) фазасида яллиғланиш камайиши, милк, тўқимасини коллаген толалар ёрдамида тикланишини (фиброз милк), шу билан бир қаторда альвеоляр суяк устида рентган тасвирларда суяк тўқимасининг меъёрий бузилишлари, структуралар соясида ўзгаришлар мавжудлиги сезилади.

Пародонт яллиғланиши патогенезидаги юкорида зикр этилган даврларни ҳар доим аниқ ажратиб бўлмайди. Сабаби:

а) микроорганизмларнинг қарапалар устида колония ҳосил қилиши барча даврларда давом этади; б) микроорганизмлар инвазияси ва тўқималар парчаланиши бир вақтда давом этиши мумкин; в) микробларни тўқимага ботиб киришини таъминловчи факторлар (милк ўтказувчанлигини ошириши) пародонтит келиб чиқишида муҳим ўрин тутса керак. Пародонт тўқимасининг тикланиш даври бошқалардан аниқ ажралиб туради ва тўқималар структурасини бузилиши даврдан сўнг содир бўлади.

### **6.5. Балоғат ёши даврида ўсмир ёшлар организмида содир бўладиган ўзгаришлар**

Бутунжаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотларига биноан балоғат ёшида кечадиган соматик, психологик ва ижтимоий мукаммаллашиш жараёнларини инобатга олган ҳолда ўсмирлик даври 10–20 ёшларни ўз ичига олишини 1977 йилда экспертлар томонидан маълум қилинган. Айнан шу даврда инсон организми, унинг аъзолари ва системалари морфологик ва функционал структура жиҳатдан шаклланишини тугалланиши марказий нерв системаси, нейро-эндокрин сфера, вегетатив-асаб, иммун тизимидаги ўзгаришлар билан бевосита боғлиқ ҳолда кечиши текширувлар асосида исботланган.

Кўпгина клиник ва экспериментал кузатувлар мия пўстлоғининг жинсий етилишида муҳим аҳамият касб этишини тасдиқлайди. Ўспиришлик даврида мия пўстлоқ қисми ўзининг шаклланишини тугаллаши билан бир қаторда янги ўтказувчи йўллар, айниқса ассоциатив мулоқот йўллари вужудга келишини таъминлайди. Мия пўстлоғини пўстлоқ ости соҳаси билан боғловчи йўллар, оралик мияни гипофиз билан боғловчи боғлар такомиллашади. Аденогипофиз массаси икки баробар ошиб, функционал ҳолати фаоллашади. Аденогипофиз томонидан соматотроп (СТГ) ва тиреотроп (ТТГ) гормонларини ишлаб чиқариш кучаяди. СТГ гормони таъсирида ўсмирлар тана ўлчамларининг жадал ўсиши кузатилади. Ўртача уларнинг бўйи йилига 8–10см га чўзилиши кузатилган.

ТТГ гормони ўз навбатида қалқонсимон без фаолиятини ошириб, тиреоид гормонлар секрециясини кучайтиради. Бу эса ўз навбатида ўспириш организми тўқималарида кечадиган модда алмашинуви жараёнларини кескин фаоллашувига сабаб бўлади.

Балоғат ёши даврида, жинсий етилиш жараёни гипоталамо-гипофизар-герминатив системанинг фаолият бошлашига туртки

бўлади. Гипоталамус фаолиятининг фаоллашуви гонадотроп гармонларини ишлаб чиқаришни ва унинг циклик жараёнига таъминлайди. Гипофиз томонидан ишлаб чиқарилган гонадотроп гармонлари (ФСГ, ЛГ) ўғил болалар ва қизлар жинсий эндокрин безлари (қизларда тухумдон, ўғил болаларда уруғдон) фаолиятини оширади. Булар ўз навбатида тўқималарда микроциркуляцияни кучайтириб модда алмашинувини тезлаштиради, шиллиқ қаватлар гиперплазияси ва гипертрофиясини таъминлайди. Бунда кечадиган гармонал ўзгаришлар, тўқималардаги ўзгаришлар оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасига ҳам, шу жумладан пародонт тўқималарида содир бўладиган ўзгаришларни юзага келтиради. Мазкур жараёнларда эстроген ва тестостерон жинсий гармонлари муҳим ўрин тутади.

Ўсмирлик даврида содир бўлиб юзага келадиган нейро-эндокрин ҳолат бу даврдаги иммун система фаолиятига ҳам ўз таъсирини кўрсатади.

Балоғат ёшида содир бўладиган нейро-эндокрин ўзгаришлар иммун системада ижобий ҳолатларни юзага келтириши билан биргаликда кўпгина салбий ҳолатларга ҳам сабабчи бўлиш — кўпгина текшириш ва кузатишларда аниқланган (Ю.Э.Вальтишев 1996; В.Ф.Чеботарев 1979; While ва Kent 1977; Pietrady 1976; О.В. Заратьянц 1990; Castro 1974; ва ҳ.к.).

Айниқса, мазкур ўзгаришлар оқибатида айрисимон (тимус) безининг шу даврда инволюцияга учраши иммун системаси тизимида катта йўқотиш ҳисобланади ва бу ҳолат балоғат ёшида инсонларнинг иммунологик қобилиятни анча пасайишига олиб келиши аниқланган.

Балоғатга етиш даврида тимус фаолиятини пасайтирувчи ва иммун системага сусайтирувчи таъсир кўрсатувчи куйидаги ҳолатлар юз беради:

1. Паратиреоид гармон – тимусда атрофия чақиради, Т-лимфоцитлар сонини камайтиради ва тимуснинг гуморал фактори циркуляциясини сусайтиради.

2. Кортикостероидлар (буйрак усти беши гармонлари) – энг кучли гармонал факторлар ҳисобланиб, лимфоид тўқима пролиферациясини ва фаолиятини пасайтиради. Лимфоцитларни тимоген ва стероидларга сезгирилиши пасайтириб, уларнинг кўплаб ўлимига сабаб бўлади.

3. Тестостерон – лимфоид тўқима фаолиятини сусайтириб иммун жавобларни камайтиради. Бунинг исботи – кастрация қилинган ҳайвонларда иммун қобилият кескин кўтарилади.

4. Прогестеронинг – иммунитетга супрессив – сусайтирувчи таъсир дозасига боғлиқ.



5. Андрогенлар – парасимпатик нерв системаси тонусини кучайтириш орқали иммун системага кучли супрессив таъсир кўрсатади.

Балоғат ёши физиологик хусусиятларини ўрганиш ва кузатиш натижасида, мазкур даврда инсон организмнинг реактивлигини ўзгартирувчи, резистентлигини (касалликларга нисбатан турғунлигини) пасайтирувчи ҳолатларга, иммунологик етишмовчиликларга қуйидаги сабаблар асос бўлиши эътироф этилган:

1. Гипоталамо-гипофизар мажмуа фаоллигини олиши ФСГ, ЛГ, СТГ, АКТГ, жинсий ва бошқа хил гармонларни ишлаб чиқарилишини кучайишига олиб келади.

2. Мазкур даврда гармонал дисбаланслар, катаболик жараёнларни кучайиши турғунликни пасайишига олиб келади.

3. Мазкур ёшда (10-16) психо-эмоционал ҳолатнинг турғунмаслиги, сурункали стресс ҳолати, АКТГ ва катехоламинларнинг кўплаб ишлаб чиқариш радикалларнинг эркин оксидланишига сабаб бўлади. Бу шароитда антиоксидантларнинг етишмовчилиги ҳужайралар, жумладан иммун ҳужайралари мембранасини шикастланишига олиб келади.

1. Моноцитлар фаолиятнинг бузилиши (фагоцитоз).

2. Тимус инволюцияси сабабли иммунитетнинг ҳужайравий звено-сини кескин сусайиши, иммуноглобулинлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади.

3. Марказий асаб системасида пўстлоқ-пўстлоқ ости қисмлари муносабатларининг бузилиши асаб системасини адаптация қобилиятини сусайтиради.

Хулоса қилиб айтганда, балоғат ёшида содир бўладиган асаб системасидаги, гармонал, эндокрин, нерв-эндокрин, иммунологик тизимларда юз берадиган ўзгаришлар ўсмир, ўспирилар организмда жисмоний ўсиш, жинсий балоғатга етиш, иккиламчи жинсий аъзоларнинг шаклланиши ва бошқа вояга етиш ҳолатига олиб келувчи ўзгаришларга олиб келади. Шу билан бир қаторда мазкур ўзгаришлар кўпчилик ҳолларда иммунологик тизимнинг фаолиятини сусайишига, тимус инволюциясини таъминловчи шароитларга сабаб бўлиши организм реактивлигини ошириши ва турғунлигини пасайишига сабаб бўлар экан. Шунинг оқибатда балоғат ёши даврида инсонларнинг ҳар хил касалликларга чалинишга бўлган мойиллиги ортади. Шу жумладан бундай ҳолатни оғиз бўшлиғи аъзоларида айниқса пародонт тўқимасида яққол кузатиш мушкуллик туғдирмайди.

Бу ҳолат балоғат ёшида пародонт касалликлари ўсмир ёшлар орасида 60-70% ни ташкил этади.

Болалар ўртасида маҳаллий сабаблар чегараланган ёки ўчоқли пародонт хасталигини вужудга келтиради.

Умумий сабаб асосида содир бўлган пародонт яллиғланиши кўпчилик ҳолда диффуз тарқалган бўлади.

### **6.6. Пародонт хасталикларига учраган беморларни текшириш усуллари**

Клиник чўнтак – тиш милк чўнтаги ўлчамларининг меъёридагидан бир оз чуқурлашгани (2 мм дан ортиқроқ), лекин уни ҳосил қилувчи тўқималар бутунлигининг бузилмаган ҳолати.

Пародонтал чўнтак пародонтни ҳосил қилувчи тўқималар бутунлигининг қисман бузилиши натижасида ҳосил бўлади. Бундай чўнтак чуқурлиги меъёрдан анчагина чуқурроқдир. Агар альвеола суяк тўқимасининг емирилиши қайд қилинса, у ҳолда уни «суяк чўнтак» деб ҳам юритилади.

#### **Пародонт касалликларида беморни текшириш тартиби:**

- касаллик шикояти ва анамнезини аниқлаш;
- ҳаёт анамнезини ўрганиш;
- ташқи кўрик ва оғиз бўшлиғи кўриги;
- тахминий ташҳис қўйиш;
- махсус текшириш усуллари билан текшириш;
- якуний ташҳис қўйиш;
- даволаш режасини тузиш.

**Шиллер-Писарев усули** тирик тўқималарда гликоген йиғилишини кўрсатади (йод-крахмал реакциясига асосланган). Маълумки, яллиғланиш жараёнида шиллик қават хужайраларида гликоген моддаси кўп йиғилади. Биз бу усулдан фойдаланиб, милк шиллик пардасида яллиғланиш жараёнининг бор-йўқлиги, бор бўлса унинг кўламини аниқлаймиз. Шиллер-Писарев эритмаси - 1 г йод кристалли, 2 г калий йодид тузи ва 40 мл дистилланган сувдан иборат. Кўрсатилган эритма пахта тампонларга шимдирилиб, милк шиллик пардасига қўйилади. Натижада шиллик парда тўқ кўнғир-жигарранг тусга кирса, бу тўқимада яллиғланиш жараёни борлигини кўрсатади.

#### **Тишларнинг қимирлаш даражасини аниқлаш**

I даражали лиқилдоқликда тишлар қисқич (пинцет) билан қисилиб, оғиз ва даҳлиз томонга ҳаракатлантирилганда, улар тиш ёйидан, 1 мм ташқарига ва ичкарига силжийди.

II даражали қимирлашида эса тишлар оғиз ва даҳлиз ҳамда медиал ва дистал томонга ўз ўқидан 1-2 мм га оғади.

III даражали лиқилдоқликда хасталанган тишлар ўз ўқи атрофида айланганининг шоҳиди бўламиз.

**РМА (папилляр-маргинал-альвеоляр) кўрсаткичини аниқлаш.**

Бу кўрсаткич милк шиллик пардасида яллиғланиш жараёнининг даражасини ва тарқалиш кўламини кўрсатади. Умумий милклар сатҳи 100 деб олиниб, фойзаларда ифодаланади. Милк сўргич қисми (С) яллиғланиши билан қирғоқ қисмининг яллиғланиши (М) 2 балл билан; альвеоляр (А) қисмининг яллиғланиши 3 балл билан баҳоланади ва куйидаги формула асосида ҳисоблаб топилади.

$$\text{РМА кўрсаткичи} = \frac{\sum_{\text{баллар}} * 100 \%}{3 * \text{тишлар сони}}$$

Куйидаги мисолга қаранг:

$$\text{РМА кўрсаткичи} = \frac{\text{М} \quad \text{Р} \quad \text{А}}{3 * 24} = \frac{(2+2+2+2+1+1+1+3+3+3+3)}{3 * 24} * 100 = 33,3\%$$

Демак, бу мисолдан кўриниб турибдики, 12 та тиш атрофидаги милк тўқимаси яллиғланган ва у умумий милк сатҳининг 33,3 фойзини ташкил қилади (оғизда 24 дона тиш мавжуд). Милк шиллик пардаси люголь эритмаси билан бўлади.

**Милкларда қон оқиш даражасини аниқлаш**

Қон оқиш белгиларининг мавжудлигини бемордан сўраб-суриштирилиб аниқланади.

I даражали ҳолатда қон оқиш белгиси жуда кам ҳолларда бемор шикоятда келтирилади.

II даражали ҳолат тишлар тозаланганда ҳар гал аниқланади.

III даражалисида қон оқиш белгиси ўз ўзидан ёки овқат чайнаганда кузатилади.

**Комплек периодонтал индекс(КПИ) ни аниқлаш.**

Леус П.А.(1988) томонидан таклиф қилинган комплекс периодонтал индекс тиш атрофи тўқимаси ҳолатини сифат ва миқдор жиҳатдан тўлақонлироқ характерлаш учун 12 ёшгача бўлган болаларда қўлланилади.

Мазкур индексни аниқлаш оддий стоматологик инструментлар ёрдамида амалга оширилади. 3-4 ёшли болаларда 55, 51, 65, 75, 71, 85; 7-11 ёшли болаларда 16,11, 26, 36, 31, 46 тишлар атрофидаги пародонт тўқималари; ўсмир ва катта ёшли болаларда 17/16, 11, 26/27, 36/37, 31, 46/47 тишлар атрофидаги тўқималар текширилади.

**КПИ ни баҳолаш:**

Кодлар

0 – соғлом пародонт, асбоблар ёрдамида текширилганда ўзгаришлар аниқланмайди;

1 – тиш қараши аниқланади, зонд ёрдамида тишлар орасида ёки тиш коронкалари сатҳида аниқланади;

2 – милклар қонаши, зонд юритилганда аниқланади;

3 – тиш тошлари, милк усти ёки милк остида аниқланади;

4 – пародонтоал чўнтак, зонд юритиб аниқланади;

5 – тишлар қимирлаши (II-III даражали патологик тиш қимирлаши)

Ўрганиладиган тишлар бўлмаган тақдирда қўшни тиш атрофидаги пародонт текширилади.

КПИ кўрсаткичини аниқлаш формуласи

$$\text{КПИ} = \frac{\sum_{\text{баллар}}}{n}$$

n – текширилган тишлар сони

Текшириш натижаларини баҳолаш:

0,1-1,0 – пародонт касаллиги бошланиш хавфи мавжуд;

1,1-2,0 – касалликнинг енгил даражаси;

2,1-3,5 – касалликнинг ўрта даражаси;

3,6-5,0 – касалликнинг оғир даражаси.

**Формалин синови.** Пародонт хасталикларидида клиник чўнтак юзага келганлигини аниқлашда таркибида формалин бўлган эритмадан фойдаланилади. Бундай эритмани тайёрлаш учун 5 мл 40% ли формалин, 20 мл глицерин 100 мл дистилланган сувда эритилади. Клиник чўнтак бор-йўқлигини аниқлаш мақсадида эритма кичик пахта турунда ёрдамида тиш-милк чўнтагига оқсалик билан киритилади. Хасталик оқибатида клиник чўнтак вужудга келган бўлса, бсморда қисқа вақт мобайнида кучли оғрик аниқланади.

**Кулаженко усули.** Бу усул ёрдамида милк шиллик пардаси капилляр қон томирларининг турғунлиги, яъни улар деворининг кенгайиш ва торайиш даражаси аниқланади. Томирларнинг ана шу хусусиятини аниқлаш учун милк шиллик пардаси сатҳида қисқа вақтлик вакуум ҳосил қилинади. Бундай вакуумли зонани ҳосил қилиш учун ҳаво сўрувчи резина коптокчалар учига диаметри 6–7 мл бўлган шиша найчалар ўрнатилган асбобдан фойдаланиш мумкин. Ҳавоси сўрилган милк шиллик пардаси сатҳида маълум вақтдан кейин гематома ҳосил бўлади. Одатда олинган кўрак тишлар атрофидаги милк шиллик пардасида гематома (қон қўйилиш) белгиси келиб чиқиши учун 50–60 секунд вақт кетади. Пародонтит ва милк яллиғланиши жараёнлари мавжуд бўлган тақдирда вақт камайиб, гематома 10–20 секунд мобайнида юзага келади. Бу ҳол милк шиллик пардаси капиллярлар деворининг турғунлиги сусайганлигидан далолат беради ва яллиғланиш жараёнининг асосий белгиларидан бири бўлиб ҳисобланади.

### **Пародонт тўқимаси тасвирини рентген нурлари ёрдамида ўрганиш**

Бугунги кунда пародонт тўқимасининг рентген тасвири қуйидаги усуллар ёрдамида ўрганилади ва баҳоланади.

1) оғизнинг ички томонидан; 2) жағ устки томонидан; 3) панорам рентген тасвири; 4) ортопонтотомограф тасвир (юз-жағ тўқималарининг қаватма-қават тасвири); 5) телерентгенограф тасвир; 6) электрорентгенограф тасвир.

Болаларда пародонт тўқимасининг тасвирини олишда оғиз ичидан (57, 58-расмлар) ва панорам (59-расм) усуллардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Рентген тасвирида пародонт тўқимасидаги ўзгаришлар ғалвирсимон суяк тўқимасида, тишлар орасидаги альвеоляр суяк ўсиғининг чўққиларида деструктив жараёнлар ва остеопороз (суяк тўқимаси структурасининг сийраклашуви) сингари белгиларнинг кузатилиши билан баҳоланади (59-расм).



**59-расм.** Пастки жағ тишлар альвеоляр ўсиғида деструктив, остеопороз ўзаришлар. Панорам рентген тасвири.

Суяк тўқималаридаги деструктив бузилиш жараёни тўрт босқичдан (бошланғич, I, II, III) иборат.

Жараёнинг бошланғич босқичи альвсолалар ўртасидаги суяк тўсинчаларнинг қисман ёки тўлиқ деструкцияси билан характерланади. Бунда тўсинчалар чўкки қисмида суяк деструкцияси бўлмаслигини ёки энгил остеопороз ўзгаришларни кузатиш мумкин. Агар суяк тўқимасининг деструкцияси ёки остеопорози тўсинчаларнинг 1/3 қисмида кузатилса, хасталик I даражали, 2/3 қисмида кузатилса II даражали, 2/3 қисмдан кўпроғида бўлса хасталикнинг III даражали жароҳатланганлигини билиш мумкин (57-расм).

### **6.7. Милкларнинг сурункали катарал яллиғланиши**

Келтириб чиқарган сабабларга кўра, маҳаллий (чегараланган) ва диффуз (кенг тарқалган) бўлади. Маҳаллий милк яллиғланишлари асосан маҳаллий нохуш таъсиротлар оқибатида юзага келади. Нохуш таъсиротлардан микробли бляшкалар, тиш тошлари, кариес ковагининг ўткир қирралари, осилиб турувчи пломбалар, ортодонтак воситалар, металл ёки пластмассадан тайёрланган тожлар, шунингдек тишни даволаш жараёнида ишлатилувчи кимёвий моддаларнинг (мишьяк, формалин) милкка тушиши шулар жумласидандир.

Диффуз яллиғланиш ҳазм системасининг бир қатор хасталикларида (сурункали дизентерия, гепатит, холецистит, сурункали колит), организмда кислород танқислигида (юрак-қон томир хасталиклари), марказий асаб системаси касалликларида, балоғат ёшидаги ички секреция безлари фаолиятининг ўзгаришида, С витамини танқислигида ва сурункали юқумли хасталикларда юзага келади. Баён қилинган касалликлар организмнинг, жумладан пародонт тўқимасининг микробларга нисбатан турғунлигини сусайтиради (43-расм). Шунинг учун бу хасталикларда келиб чиққан сурункали милк яллиғланишини умумий белгилар сифатида назарда тутиш лозим ва уни баргараф қилишда маҳаллий чоралар билан биргаликда асосий касалликни аниқлаб, даво тadbирларини қўллаш зарур.

Сурункали милк яллиғланишида беморда шикоят бўлмаслиги мумкин. Сўраб-сўриштирилганда оғизда нохуш таъм борлигини, нохуш ҳид пайдо бўлганлигини, ахён-ахёнда овқат чайнаш пайтида милк қопаганлигини ва сезилар-сезилмас оғриқ пайдо бўлишини аниқлаймиз.

Бундай беморларда хасталикнинг бошланиш даврида милк сўрғичларининг шишганлигини, кейинчалик эса уларнинг ҳажми ошиб, гипертрофия белгилари пайдо бўлганини, баъзан милк қирғоқ қисмида шиш белгилари, сув йиғилиши ҳолларини кўраимиз. Милк шиллик

пардасининг туси ўзгармаслиги мумкин, бироқ сўргичлар пайпасланиб секин босилганда қонаш белгилари келиб чиқиши хусусий ҳол бўлиб ҳисобланади. Бундай ҳолларда вазопарез (томирлар деворидаги эластиклик хусусиятининг кескин пасайиши) симптоми кузатилади. Яллиғланган милк сатҳига тўмтоқ учли асбоб билан босилганда ҳосил бўлган из жуда секинлик билан йўқолади.

Хасталикнинг кейинги – иккинчи даврида пишиб, ҳажми ошган милк сўргичлари ва қирғоқ шиллик пардаси кўкимтир тусга киради, қон оқиши камаяди. Яллиғланиб жараёни асосий хасталикнинг қайталаниши билан яна ўткирлашади (64, 65-расмлар).

Сурункали кечувчи гингивит қайталаниб ўткирлашганда милкда оғриқ пайдо бўлади, қон оқиши кучаяди, яллиғланган милк сатҳи пишади ва қизаради, милк-тиш чўнтагида серозли экссудат кўпаяди. Теклирилиб кўрилганда сўлак таркибида лейкоцитларнинг кўчиб тушган эпителий ҳужайралари сонининг ошганлигини (Ясиновский синамаси) ва милк сатҳида гематома (қон кўйилиши) ҳосил бўлиш вақти қисқарганлигининг (Кулаженко синамаси) гувоҳи бўлаемиз. Беморнинг умумий аҳолида ўзгариш камроқ кузатилсада, енгил беҳоллик ва субфебрил тана ҳарорати қайд этилади.

Патоморфологик (тўқимада мсьёрдан четга чиқиш ҳоллари) ўзгаришлардан шиллик парда эпителийсининг кўплаб ажралиши (десквамация), қалинлашуви (паракератоз), лимфо-лейко-плазмонтар инфильтрацияси, тўқимада сув йиғилиши ва коллаген толаларнинг бўқиши каби белгилар аниқланади. Тўқимада бундай ўзгаришларни кўриш учун милк сўргич қисмидан кесиб олиниб (биопсия), гистологик препарат тайёрланади ва микроскоп остида кўрилади. Биопсиядан тайёрланган препаратлар махсус бўёқлар билан бўялганда, тўқимада гликоген моддасининг кўплаб йиғилишини, семиз ҳужайралар сонининг ошганлигини ва оқсил-мукополисахарид бирикмасининг ўзгарганлиги маълум бўлади. Бу хил патоморфологик ўзгаришлар милк тўқимасида сурункали яллиғланиш жараёни кечаётганлигидан ва бу жараённинг ўткирлашганлигидан далолат беради.

Сурункали милк яллиғланишини пародонтит хасталигидан осонлик билан фарқлаб ажратиш мушкуллик туғдирмайди. Пародонтит хасталигидан фарқли ўлароқ, гингивитларда клиник ёки пародонтал чўнтаклар ҳосил бўлмайди. Рентген тасвирида тишларни ўраб турган альвеоляр суяк тўқимасида ўзгаришлар қайд қилинмайди. Сурункали катарал милк яллиғланганда тезда милк шиллик пардасидаги белгилар йўқолиб, милк дастлабки ҳолига қайтади. Асосий хасталикни аниқлаш

ва даво тадбирларининг ўз вақтида амалга оширилмаслиги оқибатида пародонтит хасталиги ривожланади.

### 6.7.1. Сурункали гипертрофик гингивит

Бундай хасталик чегараланган ва диффуз (кенг тарқалган) тарзда кечиши мумкин. Чегараланган гингивит чакирувчи сабаблардан: прикус патологияси (аномалиялар), ортодонтик воситалар, тиш протезларини нотўғри тайёрлаш ҳамда кийдириш ва шу кабиларни кўрсатиш мумкин. Диффуз яллиғланишга баҳоғат ёши арафасида ички секреция безларида содир бўладиган ўзгаришлар, С витаминининг организмдаги танқислиги, тутқаноқ хасталигида узоқ вақт дилангин препаратини қабул қилиш, баъзи бир қон хасталиклари сабаб бўлади. Умумий хасталиклар асносида юзага келган яллиғланишга маҳаллий сабаблар ҳам кўшилса, унда милк шиллик пардасидаги ўзгаришлар анча кучайган ҳолда намоён бўлади.

Гипертрофик гингивитнинг грануляцияланувчи ва фиброзли турлари фарқ қилинади.

Хасталикнинг грануляцияланувчи турида баъзан бутун милк сатҳи бўйлаб кўшувчи тўқима ўсиб кетади ва унда кўп суюқлик йиғилади, натижада милклар шишиб, катталашади ва тишнинг тож қисмини қоплайди. Бундай ўзгаришлар сохта милк чўнтаklarини ҳосил қилади. Тўқиманинг ўсиб, гипертрофияга учраши ҳисобига тиш-милк чўнтаklари чуқурлашади. Милк сўрғичлари тўқ қизил тусга киради, оғрик сезгиси сустроқ бўлади. Овқатни тишлаш, чайнаш пайтида, тиш тозаланганда, айрим ҳолларда қонаш белгилари кузатилади.

Гипертрофик гингивит фиброз тарзда кечганда, шиллик парда хусусий қават кўшувчи тўқимасининг ўсиши, унда коллаген толалар кўпайиши ва уларнинг бўкиб, шишиши оқибатида милк альвеоляр қисмининг массаси ортади. Пайпаслаганда унинг зичлиги анчагина ошганлигини, кўздан кечирганда шиллик парда рангининг оч пуштилигини кўрамыз.

Гипертрофияга учраган милк тўқимасининг улар ўраб турган тиш тожларини қай даражада қоплаганини назарда тутиб, хасталикнинг энгил, ўрта ва оғир босқичларини аниқлашимиз мумкин.

Хасталикнинг грануляцияланувчи турида милк тўқимасидан биопсия олиниб, тўқимада кечаётган патоморфологик ўзгаришлар кўздан кечирилганда сўрғичларда сув йиғилиши, қон томирларининг кенгайиши, коллаген толаларининг ўсиб кетиб бўкиши каби ҳолларни, лимфолейкоцитар инфильтрациясини, фибробласт хужайралар сони ошганлиги (пролиферация) нинг шоҳиди бўламыз.



Хасталик фиброз тарзда кечганда милк шиллик пардасининг хусусий қаватидаги коллаген толаларнинг қўпайиши ва йўғонлашуви, эпителий тўқимасида акантоз белгисини (эпителий қоплами тиканаксимон ҳужайралар қаватининг қалинлашуви), гиперкератоз, ҳужайраларда вакуолли дистрофия содир бўлиш белгиларини кўрамиз.

### **6.7.2. Сурункали атрофик гингивит**

Бу хасталик милк тўқимаси тишнинг бўйин қисмини қоплаб турган эркин қисми сатҳининг камайиши (атрофия) билан баҳоланади. Тўқима атрофияси билан кечаётган гингивитда яллиғланиш жараёни кучли намоён бўлмайди. Фақат чегараланган шаклда кечиб, асосан юқорида баён қилинган маҳаллий сабаблар оқибатида юзага келади. Беморларда бу хасталик даврида ҳеч қандай шикоят бўлмайди. Хасталикка учраган милк сатҳи оч пушти тусда бўлади. Пародонтит хасталиги билан фарқли ташҳис қилинади.

### **6.8. Пародонтит (пародонт тўқималарининг яллиғланиши)**

Пародонт тўқималарининг бундай яллиғланиши анчагина оғир кечувчи хасталик бўлиб, тишларнинг тушиб кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Пародонтит хасталиги учун қуйидаги 5 та клиник белги ҳосил:

- 1) милклар яллиғланиши;
- 2) тиш-милк эпителиал пардаси жароҳатланиб, унинг бутунлиги бузилиши оқибатида клиник ёки пародонтал чўнтақлар ҳосил бўлиши;
- 3) милк усти ва милк остида тиш тошлари ҳосил бўлиши;
- 4) тишлар орасида жойлашган суяк ўсиғининг баландлиги, тузилиши, чегараларининг ўзгариши билан содир бўладиган суяк тўқимасининг деструкцияси (остеопороз, суяк тўқимасининг сўрилиши);
- 5) хасталик ривожланиши оқибатида тишларнинг лиқиллаб қолиши ёки тушиб кетиш ҳоллари.

Пародонтит хасталигини келтириб чиқарувчи сабабларнинг маҳаллий ёки умумийлигига қараб, у чегараланган ҳамда диффуз бўлиши мумкин. Хасталикнинг клиник кечиши сурункали, ўткирлашиб қайталанган бўлиб, унинг енгил, ўртача оғирликда ёки оғир хиллари бўлади.

Пародонтит касаллиги билан оғриган беморлар милк қонашидан, оғизда нохуш ҳид пайдо бўлганлигидан, тез-тез тиш тошларининг ҳосил бўлиб туришидан, милкларнинг шишиб қизарганлигидан шикоят қилишади. Шифокор оғиз бўшлиғини, тиш атрофи тўқималарини

назардан кечирганда пародонтал чўнтаклар ҳосил бўлганлиги, уларда йирингли суюқлик йиғилганлигининг гувоҳи бўлади. Йирингли чўнтак экссудати текширилганда, унинг таркибида кокклар, ипсимон таёқчалар, спирохеталар, замбуруғсимонлар оиласига кирувчи микроорганизмлар борлиги аниқланади.

Тишлар юзасида ҳосил бўлган милк усти ва милк ости тошлари пародонт тўқимасига фақатгина босим таъсирини кўрсатмасдан, улар таркибидаги микроорганизмлар ишлаб чиқарган ферментлар тўқимадаги яллиғланиш жараёнини чуқурлаштиради (68-расм).

Суяк тўқимасида структуралар емирилиши уларнинг янгитдан ҳосил бўлиш жараёнидан устун бўлади. Альвеоляр суяк тўқимасидаги ўзгаришларнинг чуқурлиги хасталикнинг қай даражадалигига боғлиқдир. Жараённинг бошланғич даврида альвеоляр суяк тўқимасининг чўққи соҳасида остеопороз ўзгаришлар, кейинчалик суяк структурасининг тиниқлиги бузилиб, кортикал пластинка емирилиши, ғовак суяк тўқимасида эса остеопороз - сийраклашиш кузатилади.

Хасталикнинг кейинги даврида тиш ён томонларидаги кортикал суяк пластинкалар емирилади, кўрак тишлар атрофидаги ғовак суяк чўққилари пасаяди, моляр ва премоляр тишлар атроф суягида нотекис емирилиш вужудга келиши оқибатида ўйдим чуқурчалар юзага келади. Бу вақтга келиб, чўққи суягининг чегараси эмаль-дентин чегарасидан анча пастда жойлашганлиги рентген тасвирида аниқланади (66-расм). Соғлом тишлар атрофида суяк чўққиси эмаль-дентин чегарасида ётади. Суяк тўқимасининг емирилиши вертикал ва горизонтал йўналишда кузатилади.

Альвеоляр суяк тўқимасининг уч хил даражадаги емирилиши фарк қилинади:

I даражали емирилиш — альвеолалар орасидаги суяк тўқимаси баланглигининг тиш илдизининг 1/3 қисмига камайиши;

II даражали емирилиш — альвеоляр суяк тўқимасининг илдизнинг 1/2 қисмигача емирилиши;

III даражали емирилиш — альвеоляр суяк тўқимасининг тиш илдизининг 2/3- қисмигача емирилиши.

Пародонтит хасталиги туфайли пародонт тўқималарида бир қадар патоморфологик ўзгаришлар юз беради. Хасталикнинг бошланиш даврида эпителий тўқимасида хужайра оралиқ моддаси (мукополисахаридлар) нинг парчаланиши, унинг шилимшиқлигининг камайиши, ўтказувчанлигининг ошиши каби белгилар пайдо бўлади. Хасталикнинг кейинги ривожланиш давларида қўшувчи тўқимада сув йиғилиши, лимфоцитар инфильтрацияси, коллаген толаларнинг

парчаланиши, эриб кетиши, плазматик хужайралар сонининг ошиши, эпителий тўқимасининг ўсиб кетиб, жароҳатланган клиник, пародонтал чўнтакларга ботиб кириш ҳоллари қайд этилади. Суяк тўқимасида остеобласт хужайралари иштирокида сўрилиш ва емирилиш жараёни янгитдан суяк ҳосил бўлиш жараёнидан устунликка эришади ва натижада альвеоляр суякнинг горизонтал ва вертикал емирилиш кузатилади. Пародонтит хасталигини сурункали милк яллиғланиши ва неонластик пародонт хасталиги (пародонтолиз) дан фарқлай билиш зарур.

Хасталикни тўлиқ бартараф этиш учун даво чора-тадбирлари барвақт, касалликнинг илк бошланғич даврларидаёқ бошланмоғи лозим. Кейинги даврларда ўтказилган шифо тадбирлари хасталикнинг кечишини тўхтатиб, унинг турғунлигини таъминлайди. Пародонтит хасталиги диффуз тарзда юз берганда албатта асосий, умумий хасталик аниқланиб, даволаш ишлари тўлиқ олиб борилгандагина кўнгилдагидек натижага эришилади.

## 6.9. Пародонтолиз

Пародонтолиз — бу болалар ўртасида онда-сонда учрайдиган, пародонт тўқимасида дистрофик ва яллиғланиш жараёнларини намоён қиладиган ва доимо диффуз тарзда кечадиган пародонт хасталигидир. Пародонт тўқимасининг оғир ва жуда тез суръатлар билан кечадиган бу хасталиги кўп ҳолларда организмдаги туғма синдромларнинг йўлдоши тарзида юзага келади. Пародонтолиз хасталигида милкларнинг у ёки бу хил яллиғланиши билан бир қаторда, чуқур пародонтал чўнтаклар, альвеоляр суяк ўсигининг дистрофик емирилиши олдин суг тишлари соҳасида, кейинчалик эса хасталикнинг узлуксиз давом этиши натижасида доимий тишлар соҳасида кузатилади. Хасталик шиддатли равишда ривожланиб, тез орада тишларнинг эрта тушиб кетишига олиб келади.

Пародонтолиз болаларда жуда эрта учрайди ва ҳамма бор тишлар пародонт тўқимасида кенг тарқалади.

Клиник кечишининг суръати барча тишларда бир хил бўлмаслиги мумкин. Бу ҳол ҳар хил гуруҳ тишлар илдизини ўраб турувчи альвеоляр суяк тўқимасининг анатомик тузилиши ва ёшга қараб унинг структурасининг ўзгариши билан боғлиқдир. Бундан ташқари тишларга ўз фаолияти пайтида тунадиган босимнинг турлилиги ва маҳаллий нохуш таъсир қиладиган сабабларнинг мавжудлиги ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Патоморфологик ўзгаришлардан пародонт тўқимасида содир бўладиган дистрофик яллиғланиш ва дегенерация (структура бузилиши) жараёнлари асосий ўринда туради (67-расм).

Пародонтолиз хасталиги болаларда қандли диабет, туғма нейтропения, иммунологик танқислик, Даун хасталиги, кератодермия (Папийон-Лефевр синдроми) ва склеродермия (Хенд-Шюллер-Крисчен хасталиги) каби касалликлар мавжудлигида кузатилади.

### **6.9.1. Кератодермия (Папийон - Лефевр Синдроми)**

Бу пародонт хасталиги 1924 йилда Папийон ва Лефевр томонидан кузатилган. У генетик асосга эга бўлиб, сабаби аниқланмаган касалликдир. Хасталикнинг биринчи белгилари оғиз бўшлиғида биринчи суг тишларининг чиқиши билан аниқланади. 2-3 ёши болаларда милк тўқимаси яллиғланиб, шишиб қизаради, қонаш белгиси пайдо бўлади. Пародонтал чўнтаклар ҳосил бўлиши ва уларнинг ёши ошган сари чуқурлашуви, улардан серозли экссудат ажралиши кузатилади. Милкларда йирингли бўшлиқлар (абсцесс) пайдо бўлади. Тишлар лиқиллаб тушиб кетади. Тишлар тушиб кетганда ёки улар олиб ташланганда жараён тўхтаб, янги тишлар чиқиши билан улар атрофида яна янгидан бошланади ва шу тариқа барча тишлар тушиб кетгунича давом этади. Рентген тасвирида моляр тишлар атрофидаги суяк тўқимасида ликопчасимон, кўрак тишлар атрофида горизонтал йўналишдаги суяк тўқимасининг емирилишини (лизис) кузатамиз.

Пародонт тўқимасининг бундай хасталигида оёқ ва қўлларнинг кафт юзасида, баъзан билак терисида кучли шохланиш натижасида терининг қалинлашуви (гиперкератоз) ва бу соҳалар териси сариқ новвот чириши шифокор эътиборидан четга қолмаслиги лозим. Қалинлашган ва соғлом тери чегарасида хасталик учун хос бўлган ҳаворанг-қизғиш ҳошия ҳосил бўлиши қайд этилади. Бемор болаларда кучли терлаш белгиси пайдо бўлади. Бундан гашқари, тирноқлар хиралашиб, мўрт бўлиши, тез-тез қониши каби белгилар қайд этилади.

Бемор болаларнинг умумий аҳволи ўзгармайди, бироқ тишлар лиқиллаб, уларнинг фаолияти пасайиши оқибатида овқатланиш жараёни сусаяди. Бунинг натижасида беморларда анемия ва гипотрофия белгилари кузатилади.

### **6.9.2. Наслдан наслга берилувчи нейтропенияда пародонт тўқимасининг яллиғланиши**

Бу наслдан наслга ўтувчи, болалар ўртасида жуда кам ҳолларда кузатиладиган касаллик бўлиб, қонда ва суяк кўмигида нейтрофил лейкоцитлар (оқ қон таначалари)нинг камайиб кетиши билан кечади. Қон таркибида нейтрофил лейкоцитлар сонининг кескин камайиши, уларнинг ҳосил бўлиш жараёнининг бузилиши натижасида кузатилади. Олимларнинг тахминича, бунинг асосий сабаби нейтрофил лейкоцитларнинг етилиш жараёнини таъминловчи ферментларнинг организмдаги танқислигидир. Нейтропения хасталиги турғун ва циклик клиник равишда кечади.

Касалликнинг иккала турида ҳам пародонт тўқимасида ярали милк яллиғланиши, тишларнинг чиқиш ва алмашинув даврларида кузатилади. Хасталанган милк кейинчалик гиперплазия оқибатида қалинлашиб, олдинга милк чўнтаклари, кейинчалик пародонтал чўнтақлар ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Хасталикнинг бундай белгиларини ёш болаларда 3 ёшдан бошлаб кузатиш мумкин. Беморнинг тишлари хасталик оқибатида жуда эрта тўкилиб кетади (шу жумладан доимий тишлар ҳам). Кўйилган сунъий жағлар (протезлар), ортодонтик воситаларнинг милкларга тегиб турган соҳаларида милк тўқимаси яллиғланиб, шилиниш ва яралар ҳосил бўлади.

Узоқ вақт мобайнида олиб борилган яллиғланишга қарши даво чоралари ва эпителий тўқимасининг тикланишини таъминловчи муолажалар яхши натижалар бермайди.

Лаборатория усулида бемор қонини таҳлил қилиш ва олинган маълумотлар ташхисни тўғри аниқлашда ёрдам беради, қон таҳлили маълумотлари ундаги нейтрофил лейкоцитлар (айниқса хасталикнинг дастлабки даврида) тўлиқ ривожланмаган турларининг йўқолиб бораётганлигини кўрсатади.

Хасталикнинг даврий турида бундай ҳол 4–5 кун давом этади ва яна маълум кунлар ўтгач такрорланади. Ўртача хуруж вақтида беморнинг тана ҳарорати кўтарилиб, умумий аҳволи кескин ёмонлашади. Қон таркибида лейкоцитлар сони кескин пасайиб, моноцитлар ва эозинофиллар сони бирмунча ошади.

### **6.9.3. X–гистиоцитоз хасталикларида пародонт тўқимасининг яллиғланиши**

Бугунги кунда мазкур гуруҳга кирувчи касалликлар (Гаратынов – эозинофил гранулёмаси, Хенд – Шиллер – Крисчен ва Литтерер – Зив

хасталиклари) кечиши, патологик жараёнига лимфоид, суяк тўқимасини тортиши ва ички аъзоларда содир қиладиган салбий ўзгаришларни ҳисобга олиб тўрт хил клиник турга бўлинади:

I – Пародонтолиз ва бирор бир скелет суягининг деструктив жароҳатланиши;

II – Пародонтолиз ва суяк системасининг ялли деструкцияси;

III – Пародонтолиз ва суяк ҳамда лимфатик системанинг ялли жароҳатланиши;

IV – Пародонтолиз ва суяк, лимфатик система ҳамда ички аъзоларнинг жароҳатланиши.

Касалликнинг бошланиши биринчи турида (I) жуда секин бошланса IV турида (Литтерер – Зив хасталиги) кескин шиддатли бошланади. Хасталикнинг биринчи белгилари бўлмиш уйқучанлик, бўшашиш, ориқлаш, иштаҳа сусайиши, уйқунинг бузилиши кўпчилик ҳолларда умумий педиатрияга хос касаллик деб ҳисобланади. Кейинчалик болалар терисиди майда тошмалар, папуллалар ёки доғлар пайдо бўлиши, уларни пўстлоқлар билан қопланиши, пўстлоқларнинг қовжираб тушиши, тери ташлаш ҳоллари, айниқса калланинг сочли қисмида, кулоқ орқаси, кўкрак терисиди кўпроқ учрайди.

Хасталикнинг IV шаклида бу клиник белгилар жуда тез кўпайиб унга оғир лимфоденит, стоматит, экзофтальм, отит, чанқаш, полиурия, диарея, талоқ ва жигарнинг катталашуви ва юрак қон томир этишмовчилиги белгилари кўшилади. Аксарият ҳолларда касаллик ўткир инфекция хасталигига ўхшаб бошланиб, шиддатли тусда кечади ва нохуш оқибатлар билан тугаши мумкин. Бундай ҳолларда ярали некротик гингивит, стоматит ва деструктив ўчоқлар нафақат альвеоляр суяк ўсиғини, балки жағ суяги танасини, калла суяғини ва бошқа скелет суяқларини ҳам жароҳатлайди. Бу нарса X – гистиоцитоз учун хос ҳисобланади.

X – гистиоцитознинг II–III шакллари патологик жараённинг унчалик кенг тарқалмаслиги (суяк тўқимаси бундан мустасно) билан тавсифланади.

Бунда хасталик секин, ўткирлашув жараёни ремиссиялар даври билан алмашилиб кечади. Жараённинг ривожланган даври учун экзофтальм, чанқаш (бола 10 литргача сув ичади), талоқ, жигар катталашуви, лимфоденитлар, гингивит ва стоматитлар характерлидир.

Хасталикнинг дастлабки даврларида юзага келадиган гингивит бошқа белгилар (адинамия, ориқлаш, дермагит, лимфоденит ва бошқалар) билан биргаликда хасталикка эрта тўғри ташҳис қўйиш учун хизмат қилиши мумкин.

Бу хасталикларда пародонтит – пародонтолиз белгилари бўлиб: ярғли гингивит, тишларнинг қимирлаши, тиш илдизларининг очилиб қолиши, чуқур. грануляция тўқимаси билан тўлган тиш милк патологик чўнтакларнинг мавжудлиги, оғиздан қўланса ҳид тарқалиши ҳисобланади.

Касаллик тўлқинсимон тусда кечади ва доимо скелет суяклари, жумладан жағ суякларининг жароҳатланиши хусусий ҳолдир. Рентген тасвирларда деструктив суяк жароҳатланишининг бошқа хасталиклардан фарқи лакунар типдаги суяк сўрилиши ҳисобланади, айниқса альвеоляр суяк ўсиши соҳасида.

Хасталикнинг I шакли (Таранынов эознофил гранулёмаси) сурункали йўсинда кечиб, скелет суякларидан фақат биттасини шикастлайди ва оқибати билан анча енгил ҳисобланади. Шу жараён жағ суягида кечса, оғиз бўшлиғида суяк деструктив жароҳатланиш соҳасида оғир пародонтолиз ҳолати кузатилади.

Мазкур хасталикларни аниқлашда, уларга қарши даво тартибларини режалаштиришда албатта педиатрлар билан ҳамкорликда иш олиб бориш зарур. Чунки фақат оғиз бўшлиғида олиб бориладиган симптоматик даво чоралари яхши самара бермайди.

#### **6.9.4. Хенд-шюллер-крисчен хасталиги (синдроми)**

Бу синдром (симптомлар йиғиндиси) кўрсатилган муаллифлар томонидан 1893 йилда кузатилган.

Хасталик оқибатида пародонт тўқимасидаги ўзгаришлар олдин юқори жағ соҳасида аниқланади. Милкларда сероз яллиғланиш пайдо бўлиб, кейинчалик милк сўрғичларининг гипертрофияга учраб ўсиши натижасида ёлғон чўнтаклар ҳосил бўлади ва улар тезда пародонтал чўнтакларга айланади. Милклар яллиғланиши оқибатида, улар сатҳида зарғалдок тусли караш билан қопланган яралар пайдо бўлади. Бу хил караш ранги яллиғланиш жараёнида ҳосил бўладиган ксантом ҳужайралари парчаланишининг натижасидир. Оғизда қўланса ҳид пайдо бўлади. Тишлар лиқиллаб тушиб кета бошлайди.

Рентген тасвирида тиш илдизлари атрофидаги альвеоляр суякда думалоқ ёки овалсимон шаклдаги суяк тўқимасининг сийраклашуви кузатилади. Сийраклашган тўқима чегараси текис ёки жимжимали бўлиши мумкин. Сийраклашиб, сўрилган суяк тўқимаси атрофида соғлом тўқима кўринади. Хасталик ривожланишида организмда ёлғар алмашинувининг бузилиши юз беради. Натижада лимфоид ва ретикуляр тўқима ҳужайраларида кўплаб липид моддаси йиғилади. Бу ҳолат суяк тўқималарида ҳам қайд этилади.

Бемор болалар касалхонага ётказилиб обдон текширилганда, уларда қандсиз диабет, экзофтальм белгилари, кўпгина суяк тўқималарида ўзгаришлар пайдо бўлганлигини аниқлаш мумкин. Қандсиз диабет хасталигининг вужудга келиши, ксантом хужайраларининг калла суягидаги турк эгари соҳасида пайдо бўлиши ва натижада гипофиз бези фаолиятининг бузилиши билан изоҳланади. Экзофтальм белгисида ксантом хужайралари кўз қосасида кўп миқдорда пайдо бўлади.

Калла суягининг ясси соҳаларида 1–5 мм ўлчамлардаги, думалоқ, нотекис чегарали, аниқ ажралиб турувчи суяк тузилишини йўқотган зоналар кузатилади. Шу билан бирга талоқ ва жигарнинг катталашуви, кўпгина лимфа тугунларининг йириклашуви, қонда ҳолестерин моддасининг ошиб кетиши, сийдикда эса нейтрал ёғ томчиларининг пайдо бўлиши ҳоллари аниқланади.

#### **6.9.5. Марказий асаб системаси хасталикларида пародонт тўқимасидаги ўзгаришлар**

Марказий асаб системасининг туғма хасталикларида пародонт тўқималарида яллиғланиш жараёнлари пародонтолиз тарзида кечади. Бу жараён олигофрения (эси пастлик) мавжуд бўлган болалар орасида 61% ни, энцефалопатияда 41,3% ни ташкил қилади.

Милклар қизариб шишади, клиник ва пародонтал чўнтаклар ҳосил бўлади. Милкларда йирингли яллиғланиш аниқланиб, тишларнинг ликиллаб тушиб кетиши кузатилади. Милклардаги яллиғланиш белгилари оғиз бўшлиғида физиологик ўз ўзини тозалаш жараёнининг сустлиги, оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилинмаслиги ва касалликни даволаш учун қабул қилинадиган дори дармонлар оқибатида юзага келиши мумкин. Бу хасталиклар мавжуд бўлган бемор болаларда 57,4% ҳолларда тиш атрофи тўқималарининг яллиғланиши пародонтолиз тарзида кечади.

#### **6.9.6. Қандли диабет хасталигида пародонт тўқимасидаги ўзгаришлар**

Қандли диабет билан оғриган болаларнинг пародонт тўқималаридаги яллиғланиш, деструктив-дистрофик ва дегенератив жараёнлар даволанмаган ёки нотўғри даволанган бемор болалар ўртасида учрайди. Бундай беморларда жараён жуда тез ривожланиб, катарал, гипертрофик-грануляцияланувчи милк яллиғланишига олиб келади. Милклар яллиғланиши билан бир қаторда оғиз бўшлиғи шиллик



пардаси қизаради, баъзан эса доғли қизгиш-эритема белгилари юзага келади.

Қандли диабет хасталигида ацидозли (кислотали) муҳит вужудга келиши оқибатида пародонт тўқималаридаги коллаген толалар бўкиб, уларнинг йўғонлашуви ва ғоваклашуви натижасида пародонтал чўнтаклар ҳосил бўлиши, грануляцияланувчи тўқима ўсиб чиқиши кузатилади. Чўнтакларда йирингли экссудат пайдо бўлади. Тишлар лиқиллаб, чайнов босимига бардош беролмай, ҳар томонга қийшаёди (патологик окклюзия).

Рентген тасвирида моляр тишлар илдизини ўраб турган альвеоляр суяк ўсиқларида воронкасимон ёки ликопчасимон, кўрак тишларнинг альвеоляр ўсиқларида эса горизонтал емирилишлар қайд этилади. Бу хил емирилишлар суяк чўнтакларининг пайдо бўлишига олиб келади. Тиш илдизларининг 1/3, 2/3 қисмигача альвеоляр суяк ўсиғининг емирилиши, баъзан суяк ўсиғининг батамом парчаланиб, эриб кетиш ҳоллари кузатилади. Суяк тўқималарининг сўрилиш даражаси тишлар атрофидаги милкларда содир булаётган яллиғланиш жараёнининг чуқурлигига мос келади. Милклар ва суяк тўқималаридаги ўзгаришлар дастлаб дистрофик тарзда кечиб, кейинчалик яллиғланиш жараёни ҳам кўшилиши туфайли шиддатли тус олади.

Суяк альвеоляр ўсиқларидаги сўрилиш жараёнини бир гуруҳ олимлар моддалар алмашинуви бузилишининг натижаси деб билишса, бошқа гуруҳ олимлар диабет хасталиги оқибатида содир бўладиган қон томир деворларининг бузилиши (ангиопатия) деб билишади. Ушбу хасталиқда суяк тўқималарида юз берадиган ўзгаришлар ацидоз муҳит ва натижада суяк тўқимасидан кальций, фосфор тузларининг эриб чиқиб кетиши сабабли рўй беради.

Хулоса қилиб, шуни айтиш мумкинки, диабет хасталиги оқибатида юзага келадиган пародонт тўқимасидаги ўзгаришлар, уларда тез суръатлар билан ривожланаётган структура бузилишлари ва яллиғланиш жараёнлари билан кечиб, санокли йиллар ичида тишларнинг тўкилиб кетишига сабаб бўлади.

Қандли диабет хасталигини тўғри аниқлашда касаллик тарихини суриштириш, қон ва сийдикни текширишдан олинган маълумотлар муҳим аҳамият касб этади.

### **6.9.7. Гипоиммуноглобулинэмияда пародонтит тўқимасидаги яллиғланиш**

Маълум дисгаммаглобулинэмия ёки гиппоиммуноглобулинэмия гуморал иммунитет факторлари етишмовчилиги оқибатида содир

бўладиган касалликлар гуруҳига мансуб бўлиб, бир ёки бир неча иммуноглобулин гуруҳлари этишмовчилиги организмга кирган антигенга нисбатан иммунологик реакциянинг сузтлиги ва бактериал инфекцияга нисбатан сезгирликни ошиши билан баҳоланади.

Бу хасталикнинг клиник белгилари тарқоқ бўлиб, барча аъзоларда кузатилади. Одамда кўнгина аъзоларда абсцесслар, фурункул, отитлар, тери пидермияси, зотилжам, пиелонефрит, артрит, энтероколит ва бошқалар вужудга келади.

Бу хасталик учун хусусий ҳол бўлиб: лимфоид аъзоларнинг реактивлигининг сузтлиги ва вирусли инфекция агрессиясига нисбаган сезгирликнинг ёки мутлақо сезмаслиги ҳисобланади. Гипоиммуноглобулинэмияда оғиз бўшлиғида пародонт юмшоқ тўқималарининг ялпи яллиғланиши ва альвеоляр суяк ўсиғида деструктив, дистрофик ўзгаришлар содир бўлади. Милклар яллиғланиши аксарият ҳолларда гипертрофик, гиперпластик характерга эга бўлиб, милк сўрғичи ва қирғоқ қисмини ўсиб кетиб тишини чайнов юзасигача қоплаши кузатилади. Гипертрофияга учраган милк сўрғичлари тиш сатҳидан осонгина ажралади ва кам қонаши билан баҳоланади. Ривожланган пародонтит ҳолларида патологик тиш-милк чўнтаклари чуқурлашади, лекин милк ости ва милк усти тошлари аниқланмайди. Рентген тасвирда альвеоляр суяк ўсиғининг деструкцияси аниқланади. Рентген тасвирда мазкур касалликка хос специфик ўзгаришлар кузатилмаган.

Симптоматик даво чораларининг самарасизлиги, клиник белгиларнинг полиморфизми туғма ёки ортирилган иммуноглобулинлар танқислигидан далолат бериши мумкин.

Ташҳисни тўғри қўйиш учун кон зардобдаги иммуноглобулинлар миқдори ва гуруҳларини аниқлаш тестидан фойдаланиш зарур.

### ***Ўзлаштириш даражасини аниқлаш учун саволлар:***

1. Сурункали милк яллиғланганда ва пародонтит хасталигида пародонт тўқималаридаги клиник белгилар ва рентген тасвири маълумотлари ҳақида гапириб беринг. Бу икки хил хасталик бири-биридан қандай ажратилади?

2. Гингивит ва пародонтитнинг чегараланган тарзда кечишининг сабаблари нималардан иборат?

3. Диффуз тарзда кечадиган пародонтит ва гингивит сабаблари тўғрисида гапириб беринг.

4. Оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилмайдиган мактаб болаларида гингивитнинг қайси бир тури кўпроқ ривожланади?

5. Лаб ва тил тизимчаларининг калталигида қандай гингивит ривожланади?

6. Тишлар чуқур кийинганда ва очиқ тишлар ҳолатида 12–14 ёшли болаларда кузатиладиган гингивит тури тўғрисида гапириб беринг.

7. Пародонтолиз қандай хасталиклар оқибатида пайдо бўлади?

8. Қайси ёшдан бошлаб болаларда пародонтолиз хасталигида суяк тўқимасида структур бузилишлар бошланади?

9. Пародонтолиз хасталигининг клиник белгилари ҳақида гапириб беринг.

10. Рентген тасвиридаги пародонтолизга хос ўзгаришлар нималардан иборат?

### **6.10. Пародонт хасталикларини даволашнинг ўзига хос хусусиятлари**

Пародонт хасталикларида ўтказиладиган даво чора-тадбирлари кўп қиррали бўлиб, маҳаллий ва умумий характерга эга. Агар хасталикни чакирувчи сабаблар маҳаллий хусусиятга эга бўлса, бемор болалар стоматологик поликлиникаларда ва касалхоналарда даволанишади. Бунда, асосан хасталик сабабларини аниқлаб, улар бартараф қилинади, оғиз бўшлиғи санацияси ўтказилади, болаларга оғиз бўшлиғи гигиенаси қондалари ўргатилади, тишлар юзаси карашлар ва тошлардан тозаланади Ортодонт-шифокор томонидан тишлар ва жағларда учрайдиган аномал ҳолатлар, ногўғри ортодонтик конструкциялар таъсири бартараф этилади жарроҳ шифокорлар маҳаллий сабаблардан: тил, лаб тизимчаларидаги аномалияларни бартараф этиш муолажаларини, оғиз даҳлизини чуқурлаштириш каби жарроҳлик тадбирларини амалга оширишлари лозим.

Ички аъзо ва системалар хасталиги оқибатида юзага келган пародонт тўқималаридаги ўзгаришлар сабабини педиатрлар, эндокринолог-шифокорлар, психиатрлар, гематолог-шифокорлар билан биргаликда бартараф этиш зарур. Бундай хасталикларда стоматолог-шифокорлар маҳаллий симптоматик муолажаларни амалга оширадilar.

Катарал милк яллиғланишининг енгил шаклида махсус даво чора-тадбирлари қўлланилмайди. Хасталикнинг келиб чиқишига оғиз бўшлиғи гигиенасига мунтазам амал қилмаслик сабаб бўлади Шу сабабли гигиена қондаларига мунтазам роя қилишга ўрганиш мос келадиган тиш чўткаси ва пасталардан тўғри фойдаланиш хасталикни бартараф этишга олиб келади.

### **6.10.1. Катарал гингивитнинг ўртача оғир шаклида, гипертрофик гингивит ва пародонтитнинг бошланиш даврида амалга ошириши лозим бўлган даволаш муолажалари ҳамда тадбирлари**

Бундай хасталикларга учраган болаларнинг тишлари юзасида, милк усти ва остида тошлар пайдо бўлиши билан бир қаторда грануляцияланувчи тўқима шаклланган бўлади.

Беморнинг шифокорга биринчи мурожаати пайтида тишлар юмшоқ караш ва тошлардан тозаланади, грануляцияланувчи тўқималар кўрак тишлар атрофидан соқит қилинади. Ота-оналари ва бемор боланинг ўзига тиш тозалаш қоидалари ўргатилади.

Иккинчи мурожаат (қатнов) пайтида қолган тишлар атрофи грануляцияланувчи тўқима ва милк ости тошларидан бартараф этилади. Пародонт хасталиklarини даволашда грануляцияланувчи тўқимани ажратиб олиб ташлаш (кюретаж) ва тошлардан тозалаш жуда муҳим аҳамиятга эгадир.

Ана шу муолажаларни ўтказиш пайтида ва ундан кейин милкларни даволаш, қон оқишини тўхтатиш мақсадида гидрокортизон эмульсияси ва наъматак мойидан баравар миқдорда олиниб, рух оксиди кукунидан паста ҳосил булгунгача аралаштириб, ҳосил бўлган пастани жароҳатли милк устига 2-3 соат мобайнида қўйилади (озгина сувли дентин аралаштирилган бундай масса тезда қотади ва бир неча соат мобайнида сақлаиб туради) гепаринли малҳамнинг сувли дентинли аралашмаси ҳам кўнгилдагидек натижа бериб, қон оқишини тезда тўхтатади ва милк-тиш чўнтаги жароҳатининг тезда тикланишига олиб келади.

Беморнинг учинчи, тўртинчи қатновида оғиз бўшлиғи гигиенасининг даражаси назорат қилиниб, милк ости тошларининг қолдиқлари тозаланади, керак бўлган жойларда кюретаж муолажаси такрорланади. Муолажа жароҳатланган милк тиш соҳасига яллиғланишни сусайтирувчи, қон оқишини тўхтатувчи малҳамлар суртиш билан тугатилади,

Ўтказилган муолажалар таъсирини турғунлаштириш мақсадида милк шиллиқ лардасига гидро-вибро вакуумлар буюрилади. Симптоматик даво муолажалари даврида 3-4 ҳафта мобайнида аскорбинат кислотасини (0,05-0,1 г) рутин препарати билан биргаликда (0,2, 0,5, 0,6 г) кунига 3 мартадан ичиш учун буюрилади.

**Гипертрофик гингивит**да ўсиб, катталашган милк сўрғичлари склерозлаштирувчи муолажалар ёрдамида бартараф этилади. Бунинг учун яллиғланган милк тўқимасига 60% ли глюкоза эритмасидан ёки

бошқа бир склеротик таъсирга эга бўлган моддалардан 0,2–0,3 мл миқдорда 3–4 кун оралатиб 5–6 марта инъекция йўли билан юборилади.

Бундай муолажалар ёш болаларда кучли оғриқ сезгисини пайдо қилиши мумкин. Шуларни назарда тутган ҳолда, ўсган милк сўргичларини уч хлорли сирка кислотаси билан куйдириш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бундай муолажани ўтказиш учун пастки жағ тишларининг даҳлиз ва оғиз қисми сатҳлари юмшоқ пахта болишчалар (валиклар) билан муҳофаза этилади. Чап қўл билан пахта болишчалар тутиб турилади. Ўнг қўлдаги қисқичга кистирилган, учхлорли кислотанинг 30% ли эритмасида ҳўлланган пахта тампончалар ўсган милк сўргичларига босиб-босиб олинади. Милк сўргичларининг тўқималари куйиши натижасида улар оппок тусга киради. Муолажадан кейин 2–3 кун ўтгач қўйиш натижасида некрозга учраб ўлган тўқима ажралиб тушиб, тез кунларда асоратсиз битиб кетади. Остки қават қўшувчи тўқимасида қаттиқлашган склеротик тўқима ҳосил бўлади.

Грануляцияланувчи тўқима ҳисобига милк сўргичлари ўсиб кетса, юқорида баён қилинган муолажа 4–5 марта 3–4 кун оралатиб такрорланади. Яллиғланиш жараёнини вужудга келтирган сабаблар аниқланиб, бартараф этилса, муолажа натижаси тургун бўлиб қолади.

Гипертрофик гингивитларда кўшимча физиотерапевтик тадбирларни ўтказиш бемор аҳволини енгиллаштиради ва милклар шиллик пардасининг тезда ўз ҳолига келишига олиб келади. Бунинг учун милкларга гепариннинг 1 мл да 5000 ТБ бўлган препаратидан, лидазадан электрофорез ва учкун разрядли дарсонвал муолажаларини буюриш фойдалидир.

Гипертрофик гингивитларнинг тургун фиброзли шаклларида жарроҳлик йўли билан жараёни бартараф этиш лозим.

**Атрофик гингивитларда,** маълумки тишларда юмшоқ карашлар ва тошлар жуда кам миқдорда ҳосил бўлади, яллиғланиш жараёни клиник белгилар билан намоён бўлмайди. Шуларни назарда тутган ҳолда, бу хасталикларни бартараф этишда асосан физиомуолажалар (массажнинг барча турлари)дан фойдаланиш ва дармондорили электрофорез тадбирлари билан бир қаторда организмнинг умумий кувватини оширувчи даволаш тадбирларини амалга ошириш зарурдир. Бу муолажаларга қадар маҳаллий сабаблардан: тизимчалар коррекцияси, даҳлиз шиллик пардасининг пластинкаси ва тиш-жағ аномалияларини бартараф қилиш лозим.

Болаларда учрайдиган милк яллиғланишлари маҳаллий сабабларга кўра аниқланса ва бу сабаблар бартараф этилса, маҳаллий даво тадбирлари ёрдамида милк асл ҳолига келади ва жараённинг

қайталаниши кузатилмайди. Беморлар 1–2 йил мобайнида диспансер назорати остида туришади. Шифокор яллиғланиш жараёнининг қайталанмаслигига ишонч ҳосил қилгач, болаларни диспансер назоратидан ўчиради.

Милк яллиғланиши жараёни асосида ички аъзо ва системаларнинг умумий хасталиклари аниқланганда даво тадбирларидан сўнг милклар тез орада соғайиб кетади. Бироқ вақт ўтиши билан милкларда яллиғланиш белгилари яна қайталади. Бунинг сабаби, сурункали умумий хасталикларда касалликдан тўлиқ соғайиш ҳоллари камдан-кам содир бўлишидадир. Бундай бемор болалар доимо диспансер назорати остида бўлиши лозим.

Сурункали тарзда кечадиган милк яллиғланиши (гингивитлар) болалар ва ўсмирларда пародонтит хасталигини вужудга келтирмайди. Бунда клиник ёки пародонтал чўнтаклар ҳам ҳосил бўлмайди.

**Пародонтитни даволаш.** Бу хасталик болаларда онда-сонда учраб, даволаш жараёни катта ёшдаги кишиларникидан фарқ қилмайди. Бундай беморлар жарроҳ, терапевт, стоматолог кўригидан ўтишлари лозим. Мутахассислар ўзаро фикрлашиб, даволаш тадбирларини белгилашлари ва ҳар бир беморга хусусий муолажа режаларини қўллашлари зарур. Пародонтит хасталигини келтириб чиқарувчи умумий хасталиклар ёки система касалликлари билан оғриган беморлар касалхоналарда даволанадилар. Қон касалликлари билан оғриган беморлар гематология бўлимларида гематолог-шифокорлар, ички секреция безлари фаолияти бузилган беморлар эса эндокринологлар ҳамкорлигида даволанадилар.

Умуман пародонт хасталикларида стоматолог-шифокор муолажаларни қуйидаги схема асосида амалга ошириши:

1) яллиғланиш жараёнини кучайтирувчи иккиламчи сабаблар (қарашлар, тошлар, микроорганизмлар)ни бартараф этиши ёки оғиз бўшлиғининг санациясини ўтказиши;

2) гингивитларнинг турига қараб, муолажа ўтказиши;

3) пародонтал чўнтакларга ишлов бериши (кюретаж қилиш, антисептик ва фермент преларатлари билан ювиш);

4) беморни жарроҳ, ортодонт ва ортопедлар кўригидан ўтказиб, керакли даво тадбирларини ўтказиши;

5) педиатр билан маслаҳатланган ҳолда организмнинг умумий турғунлигини оширувчи парҳез ва витаминларни буюриши;

6) оғиз бўшлиғи гигиенасига мунтазам равишда риоя қилишни тайинлаши;

7) тишлар буткул тушиб кетган тақдирда ортопедик, ортодонтик ёрдам кўрсатиши ва болаларда сунъий жағлар (протезлар) йилда камида бир марта янгиланишини таъминлаши лозим.

### **6.11. Пародонт касалликларининг профилактикаси**

Пародонт хасталикларининг олдини олиш (профилактика) тадбирларини жуда эрта бошлаш зарур. Болаларнинг тиш ва жағлари яхши ривожланиши учун замин тайёрлаш лозим. Бола туғилганидан сўни биринчи кунларидан бошлаб кўкракни фаол сўриши юз-жағ ҳамда тишларнинг нормал шаклланишини ва ривожланишини таъминлайди. Пародонт тўқималарининг аҳволи тишлар чиқиб бўлганидан кейин уларнинг фаолият жараёни билан чамбарчас боғлиқдир. Овқатни тўлик чайнаш, оғиз бўшлиғи гигиенасига мунтазам риоя қилиш, маҳаллий нохуш сабабларни ўз вақтида бартараф этиш пародонт тўқималари хасталикларининг олдини олишда муҳим омиллардан ҳисобланади.

Болаларнинг умумий аҳолини назорат қилиш, хасталикларни ўз вақтида аниқлаб даволаш, болаларни диспансер кўригидан ўтказиб туриш пародонт тўқималарининг соғломлигини таъминлайди.

### **6.12. Болалар ёшида пародонт касалликларини даволаш режаси:**

#### **I. Умумий даво чоралари (яллиғланиш диффуз):**

1) *Умумий маълум аъзолар ёки система касалликлари мавжуд бўлса:* (эндокрин, қон касаллиги, юрак қон-томир ва бошқалар):

- а) Тегишли мутахассислар ёрдамида умумий касалликни даволаш;
- б) Организм сезгирлигини пасайтирувчи даво чоралари;
- в) Организмни умумий қувватини оширувчи даво чоралари;

2) *Умумий касалликлар мавжуд бўлмаганда:*

- а) Организм сезгирлигини пасайтирувчи даво чоралари;
- б) Организмни умумий қувватини оширувчи даво чоралари;
- в) Пародонт тўқимаси қон-томирларининг мустаҳкамлигини таъминловчи, микроциркуляциясини фаоллаштирувчи препаратлар буюриши.

#### **II. Маҳаллий даво чоралари (яллиғланиш чегараланган):**

1) *Этиологик сабабни аниқлаш* (Тиш қаторлари аномалияси, тишлар муносабатлари — прикус аномалиялари, тил, лаблар юганчалари аномалияси, карашлар, тиш тошлари мавжудлиги ва бошқалар).

2) *Аниқланган этиологик сабабларни бартараф қилиш:*

а) Ортодонт – мутахассислари ёрдамида (тиш қаторлари, прикус аномалиялари).

б) Жарроҳ-стоматолог ёрдамида (лаб, тил тизгинлари, оғиз даҳлизи аномалиялари).

в) Терапевтик йўл билан (карашлар, тошлардан тозалаш, санация ўтказиш).

3) *Оғиз бўшлиғи малакали гигиенасини амалга ошириш.*

4) *Оғиз бўшлиғи шахсий гигиенасини тўғри йўлга қўйиб, унинг мунтазамлигига эришиш.*

5) *Оғиз бўшлиғи аъзолари санациясини амалга ошириш:*

а) Карлес ва унинг асоратларини даволаш.

б) Шиллиқ парда касалликларини бартараф этиш.

б) *Пародонт тўқимасида мавжуд бўлган яллиғланиш эсараёнини бартараф қилиш:*

а) кон-томир деворини мустаҳкамловчи малҳамлар;

б) микроциркуляциясини фаоллаштирувчи малҳамлар;

в) тўқимада модда алмашинувини яхшиловчи малҳамлар;

г) тўқима регенерациясини таъминловчи малҳамлар;

д) шифобахш ўт-ўланлар дамламаси билан оғиз чайиш.

Даволовчи  
бойламлар  
сифатида

7) *Микроорганизмларга қарши кураш:*

а) тишларни карашлар ва тошлардан тозалаш;

б) Антисептиклар билан тиш-милк чўнтақларига ишлов бериш;

в) Микроорганизмларга таъсир кўрсатувчи моддалари бор малҳамларни тиш-милк чўнтақларига киритиш;

г) Даволовчи бойламлар қўйиш.

8) *Физиомуолажа ўтказиш* (милкларда гидромассаж, вакуум массаж, электрофорез).

9) *Даволаш тадбирларини тегшли мутахассислар билан биргаликда ишлаб чиқиш.*

### **6.13. Пародонт касалликларини даволашда ишлатиладиган дори-дармонлар ва уларнинг хусусиятлари**

1) *Организм сезгирлигини пасайтирувчи (антигистамин) препаратлар:*

а) Диазолин — организм сезгирлигини пасайтириш йўли билан аллергия ҳолатларга қарши таъсир кўрсатади. Болалар ёшида кунига 0,02–0,05г. дан 1-2 марта буюрилади.

б) Тавегил — гистаминга қарши, унинг таъсирини нейтраллаб сезгирликни пасайтиради, 8–12 соат мобайнида таъсир кўрсатади,



тинчлантирувчи хусусияти ҳам бор. 6–12 ёшли болаларга 0,001 дозали таблеткалардан ½ таблеткадан кунига 2 марта ичиш тавсия қилинади.

в) Супрастин — сезгирликни пасайтирувчи, тинчлантирувчи препарат бўлиб, таблеткаларда 0,25 гр. дозада чиқарилади. 6–12 ёшли болаларга ½ таблеткадан кунига 2 марта қабул қилиш маслаҳат берилади.

2) Яллигланишга қарши маҳаллий ишлатиладиган дори малҳамлар;

а) Ацетилсалицил кислотаси – аспирин порошок кукуни сифатида малҳамларга аралаштирилиб тиш-милк чўнтақларига бойламлар ҳолида қўйилади. Яллигланишга қарши таъсир кўрсатувчи ва оғриқ қолдириш хусусиятига эга.

|                       |   |  |
|-----------------------|---|--|
| б) Бутадион.          | } | Яллигланишга қарши малҳам сифатида боғламлар ҳолида ишлатилади   |
| в) Индометацин        |   |  |
| г) Оргофен            | } | Модда алмашинувини фаоллаштирувчи малҳамлар бўлиб яллигланишга қарши кучли таъсирга эга, аппликация шаклида ишлатилади |
| д) Мефаминат – натрий |   |  |
| с) Актовегин          |   |  |
| ж) гидрокортизон      |   |  |
| з) глюкокортизон      |   |  |

3) Яллигланишга қарши, шишга қарши, эркин радикалларга қарши (антиоксидант сифатида) маҳаллий ишлатиладиган дори воситалар:

|               |   |  |
|---------------|---|--|
| а) Олифен     | } | Аппликация, боғлам сифатида ишлатиладиган малҳамлар, порошок кукунлар, таблеткалар |
| б) Дибунол    |   |  |
| в) Демефосфон |   |  |
| г) Олифен     |   |  |

4) Микроциркуляцияни фаоллаштирувчи воситалар:

- а) Аскорбин кислотаси (С-витамини) ампулада ва таблеткада
- б) Рутин-таблетка ҳолида
- в) Аскорутин таблетка ҳолида
- г) Гепарин малҳам ҳолида

Мазкур дори воситалари қон-томирлар деворини мустаҳкамлайди, ўтказувчанлигини пасайтиради, қонни суюлтиради, микроциркуляцияни кучайтиради ва шишни камайтиради.

5) Микроорганизмларга қарши таъсир кўрсатувчи дори воситалари:

а) Трихопол – метронидазол — Оддий бактерияларга нисбатан кенг спектрли таъсирга эга. Пародонтитларда, гингивитларда,

яллагланишга қарши самарали восита сифатида тиш-милк чўнтақларига ишлов бериш учун тавсия қилинади. *Бунинг учун:* а) Трихопол таблеткалари сувда эритилиб пародонтал чўнтақлар ювилади; б) таблеткалар эзилиб порошок ҳолига келтирилади ва малҳам дориларга аралаштирилиб боғламлар ҳолида ишлатилади;

б) Хлорфиллипт — эвкалипт дарахти барглари хлорофилини сақловчи ранги яшил эритма, кучли бактерицид таъсирга эга, патологик чўнтақларга ишлов бериш учун тавсия қилинади.

в) Антисептиклар — (калий перманганат, водород пероксиди, фурациллин, йоддицирин, йодинол, элюдрил, циснал, мараславин ва бошқ.) тиш-милк чўнтақларига ишлов бериш учун, чайиш учун ишлатилади.

г) Антибиотиклар — асосий бактерияларга, микробларга қарши кучли таъсир кўрсатувчи препаратлар ҳисобланади. Пародонтология амалиётида кўпроқ пенициллин гуруҳига кирувчи (метациллин натрий, оксациллин натрий, ампициллин); аминогликозитли антибиотиклар гуруҳидан (неомицин, грамицидин.). Макролид-антибиотикларидан— эритромицин, рокситромицин, олеандомицин кабилар тиш-милк чўнтақларига эритмали ишлов бериш мақсадида, малҳамли бойламлар тайёрлаш мақсадида ишлатилади.

Шуни эсда тутиш лозимки, болалар ёшида уларни ишлатишдан олдин организм сезгирлиги мазкур антибиотикка нисбатан албатта текширилиши, сўраб суриштирилиши лозим. Чунки болалар организми мазкур дори дармонларга нисбатан сезгирлиги юқори бўлиши мумкин. Ҳар хил аллергик реакциялар билан бир қаторда анафилактик шок ҳолатини ҳам юзага келтириши мумкин.

б) *Пародонт тўқимасининг регенерациясини фаоллаштирувчи дори воситалар:*

а) Витаминлар А, Е (аекол малҳами )

б) Ацимин патологик чўнтақларини яхши тозалайди, экссуляцияни камайтиради, регенерация ва эпителизация жараёнларини фаоллаштиради.

в) Шифобахш ўсимликлар меваси уруғидан олинадиган мойлар (олива мойи, наъматак мойи, облениха мойи) ҳам стоматология амалиётида тўқималар регенерация қобилиятини оширувчи, эпителизацияни кучайтирувчи моддалар сифатида кенг қўлланилади. Мазкур мойлар шифобахш бойламлар тайёрлашда қовуштирувчи сифатида ишлатилса, самараси юқори бўлади.

*7) Бактериал ва микробли яллиғланишга қарши:*

Бугунги кунда кенг ишлатиладиган гель шаклидаги, малҳам шаклидаги антибактериал воситалардан: солкосерил, камистад гель, митрогель дента, пародиум ва бошқалар милк яллиғланишида самарали ҳисобланади.

*8) Иммуномодуляторлар:*

Баъзан организмнинг реактивлик, иммунологик қуввати паст, нимжон, касалманд болаларда, уларнинг ҳимоя кучини ошириш мақсадида педиатрлар билан маслаҳатлашган ҳолда тимолин, тимоген, тактивин, левамизол, иммунал, иммудон каби препаратларни тавсия этиш ҳам мақсадга мувофиқ ҳисобланади.



Беморнинг шифокорга **биринчи мурожаати** пайтида тишлар юмшоқ караш ва тошлардан тозаланади, грануляцияланувчи тўқималар кўрак тишлар атрофидан соқит қилинади. Ота-оналари ва бемор боланинг ўзига тиш тозалаш қондалари ўргатилади.

**Иккинчи мурожаат** (қатнов) пайтида қолган тишлар атрофи грануляцияланувчи тўқимадан, милк усти, милк ости тошларидан тозаланади. Тозаланган тиш милк сатҳига гидрокортизон эмулсияси, наъматак мойидан баравар миқдорда олиб паста ҳосил бўлгунча рух оксиди билан аралаштирилади ва ҳосил бўлган пастани жароҳатли милк устига 2-3 соатга қўйилади (озгина сувли дентин аралаштирилса тез қотади). Бу борада гепиринли малҳамни ҳам худди кўрсатилган усулда шплатса бўлади.

**Беморнинг учинчи-тўртинчи** қатновида оғиз бўшлиғи гигиенасининг даражаси назорат қилиниб, милк ости тошларининг қолдиқлари тозаланади, срак бўлган жойларда кюретаж муолажаси такрорланади. Ўтказилган муолажалар таъсирини турғунлаштириш мақсадида милк шиллиқ пардасига гидровибровакум билан массаж буюрилади. Симптоматик даво-муолажалари даврида 3-4 ҳафта мобайнида аскорбинат кислотасини (0,05-0,1 г) рутин препарати билан биргаликда (0,2 - 0,5 - 0,6 г) кунига 3 мартадан ичиш учун буюрилади. Иккала препарат аралашмаси аскорутин номи билан маълум.

#### **Ўзлаштириш даражасини аниқлаш учун саволлар**

1. Пародонт хасталикларини даволашда оғиз бўшлиғи гигиенасининг аҳамияти нимадан иборат?
2. Маҳаллий иккиламчи сабабларни бартараф этиш учун қандай тадбирлар амалга оширилади?
3. Физиомуолажалар милк тўқимасига қандай таъсир кўрсатади?
4. Пародонт тўқималарининг яллиғланиш хасталикларига қандай симптоматик даво тадбирлари қўлланилади?
5. Пародонт тўқималарининг диффуз тарзида кечадиган яллиғланиш турларини даволашда шифокор-недиатрларнинг ҳиссаси нималардан иборат?
6. Турли хил пародонт хасталикларида даво муолажаларининг таъсири ҳақида сўзлаб беринг.
7. Сурункали милк яллиғланганда ва пародонтит хасталигида пародонт тўқималаридаги клиник белгилар ва рентген тасвири маълумотлари ҳақида гапириб беринг. Бу икки хил хасталик бир-биридан қандай ажратилади?

8. Гингивит ва пародонтитнинг чегараланган тарзда кечишининг сабаблари нималардан иборат?

9. Диффуз тарзда кечадиган пародонтит ва гингивит сабаблари тўғрисида гапириб беринг.

10. Оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилмайдиган мактаб болаларида гингивитнинг қайси бир тури кўпроқ ривожланади?

11. Лаб ва тил тизимчаларининг калталигида қандай гингивит ривожланади?

12. Тишлар чуқур қийшайганда ва очик тишлар ҳолатида 12-14 ёшли болаларда кузатиладиган гингивит тури тўғрисида гапириб беринг.

13. Пародонтолиз қандай хасталиклар оқибатида пайдо бўлади?

14. Қайси ёшдан бошлаб болаларда пародонтолиз хасталигида суяк тўқимасида структур бузилиши бошланади?

15. Пародонтолиз хасталигининг клиник белгилари ҳақида гапириб беринг.

16. Рентген тасвиридаги пародонтолизга хос ўзгаришлар нималардан иборат?

## **VII БОБ. ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Стоматология амалиётида «стоматитлар» атамаси оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ранг-баранг касалликларининг умумлашган тушунчаси бўлиб, аниқ бирор-бир касалликни айнан билдирмайди.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ҳазм қилиш системасининг бошланғич соҳаси бўлганлиги сабабли, бола туғилиши биланок турли маҳаллий таъсиротлар таъсирига учрайди. Бундан ташқари ўзининг вазифаларини бажариш билан биргаликда организмда кечаётган умумий нохуш жараёнларнинг белгиларини ҳам ўзида акс эттирди. Бундай ҳолат оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини организм ички дунёсининг ойнаси деб баҳолашда, кўпгина ҳолларда тўғри деб тап олинган.

Юқоридаги фикрларни ҳисобга олган ҳолда, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар ва касаллик белгиларини таҳлил қилиш пайтида стоматолог-шифокор шиллиқ қаватга таъсир кўрсатаётган маҳаллий сабаблар билан биргаликда организмда кечаётган умумий жараёнларни ҳам албатта инобатга олмағи зарур.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари барча ёшдаги кишиларда учрайди. Лекин болаларда кечадиган бундай касалликлар

Ўзининг ўткир кечиши, тез ривожланиши ва организм умумий аҳволининг ўзгариши билан характерланади. Бундай ҳолларда боланинг кечинмалари (анамнез) ва ота-оналар баён қилган фикрларни синчиклаб эшитиб умумлаштирмақ, педиатрлар, инфекциялистлар, невропатологлар, эндокринологлар каби мутахассислар фикрини билмоқ мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бундан ташқари, қўшимча текширишлар (биопробалар, цитологик текширишлар, биопсия ва бошқалар) ўтказиб, уларнинг натижаларини тўғри таҳлил қилиш касалликка тўғри ташҳис қўйишда муҳим аҳамият касб этади.

Баъзи бир касалликлар фақат болалар ёшига мансубдир. Буларга бир ёшгача бўлган болаларда учрайдиган танглай яраси (Беднар афтаси) ёки кўпчилик ҳолларда болалардагина қайд қилинадиган ўткир герпетик стоматит, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг қизамиқ, қизилча (скарлатина) ва дифтерия (бурма) касалликларидаги шикастланишлар мисол бўла олади. Шу билан биргаликда стоматология амалиётида болалар ёшида учрайдиган лейкоплакия, ҳақиқий (чин) пўрсилдоқ каби хасталиклар шиллиқ қават жароҳатланишлари ҳисобланади.

### **7.1. Болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг шаклланиши ва физиологик хусусиятлари**

Инсонлар, жумладан болалар оғиз бўшлиғининг барча соҳалари шиллиқ парда билан (*Lamina mucosa*) қопланган бўлиб у икки қават, алоҳида тўқималардан иборат.

1. Юза қавати – кўп қаватли ясси эпителий.
2. Остки қавати – қўшувчи тўқима.

Шиллиқ парда эпителий қавати базал мембрана номли парда орқали қўшувчи тўқима қавати билан бирикади (*membrana basaliuni*). Базал мембрана жуда нозик фибрилляр аргирофил толалардан ва мукополисахарид комплексидан иборат бўлиб ўзига хос барьер вазифасини бажаради.

Эпителий қавати оғиз бўшлиғининг барча соҳасида ҳар хил қалинликда 200 мкм дан – 50 мкм гача бўлади.

Шиллиқ парда эпителийси асосан уч қаватдан иборат:

1. Базал ҳужайралар қавати.
2. Тиканаксимон ҳужайралар қавати.
3. Ясси ҳужайралар қавати.

**Базал ҳужайралар қаватининг ҳужайралари** тўқ рангга бўялувчи, РНК га бой цитоплазмага эга ва бу ерда ҳужайралар митоз йўли билан доимо бўлиниб кўпайиб эпителий қаватини тикланишини

(регенерациясини) таъминлаб туради. Бу хужайралар шакли асосан цилиндрсимон бўлади.

**Тиканаксимон хужайралар** юза қаватда жойлашиб кўч томонли (полигонал) шаклда бўлади. Хужайралар цитоплазмаси очроқ бўялади, пастки қаватларида бўлинувчи хужайралар учрайди.

**Ясси хужайралар қавати** тиканаксимон хужайраларнинг яссиланишидан ҳосил бўлади.

**Оғиз шиллик пардасининг кўшувчи тўқимали асоси** юмшоқ шаклланмаган толали бириктирувчи тўқимадан тузилган бўлиб, қон томир, хужайра элементларига бой бўлади.

**Хужайра элементлари:** плазматик хужайралар, лимфоцитлар, семиз хужайралар, фибробластлар, макрофаглар, гистиоцит учрайди.

**Оғиз шиллик пардасида** махсус текширишлар натижасида анотомик ва физиологик хусусиятларидан келиб чиқиб *уч соҳа борлиги қайд қилинади:* қопловчи соҳа, чайнов соҳаси ва махсус структурага эга бўлган соҳа:

1. **Қопловчи соҳага** – лаб, лунж, ўтувчи бурмалар, оғиз бўшлиғининг туби, юмшоқ танглай киради.

2. **Чайнов соҳасига** – милк ва қаттиқ танглай шиллик қавати киради.

3. **Махсус структуралли соҳа** – бу тил усти шиллик пардаси.

**Қопловчи шиллик пардада** эпителий шохланиши учрамайди, шиллик ости кўшувчи пардаси яхши ривожланган.

**Чайнов шиллик пардасида** эпителий қавати шохланувчи бўлиб, шиллик ости парда бўлмайди ва у хусусий қават орқали суяк усти пардасига бирикади.

**Махсус шиллик пардада** кўлаб нерв охирилари сезиш қобилятига эга бўлган махсус сўргичлар сифатида шаклланган ипсимон, замбуруғсимон, тарновсимон, баргсимон.

Болаларда уларнинг ёшини ошиб бориши билан оғиз шиллик пардасида гистологик ва гистохимик ўзгаришлар кузатилади.

**Махсус текширишлар** бундай ўзгаришларни асосан уч даврда яққол кўзга ташланишини кўрсатади:

1. Туғилгандан 1 ёшгача (чақалоқлик, кўкрак даври).

2. 1 ёшдан – 3 ёшгача – эрта болалик даврида.

3. 4 ёшдан – 12 ёшгача – бирламчи ва иккиламчи болалик даврида.

**Чақалоқлик даврида** шиллик парданинг умумий тузилиши бир хил. Фақат бу даврда эпителий қават ва шиллик ости парда жуда юпқа ва нозик, хужайралар ва толалар системаси такомиллашмаган.



Шиллик парда эпителийси гликоген ва РНК га бой. Қўшувчи тўқима ва эпителийда мукополисахаридлар кўп. Шиллик ости қўшувчи тўқимада такомилланмаган хужайралар кўп бўлиб, улар асосан фибробластлар, гистиоцит ва лимфоцитлардан иборат. Плазматик хужайралар ва лаброцитлар жуда кам.

Юқорида кўрсатилган ҳолат шиллик парданинг нозиклиги, таъсиротларга чидамсизлиги, енгил жароҳатланиши билан бирга юқори тикланиш – регенерация қобилияти борлигини кўрсатади.

**Кўкрак ёшидаги** болалар оғиз шиллик қаватининг асосий хусусиятлари шундан иборатки, эпителий ва шиллик ости пардаси қалинлашиб боради, чайнов соҳаларида ва ипсимон сўрғичлар соҳасида ясси эпителий шохланишига мойиллик пайдо бўлади, шу билан бир қаторда гликогеннинг йўқолиши кузатилади. Шиллик ости пардада қон томирлар камая бошлайди, хужайралар сони, айниқса плазмоцитлар кескин камаяди.

**Бир ёш атрофидаги** болалар оғиз шиллик пардаси қўшувчи тўқимасида, унинг асосий моддасида оқсилларнинг камайиб кетиши она организмдан олинган тайёр ҳимоя воситаларини йўқолиб боришини кўрсатади. Бу эса ўз навбатида организмнинг иммунобиологик хусусиятини бирмунча пасайганидан дарак беради. Бундай ҳолат шу даврдан бошлаб болаларнинг тез-тез касалликка чалина бошлаганлигини тушунтирса ажаб эмас.

**Эрта болалик ёшида (1–3 ёш)** оғиз бўшлиғи шиллик пардаси аниқ шаклланиб бўлади: лаб, лунж, тил эпителий қаватида гликоген жуда оз миқдорда аниқланади, хужайралар цитоплазмасида РНК миқдорининг ошмаслиги шаклланишнинг тургун бўлишини таъминлайди.

Қўшувчи тўқима толалари нозик, ингичка бўлиб маълум йўналишларда дасталанмаган тўрни ҳосил қилади. Қўшувчи тўқима толалари нозик, ингичка бўлиб, маълум йўналишларда дасталанмаган тўрни ҳосил қилади. Қўшувчи тўқиманинг асосий моддаси мукополисахаридлар билан тўйинмаган. Базал мембранаси юмшоқ шаклланмаган толалардан иборат.

1–3 ёшли болалар оғиз шиллик пардасида хужайралар сони талайгина бўлиб, улар асосан сўрғичлар қўшувчи тўқимани ва томирлар атрофида жойлашган бўлади. Бу эса қон томирлар ўтказувчанлиги ошганлигидан далолат беради. Бу ёшда қўшувчи тўқимада лаброцитлар сони ошади ва улар асосан, қон томир деворлари атрофида жойлашган бўлади. Лаброцитлар тўқимада гемеостаз бузилишида маълум аҳамият касб этади.

Плазматик ва гистиоцитит хужайралар сонининг кескин кўпайиб кетишига сабаб бўлиши мумкин. Бунга мисол болаларда ўткир герпетик стоматитнинг кечиши ва айнан шу ёшда жуда кўп (71,1–85 %) учрашидир десак хато бўлмайди.

Бирламчи (4–7) ва иккиламчи (8–12) ёшли болалар оғиз шиллик пардаси анча қалинлашган, хужайраларда бошида (4–7) гликоген ва РНК кўпайиши кейинчалик (8–12) уларнинг камайишини кузатиш мумкин. 8–12 ёшда тўқималарда оксил моддасининг кўпайиши кузатилади. Бу ёшда базал мембрана қалинлашиб зичлашади, хусусий қаватида ретикулин ва эластик толалар сони ошади, коллаген толалар такомиллашган бўлади.

**Шиллик парданинг қўшувчи тўқимаси асосида** лимфогистиоцитар элементлар ошиб, томирлар атрофини ўраб олади ва периваскуляр инфилтрация ҳосил қилади. Лимфогистиоцитар хужайралар тўпламини ҳосил бўлишида бугунги кун адабиётларида оксил алмашинуви ва иммунологик силжишлар сабаб бўлиши мумкин деб тушунирилади. Шу билан биргаликда хужайралар тўплами антителолар ва махсус глобулинлар ишлаб чиқариши ҳам назарда тутилади. Бу жараёнда асосий ролни лимфоцитлар ва плазматик хужайралар ўйнайди.

Лаброцитлар сони эса эрта болалик даврига нисбатан камаяди, бироқ уларнинг фаоллик даражаси анча ошиб, цитоплазмасида гепарин маҳсулоти йиғила бошлайди. Гепарин моддаси биологик актив бўлиб, ҳимоя воситаси тўқима ва қонда ажралиб чикувчи протезлитик ва муколитик ферментларни нейтраллаб нормаллаштириб туради. Шу билан биргаликда тўқима метоболизмини тиклайди. Бундан ташқари гепарин кучли аллергик реакциялар ҳисобланмиш Арthus ва Шварцман феноменларини секинлашган антитоксик фактор сифатида тормозлайди.

Юқорида баён қилинган гистологик ўзгаришлар 8–12 ёшли болалар организмда ўткир яллиғланиш жараёнлари кўпинча сурункали давом этишини таъминлайди.

Шундай қилиб, баён қилинган гистофизиологик ўзгаришларни болаликнинг уч даврига нисбатан таҳлил қиладиган бўлсак ва бу манзаралар билан шу даврларда болаларда учрайдиган касалликлар ўртасидаги ёки саломатлик даражаси ўртасидаги боғланишни тушуниш учун қуйидагиларга эътибор берилиши керак:

**1 ёшгача бўлган болаларда:** шиллик парда нозик, юпка, сингил жароҳатланадиган, шиллик ости пардаси структураси такомиллашган, хужайралар гликоген ва РНКга бой, тўқималарда етук оксил ва муконд

моддалар мавжуд. Шунинг учун 1 ёшгача бўлган болалар оғиз шиллик пардаси вирусли ва микробли, бактериал касалликларга нисбатан тургун бўлиши билан бир қаторда механик травма (тил ости яраси, Беднар яраси ва х.к.), ҳамда замбуруғлар чақириши мумкин бўлган (оғиз оқариши-молочница) касалликларга мойилдир.

**1–3 ёшгача бўлган болаларда:** шиллик парда қалинлашуви, толалар системасида ва ҳужайраларда содир бўладиган ўзгаришлар (миқдор жиҳатдан) ошиши, қон томирларни кўпайиши, базал мембрананинг шаклланиши, ҳимоя ҳужайралар тўпламининг корпорациясининг ҳали шаклланмаганлиги, она организмидан олинган иммунологик тайёр ҳимоя воситаларининг камайиб тутаб кетиши, айнан шу даврда вирус ва инфекциялар чақирадиган яллиғланиш жараёнини ўткир ўтишини таъминлайди. Айнан шу даврда сут тишларининг бирин-кетин ёриб чиқиши шиллик парда бутунлигини доимий бузилишига ва инфекция кириши учун кўлаб очик дарвозаларни вужудга келтиришига сабаб бўлади.

**4–12 ёшларга келиб** оғиз бўлишиги шиллик пардасида керакли ҳимоя баръери – тўсиқлари шаклланади, шу билан биргаликда иммунологик ҳимоя ҳужайралар комплекси ҳосил бўлиб қон томирлар атрофида улар фаоллашади (плазматик, лимфоцит, гистиоцит, моноцит, макрофаг ва айнисса лаброцитлар). Лимфа тугунлари ҳимоя функциясини бажара бошлайди, иммун ҳужайралар антителолар, махсус иммуноглобулинлар ишлаб чиқа бошлайди. Лимфоцит – плазматик ҳужайралар – моноцит – макрофаг – гистиоцит – лаброцит – ҳужайралар корпорацияси вужудга келади. Эпителий қават қалинлашади, махсус соҳаларда улар шохлана бошлайдилар, базал мембрана қалинлашиб, зичлашади, коллоген, эластик толалар такомиллашиб этилади, пишиқ механик қатлам ҳосил қилинади.

Ҳимоя ҳужайралари: лимфоцит ва макрофаглар кўп қаватли эпителийга ўтиб шиллик парда сатҳига яқинлашади. Қон томирлар девори зичлашиб қалинлашиб ўтказувчанлик пасаяди. Лаброцитлар функцияси фаоллашади. Улар гешарин, гистамин, серотонин каби биологик актив моддалар ишлаб чиқариб аллергия реакцияларга қарши ҳимоя фонини яратишади.

Шундай қилиб, бу ёшда шиллик парда ўзининг ҳимоя баръер структурасини шакллантиради ва натижада ўткир яллиғланиш жараёнлари камайиб, сурункали, аллергия жараёнларга учрай бошлайди.

Шиллик парданинг 8–12 ёшга келиб шаклланган баръер (ҳимоя) функциясини қуйидаги структуралар бажаради:

1. Сўлак ўзининг иммунобиологик компонентлари (лизоцим, иммуноглобулинлар ва бошқалар) билан биргаликда.

2. Эпителий шиллиги.

3. Юпка, кўп қаватли эпителий қатлами (десмоомалари, хужайра оралиқ моддаси ва хужайралар мембранаси, хужайра ичидаги лизофагосома-ҳазм системаси) билан.

4. База мембрана ўзининг зич толали структураси билан.

5. Эпителий қаватига миграция қиладиган нейтрофил лейкоцитлар, лимфоцитлар, иммуноактив носпецифик секретор моддалари.

6. Шиллик ости қават кўшувчи тўқиманинг иммунокомпонент хужайралари (макрофаглар, лимфоцитлар, плазматик хужайралар, нейтрофил лейкоцитлар, семиз хужайралар ва бошқалар)

7. Кўшувчи тўқиманинг хужайра оралиқ моддаси ва ундаги мавжуд бўлган иммуноактив структуралари.

## **7.2. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари таснифи**

Болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллик қаватида учрайдиган касалликларни маълум турларга ва гуруҳларга бўлишда, яъни тасниф қилиш жараёнида уларни келтириб чиқарувчи сабабларга таяниб иш тутиш мақсадга мувофиқдир. Шу билан биргаликда болалар организмига бир пайтнинг ўзида бир қадар таъсиротлар (травма, инфекция, аллергия, орган ва системалардаги бир қадар ўзгаришлар ва бошқ.) таъсир кўрсатаётганини ҳам ҳисобга олмоқ зарур. Касаллик турларини юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда аниқлаш даволовчи шифокорга тўғри йўлланма берган ҳолда, касаллик ривожланишини тўғри аниқлаш ва даво тадбирларини муваффақиятли олиб бориш имкониятини яратади.

*Юқорида баён қилинган фикрларни ҳисобга олган ҳолда Москва тиббиёт стоматология университети болалар стоматологияси кафедраси ходимлари томонидан ишлаб чиқилган таснифдан фойдаланишни тавсия этамиз:*

1. Травма натижасида юзага келадиган оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг жароҳатлари.

2. Инфекция (микроблар, замбуруғлар, вируслар) таъсирида юзага келадиган оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари.

3. Алоҳида (специфик) инфекция таъсири натижасида юзага келадиган оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг касалликлари.

4. Организмнинг ўта сезувчанлик (аллергия) хусусиятлари билан боғлиқ бўлган ўзгаришлар.

5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги дори-дармонларнинг қабул қилиниши билан боғлиқ бўлган жароҳатли ўзгаришлар.

6. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг организмнинг баъзи бир аъзолари ёки системаларидаги касалликлари билан боғлиқ бўлган ўзгаришлари.

7. Тип соҳасида юзага келадиган касалликлар.

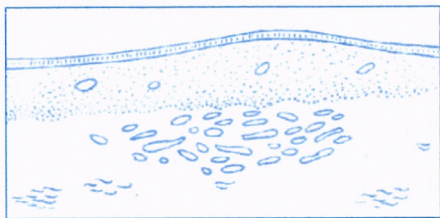
8. Лаблар соҳасида юзага келадиган касалликлар.

### **7.3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларида пайдо бўладиган шикастланиш аломатлари**

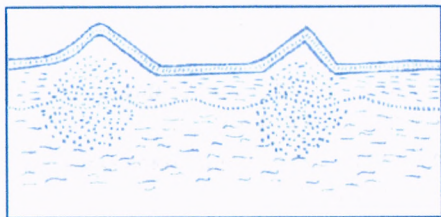
Оғиз бўшлиғи касалликларида шиллиқ қаватнинг бирламчи ва иккиламчи шикастланиш аломатлари кузатилади.

#### **7.3.1. Жароҳатланишнинг бирламчи белгилари**

Доғ (пятно – macula) – шиллиқ пардада юзага келадиган рангли ўзгариш (14-расм). Шиллиқ парда рангининг маълум бир сатҳда ўзгариши натижасида содир бўладиган доғлар икки хил бўлади: 1) яллиғланиш доғи; 2) яллиғланишга алоқаси бўлмаган доғ – пигментли доғлар. Яллиғланиш жараёни натижасида юзага келадиган, диаметри 1,5 см гача бўладиган кизғиш доғлар - розеола, каттароқ бўлса, эритема номи билан юритилади. Пигментли доғлар тўқимада меланин пигменти тўпланишидан, висмут ёки қўрғошин препаратларининг организмга тушишидан ҳосил бўлади.



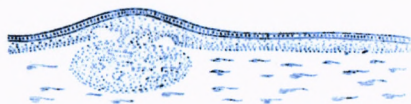
**14-расм.** Доғ-шиллик парданинг ранги ўзгарган кичик сатҳи.



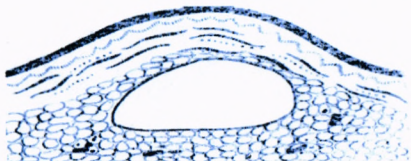
**15-расм.** Тугунча-шиллик парда сатҳидан бўртиб чиқиб турувчи, зичлашган инфилтратли кичик чегараланган соҳа.

**Тугунча** (узелок – *nodulus*) — яллиғланиш жароҳатининг шиллик қаватдаги бўшлиқсиз бўртмаси (15-расм). Тугунча буртмасининг диаметри 0,1-0,5 мм бўлиб, оқиш рангли товланиб турувчи хусусиятга эга. Уларнинг бир нечтаси қўшилиб, бляшка (тангача) ҳосил қилиши мумкин.

**Тугун** (узел – *nodus*) – ўлчамлари билан тугунчага нисбатан йирикроқ бўлиб, шиллик ости қават ҳимоя хужайраларининг йиғилишидан (инфилтрат) ҳосил бўлади (16-расм). Шиллик қават сатҳидан анча бўртиб чиқиб, пайпаслаганда шиллик қаватнинг қаттиқлашганлигини кўрсатади ва шиллик парда рангини бир қадар ўзгартириши мумкин.



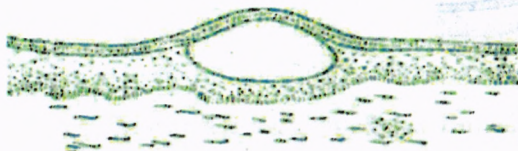
**16-расм.** Тугун-шиллик парданинг думалок шакли инфилтратли бўртмаси.



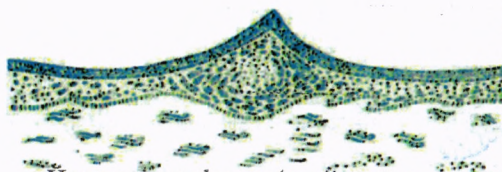
**17-расм.** Пуфакча-шиллик парданинг ичи ковак, суоқлиқли бўртмаси.

**Бўртма** – дўмбоқча (бугорок – tuberculum) – шиллик парданинг барча қаватларини қамраб олувчи инфильтрат бўлиб, думалоқ шаклга эгадир. Диаметрининг ўлчамлари 0,2 мм дан каттароқ бўлиб, яра ҳосил қилади (17-расм).

**Пуфакча** (пузырек – vesicula) – ички қисми бўшлиқдан иборат бўлиб, диаметрининг ўлчамлари 0,5 мм гача бўлади. Пуфакча шиллик парданинг эпителий қаватлари орасида суюқлик (экссудат) йиғилишидан ҳосил бўлади (18-расм).



**18-расм.** Йирингли пуфакча-бўшлиғи йирингли экссудат билан тўлиб турувчи дўнгча.



**19-расм.** Пуфак-шиллик парда сатҳида вужудга келган ичи ковак суюқликли бўртма.

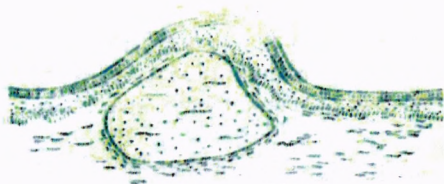
**Йирингли пуфакча** (гнойничок – pustula) бўшлиғи йиринг билан тўлган бўлиб, юз соҳаси терисида, лабларнинг қизил ҳошиясида кузатилади. Ўлчамлари тарик катталигида бўлади (19-расм).

**Пуфак** (пузырь – bulla) – пуфакчалардан ўлчамларининг катталиги билан фарқ қилади. Ички бўшлиғи сероз ёки қон аралашган суюқлик (экссудат) билан тўлган бўлади. Пуфаклар эпителий қатламнинг остки қисмида (субэпителиальный) ва унинг оралик қаватларида (интраэпителиальный) ҳосил бўлиши мумкин.

**Киста** (киста – cysta) – деворининг ички юзаси эпителий хужайралари, ташки томони қўшувчи тўқима билан ўралган ичи бўшлиқдан иборатдир (20-расм).

**Шиллик парда шиши** (волдырь - urtica) — ҳажми анчагина катта бўлган хусусий қаватнинг суюқлик (экссудат) билан тўйиниши асосида вужудга келадиган белги бўлиб, бу соҳада шиллик парда қизариши ёки оқши тусга кириши мумкин (21-расм).





20-расм. Киста-чегараланган, думалоқ бўшлиқли элемент.



21-расм. Шиллиқ пардали шиш.

### 7.3.2. Жароҳатланишнинг иккиламчи белгилари

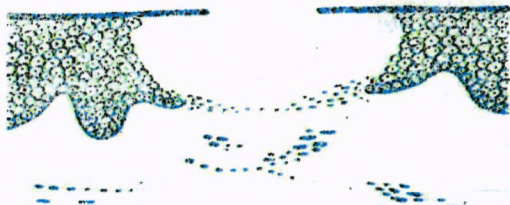
Шилиниш (эрозия - erosia) - эпителий қатламининг бирламчи белгиси (пуфакча ёрилиши натижасида) ёки ташқи таъсирот натижасида енгил шикастланиши (22-расм).



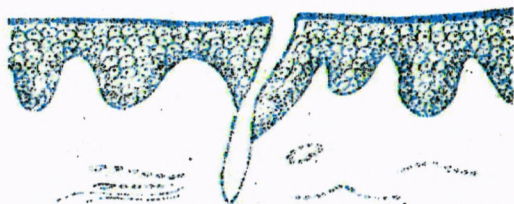
22-расм. Эрозия-шиллик парда эпителий қаватининг чегараланган емирилиши.

Яра (язва - ulcus) - оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси барча қаватларининг шикастланиши натижасида юзага келадиган, деворларга ва туб сатҳга эга бўлган белги (23-расм).





23-расм. Шиллик парда яраси.

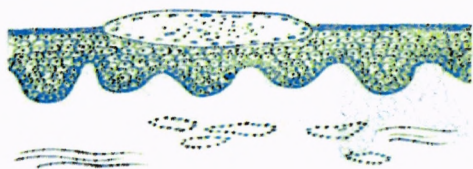


24-расм. Шиллик пардани ҳосил қилувчи тўқима қаватларининг ажралиши туфайли содир бўладиган ёриқ.

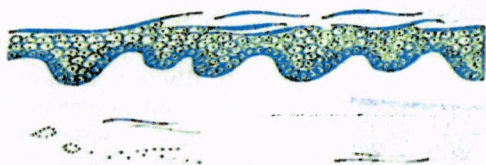
**Ярача** (афта – aphtha) – шилинишнинг фибриноз парда билан қопланган ҳолдаги кўриниши. Атрофи доимо кизғиш халқа билан ўралган бўлади.

**Ёриқ** (трешина-ghagas) – шиллик парда барча қаватларининг ажралиши натижасида кузатилади. Бунга тўқималар эластиклик (қайишқоқлик) хусусиятининг йўқолиши сабаб бўлади (24-расм).

**Тангачалар** — мугузланиш (чешуйка-squama) эпителийнинг зўр бериб мугузланиши натижасида ҳосил бўладиган белгилар. Улар шиллик қават юзасида кўтарилиб турувчи оролчалар шаклида намоён бўлади Бунга сабаб, яллиғланиш жараёнида мугузланаётган эпителий хужайраларининг ўз вақтида тушиб кетмаслигидир (25-расм).



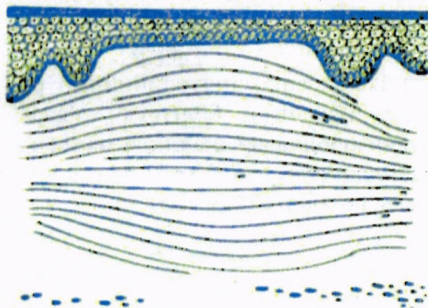
25-расм. Мугузли тангачалар.



26-расм. Қатқалок шаклдаги пўстлоқ.

**Қатқалок** — пўстлоқ (корка – crusta) – пуфакчалар, пуфаклар, шилиниш ва яраларнинг кўпчиб, уларнинг таркибидаги суюқликнинг шимилиб кетиши натижасида юзага келадиган белги (26-расм).

**Чандиқ** (рубец – cicatrix) — шиллик парданинг яллиғланиш жараёнида сурилиб кетган хусусий қаватининг коллаген толали кўшувчи тўқима билан алмашинувидан ҳосил бўлган белги (27-расм).



27-расм. Шиллик парда чандиғи.

#### 7.4. Механик травмалар натижасида юзага келадиган оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг жароҳатлари

Болаларда оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг механик таъсиротлардан жароҳатланиши, кўнгина ҳолларда шикастланган тишларнинг ўткир кирралари ва улар оғзига солиб ўйнайдиган предметлар таъсирида кузатилади.

Янги туғилган чақалоқларда бу хил жароҳатланиш вақтидан олдин ёки туғма ўсиб чиққан, айниқса пастки жағ марказий кўрак

тишларининг механик таъсирида юзага келиши мумкин. Бундай ҳолларда жароҳат-яра тилнинг остки юзасида пайдо бўлади (34-расм). Тил остки юзасининг жароҳатланиши — бола она кўкрагини сўраётган пайтларда аниқланади. Бундай ҳолларда шиллик қават жароҳатини бартараф этиш учун ўсиб чиққан тишлар олиб ташланади.

Бир ёшгача бўлган болаларнинг узоқ муддат узун сўргич сўриши натижасида қаттиқ танглайнинг юмшоқ танглайга ўтиш чегарасида шилинишлар (эрозия) вужудга келиши мумкин. Бу хил шилинишлар яхши ўсаётган, соғлом болаларда тезда ўтиб кетади. Баъзи бир ҳолларда болалар ўзларини нохуш ҳис қилишлари, инжиқ бўлиб она кўкрагини сўрмай қўйишлари мумкин. Оғиз бўшлиғининг шиллик қавати кўздан кечирилганда (айниқса, танглай соҳасида) шилиниш ёки яра ҳосил бўлганининг гувоҳи бўламир. Бу белгилар юзаси кўпчиган фибринли караш билан қопланган ва атрофи қизғиш ҳошия билан ўралган бўлса, бу ҳол иккиламчи инфекция таъсирида яллиғланиш жараёнининг бошланганлигидан дарак беради. Бундай вазиятларда шифокор муолажаси оғиз бўшлиғини, жароҳат юзасини шифобахш ўсимликлардан (шалфей, ромашка, календула, аччиқ дамланган чой ва бошқ.) тайёрланган дамламалар билан (резина баллончалар ёрдамида) тез-тез ювиб туришдан иборат бўлади. Ювилган жароҳат юзасини шиллик парда ҳужайра ва тўқималарининг тикланишига ёрдам берувчи маҳкамлар (наъматак мойи, облепиха мойи, винилин, салкосерил, каланхоз ёғи) билан мойлаш мақсадга мувофиқ.

#### 7.4.1. Беднар яраси

Баъзи бир ҳолларда организми кучсизланган болаларда шилиниш ва яралар юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг туташган чизикларида лонасимон суякнинг (*os sphenoidalis*) танглай ўсиқлари проекциясида симметрия равишда юзага келиши мумкин. Бунга сунъий равишда овқатлантирилаётган болаларга берадиган сўргичнинг узунлиги ва кўполлиги, баъзи бир ҳолларда она кўкрагининг дағаллиги ҳам сабаб бўлади. Бу хил турдаги шилиниш ва яраларни *Беднар афтаси* деб юритилади. Танглай шиллик пардасидаги бундай жароҳатлар тўқима озикланиши жараёнининг бузилиши, ёмонлашуви оқибатида вужудга келгани учун анчагина узоқ (3–4 ҳафта) вақт давом этади. Ана шундай ҳолат кўпинча бола умумий аҳволининг ўзгаришига, инжиқланишига, тана ҳароратининг кўтарилишига, уйқусининг бузилишига ва овқатланишдан бош тортишига сабаб бўлади. Бола беҳол бўлиб дармонсизланади. Кўкрак ёки сўргични сўришдан тезда тўхтаб, чинқириб йиғлай бошлайди. Жароҳатнинг узоқ чўзилишида иккиламчи

инфекция вужудга келтирган яллиғланиш жараёни алоҳида ўрин тутади.

Шуларни назарда тутган ҳолда, даволаш чора-тадбирлари авваламбор, келтириб чиқарувчи сабабларни йўқотишдан бошланади. Узун сўрғичлар қисқартирилиб, юмшоқ ва нозикроқлари танланади. Она кўкрак сўрғичи эмизидан олдин ёғлаб юмшатилиши шарт.

Иккиламчи инфекцияга қарши курашиш билан бир қаторда, юқорида баён қилинган ўсимлик мойлари ва малҳамлар билан яра атрофидаги тўқиманинг тикланишига эътибор берилади. Булардан ташқари касалликнинг асосий нохуш белгиси бўлиб ҳисобланган оғриққа қарши муолажалар ўтказилиши лозим.

Оғриқсизлантириш мақсадида, айниқса болани овқатлантиришдан олдин жароҳат ва унинг атрофига ўсимлик мойларига ёки вазелин ёғига аралаштирилган анестезин суртиш яхши натижалар беради. Яллиғланиш жараёнининг сусайишини тезлаштириш учун уйқудан олдин кунига 3-4 марта жароҳат ва унинг атрофи антисептик эритмалар ёки доривор ўсимликлар дамламаси билан ювилиб, унга облепиха мойи, наъматак мойи, ванилин каби малҳамлар суртиш зарур. Боланинг шахсий гигиенаси ва у ўйнайдиган предметлар - ўйинчоқларни тоза тутиш, сўрғичларни қайноқ сувда ёки рангсиз  $KMnO_4$  эритмасида чайиш, она кўкраги гигиенасига амал қилиш тузалиш жараёнини тезлаштирадиган омиллардан ҳисобланади.

Болага пифокор маслаҳатсиз мустақил даво-тадбирларини қўллаш нохуш оқибатларга олиб келиши мумкин.

Мактаб ёшидаги болалардаги нохуш қилиқлар: лаб, лунжларни тишлар орасига олиб сўриш, тилни тишлар орасига олиб ўйнаш, тишлаш, қалам, ручкани оғзига солиш натижасида оғиз шиллик пардасининг турли соҳаларида сурункали травма таъсирида жароҳатлар юзага келади. Бундай ҳолларга болаларда ҳали асаб системасининг турғунлашманлиги сабаб бўлади. Оқибатда келиб чиқадиган жароҳатлар шилиниш ёки яра белгилари кўринишига эга бўлади. Бу хилдаги яралар чегараси нотекис, атрофи қизарган, пайпаслаб текширилганда асоси қаттиқ ва оғриқли бўлади. Сурункали яллиғланиш жараёнида шиллик парда хусусий каватида химоя хужайралар йиғилиб, инфилтрат ҳосил қилади ва кўпгина ҳолларда чандиқли жароҳатлар пайдо бўлади. Даволаш тадбири тишларнинг ўткир қирраларини чархлаб силлиқлаш, яллиғланиш жараёнини сусайтириш, жароҳатни оғриқсизлантириш, иккиламчи инфекцияга ва энг асосийси нохуш қилиқларга қарши курашишдан иборатдир. Чандиқ ҳосил бўлган

ҳолларда ортодонтик ҳимоя пластинкалар тақиб юриш буюрилади. Баъзи бир ҳолларда невропатологдан маслаҳат олиш лозим.

### **7.5. Оғиз бўйлиғи шиллиқ қавагининг кимёвий жароҳатланиши**

Кўпгина ҳолларда оғиз шиллиқ пардасининг бундай жароҳатланиши болаларнинг оғриган тишини нотўғри даволаш ва камдан - кам ҳолларда уй шароитида уй-рўзғор учун ишлатиладиган кислота ёки ишқорий моддаларни нотўғри сақлаш оқибатида келиб чиқиши мумкин. Жароҳат чуқурлиги бундай вазиятларда кимёвий модданинг концентрацияси, таъсиротнинг узоқ-қисқалиги ва кўрсатилган биринчи ёрдамнинг тўғри-нотўғрилигига қараб ҳар хил бўлиши мумкин. Кимёвий таъсирлар биринчи дақиқаларда тўғри аниқланса, зудлик билан акс таъсир этувчи моддалар (антидот) эритмаси билан жароҳатни ювиш, даволашни тўғри бошлаш болани ноҳуш ҳоллардан ҳалос қилишнинг асосий йўлидир. Кислота ёки ишқор таъсирида биринчи дақиқаларда шиллиқ парданинг қизариши асосий ўрин тугади. Бир неча соат вақт ўтгандан кейин тўқима ҳужайралари ўлади (некроз) ва фибриноз экссудат билан тўйиниб қалинлашади. Ҳосил бўлган қалин парда (плёнка) 7-8-кунлардан бошлаб, тирик тўқимадан ажралиб туша бошлайди. Жароҳат ўрнида таъсир кучига қараб ҳар хил катталиқдаги ва чуқурликдаги яра ёки эрозия ҳосил бўлади. Жароҳат фибрилли қараш билан қопланиб, атрофидаги соғлом тўқиманинг тикланиши натижасида аста-секинлик билан бита бошлайди. Кимёвий таъсир натижасида дастлаб лаблар (кўпроқ пастки лаб), кейин тил, ютқин жароҳатланади (35-расм).

Кислота таъсиридан жароҳатланганда биринчи бўлиб шиллиқ пардани суст ишқор эритмаси (бир стакан сувга бир чой қошиқ овқатга ишлатиладиган сода солинади) билан обдон ювилади. Ишқорли жароҳатлар эса суст кислота (1–3% уксус) эритмаси билан ювилади. Мабодо керакли кимёвий эритмалар бўлмаса, унда иккала ҳолда ҳам совук сувдан фойдаланиш зарур. Кислота ҳамда ишқор моддалар сувда яхши эриши натижасида яхши ювилади ва уларнинг таъсир кучи сусаяди.

Кимёвий жароҳатлар оғриқли тишни даволашда дори-дармон сифатида ишлатиладиган: фенол, формалин, антиформин, спирт, эфир ва бошқаларни эҳтиётсизлик билан ишлатиш оқибатида шиллиқ пардага тушиши натижасида ҳам келиб чиқиши мумкин.

Кимёвий жароҳатлар кўпайган сари беморнинг умумий аҳволи ҳам оғирлашади, кучли оғриқ туради, тана ҳарорати кўтарилади (37-

39°C), кучли заҳарланиш белгилари юзага келади. Уйку бузилади, бемор безовталанади ва овқатдан бош тортади.

Даво чора-тадбирлари биринчи ёрдамдан ташқари оғиз шиллик пардасини оғриқсизлантириш, антисептик эритмалар билан жароҳатни оҳисталик билан ювиш, ичиш учун организм сезгирлигини сусайтирувчи дорилар, антибиотиклар қабул қилишдан иборат. Бундай пайтда умумий заҳарланиш белгиларининг олдини олиш учун болага кўпроқ суюқлик ичириш лозим.

Агар кимёвий таъсирот натижасида ютқин, нафас йўллариининг бошланиш қисми жароҳатланган бўлса, бола шифохонага ётқизилиб, кулок-бурун-томоқ мутахассислари назоратида даволанади.

### ***Ўзлаштириш даржасини аниқлаш учун саволлар***

1. Қандай шароитларда оғиз бўшлиғи шиллик пардаси жароҳатланади?

2. Бола туғилганидан кейинги биринчи ойларда оғиз бўшлиғи шиллик пардасида юзага келадиган механик жароҳатлар қандай юз беради?

3. Беднар ярасининг ўзига хос хусусиятлари нималардан иборат?

4. Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси қандай шароитларда сиротга учраши мумкин?

5. Травматик жароҳатларни умумий даволаш нималарни ўз ичига олади?

6. Кимёвий жароҳатланишда биринчи ёрдам нимадан иборат?

### **7.6. Инфекция сабабли оғиз бўшлиғи шиллик қаватида юзага келадиган ўзгаришлар**

Кейинги пайтларда болалар орасида лабларнинг қизил ҳошиясида, унга бирлашиб турувчи тери сатҳида ва оғиз бўшлиғи шиллик пардасида сурункали тарзда кечадиган экзематоз хейлит (лабларнинг яллиғланиши), ўткир герпетик стоматит ва экссудатли эритема хасталикларининг иккиламчи стрептококкли, стрепто-стафилококкли микроблар билан ифлосланиши натижасида йирингли белгилар вужудга келиш ҳоллари кўп учрамоқда. Баён қилинган хасталикларнинг клиник кечишида биринчи ўринда ўткир йирингли жараёнли белгилар кузатилади. Лабларда ва унга бирлашиб турган тери сатҳида қалич йирингли (асал рангида), сарғиш пўстлоқлар ҳосил бўлади. Пўстлоқлар ажратилганда ўрнида йирингли жароҳатлар пайдо бўлади (38, 40-расмлар).

Йиринг билан қопланган иккиламчи белгилар лаблар ва тил шиллиқ пардасида ҳам аниқланади. Шиллиқ парда йирингли жароҳатлари юза қаватда ҳосил бўлишига қарамай оғрикли, юзаси юмшоқ ва осон ажраладиган ғовак фибринли қараш билан қопланиб туради. Олдинги тишлар атрофидаги милкларда ўткир қатарал яллиғланиш белгилари пайдо бўлади. Жағ ости лимфа тугунлари қатталашиб, пайпаслаганда оғриқ сезилади, айрим ҳолларда йирингли яллиғланиш жараёнлари вужудга келиши мумкин.

Болаларнинг тана ҳарорати кўтарилади ва умумий заҳарланиш белгилари пайдо бўлади. Бундай хасталикка учраган беморларни даволашда жараённи вужудга келтирган асосий касалликлар эътиборга олинмоғи лозим.

Маҳаллий даво тадбирларини амалга ошириш чоғида лаблардаги, уларнинг атроф териси сатҳидаги йирингли пўстлоқлар илитилган ўсимлик мойига аралаштирилган анестезинли аралашма билан ёғланади ва юмшатилади. Юмшаган пўстлоқлар 1% ли илиқ водород пероксидига ҳўлланган стерил салфеткалар ёрдамида оҳиста жароҳатдан ажратиб олинади. Оғиз шиллиқ пардаси маҳаллий оғриқсизлангирилгандан сўнг, 0,5-1% ли водород пероксиди, сўнгра калий перманганатнинг 1:10000 нисбатдаги эритмаси, 0,1-0,25% ли хлорамин эритмаси ёки оксилларни парчаловчи ферментлар (трипсин, химотрипсин) эритмалари билан тозаланади. Экземали хейлит ёки бошқа аллергия хасталиклар билан оғриган болаларнинг лаб, тери жароҳатларига, оғиз шиллиқ пардасига неомицинли, дибომицинли, эритромицинли, полимиксинли, синтомицинли антибиотикли эмульсиялар ва малҳамлар (мазь) суртиш мумкин. Дори моддаларига нисбатан ўта сезгир ва экземали хейлит хасталигига учраган болалардаги йирингли жароҳатларга эса антибиотикли малҳамлар, албатта уларга глюкокортикоид гормонли малҳамлар (дермозолон, оксикорд) ни аралаштириб суртилади.

Уй шароитида шиллиқ парда, тери жароҳатларига антисептик тозалаш (сбработка)дан кейин буюрилган малҳам дорилар ҳар 1 соат вақт оралиғида (кечаси ҳам) суртилади.

Баён қилинган хасталикка учраган беморларга умумий даво тадбирларини қўллаш уларнинг соғайишини тезлаштиради. Ана шу мақсадда хаста болаларга ичиш учун сульфаниламидли таблеткалар, кальций глюконати, сезгирикни пасайтирувчи дорилар (тавегил, супрастин) ёнга мос равишдаги миқдорларда буюрилади. Ана шу давр мобайнида болаларни чўмилтирмаслик лозим. Кийимлари тез-тез алмаштирилиб, қўлларига тоза латта қопчалар кийгизилади, бу эса

йирингли жароҳатларга тегса ҳам касалликнинг тананинг соғ қисмларига кўчиши эҳтимолининг олдини олади. Қўлларга кийгизилган қўлқопчаларни ҳар 1-2 соат вақт мобайнида ювилиб, дазмонлаб, алмаштириб туриш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

### 7.6.1. Дифтерия

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

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

**Касалликнинг клиник кечиши.** Дифтерия хасталиғи ўткир, тана ҳароратининг кўтарилиши билан бошланиб ( $38^{\circ}\text{C}$ ), бола умумий аҳволининг бузилиши кузатилади. Болалар томоқдаги оғриққа шикаят қилишади. Оғиз шиллиқ пардаси кўригида муртақлар, тилчанинг, юткин парда шиллиқ пардасининг қизариши, шиши аниқланади. 1–2 суткалар мобайнида карашлар нозик, тўрсимон, ўргимчак тўрига ўхшаш, чегаралари аниқ тўлқинсимон бўлиб кўринади. Караш шиллиқ пардага маҳкам ёпишганлиги туфайли пахта тампонлар билан суртиб олиб ташлашнинг иложи бўлмайди. Куч ишлатилган тарзда шиллиқ парданинг қонашига олиб келади. Караш парда фибриноз яллиғланиш ҳосиласи ҳисобланади ва маҳаллий тўқиманинг инфекцияга қарши, унинг токсинига қарши ҳимоя реакциясидир. Фибринли караш томирлардан сизиб чиққан фибрин толалари, қовжираган эпителий, лейкоцитлар ва баъзан кўзгатувчи Леффлер таёқчаларидан иборатдир. Касалликнинг ривожланиши билан фибринли карашлар қалинлашиб шиллиқ парда сатҳида кенгайиб таркала бошлайди, ранги тўқ кулранг ёки сарғиш кулранг тус олади. Карашларга қон аралашса, жигарранг занг тусига киради. Караш пардалар тозаланган жойда тезда янги пайдо бўла бошлайди. Оғиз бўшлиғида бу карашлар милқлар четида, тил юзасида ва бошқа соҳаларда пайдо бўла бошлайди. Оғизда ширинликнинг ачиган ҳиди пайдо бўлади.

Дифтерия учун бўйин соҳасидаги лимфа тугунларнинг яллиғланиши, юмшоқ тўқима шиши ўзига хос хусусият бўлиб, тўқима шиши ўмров суягигача етиб бориш ҳоллари кузатилган. Махсус фаол



эмланган болаларда клиник манзара бирмунча бошқача кечади. Ҳалқум парда дифтерияси катарал ёки лакунар ангина сифатида кечиб, карашлар юмшоқ, осон ажралувчи, тарқалишга мойиллиги бўлмайди.

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

### 7.6.2. Қизамиқ

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

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

**Клиник манзараси.** Терида тошмалар пайдо бўлишидан 1–2 кун илгари юмшоқ ва қаттиқ танглай шиллик пардасида қизғиш тўғнағич бошидан каттароқ доғлар – қизамиқ энантемасини аниқлаш мумкин. Оғир ҳолларда бу энантемалар геморрагик тус олиши қайд қилинган. 1–2 кундан сўнг мазкур энантемалар қўшилиб кетиб умумий гиперемия фонини юзага келтиради.

Энантемалар билан бир вақтда баъзан улардан ҳам эртароқ моляр тишлар атрофида, лунж шиллик қаватида Филатов доғлари юзага келади. Бу доғлар шиллик парда сатҳидан кўтарилиб турувчи, атрофи гиперемияланган маркази оч хаворанг шиллик пардага нисбатан қаттикроқ, нотўғри шаклдаги диаметри 1-2 мм ли тузилмалардан иборат бўлади. Сони бир неча ўнга – йигирматадан, юз ва ундан ортик бўлиши мумкин. Улар гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашиб ҳеч қачон қўшилиб кетмайди. Филатов доғлари 2–3 кун туриб кейин йўқолиб кетадиган элементдир.

Захарланиш аломатлари кучайиб, бемор умумий аҳволи оғирлашган ҳолларда ярали стоматитлар вужудга келади ва жаф суяклари остеомиелити содир бўлиши мумкин. Бу хил асоратлар асосан оғиз бўшлиғи санация қилинмаган беморларда юзага келиши мумкин.

Қизамиқ касаллигида оғиз шиллик пардасидаги ўзгаришларни кандидомикозлар, ўткир герпетик стоматит каби хасталиклар билан

қиёсий ташҳис қилинади. Беморлар болалар юқумли касалликлар бўлимида даволанади.

### 7.6.3. Скарлатина

Кўпчилик олимлар фикрига кўра касалликни чақирувчи бўлиб гемолитик стрептококклар ҳисобланади. Касалликнинг юқиши асосан ҳаво томчиси ва контакт йўли орқали амалга ошади. Инкубация даври ўртача 3-7 кун бўлиб, 2 ёшдан 6-7 ёшгача бўлган болалар асосан касалликка чалинади.

**Клиник манзараси.** Касаллик ўткир бошланиб тана ҳарорати 39-40<sup>0</sup>С гача кўтариллади. Кўнгил айниб, бош оғриғи, бола қусиши мумкин. Бир неча соат ўтгач томоқда ютиниш пайтида кучли оғриқ пайдо бўлади. Оғиз шиллиқ пардасидаги ўзгаришлар тана ҳароратининг ўзгариши билан бир вақтда бошланади. Муртақлар шиллиқ пардаси, юмшоқ танглай кескин қизариб, атроф шиллиқ пардасидан ажралиб туради. Касалликнинг иккинчи суткасида қизарган шиллиқ пардада нуқтали энантемалар пайдо бўлиб, шиллиқ қават силлиқлигини бузади. Кейинчалик тошмалар лунж, милк шиллиқ қаватига тарқалиб 3-4 кунда терида тошмалар пайдо бўлади. Муртақлар ангинаси катарал, лакунар ёки некротик ҳолатда кечиши мумкин. Оғиз шиллиқ пардасидаги кейинги ўзгаришлар асосан тил сатҳида юз беради. Биринчи кунларда тил сатҳи қулранг караш билан қопланади, оғир кечган ҳолатларда караш жигарранг тус олиб, уни шиллиқ пардадан ажратиш мумкин бўлади. 2-3 кундан бошлаб тил учи ва ён сатҳлари эпителий десквамацияси (қовжираб тушиши) натижасида карашдан тозалана бошлайди.

Карашдан тозаланган тил сатҳи тўқ қизил-малина рангига киради («малина тил»), замбуруғсимон сўргичлар шишиб ўлчамлари катталашади. Бир неча кундан сўнг тил сатҳи карашлардан батамом тозаланади, ипсимон сўргичлар атрофияланиб тил силлиқлашиб «лакланган» ҳолга келиб қолади ва овқат қабули пайтида оғриқ сезгиси кучаяди. Вақт ўтиши билан ипсимон сўргичлар тиклана бошлайди ва тил ўзининг одатдаги кўринишига қайтади. Лаблар шишиб, тўқ пушти, малина ёки олча рангига киради. Баъзан касалликнинг 4-5 кунда лабларда ёриқлар ва шилинишлар пайдо бўлади. Биринчи кундан регионар лимфа тугунлари катталашади ва пайпаслаганда оғриқли бўлади.

Скарлатинада оғиз шиллиқ пардасида содир бўладиган ўзгаришларни дифтериядаги, қизамиқдаги, қон касалликларидаги ва ҳар хил ангиналардаги ўзгаришлар билан қиёсий ташҳис қилинади.

Скарлатина билан оғриган беморлар болалар юқумли касалликлари бўлимида ётқизилиб даволанади.

#### 7.6.4. Сув чечаги

Мазкур касалликни филтэрланувчи вируслар чакиради, хавотомчи йўли билан юқиб, инкубация даври 10–20 кунгача чўзилиши мумкин. Ёши 6 ойгача бўлган болалар бу хасталик билан оғримади. 6 ойдан 10 ёшгача бўлган болалар гуруҳида мазкур касаллик анча кенг гарқалган.

**Клиник манзараси.** Касаллик кескин бошланиб тана ҳарорати 37–38<sup>0</sup>С га кўтарилиб терида тошмалар пайдо бўлади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида нуқтали доғлар ва пуфакчалар юзага келади ва улар ёрилиши оқибатида эрозиялар пайдо бўлади. Бу эрозиялар жуда оғрикли бўлади, сарғимтир тусли карашлар билан қопланади ва бир неча кундан сўнг чандиқсиз битиб кетади. Теридаги тошмалар лабларда пуфакча шаклида атроф терида, бадан терисида олдин кизғиш, оч қизил рангдаги тугунчалар сифатида юзага келиб бир неча соат ичида пуфакчаларга айланади. Пуфакчалар овал, думалоқ шаклда бўлиб ўлчамлари 1–2 мм дан 5 мм гача бўлади. Пуфакчалар таранглашган, ялтироқ бўлиб атрофи қизил ҳошия билан ўралган, экссудати тиник. 2–3 кундан сўнг улар қуриб, жигарранг пўстлоқчаларга айланади ва 2–3 ҳафтадан сўнг из қолдирмай тўкилиб кетади. Тошмалар тошиши бир неча кун давом этиши муносабати билан терида ва шиллиқ пардаларда ёлғен полиморфизм кузатилади.

#### 7.6.5. Юқумли моноклеоз (филатов касаллиги)

Вирус кўпчилик касалликларни кўзгатувчиси ҳисобланади. Инкубация даври 5 кундан 15 кунгача давом этади.

**Клиник манзараси.** Касаллик ўткир бошланиб, тана ҳарорати кўтарилади, умумий захарланиш белгилари пайдо бўлади. Жағ ости, бўйин, кулоқ олди лимфа тугунларининг катталашуви, ҳалқум соҳасида лакунар, фолликуляр ангиналарнинг юзага келиши касалликнинг биринчи белгилари ҳисобланади. Кейинги ва асосий клиник белги жигар ва талокнинг катталашуви (гепато-спленомегалия) ҳисобланади.

Кўпчилик болалар оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида тарқалган катарал яллиғланиш ва қон қуйилиш белгилари кузатилади. Баъзиларида шиллиқ парда эрозияси, афтага ўхшаш яралар ҳам пайдо бўлади. Шиллиқ пардадаги ўзгаришлар секин кечувчи ярали-некротик жараёнга айланади.

**Ташҳис.** Умумий қон анализидаги ўзгаришлар асосида қўйилади. Лейкоцитлар сони  $20 \cdot 10^9$ - $25 \cdot 10^9$ /л. ни моноцитлар ва лимфоцитлар оқ қон таначаларининг 60-70% ни ташкил қилади. Қонда атипик базофил мононуклеарлар пайдо бўлиши ва тромбоцитлар сонининг камайиши ( $40 \cdot 10^9$ /л. гача) юқумли мононуклеозлар учун характерлидир.

Юқумли мононуклеоз дифтерия ва бошқа ҳар хил ангиналар билан қиёсий ташҳис қилинади.

**Ўткир юқумли хасталикларда даво чоралари.** Ўткир юқумли касалликларда асосий даво чораларини инфекционист-педиатр олиб боради. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида содир бўладиган яллиғланиш жараёнлари ва улар асорати билан стоматологлар курашади. Маҳаллий даво чораларининг асосий мақсади оғиз бўшлиғи санациси ва иккиламчи инфекция хуружини олишга қаратилган бўлиши лозим. Бунинг учун оғиз шиллиқ пардаси маҳаллий оғриқсизлантирилиб (анестезиннинг ёғли эритмаси, новокаин эритмаси, пиромексин эритмаси ёрдамида),  $\text{KMnO}_4$  нинг 1:6000 ли эритмаси, водород пероксидининг 1% ли эритмаси ёрдамида антисептик ювилади. Ярали шикастланишларда 0,25% ли хлорамин, 0,02% ли фурацилин эритмаси ёрдамида ишлов берилади. Яралар юзасини карашлардан тозалаш учун унинг юзасига протеолитик ферментлардан: трипсин, химотрипсин ёки химопсиннинг физиологик суюқликдаги эритмасидан фойдаланиш мумкин.

Тишлар ораси ва тиш-милк чўнтаги ўтмас нинали шприцдан фойдаланиб яхшилаб ювилади. Тиш карашлари ва тошлари тозаланади. Ичиш учун албатта сезгирликни пасайтирувчи дори-дармонлар буюрилади (5-10% ли глюконат кальций 1 чой қошиқдан, кунига 3 марта, димедрол, диазолин, тавегил ва бошқалар боланинг ёшига қараб). Кўпроқ суюқлик (чай, компот, минерал сув) ичиш, суюқ, юмшоқ овқатлар истемол қилиш буюрилади. Овқатлар тез ҳазм бўладиган ва юқори калорияли бўлиши шарт.

### 7.6.6. Ўткир герпетик стоматит

Бу касаллик 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болалар оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси хасталикларининг 70-80 фоизини ташкил қилади. Касаллик кўзгатувчиси оддий герпес (тошма) вируси ҳисобланади. Бу вирус аҳоли орасида кенг тарқалган вируслардан ҳисобланади. Касаллик тарқатувчи манбаа бўлиб, хасталикка учраган болалар ёки кишилар ҳисобланади. Катталарда касалликнинг энгил, қайталанувчи турлари қайд қилинади. Оғиз шиллиқ пардаси бу хил вирус таъсирида яллиғланишининг ёш болаларда оғир кечишига (1-3 ёшгача), ҳомила

пайтида ёки кўкрак сути орқали она организмдан болага ўтган суэт (тайёр антители шаклидаги) иммунитетнинг йўқолишига, бу ёшда организм химоя воситаларининг тўлиқ шаклланмаганлиги, боланинг тез-тез касалланиши натижасида организмнинг кучсизланишига, тез-тез шамоллашлар сабаб бўлади. Касаллик ҳаво-томчи (воздушно-капельный) йўли орқали, хасталикка учраган боланинг ўйинчоқларидан, идиш-товоқларидан фойдаланилганда юқади. Ўткир герпетик стоматит касаллигининг яширин даври вирус организмга юққанидан кейин 3 кундан 6 кунгача давом этиши мумкин.

Хасталик клиник кечилишига қараб, уч хил шаклда қайд этилади:

1) енгил шакл; 2) ўртacha оғирлашган шакл; 3) оғир кечувчи шакл.

Касалликнинг ҳар бир шаклида тўртта ривожланиш босқичи кузатилади: 1) продромал-катарал яллиғланиш босқичи; 2) тошмалар пайдо бўлиш босқичи; 3) клиник белгиларнинг кучайиш босқичи (разгар); 4) тузалиш босқичи.

Ўткир герпетик стоматитнинг енгил шакли продромал босқичнинг кучсиз намоён бўлиши билан характерланади. Бу босқич кўпгина ҳолларда ота-оналар учун сезилмаган ҳолда ўтиши мумкин. Тошмалар эрозия шилиниш шаклида намоён бўлади. Бунда юзага келган биринчи белги — пуфакчалар тезда ёрилади ва клиник кўринишни аниқлашга улгурилмайди. Пуфакчалар оғиз бўшлиғи эпителий қаватининг орасида ҳосил бўлади ва устки пўстлоқ девори жуда юпка бўлганлигидан тезда ёрилади. Оғиз шиллик пардасига тошмалар тошиши бир неча соатдан 1-2 суткагача бўлган давр мобайнида аниқланади, оғиз шиллик пардаси кўздан кечирилаётганда олдинги бир неча тишлар атрофидаги милк сўргичларининг қизариб, шишганлигини кўриш мумкин. Бу енгил катарал яллиғланиш белгисидир. Болалар бундай ҳолларда овқатланиш, сўргич сўриш пайтидаги оғриқдан шикоят қиладилар. Тана ҳарорати субфебрил, боланинг умумий аҳволида ўзгариш сезилмайди.

Хасталикнинг ўртacha оғирлашган ва оғирлашган шакллари боланинг умумий аҳволида ўзгариш пайдо бўлиши билан бошланади. Тана ҳарорати 38-40° С гача кўтарилади, умумий заҳарланиш белгилари пайдо бўлади, боланинг иштаҳаси ёмонлашади, у овқат ейишдан бош тортади. Продромал босқич 1-4 кун мобайнида давом этади. Бу босқич давомида милк шиллик пардаси қизаради, шишади, пайпаслаб кўрилганда жағ ости лимфа тугунларининг катталашгани аниқланади. Кейинги босқичда оғиз шиллик пардасининг кўпроқ олдинги қисмида: танглайда, милкларда, лунж, лаблар соҳасида, юқори, пастки лабларнинг қизил ҳошиясида ва айниқса юз сатҳининг атрофидаги тери қисмида тошмалар пайдо бўлади.

Лабларнинг қизил ҳошияси ва юзнинг тери қисмида пуфакчаларни аниқ кўриш мумкин. Пуфакчалар ичидаги суюқ экссудат тиниқ сероз ёки қон аралашган ҳолда бўлиб, кейинчалик уларнинг кўриши натижасида ўрнида оқиш-рангсиз ёки тўқ қизил пўстлоқ ҳосил бўлади. Тошмалар касаллиқнинг ўртача оғир шаклида 2-3 кун, оғир шаклида эса 4-5 кун мобайнида пайдо бўлиб туради. Баъзи бир ҳолларда узокрок давом этиши ҳам мумкин.

Хасталиқнинг оғир шаклида ҳосил бўлган пуфакчалар тезда ёрилиб, бир-бири билан қўшилиши натижасида оғиз шиллиқ пардасининг лаб, лунж, тил, танглай, баъзи бир ҳолларда ютқин соҳаларида катта юзага эга бўлган жароҳатлар пайдо бўлади (37-расм). Бундай ҳолларда милк сатҳининг кучли катарал яллиғланиши кузатилади. Милкларда кучли қизариш, шиш пайдо бўлади ва эрозия (шилиниш) аниқланиб, шиллиқ парданинг бутунлиги бузилади. Милк чўнтақларидан қуйқасимон суюқлик сизиб чиқади. Болаларнинг умумий аҳволи бутун тошмалар тошиш босқичи давомида оғирлашади. Улар овқат, сувдан буткул бош тортадилар. Бу ҳолат организмнинг умумий заҳарланишини кучайтиради. Тана ҳарорати кўтарилиб, боланинг уйқуси бузилади. Баъзан оғир ҳолларда ич кетиши, қусиш ёки ич юришмай қолиши мумкин. Хасталиқнинг оғир кечилишига, болакининг умумий аҳволининг бу қадар ёмонлашувига шиллиқ пардага тушган вирусларнинг тезда кўпайиши, улар ишлаб чиқарган заҳарли моддаларнинг қонга ўтиши ва марказий асаб системасининг тегишли марказларини қўзғатиши сабаб бўлади. Вируслар ва микроблар таъсирида бола организмнинг иммунологик ҳимоя воситалари заифланади. Хасталиқ пайтида бола организми сувсизланади, оғиз бўшлиғининг меъёрдаги гигиена ҳолати бузилади. Ўткир герпетик стоматит хасталиғи ўзининг клиник белгилари ва кечиши билан бир қатор хасталиқларга ўхшаб кетади. Шунинг учун касаллиқни тўғри аниқлаш мақсадида уни экссудатли эритема ва медикаментоз стоматит каби хасталиқлардан фарқли (дифференциал) ташхис қилинади.

**Ўткир герпетик стоматитни даволаш.** Касаллиқнинг дастлабки продремал босқичида, яъни шиллиқ пардада биринчи тошма белгилари пайдо бўлгунга қадар, махсус вирусларга қарши препаратлар маҳаллий тарзда шиллиқ пардага суртилади. Бундай малҳам (мазь) дорилар қаторига 0,5-1% ли теброфен, 0,5 ли оксалин, 0,25% ли алпизарин, ацикловир, ацикlostад ва бошқалар киради.

Стоматологик поликлиникаларда ўткир герпетик стоматитларни даволашда дори-дармонларни ишлатиш қуйидагича амалга оширилади:

1. Жароҳатланган шиллик қават сатҳига 2-3 минут вақт мобайнида 5-10% ли анестезиннинг бирор ўсимлик мойидаги эмульсияси суртилади.

2. Жароҳат юзаси 0,5-1% ли этоний эритмаси ёки натрий мефаминат эритмаси билан оҳиста ювилади.

3. Юмшоқ пахта турунда ёки шприцлар ёрдамида юқорида кўрсатилган антисептик эритмалар ёки лизоцим эритмаси билан тиш-милк чўнтақларига ишлов берилади.

4. Жароҳатланган шиллик қават юзаси 0,01% ли калий перманганат (оч пушти рангли) эритмаси билан баллончалар ёрдамида чайилади.

5. Жароҳатланган юза 3-4 минут вақт мобайнида протеолитик (оксил нарчаловчи) ферментлар – химотрипсин, химопсинларнинг эритмаси (1 мг-1 мл эритувчи) шимдирилган тампонлар билан намланади.

6. Мабодо тиш милкларининг четларида шилиниш (эрозия) жароҳатлари бўлса, милк-чўнтақларига неомицин ёки таъсир доираси кенг бўлган антибиотикли малҳамлар киритилади.

7. Касалликнинг дастлабки кунларида жароҳатланган шиллик қават юзасига юқорида кўрсатилган вирусга қарши, кечикиб мурожаат қилинганда эса каротоллин, винилин, солкосерил, наъматак, чаканда мойи, азкол каби малҳамлар суртилади. Уларни суртишдан олдин жароҳатларни ультрафиолет, гелийнеон лазер нурлари билан нурлантириш мақсадга мувофиқ бўлиб, улар жароҳатларнинг битишини анчагина тезлаштиради. Уй шароитида хасталикнинг биринчи кунларида 5-6 марта, жароҳатларнинг битиш даврида эса кунига 3-4 марта қуйидагича муолажа ўтказиш тавсия этилади:

1) Жароҳатланган шиллик қават юзасига 5-10% ли анестезиннинг мойли эритмасини 2-3 минутга суртиш;

2) Жароҳатланган юзани 0,5-1% ли водород пероксиди ёки кучсиз калий перманганат эритмаси билан ювиш.

Тўқималарнинг тикланиш даврида шалфей, ромашка, зверобой, календула дамламалари билан оғиз чайилади. Касалликнинг дастлабки кунларида бу муолажа жароҳатланган юзага вирусга қарши таъсир кўрсатадиган ҳамда тўқимани тиклашда ёрдам берадиган (кератопластик) малҳамлар суртиш билан тугалланади. Хасталикка чалинган болаларнинг умумий аҳволини яхшилаш мақсадида ичиш учун:

1) 0,025 г бонафтон препарати (кунига 3-4 мартадан, 3-4 кун мобайнида);

2) тана ҳароратини пасайтириш мақсадида бир ёшгача бўлган болаларга 1 ош қошиғида 1 % ли, 2 ёшгача бўлган болаларга 2% ли, 5 ёшлиларга 5% ли салицилат натрий эритмаси кунига уч маҳал ичирилади;

3) организмнинг сезгирлигини пасайтириш учун антигистамин препа-ратларидан (супрастин, димедрол, дипразин ва бошқалар) боланинг ёшига мос миқдорларда ичиш учун буюрилади.

Хасталикка учраган болаларни даволаш жараёнида парҳез муолажаси ҳам муҳим аҳамият касб этади. Болалар овқати суюқ ва илиқ ҳолда бўлиши керак: уларга тузи пастроқ гўштли шўрва, кефир (қатик), творог, сузма, шакар солинган тухум оқи каби маҳсулотларни бериш керак бўлади. Овқатланишдан олдин оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига оғриқсизлантирувчи малҳамлар суртиш анча ёрдам беради. Ич юриши бузилганида (қабзият) мойли клизмалар буюрилади. Ўткир герпетик стоматитнинг ўртача оғир ва оғир шаклларида болалар касалхоналарга ётқизиilib даволанади.

#### 7.6.7. Сурункали қайталовчи герпетик стоматит

Хасталикнинг бу тури болаларда катта ёшдаги кишиларга нисбатан камроқ учрайди. Баъзи бир ҳолларда болалар орасида герпес вирусининг организмда сақланиб қолиш ҳоллари ҳам қайд этилади. Тез-тез шамоллашлар, юқумли касалликлар ва бошқа организмни заифлаштирувчи омиллар бундай болаларда герпетик стоматит хасталигининг қайталанишига сабаб бўлади.

Бундай ҳолларда боланинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди. Баъзан бола умумий аҳволининг ёмонлашувига грипп, ўпка яллиғланиши (пневмония) каби касалликларнинг қўшилиши сабаб бўлиши мумкин.

Хасталикнинг бундай қайталанувчи турида пуфакчали тошмалар асосан лабларнинг қизил ҳошияси, танглай шиллиқ пардасида, милкнинг альвеоляр қисми камдан кам ҳолларда тил шиллиқ пардасида яллиғланади. Пуфакчаларнинг тезда ёрилиши натижасида шиллиқ пардаларда биз кўпинча юзаси оч кул ранг караш билан қопланган эрозия-шилиниш белгиларини кўрамиз. Уларнинг ўлчамлари 0,2–0,4 мм бўлиб, атрофи қизил ҳошия билан ўралган бўлади. Ўзаро қўшилиш ҳоллари камдан-кам кузатилади (39-расм).

Қайд қилинган эрозия-шилинишлар натижасида ҳосил бўлган жароҳатлар тезда (3–5 кунда) соғлом эпителий билан қопланиб битади. Иккиламчи инфекция таъсиридагина жароҳатларнинг битиши анча



секинлашши мумкин. Баъзан бу хасталик учламчи (тройничный) нерв тармоғи бўйлаб оғриқ пайдо бўлиши билан кечиши мумкин.

Сурункали қайталовчи герпетик стоматитда даволаш чоратадбирлари айнан ўткир герпетик стоматитдагидек амалга оширилади.

### **7.6.8. Герпангина (herpangina, вирусли ангина)**

Бу хасталикнинг чақирувчиси Коксаки (Есно) вируси ҳисобланади ва у барча ёшдаги болаларда қайд қилиниши мумкин.

Касаллик танглай муртақларининг катарал яллиғланиши билан бошланади. Бундай ҳолларда муртақлар катталлашиб қизаради. Хасталикнинг вирус юққандан кейинги 2–4-кунларида муртақлар шиллиқ қаватида, юмшоқ танглайда ва унинг ён пардаларида (дужка) 1–2 тадан, баъзан кўпроқ эрозия-шилиниш белгилари қизарган шиллиқ парда сатҳида пайдо бўлади. Белгилар пайдо бўлганда овқат ютиш пайтида оғриқ сезилади. Жароҳатланган шиллиқ парда соғлом эпителий билан қопланиб, унинг тикланиши анча секинлик билан (айниқса сурункали тонзиллит хасталигига чалинган болаларда) боради.

Даволаш чора-тадбирлари маҳаллий тарзда (симптоматик) ўтказилади. Оғиз бўшлиғи гигиенасини сақлаш, иккиламчи инфекцияга қарши курашиш, оғриқсизлантириш каби чора-тадбирларни тўғри амалга ошириш лозим. Жароҳатланган шиллиқ пардага, яллиғланишга қарши дори-дармонлар шиллиқ парданинг тикланишини таъминловчи (керато-пластик) малҳамлар, ингалипт, оксикорт, каметон каби дори моддаларни пурқаш анча қулай ва фойдалидир.

### **7.6.9. Кандидоз хасталиги**

Кандидоз — оғиз бўшлиғида энг кўп учрайдиган замбуруғли инфекция (Candidiasis oris) бўлиб, молочница хасталигини чақирувчи замбуруғлардир (Candida albicans). Бу хил замбуруғлар асосан тез-тез касалланиб турувчи, организми қувватсизланган ёки тез-тез шамоллашлар натижасида антибиотик дори-дармонларни кўплаб қабул қилган ёш болаларда хасталик чақиради ва ўзининг патогенлик хусусиятларини намоён қилади (46-расм).

Касаллик ҳеч бир белгисиз бошланиб, она кўкрагини сўрувчи ёш гўдак ўзини беҳол ҳис қилади, кўкракни яхши эммайди, уйқуси бузилиб, безовталанади. Хасталик боланинг умумий аҳволи ва микроб кучига қараб, енгил ёки оғир шаклда кечиши мумкин. Унинг енгил кечувчи шаклида бола оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардасида яккам-дуккам оқиш, ялтироқ, енгил кўчадиган доғли белгиларни кўриш

мумкин. Бундай ҳолларда оғиз бўшлиғининг шиллик пардасида кизариш (гиперемия) белгиси кузатилмайди.

Хасталик оғир шаклда кечганда шиллик парда кизариб, замбуруғлар кўпайиши натижасида шиллик парда сатҳидан кўтарилиб турувчи оқ, ипир-ипир ириган сутга ўхшаш қараш пайдо бўлади (42-расм). Бундай ҳолларда антисептик муолажа (обработка) пайтида қарашларни шиллик қават сатҳидан тўла-тўқис ажратиш мушқуллашади. Бунга сабаб, замбуруғлар ишлаб чиққан майин ипсимон мицеллаларнинг эпителий остки қаватларига ўсиб киришидир. Баъзан касалликнинг узоқ вақт давом этадиган оғир шаклларида мицеллалар шиллик парда эпителийси остидаги қўшувчи тўқимага ҳам ўсиб кириши мумкин. Хасталикнинг ана шундай шаклида қарашларни обдон тозалашга уринмаслик лозим. Акс ҳолда жароҳатланган қон томирлар орқали замбуруғлар организмда кенг тарқалиши (диссеминация) ва хасталикнинг ички органларда кенг тарқалган (генерализация) внцерал кўриниши шаклланиши мумкин. Бундай ҳол оғир оқибатларга, кўпчилик ҳолларда ўлимга сабаб бўлади.

Хасталикнинг юзага келишида оғиз бўшлиғида микроблар ва замбуруғлар ўртасида симбиоз меъёрининг бузилиши ҳам муҳим шарт-шароитларни вужудга келтиради. Бу хил физиологик антогонизм микробларнинг камайиши ҳисобига бузилиши оғиз бўшлиғида кислотали шароитнинг пайдо бўлишига олиб келади, бу замбуруғларнинг кўпайиб кетиб, патогенлашишига сабаб бўлади. Хасталикни даволашда ана шу шарт-шароитларни ҳисобга олиш зарур. Даво чора-гадбирларининг асосий йўналиши замбуруғларнинг ўсиш жараёнини тўхтатиш, оғиз бўшлиғи гигиенасини яхшилаш, жараёнга иккиламчи инфекциянинг қўшилишига йўл қўймаслик ва оғиз бўшлиғида ишқорий муҳитни вужудга келтиришдан иборат.

Бемор стоматология поликлиникасига мурожаат қилганда шифокор унинг оғиз бўшлиғи шиллик пардасини муолажа пайтида 0,5-1% ли водород пероксидига ҳўлланган пахта болишчалар ёрдамида яхшилаб артиб, уни қарашлардан, оқ ялтироқ доғлардан оқисталик билан тозаламоғи лозим. Ана шундан сўнг, жароҳатланган шиллик парда юзасига нистатинли, декаминли, канестенли малҳамлар (булар замбуруғларнинг ўсишини тўхтатади) суртиши лозим.

Болага қаровчи она уй шароитида шифокор берган кўрсатмаларни аниқ амалга ошириши керак. Эрталаблари она боланинг оғиз бўшлиғини, шиллик қават юзаларини 0,5% ли водород пероксиди (1 қошиқ 3% ли водород пероксиди эритмасини ярим стакан сувда эритилади) эритмаси билан ювмоғи ва қарашлардан тозаламоғи зарур.

Ҳар гал болани кўкрак бериб овқатлан-тиргандан сўнг, уни 10-15 минут мобайнида бошини юқорига қилиб, танасини вертикал ҳолатда тутиши лозим. Бунда бола эмиш пайтида ютган ҳаво меъданинг юқори қисмида йиғилиб, унинг ташқарига чиқиши енгиллашади. Шундан сўнг, болани стол ёки каравот четига ёнбошлагиб ётқизиб, бошини пастга қаратилган ҳолда оғиз бўшлиғи резина баллончалар ёрдамида 1–2% ли натрий гидрокарбонат (овқатга ишлатиладиган сода) эритмаси билан ювилади. Шундан кейин оғиз шиллик пардасини тетраборат натрийнинг глицериндаги аралашмаси (янги туғилганлар учун – 5% ли, 3 ойлик болалар учун – 10% ли, 1 ёшгача – 15% ли, бир ёшдан катта болалар учун – 20% ли) суртилади. Ёки бўлмаса канестин малҳамини суртиш ҳам мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Хасталикнинг оғир шаклида оғиз бўшлиғида шиллик парда сатҳидаги оқ қарашлар қалинлашиб, уни тозалаш қийинчилик туғдирган ҳолларда болаларга қўшимча равишда ичириш учун нистатин ёки леворин препаратлари (суткасига боланинг 1 кг тана массаси оғирлигига 50000 ТБ ҳисобида) буюрилади. Бу бир суткалик миқдордаги препаратни болага 5–6 мартаба бўлиб ичириш яхши натижалар беради. Кўрсатилган муолажа 7–10 кун мобайнида тартибли равишда олиб борилмоғи лозим.

Каңдидоз касаллигининг қайталаниш хавфини бартараф этиш учун уй шароитида шиллик пардада қарашлар йўқолгандан кейин ҳам бир ҳафта давомида муолажалар юқоридаги тартибда давом эттирилиши мумкин.

### *Ўзлаштириш даражасини аниқлаш учун саволлар*

1. Ёш болаларда оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг хасталикларини чақирувчи инфекция турларини санаб беринг.
2. Стрепто-стафилококк микроблари чақиритиши мумкин бўлган касалликларнинг клиник белгиларини ва чора-тадбирларини гапириб беринг.
3. Герпес вируси оғиз бўшлиғининг шиллик қаватида қандай хасталикларни келтириб чиқаради?
4. Герпес вируси чақирадиган хасталикларда шиллик пардада юзага келадиган белгиларни санаб беринг.
5. Ўткир герпетик стоматитнинг 3 ёшгача бўлган болаларда кўпроқ учрашига сабаб нима?
6. Ўткир герпетик стоматитда юз берадиган клиник белгиларни, даво чора-тадбирларини гапириб беринг.

7. Ўткир герпетик стоматит хасталигининг болалар орасида тарқалишининг олдини олиш чора-тадбирлари қандай амалга оширилмоғи лозим?

8. Ёш болалар ўртасида кандидоз касаллигини келтириб чиқарувчи шарт-шароитлар нималардан иборат?

9. Ёш болаларда кечадиган кандидоз хасталигининг клиник белгилари ва даво-чоралари ҳақида гапириб беринг.

## **7.7. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида бактериялар юзага келтирадиган аллергияк ўзгаришлар**

### **7.7.1. Сурункали қайталанувчи яралӣ (афтоз) стоматит**

Хасталик кўпинча катта ёшдаги боғча, бошланғич мактаб ёшидаги болалар ва ўсмирлар ўртасида учрайди. Болаларнинг ёши улғайган сари касалликнинг кўпроқ учраши қайд қилинган. Касаллик тарихини аниқлаш учун берилган сўроқлар ва суриштиришлар касалланган болаларда кўп ҳолларда отит, ринит, тонзиллит; меъда-ичак системаси касалликларидан: ичбуруғ, диспепсия, гижжали инвазия, гепатит, холангит каби бир қадар сурункали кечадиган хасталиклар мавжудлигини ёки улар шу касалликлар билан ёшликда оғриганликларини кўрсатади.

Хасталик асосида бактериал аллергия ётганлигини териға киритилган антигенлар (кожная проба), лейкоцитоллиз реакцияси, гистамин синовлари ёрдамида лаборатория усулида аниқлаш мумкин.

Касалликнинг клиник белгилари бошланиш даврида болаларда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида кичик яра пайдо бўлишидан олдин шу жойда кўйиш ва оғриқ аниқланади. Баъзи болаларда юқоридаги белгилар билан бир қаторда шиллиқ парданинг қизариши, тўқиманинг қаттиқлашуви каби белгиларни кўриш мумкин.

Шифокорға мурожаат қилинганда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасидаги болани безовта қилаётган нуқталарда 1–2 ёки бир неча дона шилиниш - эрозия (ўлчамлари 2–5 мм ли, қизил ҳопия билан ўралган) белгиларини кузатиш мумкин. Каттароқ ёшдаги болаларнинг умумий аҳолида ўзгариш сезилмайди. Кичик боғча ёшидаги болаларда тана ҳарорати субфебрил даражагача кўтарилиши мумкин. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида содир бўладиган шилиниш (эрозия), яра тўқиманинг ҳар хил чуқурликдаги некрози туфайли юзага келади. Кўп ҳолларда шиллиқ парданинг фақат эпителий қавати шикастланса, баъзи бир ҳолларда парданинг хусусий тўқимаси ҳам яллиғланиш жараёнига кўшилади. Оқибатда ҳосил бўлган эрозия, яралар 5–7 кун мобайнида

битиши мумкин. Хасталикка учраган айрим болаларда шиллик парда хусусий каватининг чуқур некрози туфайли яралар анча чуқурлашади, уларнинг туби, деворлари қаттиқлашади (инфилтрация) ва соғлом шиллик парда сатҳидан анчагина кўтарилиб туради. Бу хил яралар 2-3 ҳафтада битиб, ўзидан кейин чандиқ қолдиради. Яллиғланмиш жараёнида юзага келган шилиниш ва ярачалар оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг ҳамма жойларида, айниқса кўпроқ лунж, лаб, унинг ўтиш бурмаларида, тилнинг ён сатҳларида ва камроқ ҳолларда тил остки юзасида жойлашади.

Сурункали кечадиган қайталовчи ярали стоматитни жароҳатланиш натижасида юзага келадиган эрозия, яралардан, қайталовчи сурункали герпетик стоматитдан ажрата билиш керак.

Сурункали кечадиган ярали стоматит давоси маҳаллий-симптоматик ва умумий хасталикни келтириб чиқарувчи сабабларни аниқлаш ва уларга қарши кўраш чора-тадбирларидан иборатдир. Хасталикнинг қайталаниш даврида поликлиникага мурожаат қилинганда шифокор оғиз бўшлиғи шиллик пардасини маҳаллий тарзда оғриқсизлантириши, антисептик ишлов бериши, протеолитик ферментлар билан ювиши ва шикастланган тўқиманинг тиклинишини таъминловчи — кератопластик препаратлар суртиши лозим. Беморга уй шароитида оғиз бўшлиғини шифобахш ўтлар (маврак, мойчечак, қизилнойча) ва бошқалардан тайёрланган дамламалар билан тез-тез чайиб туриш тавсия этилади. Овқатланишдан олдин маҳаллий оғриқсизлантирувчи дори-дармонлар суртиш, овқатдан кейин оғиз чайилиб, кератопластик малҳамлар суртилади. Хасталанган болага организм сезгирлигини пасайтирувчи (глюконат кальцийнинг 5–10% ли эритмаси чой қошиғида уч маҳал, диазолин, супрастин, тавегил) препаратлардан ёшига мос равишда кунига уч маҳал қабул қилиш буюрилади.

Қайталанишлар орасидаги даврда организмда мавжуд бўлган сурункали кулоқ-томоқ-бурун хасталикларини ва оғиз бўшлиғидаги касалланган тишларни даволаш-санация қилиш муҳим аҳамият касб этади. Хасталикнинг қайталаниш жараёнининг олдини олиш мақсадида педиатр ва аллергологларга мурожаат қилиниб, бактериал аллергенлари билан даволаниш ёки гистоглобулин препаратини қабул қилиш (ҳар 6–10 инъекциядан кейин 3 кун дам берилади, 0,5–2 г препарат ёшига мос миқдорда) тавсия этилади. Бундай даволаш курси ҳар 6 ойда, кейинчалик йилига 1 марта такрорланади.

### 7.7.2. Кўп белгили экссудатли эритема

Сурункали қайталовчи бу хасталик инфекциян-аллергик табиатга эга бўлиб, қайталаниш даврида гиперэргик (кучли сезгирлик) кўринишдаги организм реакциясини намён қилади. Шу хил табиатга эга бўлган касалликлар сингари хасталикка учраган болаларнинг касаллик тарихида бир қатор аъзо ва системаларда яширин кечадиган, кўп ҳолларда оғиз-бурун-томоқ касалликларига мойил шарт шароитлар мавжудлиги қайд қилинади. Кўп белгили экссудатли эритема билан мактаб ёшидаги болалар ва ўсмирлар касалланади. Касалликни юзага келтирувчи сабаблардан бири — бола организмда доимо сақланиб турадиган инфекция ўчоғининг узоқ вақт мобайнида организм сезгирлигини ошириши ва организм кучсизланган пайда микроблар ва уларнинг токсини кучли сезгирлик реакциясини келтириб чиқаришидадир. Бундай пайтларда касаллик ўткир бошланиб, тана ҳарорати 40<sup>0</sup>С гача кўтарилади ва кучли захарланиш белгилари пайдо бўлади. Хасталикнинг тез-тез қайталаниб турадиган шаклида организмнинг умумий реакцияси бирмунча пастрок бўлади.

Касаллик оғиз бўшлиғининг шиллик пардасида, лабларнинг қизил хошиясида ва тери қисмида, юз терисида ҳар хил морфологик белгиларнинг пайдо бўлиши билан бошланади (44-расм). Марказий тери-таносил касалликлари институтининг маълумотларига қараганда, 25–60% ҳолларда бу хасталикда белгилар оғиз бўшлиғи шиллик пардасини жароҳатлайди. Кўп белгили экссудатли эритема касаллиги организм умумий сезгирлигининг ошиши натижасида юзага келиб, тери, оғиз бўшлиғининг шиллик пардасини, баъзи бир оғир кечувчи шаклларида эса кўз ва таносил аъзолар шиллик пардаларини ҳам жароҳатлайди. Касаллик даврида оғиз бўшлиғининг шиллик пардасидаги куйиш ва кучли оғрик сезгиси туфайли беморларнинг овқатланиши, гапириши қийинлашади. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда, шиллик пардада йирик қизил доғлар (эритема), гурух-гурух бўлиб жойлашган учли бўртмалар (папула), бир қанча майда пуфакчалар ва шилиниш белгиларини кўриш мумкин. Оғиз шиллик пардасининг қизариб шишиш ҳоллари кузатилади. Бу белгилар кўпинча лаб, лунж, даҳлизнинг ўтувчи бурмалари, тил усти ва ости шиллик қаватлари сатҳида кузатилади. Пуфакчалар тезда ёрилиб, шилинган шиллик парда сатҳи фибринли енгил қарашлар билан қопланади ва оқиш-сарик рангда бўлади. Баъзи бир ҳолларда жароҳат атрофида ёрилган пуфаклар пўстлоқ қисмининг қолдиқларини учратиш мумкин. Қискич ёрдамида бу пўстлоқ қолдиқларини ажратмоқчи бўлсак, улар узилади ва Никольский белгисининг манфийлигини тасдиқлайди.

Тошмалар топиш даври одатда 5-8 кун давом этади. Хасталикнинг кейинги кунларида иккиламчи белгилар пайдо бўлиб, полиморфизм ҳодисаси белгиларининг янада ранг-баранглигини кузатиш мумкин. Бу хасталикда лаблар, айниқса пастки лаб кўпроқ жароҳатланиши қайд этилади. Пуфаклар ёрилиб, лабнинг қизил хошиясида қалин пўстлоқлар ҳосил бўлади. Иккиламчи инфекция таъсирида шилиниш ва яралар пайдо бўлиши мумкин.

Тошмалар кўпинча қўлнинг қафт қисмида, бармоқлар, билак ва кўракда аниқланади.

Юз терисида думалоқ, кўкиш-қизғиш доғлар пайдо бўлади. Юзага келган бу доғларнинг ўрта қисмида пайласлаганда қаттиклашган инфилтрат ёки пуфакча борлигининг гувоҳи бўламиз. Баъзан юз териси сатҳида тўқ қизил хошия билан ўралган пуфаклар пайдо бўлиши мумкин (44-расм).

Касаллик 2-4 ҳафта мобайнида оғир клиник белгилар билан кечади. Жароҳатлар хасталикнинг асоратсиз кечган ҳолларида из қолдирмайди.

Кўп белгили экссудатли эритемани ўткир герпетик ва медикаментоз стоматит билан солиштириб, фарқлаб ажрати олинади.

### **7.7.3. Стивенс-Жонсон синдроми**

Бу хасталик биринчи марта болаларда кечиш жараёнини аниқлаб, клиник белгиларини ёзишган америкалик педиатрлар номи билан юритилади. Бугунги кунда болалар стоматологияси соҳасида иш олиб боровчи илм аҳли Стивенс-Жонсон синдроми ва бошқа шунга ўхшаш (Фиссенже-Рандо, Рейтер, Баздер дерматостоматити) синдромларни кўп белгили экссудатли эритема хасталигининг оғир клиник шакллари деб ҳисоблашади ва бу ҳолатни организмнинг ташқи муҳитдан организмга кирган зарарли агентларга қарши кўрсатиш кучли гиперергик реакцияси сифатида қабул қилишади.

Хасталик тана ҳароратининг кескин кўтарилиши (39°–40°C) билан бошланади. Сўнг ҳарорат секин-аста пасайиб, 3–4 ҳафта мобайнида субфебрил ҳолатда сақланади. Хасталикнинг ўзига хос клиник белгиларидан: оғиз бўшлиғи, кўз, жинсий аъзолар шиллиқ пардаси ва тана терисида бир пайтнинг ўзида тошма белгиларининг юзага келиши диққатга сазовордир. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардаси, лаблар, тил шишади ва шиллиқ пардалар сатҳида пуфаклар, пуфакчалар, шилиниш – эрозия, юза сатҳли яралар пайдо бўлади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасидаги жароҳатлар туфайли ҳатто суюқ овқатларни истеъмол қилиш ҳам қийинлашади. Овқат пайтида кучли оғриқ пайдо бўлади (45-

расм). Лабларнинг қизил ҳошиясида қалин пўстлоқли, йирингли яралар ҳосил бўлади. Кўзнинг шиллиқ пардаси (конъюнктив)да пуфакчалар ва шилиниш-эрозиялар вужудга келади. Қовоқлар шишиб, уларнинг тери юзасида пуфакчалар ва пўстлоқли жароҳатлар қайд этилади. Оғир кечадиган ҳолларда кератит ва панофтальмит оқибатида кўзнинг кўрмай қолиш ҳоллари ҳам юз бериши мумкин. Жинсий аъзоларнинг шиллиқ пардасида шиш пайдо бўлади ва ўхшаш белгилар юзага келади. Хасталик пайтида бурун шиллиқ пардасининг жароҳатланиши натижасида буруннинг тез-тез қонаш ҳоллари кузатилиши мумкин. Баъзи бир ҳолларда ҳиқилдоқ ва трахея шиллиқ қаватлари жароҳатланганда трахеотомия қилинади. Ҳазм системаси аъзолари фаолияти издан чиқади. Баъзан гепатит, бронхит, плеврит каби йўлдош касалликлар хуружини кузатиш мумкин.

Терида қизаришлар ва тўқ қизил рангли, танга шаклидаги шишлар, йирик, диаметри 3-4 см бўлган пуфаклар аниқланади. Бундай ҳолларда Никольский симптоми мусбат бўлади. Хасталик марказий асаб системасини жароҳатлаши оқибатида ўлим билан тугаш ҳоллари ҳам қайд этилган.

#### **7.7.4. Сурункали, қайталанувчи бактернал-аллергик хасталиклар давоси**

Бундай хасталикларни даволашда асосий эътиборни хуружини тўхтатиш, яра-чақаларнинг тезда битишига қаратиш билан бир қаторда касалликнинг асосий сабабини топиш, аллергия ўчоғи бўлиб хизмат қилувчи, организмнинг сезгирлигини оширувчи сабабларни йўқотиш лозим. Организмнинг умумий қувватини ошириш ва сезгирликни пасайтиришга қаратилган чора-тадбирлар жуда муҳим ҳисобланади. Кўп белгилли экссудатли эритема, Стивенс-Жонсон синдроми билан оғриган бемор болаларни касалхоналарга ётқизиб, педиатр, окулист, дерматологлар билан биргаликда даволаш ишларини амалга оширмақ зарур. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси жароҳатларини даволашни аввало уни оғриқсизлантиришдан бошламоқ лозим. Оғриқсизлантиришнинг чаплаш усулини (апликация) амалга оширишда 0,5-2% ли новокаин эритмасидан, анестезинли суспензиялардан фойдаланиш мумкин.

Жароҳатга иккиламчи инфекциянинг таъсирини пасайтириш ва йўқотиш учун шиллиқ пардасига 1% ли илиқ водород пероксиди эритмаси билан ишлов бериш ва уни қарашлардан тозалаш керак. Оғиз бўшлиғини тез-тез шифобахш ўсимлик (мойчечак, маврак, қизил-пойча, аччиқ чой) дамламалари, таркибида антисептик ва оғриқсизлантирувчи моддалар бўлган эритмалар (гексаметилентетрамин – 5 г, новокаин -- 2



г, дистилланган сув – 200 мл) билан чайиш ёки унга ишлов бериш зарур ҳисобланади. Оғиз бўшлиғи антисептик ва шифобахш эритмалар билан ювиб тозалангач, шиллик парда сатҳига витаминли ёки шифобахш хусусиятга эга бўлган (чаканда, наъматак) мойлар суртилади.

Жароҳатланган, кўпчиган пўстлоқли яралар билан қопланган лабларнинг кизил ҳошиясига таркибида анестезин бўлган мойли препаратларни тоза салфеткаларга шимдириб, 1-3 минутга қўйиш мумкин. Бунда илиқ мой таъсирида пўстлоқлар юмшайди, анестезин таъсирида эса оғриқсизланади. Шундан кейин лаблар сатҳига антисептиклар билан ишлов бериб, кўпчиган пўстлоқлардан тозаланади ва жароҳатнинг битиши ҳамда яллиғланиш жараёнининг сусайишини тезлаштириш мақсадида лабларнинг кизил ҳошиясига таркибида глюкокортикоид (фторокорт, флуцинар, лоринден) тугувчи малҳамлар, кремлар суртилади. Бундай муолажалар кунига 4-5 маротаба амалга оширилади. Хасталикнинг оғир клиник шаклларида бемор болалар организмига юқори миқдорларда витамин препаратлари юборилади, томирларга оксилли эритмалар, полиглокин, таркибида кальций тузи сақловчи эритмалар, юрак фаолиятини яхшиловчи дори-дармонлар қўйилади.

Оғир клиник белгилар билан кечадиган сурункали аллергик хасталикларда беморга ичиш учун глюкокортикоидли препаратлар буюрилади (бир сутка мобайнида 2 кг тана оғирлигига 1 мг преднизолон ёки 0,1 мг дексаметазон ҳисобида). Бу препаратлар болалар ахволининг тезда яхшиланишига олиб келади. Шифокорлар бундай беморларни диққат билан кузатиб боришлари ва уларнинг аҳволи яхшиланиб борган сари гормонли дори дармонлар миқдорини пасайтириб тошмалар, белгилар йўқолиши билан гормонли муолажани тўхтатишлари зарур.

Организмнинг юқори даражада сезгирлигини пасайтириш мақсадида бемор томирига 30% ли тиосульфат натрий эритмасидан кунига 5-10 мл миқдорда юбориш мақсадга мувофиқдир. Муолажа узлуксиз 10 кун мобайнида олиб берилиши лозим. Бундай ҳолларда беморнинг умумий аҳволи анча тез энгиллашади.

Юқорида қайд қилинган даволаш муолажалари кейинчалик бола тузалиб кетгандан кейин касалликни қайталанишининг олдини ололмайди. Шунини инобатга олиб, бемор касалхонадан соғайиб чиққандан сўнг аллергик хасталикнинг асл сабабини аниқлаш мақсадида уни чуқур текширмоқ лозим. Бола организмида яширин кечаётган инфекция ўчоқларини топишга ҳаракат қилмоқ зарур. Бу мақсадда бола кулоқ-томоқ-бурун шифокори, жарроҳ-стоматолог ва

бошқа соҳа шифокорлари кўмагидан ва лаборатория текширувидан ўтиши мақсадга мувофиқдир.

Юқорида қайд қилинган тадбирлар билан бир қаторда бола организмнинг сезгирлик даражасини пасайтирувчи (гипосенсибилизация) даво чораларини ҳам ўтказмоқ лозим. Бундай тадбирлар (гипосенсибилизация) аллергологик кабинетларда аллерголог-шифокорлар назорати остида амалга оширилмоғи даркор. Ана шундай тадбирлар амалга оширилганда хасталикнинг қайта хуружи бир қадар кескинликни йўқотади. Баъзан эса умумий, махсус бўлмаган сезгирликни пасайтирувчи дори-дармонлар бу хуружни бартараф этиши мумкин. Ана шундай носпецифик сезгирликни пасайтирувчилар қаторига гистоглобулин препарати мисол бўла олади. Тери остига 0,5-2 мл миқдорда ҳар уч кун мобайнида 8-10 марта муолажа (инъекция) ўтказилади. Бундай муолажа курсини ҳар ярим йилда бир марта ўтказиш лозим. Сурункали қайталовчи афтоз стоматитларда йилда бир марта, кўп аломатли экссудатли эритемада эса йилда икки марта (баҳор ва куз фаслларида) бу хилдаги муолажа тадбирларини ўтказиш анча яхши натижалар беради.

#### **7.8. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг дори-дармонлар қабул қилиш билан боғлиқ бўлган аллергик ўзгаришлари**

Кўпинча дори-дармонлар (антибиотиклар, сульфаниламидлар, амидопирин, оғир металл тузлари, новокаин, йод, фенол ва бошқалар) бола организмда ҳар хил нохуш (аллергик) ҳолатларни юзага келтириши мумкин. Жумладан, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида ҳам бир талай нохуш белгилар кузатилиши эътиборга лойиқдир. Бу хилдаги яллиғланиш жароҳатларининг механизми ҳар хил бўлиб, қабул қилинган дори-дармонларнинг кимёвий структурасига боғлиқдир. Стрептомицин асаб толасини жароҳатлайди, левомецетин жигар хужайраларига нисбатан заҳарли таъсир ўтказади, амидопирин гуруҳи қон яратувчи аъзоларга таъсир қилиб, уларнинг ишини сусайтиради ва ҳоказо. Ана шу аъзоларда келиб чиққан жароҳатланиш оқибатида оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида катарал милиар яллиғланишлари ҳам қайд этилади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида аниқланадиган яна бир хил ўзгаришлар механизми бола организмнинг юқорида қайд қилинган ва бошқа дори-дармонларга нисбатан сезгирлигининг ошиши натижасида кузатилади. Юқори сезгирликни организмда илгари қабул қилинган дориворлар, мавжуд бўлган микроблар, вируслар ёки баъзи бир овқат маҳсулотлари ҳам келтириб чиқариши мумкин. Ана шундай шароитда кўшимча дори-дармонлар қўллаш аллергик реакцияларни чақариши

мумкин. Аксарият ҳолларда булар антибиотиклар бўлиб, улар организмда оксил молекулалари билан бириктириб, кучли антигенга айланиши мумкин. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида бундай вазиятларда кучли жароҳатли ўзгаришлар юз беради.

**Хасталикнинг клиник кечиши.** Шиллиқ пардада кучли қизариш ва шишиш натижасида пуфаклар пайдо бўлади. Пуфакларнинг ёрилиши оқибатида карашли эрозиялар аниқланади. Оғиз бўшлиғининг бундай жароҳатли белгилар билан қопланиши кўп белгили экссудатли эритемага ўхшаб кетади. Кўпинча юмшоқ ва қаттиқ танглай, тил ости сатҳи шиллиқ пардасида жароҳатлар кузатилади. Тил шишиб, ҳажми катталашади, эпителий қавати дескваляцияга (қовжираб тўкилиши) учраб, тил устки сатҳи силлиқлашади, ялтираб қолади ва ҳар хил таъсиротларга нисбатан унинг сезгирлиги ошади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасидаги ўзгаришлар билан бир вақтда, тананинг тери сатҳида ҳар хил тошмалар, тери қичишиши, мушакларда оғрик, бўғимлар оғриғи, ич бузилиши ва оғир аллергик ҳолатларда анафилактик шок юзага келиши мумкин.

Медикаментоз стоматитни кўп белгили экссудатли эритемадан ва ўткир герпетик стоматитдан фарқлай олиш (дифференциал диагностика) зарур. Дори-дармонлар юзага келтирадиган ўзгаришларда кўп белгили экссудатли эритемадан фарқли ўларок, папулёз ва эритематоз белгиларнинг сустиги, жароҳатланган шиллиқ парда ва лабларнинг қизил ҳошиясида, юз терисида қонаш белгилари йўқлиги туфайли кўпчиган қон аралаш қалин пўстлоқлар аниқланмайди. Хасталикни келтириб чиқарган дори-дармонларни қабул қилишни тўхтатиш, бола умумий аҳолининг яхшиланшига олиб келади.

Ўткир герпетик стоматит учун лабларнинг қизил ҳошиясида, атроф терияда кичик пуфакчаларнинг пайдо бўлиши ҳамда милкларнинг катарал яллиғланиши муҳим ҳол бўлиб ҳисобланади (4-жадвалга қараң).

**Болаларда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг яллиғланиш  
жараёни билан кечувчи хасталикларнинг фарқли ташҳиси**

| Ташҳис кўрсаткичлари          | Ўткир герпетик стоматит  | Кўп белгили экссудатли эритема  | Дори-дармонлардан юзага келадиган стоматит  |
|-------------------------------|--|---|---|
| Болалар ёши                   | Асосан 1-3 ёшли болаларда  | Мақтаб ёшидаги, ўсмир, кам ҳолларда юқори мактаб ёшидаги болаларда                                  | Бола ёши улғайган сари хасталик кўпайиб боради  |
| Ҳаёт тарихи                   | Асоратсиз  | Қулок-томоқ-бурун аъзоларида, ҳазм системаси аъзоларида сурункали хасталиклар бор                   | Илгари ҳам дори дармонга бўлган сезгирлик аломатлари қайд қилинган  |
| Продромал даври (босқичи)     | 1-4 кунгача, ҳарорат 37-40°C гача кузатилади. Умумий захарланиш белгилари пайдо бўлади.                    | Бош ва мушакларда, бўғимларда оғрик, ҳарорат 38°C гача  | Жуда қисқа  |
| Асосий тошма белгилари        | Юз, лабларда пуфакчалар оғиз шиллиқ пардасида думалоқ, бир-бири билан қўшилаётган шилиниш-эрозиялар мавжуд | Кескин қизариш ва доғли эритемалар, кенг кўламли, нотекис чегарали шилиниш-эрозиялар аниқланади     | Сероз(катарал) яллиғланиш, нотекис чегарали эрозиялар ва гоҳида пуфакчалар мавжуд                             |
| Кўп белгилик                  | Сохта  | Аслида белгилар кўп бўлади  | Бир хил, баъзан кўп белгилар пайдо бўлади   |
| Кўпинча зарарландиган соҳалар | Ҳамма соҳада ўткир милк яллиғланиш. Оғиз атрофи терида пуфакчалар, эрозия пўстлоқлар.                      | Қўл қафти, билак, болдир терисида кўкимтир-жигарранг эритемалар марказида папула ёки пуфакча тутади | Юз ва тана терисида ранг-баранг тошмалар; кам ҳолларда яккам-дуккам ёки кўп сонли пуфакчаларнинг пайдо бўлиши |

|                            |  |                               |  |
|----------------------------|--|-------------------------------|--|
| Тошмали даврнинг давомлиги | Енгил шаклида 1-2 кун, ўрта оғир шаклида 2-4 кун, оғир шаклида 5 кунгача | 5-7 кун, баъзан 11-13 кунгача | Аллерген кiritиш тўхташи билан янги белгилар юзага келмайди. |
|----------------------------|--|-------------------------------|--|

**Хасталикнинг давоси.** Даво чора-тадбирлари умумий ва маҳаллий бўлиб, дастлаб аллергия хасталикка сабаб бўлган доривор моддани аниқлашга ва уни организмга киритишни тўхтатишга қаратилмоғи лозим. Боланинг асосий хасталигидан келиб чиқадиган умумий аҳволи антибиотик ёки сульфаниламид дори-дармонларини қабул қилишни тақозо қилган ҳолларда недиатр-шифокорлар билан бамаслаҳат кўшимча тарзда организмнинг сезгирлик кучини пасайтирувчи (десенсибилизаторлар) препаратлар ва витаминлар буюриш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бундай шароитда, албатта бола организмнинг сезгирлик хусусияти биологик реакциялар ёрдамида текширилмоғи лозим. Маҳаллий даво чора-тадбирлари жароҳатланган юзани оғриқсизлантиришдан, антисептик ишлов бериб, қарашлардан тозалашдан, иккиламчи инфекция таъсирини йўқотишдан ва жароҳатларнинг битишини кучайтирувчи малҳамлар, сургилар суртишдан иборатдир. Узоқ вақт мобайнида антибиотикли препаратлар қабул қилинганда оғиз бўшлиғини замбуруғларга таъсир кўрсатувчи содали эритмалар билан чайиш ва 10-15% ли тетраборат натрийнинг глицеринли эритмаларини шиллик парда сатҳига суртиш каби муолажалар яхши натижалар беради.

### *Ўзлаштириш даражасини аниқлаш учун саволлар.*

1. Сурункали қайталанувчи ярали (афтоз) стоматитни сурункали тақорланувчи травматик жароҳат (эрозия) дан қандай ажратилади?
2. Сурункали ярали стоматит қайталанишининг олдини олиш ва маҳаллий белгиларини йўқотиш борасидаги даво тадбирлари ҳақида гапириб беринг.
3. Кўп белгили экссудатли эритема хасталигининг клиник белгилари ва даволаш тадбирлари ҳақида сўзлаб беринг.
4. Бу хасталик қайталанишининг олдини олиш учун нима қилмоқ зарур?
5. Талаб қилинган дори-дармонларнинг нохуш асоратларида оғиз бўшлиғи шиллик пардасида қандай ўзгаришлар кузатилади?

## 7.9. Лаб касалликлари

Турли-туман ташқи муҳит омиллари (биологик, кимёвий, механик) таъсирида ёки организмнинг умумий касалликлари натижасида лабларда, айниқса уларнинг қизил ҳошиясида яллигланиш жараёнлари қайд этилади. Бу хил хасталиклар орасида кўпроқ учрайдиганлари экземали ҳамда юқумли (микробли ва замбуруғли) хейлитдир.

### 7.9.1. Экземали ёки атопик хейлит

Бу хасталик аллергия табиатга эга бўлиб, сурункали равишда кечади. Кўпгина болаларда ҳаётининг биринчи ойларидаёқ овқат маҳсулотларига нисбатан сезgirлик, экссудатив диатез сифатида унинг ўртача оғирликдаги ва оғир шакллари кўринишида юзага келади. Лабларнинг қизил ҳошияси ва унинг атроф терисидаги жароҳатлар болаларда 3-5 ёшдан бошлаб аникланади. Бундай хасталикка учраган боланинг юз соҳасини кўздан кечирилганда, лабларнинг қизил ҳошиясида ва уларнинг атроф тери сатҳида инфилтратли шиш пайдо бўлганини, лаблар юзаси кўпдан кўп кўндаланг, тарам-тарам бурмалар ва ёриқчалар билан қопланганлигини кўрамиз (53-расм). Лаб бурчакларида улар куёш нури каби таралган бўлади ва пўстлоқчалар билан қопланади. 2,5–4,0 марта катталаштириб кўрсатадиган биологик лупа остида жароҳатланган юзага назар солсак, у ерда жуда кичик ўлчамли (1 мм) ялтгираб турувчи нозик пуфакчаларни кўришимиз мумкин. Кўпинча лаблар ва унинг атроф терисида юзага келган ёриқларнинг мавжудлиги ва пуфакчаларнинг ёрилиши натижасида юзага келган майда жароҳатлар иккиламчи инфекция (микроблар) учун очиқ дарвоза ҳисобланади. Бунинг оқибатида болалар экземанинг йирингли ярага айланган асоратидан азобланиб, шифокорларга муурожаат қилишади. Иккиламчи инфекция таъсирида (айниқса йиринг ҳосил қилувчи кокклар) лабларда шишинқираш кучаяди, кизариш белгилари, пуфакчалар ичида бўтана тусли экссудат пайдо бўлади.

Экземали хейлит узоқ муддат давомида сурункали равишда кечади. Кейинчалик балоғат ёшидагина организмда жинсий гормонларнинг фаол ижобий роль ўйнаши натижасида хасталик кўпгина ҳолларда чекинади.

**Хасталик давоси.** Даво чора-тадбирлари умумий ва маҳаллий тарзда олиб борилади. Умумий даво тадбирларидан парҳез муҳим аҳамият касб этади. Бемор бола 2-3 ҳафта мобайнида аллергия чақириши мумкин бўлган овқатларни истеъмол қилишни тўхтатиши

лозим Унга қора нон, гречихали бўтқа, ёғсизлантирилган сузма (творог), сабзавотли, гўштсиз шўрва, олма ва қарам (хомлигича) буюрилади.

Беморнинг онаси ёки қаровчиси парҳез таомлар кундалигини тутиши ва янги-янги берилган овқат билан тери юзасида пайдо бўлган ўзгаришларни ёзиб бормоғи лозим. Парҳез сақлаш билан бир қаторда беморларга ичиш учун витаминлардан: А, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, фолат кислотаси, кальций пантотенати боланинг ёшига мос миқдорда буюрилади. Витамин дори-дармонларини қабул қилиш 1 ойдан 3 ойгача давом этади. Хасталик (атопик хейлит) умумий касалликларнинг (атопик дерматит, болалар эндоген (ички) экземаси, кенг тарқалган нейродермит) маҳаллий кўриниши эканлигини, унинг ҳазм системаси аъзоларининг хасталиклари, тиш, юз-жағ касалликлари билан биргаликда кечишини назарда тутган ҳолда, организмни хасталиклардан ҳалос этмоқ мақсадга мувофиқдир. Хасталикнинг маҳаллий давоси сифатида йирингли жараёнлар бўлмаган тақдирда лаблардаги жароҳатлар юзасига глюкокортикоид дорилардан: фторокорт, флуцинар, лоринден ва бошқалар дастлабки 3 кун мобайнида кунига 6 мартаба, кейинги кунларда 5, 4, 3, 2, 1 марта суртилади. Шундан сўнг уларни суртиш тўхтатилиб, улар косметик крем, рангсиз помада билан алмаштирилади. Кейинги малҳамлар жароҳатланган тўқималарда моддалар алмашинувини яхшилайтиди ва уларнинг тикланиш хусусиятини оширади.

Баъзан болаларда экземали хейлитга ўхшаган клиник жараён барча ва мактаб ёшидаги болаларнинг зарарли одатлари: қалам ва ручкаларни оғизга солиб сўриши оқибатида таркибида нитроцеллюлоза бўлган бўёқ моддаларининг организмга сингиши ва совуқ шабадали кунларда лабларни тез-тез ялаш натижасида ҳам кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда яхши натижаларга эришиш учун зарарли одатларни йўқотиш зарур. Ота-оналар бунга албатта эътибор билан қарашлари лозим. Лаблар ва атроф тери юзасини ўз ҳолига келтириш мақсадида косметик кремлар ёки глицериндан фойдаланилади.

### 7.9.2. Юқумли хейлит

Хасталик кўпинча лабларнинг туташган бурчакларида жароҳатлар пайдо бўлиши билан бошланади. Стрептококклар қақирган бундай шилиниш-эрозиялар сарғимтир пўстлоқчалар билан қопланган бўлади. Йирингли бундай белгилар лабларнинг тери юзасида ҳам учраши мумкин. Бундай ҳолларда жағ ости лимфа тутунларининг яллиғланиб

катгалашуви ва пайпаслаганда оғриши муҳим аҳамият касб этади (54-расм).

Замбуруғлар чақирган хейлитларда жароҳат — эрозияларни қоплаб турган пўстлоқчалар оқиш, рангпар, юпқароқ ва нам (хўл) бўлади. Юқорида баён қилинган жароҳатлар оғиз бурчакларида, яъни лабларнинг энг ҳаракатчан соҳасида жойлашганлиги сабабли, кўпгина шикастланишлар натижасида уларнинг тикланиши жуда секин кечади. Шу билан биргаликда бу соҳа сўлак билан мудом намланиб туради. Жароҳатларнинг секин битишига тишлар қатори жипслашувининг бузилиши (патологический прикус), юз, асаб толасининг фалажи ва бошқа оғиз соҳасининг меъёрдаги архитектуроникасини бузувчи нохуш сабаблар ҳам ўз таъсирини кўрсатади. Организмда А ва В гуруҳ витаминларининг етишмаслиги тикланиш жараёнининг жуда суст кетишини таъминлайди.

Юқумли хейлитда лабларнинг қизил ҳошияси бутунлай жароҳатланиб, унда кўндаланг таралган ёриқлар (айниқса ҳошиянинг ўрта қисмида) пайдо бўлиши мумин. Ёриқларнинг асосини ҳосил қилувчи тўқимада инфилтратли шишлар ҳосил бўлади. Лаблар қуриб, пўст ташлай бошлайди. Ёриқлар қайта пайдо бўлиб, сурункали тус ҳам олади.

**Хасталик давоси.** Даво чора-тадбирлари касаллик жароҳатларини келтириб чиқарувчи инфекция (микроб ёки замбуруғ) турини аниқлашдан бошланади. Стрепто-стафилококклар таъсирида юзага келган ангуляр хейлит ва ёриқлар ҳосил бўлганда, 2% ли неомицинли, эритромицинли (1 граммида 10000 ТБ саклаган), 5-10% ли синтомицинли эмульсия ва малҳамлар суртиш тавсия қилинади. Шифобахш малҳамларни суртишдан олдин жароҳатли юзалар антисептиклар, илиқ 1 % ли водород пероксиди ёрдамида ишланиб, караш ва пўстлоқлардан тозаланади. Малҳамлар кунига 6-8 мартадан, оғир ҳолларда эса ҳар соатда суртилади.

Замбуруғли хейлитда лабларга нистатинли, 1% ли декаминли малҳамлар ва 15-20% ли натрий тетраборатнинг глициринли эритмасини суртиш яхши натижалар беради.

Ўткир яллиғланиш жараёни бартараф этилгандан сўнг, чуқур шишли инфилтратларнинг сўрилишини таъминлаш учун лабларга 10-20% ли нафталан ёки 2- 3% ли олтингугуртли малҳамларни суртиш мақсадга мувофиқдир.



## 7.10. Тил касалликлари

Оғиз бўшлиғида учрайдиган касалликлар тилни ҳам жароҳатлайди, ammo шундай хасталиклар мавжудки, улар фақат тилнинг шиллик пардасидагина ўз аксини топади.

### 7.10.1. Десквматив глоссит

Бу хасталикнинг келиб чиқиш сабаблари бугунги кунда аниқланмаган. Олимларнинг тахминига қараганда хасталик тил шиллик пардасида жойлашган асаб толалари трофикаси (озикланиши)нинг бузилиши, болаларда гижжали инвазия, экосудатли диатез ва ҳазм системаси касалликлари мавжудлиги билан боғлиқ. Кўпгина ҳолларда болалар соғлом бўлишади. Хасталик болалар туғилгандан сўнг биринчи ойлар ва йилларда аниқланади.

**Хасталикнинг клиник кечиши.** Тилнинг устки (спинка) ва ён сатҳлари юзасида оқ сарғиш ёки оч кулранг доғлар эпителий қаватининг кўпчилиши, унинг юза қаватининг тўкилиши натижасида пайдо бўлади. Натижада юпқалашган шиллик қават қизаринқираб туради. Қизил доғлар атрофида эпителий кўпчиган ва тўкилиш арафасида бўлади. Десквмация ўчоқчалари бир неча нуктада жойлашган бўлиши мумкин. Улар думалок, овалсимон, ярим халқа шаклида бўлиб, бир бири билан кўшилиб, тил юзасида ўзига хос географик рельефни ҳосил қилади (51-расм). Бундай ўзгаришга учраган тилда эпителий қавати тез тўкилиши ва 2–3 кун мобайнида тезда қайтадан тикланиши мумкин. Бундай ўзгаришлар оқибатида тил рельефи тез-тез ўзгариб туради. Боланинг умумий аҳволи ўзгармайди. Овқатланиш пайтида сезилар-сезилмас даражада энгил ачишишлар кузатилади. Бу хасталикни организмда витамин танқислиги натижасида ҳазм системаси касалликлари, нерв ва эндокрин безлар системаси бузилишлари билан боғлиқ бўлган тил шиллик қаватидаги ўзгаришлардан фарқлай олиш лозим. Баён қилинган касалликларда тил юзасида йирик десквматив ўзгаришларга учраган тасмалар, доғлар ҳосил бўладикки, улар ўрнининг асл ҳолига келиб тикланиши учун ҳафталар керак бўлади. Бундай ҳолларда тил шиллик пардаси секинлик билан тикланиб, асосий хасталикнинг тузалишига боғлиқ бўлади.

**Хасталик давоси.** Махсус дори-дармонлар билан даволашнинг ҳожати йўқ. Болаларга шиллик қават трофикасини яхшилаш мақсадида кальций пантотенати 0,03-01 г миқдорда кунига 3 марта бир ой давомида ичиш учун буюрилади. Шиллик парда сатҳига 10% ли анестезинли ўсимлик мойларини суртиш хасталикни бартараф этишда

ижобий натижалар беради. Ота-оналарга бундай ўзгаришларнинг асоратсизлигини тушунтириш билан кифояланмоқ керак.

### **7.10.2. Ромбсимон глоссит**

Болаларда хасталикнинг бу тури жуда кам ҳолларда, онда-сонда учрайди. Боланинг умумий аҳволида ҳеч қандай ўзгариш сезилмайди. оғиз бўшлиғи, тилнинг шиллиқ пардаси кўздан кечирилганда унинг ўртасидан ўтувчи чизик бўйлаб орқа қисмида ипсимон сўрғичлар атрофияси натижасида атроф тўқималардан ажралиб турувчи ромб шаклидаги силлиқ майдончани кўрамыз. Бу нисбатан силлиқ ромбсимон майдонча тўқ қизил ранги билан ажралиб туради.

Махсус даво чоралари ўтказилмайди. Бундай беморларда ички аъзолар фаолияти текширилиб, хасталикнинг асл сабабини аниқлаш керак бўлади.

### **7.10.3. Бурмали тил**

Жуда кам учрайдиган тилнинг бу хил аномал ривожланиши асосан Даун хасталиги билан туғилган ёш болаларда аниқланади. Пубертат олди ва пубертат даврларда тил асосан мушак қаватининг ўсиши ҳисобига катталашади. Натижада шиллиқ парда юзасида бўйламасига ва кўндалангига жойлашган чуқур йўллар ҳосил бўлади (52-расм). Болалар бирор-бир оғриқдан шикоят қилишмайди. Бундай ҳолатларда махсус даво чоралари қўлланилмайди, фақат оғиз бўшлиғи гигиенасига мунтазам риоя қилиш билан кифояланилади.

### **7.10.4. Қора тукли тил**

Тил шиллиқ пардасининг бу хилдаги ўзгариши ипсимон сўрғичлар гиперплазияси (кўпайиши), уларни коповчи кўп қаватли эпителийнинг кучли шохланиши натижасида сўрғичлар қалинлашуви ва узайиши ҳисобига кузатилади. Бу хасталикда ипсимон сўрғичлар ўлчамлари 1 мм ва ундан ошиқ бўлиши мумкин. Сўрғичларнинг тўқ сарик, кўнғир-жигаррангдан тортиб, қорамтир тусгача ўзгариши мумкин.

Тилнинг бундай нохуш ўзгариши болалар ёшида онда-сонда, одатда бирор-бир касаллик натижасида антибиотиклар қабулидан кейин қайд этилиши эҳтимолдан ҳоли эмас. Тил шиллиқ пардасидан суртиб олиб тайёрланган препаратларда ҳар хил микроорганизмлар, жумладан ачитувчи замбуруғлар борлигини кўрамыз. Бу хасталикда болаларнинг иштаҳаси пасайиб, ўсган сўрғичлар оғизда нохуш сезгини пайдо қилиши мумкин.

**Хасталик давоси.** Сўргичларни шох моддасидан бартараф этиш мақсадида тил шиллиқ пардаси 1–2% ли резорцин эритмаси шимдирилган дока тампонлар билан артиб тозаланади. Каттароқ (5 ва ундан катта) болаларда бу мақсад учун салицил кислотасининг 70° спиртдаги 1–2% ли эритмасидан фойдаланиш мумкин. Тил юзаси кунига 2 маротаба тиш чўткаси билан тозаланиб, шилимшиқ карашлардан тозаланади. Шунингдек тил шиллиқ пардасига 10% ли тетраборат кислотасининг глицеринли эритмасини суртиш ачитувчи замбуруғлар асоратидан халос этади. Лаборатория усулида текширилганда кандида синфига мансуб замбуруғлар топилган ҳолларда шиллиқ парда юзасига (карашлардан тозаланиб) нистатинли сурги – малҳамлар суртиш тавсия этилади.

### **7.11. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида ички аъзо ва системалар хасталиги туфайли юз берадиган ўзгаришлар**

Маълумки, организмда витаминлар танқислиги, бир қатор ички аъзо ва системалар хасталиги туфайли моддалар алмашинуви жараёни издан чиқади. Айниқса, витаминлар этишмовчилигида оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида ҳам анчагина нохуш ўзгаришлар кузатилади.

#### **7.11.1. А витамини танқислиги**

А витамин танқислиги натижасида шиллиқ парда эпителий қаватида сезиларли ўзгаришлар юзага келади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси қизариб қуруқлашади, узоқ муддатли катарал гингивостоматит яллиғланиш жараёни намён бўлади. Лаблар қуруқлашиб, юза сатҳида эпителийнинг кучли мутузланиши оқибатида пўстлоқчалар, ёриқчалар, оғиз бурчакларида яллиғланиш белгилари пайдо бўлади. Яллиғланиш жараёнига иккиламчи инфекция таъсири қўшилган тақдирда шилиниш – эрозия ва яралар ҳосил бўлиши мумкин.

Болаларда тана териси қуруқлашиб, пўст ташлай бошлайди. Кўз конъюнктива қавати қуруқлашади ва кератит яллиғланишлар вужудга келади.

**Хасталик давоси.** Таркибда витамин А сақлаган озиқ моддалар (сариеғ, балиқ мойи, сабзи ва бошқалар)ни истеъмол қилиш лозим. Қўшимча равишда кунига 5-10 томчидан витамин А концентратидан қабул қилинади.

### 7.11.2. В гуруҳ витаминлар танқислиги

Асосан ҳазм системаси аъзоларининг хасталиги туфайли келиб чиқади. Витамин В<sub>1</sub> танқислиги сабабли оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси оқиш тус олади, баъзи жойларда қизарган (гиперемия) доғлар пайдо бўлади. Тил юзасида қарашлар ҳосил бўлади ёки эпителий қаватининг кучли қовжираб тўкилиши натижасида туксиз қизил рангли силлиқ сатҳлар юзага келади ва унда ёриқчалар пайдо бўлади.

Витамин В<sub>1</sub> (тиамин) организмда углеводларнинг парчаланишида иштирок этади ва у нейротроп (асаб системасига таъсир кўрсатувчи) хусусиятга эгадир. Организмга углеводларнинг қўплаб киритилиши ҳам В<sub>1</sub> витаминининг сарфини ошириб, унга нисбатан бўлган эҳтиёжни кучайтиради. Оғиз шиллиқ пардасида ҳосил бўлган жароҳатли ўзгаришлар натижасида шиллиқ парданинг ачишиши ва тилда оғрик сезгиси пайдо бўлиши асаб системаси маҳаллий фаолиятининг бузилишидан дарак беради. Оғиз бўшлиғининг атроф терисида, бурунлаб бурмаларида, қошлар усти терисида кучли мугузланиш белгилари кузатилади. Оғиз бурчакларида РР витамини танқислигида терининг очиқ юзаларида яллиғланиш жараёни, шунингдек ич бузилиши аоратлари аниқланади. Витаминлар балансини тиклаш мақсадида В гуруҳ витаминлари комплексидан фойдаланилади. Болаларга ёшига қараб мос миқдорда В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, фолат кислота 10 мг дан опирмаслик шарти билан буюрилади. Никотинат кислота (РР) овқатдан сўнг 10-15 мг миқдорда берилади.

### 7.11.3. С витамини танқислиги

Бу витамин танқислигига милк шиллиқ пардаси жуда сезгир бўлади. Витамин С, яъни аскорбинат кислота цинга хасталигига қарши таъсир кўрсатиш хусусиятига эгадир. У организмда оксидланиш-қайтарилиш жараёнида иштирок этади, тўқималар тикланишига бевосита таъсир кўрсатади ва қон томирлар деворини мустаҳкамлайди. Витамин С етишмаганда милклар шишиб қизаради, ўзида сув йиға бошлайди, ҳажми ошиб, тишларнинг тож қисмини қоплаши мумкин. Милклар тез-тез қонаб туради. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг бошқа қисмларида қонашга мойиллик бўлган катарал яллиғланиш жараёнлари юзага келади.

Витамин С танқислигини бартараф қилиш мақсадида болаларга суткасига 200-300 мг миқдорда уни 30-50 мг рутин аралашмаси билан ичиш учун буюрилади.

#### **7.11.4. Ички секреция (эндокрин) безлари фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ ўзгаришлар**

Бу хил хасталиклар болалар организмда кўпгина ҳаётий муҳим фаолиятлар бузилишига сабаб бўлади ҳамда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида ҳам бир қатор ўзгаришлар пайдо бўлишига олиб келади.

Қандли диабет билан оғриган бемор болалар оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида милк яллиғланади, қонайди, кизариб шишади, шунингдек пародонт яллиғланиши белгилари кузатилади. Булардан ташқари, шиллиқ парданинг қуриқлашиб сувсизланиши, ачишиш сезгиси, лунжлар, лаблар ва айниқса тил шиллиқ пардасининг кескин кизариши қайд этилади.

Микседема (қалконсимон без гипофункцияси) хасталигида оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси оқариб, сув йиғилиши белгилари пайдо бўлади. Лунж ва тил шиллиқ пардасининг шишиб, қалинлашуви натижасида, уларда гишларнинг ботик изларини кўриш мумкин.

Иценко-Кушинг хасталиги (гипоталамус-гипофиз системаси хасталиги) узок вақт давомида болаларнинг кортикостероид гормонларини қабул қилиши билан боғлиқ бўлиб, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида носпецифик яллиғланиш жараёнларининг содир бўлиши билан кечади. Бу хил ўзгаришлар тўқималардаги маҳаллий иммунологик ҳимоя воситалари фаолиятининг сусайиши билан боғлиқдир. Кўпгина ҳолларда болаларнинг умумий аҳволи қониқарли бўлишига қарамасдан, оғиз шиллиқ пардасида кандидоз хасталиги авж олиши мумкин. Шунингдек оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида кучсиз оғрик сезгилари пайдо бўлади. Юқорида зикр этилган ички секреция безларининг хасталиклари асосида содир бўладиган касалликларни даволаш мақсадида маҳаллий даво тадбирлари қаторида педиатрлар билан биргаликда асосий сабабларга қарши умумий даво чора-тадбирларининг қўлланилиши муҳим аҳамият касб этади ва мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

#### **7.11.5. Меъда, ичак, жигар касалликлари**

Болаларда бундай хасталиклар мавжудлиги оқибатида оғиз бўшлиғида, тилда қарашлар пайдо бўлади, сурункали милк яллиғланиши, шиллиқ пардаларда сувли шишлар юзага келиши мумкин. Организм сезгирлигининг ошиши натижасида, оғиз шиллиқ пардасида сурункали тарзда кечувчи ярали (афтоз) стоматит хасталиги келиб чиқиши кузатилади.

Жигар тўқимасининг сурункали яллиғланиши оқибатида тромбопения (конда тромбоцитларнинг кескин камайиши) кузатилади ва натижада оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида қонталаш ва қон оқиш белгилари пайдо бўлади.

Буйрак хасталикларидида оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси катарал яллиғланиш жараёнига учрайди. Қизариб шишинқираган шиллиқ парданинг тез-тез қонаши ва иккиламчи микроблар натижасида носпецифик инфекцион стоматитлар аниқланади. Оқибатда оғир кечувчи сурункали буйрак хасталиғи — уремия (сийдикнинг қонга ўтиши) келиб чиқади. Уремияда оғиз бўшлиғи пардаси оқиш тусга қиради, унинг намлиниши бузилади, сўлак қуюқлашади, тилда қалин қарашлар ҳосил бўлади ва оғиздан аммиак хиди анқийди. Кўпчилик ҳолларда тўқима некрозлари юзага келади.

Юрак-қон томир касалликларидида оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг ҳолати системада юз берган хасталик даражасига, яъни қон айланишининг қай даражада бузилганлиғига боғлиқдир.

Маълумки, қон айланиш меъёри бузилганда тўқималарда кислородга нисбатан танқислик (гипоксия) сезилади. Бу танқислик кучлироқ бўлса, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси, лабларнинг қизил ҳошияси кўкимтир тус олади. Катта қон айланиш доирасида қон димланиши аниқланса, шиллиқ пардаларда шишинқириш, тўқимада сув йиғилиши каби нохуш белгилар пайдо бўлади.

Қон айланишининг II–III даражали бузилишлари болаларда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида тўқималар озикланишининг (трофика) кескин ёмонлашувига, натижада оғир некротик жароҳатларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Бундай ҳолларда ҳар қандай энгил механик таъсирот натижасида шиллиқ пардада тез катталашувчи ва чуқурлашиб, мускул қаватгача, ҳатто суяк тўқимасигача етиб борадиган, узоқ вақт мобайнида битмайдиган ярали жароҳатлар пайдо бўлади. Юзага келган яралар атрофида тўқима инфилтратсияси ва қизариш (гиперемия) белгилари сезилмайди. Некроз оқибатида ўлган тўқима узоқ вақт ажралиб тушмасдан туради. Беморларда оғрик сезилари кучсиз, лимфа тугунларида ўзгаришлар деярли сезилмайди. Жароҳатли яралар битиши суст кечади ва организм умумий аҳволининг яхшиланишига боғлиқ бўлади.

**Хасталик давоси.** Бемор болаларни умумий даволаш муассасаларига етказиб даво чора-тадбирларини амалга ошириш зарур. Стоматолог-шифокор оғиз бўшлиғи санациясини ўтказиши, ўткир тип қирраларини силлиқлаши, иккиламчи микроблар таъсирига қарши курашмоғи лозим. Жароҳатлар микрофлорасининг турини аниқлаб,

шиллик пардага керакли антибиотик эритмалари билан ишлов бермоғи, яраларни некрозга учраган тўқима қолдикларидан ҳоли қилиш мақсадида протеолитик ферментлардан (трипсин, химотрипсин ва бошқалар 1 мл сувда 1 мг эритиб) фойдаланмоғи лозим. Некрозга учраган тўқималардан тозаланган ярали жароҳатлар юзасига тўқималарнинг тикланиш хусусиятини кучайтирувчи витаминли мойлар: облепиха, наъматак, кунгабоқар ёки тозаланган пахта мойи каби малҳамлар суртилади. Оғиз бўшлиғи тез-тез антисептиклар билан чайилиб турилиши керак бўлади.

### 7.11.6. Қон касалликлари

Организмда қизил қон таначаси — эритроцитлар ривожланиш жараёни (эритропоэз)нинг бузилиши ва бошқа тур қамқонлик касалликларида одатда оғиз бўшлиғи шиллик пардаси оч пушти рангини йўқотиб, оқниш тусга киради. Айниқса, бу қамқонлик белгиси милк ва тил шиллик пардасида яққол намоён бўлади. Оғиз бўшлиғида бошқа хил ўзгаришлар кузатилмайди. Оқ қон танчаларининг ривожланиш цикли (лейкопоэз) бузилиши оқибатида ўткир ва сурункали лейкоз хасталиғи юзага келади. Бунинг натижасида кўпгина болаларда касалликнинг айниқса оғирлашган даврида оғиз бўшлиғи шиллик пардасида бир қадар ўзгаришлар вужудга келади (47-расм). Оқ қон таначалари гиперплазияси (кўпайиб кетиши) кўпроқ катталарга хос бўлади. аммо бундай ҳолни каттароқ ёшдаги болалар ва ўсмирларда ҳам учратиш мумкин.

Шиллик пардадаги ўзгаришлар милкнинг қатарал яллиғланиши, тил, танглай, халқум пардаси ва муртакларда некротик жараёнларнинг юзага келиши билан баҳоланади. Шиллик пардаларда оқиш, кимёвий таъсиротдагидек доғлар пайдо бўлади ва улар секин катталаша бошлайди. Атроф тўқималарда ҳеч қандай ўзгариш белгилари кўринмайди. Лейкоз хасталиғида юз берадиган тромбоцитопения (тромбоцитларнинг сон жиҳатдан камайиши) натижасида жароҳатларда қон қуйилиш белгилари пайдо бўлади ва улардаги ўлган тўқималар кўнғир-жигарранг тусга киради. Некрозга учраган (ўлган) тўқиманинг атрофдаги соғлом шиллик пардадан ажралиши (осторжение) сушт кечади. Улар соғлом тўқима сатҳига нисбатан кўтарилиб, некротик тиқинларни ҳосил қилади. Ўраб турган эпителий тўқимаси тикланиш жараёнида тиқинлар остига ўсиб киради ва тиқинлар ажралиб тушгандан кейин улар ўрнида тез битиб кетадиган кичик жароҳат юзалари кўринади.

Тўқималарнинг ўлиш (некроз) жараёнлари томирларда тромбозлар хосил бўлиши, инфилтратларнинг парчаланиши, тўқима трофикаси бузилиши оқибатларининг натижасидир. Юқорида зикр этилган хасталикларда глюкокортикоид препаратларининг узоқ муддат давомида қабул қилиниши ва организмдаги иммунологик ҳимоя воситаларининг пасайиши кандидозли яллиғланиш жараёнларни вужудга келтириши мумкин.

Ўткир лейкозларнинг бошланиши одатда ўткир юқумли хасталикларга хос бўлган клиник белгилар билан кузатилади. Оқибатда узоқ муддат мобайнида номаълум бўлиб қолади. Юқумли хасталиклардан фарқли ўлароқ, оғиз бўшлиғида ўзгаришларнинг аниқланиши кўпгина ҳолларда беморларни стоматолог-шифокорларга мурожаат қилишга мажбур қилади. Шунинг хисобга олган ҳолда даво тадбирлари натижа бермаган оғиз бўшлиғи жароҳатлари билан тўқнашганда албатта бемор қонини лаборатория усулида текшириб кўриш зарур. Текшириш натижалари осонлик билан беморда қон касаллиги борлигини кўрсатади.

**Апластик ва гипопластик анемия (камқонлик).** Хасталик оғир клиник белгилар билан кечиб, суяк кумиги(илиги)нинг оғир жароҳатланганлигини кўрсатади. Бу болалар умумий аҳволининг оғирлашуви, оғиз бўшлиғида тўқиманинг ўлиши билан содир бўладиган некроз белгиларининг мавжудлиги, оғиздан қўланса ҳид тарқалиши, шиллик пардаларда қон қуйилиш белгиларининг аниқланиши, милк ва бурун қонаши белгилари билан намоён бўлади.(48-расм)

**Гемофилия** — қон ивишининг бузилиши билан оғирган бемор болаларнинг оғиз бўшлиғи шиллик пардасида одатда тўқимада қон қуйилиш белгилари бўлмайди, бироқ милкларнинг тез-тез қонаши, олинган тишларнинг чуқурчаси ва пульпаси очик тишларнинг қарисс ковакларидан қон очкиш ҳоллари кузатилади.

**Қон касалликларига даво қилиш.** Болаларда қон яратувчи органларнинг хасталиклари аниқланган тақдирда, уларни гематологик (қон касалликлари) бўлимларга ётқизиб, педиатр-гематолог шифокорлар билан бамаслаҳат даволаш чора-тадбирларини қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Бундай ҳолларда стоматолог шифокорларнинг асосий вазифаси оғиз бўшлиғи санациясини ўтказиш, ўткир механик жароҳатларга сабаб бўлувчи тишлар ва қўйилган пломбаларнинг ўткир қирраларини силликлаш, мухтазам равишда ҳар куни эринмасдан оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг оғриксизлантириб, антисептиклар ва протеолитик ферментлар ёрдамида тозалашдан иборат. Шиллик парда тўқимасининг



тикланишини таъминловчи шифобахш мойлар, малҳамларни суртиш яхши натижалар беради.

Педиатр-гематолог шифокорлар асосий касалликка қарши умумий даволаш ишларини амалга оширишлари лозим.

#### **Ўзгаришнинг даражасини аниқлаш учун саволлар:**

1. Витаминлар танқислиги натижасида оғиз бўшлиғи ва лабларда қандай ўзгаришлар юз беради?

2. Оғиз бўшлиғи шиллик пардасида ички секреция безларининг хасталиклари билан боғлиқ ҳолда рўй берадиган ўзгаришлар ҳақида сўзлаб беринг.

3. Жигарнинг сурункали хасталикларида оғиз бўшлиғида қандай белгилар кузатилади?

4. Оғиз бўшлиғида юрак-қон томир етишмовчилиги натижасида аниқланадиган ўзгаришлар ҳақида сўзлаб беринг.

5. Уремия билан кечувчи буйрак хасталиғида оғиз бўшлиғи шиллик пардасида қандай белгилар мавжуд бўлади?

6. Оқ қон касалликларида оғиз бўшлиғида, қайд этиладиган ўзгаришлар ҳақида гапириб беринг.

7. Умумий система хасталикларида оғиз бўшлиғида кузатиладиган ўзгаришларни даволашда қандай йўл тутилади?

#### **7.11.7. Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС)**

ОИТС — орттирилган иммунитет танқислиги синдроми бўлиб, одам иммунитет танқислиги вируси билан чақириладиган инфекцион касаллиги кўринишида намоён бўлади.

Этиология — одам иммунитет танқислиги вируси инфекцион касалликни келтириб чиқаради, бу ОИВ – инфекцияси номи билан юритилиб, орттирилган иммунитет танқислиги синдроми кўринишида намоён бўлади. Бунда организмни шартли патоген микроорганизмларга умумий мойиллигини пасайиши кузатилади ва онкологик касалликларга мойилликни ошиши билан кечади.

Иммунитет танқислиги вируси — ОИВ ретровируслар гуруҳига кириб, одам генига ўрнашиб олади. ОИВ Т4 – лимфоцитларни зарарлаб, уларни нобуд бўлишига олиб келади. Натижада ҳужайра иммунитетни бузилади ва вирус билан зарарланган организм шартли-патоген микрофлорага резистентлигини йўқотади ва у носпецифик инфекциялар ва ўсмадарга таъсирчан бўлиб қолади, яъни ОИТС ривожланади.

Касаллик захарланиш манбаи — ОИВ билан зарарланган одам ёки вирус ташувчи ҳисобланади. Касаллик кишидан аксарият ҳолларда

жинсий алоқа йўли билан юқади. Аммо, гоҳо у беморларга қон қуйилганда, қондан тайёрланган бошқа дорилар, шприц игнаси, стоматологик асбоблар ва гинекологик асбоблар орқали юқади. Яна ҳомиладор аёлдан ҳомилага, туғиш вақтида қондан, туққанидан кейин эса унинг сутидан ўтиши мумкин.

Беморда бу вирус умр бўйи қолади ва шу даврда у инфекция юктирувчи ҳисобланади. Касаллик ўткир ва сурункали бўлади. Ўткир турида вирус юққанидан кейин бир ёки бир неча ҳафтадан сўнг клиник белгилари юзага чиқади: тана ҳарорати ошади, бемор тунда кўп терлайди, терисига тошмалар тошади, боши оғрийдди, тўхтовсиз йўталлади ва лимфа тутунлари катталашади.

Сурункали турида беморга инфекция юққанидан кейин қарийб 20% ҳолларда 5 йилдан кейин, 50% 10 йилдан кейин ҳам касаллик белгилари намоён бўлиши мумкин.

**Клиника.** ОИВ инфекцияси кечишини тўртта даврга бўлиш мумкин. ОИВ инфекциясини ўткир даври зарарланишидан бир ёки бир неча ҳафтадан сўнг ривожланиши мумкин. Бу даврда ОИВга серопозитив реакция манфий бўлиб, у 6-12 ҳафтадан сўнг кузатилади. Бу даврни клиник белгилари – иситманинг кўтарилиши, лимфоаденопатия, кечки терлашлар, бош оғриғи ва йўтал кўринишида намоён бўлади.

1 даври ҳеч қандай симптомсиз ёки персистенган тарқоқ лимфоаденопатия (ПТЛ) кўринишида кечади. Бунда ҳов соҳасидан ташқарида жойлашган диаметри 1 см дан ошган бир ёки бир неча лимфа безлари катталашуви кузатилади. Бундай ҳолат 3 ой ва ундан ошиқ давом этиши мумкин.

2 даври ОИТС билан боғланган комплекс деб аташади. Унинг учун қуйидаги белги ва симптомлар хос: тана вазнининг камайяши, ич бузилиши, ҳолсизлик, уйқусизлик, иштаҳанинг йўқолиши, хотиранинг пасайишига олиб келувчи неврологик ҳолатлар. Ушбу белгилар даври қайталаниб туради. Бу давр тери ва шиллик қаватдаги ўзгаришлар билан кечади: сочли лейкоплакия, ўраб олувчи темирлатки, сурункали қайталанувчи герпес.

3 даври оралиқ давр номи билан юритилади. Бу давр касалликни эрта симптомлари намоён бўлгандан кейин ҳосил бўлади. Лекин касалликни бутун клиникаси намоён бўлмайди. Оғиз бўшлиғида 3 даврида кандидоз, сочли лейкоплакия, ўткир герпетик стоматит ёки сурункали герпесни ўткирлашуви кузатилади. Альвеоляр пневмония, ўпка сили ривожланиши мумкин.

4 даврила ОИТСни бутун оғир клиникаси намоён бўлади. Бу шартли патоген инфекция чакирган ҳар хил яллигланиш жараёнларини ривожланиши. Капоши саркомаси каби ўсмаларни ҳосил бўлиши билан кечади. Ўсмаларни ҳосил бўлиши хужайра иммунитет танқислиги билан боғлиқ бўлади. ОИТС инфекцияларига протозойли инвазиялар (пневмоцистли пневмония, токсоплазмоз) ёки вирусли (цитомегалия) бактерияли ва замбуруғли инвазия хос. Шу даврда лимфоманинг оғир шакллари, кахексия ва неврологик ўзгаришлар (невропатия, хотиранинг пасайиши, ақл заифлик) кузатилади.

Организмни иммунитет ҳимоясига зарарли таъсир кўрсатадиган ОИВ инфекциясини кирганлигини биринчи белгилари оғиз шиллик қаватидаги ўзгаришлар ҳисобланади.

ОИВ инфекцияси билан боғлиқ бўлган оғиз шиллик қавати касалликларига киради:

- кандидознинг клиник формалари;
- оғиз бўшлиғи бактериял инфекциялари;
- оғиз бўшлиғи вирусли инфекциялари;
- парадонтитнинг агрессив шакллари (ВИЧ - парадонтит);
- сурункали қайталанувчи афтоз стоматит;
- идеопатик тромбоцитопеник пурпура;
- ксеростомия билан кечувчи сўлак беши касалликлари;
- эксфолиатив хейлит;
- дескваматив глоссит;
- сочли лейкоплакия;
- Капоши саркомаси;
- ясси хужайрали рақ.

Туғма ОИВ – инфекциясининг кўп учрайдиган клиник белгилари бўлиб тана вазнининг камайиши, гепатоспленомегалия, тромбоцитопения, анемия, гепатит, ўсишдан қолиш, микроцефалия, пешона қисми дўнглиги, бурун қалинлашиши, қийшиқ кўз, кўз ёригининг узайиши, ҳаво ранг склера, лихорадканинг тез қайталанувчи симтомлари, энантемалар, диарея, лимфоаденопатиялар ҳисобланади.

Болаларда кечувчи ОИТС клиникаси катталарникидан фарқ қилади:

1. Капоши саркомаси, лимфомалар кам учрайди.
2. Гепатит В вируси билан зарарланиши кам кузатилади.
3. Гипергаммаглобулинемия – кўп кузатилади.
4. Лимфопения – кўп учрайди.
5. Лимфоидли интерстициал пневмония.

6. Бактериал сепсис – ўлимга олиб борувчи сабаблардан бири ҳисобланади.

7. ОИВ – инфекция бошланишида ўткир моноклеозга ҳос ўзгаришлар кўп кузатилади.

8. ОИВ – инфекция кечишида МНСнинг бирламчи зарарланганлигини кўрсатувчи аниқ психоневрологик симптоматика кузатилади.

#### **7.1.7.1. Кандидоз**

ОИВ инфекцияси билан зарарланганлардаги кўп учрайдиган оғиз ичидаги кўриниш ҳисобланади. Кўпроқ ўткир псевдомембраноз кандидоз учрайди. ОИВ билан зарарланганларда кандидоз ойлаб давом этади, шунинг учун ўткир деган ном ўз кучини йўқотади. Клиник кўринишлари оддий кандидозга ҳос. Шиллиқ қаватда кулранг-оқиш караш бўлиб, сузмали массани эслатади. Караш шпатель билан енгил олинади, унинг остида қизарган шиллиқ қават кўринади. Асосан лунж, тил, оғиз туби, танглай, милк шиллиқ қаватларида жойланади. Кўрилганда кандидозни лейкоплакия, қизил ясси темирлаткидаги худди шундай белгилар билан фарқлай билиш керак. Ўткир атрофик кандидоз оғиз шиллиқ қаватини аллергиядаги, С, В1, В2, В6 гиповитаминозидagi зарарланишларини эслатади. Зарарланиш асосан тилдаги гиперемия ўчоғи кўринишида унинг ўрта чизиги бўйлаб жойлашади; ипсимон сўргичлар атрофияланади.

Сурункали гиперпластик кандидоз кам учрайди, лунж, қаттиқ ва юмшоқ танглай шиллиқ қаватини икки томонида жойлашади. Зарарланиш оғиз четларида жойлашганда кўпроқ кандидозли хейлит ва эпителий гиперплазияси кўринишидаги ёриқлар ҳосил бўлади, ёриқлар вақт ўтиши билан катталаниб, қаттиқ қобиқли яраларга айланади. Оғрик ҳисси кўп ҳолларда кузатилмайди ёки сезилмас даражада бўлади, ачишиш ҳисси кузатилади.

#### **7.1.7.2. Ўткир ярали – некротик гингивостоматит**

Касаллик кутилмаганда бошланади, лекин тиш тозалаганда милкдан қон кетиши билан ҳам бошланиши мумкин. Касаллик белгилари 3–4 ҳафтада йўқолиши мумкин, лекин кўпинча қайталайди. Милк қизаради, шишган. Милк қирғоқлари, тишлараро милк сўргичлари некротланган, сариқ кулранг караш билан қопланган, атроф тўқималар билан мустаҳкам бирлашмаган. Касаллик ривожланиб

боради ва кўпинча милк юмшоқ тўқималарининг йўқотилишига, суяк структураларининг секвестрланишига олиб келади.

Продромал даврида ҳолсизлик, субфебрил тана ҳарорати, бош оғриғи, оғиз бўшлиғида кўплаб некротик элементлар кузатилади. Интоксикация белгилари ўсиб бориб, тана ҳарорати кўтарилади, регионар лимфоаденит белгилари юзага келади. Оғрик кучлилигидан болада иштаҳа йўқолади, гиперсаливация кузатилиб, оғиздан нохуш хид келади.

**Даволаш:** симптоматик

1. Пиромеканин аэрозоли билан оғриксизлантирилгч  $H_2O_2$ , фурациллин ва ферментлар билан механик ишлов берилади.

2. Яллиғланишга қарши малҳамлар ва кератопластиклар қўлланилади.

3. Дезинфекциялаш мақсадида ромазулон, шалфей эритмалари билан чайиш тавсия этилади.

### **7.1.7.3. Вирусли инфекциялар**

ОИВ билан зарарланганлар учун оғиз шиллиқ қаватини оддий герпес билан зарарланиши хос. Бунда қайталанувчи ва қийин кечувчи герпетик стоматит юзага келади. Оғиз бўшлиғини зарарланиши билан бираликда жинсий аъзоларнинг шиллиқ қаватларининг зарарланиши кузатилади. Зарарланиш атипик кечади. Узоқ муддатли ва оғриқли бўлади. Везикулалар тилда, юмшоқ танглайда, оғиз тубида, лабларда пайдо бўлади ва тезда эрозияларга, эрозиялар катта яраларга (3-5 см) айланади. Яралар нотўғри шаклда, четлари кўтарилган, кратерга ўхшаш бўлади. Унинг туби тўқ қизил рангда бўлиб, кулранг-оқиш караш билан қопланган бўлади. Вақтида даволанмаса, ўткирлашади, ҳажмлари катталашади. Бу эса вирусли герпетик инфекцияни висцерал аъзоларга диссеминациясига ва клиник кечишини оғирлашувига ҳамда ўлимга олиб келади. ОИВ билан зарарланган шиллиқ қават ўраб олувчи герпес ва вирусли сўгаллар билан зарарланган бўлади. Улар тугунли зарарланишлар кўринишида бўлиб, сўрғичлар шаклидаги дўнгликларда жойлашади.

### **7.1.7.4. Сочли лейкоплакия**

Сочли лейкоплакия ОИВ билан зарарланишнинг серопозитив даврида учрайди, бу эса иммунитет танқислигига ва ОИВ инфекциясига шубҳа туғилишига сабаб бўлади. Адабиётларнинг охириги

маълумотларига кўра, 98% сочли лейкоплакия касалларида ОИВ серопозитив бўлади.

Сочли лейкоплакия катталиги ва жойлашуви бўйича 1 ёки 2 томонли бўлиши билан фарқланади. Клиник жиҳатдан сочли лейкоплакия ворсинкалар шаклида бўлади. Улар шиллиқ қават юзасидан сочларни эслатувчи ворсинкалар кўринишида кўтарилиб туради. Ворсинкалар шиллиқ қават юзасига зич фиксацияланган ва уларни кириб олиш қийин бўлади. Сочли лейкоплакия тилни ён юзларида, унинг орқа қисмларида учрайди.

#### **7.1.7.5. Капоши саркомаси**

ОИТСни кўпроқ учрайдиган касалликларидан ҳисобланади. Ўсма лимфатик томирлардан ҳосил бўлади. ОИВ инфекциясида 30% ҳолларда Капоши саркомаси келиб чиқади. Капоши саркомаси кўпроқ танглайда, камроқ милк шиллиқ қаватида кузатилади. Улар кўкимтир, қизил ёки қора доғлар кўринишида, бошланғич даврларда ясси шаклида бўлади. Кейинчалик улар тўклашиб, ҳажмлари катталашиб, бўлакчаларга бўлиниб қолади. Яраланишлар кўпроқ шиллиқ қаватларда кузатилади. Оғиз бўшлиғидаги яраланишлар яраланиш давригача оғриқли бўлади. Милкда жойлашган Капоши саркомаси эпюлисни эслатади.

ОИВ инфекцияси ташҳисида лабораторияда вируслар, махсус антителони топиллишига ёрдам беради. Кўпроқ ELISA иммуносорбент анализ ва иммунобласт ёки тескари иммунофлюоренция реакциялари қўлланади. ОИВ инфекциясини ўрганишда иммунологик статусга аҳамият берилади. ОИВ билан зарарланганларда Т хелперлар билан Т супрессорларнинг нисбати бузилади, моноцит ва лимфоцитлар сонининг камайиши, иммуноглобулинларнинг, айниқса А ва G сонининг кўпайиши кузатилади.

#### **7.1.7.6. ОИВ билан зарарланнишнинг олдини олиш**

ОИВ инфекциясини олдини олишнинг самарали усулларида бири стерилизация ва дезинфекция қоидаларининг бузилмаслиги. ОИВ тарқалишини олдини олиш учун инфекцион агентларни қон орқали юкиши бартараф этилиши керак.

#### **ОИВ инфекцияси билан курашиш йўллари:**

1.Қон ва бошқа организм суюқликлари билан ишлаганда хавфсизлик қоидаларига риоя қилиш

2.Инъекция ва бошқа муолажаларда хавфсизликка риоя қилиш

### 3. Стерилизация ва дезинфекцияни самарали олиб бориш

Стоматологик муолажаларнинг кўпчилиги инвазив бўлгани учун стоматологлар ОИВ инфекцияси билан зарарланиш хавфи бор. Шунинг учун стоматологлар, ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари эҳтиёт чораларини кўришлари лозим. Қон ва суюқликлар билан ифлосланган қўллари совуқ сув билан астойдил ювилиши керак. Бир марта ишлатидаган асбобларни ташлаб юбориш керак.

Дезинфекция мақсадида 2% ли глютерал эритмаси, 30% ли  $H_2O_2$  эритмаси қўлланилади. Тозаланган инструментлар 30 мин. давомида эритмада сақланади, қайноқ қуруқ ҳаво билан стерилизация қилиниши керак. Бормашина, наконечник ва асбоблар, хом ашёлар столи гипохлорид натрийнинг 4% ли эритмалари, хлоргексидинлар билан артилади.

## **VIII БОБ. ТИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА РЕНТГЕН ТАСВИРИНИНГ ТАҲЛИЛИ**

**Карес хасталигида** карес коваги рентген тасвирида думалок, овал ёки нотўғри шаклдаги қаттиқ тўқиманинг сийраклашган ёки унинг (тож қисмининг) чет соҳаларидаги анатомик чегарасининг бузилганлиги каби ўзгаришлар сифатида намоён бўлади. Ковак чегаралари текис бўлмайди. Бу ҳол айниқса, тишларнинг контакт юзаларидаги кариоз ковакларнинг рентген тасвирида яққол кўринади.

Одатда кўз ва асбоблар ёрдамида аниқланиши мушкул бўлган яширин ковакларни текшириш мақсадида (кариес ковак пломба остида, тож ёки илдизлар соҳасида, контакт юзаларида бўлса), рентген нуридан фойдаланилади (55, 56-расмлар).



**55-расм.** Карлес қаваги 176 тишларнинг бир-бирига қараган дистал ва медиал сатҳларида жойлашган



**56-расм.** 61 тишда карлес қавагининг намоён бўлиши. Шу тишнинг медиал (олдинги) илдизи соҳасида гранулематоз периодонтит.

Олинган рентген тасвири карлес жараёнининг қай даражада чуқур кечаётганлигини кўрсатади. Карлес хасталигининг доғли даврини рентген тасвирида одатда аниқлаб бўлмайди. Юза карлес жараёни тиш қаттиқ тўқимасининг четида жойлашган тақдирда, жароҳат зонаси аниқроқ кўринади. Ўрта ва чуқур кечувчи карлесда эмаль ва дентин тўқимасида ҳосил бўлган емирилиш аниқ ва равшан кўринади. Пломба остидаги иккиламчи карлес коваги аниқ равшан (негативда қорайган доғ, позитивда рангсиз оқиш) бўшлиқ сифатида акс этади. Айнан шунга ўхшаш тасвирини пломба остига ажратувчи восита сифатида қўйилган тагликлар ҳам ҳосил қилади. Улар одатда рентген нурини қайтариш хусусиятига эга бўлмайди (кальмецин, сувли дентин ва х.к.). Лекин иккиламчи карлес ҳосил қилган бўшлиқнинг чегаралари нотекис, ўйдим чуқур бўлиши патологик жараёндан дарак беради.

### 8.1. Пульпитларда рентген тасвирининг таҳлили

Сурункали кечадиган пульпа яллиғланишида рентген тасвирида периодонт тўқимасида периодонтит хасталигига хос бўлган ўзгаришларни кўриш мумкин. Периодонт тўқимасининг нотекислиги, бирмунча кенгайганлиги сурункали кечувчи гипертрофик пульпит ва сурункали грануляцияланувчи периодонтит учун хосдир. Бирок, кўп илдизли тишлар (моляр) илдизларининг ажралиш (бифуркация) соҳасидаги қаттиқ тўқима структурасидаги бузилиш (деструкция),



сийраклашиш, емирилиш фақат грануляцияланувчи сурункали периодонтитдан дарак беради.

Юқорида зикр этилганлардан (пульпитга даво) бизга маълумки, пульпа яллиғланишида даво усуллари сут тишлари илдизларининг сўрилиш ёки шаклланиш ҳолатини ҳисобга олган ҳолда танланади. Илдизларнинг у ёки бу ҳолатини эса фақат рентген тасвирига қараб аниқланади.

Тиш пульпасида кечаётган дистрофик ўзгаришлар пульпа ва илдиз бўшлиғи деворларида дентиклларнинг ҳосил бўлиши билан боғлиқдир. Рентген тасвирида ҳосил бўлган дентикллар оч рангли пульпа бўшлиқларида қорамтир думалоқ доначалар шаклида акс этади (57-расм). Баъзан ҳосил бўлган қаттиқ структурали дентикллар пульпа бўшлиғида жойлашган нерв толаларини сиқиб, невралгияга ҳос оғриқларни пайдо қилади. Хасталикни тўғри аниқлашда бизга фақат рентген тасвиригина ёрдам беради.

Камдан-кам ҳолларда рентген тасвирида, баъзан дентин тўқимасининг идеопатик (фавкуллода кучли) сўрилиш ҳоллари ҳам учрайди.

Бу тариха дентин қатламининг сўрилиши (резорбция), тиш ковагининг ички қисмидан бошланиши ажабланарлидир. Гистологик тадқиқотлар тиш пульпасида бундай пайтда қўшувчи тўқима элементларининг кўпайганлигини, унда қон томирларга бой бўлган грануляцияланувчи тўқима ҳосил бўлганлигини ва унинг атрофини одонтобласт хужайралари ўраб олганлигини кўрсатади. Сўраб-суриштирилганда айрим ҳолларда хасталанган тиш бир пайтлар кучли механик таъсирот остида бўлганлигини аниқлаш мумкин.

## **8.2. Периодонтит хасталигида рентген тасвирининг таҳлили**

Маълумки, периодонт тўқимаси яллиғланишининг айниқса сурункали кечадиган турларида уни ўраб турган атроф тўқималар (альвеоляр суяк тўсиғи, суяк пардаси, цемент ва дентин) ҳам жароҳатланади. Бундай қаттиқ тўқималарда содир бўладиган ўзгаришлар панорам рентген тасвирида яққол намоён бўлади.

Ўткир чўққи периодонт яллиғланишида клиник белгиларнинг кучли намоён бўлишига қарамасдан рентген тасвирида периодонт тўқимасида деярли ўзгариш кузатилмайди. Айрим ҳолларда чўққи тешиги атрофидагина периодонт тирқишининг озроқ кенгайганлиги кузатилади.

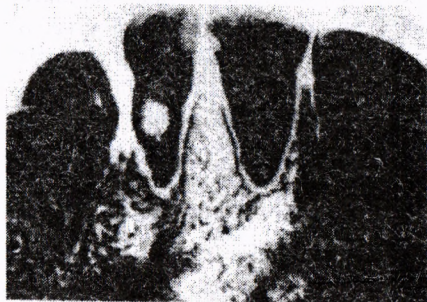
Сурункали грануляцияланувчи периодонт яллигланишида уни ўраб турувчи қаттиқ тўқималар (цемент, дентин, альвеола суяги, ғовак суяк) кучли емирилиш жараёнига учрайди. Тиш илдизининг сағхи ўзининг силикклигини йўқотиб, унда ўйдим чуқурлар ҳосил бўлади ва жимжимали шаклни олади.

Рентген тасвирида тиш илдизининг чўққи соҳасида пародонт тўқимаси (меъёрдаги ҳолати)нинг бузилганлигини, альвеола компакт суягининг емирилишини кўрамыз. Илдиз чўққисини ўраб турувчи суяк тўқимасининг нотекис, тўлқинсимон структура бузилиши ва емирилиши оқибатида суякнинг жароҳатланган зонада нур ўтказиш қобилияти кучайганлиги кузатилади.

Грануляцияланувчи периодонтит учун суяк тўқимасининг нотекис емирилиши ўзига хос хусусиятдир. Шу билан биргаликда цемент ва дентиннинг емирилиши оқибатида илдиз рельефининг ўзгариши, айрим ҳолларда эса илдизнинг қисқариши ҳолларини кўриш мумкин. Шу билан биргаликда болаларда кўпгина ҳолларда йиринг йўли ҳам тасвирдан ўрин олиши мумкин. Бундан ташқари кўп илдизли сут тишларида илдизлар орасидаги суяк тўқимасининг емирилиб сийраклашуви (остеопороз) болалар ёшида хусусий ҳол ҳисобланади (60-расм).

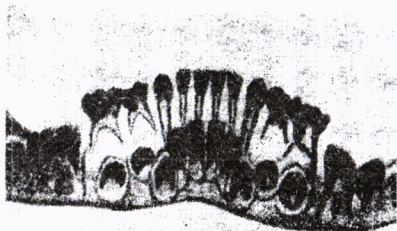
Сурункали гранулематоз периодонтит ҳасталигида илдиз чўққисида оддий тиш гранулемаси ёки мураккаб кистали гранулема ҳосил бўлиши хусусий ҳолдир. Тиш илдизи соҳасида бундай грануляцияланувчи тўқима ҳосил бўлиши, атроф суяк тўқимасининг текис думалоқ шаклдаги, чегаралари аниқ кўринувчи жароҳатли емирилишига сабаб бўлади.

Рентген тасвирида тиш илдизининг чўққи қисмида думалоқ ёки овал шаклидаги, чегараси аниқ кўринувчи суяк тўқимасининг емирилган ўчоғи пайдо бўлгани кузатилади (58,59-расмлар).

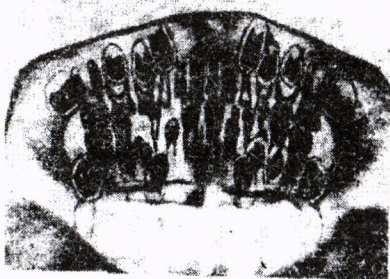


**58-расм.** V сурункали периодонтит. Тишлар илдизлари орасидаги суяк тўқимасининг сийраклашуви (остеопороз). Ортопантограмма.

Бу хил суяк жароҳати соҳасида суяк тўқимасининг пўстлоқ



**59-расм.** IV-V тишлар сурункали периодонтити. Панорамрентгенограмма.



**60-расм.** 14 5 6 тишлар кариеси. 14 5 тишларнинг илдизлари соҳасида гранулёмалар.

(кортикал) пластинкаси емирилган бўлади. Негатив тасвирда бундай жароҳат соҳаси қорамтир, позитив тасвирда эса соғлом тўқимадан оқиш туси билан ажралиб туради.

Сурункали фиброз периодонт яллиғланишида периодонт тўқимасида чандикли фиброз қўшувчи тўқима вужудга келади. Бундай ҳолларда периодонт тирқиши кенгайиб, илдиз чўққисида ёки бутун илдиз сатҳи бўйлаб цемент тўқимасининг қалинлашуви (гиперцементоз) қайд этилади.

Рентген тасвирида периодонт тирқишининг кенгайганлиги илдиз чўққи қисмида, айниқса равшан кўринади. Шу билан бир қаторда илдиз чўққисининг бирмунча қалинлашуви ва деформациясини кўриш мумкин.



**61-расм.**  
периодонтит;  
12  
периодонтит.

11 фиброэли  
грануляцияланувчи

## II ҚИСМ. СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ

### I БОБ. ТИШЛАР КАРИЕСИ ВА ПАРАДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИ ПАЙДО БЎЛИШ ШАРТ-ШАРОИТЛАРИ

#### 1.1. Тиш юзасида ҳосил бўладиган карашлар ва тошлар (чўкмалар)

Инсон ҳаёт фаолияти давомида тишларнинг юзасида ҳосил бўладиган тузилмалар-карашлар, тошлар ёки чўкмалар тиш қаттиқ тўқималари ва парадонт тўқималари касалликларини юзага келишида муҳим ўрин тутди. Бугунги кунда адабиётларда келтирилган маълумотлар ва хусусий маълумотларга таяниб Н. Г. Пахомов (1981) тиш устида ҳосил бўлиши мумкин бўлган ёт жинслар-карашлар, чўкмаларнинг таснифини тавсия қилади.

Тиш карашлари ва тошлари таснифи:

I. Минераллашмаган тиш юмшоқ карашлари:

- а) пелликула
- б) тиш усти караш (бляшка)
- в) оқ юмшоқ караш
- г) овқат қолдиқлари

II. Минераллашган тиш тошлари

- а) милк усти тиш тошлари
- б) милк ости тиш тошлари

#### 1.1.2. Минераллашмаган тиш карашлари

Тиш пелликуласи — инсон ҳаёт фаолияти даврида ўзлаштирган тишнинг анатомик структураси ҳисобланувчи кутикула ўрнида пайдо бўлган юмшоқ караш ҳисобланади. Пелликула тишлар чиққандан сўнг улар юзасида сўлак таркибига кирувчи гликопротеинлар ҳосилаларининг эмаль юзасига адсорбцияланиб ўтириб қолишидан ҳосил бўлади. Тишлар яхшилаб чўтка паста ёрдамида тозаланганда пелликулалар емирилиб тозланади. Пелликуладан ҳоли қилинган тиш юзаси сўлак билан узвий мулоқотда бўлиб туриши натижасида пелликула ўзини жуда қисқа вақт ичида яна тиклайди. Пелликула структурасиз тузилма бўлиб тиш юзасига жуда яхши адгезив ёпишиш хусусиятига эга бўлиши билан бир қаторда ўз навбатида бактериялар учун танлаб ёпишиб, колониялар ҳосил қилиб кўпайишига сабаб бўлувчи, қулай манбаа бўлиб ҳисобланади.

Тиш эмали юза қаватида кечиши мумкин бўлган диффузия жараёни ва ўтказувчанлик кўп ҳолларда пелликула мавжудлиги ва

унинг хусусиятларига боғлиқдир. Тишда пайдо бўлган пелликула қобиғи бир томондан маълум бир даражада эмаль структурасини химоя қилса, иккинчи томондан унинг қалинлашиб, кўпайиб кетиши эмалдаги диффузия жараёнини меъёрда кечишига ҳалақит беради.

**Тиш бляшкаси** — вақт ўтиши ва оғиз бўшлиғи шахсий гигиенасига риоя қилмаслик натижасида пелликула устида тиш карашибляшка ҳосил бўлади. Бу караш зич тузилма бўлиб, оқсил, полисахарид, липид ва бир қадар аорганик моддалар (кальций, фосфатлар, магний, калий, натрий) дан ҳосил бўлган асосга кириб, колониялар ҳосил қилган микроорганизмлардан иборатдир.

Тиш усти карашибляшка рангсиз, юмшоқ чўкма бўлиб, махсус таркибида йод сақловчи эритмалар ёки фуксин, эритрозин каби бўёқлар билан яхши бўялиб аниқланади. Тиш усти карашиб оғизни чайиш, чўтка, паста ёрдамида тозалашдан кейин ҳам тиш бўйин соҳаларида нотекис, силликбўлмаган юзани ҳосил қилиб туради. Айнан мана шу соҳада микроорганизмларнинг фаол ҳаёт фаолияти кечади. Бу фаолият натижасида ферментлар иштрокидаги, фаол парчаланиш, бижғиш, кислоталар ҳосил бўлиш жараёни кузатилади. Бляшка тозаланиб эмаль юзаси очилганда баъзан эмаль сатҳида хиралашган деминерализация соҳаларини кўриш мумкин.

Бугунги кунда тиш усти карашларини кариес ва пародонт яллиғланиши хасталикларини келиб чиқишидаги ўрни ва аҳамияти тўлиқ аниқланган. Бу тузилмалар асосан микроорганизмларнинг эмаль юзасига адсорбцияси натижасида юзага келади ва навбатма-навбат кокксимон флоралар, кейин таёқчасимон ва ипсимон бактерияларни қаватма-қават жойлашувидан иборат комплексдир. Тиш усти карашиб (бляшка) асосан кўпаювчи микроорганизмлар, эпителиоцитлар, лейкоцитлар ва макрофаглардан ташкил топган. Тиш усти карашлари куруқ қисмининг 70% ни бактериялар, 20% ни органик ва аорганик моддалар ташкил қилади.

Тиш усти карашиб оддий структура тузилишига эга бўлганлигидан унинг таркибий қисмига углеводли молекулалар қийинчиликсиз сингиб киради. Юмшоқ, углеводга бой овқатлар исьтемом қилинганда тиш усти карашлари жуда тез ўсади ва қалинлашади.

Тиш усти карашлари асосан тишнинг милк усти сатҳида, фиссураларга кириш соҳасида, контакт юзаларда тез вужудга келади. Карашларнинг 80-85% и сув бўлиб, минерал моддаларнинг асосини кальций, аорганик фосфатлар ва фторидлар ташкил қилади. Кальций моддаси тиш усти карашларида бактериялар, хужайралардан ташқари оқсиллар, фосфатлар билан боғланган ҳолда бўлиб, аорганик ортофосфат ёки органик бирикмалар ҳосил бўлишида иштирок этади.



Тиш усти карашада фторидларнинг оз миқдорда борлиги аниқланган. Фторидларнинг карашларда йиғилишида бактерияларнинг ўрни бор. Бактериялар фтор моддасини ўз ҳужайраларида йиғади ва уларнинг ўлиши ёки парчаланиши натижасида ажралиб чиққан фтор ионлари кальций билан бирикиб фторидларни ҳосил қилади. Тиш усти карашларининг 25-30% ини сувли фаза ҳосил қилади ва у ҳужайрадан ташқарида бўлиб, бактериялар учун «инкубация муҳитини» яратади. Тиш усти юмшоқ карашлари оқ, яшил, жигарранг тусда бўлиши аниқланган.

**Оқ юмшоқ тиш карашини** махсус бўёқлар билан бўялмасдан ҳам кўзга ташланади. Юмшоқ оқ карашлар асосан оғиз бўшлиғи шахсий гигиенасига амал қилинмаганда, сўзлаш ва чайнаш аъзолари тинч турган пайтларда ҳосил бўлади. Бу турдаги караш оғизда хид пайдо бўлишини, таъм билиш сезгисини ўзгартиришни таъминлаб, тиш тоши ҳосил бўлишида кристалланиш марказига айланиши мумкин. Яшил юмшоқ тиш карашини, кўпчилик ҳолларда болалар ва ўсмир ёшлар тишларида ҳосил бўлади.

Бундай карашлар асосан фронтал тишларнинг лаб юзасида юпқа қатлам сифатида юзага келади. Яшил юмшоқ карашларнинг ҳосил бўлиши хлорофилл сақловчи хромоген микроорганизмларнинг ҳаёти фаолияти билан боғлиқдир.

Юмшоқ, жигарранг тиш карашини асосан чекувчиларда учрайди. Унинг рангини тўқ ёки очлиги никотин ва кўп, оз чекишга боғлиқдир. Бу хил карашлар тиш чўтка ва настаси ёрдамида қийинчилик билан тозаланади.

Жигарранг тиш карашлари чекмайдиганлар оғиз бўшлиғида мисли амалгама пломбалари мавжуд инсонларда ва бронзадан, латун, мисдан ясаладиган маҳсулотлар тайёрловчи кишиларда ҳам учрайди .

Бундай карашлар болаларда сут тишларида сўлак билан кўп миқдорда қайтарилмаган темир моддасининг ажралиб чиқиб, оғиз бўшлиғида оксиллар парчаланиши натижасида ажралиб чиққан олтингугурт билан бирикиши натижасида ҳосил бўлган бўёвчи моддаларни адсорбцияси туфайли вужудга келади.

**Овқат қолдиқлари** тишлар қаторида мавжуд бўлган ретенция соҳаларида тикилиб қолади. Улар лаблар, лунжлар, тилнинг ҳаракати ва оғиз чайиш пайтида осон кўчиб тушиб кетади. Ёпишқоқ углеводли овқатлар, ширинликлар қабулидан кейин уларнинг бир қисми тишларнинг ретенция нуқталарида ўрнашиб қолиб, ачиш ва чириш жараёнини таъминлаб туради. Микроорганизмларга овқат маҳсулоти бўлиб уларнинг метаболизмни таъминлайди. Натижада тиш усти карашларидаги микроорганизмлар ҳаёт фаолияти фаоллашади.

Микроорганизмлар углеводли овқатларни бижғитиш йўли билан сут кислотаси ҳосил қилади, бу эса ўз навбатида тиш эмалига таъсир қилиб деминерализация жараёнини бошланишига сабаб бўлади.

### 1.1.3. Минераллашган тиш тошлари

Исонларда оғиз бўшлиғига бўлган эътибор содир бўладиган касалликлар, оғиздан тараладиган ҳар хил ҳидлар, нохуш ҳолатлар билан боғлиқдир. Бундай ҳолатни биз тишлар юзасида минераллашган чўкмалар-тошлар пайдо бўлганда кузатамиз. Тиш тошлари минераллашиш натижасида қотган ёки қотаётган масса бўлиб, милкка нисбатан жойлашувига қараб: милк ости ва милк усти турларга бўлинади.

**Милк усти тошлари.** Милк усти тошлари милк кирраси устида жойлашган бўлиб, осон аниқланади. Милк усти тошлари одатда оқил, оқ-сарик, жигарранг тусда бўлиб, қаттиқ, тез ушаладиган, лойсимон консистенцияда ҳам бўлади. Бу тузилмаларнинг ранги овқат пигментларига, чекувчиларда тамакига боғлиқ бўлади.

Тиш тошини алоҳида бир тишда, тишлар гуруҳида ва бутун тишлар қаторида кузатиш мумкин.

Кўпчилик ҳолларда милк усти тоши кўплаб юқори чайнов тишлар лунж сатҳида, кулоқ олди сўлак безининг оғиз бўшлиғига очилиш соҳасида, пастки фронтал тишларнинг тил юзасида, тил ости, жағ ости сўлак безлар очиладиган соҳада йиғилади.

Бугунги кунда милк усти тошларининг сўлакдан ҳосил бўлиши исботланган. Сўлак таркибидаги минерал тузлар концентрацияси ошиши натижасида, улар тиш усти юмшоқ қарашлари устига чўкиб, уни тўйинтиради. Тиш тошлари ўсмирлик даврида пайдо бўла бошлайди ва ёш катталашган сари кўпайиб боради.

Милк усти тошларининг кимёвий таркибини 70–90% аноганик, 10–30% ини органик моддалар ташкил қилади. Аноганик қисмининг асосини-кальций фосфат – 75.9%, кальций карбонат – 3.1% ва магний карбонатлар ҳосил қилади. Аноганик элементлар ўз миқдори бўйича қуйидагича тақсимланган: кальций – 39%, фосфор – 19%, магний – 0,8%. Булардан ташқари тиш тошлари ўз таркибида натрий, рух, стронций, бром, мис, вольфрам, алюминий, олтин каби микроэлементлар сақлайди.

Тиш тошларининг органик таркиби протеин-полисахарид комплекси, қовжираб тушган эпителий, лейкоцитлар ва микроорганизмлардан иборат.



**Милк ости тиш тошлари.** Милк ости тиш тошлари милк маргинал соҳаси остида жойлашган бўлади ва уларни оддий кўзда кўра олмаймиз. Аниқлашнинг асосий усули зондлаш. Аниқланган тиш милк ости тошлари одатда қаттиқ, тўқ жигарранг ёки қорамтир-яшил тусда бўлади. Милк ости тоши тиш бўйин қисмини ўраб олишга ҳаракат қилади ва нотекис сатҳ ҳосил қилиб тишларга қаттиқ ёпишган бўлади.

Кимёвий ва структура тузилиши жиҳатидан милк ости тошлари милк усти тошларига жуда ҳам ўхшашдир. Булар асосан милк суюқлигидан ҳосил бўлади.

Структура тузилишига кўра тиш тошлари — бу минераллашиб оҳаклашган тиш усти юмшоқ карашидир. Тиш усти юмшоқ карали (бляшка) ўзида сўлакка нисбатан 20 марта ортиқроқ кальцийни адсорбция қилиши мумкин. Тиш тошлари тез-тез ҳосил бўлиб турувчи кишиларда тиш усти карашларида 3 ҳисса кўпроқ фосфор бўлиши аниқланган. Бу эса тиш тошларининг у ёки бу миқдорда ҳосил бўлишида фосфор элементининг ўрни борлигини кўрсатади.

Тиш усти юмшоқ карашларининг минераллашиб оҳаклашиши ва тошга айланиш жараёни асосида кальций ионларининг протеинполисахарид комплекси билан бирикиши оқибатида фосфат кальций кристалларининг бляшка устига чўкиб, микроорганизмларига тўйиниши ва массасининг ошиши ётади.

Тиш усти тошларини ҳосил бўлишида овқатнинг қаттиқ юмшоқлиги ҳам муҳим ўрин тутаяди. Қаттиқ овқатлар чайнаш тиш тошларини ҳосил бўлишига тўсқинлик қилади. Юмшоқ овқат истеъмоли унинг ҳосил бўлишини тезлаштиради.

## **1.2. Оғиз бўшлиғи суюқлиги (сўлак)**

Оғиз бўшлиғида ва унинг атрофида анатомик жиҳатдан мустақил аъзо бўлиб ҳисобланадиган экзокрин сўлак безлари жойлашган бўлиб, улар оғиз бўшлиғига сўлак суюқлигини ишлаб чиқаради. Бу безлардан энг йириклари: кулоқ олди безлари, жағ ости безлари, тил ости беши ҳисобланади. Бундан ташқари сон-саноксиз майда безчалар оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг барча соҳаларида сочилган ҳолда жойлашгандир.

Мазкур безлар ишлаб чиққан суюқлик секретини — сўлак деб аталади. Сўлак оғиз бўшлиғига ажралиб чиққандан сўнг унда мавжуд бўлган эркин чиқиндилар билан араллашиб, аралашган сўлак ёки оғиз бўшлиғи суюқлиги» номини олади.

Юқорида кўрсатилган тартибда ҳосил бўлган аралашган сўлак оғиз бўшлиғи аъзолари: тишлар ва оғиз шиллиқ пардасининг

физиологик меъёрдаги фаолиятини таъминлайди. Оғиз бўшлиғи суюқлигининг таркибида сўлак безлари секретидан ташқари эпителий хужайралари, лейкоцитлар, микроорганизмлар, овқат қолдиқлари мавжуд бўлади.

Оғиз бўшлиғи суюқлигининг таркиби ва хусусиятлари кўлчилик ҳолларда сўлак безларининг тўлақонли фаолиятини организмнинг умумий аҳволи сўлак ажралиш тезлиги, овқат қолдиқларининг таркиби ва оғиз бўшлиғининг гигиеник ҳолатларига боғлиқдир.

Одатда бир кеча кундуз мобайнида 500 мл га яқин сўлак ажралади. Бундан тахминан 200 мл овқатланиш пайтида, колган қисми эса нисбий тинчлик вақтида ажралиб чиқади. Ёш ўтиши билан сўлак ажралиши сусаяди, бу эса оғиз бўшлиғида жойлашган тўқималарга салбий таъсир кўрсатади. Мисол тариқасида, қуйидаги ҳолатларни келтириш мумкин: оғиз қуриши, овқат ютишнинг қийинлашуви, сўлак қуйилиши гаплашишга қийналиш ва тиш қаттиқ тўқималари хасталикларининг, айниқса карнес коваклари кўпайиб кетиши ва ҳ.к.

Бугунги кун илмий маълумотларига асосан оғиз бўшлиғида сўлак юмшоқ тўқималар ва тишлар юзасини 0.1 мм қалинликда кўмиб тураркан. Маълумки, сўлак оғиз бўшлиғида мавжуд бўлган вақтда ундан ажралиб чиққан моддалар шиллик парда ва тиш тўқималарига чўқади, шу билан бир вақтда улар сатҳидаги кераксиз маҳсулотлар сўлакда эриб ювилиб кетади. Шу нуқтаи назардан кўрсатилган қалинликдаги сўлакнинг тиш юмшоқ карашлари устидан сузиб, ўтиш тезлиги унинг таркибий қисмларининг карашлар билан бўладиган модда алмашинуви жараёни жадаллигини белгилайди. Бу тезлик оғиз бўшлиғининг барча жойларида ҳар хил бўлиши тишларнинг карнес билан касаланиши ҳам ҳар хил бўлишини таъминлайди.

Сўлак ўз таркибида 0,58% қуруқ модда сақлайди ва бу анорганик ҳамда органик моддалардан иборатдир. Анорганик моддалардан энг асосийси минерал компонентлар бўлиб, (кальций, фосфотлар, фтор ва бошқа микроэлементлар) улар ёрдамида сўлак ва эмаль тўқимасидаги динамик барқарорликдаги мулоқот сақланиб туради.

Тишлар чиқиб бўлганидан сўнг оғиз суюқлиги эмаль тўқимасининг «стилишини» ва унинг кимёвий таркибини ўзгартишини таъминлайди. Шу билан биргаликда сўлак тиш эмали сатҳида пелликула ҳосил бўлишида иштирок этади. Пелликулалар ўз навбатида оз бўлса ҳам кислоталарнинг эмалга таъсир этишида тўсиқ бўлади. Йиллар давомида сўлак таркибидаги минерал тузларга тўйинган эмаль тўқимаси ёш ўтиши билан карнес касаллигига нисбатан тургун бўлиб қолади.

Физиологик шароитларда тиш тўқималари ва унинг атрофини ўраб турувчи муҳит ўртасида барқарорлик мавжуд бўлади. Одатда аралаш сўлак кальций фосфат бирикмасига жуда тўйинган бўлиб, улар билан эмаль тўқимасининг тўйинишига, яхши шароит туғдириб беради. Оғиз бўшлиғидаги сўлакнинг баъзи бир сабабларга кўра РН кўрсаткичи пасайиб кетиши ва кислоталик муҳитни кучайиши натижасида, айниқса углеводли овқатлар истеъмол қилинганда сўлак кальций элементига тўйинмай қолади (концентрацияси пасаяди). Бундай муҳит тиш эмали таркибидан кальций моддасини сўлакка ювилиб чиқишига олиб келади.

Кислотали муҳит иложи борича сўлакнинг буфер системаси (бикарбонат, фосфат ва оксиллар иштирокида) ёрдамида физиологик ҳолатларда нейтралланиб ҳимояланади.

Оксиллар, углеводлар, эркин аминокислоталар, ферментлар, витаминлар ва айрим органик кислоталар сўлакнинг жуда муҳим таркибий қисмини ташкил қилади. Оксиллардан катта аҳамиятлиси муциндир. Мазкур оксил эркин кальций ионларини ўзига бириктириб олиш хусусиятига эгадир. 1 молекула муцин оксили ўзига 130 кальций атомини бириктириши мумкин экан. Муцин оксилнинг яна бир хусусияти шуки, у тиш юзасига адсорбцияланиб эрмайдиган органик плёнка ҳосил қилади. Бу билан бир томондан тиш ва шиллиқ пардани шикастланишлардан ҳимоя қилса, иккинчи томондан сўлак таркибидаги минерал моддалар ионларини диффуз тарзда тиш қаттиқ тўқималарига эркин ўтиб туришига тўсқинлик қилади.

Оғиз бўшлиғидаги сўлакнинг бактерицид таъсир этувчи хусусияти унинг таркибида лейкинлар, лизоцим, опсонинлар ва бактериолизинлар мавжудлиги билан боғлиқ.

Аралаш сўлак таркибида бактериялар ишлаб чиққан ферментлар, сўлак безлари ажратган ферментлардан ташқари лейкоцитлар парчаланishiдан ҳосил бўлган ферментлар ҳам мавжуд бўлади. Шунинг таъкидлаш жоизки, оғиз бўшлиғида кечадиган ферментлар иштирокидаги жараён кўпгина ҳолларда оғиз бўшлиғидаги овқат қолдиқларининг миқдори, тури ва микроорганизмларга боғлиқ бўлиб, бу жараённинг фаоллиги оғиз бўшлиғи гигиенаси паст ҳолларда юқори кечади. Оғиз гигиенасининг пастлиги микроорганизмларнинг айрим штамлари томонидан кўплаб миқдорда органик кислоталар ишлаб чиқилишига сабаб бўлади. Органик кислоталар эса ўз навбатида сўлак таркибига кирувчи амилаза ферментини ва бошқа ферментлар фаоллигини бузади.

Булардан ташқари аралаш сўлакнинг муҳим бўлган фибринолитик, қон плазмасини қотирувчи хусусиятлари билан биргаликда гуморал, барьер, иммунитетни қувватлаб туриш ва оғиз

бўшлигини механик, кимёвий ҳамда биологик тозалаш каби хусусиятлари ниҳоятда муҳим аҳамият касб этади.

Сўлакнинг ранг-баранг хусусиятлари оғиз бўшлигида муҳитнинг барқарорлигини таъминлаб туради.

### **1.3. Стоматологик касалликлар профилактикасида фтор сақловчи бирикмаларнинг аҳамияти**

1931 йилда флюороз хасталиги кимёвий фтор моддасининг организм талаб даражасидан юқори бўлгандагина содир бўлиши олимлар томонидан аниқ, равшан исботланиши, кейинчалик бу кимёвий элемент кариес, пародонт хасталиклари билан ҳам алоқадор бўлибгина қолмай уларнинг келиб чиқишида ҳам ўз ўрни борлиги маълум бўлди. Америкалик олимлар томонидан (Дин 1931) хол-хол доғли флюороз билан хасталанган беморларда кариес жараёни жуда кам учрашини аниқланиши, шу асосда кариес кўп учрайдиган аҳоли ичимлик сувида сунъий равишда фтор миқдорини ошириш кариес тарқалиши ва жадаллигини пасайтириши мумкин деган хулосага олиб келди.

Таркибида фтор миқдори 1 мг/л ва ундан юқори бўлган сув манбаидан сув ичиб келган аҳоли сув манбаида фтор миқдори 0.1-0.3 мг/л бўлган аҳоли ўртасида кариес тарқалиш кўрсаткичи солиштирилганда фтор кўп сақловчи сув истеъмол қилган аҳоли гуруҳида 50% гача кариес кам учраши аниқланган. Истеъмол қилинадиган суви таркибида 1 мг/л фтор бўлган аҳоли ўртасида флюороз касаллиги учрамаслигидан келиб чиқиб, сувда фтор миқдорининг меъёри 0.8-1.2 мг/л га тенг деб қабул қилинган.

Биринчи марта Американинг икки шаҳарларида ичимлик сувини кўшимча сунъий равишда фторлаш кичик сарф-харажатлар талаб қилсада, шу шаҳарлар аҳолисининг овқатланишига ҳеч қандай ўзгаришлар киритилмаган ҳолда кариес жадаллиги кўрсаткичини 60-70% га пасайганлигини кўрсатди. Бундай катта ютуқдан сўнг, бошқа шаҳарларда ҳам ичимлик сувини кўшимча фтор моддаси билан бойитиш жорий қилинди.

Фтор элементи инсон организмга асосан сув орқали кириб унга бўлган талабни қондиришида асосий ўрин тутсада, табиатда кишилар организмга фтор олиб кирувчи бошқа манбалар (озик-овқатлар, кўкатлар, дори-дармонлар, пестицидлар) ҳам мавжуд. Шу билан бир қаторда суперфосфат, фосфор кислотаси, алюминий, ойна, сульфат кислота, пластмассалар ва углеводлар ишлаб чиқарувчи корхоналарда

хам ҳавога фтор бирикмалари ажралиб чиқади ва инсон нафас йўллари орқали организмга тушади.

Фторидларни организмдаги метоболизмини (алмашинувини) ўрганиш шуни кўрсатадики, мазкур моддалар тиш ва суяк тўқимасини ҳосил қилувчи минералларга жуда яқин тураркан. Фтор сақловчи элементлар скелет тузилмаларнинг организмда суюқликлар оқиб, ювиб турувчи соҳаларида йиғилади. Бундай соҳаларга дентин эмалнинг юза қатламлари мисол бўлади. Дентин тўқимаси пульпа қон томирлари билан бевосита аълоқадор бўлса, эмаль тўқимасининг юзаси доимо сўлак билан ювилиб туради.

Қон ва сўлак таркибидаги фтор сақловчи бирикмалар концентрациясининг миқдори инсон организмга ташқаридан, айниқса сув орқали тушаётган фтор моддасининг миқдори билан бевосита боғлиқдир. Тиш қаттиқ тўқималарида фтор сақловчи минерал тузлар эмалнинг ҳомиладорлик ва бола туғилгандан сўнг (1-3 доимий тишлар шаклланиши даврларида энг кўп йиғилиши аниқланган. Бу даврларда сут ва доимий тишлар эмаль тўқимаси жадал суратлар билан минерал тузларга тўйина бошлайди.

Сўлак таркибидаги фторидлар концентрацияси 1 мол/л ёки сув таркибидаги фторнинг 1/50 қисмини ташкил қилади.

Тиш усти юмшоқ қарашларидаги фторидлар концентрацияси сўлак таркибидагидан 40–60 марта юқоридир. Аммо уларнинг маълум бир қисмигина эркин ионлар шаклида бўлиб, алмашинувда иштирок этади. Қолган асосий миқдори боғланган ҳолда мавжуд бўлиб, алмашинув жараёнида иштирок этмайди.

Бугунги кунда фтор бирикмаларининг тиш қаттиқ тўқималарига таъсир механизми изланишлар берган маълумотларга таянади.

Узоқ йиллар мобайнида фтор сақловчи бирикмаларнинг профилактик таъсири эмалда фақат фторapatитлар ҳосил бўлиши билан тушунтирилар эди. Бунда кальций фториднинг ҳосил бўлиши ва унинг сўлакда эриб эмаль юзасидан ювилиб чиқиши салбий ҳолат деб баҳоланарди. Бугунги олинган илмий маълумотлар ва тажрибалар асосида тузилган концепцияга биноан фторидларнинг кариес барқарорлик таъсири уларнинг тиш тўқималарида ва сўлакда кўплаб йиғилиши билан боғлиқ. Йиғилган фторли бирикмалар рН кўрсаткичи пасайганда тиш қарашлари таркибидан фтор элементини эркин фтор иони сифатида ажратиб чиқаради. Бу эса эмалда содир бўлиши мумкин бўлган деминерализация жараёнини секинлаштиради ёки бутунлай тўхтатди.

Тиш эмали юзасида фтор ионларининг доимий мулоқоти эвазига кальций фторнинг микрокрисстал глобуллари ҳосил бўлиб, эмалнинг қариесга нисбатан турғунлигини таъминлаб туради.

Организмга фтор моддасининг узлуксиз равишда оз-оз миқдорда кириб туриши (тиш пастаси таркибида) эмаль қаватнинг фтор билан таъминлаб унинг қариесга нисбатан турғунлик мувозанатини сақлаб туришга имкон яратади.

Олинган маълумотларга кўра фторид кальций микрокриссталлари эмаль юзасида ҳосил бўлгандан сўнг улар кальций фосфат ва оксил молекуласига ўралади (қопланади). Кальций фосфат ҳамда оксил моддаси доимо сўлак таркибида мавжуд бўлади. Фосфат ионлари кальций фторид кристалларининг фаоллик марказларига адсорбцияланиб фторгидроксиапатит минерал бирикмасини ҳосил қилади. Бу ҳол кальций фтор бирикмасининг эришини бирмунча секинлаштиради.

Тиш эмалини ўраб турувчи муҳит рН кўрсаткичининг пасайиши (кислотали муҳитни ҳосил бўлиши) кальций фтор бирикмасининг турғунсизлигига сабаб бўлади ва фтор ионларининг кальций ва фосфатларга нисбатан сезгирлиги ошади. Кальций ва фосфатлар эса қариес жараёнида эркинлашуви мумкин. Натижада кальций ва фосфат ионлар фтор иони билан бирикиб фторапатитлар ҳосил қилинади. Бундай ҳолат қариес жараёнини ривожланишини сўндиришга қаратилган бўлади. Кислотали муҳит шароитида кальций фтор бирикмаси фаол равишда эркин фтор ионларини ажратиб, апатитлар ҳосил бўлишини таъминлайди ва қариеснинг олдини олишда асосий восита бўлиб ҳисобланади.

Изланишлардан олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, эмаль кристаллари тўрига мустаҳкам ўрнашиб олган боғланган фтор қариесга қарши потенциал восита бўла оларкан. Лекин қариес жараёнини, бевосита ривожланиш ёки сустлашиш реакцияларида эмаль ва сўлак чегарасидаги эркин фтор ионларигина қатнашар экан.

Тиш қарашаларининг суюқ фазасига ёки тиш эмалига адсорбцияланиши учун фтор бирикмалари эриган ҳолда бўлиши шарт. Фтор бирикмаларини тиш қарашига ёки эмали таркибига кириб боришида фторидларнинг сўлак таркибидаги ва қараш ёки эмалдаги концентрациялар фарқи ҳисобига содир бўладиган диффузия кучи сабаб бўлади. Маълумки ионлар концентрацияси даражаси қайси муҳитда паст бўлса, шу муҳитга концентрацияси юқори муҳитдан ионлар диффуз йўл билан ўтади.

Изланишлар фтор бирикмалари кариес профилактикасида муҳим ўрин тутишини кўрсатади. Фторидлар кариес профилактикасида ўзининг икки хил йўналишидаги таъсири билан ўрин тутаяди:

а) биринчидан, эмалга таъсири. б) иккинчидан, тиш қарашларидаги бактерияларга таъсири билан.

Ташқи муҳитдан кирувчи фторидларнинг тиш эмаль қаватида таъсири уларнинг қайси даврда (тиш таракҳиётининг) организмга тушишига боғлиқдир.

Фторидларнинг меъёрий даражада организмга кириши тишларнинг чиқишигача рўй беради, унда:

- 1) гидроксиапатитлар кристалларининг ҳажми ошади,
- 2) гидроксиапатит гидроксил (ОН) группаси фтор иони билан алмашиб фторапатит ҳосил бўлади,
- 3) эмаль таркибида карбонатлар миқдори камаяди,
- 4) эмаль тўқимасининг қаттиқлиги ошади,
- 5) тиш фиссураларининг чуқурлиги камайиб, улар яссилашади.

Мабодо фторидлар талаб даражасида тишлар чиқиб бўлгандан кейин эмаль атрофидаги муҳитда бўлса, унда фторидлар таъсири остида эмаль деминерализацияси сусаяди ва аксинча реминерализация жараёнини кучайтиради. Шу тартибда эмалнинг кариесга нисбатан турғунлиги анча ошади.

Фторидларнинг ана шу хусусиятлари уларни маҳаллий қўллашдан кўра умумий ҳолда организмга киритилганда кўпроқ самара беришини кўрсатади. Фторидлар патоген микроорганизмлар метаболизмини бузади ва натижада уларнинг кариесоген таъсири сусаяди. Оғиз бўшлиғининг нормал микрофлорасига фторидларнинг салбий таъсири аниқланмаган.

Фтор бирикмалари сўлак ва қарашларда глюкоза моддасининг патоген микроблар ҳужайрасига ташиб кирилишига қаршилик кўрсатади, натижада ҳужайра ташқарисида ҳосил бўладиган полисахаридлар синтезини бузади ва шу билан тиш қараш асосини ҳосил қилувчи матрицаларнинг ҳосил бўлишини бузади. Сўлак таркибида фторидларнинг кичик концентрацияси органик кислоталарни нейтраллаб, уларни ҳосил қилувчи ферментлар фаоллигини пасайтиради.

Соғлом эмаль таркибига фтор элементини киритиш ниҳоятда мушкул. Шунинг учун профилактика мақсадида кариесни эрта бошланиш жараёнида тишларни доимо ювиб турадиган сўлак таркибини фторидларнинг кичик концентрацияси билан бойитиб туриш лозим.

Фторидларнинг организмга талаб даражасидан кўпроқ кириши салбий, токсик таъсир кўрсатади. Фториднинг организмга кириш миқдорининг суткалик талабини қондириш учун кунига бир килограмм вазнга нисбатан 0.05-0.07 мг бўлиши мумкин. Мабодо фторидлар қабули бир кунда организмда 0.1 мг/кг дан ошган тақдирда тишлар ва суяклар флюорози касаллиги содир бўлади. Америка Фанлар Миллий Академияси тавсиясига кўра, бир кунда 1.5 мг дан – 4 мг гача фторид қабул қилиниши организм учун меъёрий талаб ҳисобланади.

Фтор препаратлари билан заҳарланишнинг асосий белгилари бўлиб: кўнгил айниши, қусиш, қоринда оғриқ пайдо бўлиши ҳисобланади.

#### **1.4. Тишлар эмалининг реминерализацияси**

Тишлар эмаль қобиғи кариесга нисбатан турғунлигини сақлаб қолиши учун унга доимо самарали таъсир қилувчи воситалар билан ишлов бериб туриш талаб қилинади.

Эмаль кристаллини ҳосил қилувчи биологик апатит решеткаларида бўш жойлар ёки нуқсонлар-атомлар етишмаслиги, устунларнинг тўлиқ эмаслиги мавжуд бўлади. Баъзан кристалл фақат устунлардан иборат бўлиб, кристалл решёткалари бўлмаслиги мумкин. Бу ҳол ўз навбатида эмаль қобиғининг ўтказувчанлиги ошганлигидан дарак беради. Натижада органик кислоталар кристаллар ўқи бўйлаб сингиб кириш тезлиги 500 ангстрем/сек.ни ҳосил қилади.

Кристаллизация жараёнини тўлиқ кечишида унинг органик матрикси ҳам муҳим ўрин тутаяди. Матрикс таркибида кальций боғловчи оксил молекуласи мавжуд бўлиб, у кристалланиш марказини (нуклеация) ташкил қилади ва кристаллар ўсишини ҳамда фтор ионларининг атроф муҳитдаги концентрациясини назорат қилади.

Эмаль қобиғининг юза қаваги ўзининг юқори оҳакланганлиги, мустаҳкамлиги, зичлиги, микроэлементларга бойлиги ва кариесга нисбатан турғунлиги билан остки чуқур қатламлардан фарқ қилади.

Органик кислоталарнинг бевосита таъсири остида содир бўладиган декалцинация оқибатида эмаль гидроксипатит кристалларнинг шакли, ўлчамлари, жойлашиш жойлари ўзгаради.

Кариес касаллигининг бошланишида патологик жараён асосан эмалнинг юза қатламларида жойлашади ва унинг физик-кимёвий хусусиятини ўзгартириши оқибатида тиш сатҳида оқ доғлар пайдо бўлади.

Тиш кариеси касаллигида эмаль деминерализациясининг даражаси эмалнинг кимёвий таркиби, кальций, фосфор, фтор



комплексларининг нейтрал концентрацияси ва органик кислоталар концентрациясига боғлиқдир.

Ўчоқли деминерализация жараёнининг шаклланишида асосан декалцинация кўпроқ муҳим ўрин тутади. Ион алмашинуви даврида водород ионлари маълум бир чегарагача эмаль томонидан ютилиб туради, бунда эмаль структурасида ўзгариш бўлмайди. Аммо Са/P коэффициентлари анча пасаяди. Бундай ҳол эмаль тўқимасининг кислоталарга нисбатан буфер системасини ўйнашини кўрсатади.

Кариес жараёни кечиши даврида оғиз сўлаги таркибида кальций миқдори сезиларли даражада камайди. Бу ҳол ўз навбатида кальций элементининг эмалга ўтишини секинлаштиради ва шу билан биргалликда оғиз сўлаги ва эмаль чегарасидаги минераллар алмашинуви динамика мувозанатини деминерализация жараёни томонига суради.

Кариес оқ доғлик даврида реминерализацияга берилувчан бўлади. Бу даврда эмалнинг органик матрицаси асоси ҳали тўлиқ эриб кетмаган ва у кристаллизация учун нуклеация маркази ролини ўйнайди.

Ўчоқли деминерализацияни муваффақиятли даволаш учун эмаль кристаллари тўридаги етишмовчилик нуқсонларини тўлдирувчи моддалар сакловчи препаратларнинг ишлатилиши эмаль турғунлигини кислоталарга нисбатан оширади, эмаль структурасининг керакли минерал тузлар билан тўйиниши унинг ўтказувчанлик хусусиятини пасайтиради.

Реминерализация бу эмаль тўқимасида минерал тузлар ювилиб кетиши оқибатида вужудга келган шикастланишни ва эмаль зичлигини қисман қайта тикланишидир. Бунга эмаль таркибига, эмаль юзасига пассив ёки актив таъсир этиш йўли билан эришилади.

Тишлар тараққиёти ва минерализацияси даврида эмаль тўқимасининг кимёвий таркибига таъсир қилиб, унинг турғунлигини оширишга қаратилган тадбир чоралар кариес профилактикасида муҳим ўрин тутади. Тишларнинг чиқиш муддатларини ҳисобга олган ҳолда реминерализация даво тадбирлари бола 6 ёшга тўлганда бошланади. Бу тадбир эмаль тўқимасининг турғунлигини ошириши учун уни авваламбор кальций, фосфат моддаларига тўйинтириш ва ундан кейин фтор препаратлари билан ишлов бериш эмаль тўқимасининг зичлигини ошириб, ўтказувчанлигини пасайтиришга имкон беради.

Табиий шароитда кальций, фосфор, фтор элементларининг манбаи бўлиб, оғиздаги сўлак суюқлиги ҳисобланади. Етилган эмаль қобиғи сўлак таркибидаги жуда паст концентрацияли фтор ионларини ҳам сўриб олиш хусусиятига эгадир.

Сўлак таркибидаги минерал тузларнинг таркиби, сўлак-эмаль муносабатлари кариесни оқ доғ босқичида 50% ҳолларда қайта тиклаш

–реминерализация қилиш хусусиятига эга. Шунинг учун кўшимча реминерализация қилиш воситаларидан имкони борича кенг фойдаланиш керак. Бу воситалар таркибидаги кальций, фосфор, фтор элементлари фақат эмалдаги минерал нуксонларни тўлатиб қўймай, эмалнинг умумий турғунлигини ошишини ҳам таъминлайди.

Кўпгина текширувлар, изланишлардан олинган маълумотларга кўра, реминерализация воситалари ўз таркибига ҳар хил моддаларни олса, (кальций, фосфор, фторидлар, стронций ва бошқалар) мақсадга мувофиқ бўлар экан.

Бугунги кунда кариесни оқ доғ босқичида тўхтатувчи кучли кариесстатик таъсирга эга бўлган моддалар бўлиб фтор, фосфор, кальций ҳисобланса, кариесга мойилликни оширувчилар бўлиб эса селен, кадмий, магний, кўрғошин ҳисобланади.

Реминерализация жараёнида фосфор сақловчи препаратларга муҳим эътибор берилади. Чунки фосфатлар тиш эмалининг ион-селектив хусусиятларини ошириб, унинг адсорбция хусусиятини кучайтиради, бу эса фтор бирикмаларини эмалга сингиб киришига йўл очиб беради.

Тахминларга кўра, эмални 1 мм кальций бирикмаси эритмаси билан реминерализация қилинса, бу фақат кристаллар ўсишини таъминларкан. 3 мм ли эритмаси билан реминерализация қилинса, кристаллар ўсишидан ташқари нуклеация соҳалари ҳам ошиши билан бир қаторда кристаллар ўлчамини чегаралаб, юза қаватдаги ионлар ўтувчи каналчаларни ўтказувчанлигини пасайтиради ва остки қатламлар минерализацияси пасаяди.

Реминерализация муолажаларининг самарадорлигини кариес оқ доғининг турғунлашганлиги ёки йўқолганилиги ва кариес жадаллигини пасайиши каби кўрсаткичлар орқали аниқланади. Реминерализацияловчи препаратлар таъсирида фторид кальций кристалларининг жадал ҳосил бўлиши ва натижада шикастланган соҳада эмаль матрицаси билан кучли боғланган жуда нозик қатлам юзага келади. Бу қатлам минерал тузлар кристалларидан иборат бўлиб эмаль апатитларини таркибига киради ва шу йўсинда унинг турғунлигини оширади.

### **1.5. Стоматологик текшириш кўрсаткичлари**

Бугунги кунда оғиз бўшлиғи тишлар ва шиллик парда ҳолатини тавсиф-лаб берадиган қатор кўрсаткичлар мавжуд.

Бу кўрсаткичларнинг оммавий кўриклар пайтида ҳудудлар, шаҳарлар, вилоят ва мамлакат бўйича йиғилган маълумотлари фақат

статистика учун асос бўлмасдан, балки стоматологик касалликларнинг тарқалиш жадаллиги улар аҳоли учун туғдириши мумкин бўлган ноқулайликлар тўғрисида ҳам маълумот беради. Бу маълумотлар асосида профилактик тадбир-чоралар, даволаш тадбирлари ишлаб чиқилади. Жойларда стоматолог мутахассисларга талаб ва уларнинг тўғри тақсимоти ҳал қилинади. Қолаверса, кўрсаткичлар берган статистик маълумотларга асосланиб стоматологик ёрдамнинг устувор йўналишлари аниқланади.

Тишлар қаторини рақамларда ифодалашнинг Бутунжаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти тавсия этган формуласи

**Сут типлари учун:**

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| <b>55 54 53 52 51</b> | <b>61 62 63 64 65</b> |
| 85 84 83 82 81        | 71 72 73 74 75        |

**Донмий тишлар учун:**

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>18 17 16 15 14 13 12 11</b> | <b>21 22 23 24 25 26 27 28</b> |
| 48 47 46 45 44 43 42 41        | 31 32 33 34 35 36 37 38        |

**Кариес тарқалиш кўрсаткичи.** Кариес тарқалиши кўрсаткичи — бу маълум бир гуруҳ, худуд, вилоят, давлат ва ҳ.к. аҳолиси ўртасида тишларида кариес мавжуд кишилар сонини умумий аҳоли сонига нисбатан фоизлар миқдоридagi ифодаланишидир. Бу кўрсаткични аниқлаш учун стоматологик кўрик ўтказилиб, кариес мавжуд тишлари бор кишилар сонини кўриқдан ўтказилганларнинг умумий сонига бўлиниб 100 га кўпайтирилади.

Уни қуйидаги формулада ифодаласа бўлади:

$$k_t = \frac{\text{Кариес мавжуд кишилар сони}}{\text{кўриқдан ўтганлар сони}} \times 100$$

Кариес тарқалишини баҳолаш ёки бу кўрсаткични ҳар хил худудларда олинган маълумотларини бир-бирига солиштириш мақсадида 12 ёшли болалар учун қуйидаги баҳолаш мезонлари қабул қилинган:

**Тарқалиш даражаси:**

Паст даражада – 0 – 30%

Ўрта даражада – 31 – 80%

Юқори даражада – 81 – 100%

Стоматология амалиётида кариес тарқалиши кўрсаткичидан ташқари яна унинг жадаллик кўрсаткичи ҳам аниқланади.

**Кариес жадаллиги кўрсаткичи** — ўртача бир киши учун ва индивидуал бир киши учун кариес билан зарарланган ёки уни асоратига учраган тишлар сони билан ифодаланади.

Кариес жадаллигини бир киши учун ўртача миқдорини топиш учун кўриқдан ўтказилган кишиларнинг ҳар бирида кариес ёки уни асоратларини ҳисоблаш лозим. Улар қуйидагича ифодаланади:

а) Сут тишлари учун кариес жадаллиги кп (т)

к-кариес қаваги бор тишлар сони

п-пломбаланган тишлар сони

кп шу икки кўрсаткич йиғиндисидир.

б) кп (п) - кариес коваклари (к) ва пломбалар (п) сони

в) Доимий тишлар учун кариес жадаллиги – КПО (т) — бу кариес қаваги, пломба ва олдириб ташланган тишлар сонининг йиғиндисидан иборат; (К+П+О.)

г) КПО (п) — доимий тишлар учун бир шахсга тегишли тишлардаги кариес коваклари, пломбалар ва олдирилган тишлар сонининг йиғиндисидан иборат. Олинган ҳар бир тиш учун П кўрсаткич 5 га тенг деб олинган.

Бунда бир тиш ҳар хил юзасида бир нечта кариес коваклари ёки пломбалар мавжудлигини ҳам ҳисобга олинади.

Кариес жадаллигининг даражаси фақат бир киши учун эмас, халқ орасида: ҳудудлар, вилоят, шаҳар, корхоналар, мактаблар ва боғча болалари ўртасида ҳам аниқланиб, бир кишига нисбатан ўртача кўрсаткич топилади.

Бунинг учун аҳоли ёки мактаб, боғча болалари стоматология кўригидан ўтказилиб, ҳар бир индивидуал шахс учун КПО ёки кп кўрсаткичлари аниқланади ва КПО ёки кп кўрсаткичлар йиғиндиси кўриқдан ўтган кишилар сонига бўлинади:

$$K_{ж} = \frac{\Sigma \text{КПО (ёки } \Sigma \text{ кп)}}{\text{кўриқдан ўтганлар сони}}$$

Юқорида кўрсатилган кўрсаткичлар аниқланганда кариесни бошланғич кўриниши — оқ ёки қора доғлар ҳисобга олинмайди.

д) Кариес жадаллиги кўрсаткичларини популяциялар ўртасида баҳолаш: Бунинг учун айрим ҳудудларда яшовчи кишилар (популяция) ўртасида КПО нинг ўртача кўрсаткичи топилиб солиштирилади.

Бутунжаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкilotи (ЖССТ) нинг тавсиясига кўра кариес жадаллиги кўрсаткичининг 5 хил даражаси фарқланади:

| №  | Жадаллик даражаси | Болалар ёши 12 | Катталар ёши 35-44 |
|----|-------------------|----------------|--------------------|
| 1. | Жуда паст даража  | 0-1,1          | 0,2-1,5            |
| 2. | Паст даража       | 1,2-2,6        | 1,6-6,2            |
| 3. | Ўрта даража       | 2,7-4,4        | 6,3-12,7           |
| 4. | Юқори даража      | 4,5-6,5        | 12,8-16,2          |
| 5. | Жуда юқори        | 6,6-ва юқори   | 16,3-ва юқори      |

Стоматологик ёрдамга муҳтожлик кўрсаткичи — бу аҳоли ўртасида стоматологик ёрдамга муҳтож кишиларни фойзаларда ифодаланган миқдоридир.

У қуйидаги формула билан аниқланади:

$$\text{СЕМ} = \frac{\text{Санация қилинмаганлар сони}}{\text{Умумий текширилганлар сони}} * 100 \%$$

**Гингивит кўрсаткичи (РМА).** Стоматология амалиётида милк шиллиқ пардасининг яллиғланиш даражасини баҳолаш ва бу яллиғланишнинг динамик ўзгаришнни кузатиб, солиштириб бориш мақсадида попилляр-маргинал-альвеоляр кўрсаткич (РМА) кенг ишлатилади. Мазкур кўрсаткичнинг ҳар хил модификацияда аниқлаш йўллари мавжудлигига қарамай Парма (1960) томонидан тавсия қилинган оддий, осон бажариладиган усул қулай ҳисобланади.

Милкнинг яллиғланиш даражасини мазкур усулда аниқлаш учун милк шиллиқ пардаси Шиллер-Писаревлар таклиф қилган таркибда йод ва калий йодид сакловчи эритма билан бўялади. Бу усул милк шиллиқ пардаси ҳужайралари таркибидаги гликоген (крахмал) моддасининг йод моддаси билан бирикиш реакциясига асосланган. Яллиғланиш жараёнида милк шиллиқ пардасида гликоген моддаси ошади.

Йод-гликоген реакцияси натижасида яллиғланган шиллиқ парда соҳаси кўнғир жигаранг тус олади.

**РМА кўрсаткичини баҳолаш қуйидаги кодлар мезони билан баҳоланади (балларда):**

0—яллиғланиш йўқ

1—яллиғланиш фақат милк сўрғичида (Р)

2–маргинал милк яллиғланиши мавжуд (М)

3–альвеоляр милк яллиғланиши мавжуд (А)

РМА кўрсаткичи куйидаги формула асосида ҳисобланади.

$$\text{РМА} = \frac{\text{Баллар йиғиндиси}}{3 \times \text{тишлар сони}} \times 100\%$$

Бунда тишлар сони тишлар қатори мавжуд бўлган ҳолларда ёшга нисбатан куйидагича бўлади:

6 - 11 ёш - 24 тиш

12 - 14 ёш - 28 тиш

15 ва юқори - 30 тиш

Мабодо тишлар қаторида маълум тишлар бўлмаса, унда баллар йиғинидиси оғизда бор тишлар сонига бўлинади.

Одатда соғлом кишиларда РМА кўрсаткичи 0 га тенгдир. Текшириш натижасида олинган кўрсаткич рақами қанча катта бўлса, милк яллиғланиши шунча жадал суратда кечади.

**РМА кўрсаткичини баҳолаш мезони:**

РМА кўрсаткичи умуман олганда оғиз бўшлиғида милк шиллик пардасининг неча фоизи яллиғланганлигини ифодалайди:

30% ва ундан кам – гингивитнинг енгил даражаси

31-60% – ўртача оғирликдаги даражаси

61% ва юқори – гингивитнинг оғир даражаси

**Оғиз бўшлиғи гигиенасини баҳолаш.** Бугунги кунда оғиз бўшлиғининг тозалик даражаси тиш ва пародонт тизимининг саломатлик кўрсаткичи эканлиги ҳеч кимга сир эмас. Шу боис оғиз бўшлиғи аъзолари касалликлари профилактикаси нуқтаи назаридан оғиз бўшлиғи гигиенасини ўрганиш ва тозалик даражасини яхшилаш муҳим аҳамиятга эгадир. Оғиз бўшлиғи гигиенасини баҳолаш мақсадида қатор тавсиялар мавжуд. Шулардан энг оддий, қулай ва кўпроқ маълумот берадиган усуллардан баъзиларини кўриб ўтаем:

**Федоров-Володкина (1971) усулида гигиеник кўрсаткичини аниқлаш.**

Мазкур кўрсаткич 5-6 ёшдаги болалар оғиз бўшлиғига гигиеник ҳолатини аниқлаш учун тавсия қилинади. Бу усулда гигиеник кўрсаткични аниқлаш учун 43, 42, 41, 31, 32, 33 тишларнинг вестибуляр юзаси текширилади. Тишларнинг даҳлиз юзаси махсус эритмалар (Шиллер-Писарев, фуксин, эритрозин) ёрдамида бўялади ва мавжуд бўлган тиш юзаси қарашлари куйидаги код ва баллар ёрдамида баҳоланади. Бунда 5 баллик системадан фойдаланилади:

- 1 бал-тиш караши мавжуд эмас-тиш бўялмаган.
- 2 бал-тиш сатҳининг 1/4 қисми бўялган.
- 3 бал-тиш сатҳининг 1/2 қисми бўялган.
- 4 бал-тиш сатҳининг 3/4 қисми бўялган.
- 5 бал-тиш сатҳи тўлиқ бўялган ёки қараш билан қопланган.

Гигиеник кўрсаткич даражасини аниқлаш учун олинган баллар йиғиндиси бўялган тишлар сонига бўлинади:

$$\text{ОГИ} = \frac{\text{Баллар йиғиндиси}}{6 \text{ (бўялган тишлар сони)}}$$

**Баҳолаш мезони:**

| №  | Кўрсаткич даражаси | Тозалик даражаси |
|----|--------------------|------------------|
| 1. | 1,1-1,5            | Яхши             |
| 2. | 1,6-2,0            | Қониқарли        |
| 3. | 2,1-2,5            | Қониқарсиз       |
| 4. | 2,6-3,4            | Ёмон             |
| 5. | 3,5-5,0            | Жуда ёмон        |

Маълум гуруҳ кишилар учун ўртача ОГИни аниқлаш учун барча текширилганларнинг гигиеник кўрсаткичлари йиғиндисини текширилганлар сонига бўлиш керак. Шунда мазкур гуруҳ учун оғиз бўшлиғининг ўртача тозалик даражаси аниқланади.

Оммавий эпидемиологик кўрик пайтида, оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолатини, гигиеник воситалар сифатини, самарадорлигини баҳолаш ва оғиз гигиенасини тишлар ва пародонт касалликларини келиб чиқишидаги ўрнини белгилашда тиш қарашларининг миқдори ва сифати тўғрисида маълумот берувчи объектив кўрсаткичлар жуда зарурдир. Охириги пайтларда тиш устини қоплаб турувчи қарашларнинг тиш ва пародонт касалликларини келиб чиқишида муҳим рол ўйнашини эътироф этган ҳолда, тиш юмшоқ қарашлари ва тошларини математик ҳисоблаш йўли билан унинг миқдори, структураси ва сатҳини аниқлашнинг жуда кўп усуллари таклиф қилинган.

Таклиф қилинган усуллар ёрдамида олинадиган кўрсаткичлардан қуйидагилари тиш устида ҳосил бўлувчи юмшоқ ва қаттиқ чўкмаларни ҳар тарафлама баҳолашда эътиборга лойиқ деб ҳисобланади: а) тиш усти қарашларининг сатҳи тўғрисида маълумот берадиган; б) тиш усти қарашларининг қалинлиги тўғрисида маълумот берадиган; в) тиш усти қарашларининг кимёвий, физик ва микробиологик ҳусусиятлари тўғрисида маълумот берадиган. Бу кўрсаткичлардан олинган

маълумотлар асосан тиш бляшкасининг структураси ва хусусиятларини ўрганишга йўналтирилгандир.

Бизга маълумки, тиш бляшкаси рангсиз караш бўлиб, уни махсус бўёқлар билан бўяб аниқланади. Бляшкалар сатҳи бўялган сатҳга тенг бўлади. Тиш юмшоқ карашлари ва тошларини бўяш учун жигарранг бисмарк, асосли фуксин эритмаси, қизил эритрозин таблеткаси (чайнаш учун), люгол эритмасидан кенг фойдаланилади. Одатда Шиллер-Писарев эритмасидан кенг фойдаланилади.

**Грин-Вермильон кўрсаткичи.** Мазкур усул оғиз бўшлиғи гигиеник кўрсаткичини тиш карашлари сатҳини ҳисоблаш йўли билан рақамларда ифодалашдан иборатдир.

Грин-Вермильон (1964) кўрсаткичи тиш юмшоқ караш ва тошларини алоҳида-алоҳида баҳолаш хусусиятига эга.

Грин-Вермильон кўрсаткичини аниқлаш учун тишлар қаторидан 6 та тиш юзаси бўялади:

16, 11, 26, 31 тишларнинг даҳлиз юзаси, 36, 46 тишларнинг тил юзаси

**Тиш юмшоқ карашларини баҳолаш мезонлари ва кодлари.**

Баҳолаш 3 баллик системада олиб борилади:

0 - тиш караш аниқланмаса;

1 - юмшоқ караш тиш сатҳининг 1/3 қисмигача тарқалган;

2 - юмшоқ караш тиш сатҳининг 1/3 қисмидан кўпроғини, лекин 2/3 қисмидан озроғини қоплаган;

3 - юмшоқ караш тиш сатҳининг 2/3 қисмидан кўпроғини, ёки бутун тиш юзасини қоплаган.

**Тиш тошларини баҳолаш мезонлари ва кодлари:**

0-тиш тошлари аниқланмайди.

1-милк усти тоши тиш сатҳининг 1/3 қисмигача тарқалган (қоплаган).

2-милк усти тоши тиш сатҳининг 1/3 қисмидан кўп, лекин 2/3 қисмидан озроқ қисмини қоплаган.

3-милк усти тошлари тиш сатҳининг 2/3 қисмидан кўпроқини ёки бутун тиш юзасини тўлиқ қоплаган. Шу билан биргаликда милк ости тошлари тиш бўйни сатҳида кўплаб чўкма ҳосил қилган.

Кўрсаткични ҳисоблаш учун барча бўялган юзалардан олинган баллар йиғиндиси топилиб бўялган тишлар сонига бўлинади. Бу қуйидаги формула асосида топилади:

$$\text{ОГИ} = \frac{\text{баллар йиғиндиси}}{\text{бўялган тишлар сони}}$$



**Баҳолаш мезони:**

а) ОГИ қиймати:

0.0-1.2

1.3-3.0

3.1-6.0

Оғиз гигиенаси даражаси:

-яхши

-қониқарли

-ёмон

б) юмшоқ карашлар ва тошлар кўрсаткичи

0.0-0.6

-яхши

0.7-1.8

-қониқарли

1.9-3.0

-ёмон

Оғиз бўшлиғининг тозалик даражаси кўрсаткичи оғиз бўшлиғининг қанчалик тозалиги тўғрисидагина маълумот бериб қолмасдан, ундан биз профилактик тадбир чоралар, гигиеник воситаларнинг самарадорлигини аниқлашда, бир гуруҳ гигиеник воситалар самарасини иккинчи гуруҳ билан таққослашда ва шулар асосида маълум бир устивор йўналиш ишлаб чиқишда ҳам фойдаланамиз.

Юқоридаги ишларни амалга оширишда оғиз бўшлиғи гигиенасининг самарадорлик кўрсаткичи жуда яхши ёрдам беради.

**Оғиз бўшлиғи гигиенасининг самарадорлик кўрсаткичи**

Бу мақсадда тиш карашлар миқдорини аниқлаш учун 6 та тиш бўялади:

16, 26, 11,31 тишларнинг-дахлиз юзаси

36, 46 тишларнинг-тил юзаси

Мабодо текшириладиган тишлардан бирортаси бўлмаса, унинг ёнидаги шу гуруҳга кирадиган бошқа тиш бўялиб ўрганилади. Суъний тишлар, тожлар мустақкамланган протезлар ҳам тиш ўрнида қабул қилиниб, юзалари бўялиб ўрганилади.

Ўрганиладиган тишларнинг ҳар бирини бўялувчи сатҳи шартли равишда 5 сегментга бўлинади. **62-расм:**

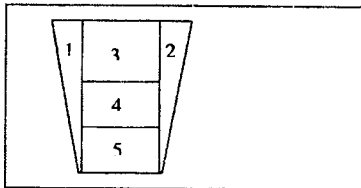
1 -медиал сегмент

2-дистал сегмент

3-ўрта окклюзион

4-марказий

5-оралик бўйин олди



Тиш карашларини баҳолаш мезонлари ва кодлари:

0-тиш сатҳи бўялмаган

1-бўялган сатҳ аниқланган.

Кўрсаткични ҳисоблаш учун ҳар бир тиш учун кодлар тиш юзаси секторлар кодлари йиғиндисини топиш билан аниқланади. Ундан сўнг бўялган тишлар кодларининг йиғиндиси тишлар сонига бўлинади. Куйидаги формула асосида ҳисобланади:

Баҳолаш мезони:

| Индекс қиймати: | Тозалик даражаси: |
|-----------------|-------------------|
| 0               | -аъло             |
| 0.1-1.6         | -яқши             |
| 0.7- 1.6        | -қониқарли        |
| 1.7 ва юқори    | -қониқарсиз       |

### 1.6. Стоматологик касалликлар профилактикаси усуллари

Бугунги кунда кенг тарқалган кариес пародонт касалликларини жуда юқори савияда даволаш билан уларнинг жадал тарқалишини тўхтатиб бўлмаслиги, ҳар қандай юқори савияда олиб борилган даволаш ишлари касаллик асоратларига барҳам берса ҳам, бу хасталиклар тарқалиш кўрсаткичини пасайтира олмайди. Мазкур касалликлар тарқалишини камайтиришнинг бирдан-бир йўли касалликни олдини олишга қаратилган профилактик тадбир чоралар эканлиги бугун барчага маълум.

Стоматологик касалликларни олдини олишга қаратилган профилактика усуллари куйидагилардан иборат:

1. Аҳоли ўртасида стоматологик санитария-маорифи ишларини тўғри, самарали йўлга қўйиш.

2. Аҳолини рационал овқатланиш қоидаларига ўргатиш

3. Оғиз бўшлиғи гигиенаси қоидаларини ўргатиш

4. Фтор сақловчи препаратлардан эндоген усулда фойдаланиш

5. Маҳаллий профилактик воситаларидан фойдаланиш

6. Иккиламчи профилактикани йўлга қўйиш, оғиз бўшлиғи санацияси.

Аҳоли ўртасида санитария-маориф ишларини олиб бориш. Ҳар қандай оммавий профилактика тадбир-чоралар комплексининг асосий элементларидан бири санитария-маориф ишларини шу йўналиши бўйича оммалаштиришидир.

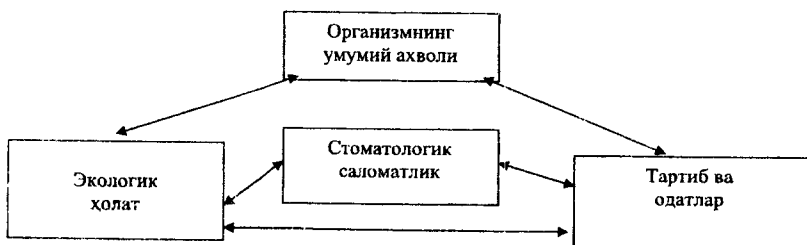
Стоматологик касалликлар профилактикаси дастурида санитария-маориф ишлари аҳолини оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилишга ўргатиш билан бир вақтда олиб борилмоғи зарур.

Стоматологик санитария маорифи аҳолини саломатлигини сақлашга даъват қилиб, унга қандай эришиш мумкинлигини бевосита ва билвосита, фаол ёки пассив йўллар билан аниқлашга қаратилган. Омма

фикрига оғиз бўшлиғи гигиенаси ва бошқа профилактик тадбирларнинг қандай ижобий томонлари борлигини етказиш санитария маорифи вазифасига киради. Стоматология маорифи — бу аҳолига билиш имкониятларини яратиб уларда ўзларида ўз ишини баҳолаш, кунлик тартиб қоидалар ва одатларни берилган маърифий билимлар асосида ишлаб чиқиб, ўзларига сингдириш ва шу билим, одатларга таяниб, стоматологик касалликларга қарши туриш иммунитетини ҳосил қилишдан иборатдир. Профилактиканинг бу усули оммавий бўлиб, аҳолининг ёши, жинси, дини, тили ва бошқалардан қатъий назар барча қатламларига бир хил тегишлидир.

Стоматологик саломатликни қай даражада сақлаш ҳар бир инсоннинг ўз саломатлигига қандай даражада жавобгарлик ҳисси борлигига бевосита боғлиқдир.

Стоматологик саломатлик инсон организмнинг умумий аҳолидан унинг тартиби ва одатлари билан боғлиқ бўлиш билан биргаликда атроф муҳитнинг экологик ҳолати билан ҳам чамбарчас боғлиқдир.



Аҳолига стоматологик касалликлар профилактикасида энг муҳим ўринни оғиз бўшлиғи гигиенасига мунтазам риоя қилиш эканлигини ишончли равишда аниқлаш зарур.

Стоматология маорифининг усуллари — бу бевосита аҳолига таъсир этувчи, ўзаро мулоқотни юзага келтирувчи фаол (актив) усуллар-суҳбат, маъруза, семинар, саломатлик дарслари ва бошқалар. Бу усулларнинг ижобий томони шундаки, бунда маърифат тарқатувчи эшитувчи билан бевосита мулоқотда бўлиб, жонли савол-жавоблар содир бўлади.

Аудитория билан бевосита маърифатчининг учрашувисиз олиб бориладиган маориф усули **пассив** усул бўлиб, бунда тиббиёт ходимининг шахсан иштироки талаб қилинмайди, буларга: радио, телевидение, газета ҳар хил плакатлар, тарқатма материаллар ва бошқалар киради.

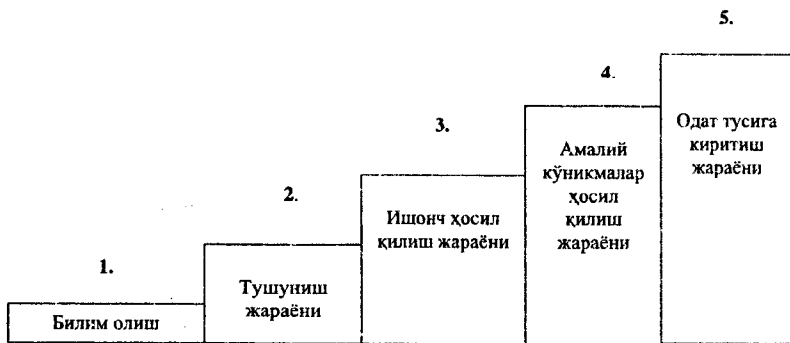
Стоматология маорифи иштирокчилар сонига қараб, 3 хил шаклда бўлади:

1. Оммавий.
2. Гуруҳлар орасида.
3. Индивидуал (яккама-якка).

Стоматология санитария маорифининг асосий мақсади аҳолига, халқ оммасининг онгига инсон саломатлигининг асосий гаровларидан ҳисобланган оғиз бўшлиғини гўғри парвариш қилиш қоидаларини, стоматологик касалликларни олдини олишга қаратилган чоратадбирларнинг мағзини, аҳамиятини етказишдир. Бу иш анча мураккаб бўлиб, босқичма-босқич амалга оширилади.

Инсонларда ишонч ҳосил қилиш, уларнинг одатий, баъзан нохуш қилиқларидан воз кечдириш, онгига санитария маданиятини олиб кириш лозим бўлади. Болаларда бу тадбирлар ёшлигидан бошлаб (1,5 -2 ёш) амалга оширила бошланса, мақсадга мувофиқ бўлади. Бунинг учун ота-оналар, тарбиячилар шу соҳада маълум билим ва тажрибага эга бўлишлари лозим.

**Қуйидаги схемада ана шу жараён босқичларда акс эттирилган:**



Юқорида кўрсатилган жараёнларнинг боши бу назарий тушунчаларга эга бўлиши билан бошланса, кейингиси олинган назарий тушунчаларни тушуниб, мағзини чақиш, кейин унга тўла-тўқис ишонч ҳосил қилиб, амалий кўникмаларни кундалик одат тусига киритиш билан якунламоғи лозим. Стоматология маорифини омма онгига тўлиқ, тушунарли қилиб етказишда психологлар, педагоглар, тарбиячилар ва махсус курсларни ўтган ўрта тиббиёт мутахассислари қатнашишлари зарур. Улар аҳолига тишларни муқим тозалашни одат тусига киритиш

стоматологик касалликларни олдини олишда асосий омил эканлигини тушунтира олиш лозим.

Шунга карамасдан бу ишни амалга оширишнинг асосий юки шифокор стоматолог елкасида бўлади. Чунки асосий жавобгарлик, маълумотларни ишлаб чиқиш ва бошқа мутахассисларни санитария масрифи ишларига ўргатиш, ўқитиш улар зиммасида бўлади. Ҳар бир корхона, ўқув юрти, боғчаларда бўладиган суҳбатлар, дарслар шифокор стоматолог томонидан маълум дастур асосида олиб борилади. Тарғибот ишларини даставвал педагоглар, тарбиячилар, тиббиёт ходимларни жалб қилишдан бошлаш мақсадга мувофиқдир. Болалар жамоасида ишлайдиган бу ходимлар кейинчалик санитария маориф ва профилактика ишларни олиб боришда шифокор стоматологнинг асосий ёрдамчиларига айландилар.

Тарғибот ишларининг бошланишида ота-оналар билан учрашиб, уларга касалликларни олдини олиш мумкинлиги ва унинг аҳамияти жуда катталигини тушунтириш, тиш ва милк касалликларини олдини олишда, айниқса тишларни насталар ёрдамида мунтазам ювиб туриш қанчалик муҳимлигини ўқитиш лозим. Ота-оналарга тишларни тўғри тозалаш усуллари, тиш тозалаш воситалари тўғрисида сўзлаб бермок керак.

Стоматология санитария маорифи асосий стоматологик касалликлар профилактикасининг муҳим, бошланғич ва аҳоли билан мулоқот қиладиган асосий қуроли бўлиб, унинг вазифасида болаларни жалб қилиш жуда муҳим ҳисобланади. Шунинг учун болалар билан суҳбатлар, махсус ўқув дарсларини режалаштиришда болаларни ёшига қараб алоҳида гуруҳларга бўлиш шарт. Кичик ёшдаги болалар билан машғулотлар ўйинлар шаклида ўтказилса, катта ёшдаги болалар билан жиддий тарзда, катталарча муомала йўли билан ўтказиш лозим.

Стоматология санитария маорифи аҳолига, унинг онгига ўз дастуридаги барча элементларни бир умрлик одат тусига кирадиган қилиб эмлай олган тақдирда у ўзининг вазифасини бажарган бўлиб ҳисобланади.

### **1.7. Рационал овқатланишнинг кариес профилактикасидаги ўрни**

Тишлар кариесини ва породонт тўқималарни яллиғланиш жараёнини олдини олишда тўғри, мувофиқлашган овқатнинг муҳим аҳамият касб этиши бутунги кунда илмий асосланган. Овқат маҳсулотларининг тиш тўқималарига кўрсатадиган таъсирини қуйидагича тасаввур қилиш мумкин:

1 – Тиш тўқималари (эмаль, дентин, цемент) тараққиёти пайтида кон оқими орқали келаётган минерал тузлар, оксил моддалар тиш тўқималарини шакллантиришда ва оҳаклинишида иштираётган этиб, уларнинг турғунлигини таъминлайди.

2 – Тишлар чиқиб бўлгандан кейин, озиқ моддалар сўлак таркибида тишлар эмалини мунтазам ҳўллаш орқали керакли миқдорда уни минерал тузларга тўйинтириб туради.

3 – Овқат истеъмолидан кейин қолган овқат қолдиқлари, айниқса углеводли овқатлар тиш юзасига ёпишиб қолиб, бижғиши натижасида кариесоген ҳолатни юзага келтиради.

Тишлар эмаль қобиғининг кариесга нисбатан турғунлигини таъминловчи бош омил бўлиб, ҳомиладор оналарнинг тўлақонли, сифатли миқдор жиҳатидан организм талабига мос, ўз таркибида сутли маҳсулотлар, минерал тузлар, витаминлар, мевалар, сабзавотлар сақловчи мувофиқлашган овқатланишни тўғри ташкил қилиш ҳисобланади (5-жадвал).

Шу йўсинда овқатланишни бола туғилганидан сўнг камида 1-1.5 ёшгача бўлган болалар ўртасида ҳам ташкиллаштириш зарур. Чунки бу ёшда болаларда доимий тишлар куртаклари шаклланаётган бўлади. Янги туғилган бола учун энг мувофиқлашган тўйимли озиқа она сuti эканлигини эсдан чиқармаслик лозим. Ҳар қандай сунъий озиқлантириш боланинг юз-жағ системаси тизимининг нотўғри шаклланишига, тишларнинг кариесга нисбатан турғун бўлмаслигига олиб келади.

Иложи бўлмаган тақдирда сунъий овқатланишнинг камчиликларини қўшимча равишда болага мевалар шарбати, сабзавотлар пюреси ва бошқа минерал моддалар сақловчи озиқлар бериш билан муҳофаза қилиш керак.

Бугунги кунда қўлга киритилган илмий маълумотлар шуни кўрсатадики, оғиз бўшлиғидаги овқат қолдиқлари тишлар чиққандан сўнг уларнинг ҳаёт фаолиятида муҳим маҳаллий таъсирот кўрсатувчи куч ҳисобланади.

Кундалик турмушимизда биз углеводли овқатларни кўпроқ тановвул қилишга ўрганганмиз. Айниқса ёш болалар рациониди у салмоқли ўрин тутди. Ана шу углеводларни илмий нуқтан назардан икки гуруҳга ажратиш мумкин:

- 1) энгил ферментланувчи (парчаланувчи) – шакарлар, крахмал,
- 2) шакар ўрнини босувчилар – сорбитол, маннитол, ксилитол, малтитол ва бошқалар.

Шакарлар таркибига сахароза, фруктоза, глюкоза, лактозалар кирди. Крахмал картошка, гуруч ва дон маҳсулотларидан тайёрланган

озиклар таркибини ташкил этади. Оғиз бўшлигида амилаза ферменти крахмал молекуласини парчалаб, ундан глюкоза ҳосил қилади. Сахароза, глюкоза ва фруктозалар кучли кариесоген моддалар бўлиб ҳисобланади. Фруктоза ёки лактоза алоҳида қабул қилинса, унда уларнинг кариес қақирувчи хусусияти анча пасаяди.

Тез парчаланувчи углеводларни қабул қилиш кўпайганда де- ва ре-минерализация ўртасидаги мувозанат бузилиши оқибатида жараён деминерализация томонига сурилади ва натижада кариес жараёни фаоллашади, кариес жадаллиги ошади. Бунинг сабаби шуки, тиш эмали сатҳига ёпишиб ҳаёт кечираётган бактериялар тез парчаланувчи углеводларни ўзига озиқ сифатида қабул қилса, иккинчи томондан уларни тиш қарашлари учун асос сифатида ишлатишади ва охир оқибатда уларнинг бижғиши натижасида сут кислотаси ҳосил бўлиб, эмалнинг деминерализациясига олиб келади.

Изланишлар шуни кўрсатдики, бутунги кунда аҳоли ўртасида кариес жараёнини фаоллигини оширувчи озиқ моддаларнинг қуйидаги салбий хусусиятлари ҳисобга олиниши зарур:

- овқат маҳсулотларда тез парчаланувчи шакарлар мавжудлиги;
- тез-тез овқатланиш одати;
- оғиз бўшлиғи-тишлар юзасини тозаловчи қаттиқ маҳсулотларни истеъмолини камайтириш;

- кариес жараёнини нейтралловчи овқат маҳсулотларини кам истеъмол қилиш. Углеводли овқатларни кўп истеъмол қилишдан кўра уни оз бўлсада тез-тез истеъмол қилиш кариес содир бўлишида муҳим ўрин тутаяди. Углеводларни бошқа озиқ маҳсулотлари билан бирга қабул қилинса, уларнинг салбий таъсири анча сусаяр экан.

#### 5-жадвал

**О.Г. Фролова, Е.И. Николаева бўйича (1989)**

**ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида она учун тавсия қилинадиган мувофиқлашган суткалик овқат рациони таркиби**

| Озиқ-овқатлар   | Микдори, гр. | Оқсиллар, гр. | Ёғлар, гр. | Углеводлар, гр. | Энергетик қиймати (ккал) |
|-----------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------------------------|
| Гўшт            | 120,0        | 16,2          | 9,12       | -               | 147,6                    |
| Балиқ           | 100,0        | 16,0          | 0,4        | -               | 68,0                     |
| Творог (ёғсиз)  | 170,0        | 23,8          | 0,81       | 5,4             | 112,5                    |
| Кефир (ряженка) | 200,0        | 6,7           | 6,7        | 7,4             | 124,0                    |
| Сарийғ          | 15,0         | 0,06          | 11,77      | 0,075           | 110,1                    |
| Сут             | 250,0        | 9,0           | 10,5       | 13,5            | 186,0                    |

|                           |        |       |      |       |        |
|---------------------------|--------|-------|------|-------|--------|
| Сметана                   | 30,0   | 0,6   | 8,4  | 0,9   | 85,55  |
| Ўсимлик                   | 25,0   | -     | 23,2 | -     | 193,0  |
| Шакар                     | 50,0   | -     | -    | 47,75 | 195,0  |
| Қора нон                  | 100,0  | 7,0   | 1,0  | 45,0  | 223,0  |
| Оқ бугдой                 | 100,0  | 7,1   | 1,0  | 47,5  | 230,   |
| Ун маҳсулотлари (булочка) | 100,0  | 5,7   | 11,8 | 55,7  | 261,0  |
| Тухум                     | 1 дона | 9,2   | 5,4  | 0,47  | 100,5  |
| Макарон, крупа ва бошқ.   | 60,0   | 7,44  | 1,5  | 40,0  | 208,0  |
| Картошка                  | 200,0  | 3,73  | -    | 42,1  | 189,0  |
| Сабзавотлар:              |        |       |      |       |        |
| Карам                     | 100,0  | 1,2   | -    | 14,0  | 62,0   |
| Лавлаги                   | 100,0  | 1,1   | -    | 10,3  | 47,0   |
| Сабзи                     | 100,0  | 1,29  | -    | 7,6   | 36,0   |
| Помидор                   | 200,0  | 1,34  | -    | 4,0   | 21,3   |
| Пиёз                      | 35,0   | 0,95  | -    | 3,05  | 16,1   |
| Мева, шарбатлар           | 200,0  | 1,2   | -    | 46,0  | 193,4  |
| Жами:                     |        | 119,6 | 91,5 | 391,0 | 2969,6 |

Шакарли маҳсулотлар қабулидан сўнг оғиз бўшлиғида шакарнинг юқори концентрацияли ҳолати 20-40 мин. мобайнида сақланиб қолади. Бундан тиш қарашлари таркибидаги микроорганизмлар фойдаланиб, уларни қабул қилиш, бижғитиб қарнесоген таъсир қилувчи сут кислотаси ишлаб чиқаришга улгуришади.

Табиийки, овқат рационидан шакар сақловчи маҳсулотларни чиқариб ташлаб бўлмайди. Шу мақсадда бутунги кунда изланишлар шакарнинг ўрнини босувчи, микроорганизмлар томонидан парчаланмайдиган ширинлик маҳсулотлар алтернативини топишга қаратилган. Финляндия, Швеция, Англия олимларининг олиб борган ишлари шуни кўрсатдики, шакарли маҳсулотлар (сарбитол, манитол, малтитол, ксилитол ва бошқалар) қарнесоген хусусиятга эга эмас экан.

Табиий ширинлик бўлиб ҳисобланган, ўсимликлар, мевалар (қулупнай), сабзавотлар (пиёз, сабзи) таркибидан ажратиб олинган ксилит шакар ўрнини босиш билан биргаликда бактерияларга ем бўлмайди.

Юқорида зикр қилинганларни инобатга олиб аҳоли ўртасида олиб борилаётган профилактика ишларини амалга ошираётганда озик маҳсулотлар истемоли қондалари, рационал овқатланишнинг фойдаси тўғрисида гап юритилганда баъзи озик маҳсулотларнинг қарнесоген таъсирини сусайтириш учун қуйидагиларга эътибор бериб, уларни одат тусига айлантиришни тавсия қилиш мақсадга мувофиқдир:

1. Шакарли маҳсулотлар қабулини миқдор жиҳатдан камайтириш.



2. Шакарли маҳсулотлар қабулидан сўнг тишларни илик сувда чайиш, иложи бўлса чўтка, паста ёрдамида тишларни тозалаш.

3. Шакарли маҳсулотларнинг қабули орасидаги вақтини узайтириш.

4. Енгил парчаланувчи шакарли моддаларни, микроблар таъсирида парчаланмайдиган ширин маҳсулотлар.

5. Углеводли овқатлар қабулидан кейин албатта тозаловчи озиқлар (хом сабзавотлар, қаттиқ мевалар) чайнаш.

Тиш-жағ тизимини чиниқтириш мақсадида куруқ қаттиқ озиқ-овқатлар қабул қилинса, суяк системасининг ўсиши, яхшиланиши ва сўлак кўп ажралиши таъминланади. Чайнов мушаклари кучаяди, тишлар периодонт тўқимаси ва пульпасининг қон билан таъминланиши яхшиланади, қолаверса қон томир орқали келадиган озиқ моддалар, минерал тузларининг миқдори кўпаяди, булар эса ўз навбатида тиш қаттиқ тўқималарининг мустаҳкамланишига, эмалнинг кариесга нисбатан турғунлигини ошишига сабаб бўлади. Болаларга қаттиқ озиқ маҳсулотларини, айниқса, ширин, ёпишқоқ, юмшоқ овқатлардан сўнг ва овқатланишлар орасида бериш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Юқорида келтирилганлардан шундай хулоса қилиш мумкинки, овқатланишни тўғри йўлга қўйиш, унинг рационаллигини таъминлаш овқат гигиенасига тўғри риоя қилиб уни ўзлаштириб олиш стоматологик касаллар, айниқса кариес ва пародонт хасталикларини олдини олишда муҳим омил бўлиб ҳисобланар экан.

### 1.8. Оғиз бўшлиғи гигиенаси қондалари

Бугунги кунда асосий стоматологик касалликлар профилактикасида оғиз бўшлиғи гигиенаси энг асосий, самарали тадбир эканлиги тўлиқ исботланган. Мунтазам равишда тишларни тозалаш, уларни тиш юмшоқ карашларидан тозалаб бориш шу билан биргаликда милкларни механик тарзда укалашини (массажини) амалга ошириш эмалнинг физиологик тарзда меъёрида етилишини таъминлайди. Оғиз бўшлиғи гигиенаси тиш қаттиқ тўқималари хусусан эмаль қаватини парадонт тўқималарини фосфатлар, кальций, микроэлементлар, фтор ва витаминлар билан бойитиб, уларни нохуш ташқи муҳит таъсиротларига нисбатан турғунлигини оширади. Тиш тозалаш пайтида милкларни мунтазам механик массажи уларда қон айланишини яхшилайти, шу билан пародонт тўқимасининг озиқланишини кучайтиради, модда алмашинувини жадаллаштиради. Ҳозирги кунда ер шари аҳолиси ўртасида кариес касаллигини кенг тарқалганлигини инobatта олиб, бу касалликни бевосита чакирувчи асосий сабаблар оғиз бўшлиғида,

тишлар юзасида (карашлар, микроблар, овқат қолдиқлари) эканлигини назарда тутсак, оғиз бўшлиғи гигиенаси, тишларни мунтазам тозалаб туриш қариес касаллигини олдини олишда энг асосий қурол эканлиги ўз-ўзидан намоён бўлиши сир бўлмай қолади.

Оғиз бўшлиғининг шахсий гигиенаси — тишлар юзасидан, милклар сатҳидан юмшоқ карашларни, овқат қолдиқларини гигиеник воситалар ёрдамида киртишлаб тозалашдан иборат бўлган механик ва кимёвий жараёнدير.

Бундай тадбирни ҳар бир инсон шахсан ўзи қунига икки мартаба эрталаб, нонуштадан сўнг ва кечки уйқу олдидан бажариши мақсадга тўлиқ мувофиқ ҳисобланади.

Оғиз бўшлиғи гигиенасига мунтазам равишда риоя қилиш ҳар бир шахс маънавиятининг асосий элементларидан ҳисобланган шахсий санитария маданияти савиясини ҳам оширади. Санитария маданияти қийин иш, ўтириб туриш, муомала, нутқ, тарбия маданиятлари билан бир қаторда шахсни камолотга комил инсон сифатида етишида, соғлом авлод бўлиб вужудга келишида муҳим ўрин тутади.

Оғиз бўшлиғи шахсий гигиенаси тадбирларини самарали амалга оширишда бугунги кунда жуда кўп гигиена воситалари ва предметларидан фойдаланилади.

Оғиз бўшлиғи гигиенасини амалга оширишда замонвий воситалардан фойдаланибгина қолмасдан уни қай усулда бажаришни ҳам ҳисобга олиш жоиздир. Бугунчи кунда тишларни тиш чўтқаси ва пастаси билан қай йўсинда тозалашнинг қатор усуллари мавжуддир. Шулардан айримларини қуйида келтирамиз.

**Фонес (Fones) усулида тишларни тозалаш.** Бу усулда тиш чўтқасининг тукли сатҳи бир-бирига тегиб турган тишлар қаторининг ўнг бурчига паста билан бирга қўйилади (бунда тиш чўтқаси туклари тишларнинг даҳлиз сатҳига перпендикуляр жойлашади) ва ёпиқ тишлар қатори бўйича тиш чўтқасини айланма ҳаракати билан чап томонга қараб тишлар тозаланади. Кейин оғиз очилиб тишларнинг ички сатҳи ҳам шу йўсинда кичик айланма ҳаракатлар билан тозаланади. Тишларни чайнов юзалари алоҳида яна айланма ҳаракат остида тозаланиб, охирида горизонтал йўналишда чўтқалар ҳаракати билан тиш тозалаш тугатилади. Бундай усулда тишларни тозалаш болалар ва катта ёшдаги кишиларга тавсия қилинади.

**Леонард (Leonard) усули.** Бунда тиш чўтқасининг тукли юзаси тиш сатҳига перпендикуляр қўйилиб, чўтқа ҳаракати вертикал равишда фақат милклардан тишларнинг кесувчи қирраси томонга ҳаракатлантирилади. Юқори жағда юқоридан пастга, пастки жағларда пастдан юқорига қараб тиш чўтқаси ҳаракатлантирилади, тишларнинг

вестибуляр юзаси тишлар қаторининг ёпиқ ҳолатида тозаланади. Чайнов юзалари очиқ ҳолатда чўткани олдинга-орқага йўналтириш йўли билан тозаланади. Бу усул « қизилдан-оққа»-»милқдан-тишга» деб аталади.

**Чартер (Charters) усули.** Тиш чўткасининг туклари тиш юзасига қаратилган ҳолда 45° бурчак остига қўйилади ва оҳисталик билан чўтка туклари тишлар оралиғига киритилиб вибрация ҳаракати билан тишлар тозаланади. Бунда тиш чўткаси тукчаларидан бир қисми милкнинг қирғоқ қисми устида ётиб милкни механик массаж қилади.

**Г. Н. Пахомов усули (стандарт тозалаш усули).** Юқори ва пастки тиш қаторларининг ҳар бири 6 сегментга шартли равишда бўлинади. Моляр тишлар сегменти, премолярлар сегменти ва фронтал тишлар сегменти.

Тишларни тозалаш ўнг юқори жағнинг чайнов гуруҳи тишларидан бошланади ва кетма-кет сегментларга ўтиб тозаланади. Шу йўсинда пастки жағ тишлари ҳам тозаланади.

Моляр ва премоляр тишлар сегменти тозаланаётганда тиш чўткасининг ишчи қисмининг тукчалари тишлар сатҳига нисбатан 45° бурчак остида қўйилиди, бунда туклар ярми милкни, ярми эса тиш бўйин қисмини қоплаб туради. Тиш чўткасининг ҳаракати милқдан тишларнинг кесувчи қиррасига томон ҳаракатлантирилади. Чўтка ҳаракати супурги ҳаракатига монанд бўлиши керак. Шунда чўтка милқдан ҳаракатини тиш чайнов қирраси томон давом эттириб юмшоқ карашларни тозалаш билан биргаликда милклар массажини ҳам амалга оширади. Тишларнинг чайнов юзаси тиш чўткасини горизонтал (олдинга-орқага) ҳаракати билан тозаланади. Бундай ҳолда тиш чўткаси тукчалари фиссуралар ва тишлар оралиғига яхши ботиб қиради. Фронтал гуруҳ тишлар сегменти қозик ва кўрак тишларнинг вестибуляр юзаси ҳам юқорида кўрсатилган чайнов тишлар сатҳи каби тозаланади. Мазкур тишларнинг орал сатҳини тозалаш учун тиш чўткаси вертикал ҳолда тишлар сатҳига перпендикуляр қилиб қўйилади, бунда тиш чўткасининг туклари тиш сатҳи ва милклар сатҳига ўткир бурчак остида йўналади. Барча сегментларда тишлар юзаси айланма ҳаракат қилиб тозаланади.

### **1.9. Оғиз бўшлиғи шахсий гигиенаси воситалари**

Ҳозирги замон талабларидан келиб чиқиб, оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилмоқлик, унинг мунтазамлигини таъминламоқлик, стоматологик касалликлар нуқтан назаридан шахсий профилактик, одатий тадбирларни амалга ошириш учун қатор гигиеник воситалардан

фойдаланишга тўғри келади. Мазкур воситалар асосий ва ёрдамчи воситаларга бўлинади:

**Асосий воситалар:**

1. Тиш чўткалари.
2. Тиш пасталари.
3. Тиш порошоклари.

**Ёрдамчи воситалар:**

1. Тиш ковлагичлар (тозалигичлар).
2. Флосслар (махсус иллар).
3. Чайнов резиналари (сақичлар).
4. Тиш элексирилари.

### 1.9.1. Тиш чўткалари

Тиш чўткалари тишлар ва милклар юзасидан юмшоқ қарашларни тозалаб ташловчи асосий қурол бўлиб хизмат қилади. Чўткалар ўзларининг шакллари, бош қисмининг ўлчамлари, тукларнинг жойлашуви, қалинлиги, узунлиги ва сифати билан бир-биридан фарқ қилади. Тиш чўткаларида ишловчи қисми (боши) ва ушлаш учун дастаги мавжуддир.

Тиш чўткалари тукларининг сифатига қараб:

1. Сунъий.
2. Табиий бўлади.

Сунъий тиш чўткаларининг туклари нейлон, сетрон, перлон, дедерлон, полиуретан ва бошқалардан ишланган. Табиий чўткаларнинг туклари от ёли, чўчка тукидан иборат бўлади.

Сунъий толали чўткаларнинг табиий толали тиш чўткаларидан анчагина афзалликлари бор. Табиий чўткалар туклари ўртасида найсимон канали бўлиб, доимо микроорганизмлар билан тўлиб туради ва уларни тоза тутишнинг иложи бўлмайди. Вақт ўтиши билан улар мўртлашиб синиш эҳтимоли борлиги ва уларга хоҳлаганча қаттиқлик бериб бўлмаслиги каби камчиликлари мавжуддир. Сунъий толали тиш чўткаларининг туклари силлиқ, коваксиз, охири юмалоқлашган, эмаль ва шиллиқ қаватни шикастлантирмайди. Тозалаш ва қирғишлаш борасида айтиб ўтилган икки хил тиш чўткаларининг самарадорлиги бир хилдир.

Фойдаланиладиган тиш чўткаларининг самарадорлиги уларнинг индивидуал танловига, қаттиқлигининг мослигига, туклар сатҳига, тукларни ўтказиш шаклига ва тукларни канчалик даражада зичлигига боғлиқдир.

Сунъий толали тиш чўткалари тукларининг қаттиқлик даражаси бўйича бешга бўлинади:

- жуда қаттиқ;
- қаттиқ;
- ўртача қаттиқликда;
- юмшоқ;
- жуда юмшоқ.

Беморларга тиш чўткаларини тавсия қилишдан олдин уларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва пародонт тўқимаси кўриқдан ўтказилиши зарур. Аҳоли ўртасида кўпроқ ўртача қаттиқликдаги тиш чўткалари ишлатилади.

#### 6-жадвал

Болалар ёшига қараб тиш чўткаларини тавсия қилиш жадвали.

| Боланинг ёши   | Чўтка ишчи қисмининг ўлчами (см) | Чўтка тукларининг қаттиқлик даражаси |
|----------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| 5 ёшгача       | 2,0                              | Юмшоқ ва жуда юмшоқ                  |
| 6-7 ёшгача     | 2,5                              | Юмшоқ ва жуда юмшоқ                  |
| 8-10 ёшгача    | 2,5 – 3,0                        | Юмшоқ ва қаттиқроқ                   |
| 11 ва катта ёш | 3,0                              | Қаттиқроқ, қаттиқ ва жуда қаттиқ     |

Тиш чўткаси индивидуал фойдаланиш асбоби бўлиб, уни ҳар бир шахс ўзи асраб тутиш йўлини билмоғи зарур. Янги тиш чўткасини ишлатишдан олдин яхшилаб ювиб, ишчи қисми (туклари)га совун суртиб стаканга бош қисмини юқорига қилган ҳолда бир кечага қолдириш лозим.

Фойдаланиш олдидан совунланган тиш чўткасини оқар сувда яхшилаб ювиб, тиш пастаси суртиб ишлатилади.

Микробиологик текширишлар шуни кўрсатдики, ҳар қандай тиш чўткасининг тукларида кўплаб микроорганизмлар мавжуд бўлар экан. Шуни инобатга олиб тиш чўткаларини фойдаланилгандан сўнг узок вақт мобайнида махсус гилофларда сақлаш мақсадга мувофиқ эмасдир. Ёруғлик ва ҳаво етишмовчилиги бундай ҳолда сақланган тиш чўткаларида микроорганизмларнинг тез кўпайишини таъминлайди. Бундай ҳол патоген микрофлоранинг кўпайиб, фаоллигини оширади.

Тиш чўткалари ўз эластиклигини йўқотиб, тозалаш даражаси насайган тақдирда алмаштирилиши лозим. Сунъий тукли чўткалар учун бу муддат 1–2 ойни ташкил этса, табиий тукли тиш чўткалари учун бу 3–4 ойдир.

Қаттиқ ва жуда қаттиқ тукли тиш чўткаларини фақат пародонт тўқимаси соғлом бўлган кишиларгагина тавсия этилади. Шунда ҳам бордию тиш чўткасидан нотўғри фойдаланилса, милклар шикастланиши ва тишларнинг сийқаланиш ҳоллари вужудга келиши мумкин.

Юмшоқ ва ўртача қаттиқликдаги тиш чўткалари тукчаларининг эгилувчанлиги ҳисобига тишлар оралиғи, фиссураларга ва милк ости соҳаларига яхши кириб бориши натижасида яхши тозалаш хусусиятига эга бўлади.

Тиш чўткасининг ишчи қисми ўлчамлари тишларни қай даражада тозалай олиш самарасини белгилайди. Қийин тозаланувчи соҳаларга ҳам етиб бориб, тишларнинг барча сатҳини тозалайди. Бугунги кунда (болалар ва катталар учун) кичик ўлчамли бош қисмига эга бўлган тиш чўткаларидан фойдаланиш тавсия этилади. Бундай тиш чўткаларни эгиз бўшлиғида ҳар томонлама ҳаракатлантириш қулайдир. Тиш чўткаларининг ўлчамлари болалар учун 18-25 мм, катта ёшдаги кишилар учун 30 мм гача бўлиши керак. Бундай чўткаларда ишчи қисмининг туклари 3-4 қатор бўлиб, тутам-тутам бўлиб жойлашган.

Замонавий тиш чўткаларининг кўпчилиги ишчи қисмидаги тукчаларнинг ҳар хил ўлчамлилиги билан фарқ қилади. Бунда узун тукчалар ишчи қисмининг периферик – четки соҳасида, калга тукчалар ўрта қисмида жойлашган бўлади. Бу хилдаги тиш чўткаларнинг туклари тозалаш жараёнида тишлар оралиғидаги бўшлиқ яхши ботиб киради ва контакт сатҳлардаги юмшоқ қарашларни яхши тозалайди. Шу билан биргаликда милкларни массаж қилиб улардаги қон айланиш жараёнини яхшилайдди.

Замонавий тиш чўткаларининг айрим турлари 2 қатор тукчаларнинг озиқ-овқат саноатида ишлатиладиган бўёқ моддаси билан ҳар хил рангга бўялган ҳолда чиқарилади. Вақт ўтиши билан бу бўялган соҳа ўзининг рангини йўқота бошлайди ва тиш чўткасини эскираётганидан далолат беради. Агар тиш чўткасининг бўялган қисми 1/2 соҳасида рангини йўқотса, демак тиш чўткасини алмаштириш муддати етган, уни алмаштириш зарур. Бундай ҳол ҳар куни 2 марта тиш тозаланганда 2-3 ойдан сўнг содир бўлади.

Тиш чўткаларининг дастаклари ҳам ҳар хил шаклда бўлади (тўғри, букилган, қошиқсимон). Бугунги кунда шундай тиш чўткалари мавжудки, тиш тозалаш пайтида (2-3 минутдан сўнг) уларнинг ранги ўзгаради. Бундай тиш чўткалари болаларга тавсия қилинади. Улар тиш тозалаш вақтини шунга қараб аниқлашади. Овоз чиқарувчи тиш чўткалари ҳам тиш тозалаш вақтидан дарак беради.

Электр тиш чўткалари — улар ёрдамида автомат ҳолда тиш чўткасининг ишчи қисми вибрацияли ёки айланма ҳаракат қилади. Бундай ҳаракатлар ёрдамида тиш карашлари, тозаланиб, милқлар массажи амалга оширилади. Электр тиш чўткаларини қўл ҳаракати муккамал бўлмаган болаларга, ногиронларга, кексаларга тавсия қилиш мумкин.

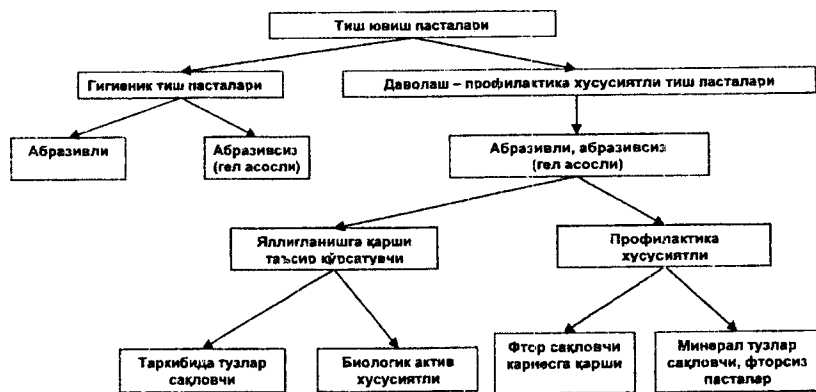
### 1.9.2. Тиш ювиш пасталари

Бугунги кунда Бутунжаҳон мамлакатларининг кўпчилигида хиёма-хил тиш пасталари ишлаб чиқарилмоқда. Шунга қарамасдан тиш пасталарининг умумий структура тузилиши бир хилдир. Тиш пасталарига қўйилган асосий талаблар бу тиш карашларини сифатли тозалаш, хуштаъм бўлиши, яхши ҳид таратиши, нохуш таъсиротлардан ҳоли, организм сезгирлигини (аллергия) оширмаслиги зарур.

Бугунги кунда ишлатилаётган тиш ювиш пасталари ўзининг таркиби ва ҳусусиятларига қараб қуйидаги тасниф гуруҳларига киради:

7-жадвал

#### Замонавий тиш ювиш пасталарининг таснифи



Тиш ювиш пасталарининг асосий таркибий қисми қуйидаги моддалардан иборатдир:

1. Абразив тўлдиргич.
2. Бириктирувчи моддалар (гел ҳосил қилувчи гидроколлоидлар).
3. Сирт-актив ёки кўпиртирувчи моддалар.
4. Антисептиклар.
5. Таъм берувчи воситалар.

6. Даволаш-профилактик моддалар.

**Абразив моддалар.** Пасталарнинг тишларни тозалаш самарадорлиги улар таркибига кирувчи абразив моддалар компоненти хусусиятига боғлиқдир.

**Абразив моддалар** тишларни карашлардан тозалаш ва уларни силлиқлаш билан биргаликда эмалнинг ноорганик бирикмалари билан мулоқотда ҳам бўлади. Шуни инобатга олган ҳолда анъанавий фойдаланиладиган абразив материал бўлиб ҳисобланган-чўктирилган бўр билан бир қаторда бугунги кунда дикальций фосфат дигидрати, дикальций фосфатнинг моногидрати, сувсиз дикальций фосфат, трикальций фосфат, кальций пирофосфат, эрмайдиган метафосфат натрий, алюминий гидроксида, кремний икки оксиди, цирконий силикат, метилметакрилатнинг полимерли бирикмалари ва бошқалар шилатилади. Кўпгина ҳолларда чўктирилган бўр ва юқорида санаб ўтилган абразив моддалардан бирортасининг аралашмаси ишлатилади. Шундай аралашмалар куйидагича бўлиши мумкин:

1. Бўр ва дикальций фосфат.
2. Бўр ва алюминий гидроксида.
3. Бўр ва сувсиз дикальций фосфат ва ҳ.к.

Ҳар бир абразив модда ўзининг маълум дисперслик (заррачаларининг ўлчами), қаттиқлик ва рН кўрсаткичига эга бўлиб, бу кўрсаткичлар ҳосил қилинадиган тиш пасталарининг, тозалаш хусусияти абразивлиги каби сифатларини келтириб чиқаради. Тиш пасталарининг ҳосил қилиш жараёнида унинг таркибига кирувчи моддалар тиш пастасига қўйилган вазифалардан келиб чиқиб танланади.

**Бириктирувчи (гел ҳосил қилувчи) моддалар.** Тиш пасталарининг турғунлиги, қаттиқ-юмшоқлиги, пластиклиги кўпроқ бириктирувчи гидроколлоид моддаларнинг физик ва кимёвий хусусиятларига боғлиқдир. Замонавий тиш пасталарини ҳосил қилишда ишлатиладиган гидроколлоид бириктирувчи моддалар сунъий ва табиий бирикмалар бўлиб ҳисобланади. Табиий гидроколлоидлар бўлиб, сув ўтларидан олинадиган алгинат натрий, каррагинат натрий ва шу ўсимликлар меваси ва шираси ҳисобланади. Сунъий синтетик гидроколлоидларга-натрийкарбоксиметиллцеллюлоза, целлюлозанинг метил ва этил эфирлари кирди. Буларнинг барчаси пахта целлюлозаси ва поясининг ҳосилаларидир.

Кўп атомли спиртлардан — глицерин, полиэтиленгликол тиш пасталари таркибида пластик, бир хил консистенциядаги масса ҳосил қилишда муҳим рол ўйнайди. Бундай хусусиятга эга бўлган пасталарни туюбикларга солиш ва ундан сиқиб чиқариш анча енгил ва қулайдир.



Мазкур спиртлар тиш пасталарини сақлаш даврида уларнинг намлигини сақлайди ва совуқдан музлаб қолишини олдини олади. Бундан ташқари кўпиришига ёрдам бериб, таъмини яхшилайти.

**Кўпиртирувчи — сирт актив моддалар.** Тиш пасталарини тайёрлашда кўпиртирувчи-сирт актив моддалардан-ализарин мойи, лаурил сулфат натрий, натрий лаурил саркозинат ва ёғ кислоталар тауридининг натрийли тузи кабилар кенг кўламда ишлатилади. Тиш пасталари таркибига кирувчи компонентлар зарарсиз, оғиз шиллик пардасига салбий таъсир кўрсатмайдиган ва жуда яхши кўпирадиган бўлиши лозим. Яхши кўпирувчи тиш пасталари тишлар юзасидан овқат қолдиқларини, қарашларни тозалашда анча қулайликлар туғдиради.

Бугунги кунда абразив модда сақламайдиган, гелсимон тиш пасталар ҳам кенг кўламда ишланиб чиқилмоқда (пепсодент, блендомед ва ҳ.к.). Бундай тиш пасталарининг асосини фаол кўпириш хусусиятига эга бўлган кремний икки оксиди ташкил қилади. Гелсимон тиш пасталарининг таъми жуда яхши, ҳар хил рангга эгадир. Лекин тишларни тозалаш даражаси бўр сақловчи абразив моддаларга эга тиш пасталаридан анча паст. Тиш пасталари узоқ муддат туришини инобатга олиб, уларнинг бузилмаслигини, айнимаслигини таъминлаш мақсадида улар таркибига антисептик моддалар (тимол, триклозан ва бошқалар) ҳам маълум миқдорда қўшилади.

**Биологик актив моддалар** (хлорофилли бирикмалар, ферментлар, микроэлементлар, ўсимлик экстрактлари, витаминлар – В<sub>3</sub>, В<sub>6</sub>, РР, С, К ва бошқалар) тиш пасталарининг кариес ва пародонт касалликларини олдини олишда қўллаш учун имконият яратади.

Кариес профилактикаси мақсадида тиш пасталари таркибига тиш эмали таркибига кирувчи минерал тузлар ва кимёвий элементлар қўшилади. Шулардан таркибига фтор қўшилган тиш пасталари кариес профилактикасида бугунги кунда муҳим ўрин эгаллайди. Бундай тиш тозалаш пасталари барча ёшдаги кишиларга тавсия қилинади.

Тиш пасталари таркибига шу мақсадда натрий фторид, олово фториди, монофторфосфат, аминофторид ва фосфатлар билан ишлов берилган натрий фтор бирикмалари қўшилади.

Фторли бирикмалар тишлар эмаль қобиғини қарашлар таркибидаги микроорганизмлар ҳосил қилган кислоталарга нисбатан турғунлигини оширади, уларда модда алмашинуви жараёнини сусайтиради ва реминерализация жараёнини кучайтиради. Шу нарса изланишлар натижасида аниқланганки кариес профилактикасини амалга, оширилишида эркин, боғланмаган фтор иони муҳим аҳамият касб этади. Бутунжаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти (ЖССТ-ВОЗ) тавсиясига кўра, тиш пасталари таркибида фтор ионларининг миқдори

0,1%дан ошмаслиги керак. Самарали таъсир қилувчи тиш пасталарининг ҳар бир граммада 1-3 мг фторид мавжуд бўлади.

Катта ёшдаги кишиларга тавсия қилинадиган тиш пасталари ўз таркибида 0,11% дан 0,16% гача натрий фтор ёки 0,38% дан 1,14% гача монофторфосфат натрий тутати. Болалар учун тиш пасталаридаги фтор бирикмалари миқдори 0,023% дан ошмаслиги зарур.

Таркибида натрий фтор, кальций фтор ва кремний тутувчи абразивли тиш тозалаш пасталари кариесга қарши юқори самарали хусусий флуористат системасини ташкил қилувчи воситалар ҳисобланади. «Блендамед» ва «Колгейт» тиш пасталари шулар қаторига киради.

Тиш қарашларини ҳосил бўлишига қаршилик кўрсатиш, тиш тошлари кристалларининг ўсишини сусайтириш мақсадида тиш пасталари таркибига триклозан моддаси қўшилади. Триклозан бактерияларга қарши (айниқса граммубат ва грамманфий микроорганизмларга) кучли таъсир кўрсатиб, уларнинг кўпайишини кескин сусайтиради. Бу таъсирот тиш тозалангандан сўнг 12 соатгача давом этиши мумкин.

Тиш пасталари таркибидаги фтор бирикмаси сўлақда эриши натижасида эркин фтор моддаси ион шаклида тиш эмали таркибига сингиб кириб, эмални кислотали деминерализация жараёнига тўсқинлик қилади. Фтор иони эмаль таркибида кислоталарда эрмайдиган бирикмалар ҳосил қилишда иштирок этади.

**Фтор сақламайдиган кариесга қарши таъсир этувчи қатор тиш пасталари мавжудки, улар таркибида тишнинг эмаль қобиғини тўйинтирувчи минерал тузлар бўлади.** Бундай тиш пасталари ўзида калий фосфат, натрий фосфат, кальций ва натрий глицерофосфат, кальций глюконат, рух оксиди каби минераллар тутати. Булардан ташқари шуларга ўхшаган ўз таркибида хитин, хитозан ҳосилалари тутувчи пасталар ҳам мавжуд. Хитин, хитозан ҳосилалари оксилларга яқин тузилишга эга бўлиб, *streptococcus mutans*, актиномицетлар каби микроорганизмларни эмаль юзасига адсорбцияланишига йўл қўймайда ва натижада тишлар юзасида тиш бляшкалари ҳосил бўлиши суст кечади.

Г.Н. Пахомов ва муаллифлар (1973, 1978 йил) томонидан табиий манбаълардан реминерализация қилиш хусусиятига эга бўлган «Ремодент» препарати ишлаб чиқилган. Шу препарат асосида «Ремодент» тиш пастаси ҳам ишлаб чиқарилмоқда. Бу тиш пастаси ўз таркибида қатор макро- ва микроэлементлар сақлаган ҳолда кариесга қарши яхши таъсир этувчи восита ҳисобланади. Макро- ва

микроэлементлар дентин каналчаларининг кириш қисмини тез тўлдириб тиш сезгирлигини пасайтиради.

Фақат таркибида фтор сақловчи ва минерал тузлар сақловчи реминерализация хусусиятига эга пасталаргина кариесга қарши профилактика тадбирида қўлланилмасдан бугунги кунда таркибида, ферментлар сақловчи пасталар тури ҳам пайдо бўла бошлаган. Ферментлардан ҳайвонлар ва замбуруғ, микроблардан олинадиган панкреатин, лизоцим, трипсин, протеаза, амилаза, X-ва Б-глюкозидаза, мутаназалар кўпроқ танланади. Мазкур ферментлар тиш қарашлар ҳосил бўлишини олдини олади. Тишлар юзасига адсорбцияланувчи микроорганизмларни гидролизлаб парчалайди. Булардан бактериялар ишлаб чиқарган ферментлар кучли гидролизлаш кучига эгадир.

Ферментлардан-липаза, амилаза, протеаза, лизоцим, гликозидазалар пасталар таркибида овқат қолдиқлари ва тиш қарашларини сувда эрувчи майда молекулаларгача парчалайди. Булардан ташқари ферментлар кариесоген микроблар ҳосил қилган полисахаридлар, декстранларни шиллиқ ва қарашларни парчалаб, кислоталар ҳосил бўлишини олдини олади.

**Даволаш ва профилактикаси.** Тиш пасталари гингивитлар, пародонтитлар ва стоматитларни даволаш ва шу касалликларнинг олдини олиш учун қўлланилади. Шунинг учун бундай тиш пасталари таркибига биологик актив моддалар — хлорофилл тутувчи, шифобахш ўсимликларнинг, сувли ёки спиртли эритмалари, дамламалари ёки экстрактлари, ферментлар ва бошқалар қўшилади.

Мазкур тиш пасталари пародонт ва шиллиқ қават тўқималарига шифобахш таъсир кўрсатиб, милклардан қон оқишини, патологик чўнгалардан йиринг оқишини тўхтатади, милклар яллиғланишини тўхтатади, пародонт ва шиллиқ қаватларда қон ва модда алмашинуви жараёнини фаоллаштиради.

Милк ва шиллиқ парда жараҳатларида регенерация жараёнини кучайтириш мақсадида даволовчи пасталар таркибига - ферментлар, А ва Е витаминининг мойли эритмаси, кароталин киритилади.

**Тиш пасталарига қўйилган талаблар.** Тиш ювиш пасталари нейтрал бўлиши, тозаловчи ва силлиқловчи хусусиятга эга бўлиши, яхши кўринишга, мазага ва ҳидга эга бўлиши керак. Улар тозаловчи, дезинфекцияловчи, зарарсиз бўлиши, даволовчи ва профилактик хусусиятга эга бўлиши зарур.

Бугунги кунда мамлакатимиз савдо тармоқларида, бозорларида турли мамлакатлар фирмалари, компаниялари томонидан ишлаб чиқарилган ранг-баранг тиш ювиш пасталарини харид қилиш мумкин.

Шунга қарамасдан уларнинг кўпчилигини Россияда ишлаб чиқарилган тиш пасталари ташкил қилади.

### **1.9.2.1. Россияда ишлаб чиқарилаётган тиш ювиш пасталарининг турлари ва хусусиятлари**

**Гигиеник тиш ювиш пасталари** – Оғиз ҳолатини янгилаб, тозаловчи хусусиятга эга бўлиб, махсус даволовчи ва профилактик кўшимчалар кўшилмаган бўлади. Россияда ишлаб чиқарилган гигиеник пасталар асосини одатда кимёвий чўктирилган бўр (23-43%), глицерин (10-33%), карбоксиметилцеллюлозанинг натрийли тузи (1-1,8%), парфюмерия мойи (1-1,5%), лаурилсульфат натрий, хид берувчи кўшимча, сув, консервантлар ҳосил қилади.

**Кенг тарқалган рус гигиеник тиш пасталари:**

“Апельсиновая”, “Мятная”, “Семейная”, “БАМ”, “Московская”, “Олимп”, “Ну погоди” ва бошқалар.

**Болалар гигиеник тиш пасталари.**

Мазкур пасталар санаб ўтилган таркибий қисмдан ташқари яхши таъм берувчи моддалар билан бойитилади. Булар эфир мойлари, овқатга ишлатиладиган эссенциялардир. Болалар гигиеник пасталарини тайёрлашдаги асосий шартларидан бўлиб, яхши таъмга эга бўлиш ва организм учун мутлақо зарарсиз бўлишлик ҳисобланади. Бу хусусиятлар болаларни тишларини ювишга тез ўргатиш ва бу муолажани уларда одат тусига киритишда ёрдам беради.

**Даволовчи – профилактик тиш пасталари.**

Бу хилдаги пасталар санаб ўтилган маълум компонентлардан ташқари биологик актив кўшимчалар, витаминлар, шифобахш ўсимликлар экстракти ва эритмаси, тузлар, микроэлементлар ва ферментлар билан бойитилган бўлади. Бу синфга кирувчи пасталардан ҳар кунлик тишларни тозалаш учун ҳам фойдаланса бўлади. Шу билан биргаликда уларни асосан пародонт хасталиклари бор, тишларида кўпчилик қариес ва унинг асоратлари мавжуд беморларга тавсия қилинади. Қариес профилактикасида пародонт ва ноқариес касалликлари мавжуд ҳолларда мазкур пасталарнинг самараси юқори эканлиги исботланган.

**Даволовчи – профилактик пасталар таркибига кирган компонентлар асосида 5 гуруҳга бўлинади:**

1. Ўсимлик моддалари тутувчи.
2. Таркибида тузлар сақловчи.
3. Таркибида ферментлар сақловчи.
4. Таркибида биологик актив моддалар сақловчи.
5. Қариесга қарши таркибли тиш пасталари.

### **1.9.2.2. Таркибида шифобахш ўсимлик моддалари сақловчи тиш пасталари**

Мазкур пасталар модда алмашинувини жонлантиради, яхшилайди, тўқималар регенерациясини кучайтиради, милклардан қон кетишини камайтиради, оғиздаги нохуш ҳидларни бартараф этади. Қуйидаги гуруҳга кирувчи тиш пасталари билан танишамиз.

“Лесная” тиш пастаси ўз таркибида 5% хвой-каротин массасини сақлайди. Унда хлорофидд, каротин, аскорбин кислотаси, токоферол, балзамли смола мавжуддир. Таркибида шундай комплекс моддаларнинг борлиги мазкур пастани милк тўқимасига яхши таъсир этиб яллиғланиш жараёнларига барҳам беришни, оғизда нохуш ҳидларни йўқотиш, хушбўй қилишни, милклардан қон оқишини бартараф этишни ва шиллиқ парда регенерациясини таъминлайди.

“Ромашка” тиш пастаси ромашка ва зверобой сингари шифобахш ўсимликларнинг сувли-спиртли экстракти билан бойитилган бўлиб, яллиғланишга қарши, антисептик, яхши тозаловчи хусусиятларга ва яхши маза таъмга эгадир.

Шу гуруҳга кирувчи, болалар учун мўлжалланган “Буратино” ҳам таркибида ромашка, мингйиллик ва қалампирмунчок ўсимликларининг экстрактини сақлаб, яллиғланишга қарши кучли восита сифатида милклар яллиғланишида жуда яхши самара беради.

Болалар тиш пастаси “Целкунчик” календула экстракти асосида тайёрланиб, таркибида каротин, ликонин, эфир мойлари, органик кислоталар сақлайди. Фитонцидларга бой бўлиб, яллиғланиш жараёнларида юқори самара беради.

“Parodontax” номли тиш пастаси ҳам табиий ўсимликлар асосида тайёрланган. Ушбу тиш ювиш пастаси милклардан қон оқишини олдини олади, яллиғланган милкларга ижобий таъсир кўрсатади, бактерияларни кўпайишини тўхтатади, углеводлар парчаланишидан ҳосил бўлган органик кислоталарни нейтраллаш хусусиятига эга. Милкларни мустаҳкамлайди ва яхши тозалаш сифатига эгадир. Мазкур тиш пастаси таркибида ялпиз, мирт, шалфей, ромашка, ратания, бикарбонат натрий тутади, бу эса пародонт касалликларини профилактикаси ва даволаш ишларида самарали ҳисобланади.

### **1.9.2.3. Таркибида тузлар сақловчи тиш пасталари**

Мазкур гуруҳга кирувчи тиш пасталарининг таркибига ҳар хил тузлар ва минерал комплекслар кўшилиб тайёрланади. Бундай таркибли тиш пасталари пародонт ва шиллиқ парда тўқималарида қон айланишини яхшилайди, модда алмашинуви жараёнларини

фаоллаштиради, шипларни йўқотади ва маълум даражада оғриқсизлантиради. Тузлар шилимшиқларни суюлтиради, тиш карашларини ҳосил бўлишига тўқинлик қилади, микробларни адгезивлик-ёпишқоқлик хусусиятини йўқотади ва колония ҳосил бўлишига йўл қўймайди.

Шу гуруҳ насталаридан “Бальзам” тиш ювиш пастаси ўз таркибида шифобахш минерал тузлар комплекс микроэлементлар сақлаши туфайли пародонт тўқимасига шифобахш таъсир кўрсатади ва яхши тозаловчи хусусиятга эга.

“Юбилейная” тиш пастаси ўз таркибида шифобахш Моршинск минерал сувидан ажратилган юқори калийли концентрат ва сульфат-магнийли компонент сақлаши туфайли милк ва шиллиқ парда қон айланишига ижобий таъсир қилиб тўқималар озикланишини яхшилайти. Яллиғланишга қарши юқори самарали таъсир кўрсатиб, яхши тозаловчи хусусиятга эгадир.

#### **1.9.2.4. Ферментлар тутувчи тиш пасталари**

Ўз таркибида ферментлар сақловчи тиш пасталари тиш юмшоқ карашларини, овқат қолдиқларини, никотинли карашларни яхши эритиб тозалаш хусусиятга эга бўлган шахсий гигиена воситаларидан ҳисобланади. Бундай гуруҳга “Бело-розовая”, “Особая”, “Чародейка” каби тиш пасталари киради. Улар ўз таркибида протеолизтик ферментлар, поливинил пирилодон каби актив тозаловчи воситалар сақлайди. Айнан ана шу ферментлар сақловчи тиш пасталарини пародонт касалликларини ўткирлашган даврида тавсия қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

#### **1.9.2.5. Биологик актив моддалар тутувчи тиш пасталари**

Мазкур гуруҳга кирувчи тиш пасталари ўз таркибида биологик актив қўшимчалар, хусусан витамин “В”, пантотенат кальций, бороглицерин тутиб, юқори даражада яллиғланишга қарши самара бериб, тўқиманинг тикланиш регенерациясини таъминлайди. Булардан ташқари улар бактериостатик, антисептик, бактерицид, фунгостатик, фунгицид таъсирга эга бўлганлиги боис, упибу пасталарни стоматитларда, кандидозларда, глоссит, хейлитларда, пародонт яллиғланишларида тавсия қилинади.

“Прима”, “Бороглицериновая”, “Ягодка” тиш ювиш пасталари шулар жумласидандир.

### 1.9.2.6. Тиш кариссига қарши таъсир кўрсатувчи тиш пасталари

Бу гуруҳга кирувчи тиш пасталари ўз таркибида фтор, фосфор, кальций бирикмалари тутганлиги учун тиш қаттиқ минерал тўқималарини (эмаль, дентин) мустаҳкамлаб, тўйинтириб, тиш карашларини пайдо бўлишига йўл қўймасдан, уларни карисдан муҳофаза қилади.

Фторли бирикмалардан тиш пасталари таркибига монофторфосфат натрий, натрий-фтор, мис-фторид, органик фтор сақловчи моддалар қўшади. Фторли тиш пасталарини ҳосил қилишда фтор концентрациясига жуда катта аҳамият берилади. Самарали таъсир кўрсатувчи тиш пасталари таркибидаги фтор миқдори 1 грамм пастада 1-3 миллиграммни ташкил қилади. Шундай таркибли тиш пасталарини мунтазам ишлатиш карисс жадалигини ўсишини болаларда 15-35% гача пасайтирганлиги тўғрисида аниқ маълумотлар мавжуд.

Мазкур тиш пасталарининг кариссга қарши самарали таъсири авваламбор уларни маҳаллий қўллаш тиш эмаль қаватининг турғунлигини ошириш ва ташқи таъсиротларга берилмаслигини таъминлашдан иборат.

Фтор ионлари тиш эмали таркибига сингиб кириб, мустаҳкам фторапатит системасини ҳосил қилади. Фосфор-кальций бирикмаларини тиш қаттиқ тўқималарига мустаҳкам бирикишни таъминлайди, шу билан биргаликда оғиз микрофлорасини ўсишини тўхтатади ва карашларни ҳосил бўлишини олдини олади. Фторли тиш пасталари болалар ёшида янги чиқа бошлаган ва ёриб чиққан тишлар эмаль қаватини мустаҳкамлашда муҳим аҳамияти касб этади. Кейинчалик ёш ўтиши билан бу хусусият тишларга нисбатан анча пасаяди. Шуни назарда тутган ҳолда таркибида фтор тутувчи тиш пасталарини болалар ёшида тавсия қилиш катта самара беради ва карисс ўсишини камайтиради. Ушбу гуруҳга кирувчи “Чебурашка” тиш пастаси ўз таркибида натрий фтор, фосфатлар ва микроэлементлар сақлайди. “Чебурашка” тиш пастаси болалар учун мўлжалланган бўлиб кариссга қарши самарали таъсир кўрсатади. Таркибида фтор сақловчи тиш пасталари қаторида “Фтородент” пастаси ҳам маълум. У ўзининг таркибида натрий фтор бирикмасини тутади ва уни карисс профилактикаси ҳамда даволашда ишлатиш тавсия қилади. Бундан ташқари бу тиш пастаси тишларда содир бўладиган гиперестезияни сусайтирувчи, тиш эмали кристалларини мустаҳкамлаб, эмаль қаватининг кариссга нисбатан турғунлигини оширади.

Тиш эмалининг мустаҳкамлигини таъминловчи омил фтордан ташқари қатор макро ва микро элементлардан иборатдир. Шуни назарда

тутиб, ўз таркибида калий бир ва икки фосфат, натрий фосфат, глицерофосфат кальций, кальций глюконат, фосфат кислотасининг тузларини ва бошқа макро-микрэлементлар тутувчи тиш пасталари ҳам ишлаб чиқилмоқда. Бундан ташқари мазкур гуруҳга кирувчи бир қанча пасталар ўз таркибида даволовчи хусусиятга эга бўлган моддаларни сақлаши маълум.

“Зоднак” тиш пастаси ўз таркибида натрий фтор бирикмасидан ташқари яллиғланишга қарши таъсир этувчи ва регенерацияни, эпителизацияни кучайтирувчи хусусиятга эга бўлган облепиха мойи тутади. Шу хусусиятларини инобатга олиб мазкур турдаги пасталарни кариес профилактикасида ва пародонт касалликларини, оғиз шиллиқ парда касалликларини даволаш мақсадида шундай беморларга тавсия этиш мумкин.

“Жемчуг” ва “Арбат” тиш пасталари фосфат тузлари сақловчи даволаш профилактик хусусиятга эга бўлган оғиз бўшлиғи шахсий гигиенасининг асосий воситаларидан бўлиб ҳисобланади. Мазкур тиш ювиш пасталари кариесдан тишларни муҳофаза қилишда, тишлар гиперэстезиясига барҳам беришда юқори самарага эгадир. Улар ўз таркибида глицерофосфат кальций ва антисептиклар тутади. Булар гуруҳига “Кристалл” ва “Ремодент” сингари тиш ювиш пасталари ҳам киради. Ўз таркибида фосфат тузларини сақловчи тиш пасталарини бугунги кунда уч йўналишда ишлатилади.

Биринчидан – болалар ва катта ёшдаги кишиларда кариес профилактикасида тишларни мунтазам ҳар куни тозалаш туриш учун ва аппликация(чаплаш) учун.

Иккинчидан – фосфат тузлари тутувчи тиш пасталари нокариес касалликларини (гиперэстезия, сийқаланиш, эрозия, понасимон нуқсон, гипоплазия, флюороз) даволашда самаралидир.

Учинчидан – ортодонтик қурилмалар, хусусан бреккет-система тақувчи беморларда ҳар кунлик тишлар тозаланиши ва аппликация қилиниши деминерализация соҳаларини содир бўлишини олдини олади.

### **1.9.2.7. Ғарб давлатларида ишлаб чиқарилаётган замонавий тиш пасталари**

Бугунги кунда бозорлар ва магазинлар пештахталарида ғарб мамлакатларида ишлаб чиқарилган ҳар хил тиш тозалаш пасталарини учратиш одат тусига кириб қолди ва улардан фойдаланиш кенг тус олмақда. Шуни назарда тутиб ана шу тиш пасталарига эътиборни қаратиш фойдадан ҳоли эмас.

Бу хил тиш пасталаридан айниқса, “Проктер ва Гембл”, “Колгейт”, “Smith Kline Bucham” компаниялари томонидан ишлаб чиқарилган тиш



пасталари ўзининг сифати ва маълум мақсадга йўналтирилганлиги билан аҳамиятга моликдир. “Проктер-Гембл” компанияси асосан “Блендо-мед” гуруҳи тиш тозалаш пасталарини ишлаб чиқаради. Бу компания дунёда биринчи марта 1955 йилда фторли тиш пасталарни ишлаб чиқара бошлади. 1960 йилда Америка стоматологлари ассоциацияси томонидан маъқулланган ва тавсия қилинган “Грест” тиш пастаси бўлган.

**8-жадвал.**

**“Блендо-мед” гуруҳи тиш пасталарининг таркибини ташкил қилувчи ингредиентлар ва уларнинг вазифалари**

| <b>Модда (ингредиент) номи</b> | <b>Таъсири</b>   | <b>Функционал самарадорлиги</b>                         |
|--------------------------------|--|---|
| Натрий фторид                  | Карисга қарши самара                                       | Карисс қавақларини ҳосил бўлишини олдини олади          |
| Кремний диоксиди               | А) абразивлик хусусияти<br>Б) куйилтирувчи                 | А) тозаловчи, силлиқловчи<br>Б) ковушқоқликни таъминлаш |
| Сорбит                         | Намловчи   | Сувни тутиб туради                                      |
| Натрий фосфат                  | Ph-буфер   | Ph – мувозанатини ушлаб туради                          |
| Натрий уч фосфат               | Ph-буфер   | Ph – мувозанатини ушлаб туради                          |
| Натрий лаурил сульфат          | Кўпиртирувчи   | Детергент, кўпик ҳосил қилади                           |
| Ксантон муми                   | Боғловчи – ковуштирувчи                                    | Ўпишқоқликни таъминлайди (ковуштиради)                  |
| Сув                            | Эритувчи   | Қаттиқ компонентларни эритади                           |
| Триклозан                      | Микробга қарши таъсири                                     | 12 соат давомида микроблар ўсишини тўхтатади            |
| Тўрткалийли пирофосфат         | А) абразивлик хусусияти<br>Б) кристаллар ўсишини тўхтатади | Тиш тошларининг ўсишини олдини олади, тўхтатади         |
| Тўртнатрийли пирофосфат        | А) абразивлик хусусияти<br>Б) кристаллар ўсишини тўхтатади | Тиш тошларининг ўсишини олдини олади, тўхтатади         |
| Натрий икки пирофосфат         | А) абразивлик хусусияти<br>Б) кристаллар                   | Тиш тошларининг ўсишини олдини олади, тўхтатади         |

|                   |                                |  |
|-------------------|--------------------------------|--|
|                   | Ўсишини тўхтагади              |  |
| Натрий бикарбонат | А) юмшоқ абразив<br>Б) оддушка | Тозалик ва таъм ҳосил қилишни таъминлайди                              |
| Пропилпарабен     | Консервант                     | Тиш пастасини бузилишдан, айнишдан сақлайди                            |
| Метилпарабен      | Консервант                     | Тиш пастасини бузилишдан, айнишдан сақлайди                            |
| Глицерин          | Намловчи                       | Сувни сақлаб, намликни ушлаб туради ва пастанинг қотишига йўл қўймайди |

**“Блендо-мед” гуруҳига кирувчи қуйидаги тиш пасталари кенг тарқалган ва самарали гигиеник восита ҳисобланади.**

**1. “Blend A Med Fluoristat”** – бунинг Mild fresh ва Extra fresh gel турлари мавжуд. Кариесга нисбатан самарали, оч-яшил ва эман рангда бўлади. Флуористат системасига эга бўлиб, бу система фтор ионларини ўзидан тез ажралиб чиқишини таъминлайди ва реминерализация жараёнида фаол иштирок этади.

**2. “Blend A Med complete”** пастаси – Кариесга қарши, пародонт касалликларида ва тош ҳосил бўлишини олдини олишда жуда самарали. Оқ паста яшил рангли гел тасмачалари билан. Мазкур паста оғиз бўшлиғида учрайдиган учта кенг тарқалган асосий касалликларни: кариес, пародонт касаллиги (милклар қочиши ва яллигланиши) ва тиш тошларини ҳосил бўлишини олдини олади. Бунда ҳам “Флуористат” системаси мавжуд бўлиб, у карисдан ҳимоя қилади, Триклозан – микроблардан ва пирофосфатлар тошлар ҳосил бўлишидан ҳимоя қилади. Шунинг назарда тутиб бундай тиш пасталарини пародонт касалликлари мавжуд беморларга тавсия этилиши лозим.

**3. “Blend A Med Soda Bicarbonate”** пастаси. Мазкур тиш пастаси кариесга қарши, тиш тошларини ҳосил бўлишига қарши самарали таъсирга эга бўлиб, тишларнинг табиий оқ рангини сақлайди. Бу тиш пастасида ҳам асосий, фаол система “Флуористат” ҳисобланади. Унинг ўзига хос тарафи шундаки, у ўзида пирофосфатлар комбинациясини сақлайди ва тиш тошларини ҳосил бўлмастлигини таъминлайди. Сода бикарбонат эса тишларнинг табиий оқ рангини сақлашда иштирок этади.

**4. “Blend A Med BlendJ”** пастаси – кариесга қарши самарали ва болалар учун, сут тишларини муҳофаза қилиш мақсадида ишлаб чиқилган. Тўқ қизил рангли гел мева таъми билан. Мазкур паста юқоридаги қариндошларидан “Флуористат” системасида фтор

миқдорини камлиги билан фарқ қилади(250 мг/кг, фтор концентрацияси, бошқаларида 1450мг/кг). Яъни, “Флуористат” системасида фтор миқдори 6 марта кам. Бу эса болалар учун унинг зарарсизлигини таъминлайди, уни бемалол вақтгача ишлатиш мумкин. Шу билан биргаликда у хушбўй, хуштаъм ва унга чиройли ранг берилган, бу эса болалар учун жуда муҳим.

“Аквафреш” тиш тозалаш пастаси Америка ва англизларнинг “Smith Kline Bucham” компанияси маҳсулоти бўлиб, болалар ва катталар учун оилавий тиш пастаси сифатида тавсия қилинади.

Бу кўп компонентли тиш пастаси бўлиб, ажойиб таркибга эгадир. Мазкур паста ўз таркибида монофторфосфат натрий, глицерофосфат кальций, карбонат кальций тутади ва фаол фармакологик самарага эга. У антибактериал, кариесга қарши, яхши таъм ва ҳидга эга. Бундан ташқари у ўзида фтор моддасини сақлайди, бу эса тиш эмали сатҳида кислоталарда эрмайдиган фторapatитларни ҳосил қилади. Натрий карбонати Ph кўрсаткични ишқорий муҳитга буриб туради.

Аквафреш тиш ювиш пастаси оғиздаги нохуш ҳидларни микробларни ўлдириш орқали амалга оширади, бундан ташқари тиш карашларини ҳосил бўлишини олдини олади. Бунда глицерофосфат кальций монофторфосфат ва лаурилсульфат натрийни фаоллаштириб унинг детергентлик хусусиятини оширади, яхши кўпиришига сабаб бўлади. Аквафреш компонентлари тиш эмалининг кристал ҳосил қилувчи чамбаракларини мустаҳкамлайди, эмалнинг кариесга нисбатан турғунлигини оширади. Аквафреш пастаси уч хил рангли пасталардан ташкил топади ва бу хусусият тубикларда ҳам аралашиб кетмайди. Тубик сиқилганда тиш чўткасига оқ, қизил ва кўк рангли паста ажралиб чиқади ва эстетик завқ бағишлайди. Мазкур компаниянинг икки хил тиш пастаси билан танишамиз.

“Аквафреш Whitening” – У ўзида ноёб триклин компонентини сақлайди, тишларни ҳар хил доғлардан тозалаб оқартириш хусусиятига эга. Бошқа оқартирувчи воситалардан фарқли ўлароқ бу тиш пастасидан ҳар кун фойдаланса бўлади

“Whitening” тиш пастаси уч хил (оқ, қизил, кўк) ингредиентдан ташкил топган ва улардан ҳар бири махсус вазифани бажаради:

- оқ қисми – тишларни кариесдан ҳимоя қилади;
- қизил масса – тишларни карашлардан тозалайди;
- кўк ёки яшил масса – оғизга хушбўй ҳид ва яхши таъм беради.

Мазкур тиш тозалаш пастаси мунтазам равишда фойдаланилганда тиш тошларини ҳам эритиб йўқотиш хусусиятига эга.

“Маклинз” тиш пастаси ҳам “Stmth Kline Beecham” компаниясининг янги маҳсулоти бўлиб кариес профилактикаси ва даволаш ишларида юқори самарага эгадир. Кариес профилактикасини паста таркибига кирувчи тўрт компонент – натрий монофторфосфат, глицерофосфат ва карбонат кальций, ҳамда микробларга қарши таъсир этувчи триклезанлар таъминлашади. Паста таркибига 0,25% триклезан киритилиши уни микробларга қарши хусусиятини ошириб, тиш карашларини кескин камайтиришга олиб келади.

Иккинчи компоненти – карбонат кальций бўлиб у икки хил вазифани бажаради: биринчидан ишқорий муҳит ҳосил қилиб бактериялар ҳосил қилган ва овқат таркибидаги кислоталарни нейтраллайди; иккинчидан деминерализация сохаларида чиқиб кетган, ювилиб кетган кальцийнинг ўрнини тўлдиради.

“Маклинз” тиш пастаси ҳар кун икки марта ишлатилганда:

- тишларни карашларидан тозалайди – бу билан гингивит ва кариесни олдини олади

- оғизни тозалаб яхши таъм ва ҳид беради.

Тиш пасталарини ишлаб чиқарувчи кекса авлод компанияларидан бири, бугунги кунда оғиз бўшлиғи гигиенаси воситаларини ишлаб чиқишда дунёда салмоқли ўрин тутувчи компания “Colgate Palmolive” (АҚШ) ҳисобланади.

“Colgate Total” тиш ювиш пастаси мазкур компаниянинг бугунги кунда кенг тарқалган маҳсулоти ҳисобланади. Таркибида триклезан, гангрез ва натрий фтор тутади. Илмий ва махсус текширишлар мазкур тиш пастаси ўз таркибига кирувчи фаол ингредиентлари билан оғиз бўшлиғи аъзоларини, тишларни микроорганизмлардан узлуксиз ҳимоя қилишини тасдиқлашган. Компания тиш пасталари таркибига кирувчи триклезан ўзининг синтетик шериги гангрез билан биргаликда пастанинг даволаш-профилактик хусусиятларини узайтиради. Бу унинг кариесга нисбатан эмалнинг турғунлигини оширишда ва пародонт касалликларини олдини олишда намоён бўлади. Таркибида 0,3% триклезан, 0,243% натрий фторид ва кополимер тутган мазкур тиш пастаси тишлар юзасида караш-бляшкаларини ҳосил бўлишини тўхтади, тиш тошларини ҳосил бўлишини олдини олади ҳамда милк яллигланишини сезиларли даражада яхшилайди ва уни камайишига олиб келади. Узоқ муддат Колгейт пасталаридан фойдаланиш оғиз бўшлиғи нормал флорасига таъсир этмаслигини кўрсатди. Бугунги кунда Колгейт тотал гуруҳига кирувчи 25 дан ортиқ тиш пасталари бутун дунё бўйича ўзининг фойдаланувчиларига эга.

Германиянинг “Аркам” заводи ҳам дунёда олдинги ўринлардан бирини эгаллаб турган “Лакалют” маркаси билан қатор тиш

пасталарини ишлаб чиқармоқда. Шулардан баъзи бирлари билан танишиб чиқамиз.

**Катта ёшдаги кишилар учун:**

**Лакалют актив (Lacalut Active)** – тиш ювиш пастаси 50 гр.ли тубикларда ишлаб чиқарилади. Улар пародонт касалликлари аниқланган кишилар учун мўлжалланган.

Асосий таркиби – алюминий лактат, алюминий фторид, хлоргексидин, аллантоин.

- Алюминий лактат – милкларни сезиларли даражада мустаҳкамлайди, улардан қон оқишини тўхтагани ва ташқи таъсирларга нисбатан сезгирлигини пасайтиради (иссиқ, совуқ, нордон, ширин ва х.к.)

- Хлоргексидин – бактерицид хусусиятга эга бўлган кучли антисептик бўлиб, тишлар юзасида бактериал қарашлар ҳосил бўлишининг олдини олади.

- Аллантоин – милклардан қон оқишини камайтиради ва милк яллиғланишларини бартараф қилади.

- Алюминий фторид – тиш эмалини мустаҳкамлайди, кариеснинг олдини олади.

**Лакалют фтор** – тишларни кариесдан ҳимоя қилади.

Асосий таркиби – натрий фторид, октадецилдиамин дигидрофторид, хлоргексидин.

- Паста таркибидаги фторид системаси асосий таъсир қилувчи компонент бўлиб тиш эмалини, айниқса, уни шикастланган соҳасини тезда тўйинтиради, тишларнинг очилган илдиз қисмига тез сингиб киргач тўйинтиради ва сезгирлигини пасайтиради. Эмаль тўқимасини органик кислоталарга нисбатан турғунлигини оширади.

- Хлоргексидин – бактерицид хусусиятга эга бўлган кучли антисептик бўлиб, тишлар юзасида бактериал қарашлар ҳосил бўлишини олдини олади.

**Лакалют сенситив** – 50 гр.ли тубикларда чиқариладиган тиш пастаси.

Асосий таркиби: алюминий лактат, алюминий фторид, октадецилдиамин дигидрофторид, хлоргексидин. Гиперэстезияни пасайтиради, тишлар бўйин қисмида кариеснинг олдини олади ҳамда тиш эмали ва дентинини кариесдан ҳимоя қилади.

- Алюминий лактат – эмаль-дентин чегарасигача чуқур сингиб кириб ташқи таъсиротларни нерв охирларига берилишини олдини олади ва тиш сезгирлигини пасайтиради. Тишларни иссиқ-совуқни, нордон ва шўр таъсиротларни сезмасликка олиб келишини

таъминлайди. Милк тўқимасини мустаҳкамлайди ва қон оқишини тўхтатади.

- Хлоргексидин – бактерицид хусусиятга эга бўлган кучли антисептик бўлиб, тишлар юзасида бактериал қарашлар ҳосил бўлишини олдини олади.

**Лакалют флюор** – 50 гр.ли тубикларда чиқариладиган тиш пастаси.

Паста таркибида махсус тозаловчи қўшимчалар бўлиб, мунгазам равишда фойдаланилганда чой, кофе, никотинли доғларни тозалаб тишни оқартиради, тиш қаттиқ тўқимасини органик кислоталар таъсиридан ҳимоя қилади ва қариесни олдини олади.

**Словакияда ишлаб чиқариладиган “Corident”** серияли тиш пасталари ҳам бугунги кунда кенг тарқалган.

**“Corident Xylitily”** (Коридент-ксилитол) тиш пастаси оғиз бўшлиғи шахсий гигиенаси воситаси бўлиб, қариесга қарши самарали таъсир кўрсатади, тиш тошлари ҳосил бўлишининг олдин олади, эмални мустаҳкамлайди. Xylitily – фтор фаоллигини оширади.

**“Corident Family Fresh”** – оилавий тиш пастаси, таркибида фаол фтор элементи мавжуд. Қариесга қарши универсал таъсир кўрсатади.

**“Corident Family Cool”** – болалар ва ўсмирларга мўлжалланган, қариесга қарши самарали таъсирга эга. Сут тишларини тозалаш учун махсус ишлаб чиқарилган.

**Польшанинг Лехия шаҳрида жойлашган “Поллена” косметика фабрикасида тайёрланадиган тиш ювиш пасталари ҳам оғиз бўшлиғи шахсий гигиенаси нуқтаи назаридан эътиборга моликдир.**

**“Colodent BJ-Fluor”** – тиш ювиш пастаси 7 ва ундан катга ёшли кишилар учун мўлжалланган. Мазкур тиш пастасининг таркиби замонавий фтор сақловчи бирикмалар (натрий фторид ва монофторфосфат натрий) компонентлари билан бойитилган. Шунинг учун уни мунтазам ишлатилганда эмаль қават мустаҳкамлиги ошиб қариесга нисбатан турғун бўлиши ва кислоталарда эрувчанлигини пасайиши кўп йиллик текширувлар натижасида аниқланган.

**“Colodent Bi-Fluor”** – тиш пастаси махсус танланган силикогеллар асосида тайёрланади ва у жуда самарали абразив-тозаловчи, силикловчи, адсорбцияловчи хусусиятга эга. Бу тиш ювиш пастаси тишларда ҳосил бўлган ҳар хил доғларни ва қарашларни яхши кетказди. Жуда яхши таъм ва ҳидга эга бўлгани учун яхши эстетик таассурот қолдиради.

**“Colodent Remi”** – икки сифатли тиш пасталар комплектидан (Remi-K ва Remi-A) иборат ноёб кўшалок тиш ювиш воситаси ҳисобланади.

Мазкур тиш пастасининг ижобий таъсири икки хил паста билан тишларни навбатма-навбат ювишдан иборат. Дастлаб тишлар “Remi-K” пастаси билан ювилади, кейин оғиз чайилиб, Remi-A пастасида тишлар тозаланadi. 2-босқичли тиш пастаси ва чўткаси ёрдамида тишларни ювиб тозалаш натижасида эмаль юза қаватлари кристалларнинг янгилашиши, тўйиниши содир бўлар экан. Чунки Remi-K пастаси эркин минераллар катионлари комплектини ўзидан ажратиб чиқаради. Remi-A пастаси эса тишларни ювиш давомида махсус танланган қўшимчалар таркибидаги эркин ионлар комплекти бўлмиш анионларни ўзидан ажратади.

Бу тиш пастасидан узлуксиз, ҳар куни икки марта тишларни ювишда фойдаланилиб, кетма-кетлик қондасига риоя қилинганда, тиш эмалида ҳосил бўлаётган, ҳосил бўлган ўчоқли деминерализация ва оқ доғларни реминерализациялаб қайта тиклаш хусусияти аниқланган. Кучли реминерализация хусусияти эса мазкур тиш пастасининг кариес профилактика-сидаги ўрнининг юқори баҳоланишини таъминлайди.

Мазкур фабрикада булардан ташқари “Colodent Anti Kam”, “Colodent Herb-F” тиш ювиш пасталарини ҳам ишлаб чиқарилади. Бу тиш пасталари ўз таркибида шалфей, ромашка (мойчечак) каби шифобахш ўсимликлар экстрактини сақлаши туфайли бактеростатик ва яллиғланишга қарши самарали таъсир кўрсатади. Асрлар давомида фойдаланилиб келинаётган бу ўсимликлар ажратмаси пародонтит симптомларини бартараф қилиб, милклардан қон оқишини тўхтатади. Пасталар таркибидаги фтор элементи эмаль ташқи қаватини мустаҳкамлаб, тиш эмалини кариесга нисбатан турғунлигини оширади. Мазкур тиш пасталаридан 4 ёшдан бошлаб фойдаланиш тавсия қилинади.

**Sensodyne** – махсус ишлаб чиқилган даволовчи – профилактик тиш ювиш пастаси бўлиб, инсонларда тишлар сезгирлигининг ошиши натижасида содир бўладиган оғриқлар ва нохуш ҳолларни бартараф қилишда юқори самарадорликка эгадир.

Сенсодин тиш пастасининг икки хили ишлаб чиқарилади: **Сенсодин-К(классик)**, таркибида хлорид стронций тутиши, очик дентин каналчаларини тезда тўлдириши оқибатида тишлар сезгирлигини тезда пасайтиради.

**Сенсодин-Ф(фтор)**, ўз таркибида кальций хлор туганлиги учун ташқи таъсирларни ичкарига пульпа тўқимасига ўтказмайдиган тўсиқ вазифасини ўтовчи парда ҳосил қилади. Фтор элементи тиш эмалини кариесдан ҳимоя қилади. Ҳар иккала тиш ювиш пасталарида даволовчи компонентлар борлиги, уларни пародонт тўқимасини яллиғланиш жараёнларидан ҳимоя қилади. Бутун дунё стоматологлари сенсодин

тиш пасталарининг самарадорлигини 30 йил мобайнида ўрганилиб, назорат қилиниши ва ҳақиқатан ҳам мазкур тиш пасталари гиперэстезия – тишлар сезгирлигини баргараф қилишда тенгсиз паста эканлигини эътироф этиб келишмоқда.

### **1.9.3. Тиш тозалаш порошоклари**

Тиш тозалаш порошоклари яқин ўтмишгача кенг қўлланиладиган гигиена воситаси сифатида фойдаланилган. Тиш порошокларининг асосий тозаловчи воситаси – кимёвий тозаланган, чўктирилган бўр ҳисобланади. Унга хид ва таъм берувчи моддалар қўшилиб порошок тайёрланган.

Тиш порошоклари пасталарга нисбатан абразивлик хусусияти кучли бўлиб, тишларни карашлардан самарали тозалайди. Оғиздаги нохуш ҳидларни йўқотиши кучсизроқ. Камчиликларидан энг асосийси тезда микроблар билан ифлосланишидир. Тиш порошоклари қутичаларда сақланиши ва улар тез-тез очилаб туриши ана шу камчиликларга имконият яратади. Тиш чўтқалари ташқи муҳитдан микроб ва бактерияларни олиб киради, қутичалар очилганда эса ташқи муҳитдан микроблар тушади. Уларнинг тўкилиб, сочилиши, сафарда олиб юришда ноқулайликлар туғдиради.

### **1.9.4. Тиш тозалагичлар (ковлагичлар)**

Инсонлар тиш тозалагичлардан қадим замонлардан буён фойдаланиб келишмоқда. Италиянинг шимоли, Алп тоғларининг шарқий қисмларида олиб борилган қазилма ишлари натижасида инсон шахсий гигиенасига доир предметлар, жумладан олтин, бронза, темирдан ясалган тиш тозалагичларнинг топилиши эраиздан икки-уч аср олдин ҳам улардан гигиеник восита сифатида фойдаланилганлигидан далолат беради.

Бугунги кунда оғиз бўшлиғининг гигиена воситаси бўлмиш, тиш тозалагичлар донмо ҳамроҳимиздир. Тиш тозалагичлар пластмасса ва хушбўй, хуштаъм бўлган дарахтлар ёғочидан ясалади. Шаклига кўра учбурчак, ясси, думалоқ бўлади.

Улар асосан тишлар орасидаги овқат қолдиқлари ва контакт юзалардан карашларни тозалаш учун ишлатилади. Шу билан бирга тиш тозалагичлар тишлар орасидаги милкларни механик массаж қилиб уларда қон айланишини кучайтиради, мавжуд енгил яллиғланиш жараёнларидан ҳоли қилишда иштиради.



### 1.9.5. Флосслар

Флосслар махсус тайёрланган тиш тозалагич иплари тишлар оралиғи ва контакт юзаларини тозалаш учун ишлатиладиган кўшимча гигиена воситасидир.

Флосслар тайёрланишига қараб: мумланган ва мумланмаган; шаклига кўра: учбурчак, ясси, думалок қилиб тайёрланади.

Флосс иплари тиш тозалаш учун қўлларнинг кўрсаткич бармоқларига ўралади ва тишлар оралиғига солиниб механик ҳаракат ёрдамида тишларнинг оралқ юзалари ва ёнбош юзаларидан қарашлар тозаланади, милқлар ўз навбатида массаж қилинади.

### 1.9.6. Чайнов резинкалари (сақичлар)

Сақичлар сўлак ажралишини кучайтириб, тишлар юзасини тозалаш ва микроблар ҳосил қилган кислоталик муҳитни нейтраллаш ва механик ишлов натижасида оғиз бўшлиғи гигиенасини яхшилашда иштирок этувчи восита ҳисобланади.

Чайнов резинкалари оғиз бўшлиғи тўқималарига қуйидагича таъсир кўрсатади:

- сўлак ажралишини тезлаштиради,
- сўлак ажралишида унинг буфер сиғимини ошишини таъминлайди,
- оғиз бўшлиғининг қийин тозаланувчи соҳаларини ювиб тозалашни таъминлайди,
- сўлакдаги сахароза клиренсини яхшилади,
- овқат қолдиқларини тозалашда фаол иштирок этади.

Бугунги кун чайнов резинкалари (сақичлари) таркибини асосий модда (барча кўшимчаларни бириктиради), ширин таъм берувчи кўшимчалар (шакар, жўхори шарбати, шакар ўрнини босадиган моддалар), яхши таъм ва маза берувчи моддалар, юмшатгичлар (чайнов пайтида маълум консистенция ҳосил қилиш учун) ҳосил қилади.

Чайнов резинкаларининг энг асосий хусусияти — бу чайнаш пайтида тинч турганга нисбатан сўлак ажралиб чиқишини 3 ва ундан кўп мартага ошириш ҳисобидан тишлар сатҳини ювилишини яхшилаш, овқатдан сўнг ошқозонда ҳазм жараёнини фаоллаштиришдан иборатдир. Бугунги кунда таркибида ксилит ва бошқа шакарсимон моддалар сақловчи, кариесга қарши таъсир қилувчи чайнов резинкалари кенг кўламда тайёрланмоқда. Чайнов резинаси таркибидаги ксилит оғиз бўшлиғида, тишлар сатҳида узоқ вақт сақланиб қолиб ўзининг ижобий таъсирини кўрсатади.

Чайнов резинкаларидан тўғри фойдалансак, унинг салбий асоратлари бўлмайди. Шу маънода кўплаб ўтказилган текширишлар натижасига таяниб қуйидагилар тавсия қилинади:

1. Чайнов резинкаларидан болалар ҳам катта ёшдаги кишилар ҳам бир хил фойдаланса бўлади.
2. Чайнов резинкаларини фақат овқатдан сўнг 20 мин мобайнида чайнаш тавсия этилади, акс ҳолда ҳар хил нохуш оқибатларга олиб келиши мумкин.
3. Шакар сақламайдиган, унинг ўрнини босадиган моддалари бор чайнов резинкаларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.
4. Чайнов резинкаларини иложи бўлса фақатгина овқат ва ширинлақлардан сўнг чайнаш тавсия этилади.
5. Шунини унутмаслик лозимки, тартибсиз равишда хоҳлаганда сақич чайнаш зарарлидир.

### 1.9.7. Тиш эликсирлари

Тиш эликсирлари оғиз бўшлиғини чайиш учун ишлатиладиган восита-дир. Улар тишлар тозалигини мустаҳкамлайди, тиш қарашлари ҳосил бўлишининг олдини олади ва оғизга хуш таъм ва хушбўйлик каби сифатларни беради.

Эликсирлар таркибига биологик актив моддалар кўшилади. Шифобахш ўсимликларнинг спиртли экстрактлари эликсирларнинг асосини ташкил қилади. Эликсирлар таркибида кариесга қарши таъсир кўрсатувчи моддалар, даволаш хусусиятига эга кўшимчалар, профилактика воситалари, дезодорантлар сақлаши мумкин. «Ксидент» элексири ўз таркибида натрий фтор ва ксидифон препаратларини сақлайди. Бу препаратлар организмда кальций миқдорини бошқариб туради ва тиш қарашлари ва тошлари ҳосил бўлишининг олдини олади.

«Лесной», «Paradontax», «Salvatimol» каби эликсирлар юқори даволовчи, яллиғланишга қарши хусусиятларини намоён қилиб, таркибида-шалфей, ромашка, миррих, эхинацей ўсимликларининг дамламаларини тутади.

Ўз таркибида триклозан, натрий фтор сақловчи «Plax» элексири кариесни олдини олибгина қўймай тишларда қарашлар ҳосил бўлишини ҳам камайтиради. «Sensitive» элексири ўз таркибида олово фторидини сақлаб кариеснинг олдини олишда ва тишлар сезгирлигини пайсантиришда фаол иштирок этади.

### 1.9.8. Болалар ёшида оғиз бўшлигининг малакали гигиенаси

Малакали гигиена — бу, оғиз бўшлиғи, тишлар юзасидан юмшоқ карашларни, тиш чўкмаларини (тошларини) махсус асбоб-ускуналар ёрдамида мутахассис томонидан маълум профилактика қоидаларига риоя қилган ҳолда тозалашдан иборат муолажадир. Бугунги кунда болалар ўртасида амалга ошириладиган оғиз бўшлигининг малакали гигиенаси тадбири стоматологик касалликлар комплекс профилактикаси элементларидан бирига айланган.

1970 йили швед мутахассислари Axelssen ва Lindhelar оғиз бўшлиғи малакали гигиенасини қарис ва пародонт яллиғланиши касалликлари профилактикаси программасига киритишган. Бу комплекс программа ўз ичига қуйидаги тадбирларни олган:

1. Болаларни рационал овқатланишини таъминлаш.
2. Фтор сақловчи воситаларни маҳаллий қўллаш.
3. Оғиз бўшлиғи гигиенасининг мунтазамлигини таъминлаш.
4. Малакали гигиенани амалга ошириш.

Мазкур дастурга мувофиқ оғиз бўшлигининг малакали гигиенасини амалга оширишлар орасидаги вақт болаларда 2-3 ҳафтани ташкил қилган, чунки зич карашлар мавжуд пайтида гингивит белгилари ва бошланғич қарис ривожланиши учун тахминан шунча вақт етарли экан.

Бугунги кунда оғиз бўшлиғи малакали гигиенасини амалга ошириш вақти болада шу муолажага нисбатан талаб пайдо бўлиши билан боғлиқ қилиб белгиланган (NEXO дастури бўйича).

Оғиз бўшлиғи малакали гигиенаси амалга ошириш қоидалари:

1. Барча тишлар йодли ёки эритроцикли бўёк билан бўялади. Шифокор беморга тишлар қаторидаги караш кўпроқ йиғиладиган соҳаларни ойна орқали кўрсатади. Беморларга тишларни тўғри ювиш қоидалари ўргатилади ва амалга оширилади;

2. Тишни чўтка ва пасталар билан тозалагандан сўнг, қолган тиш карашлари абразивли фтор сақловчи, силлиқловчи махсус пасталар ёрдамида тозаланади. Абразив модда сифатида асосан диоксид кремнийдан фойдаланилади. Фторидлар концентрацияси абразив тозаловчи пасталарда 0,1% (0,22%-NaF ёки 0,8%-Na<sub>2</sub>PO<sub>3</sub> F) ни ташкил этади.

Тишларнинг чайнов юзасидан карашлар айланувчи махсус чўткалар ёрдамида, силлиқ юзалардан эса, юмшоқ резина қалпоқчалар ёрдамида абразив паста билан тозаланади. Бунда абразив паста тутган

чўтка ва резина қалпоқчалар айланиш тезлиги 5000 айл/секни ташкил этиши керак.

Тишларнинг контакт (апроксимал) юзалари флосслар ёрдамида тозаланиши лозим:

3. Тишлар юзаси қарашлардан тозаланиб бўлгандан сўнг тиш тозаллиги даражасини назорат қилиш керак бўлади. Мустақил назорат учун болаларга уйда тишлар қарашини бўёвчи таблеткалар (эритрозин) тавсия қилинади.

Кариес профилактикаси дастурига биноан ўтказилаётган оғиз бўшлиғи малакали гигиенаси тадбирлари орасидаги муддат бошида бирмунча қисқа бўлса, кейинчалик бу муддат борган сари узая боради. Бунинг сабаби дастур асосида ўтказилаётган чора-тадбирлар болалар оғиз бўшлиғининг гигиеник ҳолатини кун сайин яхшилаб борадики, энди унда тез-тез малакали гигиенага ўрин қолмайди.

НЕХО дастурига биноан малакали гигиеналар ўртасидаги муддат куйидаги факторлар билан боғлиқ бўлади:

1. болалар ва ота-оналарнинг дастурга қизиқиши;
2. болалар тишларининг кариес билан зарарланиш даражаси;
3. доимий тишларнинг чиқиш даражаси (асосан биринчи ва иккинчи доимий моляр тишлар);
4. доимий моляр тишларнинг чайнов юзаларида кариес белгисининг мавжудлиги.

Кариес диагностикаси даражаси тозаланган тишларда анча юқори бўлишини инобатга олиб, оғиз бўшлиғи малакали гигиенасини профилактик кўрик пайтида амалга ошириш мақсадга мувофиқдир.

Малакали гигиенадан сўнг унинг самарадорлигини оғиз бўшлиғи гигиеник индексини текшириб кўриш йўли билан амалга оширилади. Гигиеник индекс кўрсаткичи тишлар юзасида қарашлар ва тошлар мавжудлигини миқдор жиҳатдан аниқлашга ёрдам беради.

**Назоратли тиш тозалаш** — бемор ёки боланинг мутахассис шифокор стоматолог ёки гигиенист назорати остида мустақил тиш тозалашидир. Бунинг учун бемор ёки боланинг тишлари бўёқ моддаси билан ишлов берилиб бўялади ва гигиеник индекс аниқланади. Шундан сўнг бемор тишларини ўзи ўрганган усулда тозалайди ва яна гигиеник индекс аниқланади. Бунда шифокор назоратчи бемор ёки болага тишларининг қайси соҳалари яхши тозаланмаётганини кўрсатиб, тегишли кўрсатмалар беради. Кейинги қатновларда назоратли тиш тозалаш яна қайтарилади ва тиш тозалаш амалий кўникмалари баҳоланиб борилади.

## 1.10. Фторидларни кариес профилактикасидаги ўрни ва қўллаш усуллари

Тиш қаттиқ тўқималарида айрим ҳолларда кечадиган патологик ўзгаришлар билан фтор элементи ўртасида боғланиш борлиги тишлар ва суяклар флюорози хасталигини ўрганиш пайтида кутилмаганда аниқланган (Смит, 1931). Кейинчалик қилинган илмий изланишлар шуни кўрсатдики, фтор препарати организмга сув орқали киритилса, кариес касаллигининг олди олиниши мумкин экан.

Айниқса, фтор сақловчи препаратлар тиш эмали шаклланаётган пайтда организмда керакли миқдорда, талаб даражасида старли бўлса эмаль кристалларининг ҳосил бўлиши ниҳоятда яхши кечар экан.

Маълумки, тиш эмалининг охирги шаклланиши ва минералларга тўйиниб оҳакланиш жараёни тишлар чиққандан сўнг оғиз бўшлиғида давом этади. Шуни назарда тутган ҳолда фтор етишимовчиликлари мавжуд бўлган жойларда, фтор организмга эндоген ёки экзоген (маҳаллий) усулда киритилса, эмалнинг ташқи қобиғи фторapatитлар ҳосил бўлиши ҳисобига бляшкалар ҳосил қилувчи кислоталар таъсирига чидамли бўлади. Бундан ташқари фторнинг маҳаллий қўлланилиши бляшка ҳосил қилувчи микроорганизмларни кўпайишини тўхтатади.

Фторнинг кариес жараёнига қарши таъсир кучи анчадан буён олимларга маълум бўлса ҳам унинг таъсир механизмини тушунтириш анчагина тортишувларга сабаб бўлмоқда. Бугунги кунда фтор бирикмаларининг кариесга қарши таъсир механизмини тушунтирувчи қатор гипотезалар-теориялар мавжуддир:

1. Тиш эмалининг етилиш (оҳакланиш) даврида гидроксилapatит таркибидаги карбонат қолдигини фтор билан алмашинуви гидроксилapatитни фторapatитга айлантиради. Фторapatит кислоталар ва микроблар таъсирига жуда чидамли бўлиши эмаль қобиғини кариесга нисбатан турғунлигини бирмунча оширади (И.М. Дмитриев, 1974, G.M. Jenkins, 1978);

2. Фторидларни қўллаш натижасида эмалда кислоталар таъсирида қийин эрийдиган кальций фтор ва фосфор сақловчи бирикмалар ҳосил бўлар экан. Бу бирикмалар эмаль реминерализациясида фаол иштирок этади. Шу билан биргаликда фторнинг озгина миқдори ҳам гидроксилapatит кристалланишини тезлаштиради. Буларнинг барчаси эмалнинг турғунлигини оширади (Mulleretal, 1965, F. Brudelova, 1967, Ю.А. Федоров, 1974)

3. Фтор моддаси бактерия ва микроорганизмларнинг оғиз бўшлиғидаги моддалар алмашуви жараёнини бузади ва шу йўл билан

тиш бляшкалари ҳосил бўлишига тўқинлик қилади. Натижада кислота ҳосил қилувчи микроорганизмлар кўпая олмай уларнинг сони кескин камайиб кетади. Шу билан биргаликда фтор сўлак таркибидаги ферментлар фаоллигини пасайтиради. Умуман олганда фтор таъсирида микроорганизмлар, тиш бляшкаси ва улар фаолияти натижасида ҳосил бўладиган маҳсулотлар тиш эмалига нисбатан салбий таъсирини сусайтиради ва шу йўл билан қарис жарраёнининг олдини олади (Т.И. Сапоговски, Ю.А. Федоров, 1973);

4. Фтор йодга нисбатан кимёвий активлиги юкори микроэлемент бўлганлиги учун организмга эндоген ва экзоген йўллар билан тушгандан сўнг қалқонсимон без фаолиятини ўзгартиради, тиш тўқималарига бевосита ва билвосита (тиреоид гормонлар орқали) таъсир этиб минерализация жарраёнини фаоллаштиради (Ю.А. Федоров, 1972, 1973);

Бугунги кунда қарис профилактикаси мақсадида фторли бирикмаларнинг ишлатилиши икки асосий йўл билан амалга оширилади:

1. Эндоген (системали) усулида — фтор организмга сув, туз, сут маҳсулотлари, томчилаб, ёки таблеткалар тарзида киритилади;

2. Экзоген (маҳаллий) усулида — тишлар эмаль қаватига эритмалар, геллар, тиш пастаси ва лаклар сифатида суриш, суртиш йўллари билан киритилади.

Фтор бирикмалари маҳаллий усулда тиш эмалига суртилса, уларнинг сўлакда эриши натижасида ҳосил бўлган эркин фтор иони эмаль тўқимасига ва шиллик пардага сўрилиб организм эндоген муҳитига ўтади. Эндоген усулда киритилган фтор ўз навбатида қон орқали айланиб, сўлак безларда ассимиляция қилиниб, ҳосил булган сўлак таркибида тиш эмаль қаватини маҳаллий ювиб туради.

Профилактика мақсадида бир вақтнинг ўзида системага (эндоген) кирувчи икки хил усуллардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ ҳисобланмайди. Мазкур усуллардан бирини маҳаллий усул билан алмашиб амалга ошириш яхши натижалар беради ва профилактика тадбирининг самарадорлиги яққол ошади.

Организмга фтор киритишнинг эндоген усулини танлашда аниқ, кўрсатмалар бўлиши шарт. Шулардан энг асосийлари қуйидагилардир:

1. Аҳоли ўртасида қарисни кенг тарқалганлиги;

2. Ичимлик сувида фтор миқдорининг анча пастлиги (меъёрда мўлжалланган дозанинг ярми ва ундан паст);

3. Қўшимча фтор киритиш манбаларининг йўқлиги;

4. Совуқ иқлим минтақаларида яшаш.

Фтор бирикмаларининг эндоген йўли билан организмга киритилиши доимо назорат ва хушёрлик тадбирларини талаб қилади.

Шунинг учун фторни организмга киришини, унинг миқдорини ишончли назорат қиладиган усулларни ишлаб чиқиш, бу усуллар кишилар организмга салбий таъсир кўрсатмаслиги ва атроф муҳитни ифлослантирмаслигини кафолатласа бугунги замон талабига жавоб берган бўлиб ҳисобланади. Шу билан биргаликда организмнинг фтор элементига нисбатан суткалик талаб даражасини билиш ва қарисе профилактикасида уни инобатга олиб ишлаб чиқилган усулларнинг асосини ташкил қилиши лозим.

Шундан келиб чиқиб, авваламбор, фторнинг организмдан сийдик орқали ажралишининг суткалик миқдорини аниқлаш ва шунга асосланиб организмнинг фторга нисбатан талабини ҳисоблаб чиқиш тавсия қилинган.

Кўшгина тажрибаларда шу исботланганки, 15 ёшгача бўлган инсонлар сийдик орқали организмга кирган фтор моддасининг 50% ни ажратиб чиқарар экан; 16-19 ёшда – 55% ни ва катталар ёшида бу кўрсаткич 60% ни ташкил қилади.

Шуни назарда тутган ҳолда организмнинг фторга нисбатан талаб даражасини миқдор жиҳатдан ҳисоблаб чиқиш учун сийдик билан ажралиб чиққан фтор миқдорини 15 ёшлилар учун 2,0 коэффициентга; 16-19 ёшлилар учун 1,8 коэффициентга; 20 ва ундан катта ёшдагилар учун 1,66 га кўлайтириш лозим.

### **1.11. Ичимлик сувини фторлаш**

Ичимлик сувини сунъий равишда қўшимча фтор элементига бойитиш мақсадида унга яхши эрийдиган фторли бирикмалар қўшилади. Фторидларнинг сувда эриши натижасида сувдаги фтор концентрацияси 1 ppm (1 мг/л) бўлиши меъёрий даража ҳисобланади.

Мазкур жараён сув тармоқлари станцияларида амалга оширилади.

Иссик иқлимли ҳудудларда сув истеъмолини ҳисобга олиб сув таркибидаги фтор миқдори 0,7 ppm (0,7 мг/л) атрофида, совуқ иқлимли ҳудудларда бу кўрсаткич 1,2 ppm гача оширилмоғи лозим. Бундай ҳолларда флюороз пайдо бўлиш хавфи бўлмайди. Фторидларнинг инсон организмга, жумладан тиш эмалига таъсири умр бўйи давом этади.

Юқори профилактик самара олиш учун фторланган сувни болалар туғилгандан сўнг истеъмоли қилиши кераклиги изланишларда кўрсатилган. Лекин бу самарадорлик тишлар шаклланиб бўлгандан

сўнг фторланган сув истеъмол қилинганда ҳам пасаймаганлиги адабиётлардан маълум.

Ичимлик сувини фторлаш тишлар чиқиб бўлгандан сўнг амалга оширилганда кариес интенсивлик даражасининг сезиларли даражада пасайганлигини сувни фторлашдан 2-3 йил олдин чиққан тишлардагина аниқланган.

Текширишлар яна шуни кўрсатдики, ичимлик сувини фторлаш тишларнинг силлиқ юзаларига таъсири контакт ва проксимал сатҳларга нисбатан анча юқори, чайнов юзаларга нисбатан кўрсатиладиган самараси фронтал сатҳларга нисбатан яхшидир.

Ичимлик сувини фторлаш натижасида сут тишларида кариес ўсишининг пасайиши 50% ни ташкил қилган бўлса, 5--15 ёшли болалар ўртасида доимий тишлар учун бу кўрсаткич 50% дан – 75% гачани ташкил этганлиги текширишлар натижасида аниқланган.

Ичимлик сувини фторлаш йўли билан олинган самарадорлик жуда арзон, қулай ва энг асосийси оммавийдир. Мазкур усул энг кам сарф харажат қилиб юқори натижа олиш мумкин бўлган бугунги кунда ягона профилактик усул бўлиб ҳисобланади.

Ҳозирда ер шари аҳолисининг 5% и фторланган ичимлик сувини истеъмол қилади. Бу 260 млн аҳоли демакдир.

Мактабларда ичимлик сувини фторлаш — бугунги кунда фторлашни марказлаштирилган ҳолда амалга оширишнинг иложи бўлмаган ҳудудларда амалга оширилади. Бунда сувга қўшиладиган фтор миқдори одатдагидан (1мг/л) 4-5 марта ортиқ бўлади. Бунинг сабаби болалар фторланган сувни фақат мактабда ўқиш пайтидагина ичишади. Бу усулни амалга ошириш учун махсус фторлаш ускунаси бўлса кифоя.

Бундай усулда ўтказилган профилактик тадбир натижасида кариес жадаллиги кўрсаткичи 35-40% га пасайганлиги тажрибада аниқланган.

### **1.12. Фторидлар сақловчи таблеткалар**

Кариес профилактикасида ичимлик сувини фторлашнинг иложи бўлмаган тақдирда болаларга фтор бирикмалари туғувчи таблеткалар ичириш алтернатив усул ҳисобланади. Бундай таблеткаларнинг ҳар бирида 1 мг натрий фториди бўлади. Агарда тўғри узлуксиз равишда кўрсатилган миқдорда таблеткалардан фойдаланилса, организмдаги фтор етишмовчилиги танқислигини олдини олиш мумкин бўлади.

Фторли таблеткалар тишлар ривожланиб шаклланаётган даврда берилса самарали бўлади.



Мазкур таблеткаларни йил давомида 250 кун 2 ёшдан 15 ёшгача ичиш тавсия қилинади. Ана шундагина уларнинг самарасини фторланган ичимлик сувига тенглаштириш мумкин.

Юқори профилактик самара олиш учун ота-оналар болаларининг таблеткаларни ўз вақтида ичиб туришини назорат остига олишлари лозим. Шу билан биргаликда боғча ва мактабларда ҳам таблеткаларни узлуксиз ўз вақтида бериш тартибли равишда амалга оширилиши шарт.

## 9-жадвал

**Кариес профилактикаси мақсадида болаларга тавсия қилинадиган Натрий фторид препаратининг ичимлик сувида фтор миқдори 0,5 мг/л дан кам бўлган тақдирдаги дозалари:**

| Болалар ёши | Суткалик таблеткалар миқдори | Фтор миқдори (мг) |
|-------------|------------------------------|-------------------|
| 2-4         | 0,5                          | 0,25              |
| 5-6         | 1                            | 0,5               |
| 7-14        | 2                            | 1,0               |

Кариес профилактикаси мақсадида фторнинг витаминлар билан ҳосил қилинган аралашмаларидан ҳам фойдаланиш яхши самаралар беради. Шулардан кенг ишлатиладигани «Витафтор» суюқлигидир. 1мг «Витафтор» препарати таркибида : 0,1 мг NaF, витамин А 660 НЕ, D<sub>2</sub> - 80 НЕ, витамин С -1,2 мг. «Витафтор» препарати овқатдан 10-15 минут кейин: 2-6 ёшгача - 0,5 чой қошиқда; 7-14 ёшда - 1 чой қошиқдан берилади. Препарат бир ой қабул қилинади, сўнг икки ҳафта танаффус қилиб яна давом эттирилади. Ёзнинг иссиқ ойларида уни ичиш тавсия қилинмайди. «Витафтор» препаратини бола 2 ёшга тўлиши билан бера бошланса самара анча юқори бўлади.

### 1.13. Фторланган сут

Тишлар кариесининг алтернатив профилактика усулларида бири болаларга ичиш учун фторланган сут тавсия қилишдир. Маълумки сут ва сут маҳсулотлари стоматологияда бирламчи профилактика воситаси сифатида олимларни анчадан буён қизиқтириб келади. Бунинг сабаби сут ва сут маҳсулотлари тиш эмаль қобиғининг кимёвий таркибини ҳосил қилувчи минерал тузларга бойдир. Шу билан биргаликда болалар сутни севиб истеъмол қилишади. У юқори каллорияли озиқ маҳсулоти бўлиб юқори даражада кальций ва фосфор моддаларини тутади ва углеводларни парчаловчи лактоза ферментига бойдир. Сутнинг бу хил таркибга эга бўлиши эмаль реминерализацияси ва кариес

профилактикаси жараёнларида фаол иштирокини билдиради. Сутнинг шу сифатлари яна фтор билан бойитилиши нур устига- аъло нур бўлиши турган гапдир.

Сутни фторлаш усулидан фойдаланиш қатор мамлакаларда кенг жорий қилинган (Англия, Болгария, Чили, Хитой, Россия ва бошқ.).

Сутни фторлаш ва ундан қарис комплекс профилактикаси воситаси сифатида фойдаланишни Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (Ж.С.С.Т.) ва Борроу фонди назорат қилади.

Сутни фторлаш ҳар хил шаклда амалга оширилиши мумкин: суюқ (пастеризацияланган, стерилизацияланган сут) ва сут кукуни. Сутни фторлаш учун асосан NaF препаратидан, баъзан эса натрий монофторфосфатдан фойдаланилади. Сут таркибидаги фтор концентрацияси фторселектив электрод ёрдамида аниқланади. Сутни фторлаш технологияси жуда содда бўлиб, қийинчилик туғдирмайди. Сутни фторлашда албатта бола организмга бошқа маҳсулотлар билан кам тушадиган фтор миқдори ҳисобга олинади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти тавсиясига кўра, фторнинг сутдаги миқдори мактаб ёшигача бўлган болалар учун 2,5 мг/л га тенг бўлиши керак, чунки шу ёшда болалар организмнинг фторга нисбатан бўлган талаби бир суткада 1,0-1,5 мг га тенгдир.

**Фторланган сутдан фойдаланиш қондаси.**

1. ҳар куни 200 мл сут ичиш;
2. болалар ёши 3-12;
3. бир йилда 250 кун истеъмол қилиш шарт .

Фторланган сутни 3 ёшдан бошлаб ичган болаларда бир йилдан сўнг сут тишларида қарис жадаллигининг ўсишини пасайиши 40-50% ни , 2 йилдан сўнг эса 58-65% ни ташкил қилган. Доимий тишларда бу кўрсаткич бир йилдан сўнг ўртача 30-50% ни ташкил қилган.

Бугунги кунда олинган ижобий натижаларга қарамасдан қатор муаммолар ўз ечимини топишини кутмоқда. Ҳали анчагина изланишлар, тажриба ва текширишлар ўтказиб, фторланган сутни қайси ёшдан бошлаб ичиш самаралилигини, ичиш муддатини аниқлаб бериш, худудий шароитдан келиб чиқиб фторнинг сутдаги концентрациясини аниқлаш йўлларини, бир кунда неча бор бола сут ичишини илмий асосда тасдиқлаш керак бўлади.

### **1.14. Ош тузини фторлаш**

Маълумки, кишилар томонидан ош тузини қабул қилиш миқдори бир хил эмас. Диетологлар тавсиясига кўра ош тузини иложи борича

озроқ истеъмол қилиш керак. Шунинг учун ош тузини фторлашдан оладиган самара 40-50% ни ташкил қиларкан.

1кг ош тузини 250 мг натрий фторид билан бойитиш ва ундан профилактика мақсадида фойдаланиш усули ишлаб чиқилган ва қатор мамлакатларда (Венгрия, Швейцария, Колумбия ва бошқ.) кариес профилактикаси элементи сифатида қўлланилмоқда. Мазкур усул арзон, қулай, оммавий ва самарали бўлиб, инсондан ҳеч қандай кўшимча ҳаракат талаб қилмайди.

Венгрияда шу усулдан фойдаланишнинг 8-йилида кариес жадаллигининг ўсиш кўрсаткичи 40% га, Колумбияда эса 61% га пасайганлиги қайд қилинган.

### 1.15. Фторидларни маҳаллий қўллаш

**Фторли лаклар** — маҳаллий профилактика воситалари ўртасида кенг тарқалиб, кўп қўлланиладиган ва яхши самара берадиган, эмаль қобиғига узоқ муддат таъсир кўрсатувчи восита ҳисобланади. Фтор сакловчи лаклар эмаль қават устида юпқа плёнка қаватини ҳосил қилади ва 24 соат мобайнида ўзидан эркин фтор ионини ажратиб туради. Фиссуралар, тирқишлар, микробўшлиқ-ларда эса у ҳафталаб сакланиб қолиши мумкин. Фтор сакловчи лаклардан бугунги кунда кенг қўламда қўлланилаётганлари бу — «Dugaphat» таркибида 2,26% фторид сакловчи, «Fluor Protector» – 0,1% фторид сакловчи, «Composeal» — фторид натрий ва фторид кальций сакловчи, «Фторлак» 5% натрий фтор саклайди. «Фторлак» — табиий смолалар мажмуи бўлиб таркиби куйидагича:

Натрий фтор – 5,0 грамм

Пихта бальзами – 40,0 грамм

Шеллак – 19,0 грамм

Этил спирти – 24,0 (95%ли) грамм

Хлороформ – 12,0 грамм (Харков.фарм.завод). Фторли лаклар жуда юқори адгезив хусусиятига эга бўлиб тишлар юзасида узоқ муддат яхши сақланади.

**Фторлакни қоплаш усули.** Фторли лакни тишлар юзасига суришдан олдин тишлар қатори тиш чўткаси ва пастаси ёрдамида яхшилаб тозаланади, пахта тампонлар ёрдамида қуритилади ва тиш юзасига махсус чўткачалар ёрдамида юпка қилиб лак ётқизилади. Лак тез қотиши учун илиқ ҳаво оқимидан фойдаланиш мумкин. Фторлак 4–5 минут ичида қотади. Беморга 12-24 соат ичида сутоқ овқат ичиш, қаттиқ нарсаларни истеъмол қилмаслик, тишларни тозаламаслик буюрилади.

Фторли лаклар кариес жадаллигини ўсишини 50% га пасайтиради.

Бугунги кунда шунга ўхшаш лакларни ВОКО фирмаси ишлаб чиқаради. Мазкур фирма препаратларидан Флуоридин Гел-Н5 (Fluoridin Gel N5) таркибида 5% натрий фтор тутади. ВОКО фирмаси синтетик смолалар асосида ҳосил қилинган, таркибида 5% фторид натрий, 6% фторид кальций саклайдиган «Бифлуорид-12» лакини тавсия этади.

«Бифлуорид-12» тишларга қопланганда унинг смолали асоси тиш сатҳида бир неча кун турадиган плёнка ҳосил қилади. Сўлак таъсирида эриган фтор ионлари плёнкадан ажралиб эмаль қаватга, сингиб боради. Мазкур лак тишларнинг илдииз қисми очилиб қолганда ёки травма оқибатида эмаль кўчиб тушган жойларга суртилганда тиш сезгирлиги кескин пасайганлиги аниқланган.

Бунда фторидлар дентин каналчаларини тўлдириб минерализацияни кучайтиради.

ВОКО фирмасида «Бифлуорид-12» асосида болаларда кариес профилактикасида ишлатиладиган рангли индикаторли — «Флуоридин» (Fluoridin) лаки ишлаб чиқилган. «Флуоридин» ва «Бифлуорид-12» лаклари махсус технология асосида тайёрланган бўлиб, таркибидаги фторидлар заррачаларини бир текисда тарқалишини таъминлайди. Тишга сурилганда ҳосил бўлган лакли плёнка узоқ муддат кальций фториднинг депоси сифатида ўзидан фтор ва кальций ионларини ажратиб туради. Бу эса гидроксилapatитни фторапатитга айланиб туришини таъминлайди.

Ўтказилган тажрибалар, текширишлар натижаси «Флуоридин» ва «Бифлуорид-12» лакларининг хусусиятлари тўғрисида қуйидаги хулосани берди:

- Тишлар кариеси профилактикаси мақсадида ва сезгирлиги ошганда самарали таъсир кўрсатади.

- Фторидлар тишнинг қаттиқ тўқималарига чуқур сингиб кириб, кальций фторид депосини ҳосил қилади.

- Фойдаланиш учун қулай.

Маълумки, тишлар чиққанидан сўнг уларнинг оҳакланиб етилиши, дентин, эмаль минерализацияси узоқ муддат (18-19 ёшгача) давом этади. Шунинг учун боғча ёшидан тортиб кариес профилактикаси мақсадида фтор тутувчи воситалардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

### **1.16. Фтор сақловчи эритмалар ва геллар**

Мутахассислар томонидан малакали ёрдам кўрсатиш мақсадида юқори концентрацияли фтор сақловчи профилактика препаратлари ҳам ишлатилади. Бундай препаратларга 2% ли натрий фтор эритмаси, 1,23% ли эритма ёки гел шаклидаги фосфат кислотаси қўшилган натрий фтор бирикмаси ва ҳ.к.

Булардан ташқари фторли олово, аминфторидли эритма ва геллар ҳам ишлатилади. Фторид олово тишларни бўяши сабабли ишлатилиши чегераланган. Мазкур эритмалар ва геллар оғиз чайиш ва тишлар юзига чаплаш (апликация) тарзида ишлатилади. Бундай муолажалардан олдин тишлар яхшилаб ювиб қуритилади, карашлардан тозаланади. Бу муолажалар йилида 1-2 марта қўлланилади. Ҳар гал муолажа ўтказилгандан сўнг 2 соат мобайнида овқат ейиш, сув ичиш чегераланади. Бу усулда иш олиб борилганда кариес жадаллигининг ўсиш кўрсаткичи 30–50% га камайган.

Кариес профилактикасида натрий фториднинг паст концентрацияли эритмаларидан кенг фойдаланилади: ҳар кун оғизни чайиш учун 0,05% ли, ҳафтада бир марта чайиш учун 0,1% ли, икки ҳафтада бир марта чайиш учун эса 0,2% ли эритмалардан фойдаланилади.

Профилактика мақсадида оғизни, тишларни фторли эритмалар билан чайиш болаларда биринчи доимий тиш чиққандан сўнг тавсия қилинади. Бу усул оддий, содда, кам харажатли ва яхши самара берадиган муолажадир.

Иزلанишлар шуни кўрсатдики, 6 ёшли болаларда оғиз чайиш бошлангандан сўнг 3 йил ўтгач, кариес жараёнининг жадаллиги 45%гача пасаяр экан. Тишларни фтор тутувчи эритмалар билан чайиш тишларнинг силлик ва проксимал сатҳларига жуда яхши таъсир кўрсатади, бунда тишларни пломбалатишга бўлган муҳтожлик 70% га камаяди. Эритмалар билан чайиш самараси 2-3 йил давом этади.

### **1.17. Кариес профилактикасида қўлланиладиган, таркибида фтор тутмайдиган минерал препаратлар**

Стоматология амалиётида кариес профилактикаси мақсадида таркибида фтор сақламайдиган препаратлар ҳам кенг қўламда ишлатилади. Бу препаратлар самарадорлиги жиҳатдан фтор препаратлардан қолишмайди. Айниқса улар фторидлар билан биргаликда қўлланилганда яхши натижалар беради.

Мазкур препаратлардан бугунги кунда юқори самарадорликка эга бўлгани «Ремодент»дир. «Ремодент» препарати одонтотроп таъсирга эга бўлиб, комплекс минераллардан ташкил топган.

Ремодент таркиби (Н.Г.Пахомов, А.Я.Лусте, 1983):

|  |              |
|--|--------------|
| Кальций  | - 4,35%      |
| Фосфор   | - 1,36%      |
| Магний   | - 0,15%      |
| Калий  | - 0,20%      |
| Натрий   | - 16,0%      |
| Хлор   | - 30,0%      |
| Органик моддалар                                   | - 44,0%      |
| Марганец, темир, рух, мис ва бошқа микроэлементлар | - 100% гача. |

Ушбу препарат ранги оқ, порошок шаклида бўлиб, сувда яхши эрувчандир. Эритма ҳолида уни 1 сутка давомида сақлаш мумкин. 3% ли сувли эритма шаклида кариес профилактикасида, бошланғич кариес ва гиперэстезияда ишлатилади. Бундан ташқари «Ремодент» номли тиш тозалаш пастаси сифатида ҳам ишлаб чиқилган. Кариес профилактикаси мақсадида тишлар юзасига аппликация усулида қўлланилади. Ювиб тозаланган тишлар қаторига 3% ли ремодент эритмасига қўлланган пахта тампонлар ҳар 5 минутда алмаштирилиб, 15-20 минут мобайнида ушлаб турилади. Муолажадан сўнг 2 соат давомида овқатланиш тавсия этилмайди. Бундан ташқари 3% ли ремодент эритмаси оғизни чайиш йўли билан ҳам кариес профилактикаси тадбири сифатида қўлланилади. Оғиз ва тишлар 1 минутдан 3 марта 15-20 мл эритма билан чайилади. «Ремодент» препарати билан ўтказиладиган профилактика тадбирининг даволаш курси ҳар кун ёки кун оралатиб 3-5 марта ўтказилади. Бу муолажалар сони бир йилга етади.

Маълумки ҳомила она қорнида ривожланаётган, унинг тишлари тараққий этаётган даврда онанинг рационал озикланиши, организмга кираётган минерал моддалар, витаминлар керакли даражада бўлиши бола туғилгандан сунг чиққан тишлари кариесга турғун, соғлом бўлишида муҳим аҳамият касб этади. Шунинг учун, ҳомиладор онанинг мувофиқлашган овқатланишининг бузилиши, етишмовчиликлар, умумий касалликлар ва овқат сўрилишининг бузилиши ҳомиладорлик даврида ёки бола туғилгандан сўнг содир бўлган тақдирда, бундай камчиликларни тўлдириш мақсадида болаларга минерал моддалар, витаминлар тугувчи препаратларни ичиш учун тавсия қилинади.

Кальций, фосфор сақловчи препаратлар кариес профилактикаси мақсадида, рационал овқатланиш бузилганда, 6 ойгача бола она кўкрагини эммаган тақдирда, диспепсия, рахит, антибиотик ва кортикостероидлар билан бола узоқ муддат даволанганда тавсия этилади. Кальций ва фосфор тутувчи препаратларни витамин D<sub>2</sub> билан биргаликда буюриш мақсадга мувофиқдир. Бу муолажалар қанча эрта буюрилса, шунча самарали ҳисобланади. Яхили натижа олиш мақсадида кутилаётган системали кариесда мазкур препаратларни тишлар минерализацияланиш даврида ичиш ва 2 йил мобайнида давом эттириш лозим.

Профилактика мақсадида буюриладиган муолажалар курси йилда икки марта 1-1,5 ой мобайнида тавсия этилади. Буюриладиган препаратлар дозаси болалар ёши ва суткалик организм талабидан келиб чиқиб аниқланади. Кальций препарати янги туғилган, кўкрак ёшидаги болалар учун 0,16 г, 6-7 ёшда - 0,3-0,5 г ; 7-14 ёшда -1,0 г. ни ташкил этади. Фосфор миқдори кўкрак ёшидаги болалар учун - 0,1 мг/кг , 3-6 ёшда - 0,05 мг/кг, 6 ёшдан юқори болалар учун - 0,03 мг/кг ни ташкил этади.

Кальций препарати марказий асаб системаси фаолиятини яхшилаб, суякларнинг тўғри ривожланишини таъминлаш билан биргаликда, организм сезгирлигини пасайтирувчи (десенсибилизация) таъсирга ҳам эгадир.

**Кальций глюконат** (таблетка, кукун 0,5 г дан, 5% ли эритмаси, мева сиропида). 1-2 ёшли болалар учун – 0,25 дан икки маҳал; 2-6 ёшлилар учун – 0,5г дан икки маҳал; 6 ёшдан катталар учун – 0,5 г дан уч маҳал тавсия этилади.

**Кальций глицерофосфат** (порошок ва таблетка ҳолида 0,2-0,5гдан чиқарилади).

**Тавсия дозаси:**

1 ёшли болага – 0,05 дан кунига 2-3 маҳал;

2 ёшли болага – 0,15 дан кунига 2-3 маҳал;

3-4 ёшли болага – 0,25 дан кунига 2-3 маҳал;

7 ёш ва ундан катталарга – 0,25 дан кунига 3 маҳал.

Агар кальций глицерофосфат лактат билан гранулаларда бўлса (аа - 0,25 дан): 3 ёшгача 0,5 чой қошиғида кунига бир маҳал; 3-5 ёшда 0,5 чой қошиқда кунига 2 маҳал; 5 ёш ва ундан катта ёшлилар учун 0,5 чой қошиқда 3 маҳал буюрилади.

**Фитин** — фосфорнинг мураккаб органик бирикмасидан тайёрланган препарат бўлиб, таркибида инозит фосфор кислоталарининг кальцийли, магнийли тузларини сақлайди. Мазкур препарат суяклар, тишлар ўсиши ва тараққиётини фаоллаштиради

ҳамда марказий асаб системаси фаолиятини яхшилайти. Фитин кукун ёки таблетка ҳолида (0,25 №40) чиқарилади.

**Тавсия дозаси:** 1 ёшда – 0,05 дан кунига 2 маҳал, 2 ёшда -- 0,1 дан кунига 2 маҳал, 3–4 ёшда – 0,15 дан кунига 2 маҳал, 5-6 ёшда – 0,2 дан кунига 2 маҳал, 7 ёшда – 0,25 дан кунига 2 маҳал, 8–14 ёшда – 0,25 дан кунига 3 маҳал ичиш учун буюрилади.

Кальций моддасига бой маҳсулотлар: сут, қатик маҳсулотлари, денгиз балиғи, ҳолва, гречиха, сули. Балиқ ва гўшт маҳсулотлари фосфорга бой ҳисобланади.

Минерал тузларнинг организмга тўла-тўқис сингишида фтор моддасининг организмда меъеридан кўп йиғилишининг олдини олишда, модда алмашинуви жараёнини меъерида кечишини таъминлашда витамин — дармондориларининг аҳамияти ниҳоятда каттадир. Қуйида улардан баъзи бирларини кўриб ўтамиз.

**Витамин D<sub>2</sub>** — организмда кальций, фосфор алмашувини назорат қилиб, бошқариб ичаклардан мазкур моддаларнинг сўрилишини яхшилайти.

Видехол витамин D<sub>2</sub> нинг 0,125% ли мойли эритмаси, флаконларда 5,10,30 мл шаклида чиқарилади.

**Тавсия дозаси:**

1 ёшда – кунига 1 томчидан

2–3 ёшда – кунига 2 томчидан

3–5 ёшда – кунига 3 томчидан

5–8 ёшда – кунига 4–5 томчидан ичиш учун буюрилади.

Витамин D<sub>2</sub> га бой маҳсулотлар: тухум сариғи, сут, сариёғ, замбуруғлар, ачитқилар (дрожжи).

Витамин B<sub>1</sub> — углевод алмашинуви ва марказий нерв системаси фаолиятини мўътадиллайти. Драже ҳолида 0,112 г дан №50 тадан, таблеткалар шаклида 0,005-0,01 г дан №50 тадан чиқарилади.

**Тавсия дозаси:** 3-7 ёшда – 0,005г дан кунига 1 марта, 7 ёшдан юқори – 0,01 г дан кунига 1 марта.

B<sub>1</sub> витаминини кальций моддасига бой озиқ маҳсулотлари билан биргаликда буюриш самарали таъсирини кўрсатади. B<sub>1</sub> витаминига бой маҳсулотлар: крупа, йирик тортилган ун, нўхат, ачитқи (дрожжи) ҳисобланади.

**Витамин C** — қўшувчи тўқима тузилиши ва вазифасини тўғри таъминловчи дармондори бўлиб, организмда фтор моддасини керагидан ортиқча микдорда йиғилишига барҳам беради. Мазкур витамин сабзавотлар (пиёз, помидор, карам), меваларда ва резавор меваларда кўпроқ бўлади.



**Витамин А** тиш фолликулаларини, эпителий тўқимасининг тўғри тараққиёти ва ўсишини таъминлайди. А-витаминини сақловчи озиқ маҳсулотларига: сут, жигар, сабзи кўкатлар киради.

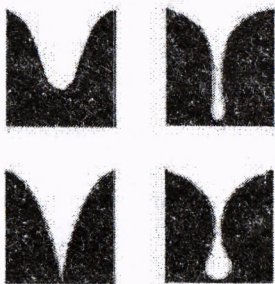
### **1.18. Тиш фиссуралари ва уларни муҳрлашнинг кариес профилактикасидаги аҳамияти**

**Тиш фиссуралари** — бу тиш тараққиёти, ўсиши ва шаклланиши даврида унинг эмаль қаватида юзага келган табиий бурмалар оралигида ҳосил бўлган тирқиш бўлиб, овқат чайнаш пайтида майдаланган озиқ маҳсулотлари, микроорганизмлар кириб қолади. Бунинг натижасида овқат қолдиқлари бижғиб сут кислотаси ҳосил бўлиши оқибатида, кариес жараёни вужудга келиши мумкин.

Яхши шаклланган фиссуралар, чуқурчалар чайнов тишларда яхши ривожланган. Тишлар чўткалар ёрдамида тозаланганда бу соҳалар яхши тозаланмайди ва натижада микроорганизмларнинг доимий ўчоғи бўлиб қолади. Шунинг учун ҳам статистик маълумотлар бўйича кариес касаллиги кўп учрайдиган соҳалар, булар доимий моляр тишларнинг чайнов соҳаларидир. Тиш фиссураларининг чуқурлигига қараб унинг тўрт хили кузатилади (63-расм).

Кариес профилактикаси мақсадида фтор сақловчи препаратлар билан ишловлар пайтида айниқса, ёпиқ фиссуралар сатҳига таъсир кўрсатиш қийинчилик туғдиради. Эгатсимон, юза фиссуралар карашлари мазкур препаратларнинг эмаль қаватига сингиб киришига тўсқинлик қилади.

Юқорида келтирилган шарт шароитлардан келиб чиқиб кариес кўп учрайдиган тишлар чайнов юзалари профилактикасини амалга ошириш учун изланишлар олиб борилди. Оқибатда тишлар чайнов юзалари фиссуралар мавжуд бўлган соҳасини кариесдан сақлаш ва унинг олдини олиш мақсадида махсус герметиклардан фойдаланиш фойдадан ҳоли эмаслиги аниқланди. Бундай герметиклар (силантлар) махсус ишлов берилган фиссуралар тишлар сатҳига, чайнов юзаларга ётқизирилиб, фиссура ва чуқурчаларни ташқи шароит таъсиридан ҳимоя қилади.



**63-расм.**

- а) Очик эгатсимон;
- б) чуқур фиссура;
- в) конуссимон фиссура;
- г) эпик, чуқур фиссура.

**Герметиклар** чайнов юзаларида механик барьер ҳосил қилиб, овқатлар, микроорганизмлар ва сўлакнинг фиссураларга, чуқурчалар, эгатчаларга киришига тўсқинлик қилади ва бу соҳаларда карисс жараёнини келтириб чиқарувчи шарт-шароитларга барҳам беради. Герметиклар болаларнинг сут тишларида 2, доимий тишларда 6-7 ёшдан бошлаб, 16-18 ёшгача қўлланилиши мумкин.

Тишларни муҳрлашнинг 2 йўли фарқланади:

- 1) инвазив – фиссураларнинг кириш соҳасидаги тиш қаттиқ тўқимасини юза чархлаб кенгайтириш йўли билан
- 2) ноинвазив – фиссуралар атроф тўқимасига тиф теккизмаслик йўли билан.

Бугунги кунда тишлар фиссураларини муҳрлаш учун ишлатиладиган қатор герметиклар мавжуддир. Булардан талабларга тўлиқ жавоб берадиган, юқори самарали ҳисобланган баъзи бирларини келтираимиз.

#### **I. Галоген лампа нурида қотувчилар:**

**1. Фиссурит ва фиссурит-Ф** - фтор сақловчи, галоген лампа нурида қотувчи «ВОКО» фирмасининг герметик препаратидир. Мазкур герметиклар кучсиз ёпишқоқлик хусусиятига эга бўлган метакрилат кислотасининг ҳосиласи бўлиб, чайнов тишлар фиссураларини кариссга қарши муҳрлашда ишлатилади. Фиссуритлар таркибига қўшиладиган ойна заррачаларининг 99% -и 1 микрон ўлчамга эгадир. Бу эса препаратга, яхши сингиб кириш хусусиятини беради.

**2. Фиссулайт-ЛС** Россиянинг «ВладМИВА» фирмасининг маҳсулоти. Органик бириктирувчи алюмофторсиликат тўлдирувчи композит материал бўлиб, унинг таркибига кирувчи, фтор сақловчи ноорганик компоненти профилактик таъсир кўрсатади. Ортофосфор кислотасининг мавжудлиги герметик қўллашдан олдин махсус кислотали ишловга ҳожат қолдирмайди. «Фиссулайт-ЛС» адгезияси

эмаль гидроксипатити билан кимёвий бирикшига асосланган бўлиб, галоген лампа нурида қотиб 24 соат мобайнида эмаль юзасида сақланади.

**3. Фиссулайт** — кислотали ишловсиз эмаль юзасига ётқизиладиган герметик. Галоген лампа нурида қотувчи бу силант таркибида куйидагиларни тутади:

- олигокарбонат метакрилат;
- триэтиленгликол диметакрилат;
- фосфорли олигоэфиракрилат;
- полимеризацияни кучайтирувчи ва сусайтирувчи катализаторлар.

Булардан ташқари яна қатор нурда қотувчи герметиклар мавжуд. Баъзи бирларини санаб ўтамиз: Nuva-sil, Alpha-se1, Espe-717, Tr2206, Bariton-L3, «Фолакор». Фтор сақловчи герметиклардан Fluro sheld (АҚШ), Epochylite-9075 (АҚШ).

#### **II. Кимёвий полимеризация жараёнида қотувчи герметиклар:**

Герметиклар сифатида кўпчилик ҳолларда ўзи қотувчи композицион материаллардан ҳам фойдаланиш қулайлик туғдириши билан биргаликда, самарали бўлиб ҳисобланади. Булардан бизга таниш бўлган эвикрол, фиссхим, консайз, люмикон ва бошқалар. Оддий цементлардан: Силидонт-Беладонт, Силицин-Белацин ва 5% ли натрий фторид сақловчи фосфат цемент ва бошқалар.

#### **III. Глассиономер(Шишаиономер) герметиклар:**

Таркибида фтор сақловчи шишаиономер герметиклар (аквион, аргачем, цемион, Fuji ва ҳ.к) стоматология амалиётида кенг қўлланилмоқда. Уларнинг бошқа тур герметиклардан афзал томони ўзидан узоқ муддат фтор ажратиб туриши ва профилактик таъсир кўрсатишидир.

Фиссураларни муҳраб юқори натижалар олиш учун иложи борича чайнов тишлар чиқиб бўлган заҳоти герметиклар билан фиссураларни ёпиш мақсадли ҳисобланади.

Герметик препаратлар доимо яхшилаб тозаланиб, қуритилган юзаларга ётқизилиши лозим. Ана шундай шароитни ҳосил қилиш учун куйидаги тадбирларни амалга ошириш лозим:

1. Тишларни чўтка-ёрдамида фтор сақламайдиган пасталар билан тозалаб ювиш лозим. Фтор сақловчи пасталар билан тишлар ювилганда эмаль тешикчалари ёпилиб, уларни кислоталар билан ишловини самараси пасаяди, бу эса герметик қобикни тез тушиб кетишига олиб келади.

2. Чайнов юзасини кўшимча равишда айланма чўтка, резина галтакча ёрдамида абразив моддалардан фойдаланиб тозалаш.

3. Қолган-қутган қарашларни сув-ҳаво оқими билан тозалаш.

4. Тишларни сўлақдан пахта болишлар ёрдамида ажратиш ёки сўлақ сўриш асбобида сўлакни қуритиш.

5. 30 секунд мобайнида тишлар ёки тиш юзасини обдон қуритиш.

#### **Мухрлаш босқичлари.**

1. 35–37% ли ортофосфор кислотаси билан 15–20 секунд мобайнида тиш юзасига ишлов бериш.

2. Сув ҳаво окими билан тиш сатҳидан кислотани ювиб тозалаш. Ювиш вақти кислота билан ишлов бериш вақтига тенг бўлиши керак.

3. Тишларни тампонлар ёрдамида изоляция қилиш

4. Герметик ётқизиладиган сатҳни қуритиш

5. Герметикни қуритилган тиш юзасига текис ётқизиш (бунда ҳаво пуфакчалари ҳосил бўлмаслигини, тишлар муносабатида ўзгариш бўлмаслигини таъминлаш лозим).

Натижасини бир ҳафтадан, ойдан, ярим йил, бир йилдан сўнг назорат қилиб бориш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

### **1.19. Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси касалликларининг профилактикаси**

Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси доимо эндоген ва экзоген (ички, ташқи муҳит) факторлар таъсири остида бўлиб, турли хил касалликларнинг намоён бўладиган жойидир.

Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси касалликларини содир қилувчи сабаблар мажмуаси асосан қуйидагилардир:

-ташки муҳит омиллари (турли-туман микроорганизмлар, механик, физик, кимевий таъсиротлар)

-ички муҳит омиллари (ёшга боғлиқ бўлган организм реактивлиги, ирсий мойиллик, иммунитет ҳолати, организм аъзо ва системаларидаги мавжуд касалликлар).

Оғиз бўшлиғи шилик пардаси касалликларининг профилактикаси ана шу муҳит омиллари таъсирини батамом бартараф қилиш ёки сусайтиришга қаратилган бўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси касалликларини индивидуал профилактикаси стоматологик поликлиникаларида қабул вақтида амалга оширилмоғи зарур. Мазкур касалликларнинг оммавий профилактика усуллари афсуски ҳали тўлақонли даражада ишлаб чиқилмаган.

Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси касалликлари аксарият қисмининг эпидемиологияси тўлиқ ўрганилмаган. Баъзи бир касалликлар маълум гуруҳ аҳоли ўртасида ўрганилганлиги ва касаллик структураси тўғрисидаги айрим тўлиқ бўлмаган маълумотларгина мавжуддир. Бу

маълумотлар ҳам муружаат қилиб келган беморларда кузатилиб олинган холос.

Касалликлар этиологиясини, патогенезининг механизмларини билиш, аниқ тасаввур қилиш, касалликларни келиб чиқишининг олдини олиш йўналишида, касаллик келтириб чиқарувчи сабаблар ва уларга замин яратувчи факторларни йўқотиш чораларини ишлаб чиқишда муҳим ўрин тутлади.

Шунинг учун оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг аксарият касалликларининг этиологияси, патогенези, эпидемиологияси керакли даражада яхши ўрганилмаганлиги, профилактика тадбир чораларининг самарали, оммавий усулларини ишлаб чиқишга имконият бермайди. Болалар оғиз бўшлиғи шиллик пардаси ва механик таъсиротлар натижасида содир бўладиган яра-чақалар амалиётда тез-тез учраб туради. Бунинг профилактик тадбир чоралари бўлиб, кариес оқибатида емирилган, бузилган тишларни олдириб ташлаш, кариес ковакларини пломбалаш, тишларнинг ўткир қирраларини силликлеш, нохуш қиликларга (лаб, лунж шиллик пардасини тишлар орасига олиб сўриш, тишлаш, тилни тишлар оралиғига тикиш, чайнаш ва бошқ.) барҳам бериш, эски протезлар бўлса уларни коррекция қилишдан иборатдир.

Болалар ўртасида оғиз бўшлиғи шиллик пардасида учраб турадиган қатор юқумли касалликларни (ўткир юқумли касалликлар, сил, захм, вирусли, замбуруғли ва бошқ.) профилактика қилиш мақсадида олиб бориладиган ишлар инфекцияни бола организмга тушишига имкон бермаслиги керак. Болалар жамоасида шифокор-стоматолог болаларга қаровчи тарбиячилар, боғча опаларга ҳар куни болаларни албатта ҳўрикдан ўтказишни ўргатиши керак. Ўткир герпетик стоматит профилактикасида бемор билан контактда бўлган болаларнинг бурун шиллик пардасига вирусга қарши малҳамлар суриш (қунига 2 маҳал), профилактика сифатида гаммаглобулин киритиш, беморларни изоляция қилиш, идиш товоқларга махсус ишлов бериш ва ҳ.к. ишларни амалга оширмоқ даркор.

Қайталанувчи герпетик стоматитнинг патогенези яхши ўрганилмаганлиги сабабли профилактика тадбирлари доимо самарали бўлмаслиги мумкин. Бу тадбир чоралари асосан, организмнинг носпецифик реактивлигини ошириш (иммуномодуляторлар, умумий даво чоралари, аллергияга қарши дори-дармонлар билан)га қаратилгандир. Бунда организмдаги (бурун, томоқ, қулоқ, тишлардаги) сурункали инфекция ўчоқларини бартараф қилиш, организм санацияси яхши ёрдам беради.

Кандидамикоз (молочница, оғиз оқариши) хасталиги барча ёшдаги болалар ўртасида учраши мумкин.

Чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болалар кандидамикози замонавий профилактикаси тадбирлари бўлиб, ҳомиладор она организмини касалликлардан ҳоли қилиш, туғиш йўллари саниация қилишдан иборатдир. Ундан ташқари туғруқхоналарда, уйларда санитария-гигиена тадбирларини ўтказиш (идиш товоқларни, кийим-кечакларни, парвариш воситаларини қайнатиш) лозим.

Кандидамикоз келиб чиқишига сабаб бўлувчи маҳаллий факторлар бўлиб оғиз гигиенасининг ёмонлиги, даволанмаган тишлар, пародонт касалликлари мавжудлиги ҳисобланади. Шунинг учун оғиз бўшлиғининг рационал гигиенасини ташкил қилиш, мунтазам равишда унга риоя қилиш, тишларни, милкларни ўз вақтида даволаш, оғиз-бўшлиғи саниациясини амалга ошириш ҳам кандидамикозлар профилактикасида муҳим ўрин эгаллайди.

Дори-дармон қабул қилиш оқибатида содир бўладиган аллергия хасталикларнинг профилактик тадбирлари асосан, антибиотиклар ва бошқа дори-дармонларни фақат шифокор кўрсатмаларига тўлиқ амал қилган ҳолда, бир вақтнинг ўзида организм сезгирлигини пасайтирувчи воситалар билан бирга қабул қилишга қаратилган бўлади. Баъзан бемордан яхшилаб сўраб-суриштиришлар уларда аллергия табиатга мос хусусиятлар борлигини аниқлашга имкон беради ва нохуш ҳолларнинг олдини олишда муҳим аҳамият касб этади.

Автоиммун касалликлар бўлиб ҳисобланадиган кўп белгили экссудатли эритема, сурункали афтоз стоматит каби хасталикларнинг этиологияси ва патогенези тўлиқ аниқланмаганлиги уларнинг профилактикасида анча қийинчилик туғдиради. Мазкур хасталикларнинг келиб чиқишида ошқозон-ичак системаси касалликлари, ҳар хил захарли токсинлар таъсири-интоксикациялар катта аҳамият касб этади. Бу беморлар текширилиб кўрилганда уларда бактериал сенсibiliзация ва Т-лимфоцитлар тизимида ўзгаришлар-бузилишларни аниқлаш мумкин. Баъзи бир муаллифлар касалликлар ирсий хусусиятга эга деган фикрларни ҳам олдинга суришмоқда. Зикр қилинганлардан келиб чиқиб, профилактика мақсадида йўлдош хасталикларни эрта аниқлаб, даволаш, сурункали инфекция ўчоқларини йўқотиш, оғиз бўшлиғини мукамал саниация қилиш лозим. Касалликнинг қайталанишлари оралигида организмнинг специфик ва носпецифик реактивлигини оширадиган дори-дармонлар буюриш мақсадли ҳисобланади.

**Мустақил ўрганиш учун тест саволлари**  
**Стоматологик касалликлар профилактикаси ва кариес**  
**асалликлари**

1. Кариес касаллигини олдини олишда:
  - а. бирламчи
  - б. иккиламчи
  - в. учламчи
  - г. қўшимча профилактикатадбирларини амалга оширмоқ муҳим ҳисобланади.
2. Қуйидагилардан қайси бири ўз таркибида кўпроқ микроорганизмлар тутади?
  - а. тиш бляшкалари
  - б. тиш тошлари
  - в. тиш пелликуласи
  - г. оқ қарашлар
  - д. Овқат қолдиқлари
3. Энг кўп овқат қолдиқлари ёпишиб, тиқилиб қолувчи жой бўлиб сут тишларининг:
  - а. апроксимал-контакт юзаси
  - б. чайнов юзаси
  - в. тиш бўйни соҳаси
  - д. кесувчи юзалар
  - д. танглай юзаси ҳисобланади.
4. Г. С. Чучмай таклифига биноан кариес профилактикаси мақсадида ҳомиладор аёлларга 0,2% ли фторид натрий эритмаси ҳомиладорликнинг қайси ҳафтасида берилади?
  - а. 32 чи ҳафтасидан бошлаб
  - б. 16 чи ҳафтасидан бошлаб
  - в. 1 чи ҳафтасидан бошлаб
  - г. 25 чи ҳафтасидан бошлаб
  - д. 35 чи ҳафтасидан бошлабберилади.
5. Қуйидаги моддалардан қайси бири тиш пасталарининг асосини ташкил қилади?
  - а. абразив маҳсулотлари
  - б. детергентлар
  - в. суюлтирувчилар
  - г. боғловчилар (қовуштирувчилар)
  - д. бўёқлар
6. Қуйидаги моддалардан қайси бири абразивлик (емирилиш) хусусиятига эга эканлигини кўрсатинг.
  - а. дикальций фосфат
  - б. крахмал
  - в. совун
  - г. антисептиклар
  - д. глицерин
7. Тиш пасталарини тайёрлашда кўпик ҳосил қилувчи модда сифатида қуйидагилардан қайси бири ишлатилади?
  - а. лаурисульфат натрий
  - б. қуюк шарбатлар
  - в. бўёқлар
  - г. глицерин
  - д. крахмал
8. Пасталар тайёрлашда глицериндан:
  - а. қовуштирувчи модда сифатида
  - б. детергент сифатида
  - в. суюлтирувчи сифатида
  - г. абразив модда сифатида
  - д. яхши ҳид таратувчи сифатида фойдаланилади.
9. Тиш эмалида деминерализация жараёнини чуқурлантирувчи сабаблардан бири бўлиб:

- а. микробларнинг кўп миқдорда мавжудлиги  
 б. лаб, тил тизгинчаларининг калталиги  
 в. оғиз даҳлизининг кичиклиги  
 г. сўлакнинг кўп ажралиши  
 д. сўлакнинг рН кўрсаткичининг ошиши ҳисобланади.
10. Сут тишларида кариес жараёнининг тез кечиши қуйидаги сабабаларнинг қайси бири билан кўпроқ боғлиқдир?  
 а. тиш қаттиқ тўқималарининг оҳакланиш даражаси  
 б. тишларнинг анатомик тузилишига  
 в. тиш пульпасининг ўзига хос тузилишига  
 г. тиш қаттиқ тўқималарининг қалинлигига  
 д. сут тишларининг рангига
11. Кариес жараёнининг бошланиш даврини аниқлаш учун қуйидаги усуллардан бири қўлланилади:  
 а. витал усулда эмални бўйаш  
 б. РМА индексини аниқлаш  
 в. ГИ аниқлаш  
 г. КПО кўрсаткичини аниқлаш  
 д. Шиллер-Писарев усулидан фойдаланиш.
12. Ўчоқли деминерализация жараёнини аниқлашда қуйидаги усуллардан бири қўлланмайди:  
 а. Шиллер-Писарев усули  
 б. витал бўйаш усули  
 в. кўрик усули  
 г. люминесцент диагностика усули  
 д. Мемадов бўйича импрегнация усули
13. Кариес жараёнида хасталанган юза кариесли тишни клиник тиш формуласида қуйидаги ҳарфлардан бири орқали ифодалаймиз:  
 а. С  
 б. К  
 в. Р  
 г. РТ  
 д. О.
14. Кариес жадаллигининг ўртача кўрсаткичи формулалардан бири билан аниқланади:  
 а. КПО+кп кўрсаткичларнинг умумий йиғиндиси/текширилганлар сони;  
 б. текширилган кишилардан кариеси борлар сони/текширилганлар сони;  
 в. Е ҳар бир тиш учун болалар йиғиндиси/тишлар сони;  
 г. болалар йиғиндиси/б;
15. Болалар оғиз бўшлиғи гигиенаси қондаларига ўргатиш:  
 а. 2 ёшдан  
 б. 3,5 ёшдан  
 в. 5 ёшдан  
 г. 6 ёшдан  
 д. 10 ёшдан бошланади.
16. Мактаб шифокор-стоматологи қуйида баён қилинган қайси бир ишни амалга ошира олмайди?  
 а. ичимлик сувини фторлаш  
 б. санитария оқартув ишларини  
 в. оғиз бўшлиғи гигиенаси  
 г. малакали гигиена  
 д. рем.терапия
17. Стоматология соҳасида асосий текширув усули бўлиб:  
 а. беморлардан сўраб билиш  
 б. РМА индексини аниқлаш



- в. тишларни рентген ҳолатини аниқлаш  
 г. ГИ аниқлаш  
 д. КПО индексини аниқлаш.
18. Қуйидагилардан қайси бири кўшимча стоматологик клиник текширув усули ҳисобланмайди:  
 а. оғиз бўшлиғини кўрикдан ўтказиш  
 б. сўлак таркибида минерал тузлар миқдорини аниқлаш  
 в. кариеснинг люминесцент ташҳиси  
 г. эмалнинг кислотага турғунлигини аниқлаш  
 д. сўлакнинг рН даражасини аниқлаш
19. Организмнинг аллергия ҳолатини текшириб кўриш учун қуйидаги:  
 а. Гистамин реакцияси  
 б. Манту реакцияси  
 в. Волдир реакцияси  
 г. Пирке реакцияси  
 д. Шиллер-Писарев реакциясини амалга оширилади.
20. Сут тишлари болаларда:  
 а. 2,5 ёшда  
 б. 1,5 ёшда  
 в. 2 ёшда  
 г. 1 ёшда  
 д. 5 ёшда тўлиқ чиқиб бўлади.
21. 1 ёшли боланинг оғзида:  
 а. 8 та  
 б. 6 та  
 в. 2 та  
 г. 10 та  
 д. 12 та тиш чиққан бўлади.
22. Болалар оғиз бўшлиғида биринчи доимий тиш:  
 а. 6 ёшда  
 б. 7 ёшда  
 в. 9 ёшда  
 г. 8 ёшда  
 д. 4 ёшда чиқади.
23. Сут тишларини эмаль қобиғи ўз тараққиёти пайтида:  
 а. эпителий тўқимасидан  
 б. мезенхимадан  
 в. мушак тўқимасидан  
 г. қўшувчи тўқимадан  
 д. суяк тўқимасидан ривож топади.
24. Сут тишлари ЖССТ бўйича қуйидаги тиш формуласи билан ифодаланadi:  
 а. 55 54 53 52 51  
 б. 15 14 13 12 11  
 в. V IV III II I  
 г. 5 4 3 2 1  
 д. 3 2 1 2
25. Кариес касаллиги сут тишларида:  
 а. эмални, дентинни, цементни жароҳатлайди  
 б. фақат дентинни жароҳатлайди.  
 в. фақат цементни жароҳатлайди.  
 г. фақат эмални жароҳатлайди.  
 д. фақат пульпани жароҳатлайди.
26. Кариес жараёнининг ривожланишида бошланиш даври бўлиб эмаль тўқимасида:  
 а. ўчоқли деминерализация юзага келиши  
 б. гиперминерализация содир бўлиши  
 в. штрихли доғлар пайдо бўлиши  
 г. жигарранг доғ ҳосил бўлиши  
 д. юза кариес пайдо бўлиши ҳисобланади.

27. Сут тишларининг кариесда ўзига хос хусусиятлари бўлиб жараённинг:

а. тишнинг юза сатҳи бўйлаб кенг тарқалиши

б. кўпроқ тиш даҳлиз сатҳидан ривожланиши

в. эмаль, дентин қаватларга чуқур кириб бориши

г. фақатгина тиш фиссураларида учраши

д. фақатгина тиш бўйин қисмида учраши ҳисобланади.

28. Сут тишлари кариесда доимий тишлардан фарқли ўлароқ кариес қаваги кўпчилик ҳолларда тишларнинг:

а. апроксимал-контакт сатҳида

б. даҳлиз юзасида

в. лаб юзасида

г. чайнов юзасида

д. танглай сатҳида учрайди.

29. Ўрта кариесда кариес қаваги тишнинг контакт сатҳида жойлашса оғриққа шикоят асосан:

а. ширинликдан

б. совуқ таъсиротдан

в. иссиқ таъсиротдан

г. сўлак таъсиротдан

д. механик таъсиротдан пайдо бўлади.

30. Ўрта кариес қаваги сут

тишларида ажратувчи тагликсиз:

а. фосфат цемент билан

б. силицин цемент билан

в. силидонт цемент билан

г. композит материаллар билан

д. витакрил цементи билан

пломбаланса бўлади.

31. Сут тишларининг ўрта кариеси куйидаги хасталиклардан қайси

бири билан қиёсий ташҳис қилинади?

а. сурункали периодонгит

б. юза кариес

в. гипоплазия

г. флюороз

д. сурункали гипертрофик пульпит

32. Юза сатҳ бўйлаб кенг

тарқалган сут тишларининг юза кариесини даволашда куйидаги

қайси бир усул мақсадга

мувофиқроқ ҳисобланади?

а. кумуш нитрат тузи эритмаси билан қоплаш

б. чархлаб пломбалаш

в. силликлаб текислаш

г. фторлак суртиш

д. аппликация усулида

реминерализациялаш, чархлаб

кумуш билан импрегнациялаш

33. Кариес жараёнининг

бошланғич даврида эмалини

куйидаги келтирилган қайси бир

эритма билан ишлов бериш

(аппликация) фойда келтиради?

а. натрий фтор эритмасининг 2 % ли эритмаси

б. фурациллин эритмаси

в. натрий бикорбонатнинг 2 % ли

эритмаси

г. 3% ли водород пероксиди

д. Шиллер-Писарев эритмаси

34. Даволовчи асосга эга бўлган

малҳам пасталар учун куйидаги

хусусият мавжуддир:

а. одонтобласт хужайраларнинг

фаолиятини оширувчи

б. одонтобласт хужайраларнинг

фаолиятини сусайтирувчи

в. адгезивли хусусияти

г. оғриксиялантирувчи хусусияти  
д. эритувчилик хусусияти.

35. Тиш-жағ аъзоларининг  
ривожланишига салбий таъсир  
кўрсатувчи сабаблардан бири:

а. суяк тўқимасининг минерал  
тузларга тўйинмаслиги

б. мувофиқлашган парҳезли  
овқатланиш

в. оксилли маҳсулотларни қўшлаб  
қабул қилиш

г. соғлом турмуш тарзи

д. оғиз бўшлиғи гигиенаси

36. Ҳомиладорлик даврида  
тишлар эмаль қаватининг  
кариесга нисбатан турғунлигини  
пасайтирувчи умумий сабаб:

а. ҳомиладорликнинг иккинчи  
ярмида содир бўладиган  
токсикозлар

б. ҳомиладорликнинг биринчи  
даврини меъёрдан ўтиши

в. оғиз бўшлиғи гигиенасининг  
мунгазамлиги

г. онанинг мувофиқлашган  
овқатланиши

д. бола туғилаётган пайтидаги  
қийинчиликлар

37. Қуйидаги ҳоллардан қайси  
бирида кариесга қарши эндоген  
профилактика тадбири  
қўлланилади?

а. ўчоқли деминерализация

б. флюороз

в. гипоплазия

г. юза кариес

д. тишларнинг сийқаланиши

38. Қуйидаги баён қилинган қайси  
бир тадбир кариесга қарши  
эндоген профилактика усули  
бўлиб ҳисобланади?

а. ичимлик сувини фторлаш  
б. тишларни «фторлак» билан  
коплаш

в. тишларни чўкма ва  
карашлардан тозалаш

г. оғиз бўшлиғи гигиенаси  
д. эмаль реминерализацияси  
(апликация усулида)

39. Сут тишларида кариес  
жараёнининг ўткир тарзда кечиши  
кўпчилик ҳолларда кариеснинг  
қуйидаги шаклларида бирига мос  
келади:

а. декомпенсация шакли

б. субкомпенсация шакли

в. компенсация шакли

г. асоратсиз шакли

д. доғли шакли

40. Ўрта кариесда сут тишларида  
оғрикқа шикоят кўпчилик  
ҳолларда:

а. нордондан

б. иссиқдан

в. совуқдан

г. сабабсиз

д. механик чайновдан содир  
бўлади.

41. Ўрта кариес билан  
жароҳатланган тишни маҳаллий  
кўрикдан ўтказишда қуйидаги  
ҳолнинг шоҳиди бўламли:

а. эмаль ва дентин қаватлари  
бўйлаб ковак мавжудлигини

б. эмаль сатҳининг нотекислиги  
в. эмаль қаватида шикастланиш  
борлигини

г. эмаль сатҳида оқ доғлар  
мавжудлигини

д. чуқур кариес қаваги, ковак  
тубида юпка дентин қатлами  
борлигини кўрамли.

42. Карлеснинг доғли даврида умумий даво профилактика мақсадида беморга ичиш учун:

- а. кальций, фтор, фосфат сакловчи
- б. витаминлардан иборат
- в. антибиотиклар тутувчи
- г. сульфаниламидлар тутувчи
- д. углеводли ва оксилли препаратлар тавсия этилади.

43. Чукур карлеснинг даволашда малхам қатлам сифатида:

- а. кальций гидрооксид сакловчи паста
  - б. резорцин-формалинли паста
  - в. параформ сакловчи паста
  - г. камфора-фенолли паста
  - д. дентин сакловчи паста
- ишлатиш мақсадга мувофиқдир.

### Пульпит

1. Тиш юмшок тўқимасининг яллиғланиши:

- а. пульпит
- б. гингивит
- в. стоматит
- г. периодонтит
- д. пародонтит деб аталади.

2. Ўткир умумий-диффуз пульпитда:

- а. бутун тиш пульпаси
- б. тож пульпаси
- в. илдиз пульпаси
- г. тиш периодонтити
- д. тиш пульпасининг шох қисми яллиғланади.

3. Ўткир ўчоқли пульпитда оғриқ характерида кўра куйидагича кечиши мумкин:

- а. хуружли, ўзоқ муддатли оғриқсиз даврлар билан

б. пастки ва юқори жағлар бўйича, кулоққа бериб тарқалувчи

в. узук-юлук, қисққа муддатли оғриқсиз даврлар билан

г. муттасил равишда тўхтовсиз

д. фақат овқат чайнаган пайтда хуруж қилиши мумкин.

4. Ўткир ўчоқли пульпит куйидаги баён қилинган қайси бир касаллик билан қиёсий ташхис қилинади?

а. чукур карлес

б. ўрта карлес

в. гангреноз пульпит

г. ўткир чўққи периодонтити

д. сурункали пульпитнинг қайталаниб ўткирлашуви.

5. Сут тишларида кечадиған ўткир ўчоқли пульпитда болаларда куйидаги қайси бир ҳолатни қайд этиш мумкин:

а. умумий аҳволни

ўзгармаганлиги

б. тана ҳарорати кўтарилиши

в. сўлак оқшининг кучайиши

г. умумий аҳвол кескин ўзгаради

д. кучли бош оғриғи

6. Ўткир ўчоқли пульпитда куйида баён қилинган қайси бир касаллик билан қиёсий ташхис қилинади:

а. чукур карлес

б. ўрта карлес

в. гангреноз пульпит

г. ўткир чўққи периодонтити

д. сурункали пульпитнинг қайталаниб ўткирлашуви.

7. Сут тишларининг умумий ўткир диффуз пульпити учун:

а. перкуссияда оғриқ содир бўлиши

- б. зонд юритилганда кариес кавагининг тубида бир нуқтада оғриқ
- в. тишнинг рангини ўзгариши
- г. кариес қавагида қонаб турган нуқта
- д. кариес қавагида қонаб турувчи нульпа тўқимасининг борлиги ўзига хос хусусият бўлиб ҳисобланади.
8. Сут тишларида кечадиган умумий ўткир диффуз пульпитда оғриқ:
- а. сабабсиз пайдо бўлади
- б. нордон маҳсулотлар таъсирида
- в. ширинликлар таъсирида
- г. механик таъсиротдан
- д. температура таъсиридан содир бўлади.
9. Сут тишларининг умумий ўткир диффуз пульпитида боланинг умумий аҳволини ёмонлашувига:
- а. оғриқ синдроми
- б. иштаҳасининг ёмонлашуви
- в. ҳароратининг кўтарилиши
- г. кўрқув ҳисси
- д. умумий заҳарланиш сабаб бўлади.
10. Сут тишларида одатда кўпроқ ҳолларда:
- а. сурункали гангреноз пульпит
- б. сурункали гипертрофик пульпит
- в. сурункали фиброз пульпит
- г. ўткирлашган сурункали пульпит
- д. ўткир ўчоқли пульпит аниқланади.
11. Илдизи шакланган бир илдизли сут тишларини даволаш

- учун қуйидаги усуллардан қайси бирини танлаш тўғрироқ бўлади:
- а. витал ампутация усули
- б. биологик усул
- в. чуқур ампутация усули
- г. экстирпация усули
- д. девитал ампутация усули
12. Тож нульпасининг витал ампутациясидан кейин илдиз каналларига кириш соҳасида:
- а. резорцин формалинли томпон
- б. пароформли паста
- в. кальцинли паста
- г. резорцин формалинли паста
- д. сувли дентин паста қолдирилади.
13. Девитал ампутациядан кейин доимий пломба сифатида сут тишлари учун қуйидаги тўлдиргичлардан қайси бирини танлаш мақсадга мувофиқдир:
- а. амальгамли пломба
- б. кумуш сақловчи фосфат цемент
- в. карбоксилатли цемент
- г. фосфат цемент
- д. арчил цемент.
14. Сут тишларини пульпитини экстирпация усулида даволаш пайтида илдиз каналлари:
- а. интрадент
- б. эндодонт
- в. эвгенолли паста
- г. фосфат цемент
- д. карбоксилат цемент билан тўлдирилади.
15. Ёш болаларда умумий ўткир диффуз пульпитни қайталаниб ўткирлашган сурункали периодонтитидан қиёслаб фарқлашда асосий белги бўлиб:

а. овқат чайнашда оғриқ пайдо бўлиши  
 б. тиш атрофи тўқимасининг кўзариб шишиши  
 в. лимфа тугунларининг катталашуви  
 г. зонд юритилганда тишда кучли оғриқ пайдо бўлиши  
 д. тана ҳароратининг кўтарилиши ҳисобланади.

16. Ўткир умумий (диффуз) пульпитда ўз-ўзидан пайдо бўладиган оғриқ қуйидаги сабабга кўра вужудга келади:  
 а. микроблар ва уларнинг токсинини нерв толасига таъсирдан  
 б. механик таъсиротлар таъсирдан  
 в. иссиқ-совуқ таъсирдан  
 г. овқат чайнаш натижасида  
 д. нордон маҳсулотлар таъсирдан.

17. Ўткир умумий (диффуз) пульпит учун:  
 а. оғриқ иррадиацияси  
 б. кучайиб борувчи оғриқ  
 в. сабабли оғриқ  
 г. узлуксиз симилловчи оғриқ  
 д. маҳаллий оғриқ хусусий ҳол бўлиб ҳисобланади.

18. Ўткир умумий (диффуз) пульпитни ўткир ўчоқли пульпитдан фарқлашда асосий белги бўлиб қуйидагилардан қайси бири ҳисобланади?  
 а. тишда кариес ковагининг мавжудлиги  
 б. кариес ковагининг чуқурлиги  
 в. ковак тубида зонд юритилганда оғриқ пайдо бўлиши

г. перкуссияда тишда оғриқ пайдо бўлиши  
 д. тиш рангининг ўзгариши.

19. Сут тишларининг сурункали фиброз пульпитида:  
 а. сабабсиз пайдо бўлувчи  
 б. узлуксиз симилловчи  
 в. тарқалувчи  
 г. овқат чайнаш пайтида содир бўладиган  
 д. оғриқнинг бўлмаслиги хусусий ҳолдир.

20. Сурункали фиброз пульпитни чуқур кариесдан фарқлайдиган асосий ҳол бўлиб:  
 а. овқат чайнаш вақтида оғриқ  
 б. зонд юритилганда оғриқ  
 в. кариес коваги тубида дентиннинг юмшоқлиги  
 г. рентген тасвирдаги ўзгариш  
 д. иссиқ-совуқдан оғриқ пайдо бўлиши ҳисобланади.

21. Сурункали гипертрофик пульпитни сурункали грануляцияланувчи периодонгитдан фарқ қилишда қуйидаги текшириш усулларида қайси бири қўл келади?  
 а. перкуссия  
 б. зонд юритилиб  
 в. термодиагностика усули  
 г. рентгенография усули  
 д. тишни кўздан кечириш

22. Сурункали гипертрофик пульпитда:  
 а. ўз-ўзидан пайдо бўлувчи оғриққа  
 б. иссиқ-совуқ таъсиротидан  
 в. механик таъсиротлардан  
 г. ширин, нордон таъсиротларидан

д. овқат чайнашда тиш қонашига шикоят қилишмайди.

23. Кариес ковагида қизариб, қонаб турувчи пульпани биз:

а. сурункали пролифератив пульпитда

б. сурункали гангреноз пульпитда  
в. ўткир умумий (диффуз) пульпитда

г. ўткир ўчоқли пульпитда

д. сурункали грануляцияланувчи периодонтитда кўришимиз мумкин.

24. Сурункали гангреноз пульпитда оғриқ одатда:

а. ширинлик таъсиридан

б. механик таъсирдан

в. совуқдан

г. иссиқ таъсирдан

д. овқат чайнаш пайтида юзага келади.

25. Сут тишларининг ўткир ўчоқли пульпитида оғриқ:

а. қисқа муддатли

б. узлуксиз давом этувчи

в. кучайиб борувчи

г. маълум сабаб асосида пайдо бўлувчи

д. лўқилловчи бўлади.

26. Ўткир ўчоқли пульпитда:

а. тож пульпасининг шох қисми

б. илдиз пульпаси

в. бутун тож пульпаси

г. бутун тиш пульпаси

д. периодонт яллиғланади.

27. Ўткир умумий (диффуз) пульпитда:

а. тиш пульпасининг шох қисми

б. тож пульпаси

в. илдиз пульпаси

г. тиш периодонти

д. бутун тиш пульпаси яллиғланади.

28. Ўткир ўчоқли пульпитда оғриқ, оғриқ характериға кўра куйидагиға кечиши мумкин:

а. мутассил равишда-тўхтовсиз

б. пастки ва юқори жағлар бўйича, кулоққа берилиб таркалувчи

в. узук-юлуқ, қисқа муддатли

оғриқсиз даврлар билан

г. хуружли, узок муддатли

оғриқсиз даврлар билан

д. оғриқ бўлмайди.

29. Келтириб чиқарувчи

сабабларға кўра куйида қайд

этилган қайси бир пульпит табиатан учрамайди ?

а. лимфоген пульпит

б. гемотоген пульпит

в. травматик пульпит

г. микробли (инфекцион) пульпит

д. токсик пульпит

30. Сурункали гипертрофик

пульпитни:

а. сурункали грануляцияланувчи периодонтит билан

б. ўткир диффуз пульпит билан

в. ўрта кариес билан

г. сурункали фиброз пульпит билан

д. чуқур кариес билан қиёсий ташҳис қилинади.

31. Қуйидаги тиш

касалликларнинг ўзига мос

келадиған клиник белги-ларини

аниқланг:

а. ўткир умумий (диффуз) пульпит

б. ўрта кариес

в. гангреноз пульпит

г. гипертрофик пульпит

д. сурункали фиброз периодонтит  
 е. кўланса сассиқ ҳид  
 ж. ширинлик таъсирида оғриқ  
 з. қизарган, қонаб турган пульпа  
 и. тиш атроф тўқимасининг кизариб шишинқираши  
 32. Қуйидаги сут тиши касалликларига мос келадиган даво чораларини топинг:  
 а. кариснинг доғли даври  
 б. ўткир ўчоқли пульпит  
 в. сурункали фиброз пульпит  
 г. ўткир йирингли диффуз пульпит  
 д. чуқур карис  
 е. Травматик пульпит  
 ж. даволовчи малҳам пасталар қўйиш  
 з. тож пульпасини ампутация қилиш  
 и. пульпа экстирпацияси  
 к. реминерализация муолажаси  
 л. консерватив даво  
 33. Тиш пульпасининг девитал ампутацияси қуйидаги йўл орқали амалга оширилади:  
 а. ўтказувчи оғриқсизлантириш ёрдамида  
 б. аппликацион оғриқсизлантириш билан  
 в. инфильтрацион оғриқсизлантириш билан  
 г. пульпа бўшлиғига анестетик эритма юбориб  
 д. маргимушли пастадан фойдаланиб  
 34. Бир илдизли сут тишлар периодонтитининг қайси бир тури беморнинг биринчи қатновида тўлиқ даволаниши мумкин:

а. сурункали йиринг йўли мавжуд грануляцияланувчи периодонтит  
 б. сурункали фиброз периодонтит  
 в. ўткир серрозли периодонтит  
 г. сурункали гранулематоз периодонтит  
 д. ўткир маргинал периодонтит  
 35. Сут тишларида периодонтит хасталигининг қуйидаги турларидан қайси бири кўпроқ учрайди:  
 а. ўткир периодонтит  
 б. сурункали гранулематоз периодонтит  
 в. сурункали грануляцияланувчи периодонтит  
 г. сурункали фиброз периодонтит  
 д. ўткир маргинал периодонтит.  
 36. Кўп илдизли тишларда учрайдиган яллиғланишнинг қайси бир турида тиш бўшлигининг туб девори емирилиб тешилади:  
 а. ўткир йирингли периодонтитда  
 б. сурункали фиброз периодонтитда  
 в. сурункали грануляцияланувчи периодонтитда  
 г. сурункали пролифератив пульпитда  
 д. сурункали гангреноз пульпитда.  
 37. Қуйидаги касалликларнинг ҳар бирига мос келадиган клиник белгиларини аниқланг:  
 а. Сурункали гранулематоз периодонтит  
 б. Сурункали грануляцияланувчи периодонтит  
 в. Сурункали гангреноз пульпит  
 г. Сурункали гипертрофик пульпит



- д. Ўткирлашган сурункали периодонтит
- е. Ўткир кучаювчи оғриқ
- ж. Йиринг йўли мавжудлиги
- з. Ўтувчи бурмада кам оғриқли каттароқ шиш
- и. Қизариб қонаб турувчи пульпа тўқимаси
38. Периодонтит касаллиги бевосита:
- а. пульпитнинг
- б. чуқур кариеснинг
- в. ўрта кариеснинг
- г. юза кариеснинг
- д. гингивитнинг асорати бўлиб ҳисобланади.
39. Тиш пульпитининг бевосита асорати бўлиб:
- а. инфекциян периодонтит
- б. токсик (медикаментоз) периодонтит
- в. травматик периодонтит
- г. гематоген периодонтит
- д. маргинал периодонтит ҳисобланади.
40. Ўткир чўққи периодонтит учун
- а. сабабли, хуружли оғриқ
- б. сабабсиз, мунтазам (узлуксиз) оғриқ
- в. сабабли-симилловчи оғриқ
- г. сабабли- кечки оғриқлар характерлидир.
41. Ўткир чўққи периодонтитда содир бўладиган, кучайиб боровчи оғриқни юзага келгиришда:
- а. экссудат ажралишининг кучайиши
- б. токсинлар миқдорининг ошиши
- в. микробларнинг кўпайиши

- г. периодонт тўқимасининг некрози (ўлиши) бош омил ҳисобланади.
42. Ўткир медикаментоз (мишякли) периодонтитда антидот сифатида:
- а. 5% ли йод эритмаси
- б. резорцин суюқлиги
- в. 2% ли хлорамин
- г. 10% ли формалин
- д. 0,1% ли хлоргексидин эритмаси ишлатилади.
43. Ўткир чўққи периодонтитда рентген тасвирида куйидаги ҳоллардан бирини кўрамиз.
- а. чўққи тешиги атрофида суяк тўқимасининг нотекис сўрилиши
- б. периодонт тирқишини кучсиз, деформациясиз кенгайиши
- в. деформацияланган, кучли кенгайиш
- г. чўққи чешиги атрофида суяк тўқимасининг теккис чегарали юмалоқ сийраклашуви
- д. рентген тасвирида ўзгариш йўқ.

### **Пародонт касалликлари**

1. Тиш атрофини ўраб турувчи тўқималарнинг яллиғланиши ва дистрофик ўзгаришлари фан тилида:
- а. стоматит
- б. гингивит
- в. периодонтит
- г. пародонтит
- д. пародонтоз деб юритилади.
2. Пародонтоз хасталигида:
- а. катарал гингивит
- б. пародонтал тиш милк чўнтаги
- в. альвеоляр суяк ўсиқларининг дистрофик ўзгаришлари

г. пародонт тўқимасининг яллиғланиши ва дистрофик ўзгаришлари  
 д. гипертрофик гингивит мавжудлиги қайд қилинади.

3. Катарал гингивит хасталиги учун асосий белгиларидан бўлиб:

а. милкнинг ўсиб кетиши  
 б. патологик тиш-милк чўнтагининг мавжудлиги  
 в. тиш тозалашда милкнинг қонаши  
 г. тишларнинг лиқиллаб қолиши  
 д. милкларнинг қичиши мавжудлиги ҳисобланади.

4. Катарал гингивит келтириб чиқарувчи сабаб бўлиб:

а. тишларда кариес ковагининг  
 б. баланд қилиб қўйилган пломба  
 в. тиш карашларининг  
 г. пульпа тўқимасининг яллиғланиши  
 д. каттик овқатларни чайнаш ҳоллари мавжудлиги ҳисобланади.

5. Қуйидаги баён қилинган сабаблардан қайси бири маҳаллий гингивит чақиришда иштирок этмайди:

а. тиш карашлари ва чўкмалари  
 б. очик тишлар муносабати (прикус)  
 в. лаблар юганчаларининг калталиги  
 г. кариес тишнинг ўткир қирраси  
 д. оғиз бўшлиғи гигиенасининг пастлиги.

б. Мактаб ўқувчисида диффуз пародонтит хасталиги мавжуд эканлиги аниқланди. Сўроқ пайтида оғзининг тез-тез қуриши,

қуйишиб оғриш ҳоллари маълум бўлди. Бемор тиш қаторларининг муносабатидан чуқур прикус ҳолати борлиги маълум бўлди. Пародонтит хасталигини содир қилинган асосий сабаб нимада?

а. чуқур прикус  
 б. тиш карашлари ва тошлари  
 в. қандли диабетнинг яширин тури  
 г. жинсий безлар фаолиятининг бузилиши  
 д. милкларнинг сурункали жароҳатланиши.

7. 14 ёшли бемор қизда чегаралани ан пародонтит хасталигининг бошланиш даври қайд қилинди. Кассаллик тарихидан хайз кўриш цикли (менструация) бузилганлиги маълум бўлди. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда унда очик прикус борлиги маълум бўлди: Пародонтит хасталигининг сабаби:

а. оғиз бўшлиғи гигиенасининг ёмонлиги  
 б. дисминерия (хайз кўришнинг бузилиши)  
 в. очик прикус мавжудлиги  
 г. қандли диабетнинг яширин тури  
 д. жинсий етилиши эрта бошланганлиги деб топилди.

8. Катарал гингивит енгил шаклида даволаш тадбири асосан:

а. умумий қувватни оширадиган тадбирлардан  
 б. оғиз бўшлиғи гигиенасининг мунтазамлигини таъминлашдан  
 в. милкларни массаж қилишдан

г. витаминли электрофорез буюришдан  
д. дорсенвализация буюришдан иборат бўлади.  
9. Гипертрофик гинивитнинг диффуз тарқалган шишли турида куйидаги тадбирлардан бири қўлланилмайди:  
а. тишларни караш ва чўкмалардан тозалаш  
б. склероз чакирадиган даво тадбирлари  
в. жарроҳлик йўли билан милкларни коррекция қилиш  
г. гепоринли электрофорез буюриш  
д. уч хлорсирка кислота билан милк сўргичларини куйдириш.  
10. Атрофик гингивит давосида куйидаги тадбирлардан бирини амалга ошириш шарт эмас:  
а. гидромассаж буюриш  
б. витаминли электрофарез  
в. жарроҳлик усулида милкни коррекция қилиш  
г. маҳаллий сабабларни йўқотиш  
д. симптоматик даво тадбирларини қўллаш.  
11. Склероз чакирувчи даво тадбирлари сифатида куйидагилардан қайси бири қўлланилмайди?  
а. 60 % ли глюкоза эритмаси  
б. 30 % ли уч хлороуксусли кислота  
в. 10% ли кальций хлорли эритмаси  
г. электрокоагуляция  
д. термокоагуляция.  
12. Катарал гингивитни даволашда куйидаги

тадбирлардан қайси бири қўлланилмайди?  
а. оғиз гигиенасини мунтазамлигини таъминлаш  
б. оғиз бўшлиғининг малакали гигиенасини амалга ошириш  
в. милк шиллиқ пардасини кюретажит (қириб тозалаш)  
г. гидромассаж буюриш  
д. механик массаж буюриш.

13. Болаларда пародонтит хасталигини комплекс даволашда биринчи навбатда маҳаллий тадбирлар:

а. яллиғланишга қарши дори дармонлар ишлатишдан  
б. физиотерапия тадбирларини буюришдан  
в. оғиз бўшлиғининг малакали (профессионал) гигиенаси  
г. пародонтал чўнтаклар кюретажидан  
д. патологик чўнтакларга антибиотиклар киритишдан бошланади.

14. Сут тишлари карисидан ниҳоятда кам ҳолларда:

а. кариснинг доғли даври  
б. юза карис  
в. ўрта карис  
г. чуқурлашган ўрта карис  
д. чуқур карис деб ташхис қўйилади.

15. Гипертрофик гингивитнинг диффуз шишли турида куйидаги тадбир-лардан бири қўлланилмайди:

а. жарроҳлик йўли билан милкларни коррекция қилиш

б. склероз чақирадиган даво тадбирлари  
 в. тишларни караш ва чўкмалардан тозалаш  
 г. гепоренли электрофорез буюриш  
 д. лоскутли гингивозектомия қилиш.

16. Атрофик гингивит давосида қуйидаги тадбирларни амалга ошириш шарт эмас:  
 а. жарроҳлик усулида милкни коррекция қилиш  
 б. витаминли электрофорез  
 в. гидромассаж буюриш  
 г. маҳаллий сабабларни йўқотиш  
 д. тиш-милк чўнтақларини кюретаж қилиш.

17. Склероз чақирувчи даво тадбирлари сифатида қуйидагилардан қайси бири қўлланилмайди?:  
 а. 40% ли кальций хлор эритмаси  
 б. 30% ли уч хлоруксусли кислотата  
 в. 60% ли глюкоза эритмаси  
 г. гингивотомия  
 д. термокоагуляция.

18. Катарал гингивитни даволашда қуйидаги тадбирлардан қайси бири қўлланмайди?  
 а. милк шиллиқ пардасини кюретажи  
 б. оғиз бўшлиғининг малакали гигиенасини амалга ошириш  
 в. оғиз гигиенасининг мунтазамлигини таъминлаш  
 г. чўнтақлар кюретажи  
 д. механик массаж буюриш.

19. Болаларда пародонтит хасталиги комплекс даволашда

биринчи навбатда маҳаллий тадбирлар:  
 а. оғиз бўшлиғининг малакали (профессионал) гигиенасидан  
 б. физиотерапия тадбирларини буюришдан  
 в. яллиғланишга қарши дори-дармонлар ишлатишдан  
 г. оғиз бўшлиғи индивидуал гигиенасини йўлга қўйиш  
 д. патологик чўнтақларга антибиотиклар киритишдан бошланади.

20. Сурункали катарал гингивитни сабаблари қандай?  
 а. сурункали шикастланиш  
 б. оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилмаслик  
 в. прикус патологияси  
 г. зарарли одатлар  
 д. ички аъзолар ва системалар касаллиги.

21. Гингивитни объектив баҳолаш учун қандай усулдан фойдаланилади?  
 а. Грин-Вермильон усули  
 б. милк РМА индекси  
 в. пародонтал индекс  
 г. формалин усули  
 д. Федеров-Володкина усули.

22. Сурункали гипертрофик гингивит локал формасининг сабаби бўлиб:  
 а. чуқур прикус  
 б. лаб, тил юганчалари аномалияси  
 в. оғиз бўшлиғи гигиенаси ёмон бўлса  
 г. ошқозон-ичакни сурункали касалликлар

д. пубертат (улғайиш) даври ҳисобланади.

23. Сурункали гипертрофик гингивитни тарқалган турини сабаби:

а. прикус патологияси

б. тишларни зич жойлашиши

в. юқори лаб юганчасининг калталиги

г. эндокринопатия

д. пубертат давр.

24. Сурункали гипертрофик гингивитни грануляцион формасининг клиник белгилари:

а. патологик чўнтак мавжуд

б. милк сўрғичлари катталашмаган, оч пушти рангда, қонамайди, тиш чўнтаклари йўқ

в. тишлараро сўрғич ва милк қирғоғи оч-пушти рангда, катталашган, нотекис, қаттиқ, қонамайди, милк ости соҳасида тиш ости чўкмалари кум сифатида бор

г. милк сўрғичлари катталашган, тишни тож қисмини коплайди, тўқ қизил рангда

д. милк сўрғичи юмшоқ, қоновчи, милк остида тошлар бор.

25. Сурункали маҳаллий гипертрофик гингивитни сабабини айтинг:

а. эндокринопатия

б. сурункали шикастланиш

в. юқори лаб ва тил юганчаларини калталиги

г. X-гистиоцитоз

д. прикус аномалияси.

26. Қуйидаги баён қилинган сабаблардан қайси бири маҳаллий

гингивит чақиришда иштирок этмайди:

а. диффуз тиш карашлари ва чўкмалари

б. очик тишлар муносабати (прикус)

в. лаблар юганчаларининг калталиги

г. кариесли тишнинг ўткир қирраси

д. оғиз бўшлиғи гигиенасининг пастлиги.

27. Болаларда учрайдиган диффуз гипертрофик гингивит кўпчилик ҳолларда:

а. балоғат ёшидаги болалар ўртасида

б. боғча болалари ўртасида

в. мактаб болалари ўртасида

г. ёш болаларда учрайди

д. пубертат олди даври ёшида учрайди.

28. Болалар ёшида учрайдиган диффуз гипертрофик гингивитнинг келиб чиқишида қуйидаги сабаблардан қайси бири асосий ўрин тутади:

а. жинсий безлар фаолиятининг бузилиши

б. тиш карашларининг мавжудлиги

в. эндокрин безлар фаолиятида ўзгаришлар

г. тиш қаторларининг бир-бирига нисбатан нотўғри муносабати

д. тил, лаблар тизгинчасининг аномалияси.

29. Милк сўрғичлари ва қирғоғининг ҳажми ошган, қаттиқ, қонамайди, шакли бузилган, ранги одатдагидек.

Бундай ҳол гингивитларнинг қайси бир турига мансубдир ?

- а. фиброз гингивит
- б. грануляцияланувчи гипертрофик гингивит
- в. атрофик гингивит
- г. фиброзли-гипертрофик гингивит
- д. катарал гингивит.

30. Беморнинг оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда милкларнинг шишиб қизаргани, юмшаб кўпчигани, қонаши ва чуқур тиш-милк чўнтаклари ҳосил бўлганлиги аниқланди.

Чўнтақларга формалин эритмаси киритилганда кескин ачишиб оғриқ пайдо бўлиши кузатилди.

Ташҳис:

- а. сурункали грануляцияланувчи гипертрофик гингивит
- б. пародонтиг
- в. катарал гингивит
- г. сурункали гипертрофик фиброз гингивит
- д. пародонтолиз.

31. Тиш атрофини ўраб турган ва у билан физиологик, анотомик ҳамжиҳат тўқималар мажмуасини:

- а. пародонт
- б. пародонтит
- в. амфодонт
- г. периодонтит
- д. периост термини билан аташ қабул қилинган.

32. Милк тўқимасининг тиш-милк чўнтагининг бутунлиги бузилмаган ҳолда содир бўладиган яллиғланиши:

- а. гингивит
- б. пародонтит

- в. периодонтит
- г. гингиво-стоматит
- д. пародонтоз.

33. Тиш атрофини ўраб турувчи тўқималарнинг яллиғланиши ва дистрофик ўзгаришларининг фан тилида, бугунги кундаги атамаси:

- а. пародонтит
- б. гингивит
- в. периодонтит
- г. амфодонтит
- д. пародонтоз.

34. Пародонтоз хасталигида қайд қилинадиган клиник белгилар:

- а. альвеоляр суяк ўсиқларининг дистрофик ўзгаришлари
- б. пародонтал тиш-милк чўнтаги
- в. атрофик гингивит
- г. пародонт тўқимасининг яллиғланиши ва дистрофик ўзгаришлари
- д. гипертрофик гингивит мавжудлиги.

35. Катарал гингивит хасталиги учун асосий белгилар:

- а. тиш тозалашда милкнинг қонаши
- б. патологик тиш-милк чўнтагининг мавжудлиги
- в. физиологик тиш-милк чўнтаги
- г. тишларнинг лиқиллаб қолиши
- д. милкларнинг қичиши.

36. Диффуз катарал гингивитнинг келтириб чиқарувчи сабаби:

- а. тиш қарашлари
- б. баланд қилиб қўйилган пломба
- в. тишларда қариес ковагининг мавжудлиги
- г. пульпа тўқимасининг яллиғланиши
- д. дисменореа ҳолати.

37. Болаларда диффуз гипертрофик гингивит асосан қайси ёшдаги болаларда учрайди:

- а. ёш болаларда
- б. боғча болалари ўртасида
- в. мактаб болалари ўртасида
- г. балоғат ёшидаги болалар ўртасида
- д. пубертат олди ёшида.

38. Болалар ёшида учрайдиган диффуз гипертрофик гингивитнинг келиб чиқишида қуйидаги сабаблардан қайси бири асосий ўрин тутади:

- а. тиш қаторларининг бир-бирига нисбатан нотўғри муносабати
- б. тиш карашларининг мавжудлиги
- в. организмда янги пайдо бўлган гармонлар таъсири
- г. жинсий безлар фаолиятининг бузилиши
- д. тил, лаблар тизгинчасининг аномалияси.

39. Милк сўрғичлари ва қирғоғининг ҳажми ошган, қаттиқ, қонамайди, шакли бузилган, ранги одатдагидек. Бундай ҳол гингивитларнинг қайси бир турига мансубдир?

- а. атрофик гингивит
- б. грануляцияланувчи гипертрофик гингивит
- в. фиброз гингивит
- г. фиброзли шишли гингивит
- д. катарал гингивит.

40. Милк қизариб шишган, осонгина қонайди, кўплаб милк ости тошлари мавжуд. Рентген тасвирида альвеоляр суяк ўсиғининг сийраклашгани,

чўққиси ўсиғининг сезиларли пасайганлигини кўрамыз. Ташҳис:

- а. пародонтоз
- б. сурункали гипертрофик гингивит
- в. пародонтит
- г. катарал гингивит
- д. пародонтолиз.

## **Пародонт касалликлари – 2**

1. Пародонт бу:

- а. милк, айланма боғлам, альвеоляр суяк, тиш, пародонт
- б. милк, периодонт, цемент, альвеоляр суяк, тиш
- в. милк, юмалоқ бойлам, альвеоляр суяк, цемент, тиш
- д. милк, айланма боғлам, альвеоляр суяк ўсиғи, периодонт.

2. Милк сўрғичларини шаклининг физиологик ўзгариши нима билан боғлиқ?

- а. яллиғланиш
- б. шикастланиш
- в. прикус патологияси
- г. жағ суягини ўсиши

3. Гингивитни тарқалганлигини объектив баҳолаш учун қандай усулдан фойдаланилади ?

- а. Грин-Вермильон усулидан
- б. милк-сўрғич индекси - ПМА
- в. пародонтал индексидан
- г. КПИ дан

д. Федоров-Володкина усулидан

4. Сурункали гипертрофик гингивит чегараланган шаклининг сабаби бўлиб:

- а. чуқур прикус
- б. эндокринопатия

в. оғиз бўшлиғи гигиенаси ёмон бўлса

г. ошқозон-ичакни сурункали касалликлари

д. пубертат /улғайиш/ давр ҳисобланади

5. Сурункали гипертрофик гингивит тарқалган турини сабаби:

а. прикус патологияси

б. тишларни зич жойлашиши

в. юқори лаб юганчасининг калталиги

г. сурункали шикастланиш

д. пубертат даврдаги гармонал ўзгаришлар

6. Атрофик гингивитни клиник кўринишини айтиб беринг.

а. милк сўрғичлари катталашмаган, оч пушти рангда, қонамайди, тиш чўкмалари йўқ

б. милк қирғоғи ретракцияси аниқланади, милк яллиғланмаган, тиш тошлари йўқ

в. милк сўрғичлари оч пушти рангда, катталашган, деформацияланган, қаттик, қонамайди, милк ости тошлари аниқланади.

7. Пародонтит бу:

а. тиш атрофи юмшоқ

тўқимасининг яллиғланиши

б. тиш-милк мустақкамлигини бузилиши билан кечадиган тиш атро-фидаги суяқ ва юмшоқ

тўқимасининг яллиғланиши ва дистрофияси

в. альвеоляр ўсимтани дистрофик процесси

г. периодонтитни яллиғланиши

8. Қуйидаги касалликларнинг қайси бири пародонтолиз келтириб чиқармайди ?

а. диабет

б. дисглобунемия

в. Папийон-Лефер синдроми

г. улғайиш-даврдаги гармонал ўзгаришлар

д. X-гистоцитоз

9. 15 ёшли бола оғзидан ҳид келишига, овқат еганда милкининг оғришига ва қонашига

шикоят қилади. Кўриқда: чуқур прикус 21 | 12 соҳасида милк

кўкимтир, милк усти ва ости тошлари бор. Рентген сурада

21 | 12 суяқ тўсиқларини юқори чўққи қисми емирилган. Бу

кўриниш қандай касалликка хос ?

а. гингивит

б. пародонтит

в. периодонтит

г. пародонтоз

д. пародонтолиз

10. Опасини сўзидан 3 ёшли бола қафти терлашига ва

гиперкератозга, ҳамма тишларни қимирлашига ва милкларни

қонашига шикоят қилади. Бу кўриниш қайси касалликка хос ?

а. катарал гингивит

б. бошланғич пародонтит

в. ривожланган пародонтит

г. пародонтолиз – X-гистиоцитоз

д. Папийон-Лефер синдроми

11. 8 ёшли болада 1 | атрофидаги милк қирғоғи 1 | га нисбатан анча

паст жойлашган. Яллиғланиш

жараёни ва тиш тошлари йўқ.

Пастки лаб юганчаси асимметрик



жойлашган, калта. Диагноз қўйинг.

а. катарал гингивитни тарқалган тури

б. катарал гингивитни

чегараланган тури

в. атрофик гингивит

г. гипертрофик гингивит

д. пародонтит

12. 7 ёшли бола милки оғришига ва қонашига шикоят қилади.

Кўриқда IV, V тишларни апроксимал юзларида доимий пломба бор, лекин контакт нуқталари йўқ, тишларни орасидаги милк сўргичи қизарган, шишган, қонайди. Бу қандай касаллик ?

а. катарал гингивитни

чегараланган тури

б. гипертрофик гингивит

в. атрофик гингивит

г. фиброз гингивит

д. пародонтит

13. 13 ёшли болада 21 | 12 тишлар атрофидаги милк катталашган, шишган, 21 | 12

тишларни 1/3 қисмини қоплаб турибди, чуқур прикус аниқланади. Рентген суратда ўзгаришлар йўқ. Диагноз қўйинг.

а. катарал гингивит

б. пародонтит

в. атрофик гингивит

г. гипертрофик гингивит

д. пародонтолиз.

14. 10 ёшли бола ҳамма тишларининг қимирлашига, милклари қонашига шикоят қилади. Касаллик тарихидан маълумки, бола 3-4 кун бемор

бўлиб, 21 кун соғ бўлади. Касал бўлганда тана ҳарорати ошади, 21 | 12 соҳасида чўнтаклар, тишларда I-II даражали қимирлаш аниқланади. Рентген суратда ҳамма тишлар соҳасида, айниқса 21 | 12 соҳасида тиш суяк тўсиқлари емирилган. Ташҳис:

а. лейкоз

б. циклик нейтропения

в. туберкулёз

г. эндокринопатия

д. гепотхолецестит

15. 13 ёшли бола ортодонтик пластинка тақади. 321 | 123 соҳасидаги милк кизарган, милк сўргичлари шишган, тиш тошлари, патологик чўнтак аниқланмайди, гоҳида қонайди. Диагноз қўйинг.

а. I даражали пародонтит

б. катарал гингивит

в. пародонтолиз

г. II даражали пародонтит

д. атрофик гингивит

16. 13 ёшли болани 21 | 12 тишлари пастки тишларни 2/3 қисмидан кўпроқ қисмини қоплаб туради. 21 | 12 тишлар соҳасида милк қирғоғи қизарган. Бола тишини тозалаганда ёки қаттиқ овқат еганда оғриқ пайдо бўлади, милк қонайди. Асосий даво чораси бўлиб:

а. ортодонтик даво

б. оғиз бўшлиғини санация қилиш

в. тиш каналларини тозалаш

г. тиш тозалаш усулини ўргатиш

д. антисептик эритма билан оғизни чайиш

17. Бола милки оғришига, қонашига шикоят қилади. Кўриқда 6 тишни контакт юзасида пломба бор. Милкка ўтириб қолган. Ораликдаги милк сўрғичи қизарган, шишган, қонайди. Қандай даво асосийдир.

- а. милк чўнтагини антисептик эритма билан ювиш
- б. 5% калий йодид билан электрофорез қилиш
- в. пломбани олиш, антисептик билан ювиш ва даволовчи пастани қўллаш
- г. милкни даволаш
- д. тиш тозалаш усулини ўрганиш

18. 5 ёшли бола милки оғришига ва қонашига шикоят қилади. Кўриқда: IV V контакт юзаларида катта кариоз ковак бор, ораликдаги милк қизарган. Қандай даволаш усулини қўллаш керак ?

- а. милкни даволаш
- б. рентгенологик суратга юбориш
- в. кариоз ковакларни плембалаш, жароҳатланган милкка антисептик билан ишлов бериш, даволовчи паста қўллаш
- г. яраланган милкни фермент билан ювиш
- д. милк қирғоғига даволовчи паста қўйиш

19. 11 ёшли бола милklarининг қонашига шикоят қилади. Унинг ҳамма тишларининг тож қисмида тиш қарашлари аниқланади. Милк қирғоғи қизарган. ГИ 3,0, диагнози – катарал гингивит. Даволаш усулини танланг.

- а. физиотерапевтик

- б. жарроҳлик
- в. гигиена ва массаж
- г. фермент ишлов бериш
- д. сезгирликни пасайтириш тадбирлари

20. 7 ёшли боланинг 21 | 12 тишлар соҳасида милк камайган ва 1 | 1 ораси очик, тишларни бўйин қисми очик, пастки лабни юганчаси қалта, тиш тошлари аниқланмайди. Даволаш режасини тузинг.

- а. массаж
  - б. жарроҳлик операцияси
  - в. умумий қувватни кўтарувчи даволашни ўтказиш
  - г. милкни витаминлар билан электрофорез ўтказиш
  - д. диспансер рўйхатига олиш
21. Лейкоз билан касалланган бола қаерда даволаниши керак?
- а. умумпедиатрия бўлимида
  - б. болалар жарроҳлик бўлимида
  - в. қон касалликлари бўлимида
  - г. юкумли касалликлар бўлимида
  - д. стоматология бўлимида
22. Тип қараш ва тошларини тозалаш ва болага тиш тозалаш усулини ўргатиш пародонтни қайси касаллигини бартираф қилиш учун етарли тадбир ҳисобланади:

- а. катарал гингивитни енгил шакли
- б. катарал гингивитни ўрта оғир шакли
- в. гипертрофик гингивит
- г. атрофик гингивит
- д. пародонтит

## МУАЛЛИФЛАР ҲАҚИДА



*Иброҳим Ҳалилов*, доцент, тиббиёт фанлари номзоди. 1949 йилнинг 22 майида Самарқанд вилоятининг Нурота шаҳрида ишчи оиласида туғилган. 1968 йилда Тошкент Давлат Тиббиёт институтининг Стоматология факультетига ўқишга кириб, 1973 йилда шу факультетни имтиёзли диплом билан тугатган. 1979 йилда тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасини олиш учун «Структурно-функциональные кинетические параметры слизистой оболочки тонкой кишки до и после обширной резекции ее у старых крыс» мавзусида номзодлик диссертациясини ёқлади. 1980-1983 йилларда гистология кафедраси қошидаги “Муаммолар биофизикаси ва клиник экспериментал лабораторияси”да катта илмий ходим, электрон микроскопия гуруҳининг раҳбари вазифасида ишлаган. 1983 йилдан Болалар стоматологияси кафедраси ассистенти, 1993 йилдан шу кунгача мазкур кафедра доценти вазифасини бажариб келмоқда. Шу йиллар давомида 50 дан ортиқ илмий ишлари нашр этилган. Жумладан 2 ўқув дарслиги, 1 ўқув-амалий қўлланма, 15 дан ортиқ ўқув-услубий кўрсатмалар муаллифидир. Иброҳим Ҳалилов Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар факультет терапевтик стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси фанлари бўйича ёзилган намунавий ва ишчи дастурлар муаллифи ҳисобланади.



*Озодахон Сотволдиевна Йўлдошхонова*, профессор, тиббиёт фанлари доктори. 1948 йилнинг 20 мартида Тошкент шаҳрида хизматчи оиласида туғилган. 1969 йилда Тошкент Давлат Тиббиёт институтининг Стоматология факультетида ўқишга кириб, 1974 йилда шу факультетни имтиёзли диплом билан тугатган. 1990 йилда тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасини олиш учун «Клинико-лабораторная характеристика органов полости рта у детей с хроническим энтероколитом» мавзусида номзодлик диссертациясини ёқлади. 1974-1990 йилларда болалар стоматологияси кафедраси ассистенти, 1992-1997 йилларда шу кафедра доценти лавозимида ишлаган. 1996 йилда тиббиёт фанлари доктори

илмий даражасини олиш учун «Кариес зубов и заболевания слизистой оболочки полости рта у детей с хроническими гепатитами» мавзусида докторлик диссертациясини ёқлади. 1997-2004 йилларда стоматология факультети декани, 1997-2006 йилларда Болалар терапевтик стоматологияси кафедраси мудир лавозимларида фаолият олиб борган. 2006 йилдан эса болалар стоматологияси кафедраси профессори лавозимида ишламоқда. Шу йиллар давомида 110 дан ортиқ илмий мақолалар, 1 ўқув дарслиги, 1 монография ва 23 та ўқув-услубий қўлланмалари чоп этилган. Унинг раҳбарлигида 9 нафар фан номзодлари ўз илмий ишларини муваффақиятли ёқлашган.



**Хусниддин Шарипович Раҳмонов**, 1990 йил Тошкент Давлат Тиббиёт институтининг Стоматология факультетини тамомлаб, ўз илмий-педагогик фаолиятини ортопедик стоматология кафедрасида клиник ординатор, аспирант ва ассистент бўлиб ишлашдан бошлаган. 1996-1999 йилларда Биринчи Тошкент Давлат Тиббиёт институти клиникаси бош шифокори ўринбосари, 1997-1999 йилларда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Даволаш профилактика ёрдами бош бошқармасида етакчи мутахассис вазибаларида фаолият юритган.

Хусниддин Шарипович 1997 йилда “Тож қисми емирилган якка илдизли тишларга қуйма культяли ўзақлар тайёрлаш учун клиник-анатомик кўрсатмалар ишлаб чиқиш” мавзусида номзодлик, 2003 йилда “Тиш қаттиқ тўқималарининг патологиясида оғиз бўшлиғи тўсиқ ҳимоя комплексининг роли ва уларнинг коррекцияси” мавзусида докторлик диссертациясини ҳимоя қилган.

Х.Ш. Раҳмонов 1999 йилдан буён Янгийўл Тиббиёт коллежи директори вазибаларида ишлаб келмоқда, 4 монография, 2 та патент, тиббиёт коллежлари ўқувчилари ва тиббиёт институтлари талабалари учун 6 та дарслик, 15 дан ортиқ ўқув услубий қўлланмалар, 40 дан ортиқ илмий мақолалар муаллифидир.





**Жаҳонгир Равшанович Абдуллаев**, тиббиёт фанлари номзоди. 1978 йилнинг 20 февралда Ўш шаҳрида хизматчи оиласида туғилган. 1994 йилда Тошкент Давлат Тиббиёт институтининг Стоматология факультетига ўқишга кириб, шу факультетни 1999 йилда битирган. 2000 йилдан Болалар стоматологияси кафедраси ассистенти ҳисобланади. 2009 йилда тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасини олиш учун «Ранняя диагностика и лечение хронического катарального гингивита у детей» мавзусида номзодлик диссертациясини ёқлаган. Шу йиллар давомида 15 дан ортиқ илмий ишлари нашр этилган. Жумладан, 4 та ўқув-услубий кўрсатмалар муаллифидир.



**Бахтинур Ойбутаевич Худанов**, ТТА болалар стоматологияси кафедраси стажёр тадқиқотчиси (аспирант). 1983 йилнинг 28 майида Жиззах вилояти Фориш туманида хизматчи оиласида туғилган. 2002 йилда Биринчи Тошкент Давлат Тиббиёт институтининг Стоматология факультетига ўқишга кириб, 2008 йилда шу факультетни тамомлаган. 2008-2010 йилларда Тошкент Тиббиёт академияси Болалар стоматологияси кафедраси магистранти, 2011 йилдан эса шу кафедра стажёр тадқиқотчисидир. Шу йиллар давомида у 1 та дарслик, 2 та электрон дарсликка, 4 та илмий мақола ва 2 та услубий қўлланмаларга ҳам муаллифлик қилган.

## МУНДАРИЖА

|               |   |
|---------------|---|
| Сўз боши..... | 3 |
|---------------|---|

### I ҚИСМ. БОЛАЛАР ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯСИ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I БОБ. СУТ ТИШЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШИ.....</b>   | <b>6</b>  |
| 1.1. Сут тишларининг анатомияси ва физиологияси.....   | 9         |
| 1.2. Болалар оғиз бўшлиғи хасталикларини даволашда қўлланадиган<br>оғриксизлан-тириш усуллари..... | 10        |
| 1.2.1. Терминал анестезия.....   | 10        |
| 1.2.2. Игна ва шприц ёрдамида амалга ошириладиган (инъекцион) анестезия.....                       | 11        |
| 1.3. Болалар ёшида профилактика мақсадида руҳий ҳолатни<br>барқарорлаштирувчи муолажалар.....      | 12        |
| <b>II БОБ. СУТ ТИШЛАР КАРИЕСИ.....</b>   | <b>15</b> |
| 2.1. Тиш эмалининг хусусиятлари ва структура тuzилиши.....   | 15        |
| 2.2. Тишлар кариеси этиологияси ва патогенези.....   | 17        |
| 2.3. Тиш эмалининг деминерализацияси.....  | 20        |
| 2.4. Кариес касаллиги таснифи.....   | 21        |
| 2.5. Болалар ёшида кариес ривожланишининг ўзига хос хусусиятлари.....                              | 22        |
| 2.6. Сут тишлар қаторида кўплаб учрайдиган кариес.....   | 23        |
| 2.7. Циркуля кариес.....   | 24        |
| 2.8. Яссиланиб кечувчи кариес.....   | 26        |
| 2.9. Ўрта кариес.....  | 27        |
| 2.10. Чуқур кариес.....  | 28        |
| 2.11. Кариеснинг давоси.....   | 29        |
| 2.12. Бошланғич кариес давоси.....   | 29        |
| 2.13. Ўрта ва чуқур кариесни даволаш.....  | 33        |
| <b>III БОБ. ТИШ ПУЛЬПАСИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ.....</b>  | <b>38</b> |
| 3.1. Пульпа яллиғланишининг болаларда кечадиган клиник хусусиятлари.....                           | 38        |
| 3.2. Пульпитлар таснифи.....   | 40        |
| 3.3. Пульпанинг ўткир ўчоқли (чегараланган) яллиғланиши.....                                       | 40        |
| 3.4. Ўткир умумий (диффуз) пульпит.....  | 41        |
| 3.5. Сурункали фиброз пульпит.....   | 42        |
| 3.6. Сурункали гангреноз пульпит.....  | 42        |
| 3.7. Сурункали гипертрофик пульпит.....  | 44        |
| 3.8. Болаларда пульпит касаллигини даволашнинг ўзига хос<br>чора-тадбирлари.....                   | 45        |
| 3.9. Яллиғланган пульпани биологик усулда даволаш.....   | 47        |
| 3.10. Яллиғланган пульпани тирик ҳолда оғриксизлантириб ампутация<br>қилиш.....                    | 49        |
| усули.....   | 49        |

|  |     |
|--|-----|
| 3.11. Яллиғланган пульпани огриксизлантириб чукур ампутация қилиш усули.....   | 51  |
| 3.12. Яллиғланган тиш пульпасини огриксизлантириб тўлиқ олиб ташлаш (витель экстирпация) усули.....  | 53  |
| 3.13. Яллиғланган пульпани жонсизлантириб қисман олиб ташлаш йўли билан даволаш (девитель ампутация) усули.....                            | 54  |
| 3.14. Яллиғланган тиш пульпасини жонсизлантириш йўли билан тўлиқ олиб ташлаш (девитель экстирпация) усули.....                             | 56  |
| 3.15. Тиш пульпасини яллиғланишини даволаш жараёнида вужудга келиши мумкин бўлган асоратлар, сабаблар ва уларни бартараф этиш йўллари..... | 58  |
| 3.16. Пульпа яллиғланиши даволангандан кейин содир бўлиши мумкин бўлган асоратлар.....   | 59  |
| <b>IV БОБ. ПЕРИОДОНТ ЯЛЛИҒЛАНИШИ</b> .....   | 61  |
| 4.1. Болаларда периодонтитларни ўзига хос клиник кечиши.....   | 61  |
| 4.2. Периодонтитлар таснифи.....   | 63  |
| 4.3. Ўткир чўққи (апикал) периодонтит.....   | 63  |
| 4.4. Сурункали грануляцияланувчи периодонтит.....  | 66  |
| 4.5. Сурункали гранулематоз периодонтит.....   | 67  |
| 4.6. Сурункали фиброз периодонтит.....   | 67  |
| 4.7. Ўткирлашган сурункали периодонтит яллиғланиши.....  | 68  |
| 4.8. Болаларда кечадиган периодонтитларни даволаш.....   | 69  |
| <b>V БОБ. БОЛАЛАР ЁШИДА УЧРАЙДИГАН ТИШ ҚАТТИҚ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ НОКАРИЕС КАСАЛЛИКЛАРИ</b> .....   | 84  |
| 5.1. Фолликуляр тараққиёт даврида содир бўладиган нуқсонлар.....   | 84  |
| 5.2. Эмаль гипоплазияси.....   | 85  |
| 5.2.1. Эмалнинг системали гипоплазияси (ЭСГ).....  | 87  |
| 5.2.2. Доғ шаклидаги эмаль системали гипоплазияси.....   | 88  |
| 5.2.3. Чуқурчалар шаклидаги системали эмаль гипоплазияси.....  | 89  |
| 5.2.4. Тиш эмали системали гипоплазиясининг эгатчали шакли.....  | 90  |
| 5.2.5. Системали эмаль гипоплазиясининг ликопчали шакли.....   | 91  |
| 5.2.6. Системали эмаль гипоплазиясининг аралаш шакли.....  | 92  |
| 5.2.7. Эмаль аплазияси.....  | 93  |
| 5.2.8. Системали эмаль гипоплазиясини даволаш.....   | 93  |
| 5.2.9. Тиш эмалининг маҳаллий гипоплазияси.....  | 94  |
| 5.2.10. Эмаль тўқимасининг ўчоқли гипоплазияси одонтодисплазия,фантом тишлар, тугалланмаган одонтогенез.....                               | 95  |
| 5.2.11. Тетрациклинли тишлар.....  | 96  |
| 5.2.12. Системали эмаль гипоплазиясининг бошқа турлари (гетчинсон, фурнье, пфлюгер тишлари).....   | 98  |
| 5.3. Эмаль гиперплазияси (эмаль томчилари ва дурлари).....   | 99  |
| 5.4. Тишлар эндемик флюорози.....  | 99  |
| 5.4.1. Флюорознинг штрихсимон шакли.....   | 103 |
| 5.4.2. Флюорознинг доғли шакли.....  | 103 |
| 5.4.3. Бўрсимон хол-хол нуқтали флюороз.....   | 104 |

|   |            |
|---|------------|
| 5.4.4. Флюороознинг эрозия шакли.....   | 104        |
| 5.4.5. Деструкция шаклидаги флюорооз.....   | 105        |
| 5.4.6. Аралаш шаклли флюорооз.....  | 105        |
| 5.5. Болаларда сут тишлар рангининг ўзгариш ҳолатлари.....                                      | 106        |
| 5.6. Мармар касаллиги.....  | 107        |
| 5.7. Гипофосфатезия.....  | 108        |
| 5.8. Тиш қаттиқ тўқималарининг наслдан наслга берилувчи ирсий касалликлари.....                 | 109        |
| 5.8.1. Ирсий тугалланмаган амелогенез(ИТА).....   | 109        |
| 5.8.2. Тугалланмаган дентиногенез (Dentinogenesis imperfecta).....                              | 115        |
| 5.8.3. Тугалланмаган одонтогенез ёки ирсий товланувчи дентин (Стентон-Капде- пон синдроми)..... | 115        |
| 5.8.4. Тугалланмаган остеогенез (Osteogenesis imperfecta).....                                  | 116        |
| <b>VI БОБ. ПАРОДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИ.....</b>   | <b>117</b> |
| 6.1. Болаларда пародонт тўқимасининг анатомик тузилиши ва физиологик хусусиятлари.....          | 117        |
| 6.1.1. Болалар ёшида милк тўқимасининг морфологик шаклланиши.....                               | 121        |
| 6.1.2. Пародонт бойламининг шаклланиши.....   | 122        |
| 6.1.3. Болалар ёшида пародонт суяк тўқимасининг структура тузилиши.....                         | 123        |
| 6.2. Пародонт хасталиклари таснифи.....   | 124        |
| 6.3. Пародонт касалликлари этиологияси.....   | 125        |
| 6.4. Пародонт касалликлари патогенези.....  | 127        |
| 6.5. Балогат ёши даврида ўсмир ёшлар организмда содир бўладиган ўзгаришлар.....                 | 135        |
| 6.6. Пародонт хасталикларига учраган беморларни текшириш усуллари.....                          | 134        |
| 6.7. Милкларнинг сурункали катарал яллиғланиш.....  | 138        |
| 6.7.1. Сурункали гипертрофик гингивит.....  | 140        |
| 6.7.2. Сурункали атрофик гингивит.....  | 141        |
| 6.8. Пародонтит (пародонт тўқималарининг яллиғланиши).....                                      | 141        |
| 6.9. Пародонтолиз.....  | 143        |
| 6.9.1. Кератодермия (Папийон - Лефевр Синдроми).....  | 144        |
| 6.9.2. Наслдан наслга берилувчи нейтропенияда пародонт тўқимасининг яллиғланиши.....            | 145        |
| 6.9.3. X-гистиоцитоз хасталиклариди пародонт тўқимасининг яллиғланиши.....                      | 145        |
| 6.9.4. Хенд- шюллер-крисчен хасталиги (Синдроми).....   | 147        |
| 6.9.5. Марказий асаб системаси хасталиклариди пародонт тўқимасидаги ўзгаришлар.....             | 148        |
| 6.9.6. Қандли диабет хасталигида пародонт тўқимасидаги ўзгаришлар.....                          | 148        |
| 6.9.7. Гипоимунглобулинэмияда пародонтит тўқимасидаги яллиғланиш.....                           | 149        |
| 6.10. Пародонт хасталикларини даволашнинг ўзига хос хусусиятлари.....                           | 151        |



|   |            |
|---|------------|
| 6.10.1 Катарал гингивитнинг ўртача оғир шаклида, гипертрофик гингивит ва пародонтитнинг бошланиш даврида амалга ошириши лозим бўлган даволаш муолажалар ҳамда тадбирлари..... | 152        |
| 6.11.Парадонт касалликларининг профилактикаси.....  | 155        |
| 6.12.Болалар ёшида пародонт касалликларини даволаш режаси.....  | 155        |
| 6.13.Парадонт касалликларини даволашда ишлатиладиган дори-дармонлар ва уларнинг хусусиятлари.....   | 156        |
| <b>VII БОБ. ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ КАСАЛЛИКЛАРИ.....</b>  | <b>162</b> |
| 7.1. Болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг шаклланиши ва физиологик хусусиятлари.....   | 163        |
| 7.2. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари таснифи.....   | 168        |
| 7.3. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликларида пайдо бўладиган шикастланиш аломатлари.....  | 169        |
| 7.3.1. Жароҳатланишнинг бирламчи белгилари.....   | 169        |
| 7.3.2. Жароҳатланишнинг иккиламчи белгилари.....  | 170        |
| 7.4. Механик травмалар натижасида юзага келадиган оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг жароҳатл.....  | 174        |
| 7.4.1. Беднар яраси.....  | 175        |
| 7.5. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг кимёвий жароҳатланиши.....  | 177        |
| 7.6. Инфекция сабабли оғиз бўшлиғи шиллик қаватида юзага келадиган ўзгаришлар.....  | 178        |
| 7.6.1. Дифтерия.....  | 180        |
| 7.6.2. Қизамик.....   | 181        |
| 7.6.3. Скарлатина.....  | 182        |
| 7.6.4. Сув чечаги.....  | 183        |
| 7.6.5. Юқумли мононуклеоз (филатов касаллиги).....  | 183        |
| 7.6.6. Ўткир герпетик стоматит.....   | 184        |
| 7.6.7. Сурункали қайталовчи герпетик стоматит.....  | 188        |
| 7.6.8. Герпангина (herpangina, вирусли ангина).....   | 189        |
| 7.6.9. Кандидоз хасталиги.....  | 189        |
| 7.7. Оғиз бўшлиғи шиллик пардасида бактериялар юзага келтирадиган аллергия ўзгаришлар.....  | 192        |
| 7.7.1. Сурункали қайталанувчи ярали (афтоз) стоматит.....   | 192        |
| 7.7.2. Кўп белгили экссудатли эритема.....  | 194        |
| 7.7.3. Стивенс-жонсон синдроми.....   | 195        |
| 7.7.4. Сурункали, қайталанувчи бактериал-аллергик хасталиклар давosi.....   | 196        |
| 7.8. Оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг дори-дармонлар қабул қилиш билан боғлиқ бўлган аллергия ўзгаришлари.....   | 198        |
| 7.9. Лаб касалликлари.....  | 202        |
| 7.9.1. Экземали ёки атопик хейлит.....  | 202        |
| 7.9.2. Юқумли хейлит.....   | 203        |
| 7.10. Тил касалликлари.....   | 205        |
| 7.10.1. Десквматив глоссит.....   | 205        |

|  |     |
|--|-----|
| 7.10.2. Ромбсимон глоссит.....   | 206 |
| 7.10.3. Бурмали тил.....   | 206 |
| 7.10.4. Қора тукли тил.....  | 206 |
| 7.11. Оғиз бўшлиғи шиллик пардасида ички аъзо ва системалар хасталиғи туфайли юз берадиган ўзгаришлар..... | 207 |
| 7.11.1. А витамини танқислиғи.....   | 207 |
| 7.11.2. В гуруҳ витаминлар танқислиғи.....   | 208 |
| 7.11.3. С витамини танқислиғи.....   | 208 |
| 7.11.4. Ички секреция (эндокрин) безлари фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ ўзгаришлар.....                | 209 |
| 7.11.5. Меъда, ичак, жигар касалликлари.....   | 209 |
| 7.11.6. Қон касалликлари.....  | 211 |
| 7.11.7. Орттирилган иммунитет танқислиғи синдроми (ОИТС).....  | 213 |
| 7.1.7.1. Кандидоз.....   | 216 |
| 7.1.7.2. Ўтқир ярали – некротик гингивостоматит.....   | 216 |
| 7.1.7.3. Вирусли инфекциялар.....  | 217 |
| 7.1.7.4. Сочли лейкоплакия.....  | 217 |
| 7.1.7.5. Капоши саркомаси.....   | 218 |
| 7.1.7.6. ОИВ билан зарарланишнинг олдини олиш.....   | 218 |
| <b>VIII БОБ. ТИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА РЕНТГЕН ТАСВИРИНИНГ ТАҲЛИЛИ</b> .....                                      | 219 |
| 8.1. Пульпитларда рентген тасвирининг таҳлили.....   | 220 |
| 8.2. Периодонтит хасталигида рентген тасвирининг таҳлили.....  | 221 |
| <b>II ҚИСМ. СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ</b>  |     |
| <b>I БОБ.ТИШЛАР КАРИЕСИ ВА ПАРАДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИ ПАЙДО БЎЛИШ ШАРТ-ШАРОИТЛАРИ</b> .....                     |     |
| 1.1. Тиш юзасида ҳосил бўладиган карашлар ва тошлар (чўкмалар).....  | 225 |
| 1.1.2. Минераллашмаган тиш карашлари.....  | 225 |
| 1.1.3. Минераллашган тиш тошлари.....  | 228 |
| 1.2. Оғиз бўшлиғи суюқлиғи (сўлак).....  | 229 |
| 1.3. Стоматологик касалликлар профилактикасида фтор сақловчи бирикмаларнинг аҳамияти.....                  | 236 |
| 1.4. Тишлар эмалининг реминерализацияси.....   | 233 |
| 1.5. Стоматологик текшириш кўрсаткичлари.....  | 238 |
| 1.6. Стоматологик касалликлар профилактикаси усуллари.....   | 246 |
| 1.7. Рационал овқатланишнинг кариес профилактикасидаги ўрни.....   | 249 |
| 1.8. Оғиз бўшлиғи гигиенаси қоидалари.....   | 253 |
| 1.9. Оғиз бўшлиғи шахсий гигиенаси воситалари.....   | 255 |
| 1.9.1. Тиш чўткалари.....  | 256 |
| 1.9.2. Тиш ювиш пасталари.....   | 259 |
| 1.9.2.1. Россияда ишлаб чиқарилаётган тиш ювиш пасталарининг турлари ва хусусиятлари.....                  | 264 |

|   |     |
|---|-----|
| 1.9.2.2. Таркибида шифобахш ўсимлик моддалари сақловчи тиш пасталари.....                         | 265 |
| 1.9.2.3. Таркибида тузлар сақловчи тиш пасталари.....   | 265 |
| 1.9.2.4. Ферментлар тутувчи тиш пасталари.....  | 266 |
| 1.9.2.5. Биологик актив моддалар тутувчи тиш пасталари.....                                       | 266 |
| 1.9.2.6. Тиш кариесига қарши таъсир кўрсатувчи тиш пасталари.....                                 | 267 |
| 1.9.2.7. Ғарб давлатларида ишлаб чиқарилаётган замонавий тиш пасталари.....                       | 268 |
| 1.9.3. Тиш тозалаш порошоклари.....   | 276 |
| 1.9.4. Тиш тозалагичлар (ковлагичлар).....  | 276 |
| 1.9.5. Флосслар.....  | 277 |
| 1.9.6. Чайнов резинкалари (сақичлар).....   | 277 |
| 1.9.7. Тиш эликсирлари.....   | 278 |
| 1.9.8. Болалар ёшида оғиз бўшлигининг малакали гигиенаси.....                                     | 279 |
| 1.10. Фторидларни кариес профилактикасидаги ўрни ва қўллаш усуллари.....                          | 281 |
| 1.11. Ичимлик сувини фторлаш.....   | 283 |
| 1.12. Фторидлар сақловчи таблеткалар.....   | 284 |
| 1.13. Фторланган сут.....   | 285 |
| 1.14. Ош тузини фторлаш.....  | 286 |
| 1.15. Фторидларни маҳалий қўллаш.....   | 287 |
| 1.16. Фтор сақловчи эритмалар ва геллар.....  | 289 |
| 1.17. Кариес профилактикасида қўлланиладиган, таркибида фтор тўтмайдиган минерал препаратлар..... | 289 |
| 1.18. Тиш фиссуралари ва уларни муҳрлашнинг кариес профилактикасидаги аҳамияти.....               | 293 |
| 1.19. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси касалликларининг профилактикаси.....                            | 292 |
| Мустақил ўрганиш учун тест саволлари.....   | 299 |
| Муаллифлар ҳақида.....  | 320 |

УДК 821132  
ББК 84 (5Ў)10

Илмий-оммабоп нашр

# **БОЛАЛАР ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯСИ ВА СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ**

Ўқув қўлланиа

Мухаррир: Улуғ БЕК  
Техник муҳаррир: Элмурод Мусаев

2011 йил 31 октябрда босяшга рухсат этилди.  
Бичими 60x84 1/16. « Times New Roman» гарнитураси.  
Шартли босма табоғи 20,5 Нашриёт ҳисоб табоғи 17,5  
Адади 300 нусха. 148-сонли буюртма. Бэхоси шартнома асоснда

Оригинал макет «SHARQ» НМАК қошидаги «NAFIS BEZAK» МЧЖнинг  
дизайн бўлимида тайёрланиб, матбаа бўлимида чоп этилди.  
Манзил: 100000, Тошкент шаҳри, Буюк Турон кўчаси, 41-уй.  
Тел.: (+99871) 233-4537. Факс: (+99871) 236-5401.  
E-mail: [nafisbezak@mail.ru](mailto:nafisbezak@mail.ru)