

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

**“Периодонтит. Этиопатогенез, клиникаси,
даволаш усуллари”**

Ўқув қўлланма

Билим соҳаси - Ижтимоий таъминот ва соғлиқни сақлаш - 500000

Таълим соҳаси: Соғлиқни сақлаш - 510000

Таълим йўналиши: Стоматология - 5510400

Стоматология - 5510400

Стоматология факультети таълим йўналишлари учун

Бухоро – 2018

Тузувчилар:

Ҳабибова Назира Насуллаевна - Бухоро Давлат Тиббиёт Институти
Терапевтик стоматологияси кафедраси мудир, т.ф.н.

Наврузова Лола Халимовна - Бухоро Давлат Тиббиёт Институти
Терапевтик стоматологияси кафедраси ассистенти

Тақризчилар:

Бекжанова Ольга Есенъевна - Тошкент Давлат стоматология
институти факультет терапевтик стоматология кафедраси мудир,
профессор

Саидов Акбар Ахадович - Бухоро Давлат тиббиёт институти
ортопедик стоматология ва ортодонтия кафедраси катта ўқитувчиси
ассистенти , тиббиёт фанлари номзоди

АННОТАЦИЯ

Талабалар билимини яхшилаш, сифатини ошириш ва мукаммаллаштириш
учун ёзилган ўқув қўлланма, назарий ва амалий жиҳатдан катта аҳамиятга
эгадир.

Терапевтик стоматологияда “Периодонтитлар.
Этиопатогенез, клиникаси, ташхиси, даволаш усуллари” номли ўқув
қўлланма намунавий дастур бўйича ёзилган бўлиб, ҳозирги кундаги
ҳамма ютуқ ва янгиликларни ўз ичига олган. Ўқув материали бўйича
ёзилган ўқув қўлланма билимларни чуқурлаштириш, мақсадида
периодонтитнинг вужудга келиши, моҳияти, хусусиятлари ва шакллари,
даволаш услублари, қўлланиладиган ашёлар тушунчалари бўйича
билимларни шакллантиради.

Ўқув қўлланмада қайд этилган маълумотлар долзарблиги, хорижий
адабиётлардан фойдаланилган ҳолда режали даволаш усуллари ва
даволашдан кейин олинган натижалари клиник ва статистик жиҳатдан кенг
асосланган..

. Терапевтик стоматология фани бўйича яратилган ушбу ўқув қўлланма,
стоматология факультети 4 курс талабалари, магистрлари ва клиник

ординаторларга ўз фаолияти давомида доимий равишда тўқнаш келадиган ва замон талабига мувофиқ келувчи долзарб муоммоларни ҳал этишга ёндошув услуги берилган.

Ўқув қўлланма таълимнинг ҳар бир босқичида назария ва амалиёт ўртасидаги алоқаларни, билимлар ва маҳоратлар бирлашишини таъминловчи расмлар, вазиятли масалалар, тестлар, амалий кўникмалар кетма-кетлиги билан бойитилган.

МУНДАРИЖА

КИРИШ.....

1. БОБ. Паридонт унинг тузилиши ва вазифалари
.....

1.1. Паридонтитлар. Этиологияси, патогенези, таснифи
.....

1.2. Паридонтнинг анатомо-гистологик тузилиши ва физиологик функциялари.

1.3. Паридонтнинг физиологик вазифалари.

1.4. Паридонтитнинг келиб чиқиш сабаблари (этиологияси) ва ривожланиши (патогенези).....

2. БОБ. Ўткир паридонтитларни клиникаси, патологик анатомияси, ташхиси, қиёсий ташхиси ва даволаш усуллари.....

2.1. Ўткир маргинал паридонтит.

2.2. Ўткир тотал паридонтит

2.3. Ўткир паридонтитларни даволаш усуллари.....

3. БОБ . Сурункали ва сурункали қайталанадиган паридонтитлар.

Клиникаси, патологик анатомияси, ташхиси, қиёсий ташхиси ва даволаш усуллари.....

3.1. Сурункали периодонтитларнинг клиник кечишлари.....

3.2. Сурункали периодонтитни ташхислаш, қиёсий ташхислаш.....

3.3. Сурункали периодонтитларни даволаш

4.БОБ. Периодонтит билан оғриган беморларни даволаш жараёнида қўйилиши мумкин бўлган хатоликлар ва улар оқибатида келиб чиқадиган асоратлар. Сурункали ички захарланиш ва сепсис.....

4.1. Хроничесепсис ҳолатининг кечиши, ташхиси, даволаш усуллари ва бу ҳолатларнинг олдини олиш чора-тадбирлари (профилактика).....

4.2. Ўчоқли инфекция сабабли ривожланадиган касалликларни клиник кўринишлари.....

Кириш.

Республикамизда тиббиёт соҳасида амалга оширилаётган қатор ислохотлар аҳолигига сифатли тиббий ёрдам кўрсатишга йўналтирилган. Стоматологик касалликлар аҳоли ўртасида юқори даражада учраши тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Маълумки стоматологик касалликлар кенг тарқалиши кўплаб тиш кариеслари, пародонт яллиғланишлари, тиш-жағ анамалиялари сурункали ҳолатларга ўтиб, одонтоген инфекциялар таъсирида, ошқозон - ичак, жигар юрак-қон томир касалликлари, ревматизм, нефропатиялар ва кўпгина инфекцион - аллергия касалликларни ривожланишидаги бирламчи омилдир. Ушбу ҳолатларни олдини олиш мақсадида, болалар юз –жағ яллиғланиш касалликларини эрта аниқлаш ва самарали даволаш ҳар бир врач стоматологнинг кундалик вазифаси ҳисобланади. Бугунги кунда жаҳон андозалари ва талабларига жавоб берадиган кадрларни тайёрлашда янги авлод адабиётларини яратиш ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Ушбу ўқув қўлланмада Терапевтик стоматологияда “Периодонтитлар. Этиопатогенез, клиникаси, ташхиси, даволаш усуллари” номли ўқув қўлланма намунавий дастур бўйича ёзилган бўлиб, ҳозирги кундаги ҳамма ютуқ ва янгиликларни ўз ичига олган. Ўқув материали бўйича ёзилган ўқув қўлланма билимларни чуқурлаштириш, мақсадида периодонтитнинг вужудга келиши, моҳияти, хусусиятлари ва шакллари, даволаш усуллари, қўлланиладиган ашёлар тушунчалари бўйича билимларни шакллантиради.

Ўқув қўлланмада қайт этилган маълумотлар долзарблиги, хорижий адабиётлардан фойдаланилган ҳолда режали даволаш усуллари ва даволашдан кейин олинган натижалари клиник ва статистик жиҳатдан кенг асосланган.

1-БОБ.

Периодонт унинг тузилиши ва вазифалари. Периодонтитлар.

Этиологияси, патогенези, таснифи.

Периодонт – бу икки сўз ўзаги – **пери** атроф, ёни деган маънони, **-одонт** тиш деган маънони билдириб, тиш атрофидаги бириктирувчи тўқимадан иборат бўлиб, у тишнинг илдиз қисмидаги цемент билан жағлар суяклари альвеолар ўсимталарининг ички деворлари орасидаги периодонт бўшлиғини тўлдириб туради.

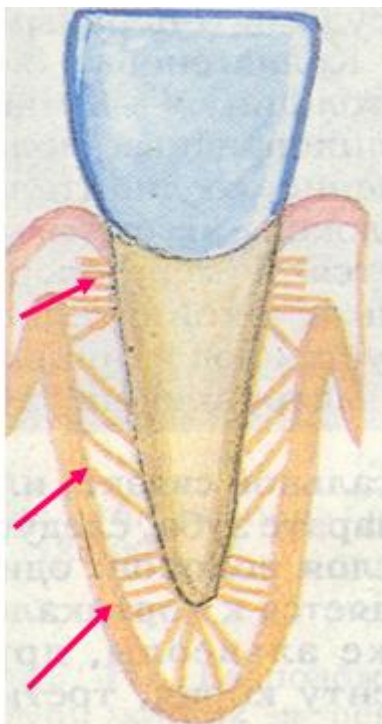
Периодонт бўшлиғи ёки ёриғи альвеола компакт суяк пластинкаси , илдиз цементи ва тиш айлана бойламлари билан чегараланган.

Периодонт ёриғининг кенглиги пастки ва юқори жағ тишларида турлича, лекин ўртача кенглиги 0,2 – 0,25 мм. Тиш илдизининг учки қисмида 1 мм гача бўлади. Периодонт ёриғининг кенглиги турли ҳолатларга ҳам боғлиқ. Одамнинг ёшига, тишларининг ривожланишига, уларнинг ўз вазифаларини адо этиш даражасига ва ниҳоят, патологик жараёнларнинг кечишига боғлиқ. Антогонисти бўлмаган тиш қаторида турмаган тишларда периодонт тўқимасининг қалинлиги (ёки периодонт ёриғининг кенглиги) қисқаради 0,1-0,15 мм ни ташкил қилади.

Периодонт ёриғи пастки жағда 0,15-0,22 мм ни, юқори жағда эсанча кенгроқ 0,2-0,25 мм ни ташкил қилади. Периодонт ёриғи тиш илдизининг ўрта қисмида қисқарганроқ, тиш илдизининг учкида ҳамма вақт кенгроқ бўлади. Периодонт ёриғи хаддан ташқари босим остида хизматини адо этаётган тишларда, периодонт тўқимасида кечадиган патологик жараён оқибатида, илдиз цемент гипертрофиясида ва бошқа

шунга ўхшаш ҳолатларда ҳам ўзгариши, кенгайиши ёки торайиши мумкин. Агар альвеола суягида яллиғланиш бўлса, унда илдиз цементи, суяк, улар билан периодонт тўқимасининг емирилиши юз бериши мумкин. Периодонт зич ва сийрак бириктирувчи тўқимадан тўзилган бўлиб, зич бириктирувчи тўқима фиброз коллаген толаларидан, сийрак бириктирувчи тўқима хужайралар элементи, кўп сонли қон, лимфа томирларидан ва асаб толаларидан иборат. Асосий хажми коллаген толаларидан иборат бўлсада, баъзи муаллифлар периодонт таркибида эластик толалар ҳам борлиги тўғрисида маълумот берадилар. Эластик толаларнинг бир бошқа тури бу окситалан толаларидир. Булар кўпроқ бўйин ва периапикал сохаларида учрайди. Окситалан толалар эластик толаларни эслатади. Мухими шундаки, юқори функционал босим кўтарувчи тишлар периодонтида окситалан толаларни хажми ва миқдори кўпаяди. Окситалан фибриллалар коллаген толаларни орасида зич турни хосил қилиб, қон томирлар билан уланади. Окситалан толалар хусусан ўта катта таъсирот остидаги тиш периодотларида кўпроқ йиғилади. Окситалан толалар кислоталарга чидамлиликлари учун шу номни олганлар, коллаген толалари билан қўшилиб, аралашиб турадилар. Окситалан толалар қон томир – окситалан тўзилмасини хосил қиладилар.

Расм-1



Периодонтда аргирофил толалар кўп илдизли тишларда учрайди.

Демак, периодонт тўқимаси бириктирувчи тўқимасидан иборат бўлиб, унда хужайралараро модда, фиброз коллаген толалари ва шу тўқима қаватларидан ўтган қон, лимфа томирлари ва асаб толалар мавжуд.

Периодонтнинг фиброз толалари қўшилиб қалин тутамларни ҳосил қилади (улар 5-10 мкм диаметрли), булар бир учи билан илдиз цементиға ва иккинчи учи билан альвеола суяк тўқимасига кириб, суякнинг ғовак қисмигача бирикади. Коллаген тўқималарнинг альвеола суягига ва илдиз цементиға кирган қисмлари Шарпей толалари деган ном билан юритилади. Илдиз учида фиброз тўқима камайган, юмшок тўқима эса кўп бўлади. Коллаген толалари полипептид молекулалардан ташкил топганлиги учун электрон микроскоп остида коллаген фибриллари кундаланг чизгилар шаклида кўринади.

Фиброз толалар периодонт тўқимасининг турли жойида турлича йўналишларда бўлади.

Тиш буйин қисмида фиброз тўтамлари горизонтал йуналишда жойлашган. Бу ерда улар альвеола суяги устидан ва милкдан келадиган толалар билан бирлашиб, тиш айлана бойламини ҳосил қилади.

Тиш айлана бойлами уч гуруҳ толалардан иборат:

1 гуруҳ толалар- милк чўнтагини остидан цементга ёпишадиган толалар,

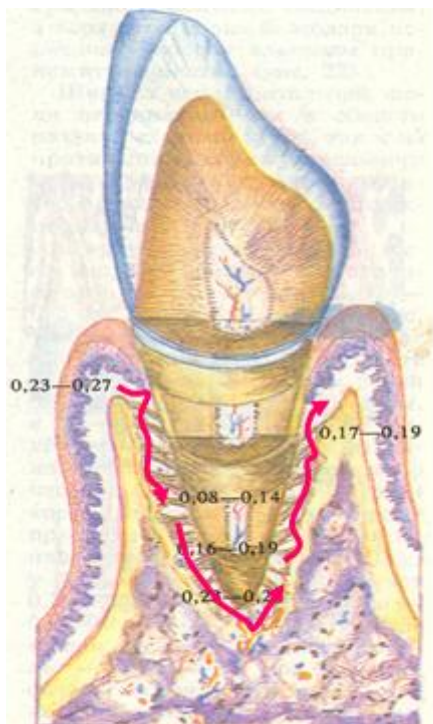
II гуруҳ толалари – милк ва милк сўрғичларидан тиш буйин қисмига елпиғичга ўхшаб ёйилиб йўналган толалар, улар милк кирралариини қаттиқ ушлаб, ҳаракатсиз ҳолатда сақлаб, тишларга ёпишиб туришини таъминлайди, III гуруҳ – толалар тишлар ораларига кириб, икки ёнма-ён тишларни бир бирига боғлаб турадилар. Тиш айланма боғлами периодонт ёриғини тиш буйин қисмини ёпиб туради ва шу билан периодонтга турли ташқи ёт нарсалар ва микробларни киришига тўсқинлик қилади.

Периодонт тўқимасининг асосий ҳажмини ташкил этадиган коллаген толалар, тиш илдиз қисмида турли йуналишларда жойлашган. Фиброз толаларнинг суяк тўқимасига кирадиган цементга кирадиганлар нисбатан юқорида жойлашган. Бу ҳол тишни ўз катагида туришини таъминлайди.

Периодонт тўқимасида тангенциал толалар ҳам бўлиб, тишнинг ўз ўқи атрофига ҳаракатини тўхтатиб туради.

Коллаген бирикмалар чўзилмайди, аммо толалар қайрилиб, қийшайиб жойлашганлиги учун, тишларнинг физиологик қимирлашини таъминлаб беради.

Расм-2



Коллаген тўтамлари орасида юмшок бириктирувчи тўқима бўлиб, асаб ва қон томирларни ўраб туради ва альвеола деворига тешиklar орқали альвеола суяк тўқимасининг илиklar бўшлиklари билан боғланади.

Толалар тўтамлари орасида оз миқдорда фибробластлар, якка якка адашган тарқоқ хужайралар жойлашади. Юмшок тўқима қайерда кўп бўлса, уша жойларда хужайралар ҳам кўп бўлади.

Ретикуло-эндотелиал хужайралар периодонт тўқимасининг хамма ерида учрайди, хусусан илдиз учи қисмида. Илдиз цементи яқинида, цементобластлар- иккиламчи хужайрали цемент ҳосил қилувчи хужайралар жойлашади, альвеола чегарасида эса,

остеобластлар – суяк тўқимасини ҳосил қилувчи ҳужайралар жойлашган.

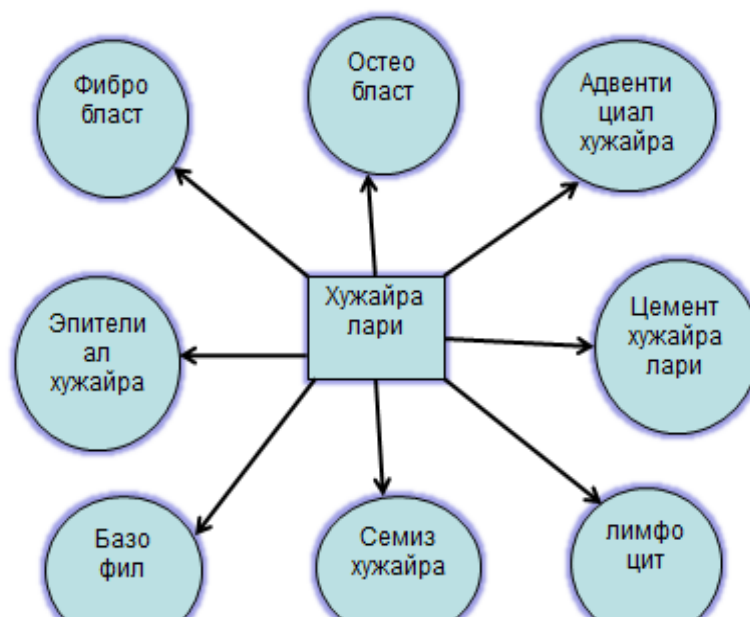
Ретикуло-эндотелиал ҳужайралар гистиоцит (макрофаглар) дан иборат бўлиб улар томирлар атрофида жайлашадилар. Шунинг учун уларни адвентициал (томир девори пардаси устидаги) гистиоцитлар деб аталиши таклиф қилинган.

Гистиоцитлар бутун периодонт тўқимаси бўйлаб жойлашган, соғлом тишларда кам, яллиғланиш жараёнида кўпаяди. Гистиоцитлар асосан илдиз учки қисмида ва тиш буйин қисмида, милк чўнтаги тубини қоплаб турувчи эпителий остида жойлашган.

Эпителий ҳужайралари гранулема ва кисталарнинг эпителиал кобигини ҳосил бўлишида иштирок этадилар.

Периодонт тўқимасидаги эпителиал ҳужайралар, асосан илдиз учи қисмида жойлашади ва Маляссе ҳужайралари деган ном билан аталади. Улар қолдиқ ҳужайралар, яъни тиш ҳосил қилувчи эпителий қолдиқлари, деб ҳисобланади. Уларнинг келиб чиқиши, вазифалари ва аҳамиятлари тўғрисида турли фикрлар мавжуд.

Айрим муаллифлар Маляссе ҳужайралари эмал аъзосининг қолдиқлари дейишса, бошқалар – Маляссе ҳужайраларини қўшувчи тўқималарни метаплазияси оқибатида ҳосил бўлиши мумкинлигини таърифлаб беришган. И.Г.Лукомский фикрича бу ҳужайралар оғиз шиллиқ пардасини қоплаган эпителийдан ўсиб ўтган.



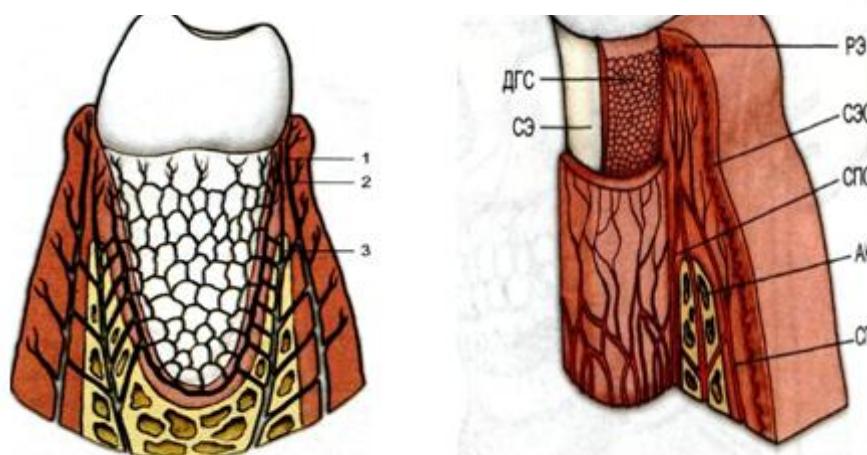
Расм- 3

Периодонтда томирлар тизими яхши ривожланган. Периодонт тўқимасини озиқлантирадиган қон томирлар а. Alveolaris superior, posterior et anterior (юқори жағда) ва а. alveolaris inferior пастки жағлардан ажралган тиш шохчалари номи билан (rami dentalis) аталувчи қон томирлар илдиз чўққи (учи) орқали кирадилар. Бу шохчалар яна майдалашган шохчалар шаклида периодонт тўқимасига кириб, калин периодонт тўрини ҳосил қиладилар ва улар асосан, илдиз чўққиси атрофида жойлашадилар. Периодонт тўқимасининг ўрта ва буйин олди қисмларнинг озиқланиши альвеолалар аро артерия шохлари орқали амалга ошади. Бу шохлар эса, веналар билан биргаликда альвеола деворида бўлган кўп сонли тешиклардан киради. Бу тешиклардан кирган альвеолалараро томир устунчалари периодонтга кириб тиш шохчалари (rami dentalis) билан бирлашади, қўшилади, яъни анастомозлар ҳосил қилади.

Периодонтнинг қон билан таъминланиши

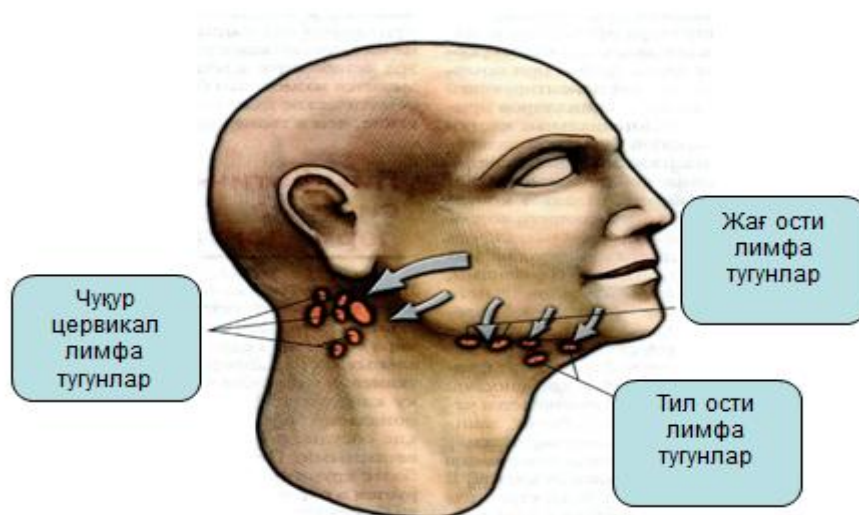


Расм-4



Расм-5

Томир-асаб тугунчасида жойлашган лимфа томирлари орқали пульпа ва периодонтдан лимфа оқади. Жағларнинг суяк усти пардаси ва жағларни атрофидаги юмшоқ тўқималардаги лимфа томирлари билан жағ танасининг ташқи ва ички юзаларидаги лимфа томирлари бирлашиб, қўшилишиб катта халқали лимфатик тур хосил қилади. Турдан чиқадиган томирлар ияк ости, жағ ости ва қулоқ олди лимфа безларига қуйилади.



Расм-7

Периодонт *n. trigeminus* нинг альвеола асаб толалари ҳисобига яхши иннервацияланган.

Толаларнинг бир қисми тиш ўраидан, бошқа қисми суяк бўшлиқлари, Гаверс каналлари орқали суякдан, шунингдек милк томонидан жағ суяк пардаси (периост) дан тугунчалар ва толалар шаклида киради.

Каттарок асаб томирлар тугунчалари альвеола девори бўшлиқларида жойлашиб, томирлар ва асаб толаларини тиш ҳаракатлари, уларга тушадиган босимлардан асраб, ҳимоялаб туради ва шу билан периодонтнинг амортизациясини таъминлайди.

ПЕРИОДОНТНИНГ ФИЗИОЛОГИК ВАЗИФАЛАРИ

Шундай қилиб, периодонт - бу тўқималар йигиндиси (комплекс) бўлиб, у генетик умумликга, ўхшашликга эга бўлиб турли вазифаларини бажаришга хизмат қилади: озиқлантириш (трофика), ҳимоялаш, амортизация, ушлаб туриш (фиксация), яратувчанлик (пластика), ва сезгирлик (сенсор).

Энг муҳим вазифаси ҳимоядир. Бу периодонт тўқимаси – тузувчи (барьер) тўқима эканлигини, организмни ташқи турли зарарли таъсиротлардан (микроорганизмлар, заҳарлар, токсинлар, дорилар ва хоказо) дан ҳимоялаб туришдир.

Соғлом периодонт маълум даражада организмни аллергия ҳолатини келтириб чиқарадиган одонтоген (тиш орқали) инфекция ва ички заҳарланиш (интоксикация) лардан ҳимоялаб туради ва десенсибилизация ролини ўйнайди.

Периодонтнинг амортизация вазифаси, ундаги катта миқдорли суюқликнинг (60%га яқин) тўқималар аро жойлашган тешикчалар ва хужайралар қолдиқлари билан томирлар ва толалар ҳажмларининг ўзгаришини мувофиқлашиб, бирга таъсир этиши орқали амалга ошади. Периодонт гидравлик тизимга ўхшаш ҳаракатда бўлиб тишларга чайнов босимни бутун периодонт ёригини деворларига тенг тақсимлайди. Шунинг учун, тишларга катта босим периодонтнинг амортизация функцияси туфайли альвеолаларга зарар етказмайди. Периодонтни ушлаб туриш (фиксация) функцияси деганда, тишларни тиш катакчаларида туриш вазифаларини тушунамиз. Периодонт тишни нафақат катак билан боғлаб туради, балки уни айланма боғлам, альвеолалараро ва илдиз чўққисидаги толалар ёрдамида ушлаб ҳам туради. Тишни айланма боғламини

ҳосил бўлишида периодонт қатнашиб, тишларни физиологик қимирлашини таъминлайди.

Периодонт озиқланиши ва озиқлантириш (трофика) вазифаси унга кирган пульпа томирлари билан анастомозлашган қон томирлари орқали амалга ошади. Периодонт цемент ва тиш илдизи дентини ҳамда альвеола суякнинг компакт пластинкасини озиқлантиради.

Периодонт сезгирлик вазифасини ўзидаги бой иннервация орқали бажаради.

Пластик вазифаси эса, периодонтдаги цементобластлар (иккиламчи хужайрали цемент ҳосил қилиш), ва остеобластлар (альвеола суяги қатламларини ҳосил қилиш) орқали бажаради.

Қон ва лимфа айланиш тизимиинг умумийлиги, пародонт тўқималари (пульпа, милк, периодонт ва альвеола суяги) орасидаги бой анастомоз турлари, умумий иннервация ва озиқланиш, уларнинг анатомик ва функционал бирлигини, вазифаларининг ўхшашлиги ва патологик жараёнлар кечиш шароитларининг ҳам ўхшашлиги периодонтнинг амортизация, боғловчилик, сезгирлик (сенсор), озиқланиш ва сурилиш вазифаларини бузилишида яққол кўринади.

Илдиз цементи тиш илдизининг дентин тўқимасини ёпиб, қоплаб туради ва у билан радиал толалар орқали боғланган, бу толалар эса дентиннинг Корф толалари билан боғланади.

Бошқа томондан, радиал толалар периодонтнинг коллаген толалари тизимига давом этади.

Цемент, тўқимаси 2 турга бўлинади: бирламчи(хужайрасиз) цемент, аморф тарзда бўлиб, тиш илдизини ҳамма юзасини ёпиб туради. Иккиламчи (хужайрали) цемент эса, илдизнинг учки қисми (илдизнинг учидан бир қисми) ва кўп илдизли тишларнинг буфуркация қисмларида жойлашган.

Хужайрали (иккиламчи) цементда цементобластлар, бошқа цемент хужайралари бўлганлиги туфайли, маълум сабаблар (ўта босим, яллиғланиш) оқибатида янги цемент тўқимасини хосил қилиш вазифасини бажаради.

Цементда каналлар, қон томирлари йўқ, лекин тўқиманинг озиқланиши периодонт томонидан цемент таначалари ва цементоцит ўсимталари орқали амалга ошади.

Альвеола ички ва ташқи деворлар ва улар орасида жойлашган бўшлиқлари, каналлари бор бўлган (спонгиоз) суяк тўқимасидан иборат.

Альвеоланинг ички компакт девори силлиқ, юпка ва тешикли бўлиб, унга периодонт коллаген толаларининг тутамлари кириб, ғовак суяк тўсиқларигача етиб боради.

Суяк тўсиқлари бўшлиқларида периодонтининг сийрак бириктирувчи тўқимаси ва альвеола суякнинг кўмикли моддасидан чиққан томирлар ва асаб толалари жойлашган. Альвеоланинг ташқи девори юпка ва унинг тешиклари орқали периодонт жағ суякнинг устки пардаси билан боғланади. Шундай анатомик тузилишда бўлган бу деворлар оғиз даҳлизида бўлиши мумкин бўлган шиш, қизариш, йиринг чиқадиган оқмаларнинг пайдо бўлиш механизмини англатади. Шунинг билан бир пайтда, бундай патологик ҳолатни

хусусий оғиз бўшлиғида кам бўлиши (қаттиқ танглайда ва тил томонида) ҳам ойдинлашади. Альвеоланинг компакт пластинкаси остида альвеоланинг бўшлиғи (спонгиоз, ғовак) суяк тўсиқлари жойлашган ва улар аста-секин жағ суяклари бўшлиқлари моддасига ўтади.

Периодонт тўқимаси одамнинг ёшига қараб ҳам ўзгариб боради. Бу ўзгаришлар 3 даврга бўлинади: 1 давр- 2—24 ёш. Периодонт асосан шаклланади, коллаген толалар етилади ва улар жойлашган жойларда аниқ шаклга эга бўлади. II давр- 25-40 ёш. Периодонт ўз тузилиши шаклланишда турғунлик бўлиб, жуда кам ўзгаради. III давр- 40 ёшдан кейин турли деструктив ўзгаришлар бўлиши мумкин. Коллаген толаларнинг айримларида тарқоқлик ва ранг ўзгариши кузатилади.

ПЕРИОДОНТИТНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ

(ЭТИОЛОГИЯСИ) ВА РИВОЖЛАНИШИ (ПАТОГЕНЕЗИ)

Келиб чиқиши буйича периодонтитлар 2-га бўлинадилар: инфекцияли ва ноинфекцион. Ноинфекцион периодонтитлар ўз навбатида яна иккига бўлинадилар. Дорили (медикаментоз) ва жарохатли (травма) оқибатида келиб чиқадиган периодонтитлар.

Патологик жараённинг периодонтитни қайси қисмида, яъни жойлашган лиги қараб илдиз чўққиси (апикал), буйин соҳасида (маргинал), ҳамда умумий (диффуз) ёки тотал периодонтитларга бўлинадилар. Булар орасида энг кўп учрайдиган – инфекцияли периодонтитлар ҳисобланади. Инфекцияли периодонтитларда инфекцияни тўқимага кирадиган йўллари турлича. Инфекция (микроблар ва уларнинг захарлари) асосан тиш каналлари орқали

пульпит касаллигида, пульпа чириганда (некроз) юз беради. Микроблардан энг кўп учрайдиганлари – ногемолитик, кўкимтир, гемолитик стрептококклардир. Бу кокклар билан биргаликда (дрожжеподобные) ачитқисимон замбуруғлар, лактобактериялар ҳам бор. Периодонтга инфекцияни тушиши патологик тиш-милк чўнтак орқали ҳам ўтиши мумкин. Шундай қилиб, тиш каналига инфекция (интердентал) йўллари орқали периодонт тўқимасига тушиши ва уни яллиғлантириши мумкин. Тиш ташқарисидан инфекцияни периодонтга ўтишининг яна битта йўли – бу қўшни тишлар атрофидаги инфекцияни тиш ёнларидан ёки латерал жойларидан илдизлараро ва альвеолалараро бўшлиқлар, тешиклар, ёки қонтакт йўли билан ўтишидир. Пародонт касалликларида (пародонтит, сурункали гингивит) инфекция периодонтга тиш буйин қисмидан кириб, патологик чўнтаги орқали ҳам тушиши мумкин. Ва, нихоят, инфекция юқумли касалликлар, остеомиелит, остит, гайморит, сепсис ва бошқа шунга ўхшаш касалликларда қон орқали гематоген ва лимфоген йўллари билан ҳам тушиши мумкин.

Демак, инфекция асосан тиш илдизи орқали (интердентал), тиш ташқи (экстрадентал) йўллари – патологик тиш-милк чўнтак, қўшни яллиғланган ўчоқлар ва қон, лимфа орқали периодонтга тушиши ва унинг яллиғлантириши мумкин. Инфекцияни периодонтга тушиш яна бир йўли – бу соғлом пульпали тишларда эмаль қаватини емирилиши оқибатида дентин каналчалари орқали экстрадентал йўл билан кириши мумкин .

Жарохатли (травматик) периодонтитлар ўткир катта босим натижасида жарохат таъсири остида тишдаги томир асаб тизимнинг эзилиши, узилиши оқибатида, пульпа қон таъминотининг бузилиши

ва унда чириш (некроз) жараёнинг кетиши оқибатида ўткир,ёки сурункали периодонтитлар келиб чиқиши мумкин. Ундан ташқари, пульпани экстирпация – олиб ташлаш муолажасини қўпол тарзда (пульпа экстрактор, илдиз игнасини периодонга чиқариб юбориш) натижасида, ёки пломбани хаддан ташқари илдиз, периапикал қисмга чиқариб юборганда ҳам периодонтит келиб чиқиши мумкин.

Баъзан нотўғри қўйилган (милкга босим таъсир этадиган) пломбалар, коронкалар, протез кламмерлари маргинал периодонтитнинг келиб чиқишига олиб келиши мумкин. Маргинал периодонтитлар пародонтит касаллигида хосил бўладиган тиш-милк чўнтаги орқали, қўйилган пломбалар қонтакт юзасининг йўқлиги, нотўғри герметик ёпилмаганда маргумуш пастасини таъсири остида ҳам ривожланиши мумкин.

Сурункали жарохат турлари нотўғри прикусни кўтариб турувчи қўйилган пломбалар, коронкалар, доимий ёмон таъсир кўрсатувчи (тишларни босиб турувчи) чекувчилар мундштуклари, чилим чекувчи трубкалари, мусиқа асбоблар, этикдўзлар михларни ,ёзув асбобларни (қалам, ручка) ларни тиш орасида ушлаб туриш каби зарарли одатлар киради. Сурункали жароҳатлар илдиз чўққисидаги альвеола компакт пластинкасини емирилишига олиб келиши мумкин.

Медикаментоз (дорилар таъсирида) периодонтитлар энг аввало пульпа яллиғланганда олиб бориладиган нотўғри, қўпол муолажалар натижасида келиб чиқиши мумкин. Маргумуш кислотаси, формалин, трикрезолформалин, фенол, кумуш ва шунга ўхшаш кучли кимёвий моддаларни ёки дориларни, уларнинг қонцентрациясини, таъсир этиш муддатини ва илдиз каналларининг ҳолатини ҳисобга олмаганлик натижасида ҳам фосфат- цемент, адгезор, резорцин-

формалин пастаси, штифтлар ва бошқа пломба ашёларини илдиз чўққисидан чиқариб юбориш натижасида периодонт тўқимасига жарохат етказиш, бунинг натижасида яллиғланишга олиб келади. Бундан ташқари, медикаментларга беморнинг сезувчанлиги ошган бўлишини (сенсibiliзация) ҳисобга олмасдан тиш каналларига киритилган антибиотик, йод, эвгенол, ва бошқа дорилардан аллергия ҳолат юзага келиши мумкин, яъни маҳаллий иммунологик ҳолатнинг бузилиши ҳам периодонтитга олиб келиши мумкин.

ПЕРИОДОНТИТНИ РИВОЖЛАНИШИ (ПАТОГЕНЕЗИ)

Периодонтитни ривожланиши нисбатан яхши ўрганилган. Яллиғланиш жараёни асосан микроблар ва уларнинг захарларини илдиз каналига ва бошқа йўллар орқали периодонтга тушиши натижасида рўй беради. Касалликнинг келиб чиқиши уч нарсага – организмнинг умумий ҳолатига, унинг реактивлигига ва қаршилиқ кўрсатиш кучига, тушадиган микроблар сони ва уларнинг вирулентлилигига боғлиқ. Биринчи даврларда ўтказилган микробиологик текширувлар, периодонтитни чақирувчи микроблар борлигини аниқлашга йўналтирилган. Лекин, бу тадқиқотлар периодонтитни чақирувчи специфик, хос микробларни йўқлиги, балки периодонт тўқимасининг яллиғланишига жуда кўп микроблар, замбуруғлар ва бошқа сабабчи бўлиши мумкинлигини кўрсатади.

Кейинги текширувлар натижасига кўра, микроблардан кўра, уларнинг захарлари (токсинлари), стрептококк ва умуман граммусбат микроорганизмлар қобиқ (оболочка) ларини жарохатланиши оқибатида периодонт тўқимасига салбий таъсир кўрсатар экан. Шу жараён оқибатида эндотоксинлар периодонтга биологик фаол маҳсулотлар тўпланиши ва улар таъсирида томирлар ўтказувчанлиги

ошиши ва бу ҳол эса, ўз навбатида, лимфоцитларни, макрофагларни, лизосомал ферментларни ошишига, ва остеокластларни фаолиятини кучайишига олиб келади. Ана шундай қилиб периодонт ва унинг атрофидаги суяк тўқимасининг емирилиши юзага келади.

Яллиғланиш қонуниятига тўлиқ амал қилган ҳолда кечадиган периодонтит касаллигида куйидаги патологоанатомик ўзгаришларни қайд этиш мумкин: альтерация, экссудация ва пролиферация.

Альтерация ва экссудация кўпроқ ўткир периодонтитларда, пролиферация ва альтерация – сурункали периодонтитларда кузатилади.

Ўткир зардобли периодонтит. Бунда яллиғланган периодонт қалинлашган, шишган, қизарган ва томирлар жарохатланганлиги учун қон қўйилиши оқибатида ҳосил бўлган ўчоқлар ҳисобига қон тўлган ,микроскоп остида яллиғланишли гиперемия, кўп шакли, ядроли лейкоцитлар, гистиоцитлар, ва кам сонли лимфоцитларни кўриш мумкин. Қон томирлар кенгайган, суяк кўмиклари бўшлиқларида турғунлик ҳолати кузатилади.

Ўткир йирингли периодонтит. Одатда ўткир зардобли периодонтитлардан кейин ёки бирламчи равишда йирингли периодонтит шаклида кечиши мумкин. Периодонт тўқимаси қон билан тўла, шишган. Периодонт толалари зардоб сўрилиши оқибатида юмшаган. Қон томирлар кенгайган, хужайралар аро инфильтрация ўчоқларида аутолитик (ўз-ўзидан парчаланиш, емирилиш) жараёнлари кечиб боради, тўқималар эриши натижасида периодонтда абсцесслар ҳосил бўлиши мумкин ва периодонт тўқимаси йиринг билан тўйинади.

Тўпланган йиринг илдиз канали орқали,тиш буйни орқали, суяк кўмиги бўшлиқлари орасидан суяк усти пардалари остига ўтиб, милк абсцессларини ҳосил қилади.

Атрофдаги юмшок тўқималарда яллиғланиш таркалиб, коллатерал шишлар, лимфаденит ва бошқа нохуш ҳолатларни келиб чиқишига сабаб бўлади. Периодонтга яқин жойлашган тўқималарда альвеола суягида суяк емирилиш жараёни, суяк кўмикларида йиринглаш каби ҳолатлар юзага келади, булар суяк тўқимасида перифокал хасталиклар оқибатида остит, периостит ёки остеомиелитларгача бўладиган хасталикларни пайдо бўлишига олиб келади.

Г.А. Васильев ўтказган экспериментал тадқиқотлари шуни кўрсатадики, қон томирларда тромбоз бўлмаганлиги сабабли суяк тўқималарида резорбция ҳолатлари кузатилмайди. Шунга асосланиб, муаллиф периодонтит остеомиелитик жараён эмас, яъни периодонтит остеомиелитга ўтмайди деган хулосага келган.

И.Г. Лукомский эса йирингли периодонтитда атроф тўқималардаги патологик ўзгаришларга перифокал остит деб қарайди.

Шунинг учун,ҳозирги замонда диффуз (тотал, умумий) периодонтит остеомиелитни бошланғич даври деб қараши тўғри бўлади (А.А. Лимберг ва бошқалар).

Сурункали периодонтитлар.Фиброзли периодонтитнинг келиб чиқишига сабаб узок муддат давомида жарохат, босим, инфекция, яллиғланган пульпа қолдиқлари каби кучсиз таъсиротлар хисобланади.

Бунда периодонт қалинлашган, зич,кўпинча гиперцементоз борлигини кўриш мумкин. Периодонт ёриги кенгайган, лекин альвеоланинг компакт пластинкаси ўзгармаган.Қалинлашган кўполтолали тўқиманинг айрим жойларида лимфоцитлар кузатилади, бошқа ҳужайралар йўқ.

Периодонтнинг соғлом жойларидаги толалари ўзгармаган. Фиброзли периодонтит кўпинча асоратсиз ўтади, интоксикация деярли бермайди. Баъзи пайтларда, тиш кариес коваги очик, яъни тиш коваги билан тиш канали бевосита алоқадор, баъзида эса кариес тиш коваги билан тиш канали ўртасида дентин тусиги бор бўлиши мумкин. Агар тиш коваги билан канал ўртасида тўсиқ бўлмаса, овқат қолдиқлари билан бекилиб қолса, ана ўша ҳолатда озгина оғриқ бўлиши мумкин.

Грануллашган периодонтит. Сурункали периодонтитлар орасида энг фаол, тез-тез кўзгалиб турувчи, асоратлар берувчи тур хисобланади. Бу тури кейинчалик гранулематоз турига ўтиши мумкин.

Илдиз чўққи қисми деярли юмшок тўқималар (чиригани учун) дан холи, ғадир-будир, қора-кўкимтир тус олади. Жой-жойда юмшок тўқима йиринг билан шимилган, қизарган ёки зич, окиш рангда.

Яллиғланишни бошланғич даврида экссудатда лейкоцитлар, кейинчалик эса лимфоцитлар, гистиоцитларни учратиш мумкин. Плазматик ҳужайралар йиринг ўчоғини атрофида ва оқма тешиги атрофида жойлашган. Грануллашган тўқима бошланғич даврида ҳужайраларга бой, аста-секин уларни сони камайиб, фиброз тўқима кўпайади.

Бу турдаги периодонтитда ҳам кариес коваги ва тиш канали ёпилиб (овкат тиқилиб) қолганда, тишда симилловчи оғриқ, хусусан тиш босилганлигида бўлиши мумкин. Бундай пайтда енгил қайталаниш белгилари тиш атрофидаги юмшок тўқималарнинг қизариши, шиши, тишга босим тушганда – оғриқ каби нохуш сезгилар кузатилиши мумкин.

Грануляцион тўқиманинг ҳосил бўлиши янги ҳосил бўладиган цемент ва суяк тўқимаси бир вақтнинг ўзида тиш атрофидаги юмшок ва қаттиқ тўқималар ҳамда тишнинг ўзида емирилиш жараёни билан биргаликда кечади. Цемент, дентин, альвеола суяги ва альвеола ўсимтаси уйдим-уйдим чуқур бўлиб қолади. Грануллашган периодонтитни ўзига хос белгиси бу оқма йўл ҳосил бўлишидир. Оқма йўл кўпинча илдиз чўққиси проекциясида жойлашади. Одатда улар кўпроқ оғиз дахлизида намоён бўлади, баъзан оғиз ичига каратилган бўлади ва камдан кам холатларда терига чиқиши мумкин.

Гранулематоз периодонтит (гранулема). Кўпинча доимий, ўзгармас ва кам фаол периодонтит тури сабабли ҳисобланади. Гранулемалар оддий (ноэпителиал) ва мураккаб (эпителиал) бўлади. Оддий гранулемалар 8-10% ташкил қилади. Колгани мураккаб гранулемалардир. Гранулемалар эпителийси оғиз бўшлиғини қоплаб турувчи ўсувчи эпителий қаватига ўхшаш. Гранулемалар таркибида гиалурон кислотаси, эпителийнинг протоплазмасида эса сульфатли мукополисахаридлар мавжуд. Эпителий билан қопланган бўшлиқли бўлган гранулемалар кистогранулемалар деб аталади. Дегенерация оқибатида эпителий тасмаларида бўшлиқ ҳосил бўлади, яллиғланиш эозинофил экссудати, унда оксил ва ёғ детритлар пайдо бўлади.

Детритлар чиқиши натижасида холестерин кристаллари тўпланади ва улар кистогранулема ва илдиз атрофи кистасига хос.

Т А С Н И Ф И

Ҳозирги кунда И.Г. Лукомский таклиф этган тасниф қўлланилади:

1. Ўткир периодонтитлар

а) Келиб чиқиш сабабларига кўра:

1. инфекцион периодонтит

2. травматик периодонтит

3. медикаментоз периодонтит

б) Патологик жараёни жойлашишига кўра:

1. Ўткир маргинал

2. ўткир апикал (илдиз чўққиси)

3. ўткир умумий (тотал)

в) Экссудат турига кўра:

1. ўткир зардобли

2. ўткир йирингли

П. Сурункали периодонтитлар

1. сурункали фиброз периодонтит

2. сурункали грануллашган периодонтит

3. сурункали гранулематоз периодонтит

Ш. Қайталашган сурункали периодонтит

ТЕСТЛАР.

Жойлашиши буйича периодонтит бўлинади:

чўққили (апикал), қирғоқли (маргинал) *

ўткир, сурункали, сурункалининг қайталаниши

гематоген, лимфоген

инфекцион, травматик, медикаментоз

ўткир, ўткир ости

Захарланиш боскичидаги ўткир чўққили периодонтитга хос:

ўзоқ давом этувчи, симилловчи оғриқ *

тунги оғриқ

хуружсимон оғриқ

совуқ таъсуротдан қиска оғриқ

кимёвий таъсуротдан қиска оғриқ

Ўткир апикал периодонтит давомийлиги:

2-3 суткадан 2 хафтагача *

2-3 суткадан 1 соатгача

1-2 ойгача

1-2 йилгача

2-3 ойгача

Сурункали фиброз периодонтит киёсланади:

ўрта кариес *

ўткир учли периодонтит

чуқур кариес

ўткир диффуз пульпит

ўткир афтоз стоматит

Сурункали фиброз периодонтит ва ўрта кариеснинг умумий симптоми бўлиб:

оғриқсиз бўшлиқ *

касаллик ривожлантиришни анамнези

рентгенологик тасвир

тиш бўшлиғини зондлаш

перкуссия оғриқли

Сурункали фиброз периодонтит ва ўрта кариеснинг фарқловчи тарафлари:

барча жавоблар тўғри*

очиқ тиш бўшлиғи

тиш ранги

анамнез

оғриқсиз

Сурункали фиброз ва сурункали грануляцияловчи периодонтит
ўртасида умумий бўлиб:

бўшлиқни оғриқсиз зондлаш *

Рентгенологик тасвир

тиш перкуссияси оғриқли

оқма йўлнинг мавжудлиги

милкда кизариш

Сурункали фиброз ва сурункали грануляцияловчи периодонтитнинг
бир-биридан фарқловчи белги:

оқманинг мавжудлиги *

баъзан симптомсиз кечиши

периодонтал тўқимадаги ўзгариш

тиш бўшлиғини оғриқсиз зондлаш

милк ўзгаришсиз

Суяк тўқимасида текис чегарали деструкция ўчоғи характерланади:

сурункали грануламатоз периодонтитга *

сурункали фиброз периодонтит

сурункали грануляцияловчи периодонтитга

ўткир периодонтитга

сурункали пульпитга

Сурункали гранулёматоз периодонтит ташхиси қўйилади:

рентгенологик текширув асосида *

тиш перкуссиялангач

касаллик анамнези асосида

тиш кўришдан кейин

беморнинг ташқи кўриниши

Бошқа альвеолага тишни кўчириб ўтказиш:

трансплантация *

ампутация

резекция

гемисекция

корона-радикуляр сепарация

Илдиз учи соҳасида дрильбор синиб қолганда қайси усул
қўлланилади:

илдиз учи резекцияси*

ампутация

гемисекция

трансплантация

корона-радикуляр сепарация

Илдиз учини резекциядан сўнг илдиз каналини ретроград(тескари)

пломбалаш учун қўлланилади:

фосфат – цемент*

силидонт

Резорцин-фармалин

қумушли амальгама

эндометазон- паста

Сепсисни ташхиси қўйилади:

бемор қонини бактериологик тахлили асосида*

ўпкани флюорографияси асосида

сўлакни текшириш асосида

тиш карабини текшириш асосида

гистамин синамаси

Сепсис – бу:

организмнинг умумий заҳарланиши*

эмальни етишмовчилиги

детнинни етишмовчилиги

суяк тўқимасини этишмовчилиги

кариоз кавакни мавжудлиги

Ферментларга киради:

лидаза, трипсин*

хемотрипсин, фурациллин

гиалуронидаза, фурациллин

клотримазол, трипсин

йод-люголь, хлорамин

Асосий текширув усули

пайпаслаш*

гистамин синамаси

тери синамаси

ЭОД

рентгенография

Тиш чўткаси билан ўртача фойдаланилади:

3 ойдан 6 ойгача*

6 ойдан 1 йилгача

1 йил 2 йилгача

2йилдан 3 йилгача

1 ойдан 6 ойгача

Таянч – ушлаб турувчи вазифани периодонт толалари бажармайди:

оскиталан*

коллаген

ретикулин

эластик

аргирофил

Периодонтитнинг химоя функцияси бажаради:

ретикуло эндотелиал тизими*

цементобластлар

остеобластлар

коллаген толалар

фиброз толалар

Периодонтитнинг сенсор функциясини бажаради:

нерв рецепторлари*

қон томирлари

ретикуло эндотелиал тизими

бириктирувчи толалари

аггирогил толалари

Этиологик омилларга кўра периодонтитлар бўлади:

инфекцион, травматик*

апикал, маргинал

ўткир ва сурункали

серозли ва йирингли

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР.

- 1) Периодонтга тушунча беринг.
- 2) Периодонт тузилиши.
- 3) Периодонтнинг қон айланиш, асаб, тизими
- 4) Ўткир периодонтитлар этиологияси. Патогенези.
- 5) .Периодонтнинг ҳужайравий таркиби.Вазифалари
- 6) Периодонтнинг зич ва сийрак бириктирувчи
тўқимаси. Тузилиши,вазифалари

2.БОБ

Ўткир периодонтитларнинг клиникаси,патологик анатомияси, ташхиси, қиёсий ташхиси ва даволаш усуллари.

Ўткир зардобли периодонтит (periodontitis acuta serosa).

Периодонт тўқимасида кечадиган яллиғланиш жараёнлари худди бошқа қўшувчи тўқималарда кечадиган яллиғланиш жараёнларига ўхшаш кечади. Лекин периодонт тўқимасининг ўзига хос тузилиши, ундаги кечадиган патологик ўзгаришларнинг ҳам ўзига хослиги билан фарк қилади. Энг аввало, периодонт ёриги периодонт тўқимаси билан тўлган ва нисбатан ёпикдир. Ана шу жойда ўткир ва сурункали яллиғланиш жараёнлари кечиши мумкин. Ўткир

яллиғланиш жараёнларининг клиник кечиши улардаги экссудат турига боғлиқ. Сурункали яллиғланиш жараёнида эса, у ердаги кечадиган пролифератив жараёнларга аҳамият бериш зарур.

Бошланғич даврида беморлар унча қаттиқ бўлмаган симмиловчи оғриқ борлигига шикоят қилишади. Одатда бундай оғриқ, касалланган тиш атрофида

жойлашади ва тиш босилган (чайнов) пайтида сезилади. Оғриган тиш, бемор таъбирича, ўсган ёки катагидан чиққандек бўлади. Бемор зарарланган тишни аниқ кўрсатади, чунки оғриқ бошқа тиш жойларига таркалмайди.

Оғиз бўшлиғидаги касал тишни объектив кўрганда тиш бутунлиги ёки жароҳат олганлиги лекин кўпинча кариес коваги борлиги аниқланади. Кариес коваги ҳаммавакт ҳам тиш бўшлиғи билан алоқадор бўлмаслиги мумкин. Ковакни туби зонд билан пайпаслаб кўрилганда оғриқ бўлмайди. Периодонт тўқимасига зардоб сўрилганлиги туфайли тишнинг оз миқдорда қимирлаши мумкин.

Перкуссия озрок оғриқ бериши мумкин. Милк ва ўтувчи бурмада патологик ўзгаришлар бўлмаслиги ёки уларда қизариш, шиш бўлиши ва пальпация қилиб кўрилганда оғриқ бўлиши мумкин. Четки (регионар) лимфа тугунчалари, безлари шишган ва озрок оғриқли бўлади. Агар зардобли экссудат даврида периодонтит даволанмаса авж олиб, йирингли периодонтитга ўтиши мумкин.

Ўткир йирингли периодонтит (per. acuta purilenta)

Ўткир йирингли периодонтит жадаллашган лўққиловчи оғриқ билан характерланади. Оғриқлар учламчи (nervus trigeminus) асаб шохлари орқали касал тиш жойлашган тарафдаги қулоққа, чаккага ёки кўзга таркалади, иррадиация қилинади. Ўткир пульпитлардагидан фарқли ўларок, ўткир йирингли периодонтитда оғриқлар вақт – вақти билан тутқаноқсимон эмас, балки доимийдир, факат айрим пайтларда салгина пасайиши мумкин (ремиссия). Тиш илдиз чўққисида экссудатнинг йигилиши, тўпланиши натижасида беморда гуёки тиш ўсган, ўз хонасидан (лунка) – катагидан чиққандек сезги пайдо бўлади. Шунинг учун беморлар оғиз бўшлиғини очиқ ҳолатда, тишларни бир – бирига теггизмасдан юрадилар.

Касал кишининг умумий аҳволи ҳам ўзгаради: беҳузурлик, нохуш сезгилар, бош оғриғи, уйқу бузилиши кабилар.

Объектив кўрикда тишда кариес коваги ва у билан тиш бўшлиғи ораси ёпик ёки тиш бутун бўлиши мумкин. Тиш пульпа тўқимаси гангреноз парчаланган, чириган ҳолда бўлади (ҳаммаси ёки илдиз канал (лари) ичидагилари). Ўткир йирингли периодонтитда горизонтал ва вертикал перкуссия оғриқ беради, чунки яллиғланиш периодонт тўқимасининг бутун сатҳини қамраб олган. Агар касаллик чўзилган булса, унда касал тиш ёнларидаги қўшни тишларда ҳам перкутор оғриқ бўлиши мумкин. Тиш қимирлаши яхшигина, сезиларли равишда қайд этилади. Касал тиш атрофидаги милк шишган, қизарган, шиш оғиз бурмаларига ва қўшни тиш атрофларига ҳам тарқалади. Ўтувчи бурмаларни пайпаслаганда оғриқ пайдо бўлади. Жағости, иякости лимфа тугунларида катталашиш ва оғриқ

борлиги аниқланади. Касал тиш томондаги юмшоқ тўқималарда (коллатериал) шиш бўлиб, улар турли катталиikka, сатҳларга эга бўлади. Лекин шишнинг катта – кичиклиги яллиғланиш оғир – енгиллигига тўғри келмаслиги мумкин. Баъзи одамларда периодонтитнинг бошлангич пайтларида ҳам четки шишлар (коллатериал) бўлиши мумкин.

Четки шишларни флегмонадан фарқи шундаки, бунда пайпаслаш деярли оғриқсиз, флегмонада эса оғриқли бўлади. Касал томондаги тери таранг, ялтирок бўлади. Лаборатория текширувлари беморлар қон таркибида лейкоцитоз (15-20минг) эритроцитлар чўкиш тезлиги (СОЭ) ошганлиги қайд этилади.

Рентгенологик текширувда периодонт ёригини кенгайиши ва касалликни 5-6 кунига альвеола кўмигини кўринишининг хиралашивудан ташқари ҳеч қанака ўзгаришлар кўринмайди. Периодонтитни кейинги ривожланиши, ундаги экссудатни чиқиш йўллариги боғлиқ. Клиник кузатувлар ўткир периодонтитдаги экссудат 4 хил йўл билан ҳаракат қилиб чиқиши мумкин. Биринчиси экссудат канал орқали кариес ковакга чиқиши мумкин. Иккинчиси – периодонт орқали тиш бўйин қисми бўйлаб. Учинчиси – альвеола ўсимтасининг бўшлиқлари ва суяк каналлари орқали жағ суяк усти пардаси остигача бориб йиғилади ва суяк усти, пардаости абсцессни ҳосил бўлишига олиб келади.

Йиринг (экссудат) суякнинг Фолькман ва Гаверс суяк каналлари орқали ўтади. Суяк ости пардаси эластик толалар булмаганлиги сабабли, унга экссудат Кира олмасдан уни кўтариб, остги қисмида тупланади. Вакт ўтиши билан суяк устки пардаси ҳам эрийди ва йиринг юмшоқ тўқималарга ўтиб, милк ости абсцессини

юзага келтиради. Суяк устки пардаси остида абсцесс ҳосил бўлиши, беморнинг умумий ҳолатининг ёмонлаштиради, бирдан тана ҳарорати кўтарилади, боши оғрийди, уйқуси бузилади. Бемор ўткир чидаб бўлмас лўққиловчи (пульсирующие боли), ўсиб борувчи оғриққа шикоят қилади. Абсцесслар кўпинча лаб, лунж томонларда жойлашади. Олдинги ён кесувчи тишлар, юқори жағ моляр – озиқ тишларнинг танглай илдизларидаги экссудат танглай абсцессларига сабабчи бўлишлари мумкин. Жуда кам ҳолларда 4 – йўл – эриган, чириган суяк тўқимаси орқали жағ суякларига ўтиши мумкин.

Шуни таъкидлаш зарурки, экссудат апекал тешиги орқали қонга ҳам ўтади, анна шунинг оқибатида, ўткир периодонтитлар, хусусан ўткир умумий (тотал) йирингли периодонтитда, айниқса болаларда, септик ҳолат – тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳолсизлик каби ҳолатлар юзага келади. Агар ўз вақтида даволаш муолажалари тўла равишда олиб борилса, яллиғланган периодонт тузалади, бемор даволанади, албатта периодонт тўқимасининг меъёрдаги ҳолати тикланмайди, чандиқлар қолади, лекин периодонт ўз вазифасини бемалол бажара беради. Агар даволаниш охирига етказилмаса, ўткир периодонтит сурункалига ўтади. Периодонтитни ўткир яллиғланашида

2-та фаза ажратилиши тавсия этилади.

Биринчи фаза бу интоксикацияни бошланилиши бўлиб, периодонт тўқимасини яллиғланилишини боши. Бунда беморлар касалланган тишда узок, тўхтовсиз симилловчи оғриққа шикоят қиладилар. Баъзи ҳолларда тишни -тишга босганда оғриқ пайдо бўлади, вертикал перкуссия оғриқли, тиш атрофидаги юмшок

тўқималар ўзгаришсиз, регионар лимфа тугунлар бироз катталашган ва оғриқли бўлиши мумкин.

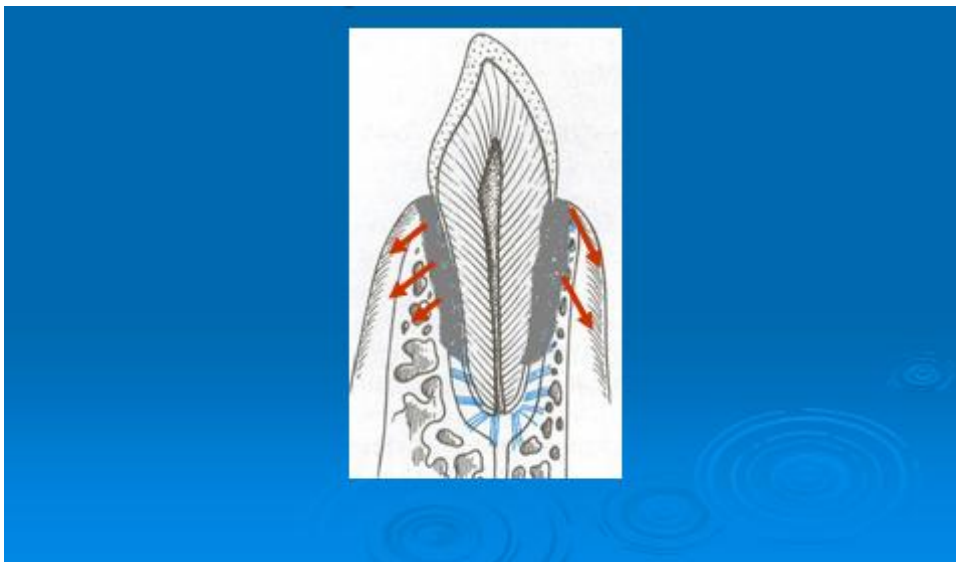
Патологоанотомик ўзгаришлар периодонт тўқимасига турли микроблар, физик кимёвий, ва бошқа салбий таъсиротлар оқибатида юзага келадиган ҳужайралар, модда алмашинуви бузилиши, сут кислотасини тупланиши ва ацидознинг ривожланишини, булар эса шиш пайдо бўлишига қон томирлар ўтказувчанлигини ошишига олиб келади. Микроскоп остида яллиғланиш аломатлари – қизариш, томирлар атрофига зардоб сўрилганлигини, периваскуляр яллиғланиш, шиш кузатилади.

Иккинчи фаза бу фазада экссудация жараёни тўхтовсиз симиллайдиган оғриқ билан кечади. Тишга босганда, тегилганда кескин оғриқ кузатилади. Вертикал ва горизонтал перкуссия оғриқли. Тишда патологик қимирлаш, ўсган тиш ҳиссиёти кузатилади. Бу ҳолат периодонт тўқимасининг вазифалари инфильтрация оқибатида бузилганлиги, тиш атрофидаги милк қизариши ва шиши, пайпаслаганда оғриқ кузатилади. Пульпа ўлганлиги сабабли, оғриган тишда ҳароратга реакция булмайди. Айрим ҳолларда милкда, ўтувчи бурмада шиш, оғриқлар пайдо бўлиши мумкин. Бунда перкуссия оғриқли бўлади. Абсцесс пайдо бўлганда шиллиқ ости қаватида яққол кўринади. Абсцесс ёрилса, оқма йўллар, шиллиқ қаватда ёки терида кузатилади. Йиринг чиққанидан сўнг бемор енгил тортади. Юқори жағда премоляр ва моляр тишлар атрофида абсцессларидан экссудат гаймор бўшлиғига ўтиши мумкин ва унинг яллиғланишига олиб келиши мумкин. Бу ҳолатларда тана ҳароратини кўтарилиши, қонда ўзгаришлар (лейкоцитоз, СОЭ кўпайиши аниқланади). Регионар лимфа тугунлари пайпаслаганда оғриқли, шишган.

Патологоанатомик ўзгаришлар лейкоцитлар инфильтрацияси, полиморф ядроли лейкоцитлар, лейкоцитлар миграцияси ва йиринг йиғилиши оқибатида юмшок тўқималарда қизариш, қонга тўлиш, шиш кузатилади. Суяк усти парда қалинлашади, кўтарилиб суякдан ажралади. Тиш катаги сўрилган, унинг айрим жойлари ўужайрали толалар билан алмашган бўлади. Бундай ҳолларда ўткир яллиғланиш жараёни суяк альвеоласи кўмигига ҳам ўтади. Рентгенда 1-2 кундан кейин суяк тўқимасидаги кўмик кўринишида тиниқлик йўқолиши билан кузатилади.

Ўткир маргинал периодонтит

Ўткир маргинал периодонтит тиш пульпаси бутунлайин тириклигида ҳам кузатилиши мумкин. Бемор бунда милкдаги доимий оғриққа, нохуш сезгига, тиш атрофидаги милк қичишига шикоят қилади. Пульпитдаги оғриқдек, маргинал периодонтитда ҳам тутканоксимон оғриққа шикоят қиладилар. Яллиғланиш милк киррасига, атрофларига, баъзан ёнидаги тишларнинг милк соҳасига тарқалган бўлади. Пайпаслаганда тиш бўйин қисмида оғриқ, шиш, қизариш кузатилади. Горизонтал перкуссия, вертикалга нисбатан оғриқлироқ бўлади, тиш патологик қимирлаши кузатилади.



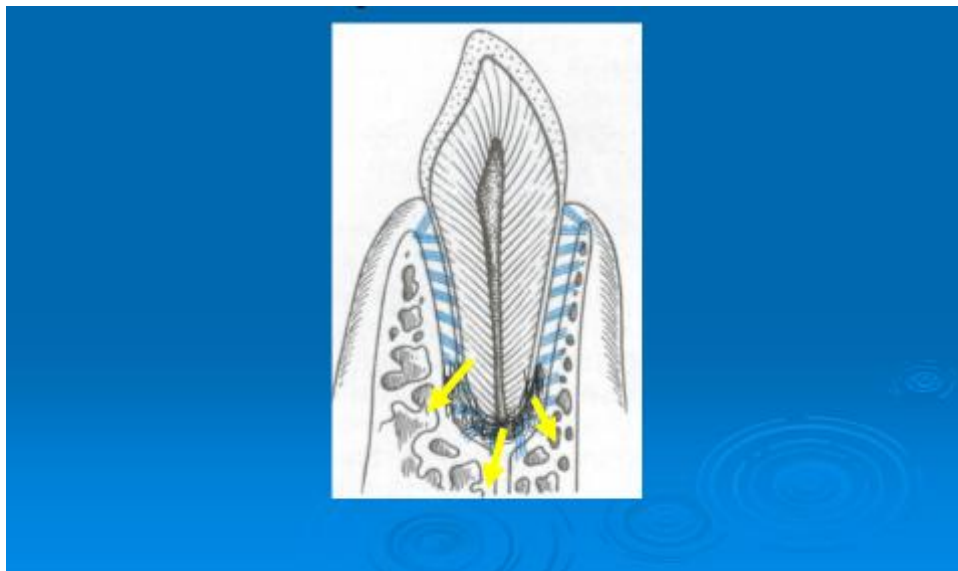
Расм-8

Ўткир чўққили, апикал периодонтит

Ўткир чўққи, апикал периодонтит зардобли ёки йирингли бўлиши мумкин. Ўткир зардобли ёки йирингли периодонтит ўткир маргинал, ўткир тотал периодонтитларга нисбатан кўпроқ учрайди. Ўткир апикал периодонтит пульпитни даволашда асорати сифатида, маргумуш пастасини периодонтни заҳарлаши оқибатида, эндодонтик асбоблар билан қўпол ҳаракат қилганда, пломба ашё илдиз каналидан чиқиб кетган ҳолларда, кучли дори воситалар периодонтга таъсир этганда ва бошқа асоратлар оқибатида келиб чиқиши мумкин. Баъзида беморнинг умумий ҳолати (грипп, иммунотанқислик, инфекцион, вирус касалликлар, касбий заҳарланишлар) ҳам сабаб бўлиши мумкин. Ўткир апикал периодонтитни бошланғич даврида симилловчи оғриқ, тиш тишга тегканда, босганда оғриқ пайдо бўлади. Бемор оғриган тишни аниқ кўрсата олади. Одатда ўткир апикал периодонтит 2-3 кундан 2-3 ҳафтагача давом этиши мумкин. Агар оғриқ зўрайиб, лўкилловчи, учламчи нерв толалари бўйлаб тарқалса,

тўхтовсиз, қўпоровчи оғриқ пайдо бўлса ўткир зардобли периодонтит, ўткир йиринглига айланганидан далолат.

Расм-9

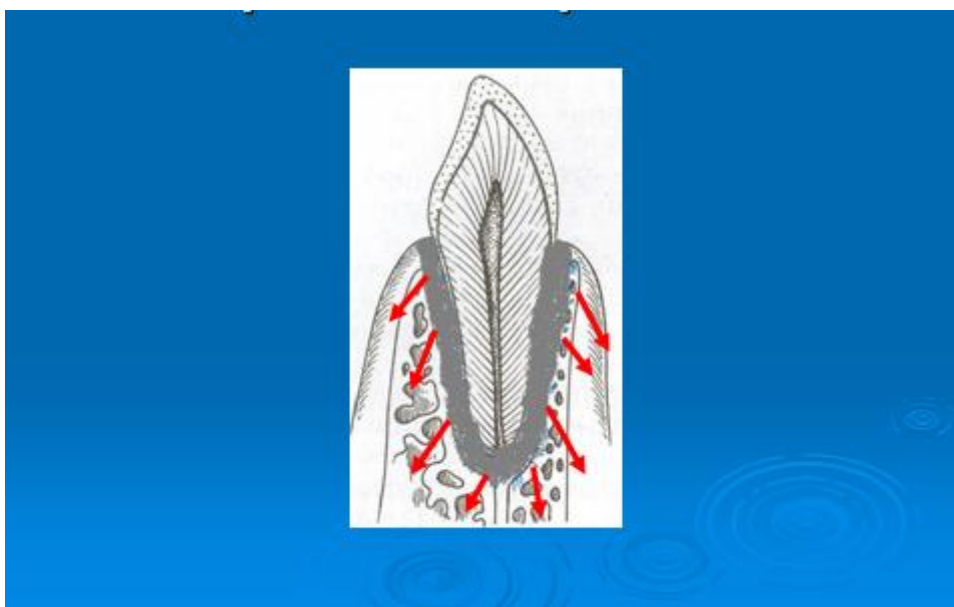


Ўткир йирингли периодонтит

Бу ўткир периодонтитларни энг оғир тури. Бунда бемор, кучли , лўқилловчи, ўсувчи оғриққа шикоят қилади. Тана ҳарорати 38-39 С ва ундан ҳам ортиқроқ бўлиши мумкин, бош оғриғи, уюшиш (озноб), ҳолсизлик, уйқу иштаҳа бузилиши кузатилади. Тиш тишга текканда кучли оғриқ бўлгани сабабли бемор оғзини доимий равишда очиб юради. Тиш атрофидаги милк шишган, инфильтрат борлиги кўринади. Оғиздан қўланса ҳид чиқиши, лимфа тугунларини катталашганлиги ва пайпаслаганда оғриқлиги кузатилади. Периодонт тўқимасидаги йиринг 4-та йуналишда чиқолмаса қонга ўтиб интоксикация ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Ўткир тотал периодонтит

Ўткир периодонтитланинг энг оғир тури. Беморнинг умумий ҳолсизлиги билан кечади. Ўткир тотал периодонтитда яллиғланиш жараёни периодонт тўқимасининг ҳамма сохаларида жойлашган бўлади. Беморда умумий ҳолсизлик, тана ҳароратини кўтарилиши, уйқу ва, иштаҳа бузилиши, тишда кескин оғриқ, милкда яллиғланиш, шиш билан кечади. Бемор гапиришга, чайнашга, ютинишга қийналади.



Расм-10

Ўткир периодонтитни ташхиси ва қиёсий ташхиси.

Ташхис қўйиш кийин эмас. Яллиғланиш жойлашганлиги, экссудат характерига қараб фарқланади. Ташхис қўйишда беморнинг шикоятлари, касаллик анамнезидан аниқланади. Ўткир маргинал периодонтитда яллиғланиш асосан тишнинг бўйин қисмида жойлашган бўлади, горизонтал перкуссия кескин оғриқли бўлади.

Рентгенограммада ўзгаришлар кузатилмайди

Ўткир зардобли апикал периодонтитда оғриқлар камроқ бўлиб беморнинг умумий ҳолати зарарланмайди. Объектив кўрикда тишда кариес ковак ёки пломба бўлиши мумкин, зондлаш оғриқсиз перкуссия оғриқли, тиш атрофидаги милк биров шишган, яллиғланган бўлиши мумкин.

Рентгенологик кўрикда периодонт ёриги тиш буйин қисми бўйлаб кенгайганлиги, суяк кўмигининг кўриниши хиралашганлиги кузатилади. Ҳар иккала келтирилган ўткир периодонтит турларида ҳам оғриқ, бошқа шикоятлар локал характерга эга.

Ўткир тотал периодонтда тишда тўхтовсиз оғриқ, босимдан кескин оғриқ, уч шохли нерв толалари бўйлаб тарқалиши кузатилади. Тана ҳарорати ошади, ҳолсизлик, уйқу ва иштаха бузилиши аниқланади. Объектив кўрикда оғриган тиш атрофида шиш, қизариш, пальпацияда кескин оғриқли, бемор тишни тишига қўйишга ҳам қийналади. Ушбу белгилар асосида врач беморга ташхис қўяди.

Ўткир периодонтитларни даволаш усуллари.

Ўткир периодонтитни даволаш усуллари, касалликни клиник кўринишига, ташхисига боғлиқ бўлади. Ҳозирги кунда, периодонтитларни, жумладан ўткир, сурункали ва қайталанган сурункали периодонтитларни даволашда эффектив даволаш усуллари мавжуд ва кенг қўлланилмоқда.

Даволаш муолажани периодонт тўқимасига салбий таъсирот кўрсатадиган омилларни йўқотиш, яллиғланиш натижасида

хосил бўлган экссудатни ва унинг маҳсулотларини бартараф этиш, яллиғланиш жараёнини, тишдаги оғриқни тўхтатишга қаратилган.

Периодонтит бу факат периодонтда жойлашган деструктив ўзгариш бўлмасдан, сабабчи тиш вазифаларини бузилиши бўлмай, организмни интоксикацияга олиб келувчи инфекция ўчоғидир.

Ўткир периодонтитни даволаш йўқотилган ёки оғриган тиш вазифаларини авайлаб тиклашга қаратилиши лозим. Бунда даволаш муолажаларини қўллаш, касалликни клиник кечиши ва уни келтириб чиқарган сабабларга боғлиқдир.

Зардобни ва йирингли периодонтитни даволашда врач беморларга турли дорилар қабул қилишни, иссиқ иситиш муолажаларини тавсия этиш билан чегараланмаслиги керак. Ўткир периодонтитни қайси тури бўлишидан катъий назар, биринчи навбатда, оғриқни тўхтатиш, йиғилиб қолган экссудатни чиқариш ва яллиғланиш шиддатини тўхтатиш зарур. Бунинг учун биринчи навбатда экссудатни чиқариш лозим.

Периодонт ёриги дренажи 4 та йўл билан ўтказилади

1. Илдиз канали орқали кариес коваги томон;
2. Ўтувчи бурмасини кесиб милк ёки суяк усти пардаси остидаги абсцессни очиб;
3. Четки (маргинал) ёки умумий (тотал) периодонтитда милк чўнтаги орқали;
4. Тиш катаги орқали.

Булардан ташқари периодонтда йирингли экссудат, албатта, қонга ўтиб септик ҳолатни юзага келтириши ёки суяк каналлари

орқали қўшни тиш атрофидаги юмшоқ тўқималарга ўтиб, уларни яллиғлантириши оқибатида шиш, қизариш каби ҳолатларни юзага келтириши мумкин. Перидонт тўқимасида йиғилган йиринг экссудатни чиқаришнинг энг яхши йўли – бу илдиз канали орқалидир, чунки бунда перидонт тўқимаси кам зарар кўради. Агар илдиз чўққисидаги, тешик ёпик бўлса, Миллер игнаси ёки дрельбор ёрдамида уни кенгайтириш мумкин. Шунини алоҳида таъкидлаш зарурки, ўткир перидонтитда тишга тегиш ҳам оғриқли бўлганини ҳисобга олиб, барча муолажалар маҳаллий ёки ўтказувчи оғриқсизлантириш билан ўтказилади.

Илдиз каналига кириш қисми айланасимон бор ёрдамида воронкасимон кенгайтирилиб, каналдаги чириндилар, ёки пломба қолдиқлари босқичма-босқич пульпаэкстрактор ёрдамида антисептик ванночкаси остида олинади. Миллер игналарига пахта ўраб турунда ҳолида антисептикга ботирилиб канал ювилади. Канал тозалашда эҳтиёт бўлиш керак, чунки каналдаги чириндилар ва ундаги микроорганизмлар илдиз атрофидаги тўқималарга ўтмаслиги керак.

Агар канал очилганда ундан йиринг чикса, чиққан экссудатни пахта тампончалари билан қуришиб олиниши керак. Бундай ҳолларда канал ичида олиб бориладиган эвакуация муолажалари олиб борилмайди, тиш очик қолдирилади, оғизни турли доривор ўтлар дамламаси ёрдамида ёки илиқ 42С - 2% содали эритма билан чайилиши керак.

Ўткир яллиғланиш 1-2 кундан кейин аста секин пасаяди. Милк ости ёки суяк усти парда ости абсцесслари бўлганда илдиздан чиққан йиринг яллиғланишни босилишига етарли бўлмаслиги

мумкин. Бунда абсцесс усти кесилиши ва бу орқали экссудатни қўшимча йўл орқали чиқариш зарур.

Агар беморда умумий заҳарланиш белгилари (бош оғриғи, тана хароратини кўтарилиши, ҳолсизлик, қондаги ўзгаришлар) бўладиган бўлса, унда ҳар бир беморнинг ўзига хослиги маълум дориларни қабул қила олиши ҳисобга олган ҳолда, антибиотиклар ичилиши тавсия этилади.

Навбатдаги периодонт ёриғини очиш йўли, бу милк чўнтаги орқалидир. Бу йўл маргинал ва диффуз периодонтитларда қўлланилади. Бу йўлнинг ёмонлиги шундаки, тиш айланма боғлами бутунлиги бузилади, бу ҳам оғриқсизлантиришдан кейин ўтказилади. Абсцесс очилгач, милк чўнтагидаги босим остида антибиотик, антисептик эритмалари билан ювилади. Бемор ўзини анча енгил сезади. Ювиш учун протеолитик ферментлар эритмасига антибиотик эритмаси аралаштирилиб ишлатиш ҳам яхши натижа беради.

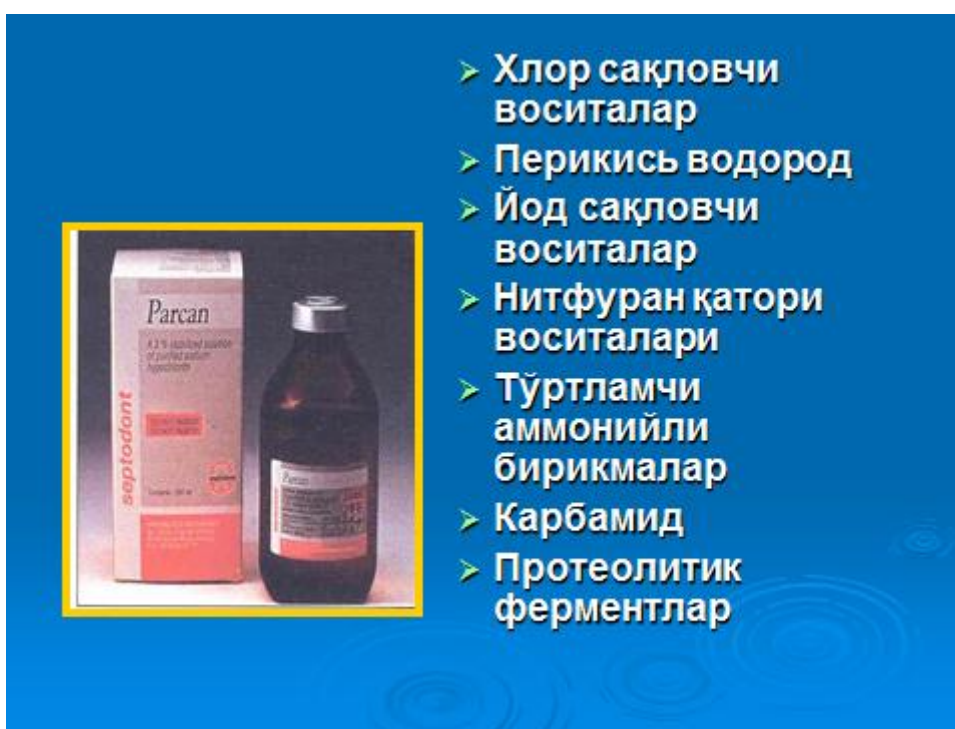
Ундан ташқари УВЧ-даволаш, диадинамик, флюктуорланган, дарсанваль тоқлар ёрдамида яллиғланиш ёки оғриқни бартараф этиш мумкин.

ЎТКИР МЕДИКАМЕНТОЗЛИ (ТОКСИК-ЗАХАРЛАНИШ) ПЕРИОДОНТИТНИНГ ИНТОКСИКАЦИЯ ДАВРИНИ ДАВОЛАШ.

Бу турдаги ўткир периодонтитни маргумуш пастаси таъсиридан кейин келиб чиққан ўткир периодонтит деб ҳам аталади. Чунки, келиб чиқишига кўпинча врач айбдор: маргумуш пастаси кўп илдизли тишларга 48 соатга, бир илдизли тишларга 24 соатга қўйилади. Даволаш учун биринчи навбатда канал(лар) даги пульпа олиб ташланиб сўнг антисептиклар ёрдамида ювилади, сўнг маргумуш антидоти 5% йод эритмаси, 5% унитиол турундаларга

шимдирилиб каналда қолдирилади. Иложи бўлса 5% йод эритмаси билан каналга электрофорез ўтказилади (20 дақиқа 2-3 маротаба, ток кучи 2-3 мкА. Оғриқ қолгач, канални илдиз чўққисигача пломбалаш мумкин. Агар оғриқ қолмаса тиш очик қолдирилади ва беморга денгиз эритмаси билан чайиш тавсия этилади. Оғриқ қолгач тишга боғлам қўйилиб 2-3 кундан сўнг тиш пломбаланади.

Ўткир инфекцияли периодонтит ҳам яллиғланиш вазифасига қараб даволанади. Интоксикация фазасида каналдан чириндилар олиниб, унга оғриқсизлантирувчи, антисептиклар дори воситалари қолдирилиб, тиш герметик 1-2 кунга ёпилади. Ўткир яллиғланиш авж олганда (хуруж), оғриқни пасайтириш учун тиш 3-4 кунга очик қолдирилади. Уйда бемор илиқ туз эритмаси билан оғиз ванночкалари ўтказди. Врач тамонидан ўтказиладиган барча муолажалар маҳаллий оғриқсизлантириш остида ўтказилади



Расм11.

Бундан ташқари антигистамин (димедрол, фенкарол, супрастин, тавегил ва бошқа дорилар), антибиотиклар қабул

қилиниши тавсия этилади, физиотерапевтик муолажалар УВЧ-даво, флюктуоризация, дарсанваль, микротўлқинли тоқлар тавсия этиш мумкин. Оғриган тиш атрофида пайдо бўлган абсцесслар очилиши шарт. Канал пломбаланганлигидан сўнг тишга босганда, ёки ўз-ўзидан оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Бунда тишга симптоматик даво ўтказилади. Бунда физик усуллар кенг қўлланилади. Агар даволаш натижаси самарали бўлмаса, тиш яна очилади ва ундаги оғриқ босилгач илдиз каналлари ва тиш бошқадан пломбланади.

Ўткир периодонтитни даволашда тишни пломбаланиши ва унинг вазифалари тўла тикланиши билан даволаш муолажалари самарали деб ҳисобланади. Бунда яллиғланган, тузилиши бузилган периодонт тўқимаси қайта ўз холига албатта қайтмайди, лекин ўз вазифасини бажаришгача тикланади.

Яхши, тўлиқ даволанмаган ўткир периодонтит сурункали турига ўтиши мумкин. Ўткир периодонтини энг оғир асорати – периостит ёки остеомиелитга ўтиши. Анна шу асоратларни олдини олиш врачнинг энг юксак мақсади бўлиши керак.

Мавзуга оид амалий куникма

Периодонтитли тишларда пульпа чириндисини антисептиклар остида босқичма – босқич олиб ташлаш

Мақсад: Талабаларга илдиз каналинига механик ва медикаментоз ишлов беришни ўргатиш

Кўрсатма: Периодонтитларнинг сурункали турларини даволаш

Керакли жиҳозлар: Стоматологик бормашина, борлар, эндодонтик асбоблар, фантом.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий куникма қадамлари (боскичлари)	Кисман бажарди	Барча боскичларни бажарди
1.	Кариоз бўшлиқни чархлашнинг ҳамма босқичларини ўтказиш Кариоз бўшлиққа антисептик ишлов бериш		5
2.	Пульпа усти гумбази қолдиқларини олиб ташлаш, тиш бўшлиғини очиш		5
3.	Антисептик остида тиш бўшлиғидан экскаватор ёрдамида путрид массани олиб ташлаш.		5
4	Канал оғзини кенгайтириш		2,5
5	Буюм ойначасининг ғадир будир тарафига 2 томчи антисептиклар томизиш		2,5
6	Илдиз каналдан эндодонтик асбоблар ёрдамида босқичма-босқич путрит массани олиб ташлаш		5
7	Эндодонтик асбобни путрид массададан махсус чуқурчаларга томизилган ёки буюм ойнасининг ғадир будур томонида антисептиклар билан зарарсизлантирилади		5
8	Канални 2/3 қисмига пульпаэкстрактор		5

	киритилади ва путрид масса олинади, антисептик ҳаммомча остида зарарсизлантирилади		
9	Охирида каналнинг учки қисмигача киргизилади (арех – гача) пульпаэкстрактор киритилади ва путрид масса олинади, антисептик ҳаммомча остида зарарсизлантирилади		5
	Жами		40

Тестлар

Медикаментоз периодонтит илдиз каналига қуйидаги ашёлар билан
ишлов берилганда юзага келади:

10% формалин*

гипохлорит натрий

ферментлар(трипсин, химотрипсин)

1%йодиол

2% хлорамин

Ўткир периодонтитнинг интоксикация босқичида бемор қуйидаги оғриққа шикоят қилади:

доимий симмиловчи локал*

қисқа муддатли, ўз-ўзидан юзага келувчи

таркалувчи, тунги

тарқалувчи, пульсациялловчи

хуружсимон, тунги

Периодонтнинг бириктирувчи тўқимасини дағал толали фиброз тўқима билан алмашиши қуйидаги тур учун хос:

сурункали фиброз периодонтит*

сурункали грануляциловчи периодонтит

сурункали гранулематоз периодонтит

кистогранулема

сурункали пульпит

Ўткир йирингли периодонтитда регионар лимфатик тугунлар:

катталашган оғриқли, ҳаракатчан*

катталашган, оғриқсиз, ҳаракатчан

катталашган оғриқли, атроф тўқима билан бирлашган

ўзгаришсиз

катталашмаган, пайпасланмайди

Периодонт ялиғланишида ЭОД нинг кўрсаткичи:

100 мкА дан баланд*

70-80мкА

80-90мкА

90-100мкА

2-10мкА

Периодонтал ёриқнинг илдиз учида кенгайиши қуйидаги
периодонтитда кузатилади:

сурункали фиброз периодонтит*

сурункали грануляцияловчи периодонтит

сурункали гранулематоз периодонтит

кисто-гранулема

ўткир периодонтит

Рентеннограммада суяк тўқимасининг аниқ думалоқ шаклдаги
резорбция ўчоги хос:

сурункали гранулематоз периодонтитга*

сурункали фиброз периодонтитга

сурункали грануляциялашган периодонтитга

ўткир периодонтитга

сурункали пульпит

Илдиз каналига медикаментоз ишлов бериш мақсадни кўзлайди:

микрофлорага таъсир*

оғриқсизлантириш

илдиз чуққисини беркитиш

периодонтитнинг қайта тикланишини фаоллаштириш

илдиз канали тўлдириш

Оқма йўли бор бўлган пастки жағнинг қозиқ тишни сурункали
грануляцияланган периодонтитни даволашда илдиз каналини
пломбалаш мақсадга мувофиқ:

эндофил билан*

резорцин-формалин паста билан

парафин билан

цинк-эвгенол паста билан

йодоформ пастаси

Маргумушли периодонтитни даволашда антидот сифатида
қўлланилади:

унитиол 5%*

димексид

ЭДТА

хлоргексидин

фурацилин

Периодонтитнинг клиник шаклига кирмайди:

сурункали гипертрофик *

ўткир серозли

сурункали фиброзли

сурункали грануляцияланган

сурункали гранулематоз

Сурункали фиброз периодонтитда шиллиқ қаватда:

ўзгариш йўқ*

оқма йўл мавжуд

гиперемияланган

бироз бўртиб чиққан

коллатерал шиш

Асосий текшириш усулларига киради:

сўров,кўрик, пайпаслаш*

сўров

Р-графия, ЭОД

РМА,ПИ,КПИ, индексни аниқлаш

лаборатор текшириш усуллари

Писарев-шиллер пробаси

Периодонтитни боғлов аппарати тузилган:

даста ҳосил қилувчи коллаген толалардан*

хужайравий элементлардан

бир-бирига параллел жойлашган эластик толалардан

бир-бирига параллел жойлашган эластик ва коллаген толалардан

эластик толаларидан

Тишлараро суяк тўсиғи тузилган:

суяк пластинка ва остеон тизимидан тузилган ва кортикал пластинка
ҳосил қилувчи*

компакт суяк тўкимасидан

остеобласт ва остеокластдан

остеобласт тизимли суяк пластикасидан

остеокластдан

дағал тўқимали коллаген толаларидан

Экссудация боскичида ўткир периодонтитга хос:

доимий симилловчи, тиш шикастланганда, ортиб борувчи оғриқ *

ҳароратли таъсуротдан

тунги оғриқ

кимёвий таъсуротдан оғриқ

хуружсимон оғриқ

Илдиз учи соҳасида олов шарпаси билан суяк ўзгариши кузатилади:

сурункали грануляцияловчи периодонтитда *

сурункали гранулематоз периодонтитда

сурункали фиброз периодонтитда

ўткир чўққили периодонтитда

сурункали гипертрофик пульпитда

Милкда вазопарез симптоми хос:

сурункали грануляцияловчи периодонтитга *

сурункали фиброз периодонтит

сурункали гранулематоз периодонтитга

ўрта кариесга

понасимон нуксонга

Рентгенограммада илдиз чўққи соҳасида:

суяк тўқимасининг юмалоқ шаклда чегараланган остеопороз ўчоғи
хос:

сурункали гранулематоз периодонтитга*

сурункали фиброз периодонтитга

сурункали грануляцион периодонтитга

ўткир периодонтитга

ўткир диффуз пульпитга

Рентген суратида грануляцияли перидонтитда бўлади:

суяк тўқимасини чегараси аниқмас "олов шарпаси" каби емирилиш
ўчоғи*

суяк тўқимасини доира шаклида емирилиш ўчоғи 0,5 см диаметр гача

нуксон доира шаклда диаметри 0,7 см гача

илдиз чўққисида перидонтитни калинланиши

илдиз чўққисида кистогранулема

Ўткир чўққили периодонтитни оғриқ жадаллиги қуйидагига
боғлиқ:

экссудат характери*

оқма йўл борлиги

экссудат миқдори

гранулема турига

суяк тўқимаси деструкция даражасига

Сурункали фиброз периодонтит киёсланади:

ўрта кариес билан*

маргинал периодонтит билан

чуқур кариес билан

ўткир учли периодонтит билан

ўткир диффуз пульпит билан

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР.

1.Ўткир периодонтитлар этиологияси. Патогенези.

2.Каналларни механик кенгайтириш учун қандай эндодонтик
асбоблардан фойдаланилади?

3.Периодонтитларни бир қатновда даволашга кўрсатмалар.

4. Каналларни кимёвий кенгайтириш учун қандай воситалар қўлланилади? Ўтказиш техникаси.

5. Периодонтитларни уч қатновда даволашга кўрсатмалар

6. Ўткир периодонтитли тишларни даволашда илдиз каналини пломбалашда қўлланиладиган пломба ашёларини изоҳланг

7. Ўткир периодонтитни интоксикация босқичи.

Этиопатогенез. Клиника

8. Ўткир периодонтитни экссудация босқичи. Этиопатогенез. Клиника. Қиёсий ташхис.

9. Ўткир периодонтитни тишларни даволашда илдиз каналига медикаментоз ишловда қўлланиладиган ашёларини изоҳланг

10. Ўткир периодонтит интоксикация босқичи. Этиопатогенез. Клиника. Қиёсий ташхис.

11. Ўткир периодонтит экссудация босқичи: клиника, қиёсий ташхислаш. ЭОД натижаси, рентген кўриниши

12. Маргимушли периодонтит, клиникаси, даволаш

13. Периодонтитларни физиотерапевтик усулда даволаш.

3. БОБ Сурункали ва сурункали қайталанадиган периодонтитлар.

Клиникаси, патологик анатомияси, ташхиси, қиёсий ташхиси ва даволаш усуллари.

Сурункали периодонтитларнинг клиник кечишлари.

Тавсия этилган таснифга мувофиқ сурункали периодонтитлар (Per. chronica) уч тур (хил) га бўлинадилар:

1. Сурункали фиброз периодонтит (per. chronica fibrosa)
2. Сурункали гранулематоз, гранулема периодонтит (per. chronica granulematosa sev granuloma).
3. Сурункали грануллашган периодонтит(per. chronica granulans)
4. Сурункали периодонтит (per. chronica) нинг қайталаниши – қайталанган сурункали периодонтит (per. chronica exacerbata) билан ҳам танишамиз.

Сурункали фиброзли периодонтитнинг клиник кўриниши, кечиши бошқа турдаги периодонтитлардан тубдан фарқ қилади. Жуда кўп адабиётларда унинг белгисиз кечади дейилган. Бу нотўғри маълумот. Чунки, бу тишда кўпинча кариес коваги бўлади. Агар олдинги тишларда сурункали фиброз периодонтит бўладиган бўлса, бемор ҳуснбузарлик (косметический дефект), қўланса ҳид чиқишига, тишнинг рангини ўзгаришига каби қатор шикоятларни айтиб ўтади. Тўғри, айрим пайтларда, баъзи беморлар касал тишни борлигини билмасликлари, ёки майда-чуйда нохушликларга аҳамият бермасликлари ҳам мумкин.

Периодонт тўқимасидаги фиброз ўзгаришлар, яъни сурункали фиброзли периодонтитга ўхшаш ўзгаришлар кўприксимон протезлар қўйилган тишларда, ўткир периодонтит,сурункали пульпитларни даволагандан сўнг ҳосил бўлиши мумкин.

Бундай ўзгаришлар даволашни талаб этмайди, периодонт ўз вазифаларини бажараверади.

Айрим пайтларда, хусусан кариес коваги билан тиш пульпаси жойлашган бўшлиғи ораси овқат қолдиқлари билан ёпилиб қолса, беморлар чайнов пайтида сурункали фиброзли периодонтит билан оғриган тишларида озрок оғриқ ёки нохушлик сезадилар.Кўпинча кариес коваги билан тиш бўшлиғи орасида дентин тўқимаси – пластинкаси билан ёпик ҳолда бўлади.

Сурункали гранулематоз, ёки грануллашган периодонтитни даволагандан кейин – даволаш натижасида периодонт тўқимасида фиброзли сурункали периодонтитга ўхшаш ҳолат кузатилади ва бу махсус даволашни талаб қилмайди.

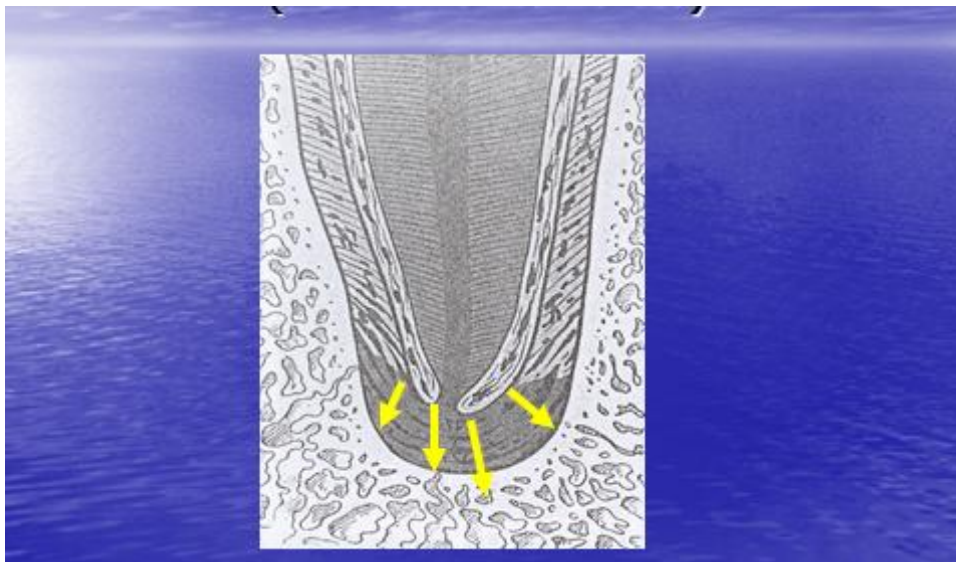
Объектив кўришда, врач, касал тишда кариес коваги борлиги ва кўпинча, у тиш бўшлиғи билан алоқадорлигини ёки оралиқ ёпик эканлигини, тиш каналларида пломба, ёки пломба қолдиқлари борлигини кўради.

Тиш эмалининг ранги ўзгарганлигини ёки ўзгармаганлигини, перкуссия оғриқсизлигини, тиш атрофида юмшак тўқималарда ўзгариш бўлмаслигини қайд этади.

Шуни алоҳида таъкидлаш зарурки, И.Г. Лукомский (1958) сурункали периодонтитларни турларини фақат рентгенограмма ёрдамида аниқлаш мумкинлигини айтади ва ҳозирги вақтда бу нарсa устивор ҳисобланади.

Сурункали фиброз периодонтитда периодонт тўқимаси қалинлашганлиги,ёки юпқалашганлиги ва бу ҳолат тўқиманинг турли жойларида турли даражада эканлиги, асосий ўзгариш илдиз чўққиси атрофида эканлиги рентгенограммада яққол кўринади, лекин альвеола суягида ўзгариш йўқлиги ҳам бу тур сурункали

периодонтитга хос ҳолатдир. Рентгенограмма периодонт ёриғининг баъзи жойларида кенгайганлигини, баъзи жойларида эсаторайганлигини, яъни деформация шаклидаги ўзгаришлар борлигини кўрсатади. Сурункали фиброзли периодонтит узоқ вақт давом этган яллиғланиш оқибатида келиб чиқар экан, демак бунда кўпинча иккиламчи цементдаги ҳужайралар таъсирланиши, қитиқланиши, оқибатда улар цемент тўқимасини аста секин ҳосил қила бошлайдилар ва бу гиперцементоз тариқасида рентгенограммада намоён бўлади.



Расм-12

Патологик анатомияси. Сурункали фиброзли периодонтитда периодонт тўқимасида ҳужайрали элементлар камайиб, қўпол толали фиброз тўқималар кўпаяди. Периодонтниг айрим жойларида кичик ўчоқли яллиғланиш инфильтратлари ва қон

томирларининг склероз ўзгаришлари кўринади. Тартибсиз жойлашган қўпол толалар периодонт тўқимасида чандиксимон тўқима тусини олади ва бу ўзгаришлар асосан илдиз чўққиси атрофида ривожланган бўлади.

Сурункали грануллашган периодонтит. Агар сурункали фиброзли периодонтит анча енгил кечадиган, камроқ патологик ўзгаришлар билан характерли бўлса, грануллашган периодонтит энг прогрессив жараён бўлиб, фаоллашган тарзда, илдиз атрофидаги нафақат периодонт, балки суяк тўқимасида патологик сўрилишлар билан кечадиган, организмни заҳарлашда фаол иштирок этадиган касаллик ҳисобланади. Жараён периодонт ёриғининг ташқарисига тарқалади. Бу периодонтит ўткир периодонтитдан кейин ёки сурункали периодонтитнинг босқичларидан бири тариқасида пайдо бўлиб ривожланади.

Грануллашган периодонтитда бемор ўз-ўзидан нохуш симилловчи оғриқлар, тишни босганда, тегиб кетганда пайдо бўладиган оғриқларга, қўланса ҳид пайдо бўлганлигига, олдинги тишларда эса косметик нуксонга олиб келади, баъзида милкда кичишиш. Айрим пайтларда оғриқсиз кечади. Оғриқ, асосан, кариес коваги ва тиш бўшлиғи ёпилиб қолганда зўраяди.

Врач бемордан савол-жавоб қилганда, ўтмишда (анамнездан) бу касал тишда баъзи-баъзидан оғриқлар кучайиши, милк шиши, ва унда «пилла» абсцесс пайдо бўлганлигини ва унинг ёрилиши оқибатида оқма ва ундан гох-гоҳида йиринг чиқиб туришига шикоят қилади.

Объектив кўрикда тиш илдизи атрофида юмшоқ тўқималарни қизарганлигини, кўкимтир тус олиб биров шишганлигини, бармоқ

билан босганда, бармоқ изи узок вақт давомида юмшоқ тўқимада сақланиши намоён бўлади (вазопарез холати). Бу сурункали яллиғланиш натижасида ажралиб чиққан, ёки хосил бўлган маҳсулотларни асаб толаларини карахтлиги туфайли, қон томирлар ўз вазифаларини тўлиқ адо эта ололмаётганини кўрсатади. Қон томирлар таранглиги (тонуси) пасайиб, ўз вақтида, меъёрдагидек қон олиб келишини ва вена қонининг окиб кетиш жараёни бузилганлигидан далолат беради. Пайпаслаб кўрилганда илдиз учи қисмида альвеола суякнинг емирилганлигини кўриш мумкин.

Бу периодонтитни энг кўп учрайдиган белгиси: оқма йўл,ёки оқма ўрнидаги чандиқлар. Оқма йўлнинг жойлашиши турлича бўлиши мумкин. Улар асосан илдиз учига тўғри келадиган оғиз бурмаси, баъзида эса оғиз бўшлиғидан ташқарида, терида ҳам бўлиши мумкин.

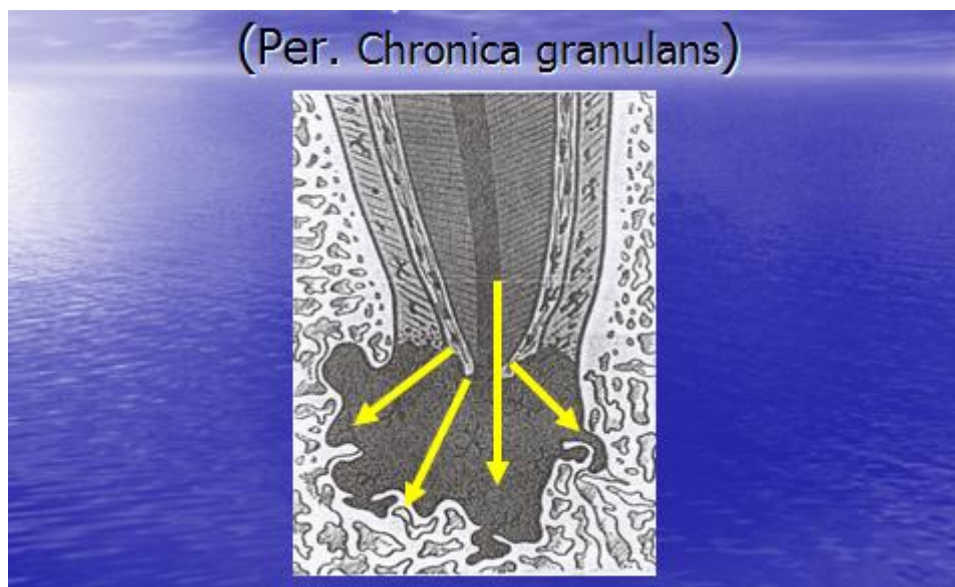
Даволанмаган сурункали грануллашган периодонтит билан оғриган тишни перкуссияси оғриқли ёки сезгирлиги ошганлиги кузатилади.

Кўпинча четки-регионар лимфа тугунлари касал тиш томонида катталашган, уларни пайпаслашда оғриқли бўлиши мумкин.

Оқма йўл чиқиш қисмларида грануляция тўқималари, улардан қон окиб туриши, уларнинг полипсимон, оёкли эканлигини кўриш мумкин. Юқорида айтилгандек оқма йўл битганда унинг ўрнида чандиқ ҳосил бўлиши мумкин. Оқма йўл мавжудлиги клиник кечишни енгиллаштиради, чунки бу яллиғланишдан хосил бўлган чириндилар шу йўл билан чиқиб

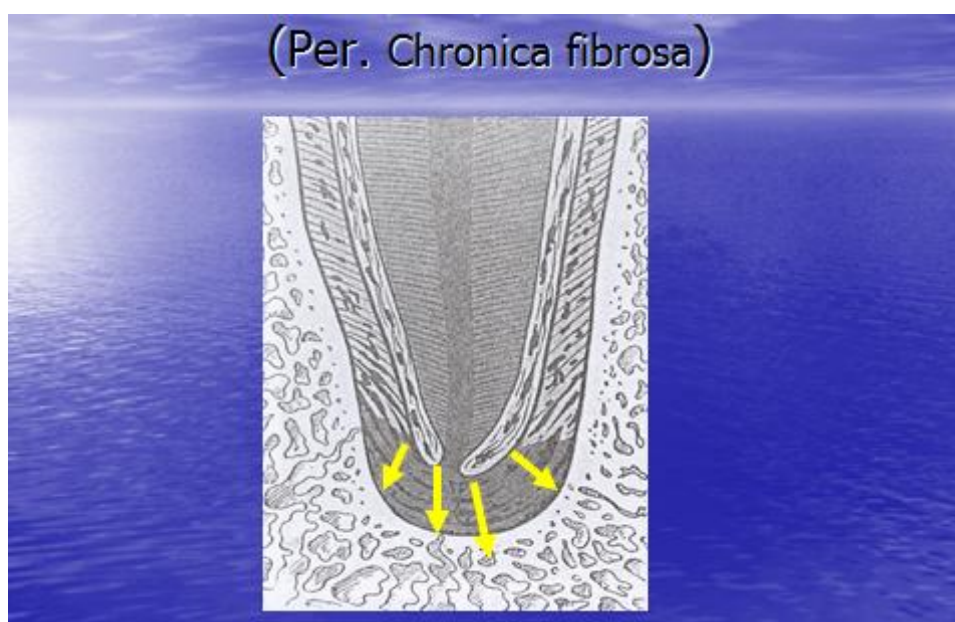
туради ва танага камроқ зарар келтиради. Рентгенологик текширганда олинадиган маълумот грануллашган периодонтитга ўта хосдир. Яллиғланиш оқибатида унга жавобан пайдо бўлган грануляцион тўқима альвеола суяк тўқимасининг кўмик пластинкасига ўсиб боради. Периодонт тўқимасининг деструкцияси – тузилишинг бузилишига олиб келади. Илдиз чўққисида турли катталиқ ҳажмда, аниқ чегараси бўлмаган суяк емирилиши борлигини кўришимиз мумкин.

Суяк тўқимасининг емирилиши билан бирга илдиз учининг емирилганлиги кузатамиз. Грануллашган периодонтит, бошқа сурункали периодонтитларга кўра кўпроқ учрайди ва тез-тез қайталанади ва ички заҳарланиш, йиринг оқиб туриши, шишлар пайдо бўлиши ва бошқа асоратларга олиб келади.



Расм-13

Патологик анатомияси. Грануллашган периодонтитда, грануляцион тўқима ҳосил бўлиши билан, унда кўп капилляр, фибробластлар, айлана шаклдаги плазмоцитлар, ва лейкоцитлар аниқланади. Ёш грануляцион тўқима, дастлаб пайдо бўлганлигида унда гликоген, нейтрал ва нордон мукополисахаридлар миқдори кўпаяди. Периодонтнинг илдиз чўққи қисмида грануляцион тўқима аста-секин чўққи атрофидаги тўқималар, остеокластлар таъсирида альвеоланинг компакт пластинкасида деструкция,емирилиш билан кечиши мумкин. Грануляцион тўқима жағ суяк кўмигига ўтиб, оқма йўлни ҳосил қилади,ва ундан йиринг чиқа бошлайди, баъзида милк ости, тери ости гранулемалар ҳосил бўлади. Суяк ва бошқа тўқималарнинг емирилиши оқибатида ҳосил бўлган захарлик моддалар кўп миқдорда қонга сурилиб, тананинг умумий захарланишига олиб келади.



Расм-13

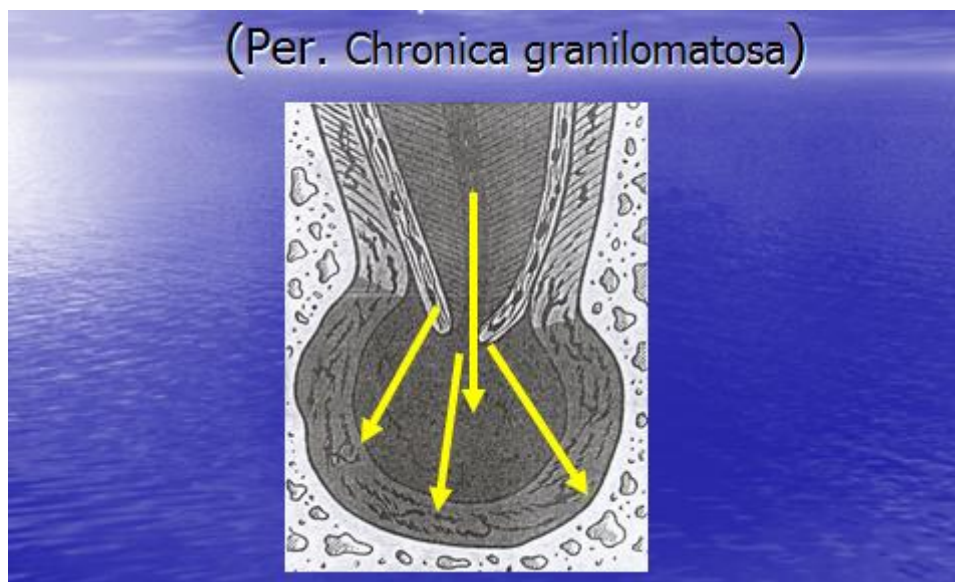
Сурункали гранулематоз, гранулема периодонтити. Кўпинча оғриқсиз кечади, беморлар юқорида кўрсатилган нохуш сезгиларга шикоят қилади, баъзида симилловчи оғриққа, тишни тишга босганда оғриққа шикоят қиладилар.

Объектив: Тишда кариес ковак ёки пломба мавжудлиги кузатилади, камдан кам холларда тиш бутун бўлиши ҳам мумкин. Илдиз каналларида пульпа чириндилари, перкуссияда оз миқдорда оғриқ кузатилиши мумкин. Баъзида гранулёма атрофида суяк тўқимасининг бўртиб қолганлиги, қаттиқ ҳосила кузатилиши мумкин. Ренгенологик кўрикда чегараланган, 0,4-0,5 см катталиқда айлана ёки овалсимон шаклда суяк тўқимасининг емирилиши кузатилади. Фақат қайталанганда аниқ чегаралари контури ўзгариши мумкин. Сифатли даволанган сурункали гранулематоз периодонтит фиброз шаклига ўтиши мумкин.

Патологик анатомияси. Гранулематоз периодонтит кўпроқ турғун (стабил) ва камроқ фаол бўлади. Периодонт тўқимаси грануляцион тўқимага айланиб боради, гранулема атрофидаги суякдан фиброз парда (капсула) билан ўралган ва толалари периодонт тўқимасига ўтади. Гранулема марказида кўп миқдорда плазматик ҳужайралар, эпителиал иплар (тяжи), ёки пардалар (выстилки) жойлашган. Шу сабабли гранулёмалар оддий (ноэпителиал) ва мураккаб (эпителиал)га бўлинадилар.

Баъзи муаллифлар (Е.В. Левицкая, Н.Н. Скурская ва бошқалар) гранулёмаларни 3 та гуруҳга бўлишни тавсия этадилар. 1-гуруҳга продуктив жараённинг энг олдинги фазасида кечиши, томирларга ва ёш гистоген ва гематоген ҳужайраларга бой гранулёмалар киради. 2-гуруҳга фибробластлар кўп бўлиб,

коллагенизация ва гиалиноз жараёнлари билан кечадиган гранулёмалар, 3-гуруҳга яллиғланиш жараёнлари қайталанган – етилган толали бириктирувчи тўқималар орасида янги яллиғланиш ўчоқлари, инфильтрацияси бор бўлган гранулёмалар киради. Эпителий билан ўралган бўшлиқлари бор бўлган гранулёмалар кистасимон – кистагранулёмалар деб аталади. Кистогранулёма 2 йўл билан ҳосил бўлиши мумкин. Биринчиси – гранулёма марказида вакуолли дистрофия жараёни кечиши ва унинг натижасида тўқималар парчаланиши оқибатида бўшлиқ пайдо бўлади. Иккинчиси – гранулёманинг марказида йиринглаш жараёнидан сўнг ҳосил бўлган бўшлиққа атрофдаги эпителийни ўсиб кириши натижасида бўшлиқ ҳосил бўлади. Бу бўшлиқда дегенерацияга учраган эпителий яллиғланиш оқибатида эозинофилли экссудат, ёғли ва оқсилли детритлар тўпланади. Детритнинг чириши натижасида холестерин кристаллари ҳосил бўлади, булар эса илдиз олди (околокорневые) кисталар ва кистагранулёмалар таркибий қисмига киради. Кистогранулёмаларнинг ҳажми 0,5-0,8-1,0 см тенг бўлиб, радикуляр кисталардан кичикдир. Лекин гранулёма ёки кистагранулёмани фақат патологоанатомик текширув тасдиқлайди.



Расм-14.

Сурункали қайталанган (обострение) периодонтит.Энг кўп қайталанидаган периодонтит бу сурункали грануллашган ва гранулёматоз периодонтит, энг кам қайталанидиган сурункали фиброз периодонтит.

Қайталанган сурункали периодонтитни клиникаси ўткир периодонтитникига ўхшаш кечади. Баъзида уларнинг бир-биридан фарқлаш қийин. Ҳар иккаласи ҳам беморлар ўткир оғриқ, баъзида оғриқ зарарланган тишдан тарқалиб қулоқга, чаккага, ва бошқа соҳаларга таркалади, тишга тегинганда, овқат чайнашда оғриқ зўрайишига, тиш атрофи шишганлигига шикоят қилишади. Ундан ташқари регионар лимфа тугунлар оғриқли тиш томонида катталашган, пайпаслаб курилганда оғриқли бўлади.

Объектив кўрикда – перкуссия кескин оғриқли, тиш қимирлаб қолганлиги, унинг атрофидаги юмшоқ тўқимлар қизариб

шишганлигида, бу ҳолат битта тиш соҳасида эмас, атрофдаги тишларга ҳам тарқалади, тана ҳарорати кўтарилиши (38-40 С) кузатилади. Зарарланган тиш атрофидаги абсцесс, баъзи бир ҳолларда флегмона, лейкоцитоз, эритроцитларни чўкишини тезлашганлиги ҳам кузатилиши мумкин. Беморларда уйқуси, иштаҳасининг бузилиши, бош оғриши кузатилади.

Рентгенограммада у ёки бу пролифератив сурункали периодонтитга хос ўзгариш борлиги кузатилади. Лекин рентгенологик ўзгаришларнинг катта кичиклиги клиник ўзгаришарга тўғри келмаслиги мумкин: баъзида рентгенологик ўзгаришлар унча ривожланмаган бўлсада, клиник ўзгаришлар авж олган ёки тескари бўлиши мумкин.

Патологик анатомияси Қайталанган сурункали периодонтитдаги патоморфологик ўзгаришлар патологик жараёни қачондан бери давом этишига боғлиқ бўлади, беморнинг ёши, саломатлиги, иммунологик статуси катта аҳамиятга эга. Асосан экссудатни кўпайиши, нейтрофил лейкоцитлар, бошқа хужайралар ва тўқима толаларнинг кўпайиши билан характерланади.

Периостит ва ўткир одонтоген остеомиелит қайталанган сурункали периодонтит, ёки ўткир периодонтит дастлабки асоратлари деб ҳисобланади. Уларнинг бир- биридан таққослашда рентгенологик кўрик катта аҳамиятга эга.

Жағ периостити – бу альвеола ўсимтасини ёпиб турувчи пардасини ўткир абсцессли яллиғланишидир. Бунда ўткир оғриқлар бўлиб, қулоққа, чаккага, кўзга тарқалади. Тишга тегканда ўткир ёки сурункали периодонтитдан камроқ оғриқ кузатилади.

Иссик эритмалар билан чайқаш оғриқни пасайтириши ёки зўрайтириши ҳам мумкин. Зарарланган тиш томонида юз шишганлиги кузатилади. Тана ҳарорати 36,7 – 37,8 ёки 38-39 С ҳам бўлиши мумкин.

Умумий заҳарланиш аломатлари – бош оғриғи, ҳолсизлик каби ҳолатлар кузатилади. Коллатерал шишлар пайдо бўлиши периоститга хос белгидир, периодонтитда бу ҳоллар кузатилмайди. Периоститда юз ассиметрияси зарарланган томонда яққол кузатилади. Агар жараён пастки лабда кечса унда шиш пастки лабга лунжнинг пастки қисмига, даҳанга (ияк ости) ва жағ ости қисмлари шишади. Периоститда тери ранги ўзгармаган, ҳаракати яхши бўлади.

Объектив кўрикда пайпаслашда оғиз даҳлизи томон қизариш, суяк пардасини диффуз қалинлашганлиги кейинчалик шу соҳа юмшаб унда флюктуация (бармок билан пайпаслаганда суюқлик борлиги) аниқланади. Ўткир йирингли ёки сурункали қайталанган периодонтитларда эса суяк усти пардасида реактив яллиғланиш кузатилмайди. Периоститда тарқалган, периодонтитда чегараланган яллиғланиш, периодонтитда 1-2 тишда перкуссия оғриқли бўлади, периоститда бу оғриқлар камроқ, регионар лимфа тугунлар кўпроқ периоститда шишган, пайпаслаганда оғриқли бўлади. Юқори жағда жойлашган тишлар сабабли периостит кузатилса шиш қаттиқ танглайга тарқалади ва у соҳада абсцесслар ҳосил бўлади. Бунда қаттиқ танглайда овалсимон, ёки айланасимон шишлар, атрофдаги тўқималарни қизариши, танглай бурмаларини текисланиши, кескин оғриқлар, юмшоқ тўқималарнинг суякдан ажралиши, лўқилловчи оғриқлар

намоён бўлади. Қон тахлилини ўтказганда, унда лейкоцитоз,(10-14 минг), нейтрофилёз 70-80%), таёқчасимон нейтрофилларнинг кўпайиши (14-17%) эритроцитларнинг чўкмаси тезлашишуви(16-30 мм 1соатда) каби ўзгаришлар кузатилади. Одатда,5-6 соатдан сўнг оғриқлар пасайиб боради чунки экссудат атрофдаги тўқималарга тарқалади, абсцесс ичидаги босим пасаяди, аста-секин йиринг альвеола ўсимтаси шиллиқ қаватига ўтади. Перкутор кескин оғриқ кузатилмайди, яқин кунларда абсцесс ўз- ўзидан ёрилади.

Рентгенологик текширувда йирингли периоститда айтарли суяк ўзгаришлари кузатилмайди, бу эса периоститни остеомиелитдан фарқи бўлиб хисобланади.

Ўткир остеомиелитда суякда аниқ ва кўпол ўзгаришлар борлиги рентгенограммада кўриниб, суякда чириш ва баъзи қисмларда секвестрлар ҳосил бўлиш билан характерланади. Клиник кечишида эса, ўткир, тўхтамасдан, гуёки узиб олгандай қаттиқ чидаб бўлмас даражада оғриқ, тана ҳароратининг 39 – 40° С гача кўтарилиши, эт уюшиши, алаҳсириш, уйқусизлик, иштаҳа йўқолиши, ютишнинг қийинлашуви каби умумий тана ўзгаришлари борлиги қайд этилади. Нафас олиш ва пульс тезлашади.

Объектив кўришда, врач беморнинг умумий аҳволи анча оғирлашганлиги, юзининг ассиметрияси, тилнинг карашланганлиги, оғиздан қўланса ҳид келиши, милк қизариб шишганлиги, оғиз бурмасининг текисланганлиги, бир неча тиш қимирлаб қолганлиги ва уларда перкутор оғриқлар борлиги, яъни патологик жараён тарқалганлиги каби аломатларни кўриш

мумкин. Бир вақтнинг ўзида юзда коллатерал шишлар, регионар лимфа безларини шишганлиги, уларни пайпаслаб кўрганда оғриқли бўлишлари юзага келади.

Қон таркибида лейкоцитоз (20 – 28 минг), эритроцитлар чўкиш реакцияси соатига 40 – 70 мм, эозинофиллар йўқолиши, лимфоцитлар сони камайиши (10 – 15%) каби ўзгаришлар бўлиши қайд этилади. Оқсил фракциялари альбуминни камайиши ва α_1 , ва α_2 – глобулинларни кўпайиши билан характерланади. Касаллик бошлангандан кейин 7 – 10 кунда рентгенологик ўзгариш пайдо бўла – бошлайди. Бунда остимиелит

сатҳига тўғри келадиган суякда емирилиш борлиги аниқланади.

СУРУНКАЛИ ПЕРИОДОНТИТНИ ТАШХИСЛАШ, ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ .

Энг асосий ташхис, хусусан қиёсий ташхис бу рентгенологик текширув, яъни периодонт ва унинг атрофидаги суяк тўқимасида кузатиладиган ўзгаришларга асосланган.

Сурункали периодонтитни ташхиси рентгенологик текширув ўтказилмаса қўйилмайди ва шундан кейин даволанилиши мумкин.

Сурункали фиброзли периодонтитни ва бошқа турдаги периодонтитни клиник белгиларига қараб, тахминан аниқлаш мумкин: сурункали фиброз периодонтитда тиш олдин даволанган ёки даволанмаган бўлиши мумкин, тишда кариес ковак бўлиши ёки

бўлмаслиги мумкин. Агар тишда кариес ковак ёки пломба қолдиқлари бўлса, тиш бўшлиғи билан тиш коваги орасида алоқа йўқлиги зондлаш Билан аниқланмаса, унда ўрта кариес Билан киесий ташхис ўтказилади.

ҳар икки касалликда ҳам зондлаш оғриқсиз бўлади. Бунинг учун термодиагностика ва одонтодиагностика қўллаш мумкин. Термодиагностика шунга асосланганки, ўрта кариесда пульпа иссиқ- совуқга реактивлигини кўрсатиб, тишда шу таъсиротлардан сезгирлик пайдо бўлиши мумкин.

Электроодонтодиагностикада эса, ўрта кариес касаллиги тиш асаб бирикмасини электр токига сезиш даражасини оз миқдорда камайганлиги 15-20 мкА ток кучи тишда салгина оғриқ чақиради, яъни пульпани тириклигидан далолатдир, периодонтитда эса ўлиб чириб бўлганлиги сабабли, тиш 100 ва ундан кўпроқ мкА ток кучига, худди тишга бир нарса суқилгандек (покалывание) периодонт реакцияси жавоб беради. Ундан ташқари рентгенограммада сурункали фиброзли периодонтитга хос периодонт тўқимаси кенгайганлиги, торайганлиги, яъни деформацияси кузатилади, ўрта кариесда эса бундай рентгенологик ўзгаришлар кузатилмайди.

Сурункали грануллашган периодонтит нинг клиник кечишида йиринг йўллари – оқмалар (свищ) ёки улар битганидан сўнг ҳосил бўладиган чандиқлар кузатилади. Тишда пломба ёки кариес ковак бўлиши мумкин. Илдиз проекциясини бармоқ билан босганда бармоқ изи қолиши кузатилади (пастозность), оғриган тишда бемор ноқулайлик, қўланса ҳид пайдо бўлиши кузатади.

Анамнездан сурункали периодонтит вақти-вақти билан, айниқса шамоллаганда, қайталанилишини кўрсатади.

Сурункали гранулематоз периодонтит да ҳам бемор касал тишни анчадан бери борлигини тасдиқлайди, даволанган ёки даволанмаган, ёки қисман даволаниб охирига етказилмаганлигини айтади, вақти вақти билан нохуш сезгиларга шикоят қилади.

Бунда ҳам оқма йўл, ёки унинг ўрнидага чандиқлар кузатилиши мумкин. Ҳамма сурункали периодонтитларни ташхислашда ёрдамчи ягона усул – рентгенологик.

СУРУНКАЛИ ПЕРИОДОНТИТЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.

Периодонт касалликларини даволашда бир неча йилликлар олдин бошланиб, ҳозиргача энг катта муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. кда.

Периодонтитнинг турли асоратлари ва улардан келиб чиқадиган тана касалликлари, улар келтирадиган салбий натижалар, бугунги стоматологияни ҳам муаммолари бўлиб қолмоқда.

Даволаш принциплари – тутамлари. Периодонтитларни даволашдек мураккаб ишни бажариш учун, И.Г. Лукомскийнинг ибораси билан айтганда, уч жойга таъсир этиш зарур: 1.- инфекцияли макроканалга, 2 - инфекцияли кичик микроканалларга, 3 – яллиғланган периодонт тўқималарига таъсир

этиш шарт. Хар бир уч объектдан бири, ўзига хос физикавий ва биологик хусусиятларга эга бўлганлиги учун, бир вақтнинг ўзида уччала объектга таъсир кўрсатадиган биргина топиш қийин иш.

Сурункали периодонтитларни даволаш босқичлари.

Терапевтик консерватив даволаш усуллари қўлламоқчи бўлган врачнинг олдида қуйидаги аниқ вазифалар туради: Катта ва кичик каналларга инфекцияга таъсир кўрсатиш, яллиғланишдан ҳосил бўлган биогенларни ва периодонтдаги яллиғланишни йўқотиш; периодонт тўқимасидаги регенерация вазифасини бажарувчи компонентларини ишга солиш, организмга десенсибилизация ўтказиш.

Макроканалларга таъсир этиш: асбоблар ва дори дармонлар билан ўтказилади. Асбоблар билан ишлов бериш – жарроҳлик муолажа бўлиб, улардаги пульпа ва дентин чириндиларни олиб ташлашга қаратилган. Бу муолажа пульпоэкстрактор,файллар, Керр игналари ва бошқа майда асбоблар ёрдамида бажарилади. Ушбу муолажалар 2-4% натрий гипохлорид,хлоргексидин ёки 3% водород пероксиди ёрдамида ўтказилади, бундан ташқари каналларга антибиотиклар, ферментлар эритмаси ёрдамида ишлов бериш мумкин. Илдиз каналларига таъсир этиш: тезлаштирилган (ускоренный), ёки секинлаштирилган (замедленный) га бўлинади. Тезлаштирилган усул ўткир, ва қайталанган сурункали периодонтитларни М.И. Грошиков усули билан бир катновда даволаш. Секинлаштирилган усул тишга ишлов бериш хамма этапларини босқичма- босқич бажарилади, аввал кариес ковакга ишлов берилади, каналлар кириш қисми очилади, ковак тубига 2-4%

хлорофиллипт,эвгетин,крезодент,крезофен эритмасидан қўйилиб 1-2 кунга боғлам остига қолдирилади. Тор ёки ўтмас илдиз каналлари кимёвий усулда ЭДТА сақловчи эритмалар Канал- Плюс, Канал глайд, Канал-А, Эндожи билан ишлов берилади. Уни таъсири шундаки ЭДТА эритмаси каналдаги дентин кальцийси билан бирикиб дентинни эритади. ЭДТА нинг 10-12% ли нейтрал ёки кам ишқорий эритмаси қўлланилади. ЭДТА эритмаси пахта турундасига шимдирилиб канални ўтадиган қисмигача олиб борилади ва 20-30 секундга қолдирилади. Ушбу муолажа 2-3 маротаба ўтказилади. Сўнг илдиз каналлари механик равишда Н-файллар, К-файллар, профайллар, протейперлар,Ни-ти файллар, джи-ти файллар,шейперсониклар ёрдамида кенгайтирилади ва ишлов берилади. Сўнг канал спирт билан ювилиб қуриштилади. Комплексон каналдаги тузларни эритгач, каналларга антисептиклар ёки 0,1% лизоцим эритмаси билан каналнинг ўтган қисми ишлов берилади. Кўп илдизли тишларни даволашга 2-4 қатнов керак.

Вақтинчалик боғлам воситалари.

Восита	Ишлаб чиқарувчи фирма	Таркиби
Endotine	"Septodont"	Метакрезол ацетат, этил спирти
Cresophene	"Septodont"	Дексаметазон, дихлорфенол, тимол, эксципиент
Rockles 4	"Septodont"	Дексаметазон, формалин, фенол, гваякол
Rockles 8	"Septodont"	Дексаметазон, формалин, фенол, гваякол
Cresatine	"Pierre Rolland"	Метакрезил ацетат
Paramonochlorophenol Camphre	"Pierre Rolland»	Парамоноклорофенол, камфора
Крезодент эритма	"ВладМиВа»	Камфора, тимол
Крезодент эритма	"Радуга Р"	Камфора, тимол
Илдиз каналларга антисептик восита	"Омега"	Тимол, камфора, антисептик эвгенол, хлоргексидин, дексаметазон

Жадвал-1.

Микроканалларни тизимига таъсир этиш дан мақсад дентин микроканалларидаги инфекцияни ёпиш, йўллари тўсиб, макроканал ёки периодонт тўқимасига ўтмаслигини таъминлаш.

Микроканаллар тизими микробларни энг кўп жойлашадиган соҳа, шунинг учун уларга ишлов беришда ферментлар эритмаси ёрдамида фойдаланилади. Шу билан биргаликда – хлоргексидин, натрий гипохлорид, антибиотикли пасталар, гормонал препаратлар қўлланилади.

Герметизм кўтармаган тишларга Л.Р. Рубин 5% йод эритмаси билан крезодент, купродент эритмалари билан электрофорез қилишни тавсия этилади. Одатда электрофорез муолажалари периодонтитларда 2-3 мартабадан 5-6 мартабагача қўлланилади.

Агар илдиз каналлари ўтмас, тор, қийшиқ йўналишга эга бўлса (Альбрехт) резорцин-формалин аралашмаси, кумуш-нитрати (Говсеев, Я.С. Пеккер) тавсия этилган усуллардан фойдаланиш мумкин. Резорцин-формалин усулида: 40% формалин эритмасида резорцин кристаллари тўйингунича эритилади ва катализатор сифатида 7% ли натрий гидрооксиди қўлланилади. Резорцин ва формалин орасида реакция полимеризация бўлиб 10-14С иссиқлик ажралади. Катализатор шу реакцияни тезлаштиради. Бундан сўнг

охиригача ўтмас каналларни ўтувчи қисми резорцин-формалин пастаси билан тўлдирилади ва даволаш охиригача етказилади. Охирги йилларда резорцин формалин усули ўрнига депофорез усули қўлланилади.

Кумуш нитрати билан импрегнация ўтказиш учун: 4% кумуш нитратини спиртли эритмаси ва тиклантирувчи 4% гидрохинон спиртли

эритмаси қўлланилади. Кумуш ионлари микроорганизмларни ўлдириш хусусиятига эга. Кичик каналларда ион шаклида кумуш узок вақт давомида сақланиб, микроорганизмларга таъсир этади. Бундан ташқари макроканал деворларида кумуш оксиди ҳосил бўлиб, пардага ўхшаб микроканаллардан макроканалларга инфекцияни тушишини олдини олади. Кумушлаш усулидан кейин каналларни (йодоформли, эвгенол, дексаметазон, фенол, формалин, антибиотик сақловчи, пломба ашёлардан фойдаланилиши керак.

Консерватив даволаш усуллари бир ва кўп илдизли тишларда сурункали, қайталанган сурункали периодонтилар, кистагранулёмаларни (2мм гача) даволашда қўллаш мумкин. Каналдаги инфекция ўчоғига чора кўргач каналларни иложи борича тўлиқ пломбалаш лозим, керак бўлганда илдиз учидан пломба ашёларни гранулёма ичига ўтказиш билан тугатиш лозим. Даволаш муолажалари ўтказилгач (6;12;18;24 ойда) контрол рентгенологик текширувларни ўтказиб туриш керак.

ТЕРАПЕВТИК ВА ЖАРРОХЛИК УСУЛЛАР.

Баъзи бир ҳолларда терапевтик усуллар ёрдам бермаса периодонтитли тишларни аралаш усулда (бир қисмини терапевтик, бир қисмини жарроҳлик усуллар билан даволаш мумкин). Ушбу усуллар куйидагидан иборат:

Илдиз чўққиси резекцияси бунда чўққининг тешиги ва унинг атрофидаги патологик ўзгарган тўқималар кесиб олиб ташланади. Периодонтитларни бу усулда даволаш илдиз чўққисида деструктив суяк ўзгаришларини ва анатомик илдиз қийшиқлиги, каналнинг торлиги туфайли пломбалашни иложи бўлмаган ва каналда майда асбобларни синиб қолган ҳолларда қўлланилади.

Коронорадикуляр сепарация пастки катта чайнов (моляр) тишларда ўтказилади. Илдиз бифуркациясидан тиш иккига дистал ва медиал тож қисмига бўлинади. Дистал илдиз канали яхши бўлса охиригача пломбаланади. Медиал илдиз тор бўлганлиги сабабли уни тўлиқ пломбалаш мумкин бўлмаганда **гемисекция** ва илдиз ампутациясини ўтказиш мумкин. Агар иккала илдизни ҳам сифатли пломбалаш мумкин бўлса тиш бифуркациядан иккига бўлиниб иккала қисмига ҳам сунъий коронкалар тайёрланади, тиш атрофидаги патологик ўзгарган тўқималар олиб ташланади.

Реплантация бу-олинган тишни даволаб қайта ўз ўрнига қўйишдир. Консерватив даво натижа бермаганда, тиш анатомик тузилиши чайнашга яроқли бўлган, кўп илдизли тишларда бажарилади.

Операция усули:

Тишни олишда эҳтиёткорлик билан тиш альвеоласини, юмшоқ тўқималарни жароҳатлантirmасдан олиш зарур. Жароҳат дезинфекцияловчи суюқликлар билан тозаланади. Кўпинча изотоник

натрий хлорга антибиотик грамицидин қўшиб стерил марли билан тампонада қилинади. Антибиотик эритма изотоник эритмага олинган тиш солиб қуйилади. Тиш илдизи учи 0,3-0,4 мм олиб ташлаб, ичи тозаланади, каналларга цементли пломбалар қуйилади. Тиш узаги ва альвеола ўсимтаси тозалангандан кейин олиб қуйилган тиш ўз жойига фиксация қилинади, агар жойида турмаса шиналар билан фиксация қилинади. Бу шина икки, уч хафтагача қуйилади. Операциядан кейин оғриқ қолдирувчи препаратлар, анальгин, амидопирин, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, витаминотерапия қўлланилади. Оғиз бўшлиғи шахсий гигиенасига катъий риоя қилиш тавсия этилади.

Ўткир қайталоғчи сурункали периодонтитда кечиктирилган реплантация операцияси бажарилади.

I босқич - тишни олиб ташлаш, тиш альвеоласига тампонда қуйиш (яъни антибиотикка намланган марлини қуйиш) олинган тиш натрий хлор антибиотикка қуйилади.

II босқич - 6 кундан кейин эса ўткир йирингли жараёнлар сўнгандан сўнг тиш альвеоласидан тампон олиниб, реплантация операцияси бажарилади. Бунда ҳам беморга антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, витаминлар буюрилади.

3. Аутоотрансплантация. Жағдаги патологик процесс кечган тишни олиб ташлаб, ўрнига жағнинг бошқа томонидаги тиш олиб қуйилади. Бу усул унчалик эффектив эмас. Шунинг учун бу усул қўлланилмайди.

4. Аллотрансплантация - бир одамдан иккинчи одамга тишни кўчириб ўтқозиш операциясидир.

5. Тиш илдизи гемисекцияси патологик жараён бўлган тишнинг ярмини илдизи билан биргаликда олиб ташлашдир. Бу операция асосан катта

озиқ тишларда бажарилади. Бу операция тиш илдизидан бирортасининг патологик жараёнга ўтишида, иккинчи илдизнинг эса бу жараёнга айланмаган ҳолатларда гемисекция қилинади.

6. Тиш илдиз учини резекция қилиш. Кўпроқ бир илдизли тишларда бажарилади.

Операцияга қарши кўрсатма. Бу операция ўткир қайталовчи сурункали периодонтитда, пародонт оқибатида тишнинг қимирлашида, тиш коронкасининг бутунлай емирилиб кетишида қўлланилмайди.

Операция техникаси. Операция ўтказувчи ёки инфийтрацион оғриқсизлантириш орқали қилинади. Ташқи альвеоляр ўсимта соҳасидан ёйсимон, чизиқли, бурчаксимон, трапециясимон кесмалар қилинади.

Распатор билан суяк усти пардасини ажратиб олинади. Баъзан лунканинг ташқи девори емирилган бўлади ёки илдиз учи атрофидаги ўчоқ суякусти пардаси билан битишма ҳосил қилиб, суяк дефектини келтириб чиқаради. Ташқи тиш альвеоляр деворини йирик шарсимон бор билан трепанация қилинади. Олдинги деворни трепанация қилиб, ясси долото билан олинади, то илдиз учининг юзаси кўрингунга қадар секинлик билан суяк очилади ва кенг долото билан альвеолар ўсимтани девори, чуқурча ёки тешик кенгайтирилади. Грануляцияланган тўқима топилмагандан кейин илдиз учидан 0,3-0,4 мм резекция қилинади. Гранулема билан ажралган илдиз асосини қошиқча ёки пинцент билан то соғ тўқимагача тозалаб олиб ташланади. Илдиз олиб ташлангандан кейин ретроград ҳолатда тиш каналига пломба қўйилади. Агар жароҳат соҳасида қонаш бўлса, қон тўхтатувчи губка қўйилади. Кесилган кесмалар бўйлаб 3-4 та тугунли чоклар қўйилади.

Беморга бундан кейинги даволаш чоралари консерватив давом этади. Бунга уларга антибиотиклар, ампициллин, пенициллин, сульфаниламид

препаратлари,этазол,норсульфазол, вита-минотерапия қилинади. Оғизни фурациллин билан чайиб туриш буюрилади

Асорати: Бу операцияни 1,2 кесувчи тишларда бажараётганда беҳосдан бурун бўшлиғи тубини тешиб юбориш мумкин бўлади. Шунинг учун бу асорат бўлмаслиги сабабли рентген тасвирга қараб тиш илдизи ҳолатини ўрганиш керак бўлади.

Амалий кўникма:

Илдиз каналини « Step Back » усулида механик кенгайтириш техникаси

Мақсад: Талабаларни илдиз каналини «Step Back» усулида механик кенгайтириш техникасига ўргатиш.

Кўрсатма: эндодонтик даволаш усулари.

Керакли жиҳозлар: Стоматологик хона, стоматологик ускуна, стоматологик асбоблар, боғлов ашёлари, дастаклар, борлар, эндодонтик асбоблар, медикаментоз ишлов бериш учун дорилар, анестетиклар, шприц, гемостатиклар, игна.

Бажариладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий кўникма қадамлари (босқичлар)	Босқични бажара олмади (0 балл)	Барча босқичларни бажарди.
1.	Илдиз каналларини кенгайтириш учун асбобларни танлаш (файл, ример, флексофайл)	0	1,5
2.	Илдиз каналларининг кириш қисмини кенгайтириш.	0	2

3	илдиз каналини ўтиш ва ишчи узунликни аниқлаш	0	2
4.	Апикал таянч ҳосил қилиш ISO бўйича №10,№15,20,25 К – файл билан канал ишчи қисмигача айланма ҳаракатлар ёрдамида киритилади ва қиртишловчи юқори-пастга йўналишдаги ҳаракатлар ёрдамида каналга ишлов берилади.	0	2,0
5.	илдиз каналини апикал учлик қисмини асбоб ёрдамида ишлов бериш К – файл №25	0	2
6.	Каналга асбоб ёрдамида ишлов бериш: К – файл №30,№25,№35,№25,№40,№25	0	2
7.	gates gliden асбоблар тўплами ёрдамида каналнинг оғиз қисмини воронкасимон равишда кенгайтириш	0	2
8	№25 Хёдстрем- файл ёрдамида канал деворини силлиқлаш ва текислаш	0	1,5
	Жами	0	15

Тестлар

Бифуркация соҳасида перфорация юзага келди. Қайси усул ишлатилмайди:

тишни олиш*

резекция

ампутация

гемисекция

реплантация

Физиологик тиш-милк чўнтаги ҳисобланади:

тиш ва милк орасидаги 2 мм кўп қаватли ясси эпителий билан
қоплан-

ган ва эмальни насмит пардаси билан туташган ёриқ*

тиш ва милк орасидаги 4 мм ёриқ

цемент ва альвеола орасидаги ёриқ

тиш ва милк орасидаги 3-5 мм ёриқ

тиш ва милк орасидаги 8 мм ёриқ

Периодонт толалари йуналиши:

горизонтал*

кийшик

вертикал

спиралсимон

аралаш

Периодонт чўққи тўқимасини грануляцион тўқима билан
алмашинуви ва оқма хосил бўлиш қуйидагига хос:

сурункали грануляцион периодонтитга*

сурункали фиброз периодонтитга

кистага

сурункали гранулематоз периодонтитга

кистогранулемага

Пастки кўрак тишларнинг ўткир йирингли периодонтитда регионар
лимфаденит кузатилади:

дахан ости*

қулоқ олди

жағ ости

жағ усти

қулоқ орқа

Илдиз чўққисида периодонтал ёриқни нотекис кенгайиши
кузатилади:

сурункали фиброз периодонтитда*

ўткир периодонтитда

сурункали грануляциялашган периодонтитда

сурункали гранулематоз периодонтитда

кистогранулемада

Периодонтитларни хирургик даволашда гемисекция ўтказилади:

пастки молярда*

юқори молярда

пастки премолярда

юқори премолярда

барча тишда

Илдиз ампутацияси ўтказилади:

юқори молярда*

пастки молярда

пастки премолярда

юқори премолярда

фронтал тишларда

Медикаментоз периодонтит ривожланади натижада:

маргумуш пастани дозаси кўп булса*

Тўғри прикусда

ипни тиш билан ўзганда

формалин таъсирида

фенол таъсирида

Периодонтитда тўқималарни шикастланиши жойига қараб
периодонтит ривожланади:

маргинал*

фиброз

гранулематоз

грануляциялашган

гангреноз

Йирингли экссудат периодонтда пастки жағга таркалиши мумкин:

суяк тўқимасига*

гаймор бўшлиғига

кўз косасига

кўз ости сохасига

пешона тери сохасига

Ўткир чўққи периодонтитни ташхислашда аҳамиятли:

яллиғланиш давомийлиги*

интакт тиш

тиш караши

оғриқ йўқлиги

эмаль минерализацияси

Сурункали периодонтитни ўткирлашувида бўлиши мумкин:

умумий ахвол ўзгарган*

умумий ахвол ўзгармаган

интакт тиш

яхши уйку

яхши иштаха

Трипсин таъсирга эга эмас:

эмаль ўтказувчанлигини оширади*

регенерацияни оширади

бактериостатик

фагоцитозни фаоллаштиради

гиалуронидазани ҳосил бўлишини пасайтиради

Сурункали периодонтитни даволашда илдиз каналига антисептик

ишлов бергандан сунг пахтали турудада экссудат изларини

йўқлигидан кейин қилиш керак: (Кейинги катно

илдиз каналини куришиб, пломбалаш*

илдиз канали орқали экссудатга йўл очиш

утув бурма орқали йўл очиш

тишни сугириб ташлаш

кюретаж қилиш

Одонтоген келиб чиқишли сурункали интоксикация намоён
булмайди:

шикоятлар йўқ*

иштаҳанинг бузилиши

бўшашиш

уйқунинг бузилиши

субфебрил тана харорати

Сурункали интоксикацияда қонда кузатилмайди:

ўзгариш йўқ*

иккиламчи анемия

лейкоцитоз

лимфоцитоз

эозинофилия

Ўткир периодонтитда клиник-лаборатор кўрсаткичларга кирмайди:

яхши уйку ва иштаха*

тана хароратини 38 гача кўтарилиши

қон формуласини чапга силжиши

СОЭ ни ошиши (20 мм/соатгач

лейкоцитоз (15000 гач

Сурункали деструктив периодонтитларда организмнинг умумий
бузилишларига кirmaйди:

ўзгаришсиз*

иммунологик реактивликни ўзгариши

бактериал аллергенларга юқори сезувчанлик

қон формуласини ўзгариши

оқсил фракцияларини ўзгариши

Ўткир чўққили периодонтитда (экссудация боскичида биринчи ёрдам
бўла олмайди:

фтор воситаларини қўллаш*

яллиғланишга қарши даво буюриш

экссудатга илдиз канали орқали йўл очиш

дренаж орқали экссудатга йўл очиш

оғриқсизлантириш

Периодонтитларда илдиз каналларига механиқ ишлов беришга кирмайди:

ЭДТА қўллаш*

антисептиклар остида каналнинг 1/3 қисмидан пульпа қолдиқларини олиб ташлаш

антисептиклар остида каналнинг 2/3 қисмидан пульпа қолдиқларини олиб ташлаш

антисептиклар остида пульпа қолдиқларини боскичма-боскич олиб ташлаш

илдиз каналини файллар ёрдамида кенгайтириш .

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР.

- 1.Сурункали грануляциялашган периодонтитни симптоматикаси, рентгенологик харитаси
- 2.Сурункали периодонтитларни консерватив-жаррохлик даволаш усуллари.
- 3.Сурункали периодонтитларга хос симптомларни айтиб беринг.
- 4.Ёмон ўтувчи илдиз каналларини кенгайтиришни кандай усуллари биласиз?
- 5.Периодонтитни ташхислашда учрайдиган хатолар ва асоратларни санаб ўтинг
- 6.Сурункали грануляцион периодонтит. Этиопатогенез. Клиника. Қиёсий ташхис

- 7.Сурункали грануляцион периодонтит. Гранулема.
Кистагранулемалар
- 8.Сурункали периодонтитларда канални пломбалашда
кўлланиладиган пломба ашёларини изоҳланг
- 9.Сурункали грануляциялашган периодонтитни сурункали
гранулематоз периодонтит билан қиёслаш
- 10.Сурункали фиброз периодонтит, клиникаси, қиёсий
ташхис,даволаш.
- 11.Периодонтитларни физиотерапевтик усулда даволаш
- 12.Сурункали кайталанган периодонтит, клиника, даволаш
13. Периодонтитларни икки қатновда даволашга
кўрсатмалар
14. Ёмон утувчи илдиз каналларини кенгайтиришни
қандай усулларини биласиз..
- 15.Каналларни механик кенгайтириш учун қандай
эндодонтик асбоблардан фойдаланилади?
- 16.Периодонтитларни бир қатновда даволашга
кўрсатмалар.
- 17.Каналларни кимёвий кенгайтириш учун қандай
воситалар қўлланилади? Ўтказиш техникаси.
- 18.. Периодонтитларни уч қатновда даволашга
кўрсатмалар

19.Консерватив-жаррохлик усулини ўтказишга кўрсатмалар

4-БОБ. Периодонтит билан оғриган беморларни даволаш жараёнида қўйилиши мумкин бўлган хатоликлар ва улар оқибатида келиб чиқадиган асоратлар. Сурункали ички заҳарланиш ва сепсис.

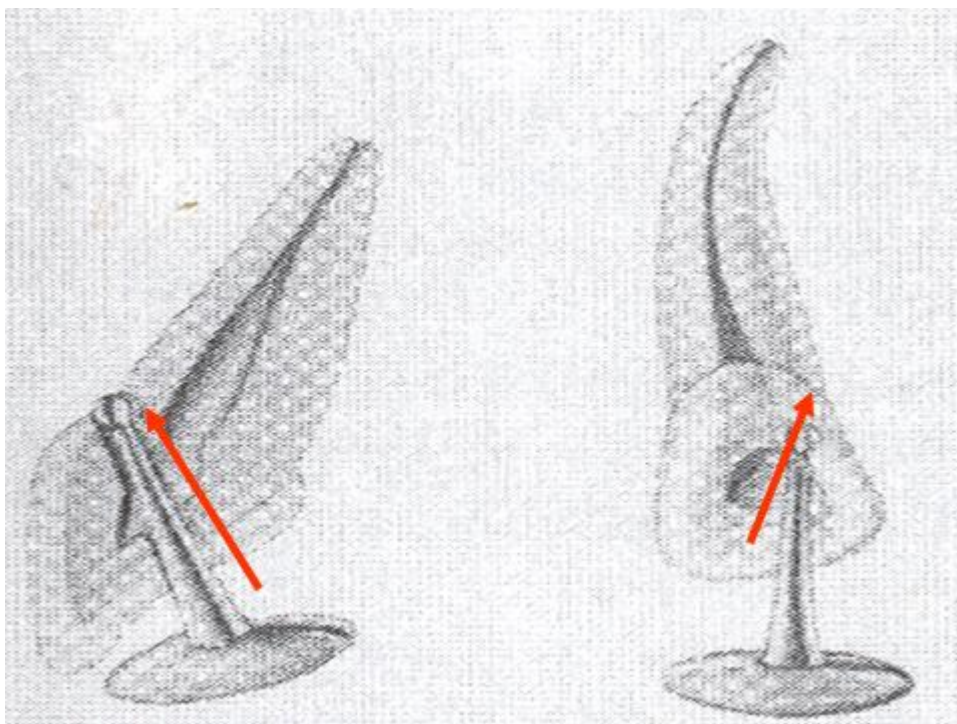
Периодонтит касаллигини даволаш жараёнида ҳам врачнинг эътиборсизлиги ёки билимининг пастлиги оқибатида турли хатоларга йўл қўйилиши ва улар оқибатида келиб чиқадиган асоратлар кузатилиши мумкин. Хато ва асоратлар ташхислаш, қиёсий ташхислашда ҳам бўлиши мумкин бўлиб, ўткир периодонтит билан оғриган беморларда, хусусан, ўткир умумий (тотал) периодонтитларда пайдо бўладиган оғрик, худди шундай умумий пульпит билан оғриган беморларда учрайдиган оғриқларга ўхшашдир, лекин диққат билан кузатилса улар бир-биридан оғриқларни пайдо бўлиши,

ривожланиши, ҳамда беморнинг умумий аҳволи турлича турлича бўлганлиги билан фарқланади. Ёки бўлмаса, сурункали периодонтитлар, хусусан сурункали гранулёматоз, сурункали грануллашган периодонтитларни эътиборсиз равишда алмашиниб тушиниш мумкин. Бунинг учун рентгенологик ўзгаришларни яхши билиш керак.

**ТИШ КАРИЕС КОВАГИНИ БОРЛАР БИЛАН ИШЛОВ БЕРГАНДА
БЎЛИШИ МУМКИН БЎЛГАН ХАТОЛАР ВА УЛАР ОҚИБАТИДА
КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН АСОРАТЛАР.**

Периодонтитни даволаш учун тиш кариес коваги (ёки пломба, ёки пломба қолдиқлари)ни борлар билан тозалаш, ампутация шаклида ишлов бериб, канал(лар)га кириш қисмигача очиш талаб этилади. Ана шу жараёнда юпқалашиб қолганлиги натижасида, ёки врачнинг эътиборсизлиги оқибатида тиш коваги деворининг бир қисми синиб оқиз бўшлиғига тушиши, нафас йўли ёки ошқозон — ичак йўлига тушиши мумкин.

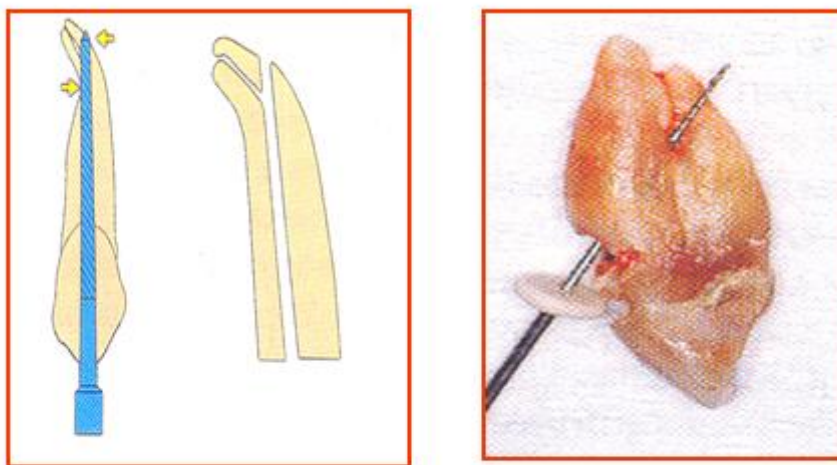
Худди шундай, борнинг бир қисми ҳам синиб оғиз бўшлиғига ва ундан томоқда ёки нафас йўлига тушиши мумкин. Бунда хусусан нафас йўлига, ўткир учли ёки қиррали ёт нарсанинг тушиши, беморнинг, нафас олиши оғирлашувига олиб келади. Натижада тез орада тегишли мутахассис (лор — касаликларни даволовчи врач) ёрдами кўрсатилиши, ва агар бунинг иложи бўлмаса, врач стоматолог трахеостомия операциясини бажариши шарт.



***ТИШ КАНАЛИ(ЛАРИ) НИ ТОЗАЛАШ, УЛАРДАН ЧИРИГАН
ТЎҚИМАЛАРНИ ОЛИБ ТАШЛАШ ЖАРАЁНИДА УЧРАЙДИГАН
ХАТОЛАР ВА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН АСОРАТЛАР.***

Тиш ковагига ишлов берилгач, канал (лар) ни илдиз игнаси, пульпэкстрактор, дрельборлар (қўл билан ва бормашина ёрдамида) билан ишлов бериш натижасида ҳам бу майда асбоблар иш пайтида синиб қолиши мумкин. Оғиз бўшлиғига тушганда ўз вақтида олинмаса, юқорида келтирилгани каби, нафас ёки ошқозон-ичак йўлига тушиб, турли кўнгилсиз ҳолатларга олиб келиши мумкин. (амалиётдан мисоллар келтириш керак). Одатда, канал (лар) дан чириндиларни олиб ташлаш боскичма-босқич ўтказилади. Шу жараёни бажаришда ниҳоятда ҳушёр бўлиб, бу чирикларни периодонт тўқимасига ўтказиб юбормаслик чорасини кўриш зарур. Чирик массани периодонт тўқимасига киргизиб юбориш, ўткир периодонтитларда жараёни оғирлашувига, сурункали периодонтитларда эса, яллиғланиш жараёнини қайталанишига олиб келади.

Расм-16.



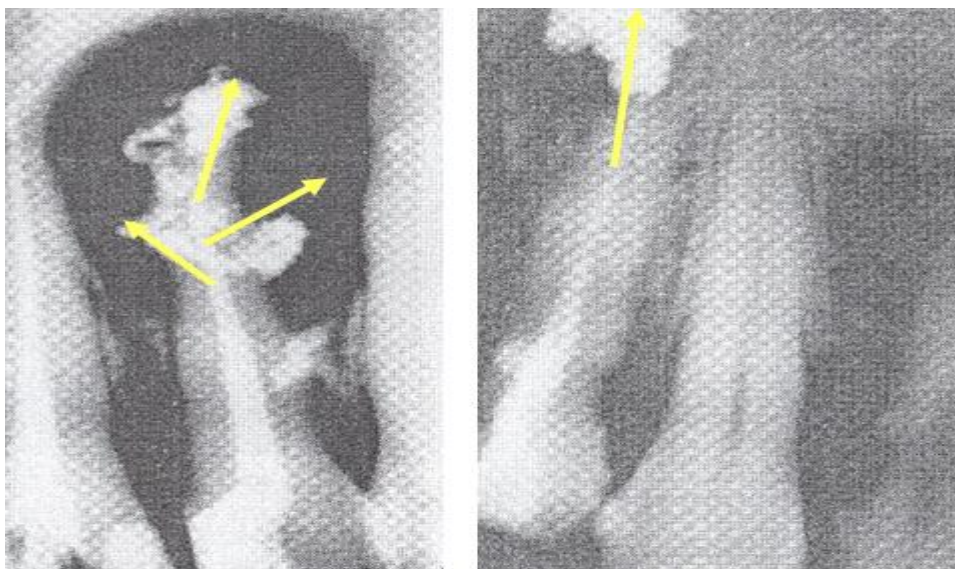
***ТИШ КАНАЛИ (ЛАРИ) НИ ПЛОМБАЛАШ ЖАРАЁНИДА
БЎЛИШИ МУМКИН БЎЛГАН ХАТОЛАР ВА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН
АСОРАТЛАР.***

Тиш канали (лари) ни пломбалаш жараёнида ҳам ишлатиладиган майда асбоблар синиб қолиши ва юқоридаги кўнгилсиз ҳодисалар рўй бериши мумкин. Периодонтитларда канал (лар) ни пломбалаш даволашнинг охириги боскичи ҳисобланади. Шунинг учун, илдиз атрофи (учи) даги суяк емирилиши, гранулёманинг катта-кичиклиги (гранулёма, кистагранулёма), умуман периодонт тўқимасининг илдиз учи қисмининг ҳолатига қараб, пломба ашёсининг илдиз учидан чиқармасдан канал (лар) ни пломбалаш керакми? деган саволга турлича қарашлар (жавоб) бор. Бир гуруҳ муаллифлар (А. А. Анищенко, М. И. Грошиков, А. И. Марченко ва бошқалар.) канал (лар) ни пломбалашда, пломба ашёси илдиз учидан чиқарилиши керак

дейишса, бошқа бир гуруҳ муаллифлар (Я. И. Гутнер, Т. Т. Школяр, Г. Д. Овруцкий ва бошқалар.) бундай қилиш шарт эмас ёки зарарли деб ҳисоблашади.

А. И. Шолохова эса бу икки усул пломбалашнинг бир биридан устунлиги йўқ деб ҳисоблайди.

Расм-17.



Е. В. Левицкая ва бошқалар ўз тадқиқотларига асосланиб ёзишадики, илдиз учидан периодонт тўқимасига чиқарилган пломба ашёси фосфат- цемент, ёт нарса бўлиб, узоқ, муддат илдиз учигаги сурункали яллиғланиш жараёнини сақланиб келишига сабаб бўлади.

Бизнинг кафедрамизнинг фикрича, периодонт тўқимасини ҳолатига қараб, илдиз учигача ёки илдиз учидан чиқариб пломбалаш мумкин.

Айрим пайтларда, илдиз учидан чиқарилган пломба ашёсидан кейин яллиғланиш жараёни қайталаниб, доимий оғриқ, озми-кўпми

илдиз. атрофидаги тўқималарнинг шишиши мумкин. Бу асоратларни даволаш учун физиотерапевтик усуллар (УВЧ-терапия, флюктуоризация, дарсонвализация) ҳам оғизни илиқ содали эритма, шалфей, ромашка каби доривор ўтларидан тайёрланган дамламалар ёрдамида чайиш яхши натижа беради.

ХРОНИОИНТОКСИКАЦИЯ ХОЛАТИНИНГ КЕЧИШИ,

ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Сурункали ички захарланиш деганда, биз организмдаги маълум аъзолар ёки тизимларда жойлашган, яшириниб ётган, бир қарашда, ҳаттоки клиник — лаборатория усуллар билан текширилганда ҳам, аниқланиши қийин бўлган яллиғланиш ўчоқларидан инфекцияни қон орқали узоқ муддат давомида бутун организмга тарқалишини тушунамиз.

Бу таъсиротга организм томонидан кўрсатилаётган жавоб реакциясида хрониинтотоксикация даражаси намоён бўлади. Яллиғланган ўчоқдан инфекцияни организмга қон орқали тарқалишини хроносепсис ҳолати деб тушунилади.

Демак, хроносепсис ва хрониинтотоксикация бир-бири билан узвий боғлиқ жараёндир. Шунинг учун бу икки ҳолатни бирлаштириб ўрганамиз.

ХРОНИОСЕПСИС ХОЛАТИНИНГ КЕЧИШИ, ТАШХИСИ,

ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ ВА БУ ҲОЛАТЛАРНИНГ ОЛДИНИ

ОЛИШ ЧОРА — ТАДБИРЛАРИ (ПРОФИЛАКТИКА)

Хрониинтотоксикация ва хрониинтотоксикация муаммоси умуммедицина

муаммосидир. Чунки хронисептик ўчоқлар, нафақат оғиз бўшлиғи органларида, балки ички аъзо ва тизимларда (масалан: жигарда, ошқозон — ичак йўлларида, буғимларда, буйрак-сийдик йўлларида ва ҳоказо) ҳам бўлиши мумкин.

Бу ўчоқлар кўпинча яширин ҳолатда жойлашган. Ҳозирги замон медицина фанининг асосий вазифаларидан бири бўлиб, организмда яшириниб ётган сурункали яллиғланиш ўчоқларини топиб даволаш ва улар асоратларини олдини олиш (профилактика) чоратадбирларини кўришдан иборат.

Сепсис — бу умумий инфекцион касаллик бўлиб, унинг келиб чиқишида организмда мавжуд бўлган инфекция ўчоғи сабабчидир. И. В. Давидовскийнинг таъкидлашича, сепсис касаллиги инфекция турларидан қатъий назар, касалликнинг асосий кўриниши барча одамларда деярли бир хил бўлади. Кўпинча стафилакокк, стрептококк ва ичак таёқчалари сепсиснинг келиб чиқишида асосий рольни бажарадилар. Касалликнинг кўриниши, ривожланиш даражаси, ҳар бир кишида одам организмнинг кучли ёки кучсизлиги, яъни реактивлиги ҳамда иммунологик ҳолати билан боғлиқ. Инфекция ўчоғи деганда нимани тушуниш керак? Бу — организмнинг маълум жойида сурункали яллиғланиш ўчоғи бўлиб, у бир неча маротаба ҳар хил дорилар таъсирида бўлган бўлиши мумкин, лекин ўчоқда бўлган микроблар касаллик кўзгалишига ва бошқа сурункали касалликларни қувватлаб туриш қобилиятига эга бўлиши мумкин.

И. Г. Лукомский, Д. А. Энтинлар томонидан ўтказилган тадқиқотлар (экспериментлар) ва клиник текширувлар натижасида ўчоқли инфекция ва оғиз сепсиси токсико-аллергик ва асаб-трофик (нервнотрофическая) йўллар билан ривожланиши тахмин килинган.

Бу муаллифлар, оғиз бўшлиғи сурункали яллиғланиш ўчоқларини аниқлаш устида ишлар олиб боришган. Инфекция ўчоғи -бу микроблар йиғилган жой бўлиб, уларнинг яшаш жойларида ҳосил бўлган маҳсулотлар, микроб токсин — заҳарлари ҳамда чириган тўқималар (антигенлар вазифасини ўтайди) бўлиб, бу ердан рефлекслар орқали доимий равишда асаб рецепторларининг таъсирланиши бўлиб туради.

Шунинг учун ҳам маҳаллий ва умумий таъсир кучи нисбийдир.

Ўчоқлар ўткир (бир неча соат ёки кунлар давомида) ва сурункали (бир неча йиллар) турларидан иборат, шунинг учун ҳам септик реакциялар турлича давомли бўлиши мумкин.

Септик ўчоқларнинг жойлашишига қараб қуйидагиларга бўлинади:

1. Одонтоген сепсис.
2. Отоген сепсис.
3. Тонзиляр сепсис.
4. Уроген сепсис.
5. Киндик сепсиси.
6. Пародонтал сепсис ва хоказо.

Одонтоген сепсис ўчоқлари асосан яхши даволанмаган тишларда, пульпаси олинган тишларда бўлиши мумкин. Ундан ташқари, кариес коваклари ,сурункали периодонтитлар, сурункали жағлар остеомиелитлари ва сурункали кечадиган одонтоген сепсис ўчоқлари ҳам шундай инфекция ўчоқлари бўлиб

ҳисобланади. Доимий сурункали инфекция ўчоқлари организмда мураккаб реакцияларнинг ҳосил бўлишига олиб келади, бунда тўқима чириндилари антиген бўлса, буларга қарши антителилар ҳосил бўлади. Оқибатда аллергия реакциялар келиб чиқади.

Аллергия кўринишларнинг механизмида икки омил роль ўйнайди.

1. Касаллик келтириб чиқармайдиган микроблар.

2. Сенситизация жараёнида тўқималар билан аутоаллергенлар ва аутоантителлаларнинг ўзаро таъсири.

Шуни таъкидлаш муҳимки, оғиз бўшлиғини соғломлаштириш - (санация) одонтоген инфекция ўчоқларини камайишига, сурункали сепсис касаллигини олдини олишда муҳим аҳамиятта эгадир. Бу ҳолат ревматизм билан оғриган беморлар оғиз бўшлиғини санация қилинганда яққол кўзга ташланадн: санациядан кейин 2 йил ўтгач, соғайиш 59%, яхшилиниш - 30%, ва факат 10% ревматизм билан оғриган беморларда ўзгариш қолган. Ревматизм қайталанишида яна ҳам яққол кўринади: Санация қилинган беморларда факат 12,8% ревматизм қайталанган бўлса, санация қилинмаганларда эса бу миқдор 47,2% - ни ташкил этган.

Энг муҳими шундаки, Zabad - нинг ёзишича, руҳий касалликлар (тутқаноқ, психозлар) да оғиз бўшлиғини санация қилиш яхши натижалар бериши аниқланган,

Оғиз бўшлиғини санация — соғломлаштириш айрим касаллик ҳолатлари ва беморнинг аҳволига қараб ўтказилиши керак.

Масалан: ревматизм касаллигининг кўзғалган пайтида санация

қилиш учун протромбин кўрсаткичи (индекси) га асосланиш керак. Бу кўрсаткичнинг пастга тушиши жигар функциясини бузилишидан далолат беради. Бу пайтда санация ўтказиш мумкин эмас. Ёки, инфарктдан кейин 6—10 ой ўтказиб, санация қилиш мумкин, нефрит билан оғриган беморларни эса 4-8 ҳафтадан кейин, албатта стоматологнинг иши бошқа медицина ходимларн — нефрологлар, гепатологлар, терапевтлар ва бошқа мутахассислар билан бамаслаҳат олиб борилса мақсадга мувофиқ бўладн.

Сурункали периодонтитлардан ташқари, илдиз учи периодонтитлари тирик пульпали тишларда ҳам кузатилган. Бунинг сабаби, ёпиқ пульпит (pulpitis clausa). Ketterl 2621та тиш рентгенограммаларини текшириб чиқиб, уларда 1393 та тишда сурункали яллиғланиш ўчоқлари борлигини аниқлаган.

Булардан пульпаси олинган (депульпация) тишлар 18,8%-ни, тиш буйин қисмидаги жараёнлар 13,8%-ни, тишсиз одамдаги ўчоқлар 7,8%-ни ташкил этган, холос. Қолган ҳаммасида пульпа тирик бўлган.

Оғиз бўшлиғидаги сурункали инфекция ўчоқларини даволаш жуда кўп касалликларни даволашга сабабчи бўлиши аниқланган.

Шунинг учун, оғиз бўшлиғидаги сурункали яллиғланиш ўчоқлари маҳаллий эмас, балким умумий организмга таъсир кўрсатади, деб тушуниш шарт.

Ҳозирги замон фани, оғиз бўшлиғидаги ўчоқ бу гиперсенсibiliзация манбаи (микроб, дорилар) ва организмнинг аутосенсibiliзациясига олиб келадиган омилдир.

Оғиз бўшлиғининг аутосенсibiliзациясига сабабчи бўладиган омиллар сурункали тонзиллит, сурункали периодонтитлар, сурункали

пульпит ва пародонтитлар, шунингдек олиб ташланмаган илдиз атрофи кисталари, сурункали жағ остеомиелитлари, сўлак безларининг сурункали яллиғланишлари (сиалоденит, сиалостоз, сиалодохит), тиш орқали ривожланадиган гайморитлар ва бошқалар бўлиб ҳисобланади. Узоқ йиллардан бери (А. И. Евдокимов. ва бошқалар) пародонт тўқимасидаги ўзгаришлар-гингивит, пародонтит касалликлари сурункали яллиғланиш ўчоқлари бўлиб ҳисобланиши маълум деган фикр бор.

Г. З. Балянская микробиологик, иммунологик текширувлар ўтказиб, пародонт касалликларида камида 15 см масофадаги милк, суяк тўқималарида яллиғланиш жараёнининг кечиши ва бу жараён узоқ, сурункали давом этиши сурункали яллиғланиш ўчоғи бўлиб фаолият кўрсатишини таъкидлайди.

Сўлак безларининг сурункали яллиғланишлари (сиалоденит, сиалостаз, сиалодохит), тиш орқали ривожланадиган гайморитлар ва бошқалар бўлиб ҳисобланади. Сурункали септик ўчоқлар турлича белгиланган:

1. «сурункали яллиғланиш ўчоғи»;
2. «сурункали инфекция ўчоғи»;
3. «уйқудаги инфекция ўчоғи»;
4. «одонтоген инфекция ўчоғи»;
5. «стоматоген ўчоқ»

Ҳозирги вақтда оғиз бўшлиғидаги барча сурункали инфекция ўчоқлари стоматоген ўчоқлар деб аталади.

Шундай қилиб, оғиз бўшлиғи аъзоларидаги сурункали яллиғ-

ланиш ўчоқлари организмнинг аутоинфекцияси (ички,) ва аутоинтоксикация (ўз ўзини заҳарлаш) манбалари бўлиб, ҳисобланади.

Ўчоқли инфекциялар таъсирида келиб чиқадиган касалликлар. Маҳаллий жойлашган яллиғланиш ўчоқларидан келиб чиқадиган касалликлар патологик реакцияга олиб келади. Ички аъзо ва тизим касалликларининг (юрак-қон томир касалликлари, таянч-ҳаракат аппарати ва бошқа касалликлар) кўпчилиги организмдаги ўчоқли инфекция таъсири остида келиб чиқиши аниқланган. Буларнинг аксарияти, сепсисга олиб келади.

Сепсис қандай ривожланади деган саволга аниқ, жавоб бўлмасада, инфекцион - аллергия назария асосида бу ҳолатни тушунтирса бўлади.

Кўпчилик стоматоген ўчоқлар билан боғлиқ, септик ҳолатларда беморлар организми ўчоқдаги стрептококкларга ўта сезувчан (сенсibiliзация) бўлиши кузатилади. Бунинг натижасида стрептококкларга қарши антителолар антигенлар билан бирга ҳужайраларга таъсир қилиб, гиперэргик реакцияни вужудга келтиради ва маълум алоҳида аъзони жароҳатлайди. Бунда ҳаракати секинлашган типдаги реакция шаклланади.

ҲУЖАЙРА ДЕСТРУКЦИЯСИ

Антиген-антитело реакцияси натижасида ҳужайра тузилишининг бузилиши — деструкцияси биологик фаол модда гистамин, ацетил-холин, серотонин ва бошқаларни ҳосил бўлишига олиб келиб, бу моддалар эса, қон орқали организмга таркалиб, турли

аъзо ва тўқималарни ўзгаришига сабаб бўлади. Булар натижасида ҳосил бўладиган патологик реакциялар турли клиник кўринишларни пайдо қилади. Шундай қилиб касаллик келиб чиқади.

Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, ўчоқли инфекциянинг ҳосил бўлишида жуда кўп сабаблар бўлиши маълум. Улар орасида етакчи ўринда тиш каналларининг турли анатомик хусусиятларга эга бўлишидир.

Kruger 129 та ўликлардан олинган тиш каналларини ўрганиб, асосий илдиз каналидан ташқари, ён каналлар борлигини аниқлаган. Баъзида улар асосий канал (лар) ни пломбалагандан кейин рентгенограммада кўринади. Битта қозиқ тишда ён канал милк чўнтагига тушиши ва унинг ичида чириндилар борлиги қайд этилган. Ундан ташқари баъзи бир илдизли тиш деб аталган тишларда икки илдиз борлиги ҳам аниқланган.

Ундан ташқари, тиш пульпа тўқимасининг чириши ёки ундаги турли патологик ўзгаришлар ҳар хил эндодонтик (тиш ичидаги) ўчоқларни пайдо бўлишига олиб келади:

1. пульпа тўқимаси яллиғланганда (пульпитларда);
2. ҳар хил цемент пломбалари бор тишларда;
3. травматик окклюзияда;
4. тиш қаттиқ тўқималарининг емирилишида;
5. тишларни ўта чархлаганда;
6. пульпитларни ампутация усули билан (илдиз қисмидаги пульпаларда) даволаганда;

7. тиш ён каналлари бўлганда (улар пломбаланмаган ҳолларда) ;

8. пульпа тўқимасининг ичида бўладиган модда алмашинуви бузилган ҳолларда;

9. тиш кариес ковакларида.

Бу ҳоллардаги эндодонтик ўчоқлар аста-секин аутоинтоксикацияга олиб келиши аниқланган.

Албатта кариес касаллигини ва унинг асоратларини олдини олиш-профилактикасига асосий эътибор қаратилиши шарт.

ЎЧОҚЛИ ИНФЕКЦИЯ САБАБЛИ РИВОЖЛАНАДИГАН КАСАЛЛИКЛАРНИ КЛИНИК КЎРИНИШЛАРИ.

Биринчи навбатда шуни таъкидлаш зарурки, беморнинг субъектив сезгилари объектив ҳолатга тўғри келмайди. Беморлар жуда кўп врач-мутахассисларга турли шикоятлар билан мурожаат қилиб юрадилар. Стоматоген ўчоқлар организмнинг бошқа инфекция ўчоқларига нисбатан кўп учрасада, беморлар билмасликлари туфайли стоматологларга мурожаат этмасдан, бошқа врачларга, кўпинча умумий терапевтларга кўпроқ мурожаат этадилар. Клиник кўринишлари турлича бўлади. Касаллик кўпинча тананинг ўта совуши, ўта чарчаши, жароҳатлар, стресслар, ўткир юқумли касалликлар (грипп, ЎРВИ ва бошқалар) оқибатида организмнинг иммунобиологик хусусиятларининг пасайиши муносабати билан ривожланади, кўзғалади, клиникада намоён бўлади.

И. Т. Лукомский ўчоқли инфекциядан ривожланадиган касалликларни 3 гуруҳга бўлиб ўрганишни тавсия этади:

1. Касалликнинг келиб чиқиши стоматоген ўчоқлар билан боғ-

лик;

2. Стоматоген ўчоқ бор ва у касалликни оғирлаштирмоқда;

3. Ўчоқли инфекцияда аниқланмаган касалликлар;

Кўрсатилганларнинг амалиётда аҳамияти унча йўқ.

Г.Д.Овруцкий кузатувлари асосида 4 гуруҳга бўлади:

1. Стрептококлар таъсирида ривожланадиган инфекцион-аллергик касалликлар;

2. Аутоаллергик касалликлар;

3. Дори-дармонларга сенсibiliзацияси бор беморларда ривожланадиган касалликлар;

4. Инфекцияли ўчоғнинг узоқ муддат давомида таъсири оқибатида организмнинг номуносиб (носпецифик) чидамлигини(резистентность) пасайиши оқибатида пайдо бўладиган касалликлар.

Стрептококлар таъсирида ривожланадиган инфекцион-аллергик касалликларга хронiosепсис (сурункали сепсис) дан ташқари, септик эндокардит, номуносиб миокардит, васкулит, нефрит, конъюктивит, артрит ва бошқалар ҳам киради.

Бу касалликлар стоматоген ўчоқлар билан боғлиқ бўлиб, аста-секин ривожланади, Ўчоқли инфекциядан ривожланадиган аутоаллергик касалликларига ревматизм, волчанка, склеродермия, ревматизм артритлари, полиартрит ҳам киради. Ўз асосида ауто-аллергик компонент етадиган ўчоқли инфекция сабаб ривожланадиган касалликларнинг хусусиятлари шундан иборатки, бунда ўчоқ гуёки иккинчи даражалн бўлиб, касаллик

Ўзича авж олаверади, ривожланаверади.

Стоматоген ўчоқларни даволашда ишлатиладиган турли дорилардан келиб чиқадиган аллергик реакциялар, одатда, васкулит ва эритемалар, капилляритлар, ринитлар, дерматитлар, бронхитлар, бронхиал астма хуружлари, артралгиялар, қон таркибининг ўзгаришлари (геморрагия, анемия, лейкоцитоз, лейкопения ва бошқалар) каби касалликларда кўринади.

Ўчоқлар ўпканинг ўткир ва сурункали касалликлари, узоқ сурункали кечадиган юрак касалликлари, ошқозон-ичак йўллари касалликлари, асаб тизими, буйрак, жигар, қон тизими, хафақон (гипертония) касаллиги ва бошқа хасталикларнинг келиб чиқиши, оғирлашуви ва давомли кечишига олиб келиши мумкин. Организмнинг иммуннологик ҳолатини бузилиши (ўзгариши) юқумли касалликларни кечишига ҳам салбий таъсир кўрсатиши аниқланган.

Ўчоқли инфекциядан ҳосил бўладиган касалликлар аста-секин ривожланади.

Баъзи беморларнинг умумий ҳолати ўзгарса, баъзиларида маҳаллий тўқималардаги ўзгаришлар кузатилади. Қандай клиник кечишидан қатъий назар, бу касалликлар узоқ, муддат давом этиши ва тез-тез қайталаниш хусусиятига эга.

Бошида беҳузурлик, тезда чарчаб қолиш, бош, бўғин оғриқлари, юрак тез уришлари, ундаги оғриқлар, иштаҳанинг бузилиши, умуман ланжлик, тажанглик, қўл бармоқларининг ортиқча қалтираши, тананинг озиши, кам қувватлик, уйқунинг бузилиши, тана ҳароратининг озгина кўтарилиши (субфибрилитет) каби ҳолатлар

бирин-кетин сезила бошлайди. Беморни объектив текширишда, қондаги ўзгаришлар (гранулоцитопения, лимфоцитоз, эритроцитлар чўкишини тезлашуви- СОЭ, гемоглобин, эритроцитлар миқдорини камайиши ва бошқалар), тез-тез шамоллаш каби ўзгаришлар борлигини қайд қилиш мумкин.

Аммо, баъзи ҳолатларда маълум тана аъзосидаги ўзгаришлар биринчи навбатга чиқади. Масалан, ревматизмда буғинларни шишганлиги, улардаги оғриқлар ва улар ҳаракатларининг чегараланганлиги кўзга ташланади.

Умуман олганда, ўчоқли инфекциядан юзага келадиган касалликларда, токи ўчоқ (асосий сабаб) йўқотилмаса, ривожланган касалликлар кўнгилдагидек даволанмайди ёки даволаш фойда бермайди.

ТАШХИСЛАШ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

Ташхисини аниқлаш учун жуда кўп усуллар таклиф этилган. Уларнинг барчаси вегетатив асаб тизимининг кўзғалувчанлигининг ўзгариши, вазомоторлар ҳолати ва капиллярлар ўтказувчанлигини аниқлашга қаратилган.

Баъзи тестлар маҳаллий характерга эга, масалан: гистамин тести.

Сурункали периодонтитларни ташхиси унча қийин иш эмас, рентгенограммада кўринган ўзгаришлар асосида фикр юритиш керак. Баъзи беморларнинг айрим металдан қўйилган пломбалар, хар хил ҳидли (йодоформ, эфир) пломба ашёлари (канал ичидагилар) ҳам аллергия ҳолатга сабабчи, чунки сенсibiliзация ҳолатини пайдо қилдириши мумкин,

Стоматоген ўчоқлар кўпинча мишьяк пастани қўллаб даволанган пульпит касаллигида кўринадиган, чунки ўтмас ёки етарли ўтилмайдиган тиш каналларида қолган қолдиқлар, пульпани қайта яллиғланиши ва илдиз учигаги суяк тўқимасининг яллиғланишига олиб келади.

Стоматоген ўчоқнинг таъсир кучини аниқлаш учун капилляроскопия, электротестлар, вакцинодиагностика, гистамин тести кабилар қўлланилади.

Энг яхшиси Ремке таклиф этган гистаминоконъюнктивал тести бўлиб, бунда кўз халтасига 1—2 томчи 1:1000000 ёки 1.500000 миқдорида суюлтирилган гистамин қўйилади. Агар организмда стоматоген ўчоқ бўлса, 1 минутдан кейин кўз косасининг капиллярлари кенгаяди ва кўз ҳамда киприклар қизаради. Бу ҳолат тахминан 10 дақиқадан кейин изсиз йўқолади, беморга зарари йўқ..

Терига электр токи (электротест) таъсир қилиб терида ва милкнинг шиллиқ қаватида, стоматоген ўчоққа яқин жойдаги оғриқ сезгисини ва қизариш ўчоғи борлигини билиш мумкин.

Бу ўзгаришлар асаб—қон томирлар тизимидаги морфологик ва функционал бузилишларга боғлиқ.. Шундай қилиб, стоматоген ўчоқлар борлиги рентгенологик текширувлар, қон таркибини текшириш, капиллярлар чидамлилиги, стрептококк аллергенлари ёрдамида аниқлаш, тери аллергик синамалар, ревматизм омилларини аниқлаш каби усуллар ёрдамида аниқланади. Албатта бемор билан савол-жавоб ўтказиш катта аҳамиятга эга.

Даволаш стоматоген ўчоқ борлиги аниқлангач, уни даволаш қийин эмас. Агар касалланган тиш, илдизларини даволашни имкони бўлса,

уларни (илдизларни) қайта пломбалаш, қолдиқ. пульпани олиб ташлаш, тиш каналларини қайта, организмга зиёнсиз пломба ашёлари (цементлар, адгезор, гуттаперча ва бошқалар) билан пломбалаш зарур. Тўла чиқмаган ақл тишларини олиб ташлаш керак. Сурункали периодонтит билан оғриган тишларни тўлақонли даволанган деб шуни тушуниладики, қачонки даволанган тиш ўз вазифасини тўла адо этса, канал (лар) тўлиқ, пломбаланган бўлиб, рентгенограммаларда (даволангандан 8 ой 1,5-2 йилдан кейин текширилиб кўрилганда) емирилган суяк тўқимаси ўрнига янги суяк пайдо бўла бошлаган ёки тўлиқ пайдо бўлган ҳолларда.

Агар канал (лар) тўлиқ пломбалангандан кейин ҳам маълум муддат ўтгач, илдиз учигаги емирилган суяк тўқимаси қайта тикланмаган ёки у яна ҳам катталашган бўлса, бемор маълум ноқулай сезгилар сезса, унда даволаниш қайтадан ўтказилиши керак, чунки бу ҳолатларда стоматоген ўчоқ борлиги ва у беморга салбий таъсир кўрсатаётганидан далолат беради.

Депульпация қилинган тишларда эса, канал тўлиқ (иложи борица) даволанган- пломбаланган ва кейинги рентгенограммаларда илдиз учигаги суяк тўқимасида ўзгариш бўлмаса, яхши даволанган, деб ҳисобланади.

Касалхонада (стационар) ётган беморлар оғзини санация қилиш учун стоматолог даволовчи врачлар (терапевтлар, эндокринологлар, жарроҳлар ва бошқа мутахассислар) билан маслаҳатлашиб олиб бориши шарт.

Амалий кўникма: Периодонтитли тишларни даволашда дори воситалари “Йокс”, калий йодид билан электрофорез ўтказиш техникаси

Мақсад: Тлабаларни дори воситалари билан электрофорез усулини ўргатиш

Кўрсатма: Периодонтитларнинг барча турини даволашда

Жихозлар: Электрофорез ўтказиш учун “ Поток” аппарати, фантомлар, стоматолгик асбоблар, дистилланган сув, “Йокс” препарати.

Бажараладиган босқичлар қадамлари:

№	Амалий куникама қадамлари (боскичлари)	Кисман бажарди	Барча боскичларни бажарди
1.	Муолажадан аввал аппаратни ишга тайёрлаш		2
2	Тиш сўлакдан пахта болишчалар билан ажратилади		2
3	Кариоз кавакка медикаментоз ишлов берилади		2
4	Тиш илдиз каналлари Миллер игнасига ўралган пахта турундалари ёрдамида дистилланган сув ёрдамида ювилади ва қуриштилади		2
5	Дори модда шимдирилган пахта турундаси Миллер игнаси ёрдамида электродга уланган ҳолда каналга киритилади		3
6	Канал мум билан беркиштилади		2
7	Бемор қўлига пассив электрод намланган дока билан тутқазилади ва бемор илк бўсағасини сезгунча		2

	уланади		
8	Даволаш 5-10 дақиқа давом этади. Муолажа ўтказганда ток кучини аста-секинлик билан тиш соҳасида енгил жимирлаш ёки иссиқлик сезгунча кўпайтирилади. Тиш сезиши билан камайтирилади ва яна ма'лум вақтдан сўнг аста секинлик билан 1-2м А гача кутарилади.		3
9	Муолажа тамом бўлгандан кейин секин-аста аппаратни ўчириш		2
	ЖАМИ	10	20

Тестлар:

Бифуркация соҳасида перфорация юзага келди. Қайси усул ишлатилмайди:

тишни олиш*

резекция

ампутация

гемисекция

реплантация

Периодонт чўққи тўқимасини грануляцион тўқима билан алмашинуви ва оқма хосил бўлиш қуйидагига хос:

сурункали грануляцион периодонтитга*

сурункали фиброз периодонтитга

кистага

сурункали гранулематоз периодонтитга

кистогранулемага

Пастки кўрак тишларнинг ўткир йирингли периодонтитда регионар лимфаденит кузатилади:

дахан ости*

қулоқ олди

жағ ости

жағ усти

қулоқ орқа

Илдиз чўққисида периодонтал ёриқни нотекис кенгайиши кузатилади:

сурункали фиброз периодонтитда*

ўткир периодонтитда

сурункали грануляциялашган периодонтитда

сурункали гранулематоз периодонтитда

кистогранулемада

Периодонтитларни хирургик даволашда гемисекция ўтказилади:

пастки молярда*

юқори молярда

пастки премолярда

юқори премолярда

барча тишда

Илдиз ампутацияси ўтказилади:

юқори молярда*

пастки молярда

пастки премолярда

юқори премолярда

фронтал тишларда

Йирингли экссудат периодонтда пастки жағга таркалиши мумкин:

суяк тўқимасига*

гаймор бўшлиғига

кўз косасига

кўз ости сохасига

пешона тери сохасига

Сурункали периодонтитни ўткирлашувида бўлиши мумкин:

умумий ахвол ўзгарган*

умумий ахвол ўзгармаган

интакт тиш

яхши уйку

яхши иштаха

Одонтоген келиб чиқишли сурункали интоксикация намоён бўлмайди:

шикоятлар йўқ*

иштаҳанинг бузилиши

бўшашиш

уйқунинг бузилиши

субфебрил тана ҳарорати

Сурункали интоксикацияда қонда кузатилмайди:

ўзгариш йўқ*

иккиламчи анемия

лейкоцитоз

лимфоцитоз

эозинофилия

Ўткир периодонтитда клиник-лаборатор кўрсаткичларга кирмайди:

яхши уйку ва иштаха*

тана хароратини 38 гача кўтарилиши

қон формуласини чапга силжиши

СОЭ ни ошиши (20 мм/соатгач

лейкоцитоз (15000 гач

Сурункали деструктив периодонтитларда организмнинг умумий бузилишларига кирмайди:

ўзгаришсиз*

иммунологик реактивликни ўзгариши

бактериал аллергенларга юқори сезувчанлик

қон формуласини ўзгариши

оқсил фракцияларини ўзгариши

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР.

- 1.Ўткир периодонтитни интоксикация боскичи. Этиопатогенез. Клиника.
- 2.Сурункали интоксикация этиопатогенези. Кандай сурункали интоксикация ўчоқларини биласиз?
- 3.Сурункали периодонтитларга хос симптомларни айтиб беринг.
- 4.Сурункали интоксикациянинг клиникаси
- 5.Хроничесепсисни ташхислашда стоматологнинг тутган ўрни
- 6.Хроничесепсис. Хроничесинтоксикация
- 7.Сурункали инфекция ўчоқлари, ташхис,даволаш.

Ҳолатий масалалар

1. 40 ёшли бемор |7 соҳасида доимий симилловчи оғриққа шикоят қилади. Оғриқ 1 хафта олдин бошланган, гўё тиш "ўсиб қолгандай". Об'ектив кўриқда |7 ўтув бурмаси текисланган, вертикал перкуссия оғриқли:

I. Ташхис қўйинг:

А. ўткир чўққили периодонтит*

Б. сурункали периодонтитнинг қайта зўрайиши

В. сурункали гранулематоз периодонтит

Г. ўткир диффўз пульпит

Д. ўткир пародонтит

II. Солиштирма ташхис ўтказинг:

А. ўткир чўққили периодонтит

Б. сурункали периодонтитнинг қайта зўрайиши*

В. сурункали гранулематоз периодонтит

Г. ўткир ўчоқли пульпит

Д. ўткир пародонтит

2. Бемор 4|тиш соҳасида 2 кун давомида доимий енгил симилловчи оғриққа шикоят қилади. Об'ектив кўрикда: тиш ранги ўзгарган, вертикал перкуссия кучсиз оғриқли ЭОД - 100 мкА:

I. Ташхис қўйинг:

А. ўткир чўққили периодонтит (интоксикация босқичи) *

Б. ўткир чўққили периодонтит(экссудация босқичи)

В. сурункали пульпитни

Г. ўткир пародонтит

Д. ўткир ўчоқли пульпит

II. Солиштирма ташхис ўтказинг:

А. ўткир чўққили периодонтит (интоксикация босқичи)

Б. ўткир чўққили периодонтит(экссудация босқичи) *

В. сурункали пульпитни

Г. ўткир пародонтит

Д. ўткир ўчоқли пульпит

3. Бемор юқориги ўнг томондаги 4|тиш соҳасида 2 кун давомида доимий енгил симилловчи оғриққа шикоят қилади. объектив кўрикда: тиш ранги ўзгарган, вертикал перкуссия кучсиз оғриқли эод - 100 мка. ўткир периодонтит интоксикация босқичи деб ташхис қўйилган:

I. Даволаш чораларини ўтказинг:

А. оғриқсизлантириш*

Б. пульпа чириндисини босқичма-босқич олиб ташлаш*

В. герметизмга беркитиш*

Г. ампутация, экстирпация

Д. сунъий қоплама

4. Бемор |6 соҳасида доимий симилловчи оғриққа шикоят қилади. Анамнезида 3 кун аввал тишга шифокор маргимуш пастасини қўйган.

I. Ташхис қўйинг:

А. медикаментоз периодонтит*

Б. травматик периодонтит

В. инфекцион периодонтит

Г. сурункали остеомилит

Д. сурункали периодонтитнинг қайта зўрайиши

II. Солиштирма ташхис ўтказинг:

А. медикаментоз периодонтит

Б. травматик периодонтит*

В. инфекцион периодонтит*

Г. сурункали остеомилит

Д. сурункали периодонтитнинг қайта зўрайиши

5. Бемор юқориги |6 соҳасида доимий симилловчи оғриққа шикоят қилади. Анамнезида 3 кун аввал тишга шифокор маргимуш пастаси қўйган:

I. Даволанг:

А. унитиол билан илдиз каналига ишлов бериш*

Б. илдиз каналида йодли турунда қолдириш*

В. тишни олиб ташлаш

Г. каналда антидот қолдириш керак эмас

Д. илдиз учи резекцияси

II. ВОЗ бўйича тишларнинг тартиб рақами:

А. 26*

Б. 36

В. 16

Г. 25

Д. 35

6. Бемор 42 ёшда, |4тиш «гўё ўсиб колгандай» хиссига шикоят қилади. Об'ектив кўрикда 4| тиш ранги ўзгарган, интакт, вертикал перкуссия оғриқли. Анамнезида |4тиш сохасига шикаст олган:

I. Ташхис қўйинг:

A. травматик периодонтит*

Б. инфекцион периодонтит*

В. медикаментоз периодонтит

Г. ўткир периодонтит

Д. сурункали периостит

II. Тиш формуласини воз бўйича ёзинг:

A. 44*

Б. 32

В. 14

Г. 24

Д. 54

7. 30 ёшли бемор 6|кариоз кавак борлигига, овқат кириб қолишига шикоят қилади. Rn-тасвирда илдиз учида ноаниқ чегарали «алангатили» шаклидаги суяк тўқимаси емирилиши аниқланди:

I. Ташхис қўйинг :

A. сурункали грануляцияловчи периодонтит*

Б. сурункали гранулематоз периодонтит

В. сурункали гангреноз пульпит

Г. ўткир ўчоқли пульпит

Д. сурункали фиброз периодонтит

II. Солиштирма ташхис ўтказинг:

А. сурункали грануляцияловчи периодонтит

Б. сурункали гранулематоз периодонтит*

В. сурункали гангреноз пульпит

Г. ўткир ўчоқли пульпит

Д. сурункали фиброз периодонтит*

8. Б 30 ёшли бемор ўнг томон юқоридан ,6|кариоз кавак борлигига, овқат кириб қолишига шикоят қилади. Rn-тасвирда илдиз учидан ноаниқ чегарали «аланга тили» шаклидаги суяк тўқимаси емирилиши аниқланди:

I. Даволанг:

А. кариоз ковагига ва илдиз каналига босқичма-босқич ишлов бериш*

Б. гермитизмга беркитиш*

В. ампутация, экстирпация

Г. илдиз каналларини пломбалаш

Д. доимий пломба қўйиш

II. Тиш формуласини ВОЗ бўйича ёзинг:

А. 16*

Б. 36

В. 46

Г. 24

Д. 54

9. Бемор К. |1 соҳасида доимий лўқилловчи оғриққа шикоят қилади. Об'ектив кўрикда: милк қизарган, шишган, чап томон лимфа тугунлари катталашган, пайпаслаш оғриқли:

I. Ташхис қўйинг:

А. ўткир чўққили периодонтит экссудация фазаси*

Б. ўткир диффуз пульпит

В. уч шохли нервни невралгияси

Г. ўткир ўчоқли пульпит

Д. сурункали остеомиелит

II. солиштира ташхис ўтказинг:

А. ўткир чўққили периодонтит экссудация фазаси

Б. ўткир диффуз пульпит*

В. уч шохли нервни невралгияси

Г. ўткир ўчоқли пульпит

Д. сурункали остеомиелит

10. Бемор К. чап томон пастдан |1 соҳасида доимий лўқилловчи оғриққа шикоят қилади. Об'ектив кўрикда: милк қизарган, шишган, чап томон лимфа тугунлари катталашган, пайпаслаш оғриқли:

I. Даволаш ўтказинг:

А. оғриқсизлантириш, эксудатга йўл очиш*

Б. антибиотик ва анальгетиклар буюриш*

В. илдиз учи резекцияси

Г. гемисекция

Д. тишни пломбалаш

Е. электрофорез ўтказиш

II. Тиш формуласини воз бўйича ёзинг:

А. 31*

Б. 41

В. 51

Г. 24

Д. 71

11. Стоматолог беморнинг чап томон юқоридан |1 тиш соҳасида патологик едирилиш ва тиш рангининг ўзгарганлигини аниқлади.

Тиш интакт:

I. Қўшимча текшириш ўтказинг:

А. ЭОД *

Б. рентгенодиагностика*

В. эхокардиография

Г. зондлаш

Д. МРТ

II. Тиш формуласини воз бўйича ёзинг:

А. 21*

Б. 41

В. 51

Г. 24

Д. 71

12. Бемор ўнг томон юқоридан 4| милк соҳасида вақти-вақти билан оқма йўл очилишига шикоят қилади:

I. Қўшимча текшириш ўтказинг:

А. рентгенодиагностика*

Б. ЭОД*

В. перкуссия, пальпация

Г. гистамин синамаси

Д. ГИ индексни аниқлаш

II. Тиш формуласини воз бўйича ёзинг:

А. 14*

Б. 24

В. 25

Г. 44

Д. 54

13. Бемор 4| милк сохасида вақти-вақти билан оқма йўл очилишига шикоят қилади. «вазопарез» симптоми ижобий рентген тасвирда суяк тўқимаси «аланга тили» шаклида деструкцияси кузатилади :

I. ташхис қўйинг:

А. сурункали грануляцияловчи периодонтит*

Б. сурункали гранулематоз периодонтит

В. ўткир чўққили периодонтит

Г. сурункали пульпит

Д. сурункали фиброз периодонтит

II. солиштира ташхис ўтказинг:

А. сурункали грануляцияловчи периодонтит

Б. сурункали гранулематоз периодонтит*

В. ўткир чўққили периодонтит

Г. сурункали пульпит

Д. сурункали фиброз периодонтит*

14. 36 ёшли бемор |7 сохасида пломба тушиб кетганлигига шикоят қилади. Рентген тасвирда 7| лунж каналлари сифатсиз пломбаланган, илдиз учларида периодонтнинг нотекис кенгаиши кузатилади:

I. Ташхис қўйинг:

А. сурункали фиброз периодонтит*

Б. сурункали гранулематоз периодонтит

В. ўткир маргинал периодонтит

Г. ўткир чўққили периодонтит

Д. сурункали периостит

II. Солиштира ташхис ўтказинг:

А. сурункали фиброз периодонтит

Б. сурункали гранулематоз периодонтит*

В. ўткир маргинал периодонтит

Г. ўткир чўққили периодонтит

Д. сурункали периостит

15. 36 ёшли бемор чап томон юқоридан 7 соҳасида плomba тушиб кетганлигига шикоят қилади. Рентген тасвирда 7 лунж каналлари сифатсиз пломбаланган, илдиз учларида периодонтнинг нотёкис кенгайиши кузатилади :

I. Даволанг:

А. илдиз каналларини қайта пломбалаш*

Б. физиотерапевтик даволаш*

В. илдиз учи резекцияси

Г. ампўтация, экстирпация

Д. реплантация

II. Тиш формуласини воз бўйича ёзинг:

А. 27*

Б. 17

В. 37

Г. 47

Д. 54

16. Объектив кўриқда 5| тож қисми емирилган, зондланганда тиш бўшлиғи билан туташган, вертикал перкуссия кучли оғриқли. Бемор анамнезидан авваллари кучли оғриқлар бўлган. Рентген тасвирда илдиз чўққи соҳасида суякни аниқ чегарали ўзгариш:

I. Ташхис қўйинг:

А. сурункали периодонтитнинг қайта зўрайиши*

Б. сурункали фиброз периодонтит

В. сурункали фиброз пульпит

Г. сурункали гангреноз пульпит

Д. сурункали периостит

II. Солиштирма ташхис ўтказинг:

А. сурункали периодонтитнинг қайта зўрайиши

Б. сурункали фиброз периодонтит*

В. сурункали фиброз пульпит

Г. сурункали гангреноз пульпит

Д. сурункали периостит

17. Объектив кўриқда ўнг томон юқоридан 5| тож қисми емирилган, зондланганда тиш бўшлиғи билан туташган, вертикал перкуссия кучли оғриқли. Бемор анамнезидан авваллари кучли оғриқлар бўлган. Рентген тасвирда илдиз чўққи соҳасида суякни аниқ чегарали ўзгариш:

I. Даволанг:

A. оғриқсизлантириш*

Б. экксудатга йўл очиш*

В. электрофорез ўтказиш

Г. тишни олиб ташлаш

Д. реплантация ўтказиш

II. Тиш формуласини воз бўйича ёзинг:

A. 15*

Б. 25

В. 35

Г. 45

Д. 55

18. Бемор ўнг томон юқоридан 5| тишнинг ранги ўзгарганига ва ноқулайлик хиссига шикоят қилади:

I. Ташхис қўйиш учун сизнинг чора-тадбирларингиз:

A. объектив текшириш ўтказиш*

Б. ЭОД ва рентген ўтказиш*

В. эндоскопия ўтказиш

Г. текшириш ўтказишга хожат йўқ

Д. қон тахлили

II. Тиш формуласини воз бўйича ёзинг:

А. 15*

Б. 25

В. 35

Г. 45

Д. 55

19. Стоматолог қабулида бемор юқоридан 1|1 сохасида лат еганини, босим тушганда оғриқ борлигига шикоят қилади:

I. Ташхис қўйиш учун сизнинг чора-тадбирларингиз:

А. электроодонтодиагностика*

Б. рентгенодиагностика*

В. компьютер томография

Г. коллоноскопия

Д. цитологик текшириш

II. Тиш формуласини воз бўйича ёзинг:

А. 11,21*

Б. 21,31

В. 31,41

Г. 41,51

Д. 51,61

20. Стоматолог |6 пастки тишни даволаш жараёнида медиал каналлардан бирида файл синиб қолди:

I. Сизнинг чора-тадбирларингиз:

А. импрегнация усулларида фойдаланиш*

Б. гемисекция ўтказиш*

В. тишни олиб ташлаш

Г. ҳеч қандай чора кўрмаслик

Д. сунъий қоплама билан қоплаш

II. Тиш формуласини воз бўйича ёзинг:

А. 36*

Б. 46

В. 26

Г. 56

Д. 16

21. Бемор 34 ёшда, оғиз бўшлиғини санация қилиш мақсадида мурожаат этди. Пастки |6 I синф кариоз қавак мавжуд, рентген тасвирда бифуркация соҳасида деструктив ўзгариш:

I. Сизнинг чора-тадбирларингиз:

А. илдиз каналларини пломбалаш*

Б. коронаро-радикуляр сепарация ўтказиш*

В. импрегнация усуллари ўтказиш

Г. тишга сунъий қоплама кийдириш

Д. тишни реплантацияси

II. Тиш формуласини воз бўйича ёзинг:

А. 36*

Б. 46

В. 26

Г. 56

Д. 16

22. Бемор С. нинг Пастки |1 тиш текшириш жараёнида илдиз учи кисто-гранулемаси борлиги аниқланди:

I. Сизнинг даво тадбирларингиз:

А. илдиз каналини даволаш*

Б. илдиз учи резекцияси*

В. гемисекция

Г. илдиз ампутацияси

Д. тишни олиб ташлаш

II. Тиш формуласини воз бўйича ёзинг:

А. 31*

Б. 11

В. 21

Г. 41

Д. 16

23. Бемор 21|12 соҳасида шикаст егандан сўнг, 21|12 текканда кучли оғриқ, вертикал перкуссия оғриқли:

I. Ташхис қўйинг:

А. травматик периодонтит*

Б. медикаментоз периодонтит

В. инфекцион периодонтит

Г. сурункали периодонтит

Д. чуқур кариес

II. Солиштира ташхис ўтказинг:

А. травматик периодонтит

Б. медикаментоз периодонтит*

В. инфекцион периодонтит*

Г. сурункали периодонтит

Д. чуқур кариес

24. Бемор |6 кариоз коваги борлигига, |6 милк соҳасида оқма йўл очилишига шикоят қилади. «вазопарез» симптоми ижобий:

I. Ташхис қўйинг:

А. сурункали грануляцияловчи периодонтит*

Б. сурункали фиброз периодонтит

В. сурункали гипертрофик пульпит

Г. сурункали гангреноз пульпит

Д. ўткир чўққили периодонтит

II. солиштирма ташхис ўтказинг:

А. сурункали грануляцияловчи периодонтит

Б. сурункали фиброз периодонтит*

В. сурункали гипертрофик пульпит

Г. сурункали гангреноз пульпит

Д. ўткир чўққили периодонтит

25. Бемор 4| сохасида доимий симилловчи оғриққа шикоят қилади. Об'ектив кўриқда 4| қонтакт сохасида пломба мавжуд, горизонтал перкуссия оғриқли. Милк сўрғичи қизарган, шишган:

I. Ташхис қўйинг:

А. ўткир маргинал периодонтит*

Б. ўткир чўққили периодонтит

В. сурункали периодонтит

Г. сурункали гангреноз пульпит

Д. ўткир диффўз пульпит

II. Солиштирма ташхис ўтказинг:

А. ўткир маргинал периодонтит

Б. ўткир чўққили периодонтит*

В. сурункали периодонтит

Г. сурункали гангреноз пульпит

Д. ўткир диффуз пульпит*

26. Беморда |6 соҳасида сифатсиз тайёрланган сунъий қоплама, милк қизарган, шишган. Горизонтал перкуссия ва пальпация оғриқли:

I. Ташхис қўйинг:

А. ўткир маргинал периодонтит*

Б. ўткир диффуз пульпит

В. ўткир чўққили периодонтит

Г. ўткир ўчоқли пульпит

Д. сурункали пульпитнинг қайталаниши

II. Солиштира ташхис ўтказинг:

А. ўткир маргинал периодонтит

Б. ўткир диффуз пульпит*

В. ўткир чўққили периодонтит*

Г. ўткир ўчоқли пульпит

Д. сурункали пульпитнинг қайта зўрайиши

27. Бемор 3| соҳасида фақат оқма йўл борлигига шикоят қилади. R-тасвирда канал яхши ўтувчи, учки қисмида суяк тўқимасининг нотекис чегарали емирилиши:

I. Ташхис қўйинг :

А. сурункали грануляцияловчи периодонтит*

Б. сурункали гранулематоз периодонтит

В. сурункали фиброз периодонтит

Г. сурункали чуқур кариес

Д. понасимон нуқсон

II. Солиштирма ташхис ўтказинг:

А. сурункали грануляцияловчи периодонтит

Б. сурункали гранулематоз периодонтит*

В. сурункали фиброз периодонтит*

Г. сурункали чуқур кариес

Д. понасимон нуқсон

28. Бемор 3| соҳасида факат оқма йўл борлигига шикоят қилади. R-тасвирда канал яхши ўтувчи, учки қисмида суяк тўқимасининг нотекис чегарали емирилиши:

I. Ташхис қўйинг:

А. сурункали гранулематоз периодонтит*

Б. сурункали фиброз периодонтит

В. сурункали чуқур кариес

Г. утқир ўчоқли пульпит

Д. ўтқир остеомиелит

II. Солиштирма ташхис ўтказинг:

А. сурункали гранулематоз периодонтит

Б. сурункали фиброз периодонтит*

В. сурункали чуқур кариес

Г. ўткир ўчоқли пульпит

Д. ўткир остеомиелит

29. Кўп илдизли тишни сурункали фиброз периодонтит ташхиси билан даволаб тугалланмаган. Беморни доимий симилловчи оғриқ ва тиш соҳасида оғирлик ҳисси безовта қилади:

I. Аниқ ташхис қўйиш учун қандай текшириш ўтказиш керак:

А. рентген*

Б. ЭОД*

В. зондлаш

Г. ревма- проба

Д. стоматоскопия

II. Солиштирма ташхис ўтказинг:

А. сурункали гранулематоз периодонтит*

Б. сурункали фиброз пульпит*

В. сурункали чуқур кариес

Г. ўткир ўчоқли пульпит

Д. ўткир остеомиелит

30. 25 ёшли бемор |7 тишда пломба тушиб кетганлигига шикоят қилади. Rn-да илдиз учи периодонт ёриги нотекис кенгайган :

I. Ташхис қўйинг :

A. сурункали фиброз периодонтит*

Б. ўрта кариес

В. чуқур кариес

Г. сурункали гипертрофик пульпит

Д. қонкрементоз пульпит

II. Солиштирма ташхис ўтказинг:

A. сурункали фиброз периодонтит

Б. ўрта кариес*

В. чуқур кариес

Г. сурункали гипертрофик пульпит

Д. қонкрементоз пульпит

МУСТАҚИЛ ИШ ТОПШИРИҚЛАРИ.

1. Периодонтнинг анатомик тузилиши
2. Периодонтнинг гистологик тузилиши.
3. Ўткир периодонтитларни патологик анатомияси
4. Ўткир периодонтитларни консерватив даволаш усуллари.
5. Замонавий рентген ташхислаш усуллари.

6. Сурункали периодонтитнинг патологик анатомияси.
7. Инфицирланган илдиз каналларини зарарсизлантириш учун қўлланадиган антисептиклар.
8. Илдиз каналларини замонавий кенгайтириш усуллари.
9. Периодонтитли тишларни даволашда қўлланадиган замонавий пломба ашёлари
10. Кекса ва қари ёшли беморларда эндодонтик даволашнинг ўзига хос тамойиллари.
11. Сурункали периодонтитларни физиотерапевтик усуллар билан даволаш.
12. Сурункали периодонтитларни консерватив- хирургик даволаш усуллари.
13. Илдиз каналларига механик ва медикаментоз ишлов бериш қоида ва босқичлари
14. Хронioseпсис ўчоқлари. Хронioseпсис профилактикаси

Хулоса.

Ушбу ўқув қўлланма факультет терапевтик стоматология фанидан булиб периодонтит касаллигининг клиникавий кечиши, текшириш усуллари, уларнинг ташхислаш, даволаш ва профилактика асосларини ўз ичига олади, ҳамда талабаларда клиник фикрлаш, касаллик ва унинг белгиларини асослаш учун замин яратиб беради.

Факультет терапевтик стоматология фанидан ёзилган ўқув қўлланмадан кўзланган асосий мақсад - бу , мазкур фандан амалий

билим ва қўл хунари кўникмаларини ҳосил қилиб, уларда асосий стоматологик касалликлардан бири бўлган периодонтит ва уларнинг асоратларини келиб чиқиш сабаблари (этиологияси), ривожланиш механизмлари (патогенез), клиникалари, ташхис ва қиёсий ташхислари ва даволаш усуллари ҳамда уларни олдини олиш (профилактика) чора-тадбирларини ўргата бориш ва кўникмаларни ҳосил қилиш, замонавий назарий билимларни эгаллаш, уларнинг ўзлаштирилишини таъминлаш, амалиётда қўллаш.

Шу билан бир қаторда талабаларни мустақил фикрлашиши шакллантириш педагогик технологияларини қўллаш, амалий кўникмаларни қадамма -қадам бажарилиши назарда тутилади.

GLOSSARIY

AAR – *American Academy of Periodontology* (angl.) – Periodontologiya
Amerika Akademiyasi

AQSh – Amerika Qo‘Shma Shtatlari

BSST – Butunjahon sog‘liqni saqlash taShkiloti

KPO -karies, plomba va oldirilgan tiShlar soni

PQ – periferik qatlam

OQTQ – oraliq qatlamning taShqi(yadrosiz)qavati (Veylya qavati)

OQIQ – oraliq qatlamning taShqi(yadroli)qavati

MQ – markaziy qatlam

OBL – odontoblastlar (hujayra tanasi)

HBM – hujayralararo birikmaning majmui

OBO' – odontoblastlar o'sig'i

PD – predentin

KK – Qon tomir kapilyari

SNCh – subodontoblastik (RaShkova)nerv chigali

NT – nerv tolasi

NO – nerv oxiri

ETS – endoteliotsit

BM – bazal membrana

MS – miotsit

AdK – adventitsial xujayra

OE — og'iz epiteliysi

SECh — subepitelial chigal

PBT — periodontal boylam tomiri

AS — alveolyar suyak

SP — suprapariostal tomir

DGS — dentogingival chigal

SE — biriktiruvchi epiteli

LYUP – local yuvenil parodontit

TYUP – tarqalgan yuvenil parodontit

PPP – prepupertat parodontit

GAG – glikozaminoglikanlar

RNK – Ribonuklein kislota

OQP – oksidlaniSh –qaytariliSh potentsiali

JSST – Jaxon Sogliqni Saqlash Tashkiloti

SPITN – Community Periodontal Index of treatment Needs-

GPI – gingivo parodontal indeks

KPI – kompleks parodontal indeks

KPU – karies, plombalangan, olingan tiShlarning umumiy yig'indisi

PI – parodontal indeks

PMA – papilla, marginal, alveolyar indeks

OHI-S – *Oral Hygiene Index* (ingl.) og'iz bo'Shlig'i gigiyenik indeksi

OBShQ – og'iz bo'Shlig'i shilliq qavati

LDF – lazer doplerli floumetriya

UTT – ultra tovuSh tashxislash

SBI – *Sulcus Bleeding Index*(angl.) –milk egatini qonash indeksi

ECHT – eritrotsitlarning cho'kish tezligi

EOD – elektrodontodiagnostika

EOM – elektrodontometriya

UYUCH – ultra yuqori chastota

Bis-GMA — bisfenol-A-glicidil-metakrilat

EDTA — etilendimetiltetrauksus kislota

YUCh – yuqori chastota

F- ftor

Адабиётлар:

Асосий:

- 1.Боровский Е.В. "Терапевтическая стоматология" М.,2006 г..
- 2.Боровский Е.В. ва бошқалар " Терапевтическая стоматология".- М.,2004
- 3.Камилов Х.П., Мамедова Ф.М. "Даволаш стоматологиядан" рецептура справочниги.- 1995.
- 4.Боровский Е.В., Баришева Ю.Д., Максимовский Ю.М. "Терапевтическая стоматология".- М.: Медицина, 1998.
- 5..Николаев А.И. и др Практическая терапевтическая стоматология. М., Медпрессинформ, 2004 г. – 548 с.

Қўшимча:

- 1.Дмитриева Л.Н. и др. «Терапевтическая стоматология». –М., 2004г.
2. Ирсалиев Х.И., Рахманов Х.Ш. и др.. «Функциональная морфология барьерно-защитных комплексов полости рта» Т.: Абу Али Ибн Сино, 2001. – 338 с.
3. Луцкая «Руководство по стоматологии» Ростов-н/Д.: Феникс, 2002.-544 с.
4. Бажанов Н.Н. «Стоматология (Серия XXI век)» М.:Гэотар-Медиа 2002.- 304 с.

5. Вагнер В.Д. «Пособие по стоматологии» Н.Новгород. НГМА, 2003
264
6. Муравьянникова Ж.Г. «Болезни зубов и полости рта» Ростов-
н/Дону. Феникс., 2006-414с.
7. Притыко А.Г. (ред.) «Клиническая стоматология» перевод с
английского М.: МЕДпресс 2004-624с.
1. [www.stomatology. ru](http://www.stomatology.ru)
2. <http://www.zub.ru>
3. <http://www.edentworld.ru>
4. [www. medlibrary. ru](http://www.medlibrary.ru)
5. [dline. ru](http://dline.ru)
6. [www. med.ru](http://www.med.ru)
7. [www. stom.ru](http://www.stom.ru)