

**И.Х.ХАЛИЛОВ, О.С.ЙЎЛДОШХОНОВА, Х.Ш.РАХМОНОВ,
Ж.Р.АБДУЛЛАЕВ, Б.О.ХУДАНОВ**

БОЛАЛАР ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯСИ ВА СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ



**И.Х.ХАЛИЛОВ, О.С.ЙЎЛДОШХОНОВА, Х.Ш.РАХМОНОВ,
Ж.Р.АБДУЛЛАЕВ, Б.О.ХУДАНОВ**

**БОЛАЛАР ТЕРАПЕВТИК
СТОМАТОЛОГИЯСИ ВА
СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР
ПРОФИЛАКТИКАСИ**

ЎҚУВ ДАРСЛИГИ

Тўлдирилган ва қайта ишланган иккинчи наشري

Тошкент-2011

Тақризчилар:

Мақсудов С.Н. – Тошкент врачлар малакасини ошириш институти болалар стоматологияси ва ортодонти кафедраси мудир, профессор;

Камилов Х.П. – Тошкент тиббиёт академияси терапевтик стоматология кафедраси мудир, профессор;

Ирсалиев Х.И. - Тошкент тиббиёт академияси ортопедик стоматология кафедраси мудир, профессор.

И.Х.Халилов.

Болалар терапевтик стоматологияси ва стоматологик касалликлар профилактикаси. Ўқув дарслик/ И.Х.ХАЛИЛОВ, О.С.ЙЎЛДОШХОНОВА, Х.Ш.РАХМОНОВ, Ж.Р.АБДУЛЛАЕВ, Б.О.ХУДАНОВ – тўлд. ва қайта ишл. 2-нашри. –Т. 2011, 293 б.

Ўқув дарслигида болалар терапевтик стоматологиясида замонавий стоматологик ашёлар, инструментлар, замонавий даволаш усуллари ва уларнинг клиник қўлланилиши кенг баён этилган.

Дарслик 2-қисмдан иборат. I қисмда Болалар терапевтик стоматологияси фани ёритиши керак бўлган болалар ёшида учрайдиган оғиз бўшлиғи аъзолари касалликлари, уларнинг замонавий таснифи, клиник белгилари, ташхис қилиш усуллари ва даволаш чоралари ёритилган.

II қисмда асосий стоматологик касалликлар профилактикаси комплекс чора тадбирлари, уларни амалга ошириш усуллари, амалиёт шифокорлари томонидан амалга ошириш керак бўлган муолажалар ва маориф оқартув ишлари кенг баён этилган.

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

МУАЛЛИФЛАР



Халилов Иброхим, доцент, тиббиёт фанлари номзоди 1949 йилнинг 22-майида Самарқанд вилоятининг Нурота шаҳрида ишчи оиласида туғилган. 1968 йилда Тошкент Давлат медицина 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 сифатида электрон микроскопия гуруҳининг раҳбари вазифасида ишлади. 1983 йилдан Болалар стоматологияси кафедраси ассистенти, 1993 йилдан шу кунгача мазкур кафедра доценти вазифасини бажариб келмоқда. Шу йиллар давомида 50 дан ортиқ илмий ишлар ёзиб, чоп эттирган. Жумладан 2 ўқув дарслиги, 1 ўқув амалий қўлланма, 15 дан ортиқ ўқув-услубий кўрсатмалар муаллифидир. Халилов Иброхим Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар факультет терапевтик стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси фанлари бўйича ёзилган намунавий ва ишчи дастурлар муаллифи. Стоматологик касалликлар профилактикаси фани ривожига ва бу фанни ўқитиш услубини яхшилаш борасида ўзининг маълум хиссасини қўшмоқда.



Йўлдошхонова Озодахон Сотволдиевна, профессор, тиббиёт фанлари доктори 1948 йилнинг 20-мартида Тошкент шаҳрида хизматчи оиласида туғилган. 1969 йилда Тошкент Давлат медицина институтининг стоматология факультетига 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 ишлади. 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 мудири лавозимларида ишлаб келди. 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 қўлланмалар чоп эттирган. Унинг рахбарлигида 9 фан номзодлари ўз илмий ишларини муваффақиятли ёқлашган.



Рахмонов Хусниддин Шарипович 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 медицина институти клиникаси бош шифокори ўринбосари, 1997 – 1999 йилларда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Даволаш профилактика ёрдами бош бошқармасида етакчи мутахассис вазифаларида фаолият

юритган.

Рахмонов Хусниддин Шарипович 1997 йилда “Тоғ қисми емирилган яқка илдизли тишларга қуйма культяли ўзаклар 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 қилди.

Рахмонов Х.Ш. 1999 йилдан буён Янгийўл тиббиёт коллежи директори вазифасида ишлаб келмоқда, у 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.



Абдуллаев Жаҳонгир Равшанович, тиббиёт фанлари номзоди, 1978 йилнинг 20-февралида Ўш шаҳрида хизматчи оиласида туғилган. 1994 йилда Тошкент Давлат медицина институтининг стоматология факультетига ўқишга кириб, шу факультетни 1999 йилда битирган. 2000 йилдан Болалар стоматологияси кафедраси ассистенти. 2009 йилда тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасини олиш учун «Ранняя диагностика и лечение хронического катарального гингивита у детей» мавзусида номзодлик диссертациясини ёқлади. Шу йиллар давомида 15 дан ортиқ ортиқ илмий ишлар ёзиб, чоп эттирган. Жумладан 4 та ўқув-услубий кўрсатмалар муаллифидир.



Худанов Бахтинур Ойбутаевич, 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 тадқиқотчиси. Шу йиллар давомида у 1 та дарслик, 2 та электрон дарсликка, 4 та илмий мақола ва 2 та услубий қўлланмаларга ҳаммуаллифлик қилган.

МУНДАРИЖА

Сўз боши	11
I- ҚИСМ. БОЛАЛАР ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯСИ	
1 Боб. СУТ ТИШЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШИ	13
1.1. Сут тишларининг анатомияси ва физиологияси	15
1.2. Болалар оғиз бўшлиғи хасталикларини даволашда қўлланадиган оғриқсизлантириш усуллари	16
1.2.1. Терминал анестезия	17
1.2.2. Игна ва шприц ёрдамида амалга ошириладиган (инъекцион) анестезия	18
1.3. Болалар ёшида профилактика мақсадида рухий ҳолатни барқарорлаштирувчи муолажалар	18
2 Боб. СУТ ТИШЛАР КАРИЕСИ	21
2.1. Тиш эмалининг хусусиятлари ва структура тузилиши	21
2.2. Тишлар кариеси этиологияси ва патогенези	23
2.3. Тиш эмалининг деминерализацияси	25
2.4. Кариес касаллиги таснифи	26
2.5. Болалар ёшида кариес ривожланишининг ўзига хос хусусиятлари	27
2.6. Сут тишлар қаторида кўплаб учрайдиган кариес	27
2.7. Циркуля кариес	29
2.8. Яссиланиб кечувчи кариес	30
2.9. Ўрта кариес	31
2.10. Чуқур кариес	32
2.11. Кариеснинг давоси	33
2.12. Бошланғич кариес давоси	33
2.13. Ўрта ва чуқур кариесини даволаш	36
3 Боб. ТИШ ПУЛЬПАСИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ	40
3.1. Пульпа яллиғланишининг болаларда кечадиган клиник хусусиятлари	40
3.2. Пульпитлар таснифи	41
3.3. Пульпанинг ўткир ўчоқли (чегараланган) яллиғланиши	42
3.4. Ўткир умумий (диффуз) пульпит	42
3.5. Сурункали фиброз пульпит	43
3.6. Сурункали гангреноз пульпит	44
3.7. Сурункали гипертрофик пульпит	45
3.8. Болаларда пульпит касаллигини даволашнинг ўзига хос чора-тадбирлари	46
3.9. Яллиғланган пульпани биологик усулда даволаш	47
3.10. Яллиғланган пульпани тирик ҳолда оғриқсизлантириб ампутация қилиш усули	49
3.11. Яллиғланган пульпани оғриқсизлантириб чуқур ампутация қилиш усули	51
3.12. Яллиғланган тиш пульпасини оғриқсизлантириб тўлиқ олиб ташлаш (витель экстирпация) усули	53
3.13. Яллиғланган пульпани жонсизлантириб қисман олиб ташлаш йўли билан даволаш (девитель ампутация) усули	53
3.14. Яллиғланган тиш пульпасини жонсизлантириш йўли билан тўлиқ олиб ташлаш (девитель экстирпация) усули	55
3.15. Тиш пульпасини яллиғланишини даволаш жараёнида вужудга келиши мумкин бўлган асоратлар, сабаблар ва уларни бартараф этиш йўллари	56
3.16. Пульпа яллиғланиши даволангандан кейин содир бўлиши мумкин бўлган асоратлар	58
4 Боб. ПЕРИОДОНТ ЯЛЛИҒЛАНИШИ	60
4.1. Болаларда периодонтитларни ўзига хос клиник кечиши	60
4.2. Периодонтитлар таснифи	61
4.3. Ўткир чўққи (апикал) периодонтит	62
4.4. Сурункали грануляцияланувчи периодонтит	64
4.5. Сурункали гранулематоз периодонтит	65

4.6. Сурункали фиброз периодонтит	65
4.7. Ўткирлашган сурункали периодонт яллиғланиши	65
4.8. Болаларда кечадиган периодонтитларни даволаш.	66
5 БОБ. БОЛАЛАР ЁШИДА УЧРАЙДИГАН ТИШ ҚАТТИҚ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ НОКАРИЕС КАСАЛЛИКЛАРИ	80
5.1. Фолликуляр тараққийёт даврида содир бўладиган нуксонлар.	80
5.2. Эмал гипоплазияси.....	81
5.2.1. Эмалнинг системали гипоплазияси (ЭСГ).....	82
5.2.2. Доғ шаклидаги эмал системали гипоплазияси	84
5.2.3. Чуқурчалар шаклидаги системали эмал гипоплазияси.	84
5.2.4. Тиш эмали системали гипоплазиясининг эгатчали шакли.....	85
5.2.5. Системали эмал гипоплазиясининг ликопчали шакли.	86
5.2.6. Системали эмал гипоплазиясининг аралаш шакли.	87
5.2.7. Эмал аплазияси.	87
5.2.8. Системали эмал гипоплазиясини даволаш.	88
5.2.9. Тиш эмалининг махаллий гипоплазияси.....	88
5.2.10. Эмал тўқимасининг ўчоқли гипоплазияси одонтодисплазия, фантом тишлар, тугалланмаган одонтогенез.	90
5.2.11. Тетрациклинли тишлар.	90
5.2.12. Системали эмал гипоплазиясининг бошқа турлари..... (Гетчинсон, Фурнье, Пфлюгер тишлари).	92
5.3. Эмал гиперплазияси (эмал томчилари ва дурлари).	93
5.4. Тишлар эндемик флюорози.	93
5.4.1. Флюорознинг штрихсимон шакли.	96
5.4.2. Флюорознинг доғли шакли.....	96
5.4.3. Бўрсимон хол-хол нуқтали флюороз.	97
5.4.4. Флюорознинг эрозия шакли.	97
5.4.5. Деструкция шаклидаги флюороз.	97
5.4.6. Аралаш шаклли флюороз.....	98
5.5. Болаларда сут тишлар рангининг ўзгариш ҳолатлари.	99
5.6. Мармар касаллиги.	99
5.7. Гипофосфатезия.....	100
5.8. Тиш қаттиқ тўқималарининг наслдан наслга берилувчи ирсий касалликлари.....	100
5.8.1. Ирсий тугалланмаган амелогенез(ИТА)	100
5.8.2. Тугалланмаган дентиногенез. (Dentinogenesis imperfecta)	105
5.8.3. Тугалланмаган одонтогенез ёки ирсий товланувчи дентин (Стентон-Капдепон синдроми).	106
5.8.4. Тугалланмаган остеогенез (Osteogenesis imperfecta)	107
6 Боб. ПАРОДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИ.	108
6.1. Болаларда пародонт тўқимасининг анатомик тузилиши ва физиологик хусусиятлари.	108
6.1.1. Болалар ёшида милк тўқимасининг морфологик шаклланиши.	111
6.1.2. Пародонт бойламининг шаклланиши.	112
6.1.3. Болалар ёшида пародонт суяк тўқимасининг структура тузилиши.	113
6.2. Пародонт хасталиклари таснифи.	114
6.3. Пародонт касалликлари этиологияси.	115
6.4. Пародонт касалликлари патогенези.....	116
6.5. Балоғат ёши даврида ўсмир ёшлар организмида содир бўладиган ўзгаришлар.	120
6.6. Пародонт хасталикларига учраган беморларни текшириш усуллари.....	122
6.7. Милкларнинг сурункали катарал яллиғланиши	126
6.7.1. Сурункали гипертрофик гингивит.	127
6.7.2. Сурункали атрофик гингивит.	128
6.8. Пародонтит (пародонт тўқималарининг ялпи яллиғланиши)	128

6.9. Пародонтолиз.....	130
6.9.1. Кератодермия (Папийон - Лефевр Синдроми)	131
6.9.2. Наслдан наслга берилувчи нейтропенияда пародонт тўқимасининг ялпи яллиғланиши.	131
6.9.3. х- гистиоцитоз хасталикларида пародонт тўқимасининг ялпи яллиғланиши.....	132
6.9.4. Хенд- Шюллер-Крисчен Хасталиги (Синдроми)	134
7 Боб. ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ КАСАЛЛИКЛАРИ.	148
7.1. Болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг шаклланиши ва физиологик хусусиятлари	148
7.2. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари таснифи	152
7.3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларида пайдо бўладиган шикастланиш аломатлари	153
7.3.1. Жароҳатланишнинг бирламчи белгилари.....	153
7.3.2. Жароҳатланишнинг иккиламчи белгилари.....	157
7.4. Механик травмалар натижасида юзага келадиган оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг жароҳатлари	160
7.4.1. Беднар яраси.....	160
7.5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг кимёвий жароҳатланиши	161
7.6. Инфекция сабабли оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида юзага келадиган ўзгаришлар	163
7.6.1. Дифтерия.	164
7.6.2. Қизамиқ.	165
7.6.3. Скарлатина.	165
7.6.4. Сув чечаги.	166
7.6.5. Юқумли моноклеоз (Филатов касаллиги).....	167
7.6.6. Ўткир герпетик стоматит.	168
7.6.7. Сурункали қайталовчи герпетик стоматит	171
7.6.8. Герпангина (herpangina, вирусли ангина)	171
7.6.9. Кандидоз хасталиги.....	172
7.7. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида бактериялар юзага келтирадиган аллергик ўзгаришлар.....	174
7.7.1. Сурункали қайталанувчи ярали (афтоз) стоматит.....	174
7.7.2. Кўп белгили экссудатли эритема	175
7.7.3. Стивенс-жонсон синдроми	177
7.7.4. Сурункали, қайталанувчи бактериал-аллергик хасталиклар давоси.....	177
7.8. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг дори-дармонлар қабул қилиш билан боғлиқ бўлган аллергик ўзгаришлари.....	179
7.9. ЛАБ касалликлари.	182
7.9.1. Экземали ёки атопик хейлит	182
7.9.2. Юқумли хейлит.....	183
7.10. Тил касалликлари	184
7.10.1. Десквматив глоссит	184
7.10.2. Ромбсимон глоссит.....	185
7.10.3. Бурмали тил.....	185
7.10.4. Қора тукли тил	186
7.11. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида ички аъзо ва системалар хасталиги туфайли юз берадиган ўзгаришлар.....	186
7.11.1. А витамини танқислиги.	186
7.11.2. В гуруҳ витаминлар танқислиги	187
7.11.3. С витамини танқислиги.....	187
7.11.4. Ички секреция (эндокрин) безлари фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ ўзгаришлар	188
7.11.5. Меъда, ичак, жигар касалликлари	188
7.11.6. Қон касалликлари.....	189

7.11.7. Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС)	191
7.1.7.1. Кандидоз.....	194
7.1.7.2. Ўткир ярали – некротик гингивостоматит.	194
7.1.7.3. Вирусли инфекциялар.	194
7.1.7.4. Сочли лейкоплакия.....	195
7.1.7.5. Капоши саркомаси.....	195
7.1.7.6. ОИВ билан зарарланишнинг олдини олиш.	195
8 Боб. ТИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА РЕНТГЕН ТАСВИРИНИНГ ТАХЛИЛИ	197
8.1. Пульпитларда рентген тасвирининг тахлили	198
8.2. Периодонтит хасталигида рентген тасвирининг тахлили	198
II. ҚИСМ. СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ.	
1 боб. Тишлар кариеси ва парадонт касалликлари пайдо бўлиш шарт-шароитлари	202
1.1. Тиш юзасида ҳосил бўладиган қарашлар ва тошлар (чўкмалар).....	202
1.1.2. Минераллашмаган тиш қарашлари.	202
1.1.3. Минераллашган тиш тошлари.....	204
1.2. Оғиз бўшлиғи суюқлиги (сўлак)	205
1.3. Стоматологик касалликлар профилактикасида фтор сақловчи бирикмаларнинг аҳамияти.	208
1.4. Тишлар эмалининг реминерализацияси.	211
1.5. Стоматологик текшириш кўрсаткичлари.	213
1.6. Стоматологик касалликлар профилактикаси усуллари.	220
1.7. Рационал овқатланишнинг кариес профилактикасидаги ўрни.	223
1.8. Оғиз бўшлиғи гигиенаси қоидалари.	226
1.9. Оғиз бўшлиғи шахсий гигиенаси воситалари.	228
1.9.1. Тиш чўткалари	228
1.9.2. Тиш ювиш пасталари.	231
1.9.3. Тиш тозалаш порошоклари	246
1.9.4. Тиш тозалагичлар (ковлагичлар)	246
1.9.5. Флосслар.....	247
1.9.6. Чайнов резинкалари (сақичлар)	247
1.9.7. Тиш эликсирлари.....	248
1.10. Болалар ёшида оғиз бўшлигининг малакали гигиенаси.	248
1.11. Фторидларни кариес профилактикасидаги ўрни ва қўллаш усуллари.	250
1.12. Ичимлик сувини фторлаш.	252
1.13. Фторидлар сақловчи таблеткалар.	253
1.14. Фторланган сут.	254
1.15. Ош тузини фторлаш.	255
1.16. Фторидларни маҳалий қўллаш.	255
1.17. Фтор сақловчи эритмалар ва геллар.	257
1.18. Кариес профилактикасида қўлланиладиган, таркибида фтор тутмайдиган минерал препаратлар.	257
1.19. Тиш фиссуралари ва уларни муҳрлашнинг кариес профилактикасидаги аҳамияти.	260
1.20. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси касалликларининг профилактикаси.	263
Мустақил ўрганиш учун тест саволлари.....	266

Сўз боши.

Маълумки тишлар кариеси ва пародонт касалликлари ер шари аҳолиси ўртасида энг кўп тарқалган касалликлардан ҳисобланади ва уларни бартараф қилишга қаратилган сарф ҳаражатлар давлатлар иқтисодиётига сезиларли таъсир этади. Лекин, энг асосийси бу касалликлар ўз асоратлари билан инсон саломатлигига чуқур путур етказиши мумкин.

Сўнги маълумотларга кўра Ўзбекистон Республикаси ҳудудида, шаҳарда яшовчи болаларда кариес касаллигининг тарқалиши 6 яшарлар орасида 87,76% ни, 12 яшар болалар орасида 68,04% ни, шунга мос равишда кариес жадаллиги 3,96 ва 1,49 кўрсаткични ташкил этади. 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 яшарли болалар ўртасида кариес 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 кўуламда 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 чоралар ишлаб чиқиб тадбиқ қилиш асосида олдини олишдан иборатдир. Бугунги кунга келиб шу нарса очиқ ойдин 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 бир мунча 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.

Жахон стоматологияси амалиёти маълумотида кўура мамлакатларда самарали профилактик тадбир чоралар 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 бартараф қилишдан 20 маротаба арзонга тушар экан.

Маълумки, тиш эмалида кечадиган минерал тузлар алмашинувининг динамик мувозанати бузилган тақдирда кариес хасталиги ривожланади. Кариес бошланишининг асосий белгиси ўчоқли деминерализация жараёни бўлиб ҳисобланади ва бу жараён ўз вақтида аниқланса уни реминерализация чакирувчи препаратлардан фойдаланиб бартараф этиш мумкинлиги бугунги кунда ҳеч кимга сир эмас.

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

Жахон Соғликни 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 хасталиги 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 бартараф қилиш комплекс чоратадбирлари бирламчи ва иккиламчи профилактика тадбир чоралари сифатида талабаларга тақдим этилган.

Бирламчи профилактика тадбир чоралари – комплекс мажмуа бўлиб касалликларнинг биринчи клиник белгилари пайдо бўлмасдан туриб тадбиқ 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 намоён бўлиши, клиник белгилари, ташхиси, киёсий ташхиси, профилактикаси ва уларни даволашнинг замонавий усуллари баён қилинган.

Дарслик бугунги кунда тасдиқланган давлат стандартлари ва дастурлари асосида ёзилган бўлиб тиббиёт институтлари Стоматология факультети талабаларига билим бериш талабларига тўлиқ жавоб беради деб ҳисоблаймиз.

Муаллифлар.

I- ҚИСМ. БОЛАЛАР ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯСИ

1 Боб. СУТ ТИШЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШИ

Сут тишларининг ривожланиши (доимий тишлардан фаркли ўларок) тўрт даврни ўз ичига олади:

1. Тиш куртакларининг ҳосил бўлиши ва уларнинг жағ суяги алвеоласи ичидаги шаклланиш даври.
2. Ёриб чиққан тишлар илдизининг шаклланиш даври.
3. Сут тишларининг тўлиқ шаклланган даври.
4. Сут тишлари илдизининг сўрилиш даври.

Доимий тишлар учун тўртинчи давр хос эмас.

Сут тишлари ҳомила хаётининг 5-6 хафтасидан бошлаб ривожлана бошлайди. Бунда оғиз тирқишнинг 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 куртакларининг ҳосил бўлишига сабаб бўлади.

Эпителиал тиш тасмачалари ҳужайралари гуруҳларга бўлиниб, ҳар бир бўлажак жағ соҳасида 10 тадан эпителиал эмал аъзоларини (тиш куртакларининг дастлабки ҳолати) ҳосил қилади. Ҳар бир эмал аъзосининг



1-Расм. Тиш куртаги ривожланишининг дастлабки даври.

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

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

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 бири-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 тўплами шаклланади. (1-расм).

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

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



2-Расм. Тиш қаттиқ тўқималарининг ҳосил бўлиши.

1-эamelобластлар; 2-эмал тўқимаси; 3-милк эпителийси; 4-дентин тўқимаси; 5-одонтобласт хужайралари; 6-эмал органи қолдиғи; 7-тиш сўрғичи (пульпаси).

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

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

Сут тишлар илдизининг тўлиқ шаклланиши олдинги курак 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, ойи	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 яшар боланинг оғиз бўшлиғида сут тишлар катори тўлиқ шаклланади ва улар куйидаги клиник тиш формуласи ёрдамида ифодаланади:

$$\frac{V \text{ IV III II I} \mid \text{I II III IV V}}{V \text{ IV III II I} \mid \text{I II III IV V}}$$

Бундан кўришиб 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 ташларининг фаолият даври бўлиб, ўртача 2 йил давом этади. Бу давр сўнггида тиш илдизининг сўрилиш даври, яъни тўртинчи давр бошланади. У ўз навбатида ўртача 3-5 йил, сут тиши тишиб 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, буйин 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 пастрок 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 оқиш-кўкимтир ранги билан фарқ қилади. Сут тишларининг ўзига хос белгиларидан бири - тож қисмининг илдизга яқин тиш соҳасидаги эмалнинг қалинлашиб, болишсимон шаклни 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 кўшимча илдиз каналчалари доимий тишникидан сон жиҳатидан озрок бўлади. 2,5-3 ёшда шаклланиб чиққан сут тишлари бир-бирига зич ёпишиб 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 меъёрдаги 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 суяклари ўсишида фаол чайнов жараёни яхши ёрдам беришини шифокорлар билишлари зарур.

Юқорида зикр этилган ўзгаришлардан ташқари сут тишларида доимий тишлардагидек емирилиш 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 усулларининг бир неча хили мавжуд бўлиб, улардан асосийлари куйидагилардир: 1) игна-сиз (ноинъекцион) терминал анестезия; 2) игна ва шприц ёрдамида (инъекцион) амалга ошириладиган оғриқсизлантириш; 3) игна-сиз 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 қариесида, оғиз бўшлиғи шиллик пардаларининг хасталиклариди (стоматитларда) даволаш ишларини амалга оширишдан олдин фойдаланиш бир мунча ижобий натижалар беради.

Игна-сиз амалга ошириладиган терминал анестезия учун куйидаги оғриқсизлантирувчи воситалардан фойдаланилади:

Дикаин - кучли оғриқсизлантирувчи восита ҳисоблансада, новокаинга нисбатан 10 мартаба кучли заҳарли таъсирга ҳам эгадир. Шунинг назарда тутган ҳолда ёш болаларда (10 ёшгача) бу воситани ишлатиб бўлмайди. 10 ёшдан катта болалар учун дикаиннинг 1-2 мл миқдордаги 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 хасталиклариди кенг кўлланади. 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 инфилтрация 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 ҳалақит беради. Бунга сабаб шуки, болада шифокор хонасида пайдо бўлган кўрқув 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, айнақса мактаб ёки боғча ёшидаги болаларни уч хил гуруҳга ажратиш мумкин.

I гурух - 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 гурух - бундай болаларда тормозланиш жараёни кучлироқ бўлиб, улар бўшанг, кўрқоқлик ҳиссиётига берилган, болаларга камроқ кўшиладиган бўлади. Бундай болалар кўпроқ ўртоқларидан озор чекишади.

III гурух - улар руҳан муқимсизлиги, кўзғалиш ва тормозланиш жараёнларининг мувофиқлашмаганлиги билан ажралиб туришади. Уларда кўрқиш ҳиссиёти сезилиб туради, хорғинлик тезда намоён бўлиб, фикрни бир нуқтага жамлай олиш қобилияти суст бўлади.

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

Энгил кўрқиш ҳиссиётини намоён қилувчи болалар, одатда турли бахоналар («тишим энди оғримаяпти», «яхшиси эртага келаман», «хозир ўзимни ёмон хис қиляяпман») билан даволанишдан бош тортмоқчи бўлишади. Улар атрофга кўрқув ва шубҳа билан қарашади. Шифокордан унинг ҳар бир ҳатти-ҳаракатини тушунтириб беришни сўрашади.

Кучли кўрқув ҳиссиётига эга бўлган болалар даволанишдан қатъий бош тортишади, даволаниш ўриндиғига 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 ҳатти-ҳаракатлар оқибатида уларнинг юрак уриши, нафас олиши тезлашади, кўз қорачиги тораяди, кучли тер қуйилади.

Ўта кучли кўрқув ҳиссиётига эга бўлган болаларни шифокор хонасига олиб киришнинг ўзи анча мушкуллик туғдиради. Улар ота-оналарига ёпишиб олишади, бақиришади, йиғлашади. Асаб системасининг кучли кўзғалиши оқибатида, уларда қаттиқ йўталиш, қусиш, ихтиёрсиз сийдик чиқариш ҳолларини кўриш мумкин. Бундай болаларни ўриндиққа ўтқизиш 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 беришни 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 усулларидадан 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, оксидин, седуксен, триоксазин, гексорбарбитал ва бошқалар болаларнинг ёшига қараб буюрилади (3 яшар болага катталарга мўлжалланган миқдорнинг 1/3 қисми, 7 яшарга 1/2 қисми, 10-12 яшар болаларга эса 2/3 қисми). Буларни муолажадан 30-40 минут олдин бир мартаба бериш мумкин ёки бўлмаса 5-7 кун мобайнида кунига бир марта ичириб, болаларни шу йўсинда тайёрлаш ҳам қулайдир.

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

- 1) оксидин-анальгин-амизил аралашмаси;
- 2) мепробамат-амизил-амидопирин-дипразин;
- 3) мепробамат-фенобарбитал-аминазин-ацетилсалицил кислотаси-тавегил;
- 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 булмаса, доривор воситаларига нисбатан тана сезгирлиги юқори бўлиши мумкин. Буларни шифокор, албатта ҳисобга олмоғи зарур. Оз миқдорда учраши мумкин бўлган бундай ҳолларда даволаш тадбирлари болаларда умумий оғриқсизлантириш (наркоз) йўли билан амалга оширилмоғи лозимдир.

2 Боб. СУТ ТИШЛАР КАРИЕСИ

2.1. Тиш эмалининг хусусиятлари ва структура тuzилиши.

Тиш эмали инсон организмда энг қаттиқ 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. Эмал тўқимасининг қаттиқлиги унинг кимёвий таркибий қисмини ташкил қилувчи анорганик 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 эмал таркибида боғланган ва боғланмаган ҳолда озроқ миқдорда сув ҳам бўлади. Органик моддалар эмал тўқимаси таркибида ламеллалар (юпка пардалар), эмал тутамлари ва ипчалар шаклида учрайди.

Эмал тўқимасининг органик асоси (матрицаси) фибрилляр протеид, кальций ионлари иштирок этувчи кальций тутувчи оксил ва кутбланган липидлардан иборат макромолекулалар комплексидан иборатдир. Мазкур мураккаб комплекс минерал алмашинувини амалга ошишида ва уни назорат қилишда асосий ўрин тутаяди. Калцификация (охлақаниш) 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 эмал призмаларининг дастасидан тuzилган бўлиб, улар эмал-дентин чегарасидан бошланиб 8 шаклида буралиб, тишнинг ташқи юзасига бориб тақалади. Махсус изланишлар маълумотига асосан тишнинг катта-кичиклиги, ўлчамларига қараб ҳар бир тишда 5 миллиондан-15 миллионгача эмал призмалари бўлиши мумкин.

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

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

Эмал 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 энгил ўзгариб туриши мумкин.

Эмал призмаси кристаллари таркибини ташкил қилувчи апатитлар таркибини ҳосил қилувчи минераллар компонентини кальций (33-39%) ва фосфор бирикмалари-фосфатлар (16-18%) ташкил этади. Эмалда уларнинг ўзаро нисбатлари ўртача $Ca:P=1.67$ га тенгдир. Бу моддалар концентрацияси эмал 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.

Эмал тўқимаси таркибида 40 хилга яқин микроэлементлар борлиги ва улар концентрацияси ҳар хил эканлиги, бугунги кун маълумотларидан маълум. Барча микроэлементларни уч гуруҳга шартли равишда ажратиш мумкин:

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

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

Моддаларнинг эмал тўқимасига сингиб кириши ва ионлар алмашинуви жараёни бир неча босқичларда содир бўлади. Эмал юзасидан микропоралар (кичик бўшлиқлар) орқали ионлар кристалнинг сувли қаватида сўнг кристал юзасига кейинчалик кристалнинг турли қисмларига, унинг панжараси бўйлаб тарқалади. Биринчи босқич жараёни-ионларнинг кристалл сувли қаватида сингиб ўтиши бир неча дақиқаларда содир бўлса, учинчиси-уларнинг кристалл панжараси бўйлаб тарқалиши бир неча ўн кунлаб давом этади.

Тишлар чиқиб бўлгандан сўнг эмалда кечадиган минерализация жараёни эмалнинг физиологик хусусияти бўлмиш унинг ўтказувчанлиги (хужайра ва тўқималарнинг газ, сув ва унда эриган моддаларни ичкарига киритиши) билан чамбарчас боғлиқдир. Эмал 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 зарралар мусбат зарядли

заррачаларга нисбатан яхшироқ сингиб киради. Эмал 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 бўйни қисми, фиссуралар, чуқурчаларининг эмал қавати қолган соҳаларга нисбатан ўтказувчанлиги анча юқоридир) тасдиқланган.

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

2.2. Тишлар кариеси этиологияси ва патогенези.

Кариес-бу сўз лотинча суяк чириши маъносини англатади. Илмий жиҳатдан кариес-тишларни эмал, дентин тўқималарининг асосий қисмини ташкил қилувчи, уларнинг қаттиқлигини таъминловчи минерал тузларнинг хилма-хил сабабларга кура ювилиб чиқиб кетиши (деминеализация) оқибатида тўқимапарининг мўртлашуви, юмшаб емирилиши натижасида тишлар бутунлигининг бузилиши ва коваклар ҳосил бўлиш жараёнидир.

Бугунги кунда илмий текширувлар, тажрибаларга таяниб олинган маълумотлар тиш кариеси касаллигини пайдо бўлишида тиш қарашларининг 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 қарашлари йиғиладиган жойлардан бошланади. Ана шундай жойларда йиғилиб қолган тиш усти қарашларидан стрептококклар ўз фаолиятида фойдаланиши натижасида углеводли овқат қолдиқларидан органик кислоталар (сут, пирозум, уксус, олма ва бошқа.) ҳосил бўлиб, шу атрофдаги чегараланган эмал соҳасида РН кўрсаткичини, пасайтиради. Углеводли овқатлар кўпроқ истеъмол қилиниши оқибатида тиш эмали сатҳида РН шунчалик кескинроқ пасайиши мумкин. Кислотали муҳитни юзага келтиришда фаол иштроқ этувчи 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 қарашларининг асосига кириб микробларни қарашларда мустаҳкам ўрнашиб қолишини таъминлайди.

Кариес касаллигини келиб чиқишида нафақат углеводлар тури, балки уларни истеъмол шакли ҳам алоҳида ўрин тутаркан. Бир марта кўп миқдорда углеводли овқат қабул қилишдан кўра оз-оздан тез-тез уларни истеъмол қилиш кўпроқ хавфлидир. Айниқса улар ёпишқоқ бўлиб, овқатланишлар

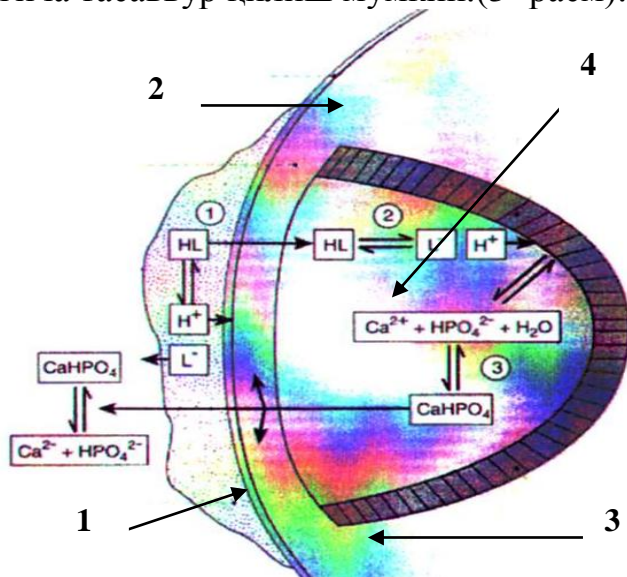
орасида истеъмол қилинса, бунда уларнинг кариесоген таъсири кучлироқ бўлади.

Енгил парчаланувчи: глюкоза, сахароза каби кичик молекуляр оғирликдаги углеводлар қабули 1-3 минут ичида РН кўрсаткични 4.4-5.0 даражага пасайтиради. РН ни одатдаги (7.0-7.4) ҳолга келиши учун эса 2-2.5 соат вақт талаб қилинади. Водород ионлари концентрациясини бундай ўзгариши, айниқса РН кўрсаткичининг 5.5 атрофида бўлиши эркин водород ионлари тиш эмал қаватига сингиб ўтиб, кристалларни эришига ва деминерализациясига сабаб бўлади.

Деминерализация жараёни сўлак таркибида кальций ва фосфат ионлари концентрацияси талаб даражада бўлганда орқага қайтиши-яъни реминерализацияга учраши мумкин. Шундай шароит туғилганда эмал қатлами кристаллари реминерализацияга учраб, қайта тикланади.

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

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



3- расм. Эмал деминерализацияси жараёни:
 1. Тиш усти қараш (бляшка).
 2. Тиш пелликуласи.
 3. Тиш эмал қавати.
 4. Ўчокли деминерализация соҳаси

Бугунги кунда кариес касалигини келтириб чиқарувчи сабаблар 2 гуруҳга бўлинади:

I. Тишлар эмал қаватининг кариесга нисбатан турғунлигини пасайтирувчи сабаблар:

1. **Ҳомиладорлик даврида юзага келиши мумкин бўлган**
 - 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 микдорининг 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 микдорининг пастлиги
- г. Боланинг 1-3 ёшлик даврида ўткир юқумли оғир 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. Кариес жараёнининг содир бўлишида бевосита иштирок этувчи оғиз бўшлиғидаги шарт-шароитлар

1. Тишлар юзасида карашлар 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 харорат

Илмий изланишлар маълумотларига қараганда микроорганизмлар органик кислоталар (сут кислотаси, пирозум кислотаси ва б.) ишлаб чиқаришлари, хужайрадан ташқарида сахарозадан глюкоза полимери-гликан ҳосил қилиши ва уларнинг тиш силлиқ сатҳига ёпишиб олиб колониялар ҳосил қилиш хусусияти кариес жараёнида 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 кариеси касаллигининг ривожланиши мураккаб патологик жараёни 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 кариес жараёни 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 меёрий ҳолатини сақлаб туради. Сўлак буфер системаси сифимининг пасайиши кариесни фаоллашиб жадаллигининг ошишига сабаб бўлади.

Сўлак таркибидаги ферментлар ҳам ўз навбатида эмалда юз бериши мумкин бўлган жараёнларда иштирок этади. Уларнинг фаоллик даражаси оғиз бўшлиғидаги углеводларни парчаланишини органик кислоталарнинг ҳосил бўлиб туришини таъминлаб туради ва шу йўл билан эмал деминерализациясида иштирок этади.

Маълум бўлишича аъзолар касалликлари организмнинг умумий аҳволи ўзгариши оғиз бўшлиғи тўқималарига, жумладан эмал 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 эмал структурасини ўзгаришига сабаб бўлади.

Оғиз бўшлиғида содир бўлиши мумкин булган бундай нохуш шароитларнинг барчаси хар доим кариес касаллигини келтириб чиқаришга сабаб бўлмайди, албатта. Ўчоқли деминерализациянинг келиб чиқиши эмал тўқимасининг кимёвий таркиби, минералланиш даражасига боғлиқдир. Тиш эмалининг бу хусусиятлари тишларнинг чиққунча ва чиқиш давридаги организмнинг умумий аҳволи билан боғлиқ бўлади. Шунинг учун боланинг-ҳомиладорлик-даврида ва туғилгандан кейинги дастлабки йилларда она ва бола организмнинг саломатлигини таъминлаш, рационал овқатланиши, кўшимча равишда фторидлар киритишни таъминлаш зарур. Бундай тадбир-чоралар тиш қаттиқ тўқималарининг тўлақонли шаклланиши ва минералашувини таъминлайди.

Бугунки кунда организмнинг иммун ҳолатининг кариес жараёнидаги иштироки тўла-тўқис ҳал қилинмаган. Фақат шу маълумки, секретор иммунглобулинлар бактериялар аглютинациясини чақириш йўли билан уларни тишлар эмали сатҳига ёпишиб қолишига имконият бермас экан. Натижада оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолати ёмон бўлган холда 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. Эмал 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. Кариеснинг доғли босқичи (оқ, жигарранг, қора)
2. Юза кариес (эмал қатламида кузатилади)
3. Ўрта кариес
4. Чуқур кариес

Клиник кечиши бўйича

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

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

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

2.5. Болалар ёшида кариес ривожланишининг ўзига хос хусусиятлари.

Кариес касаллиги ҳар ҳил ёшдаги болаларда бир хил кечмайди. Сут тишлари кариеснинг кечиши тишларнинг анатомик тузилиши, физиологик хусусиятлари билан ҳам боғлиқдир. Бундан ташқари бола организмнинг қаршилиқ кўрсатиш хусусияти ва юқори рекативлиги ҳам муҳим аҳамият касб этади.

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

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

Сут тишларида кариес лаб, лунж ва тил юзаларида ниҳоятда камдан-кам ҳолларда аниқланади. Доимий тишларда кариес 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 юритилади. Кўплаб 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 Д 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 ювенил остеопатияларнинг клиник белгиларини юзага келтиради.

Тиш-жағ системаси рахит касаллигида “ўққа” тугиладиган (мишен) аъзо ҳисобланади дейдиган бўлсак хато қилмаган бўламыз. 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, аёниқса ички секреция безлар фаолиятини бузилганлиги кузатилади.

Тишларнинг жуфт-жуфт бўлиб чиқишининг бузилиши (уларнинг кечикиб чиқиши), айрим ҳолларда 4-5 ёшларда чиқиши, сут тишларини кўплаб кариес жараёни билан шикастланиши, бу ҳолатнинг доимий тишларда ҳам кузатилиши, тишлар барча юзаларининг, баъзан одатда кузатилмайдиган тил, лунж сатҳларида кариес жараёни кечиши эътиборни жалб қилади. Даун касаллигида тишларнинг кўплаб кариесга учрашига сабаб болаларнинг ҳар хил инфекцияга тез берилувчанлиги, юқори нафас йўллари

касалликларига тез-тез чалиниши ва энг асосийси оғиз бўшлиғи гигиенасининг ниҳоятда ёмонлигидир.

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

Кариес жараёни эмал, дентин тўқималарига тезда сингиб кириб, пулпа тўқимасига етиб борганга ўхшайди.

2.7. Циркуля кариес.

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

Сут тишларининг циркуляр кариеси нурланиш оқибатида содир бўладиган кариес жараёнига жуда ўхшаб кетади. Радиация нурлари таъсирида юзага келган кариес жараёни ҳам тишларнинг бўйин қисмида ривожланиб, жадал кечиши оқибатида тиш тож қисмининг синиб тушишига ва тишсизликка олиб келади. Бундай ҳолатлар тўқималардаги, аъзолардаги ёмон сифатли 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 сути билан озикланиш бўлиши мумкин. Овқатланиш шароити, яшаш шароити, ҳар хил касалликлар, ўткир респиратор касалликлар тиш эмали ва дентини 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 пулпасига томон тарқалиши, йўналиши характерлидир. Шунини айтиш жоизки циркуляр кариес оқибатида содир қилинган ўткир пулпитларда болалар шикояти бўлмайди ва улар шифокорга мурожаат қилишмайди. Бунга қуйидагилар сабаб бўлиши мумкин: 1) Организмнинг қаршилиги сусайган болаларда пулпа некрози бирор-бир белги билан маълум бўлмайди, жараён секин-аста сурункали тус олади ва сурункали периодонтитга айланади. 2) Циркуляр кариес жараёнида тиш илдизи пулпаси ўзининг тож қисмидан иккиламчи дентин ҳосил бўлиши оқибатида ажралади. Тишнинг тож қисми синиб тушганда яроқли бўлган илдиз пулпаси ташқи муҳитдан иккиламчи дентин ҳисобига ажралади. У ўз навбатида соғлом периодонтни сақлаб қолади ва бундай тиш илдизи бир мунча 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, курак 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 жуда кўплаб тишларда кариес ва унинг асоратларини кузатиш мумкин. Депулпация қилинган тишлар сони ҳам

бир мунча кўп бўлади. Кариес қавакларидида кўплаб нам, дентин ўткир қиррали 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.

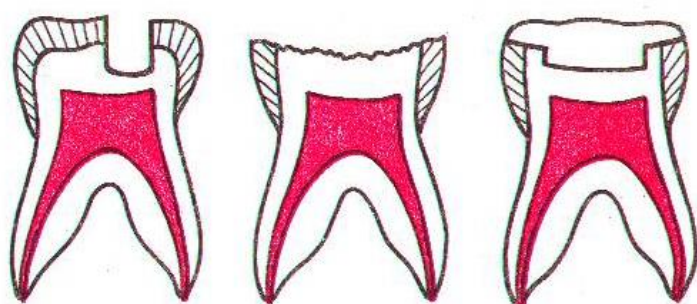
Клиник белгиларнинг намоён бўлиши нуқтаи-назаридан болаларда кечадиган кариеснинг катталарниқига ўхшаб: доғ босқичидаги кариес (macula carioza), юза кариес (caries superficialis), ўрта кариес (caries media), чуқур кариес (caries profunda) турлари фарқ қилинади ва тасниф қилинади. Булардан биринчи иккитасини бирлаштириб кариеснинг бошланғич босқичи деб юритилади.

2.9. Ўрта кариес

Бу хасталикнинг фаол ва ёшга нисбатан бир қадар клиник, кўринишлари мавжуддир,

Ўрта кариес 1-3 яшар болаларда анча тезроқ кечиб, бир неча ой мобайнида тиш эмаль қавати жароҳатнинг ўрта қисмида батамом уқаланиб тушади. Жароҳат атрофидаги эмаль қават мўртлашиб, нотекис қирралар ҳосил қилади. Дентин қават тиниқлашиб 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 бўлиб ҳисобланади. Бунда тиш қаттиқ тўқималари кариеси юза соҳа бўйлаб кенгая бошлайди ва у тўқималарда минерал тўзларнинг шиддатли равишда камайиши билан баҳоланади. Қурак тишларда ва айрим ҳолларда қозиқ тишларда ясси емирилиш айланма



а
в

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.

йўналишда тез кечиб, тишлар бўйин қисмини, уларнинг бир-бирига тегиб турган (контакт) юзаларини, танглай юзасини жароҳатлаб, тишлар тожси (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 курак тишлар ва қозиқ тишлар тож қисмининг бир бўлаги емирилиб, силлиқлашиб қолади (4-расм, а, б).

Кариес хасталиги сут тишларида шиддатли равишда кечади. У суст, сурункали кечганда жароҳатланган дентин кўнғир тусда «қурук» бўлиб, уни экскаватор билан кўчириш бирмунча қийинлашади. Жароҳатланган дентин кўчирилганда кариес ковагининг таг юзаси оч кўнғир доғ рангида кўринади.

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

2.10. Чуқур кариес

Касалликнинг бу турида тишнинг эмаль қавати тўлиқ емирилиб, тиш юмшоқ тўқимаси (пульпа) билан кариес коваги орасида нозик дентин қатлами ҳосил бўлади. Дентин тўқимасининг анатомик, физиологик тузилиши (дентин каналчаларининг кўплити, кенглиги) ва унда минерал тузлар озлиги болаларга чуқур кариес ташхисини қўйишда жуда эҳтиётчан бўлишни талаб қилади. Чуқур кариеснинг аниқ клиник белгиларини биз боғча болаларида ва 7-10 яшар мактаб болаларидагина кузатишимиз мумкин. Бу белгилар шу болаларда кариес хасталиги сурункали кечгандагина яққол намоён бўлади. Ёш болаларда эса кариес 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 шиш, 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 катталашганлиги, пайпаслаганда оғриши буни тасдиқлайди.

Бошқа тиш касалликларидан фарқлаш мақсадида кариес коваги туб сатҳидан юмшаган дентин қатлами экскаватор ёрдамида охиста кўчирилиб олиб ташланади. Бу пайтда тиш юмшоқ тўқимаси қисман очилиб қолса, иш 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 яллиғланишидан дарак беради. Агар кариес коваги туб юзасидан юмшаган дентин ажратиб олингандан кейин юза қаттиқлигича қолса, дентин тиниқ ёки ранги озроқ ўзгарган бўлса, бундай ҳолда чуқур кариес ташхиси қўйилади. Айрим ҳолларда болаларнинг инжиқлиги туфайли ташхис 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 химоя воситаларини сусайтирувчи, уни кучсизлантирувчи омилларни аниқлашга ҳаракат қилиш зарур. Бундай кучсизланган беморларни иложи бўлса педиатрлар билан биргаликда текшириб кўриш мақсадга мувофиқдир. 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 тиғ 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 карашлар яхшилаб тозаланади, антисептиклар билан ювиб қуритилади, даволанаётган тишлар пахта болишчалар ёрдамида сўлак ва милклардан ажратилади.

Кумушли эритма шиллиқ пардага тушса уни қўйдириш хусусиятига эғалигини эсда тутиш лозим !

Шикатланган сохада 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 оқ, бўрсимон тусда бўлади. Бундай ҳолларда яна бир сунъий реминерализация усулини қўллаш ҳам ижобий натижалар беради.

Сунъий реминерализация усулини амалга ошириш учун бир қанча 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 карашларни қиртишлаб тозалайди, 2%ли водород пероксиди билан эмал сатҳини ишлов бериб тозалайди, антисептиклар билан чайдиради, тишлар қуритилади, сўлакдан ажратилади, қуритилган тишлар сатҳига реминерализацияловчи эритмага обдон ҳўлланган пахта болишчалар ёки салфеткаларни ёзади.

Бу эритма тиш сатҳида 15-20 минут мобайнида ушлаб турилади ва ҳар 5 минутдан сўнг пипетка ёрдамида эритмадан томизилиб турилади. Апликациядан сўнг тиш юзаси қуритилиб, 2%ли натрий фтор эритмасига ҳўлланган 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 шакллантиришда маълумки, Блек таснифидан фойдаланилади.

Блек 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 Блек тавсиясига бир мунча ўзгартиришлар киритишга сабаб бўлмоқда. Бунда кариес қавагини пломбалашга тайёрлаш жараёнида асосий урғу механик ретенция нуқталарини ҳосил қилишга нисбатан кимёвий адгезия принципини илгари суради. Бу эса эмал тўқимасини иқтисод қилиш, аяш ва иложи борича сақланиб қолишини таъминлайди.

Замонавий композицион пломба ашёлари эмал, дентин тўқимаси билан кимёвий бирикиш хусусиятига эгадир. Бу эса мустаҳкам механик боғланишни (эмал билан пломба ашёси орасида) юзага келтиради. Бундан келиб чиқадики, кариес қавагини чархлашда патологик ўзгарган тўқималарни қолдирмай чархлаб, соғлом эмал 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 шаклланмаган илдизли доимий тишлар кариесини даволашда ишлатилмайдиган пломба ашёлари. Мазкур пломба ашёлари ажратувчи таглик билан ҳам токи тишлар тўлиқ 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 пулпа тўқимасига сингиб ўтиб унда яллиғланиш чақиради.

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

В) кимёвий ва нур таъсирида қотадиған 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. Шишаиономер цементлар (ШИЦ).

Мазкур цементлардан силикат ва поликарбонат цементларининг ижобий хусусиятлари мавжуд бўлиб, салбий хусусиятлари (адгезиясининг пастлиги, пулпа тўқимасига захарли таъсири) деярли йўққа чиқарилган. Нур билан қотувчи шишаиономер 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 қуйидагилардан иборат:

- тиш қаттиқ тўқималари билан кимёвий боғланиши;
- пулпа 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, эмал қаватларининг структурасини мустаҳкамлаб уларнинг ўтказувчанлик қобилиятини 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 пулпа 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 А⁰ бўлган) кальций фтор кристалларини ҳосил қилиш жараёни тушунилади.

Чуқур фторлаш жараёнини амалга ошириш учун эмал 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 биргаликда полимер ҳолатига келган силикат кислотаси ҳам ҳосил бўлади. Кальцийли ва магнийли кристаллар узоқ вақт мобайнида (1 йилдин 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 тушунтириш мақсадга мувофиқдир.

I синф кариесни даволаш.

I синф кариес ковагини пломбалашда энг яхши тўлдиргич бўлиб бугунги кунда шишаиономерли(глассиономерли) цементлар ҳисобланади. Бунда кариес ковагининг тубига таглик қўйиш шарт эмас. Шу синфга мансуб кариес ковақларини ажратувчи таглик қўйиб, белодонт(белодонт) цементдан гайёрланган пломба билан пломбалаш ҳам мақсадга мувофиқдир.

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 яшар 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 қунт билан шакл берилади. Тиш бўйин олди юзасида ковак ясси шаклда ишланиб, туб қисми кириш қисмига нисбатан бир оз кенгайтирилади ва кўшимча юза, таянч нукталари ҳосил қилинади.

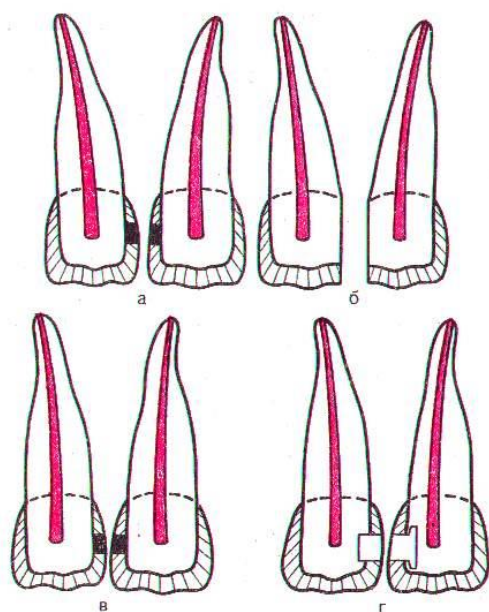
Контакт юзалардаги кариес ковагини пломбалашда, албатта матрица (кўшни тиш юзаси билан қўйилаётган пломбанинг орасига қўйиладиган металл пластинка)дан фойдаланмоқ зарур. Асосий пломба тагига қўйиладиган таглик бирмунча суюқроқ қориштирилса, уни юпқа қатлам қилиб ёйиш осонроқ бўлади. Таглик юпқа қават ҳосил қилиб қўйилгандан кейин тишлар оралиғига матрица - ажратгич қўйилади. Бир булак 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 мақсадга мувофиқдир. Сут тишлари молярлари алмашинувига 1-3 йил вақт керак бўлган тақдирда белодонт цементдан пломба қўйиш мумкин. Бола 4-5 яшар бўлса кариес ковагига яхши шакл бериб, амальгама пломбаларидан фойдаланиш ижобий натижалар беради. 2-4 яшар болаларда биринчи озиқ тишлардаги кичик ҳажмдаги кариес ковақларини фосфат цемент(уницеф), лактодонт, инфантид цементлари айниқса шишаиномер цементлар(Цемион, Fuji ва б.) билан тагликсиз пломбалаш мумкин. Бу ёшдаги болалар кўпчилик ҳолларда инжиқ ва бесаранжом бўлганликлари туфайли шикастланган юзага керакли шакл бера олмаслик мумкин. Кейинчалик бу пломбалар емирилган ёки енгил шикастланганда юпқа қатлам ҳосил бўлади, шунда керакли шакл бериб, устидан амальгама пломба қўйиш мумкин.

III синф кариесини даволашда куйидагиларга амал қилишни лозим деб ҳисоблаймиз. Бу гуруҳга кирувчи кариес ковақлари курак ва қозик тишларнинг контакт юзасида аниқланади. Мабодо тишлар орасидаги масофа жағ суяги ўсиши натижасида (4-5 яшар ҳолларда) бирмунча кенгайган (трема) бўлса, шикастланган эмаль қавати силлиқланиб, унга 30% ли кумуш нитрат эритмаси билан уч марта қайталаб ишлов берилади. Натижада кариес жараёни ривожланишдан тўхтади ва сут тишлари физиологик алмашинувиғача 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 нукталар бу ҳолда тиш дентинининг милкка ва кесувчи юзага яқин соҳаларида ҳосил қилинади (5-расм, в, г.). Бу хилда шакл берилган кариес ковақларини 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.

Россияда ва Европа мамлакатларида ишлаб чиқарилаётган янги, пломбалаш учун ишлатиладиган шишаиномер цементларидан фойдаланиш ҳам яхши натижалар бермоқда. У асоратсиз бўлиб, тиш эмали билан кимёвий бирикиш хусусиятига эгадир. III синф гурухига 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.

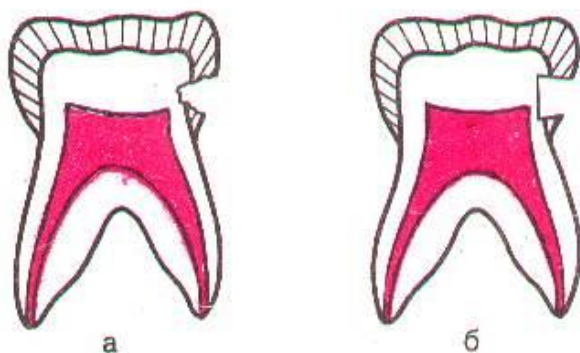
Композит материаллар (эвикрол, поликарбоксилат ва б.) қўлланилганда чархланган кариес коваги жуда ҳам эҳтиётлаб 37% ли ортофосфат кислотаси ёрдамида кальцийсизлантирилади. Бунинг учун 10-20 сония мобайнида кариес коваги деворлари шу суюқлик ёрдамида енгил намланади, шундан сўнг 20 секунд мобайнида сув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

IV синф кариесини даволаш. Бу гурух кариес жароҳатлари курак, қозик 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 тадбирларидан кейин қийинчилик туғдирмайди. Бундай даволаш усуллари кейинги бобларда тилга олинади.

V синф кариесини даволаш. Бу гурухга кирадиган жароҳатлар ҳамма сут ва доимий тишларда, тиш бўйин соҳасига яқин юзаларни шикастлайди. Бу турдаги жароҳатлар 1-3 яшар болаларда кўпинча асосан курак тишлар 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 хафта мобайнида эвгенолли (қалампирмунчок 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 қуйидаги юмшоқ эвгенолли паста бир вақтнинг ўзида иккиламчи дентин ҳосил бўлишини таъминлайди. Натижада кариес ковагининг туби бирмунча қалинлашади.

3 яшар 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 кенгрок бўлгани учун пломба тиш деворида узок 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 ковақларини ёш болаларда (1-3 ёш) икки қатновда даволаш мақсадга мувофиқдир. Бунга сабаб, сут тишларининг қаттиқ тўқима қатламларининг доимий тишлардаги қатламлардан юққалигидир. Чуқур кариес коваги сут тишларида анча юзароқ бўлиб, унта бир неча қатлам пломбаларни (даволовчи малхам, 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, қуритилиб, тубига даволовчи малхам 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 хафтагача) сақланади. Шу вақт ичида малхам паста анчагина қотади ва сувли дентин таглик қўйишга ҳожат қолмайди. Бемор иккинчи бор келганида ковакдан вақтинчалик пломба, пахта тампон олиб ташланиб, юза фосфат цемент таглиги устидан белодонт ёки бошқа бирор хил мустаҳкам пломба қўйилади.

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

3 Боб. ТИШ ПУЛЬПАСИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

3.1. Пульпа яллиғланишининг болаларда кечадиган клиник хусусиятлари.

Тиш пульпасининг яллиғланишининг ҳар хил ёшдаги болаларда учратишимиз мумкин. Чайнов тишларда кесувчи тишларга нисбатан пульпа яллиғланиши 5-6 маротаба кўпроқ учрайди.

Пульпитларни чақирувчи асосий сабаб, кариес даволанмаганлиги оқибатида микроблар ва уларнинг токсинларини 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 мавжудким, 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. Юқорида 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 агрессиви, кўпчилигини ҳосил қилувчи стафилакокклар ҳисобланади. Бунда болаларда иммуногенез жараёнининг сусайиши, жараённинг кенг кўламда тус олиши, сенсibiliзация ва авто сенсibiliзация ҳоллари, кучли захарланиш белгилари қайд этилиши мумкин.

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

Сут тишлари ва илдизи шаклланмаган доимий тишлар пульпитида 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 стректурасининг 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 оғриги, бўшашиш, уйқуга тортилиш, лейкоцитлар сонини, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши билан кечади.

3.2. Пульпитлар таснифи.

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

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 организмнинг хали 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, йиғлоқилик, инжиклик кузатилади.

Бола овқатдан бош тортади, уйқуси бузилади. Берилган оғриқсизлантирувчи (анальгетик) дорилар болани 1-2 соат чамаси тинчлантиради. Дорининг таъсири ўтгач, болалар ўткир оғриқдан чинқириб 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 ташхис бўйича муҳим аҳамият касб этади.

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

2-жадвал.

Пулпитлар қиёсий ташхиси.

Ташхис кўлами	Ўткир диффуз пулпит	Сурункали периодонтитнинг ўткирлашуви
Касаллик тарихи (анамнез)	Тиш биринчи бор оғриган	Олдин ҳам тишда оғриқ бўлган бўлиши мумкин
Совукдан 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.
Пулпа 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 шаклланмаган доимий тишларда жуда кўп ҳолларда клиник белгисиз кечиши мумкин. Касаллик болаларда режали санация олиб борилган ёки у қайта яллиғланиб, ўткирлашган пайтда болалар врачга мурожаат қилиши натижасида аниқланади. Қайта яллиғланиш пайтида узоқ муддатли симилловчи оғриқ овқатлангандан кейин, кўчадаги совукдан ва баъзи бир ҳолларда кечаси пайдо бўлади. Бола оғриётган тишини аниқ кўрсатиб беради.

Оғриган тишни кўздан кечираётганимизда унда карлес коваги борлигини, зонд юритилганда бу ковак пульпа бўшлиғига туташлигини ёки қонаган оғриқли пульпа этини ковакдан чириб юмшаган дентинни кўчираётган пайтда аниқлаймиз. Сурункали фиброз пульпитнинг болаларда, асосан клиник белгисиз кечишини назарда тутган ҳолда, шифокор сут ва доимий тишларнинг чуқур карлес ковагига ишлов бериб бўлгандан кейин эҳтиёткорлик билан карлес ковагининг туб сатҳини, айниқса пульпа

проекцияси соҳасини зонд юргизиб, текшириб чиқиши зарур. Ана шундай кунт 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 сўрилишнинг 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 жихатидан сурункали фиброз пульпитдан кейин иккинчи ўринда туради. Болаларда тиш оғригига шикоят бўлмайди. Касаллик тарихида фиброз пульпитга нисбатан олдинги пайтларда кўпроқ оғриқ бўлганлигини аниқлаш мумкин. Гангреноз пульпит билан оғриган тиш кариес ковагига зонд юритилган пайтда кўп ҳолларда ковак бўшлиғи пульпа бўшлиғи билан туташлигини қайд этиш мумкин. Пульпа ковагининг юзароқ сатҳини зонд билан қитиқлаганда оғриқ бўлмаслиги, тиш тож қисмида жойлашган пульпанинг некрозга учраганидан (ўлганидан) дарак беради. Тож пульпаси яхшилаб очилиб, зонд чуқурроқ юритилганда пульпанинг чуқур жойлашган соҳасида ёки илдиз каналларига кириш қисмидагина оғриқ пайдо бўлади. Бу хол илдиз пульпасининг тириклигидан дарак беради ва қон оқиб чиқиши буни тасдиқлайди.

Сурункали гангреноз пульпит тиш бўшлиғи ёпиқ бўлган ҳолларда ҳам кечиши мумкин. Бунда кариес 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 кариес ковагини чархлаш ва юмшаган дентин қаватини олиб ташлаш пайтида бола оғриқ сезмайди. Бу хол врач хушёрлигини оширмоғи лозим. Кариес 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 қатлами билан беркитилиб, бемор рентген кабинетига юборилади.

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

Юқорида 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 емирилиши) жараёнини кўрамыз, унинг сатҳи тиш илдизи ўсиш зонаси сатҳидан анчагина каттароқ бўлади, чегараси аниқлалмайди. 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 кўйи (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 тўхтаб қолмайди. Бундай ҳолда илдиз каналини пломбалашдан олдин, уни фақат ўлган пульпа қолдиқларидангина эмас, балки грануляция тўқимасидан ҳам яхшилаб тозалаш зарур.

3-4 яшар 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 эхтиётлаб 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 чиқади ва уни ҳам тўлдириши мумкин. Болаларда бу хил пульпа яллиғланиши камдан-кам ҳолларда учрайди. Касалликни гипертрофик папиллит (милк сўрғичининг ўсиб кетиши) дан фарқлаш зарур. Буни амалга ошириш унча қийинчилик туғдирмайди. Бунинг учун тиш буйин атрофида эмаль кават

сатҳи буйлаб зонд юритилиб, милк сўрғичининг кариес ковагига ўсиб кирган оёқчаси топилади ва ажратилади.

Пульпанинг гипертрофик яллиғланишини сурункали периодонт касаллигидан ажратиш бирмунча қийинчилик туғдириши мумкин. Сурункали, айникса грануляцияланиб кечадиган периодонт яллиғланганда кўпгина ҳолларда патологик сўрилиш натижасида пульпа қаватининг туб девори ёки ён девори шикастланиб, грануляция тож бўшлиғига ўсиб киради ва кариес бўшлиғини 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 тиш ранги ўзгариб, кўкимтир тус олади. Айникса, тиш атрофидаги юмшоқ тўқимада, милк соҳасида йиринг йўли (свиш) бўлиши мумкин. Қўшимча ўтказилган тадқиқот (рентген тасвирида) периодонт яллиғланишига мос ўзгаришлар борлигини кўрсатади, бу эса бизга қиёсий ташхисни 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 сўрғичидан ва сурункали кечадиган периодонтитда пульпа ковагига ўсиб чиқадиган грануляция тўқимасидан қандай усуллар ёрдамида фарқ қилиб ажратиш мумкин?

4. Илдизи шаклланмаган 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 чоратадбирлари

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 томонлари ҳам бўлишини назарда тутмоқ лозим.

Пульпа яллиғланиши (пульпит) ни даволашнинг қуйидаги 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 чақирувчи) 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 (девиталь 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 врач 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 сақланишини ва хаётий фаоллигини давом эттиришни таъминлайди. Қуйидаги ҳолларда бу усул билан даволаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади:

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

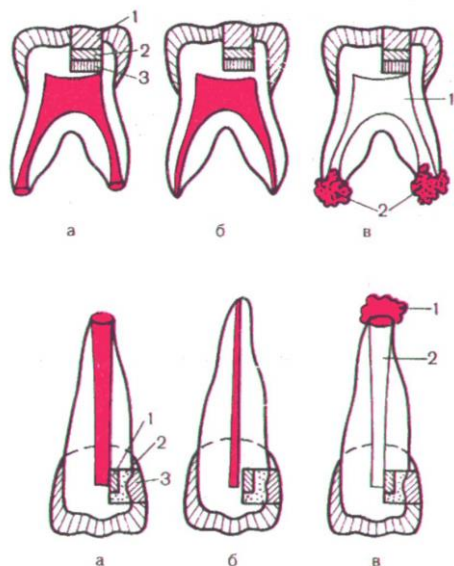
2. Шаклланган ва шаклланмаган тишларда кечадиган қисман ўткир (чегараланган) пульпитда.

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 буйича 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 илиқ антисептик билан ювиб қуриштириб, жароҳатланган соҳага кальцин 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 оғриқсизлантирилади. 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 (қўйилган даволовчи пломба таъсирида) тикланиш жараёнларини таъминлайди. Қисман (чегараланган) ўткир пульпитда тож бўшлиғини атайлаб очиш шарт эмас. Яллиғланиш натижасида ҳосил бўлган пульпа бўшлиғидаги экссудат шаклланмаган бўлиб, анчагина кенг илдиз каналлари орқали сизиб оқиб, пастга тушиши мумкин. Юпка дентин қавати дентин йўллари орқали ковакка қўйилган дори диффуз йули 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 қуриштирилади. Ковак туб сатҳига даво қатлами паста ҳолида қўйилади. 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 оксил парчаловчи фермент қўшилади. 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 қўйилган, арзимаган бўлиб кўринган хатоимиз оғир оқибатларга олиб келиши мумкин.

Вақтинчалик пломба қўйилган 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 юпқа 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 анатомик шакли тикланади.

Сурункали кечадиган фиброз пульпитни биологик усулда даволаш бир мунча оддийроқдир. Тиш кариес коваги чархланиб, унга керакли шакл берилади. Ковакнинг туб сатҳига кальмецин, кальциндан тайёрланган ёки бўлмаса винилинда тайёрланган сунъий дентин паста (у Шостаковский бальзами номи билан таниш) суртилиб, иссиқ ҳаво оқими ёрдамида курилади. 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 кўп 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 гиши олиб ташланади.

3.10. Яллиғланган пульпани тирик ҳолда оғриксизлантириб ампутация қилиш усули

Бу усул пульпа яллиғланишининг қуйидаги турларини даволаш учун қўлланади:

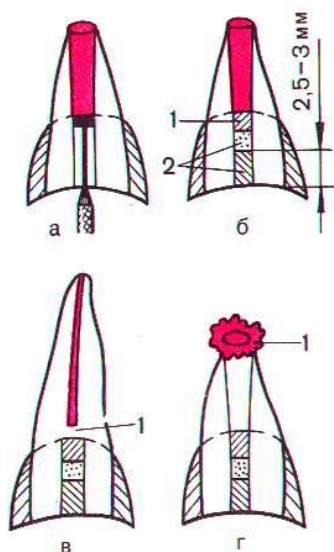
1) шаклланмаган илдизли сут ва доимий тишларда. (асосан олдинги гурух) кечадиган сурункали фиброз пульпитда;

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 кариесидан (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 орқали 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 хол чуқур дентин қаватга микроблар ўтишидан сақлайди. Пульпа бўшлиғини очиб ампутация қилишдан олдин кариес коваги антисептик эритмалар ёрдамида яхшилаб ювилиб, қурилади. Шундан кейин пульпа бўшлиғи очилиб, микробсизлантирилган шарсимон, тескари конуссимон ўткир бор ёрдамида тож пульпаси илдиз каналига ўтиш қисмидан қиркилиб ажратилади ва олиб ташланади. (8-расм).



8-Расм. Шаклланмаган илдизли курак суг тиши пульпаси яллиғланишида витал ампутация усули.

а-тож пулпасининг 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 суюк тўқимасининг емирилиши.

Сизиб оқаётган қонни тўхтатиш учун адреналин эритмасига намланган (ёки 2-3% ли водород пероксидли) тампон қўйилади. Қон тухтатувчи 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 олдида ковак тубига фосфат цементдан тайёрланган химоя 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).

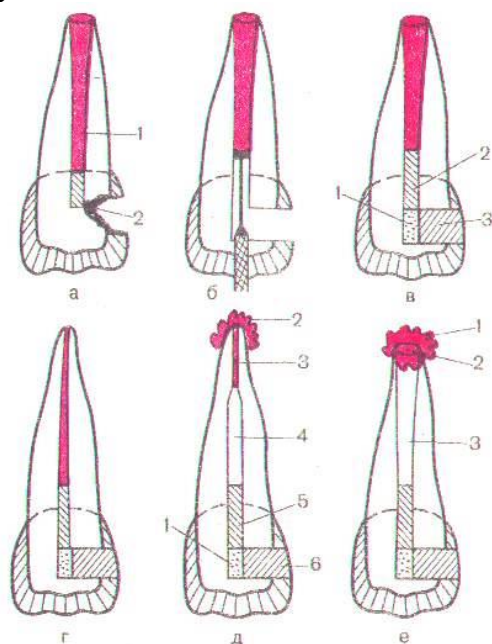
3.11. Яллиғланган пульпани оғриқсизлантириб чуқур ампутация қилиш усули

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 қўлланади.

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 ускуналарни тўғри танлаб, усталик билан ишлата билиш муҳим аҳамиятга эгадир. Чунончи, ускуналар 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 пульпитда чуқур ампутация усули.

а-муолажагача: 1-яллиғланган пулпа; 2-ўлик пулпа; 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 пулпа; 4-мумиёлашган пулпа; 5-форалинли паста; 6-пломба; е- салбий натижа: 1-сурункали периодонт яллиғланиши; 2- шаклланмаган илдиз; 3-ўлик пулпа.

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-б 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 малхам пастасини танлашда унинг микробларга, яллиғланишга қарши таъсири ва сингиш хусусиятларини ҳисобга олиш шартдир. Чунончи, кальцин ва кальмецин пасталарининг 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. Шуни назарда тутиб, яллиғланиш жараёни ўткирлашиб қайталанганда чуқур ва ҳар томонлама таъсир кучига эга бўлган бошқа доридармонлардан фойдаланиш лозим. Мабодо илдиз пульпасининг қолган қисмида қайталаниш 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) қор қилади. 1-2 кунга қўйилган бу малхамлар яллиғланиш жараёнини тинчлантиради. Шикоят бўлмаган тақдирда илдиз каналининг бўш қисми формалин сақловчи пасталар ёрдамида охиста тўлдирилади. Бу хил пастани қуйидагича тайёрлаш мумкин. Бир томчи 10% ли формалин эритмасига бир томчи глицерин, бир дона тимол кристали 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 хаётини, физиологик хусусияти бўлган дентин ҳосил қилиш жараёнини давом эттиришни таъминлайди. Бунинг натижасида илдиз тўлиқ шаклланади.

Шунга қарамадан 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 бушлиқ 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 катта 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 тадбирлари 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 олиб 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 утилган турлари билан бир қаторда анестетик моддаларни тўғридан-тўғри тиш пульпасига БИ-8 инъекторларидан фойдаланиб босим остида пуркаш 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 озиқ 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.

Қуйидаги ҳолларда бу усулдан фойдаланиш тавсия этилади:

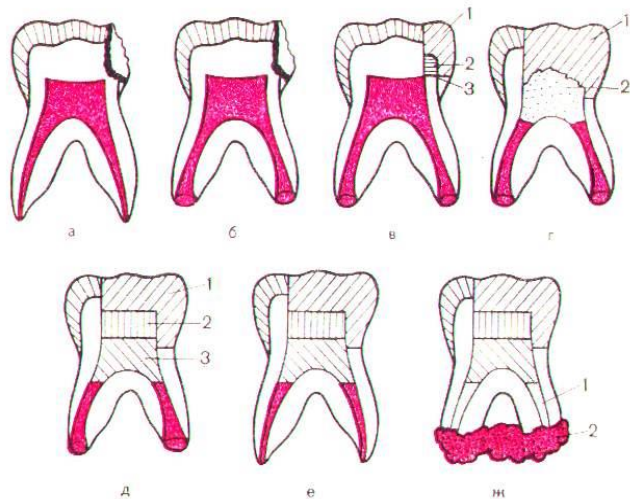
- 1) ривожланиш ва шаклланишнинг қайси бир даврдан катъий назар сут тишларида кечадиган пульпа яллиғланишининг барча турларида,
- 2) шаклланмаган илдизли доимий тишларда кечадиган пульпа яллиғланишининг ҳамма турларида.

Қуйидаги ҳолатларда кўрсатилган усулдан фойдаланилмайди.

- 1) умуй (диффуз) ўткир пульпитда тиш атрофи тўқималари яллиғланиш жараёнига қўшилганда;
- 2) қайта ўткирлашган сурункали пульпа яллиғланишида тиш атрофи тўқималарида ўзгаришлар аниқланганда.

Юқорида 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 фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Шаклланмаган илдизли доимий тишларда эса чуқур ампутация усулини қўллаш зарур ҳисобланади.

Жонсизлантириш йўли билан яллиғланган тиш пульпасини қисман олиб ташлаш усули уч қатновда амалга оширилади. Бола биринчи марта муружаат қилганда объектив, субъектив белгилар асосида керакли, тўғри ташхис қўйилгандан кейин кариес коваги овқат қолдиқларидан ва юмшоқ дентин тўқимасидан бартараф этилади. Кариес коваги бирор-бир илитилган антисептик эритмаси билан (калий перманганати, фурацилин ёки бошқ.) ювилиб, тампон ёрдамида қуритилади. 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 суюқликда ҳўлланган пахта тампон 5-7 минут давомида қўйилади. Сурункали кечадиган гипертрофик пульпитда маҳаллий оғриқсизлантириш муолажасидан кейин, кариес коваги ўсиб чиққан пульпа тўқимасидан ўткир 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 бўлиб ҳисобланган арсенат кислотаси қўйилади. Устидан оғриқсизлантирувчи суюқликқа 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 пайтпда 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 суюқликли тампон; 3-анрсенат пастаси;
 г-пулпанинг тож қисми ампутациядан кейин: 1-муваққат пломба; 2-резорцин-формалинли тампон;
 д-тугалланган муолажа: 1-доимий пломба; 2-сувли дентинли қават; 3-резорцин-формалинли паста;
 е-ижобий натижа;
 ж-салбий натижа: 1-ўлик пулпа; 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, кариес ковагига қўйиш билан чекланиш маъқулдир.

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

Бемор иккинчи марта шифокор қабулига аниқ кўрсатилган пайтда, у берган маслаҳатларга амал қилган ҳолда келиши шарт. Иккинчи қатнов вақтида касал тиш кариес 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 ўлдиради. Илдиз пульпасининг ўсувчи қисмигина тирик қолади. Яхши ривожланадиган, ёг ҳужайраларга 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 силидонт 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 тегишли ишлов берилиб, очилган пульпа коваги нуктасига арсенат кислота қўйилади. Шаклланган бир илдизли сут тишларининг пульпа бўшлиғи беморнинг иккинчи мурожаати пайтида (арсенат кислотаси қўйилгандан кейин эртасига) кенгрок 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 кенгрок 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) хўлланган турунда 1-2 кунга қолдирилади. Кейинги катновда вақтинчалик пломба ва турунда олиб ташланади ва илдиз канали курук турунда билан ивиган қон қолдиқларидан тозаланади. Қуритилган илдиз канали тимол сақловчи эвгенол ёки бошқа бир ёрда қориштирилган паста билан тўлдирилади ва ажратувчи қатлам қўйилиб, тиш коваги доимий пломба билан беркитилади.

Сут тишларининг илдизлари ёнида доимий тиш куртаги жойлашганлиги 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 ҳалақит 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 пломба 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 озик сут тишларида жонсизлантириш йўли билан ампутация усулини, шаклланган илдизли тишларда тўлиқ экстирпация усулини қўллаш мақсадга мувофиқдир.

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, янгитдан 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 узокрок вақт мобайнида тиш ковагида ушланиб турилганлиги сабаб бўлади. Бу нохуш 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 тўхтади 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 каналдан 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 тўхтади ва даволаш охирига етказилади.

3.16. Пульпа яллиғланиши даволангандан кейин содир бўлиши мумкин бўлган асоратлар

Яллиғланган тиш пульпасига оғриксизлантириш 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, енгил шиш кўриш мумкин. Жағ ости соҳаси пайпасланганда лимфа тугунларида ўзгариш сезилади.

Бундай ҳолларда доимий пломба олиб ташланиб, тиш илдизи қолдиқ пульпа тўқимасидан ҳоли қилинади, тозаланади ва маълум бир муддатга очиқ қолдирилади. Касалга ичиш 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.

Юқоридаги 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. Оғриксизлантириш 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. Шаклланган илдизли сут тишларини даволашда қайси бир усулдан фойдаланилади?

5. Даволашда пломба воситалар қандай танланади?

6. Сут тишлари (катта озиқ тишлари) кўпроқ қайси бир усулда даволанади?

7. Доимий моляр (катта озиқ) 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?

4 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 х. 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 яшар 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 шаклланмаган доимий тишларда сурункали периодонтитлар унчалик чуқур бўлмаган кариес коваги мавжуд тишларда пулпа бўшлиғининг ёпик 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 пулпа некрози ва ўсувчи соҳа тўқимасининг ўсиши шаклланмаган 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 жараёнлари 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 жараёнининг 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 қамраб 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 тўхтади ва у секвестрларга ажралиб парчалана бошлайди. Сут тишлари олиб ташланса, алвеола 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 хол ўз навбатида жуфт – жуфт бўлиб чиқиш тартибини бузади ва тишлар қатори прикусининг деформациясига олиб келади. Бундай бар вақт чиққан тишлар тезда кариес жараёнига учрайди.

5. Сут тишлари периодонтитидаги сурункали грануляцияланувчи яллиғланиш жараёни ва мунтазам равишда йиғилиб турадиган йирингли экссудат доимий тиш куртагини ўрнидан силжитиши, унинг ҳолатини ўзгартириши, ўз ўқи атрофида айлантририши 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 илдизидан 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) чўққи периодонтити;

2) қирғоқ периодонтити;

III. Клиник белгиларининг ривожланишига нисбатан:

1) ўткир периодонт яллиғланиши:

а) ўткир -чўққи периодонтити (periodontitis apicalis);

б) ўткир қирғоқ периодонтити (periodontitis marginalis);

2) сурункали периодонт яллиғланиши:

а) сурункали фиброз периодонтити (per. chronics fibrosa);

б) сурункали грануляцияланувчи периодонтит (periodontitis chronica granulans);

в) сурункали гранулематоз периодонтит (periodontitis chronica granulomatosa).

г) ўткирлашган (қайталанган) сурункали периодонтит

4.3. Ўткир чўққи (апикал) периодонтит

Периодонт тўқимасининг бу хил ўткир яллиғланиши болаларда умумий ўткир 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 қобиляти 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 кенг илдиз канали орқали микроблар ва уларнинг токсини периодонт тўқимасида ўткир чўққи периодонтитни вужудга келтиради. Касалликнинг биринчи аломати оғриқ ҳисобланади. Оғриқ сабабсиз бошланиб, тўхтовсиз тарзда кучая боради, тиш атрофи тўқималари қизариб шишади, пайпаслаганда кучли оғриқ сезилади. Боланинг тана ҳарорати кўтарилиб, 38-39° С ни ташкил этади. Умумий захарланиш 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 текқизилганда кучли оғриқ пайдо бўлади ва тиш ликиллаб қимирлаб 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 эҳтимолдан ҳоли эмасдир. Юқорида кўрсатилган жараённи зўрайиши мутахассисдан оғриган тишни олиб ташлашни тақозо қилади ва бу яллиғланиш жараёни ҳавfli оқибатларининг олдини олиши мумкин.

Ўткир чўққи периодонтитда биринчи мурожаат пайтида касалланган тиш пульпа коваги кенгайтирилиб очилади. Илдиз бўшлиғи чирий бошлаган нерв-томир тутамидан пульпаэкстрактор ёрдамида баратарф этилади ва

охисталик 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 ичиш 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 жаррохлик йўли билан кесилиб, йирингли экссудатга йўл очилади. Ана шундай оғир аҳволга тушиб қолган мактаб ёшигача бўлган болаларга касалхоналарга ётиб, даволаниш тавсия этилади.

Беморнинг аҳволи бир мунча яхшиланиб, оғриқ пасайгандан кейин тиш илдизи каналлари қайта ювилади. Илдиз каналлари яллиғланиш жараёни қайтгандан кейингина пломбланади. Бошқа сабаблар натижасида юз берадиган ўткир чўққи периодонтити бирмунча енгил кечади. Кимёвий жароҳатлар асосида вужудга келадиган ўткир чўққи периодонт яллиғланиши кўпинча 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 кўйилади. Тиш коваги сувли дентин ёрдамида вақтинчалик беркитилади. Бир илдизли доимий тишлар бўялмаслиги 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 етказиш 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 бўшлиғини очиш (трепанация) учун шошилмаслик керак. Шикастланган тиш лиқиллаб қолган бўлса, уни тез қотадиган пластмасса шиналар ёрдамида ёнидаги соғлом тишларга маҳкамлаш зарур. Беморга яллиғланишга қарши дори-дармонлар 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 хол пульпанинг тириклигидан дарак беради. Мабодо шикаст еган тиш сезгирлигининг пасайиб бориш ҳолати қайд қилинса, у холда тиш тожси трепанация қилиб очилиб, илдиз канали улган 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 улар ўрнининг грануляцияланувчи тўқима билан алмашинувиغا сабаб бўлади. Бу тур яллиғланиш жараёни учун тўқимада ҳужайраларнинг ўлиши (альтерация) ва ҳосил бўлиши (пролиферация) дан ташқари, томирлардаги қон суюк қисмининг сизиб чиқиши (экссудация) ҳам ҳосил. 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 тўсинчаларини ва доимий тиш куртакларини ўраб турувчи компакт суяк пластинкаларини емиради. Бу хол 2-3 яшар болаларда доимий тиш куртакларининг тўлиқ емирилиши билан тугалланиши мумкин. Ана шундай болаларда кейинчалик доимий тишлар шу нуқталарда ўсиб чиқмайди ва бу хол бирламчи адентия (тишсизлик) деб изоҳланади. Баъзи бир ҳолларда эса яллиғланиш жараёни таъсирида доимий тиш куртакларининг эмаль ва дентин қавати 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 чўққи 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 ташхис тўғри қўйилади.

4.5. Сурункали гранулематоз периодонтит

Периодонт яллиғланишининг бу хил сурункали кечадиган тури сут тишларида жуда кам учрайди. Пульпанинг яллиғланиш жараёнида ўлиши, доимий шаклланмаган тишларда нотўғри ёки самарасиз даволаниш оқибатида қайд этилади. Касалликнинг клиник белгилари яққол намоён бўлмайди. Яллиғланишнинг қайта ўткирлашуви ва йиринг йўллариининг (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 чўққиси атрофида суяк тўқимасининг текис думалок шаклда сўрилишидан ҳосил бўлган қорамтир, думалок 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 доимий тишларда жуда ҳам ҳолларда қайд этилади. Сурункали фиброз периодонт яллиғланишида клиник белгилар яққол намоён бўлмайди. Болалар касалланган тишдан шикоят қилмайдилар. Уларнинг мавжудлиги болаларни ялпи 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 ҳасталигининг ўткирлашуви тез-тез содир бўлиб турадиган ҳолдир. Кўп учраши жиҳатидан бирламчи

Ўткир чўққи периодонтитга нисбатан 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 чириндиларидан ҳоли қилинади. Каналлар бирор-бир антисептик (2% ли хлор, фурацилин, диоксидин, метрогил ва бошқа) эритмалар билан оҳиста ювилиб, тиш очиқ қолдирилади. Агар қайталаниш жараёни бир неча марта такрорланса, касалланган тишни жаррохлик 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 тухтатиш учун қилинган даво ва илдиз канални яхшилаб тозалаб пломбалаш ҳам жараённинг тўхташига гаров 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 мартаба 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) жароҳатлаган ёки сўрилиш натижасида тож туб девори емирилган (перфорация) бўлса;
- 6) яллиғланиш доимий тиш куртакларини ўраб турувчи компакт суяк қатламини жароҳатлаган тақдирда;
- 7) сут тишлари илдизида ҳосил бўлган киста яллиғланганда;
- 8) даволаш жараёнида яллиғланиш қайта ўткирлашиши оқибатида суяк усти пардага ўтганда, йирингли лимфа тугуни яллиғланганда ва бошқа ҳоллар пайдо бўлган тақдирда.

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

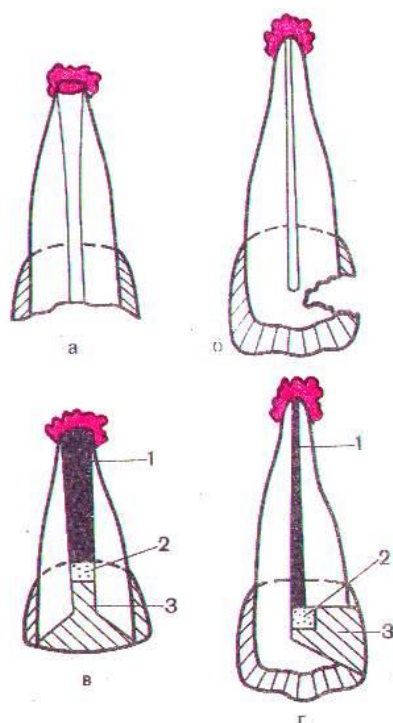
- 1) сурункали яллиғланиш жараёнида тож таг деворида перфорация (емирилиб тешилиш) юз берган бўлса ва тиш тож қисмининг бузилиши оқибатида уни пломбалаб тиклашнинг иложи бўлмаса;
- 2) даволаш давомида яллиғланиш қайта ўткирлашиб периостит, абсцесс, остеомиелит каби нохуш асоратларга олиб келиш хавфи 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. Шакланмаган илдизли (А) ва шакланган илдизли (Б) курак сут тишларини даволаш.

А,а,б-даволашдан олдин; Б, а, б-даволаш муолажасидан сўнг; 1-паста, 2-дентин қават, 3-пломба.



Касалланган тиш кариес коваги яхшилаб чархланиб, пульпа 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 юқори 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 очик-очикмаслиги текширилади. Игна олинганда пахта турундасининг уч қисми қизғиш рангда бўлса, бу чўққи тешигининг очиклигидан далолат беради. Шундан сўнг илдиз канали куритилади ва юмшоқ мойли асосга эга бўлган пасталар билан пломбланади. (11-расм, в, г). Бундай пасталарни тайёрлаш учун рух оксиди порошоги, қалампирмунчоқ, 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, шишаиномер цементдан доимий пломба тайёрланади ва ковак силлиқ 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, кўшимча кенгайтирилиб, танглай ёки тил томонга олиб чиқилади (токи илдиз каналига игна ёки пульпаэкстрактор тўсқинликсиз осонликча кира олсин).

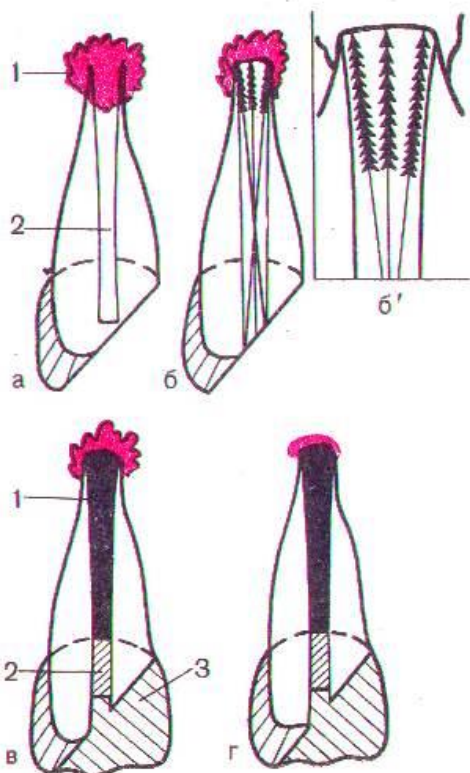
Илдиз каналини фақат пульпа чириндиларидан тозалашгина эмас, балки каналга рашпил ёки файллар ёрдамида уни кенгайтириш ҳам муҳим аҳамият касб этади. Шу тарзда илдиз каналининг дентиндан ташкил топган девори унга микроканалчалар орқали кирган микроорганизмлардан бир қадар тозаланади. Илдиз канали антисептик 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 ўзгартрмайдиган 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 мақсадга мувофиқдир.

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

Бу ҳолда илдиз каналининг охириги қисми шаклланмаганлиги 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 тўқиманинги 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 тозаланади. (12-расм, б).



12-Расм. Шакланмаган илдизли доимий курак тишларни даволаш.

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

Бундай давони оғриқ пайдо бўлган ҳолларда тишни оғриқсизлантириш йўли билан амалга ошириш мумкин. Илдиз ковагидан грануляцияцион тўқима олиб ташланаётган вақтда кучли қон оқиш ҳоллари юз берпши мумкин. Қон оқишини тўхтатиш мақсадида илдиз ковагига бир неча минут мобайнида водород пероксиди ёки адреналин суюқлиги Шимдирилган турунда кўйиш ишимизни анча енгиллаштиради. Илдиз ковагини грануляцияцион тўқимадан бартараф қилиб пломба материали билан тўлдириш беморнинг биринчи қатнови вақтида тугалланмоғи лозим. (12-расм, в, г). Акс ҳолда, иккинчи қатнов вақти мобайнида грануляцияцион 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 жаррохлик 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 кўйилиб, ковак сувли дентин 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

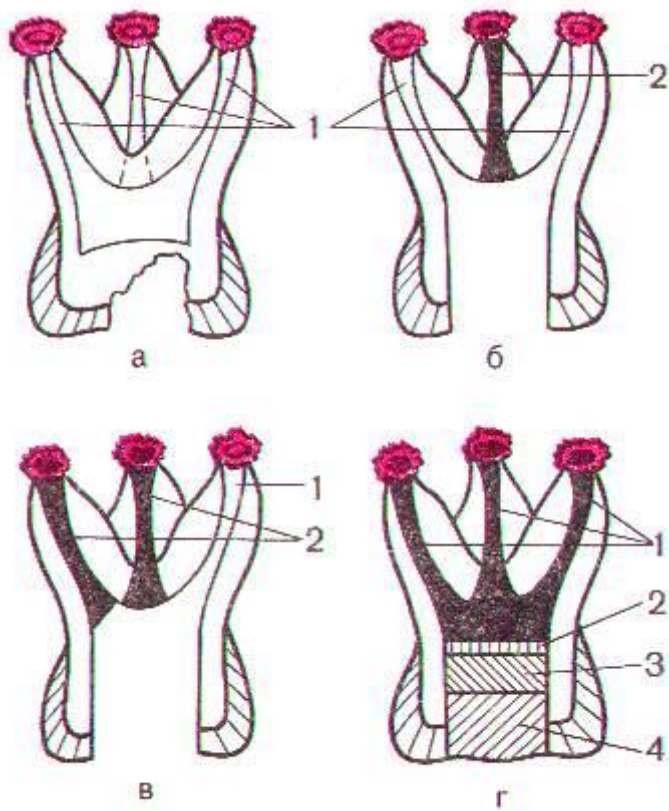
кучини синаш учун ҳам восита бўла олади. Шу тарзда коваги беркитилган касалланган тиш 2-3 сутка мобайнида оғриб беморни безовта қилмаса, иккинчи қатнов пайтида муолажа давом эттирилади. Борди-ю, даволанаётган тишда ковак беркитилгандан кейин маълум бир муддат ўтгач оғриқ пайдо бўлса, у ҳолда вақтинчалик пломба олиб ташланиб, тиш коваги очик ҳолда қолдирилиши ота-оналарга маълум қилинади.

Болаларда доимий озик тишларни даволашда беморнинг биринчи қатнови давомида касалланган тишнииг тож ва илдиз коваги одатда чириган пульпа қолдиқларидан ҳоли қилинмоғи лозим. Лекин биринчи қатновда тиш илдиз чўққиси дрильбор ёрдамида (бурама бор) кенгайтирилмаслиги лозим. Акс ҳолда инфекция периодонт тўқимасидан ичкари кириб, яллиғланиш жараёни қайта ўткирлашиши мумкин. Чунки доимий озик тишларда бир илдизли тишлардан фарқли равишда 3 та илдиз мавжуддир, бу эса инфекция тарқалишининг ҳавфини 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 қурилади. Юқори жағ моляр (озик) тишлари даволанаётганда бемор креслога горизонтал ҳолда ётқизиблиб (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 турундлар ёрдамида бир неча бор такроран киритиш билан сингдирилади. Ана шундан кейин каналларга кириш қисмида эритмани пахта тампонга шимдириб, вақтинчалик пломба остида қолдириш мумкин ва охириги қатнов пайтида пломбалаш ишлари тугатилади. Илдиз бўшлиғини тўлдирувчи паста сифатида резорцин-формалин эритмасида қориштирилган рух оксиди (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 озиқ тиш илдиз каналларига алохида ишлов бериб пломбалаш муолажаси.

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

Шунинг учун даволашдан олдин тишларда кечаётган яллиғланиш жараёнини пулпага тегишли ёки периодонтга тегишли эканлигини аниқлаш учун яхшилаб қиёсий ташхис ўтказиш зарур. (3-жадвал).

Беморнинг биринчи қатнови пайтида битта илдиз канали грануляциян тўқимадан ҳоли этилиб, антисептик ишлов берилиб қурилади 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 қилнган усул билан тўлдирилиб, тиш коваги яна 5-7 кунга очик қолдирилади. Тиш ковагини очик қолдириш яллиғланиш жараёни қайталаниб 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, инжикланишидан халос этади ва пломбалаш даво тадбирларини сифатли бажаришга имкон туғдиради.

Болаларда кўп илдизли тишларда кечаднган 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 тўлик

шаклланмаганини (деструкция) аниқлаш мумкин. Ана шундай ҳолларда жаррохлик йўли билан илдизнинг уч қисми кесиб олинади (резекция верхушки корня). Агар суяк деструкцияси катта соҳани ташкил қилса, даволанган тишни олиб ташлаш тавсия этилади.

3-жадвал

Илдизи шаклланмаган тишларда сурункали периодонтитни гангреноз пулпит билан қиёсий таъхиси ва давоси

Таъхис учун маълумотлар. Даволашни режалаштириш	Сурункали гангреноз пулпит	Сурункали периодонт яллиғланиши
1. Илдизларнинг шаклланиш даражаси	Боланинг ёшига тўғри келади (соғ тишлардагидек)	Тиш пулпаси ўлган ва янги дентин ҳосил бўлиши тўхтаганлиги натижасида илдиз шаклланиши орқада 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 турувчи суяк тўқимасининг емирилган, сийраклашган 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 пулпасининг 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



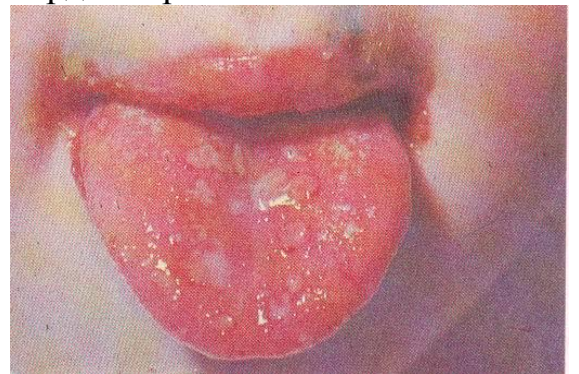
34-расм. Икки ойлик болада тил ости декубитал яраси



35-расм. Сирка кислотадан куйишдан сўнг ҳосил бўлган юқори лаб шиллик пардаси эрозияси.



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



37-расм. ЎГС билан оғриган 2,5 яшар бола. Тил шиллик пардасидаги элементлар.



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



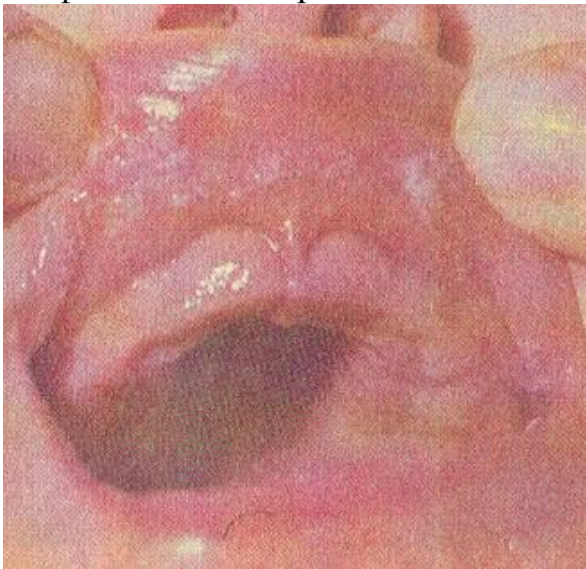
39-расм. 6 яшар бола тилида қайталанувчи герпетик стоматит.



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



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



44-расм. 6 ёшли болада кўп белгили эксудатли эритема. Лаб ва ёноқ шикастланиши.



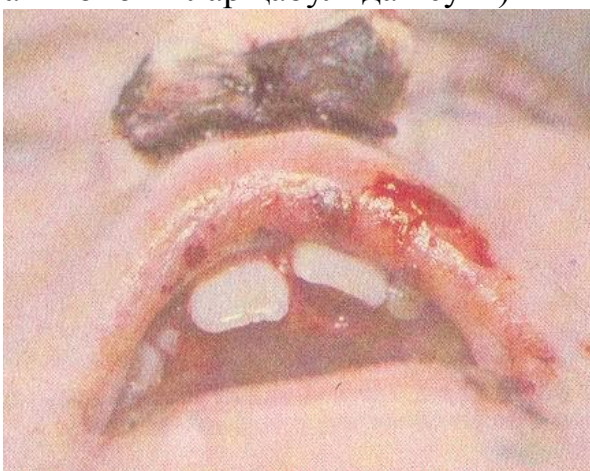
45-расм. 5 ёшли болада Стивен-Жонсон синдроми.



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



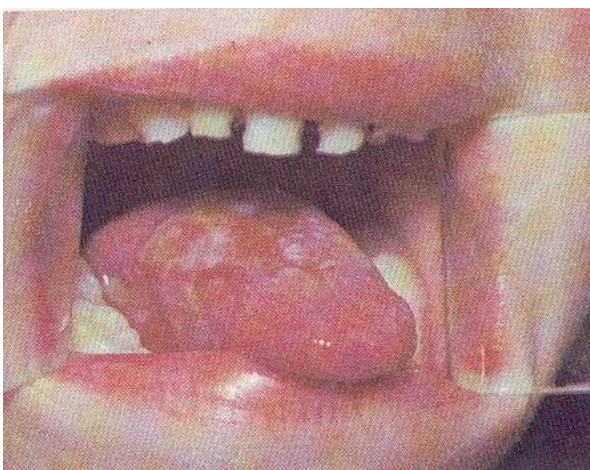
47-расм. 14 ёшли болада ўткир миеломоноцитар лейкозда гипертрофик гингивит.



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



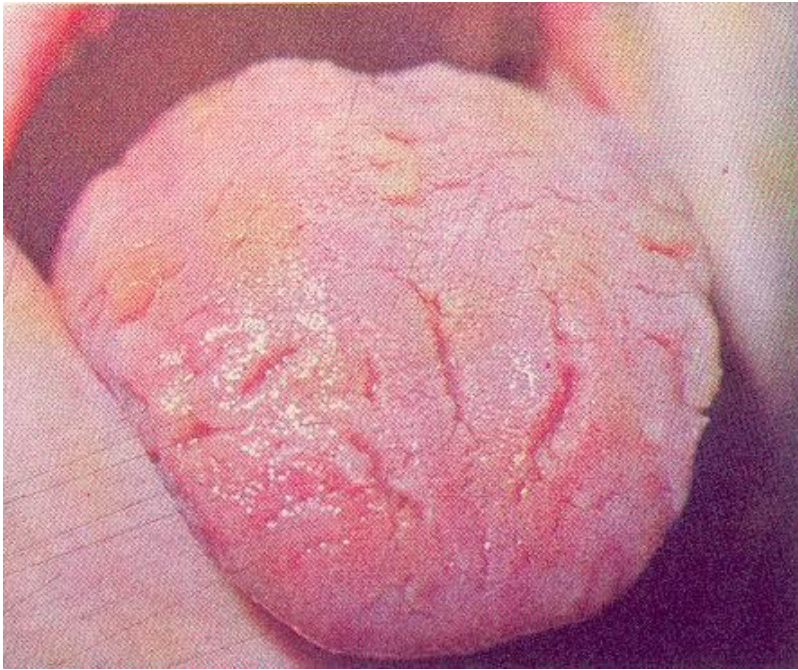
49-расм. 12 ёшли болада туғма пуфакли эпидермолиз. Пуфаклар геморрагик экссудат билан тўлган. Лунж шиллик қавати.



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



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



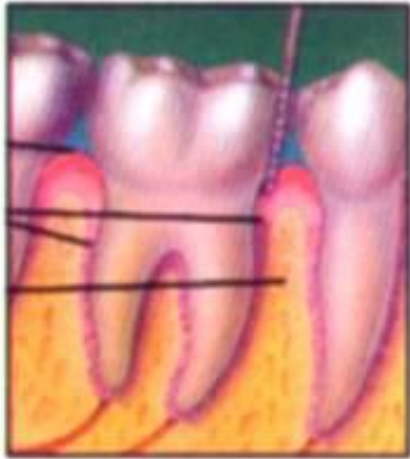
52-расм. 14 ёшли соғлом болада қат-қат бурмали тил.



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



54-расм. 13 ёшли болада стрептококкли ангулар хейлит. Жағ ости лимфатугунларининг яллиғланиши.



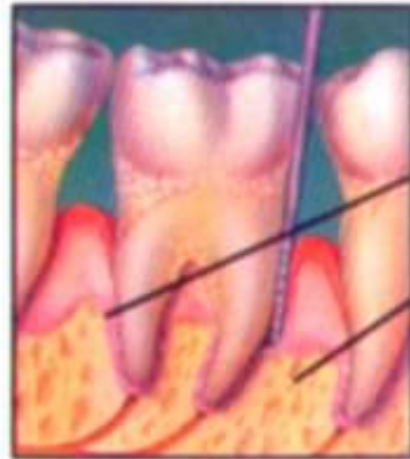
64-расм. Соғлом пародонт



65-расм. Сурункали катарал ГИНГИВИТ



66-расм. Сурункали пародонтит



67-расм. Пародонтолиз.



68-расм. Пародонтитда милк ости тошлари

5 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 туриши ҳаммага маълум.

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

Замонавий, мукаммалашган текшириш усуллари мавжуд бўлишига қарамасдан ушбу касалликлар хали 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 бир мунча 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 қилиши мумкин бўлган асоратлар ҳам тўла-тўқис ўз аксини топмаган. 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 бири-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 қуйидаги турлари мавжуддир.

Тиш қаттиқ тўқималарининг фолликуляр тараққиётида юзага келадиган нокариес касалликлари таснифи (В.К. Патрикеев, 1968 й.).

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

5.2. Эмал гипоплазияси

Эмал 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 эмал тўқимасини ҳосил қилувчи энамелобласт хужайралар фаолиятининг ўзгариши сабабли эмал тўқимасининг шаклланиши бузилади. И.Т. Лукомский (1953), С.И. Вайс (1965) фикрича бу нуқсон эмал 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 эмал 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 эмал тўқимасининг оксилли асоси (матрицаси)нинг шаклланиши бузилиши билан энамелобластлар фаолиятининг пасайиши натижасидир. Г.В. Овруцкий (1991) гипоплазия эмал 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 пульпасида ҳам ўзгаришлар содир бўлади. Эмал гипоплазияси доимий тишларда учраб, у болаларнинг 4,5 ойликдан 2,5-3 ёшлар оралиғида ўткир юқумли касалликлар, рахитнинг оғир шаклини, токсик диспенсия, алиментар дистрофия, ошқозон-ичак, эндокрин системаси касалликларини бошидан кечирганлиги билан ҳамбарчас боғлиқдир. Мазкур тиш эмали нуқсони табиатан боланинг хомила даврида, сут тишлари эмали ривожланиши, охакланиши даврида содир бўлмаслигига асосий сабаб, хомила даврида йўлдошнинг захарли токсинлардан химоя қилиш хусусиятининг мавжудлигидир. Лекин баъзида хомиладорлик даврида, айниқса хомиладорликнинг иккинчи даврида оғир кечадиган касалликларга чалиниши (қизилча, токсоплазмоз ва бошқа.) йўлдошнинг химоя вазифасини анчагина сусайитириши, унинг бутунлигини бузиб, ўтказувчанлигини ошириши, ёки бўлмаса бола туғилгандан сўнгги

биринчи кунлар, хафталарда туғилган боланинг ўзини касалликка чалиниши сут тишларида ҳам эмал гипоплазиясини содир қилиши мумкин.

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

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

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

2-3 ёшда болаларда кечадиган минерализация жараёни анча турғун бўлади ва боланинг организми хар хил мода алмашинуви бузилишларига нисбатан яхшигина қаршилик кўрсатиш қобилиятига эга бўлади. Бундай турғунлик доимий премоляр ва 2-моляр тишларда эмал гипоплазиясини сезиларли даражада кам учрашини таъминлайди.

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

5.2.1. Эмалнинг системали гипоплазияси (ЭСГ)

Эмал гипоплазиясининг мазкур турида бир хил даврда охакланадиган (минераллашадиган) тишлар гурухи шикастланади. Оғир кечадиган, бир неча бор қайталанадиган хомиладор она касаллиги ёки туғилгандан сўнг боланинг 1-3 ёшгача бошидан кечирадиган касалликларида барча доимий тишлар эмалида гипоплазия холати қайд қилинади.

Системали эмал гипоплазиясида асосан бир хил даврда ривожланиб охакланадиган, симметрик жойлашган тишлар гурухлари касалликка чалинади. Янги ёриб чиққан тишларда доғлар, чуқурчалар, эгатчалар шаклидаги нуқсонлар аниқланади. Бу нуқсонлар ўзгармаган эмал фониди тишларнинг кесув қирраси ёки чайнов дўмбоқчаларига нисбатан бир хил масофада ётади. Бундай ўзгаришлар кўпчилик холларда огиз бўшлиғининг дахлиз ёки лунж сохаларига қараган тиш юзаларида кўплаб учрайди. Чуқурча ва эгатчасимон нуқсонларнинг четлари силлик, ёйик, туби силлик бўлиб чуқурлашишга мойил бўлади. Системали эмал гипоплазиясида эмал

сатхидаги доғлар уз таракқиёти даврида турғун, ўзгарувчанликка мойил бўлмайди.

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

Стоматолог шифокор тўғри ташхис қўйиши учун у яхшилаб сўраб-суриштириш ишларини, анамнез йиғишда беморнинг онаси тўғрисида, хомиладорликни қандай ўтказганлиги, сут ва доимий тишлар охакланиш давридаги касалликлари, кечки токсикозларни бошидан ўтказганлиги, боланинг эрта ёшида ўтказган касаллилари 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 захоти аниқланганлиги каби маълумотлар ҳам ташхисни тўғри қўйишда муҳим хисобланади.

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

Эмал 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 охаклашиб минерал тузларга тўйинади.

Мабодо, бола 1 ёшга яқин давр атрофида бирор бир касалликни бошидан кечирган бўлса тишлар эмал каватидаги 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 эмал системали гипоплазияси

Доғ шаклидаги эмал системали гипоплазияси энгил шикастланиш тури бўлиб, тиш эмалининг маълум соҳасида рангини ўзгарганлиги билан тавсифланади. Гипоплазиянинг бундай турида бир даврда шаклланиб чиқадиган тишларнинг кесувчи қирралари ва чайнов юзаларида дахлиз ёки лунж сатҳида симметрик бир хил топографик соҳаларда доғлар аниқланади. Тишлар тож қисмида одатда бир, иккита эмал доғлари мавжудлиги кузатилади. Эмал доғлари оқ сут рангида, баъзан оч жигарранг бўлиб ялтироқлиги бузилмаган. Эмал қаватининг калинлиги доғли соҳаларда ўзгармаган бўлади. Боланинг бутун хаёти даврида эмал доғлари уларнинг ўлчамлари, ранги ўзгармайди. Мазкур гипоплазия доғлари метилен кўки бўёғи билан кариес доғидан фарқли ўлароқ бўялмайди. Беморлар доғларга нисбатан косметик нуқсон мавжудлигига шикаят қилиши мумкин.

Системали эмал 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 ташхис қилинади. Рентген тасвирда системали эмал гипоплазиясининг мазкур шакли аниқланмайди.

5.2.3. Чуқурчалар шаклидаги системали эмал гипоплазияси.

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

Беморлар асосан бундай ҳолларда косметик нуқсонларга, онда-сонда харорат таъсиротидан ҳосил бўладиган оғриққа шикаят қилишади.

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

Тиш эмалининг системали гипоплазиясининг чуқурчали шаклида рентген тасвирларда нуқсонларнинг чуқурлашган соҳаларида якка-якка горизонтал йуналган қора доғлар аниқланиши мумкин.

5.2.4. Тиш эмали системали гипоплазиясининг эгатчали шакли.

Эмал нуқсонининг бу тури учун бир хил даврда шаклланиб охакланган тишлар эмал қаватида бир деворли ёки икки деворли эгатчалар мавжудлиги хусусий хол 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 юпқалашини ҳисобига бир (каттароқ) тиш ичидан иккинчи (майдароқ) тиш ўсиб чиқаётгандек бўлиб туюлади. Бу эса ўз навбатида эмал шаклланиши у бошланган вақтдан бошлаб бузилган, чунки тишларда эмал курак тишларда кесувчи қирралардан ўз шаклланишини бошлайди, чайнов тишларда эса уларнинг дўмбоқчаларидан бошлайди.

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

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

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

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

Болалар косметик ноқулайликларга, тиш тож кисмлари синиб тушиб кетишига, тишлар сийқаланишига, харорат таъсирида содир бўладиган оғриқларга шикоят қилишади. Эмал 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 фониди кўринадиган қора доғлар алмашинув жараёнининг чуқур бузилганидан дарак беради. Бу эса ўз навбатида хомиладор она, ёки янги туғилган бола бошидан кечирган касалликнинг оғирлик даражаси билан боғлиқдир.

5.2.5. Системали эмал гипоплазиясининг ликопчали шакли.

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

Агарда ликопчали эмал 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 холда унинг 3 девори, бордию нуқсон апроксимал сатхга чиққан бўлса яна унинг 2 девори фарқланади. Ликопчасимон нуқсон тишнинг кесувчи қиррасида жойлашиб контакт юзага очилиб чиққан бўлса, у холда унинг фақат 1 девори мавжуд бўлади. Мазкур нуқсонли хасталикда 6 тишлар дўмбоқчалари, қозик тишлар, баъзан премоляр чайнов дўмбоқчалари ингичкалашиб ўткир тиканак шаклини олиши ёки дўмбоқчалар сийқаланиб йўқолиб кетиши хусусий хол хисобланади.

Бунда эмал тўқимасининг юпқалашуви фақат нуқсонли соҳада, ликопчалар тубидагина эмас фиссуралар соҳасида ҳам содир бўлади. Баъзи ликопчалар тубида эмал 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, хароратга нисбатан гиперестезияга ва кимёвий сезгирликка шикоят қилади.

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

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

5.2.6. Системали эмал гипоплазиясининг аралаш шакли.

Системали эмал гипоплазиясининг аралаш шакли эмал тўқимасидаги алмашинув жараёнлар бузилиши оқибатида юзага келиши мумкин бўлган барча нуқсонларни уз ичига олади. Бу ўзгаришлар енгил боскичда бўлиши мумкин, ўртача оғирликда ва оғир даражада бўлиши мумкин. Системали эмал 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 енгилроқ 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 эмал гипоплазиясида бир беморнинг узида хар хил куринишдаги, оғирлик даражадаги нуқсонларни аниқлаш мумкин. Баъзи бир холларда кариес жараёни кушилиши уни янада мураккаблаштиради ва ранг-баранглиги ошади.

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

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

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

Рентген тасвирларда тишлар эмалининг нуқсони бор сохаларда горизонтал йўналишли қора доғлар, чизиклар мавжуд бўлади.

5.2.7. Эмал аплазияси.

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

Эмал аплазияси узича мустикал хасталик булши, ёки системали гипоплазиянинг эгатчали ва ликопчасимон турларининг асорати сифатида содир бўлиши мумкин. Бунда эмал тўқимаси тишлар тож қисмида қисман ёки бутунлай бўлмаслиги мумкин. Эмал тўқимасининг қисман бўлмаслигига нафақат нуқсон чуқурлиги, узоқ муддат мавжуд бўлиши, балки эмалнинг юпқалашган жойларида унинг патологик сийқланиб емирилиши ҳам сабаб бўлиши мумкин. Нуқсонларнинг чуқурлашган жойларида кариес жараёни ривожланади.

Эмал аплазиясида бемор болалар кимёвий, температура, таъсиротлардан сезгирликка, косметик нуқсонларга, тишларнинг шаклини бузилишига, ёрилиб синишига, патологик сийқаланишга шикоят қилишади.

Эмал аплазиясини кариеснинг ёйилиб кечиши, циркуляр кариес, аутом-доминант, ва аутом-рецессив гипоминераллашган ирсий тугалланмаган амелогенез ва флюорознинг деструктив шакли билан қиёсий ташхис утказилади.

Рентген тасвирда эмалнинг нуқсонлар мавжуд сохаларида қорамтир доғлар ва йўллар мавжуд бўлади. Эмалнинг чегараланган апластик сохаларида қорамтир доғлар ва йўллар горизонтал йўналишга эга. Тўлиқ эмал аплазияси сохаларида-эмалсиз, жойларда катта қорамтир доғлар аниқланади.

5.2.8. Системали эмал гипоплазиясини даволаш.

Бугунги кунда беморларга кўрсатиладиган замонавий стоматологик ёрдам системали гипоплазияда клиник белгиларни кай даражада ривожланганлигига боғлиқдир. Косметика нуқтаи назардан тиш эмали нуқсонларини бартараф қилиш учун, бемор ёшини инобатга олган ҳолда стеклоиономер цементи, компомер материаллар, композит материаллар, кимёвий ёки нур ёрдамида котувчи 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 кариес қавақларини даволагандек тишларнинг анатомик шакли тикланади. Косметик нуқсонлар, доғлар, ранг ўзгаришлари бартараф қилинади.

Системали эмал гипоплазияси мавжуд болалар диспансеризацияда кариес хавфи бор гуруҳга киритилади.

5.2.9. Тиш эмалининг маҳаллий гипоплазияси.

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

Сут тишларда маҳаллий эмал гипоплазияси камдан-кам ҳолларда: а) жағларнинг механик тарвмаси оқибатида синиш чизиги куртак соҳасидан ўтса; б) жағ суяқларининг йирингли яллиғланиши (остеомиелит); оқибатида содир бўлади. Доимий тишларда маҳаллий эмал гипоплазияси тез-тез учраб туриши амалиёт шифокорлари томонидан эътироф этилган. Бундай ҳолга олиб келувчи сабаблардан бири илдиз шаклланган сут тишининг (кўпчилик ҳолда олдинги курак тишлари) механик тарвама 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 тиш чиққанда тож қисми сатҳида доғ, эгатча ёки чуқурча мавжудлиги кузатилади. Доғ хар хил ўлчамли, шаклли, камдан-кам холларда ранги оқ, одатда сарғиш, жигарранг тусда бўлиб, ялтироқлиги бўлмайди. Шу соҳаларда эмал калинлиги ўзгармаган бўлади. Чуқурча, эгатчалар соҳасида, уларнинг тубида эмал юпқалашган ва пигментлашган бўлади.

Маҳаллий эмал гипоплазиясида клиник белгилар ривожига, даражаси травма таъсир кучига, яллиғланиш жараёнининг оғирлиги ва хукм сурган вақтига боланинг ёшига боғлиқ бўлади. Кучли механик травма, оғир ва узок кечган яллиғланиш жараёнлари эмал тўқимасининг ўчоқли ёки тўлиқ аплазиясини содир қилиши мумкин. Айрим холларда тиш куртагининг улишига ҳам сабаб бўлади. Баъзан одатда учрамайдиган ўлчамли, шаклли Турнер тишлари номи билан маълум тишлар ёриб чиқади. Эмал тўқимасининг чуқур шикастланган соҳаларида кариес жараёни кечиб, каваклар хосил бўлиши мумкин.

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

Маҳаллий эмал гипоплазиясининг доғли шакли, системали эмал гипоплазиясининг шу хил шакли билан, кариеснинг доғли босқичи билан, ўчоқли одонтодисплазия билан, аутосом-доминант гипоматурацияли ирсий тугалланмаган амелогенез («қорли кепка») каби хасталиклар билан қиёсий ташхис қилинади.

Маҳаллий эмал гипоплазиясининг чуқурчали ва эгатчали шакллари циркуляр кариес, аутосом-доминант гипопластик чуқурчали-эгатчали ирсий тугалланмаган амелогенез, чуқурчали, эгатчали системали эмал гипоплазияси билан, аутосом-доминант гипопластик донадор ирсий тугалланмаган амелогенез касалликлари билан қиёсий ташхис утказилади.

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

Маҳаллий эмал гипоплазиясини даволаш. Боланинг ёши, тишнинг шакли ва ўлчамларини инобатга олган холда 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. Эмал тўқимасининг ўчоқли гипоплазияси одонтодисплазия, фантом тишлар, тугалланмаган одонтогенез.

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

Соглом болаларда тишларнинг мазкур патологияси нихоятда камдан-кам учрайдиган холл бўлиб хисобланади.

Шундай холлар қайд қилинганда патологик ўзгаришлар асосан курак, козиқ тишларда ёки доимий чайнов тишларда кузатилади. Камдан-кам холларда бир томон жағнинг барча тишлари шикастланиши амалиётда учраган. Бунда юқори жағ тишларида бундай хол кўпроқ учрашини амалиёт шифокорлари алохида таъкидлашади.

Мазкур патология оқибатида тиш тож қисми ўзгаришга учраганлиги сабабли тишлар ўлчамлари кичиклашган, сарғимтир тусли, нотекис сатхли, тишларнинг анатомик шакли ўзгарганлиги кузатилади. Эмал тўқимасининг сийқаланиши, тишлар орасида тремалар пайдо бўлиши хам эътиборга лойиқ хисобланади.

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

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

Рентген тасвирда тиш илдизлари калта, каналлари кенг, тиш бўшлиғи кенг, каттиқ тўқималар қавати юпқалашган. Эмал тўқимасининг калинлиги хар хил ерда турлича, зичлиги хам ҳар хил. Буларнинг барчаси минерализация жараёнини жиддий бузилганидан дарак беради.

Ўчоқли гипоплазияни даволаш. Енгил куринишларида профилактика мақсадида реминерализация курсини ўтказиш ва фтор тутувчи лак билан қоплаш тавсия этилади. Косметик ва эстетик нуқсонларни бартараф қилиш мақсадида болалар ёшини инобатга олган холда тишларнинг шакли, ўлчамлари глассиономер, компомер, композит материаллар ёрдамида, кимёвий ва нурда қотадиган воситалар ишлатилиб анатомик шакли тикланади. Оғир шаклларида ортопедик ёрдам кўрсатиш хам 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, охакланиш жараёнида тиш каттиқ тўқималари, айниқса эмал ўз структурасини шакллантиради. Шу давр мобайнида она ёки бола организмга тетрациклин гуруҳи препаратлари киритилса, минераллашув жараёни кетаётган тишлар жараёни ўзгаради. Тетрациклин сақловчи

препаратлар тегишли дозадан кўпроқ киритилса, эмал тўқимаси ривожланишини бузади ва у тугалланмай қолиши мумкин, яъни эмал гипоплазияси содир бўлади ва шу билан биргаликда скелет суякларидида ҳам шикастланишлар рўй беради.

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

Тетрациклин сақловчи препаратлар қабули тишлар рангини оч сариқдан тўқ сариқ ранггача бўяйди. Бунда тож эмалининг барча сохаси 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 химоя қатламидан сизиб ўтиб хомила организмга таъсир кўрсатади.

Хомиладорликнинг иккинчи ярмида она томонидан тетрациклинли дори-дармонларни қабул қилиниши бола туғилгандан кейин чиқадиган курак сут тишларининг 1/3 қисмида, моляр тишларининг чайнов юзасида эмал тўқимасининг бўялишини таъминлайди. Хомиладорликнинг 9-ойида қабул қилинган эса нафақат сут тишларини, балки доимий биринчи моляр тишларнинг ҳам чайнов юзасида эмал рангини ўзгаришига олиб келади.

Болалар туғилганидан сўнг биринчи кунларида ёки биринчи хафталарида тетрациклин сақловчи дори-дармонлар ишлатилса, шу даврда ривожланиб, минерал тузларга тўйинаётган сут ва биринчи доимий моляр тишларининг шаклланаётган эмал сохасини бўялишини содир қилади.

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

Ультрабинафша нурлар таъсирида тетрациклинли тишларнинг бўялган эмал қобиғи флюоресцент ёруғлик чиқаради. Очилган тиш илдизлари ҳам шу хусусиятга эга бўлади. Вақт ўтиши билан тетрациклинли тишлар ёруғлик нури таъсири остида вестибуляр сохаларда кулранг тус ола бошлайди, кейинчалик эса оч жигаррангдан тўқ жигарранггача бўялади ва флюоресценция хусусиятини йўқотади. Тишларнинг чайнов, тил, танглай сатхларидаги 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 сарғайиш хасталиги (эритроцитлар парчаланиши билан боғлиқ сарғайиш) билан қиёсий ташхис қилинади. Эритроцитлар гемолизи натижасида содир бўладиган нотўғри билирубин ҳам тиш тўқималарида ўтириб қолиб унинг рангини

ўзгартириш хусусиятига эгадир. Гемолитик сарғайиш 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 ташхис қилинади.

Болалар косметик нуқсонга шикоят қилишса, уларнинг ёшини инобатга олган холда 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 эмал гипоплазиясининг бошқа турлари (Гетчинсон, Фурнье, Пфлюгер тишлари).

Гетчинсон тишлари – асосан юқори жағ марказий курак тишларининг яссиланиб очқичсимон ёки тиш ўқи бўйлаб юмалоқлашиб 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 каттарок бўлиши хусусий хол 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 учлигига 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 ёшини инобатга олган холда замонавий пломба материалларидан фойдаланиб реставрация ишлари тавсия қилинади. Бунда глассиономер, компомер, композит нурда қотувчи материаллардан кенг фойдаланилади.

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

5.3. Эмал гиперплазияси (эмал томчилари ва дурлари).

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

Эмал 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 миқдори меъеридан кўп бўлган ҳудудларда яшовчи аҳоли ўртасида учрайдиган хасталиқдир.

1900 йилда италян шифокори Чийя Неапол шахри 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 вулқон отилиши натижасида хосил 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 ўзгаришлаб 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 ҳудудлардагина учраши ва бунда фторнинг ахамияти жуда катта эканлиги эътироф этилди. Шу йили америкалик олим Смит ўз шериклари билан ривожланаётган ёш хайвонларда тажриба ўтказиб, тишларнинг флюороз касаллигида фтор асосий рол ўйнашини узил-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, хайвонларга 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 мухитни, сувни, тупроқни кўплаб ифлослантирувчи моддага айланиб туради. Фтор юқори фаоллиги ҳисобига, реактивлик хусусиятига эга эканлиги учун организмнинг химоя барьер тўсиқларидан бемалол ўтиб,

тўқималарда ранг-баранг модда алмашинуви жараёнларини бузади, организмнинг куп аъзоларига шикаст етказди.

Меъёрдан ошиқ фтор элементи эмал ва суяк оксил каркаси 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 хам сув ичиб юрган болаларнинг барчасида хам аниқланмайди. Улар орасида тишлари касалланмаган соғлом болалар хам учрайди. Бундан шу нарса маълум бўлдики, бир хил концентрацияли фторли сув манбааларидан фойдаланган болалар организми фтор моддасига нисбатан хар хил даражадаги сезгирлик қобилятига эга. Бундай холат бола организмнинг турғунлик даражасига ва бошидан ўтказган касалликларига хам боғлиқдир.

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

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

ГОСТ нормативига мувофиқ ичимлик сувидаги фтор миқдорининг меъёрий концентрацияси 07-1,0 мг/литр бўлиши керак. Бундай фтор миқдори бор сувни истеъмол қилиш кариес профилактикасида хам мухим ахамият 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 хар хил даражадаги флюороз касаллигини келтириб чиқариши мумкин. Ундан хам юқори концентрацияларда (8-10 мн/л)ги фтор тиш эмалидаги ўзгаришлардан ташқари бўғимларда, белда оғриқ, мушаклар тортилиши (ригидность), туришда қийналиш, 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 яшар болалар организмга меъёрдан ортиқ фтор киритилиши уларнинг ўсишидан қолиши, 13-15 яшар болаларда жинсий етилишнинг тўхтаб қолиши кузатилади. Кузатувлар натижасида сувдаги кальций

моддасининг концентрацияси паст бўлиши (30 мг/л), озиқ-овқат махсулотларида (300-400 мг/кг) бўлиши флюороз касаллигини чуқурлаштириб унинг оғир шаклларига олиб келиши аниқланган.

Фтор касаллигининг клиник кўриниши, шакллари фторнинг сувдаги концентрациясига, беморнинг шу худудда қанча вақт яшаганлигига (хусусан тишлар минерализацияси даврида), организмнинг фтор интоксикациясига нисбатан сезгирлик даражасига, умумий ахволига ва унинг шу захарланиш жараёнига нисбатан турғунлигига боғлиқдир.

Юқори концентрацияли сувли худудда бола маълум бир қисқа даврда яшаган бўлса, унинг фақат шу даврда ривожланиб минераллашаётган тишларидагина эмал флюорози кузатилади. Мабодо бола хомила даврида ҳам, туғилгандан 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 иқлимларда сувни куп истеъмол қилиш ҳам флюороз хасталигини енгил (доғли, штрихсимон) шаклларини содир қилиши мумкин экан.

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

Биз ҳам эмал 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 хар 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 хар 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 холларда флюорознинг оғир шакллари ривожланади.

Флюороз асосан доимий тишларни жуда камдан-кам холларда сут тишларини шикастлайди, бунда хомила йўлдошининг химоя воситаси асосий ролни уйнайди.

Тишлар эмали флюорозининг оғирлик даражаси қуйидаги холатлар 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 ахволи, ҳолати:
4. Ошиқча фторнинг организмга қанчалик узоқ муддат тушганлиги:
5. Фтор тутувчи озик-овқатларни (денгиз балиғи, гўшт махсулотлари 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 курак тишларни шикастлайди, кейинги ўринда пастки курак тишлар туради.

Штрихсимон флюороз билан касалланган тишлар эмали ялтироқлигини йўқотади, тиниклиги 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, тиниклиги йуқолганлигига, ранги ўзгарганлигига шикаят қилишади.

Рентген тасвирда флюорознинг бу шакли аниқланмайди.

5.4.2. Флюорознинг доғли шакли.

Флюорознинг бундай шаклида тишлар эмали сатҳида кичик ўлчамли, кўплаб чизикли йулсиз доғлар мавжуд бўлади. Эмал ялтироқлиги, силликлиги ўзгармаган. Доғларнинг марказий қисмида ранг куюкрок бўлиб, доғ четига қараб ранг ўзгариши камайиб боради ва йуқолиб эмалнинг соғлом қисми билан бир хил тус олиб кетади.

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 куп бўлган ичимлик суви истеъмол қилинадиган ҳудудда қайси ёшда ва қанча вақт яшаганлига билан боғлиқдир. Флюороз доғлари бутун тож қисмининг барча соҳаларида учраши мумкин, лекин улар тишларнинг дахлиз ва бўйин сатҳида аниқ равшан куриниш олади. Доғлар бўрсимон, баъзан оч сарик тусда бўлади. Флюороз доғлари турғун, бир-бири

билан кушилиб кетиши мумкин, камдан-кам холларда уларнинг уз-узидан йуколиб кетиши ҳам кузатилган.

Мазкур флюороз доғлари метилен куки буёги 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 йўқтади бўрсимон тус олади, тиниқлиги ва ялтироқлигини йўқотади. Ана шундай ўзгарган эмал сатҳида пигментлашган оқ ёки тўқ жигарранг тусли нуқтасимон хол-хол доғлар кузатилади. Шу сохаларда диаметри 1,5 мм чуқурлиги 0,1 мм ли эмал чуқурчалари аниқланади. Патологик жараён кўпчилик холларда 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 эмал коплмасида 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 эмал қават мавжуд бўлмайди. Шу сохалар эрозияга учраган бўлиб, уларнинг четлари кучли пигментлашган, бўрсимон тус олган, эмал ялтироқлиги бутунлай йўқолган, осон уқаланадиган, синиб тушадиган ва оқибатда хар хил шакли 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.

Флюорознинг бу шакли учун эмал ва дентин қаватларининг кучли патологик сийқаланиши характерли белгилардан бири ҳисобланади.

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

5.4.5. Деструкция шаклидаги флюороз.

Флюорознинг мазкур шакли ичимлик сувида фторнинг юқори концентрацияси мавжуд бўлган (10 мг/л ва ундан ошди) ҳудудларда яшаган инсонлар, болаларда учрайди. Бунда тишлар эмал қавати жуда мўртлиги катта бўлақларининг тезда синиб тушиши оқибатида тиш тож қисми анатомик шакли бузилади, атипик шакли олади. Эмал, дентин қаватлари

кучли сийқаланишга учрайди. Флюорознинг бу шакли эмал ва дентин қаватларини шикастлантиради. Тиш тож қисмида кўплаб ўйдим-чуқурлар бўлиб, улар хар хил чуқурлик ва ўлчамларга эга бўлади. Зонд юритилиб кўрганда оғриқ содир бўлиши кузатилади.

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

5.4.6. Аралаш шаклли флюороз.

Аралаш белгилар мавжуд бўлган флюорознинг бу шакли ота-оналар 4,5 ойликдан 3 ёшгача бўлган болаларни фтор концентрацияси юқори ичимлик суви мавжуд худудларга бир неча бор олиб бориб, маълум вақт турганликлари оқибатида содир бўлади. Ичимлик сувининг хар хил концентрацияли фтор моддасини тутиши оқибатида шундай шароитга тушган болалар тишида флюорознинг 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 шикаят қилишлари мумкин.

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

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

Флюороз хасталиги профилактикаси мақсадида қуйидагилар тавсия қилинади:

1. Ичимлик суви манбаларини ўзгартириш, ичиладиган сувни филтрлаш.
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 худудларда 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 холда 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, сарғимтир-яшил, жигарранг-яшил, жигарранг-қора, кулранг, яшил, хаворанг, 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 бири-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 организмида 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 ташхис қилинади. Қиёсий ташхисда тишлар рангини ўзгарганлигининг сабаблари анамнез маълумотлари, кўрик ва ультрабинафша нур ёрдамидаги текширишлар маълумотлари асосий ахамиятга 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 склерозичандикланиши билан кечади. Касаллик бошланиш даврида найсимон суякларнинг метафиз қисмини, ялпоқ суякларнинг периферик қисмини шикастлайди.

Қалла суяги текширилганда унда суяк зичланишининг текисмаслиги аниқланади. Асосий ва пешона суяги бўшлиқлари чандиклангани кузатилади.

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

чиқиш 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 кариес жараёнига мойиллиги ошади, одонтоген яллиғланиш жараёни (пульпит, периодонтит) кучаяди. Одонтоген яллиғланиш жараёнлари тез-тез жағ суяги яллиғланишига (остеомиелит) ўтиб туриши кузатилади.

5.7. Гипофосфатезия.

Rathburn 1948 йилда бу хасталикни биринчи марта кузатиб, мустақил касаллик эканлигини эътироф этган. 1952 йилда Sobel 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 хол ҳисобланади.

Касаллик одатда бола туғилган захоти ёки биринчи 6 ой мобайнида аниқланади. Камдан-кам холларда қатта ёшдаги болаларда аниқлаш мумкин.

Бу касаллик учун қўл, оёқ суяклари деформацияси, патологик суяк синишлари, калла тепа суяги охакланишининг бузилиши, диспноэ, бадан терисининг кўкариши (цианоз), кўнгил айниши, қусиш, ич қотиши, 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 курак 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 эмал тўқимасининг ривожланиш нуқсони бўлиб, унинг бир неча хил клиник шакллари, хар хил клиник кўриниши ва авлоддан авлодга хар хил

йўл билан берилиши фарқланади. Мазкур нуқсонни пайдо бўлиш сабаблари асосида эмбрион эктодермал варағидаги наслий ривожланмай қолган сохалар юзага келиши ётади. ИТА алохида мустақил нуқсон сифатида, баъзан эса кўшма синдромлар ва хромосом касаллигининг клиник белгиси сифатида ҳам юзага келиши мумкин. Тиш эмал тўқимасининг ушбу нуқсонидан эмалнинг ранги ўзгаради, у юпқалашади, 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 эмал матрицасидаги бузилишлар сабаб бўлади. ИТАнинг **гипопластик турининг** келиб чиқиши эмал матрицасидаги шаклланишнинг бузилиши билан боғлиқлиги этироф қилинади; **гипоматурацияли** тури эса матрицанинг меъёрий етилишининг бузилиши билан боғлиқ; **гипоминараллашган** 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 эмал нуқсони 3 хил ирсий йўл билан берилиши (аутосом-доминант, аутосом-рецессив, Х-ёпишган доминант ёки рецессив) мумкинлигини, 3 хил клиник шакли (гипопластик, гипоматурацияли, гипоминараллашган), 12 хил клиник кўринишини назарда тутсак, ушбу эмал нуқсонини қанчалик даражада хилма-хиллигини тасаввур этишимизга тўғри келади.

ИТАнинг ғоятда хилма-хил шакли, тури ва клиник намоён бўлиши шифокордан жуда эҳтиёткорлик ва этибор 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 қилишади 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 сохаларда эмалнинг юпқалашини, ёрилиб ажралишини юзага келтиради. Шу сохаларда эмал

юпқалашиб, овқат махсулотлари пигменти хисобига ранги ўзгаради. Мазкур пигментлар чуқур сингиб кирмайди ва механик усулда енгил тозаланади. Нуқсонлар бўлмаган сохаларда эмал 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 аниқланмайди. Бир хил номли тишлар сатҳида мазкур нуқсонлар ҳар хил чуқурликда бўлиб, уларнинг туби ва деворлари текис, эмал силлиқ, қаттиқ, ялтироқ, қавати фақат чуқурроқ сохаларда юпқалашган бўлади. Юпқалашган эмал сохаларида эмал ранги ўзгарган бўлиб, оч-сарик ёки оч-жигарранг тус олади. Эмал рангининг тўқроқ ёки очроқ бўлиши нуқсонлар чуқурлигига ва боланинг ёшига боғлиқ бўлади. Боланинг ёши қанчалик катта бўлса, нуқсонлар чуқурроқ бўлса эмал тўқимасининг ва очилиб қолган дентин тўқимасининг ранги шунчалаик тўқроқ бўялади. Жароҳатланган сут ва доимий тишларнинг сони ҳар хил бўлиши мумкин.

3. Аутосом-доминант гипопластик силлиқ ИТА.

Мазкур касаллик мавжуд беморларда эмал тўқимаси тишнинг барча сатҳи бўйлаб текис юпқалашганлиги натижасида тиш тож қисмининг барча ўлчамлари унинг анатомик шаклини бузмаган ҳолда кичиклашади. Бунда эмал қопламанинг ранги оч-сарикдан оч-жигарранггача ўз тусини ўзгартирганини шохиди бўлиш мумкин. Эмал тўқимаси қаттиқ, юзаси силлиқ, жуда тиниқ ва ялтироқ тарзда бўлади. Баъзи бир тишларда сийқаланиш ва майда ёриқчалар борлиги кузатилади. Тишлар орасида тремалар мавжуд 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 эмал донатор ҳолда, меъёридаги қаттиқликда бўлиб дентин қавати билан мустаҳкам бойланган. Эмал бутун тож сатҳи бўйлаб, айниқса нуқсонлар соҳасида анча юпқалашганлиги туфайли тишлар орасида тремалар мавжуд. Нуқсонлар мавжуд бўлмаган жойларда эмал сатҳи текис, силлиқ, 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 курак 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 хар хил шаклга эга бўлади. Цилиндрсимон тўсинчалар шаклида ёки конус шаклдаги тишларни кўрамиз. Тишларнинг кесув қирралари ўтмас думалоқ шаклни олади. Озиқ тишлар дўмбоқчалари чайнов юзасида ўткир учли – дуксимон кўринишда бўлиши қайд қилинган. Бундай нотекис рельефли эмал сатхи мазкур тишларда кариес жараёнини ва кариес коваклари мавжуд деган ёлғон таъсурот туғдиради. Вақт ўтиши билан чайнов дўмбоқлари 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 қолиш муддатига ва жароҳат чуқурлигига боғлиқ бўлади. Бундай касаллик сут тишларида ҳам, доимий тишларда ҳам кузатилади.

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

Асосий белгилари: фақат ўғил болаларда учрайди, тишлар эмал қавати барча соҳаларда озроқ юпқалашган, силлиқ, ялтироқ, олдинги гуруҳ тишларда оч-сарик, чайнов тишларда сарғимтир –жигарранг тусда бўлади. Тишлар оралиғида тремалар мавжуд. Эмал 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 эмал сатхида бўйламасига йуналган йуллар ва эгатчалар мавжуд. Эмал қаттиқлиги бузилмаган, дентин қават эгатчалар соҳасида бир мунча юпқалашганлиги аниқланади. Баъзи бир эгатчалар тубида қўшимча чуқурчалар мавжуд бўлиб, улар тубида эмал жуда юпқалашган ёки мутлақо бўлмайди. Дентин қават шу соҳаларда очилиб қолган. Касалликнинг мазкур белгилари симметрик ҳолда жойлашган бўлиб, хар хил ўлчамларга ва чуқурликка эга. Улар бир-биридан хар хил масофада жойлашиши мумкин. Қўшимча чуқурларда эмалнинг қорамтир тус олганлигини кўрамиз. Эмал тўқимаси бўйлама йулларда тиниқлигини бир мунча йўқотган бўлса, эгатчаларда у сарик тус олган бўлади. Тишлар орасида тремалар кузатилмайди. Сут ва доимий тишларнинг зарарланиши сон жихатдан хар хил бўлиши мумкин.

Аутосом-ресессив гипопластик нотекис ИТА.

Янги чиқаётган тишларда уларнинг тож қисми эмал қаватининг юпқалиги ва эмал тўқимасининг ёрилиши натижасида шакли ўзгариб, ўлчамлари кичрайганлиги кузатилади. Эмал қаватининг юпқаланиши ва тезда ёрилиб, бўлакларга бўлиниши кўпроқ тишларнинг вестибуляр юзасида ва лунж юзасида қайд этилади. Тишлар тож қисмида сақланиб қолган эмал тўқимаси юпка, бўлак-бўлак оролчалар сифатида кўринади ва уларни дентин

тўқимасидан ажратишга уринишларда синиб ёки тўлиқ кўчиб чиқиши кузатилади. Бу ҳолат эмал тўқимасини дентин билан ўзаро бирикишини сусайганлигини ва эмал мўртлашиб қолганини кўрсатади. Бўлакларга бўлинган эмал оролчалари тишлар сатҳида нотекис юзалар пайдо қилади. Тишлар бўйин соҳасида эмал бир мунча қалин бўлади. Тишларнинг контакт ва танглай юзаларида эмал кўпроқ сақланган. Хар хил тишлар гуруҳида тишлар ранги-туси хар хил. Олдинги тишларда оч-сарикдан, чайнов тишларида тўқ-жигарранггача товланади. Сут ва доимий моляр тишлар дўмбоқчаларида кичик ёриқчалар ва эмал 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, эмал қалинлиги меъёрида, тремалар йўқ. Эмал тўқимаси мўртлашган, ялтироқлиги йўқолиб ранги-туси ўзгарган. Баъзи бемор болаларда у сарик ёки жигарранг бўлса, бошқаларида эмал бўрсимон, тиниқлиги йўқолган ва улар маълум вақтдан кейин сарик ёки жигарранг тус олиши мумкин. Баъзан эмал рангини ўзгариши сарик-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.

Хар 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 хар 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 эмалининг ранги оқ-хира тусдан оч-жигарранг тусгача, эмал одатдагидан юмшоқ, ялтироқлиги йўқолган. Маълум муддат ўтгач, асосан тишлар вестибуляр сатҳида эмалда хар хил катта-кичик ёриқлар пайдо бўлади, эмалнинг дентиндан ажралиши ва тиш тож қисмини патологик сийқаланиши оқибатида гиперестезия ҳолати кузатилади.

Нуқсонлар мавжуд сохаларда эмал юпқалашади. Сут ва доимий тишлар бу хасталик билан хар хил шикастланади.

Ёпишган X-занжирли ресессив гипоматурацияли йўл-йўл фақат аёлларда учрайдиган ИТА.

Тишлар тож қисмида асосан уларнинг вестибуляр юзасида, бир хил номли тишларда хар хил узунликдаги йул-йул шакилли эмал ўзгаришлари кузатилади. Улар сони бир хил бўлмайди, бир тишда кўпроқ, иккинчисида озроқ, уларнинг жойлашувида хам симметрик холатни кўрмаймиз. Йулларнинг эмали хар хил тусда-Баъзилари одатдагидек тиниқ, баъзилари хира, бўрсимон оқ, оч-сарик ёки оч-жигарранг тисда бўлади. Тишлар тож қисми эмали силлиқ, эмал қалинлиги бузилмаган. Эмал қаттиқлигини бироз йуқотган. Вақт ўтиши билан чайнов тишлар юзасида ёриқлар, эмалнинг синиб, бўлакларга ажралиши кузатилади. Бу хол ўз навбатида тишларнинг патологик сийқаланишига ва тишлар гиперестезиясига сабаб бўлади. Бу хасталик сут тишларида хам, доимий тишларда хам учрайди.

ИТАнинг гипоминераллашган 2 хил клиник шакли кузатилади.

Аутосом-доминант тўлиқ минераллашмаган ИТА.

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

Аутосом-ресессив тўлиқ минераллашмаган ИТА.

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

5.8.2. Тугалланмаган дентиногенез. (Dentinogenesis imperfecta)

Тиш қаттиқ тўқимасинининг наслдан-наслга берблувчи бу ирсий хасталиги тишларнинг дентин тўқимасида, дентин ривожланишининг бузилиши оқибатида кузатиладган нуқсон хисобланади. Бунда тиш эмал

каватида ўзгариш кузатилмайди ва дентинда бўлаётган ўзгаришлар объектив клиник белгилар билан кечмайди. Тиш тож қисми ранги-туси, ўлчамлари билан одатдаги меъёрий ҳолда бўлади. Баъзи биар ҳолларда болалар милкларини қонашига, айрим тишларнинг қимирлаб-лиқиллаб қолаётганлигига шикоят қилишади. Бу ҳол болаларнинг ёши ошган сари кучайиб боради.

Рентген тасвирда фронтал тишлар илдизи калта, ингичка ёки йўғонлашган. Чайнов тишларда битта калта, 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 чўкки тешиги атрофида аниқ ёки ноаниқ чегарали суяк деструкцияси кузатилади. Дентин қават юпка, тиш бўшлиғи зич жойлашган дентикллар билан тўла. Баъзи болалар мазкур касалликда харорат 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 кўйилувчи протезлар ясаиб 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 эмал 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, эмал ранги ўзгарган бўлади. Кўпчилик ҳолларда эмал 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 емирилиб кетади, юпкалашуви оқибатида тиш бўшлиғининг контурлари кўрина бошлайди. Эмал 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 ҳасталикда 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 хароратга нисбатан сезгирлигини ошганлигига шикоят қилади.

Даволаш ишлари замонавий барча терапевтик, ортопедик усуллардан фойдаланиб тишларнинг анотомик шаклини тиклашга ва фаолиятини меъёрлашга қаратилган бўлиши керак. Бунда химоя тиш каппаларидан, коронкалардан, кўприксимон ва олинадиган протезлардан, терапевтик реставрация усулларидан кенг фойдаланиш тақозо қилинади.

5.8.4. Тугалланмаган остеогенез (Osteogenesis imperfecta)

Мазкур касаллик аутосом-доминант йўл билан наслдан-наслга берилувчи жуда хам кам учрайдиган хасталик бўлиб, ўғил болаларда ва қиз болаларда бир хилда учраши кузатилган. Тугалланмаган одонтогенез касаллиги учун узун найсимон суякларни, ўмров суягини, қовурға суякларини тез-тез синиб туриши одатий хол 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 хол 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 бири бўлиб ҳисобланади.

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

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

6.1. Болаларда пародонт тўқимасининг анотомик 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 санаб ўтилган структураларнинг асосий қисми мезенхима тўқимасидан тараққий этганлиги 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 алвеоляр қисмлари фарқланади. Милкда сўрғич қисми эркин ҳолатда ётган бўлиб, маргинал соҳага ўтишдан олдин тиш милк тарновчасини ёки одатдаги тиш – милк чўнтагини (эгатини) ҳосил қилади.

Гистологик тузилиши жиҳатдан унда милк эпителийси, 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, алвеоляр ўсиқ суяк усти пардасига ёпишган бўлади. Милкнинг алвеоляр қисмини қоплаб турувчи кўп қаватли ясси эпителий қават: базал, тиканаксимон, донадор 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 яллиғланиб 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 – профилактика тадбир – чораларини белгилаб олишда тиш ва милк орасини қоплаб, бириктириб турувчи махсус эпителиал бойлам тўғрисидаги тасаввур муҳим ўрин тутади. Айнан шу соҳалар ташқи муҳитнинг кўплаб нохуш таъсиротларига, айниқса микробларга нисбатан тўсиқ ҳисобланади. Шу билан биргаликда пародонт тўқимасида яллиғланиш жараёни бошланувчи нуқта 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 ўзининг хос тузилишига ва қон билан таъминотига эгадир.

Махсус соҳа эпителийси ҳеч қачон мугузланмайди ва ўз навбатида бир неча қават тиш сатҳига параллел жойлашган хужайралар мажмуидан иборатдир. Мазкур хужайралар ҳар 4-8 кунда янгиланиб туради.

Бириктирувчи махсус эпителийнинг тиш сатҳига ёпишиб турган юза қават хужайралари гемидесмосомалар орқали, юпқа органик қатлам ёрдамида тиш юзаси аппаратларининг кристаллари билан боғлиқдир.

Махсус эпителиал бирикма тиш сатҳини оддийгина қоплаб турмай, балки у билан чатишиб кетган бўлади. Ана шу чатишган барер 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 туттади. 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 эпителийси 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 туттади.

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 қўшувчи тўқимадан тузилган структура бўлиб, таркибида шарпеев 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 юпқа шохланувчи қаватга эга, шунинг учун милк ранги тўқ пушти.
2. Милк эпителийси сўрғичлари чуқур бўлмаганлиги учун унинг донаторлиги сезилмайди.

3. Милк қўшувчи тўқимаси унчалик зич ҳисобланмайди.
4. Милк эгатчалари анча чуқурлиги билан фарқ қилади.
5. Тишлар чиқиш даврида милк қирғоқлари шишиб, қизариб юмалоқлашади.

Илдиз цементи:

1. Юпқароқ бўлади.
2. Унчалик зич эмас.
3. Гиперплазияга мойил бўлиб, эпителий билан бирикишда фаол иштирок этади.

Периодонт (пародонтал бойлам):

1. Кенгрок, қалинрок бўлади.
2. Ингичка ва нозик толаларга бой.
3. Тўқимасида сув кўпроқ сақлайди (қон ва лимфа суюқлиги ҳисобига).

Алвеола суяк ўсиғининг хусусиятлари:

1. Чўққиси яссирок.
2. Юпқа тўрсимон пластинкалар мажмуи мавжуд.
3. Суяк илиги жойлашган ғовак қисми кенгрок.
4. Оҳакланиш даражаси пастрок.
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 сўрғичлар юза 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 сақлайди. 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 сўрғичлар шаклланиб, ўлчамлари катталашади, чуқурлиги ошади, коллаген толалар зичлашиб маълум йўналишда ётади. Мазкур ёшда Pearse С. (1962) фикрига кўра коллаген толаларнинг етилиши содир бўлади ва улар диффуз реакцияга кириш қобилятини сусайтиради. Қон томирлар атрофида думалок

хужайраларнинг йиғилиши думалоқ гистогематик барьер ўтказувчанлигини кескин пасайтиради. Бу эса ўз навбатида милкда патологик жараёнларнинг сурункали тарзда кечишини таъминлайди.

Доимий тишлар чиқиб бўлганидан сўнг болалар милки мукамаллашган структурага эга бўлади ва икки муҳим вазифани бажаради:

А) пародонт тўқималарини ташқи мухит таъсиридан ажратиб ҳимоя қилади;

В) таркибида толали структуралар мавжудлиги ва шиллиқ ости пардаси бўлмаганлиги унинг тишларни мустахкам 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 кревикуляр (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 шикастланадиган бўлади. Шунинг учун ҳам гингивитларда, кўпчилик ҳолларда кревикуляр 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 бойламининг шаклланиши.

Болалар ёшида пародонтал бойламининг 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 оккюлюзиягача 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 ўқиға параллел равишда ўсиб, оралиқ тутам ўрамини ҳосил қилади. Тишлар алмашинуви даврида (9 ёш) бу тутам толалари ўз йўналишини ўзгартириб, тиш ўқиға нисбатан 45° бурчакни ҳосил қилади ва тиш бўйин қисмидан (тепадан), илдиз қисмиға (пастға) қараб йўналган бўлади. Бу толалар доимий тишлар қаторида 14 ёшгача кузатилсада, жуда кескин камайиб кетган бўлади. Мазкур толалар ўрнини бошқа хил коллаген тоалалар 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 калинроқ, 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 элементларға 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 халкали, мукаммаллашмаган. Босим тушадиган соҳаларда жойлашган асосий суяк тўсинлари яхши кўринмайди. Болаларда ва ўсмирларда барча тишлар периодонти тирқишлари 2 марта кенроқ бўлади. Кортикал компакт пластинкалар анча кенроқ, лекин зичлиги патроқ, шунинг учун яхши илғаб бўлмайди. (тасвир).

Сут тишларининг алмашинув даврида чиқаётган тиш алвеола суяк ўсиғи шу тиш томон қиялатиб кесилганға ўхшаб чиқиб бўлган ва чиқаётган тишлар эмал – цемент чегараси баландлигида туради. Натижада тишлар бўйин ва чиқаётган тиш тож қисмида кенгайган периодонт бўшлиғи мавжуд бўлиб кўринади. Тишлар чиқиб бўлгандан сўнг тишлар орасидаги алвеоляр ўсиқнинг чўққи қисми ҳар хил шакл ола бошлайди. Етти ёшдан сўнг алвеола суяк чўққиси ўткир қирра сифатида, думалоқ, 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, охаклашуви бир хил гуруҳға 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 оралиғидаги алвеола суягида суяк тўсинчаларининг бўлмаслиги пародонт суяк тўқимасининг мукаммал

шаклланмаганлигидан, минерализация давом этаётганлигидан далолат беради.

Доимий тишлар даврида пародонт суяк тўқимасининг шаклланмаганлиги ғовак суяк структураси ва каттиқ суяк тўсинчаларининг рентген тасвирда аниқ равшан кўриниши ва функционал ҳолати билан бахоланади.

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 эмал – цемент чегарасида жойлашади. Трёмалар мавжуд бўлган тақдирда эмал – 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, анастомозлар 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.

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

Шакллари: катарал, гипертрофик, атрофик.

Кечиши: ўткир, сурункали, қайталовчи.

Кўлами: чегараланган, диффуз.

Клиник даражаси: енгил, ўрта оғирликда, оғир.

II. Пародонтит - периодонтал бойлам ва суяк тўқимасининг бузилиши билан биргаликда намоён булувчи пародонт тўқимасининг яллиғланиш жараёни. Кечиши: ўткир, сурункали, ўткирлашувчи (жумладан йирингли-абсцесели), 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 хасталиклариди 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 усма жараёнларини ўзида тўғри акс эттиради. Хасталикларга бундай нуқтаи-назардан қараш уни тўғри тушуниб, шунга яраша аниқ тўғри таъсир қилувчи даво чора-тадбирларини 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, турғун 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 аппаратлар (коронка, ёйлар, брикетлар ва ҳ.к.).
6. Тил ва лаблар тизгинчаларининг аномал ҳолати.
7. Оғиз дахлизининг кичиклиги.
8. Чуқур прикус.

9. Очик 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, гипофизар нанизм, эпидемик буқоқ, Иценко-Кушинг хасталиги).
3. Марказий нерв системаси хасталиклари (Даун касаллиги-олигофрения ва бошқалар).
4. Қандли диабет касаллиги.
5. Хазм 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 кенгрок тарқалган бўлиб, бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотииинг 2007 йилда эълон қилинган маълумотига қараганда болалар ва ўсмирлар ўртасида 80% га қадар аниқланади. Бу хасталик болаларда кўпроқ доимий тишлар шакллангандан 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 карашлар ҳосил бўлади, бу эса ўз навбатида милкларнинг серозли катарал яллиғланишига олиб келади. Бундай ҳолларда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси кўздан кечирилганда милкларнинг шишинқираб қизариши, айникса уларнинг тишлар орасида жойлашган сўрғич қисмида ва баъзан қирғоқ қисмида яққол намоён бўлади.

Овқат кўпинча оғиз бўшлиғида касалланган (пульпит, периодонтит) тишлар мавжуд бўлган ҳолларда фақат бир томондаги жағларда чайналиши сабабли овқат чайналмайдиган жағ тишларининг атрофини ўраб турган

пародонт тўқимасида яллиғланиш ҳоллари кузатилади. Овқат чайналмаганлиги сабабли пародонт тўқимасида қон айланиши ва тўқималар озикланишн бузилади, тишларда кўплаб юмшоқ карашлар пайдо бўлади. Натижада милклар қизариб шишинқирайди ва юмшайди. Тиш карашлари тозаланаётганда қонаш белгилари пайдо бўлади.

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

Баъзан пастки лаб тизимчаси милк шиллик 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 сўрғичларининг тиш сатҳидан ажралиши ва натижада кенгайган милк-тиш чўнтагига овқат қолдиқларининг кириб қолиши, уларнинг бижғиши (чириши) ва микроорганизмлар кўпайиши сабаб бўлади. Бундай шароитда милк шиллик пардаси мунтазам равишда жароҳатланади ва яллиғланиш жараёнига учрайди. Узок вақт давом этган бундай ҳолат натижасида клиник ёки пародонтал чўнтаклар ҳосил бўлади ва бу белгилар чегараланган пародонтит хасталиги юзага келганлигидан далолат беради.

Кичик оғиз дахлизи. Бундай аномалия (меъёрдан четга чиқиш ҳолати) жағ суяги альвеоляр ўсиғи кам ривожланишининг натижасидир. Милк шиллик пардаси альвеоляр суякка ёпишган қисмининг баландлиги бундай пайтда 1-3 мм га тенг бўлади ва дахлиз чуқурлиги камаяди. Овқат чайнаш, мимик ҳаракатлар пайтида милкнинг қирғоқ ва сўрғич 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 тушадигаи босим (овқат чайнаш пайтида, жағлар юмилганда) меъёрдан ошиб кетади. Физиологик фаолиятининг тишлар ўртасида нотўғри тақсимланиши натижасида пародонт тўқимасида нохуш, чегараланган патологик вазият юзага келади.

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

Олдинги курак 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 курак тишлар атрофини қоплаб турган милк яллиғланиб, унинг шишинқираб кизариши, 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 бартараф этилмаган тақдирда, чегараланган пародонтит хасталиги ривожланади. Оқибатда пародонтал чўнтаклар ҳосил бўлади ва тишлар қимирлайдиган бўлиб қолади. Рентген тасвирида периодонтал тирқишнинг кенгайганлигини ва альвеолалар ўртасидаги суяк тўсиғида, айниқса унинг ўрта қисмида суяк тўқимасининг сийракланиш (остеопороз) белгиларини кўрамыз.

8-12 яшар 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 тутди. 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 қкибатида суяк тўқимасининг сўрилишига олиб келади. Бундан ташқари микроблар организмда иммунологик ўзгаришлар вужудга келтириб, лимфоцитлар сенсбилизацияси 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 қаршилиқ кучи билан ҳам боғлиқдир. Яллиғланиш жараёнининг ўткирлиги, клиник, морфологик хусусиятлари ва яллиғланиш оқибатлари қандай кечишини, организм 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 кўшилиши, 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 (инитилишини) таъминлайди. Бу микроорганизмлар тиш бўйин қисми сатҳига, чўнтаклар эпителийсига ёпишиб олиб, милк суюқлигини оқишига тўскинлик қила бошлашади.

Иккинчи давр-микроблар инвазияси даври бўлиб, бунда патогенлашган инфекция ёки улар токсини милк шиллик қаватига ботиб кириб, хатто алвеола суяк усти пардасигача етиб боришади.

Учинчи даврда-бу патоген микроблар улар токсинлари таъсирида тўқима ҳужайраларининг 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 бактриялар 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 шиллик 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 алвеоляр суяк устида рентган тасвирларда суяк тўқимасининг меъёрий бузилишлари, структуралар соясида ўзгаришлар мавжудлиги сезилади.

Пародонт яллиғланиши патогенезидаги юқорида зикр этилган даврларни ҳар доим аниқ ажратиб бўлмайди. Сабаби:

а) микроорганизмларнинг карашлар 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 ошиши) пародонтит келиб чиқишида муҳим ўрин тутса керак. Пародонт тўқимасининг тикланиш даври бошқалардан аниқ ажралиб туради ва тўқималар структурасини бузилиши давридан сўнг содир бўлади.

6.5. Балоғат ёши даврида ўсмир ёшлар организмида содир бўладиган ўзгаришлар.

Жахон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотларига биноан балоғат ёшида кечадиган соматик, психологик ва ижтимоий мукамаллашиш 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 жihatдан 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. Ўспиринлик 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, оралиқ мияни гипофиз билан боғловчи боғлар такомиллашади. Аденогипофиз массаси икки баробар ошиб, функционал ҳолати фаоллашади. Аденогипофиз томонидан соматотроп (СТГ) ва тиреотроп (ТТГ) гармонларини ишлаб чиқариш кучаяди. СТГ гармони таъсирида ўсмирлар тана ўлчамларининг жадал ўсиши кузатилади. Ўртача уларнинг бўйи йилига 8-10см га чўзилиши кузатилган.

ТТГ гармони ўз навбатида қалқонсимон без фаолиятини ошириб, тиреоид гармонлар секрециясини кучайтиради. Бу эса ўз навбатида ўспирин 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 жараёнини 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 таъминлайд. 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; Piergady 1976; О.В. Заратьянц 1990; Castro 1974; ва х.к.).

Айниқса, мазкур ўзгаришлар оқибатида айрисимон (тимус) безнинг шу даврда инволюцияга учраши иммун системаси тизимида катта йўқотиш хисобланади ва бу ҳолат балоғат ёшида инсонларнинг иммунологик қобилятни анча пасайишига олиб келиши аниқланган.

Балоғатга етиш даврида тимус фаолиятини пасайтирувчи ва иммун системага сусайтирувчи таъсир кўрсатувчи қуйидаги ҳолатлар юз беради:

1. Паратиреоид гармон - тимусда атрофия чақиради, Т-лимфоцитлар сонини камайтиради ва тимуснинг гуморал фактори циркуляциясини сусайтиради.
2. Кортикостероидлар (буйрак усти беги гармонлари) – энг кучли гармонал факторлар хисобланиб, лимфоид тўқима пролиферациясини ва фаолиятини пасайтиради. Лимфоцитларни тимоген ва стероидларга сезгирлигини пасайтириб, уларни кўплаб ўлимига сабаб бўлади.
3. Тестостерон – лимфоид тўқима фаолиятини сусайтириб иммун жавобларни камайтиради. Бунинг исботи – кастрация қилинган ҳайвонларда иммун қобилят кескин кўтарилади.
4. Прогестеронинг – иммунитетга супрессив – сусайтирувчи таъсири 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 ошиши 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 хужайралар, жумладан иммун хужайралари мембранасини шикастланишига олиб келади.
4. Моноцитлар фаолиятнинг бузилиши (фагоцитоз).

5. Тимус инволюцияси сабабли иммунитетнинг хужайравий звеносини кескин сусайиши, иммуноглобулинлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади.
6. 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, ўспиринлар 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 ошишига 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 этишини тушинтирса ажаб эмас.

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 ташхис қўйиш;
- махсус текшириш усуллари билан текшириш;
- якуний ташхис қўйиш;

- даволаш режасини тузиш.

Шиллер-Писарев усули тирик тўқималарда гликоген йиғилишини кўрсатади (йод-крахмал реакциясига асосланган). Маълумки, яллиғланиш жараёнида шиллик қават ҳужайраларида 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 қўнғир-жигарранг тусга кирса, бу тўқимада яллиғланиш жараёни борлигини кўрсатади.

Тишларнинг қимирлаш даражасини аниқлаш

I даражали ликилдоқликда тишлар қисқич (пинцет) билан қисилиб, оғиз ва дахлиз томонга ҳаракатлантирилганда, улар тиш ёйидан, 1 мм ташқарига ва ичкарига силжийди.

II даражали қимирлашида эса тишлар оғиз ва дахлиз ҳамда медиал ва дистал томонга ўз уқидан 1-2 мм га оғади.

III даражали ликилдоқликда хасталанган тишлар ўз ўқи атрофида айланишининг шоҳиди бўламыз.

РМА (папилляр-маргинал-альвеоляр) кўрсаткичини аниқлаш.

Бу кўрсаткич милк шиллик пардасида яллиғланиш жараёнининг даражасини ва тарқалиш кўламини кўрсатади. Умумий милклар сатҳи 100 деб олиниб, фоизларда ифодаланади. Милк сўрғич қисми (С) яллиғланиши билан қирғоқ қисмининг яллиғланиши (М) 2 балл билан; альвеоляр (А) қисмининг яллиғланиши 3 балл билан баҳоланади ва қуйидаги формула асосида ҳисоблаб топилади.

$$\text{РМА кўрсаткичи} = \frac{\sum_{\text{баллар}} * 100 \%}{3 * \text{тишлар сони}}$$

Қуйидаги мисолга қаранг:

$$\text{РМА кўрсаткичи} = \frac{\text{М} \quad \text{Р} \quad \text{А}}{(2+2+2+2+1+1+1+1+3+3+3+3) * 100 = 33,3\%}{3 * 24}$$

Демак, бу мисолдан кўриниб турибдики, 12 та тиш атрофидаги милк тўқимаси яллиғланган ва у умумий милк сатҳининг 33,3 фоизини ташкил қилади (оғизда 24 донга 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 ҳавфи мавжуд;

1,1-2,0 – касалликнинг энгил даражаси;

2,1-3,5 – касалликнинг ўрта даражаси;

3,6-5,0 – касалликнинг оғир даражаси.

Формалин синови. Пародонт ҳасталиқларида клиник чўнтак юзага келганлитини 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 охисталик билан киритилади. Ҳасталик оқибатида клиник чўнтак вужудга келган бўлса, беморда қисқа вақт мобайнида кучли оғриқ 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 қиска вақтли вакуум ҳосил қилинади. Бундай вакуумли зонани ҳосил қилиш учун хаво сўрувчи резина коптокчалар учига диаметри 6-7 мл бўлган шиша найчалар ўрнатилган асбобдан фойдаланиш мумкин. Хавоси сўрилган милк шиллик пардаси сатҳида маълум вақтдан кейин гематома ҳосил бўлади. Одатда олинган курак 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 куйидаги усуллар ёрдамида ўрганилади ва баҳоланади.

1) оғизнинг ички томонидан; 2) жағ устки томонидан; 3) панорам рентген тасвири; 4) ортопонтмограф 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 чўкқиларида деструктив жараёнлар ва остеопороз (суяк тўқимаси структурасининг сийраклашуви) сингари белгиларнинг кузатилиши билан баҳоланади(59-расм).



59-расм. Пастки жағ тишлар алвеоляр ўсиғида деструктив, остеопороз ўзаришлар. Панорам рентген тасвири.

Суяк тўқималаридаги деструктив бузилиш жараёни тўрт босқичдан (бошланғич, I, II, III) иборат.

Жараённинг бошланғич босқичи альвеолалар ўртасидаги суяк тўсинчаларнинг қисман ёки тўлиқ деструкцияси билан характерланади. Бунда тўсинчалар чўққи қисмида суяк деструкцияси бўлмаслигини ёки енгил 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. Малаллий милк яллиғланишлари асосан маҳаллий нохуш таъсиротлар оқибатида юзага келади. Нохуш таъсиротлардан микробли бляшкалар, тиш тошлари, кариес ковагининг ўткир кирралари, осилиб турувчи пломбалар, ортодонтал 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 бартараф қилишда маҳаллий чоралар билан биргаликда асосий касалликни аниқлаб, даво тадбирларини 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 қонаганлигини 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 кўрамиз. Милк шиллиқ пардасининг туси ўзгармаслиги мумкин, бироқ сўрғичлар пайпасланиб секин босилганда қонаш белгилари келиб чиқиши хусусий хол 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 шишинқираб, ҳажми ошган милк сўрғичлари ва қирғоқ шиллик пардаси кўкимтир тусга киради, қон оқиши камаяди. Яллиғланиш жараёни асосий хасталикнинг қайталаниши билан яна ўткирлашади.(64,65-расмлар)

Сурункали кечувчи гингивит қайталаниб ўткирлашганда милкда оғрик пайдо бўлади, қон оқиши кучаяди, яллиғланган милк сатҳи шишади ва қизаради, милк-тиш чўнтагида серозли экссудат кўпаяди. Текширилиб кўрилганда сўлак таркибида лейкоцитларнинг кўчиб тушган эпителий хужайралари сонининг ошганлигини (Ясиновский синамаси) ва милк сатҳида гематома (қон қўйилиши) ҳосил бўлиш вақти қисқарганлигининг (Кулаженко синамаси) гувоҳи бўламиз. Беморнинг умумий аҳволида ўзгариш камроқ кузатилсада, энгил беҳоллик ва субфебрил тана ҳарорати қайд этилади.

Патоморфологик (тўқимада меъёрдан четга чиқиш ҳоллари) ўзгаришлардан шиллик парда эпителийсининг кўплаб ажралиши (десквамация), қалинлашуви (паракератоз), лимфо-лейко-плазмоцитар инфильтрацияси, тўқимада сув йиғилиши ва коллаген толаларнинг бўкиши каби белгилар аниқланади. Тўқимада бундай ўзгаришларни кўриш учун милк сўрғич қисмидан кесиб олиниб (биопсия), гистологик препарат тайёрланади ва микроскоп остида кўрилади. Биопсиядан тайёрланган препаратлар махсус бўёқлар билан бўялганда, тўқимада гликоген моддасининг кўплаб йиғилишини, семиз хужайралар сонининг ошганлигини ва оксил-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, тишпротезларини нотўғри тайёрлаш ҳамда кийдириш ва шу кабиларни кўрсатиш мумкин. Диффуз яллиғланишга балоғат ёши арафасида ички секреция безларида содир бўладиган ўзгаришлар, С витаминининг организмдаги танқислиги, тутқаноқ хасталигида узоқ вақт дилантин 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 қўшувчи туқима ўсиб кетади ва унда кўп суюқлик йиғилади, натижада милклар шишиб, катталашади ва тишнинг тож қисмини қоплайди. Бундай ўзгаришлар сохта милк чўнтақларини ҳосил қилади. Тўқиманинг ўсиб, гипертрофияга учраши ҳисобига тиш-милк чўнтақлари чуқурлашади. Милк сўрғичлари тўқ қизил тусга киради, оғриқ сезгиси сустрок бўлади. Овқатни тишлаш, чайнаш пайтида, тиш тозаланганда, айрим ҳолларда қонаш белгилари кузатилади.

Гипертрофик гингивит фиброз тарзда кечганда, шиллик парда хусусий қават қўшувчи 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 кўрамиз.

Гипертрофияга учраган милк тўқимасининг улар ўраб турган тиш тожларини қай даражада қоплаганини назарда тутиб, хасталикнинг енгил, 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 толаларнинг ўсиб кетиб бўкиши каби ҳолларни, лимфолейкоцитар инфильтрациясини, фибробласт хужайралар сони ошганлиги (пролиферация) нинг шохиди бўламиз.

Хасталик фиброз тарзда кечганда милк шиллик пардасининг хусусий қаватидаги коллаген толаларнинг кўпайиши ва йўғонлашуви, эпителий тўқимасида акантоз белгисини (эпителий қоплами тиканаксимон хужайралар қаватининг қалинлашуви), гиперкератоз, хужайраларда вакуолли дистрофия содир бўлиш белгиларини кўрамиз.

6.7.2. Сурункали атрофик гингивит.

Бу хасталик милк тўқимаси тишнинг буйин 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 ташхис қилинади.

6.8. Пародонтит (пародонт тўқималарининг ялпи яллиғланиши)

Пародонт тўқималарининг бундай ялпи яллиғланиши анчагина оғир кечувчи хасталик бўлиб, тишларнинг тушиб кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Пародонтит хасталиги учун қуйидаги 5 та клиник белги хосдир:

- 1) милклар яллиғланиши;
- 2) тиш-милк эпителиал пардаси жароҳатланиб, унинг бутунлиги бузилиши оқибатида клиник ёки пародонтал чўнтаклар 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 хид пайдо бўлганлигидан, тез-тез тиш тошларининг ҳосил бўлиб туришидан, милкларнинг шишинқираб 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, курак тишлар атрофидаги ғовак суяк чўққилари пасаяди, моляр ва премоляр тишлар атроф суягида нотекис емирилиш вужудга келиши оқибатида уйдим 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 фарқ қилинади:

I даражали емирилиш - альвеолалар орасидаги суяк тўсиғи баландлигининг тиш илдизининг 1/3 қисмига камайиши;

II даражали емирилиш-альвеоляр суяк тўсиғининг илдизининг 1/2 қисмигача емирилиши;

III даражали емирилиш - альвеоляр суяк тўсиғининг тиш илдизининг 2/3- қисмигача емирилиши.

Пародонтит хасталиги туфайли пародонт тўқималарида бир қадар патоморфологик ўзгаришлар юз беради. Хасталикнинг бошланиш даврида эпителий тўқимасида хужайра оралик моддаси (мукополисахаридлар) нинг парчаланиши, унинг шилимшиқлигининг камайиши, ўтказувчанлигининг ошиши каби белгилар пайдо бўлади. Хасталикнинг кейинги ривожланиш даврларида 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 неопластик 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 ўсиғининг дистрофик емирилиши олдин сут 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 хол 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 тушадиган 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 сут тишларининг чиқиши билан аниқланади. 2-3 яшар болаларда милк тўқимаси яллиғланиб, шишинқираб 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 янгитдан бошланади ва шу тариқа барча тишлар тушиб кетгунича давом этади.

Рентген тасвирида моляр тишлар атрофидаги суяк тўқимасида липопчасимон, курак 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 хаворанг-қизғиш ҳошия ҳосил бўлиш қайд этилади. Бемор болаларда кучли терлаш белгиси пайдо бўлади. Бундан ташқари, 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 нейтропениеда 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). Қўйилган 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 тахлил қилиш ва олинган маълумотлар ташхисни тўғри аниқлашда ёрдам беради қон тахлили маълумотлари ундаги нейтрофил лейкоцитлар (айниқса хасталикнинг дастлабки даврида) тўлиқ ривожланмаган турларининг йўқолиб бораётганлигини кўрсатади.

Хасталикнинг даврий турида бундай хол 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 бир мунча ошади.

6.9.3. х- гистиоцитоз хасталикларида пародонт тўқимасининг яллиғланиши.

Бугунги кунда мазкур гуруҳга кирувчи касалликлар (Таратынов – 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 яллиғланиши

III – Пародонтолиз ва суяк ҳамда лимфатик системанинги яллиғланиши

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, иштаха сусайиши, уйқунинг бузилиши кўпчилик ҳолларда умумий педиатрияга хос касаллик деб ҳисобланади. Кейинчалик болалар терисида майда тошмалар, папуллалар ёки доғлар пайдо бўлиши, уларни пўстлоқлар билан қопланиши, пўстлоқларнинг қовжираб тушиши, тери ташлаш ҳоллари, айниқса калланинг сочли қисмида, қулоқ орқаси, кўкрак терисида 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 етишмовчилиги 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 алвеоляр суяк ўсиғини, балки жағ суяги танасини, калла суягини 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 ҳарактерлидир.

Хасталикнинг дастлабки даврларида юзага келадиган гингивит бошқа белгилар (адинамия, ориқлаш, дерматит, лимфоденит ва бошқалар) билан биргаликда хасталикка эрта тўғри ташхис қўйиш учун хизмат қилиши мумкин.

Бу хасталикларда пародонтит – пародонтолиз белгилари бўлиб: ярали гингивит, тишларнинг кимираши, тиш илдизларининг очилиб қолиши, чуқур, грануляция тўқимаси билан тўлган тиш милк патологик чўнтакларнинг мавжудлиги, оғиздан қўланса хид тарқалиши ҳисобланади.

Касаллик тўлқинсимон тусда кечади ва доимо скелет суяқлари, жумладан жағ суяқларининг жароҳатланиши хусусий ҳолдир. Рентген тасвирларда деструктив суяк жароҳатланишининг бошқа хасталиклардан фарқи лакунар типдаги суяк сўрилиши ҳисобланади, айниқса алвеоляр суяк ўсиғи соҳасида.

Хасталикнинг I шакли (Таранынов эозтнофил гранулёмаси) сурункали йўсинда кечиб, скелет суяқларидан 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 хужайралари 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 ёғлар алмашинувининг бузилиши юз беради. Натижада лимфоид ва ретикуляр тўқима хужайраларида кўплаб липид моддаси йиғилади. Бу ҳолат суяк тўқималарида ҳам қайд этилади.

Бемор болалар касалхонага ётқизилиб 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 беши фаолиятининг бузилиши билан изоҳланади. Экзофтальм белгисида ксантом хужайралари кўз косасида кўплаб 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 холестерин 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 лиқиллаб тушиб кетиши кузатилади. Милклардаги яллиғланиш белгилари оғиз бўшлиғида физиологик ўз ўзини тозалаш жараёнининг сустиги, 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 шиллиқ пардаси қизаради, баъзан эса доғли қизғиш-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 босимида бардош беролмай, ҳар томонга қийшаяди (патологик окклюзия).

Рентген тасвирида моляр тишлар илдизини ўраб турган альвеоляр суяк ўсиқларида воронкасимон ёки ликопчасимон, курак тишларнинг альвеоляр ўсиқларида эса горизонтал емирилишлар қайд этилади. Бу хил емирилишлар суяк чўнтаklarининг 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 қўшилиш 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 хасталикда 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. Гипоиммуноглобулинэмеяда пародонтит тўқимасидаги яллиғланиш.

Маълум дис – ёки гипоиммуноглобулинэмия гуморал иммунитет факторлари етишмовчилиги оқибатида содир бўладиган касалликлар гуруҳига мансуб бўлиб, бир ёки бир неча иммуноглобулин гуруҳлари етишмовчилиги организмга кирган антигенга нисбатан иммунологик реакциянинг сустлиги ва бактериал инфекцияга нисбатан сезгирликни ошиши билан баҳоланади.

Бу хасталикнинг клиник белгилари тарқоқ бўлиб, барча аъзоларда кузатилади. Одамда кўпгина аъзоларда абсцесслар, фурункул, отитлар, тери пиодермияси, зотилжам, пиелонефрит, артрит, энтероколит ва бошқалар вужудга келади.

Бу хасталик учун хусусий хол бўлиб: лимфоид аъзоларнинг реактивлигининг сустлиги ва вирусли инфекция агрессиясига нисбатан сезгирликнинг ёки мутлақо сезмаслиги ҳисобланади. Гипоиммуноглобулинэмияда оғиз бўшлиғида пародонт юмшок тўқималарининг яллиғланиши ва алвеоляр 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 онсонгина ажралади ва кам қонаши билан баҳоланади. Ривожланган пародонтит ҳолларида патологик тиш – милк чўнтаклари чуқурлашади, лекин милк ости ва милк усти тошлари аниқланмайди. Рентген тасвирда алвеоляр суяк ўсиғининг деструкцияси аниқланади. Рентген тасвирда мазкур касалликка хос специфик ўзгаришлар кузатилмаган.

Симптоматик даво чораларининг самарасизлиги, клиник белгиларнинг полиморфизми туғма ёки орттирилган иммуноглобулинлар танқислигидан далолат бериши мумкин. Ташхисни тўғри қўйиш учун қон зардобидидаги иммуноглобулинлар миқдори ва гуруҳларини аниқлаш тестидан фойдаланиш зарур ҳисобланади.

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 бир биридан қандай ажратилади?

2. Гингивит ва пародонтитнинг чегараланган тарзда кечишининг сабаблари нималардан иборат?

3. Диффуз тарза 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 кийишганда ва очик тишлар ҳолатида 12 – 14 яшар 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 ҳарактерга эга. Агар хасталикни чақирувчи 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 қоидалари ўргатилади, тишлар юзаси карашлар ва тошлардан тозаланади. Ортодонт-шифокор томонидан тишлар ва жағларда учрайдиган аномал ҳолатлар, нотўғри ортодонтик конструкциялар таъсири бартараф этилади. Жаррох шифокорлар маҳаллий сабаблардан: тил, лаб тизимчаларидаги аномалияларни бартараф этиш муолажаларини, оғиз дахлизини чуқурлаштириш каби жаррохлик тадбирларини амалга оширишлари лозим.

Ички аъзо ва системалар хасталиги оқибатида юзагз 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 қоидаларига мунтазам риоя 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 муолажалар ҳамда тадбирлари.

Бундай хасталикларга учраган болаларнинг тишлари юзасида, милк усти ва остида тошлар пайдо бўлиши билан бир қаторда грануляциялановчи тўқима шаклланган бўлади.

Беморнинг шифокорга биринчи мурожаати пайтида тишлар юмшоқ караш ва тошлардан тозаланади, грануляцияланувчи тўқималар курак тишлар атрофидан соқит қилинади. Ота-оналари ва бемор боланинг ўзига тиш тозалаш қодалари 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 гидрокортисон эмульсияси ва наъматак мойидан барабар 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 сақланиб 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 пардасига 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 гингивитда ўсиб, катталашган милк сўрғичлари склерозлаштирувчи муолажалар ёрдамида бартараф этилади. Бунинг учун яллиғланган милк тўқимасига 60% ли глюкоза эритмасидан ёки бошқа бир склеротик таъсирта 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 сўрғичларини уч хлорли сирка кислотаси билан куйдириш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бундай муолажани ўтказиш учун пастки жағ тишларининг дахлиз ва оғиз қисми сатҳлари юмшоқ пахта болишчалар (валиклар) билан мухофаза

этилади. Чап кўл билан пахта болишчалар тутиб турилади. Ўнг кўлдаги қисқичга қистирилган, учхлорли кислотанинг 30% ли эритмасида ҳўлланган пахта тампончалар ўсган милк сўрғичларига босиб - босиб олинади. Милк сўрғичларининг тўқималари кўйиши натижасида улар оппоқ тусга киради. Муолажадан кейин 2-3 кун ўтгач кўйиш натижасида некрозга учраб ўлган тўқима ажралиб тушиб, тез кунларда асоратсиз битиб кетади. Остки қават кўшувчи тўқимасида қаттиқлашган склеротик тўқима ҳосил бўлади.

Грануляцияланувчи тўқима ҳисобига милк сўрғичлари ўсиб кетса, юқорида баён қилинган муолажа 4-5 марта 3-4 кун оралатиб такрорланади. Яллиғланиш жараёнини вужудга келтирган сабаблар аниқланиб, бартараф этилса, муолажа натижаси турғун бўлиб қолади.

Гипертрофик гингивитларда кўшимча физиотерапевтик тадбирларни ўтказиш бемор аҳволини енгилаштиради ва милклар шиллиқ пардасининг тезда ўз ҳолига келишига олиб келади. Бунинг учун милкларга гепариннинг 1 мл да 5000 ТБ бўлган препаратидан, лидазадан электрофорез ва учқун разрядли дарсонвал муолажаларини буюриш фойдалидир.

Гипертрофик гингивитларнинг турғун фиброзли шаклларида жаррохлик йўли билан жараённи 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, дахлиз шиллиқ 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 бўлишидир. Бундай бемор болалар доимо диспансер назорати оотида бўлмоқлари 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 жаррох, 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 булимларида 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 (карашлар, 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 жаррох, ортодонт ва ортопедлар кўригидан ўтказиб, керакли даво тадбирларини ўтказиши;

5) педиатр билан маслаҳатлашган ҳолда организмнинг умумий турғунлигини оширувчи пархез ва витаминларни буюриши;

6) оғиз бўшлиғи гигиенасига мунтазам риоя қилишни таъминлаши;

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 сўнг 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 тўлиқ чайнаш, оғиз бўшлиғи гигиенасига мунтазам риоя қилиш, маҳаллий нохуш сабабларни ўз вақтида бартараф этиш пародонт тўқималари хасталикларининг олдини олишда муҳим омиллардан ҳисобланади.

Болаларнинг умумий аҳволини 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 мустахкамлигини таъминловчи, микроциркуляциясини фаоллаштирувчи препаратлар буюриш

II. Махаллий 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) Жаррох-стоматолог ёрдамида (лаб, тил тизгинлари, оғиз дахлизи 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) Шиллик парда касалликларини бартараф этиш

6) Пародонт тўқимасида мавжуд бўлган яллиғланиш жараёнини бартараф қилиш:

- а) Қон-томир деворини мустахкамловчи малхамлар
 - б) микроциркуляциясини фаоллаштирувчи малхамлар
 - в) тўқимада модда алмашинувини яхшиловчи малхамлар
 - г) Тўқима регенерациясини таъминловчи малхамлар
 - 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 малхамларни тиш-милк чўнтақларига киритиш
- г) Даъволовчи бойламлар кўйиш

8) Физиомуолажа ўтказиш(милкларда гидромассаж,вакуум массаж,электрофорез)

9)Даволаш тадбирларини тегишли 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 холатларга 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)Яллиғланишга қарши маҳаллий ишлатиладиган дори малхамлар:

- а) Ацетилсалицил кислотаси –аспирин порошок кукуни сифатида малхамларга аралаштирилиб тиш-милк чунтақларига бойламлар холида кўйилади. Яллиғланишга қарши таъсир кўрсатувчи ва оғриқ қолдириш хусусиятига эга
 - б) Бутадион.
 - в) Индометацин
 - г) Ортофен
 - д) Мефаминат –натрий
 - е) Актовегин
 - ж) гидрокортизон
 - з) гиоксизон
- } Яллиғланишга қарши малхам сифатида боғламлар холида ишлатилади
- } Модда алмашинувини фаоллаштирувчи малхамлар булиб яллиғланишга қарши кучли таъсирга эга ,апликация шаклида ишлатилади

3) Яллиғланишга қарши, шишга қарши, эркин радикалларга қарши (антиоксидант сифатида)маҳаллий ишлатиладиган дори воситалар:

- а) Олифен
 - б) Дибунол
 - в) Демефосфон
 - г) Олифен
- } Апликация , боғлам сифатида ишлатиладиган малхамлар, порошок кукунлар, таблеткалар

4) Микроциркуляцияни фаоллаштирувчи воситалар:

- а) Аскорбин кислотаси (С-витамини)ампулада ва таблеткада
- б) Рутин -таблетка холида
- в) Аскорутин- таблетка холида
- г) Гепарин малхам холида

Мазкур дори воситалари қон-томирлар деворини мутахкамлайди, ўтказувчанлигини пасайтиради, қонни суялтиради, микроциркуляцияни кучайтиради ва шишни камайтиради.

5) Микроорганизмларга қарши таъсир кўрсатувчи дори воситалари:

а) Трихопол – метронидазол — Оддий бактерияларга нисбатан кенг спектрли таъсирга эга. Пародонтитларда, гингивитларда, яллиғланишга қарши самарали восита сифатида тиш-милк чўнтақларига ишлов бериш учун тавсия қилинади. **Бунинг учун:** а) Трихопол таблеткалари сувда эритилиб пародонтал чўнтақлар ювилади; в) таблеткалар эзилиб порошок холига келтирилади ва малхам дориларга аралаштирилиб боғламлар холида 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, йодиол, 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 қирувчи (метациллин натрий, оксациллин натрий, ампициллин); аминогликозитли антибиотиклар гуруҳидан (неомицин, грамицидин.). Макролид –антибиотикларидан –эритромицин, рокситромицин, олеандомицин кабилар тиш-милк чўнтақларига эритмали ишлов бериш мақсадида, малхамли бойламлар тайёрлаш мақсадида ишлатилади.

Шуни эсда тутиш лозимки, болалар ёшида уларни ишлатишдан олдин организм сегирлиги мазкур антибиотикка нисбатан албатта текширилиши, сўраб суриштирилиши лозим. Чунки болалар организми мазкур дори дармонларга нисбатан сезгирлиги юқори бўлиши мумкин. Хар хил аллергик реакциялар билан бир қаторда анафилактик шок ҳолатини ҳам юзага келтириши мумкин.

6) Пародонт тўқимасининг регенерациясини фаоллаштирувчи дори воситалар:

- а) Витаминлар А,Е(аекол малхами)
- б) Ацимин патологик чўнтақларини яхши тозалайди, экссудацияни камайтиради, регенерация ва эпителизация жараёнларини фаоллаштиради

в) Шифобахш ўсимликлар меваси уруғидан олинадиган мойлар (олива мойи, наъматак мойи, облепиха мойи) ҳам стоматология амалиётида тўқималар регенерация қобилиятини оширувчи, эпителизацияни кучайтирувчи моддалар сифатида кенг қулланилади. Мазкур мойлар шифобахш бойламлар тайерлашда қовуштирувчи сифатида ишлатилса, самараси юқори бўлади.

7) Бактериал ва микробли яллиғланишга қарши:

Бугунги кунда кенг ишлатиладиган гель шаклидаги, малхам шаклидаги антибактериал воситалардан: солкосерил, камистад гель, митрогель дента, пародиум ва бошқалар милк яллиғланишида яхши самарали ҳисобланади.

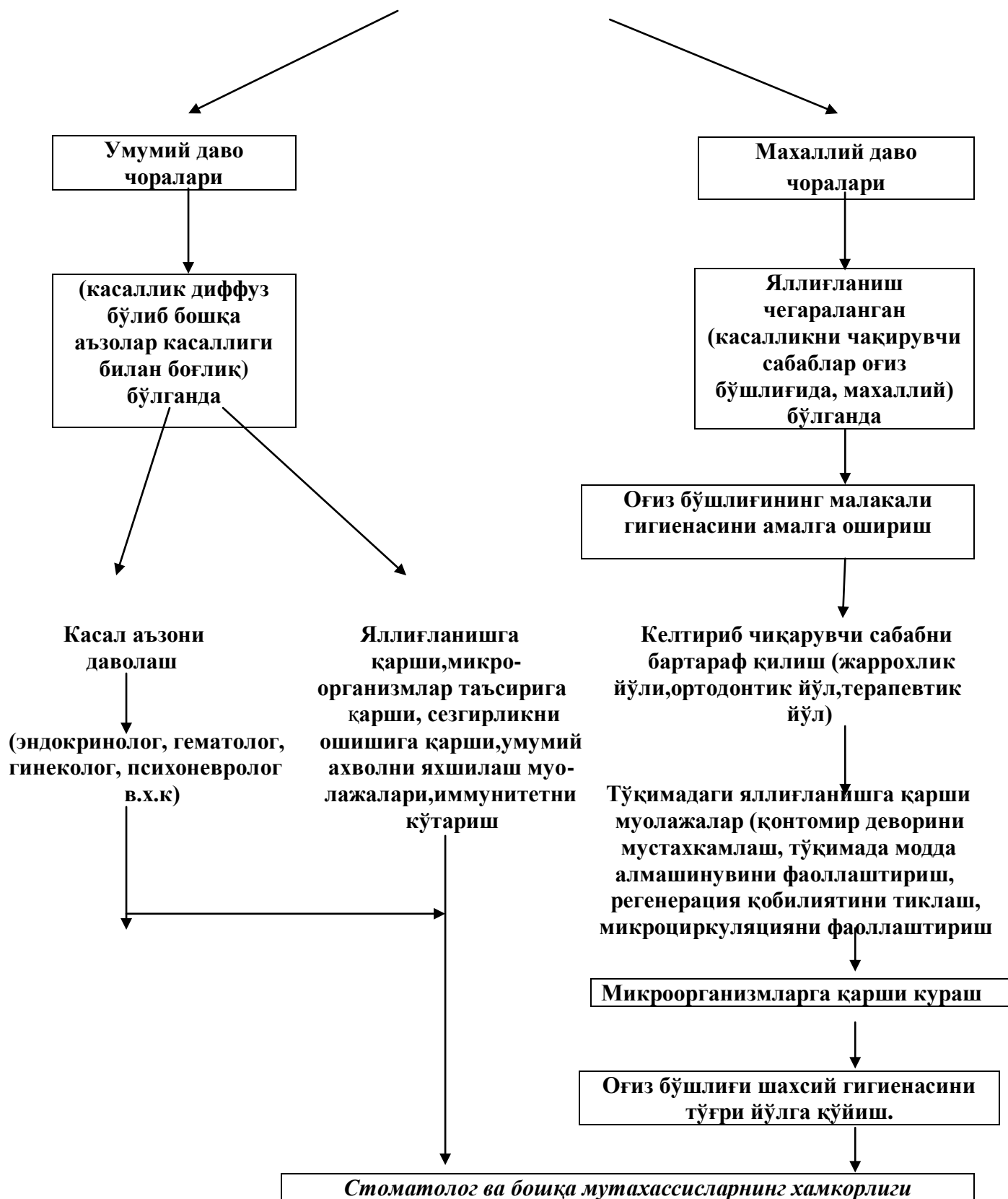
8) Иммуномодуляторлар:

Баъзан организмнинг реактивлик, иммунологик қуввати паст, нимжон, касалманд болаларда, уларнинг химоя кучини ошириш мақсадида педиатрлар билан маслахатлашган ҳолда тимоллин, тимоген, тактивин, левамизол, иммунал, иммудон каби препаратларни тавсия этиш ҳам мақсадга мувофиқ ҳисобланади

Болалар ёшида

пародонт касалликларини даволаш

режаси



Беморнинг шифокорга **биринчи мурожати** пайтида тишлар юмшок караш ва тошлардан тозаланади, грануляцияланувчи тўқималар курак тишлар атрофидан соқит қилинади. Ота-оналари ва бемор боланинг ўзига тиш тозалаш қодалари 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 ишлатса бўлади.

Беморнинг учинчи-тўртинчи қатновида оғиз бўшлиғи гигиенасининг даражаси назорат қилиниб, милк ости тошларининг қолдиқлари тозаланади, керак 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 аскорутиномилк 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 хасталиқларига қандай симптоматик даво тадбирлари қўлланилади?
5. Пародонт тўқималарининг диффуз тарзида кечадиган яллиғланиш турларини даволашда шифокор-педиатрларнинг ҳиссаси нималардан иборат?
6. Турли хил пародонт хасталиқларида 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 бирбиридан 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 яшар 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?

7 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 биланоқ 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 тан 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 олмоғи 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, инфекционистлар, невропатологлар, эндокринологлар каби мутахассислар фикрини билмоқ мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бундан ташқари, кўшимча текширишлар (биопробалар, цитологик текширишлар, биопсия ва бошқалар) ўтказиб, уларнинг натижаларини тўғри таҳлил қилиш касалликка тўғри ташхис 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) пўрсилдок 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 кўшувчи тўқима.

Шиллик парда эпителий қавати базал мембрана номли парда орқали кўшувчи тўқима қавати билан бирикади (*membrana bazalium*). 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.

Шиллик 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 ҳужайралар шакли асосан цилиндрсимон бўлади.

Тиканаксимон ҳужайралар юза қаватда жойлашиб кўп томонли (полигонал) шаклда бўлади. Ҳужайралар цитоплазмаси очроқ бўялади, пастки қаватларида бўлинувчи ҳужайралар учрайди.

Ясси ҳужайралар қавати тиканаксимон ҳужайраларнинг яссиланишидан ҳосил бўлади.

Оғиз шиллик пардасининг кўшувчи тўқимали асоси юмшоқ шакланмаган толали бириктирувчи тўқимадан тузилган бўлиб, қон томир, ҳужайра элементларига бой бўлади.

Ҳужайра элементлари: плазматик ҳужайралар, лимфоцитлар, семиз ҳужайралар, 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 каттиқ танглай шиллик қавати киради.

3. Махсус структурали 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 кўплаб нерв охирлари сезиш қобилиятига эга бўлган махсус сўрғичлар сифатида шакланган: 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 такомиллашмаган хужайралар кўп бўлиб, улар асосан фибробластлар, гистиоцит ва лимфоцитлардан иборат. Плазматик хужайралар ва лаброцитлар жуда кам.

Юқорида кўрсатилган ҳолат шиллик парданинг нозиклигидан, таъсиротларга чидамсизлиги, енгил жароҳатланиши билан биргаликда 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 қилади, 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 оксилларнинг камайиб кетиши она организмдан олинган тайёр ҳимоя воситаларини йўқолиб боришини кўрсатади. Бу эса ўз навбатида организмнинг иммунобиологик хусусиятини бир мунча 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 шаклланишининг турғун 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 мембрана юшоқ 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 шиллиқ 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.

Шиллиқ парданинг қўшувчи тўқимали 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 тушунтирилади. 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 чиқувчи протеолитик ва муколитик ферментларни нейтраллаб нормаллаштириб туради. Шу билан биргаликда тўқима метоболизмини тиклайди. Бундан ташқари гепарин кучли аллергик реакциялар ҳисобланмиш Артүс ва Шварцман феноменларини секинлашган антитоксик фактор сифатида тормозлайди.

Юқорида баён қилинган гистологик ўзгаришлар 8-12 ёшли болалар организмида ўткир яллиғланиш жараёнлари кўпинча сурункалига айланиб кетишини таъминлайди.

Шундай қилиб баён қилинган гистофизиологик ўзгаришларни болаликнинг уч даврига нисбатан тахлил 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: шиллиқ парда нозик, юпқа, енгил жароҳатланадиган, шиллиқ ости пардаси структураси такомиллашган, хужайралар гликоген ва РНК га бой, тўқималарда етук оксил ва мукоид моддалар мавжуд. Шунинг учун 1 ёшгача бўлган болалар оғиз шиллиқ пардаси вирусли ва микробли, бактериал касалликларга нисбатан турғун бўлиши билан бир қаторда механик травма (тил ости яраси, Беднар яраси ва х.к.), ҳамда замбуруғлар чақариши мумкин бўлган (оғиз оқариши-молочница) касалликларга мойилдир.

1-3 ёшгача бўлган болаларда: шиллиқ парда қалинлашуви, толалар системасида ва хужайраларда содир бўладиган ўзгаришлар (микдор жиҳатдан) ошиши, қон томирларни кўпайиши, базал мембрананинг шаклланиши, ҳимоя хужайралар тўпламининг корпорациясининг ҳали шаклланмаганлиги, она организмдан олинган иммунологик тайёр ҳимоя воситаларининг камайиб тугаб 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 кириш учун кўплаб очик дарвозаларни вужудга келтиришга сабаб бўлади.

4-12 ёшларга келиб оғиз бўшлиғи шиллик пардасида керакли ҳимоя баръери – тўсиклари шаклланади, шу билан биргаликда иммунологик ҳимоя хужайралар комплекси ҳосил бўлиб қон томирлар атрофида улар фаоллашади (плазматик, лимфоцит, гистиоцит, моноцит, макрофаг ва айниқса лаброцитлар). Лимфа тугунлари ҳимоя функциясини бажара бошлайди, иммун хужайралар антителолар, махсус иммуноглобулинлар ишлаб чиқа бошлайди. Лимфоцит – плазматик хужайралар – моноцит – макрофаг – гистиоцит – лаброцит – хужайралар корпорацияси вужудга келади. Эпителий қават қалинлашади, махсус соҳаларда улар шохлана бошлайдилар, базал мембрана қалинлашиб, зичлашади, коллоген, эластик толалар такомиллашиб етилади, пишиқ механик қатлам ҳосил қилишади.

Ҳимоя хужайралари: лимфоцит ва макрофаглар кўп қаватли эпителийга ўтиб шиллик парда сатҳига яқинлашади. Қон томирлар девори зичлашиб қалинлашиб ўтказувчанлик пасаяди. Лаброцитлар функцияси фаоллашади улар гепарин, 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 жараёнлар учрай бошлайди.

Шиллик парданинг 8-12 ёшга келиб шакланган баръер (ҳимоя) функциясини қуйидаги структуралар бажаради:

1. Сўлак ўзининг иммунобиологик компонентлари (лизоцим, иммуноглобулинлар ва бошқалар) билан биргаликда.
2. Эпителий шиллиғи.
3. Юпка, кўп қаватли эпителий қатлами (десмоомалари, хужайра оралик моддаси ва хужайралар мембранаси, хужайра ичидаги лизо-фагосома-хазм системаси) билан.
4. Базал мембрана ўзининг зич толаси структураси билан.
5. Эпителий қаватига миграция қиладиган нейтрофил лейкоцитлар, лимфоцитлар, иммуноактив носпецефик секретор моддалар.
6. Шиллик ости қават қўшувчи тўқиманинг иммунокомпонент хужайралари (макрофаглар, лимфоцитлар, плазматик хужайралар, нейтрофил лейкоцитлар, семиз хужайралар ва бошқалар)
7. Қўшувчи тўқиманинг хужайра оралик 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

мувофикдир. 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:

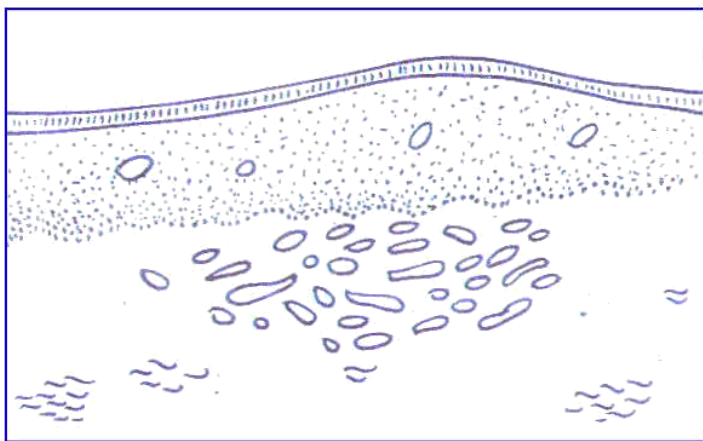
1. Травма натижасида юзага келадиган оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг жароҳатлари.
2. Инфекция (микроблар, замбуруғлар, вируслар) таъсирида юзага келадиган оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари.
3. Алоҳида (специфик) инфекция таъсири натижасида юзага келадиган оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг касалликлари.
4. Организмнинг ўта сезувчанлик (аллергия) хусусиятлари билан боғлиқ бўлган ўзгаришлар.
5. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги дори - дармонларнинг қабул қилиниши билан боғлиқ бўлган жароҳатли ўзгаришлар.
6. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг организмнинг баъзи бир аъзолари ёки системаларидаги касалликлари билан боғлиқ бўлган ўзгаришлари.
7. Тиш соҳасида юзага келадиган касалликлар.
8. Лаблар соҳасида юзага келадиган касалликлар.

7.3. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликларида пайдо бўладиган шикастланиш аломатлари

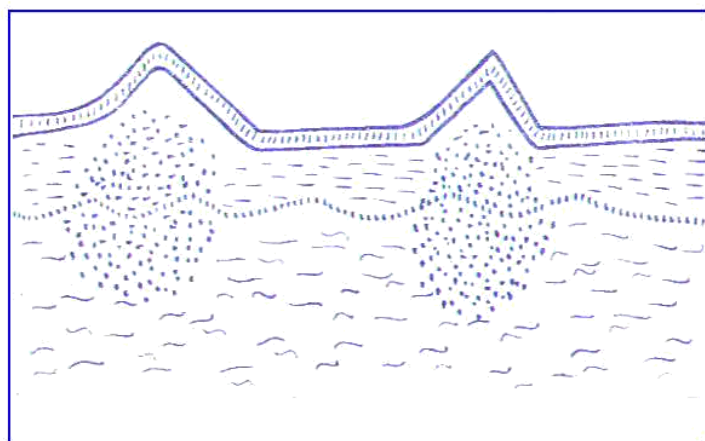
Оғиз бўшлиғи касалликларида шиллик қаватнинг бирламчи ва иккиламчи шикастланиш аломатлари кузатилади.

7.3.1. Жароҳатланишнинг бирламчи белгилари

Доғ (пятно - macula) - шиллик пардада юзага келадиган рангли ўзгариш. (14-расм). Шиллик парда рангининг маълум бир сатҳда ўзгариши натижасида содир бўладиган доғлар икки хил бўлади: 1) яллиғланиш дори; 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 кўрғошин препаратларининг организмга тушишидан ҳосил бўлади.



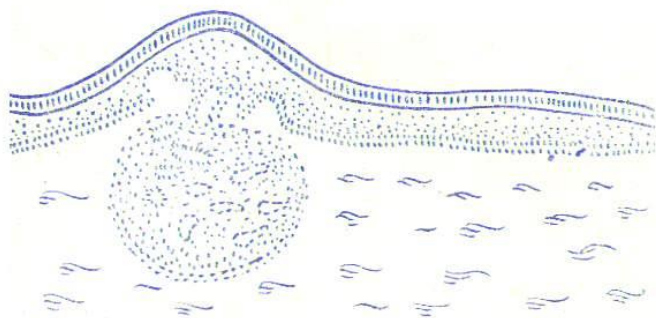
14-расм. Доғ-шиллик парданинг ранги ўзгарган кичик сатҳи.



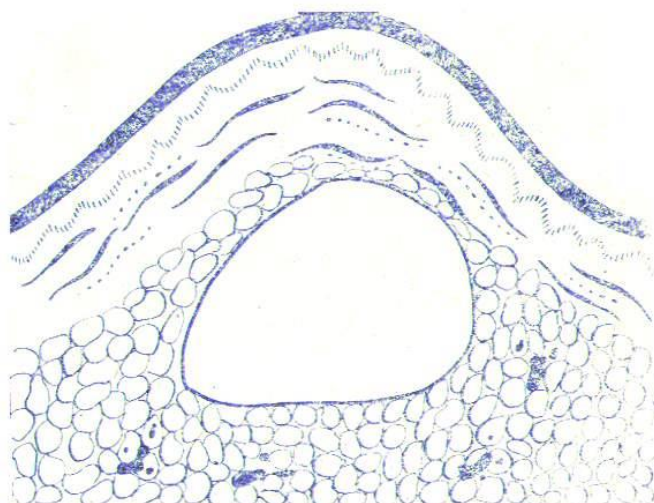
15-расм. Тугунча-шиллик парда сатҳидан бўртиб чиқиб турувчи, зичлашган инфилтратли кичик чегараланган соҳа.

Тугунча (узелок - nodulus) - яллиғланиш жароҳатининг шиллик қаватдаги бўшлиқсиз бўртмаси. (15-расм). Тугунча бұртмасининг диаметри 0,1-0,5 мм бўлиб, оқиш рангли товланяб турувчи хусусиятга эга. Уларнинг бир нечтаси кушилиб, бляшка (тангача) ҳосил қилиши мумкин.

Тугун (узел-nodus) - ўлчамлари билан тугунчага нисбатан йирикрок бўлиб, шиллик ости қават ҳимоя ҳужайраларининг 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.



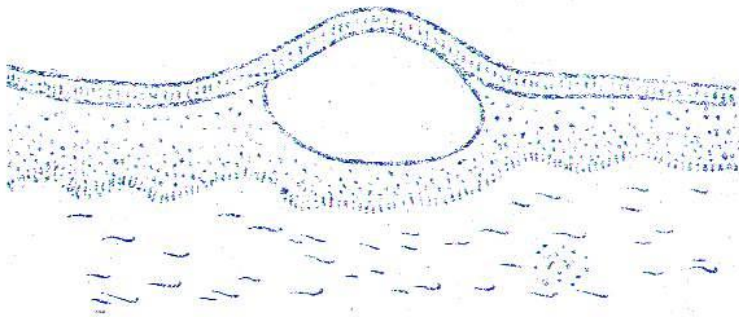
16-Расм. Тугун- шиллик парданинг думалоқ шаклли инфилтратли бүртмасы.



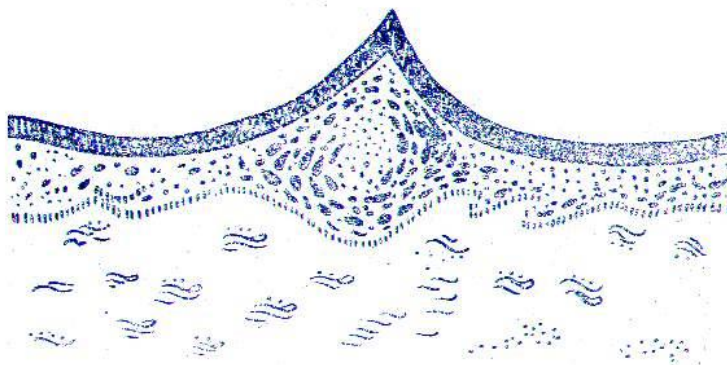
17-Расм. Пуфакча-шиллик парданинг ички ковак, суюқликли бүртмасы.

Бүртма - дүмбоқча (бугорок - tuberculum) - шиллик парданинг барча қаватларини қамраб олувчи инфилтрат 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.



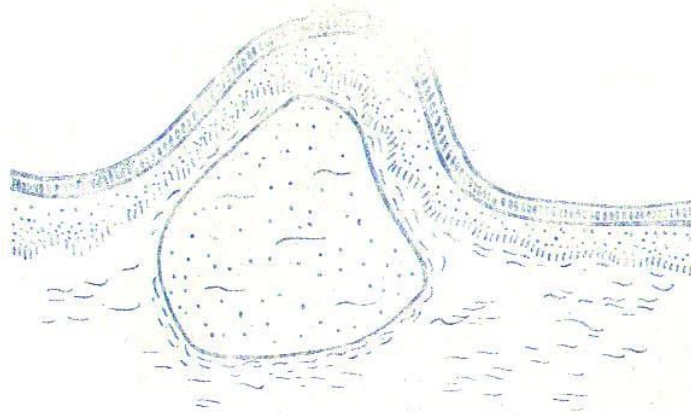
19-расм. Пуфак-шиллик парда сатҳида вужудга келган ички ковак суюқликли бўртма.

Йирингли пуфакча (гнойничок - *pustula*) бўшлиғи йиринг билан тўлган бўлиб, юз соҳаси терисида, лабларнинг қизил хошиясида кузатилади. Ўлчамлари тарик катталигида бўлади. (19-расм).

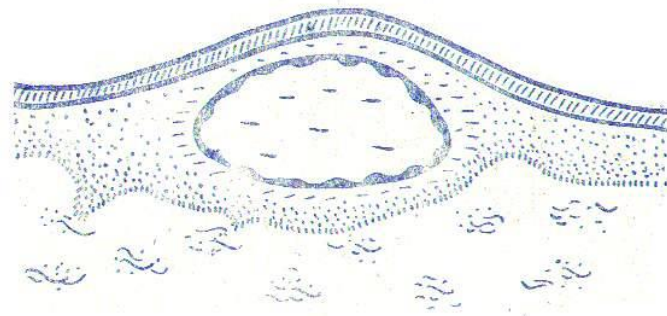
Пуфак (пузырь-*bulla*)-пуфакчалардан ўлчамларининг катталиги билан фарқ қилади. Ички бўшлиғи сероз ёки қон аралашган суюқлик (экссудат) билан тўлган бўлади. Пуфаклар эпителий қатламининг остки қисмида (субэпителиальный) ва унинг оралик қаватларида (интраэпителиальный) ҳосил бўлиши мумкин.

Киста (киста-*cysta*) - деворининг ички юзаси эпителий хужайралари, ташқи томони қўшувчи тўқима билан ўралган ичи бўшлиқдан иборатдир. (20-расм).

Шиллик парда шиши (волдырь - *urtica*) - ҳажми анчагина катта бўлган ҳусусий қаватнинг суюқлик (экссудат) билан тўйиниши асосида вужудга келадиган белги бўлиб, бу соҳада шиллик парда кизариши ёки оқиш тусга кириши мумкин. (21-расм).



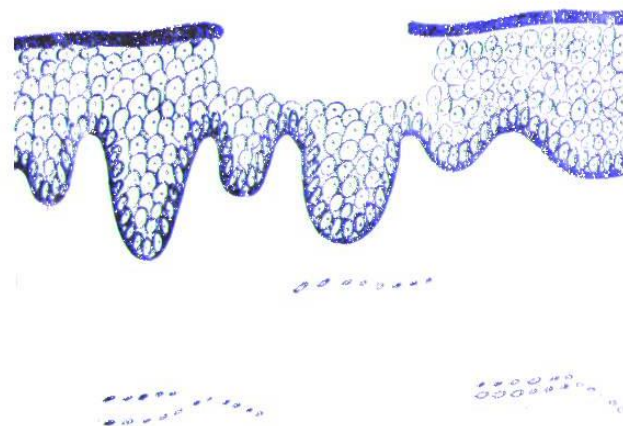
20-расм. Киста-чегараланган, думалок бўшлиқли элемент.



21-расм. Шиллик парда шиши.

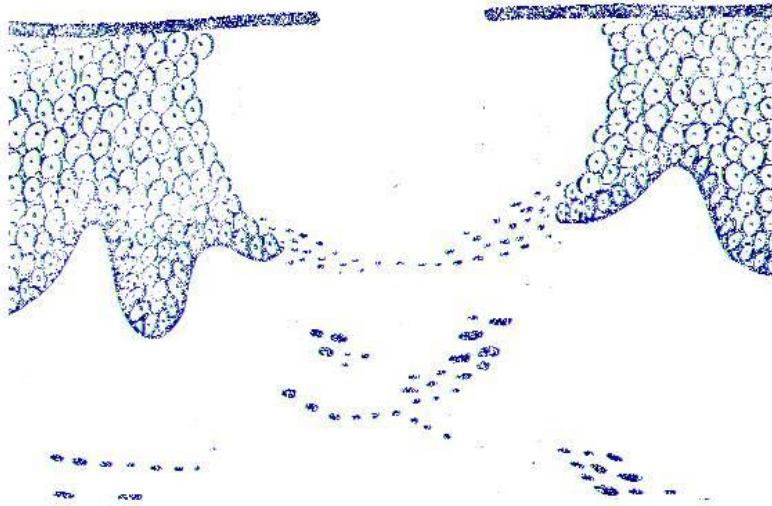
7.3.2. Жароҳатланишнинг иккиламчи белгилари

Шилиниш (эрозия - erosia) - эпителий қатламининг бирламчи белгиси (пуфакча ёрилиши натижасида) ёки ташқи таъсирот натижасида енгил шикастланиши. (22-расм).

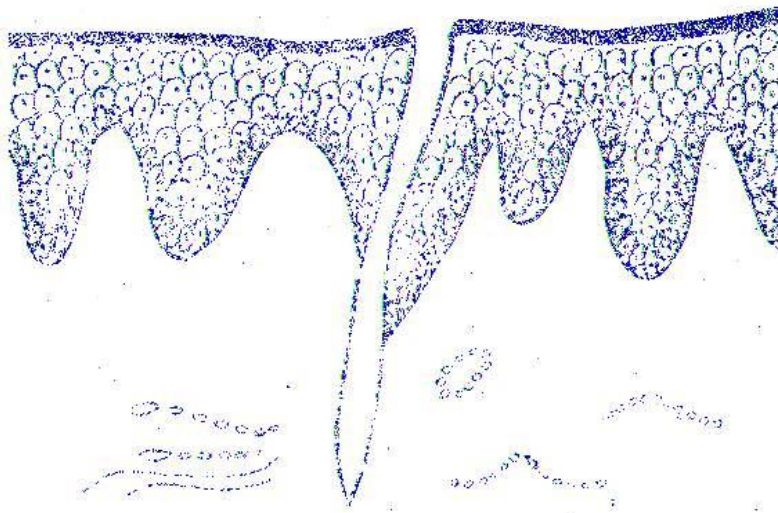


22-расм. Эрозия-шиллик парда эпителий қаватининг чегараланган емирилиши.

Яра (язва - ulcus) - оғиз бўшлиғи шиллик пардаси барча қаватларининг шикастланиши натижасида юзага келадиган, деворларга ва туб сатҳга эга бўлган белги. (23-расм).



23-расм. Шиллик парда яраси.

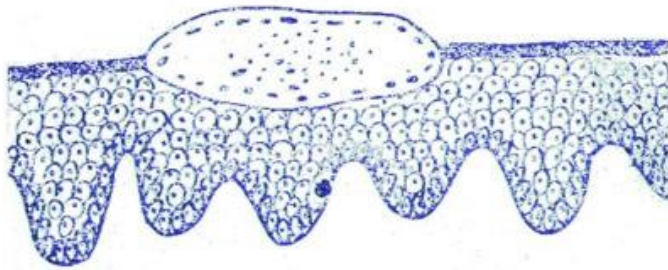


24-расм. Шиллик пардани ҳосил қилувчи тўқима қаватларининг ажралиши туфайли содир бўладиган ёрик.

Ярача (афта - aphtha) - шилинишнинг фибриноз парда билан қопланган холдаги кўриниши. Атрофи доимо кизгиш халка билан ўралган бўлади.

Ёрик (трешина-rhagas) - шиллик парда барча қаватларининг ажралиши натижасида кузатилади. Бунга тўқималар эластиклик (кайишкоклик) 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 ҳужайраларининг ўз вақтида тушиб кетмаслигидир. (25-расм).



25-расм. Тангачалар.

Мугузли

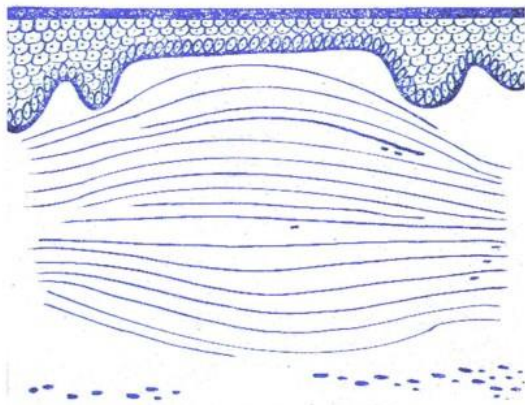


26-расм. Қатқалоқ шаклдаги пўстлоқ.



Қатқалоқ - пўстлоқ (корка - crusta) - пуфакчалар, пуфаклар, шилиниш ва яраларнинг кўпчиби, уларнинг таркибидаги суюқликнинг шимилиб кетиши натижасида юзага келадиган белги. (26-расм).

Чандик (рубец-sicatrix) - шиллик парданинг яллиғланиш жараёнида сурилиб кетган хусусий қаватининг коллаген толали қўшувчи 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 қаватнинг механик таъсиротлардан жароҳатланиши, кўпгина 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 курак 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 сўрғич 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, инжиқланиб она кўкрагини сўрмай кўйишлари мумкин. Оғиз бўшлиғининг шиллик қавати кўздан кечирилганда (айниқса, танглай соҳасида) шилиниш ёки яра ҳосил бўлганининг гувоҳи бўламиз. 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 хужайра ва тўқималарининг тикланишига ёрдам берувчи малҳамлар (наъматак мойи, облепиха мойи, винилин, салкосерил, жаланхоэ ёғи) билан мойлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

7.4.1. Беднар яраси

Баъзи бир ҳолларда организми кучсизланган болаларда шилиниш ва яралар юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг туташган чизиқларида понасимон суякнинг (*os sphenoidalis*) танглай ўсиқлари проекциясида симметрия равишда юзага келиши мумкин. Бунга сунъий равишда овқатлантирилаётган болаларга берадиган сўрғичнинг 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 hafta) 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 сўрғични сўришдан тезда тўхтаб чинқириб йиғлай бошлайди. Жароҳатнинг узок чўзилишида иккиламчи инфекция вужудга келтирган яллиғланиш жараёни алохида 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 эмизишдан 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 шифокор маслаҳатисиз мустақил даво - тадбирларини қўллаш нохуш оқибатларга олиб келиши мумкин.

Мақтаб ёшидаги болалардаги нохуш қилиқлар: лаб, лунжларни тишлар орасига олиб сўриш, тилни тишлар орасига олиб ўйнаш, тишлаш, қалам, ручкани оғзига солиш натижасида оғиз шиллиқ 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 шиллиқ парда хусусий қаватида ҳимоя хужайралар йиғилиб, инфилтрат ҳосил қилади ва кўпгина ҳолларда чандиқли жароҳатлар пайдо бўлади. Даволаш тадбири тишларнинг ўткир кирраларини 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 бўшлиғи шиллиқ қаватининг 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 узок - қисқалиги ва кўрсатилган биринчи ёрдамнинг тўғри-нотўғрилигига қараб ҳар хил бўлиши мумкин. Кимёвий таъсиротлар биринчи дақиқаларда тўғри аниқланса, зудлик билан акс таъсир этувчи моддалар (антидот) эритмаси билан жароҳатни ювиш, даволашни тўғри бошлаш болани нохуш ҳоллардан ҳалос қилишнинг асосий йўли бўлиб ҳисобланади. Кислота ёки ишқор таъсирида биринчи дақиқаларда шиллик парданинг қизариши асосий ўрин тутаяди. Бир неча соат вақт ўтгандан кейин тўқима хужайралари ўлади (некроз) ва фибриноз экссудат билан тўйиниб қалинлашади. Ҳосил бўлган қалин парда (плёнка) 7-8-кунлардан бошлаб, тирик тўқимадан ажралиб туша бошлайди. Жароҳат ўрнида таъсирот кучига қараб ҳар хил катталиқдаги ва чуқурликдаги яра ёки эрозия ҳосил бўлади. Жароҳат фибринли қараш билан қопланиб, атрофидаги соғлом тўқиманинг тикланиши натижасида аста - секинлик билан бита бошлайди. Кимёвий таъсирот натижасида дастлаб лаблар (кўпроқ пастки лаб), кейин тил, ютқин жароҳатланади.(35-расм)

Кислота таъсиридан жароҳатланганда биринчи бўлиб шиллик пардани сусти ишқор эритмаси (бир стакан сувга бир чой қошиқ овқатга ишлатиладиган сода солинади) билан обдон ювилади. Ишқорли жароҳатлар эса сусти кислота (1-3% уксус) эритмаси билан ювилади. Мабодо керакли кимёвий эритмалар бўлмаса, унда иккала ҳолда ҳам совуқ сувдан фойдаланиш зарур. Кислота ҳамда ишқор моддалар сувда яхши эриши натижасида яхши ювилади ва уларнинг таъсир кучи сусаяди.

Кимёвий жароҳатлар оғриқли тишни даволашда дори - дармон сифатида ишлатиладиган: фенол, формалин, антиформин, спирт, эфир ва бошқаларни эҳтиётсизлик билан ишлатиш оқибатида шиллик пардага тушиши натижасида ҳам келиб чиқиши мумкин.

Кимёвий жароҳатлар кўпайган сари беморнинг умумий аҳволи ҳам оғирлашади, кучли оғриқ туради, тана ҳарорати кўтарилади (37-39°C), кучли захарланиш белгилари юзага келади. Уйқу 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 захарланиш белгиларининг олдини олиш учун болага кўпроқ суюқлик ичириш лозим.

Агар кимёвий таъсирот натижасида ютқин, нафас йўллариининг бошланиш қисми жароҳатланган бўлса, бола шифохонага ётқизиilib, қулоқ-бурун-томоқ мутахассислари назоратида даволанади.

Ўзлаштириш даражасини 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 шиллиқ 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 шиллиқ қаватида юзага келадиган ўзгаришлар

Кейинги пайтларда болалар орасида лабларнинг қизил хошиясида, унга бирлашиб турувчи тери сатҳида ва оғиз бўшлиғи шиллиқ 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 қалин 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 оғриқли, юзаси юмшоқ ва осон ажраладиган ғовак фибринли караш билан қопланиб туради. Олдинги тишлар атрофидаги милкларда ўткир катарал яллиғланиш белгилари пайдо бўлади. Жағ ости лимфа тугунлари катталаниб, 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 хўлланган стерил салфеткалар ёрдамида оҳиста жароҳатдан ажратиб олинади. Оғиз шиллиқ пардаси маҳаллий оғриқсизлантирилгандан 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 аллергик хасталиклар билан оғриган болаларнинг лаб, тери жароҳатларига, оғиз шиллиқ пардасига неомицинли, дибдомицинли, эритромицинли, полимиксинли, синтомицинли антибиотикли эмульсиялар ва малхамлар (мазь) суртиш мумкин. Дори моддаларига нисбатан ўта сезгир ва экземали хейлит хасталигига учраган болалардаги йирингли жароҳатларга

эса антибиотикли малхамлар, албатта уларга глюкокортикоид гормонли малхамлар (дермозолон, оксикорд) ни аралаштириб суртилади.

Уй шароитида шиллиқ парда, тери жароҳатларига антисептик тозалаш (обработка)дан кейин буюрилган малкам 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, сезгирликни пасайтирувчи дорилар (тавегил, супрастин) ёшга 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, дазмоллаб, 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 ёшгач бўлган болалар касалланади. Мазкур касаллик асосан томоқ, нафас йўли (хиқилдоқ), оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва баъзан бурун бўшлиғи шиллиқ пардасини ҳам шикастлайди.

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

Касалликнинг клиник кечиши. Дифтерия хасталиги ўткир, тана ҳароратининг кўтарилиши билан бошланиб (38°C), бола умумий аҳволининг бузилиши кузатилади. Болалар томоқдаги оғриққа шикоят қилишади. Оғиз шиллиқ пардаси кўригида муртақлар, тилчанинг, юткин парда шиллиқ пардасининг қизариши, шиши аниқланади. 1-2 суткалар мобайнида карашлар нозик, тўрсимон, ўргимчак тўрига ўхшаш, чегаралари аниқ тўлқинсимон бўлиб кўринади. Караш шиллиқ пардага маҳкам ёпишганлиги туфайли пахта тампонлар билан суртиб олиб ташлашнинг иложи бўлмайди. Куч ишлатилган тарзда шиллиқ парданинг қонашига олиб келади. Караш парда фибриноз яллиғланиш ҳосиласи ҳисобланади ва маҳаллий тўқиманинг инфекцияга қарши, унинг токсинига қарши ҳимоя реакциясидир. Фибринли караш томирлардан сизиб чиққан фибрин толалари, қовжираган эпителий, лейкоцитлар ва баъзан кўзгатувчи Леффлер таёқчаларидан иборатдир. Касалликнинг ривожланиши билан фибринли карашлар қалинлашиб шиллиқ парда сатҳида кенгайиб тарқала бошлайди, ранги тўқ кулранг ёки сарғиш кулранг тус олади. Карашларга қон аралашса, жигарранг занг тусига киради. Караш пардалар тозаланган жойда тезда янгиси пайдо бўла бошлайди. Оғиз бўшлиғида бу карашлар милклар четида, тил юзасида ва бошқа соҳаларда пайдо бўла бошлайди. Оғизда ширинликнинг ачиган ҳиди пайдо бўлади.

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 бир мунча ўзгариб кечади. Ҳалқум парда дифтерияси катарал ёки лакунар ангина сифатида кечиб, карашлар юмшоқ, осон ажралувчи, тарқалишга мойиллиги бўлмайди.

Дифтерия касаллиги фолликуляр, лакунар, флегмоноз 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 қўзгатувчиси 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 қаттиқроқ нотўғри шаклдаги диаметри 1-2 мм ли тузилмалардан иборат бўлади. Сони бир неча ўнта – йигирматадан, юз ва ундан ортиқ бўлиши мумкин. Улар гуруҳ– гуруҳ бўлиб жойлашиб ҳеч қачон қўшилиб кетишмайди. Филатов доғлари 2-3 кун туриб кейин йўқолиб кетадиган элементдир.

Заҳарланиш аломатлари кучайиб, бемор умумий аҳволи оғирлашган ҳолларда ярали стоматитлар вужудга келади ва жағ суяклари остеомиелити содир бўлиши мумкин. Бу хил асоратлар асосан оғиз бўшлиғи санация қилинмаган беморларда юзага келиши мумкин.

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

7.6.3. Скарлатина.

Кўпчилик олимлар фикрига кўра касалликни чакирувчи бўлиб гемолитик стрептококклар ҳисобланади. Касалликнинг юқиши асосан ҳаво томчи ва контакт йўли орқали амалга ошади. Инкубация даври ўртача 3-7 кун бўлиб, 2 ёшдан 6-7 ёшгача бўлган болалар асосан касалланишади.

Клиник манзараси. Касаллик ўткир бошланиб тана ҳарорати 39-40⁰С гача кўтарилади. Кўнгил айниб, бош оғриғи, бола қусиши мумкин. Бир неча соат ўтгач томоқда ютиниш пайтида кучли оғриқ пайдо бўлади. Оғиз шиллик пардасидаги ўзгаришлар тана ҳароратининг ўзгариши билан бир вақтда бошланади. Муртақлар шиллик пардаси, юмшоқ танглай кескин қизариб, атроф шиллик пардасидан ажралиб туради. Касалликнинг иккинчи суткасида қизарган шиллик пардада нуктали энантемалар пайдо бўлиб шиллик қават силлиқлигини бузади. Кейинчалик тошмалар лунж, милк шиллик қаватига тарқалиб 3-4 кунда терида тошмалар пайдо бўлади. Муртақлар ангинаси катарал, лакунар ёки некротик ҳолатда кечиши мумкин. Оғиз шиллик пардасидаги кейинги ўзгаришлар асосан тил сатҳида юз беради. Биринчи кунларда тил сатҳи кулранг караш билан қопланади, оғир кечган ҳолатларда караш жигарранг тус олиб, уни шиллик пардадан ажратиш мумкин бўлади. 2-3 кундан бошлаб тил учи ва ён сатҳлари эпителий десквамацияси (қовжираб тушиши) натижасида карашдан тозалана бошлайди.

Карашдан тозаланган тил сатҳи тўқ қизил-малина рангига киради («малина тил»), замбуруғсимон сўрғичлар шишиб ўлчамлари катталашади. Бир неча кундан сўнг тил сатҳи карашлардан батамом тозаланади, ипсимон сўрғичлар атрофияланиб тил силлиқлашиб «лакланган» ҳолга келиб қолади ва овқат қабули пайтида оғриқ сезгиси кучаяди. Вақт ўтиши билан ипсимон сўрғичлар тиклана бошлайди ва тил ўзининг одатдаги кўринишига қайтади. Лаблар шишиб, тўқ пушти, малина ёки олча рангига киради. Баъзан касалликнинг 4-5 кунда лабларда ёриқлар ва шилинишлар пайдо бўлади. Биринчи кундан регионар лимфа тугунлари катталашади ва пайпаслаганда оғриқли бўлади.

Скарлатинада оғиз шиллик пардасида содир бўладиган ўзгаришларни дифтериядаги, қизамиқдаги, қон касалликларидаги ва ҳар хил ангиналардаги ўзгаришлар билан қиёсий ташхис қилинади.

Скарлатина билан оғриган беморлар болалар юқумли касалликлари бўлимида ётқизиблиб даволанади.

7.6.4. Сув чечаги.

Мазкур касалликни филтрланувчи вируслар чакиради, ҳаво-томчи йўли билан юқиб, инкубация даври 10-20 кунгача чўзилиши мумкин. Ёши 6 ойгача бўлган болалар бу хасталик билан оғримайди. 6 ойдан 10 ёшгача бўлган болалар гуруҳида мазкур касаллик анча кенг тарқалган.

Клиник манзараси. Касаллик кескин бошланиб тана ҳарорати 37-38⁰С га кўтарилиб терида тошмалар пайдо бўлади. Оғиз бўшлиғи шиллик пардасида нуктали доғлар ва пуфакчалар юзага келади ва улар ёрилиши оқибатида эрозиялар пайдо бўлади. Бу эрозиялар жуда оғриқли бўлади, сарғимтир тусли карашлар билан қопланади ва бир неча кундан сўнг

чандиксиз битиб кетади. Теридаги тошмалар лабларда пуфакча шаклида атроф терида, бадан терисида олдин қизғиш, оч қизил рангдаги тугунчалар сифатида юзага келиб бир неча соат ичида пуфакчаларга айланади. Пуфакчалар овал, думалок шаклда бўлиб ўлчамлари 1-2 мм дан 5 мм гача бўлади. Пуфакчалар таранглашган, ялтироқ бўлиб атрофи қизил ҳошия билан ўралган, экссудати тиниқ. 2-3 кундан сўнг улар қуриб, жигарранг пўстлоқчаларга айланади ва 2-3 хафтадан сўнг из қолдирмай тўкилиб кетади. Тошмалар тошиши бир неча кун давом этиши муносабати билан терида ва шиллик пардаларда ёлғон полиморфизм кузатилади.

7.6.5. Юқумли мононуклеоз (Филатов касаллиги).

Кўпчилик касаллик қўзгатувчиси вирус деб 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 бўлиб ҳисобланади. Кейинги ва асосий клиник белги бўлиб жигар ва талоқнинг катталашуви (гепато-спленомегалия) ҳисобланади.

Кўпчилик болалар оғиз бўшлиғи шиллик пардасида тарқалган катарал яллиғланиш ва қон қуйилиш белгилари кузатилади. Баъзиларида шиллик парда эрозияси, афтага ўхшаш яралар ҳам содир бўлади. Шиллик пардадаги ўзгаришлар секин кечувчи яралар-некротик жараёнга айланади.

Ташхис. Умумий қон анализидеги ўзгаришлар асосида кўйилади. 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 ҳарактерлидир.

Юқумли мононуклеоз дифтерия ва бошқа ҳар хил ангиналар билан қиёсий ташхис қилинади.

Ўткир юқумли хасталикларда даво чоралари. Ўткир юқумли касалликларда асосий даво чораларини инфекционист-педиатр олиб боради. Оғиз бўшлиғи шиллик пардасида содир бўладиган яллиғланиш жараёнлари ва улар асорати билан стоматологлар курашади. Маҳаллий даво чораларининг асосий мақсади оғиз бўшлиғи санацияси ва иккиламчи инфекция ҳуружини олишга қаратилган бўлиши лозим. Бунинг учун оғиз шиллик пардаси маҳаллий оғриқсизлантирилиб (анестезиннинг ёғли эритмаси, новокаин эритмаси, пиромекаин эритмаси ёрдамида), KMnO_4 нинг 1:6000 ли эритмаси, водород пероксидининг 1% ли эритмаси ёрдамида антисептик ювилади. Яралар 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). Кўпроққ суюқлик (чай, компот, минерал сув) ичиш, суюқ, юмшоқ овқатлар истемол қилиш буюрилади. Овқатлар тез ҳазм бўладиган ва юқори каллорияли бўлиши шарт.

7.6.6. Ўткир герпетик стоматит.

Бу касаллик 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болалар оғиз бўшлиғи шиллик пардаси хасталиқларининг 70-80 фоизини ташкил қилади. Касаллик кўзгатувчиси оддий герпес (тошма) вируси ҳисобланади. Бу вирус ахоли орасида кенг тарқалган вируслардан ҳисобланади. Касаллик тарқатувчи манбаа бўлиб, хасталикка учраган болалар ёки кишилар ҳисобланади. Катталарда касалликнинг энгил, қайталанувчи турлари қайд қилинади. Оғиз шиллик пардаси бу хил вирус таъсирида яллиғланишининг ёш болаларда оғир кечишига (1-3 ёшгача), ҳомила пайтида ёки кўкрак сути орқали она организмдан болага ўтган суст (тайёр антители шаклидаги) иммунитетнинг йўқолиши, бу ёшда организм ҳимоя воситаларининг тўлиқ шаклланмаганлиги, боланинг тез-тез касалланиши натижасида организмнинг кучсизланиши, 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 кечишига қараб, уч хил шаклда қайд этилади: 1) энгил шакл; 2) ўртача 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 энгил 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 юпқа бўлганлигидан тезда ёрилади. оғиз шиллик пардасига тошмалар тошиши бир неча соатдан 1-2 суткагача бўлган давр мобайнида аниқланади, оғиз шиллик пардаси кўздан кечирилётганда олдинги бир неча тишлар атрофидаги милк сўрғичларининг қизариб, шишганлигини кўриш мумкин. Бу энгил катарал яллиғланиш белгисидир. Болалар бундай ҳолларда овқатланиш, сўрғич сўриш пайтидаги оғриқдан шикоят қиладилар. Тана ҳарорати субфебрил, боланинг умумий аҳволида ўзгариш сезилмайдн.

Хасталикнинг ўртача 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 иштахаси ёмонлашади, у овқат ейишдан бош тортади. Продремал босқич 1-4 кун мобайнида давом этади. Бу босқич давомида милк шиллик пардаси қизаради, шишинқирайди, 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 касалликнинг ўртача оғир шаклида 2-3 кун, оғир шаклида эса 4-5 кун мобайнида пайдо бўлиб туради. Баъзи бир ҳолларда узоқроқ давом этиши ҳам мумкин.

Хасталикнинг оғир шаклида ҳосил бўлган пуфакчалар тезда ёрилиб, бир-бири билан қўшилиши натижасида оғиз шиллик пардасининг лаб, лунж, тил, танглай, баъзи бир ҳолларда ютқин соҳаларида катта юзага эга бўлган жароҳатлар юзага келади.(37-расм) Бундай ҳолларда милк сатҳининг кучли катарал яллиғланиши кузатилади. Милкларда кучли қизариш, шиш пайдо бўлади ва эрозия (шилиниш) аниқланиб, шиллик парданинг бутунлиги бузилади. Милк чўнтақларидан қуйқасимов 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. Хасталикнинг оғир кечишига, боланинг умумий аҳволининг бу қадар ёмонлашувига шиллик 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. Хасталик пайтида бола организми сувсизланади, оғиз бўшлиғининг меъёрдаги гигиена ҳолати бузилади. Ўткир герпетик стоматит хасталиги ўзининг клиник белгилари ва кечиши билан бир қатор хасталикларга ўхшаб кетади. Шунинг учун касалликни тўғри аниқлаш мақсадида уни экссудатли эритема ва медикаментоз стоматит каби хасталиклардан фарқли (дифференциал) ташхис қилинади.

Ўткир герпетик стоматитни даволаш. Касалликнинг дастлабки продремал босқичида, яъни шиллик пардада биринчи тошма белгилари пайдо бўлгунга қадар, махсус вирусларга қарши препаратлар маҳаллий тарзда шиллик пардага суртилади. Бундай малхам (мазь) дорилар қаторига 0,5-1% ли теброфен, 0,5 ли оксалин, 0,25% ли алпизарин, ацикловир, ацикlostад ва бошқалар кирилади.

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 охиста 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 парчаловчи) 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 картолин, винилин, солкосерил, наъматак, чаканда мойи, аэкол 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 мақсадга мувофиқдир:

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, календулз 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 марта-дан, 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 препаратларидан (супрастин, димедрол, дипразин ва бошқалар) боланинг ёшига мос миқдорларда ичиш учун буюрилади.

Хасталикка учраган болаларни даволаш жараёнида пархез муолажаси

хам муҳим аҳамият касб этади. Болалар овқати суюк ва илиқ ҳолда бўлиши керак: уларга тузи пастроқ гўшти шўрва, кефир (қатик), творог, сузма, шакар солинган тухум оқи каби маҳсулотларни бериш мақсадга мувофиқдир. 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 ётқизиблиб даволанади.

7.6.7. Сурункали қайталовчи герпетик стоматит

Хасталикнинг бу тури болаларда катта ёшдаги кишиларга нисбатал 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 секинлашиши мумкин. Баъзан бу хасталик учламчи (тройничный) нерв тармоғи бўйлаб оғриқ пайдо бўлиши билан кечнши мумкин. Сурункали қайталовчи герпетик стоматитда даволаш чора-тадбирлари 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 катталашиб 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 мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Жароҳатланган шиллиқ пардага, яллиғланишга қарши дори-дармонлар шиллиқ парданинг тикланишини таъминловчи (керато-пластик) малҳамлар, ингалипт, оксикорт, каметон каби дори моддаларни пуркаш анча қулай ва фойдалидир.

7.6.9. Кандидоз хасталиги

Кандидоз - оғиз бўшлиғида энг кўп учрайдиган замбуруғли инфекция (*Candidiasis oris*) бўлиб, молочница хасталигини чакирувчи 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 чакиради ва ўзининг патогенлик хусусиятларини намоён қилади. (46-расм)

Касаллик ҳеч бир белгисиз бошланиб, она кўкрагини сурувчи 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-дуқкам оқиш, ялтироқ, енгил кўчадиган доғли белгиларни кузатиш мумкин. Бундай ҳолларда оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардасида қизариш (гиперемия) белгиси кузатилмайди.

Хасталик оғир шаклда кечганда шиллиқ парда қизариб, замбуруғлар кўпайиши натижасида шиллиқ парда сатҳидан кўтарилиб турувчи оқ, ипир-ипир ириган сутга ўхшаш караш пайдо бўлади. (42-расм) Бундай ҳолларда антисептик муолажа (обработка) пайтида карашларни шиллиқ қават сатҳидан тўла-тўқис ажратиш мушқуллашади. Бунга сабаб, замбуруғлар ишлаб чиққан майин ипсимон мицеллаларнинг эпителий остки қаватларига ўсиб киришидир. Баъзан касалликнинг узок вақт давом этадиган оғир шаклларида мицеллалар шиллиқ парда эпителийси остидаги қўшувчи тўқимага ҳам ўсиб кириши мумкин. Хасталикнинг ана шундай шаклида карашларни обдон тозалашга уринмаслик лозим. Акс ҳолда жароҳатланган қон томирлар орқали замбуруғлар организмда кенг тарқалиши (диссеминация) ва хасталикнинг ички органларда кенг тарқалган (генерализация) вицерал 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 антогонизмнинг 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 мақсадга мувофиқдир. Даво чора-тадбирларининг 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 шиллиқ пардасини муолажа пайтида 0,5-1% ли водород пероксидига хўлланган пахта болишчалар ёрдамида яхшилаб артиб, уни карашлардан, оқ ялтироқ дорлардан оҳисталик билан тозаламоғи лозим. Ана шундан сўнг, жароҳатланган шиллиқ 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, шиллиқ қават юзаларини 0,5% ли водород пероксиди (1 қошиқ 3% ли водород пероксиди эритмасини ярим стакан сувда эритилади) эритмаси билан ювмоғи ва карашлардан 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 ёнбошлатиб ётқизиб, бошини пастга қаратилган ҳолда оғиз бўшлиғи резина баллончалар ёрдамида 1-2% - ли натрий гидрокарбонат (овқатга ишлатиладиган сода) эритмаси билан ювилади. Шундан кейин оғиз шиллиқ 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 малхамини суртиш ҳам мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Ҳасталилнинг оғир шаклида оғиз бўшлиғида шиллиқ парда сатҳидаги оқ карашлар 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 маротаба бўлиб ичириш яхши натижалар беради. Кўрсатилган муолажа 7-10 кун мобайнида тартибли равишда олиб борилмоғи лозим.

Кандидоз касаллигининг қайталаниш ҳавфини бартараф этиш учун уй шароитида шиллиқ пардада карашлар йўқолгандан кейин ҳам бир ҳафта давомида муолажалар юқоридаги тартибда давом эттирилиши мақсадга мувофиқдир.

Ўзлаштириш даражасини аниқлаш учун саволлар

1. Ёш болаларда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг хасталикларини чақирувчи инфекция турларини санаб беринг

2. Стрепто-стафилококк микроблари чақириши мумкин бўлган касалликларнинг клиник белгиларини ва чора-тадбирларини гапириб беринг.

3. Герпес вирусини оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида қандай хасталикларни келтириб чиқаради?

4. Герпес вирусини чақирадиган хасталикларда шиллиқ 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 ҳасталигининг 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 хақида гапириб беринг.

7.7. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида бактериялар юзага келтирадиган аллергия ўзгаришлар.

7.7.1. Сурункали қайталанувчи ярали (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 ёшлиқда оғриганликларини кўрсатади.

Хасталик асосида бактериал аллергия ётганлигини терига киритилган антигенлар (кожная проба), лейкоцитоз 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 куйиш ва оғриқ аниқланади. Баъзи болаларда юқоридаги белгилар билан бир қаторда шиллиқ парданинг қизариши, тўқиманинг қаттиқлашуви каби белгиларни кўриш мумкин.

Шифокорга мурожаат қилинганда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасидаги болани безовта қилаётган нуқталарда 1-2 ёки бир неча донна шилиниш - эрозия (ўлчамлари 2-5 мм ли, қизил хошия билан ўралган) белгиларини кузатиш мумкин. Каттароқ ёшдаги болаларнинг умумий аҳволида ўзгариш сезилмайди. Кичик боғча ёшидаги болаларда тана харорати 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 шиллиқ парда хусусий қаватининг чуқур некрози туфайли яралар анча чуқурлашади, уларнинг туби, деворлари қаттиқлашади (инфильтрация) ва

соғлом шиллик парда сатҳидан анчагина кўтарилиб туради. Бу хил яралар 2-3 хафтада битиб, ўзидан кейин чандик қолдиради. Яллиғланш 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 яралари стоматитни жароҳатланиш натижасида юзага келадиган эрозия, яралардан, қайталовчи сурункали герпетик стоматитдан ажрата билиш керак.

Сурункали кечадиган яралари стоматит давоси маҳаллий - симптоматик ва умумий хасталикни келтириб чиқарувчи сабабларни аниқлаш ва уларга қарши кураш 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 тикланишини таъминловчи - кератопластик препаратлар суртиши лозим. Беморга уй шароитида оғиз бўшлиғини шифобахш ўтлар (маврак, мойчечак, кизилнойча ва бошқалардан тайёрланган дамламалар билан тез-тез чайиб туриш тавсия этилади. Овқатланишдан олдин маҳаллий оғриқсизлантирувчи дори-дармонлар суртиш, овқатдан кейин оғиз чайилиб, кератопластик малхамлар суртиш мақсадга мувофиқдир. 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 инфекцион-аллергик табиатга эга бўлиб, қайталаниш даврида гиперэргик (кучли сезгирлик) кўринишдаги организм реакциясини намоён 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 узок вақт мобайнида организм сезгирлигини ошириши ва организм кучсизланган пайтда микроблар ва уларнинг токсини кучли сезгирлик реакциясини

келтириб чиқаришидадир. Бундай пайтларда касаллик ўткир бошланиб, тана ҳарорати 40⁰С гача кўтарилади ва кучли захарланиш белгилари пайдо бўлади. Хасталикнинг тез-тез қайталаниб турадиган шаклида организмнинг умумий реакцияси бирмунча пастроқ бўлади.

Касаллик оғиз бўшлиғининг шиллиқ 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 шиллиқ пардасини жароҳатлайди. Кўп белгили экссудатли эритема касаллиги организм умумий сезгирлигининг ошиши натижасида юзага келиб, тери, оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардасини, баъзи бир оғир кечувчи шаклларида эса кўз ва таносил аъзолар шиллиқ пардаларини ҳам жароҳатлайди. Касаллик даврида оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардасидаги куйиш ва кучли оғриқ сезгиси туфайли беморларнинг овқатланиши, гапириши қийинлашади. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда, шиллиқ пардада йирик ықизил доғлар (эритема), гурух-гурух бўлиб жойлашган учли бўртмалар (папула), бир қанча майда пуфакчалар ва шилиниш белгиларини кўриш мумкин Оғиз шиллиқ пардасининг қизариб шишиш ҳоллари кузатилади Бу белгилар кўпинча лаб, лунж, даҳлизнинг ўтувчи бурмалари, тил усти ва ости шиллиқ қаватлари сатҳида кузатилади. Пуфакчалар тезда ёрилиб, шилинган шиллиқ парда сатҳи фибринли енгил карашлар 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 тошиш 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 кўпипча қўлнинг кафт қисмида, бармоқлар, билак ва куракда аниқланади.

Юз терисида думалок, кўкиш-қизғиш доғлар пайдо бўлади. Юзага келган бу доғларнинг ўрта қисмида пайпаслаганда қаттиқлашган 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 ажратиб олинади.

7.7.3. Стивенс-жонсон синдроми

Бу хасталик биринчи марта унинг 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 ухшаш (Фиссенже-Рандю, Рейтер, Баэдер 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°С) билан бошланади. Сўнг ҳарорат секин-аста пасайиб, 3-4 хафта 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 (конъюнктива)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. Хазм 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 бактериал-аллергик хасталиклар давоси

Бундай хасталикларни даволашда асосий эътиборни хуружни 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 белгили экссудатли эритема, Стивенс-Жонсон синдроми билан оғриган бемор

болаларни касалхоналарга ётқизиб, педиатр, окулист, дерматологлар билан биргаликда даволаш ишларини амалга оширмоқ зарур. Оғиз бўшлиғи шиллик 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 шиллик пардасига 1% ли илиқ водород пероксиди эритмаси билан ишлов бериш ва уни карашлардан 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 қизил хошиясига 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 тозалангани ва жароҳатнинг битиши ҳамда яллиғланиш жараёнининг сусайишини тезлаштириш мақсадида лабларнинг қизил хошиясига таркибида глюкокортикоид (фторокорт, флуцинар, лоринден) тугувчи малҳамлар, кремлар суртилади. Бундай муолажалар кунига 4-5 маротаба амалга оширилади. Хасталикнинг оғир клиник шаклларида бемор болалар организмга юқори миқдорларда витамин препаратлари юборилади, томирларга оксилли эритмалар, полиглюкин, таркибида кальций тузи сақловчи эритмалар, юрак фаолиятини яхшиловчи дори-дармонлар қўйилади.

Оғир клиник белгилар билан кечадиган сурункали аллергия 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 аҳволининг тезда яхшиланишига олиб келади. Шифокорлар бундай беморларни диққат билан кузатиб боришлари ва уларнинг эҳволи 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 даволаиш муолажалари кейинчалик бола тузалиб кетгандан кейин касалликни қайталанишининг олдини ололмайди.

Шуни инобатга олиб, бемор касалхонадан соғайиб чиққандан сўнг аллергик хасталкнинг асл сабабини аниқлаш мақсадида уни чуқур текширмоқ лозим. Бола организмда яширин кечаётган инфекция ўчоқларини топишга ҳаракат қилмоқ зарур. Бу мақсадда бола кулоқ-томоқ-бурун шифокори, жаррох-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 (бахор ва куз фаслларида) бу хилдаги муолажа тадбирларини ўтказиш анча яхши натижалар беради.

7.8. Оғиз бўшлиғи шиллик 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 шиллик 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, левомицетин жигар хужайраларига нисбатан заҳарли таъсир ўтказди, амидопирин гуруҳи қон яратувчи аъзоларга таъсир қилиб, уларнинг ишини сусайтиради ва ҳоказо. Ана шу аъзоларда келиб чиққан жароҳатланиш оқибатида оғиз бўшлиғи шиллик; пардасида катарал милиар яллиғланишлари ҳам қайд этилади. Оғиз бўшлиғи шиллик 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 чақириши мумкин. Аксарият ҳолларда булар антибиотиклар бўлиб, улар организмда оксил молекулалари билан бирикишиб, кучли антигенга айланиши мумкин. Оғиз

бўшлиғи шиллик пардасида бундай вазиятларда кучли жароҳатли ўзгаришлар юз беради.

Хасталикнинг клиник кечиши. Шиллик 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 шиллик пардасида жароҳатлар кузатилади. Тил шишиб, ҳажми катталашади, эпителий қавати десквалгацияга (қовжираб тўкилиши) учраб, тил устки сатҳи силлиқлашади, ялтираб қолади ва ҳар хил таъсиротларга нисбатан унинг сезгирлиги ошади.

Оғиз бўшлиғи шиллик пардасидаги ўзгаришлар билан бир вақтда, тананинг тери сатҳида ҳар хил тошмалар, тери қичишиши, мушакларда оғриқ, 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 суслиги, жароҳатланган шиллик 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 аҳволининг яхшиланшига олиб келади.

Ўткир герпетик стоматит учун лабларнинг қизил ҳошиясида, атроф терида кичик пуфзкчаларнинг пайдо бўлиши ҳамда милкларнинг катарал яллиғланиши муҳим ҳол бўлиб ҳисобланади. (4-жадвалга қarang).

Болаларда оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг яллиғланиш жараёни билан кечувчи хасталикларнинг фарқли ташхиси

4-жадвал

Ташхис кўрсаткичлари	Ўткир герпетик стоматит	Кўп белгили экссудатли эритема	Дори–дармонлардан юзага келадиган стоматит
Болалар ёши	Асосан 1-3 яшар болаларда	Мактаб ёшидаги, ўсмир, кам ҳолларда юқори мактаб ёшидаги болаларда	Бола ёши улғайган сари хасталик кўпайиб боради
Хаёт тарихи	Асоратсиз	Қулоқ-томоқ-бурун аъзоларда, ҳазм системаси аъзоларида сурункали хасталиклар бор	Тлгари ҳам дори дармонга бўлган сезгирлик аломатлари қайд қилинган

Продро- мал даври (босқичи)	1-4 кунгача, ҳарорат 37-40 ⁰ С гача кузатилади. Умумий захарланиш белгилари пайдо бўлади.	Бош ва мушакларда, бўғимларда оғриқ, ҳарорат 38 ⁰ С 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 зарарланадиган сохалар	Ҳамма соҳада ўткир милк яллиғланиш. Оғиз атрофи терида пуфакчалар, эрозия пўстлоқлар.	Кўл кафти, 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 давомлилиги	Енгил шаклида 1-2 кун, ўрта оғир шаклида 2-4 кун, оғир шаклида 5 кунгача	5-7 кун, баъзан 11-13 кунгача	Аллерген киритиш 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 педиатр-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, карашлардан тозалашдан, иккиламчи инфекция таъсирини йўқотишдан ва жароҳатларнинг битишини кучайтирувчи малхамлар, 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 шиллиқ парда сатҳига суртиш каби муолажалар яхши натижалар беради.

Ўзлаштириши даражасини аниқлаш учун саволлар.

1. Сурункали қайталанувчи яралли (афтоз) стоматитни сурункали такрорланувчи травматик жароҳат (эрозия) дан қандай ажратилади?

2. Сурункали яралли 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 шиллиқ, 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 яллиғланиш жараёнлари қайд этилади. Бу хил хасталиклар орасида кўпроқ учрайдиганлари экземали ҳамда юкумли (микробли ва замбуруғли) хейлитдир.

7.9.1. Экземали ёки атопик хейлит

Бу хасталик аллергик табиатга эга бўлиб, сурункали равишда кечади. Кўпгина болаларда ҳаётининг биринчи ойларидаёқ овқат маҳсулотларига нисбатан сезгирлик, экссудатив диатез сифатида унинг ўртача оғирликдаги ва оғир шакллари кўринишида юзага келади. Лабларнинг қизил ҳошияси ва унинг атроф терисидagi жароҳатлар болаларда 3-5 ёшдан бошлаб аниқланади. Бундай хасталикка учраган боланинг юз соҳасини кўздан кечирилганда, лабларнинг қизил ҳошиясида ва уларнинг атроф тери сатҳида инфильтратли шиш пайдо бўлганини, лаблар юзаси кўпдан кўп кундаланг, 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) ялтираб турувчи нозик пуфакчаларни кўришимиз мумкин. Кўпинча лаблар ва унинг атроф терисидa 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 мурожаат қилишади. Иккиламчи инфекция таъсирида (айниқса йиринг ҳосил қилувчи кокклар) лабларда

шишинқираш кучаяди, қизариш белгилари, пуфакчалар ичида бутана тусли экссудат пайдо бўлади.

Экземали хейлит узокқмуддат 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 пархез муҳим аҳамият касб этади. Бемор бола 2-3 ҳафта мобайнида аллергия чақириси мумкин бўлган овқатларни истеъмол қилишни тўхтатиши лозим Унга қора нон, гречихали бўтқа, ёғсизлантирилган сузма (творог), сабзавотли, гўштсиз шўрва, олма ва карам (хомлигича) буюрилади.

Беморнинг онаси ёки қаровчиси пархез таомлар кундалигини тутиши ва янги-янги берилган овқат билан тери юзасида пайдо бўлган ўзгаришларни ёзиб бормоғи лозим. Пархез сақлаш билан бир қаторда беморларга ичиш учун витаминлардан: А, В₁, В₂, В₆, 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 куриниши эканлигини, унинг хазм системаси аъзоларининг хасталиклари, тиш, юз-жағ касалликлари билан биргаликда кечишини назарда тутган ҳолда, организмни хасталиклардан халос 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 маротаба, кейинги кунларда 5, 4, 3, 2, 1 марта суртилади. Шундан сўнг уларни суртиш тўхтатилиб, улар косметик крем, рангсиз помада билан алмаштирилади. Кейинги малхамлар жароҳатланган тўқималарда моддалар алмашинувини яхшилайти 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 буёк 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 чақирган бундай шилиниш-эрозиялар сарғимтир пўстлоқчалар билан қопланган бўлади. Йирингли бундай белгилар лабларнинг тери юзасида ҳам учраши мумкин. Бундай ҳолларда жағ ости лимфа тугунларининг яллиғланиб катталашуви ва пайпаслаганда оғриши муҳим аҳамият касб этади.(54-расм)

Замбуруғлар чақирган хейлитларда жароҳат - эрозияларни қоплаб турган пўстлоқчалар оқиш, рангпар, юпқарок 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 архитектурасини 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 кундаланг таралган ёриқлар (айниқса хошиянинг ўрта қисмида) пайдо бўлиши мумин. Ёриқларнинг асосини ҳосил қилувчи тўқимада инфилтратли шишлар ҳосил бўлади. Лаблар қуришиб, 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 траммида 10000 ТБ саклаган), 5-10% ли синтомицинли эмульсия ва малхамлар суртиш тавсия қилинади. Шифобахш малхамларни суртишдан олдин жароҳатли юзалар антисептиклар, илиқ 1 % ли водород пероксиди ёрдамида ишланиб, караш ва пўстлоқлардан тозаланади. Малхамлар кунига 6-8 мартадан, оғир ҳолларда эса ҳар соатда суртилади.

Замбуруғли хейлитда лабларга нистатинли, 1% ли декаминли малхамлар ва 15-20% ли натрий тетраборатнинг глицеринли 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 малхамларни суртиш мақсадга мувофиқдир.

7.10. Тил касалликлари

Оғиз бўшлиғида учрайдиган касалликлар тилни ҳам жароҳатлайди, аммо шундай хасталиклар мавжудки, улар фақат тилнинг шиллик пардасидагина ўз аксини топади.

7.10.1. Дескваматив 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 хазм 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 сатхлари юзасида оқ сарғиш ёки оч кулранг доғлар эпителий қаватининг кўпчиши, унинг юза қаватининг тўкилиши натижасида пайдо бўлади. Натижада юпқалашган шиллик қават қизаринқираб туради. Қизил доғлар атрофида эпителий кўпчиган ва тўкилиш арафасида бўлади. Десквамация ўчоқчалари бир неча нуқтада жойлашган бўлиши мумкин. Улар думалоқ, овалсимон, ярим ҳалқа шаклида бўлиб, бир бири билан қўшилиб, 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. Овкатланиш пайтида сезилар-сезилмас даражада енгил ачишишлар кузатилади. Бу хасталикни организмда витамин танқислиги натижасида хазм системаси касалликлари, нерв ва эндокрин безлар системаси бузилишлари билан боғлиқ бўлган тил шиллик қаватидаги ўзгаришлардан фарқлай олиш лозим. Баён қилинган касалликларда тил юзасида йирик дескваматив ўзгаришларга учраган тасмалар, доғлар ҳосил бўладиги, улар ўрнининг асл холига келиб тикланиши учун хафталаб 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 шиллик пардаси кўздан кечирилганда унинг ўртасидан ўтувчи чизик бўйлаб орқа қисмида ипсимон сўрғичлар атрофияси натижасида атроф тўқималардан ажралиб турувчи ромб шаклидаги силлик майдончани кўрамиз. Бу нисбатан силлик ромбсимон майдонча тўқ қизил ранги билан ажралиб туради.

Махсус даво чоралари ўтказилмайди. Бундай беморларда ички аъзолар фаолияти текширилиб, хасталикнинг асл сабабини аниқлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

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 шиллик парда юзасида буйламасига ва кўндалангига

жойлашган чуқур йўллар ҳосил бўлади.(52-расм) Болалар бирор-бир оғриқдан шикоят қилишмайди. Бундай ҳолатларда махсус даво чоралари кўлланмайди, 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 қопловчи кўп қаватли эпителийнинг кучли шохланиши натижасида сўрғичлар қалинлашуви ва узайиши ҳисобига кузатилади. Бу ҳасталикда ипсимон сўрғичлар ўлчамлари 1 мм ва ундан ошиқ бўлиши мумкин. Сўрғичларнинг тўқ сарик, қўнғир-жигаррангдан тортиб, қорамтир тусгача ўзгариши хусусий ҳол ҳисобланади.

Тилнинг бундай нохуш ўзгариши болалар ёшида онда-сонда, одатда бирон-бир касаллик натижасида антибиотиклар қабулидан кейин қайд этилиши эҳтимолдан холи эмас. Тил шиллиқ пардасидан суртиб олиб тайёрланган препаратларда ҳар хил микроорганизмлар, жумладан ачитувчи замбуруғлар борлигини кўрамиз. Бу ҳасталикда болаларнинг иштахаси пасайиб, ўсган сўрғичлар оғизда нохуш сезгини пайдо қилиши мумкин.

Ҳасталик давоси. Сўрғичларни 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 мартаба тиш чўткаси билан тозаланиб, шилимшиқ қарашлардан 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 (қарашлардан тозаланиб) нистатинли сурги - малхамлар 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 етишмовчилигида 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 намоён бўлади. Лаблар қуруқлашиб, юза сатҳида эпителийнинг кучли мугузланиши оқибатида пўстлоқчалар, ёриқчалар, оғиз бурчакларида яллиғланиш белгилари пайдо бўлади. Яллиғланиш жараёнига иккиламчи

инфекция таъсири кўшилган 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. Таркибида витамин А сақлаган озиқ моддалар (саригёғ, 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 В₁ танқислиги сабабли оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси оқиш тус олади, баъзи жойларда қизарган (гиперемия) доғлар пайдо бўлади. Тил юзасида карашлар ҳосил бўлади ёки эпителий қаватининг кучли қовжираб тўкилиши натижасида туксиз қизил рангли силлиқ сатҳлар юзага келади ва унда ёриқчалар пайдо бўлади.

Витамин В₁ (тиамин) организмда углеводларнинг парчаланишида иштирок этади ва у нейротроп (асаб системасига таъсир кўрсатувчи) хусусиятга эгадир. Организмга углеводларнинг кўплаб киритилиши ҳам В₁ витаминининг сарфини ошириб, унга нисбатан бўлган эҳтиёжни кучайтиради. Оғиз шиллиқ пардасида ҳосил бўлган жароҳатли ўзгаришлар натижасида шиллиқ парданинг ачишиши ва тилда оғриқ сезгиси пайдо бўлиши асаб системаси маҳаллий фаолиятининг бузилишидан дарак беради. Оғиз бўшлиғининг атроф терисида, бурун-лаб бурмаларида, қошлар усти терисида кучли мугузланиш белгилари кузатилади. Оғиз бурчакларида РР витамини танқислигида терининг очиқ юзаларида яллиғланиш жараёни, шунингдек ич бузилиши аооратлари аниқланади. Витаминлар балансини тиклаш мақсадида В гуруҳ витаминлари комплексида фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Болаларга ёшига қараб мос миқдорда В₁, В₂, В₆, фолат кислота 10 мг дан оширмаслик 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 шишинқираб 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 организмида кўпгина хаётий муҳим фаолиятлар бузилишига сабаб бўлади ва жумладан оғиз бўшлиғи шиллик пардасида ҳам бир қатор ўзгаришлар пайдо бўлишига олиб келади

Қандли диабет билан оғриган бемор болалар оғиз бўшлиғи шиллик пардасида милк яллиғланади, қонайди, қизариб шишади, шунингдек пародонт яллиғланиши белгилари кузатилади. Булардан ташқари, шиллик парданинг қуриқшаб сувсизланиши, ачишиш сезгиси, лунжлар, лаблар ва айниқса тил шиллик пардасининг кескин қизариши қайд этилади.

Микседема (қалконсимон без гипофункцияси) хасталигида оғиз бўшлиғи шиллик пардаси оқариб, сув йиғилиши белгилари пайдо бўлади. Лунж ва тил шиллик пардасининг шишиб, қалинлашуви натижасида, уларда тишларнинг ботик изларини кўриш мумкин.

Иценко-Кушинг хасталиги (гипоталамус-гипофиз системаси хасталиги) узок вақт давомида болаларнинг кортикостероид гормонларини қабул қилиши билан боғлиқ бўлиб, оғиз бўшлиғи шиллик 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 шиллик пардасида кандидоз хасталиги авж олиши мумкин. Шунингдек оғиз бўшлиғи шиллик 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 карашлар пайдо бўлади, сурункали милк яллиғланиши, шиллик пардаларда сувли шишлар юзага келиши мумкин. Организм сезгирлигининг ошиши натижасида, оғиз шиллик пардасида сурункали тарзда кечувчи ярали (афтоз) стоматит хасталиги келиб чиқиши кузатилган.

Жигар тўқимасининг сурункали яллиғланиши оқибатида тромбопения (қонда тромбоцитларнинг кескин камайиши) кузатилади ва натижада оғиз бўшлиғи шиллик пардасида қонталаш ва қон оқиш белгилари пайдо бўлади.

Буйрак хасталикларида оғиз бўшлиғи шиллик пардаси катарал яллиғланиш жараёнига учрайди. Қизариб шишинқираган шиллик парданинг тез-тез қонаши ва иккиламчи микроблар натижасида носпецифик инфекцион стоматитлар аниқланади. Оқибатда оғир кечувчи сурункали буйрак хасталиги - уремия (сийдикнинг қонга ўтиши) келиб чиқади. Уремияда оғиз бўшлиғи пардаси оқиш тусга киради, унинг намланиши бузилади, сўлак

куюқлашади, тилда қалин карашлар ҳосил бўлади ва оғиздан аммиак ҳиди анқийди. Кўпчилик ҳолларда тўқима некрозлари юзага келади.

Юрак-қон томир касалликларида оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг ҳолати системада юз берган хасталик даражасига, яъни қон айланишининг қай даражада бузилганлигига 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 шишинқираш, тўқимада сув йиғилиши каби ноҳуш 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 енгил механик таъсирот натижасида шиллиқ пардада тез катталашувчи ва чуқурлашиб, мускул қаватгача, ҳатто суяк тўқимасигача етиб борадиган, узоқ вақт мобайнида битмайдиган яралар жароҳатлар пайдо бўлади. Юзага келган яралар атрофида тўқима инфильтрацияси ва қизариш (гиперемия) белгилари сезилмайди. Некроз оқибатида ўлган тўқима узоқ вақт ажралиб тушмасдан туради. Беморларда оғриқ 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 тиш қирраларини силлиқлаши, иккиламчи микроблар таъсирига қарши курашмоғи лозим. Жароҳатлар микрофлорасининг турини аниқлаб, шиллиқ пардага керакли антибиотик эритмалари билан ишлов бермоғи, яраларни некрозга учраган тўқима қолдиқларидан ҳоли қилиш мақсадида протеолитик ферментлардан (трипсин, химотрипсин ва бошқалар 1 мл сувда 1 мг эритиб) фойдаланмоғи лозим. Некрозга учраган тўқималардан тозаланган яралар 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 мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

7.11.6. Қон касалликлари

Организмда қизил қон таначаси - эритроцитлар ривожланиш жараёни (эритропоэз)нинг бузилиши ва бошқа тур қамқонлик касалликларида одатда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси оч пушти рангини йўқотиб, оқиш тусга киради. Айниқса, бу қамқонлик белгиси милк ва тил шиллиқ пардасида яққол намоён бўлади. Оғиз бўшлиғида бошқа хил ўзгаришлар кузатилмайди. Оқ қон танчаларининг ривожланиш цикли (лейкопоэз) бузилиши оқибатида ўткир ва сурункали лейкоз хасталиги 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 катарал 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 хасталигида юз берадиган тромбоцитопения (тромбоцитларнинг сон жиҳатдан камайиши) натижасида жароҳатларда қон қуйилиш белгилари пайдо бўлади ва улардаги ўлган тўқималар қўнғир-жигарранг тусга киради. Некрозга учраган (ўлган) тўқиманинг атрофдаги соғлом шиллик пардадан ажралиши (осторжение) суст кечади. Улар соғлом тўқима сатҳига нисбатан кўтарилиб, некротик тикинларни ҳосил қилади. Ўраб турган эпителий тўқимаси тикланиш жараёнида тикинлар остига ўсиб киради ва тикинлар ажралиб тушгандан кейин улар ўрнида тез битиб кетадиган кичик жароҳат юзалари кўринади.

Тўқималарнинг ўлиш (некроз) жараёнлари томирларда тромбозлар ҳосил бўлиши, инфилтратларнинг парчаланиши, тўқима трофикаси бузилиши оқибатларининг натижасидир. Юқорида зикр этилган хасталикларда глюкокортикоид препаратларининг узок 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 узок муддат мобайнида номаълум бўлиб қолади. Юқумли хасталиклардая фарқли ўлароқ, оғиз бўшлиғида ўзгаришларнинг аниқланиши кўпгина ҳолларда беморларни стоматолог-шифокорларга мурожаат қилишга мажбур қилади. Шунини ҳисобга 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 оғриган бемор болаларнинг оғиз бўшлиғи шиллик пардасида одатда тўқимада қон қуйилиш

белгилари бўлмайди, бироқ милкларнинг тез-тез қонаши, олинган тишларнинг чуқурчаси ва пульпаси очик тишларнинг кариес ковакларидан қон оқиш ҳоллари кузатилади.

Қон касалликларига даво қилиш. Болаларда қон яратувчи органларнинг хасталиклари аниқланган тақдирда, уларни гематологик (қон касалликлари) бўлимларга ётқизиш, 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 силлиқлаш, мунтазам равишда ҳар куни эринмасдан оғиз бўшлиғи шиллик пардасини оғриқсизлантириб, 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.

Ўзлаштириш 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 хасталигида 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 иммунитетини 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 касаликларга 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 хужайра иммунитетни бузилади ва вирус билан зарарланган организм шартли-патоген микрофлорага резистентлигини йўқотади ва у носпецифик инфекциялар ва ўсмаларга 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, гоҳи 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 юқтирувчи 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 оғрийди, тўхтовсиз йўталади ва лимфа тугунлари 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 персистланган тарқоқ лимфоаденопатия (ПТЛ) кўринишида кечади. Бунда чов 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 камайиши, ич бузилиши, ҳолсизлик, уйқусизлик, иштаҳанинг йўқолиши, ҳотиранинг 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 даврида ОИТСни бутун оғир клиникаси намоён бўлади. Бу шартли патоген инфекция чақирган ҳар хил яллиғланиш 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 бғлиқ бўлган оғиз шиллик қавати касалликларига киради:

- кандидознинг клиник формалари;
- оғиз бўшлиғи бактериал инфекциялари;
- оғиз бўшлиғи вирусли инфекциялари;
- парадонтитнинг агрессив шакллари (ВИЧ - парадонтит);
- сурункали қайталанувчи афтоз стоматит;
- идеопатик тромбоцитопеник пурпура;
- ксеростомия билан кечувчи сўлак беши асалликлари;
- 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 ёриғининг узайиши, ҳаво ранг склера, лихорадканинг тез қайталанувчи симптомлари, 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 хос 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 хос. Шиллик қаватда кулранг-оқиш караш бўлиб, сузмали массани эслатади. Караш шпатель билан енгил олинади, унинг остида қизарган шиллик қават кўринади. Асосан лунж, тил, оғиз туби, танглай, милк шиллик қаватларида жойлашади. Кўрилганда кандидозни лейкоплакия, қизил ясси темирлаткидаги худди шундай белгилар билан фарқлай билиш керак. Ўткир атрофик кандидоз оғиз шиллик қаватини аллергиядаги, С, В1, В2, В6 гиповитаминозидаги зарарланишларини эслатади. Зарарланиш асосан тилдаги гиперемия ўчоғи кўринишида унинг ўрта чизиги бўйлаб жойлашади; ипсимон сўрғичлар атрофияланади.

Сурункали гиперпластик кандидоз кам учрайди, лунж, қаттиқ ва юмшоқ танглай шиллик қаватини икки томонида жойлашади. Зарарланиш оғиз четларида жойлашганда кўпроқ кандидозли хейлит ва эпителий гиперплазияси кўринишидаги ёриқлар ҳосил бўлади, ёриқлар вақт ўтиши билан катталашиб, қаттиқ қобиқли яраларга айланади. Оғриқ 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 қизарган, шишган. Милк қирғоқлари, тишлараро милк сўрғичлари некрозланган, 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. Оғриқ кучлилигидан болада иштаха йўқолади, гиперсаливация кузатилиб, оғиздан нохуш ҳид келади.

Даволаш: симптоматик

1. Пиромекаин аэрозоли билан оғриқсизлантирилгч 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 шиллик қаватини оддий герпес билан зарарланиши хос. Бунда қайталанувчи ва қийин кечувчи герпетик

стоматит юзага келади. Оғиз бўшлиғини зарарланиши билан бираликда жинсий аъзоларнинг шиллик 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 шиллик 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 шиллик қават юзасидан сочларни эслатувчи ворсинкалар кўринишида кўтарилиб туради. Ворсинкалар шиллик қават юзасига зич фиксацияланган ва уларни қириб олиш қийин бўлади. Сочли лейкоплакия тилни ён юзаларида, 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 шиллик қаватида кузатилади. Улар кўкимтир, қизил ёки қора доғлар кўринишида, бошланғич даврларда ясси шаклида бўлади. Кейинчалик улар тўқлашиб, ҳажмлари катталашиб, бўлакчаларга бўлиниб қолади. Яраланишлар кўпроқ шиллик қаватларда кузатилади. Оғиз бўшлиғидаги яраланишлар яраланиш давригача оғриқли бўлади. Милкда жойлашган Капоши саркомаси эпulisни эслатади.

ОИВ инфекцияси ташхисида лабораторияда вируслар, махсус антителони топилишига 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 зарарланишнинг олдини олиш.

ОИВ инфекциясини олдини олишнинг самарали усулларидан бири стерилизация ва дезинфекция қоидаларининг бузилмаслиги. ОИВ тарқалишини олдини олиш учун инфекция агентларни қон орқали юқиши 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 ишлатидаиган 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.

8 Боб. ТИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА РЕНТГЕН ТАСВИРИНИНГ ТАХЛИЛИ

Кариес хасталигида кариес коваги рентген тасвирида думалок, овал ёки нотўғри шаклдаги каттиқ тўқиманинг сийраклашган ёки унинг (тож қисмининг) чет соҳаларидаги анатомик чегарасининг бузилганлиги каби ўзгаришлар сифатида намоён бўлади. Ковак чегаралари текис бўлмайди. Бу хол 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. Кариес коваги 76 тишларнинг бир-бирига караган дистал ва медиал сатҳларида жойлашган



56-расм. 6 тишда кариес ковагининг намоён бўлиши. Шу тишнинг медиал (олдинги) илдизи соҳасида гранулематоз периодонтит.

Олинган рентген тасвири кариес жараёнининг қай даражада чуқур кечаётганлигини кўрсатади. Кариес хасталигининг доғли даврини рентген тасвирида одатда аниқлаб бўлмайди. Юза кариес жараёни тиш каттиқ тўқимасининг четида жойлашган тақдирда, жароҳат зонаси аниқроқ кўринади. Ўрта ва чуқур кечувчи кариесда эмаль ва дентин тўқимасида ҳосил бўлган емирилиш аниқ ва равшан кўринади. Пломба остидаги иккиламчи кариес коваги аниқ равшан (негативда қорайган доғ, позитивда рангсиз

оқиш) бўшлиқ сифатида акс этади. Айнан шунга ўхшаш тасвирни пломба остига ажратувчи восита сифатида қўйилган тагликлар ҳам ҳосил қилади. Улар одатда рентген нуруни қайтариш хусусиятига эга бўлмайди (кальмецин, сувли дентин ва х. к.) Лекин иккиламчи кариес 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, бир мунча кенгайганлиги сурункали кечувчи гипертрофик пульпит ва сурункали грануляцияланувчи периодонтит учун хосдир. Бироқ, 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 дентикларнинг ҳосил бўлиши билан боғлиқдир. Рентген тасвирида ҳосил бўлган дентиклар оч рангли пульпа бўшлиқларида қорамтир думалоқ доначалар шаклида акс этади. (57- расм). Баъзан ҳосил бўлган қаттиқ структурали дентиклар пульпа бўшлиғида жойлашган нерв толаларини сиқиб, невралгияга хос оғриқларни пайдо қилади. Хасталикни тўғри аниқлашда бизга фақат рентген тасвиригина ёрдам беради.

Камдан - кам ҳолларда рентген тасвирида, баъзан дентин тўқимасининг идеопатик (фавқулодда кучли) сўрилиш ҳоллари ҳам учрайди.

Бу тариқа 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 яллиғланишида уни ўраб турувчи қаттиқ тўқималар (цемент, дентин, альвеола суяги, ғовак суяк) кучли емирилиш жараёнига учрайди. Тиш илдизининг сатҳи ўзининг силлиқлигини 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 кўрамиз. 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 илдизининг 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 хасталигида 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)



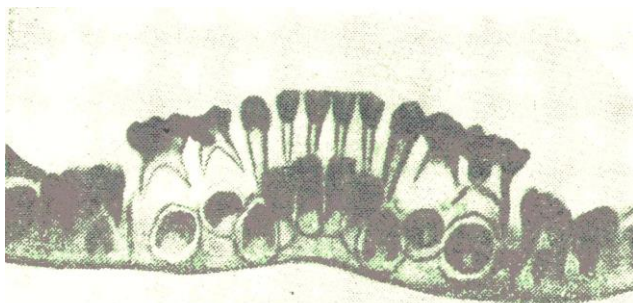
58-расм. V сурункали периодонтит. Тишлар илдизлари орасидаги суяк тўқимасининг сийраклашуви.(остеопороз). Ортопантомограмма.

Бу хил суяк жароҳати соҳасида суяк тўқимасининг пўстлоқ (кортикал) пластинкаси емирилган бўлади. Негатив тасвирда бундай жароҳат соҳаси

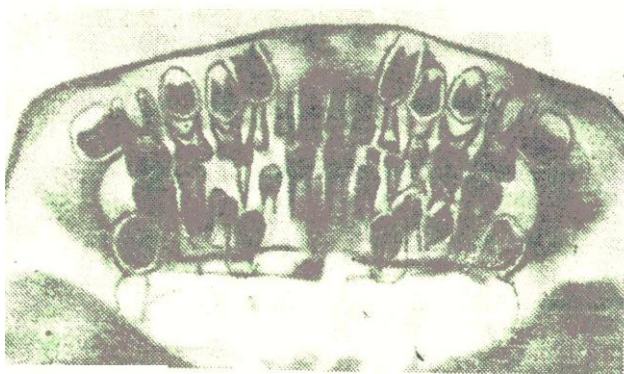
корамтир, позитив тасвирда эса соғлом тўқимадан оқиш туси билан ажралиб туради.

Сурункали фиброз периодонт яллиғланишида периодонт тўқимасида чандиқли фиброз қўшувчи тўқима вужудга келади. Бундай ҳолларда периодонт тирқиши кенгайиб, илдиз чўққисида ёки бутун илдиз сатҳи буйлаб цемент тўқимасининг қалинлашуви (гиперцементоз) қайд этилади.

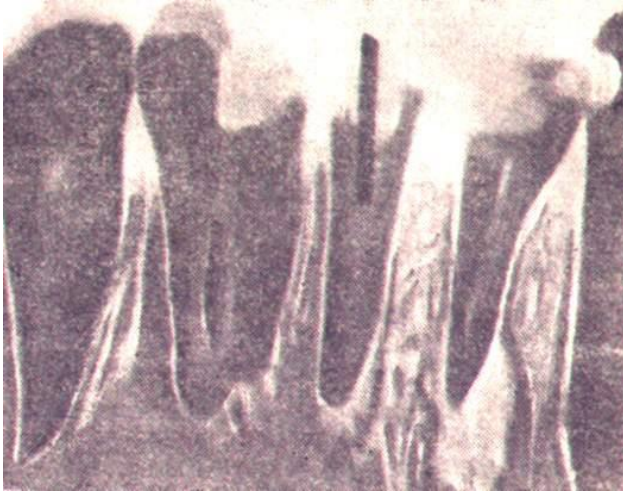
Рентген тасвирида периодонт тирқишининг кенгайганлиги илдиз чўққи қисмида, айниқса равшан кўринади. Шу билан бир қаторда илдиз чўққисининг бирмунча қалинлашуви ва деформациясини кўриш мумкин.



59-расм. IV-V тишлар сурункали периодонтити. Панорам рентгенограмма.



60-расм. $\overline{|4\ 5\ 6}$ тишлар кариеси. $|4\ 5$ тишларнинг илдизлари соҳасида гранулёмалар.



61-расм. 1 фибрози периодонтит;

2 грануляцияланувчи периодонтит.

II. ҚИСМ. СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ.

1 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 эмал юзасига адсорбцияланиб ўтириб қолишидан ҳосил бўлади. Тишлар яхшилаб чўтка паста ёрдамида тозаланганда пелликулалар емирилиб тозаланади. 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 эмал структурасини ҳимоя қилса, иккинчи томондан унинг қалинлашиб, кўпайиб кетиши эмалдаги диффузия жараёнини меъёрда кечишига халақит беради.

Тиш бляшкаси-вақт ўтиши ва оғиз бўшлиғи шахсий гигиенасига риоя қилмаслик натижасида пелликула устида тиш караш-бляшка ҳосил бўлади.

Бу караш зич тузилма бўлиб, оксил, полисахарид, липид ва бир қадар анорганик моддалар (кальций, фосфатлар, магний, калий, натрий) дан ҳосил бўлган асосга кириб, колониялар ҳосил қилган микроорганизмлардан иборатдир.

Тиш усти караши-бляшка рангсиз, юмшоқ чўкма бўлиб, махсус таркибида йод сақловчи эритмалар ёки фуксин, эритрозин каби бўёқлар билан яхши бўйлаб аниқланади. Тиш усти караши оғизни чайиш, чўтка, паста ёрдамида тозалашдан кейин ҳам тиш бўйин соҳаларида нотекис, силлик бўлмаган 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 эмал юзаси очилганда баъзан эмал сатҳида хиралашган деминерализация соҳаларини кўриш мумкин.

Бугунги кунда тиш усти карашларини кариес ва пародонт яллиғланиши хасталиқларини келиб чиқишидаги ўрни ва аҳамияти тўлиқ аниқланган. Бу тузилмалар асосан микроорганизмларнинг эмал юзасига адсорбцияси натижасида юзага келади ва навбатма-навбат кокксимон флоралар, кейин таёкчасимон ва ипсимон бактерияларни қаватма-қават жойлашувидан иборат комплексдир. Тиш усти караши (бляшка) асосан кўпаювчи микроорганизмлар, эпителиоцитлар, лейкоцитлар ва макрофаглардан ташкил топган. Тиш усти карашлари қуруқ қисмининг 70% ни бактериялар, 20% ни органик ва анорганик моддалар ташкил қилади.

Тиш усти караши 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, анорганик фосфатлар ва фторидлар ташкил қилади. Кальций моддаси тиш усти карашларида бактериялар, ҳужайралардан ташқари оксиллар, фосфатлар билан боғланган ҳолда бўлиб, анорганик ортофосфат ёки органик бирикмалар ҳосил бўлишида иштирок этади.

Тиш усти карашида 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 караши 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 ҳид пайдо бўлишини, таъм билиш

сезгисини ўзгартиришни таъминлаб, тиш тоши ҳосил бўлишида кристалланиш марказига айланиши мумкин. Яшил юмшоқ тиш караши, 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 караши асосан чекувчиларда учрайди. Унинг рангини тўқ ёки очлиги никотин ва кўп, оз чекишга боғлиқдир. Бу хил карашлар тиш чўтка ва пастаси 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 метаболизмини 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

Инсонларда оғиз бўшлиғига бўлган эътибор содир бўладиган касалликлар, оғиздан тараладиган ҳар хил хидлар, ноҳуш 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 қирраси устида жойлашган бўлиб, осон аниқланади. Милк усти тошлари одатда оқиш, оқсарик, 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, қулоқ олди сўлак безининг оғиз бўшлиғига очилиш соҳасида,

пастки фронтал тишларнинг тил юзасида, тил ости, жағ ости сўлак безлар очиладиган соҳада йиғилади.

Бугунки кунда милк усти тошларининг сўлакдан ҳосил бўлиши исботланган. Сўлак таркибидаги минерал тузлар концентрацияси ошиши натижасида, улар тиш усти юмшоқ карашлари устига чўкиб, уни тўйинтиради. Тиш тошлари ўсмирлик даврида пайдо бўла бошлайди ва ёш катталашган сари кўпайиб боради.

Милк усти тошларининг кимёвий таркибини 70-90% аорганик, 10-30% ини органик моддалар ташкил қилади. Аорганик қисмининг асосини-кальций фосфат - 75.9%, кальций карбонат - 3.1% ва магний карбонатлар ҳосил қилади. Аорганик 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 жигаранг 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 караши (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 беzi ҳисоблананади. Бундан ташқари сон-саноксиз майда безчалар оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг барча соҳаларида сочилган ҳолда жойлашгандир.

Мазкур безлар ишлаб чиққан суюқлик секретиси-сўлак деб аталади. Сўлак оғиз бўшлиғига ажралиб чиққандан сўнг унда мавжуд бўлган эркин чиқиндилар билан аралашиб, 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 ҳужайралари, лейкоцитлар, микроорганизмлар, овқат қолдиқлари мавжуд бўлади.

Оғиз бўшлиғи суюқлигининг таркиби ва хусусиятлари кўпчилик 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 ажрайши сусаяди, бу эса оғиз бўшлиғида жойлашган тўқималарга салбий таъсир кўрсатади. Мисол тариқасида, қуйидаги ҳолатларни келтириш мумкин: оғиз куриши, овқат ютишнинг қийинлашуви, сўлак қуйилиши гаплашишга қийналиш ва тиш қаттиқ тўқималари хасталиқларининг, айниқса кариес коваклари кўпайиб кетиши ва х. к.

Бугунки 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 шиллиқ парда ва тиш тўқималарига чўқади, шу билан бир вақтда улар сатҳидаги кераксиз маҳсулотлар сўлакда эриб ювилиб кетади. Шу нуктаи 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 кариес билан касаланиши ҳам ҳар хил бўлишини таъминлайди.

Сўлак ўз таркибида 0.58% куруқ модда сақлайди ва бу аорганик ҳамда органик моддалардан иборатдир. Аорганик моддалардан энг асосийси минерал компонентлар бўлиб, (кальций, фосфотлар, фтор ва бошқа микроэлементлар) улар ёрдамида сўлак ва эмал тўқимасидаги динамик барқарорликдаги мулоқот сақланиб туради.

Тишлар чиқиб бўлганидан сўнг оғиз суюқлиги эмал тўқимасининг "етилишини" ва унинг кимёвий таркибини ўзгаришини 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 эмал тўқимаси ёш ўтиши билан кариес касаллигига нисбатан турғун 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 эмал тўқимасининг тўйинишига, яхши шароит туғдириб беради. ОҒИЗ бўшлиғидаги сўлакнинг баъзи бир сабабларга кура 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 ҳолатарда 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 эримайдиган органик плёнка ҳосил қилади. Бу билан бир томондан тиш ва шиллик пардани шикастланишлардан ҳимоя қилса, иккичи 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 лейкоцитлар, лизоцим, опсонинлар ва бактериолизинлар мавжудлиги билан боғлиқ.

Аралаш сўлак таркибида бактериялар ишлаб чиққан ферментлар, сўлак безлари ажратган ферментлардан ташқари лейкоцитлар парчаланишидан ҳосил бўлган ферментлар ҳам мавжуд бўлади. Шунини 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 бўлди. Органик кислоталар эса ўз навбатида сўлак таркибига кирувчи амилаза ферментини ва бошқа ферментлар фаоллигини бузади.

Булардан ташқари аралаш сўлакнинг муҳим бўлган фибринолитик, кон плазмасини қотирувчи хусусиятлари билан биргаликда гуморал, барьер, иммунитетни қувватлаб туриш ва оғиз бўшлиғини механик, кимёвий ҳамда биологик тозалаш каби хусусиятлари ниҳоятда муҳим аҳамият касб этади.

Сўлакнинг ранг-баранг хусусиятлари оғиз бўшлиғида 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 келади.

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 учрамадлигидан 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 (озиқ-овқатлар, кўкатлар, дори-дармонлар, пестицидлар) ҳам мавжуд. Шу билан бир қаторда суперфосфат, фосфор кислотаси, алюминий, ойна, сульфат кислота, пластмассалар ва углеводлар ишлаб чиқарувчи корхоналарда ҳам ҳавога фтор бирикмалари ажралиб чиқади ва инсон нафас йўллари орқали организмга тушади.

Фторидларни организмдаги метаболизмини (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 алоқадор бўлса, эмал 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 (1-3к доимий тишлар шаклланиши даврларида энг кўп йиғилиши аниқланган. Бу даврларда сут ва доимий тишлар эмал 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 карашларидаги 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 эмал 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 карашлари 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 кариесга нисбатан турғунлигини таъминлаб туради.

Организмга фтор моддасининг узлуксиз равишда оз-оз миқдорда кириб туриши (тиш пастаси таркибида) эмал қаватнинг фтор билан таъминлаб унинг кариесга нисбатан турғунлик мувозанатини сақлаб туришга имкон яратади.

Олинган маълумотларга кўра фторид кальций микрокриссталлари эмал 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 фторгидроксиapatит миинерал бирикмасини ҳосил қилади. Бу хол кальций фтор бирикмасининг эришини бир мунча секинлаштиради.

Тиш эмалини ўраб турувчи мухит рН кўрсаткичининг пасайиши (кислотали мухитни ҳосил бўлиши) кальций фтор бирикмасининг турғунсизлигига сабаб бўлади ва фтор ионларининг кальций ва фосфатларга нисбатан сезгирлиги ошади. Кальций ва фосфатлар эса кариес жараёнида эркинлашуви мумкин. Натижада кальций ва фосфат ионлар фтор иони билан бирикиб фторapatитлар ҳосил қилишади. Бундай ҳолат кариес жараёнини

ривожланишини сўндиришга қаратилган бўлади. Кислотали муҳит шароитида кальций фтор бирикмаси фаол равишда эркин фтор ионларини ажратиб, апатитлар ҳосил бўлишини таъминлайди ва кариеснинг олдини олишда асосий восита бўлиб ҳисобланади.

Изланишлардан олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, эмал кристаллари тўрига мустақкам ўрнашиб олган боғланган фтор кариесга қарши потенциал восита бўла оларкан. Лекин кариес жараёнини, бевосита ривожланиш ёки сустлашиш реакцияларида эмал ва сўлак чегарасидаги эркин фтор ионларини қатнашар экан.

Тиш карашларининг суяк фазасига ёки тиш эмалига адсорбцияланиши учун фтор бирикмалари эриган ҳолда бўлиши шарт. Фтор бирикмаларини тиш караш ёки эмали таркибига кириб боришида фторидларнинг сўлак таркибидаги ва караш 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 кўрсатди. Фторидлар кариес профилактикасида ўзининг икки хил йўналишидаги таъсири билан ўрин тутди:

а) биринчидан эмалга-таъсири. б) иккинчидан тиш карашларидаги бактерияларга таъсири билан.

Ташқи муҳитдан кирувчи фторидларнинг тиш эмал қаватига таъсири уларнинг қайси даврда (тиш тараққиётининг) организмга тушишига боғлиқдир.

Фторидларнинг меъерий даражада организмга кириши тишларнинг чиқишигача рўй берса, унда:

- 1) гидроксиапатитлар кристалларининг ҳажми ошади,
- 2) гидроксиапатит гидроксил (ОН) группаси фтор иони билан алмашиб фторапатит ҳосил бўлади.
- 3) эмал таркибида карбонатлар миқдори камаяди,
- 4) эмал тўқимасининг қаттиқлиги ошади,
- 5) тиш фиссураларининг чуқурлиги камайиб, улар яссилашади.

Мабодо фторидлар талаб даражасида тишлар чиқиб бўлгандан кейин эмал атрофидаги муҳитда бўлса, унда фторидлар таъсири остида эмал 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 метоболизмини бузади ва натижада уларнинг кариесоген таъсири сусаяди. Оғиз бўшлиғининг нормал микрофлорасига фторидларнинг салбий таъсири аниқланмаган.

Фтор бирикмалари сўлак ва карашларда глюкоза моддасининг патоген микроблар хужайрасига ташиб кирилишига қаршилик кўрсатади, натижада хужайра ташқарисига ҳосил бўладиган полисахаридлар синтезини бузади ва

шу билан тиш караши асосини ҳосил қилувчи матрицаларнинг ҳосил бўлишини бузади. Сўлак таркибида фторидларнинг кичик концентрацияси органик кислоталарни нейтраллаб, уларни ҳосил қилувчи ферментлар фаоллигини пасайтиради.

Соғлом эмал 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 мақсадга мувофиқдир.

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 айнаши, қусиш, қоринда оғриқ пайдо бўлиши ҳисобланади.

1.4. Тишлар эмалининг реминерализацияси.

Тишлар эмал қобиғи кариесга нисбатан турғунлигини сақлаб қолиши учун унга доимо самарали таъсир қилувчи воситалар билан ишлов бериб туриш талаб қилинади.

Эмал кристаллини ҳосил қилувчи биологик апатитлар решеткаларида бўш жойлар ёки нуқсонлар-атомлар етишмаслиги, устунларнинг тўлиқ эмаслиги мавжуд бўлади. Баъзан кристал фақат устунлардан иборат бўлиб, кристал решёткалари бўлмаслиги мумкин. Бу хол ўз навбатида эмал 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.

Эмал қобиғининг юза қавати 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 эмал гидроксипатит кристалларнинг шакли, ўлчамлари, жойлашиш жойлари ўзгаради.

Кариес касаллигининг бошланишида патологик жараён асосан эмалнинг юза қатламларида жойлашади ва униинг физик-кимёвий хусусиятини ўзгартириши оқибатида тиш сатҳида оқ доғлар пайдо бўлади.

Тиш кариеси касаллигида эмал 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 эмал томонидан ютилиб туради, бунда эмал структурасида ўзгариш бўлмайди. Аммо Са/Р коэффиенти анча пасаяди. Бундай ҳол эмал тўқимасининг кислоталарга нисбатан буфер системасини ўйнашини кўрсатади.

Кариес жараёни кечиши даврида оғиз сўлаги таркибида кальций миқдори сезиларли даражада камаёди. Бу ҳол ўз навбатида кальций элементининг эмалга ўтишини секинлаштиради ва шу билан биргаликда оғиз сўлаги ва эмал чегарасидаги минераллар алмашинуви динамик 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 эмал кристаллари тўридаги етишмовчилик нуқсонларини тўлдирувчи моддалар сақловчи препаратларнинг ишлатилиши эмал турғунлигини кислоталарга нисбатан оширади, эмал структурасининг керакли минерал тузлар билан тўйиниши унинг ўтказувчанлик хусусиятини пасайтиради.

Реминерализация бу эмал тўқимасида минерал тузлар ювилиб кетиши оқибатида вужудга келган шикастланишни ва эмал зичлигини қисман қайта тикланишидир. Бунга эмал таркибига, эмал юзасига пассив ёки актив таъсир этиш йўли билан эришилади.

Тишлар тараққиёти ва минерализацияси даврида эмал 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 бошланса мақсадга мувофиқдир. Бу тадбир эмал тўқимасининг турғунлигини ошириши учун уни авваломбор кальций, фосфат моддаларига тўйинтириш ва ундан кейин фтор препаратлари билан ишлов бериш эмал тўқимасининг зичлигини ошириб, ўтказувчанлигини пасайтиришга имкон беради.

Табиий шароитда кальций, фосфор, фтор элементларининг манбаи бўлиб, оғиздаги сўлак суюқлиги ҳисобланади. Етилган эмал қобиғи сўлак таркибидаги жуда паст концентрацияли фтор ионларини ҳам сўриб олиш хусусиятига эгадир.

Сўлак таркибидаги минерал тузларнинг таркиби, сўлак-эмал муносабатлари кариесни оқ доғ босқичида 50% ҳолларда қайта тиклаш-реминерализация қилиш хусусиятига эга. Шунинг учун қўшимча реминерализация қилиш воситаларидан имкони борича кенг фойдаланиш керак. Бу воситалар таркибидаги кальций, фосфор, фтор элементлари фақат

эмалдаги минерал нуқсонларни 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 сакловчи 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 эмал матрицаси билан кучли боғланган жуда нозик қатлам юзага келади. Бу қатлам минерал тузлар кристалларидан иборат бўлиб эмал апатитларини таркибига киради ва шу йусинда унинг турғунлигини оширади.

1.5. Стоматологик текшириш кўрсаткичлари.

Бугунги кунда оғиз бўшлиғи тишлар ва шиллик парда ҳолатини тавсифлаб 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 тақсимооти ҳал қилинади. Қолаверса кўрсаткичлар берган статистик маълумотларга асосланиб стоматологик ёрдамнинг устувор йўналишлари аниқланади.

Тишлар қаторини рақамларда ифодалашнинг Жахон Соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсия этган формуласи

Сут тишлари учун:

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Доимий тишлар учун:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
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 х.к. аҳолиси ўртасида тишларида кариес мавжуд кишилар сонини умумий аҳоли сонига нисбатан фоизлар миқдоридоги 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: хуудлар, 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 булинади:

$$K_{ж} = \frac{\Sigma \text{КПО (ёки } \Sigma \text{ кп)}}{\text{кўриқдан ўтганлар сони}}$$

Юқорида кўрсатилган кўрсаткичлар аниқланганда кариесни бошланғич кўриниши-оқ ёки қора доғлар ҳисобга олинмайди.

д) Кариес жадаллиги кўрсаткичларини популяциялар ўртасида баҳолаш: Бунинг учун айрим хуудларда яшовчи кишилар (популяция) ўртасида КПО нинг ўртача кўрсаткичи топилиб солиштирилади.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти (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 мухтожлик кўрсаткичи- бу аҳоли ўртасида стоматологик ёрдамга мухтож кишиларни фоизларда ифодаланган миқдоридир.

У куйидаги формула билан аниқланади:

$$С\dot{E}M = \frac{\text{Санация қилинмаганлар сони}}{\text{Умумий текширилганлар сони}} * 100 \%$$

Гингивит кўрсаткичи (РМА). Стоматология амалиётида милк шиллик пардасининг яллиғланиш даражасини баҳолаш ва бу яллиғланишнинг динамик ўзгаришини кузатиб, солиштириб бориш мақсадида попилляр-маргинал-алвеоляр 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 шиллик пардаси Шиллер-Писаревлар таклиф қилган таркибида йод ва калий

йодид сақловчи эритма билан бўялади. Бу усул милк шиллик пардаси хужайралари таркибидаги гликоген (крахмал) моддасининг йод моддаси билан бирикиш реакциясига асосланган. Яллиғланиш жараёнида милк шиллик пардасида гликоген моддаси ошади.

Йод-гликоген реакцияси натижасида яллиғланган шиллик парда соҳаси кунгир жигаранг тус олади.

РМА кўрсаткичини баҳолаш қуйидаги кодлар мезони билан баҳоланади (балларда):

О-яллиғланиш йўқ

1 -яллиғланиш фақат милк сўрғичида (Р)

2-маргинал милк яллиғланиши мавжуд (М)

3-алвеоляр милк яллиғланиши мавжуд (А)

РМА кўрсаткичи қуйидаги 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 қуйидагича 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 ўтамиз:

Федоров-Володкина (1971) усулида гигиеник кўрсаткични аниқлаш.

Мазкур кўрсаткич 5-6 ёшдаги болалар оғиз бўшлиғи 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 карашлари қўйидаги код ва баллар ёрдамида баҳоланади. Бунда 5 баллик системадан фойдаланилади:

1 бал-тиш караш 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 тулик бўялган ёки караш билан қопланган.

Гигиеник кўрсаткич даражасини аниқлаш учун олинган баллар йиғиндиси буялган тишлар сонига бўлинади:

Баллар йиғиндиси

ОГИ = _____

6 (бўялган тишлар сони)

Баҳолаш мезони:

№	Кўрсаткич даражаси	Тозалик даражаси
1.	1,1-1,5	Яхши
2.	1,6-2,0	Қоникарли
3.	2,1-2,5	Қоникарсиз
4.	2,6-3,4	Ёмон
5.	3,5-5,0	Жуда ёмон

Маълум гуруҳ кишилар учун ўртача ОГИ ни 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 ОГИЗ гигиенасини тишлар ва пародонт касалликларини келиб чиқишидаги ўрнини белгилашда тиш карашларининг миқдори ва сифати тўғрисида маълумот берувчи объектив кўрсаткичлар жуда зарурдир. Охирги пайтларда тиш устини қоплаб турувчи карашларнинг тиш ва пародонт касалликларини келиб чиқишида муҳим рол ўйнашини эътироф этган ҳолда, тиш юмшоқ карашлари ва тошларини математик ҳисоблаш йўли билан унинг миқдори, структураси ва сатҳини аниқлашнинг жуда кўп усуллари таклиф қилинган.

Таклиф қилинган усуллар ёрдамида олинган кўрсаткичлардан қўйидагилари тиш устида ҳосил бўлувчи юмшоқ ва қаттиқ чўкмаларни ҳар тарафлама баҳолашда эътиборга лойиқ деб ҳисобланади: а) тиш усти карашларининг сатҳи тўғрисида маълумот берадиган; б) тиш усти

карашларининг қалинлиги тўғрисида маълумот берадиган; в) тиш усти карашларининг кимёвий, физик ва микробиологик хусусиятлари 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 дахлиз 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 кўпроқғини, лекин 2/3 қисмидан озроғини қоплаган

3 - юмшоқ караш тиш сатҳининг 2/3 қисмидан кўпроқғини, 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 кўпроқғини 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 киймати:

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 канчалик тозаллиги 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 текширилаётган тишлардан бирортаси бўлмаса, унинг ёнидаги шу гуруҳга кирадиган бошқа тиш бўялиб ўрганилади. Суъний тишлар, тожлар мустақамланган протезлар ҳам тиш ўрнида қабул қилиниб, юзалари бўялиб ўрганилади.

Ўрганилаётган тишларнинг ҳар бирини бўялувчи сатҳи шартли равишда 5 сегментга бўлинади. 62 - **расм:**

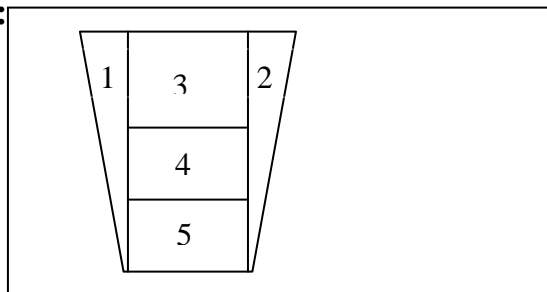
1 -медиал сегмент

2-дистал сегмент

3-ўрта окклюзион

4-марказий

5-оралиқ 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 йиғиндисини тишлар сонига бўлинади. Қуйидаги формула асосида ҳисобланади:

Баҳолаш мезони:

Индекс киймати:	Тозалик даражаси:
0	-аъло
0.1-1.6	-яхши
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 қуйидагилардан 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.,

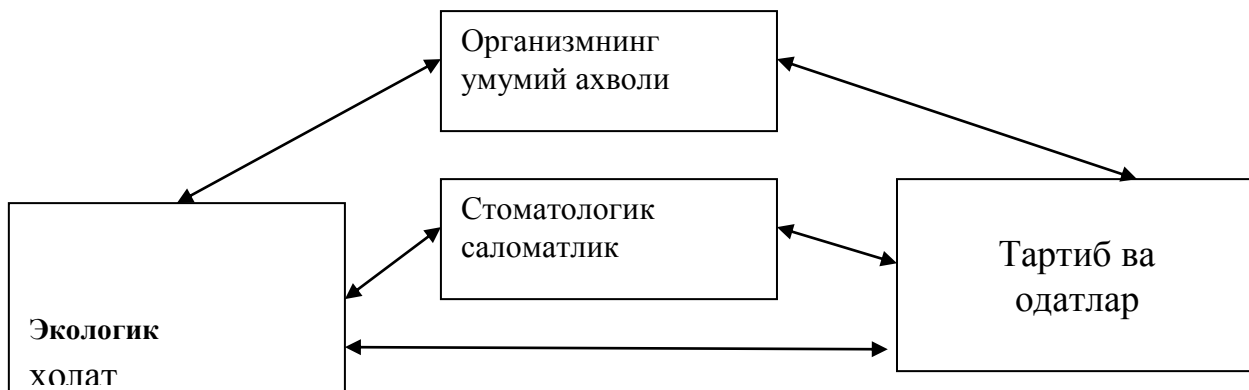
Аҳоли ўртасида санитария-маориф ишларини олиб бориш. Ҳар қандай оммавий профилактика тадбир-чоралар комплексининг асосий элементларидан бири санитария-маориф ишларини шу йўналиши бўйича оммалаштиришдир.

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 англантишга 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 яратиш 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 аҳволидан 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 англатмоқ зарур.

Стоматология маорифининг усуллари-бу бевосита аҳолига таъсир этувчи, ўзаро мулоқотни юзага келтирувчи фоал (актив) усуллар-сухбат, 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, телеведение, 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 тўғри парвариш қилиш қоидаларини, стоматологик касалликларни олдини олишга қаратилган тадбир чораларнинг 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 тула-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 тушинтира олиш лозим.

Шунга қарамасдан бу ишни амалга оширишнинг асосий юки врач стоматолог елкасида бўлади. Чунки асосий жавобгарлик, маълумотларни ишлаб чиқиш ва бошқа мутахассисларни санитария маорифи ишларига ўргатиш, ўқитиш улар зиммасида бўлади. Ҳар бир корхона, ўқув юрти, боғчаларда бўладиган суҳбатлар, дарслар врач 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 айланадилар.

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 пасталар ёрдамида мунтазам ювиб туриш қанчалик муҳимлигини уқтириш лозим. Ота-оналарга тишларни тўғри тозалаш усуллари, тиш тозалаш воситалари тўғрисида сўзлаб бермоқ 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 тўқималарн яллиғланиш жараёнини олдини олишда тўғри, мувофиқлашган овқатнинг муҳим аҳамият касб этиши бутунки кунда илмий асосланган. Овқат маҳсулотларининг тиш тўқималарига кўрсатадиган таъсирини қуйидагича тасаввур қилиш мумкин:

1-Тиш тўқималари (эмал, дентин, цемент) тараққиёти пайтида қон окими орқали келаётган минерал тузлар, оксил моддалар тиш тўқимларини шакллантиришда ва оҳакланишида иштирок этиб, уларнинг турғунлигини таъминлайди.

2-Тишлар чиқиб бўлгандан кейин, озиқ моддалар сўлак таркибида тишлар эмалини мунтазам хўллаш 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 эмал қобиғининг кариесга нисбатан турғунлигини таъминловчи бош омил бўлиб, хомиладор 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 сути эканлигини эсдан чиқармаслик лозим. Ҳар қандай суъний озиқлантириш боланинг юз-жағ системаси тизимининг нотўғри шаклланишига, тишларнинг кариесга нисбатан турғун бўлмаслигига олиб келади.

Иложи бўлмаган тақдирда сунъий овқатланишнинг камчиликларини кўшимча равишда болага мевалар шарбати, сабзавотлар пюреси ва бошқа минерал моддалар сақловчи озиқлар бериш билан муҳофаза қилиш керак.

Бугунги кунда кўлга 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 рационидида у салмоқли ўрин тутди. Ана шу углеводларни илмий нуқтаи 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 киради. Крахмал картошка, гуруч ва дон маҳсулотларидан тайёрланган озиқлар таркибини ташкил этади. Оғиз бўшлиғида 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 чакирувчи 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 хаёт 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, бугунки 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.

**О.Г. Фролова, Е.И. Николаева бўйича (1989) ҳомиладорликнинг
иккинчи ярмида она учун тавсия қилинадиган мувофиқлашган
суткалик овқат рациони таркиби.**

5 -Жадвал

Озиқ-овқатлар	Миқдори, гр.	Оқсиллар, гр.	Ёғлар, гр.	Углеводлар, гр.	Энергетик
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
Сариёғ	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 мойи	25,0	-	23,2	-	193,0

Шакар	50,0	-	-	47,75	195,0
Кора нон	100,0	7,0	1,0	45,0	223,0
Оқ бугдой	100,0	7,1	1,0	47,5	230.
Ун маҳсулотлари (бугдой)	100,0	5,7	11,8	55,7	261,0
Тухум	1 дона	9,2	5,4	0,47	100,5
Макарон, кнупа 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, шербатлар	200,0	1,2	-	46,0	193,4
Жами:		1 1 9,6	91,5	39 1 .0	2969.6

Шакарли маҳсулотлар қабулидан сўнг ОҒИЗ бўшлиғида шакарнинг юқори концентрацияли ҳолати 20-40 мин мобайнида сақланиб қолади . Бундан тиш карашлари таркибидаги микроорганизмлар фойдаланиб, уларни қабул қилиш, бижғитиб кариесоген таъсир қилувчи сут кислотаси ишлаб чиқаришга улгуришади.

Табиийки, овқат рационидан шакар сақловчи маҳсулотларни чиқариб ташлаб бўлмайди . Шу мақсадда бугунги кунда изланишлар шакарнинг ўрнини босувчи, микроорганизмлар тфмонидан парчаланмайдиган ширинлик маҳсулотлар алтернативини топишга қаратилган. Финляндия, Швеция, Англия олимларининг олиб борган ишлари шуни кўрсатдики, шакарли маҳсулотлар (сарбитол, манитол, малтитол, ксилитол ва бошқалар) кариесоген 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 қоидалари, рационал овқатланишнинг фойдаси тўғрисида гап юритилганда баъзи озик маҳсулотларнинг кариесоген таъсирини сусайтириш учун қуйидагиларга эътибор бериб, уларни одат тусига айлантиришни тавсия қилиш мақсадга мувофиқдир:

1. Шакарли маҳсулотлар қабулини миқдор жихатдан 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 курук қаттиқ озиқ-овқатлар қабул қилинса, суяк системасининг ўсиши, яхшиланиши ва сўлак кўп ажралиши таъминланади. Чайнов мушаклари кучаяди, тишлар периодонт тўқимаси ва пулпасининг 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 ҳисобланаркан.

1.8. Оғиз бўшлиғи гигиенаси қоидалари.

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 уқалашини (массажини) амалга ошириш эмалнинг физиологик тарзда мээёрида етилишини таъминлайди. Оғиз бўшлиғи гигиенаси тиш қаттиқ тўқималари хусусан эмал қаватини парадонт тўқималарини фосатлар, 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 яхшилади, шу билан пародонт тўқимасининг озиқланишини кучайтиради, модда алмашинувини жадаллаштиради. Бугунги кунда ер шари аҳолиси ўртасида кариес касаллигини кенг тарқалганлигини инобатга олиб, бу касалликни бевосита чақирувчи асосий сабаблар оғиз бўшлиғида, тишлар юзасида (карашлар, микроблар, овқат қолдиқлари) эканлигини назарда тутсак, оғиз бўшлиғи гигиенаси, тишларни мунтазам тозалаб туриш кариес 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 қиртишлаб тозалашдан иборат бўлган механик ва кимёвий жараёндир. Бундай тадбирни ҳар бир инсон шахсан ўзи кунига икки мартаба эрталаб, нонуштадан сўнг ва кечки уйку олдидадан 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 замоновий воситалардан фойдаланибгина колмасдан 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, чўтка ҳаракати вертикал равишда фақат милклардан тишларнинг кесувчи кирраси томонга ҳаракатлантиралади. Юқори жағда юқоридан пастга, пастки жағларда пастдан юқорига қараб тиш чўтқаси ҳаракатлантирилади, тишларнинг вестибуляр юзаси тишлар қаторининг ёпиқ ҳолатида тозаланади. Чайнов юзалари очиқ ҳолатда чўтқани олдинга-орқага йўналтириш йўли билан тозаланади. Бу усул " кизилдан-оққа"- "милкдан-тишга" деб аталади.

Чартер (Charters) усули. Тиш чўтқасининг туклари тиш юзасига қаратилган ҳолда 45° бурчак остига қўйилади ва оҳисталик билан чўтка туклари тишлар оралиғига киритилиб вибрация ҳаракати билан тишлар тозаланади. Бунда тиш чўтқаси 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 милкдан тишларнинг кесувчи қиррасига томон ҳаракатлантирилади. Чўтка ҳаракати супурги ҳаракатига монанд бўлиши керак. Шунда чўтка милкдан 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 киради. Фронтал гуруҳ тишлар сегменти қозик ва курак 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.

Бугунги кун талабларидан келиб чиқиб оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилмоқлик, унинг мунтазамлигини таъминламоқлик, стоматологик касалликлар нуқтаи 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 иплар)
3. Чайнов резиналари (сақичлар)
4. Тиш элексирлари

1.9.1. Тиш чўткалари

Тиш чўткалари тишлар ва милклар юзасидан юмшоқ карашларни 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 силлик, коваксиз, охири юмалоқлашган, эмал ва шиллик қаватни шикастлантормайди. Тозалаш ва қиртишлаш борасида айтиб ўтилган икки хил тиш чўткаларининг самарадорлиги бир хилдир.

Фойдаланиладиган тиш чўткаларининг самарадорлиги уларнинг индивидуал танловига, қаттиқлигининг мослигига, туклар сатҳига, тукларни ўтказилиш 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 шиллик пардаси ва пародонт тўқимаси кўриқдан ўтказилиши зарур. Аҳоли ўртасида кўпроқ ўртача қаттиқликдаги тиш чўткалари ишлатилади.

Болалар ёшига қараб тиш чўткаларини тавсия қилиш жадвали.

6- жадвал

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 ғилофларда 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 пасайган 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 оғиз 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, калта тукчалар ўрта қисмида жойлашган бўлади. Бу хилдаги тиш чўткаларнинг туклари тозалаш жараёнида тишлар оралиғидаги бўшлиққа 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 ранга 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, милклар массажи амалга оширилади. Электр тиш чўткаларини қўл ҳаракати муккамал бўлмаган болаларга, ногиронларга, кексаларга тавсия қилиш мумкин.

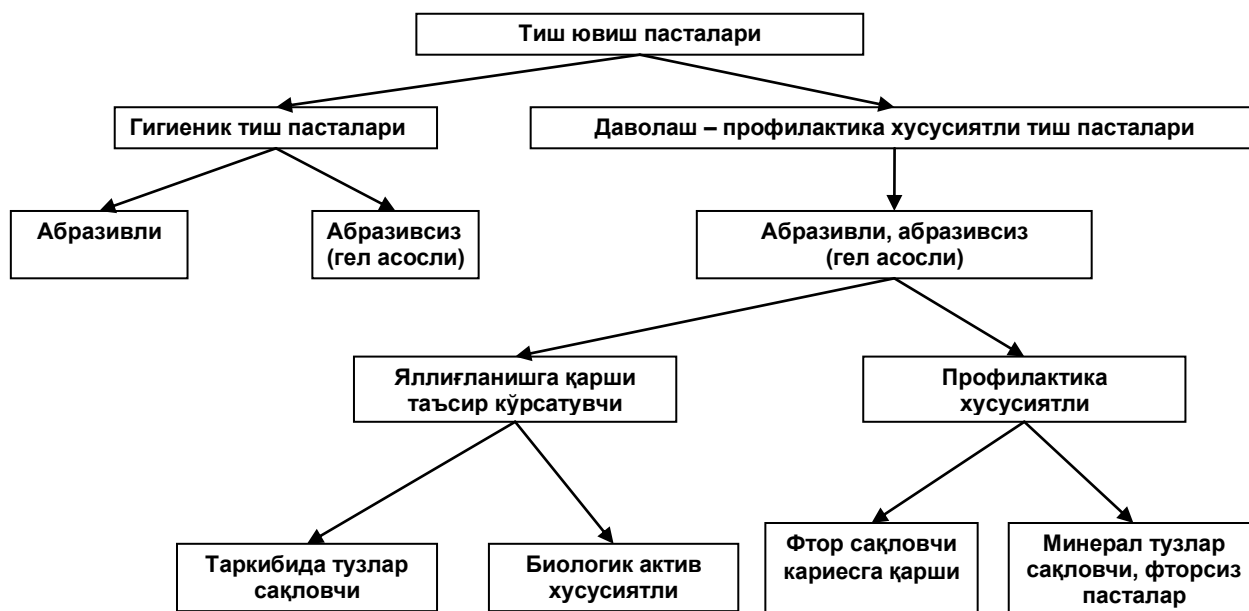
1.9.2. Тиш ювиш пасталари.

Бугунги кунда жаҳон мамлакатларининг кўпчилигида хилма-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 хид таратиши, нохуш таъсиротлардан ҳоли, организм сезгирлигини (аллергия) оширмаслиги зарур.

Бугунки кунда ишлатилаётган тиш ювиш пасталари ўзининг таркиби ва хусусиятларига 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. Шунини инобатга олган ҳолда анъанавий фойдаланиладиган абразив материал бўлиб ҳисобланган-чўктирилган бўр билан бир қаторда бугунги кунда дикалций фосфат дигидрати, дикалций фосфатнинг моногидрати, сувсиз дикалций фосфат, трикалций фосфат, калций пирофосфат, эримайдиган метафосфат натрий, алюминий гидрооксиди, 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 қуйидагича бўлиши мумкин:

1. бўр ва дикалций фосфат
2. бўр ва алюминий гидрооксиди
3. бўр ва сувсиз дикалций фосфат ва х.к.

Ҳар бир абразив модда ўзининг маълум дисперстик (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. Замоनावий 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-натрийкарбоксиметилцеллюлоза, целлюлозанинг метил ва этил эфирлари киради. 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 тубикларга 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 яхшилайдди.

Кўпиртирувчи - сирт актив моддалар. Тиш пасталарини тайёрлашда кўпиртирувчи-сирт актив моддалардан-ализарин мойи, лаурил сульфат натрий, натрий лаурил саркозинат ва ёғ кислоталар тауридининг натрийли тузи кабилар кенг кўламда ишлатилади. Тиш пасталари таркибига кирувчи компонентлар зарарсиз, оғиз шиллиқ пардасига салбий таъсир

кўрсатмайдиган ва жуда яхши кўпирадиган бўлиши лозим. Яхши кўпирувчи тиш пасталари тишлар юзасидан овқат қолдиқларини, карашларни тозалашда анча қулайликлар туғдиради.

Бугунги кунда абразив модда сақламайдиган, гелсимон тиш пасталар ҳам кенг кўламда ишланиб чиқилмоқда (пепсодент, блендомед ва х.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-В₃, В₆, 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, аминфторид ва фосфатлар билан ишлов берилган натрий фтор бирикмалари қўшилади.

Фторли бирикмалар тишлар эмал қобиғини карашлар 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. Жаҳон 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 граммида 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 тутуди. Болалар учун тиш пасталаридаги фтор бирикмалари миқдори 0,023% дан ошмаслиги зарур.

Таркибида натрий фтор, калций 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 карашларини ҳосил бўлишига қаршилиқ кўрсатиш, тиш тошлари кристалларининг ўсишини сусайтириш мақсадида тиш пасталари таркибига триклозан моддаси қўшилади. Триклозан бактерияларга қарши (айниқса граммусбат 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 сўлакда эриши натижасида эркин фтор моддаси ион шаклида тиш эмали таркибига сингиб кириб, эмални кислотали деминерализация жараёнига тўсқинлик қилади. Фтор иони эмал таркибида кислоталарда эримайдиган бирикмалар ҳосил қилишда иштирок этади.

Фтор сақламайдиган кариесга қарши таъсир этувчи қатор тиш пасталари мавжудки, улар таркибида тишнинг эмал қобиғини тўйинтирувчи минерал тузлар бўлади. Бундай тиш пасталари ўзида калий фосфат, натрий фосфат, калций ва натрий глицерофосфат, калций глюконат, рух оксиди каби минераллар туттади. 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 эмал юзасига адсорбцияланишига йўл қўймайди 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, Х-ва Б-глюкозидаза, мутаназалар кўпроқ танланади. Мазкур ферментлар тиш карашлар ҳосил бўлишини олдини олади. Тишлар юзасига адсорбцияланувчи микроорганизмларни гидролизилаб парчалайди. Булардан бактериялар ишлаб чиқарган ферментлар кучли гидролизилаш кучига эгадир.

Ферментлардан-липаза, амилаза, протеаза, лизоцим, гликозидазалар пасталар таркибида овқат қолдиқлари ва тиш карашларини сувда эрувчи майда молекулаларгача парчалайди. Булардан ташқари ферментлар кариесоген микроблар ҳосил қилган полисахаридлар, декстранларни шиллик ва карашларни парчалаб, кислоталар ҳосил бўлишини олдини олади.

Даволаш ва профилактика хусусиятга эга 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 кўшилади.

Мазкур тиш пасталари пародонт ва шиллик қават тўқималарига шифобахш таъсир кўрсатиб, милклардан қон оқишини, патологик чўнтаклардан йиринг оқишини тўхтатади, милклар яллиғланишини тўхтатади, пародонт ва шиллик қаватларда қон ва модда алмашинуви жараёнини фаоллаштиради.

Милк ва шиллик парда жароҳатларида регенерация жараёнини кучайтириш мақсадида даволовчи пасталар таркибига - ферментлар, А ва Е витаминининг мойли эритмаси, каротоллин киритилади.

Тиш пасталарига қўйилган талаблар. Тиш ювиш пасталари нейтрал бўлиши, тозаловчи ва силликловчи 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 мамалакатимиз 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.

Россияда ишлаб чиқарилаётган тиш ювиш пасталарининг турлари ва хусусиятлари

Гигиеник тиш ювиш пасталари – Оғиз ҳолатини янгилаб, тозаловчи хусусиятга эга бўлиб, махсус даволовчи ва профилактик қўшимчалар 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, ҳид берувчи қўшимча, 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 қўшимчалар, витаминлар, шифобахш ўсимликлар экстракти ва эритмаси, тузлар, микроэлементлар ва ферментлар билан бойитилган бўлади. Бу синфга кирувчи пасталардан ҳар кунлик тишларни тозалаш учун ҳамфойдаланса бўлади. Шу билан биргаликда уларни асосан пародонт хасталиклари бор, тишларида кўплаб кариес ва унинг асоратлари мавжуд беморларга тавсия этиш мақсадга мувофиқдир. Кариес профилактикасида пародонт ва нокариес 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. Кариеска қарши таркибли тиш пасталари

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 шиллик 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 қалампирмунчоқ ўсимликларининг экстрактини сақлаб, яллиғланишга қарши кучли восита сифатида милклар яллиғланишида жуда яхши самара беради.

Болалар тиш пастаси “Щелкунчик” 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.

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 шиллик парда тўқималарида қон айланишини яхшилади, модда алмашинуви жараёнларини фаоллаштиради, шишларни йўқотади ва маълум даражада оғриксизлантиради. Тузлар шилимшиқларни суюлтиради, тиш карашларини ҳосил бўлишига тўсқинлик қилади, микробларни адгезивлик-ёпишқоқлик хусусиятини йўқотади ва колония ҳосил бўлишига йўл қўймайди.

Шу гуруҳ пасталаридан “Бальзам” тиш ювиш пастаси ўз таркибида шифобахш минерал тузлар комплекс микроэлементлар сақлаши туфайли пародонт тўқимасига шифобахш таъсир кўрсатади ва яхшт тозаловчи хусусиятга эга.

“Юбилейная” тиш пастаси ўз таркибида шифобахш Моршинск минерал сувидан ажратилган юқори калийли концентрат ва сульфат-магнийли компонент сақлаши туфайли милк ва шиллик парда қон айланишига ижобий таъсир қилиб тўқималар озикланишини яхшилади. Яллиғланишга қарши юқори самарали таъсир кўрсатиб, яхши тозаловчи хусусиятга эгадир.

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 протеолитик ферментлар, поливинил пиролидон каби актив тозаловчи воситалар сақлайди. Айнан ана шу ферментлар сақловчи тиш пасталарини пародонт касалликларини ўткирлашган даврида тавсия қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Биологик актив моддалар тутувчи тиш пасталари

Мазкур гуруҳга кирувчи тиш пасталари ўз таркибида биологик актив кўшимчалар, 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, ушбу пасталарни стоматитларда, кандидозларда, глоссит, хейлитларда, пародонт яллиғланишларида тавсия қилиш мақсадга мувофиқдир.

“Прима”, “Бороглицеринавая”, “Ягодка” тиш ювиш пасталари шулар жумласидандир.

Тиш кариесига қарши таъсир кўрсатувчи тиш пасталари.

Бу гуруҳга кирувчи тиш пасталари ўз таркибида фтор, фосфор, кальций бирикмалари тутганлиги учун тиш қаттиқ минерал тўқималарини (эмал, дентин) мустаҳкамлаб, тўйинтириб, тиш карашларини пайдо бўлишига йўл кўймасдан, уларни кариесдан муҳофаза қилади.

Фторли бирикмалардан тиш пасталари таркибига моно-фторфосфат натрий, натрий-фтор, мис-фторид, органик фтор сакловчи моддалар кўшади. 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 кариес жадаллигини ўсишини болаларда 15-35% гача пасайтирганлиги тўғрисида аниқ маълумотлар мавжуд.

Мазкур тиш пасталарининг кариесга қарши самарали таъсири авваламбор уларни маҳаллий қўллаш тиш эмал 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 бирикиши 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 эмал қаватини мустаҳкамлашда муҳим аҳамияти касб этади. Кейинчалик ёш ўтиши билан бу хусусият тишларга нисбатан анча пасаяди. Шунинг назарда тутган ҳолда таркибида фтор тутувчи тиш пасталарини болалар ёшида тавсия қилиш катта самара беради ва кариес ўсишини камайтиради. Ушбу гуруҳга кирувчи “Чебурашка” тиш пастаси ўз таркибида натрий фтор, фосфатлар ва микроэлементлар саклайди. “Чебурашка” тиш пастаси болалар учун мўлжалланган бўлиб кариесга қарши самарали таъсир кўрсатади. Таркибида фтор сакловчи тиш пасталари қаторида “Фтородент” пастаси ҳам маълум. У ўзининг таркибида натрий фтор бирикмасини тутди ва уни кариес профилактикаси ҳамда даволашда ишлатиш тавсия қилади. Бундан ташқари бу тиш пастаси тишларда содир бўладиган гиперэстезияни сусайтирувчи, тиш эмали кристалларини мустаҳкамлаб, эмал қаватнинг кариесга нисбатан турғунлигини оширади.

Тиш эмалининг мустаҳкамлигини таъминловчи омил фтордан ташқари қатор макро ва микро элементлардан иборатдир. Шунинг назарда тутиб ўз таркибида калий бир ва икки фосфат, натрий фосфат, глицерофосфат кальций, кальций глюконат, фосфат кислотасининг тузларини ва бошқа макро-микроэлементлар тутувчи тиш пасталари ҳам ишлаб чиқилмоқда. Бундан ташқари мазкур гуруҳга кирувчи бир қанча пасталар ўз таркибида даволовчи хусусиятга эга бўлган моддаларни саклаши маълум.

“Зодиак” 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 ишлатиш мақсадга мувофиқдир.

Биринчидан – Болалар ва катта ёшдаги кишиларда кариес профилактикасида тишларни мунтазам ҳар куни тозалаб туриш учун ва аппликация(чаплаш) учун.

Иккинчидан – фосфат тузлари тутвчи 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.

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 олмоқда. Шунинг назарда тутиб ана шу тиш пасталарига эътиборни қаратиш фойдадан холи 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.

**“Блендо-мед” гуруҳи тиш пасталарининг таркибини ташкил қилувчи
ингредиентлар ва уларнинг вазифалари**

8-жадвал.

Модда (ингредиент) номи	Таъсири	Функционал самарадорлиги
Натрий фторид	Кариесга қарши самара	Кариес кавакларини ҳосил бўлишини олдини олади
Кремний диоксиди	А) абразивлик хусусияти Б) қуйилтирувчи	А) тозаловчи, силлиқловчи Б) қовушқоқликни 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 – қовуштирувчи	Ёпишқоқликни таъминлайди (қовуштиради)
Сув	Эритувчи	Қаттиқ компонентларни эритади
Триклозан	Микробга қарши таъсири	12 соат давомида микроблар ўсишини тўхтатади
Тўрткалийли пирофосфат	А) абразивлик хусусияти Б) кристаллар ўсишини тўхтатади	Тиш тошларининг ўсишини олдини олади, тўхтатади
Тўртнатрийли пирофосфат	А) абразивлик хусусияти Б) кристаллар ўсишини тўхтатади	Тиш тошларининг ўсишини олдини олади, тўхтатади
Натрий икки пирофосфат	А) абразивлик хусусияти Б) кристаллар ўсишини тўхтатади	Тиш тошларининг ўсишини олдини олади, тўхтатади
Натрий бикарбонат	А) юмшоқ абразив Б) отдушқа	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” гурухига кирувчи қўйдаги 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 бирюза 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 уч кенг тарқалган асосий касалликларни: кариес, пародонт касаллиги (милклар қочиши ва яллиғланиши) ва тиш тошларини ҳосил бўлишини олдини олади. Бунда ҳам “Флуористат” системаси мавжуд бўлиб, у карисдан химоя қилади, Триклозан-микроблардан ва пирофосфатлар тошлар ҳосил бўлишидан химоя қилади. Шунинг назарда тутиб бундай тиш пасталарини пародонт касалликлари мавжуд беморларга тавсия этиш мақсадга мувофиқдир.
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 бўлмаслигини таъминлайди. Сода бикарбонат эса тишларнинг табиий оқ рангини сақлашда иштирок этади.
4. **Blend A Med BlendDJ** Пастаси – кариесга қарши самарали ва болалар учун, сут тишларини муҳофаза қилиш мақсадида ишлаб чиқилган. Тўқ қизил рангли гел мева таъми билан. Мазкур паста юқоридаги кариндошларидан “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 Bicham” 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 тутуди 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 эримайдиган 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 куни 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 “Smith 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% триклозан 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 соҳаларида 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 махсулоти ҳисобланади. Таркибида триклозан, 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 триклозан 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% триклозан, 0,243% натрий фторид ва кополимер тутган мазкур тиш пастаси тишлар юзасида караш-бляшкаларини ҳосил бўлишини тўхтатади, тиш тошларини ҳосил бўлишини олдини олади, милк яллиғланишини сезиларли даражада яхшилади, 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 муҳлисига 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 чиқарилади ва пародонт касалликлари мавжуд кишилар учун мўлжалланган.

Асосий таркиби – алюминий лактат, алюминий фторид, хлоргексидин, аллантоин.

- Алюминий лактат – милкларни сезиларли даражада мустаҳкамлайди, улардан қон оқишини тўхтатади, ташқи таъсирларга нисбатан сезгирлигини пасайтиради (иссиқ, совуқ, нордон, ширин ва х.к.)
- Хлоргексидин – бактерицид хусусиятга эга бўлган кучли антисептик бўлиб, тишлар юзасида бактериал карашлар ҳосил бўлишининг олдини олади.
- Аллантоин – милклардан қон оқишини камайтиради, милк яллиғланишларини бартарф 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 кириб тўйинтиради ва сезгирлигини пасайтиради. Эмал тўқимасини органик кислоталарга нисбатан турғунлигини оширади.
- Хлоргексидин – бактерицид хусусиятга эга бўлган кучли антисептик бўлиб, тишлар юзасида бактериал карашлар 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, тиш эмали ва дентинини кариесдан ҳимоя қилади.

- Алюминий лактат – эмал-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, қон оқишини тўхтатади.
- Хлоргексидин – бактерицид хусусиятга эга бўлган кучли антисептик бўлиб, тишлар юзасида бактериал карашлар ҳосил бўлишини олдини олади.

Лакалют флюор – 50 гр.ли тубикларда чиқариладиган тиш пастаси. Паста таркибида махсус тозаловчи қўшимчалар бўлиб мунтазам равишда фойдаланилганда чой, кофе, никотинли доғларни тозалаб тишни оқартиради, тиш қаттиқ тўқимасини органик кислоталар таъсиридан ҳимоя қилади ва кариесни 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, кариесга қарша самарали таъсир кўрсатади, тиш тошлари ҳосил бўлишининг олдин олади, эмални мустаҳкамлайди. Xylitily – фтор фаоллигини оширади.

“Corident Family Fresh” – оилавий тиш пастаси, таркибида фаол фтор элементини тутди. Кариесга қарши универсал таъсир кўрсатади, юмшоқ таъсир кўрсатади.

“Corident Family Cool” – болалар ва ўсмирларга мўлжалланган, кариесга қарши самарали таъсирга эга. Махсус сут тишларини тозалаш учун ишлаб чиқилган.

Полшанинг Лехия шахрида 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 катта 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 эмал қават мустаҳкамлиги ошиб кариесга нисбатан турғун бўлиши, кислоталарда эрувчанлигини пасайиши кўп йиллик текширувлар натижасида аниқланган.

“Colodent Bi-Fluor” – тиш пастаси махсус танланган силикогеллар асосида тайёрланади ва у жуда самарали абразив-тозаловчи, силлиқловчи, адсорбцияловчи хусусиятга эга. Бу тиш ювиш пастаси тишларда ҳосил бўлган ҳар хил доғларни ва карашларни яхши кетказди. Жуда яхши таъм ва хидга эга бўлгани учун яхши эстетик таассурот қолдиради.

“Colodent Remi” – икки сифатли тиш пасталар комплектидан (Remi-K ва Remi-A) иборат ноёб қўшалок 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 тозаланади. 2-босқичли тиш пастаси ва чўткаси ёрдамида тишларни ювиб тозалаш натижасида эмал юза қаватлари кристалларини янгиланиги, тўйиниши содир бўлар экан. Чунки Remi-K пастаси эркин минераллар катионлари комплектини ўзидан ажратиб чиқаради. Remi-A пастаси эса махсус танланган қўшимчалар таркибидаги эркин ионлар комплекти анионларни тишларни ювиш давомида ўзидан ажратади.

Бу тиш пастасидан узлуксиз, ҳар куни икки марта тишларни ювишда фойдаланилса ва кетма-кетлик қоидасига риоя қилинса, тиш эмалида ҳосил бўлаётган, ҳосил бўлган ўчоқли деминерализация, оқ доғларни реминерализациялаб қайта тиклаш хусусияти аниқланган. Кучли реминерализация хусусияти мазкур тиш пастасининг кариес профилактикасидаги ўрни юқори баҳоланишини таъминлайди.

Мазкур фабрикада булардан ташқари **“Colodent Anti Kam”**, **“Colodent Herb-F”** тиш ювиш пасталарини ҳам ишлаб чиқаради. Бу тиш пасталари ўз таркибида шалфей, ромашка (мойчечак) каби шифобахш ўсимликлар экстрактини сақлаши туфайли бактеростатик ва яллиғланишга қарши самарали таъсир кўрсатади. Асрлар давомида фойдаланиб келинаётган бу ўсимликлар ажратмаси пародонтит симптомларини бартараф қилиб, милклардан қон оқишини тўхтатади. Пасталар таркибидаги фтор элементи эмал 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 сезгирлиги ошиши натижасида

содир бўладиган оғриқлар, нохуш ҳолларни бартараф қилишда юқори самарадорликка эга.

Сенсодин тиш пастасининг икки хили ишлаб чиқарилади: **Сенсодин-К(классик)** таркибида хлорид стронций тутиши очиқ дентин каналчаларини тезда тўлдириши оқибатида тишлар сезгирлигини тезда пасайтиради.

Сенсодин-Ф(фтор), ўз таркибида кальций хлор тутганлиги учун ташқи таъсиротларни ичкарига пулпа тўқимасига ўтказмайдиган тўсик 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. Сенсодин тиш пасталрини самарадорлигини 30 йил мобайнида ўрганиб, назорат қилиб келиниши ҳақиқатан ҳам мазкур тиш пасталари гиперэстезия – тишлар сезгирлигини бартараф қилишда тенгсиз паста эканлигини бутун дунё стоматологлари 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 бўлиб, кимёвий тозаланган чўктирилган бўр ҳисобланади. Унга ҳид, таъм берувчи моддалар қўшилиб порошок тайёрланган.

Тиш порошоклари пасталарга нисбатан абразивлик хусусияти кучли бўлиб, тишларни карашлардан яхши тозалайди. Оғиздан 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 чўткалари 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 тозалагичларни қадим замонлардан буён ишлатиб келишади. Италиянинг шимоли, Алп тоғларининг шарқий қисмларида олиб борилган қазилма ишлари натижасида инсон шахсий гигиенасига доир предметлар, жумладан олтин, бронза, темирдан ясалган тиш тозалагичларнинг топилиши эрамиздан икки-уч аср олдин ҳам улардан гигиеник восита сифатида фойдаланилганлигидан далолат беради.

Бугунги кунда тиш тозалагичлар оғиз бўшлиғи гигиенаси воситаси доимо ҳамроҳимиздир. Тиш тозалагичлар пластмассадан ва хушбўй, хуштаъм 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 жараенларидан холи қилишда иштирок этади.

1.9.5. Флосслар

Флосслар махсус тайёрланган тиш тозалагич иплари тишлар оралиғи ва контакт юзаларини тозалаш учун ишлатиладиган қўшимча гигиена воситасидир.

Флосслар тайёрланишига қараб: мумланган ва мумланмаган, шаклига кўра; учбурчак, ясси, думалоқ қилиб тайёрланади.

Флосс иплари тиш тозалаш учун қўлларнинг кўрсаткич бармоқларига ўралади ва тишлар оралиғига солиниб механик ҳаракат ёрдамида тишларнинг оралиқ юзалари ва ёнбош юзаларидан қарашлар тозаланади, милклар 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 яхшилайди
- овқат қолдиқларини тозалашда фаол иштирок этади

Бугунги кун чайнов резинкалари (сақичлари) таркибини асосий модда (барча қўшимчаларни бириктиради), ширин таъм берувчи қўшимчалар (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 қўламда 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. Шуни унутмаслик лозимки, тартибсиз равишда хоҳлаганда сақич чайнаш зарарлидир

1.9.7. Тиш эликсирлари

Тиш эликсирлари оғиз бўшлиғини чайиш учун ишлатиладиган воситадир. Улар тишлар тозаллигини мустаҳкамлайди, тиш карашлари 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, ксидифон препарати сақлайди. Бу препаратлар организмда калций миқдорини бошқариб туради ва тиш карашлари 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 тутати.

Ўз таркибида триклозан, натрий фтор сақловчи "Plax" элексири кариесни олдини олибгина қўймай тишларда карашлар ҳосил бўлишини ҳам камайтиради. "Sensitive" элексири ўз таркибида олово фторидини сақлаб кариеснинг олдини олишда ва тишлар сезгирлигини пасайтиришда фаол иштирок этади.

1.10. Болалар ёшида оғиз бўшлиғининг 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 бўшлиғининг малакали гигиенаси тадбири стоматологик касалликлар комплекс профилактикаси элементларидан бирига айланган.

1970 йили швед мутахассислари Axelssen ва Lindhe лар оғиз бўшлиғи малакали гигиенасини кариес 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 бўшлиғининг малакали гигиенасини амалга оширишлар орасидаги вақт болаларда 2-3 ҳафтани ташкил қилган, чунки зич карашлар мавжуд пайтида гингивит белгилари ва бошланғич кариес 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 эритрозинли бўёқ билан бўялади. Шифокор беморга тишлар қаторидаги караш кўпроққ 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%-Na₂PO₃ 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/сек ташкил этиши керак.

Тишларнинг контакт (апроксимал) юзалари флосслар ёрдамида тозаланиши лозим:

3. Тишлар юзаси карашлардан тозаланиб бўлгандан сўнг тиш тозалиги даражасини назорат қилиш керак бўлади. Мустақил назорат учун болаларга уйда тишлар карашини буёвчи таблеткалар (эритрозин) тавсия қилинади.

Кариес профилактикаси дастурига биноан ўтказилаётган оғиз бўшлиғи малакали гигиенаси тадбирлари орасидаги муддат бошида бир мунча қисқа бўлса, кейинчалик бора-бора бу муддат борган сари узая боради. Бунинг сабаби дастур асосида ўтказилаётган чора-тадбирлар болалар ОҒИЗ бўшлиғининг гигиеник ҳолатини кун сайин яхшилаб борадики, унда энди тез-тез малакали гигиенага ўрин қолмайди.

NEXO дастурига биноан малакали гигиеналар ўртасидаги муддат қуйидаги 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 карашлар 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 қайтарилди ва тиш тозалаш амалий кўникмалари баҳоланиб борилади.

1.11. 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 етарли бўлса эмал кристалларининг ҳосил бўлиши ниҳоятда яхши кечар экан.

Маълумки тиш эмалининг охириги шаклланиши ва минералларга тўйиниб оҳакланиш жараёни тишлар чиққандан сўнг оғиз бўшлиғида давом этади. Шунинг назарда тутган ҳолда фтор етишмовчиликлари мавжуд бўлган жойларда, фтор организмга эндоген ёки экзоген (маҳаллий) усулда киритилса, эмалнинг ташқи қобиғи фторапатитлар 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 гидроксилпатит таркибидаги карбонат қолдиғини фтор билан алмашинуви

гидроксилапатитни фторапатитга айлантиради. Фторапатит кислоталар ва микроблар таъсирига жуда чидамли бўлиши эмал қобиғини кариесга нисбатан турғунлигини бир мунча оширади. (Дмитриев И.М., 1974, Jenkins G.M., 1978);

2. Фторидларни қўллаш натижасида эмалда кислоталар таъсирида ққийин эрийдиган калций фтор, ва фосфор сақловчи бирикмалар ҳосил бўлар экан. Бу бирикмалар эмал реминерализациясида фаол иштирок этади. Шу билан биргаликда фторнинг озгина миқдори ҳам гидроксилапатит кристалланишини тезлаштиради. Буларнинг барчаси эмалнинг турғунлигини оширади (Mulleretal, 1965, Brudelova F., 1967, Федоров Ю.А., 1974)

3. Фтор моддаси бактерия ва микроорганизмларнинг оғиз бўшлиғидаги моддалар алмашуви жараёнини бузади ва шу йўл билан тиш бляшкалари ҳосил бўлишига тўсқинлик қилади. Натижада кислота ҳосил қилувчи микроорганизмлар кўпая олмай улар 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 йул билан кариес жараёнининг олдини олади (Сапоговски Т.И., Федоров Ю.А., 1973);

4. Фтор йодга нисбатан кимёвий активлиги юқори 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 жараёнини фаоллаштиради. (Федоров Ю.А., 1972,1973);

Бугунги кунда кариес 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 эмал 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 зркин фтор иони эмал 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 эмал 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 март. Шулардан энг асосийлари қуйидагилардир:

1. Аҳоли ўртасида кариесни кенг тарқалганлиги;

2. Ичимлик сувида фтор миқдорининг анча пастлиги (меъёрда мўлжалланган дозанинг ярми ва ундан паст);
3. Қўшимча фтор киритиш манбааларининг йўқлиги;
4. Совуқ иқлим минтақаларида яшаш.

Фтор бирикмаларининг эндоген йўл 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 мухитни ифлослантормаслигини кафолатласа бугунги замон талабига жавоб берган бўлиб ҳисобланади. Шу билан биргаликда организмнинг фтор элементиға нисбатан суткалик талаб даражасини билиш ва кариес профилактикасида уни инобатға олиб ишлаб чиқилган усулларнинг асосини ташкил қилиши лозим.

Шундан келиб чиқиб, авваламбор, фторнинг организмдан сийдик орқали ажралишининг суткалик миқдорини аниқлаш ва шунга асосланиб организмнинг фторға нисбатан талабини ҳисоблаб чиқиш тавсия қилинган.

Кўпгина 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 фторға нисбатан талаб даражасини миқдор жихатдан ҳисоблаб чиқиш учун сийдик билан ажралиб чиққан фтор миқдорини 15 ёшлилар учун 2,0 коэффицентга; 16-19 ёшлилар учун 1,8 коэффицентга; 20 ва ундан катта ёшдагилар учун 1,66 га кўпайтириш лозим.

1.12. Ичимлик сувини фторлаш.

Ичимлик сувини сунъий равишда қўшимча фтор элементиға бойитиш мақсадида унга яхши эрийдиган фторли бирикмалар қўшилади. Фторидларнинг сувда эриши натижасида сувдаги фтор концентрацияси 1 ррм (1 мг/л) бўлиши меъёрий даража ҳисобланади.

Мазкур жараён сув тармоқлари станцияларида амалға оширилади.

Иссиқ иқлимли ҳудудларда сув истеъмолини ҳисобға олиб сув таркибидаги фтор миқдори 0,7 ррм (0,7 мг/л) атрофида, совуқ иқлимли ҳудудларда бу кўрсаткич 1,2 ррм гача оширилмоғи лозим. Бундай ҳолларда флюороз пайдо бўлиш хавфи бўлмайдди. Фторидлар инсон организмға, жумладан тиш эмалиға таъсири бутун умр бўйи давом этади.

Юқори профилактик самара олиш учун фторланган сувни болалар туғилгандан сўнг истеъмол 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 амалға оширилганда кариес интенсивлик даражасининг сезиларли даражада

пасайганлигини сувни фторлашдан 2-3 йил олдин чиққан тишлардагина аниқланган.

Текширишлар яна шуни кўрсатдики, ичимлик сувини фторлаш тишларнинг силлик 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% ни 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.

Бугунги кунда 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 бўлмаган¹ ҳудудларда амалга оширилади. Бунда сувга қўшилаётган 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.

1.13. Фторидлар сақловчи таблеткалар.

Кариес профилактикасида ичимлик сувини фторлашнинг иложи бўлмаган тақдирда болаларга фтор бирикмалари тутувчи 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 болаларнинг таблеткаларни ўз вақтида ичиб туришини назорат остига олмоқлари лозим. Шу билан биргаликда боғча ва мактабларда ҳам таблеткаларни узлуксиз ўз вақтида бериш тартибли равишда амалга оширилиши шарт.

**Кариес профилактикаси мақсадида болаларга тавсия қилинадиган
Натрий фторид препаратининг ичимлик сувида фтор миқдори 0,5 мг/л
дан кам бўлган тақдирдаги дозалари:**

9 жадвал

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, D₂ - 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 қошиғидан берилади. Препарат бир ой қабул қилинади, сўнг икки ҳафта танаффус қилиб яна давом эттирилади. Ёзнинг иссиқ ойларида "Витафтор" препарати ичиш учун буюрилмайди. "Витафтор" препаратини бола 2 ёшга тўлиши билан бера бошланса самара анча юқори бўлади.

1.14. 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 эмал қобиғининг кимёвий таркибини ҳосил қилувчи минерал тузларга бойдир. Шу билан биргаликда болалар сутни севиб истеъмол қилишади. Сут юқори каллорияли озиқ маҳсулоти бўлиб юқори даражада калций ва фосфор моддаларини тутати ва углеводларни парчаловчи лактоза ферментига бойдир. Сутнинг бу хил таркибга эга бўлиши эмал реминерализацияси ва кариес профилактикаси жараёнларида фаол иштирокини билдиради. Сутнинг шу сифатлари яна фтор билан бойитилиши нур-устига аъло нур бўлиши турган гапдир.

Бугунги кунда сутни фторлаш усулидан фойдаланиш қатор мамлакатларда кенг жорий қилинган (Англия, Болгария, Чили, Хитой, Россия ва бошқ.).

Сутни фторлаш ва ундан кариес комплекс профилактикаси воситаси сифатида фойдаланишни жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (Ж.С.С.Т.), 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 организмига 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 ёшидан бошлаб ичган болаларда бир йилдан сўнг сут тишларида кариес 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. Хали анчагина изланишлар, тажриба ва текширишлар ўтказиб, фторланган сутни қайси ёшдан бошлаб ичиш самаралилигини, ичиш муддатини аниқлаб бериш, ҳудудий шароитдан келиб чиқиб фторнинг сутдаги концентрациясини аниқлаш йўллари, бир кунда неча бор бола сут ичишини илмий асосда тасдиқлаш керак бўлади.

1.15. Ош тузини фторлаш.

Маълумки кишилар томонидан ош тузини қабул қилиш миқдори бир хил эмас. Диетологлар тавсиясига кўра ош тузини иложи борида озроқ истеъмол қилиш керак бўлади. Шунинг учун ош тузини фторлашдан оладиган самара 40-50% ни ташкил қиларкан.

1 кг 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 қанақа қўшимча ҳаракат талаб қилмайди.

Венгрияда шу усулдан фойдаланишнинг 8-йилида кариес жадаллигининг ўсиш кўрсаткичи 40% га, Колумбияда - 61% га пасайганлиги қайд қилинган.

1.16. Фторидларни маҳаллий қўллаш.

Фторли лаклар - маҳаллий профилактика воситалари ўртасида кенг тарқалиб, кўп қўлланиладиган ва яхши самара берадиган, эмал, қобиғига узок муддат таъсир кўрсатувчи восита ҳисобланади. Фтор сақловчи лаклар эмал

кават устида юпка плёнка қаватини ҳосил қилади ва 24 соат мобайнида ўздан эркин фтор ионини ажратиб туради. Фиссуралар, тирқишлар, микробўшлиқларда эса у ҳафталаб сақланиб қолиши мумкин. Фтор сақловчи лаклардан бугунги кунда кенг кўламда қўлланилаётганлари - бу "Duraphat" таркибида 2,26% фторид сақловчи, "Fluor Protector" - 0.1% фторид сақловчи, "Composeal" фторид натрий ва фторид калций сақловчи, "Фторлак" 5% натрий фтор сақлайди. "Фторлак" табиий смолалар мажмуи бўлиб таркиби қуйидагича:

Натрий фтор - 5,0 грамм

Пихта балзами - 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 узок 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 суюқ 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 тутати. ВОКО фирмаси синтетик смолалар асосида ҳосил қилинган, таркибида 5% фторид натрий, 6% фторид калций сақлайдиган "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 эмал қаватга, сингиб боради. Мазкур лак тишларнинг илдиз қисми очилиб колганда ёки травма оқибатида эмал 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 лаки плёнка узок муддат калций фториднинг депоси сифатида ўздан фтор ва калций ионларини ажратиб туради. Бу эса гидроксилпатитни фторпатитга 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 тиш қаттиқ тўқималарига чуқур сингиб кириб, калций фторид депосини ҳосил қилади.
- Фойдаланиш учун қулай.

Маълумки тишлар чиққанидан сўнг уларнинг оҳакланиб етилиши, дентин, эмал минерализацияси узоқ муддат (18-19 ёшгача) давом этади. Шунинг учун боғча ёшидан тортиб кариес профилактикаси-мақсадида фтор тутувчи воситалардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

1.17. 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 х.к.

Булардан ташқари фторли олово, аминофторидли 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 қурилади, 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 иатрий 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 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 ҳаражатли ва яхши самара берадиган муолажадир.

Изланишлар шуни кўрсатдики 6 яшар болаларда оғиз чайиш бошлангандан сўнг 3 йил ўтгач кариес жараёнининг жадаллиги 45%гача пасаяр экан. Тишларни фтор тутувчи эритмалар билан чайиш тишларнинг силлиқ ва проксимал сатҳларига жуда яхши таъсир кўрсатади, бунда тишларни пломбалатишга бўлган муҳтожлик 70% га камаяди. Эритмалар билан чайиш самараси 2-3 йил давом этади.

1.18. Кариес профилактикасида қўлланиладиган, таркибида фтор тутмайдиган минерал препаратлар.

стоматология амалиётида кариес профилактикаси мақсадида таркибида фтор сақламайдиган препаратлар ҳам кенг кўламда 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):

Калций	- 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 хўлланган пахта тампонлар ҳар 5 минутда алмаштирилиб, 15-20 минут мобайнида ушлаб турилади. Муолажадан сунг 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 озиқланиши, 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, овқат сўрилишининг бузилиши ҳомиладорлик даврида ёки бола туғилгандан сўнг содир бўлган тақдирда, бундай камчиликларни тўлдириш мақсадида болаларга минерал моддалар, витаминлар тутувчи препаратларни ичиш учун тавсия қилинади.

Калций, фосфор сақловчи препаратлар кариес профилактикаси мақсадида, рационал овқатланиш бузилганда, 6 ойгача бола она кўкрагини эммаган тақдирда, диспепсия, рахит, антибиотик ва кортикостероидлар

билан бола узок муддат даволанганда тавсия этилади. Калций ва фосфор тутувчи препаратларни витамин Д₂ билан биргаликда буюриш мақсадга мувофиқдир. Бу муолажалар қанча эрта буюрилса, шунча самарали ҳисобланади. Яхши натижа олиш мақсадида кутилаётган системали кариесда мазкур препаратларни тишлар минерализацияланиш даврида ичиш ва 2 йил мобайнида давом эттирилмоғи 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. Калций 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 микдори 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.

Калций препарати марказий асаб системаси фаолиятини яхшилаб, суякларнинг тўғри ривожланишини таъминлаш билан биргаликда, организм сезгирлигини пасайтирувчи (десенсибилизация) таъсирга ҳам эгадир.

Калций 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 - 0,5 г дан икки маҳал ; 6 ёшдан катталар учун -0,5 г дан уч маҳал тавсия этилади.

Калций глицерофосфат (порошок ва таблетка ҳолида 0,2-0,5 г дан 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 калций глицерофосфат лактат билан гранулаларда бўлса (аа - 0,25 дан): 3 ёшгача 0,5 чой қошиғида кунига бир маҳал; 3-5 ёшда 0,5 чой қошиғида кунига 2 маҳал; 5 ёш ва ундан катта ёшлилар учун 0,5 чой қошиғида 3 маҳал буюрилади.

Фитин - фосфорнинг мураккаб органик бирикмасидан тайёрланган препарат бўлиб, таркибида инозит фосфор кислоталарининг калцийли, магнийли тузларини сақлайди. Мазкур препарат суяклар, тишлар ўсиши ва тараққиётини фаоллаштиради, марказий асаб системаси фаолиятини яхшилайдди. 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.

Калций моддасига бой маҳсулотлар: сут, катик маҳсулотлари, денгиз балиғи, холва, 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 утамиз.

Витамин- Д₂ организмда калций, фосфор алмашувини назорат қилиб, бошқариб ичаклардан мазкур моддаларнинг сўрилишини яхшилайти. Видехол витамин Д₂ 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 Д₂ га бой маҳсулотлар : тухум сариғи, сут, сариёғ, замбуруғлар, ачитқилар (дрожжи).

Витамин В₁—углевод алмашинуви ва марказий нерв системаси фаолиятини мўътадиллайди. Драже холида 0,112 г дан №50 тадан, таблеткалар шаклида 0,005-0,01 г дан №50 тадан чиқарилади.

Тавсия дозаси: 3-7 ёшда - 0,005 г дан кунига 1 марта, 7 ёшдан юқори - 0,01 г дан кунига 1 марта.

В₁ витаминини калций моддасига бой озик маҳсулотлари билан биргаликда буюриш самарали таъсирини кўрсатади. В₁ витаминига бой маҳсулотлар бўлиб: крупа, йирик тортилган ун, нўхат, ачитқи (дрожжи) ҳисобланади.

Витамин С — қўшувчи тўқима тузилиши ва вазифасини тўғри таъминловчи дармондори бўлиб, организмда фтор моддасини керагидан ортиқча миқдорда йиғилишига барҳам беради. Мазкур витамин сабзавотлар (пиёз, помидор, карам), меваларда ва резавор меваларда кўпроқ бўлади.

Витамин А тиш фолликулаларини, эпителий тўқимасининг тўғри тараққиётини, ўсишини таъминлайди. А-витамини сақловчи озик маҳсулотлари: сут, жигар, сабзи кўкатлар бўлиб ҳисобланади.

1.19. Тиш фиссуралари ва уларни мухрлашнинг кариес профилактикасидаги аҳамияти.

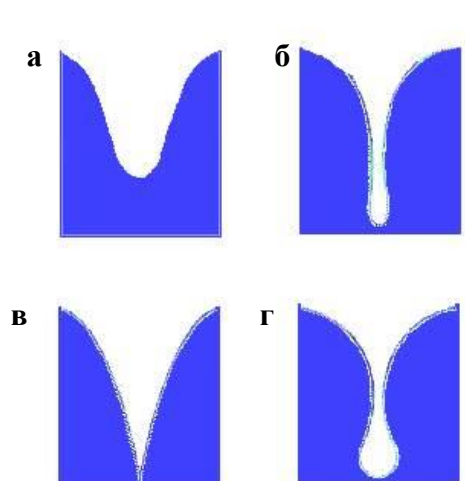
Тиш фиссуралари - бу тиш тараққиёти, ўсиши ва шаклланиши даврида унинг эмал қаватида юзага келган табиий бурмалар оралиғида ҳосил бўлган тирқиш бўлиб, овқат чайнаш пайтида майдаланган озик маҳсулотлари, микроорганизмлар кириб қолади. Бунинг натижасида овқат қолдиқлари бижғиб сут кислотаси ҳосил бўлиши 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 ёпик фиссуралар сатҳига таъсир кўрсатиш кийинчилик туғдиради. Эгатсимон, юза фиссуралар карашлари мазкур препаратларнинг эмал 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 фиссурали тишлар сатҳига, чайнов юзаларга ётқизиблиб, фиссура ва чуқурчаларни ташқи шароит таъсиридан ҳимоя қилади.



63-расм.

- а. Очиқ эгатсимон;
- б) чуқур фиссура;
- в) конуссимон фиссура;
- г) ёпик, чуқур фиссура.

Герметиклар чайнов юзаларида механик барьер ҳосил қилиб, овқатлар, микроорганизмлар ва сўлакнинг фиссураларга, чуқурчалар, эгатчаларга киришига тўсқинлик қилади ва бу соҳаларда кариес жараёнини келтириб чиқарувчи шарт-шароитларга барҳам беради. Герметиклар болаларда сут тишларида 2 ёшдан бошлаб, доимий тишларда 6-7 ёшдан бошлаб, 16-18 ёшгача қўлланилиши мумкин.

Тишларни муҳрлашнинг 2 йўли фарқланади:

- 1) инвазив – фиссураларнинг кириш соҳасидаги тиш каттик тўқимасини юза чархлаб кенгайтириш йўли билан
- 2) ноинвазив – фиссуралар атроф тўқимасига тиғ тегизмаслик йўли билан.

Бугунги кунда тишлар фиссураларини муҳрлаш учун ишлатиладиган катор герметиклар мавжуддир. Булардан талабларга тўлиқ жавоб берадиган,

юқори самарали ҳисобланган баъзи бирларини келтирамиз.

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 кариесга 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 эмал гидроксипатити билан кимёвий бирикишига асосланган бўлиб, галоген лампа нурида қотиб 24 соат мобайнида эмал юзасида сақланади.

3. Фиссулайт - кислотали ишловсиз эмал юзасига ётқизиладиган герметик. Галоген лампа нурида қотувчи бу силант таркибида қуйидафиларни тутати:
-олигокарбонат метакрилат;
-триэтиленгликол диметакрилат;
-фосфорли олигоэфиракрилат;
-полимеризацияни кучайтирувчи ва сусайтирувчи катализаторлар.

Булардан ташқари яна қатор нурда қотувчи герметиклар мавжуд. Баъзи бирларини санаб ўтаемиз: Nuva-sil, Alpha-se1, Espe-717, Tr2206, Bariton-L3, "Фолакор". Фтор сақловчи герметиклардан Fluro sheld (АҚШ), Epoxylite-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, аргацим, цемион, Fuji ва х.к) стоматология амалиётида кенг қўлланилмоқда. Уларнинг бошқа тур герметиклардан афзал томони ўзидан узок муддат фтор ажратиб туриши ва профилактик таъсир кўрсатишидир.

Фиссураларни муҳрлаб 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 қуйидаги тадбирларни амалга ошириш лозим:

1. Тишларни чўтка-ёрдамида фтор сақламайдиган пасталар билан тозалаб ювиш лозим. Фтор сақловчи пасталар билан тишлар ювилганда эмал текшикчалари ёпилиб, уларни кислоталар билан ишловини самараси пасаяди, бу эса герметик қобикни тез тушиб кетишига олиб келади.
2. Чайнов юзасини қўшимча равишда айланма чўтка, резина ғалтакча ёрдамида абразив моддалардан фойдаланиб тозалаш.
3. Қолган-қутган карашларни сув-ҳаво оқими билан тозалаш.
4. Тишларни сўлақдан пахта болишлар ёрдамида ажратиш ёки сўлак 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 оқими 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.

1.20. 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:

-ташқи 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 шиллик пардаси касалликларининг профилактикаси ана шу муҳит омиллари таъсирини батамом бартараф қилиш ёки сусайтиришга қаратилган бўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси касалликлари индивидуал профилактикаси стоматологик поликлиникаларида қабул вақтида амалга оширилмоғи зарур. Мазкур касалликларнинг оммавий профилактика усуллари афсуски ҳали тўлақонли даражада ишлаб чиқилмаган.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ 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 мурожаат қилиб келган беморларда кузатилиб олинган холос.

Касалликлар этиологиясини, патогенезининг механизмларини билиш, аниқ тасавур қилиш касалликларни келиб чиқишининг олдини олиш йўналишида, касаллик келтириб чиқарувчи сабаблар ва уларга замин яратувчи факторларни йўқотиш чораларини ишлаб чиқишда муҳим ўрин тутди.

Шунинг учун оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг аксарият касалликларининг этиологияси, патогенези, эпидемиологияси керакли даражада яхши ўрганилмаганлиги, профилактика тадбир чораларининг самарали, оммавий усулларини ишлаб чиқишга имконият бермайди. Болалар ОҒИЗ бўшлиғи шиллиқ 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 силлиқлаш, нохуш қилиқларга (лаб, лунж шиллиқ пардасини тишлар орасига олиб сўриш, тишлаш, тилни тишлар оралиғига тикиш, чайнаш ва бошқ.) бархам бериш, эски протезлар бўлса уларни коррекция қилишдан иборатдир.

Болалар ўртасида ОҒИЗ бўшлиғи шиллиқ 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 кўриқдан ўтказишни ўргатиши керак. Ўткир герпетик стоматит профилактикасида бемор билан контактда бўлган болаларнинг бурун шиллиқ пардасига вирусга қарши малҳамлар суриш (қунига 2 маҳал), профилактика сифатида гаммаглобулин киритиш, беморларни изоляция қилиш, идиш товоқларга махсус ишлов бериш ва х.к. ишларни амалга оширмоқ даркор.

Қайталанувчи герпетик стоматитнинг патогенези яхши ўрганилмаганлиги сабабли профилактика тадбирлари доимо самарали бўлмаслиги мумкин. Бу тадбир чоралар 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.

Чақалоклар ва кўкрак ёшидаги болалар кандидамикози замонавий профилактикаси тадбирлари бўлиб ҳомиладор она организмни касалликлардан ҳоли қилиш, туғиш йўллари санация 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 санациясини амалга ошириш ҳам кандидамикозлар профилактикасида муҳим ўрин эгаллайди.

Дори-дармон қабул қилиш оқибатида содир бўладиган аллергик хасталикларнинг профилактик тадбирлари асосан, антибиотиклар ва бошқа дори-дармонларни фақат врач кўрсатмаларига тўлиқ амал қилган ҳолда, бир вақтнинг ўзида организм сезгирлигини пасайтирувчи воситалар билан бирга қабул қилишга қаратилган бўлади. Баъзан бемордан яхшилаб сўраб-суриштиришлар уларда аллергик 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 заҳарли 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 санация қилиш лозим. Касалликнинг қайталанишлари оралиғида организмнинг специфик ва носпецифик реактивлигини оширадиган дори-дармонлар буюриш мақсадли ҳисобланади.

Мустақил ўрганиш учун тест саволлари
Стоматологик касалликлар профилактикаси ва кариес
касалликлари.

1. Кариес касаллигини олдини олишда:
 - а. бирламчи
 - б. иккиламчи
 - в. учламчи
 - г. қўшимча профилактика тадбирларини амалга оширмоқ муҳим ҳисобланади.

2. Қуйидагилардан қайси бири ўз таркибида кўпроқ микроорганизмлар тутади?
 - а. тиш бляшклари
 - 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
 - г. кесувчи юзалар
 - д. танглай юзаси ҳисобланади.

4. Г. С. Чучмай таклифига биноан кариес профилактикаси мақсадида хомиладор аёлларга 0,2% ли фторид натрий эритмаси хомиладорликнинг 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 бошлаб берилади.

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. қуюқ 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 дахлизининг 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 жараёнинг бошланиш даврини аниқлаш учун қуйидаги усуллардан бири қўлланилади:

- а. витал усулда эмални бўйаш
- б. РМА индексини аниқлаш
- в. ГИ анбиклаш
- г. КПО кўрсаткичини аниқлаш
- д. Шиллер-Писарев усулидан фойдаланиш.

12. Ўчоқли деминерализация жараёнини аниқлашда қуйидаги усуллардан бири кўлланмайди:

- а. Шиллер-Писарев усули
- б. витал бўяш усули
- в. кўрик усули
- г. люминесцент диагностика усули
- д. Мемадов бўйича импрегнация усули

13. Кариес жараёнидак 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/6;

15. Болалар оғиз бўшлиғи гигиенаси қоидаларига 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 ташхиси
- 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 яшар 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 ифодаланади:

- 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 эмал 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 дахлиз сатҳидан ривожланиши
- в. эмал, дентин қаватларга чуқур кириб бориши
- г. фақатгина тиш фиссураларида учраши
- д. фақатгина тиш бўйин қисмида учраши ҳисобланади.

28. Сут тишлари кариесда доимий тишлардан фарқли ўларок кариес қаваги кўпчилик ҳолларда тишларнинг:

- а. апроксимал-контакт сатҳида
- б. дахлиз 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 қуйидаги хасталиклардан қайси бири билан қиёсий ташхис қилинади?

- а. сурункали периодонтит
- б. юза кариес
- в. гипоплазия
- г. флюороз
- д. сурункали гипертрофик пульпит

32. Юза сатҳ бўйлаб кенг тарқалган сут тишларининг юза кариесини даволашда қуйидаги қайси бир усул мақсадга мувофиқроқ ҳисобланади?

- а. кумуш нитрат тузи эритмаси билан қоплаш
- б. чархлаб пломбалаш
- в. силлиқлаб текислаш
- г. фторлак суртиш
- д. аппликация усулида реминерализациялаш, чархлаб кумуш билан импрегнациялаш

33. Кариес жараёнининг бошланғич даврида эмалини қуйидаги 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 малхам пасталар учун қуйидаги хусусият мавжуддир:

- а. одонтобласт ҳужайраларнинг фаолиятини оширувчи
- б. одонтобласт ҳужайраларнинг фаолиятини сусайтирувчи
- в. адгезивли хусусияти
- г. оғриқсизлантирувчи хусусияти
- д. эритувчилик хусусияти.

35. Тиш-жағ аъзоларининг ривожланишига салбий таъсир кўрсатувчи сабаблардан бири:

- а. суяк тўқимасининг минерал тузларга тўйинмаслиги
- б. мувофиқлашган пархезли овқатланиш
- в. оқсилли маҳсулотларни кўплаб қабул қилиш
- г. соғлом турмуш тарзи

д. оғиз бўшлиғи гигиенаси

36. Ҳомиладорлик даврида тишлар эмал қаватининг кариесга нисбатан турғунлигини пасайтирувчи умумий сабаб:

- а. ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида содир бўладиган токсикозлар
- б. ҳомиладорликнинг биринчи даврини меъёрдан ўтиши
- в. оғиз бўшлиғи гигиенасининг мунтазамлиги
- 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. эмал реминерализацияси (аппликация 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 оғриққа 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 шохиди бўламыз:

- а. эмал ва дентин қаватлари бўйлаб ковак мавжудлигини
- б. эмал сатҳининг нотекислиги

- в. эмал қаватида шикастланиш борлигини
- г. эмал сатҳида оқ доғлар мавжудлигини
- д. чуқур кариес қаваги, ковак тубида юпка дентин қатлами борлигини кўрамыз.

42. Кариеснинг доғли даврида умумий даво профилактика мақсадида беморга ичиш учун:

- а. кальций, фтор, фосфат сақловчи
- б. витаминлардан иборат
- в. антибиотиклар тутувчи
- г. сульфаниламидлар тутувчи
- д. углеводли ва оксилли препаратлар тавсия этилади.

43. Чуқур кариеснинг даволашда малхам қатлам сифатида:

- а. кальций гидроксид сақловчи паста
- б. резорцин-формалинли паста
- в. параформ сақловчи паста
- г. камфора-фенолли паста
- д. дентин сақловчи паста ишлатиш мақсадга мувофиқдир.

Пульпит

1. Тиш юмшоқ 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 ҳарактерига кўра қуйидагича кечиши мумкин:

- а. хуружли, ўзоқ муддатли оғриқсиз даврлар билан
- б. пастки ва юқори жағлар бўйича, қулоққа бериб тарқалувчи
- в. узук-юлук, қисққа муддатли оғриқсиз даврлар билан
- г. муттасил равишда тўхтовисиз
- д. фақат овқат чайнаган пайтда хуруж қилиши мумкин.

4. Ўткир ўчоқли пульпит қуйидаги баён қилинган қайси бир касаллик билан қиёсий ташхис қилинади?

- а. чуқур кариес
- б. ўрта кариес
- в. гангреноз пульпит
- г. ўткир чўққи периодонтити
- д. сурункали пкльпитнинг қайталаниб ўткирлашуви.

5. Сут тишларида кечадиган ўткир ўчоқли пульпитда болаларда қуйидаги қайси бир ҳолатни қайд этиш мумкин:

- а. умумий аҳволни ўзгармаганлиги
- б. тана ҳарорати кўтарилиши
- в. сўлак оқишининг кучайиши
- г. умумий аҳвол кескин ўзгаради
- д. кучли бош оғриғи

6. Ўткир ўчоқли пульпитда қуйида баён қилинган қайси бир касаллик билан қиёсий ташхис қилинади:

- а. чуқур кариес
- б. ўрта кариес
- 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 қавагининг тубида бир нуктада оғриқ
- в. тишнинг рангини ўзгариши
- г. кариес қавагида қонаб турган нукта
- д. кариес қавагида қонаб турувчи пульпа тўқимасининг борлиги ўзига хосхусусият 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 сидроми
- б. иштахасининг ёмнлашуви
- в. ҳароратининг кўтарилиши
- г. кўркув хисси

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 шаклланган 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 пульпасининг 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 қизариб 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. микроблан ва уларнинг токсинини нерв толасига таъсиридан
- б. механик таъсиротлар таъсиридан
- в. иссиқ-совуқ таъсиридан
- г. овқат чайнаш натижасида
- д. нордон маҳсулотлар таъсиридан.

17.Ўткир умумий (диффуз) пульпит учун:

- а. оғриқ иррадиацияси
- б. кучайиб борувчи оғриқ
- в. сабабли оғриқ
- г. узлуксиз симмилловчи оғриқ
- д. маҳаллий оғриқ хусусий хол 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 қавагининг 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 симмилловчи
- в. тарқалувчи
- г. овқат чайнаш пайтида содир бўладиган
- д. оғриқнинг бўлмаслиги хусусий ҳолдир.

20.Сурункали фиброз пульпитни чуқур кариесдан фарқлайдиган асосий хол бўлиб:

- а. овқат чайнаш вақтида оғриқ
- б. зонд юритилганда оғриқ
- в. кариес қаваги тубида дентиннинг юмшоқлиги
- г. рентген тасвирдаги ўзгариш
- д. иссиқ-совуқдан оғриқ пайдо бўлиши ҳисобланади.

21.Сурункали гипертрофик пульпитни сурункали грануляцияланувчи периодонтитдан фарқ қилишда қуйидаги текшириш усулларида қайси бири кўл 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 таъсиридан
- д. овқат чайнаш пайтида юзага келади.

25. Сут тишларининг ўткир ўчоқли пульпитида оғриқ:

- а. қиска 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 характерига кўра қуйидагича кечиши мумкин:

- а. мутассил равишда-тўхтовсиз
- б. пастки ва юқори жағлар бўйича, қулоққа берилиб тарқалувчи
- в. узук-юлук, қисқа муддатли оғриқсиз даврлар билан
- г. хуружли, узоқ муддатли оғриқсиз даврлар билан
- д. оғриқ бўлмайди.

29.Келтириб чиқарувчи сабабларга кўра қуйида қайд этилган қайси бир пульпит табиатан учрамайди ?

- а. лимфоген пульпит
- б. гематоген 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 ташхис қилинади.

31.Қуйидаги тиш касалликларнинг ўзига мос келадиган клиник белгиларини аниқланг:

- а. ўткир умумий (диффуз) пульпит
- б. ўрта кариес
- в. гангреноз пульпит
- г. гипертрофик пульпит
- д. сурункали фиброз периодонтит
- а. кўланса сассиқ ҳид
- б. ширинлик таъсирида оғриқ
- в. қизарган, қонаб турган пульпа
- г. тиш атроф тўқимасининг қизариб шишинқираши

32.Қуйидаги сут тиши касалликларига мос келадиган даво чораларини топинг:

- а. кариеснинг доғли даври
- б. ўткир ўчоқли пульпит
- в. сурункали фиброз пульпит
- г. ўткир йирингли диффуз пульпит
- д. чуқур кариес

- е. Травматик пульпит
- а. даволовчи малҳам пасталар қўйиш
- б. тож пульпасини ампутация қилиш
- в. пульпа экстирпацияси
- г. реминерализация муолажаси
- д. консерватив даво

33. Тиш пульпасининг девитал ампутацияси қуйидаги йўл орқали амалга оширилади:

- а. ўтказувчи оғриқсизлантириш ёрдамида
- б. аппликацион оғриқсизлантириш билан
- в. инфльтрацион оғриқсизлантириш билан
- г. пульпа бўшлиғига анестетик эритма юбориб
- д. маргимушли пастадан фойдаланиб

34. Бир илдизли сут тишлар периодонтитининг қайси бир тури беморнинг биринчи катновида 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 бўшлиғининг 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. I Сурункали гранулематоз периодонтит
- б. сурункали грануляцияланувчи периодонтит
- в. сурункали гангреноз пульпит
- г. сурункали гипертрофик пульпит

- д. ўткирлашган сурункали периодонтит
- а. ўткир кучаювчи оғрик
- б. йиринг йўли мавжудлиги
- в. ўтувчи бурмада кам оғриқли каттароқ шиш
- г. 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. инфекция 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 ҳарактерлидир.

41. Ўткир чўққи периодонтитда содир бўладиган, кучайиб боровчи оғриқни юзага келтиришда:

- 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 қуйидаги 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 юмалок сийраклашуви
- д. ретген тасвирида ўзгариш йўқ.

Пародонт касалликлари

1. Тиш атрофиин ўраб турувчи тўқималарнинг яллиғланишива 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 ўсикларининг 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. қаттиқ овқатларни чайнаш ҳоллари мавжудлиги ҳисобланади.

5. Қуйидаги баён қилинган сабаблардан қайси бири маҳаллий гингивит чақиринида иштирок этмайди:

- а. тиш карашлари ва чўкмалари
- б. очиқ тишлар муносабати (прикус)
- в. лаблар юганчаларининг калталиги
- г. кариес тишнинг ўткир қирраси
- д. оғиз бўшлиғи гигиенасининг пастлиги.

6. Мактаб ўқувчисида диффуз пародонтит хасталиги мавжуд эканлиги аниқланди. Сўроқ пайтида оғзининг тез-тез қуриши, куйишиб 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. кандли диабетнинг яширин тури
- г. жинсий безлар фаолиятининг бузилиши
- д. милкларнинг сурункали жаролатланиши.

7. 14 ёшли бемор қизда чегараланган 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. дисминерея (хайз кўришнинг бузилиши)
- в. очик прикус мавжудлиги
- г. кандли 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 гингивитнинг диффуз тарқалган шишли турида қуйидаги тадбирлардан бири қўлланилмайди:

- а. тишларни караш ва чўкмалардан тозалаш
- б. склероз чақирадиган даво тадбирлари
- в. жаррохлик йўли билан милкларни коррекция қилиш
- г. гепоринли электрофорез буюриш
- д. уч хлорсирка кислотаси билан милк сўрғичларини куйдириш.

10. Атрофик гингивит давосида қуйидаги тадбирлардан бирини амалга ошириш шарт эмас:

- а. гидромассаж буюриш
- б. витаминли электрофарез
- в. жаррохлик усулида милкни коррекция қилиш
- г. маҳаллий сабабларни йўқотиш
- д. симптоматик даво тадбирларини қўллаш.

11. Склероз чакирувчи даво тадбирлари сифатида қуйидагилардан қайси бири қўлланилмайди?:

- а. 60% ли глюкоза эритмаси
- б. 30% ли уч хлороуксусли кислота
- в. 10% ли кальций хлорли эритмаси
- г. электрокоагуляция
- д. термооксогуляция.

12. Катарал гингивитни даволашда қуйидаги 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 кариесидан ниҳоятда кам ҳолларда:

- а. кариеснинг доғли даври
- б. юза кариес
- в. ўрта кариес
- г. чуқурлашган ўрта кариес
- д. чуқур кариес деб ташхис қўйилади.

15. Гипертрофик гингивитнинг диффуз шишли турида қуйидаги тадбирлардан бири қўлланилмайди:

- а. жаррохлик йўли билан милкларни коррекция қилиш
- б. склероз чақирадиган даво тадбирлари
- в. тишларни караш ва чўкмалардан тозалаш
- г. гепоренли электрофорез буюриш
- д. лоскутли гингивоэктомия қилиш.

16. Атрофик гингивит давосида қуйидаги тадбирларни амалга ошириш шарт эмас:

- а. жаррохлик 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 шиллик пардасини кюретажи
- б. оғиз бўшлиғининг малакали гигиенасини амалга ошириш
- в. оғиз гигиенасининг мунтазамлигини таъминлаш
- г. чўнтақлар кюретажи
- д. механик массаж бюриш.

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 кўйиш
- 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. ичкии аъзолар ва системалар касаллиги.

21. Гингивитни объектив баҳолаш учун қандай усулдан фойдаланилади?

- а. Грин-Вермилъон усули
- б. милк РМА индекси
- в. пароднтал 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. ошкозон-ичакни сурункали касалликлари

д. пубертат (улғайиш) давр хисобланади.

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 катталшмаган, 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 қум 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. Х-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. Ташхис:

- а. сурункали грануляцияланувчи гипертрофик гингивит
- б. пародонтит
- 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. пароднтоз.

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 карашлари
- б. баланд қилиб қўйилган пломба
- в. тишларда кариес 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 тутди:

- 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 хол 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. Ташхис:

- 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
- В) милк, периодонт, цемент, альвеоляр суяк, тиш
- С) милк, юмалоқ бойлам, альвеоляр суяк, цемент, тиш пириодонти
- Д) милк, айланма боғлам, альвеоляр суяк ўсиғи, периодонь.

2. Милк сўрғичларини шаклининг физиологик ўзгариши нима билан боғлиқ?

- А) яллиғланиш
- В) шикастланиш
- С) прикус патологияси
- Д) жағ суягини ўсиши

3. Гингивитни тарқалганлигини объектив баҳолаш учун қандай усулдан фойдаланилади ?

- А) Грин-Вермилъон усулидан
- В) милк-сўргич индекси - ПМА
- С) пародонтал индексидан
- Д) КПИ дан
- Е) Федоров-Володкина усулидан

4. Сурункали гипертрофик гингивит чегараланган шаклининг сабаби бўлиб:

- А) чукур прикус
- В) эндокринопатия
- С) оғиз бўшлиғи гигиенаси ёмон бўлса
- Д) ошқозон-ичакни сурункали касалликлари
- Е) пубертат /улғайиш/ давр ҳисобланади

5. Сурункали гипертрофик гингивит тарқалган турини сабаби:

- А) прикус патологияси

- В) тишларни зич жойлашиши
- С) юқори лаб юганчасининг калталиги
- Д) сурункали шикастланиш
- Е) пубертат даврдаги гармонал ўзгаришлар

6. Атрофик гингивитни клиник кўринишини айтиб беринг.

- А) милк сўрғичлари катталашмаган, оч пушти рангда, қонамайди, тиш чўкмалари йўқ
- В) милк қирғоғи ретракцияси аниқланади, милк яллиғланмаган, тиш тошлари йўқ
- С) милк сўрғичлари оч пушти рангда, катталашган, деформацияланган, қаттиқ, қонамайди, милк ости тошлари аниқланади.

7. Пародонтит бу:

- А) тиш атрофи юмшоқ тўқимасининг яллиғланиши
- В) тиш – милк мустаҳкамлигини бузилиши билан кечадиган тиш атрофидаги суяк ва юмшоқ тўқимасининг яллиғланиши ва дистрофияси
- С) альвеоляр ўсимтани дистрофик процесси
- Д) периодонтитни яллиғланиши

8. Қуйидаги касалликларнинг қайси бири пародонтолиз келтириб чиқармайди ?

- А) диабет
- В) дисглобунемия
- С) Папийон-Лефер синдроми
- Д) улғайиш даврдаги гармонал ўзгаришлар
- Е) Х-гистоцитоз

9. 15 ёшли бола оғзидан ҳид келишига, овқат еганда милкининг оғришига ва қонашига шикоят қилади. Кўрикда: чуқур прикус 21 | 12 соҳасида милк кўкимтир, милк усти ва ости тошлари бор. Рентген суратда 21 | 12 суяк тўсиқларини юқори чўққи қисми емирилган. Бу кўриниш қандай касалликка хос ?

- А) гингивит
- В) пародонтит
- С) периодонтит
- Д) пародонтоз
- Е) пародонтолиз

10. Онасини сўзидан 3 ёшли бола кафти терлашига ва гиперкератозга, ҳамма тишларни қимирлашига ва милкларни қонашига шикоят қилади. Бу кўриниш қайси касалликка хос ?

- А) катарал гингивит
- В) бошланғич пародонтит
- С) ривожланган пародонтит

- D) пародонтолиз – X-гистиоцитоз
- E) 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.

- A) катарал гингивитни тарқалган тури
- B) катарал гингивитни чегараланган тури
- C) атрофик гингивит
- D) гипертрофик гингивит
- E) пародонтит

12. 7 ёшли бола милки оғришига ва қонашига шикоят қилади. Кўрикда IV V тишларни апроксимал юзаларида доимий пломба бор, лекин контакт нуқталари йўқ, тишларни орасидаги милк сўрғичи қизарган, шишган, қонайди. Бу қандай касаллик ?

- A) катарал гингивитни чегараланган тури
- B) гипертрофик гингивит
- C) атрофик гингивит
- D) фиброз гингивит
- E) пародонтит

13. 13 ёшли болада $\frac{21}{21} | \frac{12}{12}$ тишлар атрофидаги милк катталашган, шишган,

тишларни 1/3 қисмини қоплаб турибди, чуқур прикус аниқланади. Рентген суратда ўзгаришлар йўқ. Диагноз қўйинг.

- A) катарал гингивит
- B) пародонтит
- C) атрофик гингивит
- D) гипертрофик гингивит
- E) 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. Ташхис:

- A) лейкоз
- B) циклик нейтропения
- C) туберкулёз
- D) эндокринопатия
- E) гепотохолецистит

15. 13 ёшли бола ортодонтик пластинка тақади. 321 | 123 соҳасидаги милк қизарган, милк сўрғичлари шишган, тиш тошлари, патологик чўнтак аниқланмайди, гоҳида қонайди. Диагноз қўйинг.

- A) I даражали пародонтит
- B) катарал гингивит
- C) пародонтолиз
- D) II даражали пародонтит
- E) 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:

- A) ортодонтик даво
- B) оғиз бўшлиғини санація қилиш
- C) тиш каналларини тозалаш
- D) тиш тозалаш усулини ўргатиш
- E) антисептик эритма билан оғизни чайиш

17. Бола милки оғришига, қонашига шикоят қилади. Кўриқда 6 тишни контакт юзасида пломба бор. Милкка ўтириб қолган. Оралиқдаги милк сўрғичи қизарган, шишган, қонайди. Қандай даво асосийдир.

- A) милк чўнтагини антисептик эритма билан ювиш
- B) 5% калий йодид билан электрофорез қилиш
- C) пломбани олиш, антисептик билан ювиш ва даволовчи пастани қўллаш
- D) милкни даволаш
- E) тиш тозалаш усулини ўрганиш

18. 5 ёшли бола милки оғришига ва қонашига шикоят қилади. Кўриқда: IV V контакт юзаларида катта кариоз ковак бор, оралиқдаги милк қизарган. Қандай даволаш усулини қўллаш керак ?

- A) милкни даволаш
- B) рентгенологик суратга юбориш
- C) кариоз ковакларни пломбалаш, жароҳатланган милкка антисептик билан ишлов бериш, даволовчи паста қўллаш
- D) яраланган милкни фермент билан ювиш
- E) милк қирғоғига даволовчи паста қўйиш

19. 11 ёшли бола милкларининг қонашига шикоят қилади. Унинг ҳамма тишларининг тож қисмида тиш карашлари аниқланади. Милк қирғоғи қизарган. ГИ 3,0, диагнози – катарал гингивит. Даволаш усулини танланг.

- A) физиотерапевтик
- B) жарроҳлик

- С) гигиена ва массаж
- Д) фермент ишлов бериш
- Е) 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 калта, тиш тошлари аниқланмайди. Даволаш режасини тузинг.

- А) массаж
- В) жарроҳлик операцияси
- С) умумий қувватни кўтарувчи даволашни ўтказиш
- Д) милкни витаминлар билан электрофорез ўтказиш
- Е) диспансер рўйхатиغا олиш

21. Лейкоз билан касалланган бола қаерда даволаниши керак ?

- А) умумпедиатрия бўлимида
- В) болалар жарроҳлик бўлимида
- С) қон касалликлари бўлимида
- Д) юқумли касалликлар бўлимида
- Е) стоматология бўлимида

22. Тиш қараши ва тошларини тозалаш ва болага тиш тозалаш усулини ўргатиш пародонтни қайси касаллигини бартараф қилиш учун етарли тадбир ҳисобланади:

- А) катарал гингивитни енгил шакли
- В) катарал гингивитни ўрта оғир шакли
- С) гипертрофик гингивит
- Д) атрофик гингивит
- Е) пародонтит

23. Тиш тошларини тозалаш, склеорозлаштирувчи даво чорасини қўллаш пародонт хасталиқларининг қайси турида қўлланилади ?

- А) катарал гингивит
- В) атрофик гингивит
- С) гипертрофик гингивит
- Д) ривожланган пародонтит
- Е) пародонтолиз

24. Қандли диабет касаллигини даволаш учун қуйидагилардан қайси мутахассис қатнашади:

- А) педиатр
- В) гематолог
- С) фтизиатр
- Д) эндокринолог
- Е) невропатолог

25. Қуйидагилардан қайси бири пародонт хасталикларини маҳаллий давоси бўлиб ҳисобланмайди:
- A) гидротерапия
 - B) оксигенотерапия
 - C) витаминларни милк соҳасига киритиш
 - D) тиш каналларига калий йодид электрофорези
 - E) вибромассаж
26. Қуйидагилардан қайси бири тиш-милк чўнтакларига антисептик ишлов бериш учун ишлатилмайди:
- A) 0,05% хлоргексидин эритмаси
 - B) 10% гексометилентетрамин
 - C) цигерол
 - D) учхлоруксускислота
 - E) 0,02% фурацилин
27. Яллиғланган милкларни даволашни жарроҳлик усули бўлиб:
- A) кюретаж
 - B) криохирургия
 - C) гингивотомия
 - D) гингивоэктомия
 - E) склерозлаштирувчи даво ҳисобланмайди
28. Қуйидагилардан қайси бири пародонт касаллигининг умумий давоси бўлиб ҳисобланмайди:
- A) криотерапия
 - B) витаминотерапия
 - C) гармонотерапия
 - D) антибиотикотерапия
 - E) десенсибилизация
29. Тиш милк чўнтакларини ювиш учун ишлатилмайди:
- A) ромазулан
 - B) трипсин
 - C) полимикерол
 - D) 40% глюкоза
 - E) мараславин
30. Тиш тошларини тозалаш, патологик чўнтаклардан грануляция тўқимасини кюретаж қилиш ва милк қирғоғига даволовчи пастанни қуйиш, массаж қўллаш, қайси пародонт хасталигида яхши натижа беради:
- A) атрофик гингивит
 - B) ярали гингивит

- С) катарал гингивит
- Д) пародонтолиз
- Е) пародонтома

31. Пародонт касаллигида дори-дармон сифатида:

- А) гепарин мойи
 - В) 5% бутадион мази
 - С) мараславин
 - Д) 10% формалин эритмаси
 - Е) сальвин
- ишлатилмайди

32. 12 ёшли болани $\frac{321}{321} | \frac{123}{123}$ тишлари зич жойлашган, ораликдаги милк

сўрғичлари шишган, қизарган, қонайди, тиш тошлари, грануляция тўқимаси аниқланади. Рентген суратда ўзгариш йўқ. Хасталикни бартараф қилишни асосий усулини танланг.

- А) цистотомия
- В) гингивотомия
- С) ортодонтик даво
- Д) юганча пластикаси
- Е) гингивозэктомия

33. Қуйидагилардан қайси бири склерозлаштирувчи хусусиятига эга эмас:

- А) резорцин 2%
- В) 40% глюкоза
- С) калий йодид
- Д) интерферон
- Е) 40% учхлоруксус кислотаси