

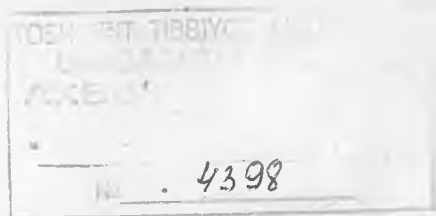
56.6
M. 16

Н.Н. Мазалова

**ТИШ
КАСАЛЛИКЛАРИ
ВА УЛАРНИНГ
АСОРАТЛАРИ**

Н. Н. МАЗАЛОВА

ТИШ КАСАЛЛИКЛАРИ
ВА УЛАРНИНГ
АСОРАТЛАРИ



84.3097

56.6
М 16

Мазалова Н. Н.

Тиш касалликлари ва уларнинг асоратлари.—Т.: Медицина, 1983.—20 б.

Мазалова Н. Н. Заболевания зубов и их осложнения.

Муаллиф тиш касалликларининг пайдо бўлиш сабаблари, асоратлари, уларни даволаш тўғрисида хикоя қилади, китобхоналари тиш қариеснинг асоратлари — пульпит, периодонтит ва шу кабилар билан таништиради.

Рисолада оғиз бўғлиғини парвариш қилиш ва тиш касалликларининг олдини олиш бўйича фойдали маслаҳатлар берилган.

Кенг китобхонлар оммасига мўлжалланган.

ББК 56.6
617. 5

На узбекском языке


НАДЕЖДА НИКИТИЧНА МАЗАЛОВА
доктор медицинских наук, профессор

Заболевания зубов и их осложнения

Таржимон Т. Н. Файзуллаев
Редактор Р. Сафоев
Техредактор В. Мешчерякова
Бадний редактор О. Аҳмаджонов
Корректор М. Ҳайдарова

ИБ № 789.

Теришга берилди 27. 04. 83. Босишга рухсат этилди 02. 08. 83. Формати 70×108^{1/32}. Қоғоз № 1. Адабий гарнитура. Юқори босма. Шартли босма, л. 0,87. Нашр. ҳисоб л. 0,89. Нашр. № 74—83. Тиражи 10000. Заказ № 428. Баҳоси 3 т.

Издательство «Медицина» УзССР, 700129. Ташкент, Навои, 30. Узбекистон  Нашриётлар, полиграфия ва китоб савдоси ишлари Давлат комитети Тошкент «Матбуот» полиграфия ишлаб чиқариш бирлашмаси 3-босмахонасининг 1-цеҳи. Тошкент, Радиал пр., 10.

М $\frac{4119000000-043}{М 354(04) 83}$ 56-83

© Издательство
«Медицина» УзССР
1983.
© УзССР «Медицина»
нашриёти, 1983 (таржима).

Тиш кариеси одамда энг кўп учрайдиган касалликлардан бири ҳисобланади. Бу касаллик билан катта ёшдаги кишиларнинг қарийб 90 проценти оғрийди.

Қариес тишнинг чириши, «қурт ейиши» демакдир. Бу тиш қаттиқ тўқималарининг касалланиши бўлиб, бунда тиш эмали ва дентини емирилади.

Кариоз процесс пайдо бўлишига ва ривожланишига сабаб бўладиган кўпгина омиллар аниқланган. Шунга мувофиқ ҳолда турли даврларда кариеснинг келиб чиқиш сабабларини изоҳлаш учун турли хил назариялар мавжуд бўлган, чунончи, У. Миллернинг химиявий-бактериал назарияси, Д. А. Энтиннинг физик-химиявий назарияси, И. Г. Лукомскийнинг биологик назарияси, Е. Е. Платоновнинг тиш қаттиқ тўқималарининг емирилишига олиб келадиган тиш кариесига нерв регуляциясининг ўзгариши натижаси сифатида қарайдиган назарияси шулар жумласига киради. Бироқ ҳанузгача кариес пайдо бўлишининг сабабани тушунтира оладиган ягона назария вужудга келмаган эди.

Ҳозирги замон тадқиқотларига кўра тиш кариесининг ривожланишида бутун организмнинг актив роли борлиги аниқланган. Тиш кариеси пайдо бўлишининг илк даврида минерал алмашинувининг бузилиши исботланган.

Тиш кариеси узоқ вақтгача оғриқсиз ўтиши мумкинлиги туфайли кўпчилик кишилар врачга ўз вақтида мурожаат қилмайдилар, бу вақтда тишнинг коронка қисми анчагина емирилишга учрайди. Қариесга вақтида даво қилинмаганда жиддий асоратлар пайдо бўлиши мумкин, булар эса баъзан кўнгилсиз оқибатларга олиб келади.

Қасал тишлар билан овқатни обдан майдалаб бўлмайди, улар инфекция манбаига айланади ва меъда-ичак йўллари, юрак-томирлар системаси, буйрақларни касаллантириши мумкин. Қасал тишларнинг кариоз бўшлиқларидаги турли-туман микрофлора бўғимлар ва юракнинг ревматик зарарланишига, хроничесепсисга олиб келади.

Текширишлардан маълум бўлишича, тиш карнеси оқибатида юзага келадиган жағ-юз соҳасидаги яллиғланиш процесслари — ўткир периодонтит, ўткир йирингли периостит, ўткир ва хроник остеомиелит, флегмоналар кўпинча оғир кечеди ва хатарли оқибатларга — сепсис, калла-мия синуслари тромбози, ўпка абсцесси кабиларга дучор қилиши мумкин.

Айтилган фикрлардан жағ-юз соҳасидаги яллиғланиш ўчоқларининг жиддий хавф солиши англашилади. Шунга кўра аҳолининг тиш касалликлари тўғрисидаги ҳамма маълумотларни билиши унинг ўз вақтида врачга бориши ва тегишлича даво олиши учун муҳимдир.

Тиш касалликларини ва уларнинг асоратларини тасвирлашдан олдин тишнинг тузилиши хусусида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Тиш қаттиқ ва юмшоқ тўқималардан ташкил топган. Қаттиқ тўқималарга тиш коронкасини қоплаб турадиган эмаль, тишнинг асосини, скелетини ташкил этадиган дентин ва тиш илдизини қоплаб турадиган цемент киради. Юмшоқ тўқималарга тишнинг ўртасида (пульпа камерасида ва илдиз каналларида) бўладиган пульпа ва тиш илдизи атрофида тишнинг цементи билан унинг суяк тўқимаси орасида жойлашган ва шу тариқа тишни катакда тутиб турадиган периодонт киради.

Тиш катаги альвеоляр ўсиқнинг суяк тўқимасида бўлади, альвеоляр ўсиқ эса жағнинг таркибий қисми ҳисобланади.

Жағдан чиқадиган томирлар ва нервлар тиш илдизининг чуққисидан тешик орқали тиш илдизи каналига (пульпага) киради. Бу жағнинг суяк катагида бўлади.

Илдиз каналларидаги моддалар чўққидаги тешик орқали периодонтга тушади.

Шундай қилиб, тиш жағ суяги билан узвий алоқада бўлади ва илдиз каналларидаги моддалар—тишнинг халок бўлган инфекцияланган пульпаси, инфекция бевосита жағ суягига тушиб, одонтоген (тиш туфайли) яллиғланиш процессларини келтириб чиқаради.

Тиш кариеси унинг қаттиқ тўқималарини (эмаль, дентин, цемент) шикастлантиради. Юза кариес (тиш эмали зарар кўради), ўрта (эмаль ва дентиннинг юза қатламлари зарарланади) ва чуқур кариес (дентин бирмунча чуқур шикастланади) фарқ қилинади. Пульпа устида жуда юпқа дентин қавати қолади.

Тиш кариеси иссиқлик ёки химиявий таъсирот натижасида оғриқ пайдо қилади ва таъсирот тўхташи билан оғриқ қолади. Овқатдаги химиявий таъсиротларга ундаги ширин ва нордон моддаларни киритиш мумкин.

Кариесда тиш паст ҳароратга (совуқ сув, ҳаво) сезувчан бўлиб қолади. Чуқур кариесда кариоз бўшлиқ тубни босиб кўрилганда оғриқ пайдо бўлади.

Кариес билан зарарланган тишнинг даволаш кариоз процесс босқинчига боғлиқ. Юза ва ўрта кариес врачга бир марта борилганда тузалади. Чуқур кариесда икки марта борилади: биринчи марта боришда кариоз бўшлиқдан тишнинг емирилган тўқимаси олиб ташланади ва 7—10 кунга вақтинчалик (контрол) пломба қўйилади. Бу муддат ўтгач ва пульпада асоратлар—оғриқ бўлмаганда доимий пломба қўйиб қўйилади. Пломба қўйишдан олдин кариоз бўшлиққа тишнинг емирилган тўқимасини олиб ташлаш мақсадида бормашина ёрдамида ишлов берилади. Аксари беморлар бормашинадан қўрқиб, врачга боришмайди, оқибат-натижада касаллик зўрайиб кетади.

Ҳозирги вақтда ватанимиз саноати минутига 10 минг дан 350 минг мартагача айланадиган электр приводли ва турбинали бормашиналарни ишлаб чиқараётганини айтиб

Ўтиш ўринлидир; бундай машиналар қўлланилганда оғриқ бирмунча кам сезилади.

Тошкент шаҳрида ва республикамиздаги кўпгина поликлиникаларда тишларни даволаш ва кўп тишларни олишда умумий (вена орқали) оғриқсизлантириш қўлланилади.

Кариоз бўшлиқни тегишли тозалагандан сўнг уни пломба-балаш тиш тўқималарининг кейинги емирилишини тўхтади.

Тишида кариес белгилари пайдо бўлган бемор врачга вақтида мурожаат этмаса, бундай тишнинг ички қисми емирилишда давом қилиб, тишнинг ичидаги қаттиқ тўқималари зарарланади ва пульпа устида тиш қаттиқ тўқимасининг ғоят юпқа қатлами—дентин қолади. Ундан пульпага (тишнинг юмшоқ тўқимасига) уни яллиғлантирадиган микроблар тушади ва кўпчилликка маълум бўлган тиш оғриғи азоби пайдо бўладиган, бу дардни мишьякли пастадан бўлак енгиллаштирадиган дорн-дармонлар топилмаган. Бундай пульпит—тиш пульпасининг яллиғланишидир.

Пульпит кариеснинг оқибати ҳисобланади. Ўткир ва хроник пульпит фарқ қилинади.

Ўткир пульпит учун тутиб-тутиб турадиган ва узок вақтга чўзиладиган, беҳосдан, асосан тунда пайдо бўладиган оғриқлар хос. Тиши пульпит бўлган бемор «ўзини қаерга қўйишини билмайди». Оғриқдан қутулиш учун кариоз бўшлиққа турли дориларни қўйишга уринади, бироқ оғриқ қолмайди. У ўринга ётиб ухлай олмайди, чунки горизонтал ҳолатда оғриқ кучаяди.

Пульпитли тишга даво қилинганда у кўп йилларгача сақланади ва кейинги асоратлар рўй бермайди. Бунинг учун аввалига кариоз бўшлиққа мишьякли паста қўйилади, у пульпани ҳалокатга учратади ва оғриқни қолдиради, сўнгра тишга даво қилинади ва пломбланади.

Бироқ қаттиқ оғриқ босилгандан сўнг айрим беморлар врачга қайта бормайдилар. Врач қўйган вақтинчалик пломба кариоз бўшлиқдан тушиб кетади. Ҳалок бўлган пульпага оғиз бўшлиғида кўплаб бўладиган микроорганизм-

змлар тушади. Инфекция илдиз каналидан тиш илдизи учидаги тешик орқали тиш атрофига — периодонтга — тиш илдизи атрофида жойлашган юмшоқ тўқимасига тушади. Бу тўқима (периодонт) тутамлари бир томондан тиш илдизи цементига, иккинчи томондан тиш катагининг суяк тўқимасига ёпишади. Кариес ёки пульпитнинг бошқа асорати — п е р и о д о н т и т (периодонт яллиғланиши) шу тариқа ривожланади.

Илдиз каналидаги чиринди модда овқат чайнаш вақтида овқатнинг босими таъсирида периодонтга сурилиб ўтиши мумкин.

Яллиғланиш процесси инфекциянинг периодонтга тиш бўйни олдидаги милкнинг четидан тиш тозалаш пайтида турли предметлар (гугурт чўпи, игна ва ҳоказо) орқали ўтиши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Бунда милк чети шикастланиб қолади.

Инфекция периодонтга оғиз бўшлиғининг турли яллиғланиш процессларида қон томирлар ва лимфатик томирлар орқали ўтиши ҳам мумкин. Периодонтит тишга шикаст етганда (зарб текканда, суяк тозалашда, ёнғоқ ва данак каби қаттиқ нарсаларни чақишда), шунингдек тишларни даволаш пайтида ишлатиладиган дори моддалар (арсенит кислота, формалин ва ҳоказо) тиш бойламга таъсир қилганда ва уларни ўз вақтида олдирилмаганда вужудга келиши мумкин.

Клиник кечишига кўра ўткир ва хроник периодонтитлар фарқ қилинади.

Ўткир йирингли периодонтитда тишда қаттиқ лўқилловчи оғриқ пайдо бўлади. Тишга қўл теккизилганда ҳамда тишлар жипслаштирилганда оғриқ кучаяди. Тиш «ўсиб қолгандек» туюлади. Юзнинг юмшоқ тўқималари шишади, тана ҳарорати кўтарилиши мумкин. Бемор ўзини ёмон ҳис қилади, боши оғриydi, уйқуси бузилади.

Йирингли периодонтитда яллиғланиш процесси битта тиш соҳасини эгаллайди, холос.

Ўткир йирингли периодонтитни даволаш йирингли про-

цесснинг атрофдаги тўқималарга тарқалиб кетишининг олдини олишдан иборат. Бунинг учун периодонтдаги йирингнинг илдиз канали орқали илдиз чўнтагига ёки олдирилган тишнинг катагига оқиб тушишини таъминлаш зарур.

Агар тишнинг функционал аҳамияти бўлса ва уни сақлаб қолиш мақсадга мувофиқ деб топилса, кариоз бўшлиқни овқат қолдиқларидан тозалаш ва илдиз каналига зонд киритиб, уни йирингдан ҳоли қилиш лозим. Шундан сўнг оғриқ бирдангина пасаяди. Йирингли экссудатни милк чўнтаги орқали чиқариш ҳам мумкин.

Агар касал тиш периодонтидаги авж олган яллиғланишни кўрсатиб ўтилган методлар билан бартараф этиб бўлмаса ва яллиғланиш процессининг тарқалиш хавфи бўлганда тишни олиб ташлаш лозим. Функционал қимматига эга бўлган тиш олинган ҳолларда ўткир яллиғланиш процесси босилгандан сўнг шу тишни ўз катагига кўчириб ўтказиш (реплантация) мумкин.

Хирургик даводан сўнг беморга оғриқсизлантирувчи воститалар тайинланади, оғизни дезинфекция қиладиган эритмалар (1:100 калий перманганат) билан чайиш, ҳарорат бўлганда антибиотиклар тавсия этилади.

Тишни сақлаб қолинсаю, бироқ уни даволанмаса, касаллик сурункали босқичга ўтади.

Хроник периодонтит ўткир периодонтит натижасида ёки периодонтнинг илдиз канали микрофлорасидан узоқ вақт инфекцияланиши сабабли ривожланади.

Хроник периодонтитда тишда кариоз бўшлиқ бўлади ва беморни қаттиқ оғриқ безовта қилмайди, бироқ тишни босганда оғрийди. Шу туфайли касал тиш бўлган томонда одатда овқат чайналмайди, шунга кўра беморнинг юқори ва пастки жағидаги ҳамма тишлари караш, тиш қатламлари билан қопланиб, улар баъзан жуда катталашиб кетади. Оғиздан ёмон ҳид келади.

Бундай тиш илдизи учидан доимо инфекция бўлиши, унинг совуқ, касалликлар, чарчаш туфайли организмнинг қувватдан кетишида ва хусусан ҳомиладорлик даврида

актив бўлиши кўпинча касалликнинг зўрайишига олиб келади. Бунда тиш илдизининг тубида пайдо бўлган йирингли процесс тиш катаги суяк тўқимасининг емирилишига сабаб бўлади. Йирингли экссудат жағнинг суяк устки пардаси остига ва жағнинг бағрига бемалол оқиб тушади.

Хроник периодонтитнинг фиброз, грануляцион ва грануломатоз формалари фарқ қилинади.

Кечиши ва даволаш натижаларига кўра фиброз периодонтит энг осон ўтади. Беморда одатда шикоятлар бўлмайди, у овқат чайнаганда оғриқ сезмайди. Тишда кариоз бўшлиқ бўлади. Фиброз периодонтит диагнози рентгенологик метод ёрдамида қўйилади. Бундай тишни дори-дармон билан даволаша бўлади, шунинг учун уни олдиришга шилмаслик керак. Даволашдан сўнг кариоз бўшлиқ пломба билан бекитилади ва тиш узоқ вақтгача ўзининг овқат чайнаш вазифасини бажариши мумкин. Даво қилинмаганда периодонтитнинг хроник формаси юзага келиши мумкин. Грануляцион периодонтитда тиш катагининг суяк тўқимаси йирингли емирилишга учрайди, бу ҳодиса тарқалган сайин яллиғланиш кўпроқ соҳани эгаллаб боради.

Грануляцион периодонтит фиброз турига нисбатан оғирроқ кечади, тез-тез авж олиб туради. Унинг клиник манзараси турли-туман. Беморлар айниқса қаттиқ ва иссиқ овқат еганда тиши оғриб қолишидан шикоят қиладилар. Тишни босилганда оғриқ кучаяди, шунинг учун овқат касал тиш бор томонда чайналмайди, бу эса, юқорида айтилганидек, тишда катта-катта қатламлар ҳосил бўлишига олиб келади.

Грануляцион периодонтит учун оқма бўлиши характерли, у аксари касал тиш илдизи сатҳида нуқтасimon тешик ҳолида жойлашади. Оқмалар милк шиллиқ пардасида, касалланган тиш томондаги терида — ияк соҳасида, кўзнинг ички бурчаги олдида, ёноқ соҳасида ва камдан-кам бўйинда жойлашиши мумкин. Оқмадан йиринг ажралиб туради, шунга кўра тиш оғриғи пасаяди ва бемор врачга

бормайди. Қасал тиш жағда тураверса ёки даволатилмаса, оқма узоқ йилларгача давом этади. Баъзан оқманинг йўли бекилади ва касаллик зўраяди ва ўткир периодонтит сифатида кечади.

Грануляцияон периодонтитда суяк тўқимасининг емирилиши рентгенда аниқланади.

Ҳозирги вақтда тишни даволашнинг бирмунча мукамал методлари топилганлиги туфайли хроник периодонтитнинг грануляцияон формасига муваффақиятли даво қилинапти. Даво яхши натижа бермаганда тишни олиб ташлаш лозим. Тиш катаги ва оқма қунт билан қириб ташланади.

Хроник грануляцияон периодонтит абсцесслар ва флегмоналар, периостит, остеомиелит ҳосил бўлишига олиб келадиган инфекциянинг хатарли ўчоғи ҳисобланади. Қасалланган тиш илдизи соҳасида доимо инфекция, йиринг бўлиши унинг истаган пайтда атрофдаги юмшоқ тўқималарга ва суяк тўқимасига тарқалишига олиб келиши мумкин.

Гранулематоз периодонтит грануляцияон формасига нисбатан енгилроқ кечади. Беморлар одатда тиш оғриғидан шикоят қилишмайди. Унинг бу формаси учун тиш илдизи учуда гранулема (халтача) ҳосил бўлиши хос, у аввалига кичкина бўлиб, ўсиб кистогранулемага, сўнгра кистага айланади.

Гранулематоз периодонтитда тиш илдизи учи соҳасидаги патологик ўзгаришлар рентгенда аниқланади. Гранулема ўсган сайин касалланган тиш соҳасидаги жағ альвеоляр ўсигининг шакли бузилади, гранулема катталашади ва кистага айланганда кўзга яққол кўринади. Секин ўсиши сабабли беморлар жағда рўй берган ўзгаришларни пайқашмайди ва бу ўзгаришни аксари атрофдагилардан эшитадилар. Киста катталашиб, жағ суягини юпқалаштиради ва ҳатто пастки жағга озгина шикаст етганида ҳам баъзан унинг синиб кетишига олиб келиши мумкин.

Гранулемаси кичик тишларни даволаш яхши натижа беради. Агар яхши натижа бермаса, тиш олиб ташланади.

Гранулема бир илдизли тиш—курак, қозик тиш учин соҳасида жойлашганда уни сақлаб қолиш учун тиш илдизин учини резекция (операция) қилинади. Киста бўлганда уни олиб ташланади.

Тиш унчалик емирилмаган хроник периодонтит ҳолларида яллиғланиш жадал кечаётганлиги ва унинг тиш атрофидаги тўқималарга тарқалиш хавфи борлиги туфайли уни олиб ташлаш зарур. Яллиғланиш процесси босилгач, тиш ўз катагига кўчириб ўтқазилади (реплантация).

Гранулема ёки киста йиринглай бошлаганда эртароқ врачга учрашиш зарур, чунки вақт ўтказиб юборилганда асоратлар—периостит (суяк усти пардасининг яллиғланиши), абсцесс, флегмона пайдо бўлади.

Жағнинг ўткир йирингли периостити ўткир ёки авж олган хроник периодонтитнинг бирмунча оғир асорати ҳисобланади, шунингдек радикуляр ёки фолликуляр кисталар йиринглаганда, пародонтознинг абсцессга айланадиган формасида, ақл тиши қийинлик билан ёриб чиққанда пайдо бўлиши ҳам мумкин.

Периодонтитнинг хроник формаси кўпинча периоститга сабаб бўлади. Қасаллик тиши илгари даво қилинган, бироқ оғриқ қолгач бемор врачга қайта бормаган ёки тишга пломба қўйилган, пломба тушиб кетган ва бемор яна врачга мурожаат қилмаган ҳолларда тишда оғриқ пайдо бўлиши билан бошланади. Тиш оғриғи бошлангандан сўнг 2—3 кун ўтгач, касал тиш томондаги юз шишади. Оғриқ жағнинг ҳамма қисмига тарқалади, қулоқ, чакка, кўзга ўтади. Юз шишгандан кейин бемор тишда оғриқ пасайганини сезади. Яллиғли шиш милкда ва юзнинг юмшоқ тўқималарида ҳам пайдо бўлади.

Юқори жағ тишларида периостит пайдо бўлганда юзнинг ярми: лунжлар, пастки ва устки қовоқлар, юқори лаб, бурун асоси ва қаноти, чакка соҳасида шиш пайдо бўлиши, пастки жағ тишлари периоститида—пастки лаб, ияк, лунж, жағ ости соҳасининг шишуви кузатилади. Баъзан оғизни очиш қийинлашади.

Бу касалликда беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, тана ҳарорати кўтарилади, дармони қурийди. Кейинчалик яллиғланиш кучайиб, йиринг суяк усти пардасида йиғилганда бемор қаттиқ оғриқ сезади. Йиринг суяк усти пардасини емириб, милк шиллиқ пардаси остига тушади, бу ерда юпқа шиллиқ парда билан қопланган чегараланган шиш—халқ ўртасида «пилла» деб аталадиган абсцесс пайдо бўлади. Абсцесс пайдо бўлгандан кейин оғриқ камаяди.

Периоститга даво қилиш методлари яллиғланиш процессининг ривожланиш босқичига ва касалликка сабаб бўлган тиш ҳолатига боғлиқ. Тишнинг функционал қиммати бўлмаса, яъни чўкиртаси бўлиб қолганлиги сабабли овқат чайнашда қатнаша олмаса, уни олиб ташланади. Тиш кам шикастланган ва уни сақлаб қолиш мумкин бўлса, даво қилинади. Қасалликнинг илк босқичларида врачга мурожаат қилинганда яллиғланиш процесси турли хил иссиқ муолажалар ва дори воситаларини қўллаш натижасида тўхташи мумкин.

Ўткир периоститнинг кўпчилик ҳолларида хирургик даво ўтказилади — йиринг чиқиб кетиши учун яллиғланиш ўчоғи очилади. Операциядан сўнг беморнинг аҳволи тезда яхшиланади ва у соғаяди.

Жағларнинг ўткир йирингли периостити асосан поликлинника шароитида даволанади, касалликнинг клиник кечиши оғирлашганда хирургик стоматология клиникасида даво қилинади.

Аксари периостити бор беморлар врачга мурожаат этиб, таклиф қилинган хирургик операция — кесиш ва тишнинг кўпинча унинг илдизларини олиб ташлашдан бўйин товлаб, ҳеч қандай оғриқ йўқ, деб жавоб қайтарадилар. Беморларнинг бу хатти-ҳаракати мутлақо нотўғри. Суяк усти пардаси остида ёки милк шиллиқ пардаси остида йиғилиб қолган йиринг тарқалиб, суяк усти пардасининг кўпроқ қисмини ва сўнгра суякни эгаллайди. Инфекциянинг суяк кўмиги бўшлиқлари бўйлаб жағга тарқалиши буздан ҳам оғир асорат — остеомиелитга олиб боради.

Жағлар остеомиелити — жағ суяқ тұқимасының йирингли яллиғланиш процессидир. Унга 5—10 ёшдаги болалар ва 20 дан 40 ёшгача бўлган кишилар дучор бўлади, чунки бу ёшда тиш кариеси энг кўп тарқалган бўлади. Кўпинча остеомиелит аёлларга нисбатан эркакларда кўп ривожланади, ҳолбуки эркаклар тишларига кам эътибор берадилар.

Остеомиелит ривожланишига хроник периодонтитиди касал тишлар периодонтидан суякка инфекция тушиши сабаб бўлади. Хроник периодонтитнинг ҳар гал янгидан авж олиши организмга инфекция киришига олиб келади.

Клиник кечишига кўра остеомиелитнинг ўткир, ўртача ўткир ва хроник формаси фарқ қилинади.

Ўткир остеомиелит қуйидагича бошланади: хроник периодонтит зўрайганда тишда пайдо бўладиган оғриқ иссиқлик муолажалари қўлланилиб, дорилар ичилганда ҳам тўхтамайди, балки кучаяди. Битта тишда пайдо бўлган оғриқ бир неча тишларга ва жағга тарқалади. Жағ ушлаб кўрилганда унинг оғриши кузатилади. Касал тиш ёнидаги тишлар ҳаракатчан бўлиб қолиб, уларни тукиллатиб кўрилганда оғриқ сезилади.

Жағларнинг ўткир остеомиелитида беморнинг умумий аҳволи ҳам зарар кўради: эти жунжикади, боши оғрийди, бутун танаси қақшаб оғрийди, уйқуси, иштаҳаси ёмонлашади, дармони қурийди. Тана ҳарорати 39—40°C гача кўтарилади. Оғиздан қўланса ҳид келади, сўлак қуюқ, ёппиқоқ бўлади. Аксари овқат ютиш қийинлашади. Қон ва сийдикда ўзгаришлар аниқланади, меъда-ичак йўллари фаолляти бузилади. Айниқса оғир ҳолларда бемор ҳушидан кетади. Беморнинг юзи шишинқирайди, оғзини зўрға очади.

Бу касалликда жағдаги йиринг жағ олди юминоқ тұқималарига тарқалиши мумкин, натижада йирингли ўчоқлар, флегмоналар пайдо бўлиб, ўткир остеомиелитнинг кечиниши қийинлаштиради. Кўп жойни эгаллаган йирингли флегмоноз процессда юз веналарининг тромбози (бекилиб қо-

лиши) рўй бериб, сўнгра йиринг қаттиқ мия пардасига, шунигдек кўкс оралиғига ва бошқа органларга, кейин қонга ўтиши мумкин. Врачга кеч мурожаат қилинганда антибиотиклар қўлланилишига қарамай, касаллик аксари ўлим билан якунланади.

Остеомиелит процесси юқори ва пастки жағни зарарлантириши мумкин. Пастки жағда остеомиелит оғирроқ ва узоқроқ давом қилади.

Бу касаллик заифлашган, бирор касалликни бошидан кечирган кишиларда, ҳомиладор аёлларда ва болаларда кўпроқ учрайди.

Беморларнинг антибиотикларни врач рухсатисиз эрта ва пала-партини ишлатишлари сабабли яллиғланиш процесси пайдо бўлганда ўткир остеомиелитнинг клиник манзараси аниқ-равшан юзага чиқмайди, нотипик бўлади, бу аксари касалликни ўз вақтида аниқлашни қийинлаштиради. Ўткир остеомиелитли беморлар оғир аҳволда стационарга тез ёрдам машинасида олиб борилади.

Бу касалликни маҳаллий ва умумий даволанади ва даволаш хирургик стоматология шароитларида ўтказилади. Биринчиси шошилич хирургик аралашувдан (остеомиелитга сабаб бўлган тишни олиб ташлаш), йиринглаган жойларни оғиз бўшлиғи томонидан ва ташқаридан кесини, иккинчиси—антибиотиклар, сульфаниламидлар ва умуммустақамловчи даво: глюкоза, кальций хлорид (венага), юрак дорилари, ухлатувчи ва оғриқсизлантирувчи воситалар, витаминлар, калорияли суюқ овқат бериш, оғиз бўшлиғини антисептик эритмалар билан бир неча бор яхшилаб чайнишдан иборат.

Жағлардаги ўткир остеомиелитнинг бошланғич даврида врачга барвақт борилганда бемор 10—14 кунда тузалиб кетади. Касаллик зўрайиб кетган ҳолларда ўткир остеомиелит абсцесслар, флегмоналар кўринишидаги асоратлари келтириб чиқаради ва хроник остеомиелитга ўтади.

Шундай қилиб, битта тишда бошланган яллиғланиш жағнинг зарарланишига сабаб бўлади.

Хроник остеомиелитда некроз, яъни жағ суяк тўқимасининг, побуд бўлиши кузатилади. Остеомиелитнинг ўткир босқичи аста-секин хроник формага ўтади. У ойлаб ва йиллаб давом этиши мумкин.

Касаллик ўткир кечгандан сўнг беморнинг умумий аҳволи яхшиланади, бироқ суякдаги яллиғланиш процесси тўхтамайди, беморнинг тана ҳарорати пасаяди, жағдаги оғриқ камаяди, уйқуси яхшиланади, иштаҳаси очилади. Зарарланган жағ катталигича, шакли ўзгарганча қолади. Тез орада оғизда ёки юз терисида оқма пайдо бўлади (1-расм), ундан доимо йиринг ажралиб туради. Оқма суяккача тарқалади (2-расм).

Остеомиелитнинг хроник босқичида суякнинг жонсизланган қисмлари—секвестрлар ажралиб туша бошлайди. Ажралган секвестрлар ҳаракатчан бўлиб қолади. Суякнинг жонсизланиши ва секвестрлар ҳосил бўлиши 4 ҳафтадан 7 ҳафтагача ва бундан кўпроқ вақт содир бўлади. Секвестрлар борлиги жағни рентгенологик текширишда аниқланади.

Жағнинг чегараланган қисмлари, шунингдек ярми жонсизланиши мумкин. Жағнинг каттагина қисми некрозга учраган тақ-



1-расм. Хроник остеомиелит (кўп сонли оқма йўллари).



2-расм. Пастки жағнинг жонсизланган суяги (секвестр).

дирда у синади ва жағнинг айрим қисмларида нуқсон, яъни камгаклар ҳосил бўлади. Йирик секвестрларнинг тишлар билан бирга кўчиб чиқиши юз шаклининг ўзгаришига, овқат чайнаш фаолиятининг бузилишига олиб келади.

Болаларда бошдан кечирилган хроник остеомиелитдан сўнг айниқса оғир деформациялар ва юзнинг хунуклашиб қолиши рўй беради.

Хроник остеомиелитда оқма бекилиб қолиб, йиринг ажралиши тўхтаганда касаллик зўрайиши мумкин. Бу ҳол бемор умумий ҳолатининг ёмонлашуви, тана ҳароратининг кўтарилиши, юзнинг шишинқириши ва жағ олди соҳасидаги юмшоқ тўқималарда йиринглар — абсцесслар ва флегмоналар ҳосил бўлиши билан ўтади.

Хроник остеомиелитга операция йўли билан даво қилинади—секвестрлар олиб ташланади. Даволаш хирургик стоматология клиникаси шароитида олиб борилади. Жағнинг чегараланган зарарланишида операция маҳаллий оғриқсизлантириш усулида, кўп зарарланганда эса наркоз остида амалга оширилади.



3-расм. Боланинг юзи хроник остеомиелит сабаб-ли хунуклашиб қолган.

Хроник остеомиелитда секвестрлар аксари тишлар билан бирга олиб ташлангандан сўнг болаларда сут тишлар ва доимий тиш куртаклари нобуд бўлади, жағ нуқсони ҳосил бўлади, натижада юз хунуклашади, овқат чайнаш қийинлашади (3-расм).

Пастки жағнинг бўғим ўсимтаси зарарланиши билан ўтадиган хроник остеомиелитни бошдан кечирган болаларда айниқса жиддий бузилишлар вужудга келади. Жағ билан бирга бўғим ўсимтаси ҳам нобуд бўлади, бў-

гим бошчаси ҳалок бўлганда эса анкилоз рўй беради, яъни чакка-пастки жағ бўғимининг ҳаракатчанлиги йўқолади, натижада пастки жағ ҳаракати тўхтайдди ва беморнинг оғзи очилмайди. Жағларнинг очилиши қийин бўлганидан беморлар одатдаги овқатни ейишга қийналадилар ва улар овқатни олдинги тишлар орасида майдалаб, кўп йилларгача суяқ овқат тановул қиладилар. Болаларда доимий тишлар елпиғичга ўхшаб чиқади, чунки жағлар зич юмилиб турганлигидан тишларнинг чиқиши учун жой бўлмайди.

Жағни нормал ҳолатда тутиб туриш учун беморлар пластмассадан ясалган махсус шинани сақланиб қолган тишларига узоқ вақтгача тақиб юришга мажбур бўладилар. Болалар бундай шинани жағ-юз скелети тўлиқ шаклланиб бўлгунча тақиб юрадилар. Шундан сўнг жағни тиклаш ва нуқсонини бартараф қилиш учун пластик операция қилиш мумкин.

Жағ суяги нуқсонини тиклайдиган пластик операция суули билан йўқотиш мумкин, холос. Бунинг учун нуқсонга беморнинг ўзидан олинган — қовурғасининг бир қисмини ёки консервланган суякни киритилади. Суяк яшаб кетгандан сўнг нуқсон йўқолади. Тушган тишлар ўрнига протез тишлар қўйилади. Бўғим бошчаси ҳалокатга учраганда суяк-тоғайли трансплантатдан ёки пластик материалдан янги бўғим ҳосил қилиш туфайли операция мушкуллашади. Болаларда деформацияларни ва нуқсонларни бартараф этиш учун бир неча операциялар қилишга тўғри келади. Хроник остеомиелитни бошидан кечирган кишилар бир умрга инвалид бўлиб қоладилар.

Остеомиелитдан ташқари, тиш касаллигида бошқа оғир асоратлар — абсцесслар ва флегмоналар юз бериши мумкин. Юмшоқ тўқималарда яллиғланиш процессини пайдо қилувчи инфекция манбаи асосан хроник периодонтит ҳисобланади. Флегмоналар ва абсцесслар пайдо бўлишига периостит, остеомиелит, ақл тишнинг қийинлик билан чиқиши, сўлак безларининг яллиғланиши ва бошқа касалликлар олиб келиши мумкин.



4-расм. Лўж абсцесси.

Абсцесс — чегараланган йирингли ўчоқдир, флегмонада эса тери ости клетчаткаси, мушаклараро, фасциялараро клетчатканинг ўткир туташи йирингли яллиғланиши вужудга келади (4-расм).

Флегмоналар, айниқса улар чуқур жойлашганда хатарли ва хавфли асоратлардан ҳисобланади. Хавфли томони шундаки, инфекция одамнинг юзидаги кўп сонли лимфатик ва веноз томирлар орқали калла суягига, бош мияга ўти-

ши мумкин. Флегмоналар медиастинит (йирингнинг кўкс оралиғига кириши), сепсис (қон зарарланиши), мия пардасининг яллиғланиши, ўпка абсцесси сингари хатарли асоратларга олиб келиши мумкин.

Жағ-юз соҳасидаги абсцесслар ва флегмоналар турли-туман жойларда: қулоқ, кўз, чакка, ёноқ, ияк соҳасида жойлашиши мумкин. Абсцесс ва флегмоналар оғиз бўшлиғида ҳам ҳосил бўлиши мумкин.

Абсцесс ва флегмоналар кечишининг оғир-енгиллиги қатор сабабларга: беморнинг умумий ҳолатига, нерв системасига, инфекциянинг вирулентлигига, йирингли ўчоқнинг катта-кичиклигига, врачга борган вақтига боғлиқ.

Диабет, қон касалликлари, юрак-томирлар етишмовчилиги, аллергия касалликлари бўлган беморларда флегмоналар айниқса оғир кечади.

Жағ-юз соҳасида ривожланган флегмоналар тана ҳароратининг бирданига кўтарилиши, қувватсизлик, бош оғриғи, иштаҳа йўқолиши, яхши ухлай олмаслик билан ўтади. Қонда ва сийдикда ўзгаришлар кузатилади. Айрим флегмоналарда бемор ёта олмайди, чунки қийинлик билан нафас олади, у кўпинча бошини энгаштириб, қаддини баланд

қилиб ўтиради; овқатни ютиш ва чайнаш ҳам қийинлашади.

Флегмонада беморнинг юзи шишиб кетган (5-расм), тери қопламлари гиперемияланган (қизарган) бўлади, қўлга иссиқ уннайди, ушлаб кўрилганда оғрийди, зичлашган, ёғ суртилгандек ялтиллаб туради. Айрим қисмларида яллиғланган соҳанинг юмшаб қолганлиги аниқланади, бу юмшоқ тўқималарни юмшатиб, бўшлиқда тўпланиб қолган ҳамма томонга тарқалаётган йиринг борлигидан далолат беради. Касаллик ўтиб кетган ҳолларда



5-расм. Жағ ости соҳасининг туташ флегмонаси.

флегмона туташ бўлиши, яъни бир неча топографик-анатомик соҳаларни эгаллаши мумкин. Бу даврда беморнинг аҳволи оғир, ҳарорати кескин кўтарилади, баъзан $39-40^{\circ}\text{C}$ га чиқади. Бундай ҳолларда инфекция қонга тушиши ва уни зарарлаши, шунингдек юқорида айтилган бошқа асоратларни келтириб чиқариши мумкин.

Оғиз бўшлиғининг юмшоқ тўқималари шишади (салқийди), айниқса флегмона ҳосил қилган тиш соҳасидаги тўқималар қизаради. Бу тиш, одатда, емирилган, кариоз бўшлиқ овқат қолдиқлари билан тўлган бўлади, тиш милки остидан йиринг ажралиб туради, оғиздан бадбўй чиринди ҳиди келади. Оғиз зўр-базўр очилади, бемор овқат чайнай олмайди.

Антибиотикларни кенг қўлланиш туфайли йирингли яллиғланиш процесслари, жумладан флегмоналар атипик кечадиган бўлди. Флегмоналар ривожланиши юқорида тасвирланган аломатлар билан ўтмаслиги мумкин, улар бирмунча енгил кечади, натижада беморлар врачга жуда кечикиб, касаллик зўрайиб кетгандан кейингина борадилар.

Бундай ҳолларда йирингли процесс катта соҳага тарқалади ва узоқ муддатга чўзилади.

Абсцессларда яллиғланиш ҳодисалари чегараланган, беморларнинг умумий ҳолатида флегмоналардаги сингарни оғир клиник манзара кузатилмайди.

Абсцесс ва флегмоналар хирургик йўл билан даволанади—йирингли ўчоқ кесиб очилади. Айни вақтда яллиғланишга қарши даво олиб борилади.

Йиринг яхши оқиб чиқиши учун юзнинг ва нерв тармоқларининг жойлашган жойи ҳисобга олиниб, катта қилиб кесилади, чунки юз нервининг шикастланиши юзнинг хунуклашиб ва қийшайиб қолишига олиб келади.

Флегмонага сабаб бўлган тиш (инфекциянинг кириш дарвозаси)ни беморнинг умумий ҳолати йўл қўйса, флегмона кесилган пайтда тиш ҳам олиб ташланади.

Флегмоналар кесилганда баъзан кўп миқдорда — бир стакангача йиринг ажралади. Кўп миқдорда йиринг бўлиши организмнинг зарарланишига олиб келади ва у ҳаётий муҳим органларга тушиб, баъзан ўлимга сабаб бўлади.

Операция қилингандан кейин беморга ўринда ётиш режими, антибиотиклар, юрак дорилари, ухлатадиган, оғриқ қолдирадиган дорилар, витаминлар, умумқувватлайдиган даво, эзиб пиширилган калорияли овқатлар; оғиз бўшлиғини калий перманганат эритмаси билан чайиш тайинланади.

Тишлар кариеси ва унинг асоратларининг олдини олиш учун кариоз қавакларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш мақсадида йилига икки марта врачга мурожаат этиш зарур. Болаларда кариесни ўз вақтида аниқлаш ва даво қилишнинг жуда катта аҳамияти бор, чунки бў сут тишлар доимий тишлар билан алмашингунча уларни сақлаб қолиш, шунингдек уларнинг нотўғри чиқинининг олдини олиш учун муҳимдир. Хроник касалликларни бор (ревмокардит, нефрит, полиартрит ва бошқа) болалар ҳам шундай профилактик даво олишлари керак. Касалланган тиш ўчоғидаги инфекция асосий касалликни оғирлаштириб юбориши мумкин.