

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS  
TA'LIM VAZIRLIGI

O'RTA MAXSUS KASB-HUNAR TA'LIMI MARKAZI

O'RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA'LIMINI  
RIVOJLANTIRISH INSTITUTI

# **TERAPEVTIK STOMATOLOGIYA**

TOSHKENT — 2004

Tuzuvchilar:

**M.F. Ziyayeva** – O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi  
Direktorlar rayosati raisi, oliy toifali o'qituvchi,

**R.N. Bahodirova** – O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi  
Tibbiyot bilim yurti oliy toifali o'qituvchisi, shifokor-stomatolog.

Taqrizchilar:

**U.J. Jumatov** – 1-ToshMI Terapevtik stomatologiya kafedra mudiri,  
professor

**S.A. Karimova** – M.S. Tursunxo'jayeva nomli tibbiyot bilim yurtining oliy  
toifali o'qituvchisi, stomatolog,

**M.M. Abdug'aniyev** – Toshkent shahar Yakkasaroy tumani 2-stomatologiya  
roliklinikasi bosh shifokori, oliy toifali shifokor-stomatolog.

## SOZBOSHI

Terapevtik stomatologiya hozirgi zamon taraqqiyot bosqichida tibbiyotning mustaqil ilmiy-analiy tamog'i bo'lib, tish va og'iz bo'shlig'i kasalliklarini davolash bilan birgalikda, ulami oldini olish (profilaktika) usullarini ishlab chiqadi. Shu bilan birgalikda og'iz bo'shlig'i va tish kasalliklarini konservativ usulida, ayrim vaqtlarda esa ularni ortoped-stomatolog va jarroh-stomatologlar bilan birgalikda kompleks davolashni o'z oldiga vazifa qilib oladi.

Tish kariyesi va paradont to'qimasi kasalliklarini davolamaslik tishlarni olib tashlashga sabab bo'ladi. Bu o'z navbatida yuz-jag sohasini kosmetik jihatdan o'zgarishlarga, nutq buzilishiga, ovqat hazm qilish jarayoni kasalliklarini raydo qilish, asab, endokrin, yurak, qon tomirlar sistemasi, jigar, buyrak organlariga ham ta'sir etadi.

Terapevtik stomatologiya tibbiyotning boshqa sohalari bilan ham uzviy bog'langandir. Stomatologik kasalliklarni o'z vaqtida oldini olish, ichki organ kasalliklarini ham oldini olish demakdir. Bo'lajak mutaxassislar malaka va ko'nikmalarni chuqur egallab olishlarida bu darslik yaxshi xizmat qiladi.

Darslikda stomatologiyani rivojlanish tarixi, xonani tashkillashtirish va undagi jihozlar, plomba uchun ishlatiladigan xom-ashyolar, har bir tish kasalliklarini etiologiyasi, klinik belgilari, tekshirish usullagi va ulami davosi haqida so'z yuritilgan. Ayniqsa, tibbiyot xodimining bemorlar bilan munosabati, etika, deortologiyasi hozirgi davgimizga xos bo'lib, yuqori darajali mutaxassisni tayyorlashda asoschi hisoblanadi. Mazkur darslikda bu bo'limlar aniq va tushunarli qilib yoritilgan.

## *I bob*

# STOMATOLOGIYA VA TISH VRACHLIGI RIVOJLANISHINING ASOSIY TARIXIY BOSQICHLARI. TERAPEVTIK STOMATOLOGIYA FANINING VAZIFASI VA FANNING RIVOJLANISHIGA XISSA QO`SHGAN OLIMLAR

### **1. Stomatologiya va tish shifokorligi to'g'risida tushuncha**

Stomatologiya degan so'z lotincha stoma-og'iz, logos-fan, ya'ni og'iz to'g'risidagi, og'iz bo'shlig'ini o'rganadigan fan ma'nosini anglatadi. Stomatologiya fani va mutaxassisligi og'iz, jag', yuz sohalaridagi kasalliklarni, ularni oldini olish chora-tadbirlari (profilaktika) ko'rish bilan shug'ullanadi.

Tish shifokorligi deganda tibbiyotning o'rta maxsus kollej (texnikum) ni bitirib chiqqan, o'rta malakali mutaxassislarni tushumqoz lozim. Ular, asosan, tish kasalliklarini davolash, bemorlarga tez stomatologik yordam ko'rsatish, ayrim, tayyorlashi oson bo'lgan tish protezlarini tayyorlash, tishlarni olib tashlash (engil variantlari) kabi vazifalar, maktab yoshidagi bolalar orasida profilaktika ishlarini olib borishga yordamchi shaxslar sifatida faoliyat ko'rsatishlari mumkin.

Stomatolog-shifokor tayyorlaydigan stomatologiya fakulteti yoki instituti bo'lmagan mintaqalarni aholisiga tez tibbiy stomatologik yordam ko'rsatish maqsadida, tish shifokorlarini tayyorlaydigan o'quv maskanlari bo'lishi mumkin.

### **2. Stomatologiya va tish shifokorligi rivojlanishning asosiy tarixiy bosqichlari**

Tibbiyotni bir necha yillar asrlarga teng tarixiga qaramay, stomatologiya tibbiyotni eng yosh sohalaridan biri hisoblanadi. Stomatologiya o'z tarixiy yo'lini bosib o'tishida, rivojlanishida yuz-jag' jarrohlari va tish shifokorlari katta rol o'ynaganlar. Ma'lumki, eramizdan 2500 yil avval Qadimgi Misrda tish davolashni amalga oshirganlar. Tish shifokorlarni ishlari, rivojlangan sharq mamlakatlarida keng tarqalgan.

Xitoyda, Hindistonda va Vavilonda tish og'rig'ini qoldirish uchun, har xil vositalardan foydalanganlar. Gippokrat tish og'rig'ini qoldirish uchun qon chiqarish, kuchsiz ko'ngil aynituvchi dori vositalar va maxalliy qalampir va kvarsdan (achchiq tosh) foydalangan. Ulug' daholar Abu Ali Ibn Sino (980-1037), Abdul Qozim (936-1013) tish va og'iz bo'shlig'i kasalliklarini davolash, tishlarni olib tashlash uchun maxsus

asboblari, omburlari ishlab chiqargan va bu ishlarni bajarish tabiblar, sarteroshlar zimmasida bo'lgan. XVIII asrda Fransiyada tish shifokorligi ajralib chiqib, xirurg-dantist mutaxassisligi berilib, unga alohida imtihon joriy etilgan. Bunda Pyer Fosharni xizmatlari bo'lib, u ilmiy tish shifokorligini asoschilardan biri hisoblangan. U klassik "Xirurg-dantist yoki tishlarni davolash" nomli asar yozgan.

Pyer Fosharni bu kitobi XVIII asrda asosiy manba hisoblangan. Foshar tishlarni davolash uchun asbob-uskunalarini takomillashtirgan va yaratgan. U tishlarni charxlash uchun bormashinaga o'xshash borni aylantiruvchi asbobdan foydalangan. Tishlarni plombalash uchun har xil egilgan shtoferlardan foydalangan. Plombalovchi ashyo sifatida qo'rg'oshin, qalay va oltindan foydalangan. Davolangan tishlar 20–30 yil xizmat qilishi mumkinligini ta'kidlagan.

1770- yilda hozirgilarga yaqin plomba ashyolari paydo bo'la boshlagan. XIX asrda fransuz shifokorlari Arnazzan (1808) va Delabarr (1815) lar kariyes bo'shliqlarini davolash va plombalash usullarini taklif qilganlar. Delabarr emal pichoqlari bilan bo'shliqlariga ishlov bergan va pulpitalarni davolashda pulpani kuydirib, ustidan oltin fal'ga bilan yopgan. Kuydirishda qizigan simni pulpaga tiqib maqsadga erishgan. Shu paytda, boshqa fransuz shifokori Darsse tarkibi 8 qism vismut, 5 qism qo'rg'oshin va 3 qism sink (rux) va yengil eruvchi metaldan bo'lgan plomba ashyosini yaratgan. Bu keng qo'llanilgan. Renar esa bunga bir qism simob qo'shib amalgamani yaratilishiga sababchi bo'lgan.

1819- yilda Bell birinchi bo'lib amalgamani kumush qipiqlarni, kukunlari bilan simobni qo'shib tayyorlashni taklif etgan. 1859- yilda nems tish shifokori Lippold misli amalgamani taklif etgan. Amalgamalar hozirda ham takomillashib, terapevtik stomatologiya amalyotida ma'lum sharoitlarda qo'llanilmoqda. 1836- yilda amerikalik tish shifokor Vud Spuner pulpani devitalizatsiyalash-jonsizlantirish, o'ldirish uchun margumush (mishyak) kislotasini qo'llangan.

1866- yilda Djoni Toms qo'l bormashinasidan foydalangan. 1868- yilda amerikalik shifokor Morrison oyoqli bormashinani yaratgan va uni butun dunyoga tarqatdi. Bormashina bilan kariyes bo'shliqlarini charxlash, tish bo'shlig'ini ochish, ildiz kanallarini kengaytirish, tishlarning o'tkir qirralarni silliqlashda foydalanildi.

Taniqli gistolog olimlardan Retsius, Kellikur, Ouen, Nasmit, Vedlya va boshqalar tish to'qimalarini anatomiya, gistologiya, mikroskopik tuzilishini o'rgandilar. Toms kariyesni patologik-anatomik manzarasini o'rgandi. U pulpa yalig'lanishini o'tkir va surunkali turlarga bo'ldi va alveolada o'zgarish bo'lsagina tishni olish mumkin deb hisobladi. Ingliz olimlari Robinzon va Tomslar katta ishlarni amalga oshirdilar. Toms 1848–1855- yillarda pulpa va periodont tuzilishini yoritib berdi.

XIX asr oxirida A.Vitsel (1878) pulpitalarni amputasion usul bilan davolashni taklif etdi. Miller 1885- yilda kariyes kasalligini kimyo-

parozitar kelib chiqish nazariyasini yaratdi. Shunday qilib, XVII asr oxirlarida XVIII asr boshlarida tibbiyot mutaxassisleri orasida tish shifokorligi rivojlandi. Asosiy beriladigan yordam og'rigan tishni sug'irish, olib tashlash bilan chegaralangan edi holos. Shifokori P.Foshar sun'iy tilla karonkani yaratish, kumushli amalgama bilan tishlarni plombalash kabi ishlarga asos soldi.

1810- yillarda Rossiyada tish shifokorligi rivojlana boshlangan. 1923-yildan boshlab, institut direktori Aleksandr Ivanovich Evdokimov bo'lgan.

1935- yilda "Moskva o'quv stomatologiya instituti" ga aylantirilgan, ya'ni xuddi shu yildan boshlab "stomatologiya", "odontologiya" iboralari o'rniga "stomatologiya" so'zi bilan aytila boshlangan va tugatganlarni "shifokor-stomatolog" deb atay boshlashgan.

Ushbu institutda 1937- yilda xirurgik (mudir A.I.Evdokinov), 1938-yilda terapevtik (mudir dos. Ya.S.Pekker), ortopedik (mudir M.S. Nemonov) stomatologiya kafedralar tashkil topgan.

1949- yil 20- sentabrda Moskva stomatologiya instituti (MSI) "Moskva tibbiyot stomatologiya instituti" (MMSI) ga aylantirilgan va uning tarkibida davolash va boshqa fakultetlar ham ochilgan. Shu yildan boshlab, o'qish muddati 5 yil deb belgilangan, institutga yana A.I. Evdokimov rahbarlik qila boshlagan.

1954- yilda, o'sha paytdagi ToshMIda xirurg-stomatolog, dotsent, Mixail Vladimirovich Paradoxovning stomatologiya fakultetini ochilishiga xizmat qo'shdi.

Toshkent tibbiyot institutida terapevtik stomatologiya kafedrasini birinchi bor 1956- yilda ochildi. Birinchi kafedra mudiri bo'lib, dotsent A.T. Busigin (1956–1957) ishlagan. Keyinroq kafedrani M.V. Busigina (1956–1959, 1965–1966) boshqargan. 1966–1967 va 1990–1991-yillarda kafedra mudiri bo'lib professor V.A. Yepishev ishlagan. 1992-yildan boshlab terapevtik stomatologiya kafedrasini tibbiyot fanlari doktori, professor Safarov Toshpo'lat hamdamovich boshqargan.

1965–1967- yillar mobaynida birinchi bo'lib assistentlar Yu.H. Yunusov, T.X. Safarov, V.S. Kargin, I.G. Giyasovlar kandidatlik dissertatsiyalarni yoqladilar.

Terapevtik stomatologiya kafedrasida ko'p yillar assistent lavozimida L.N. Popova, G.F. Chernankov, L.S. Alpayeva, S.P. Yurkova, A.T. Turabov, T.M. Shualova, I.G. Grigoryan, F.I. Xersonskaya, I.F. Yunusova, L.L. Volk, S.N. Allaxverdova, S.I. Bektashev, T.N. Petergburg va boshqalar ishlab kelganlar.

1974- yilda terapevtik stomatologiya kafedrasini ikkita kafedraga bo'lindi: propedevtika kafedrasiga mudir professor V.A.Epishev va gospital terapevtik stomatologiya kafedrasini mudir dotsent T.X.Safarovlar tayinlandilar.

Stomatologiyaning eng asosiy qismi bo'lib terapevtik stomatologiya hisoblanadi. Chunki tish va ayniqsa paradont kasalliklari tish-jag' tizimini buzilishiga va boshqa kasalliklarini keltirib chiqishiga sababchi bo'ladi. Tish qatori buzilganda ovqat yaxshi chaynalmaydi va maydalanmaydi, demak oshqozon-ichaklarda yaxshi hazm bo'lmaydi, ayni shu a'zolari xastaliklarga olib kelishi mumkin va aksincha, ichki a'zolar yoki tishlar kasalliklari og'iz bo'shlig'idagi o'zgarish va kasalliklarga olib kelishi mumkin.

### 3. Terapevtik stomatologiya bo'limlari

Terapevtik stomatologiyani bir necha bo'limlarga bo'linadi:

#### 1. Fizioterapevtik bo'lim.

Bu bo'limda og'iz bo'shlig'i, paradont va tish kasalliklarini fizikaviy tekshirish (temodiag-nostika, elektrodiagnostika, elektrodontodiagnostika va boshqa tekshirish usullari) va davolash (UFO, UVCH, elektroforez, flyuktuorizatsiya va boshqa davolash usullari) muhojajari olib boriladi.

#### 2. Gigiyena (tozalik) xonasi.

Bu xonada maxsus moslamalar yordamida bolalarni, davolanishga keladigan bemorlarni, og'iz tozalik qoidalarini qanday va qaysi usullarda bajarish zarurligi o'rgatilib boriladi.

#### 3. Paradontologiya xonasi.

Bu joyda paradont kasalliklarini tekshirish, ularni davolashga mo'ljallangan moslama, apparat, dori-darmonlar o'rin oladi va shu ishni bajarishga layoqatli terapevt stomatolog-paradontologlar ishlashadi.

#### 4. Shilliq qavati kasalliklarini davolash xonasi.

Bu xonaning bo'lishi, ya'ni og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklarini iloji boricha alohida xonada qabul qilishdan maqsad – bu tur kasalliklar yuqumli (masalan, Botkin kasaligi yoki zaxm-sifilis, SPID va boshqalar) hisoblanadi. Og'iz shilliq pardasini tekshirishga va davolashga mo'ljallangan moslama, apparat, reaktiv va boshqa zarur ashyolar bu yerda mavjud bo'lishi kerak.

#### 5. Gidroterapiya.

Bu xonada maxsus ishlangan, 4–6 atmosfera bosimi bilan maxsus moslama yordamida og'iz bo'shlig'ini yuvish, paradont to'qimalarini yuvish kabi ishlar muhojalar bajariladi. Bu erda davolashning birinchi bosqich, og'iz shilliq qavati kasalliklari, paradont kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda o'tkaziladi. Bu turdagi kasalliklarda og'iz bo'shlig'ida, paradontal tish-milk cho'ntaklarida yig'ilgan yiring, mikroblar va ular ishlab chiqargan zaxarlar oqibatida og'iz bo'shlig'ida paydo bo'ladigan qo'lansa hidlarni bemorlarni xalos qilish yoki ularni kamaytirish maqsadida, davolashdan oldin shu xonada suv bilan davolash-gidro-

terapiya muolojalari qo'llaniladi. Maxsus moslamalar orqali og'izga tushadigan suvga turli yoqimli, xushbo'y hidli suyuqliklar, dorilar aralashtirish, qo'shish mumkin.

#### 6. Rentgenologiya.

Tish kasalliklari, paradont to'qimasi xastaliklaridagi patalogik o'zgarishlarni rentgen nurida ko'rish, rasnga olish, ularning tashhis qo'yilishi va davolash jarayonlari hamda, davolashdan keyingi muddatlardagi o'zgarishlarini aniqlash uchun o'ta muhim ahamyatga ega.

Hozirgi kunlarda, rentgen nuri yordamida ishlatiladigan shunday zamonaviy apparatlar borki, ular stomatolog ishlaydigan xonada o'rnatiladi va ular yordamida shifokor stomatolg-terapevt bajaradigan ishlar, muolamalar maxsus ekranda ko'rinishda boradi. Ish-muolaja, masalan, tish kanallarini plombalash jarayonini ham shifokor, ham bemor ko'rib turadi.

Shunday qilib, terapevtik stomatologiyaning barcha bo'limlari bemorlarga yaxshi, sifatli yordam ko'rsatishga qaratilgan.

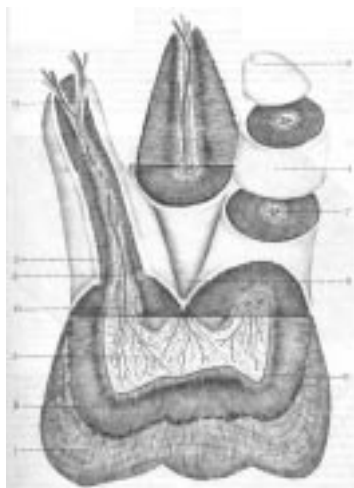


## II bob

### TISH TO'QIMALARINING GISTOLOGIK VA ANATOMIK TUZILISHLARI

#### 1. Og'iz bo'shlig'i va tishning gistologik tuzilishi

Og'iz bo'shlig'ining oldi qismi – yuqorigi va pastki lablar bo'lib, tepasi qattiq va yumshoq tanglaydir. Orqa qismida tilcha bo'lib, pastida til bo'ladi. Til ostida og'iz, bo'yin mushaklari (og'iz diafragmasi) bordir. Tishlar yordamida og'iz bo'shlig'ini ikki qismga bo'lsa bo'ladi. Oldingi kirish qismi, daxlizi va asosiy og'iz bo'shlig'i qismlari bor. Og'iz bo'shlig'i shilliq parda bilan qoplangandir. Embrional davrning 2 oyida, 6–7 xaftasida tishlar hosil bo'lishi boshlanadi. Tishlarning rivojlanishini 3 davrga bo'linadi: a) tish kurtagini hosil bo'lishi; b) tishning rivojlanish davri; d) tish to'qimalarini hosil bo'lishi. Avvalo sut tishlar, keyinchalik doimiy tishlar kurtagi hosil bo'ladi va rivojlanadi. Shunday qilib, tish kurtagi asosan uch qismdan iboratdir: a) emal organi, b) tish so'rg'ichi, d) tish kurtagi qopchasi. Emal organidan tishlarni eng qattiq to'qimasi-emal rivojlanib, hosil bo'ladi va tish pulpasining odontoblast hujayralari tishni dentin to'qimasini hosil qiladi. Tish kurtagi qopchasidan esa tishning ildizida sement, periodont, paradont, jag' suyagining alveolyar o'sig'i hosil bo'ladi. Mineral tuzlarni yig'ilishi emal bilan dentin birlashgan joydan boshlanadi. Emal organing tashqi va ichki qavatlari bo'lib, ular orasida hujayralar hosil bo'lib, ular tishning emal organining tashqi qavatini, asosan tish emalining ustini berkitib turuvchi parda-Nasmit pardasini hosil qiladi. U prizmalararo oraliq moddalardan tashkil topadi. Tish kurtagi so'rg'ichi va qopchasi limfa, qon tomirlar, nerv tomirlariga boy bo'ladi. Ular tish kurtagining



1- rasm. Tishning tuzilishi.

1- emal; 2- dentin; 3- sement; 4- tish ildizi; 5- toj pulpasi; 6- qon va nerv tolalari; 7- ildiz pulpasi; 8- tish ildiz cho'qqisi; 9- ildizlarning birikish joyi; 10- ildiz kanalining kirish qismi; 11- tish pulpa shoxi; 12- tish ildizi cho'qqisining teshigi.

normal rivojlanishini, o'sishini ta'minlaydilar. Emalda prizmalar 20 mkm bo'lgach, tuzlar yig'ilishi boshlanadi. Emal taraqqiyoti uch oygacha davom etadi. Emal to'qimasida suv miqdori, organik moddalar kamayib, mineral tuzlar ko'payadi va kristallar hosil bo'ladi. Emal hosil bo'lishi tish koronkasini hosil bo'lishiga olib keladi. Emalning o'sishi emal-dentin chegarasidan boshlanadi va tish koronkasi yuzasiga qarab boradi. Tish koronkasida emal qavat joylashadi va perkimatiya hosil bo'ladi, ya'ni yumaloq to'liqsimon valik shaklida bo'ladi. Tish kurtagi qopchasi yuzasidagi epitelial hujayralardan sementoblastlar hosil bo'ladi. Ular tishning ildiz qismidagi sementni yaratadilar. Tish koronkasi og'izda o'sib chiqqandan so'ng, tish ildizining rivojlanishi boshlanadi. Bu jarayon ikki-uch yil davom etadi. Tish ildizi o'sib bo'lgach, epiteliya to'qimani ichkariga qo'shuvchi to'qimaga o'sib kirishi to'xtaydi.

**Emal** – inson organizmidagi eng qattiq to'qimadir. Emal 95% anorganik mineral tuzlardan tashkil topdi va asosan gidrooksiapatit kristallari bo'ladi: o'rtacha kalsiy – 37%, fosfor – 17% bo'ladi. 1,2% organik modda va 3,8% suv emalda bo'ladi. Organik modda juda oz bo'lgani uchun modda almashinuvi emalda juda sekin kechadi. Regenerasiya, ya'ni qayta tiklanish emalda deyarli sezilmaydi. Ba'zi olimlar emal tirik emas deb aytishlari noto'g'ridir, chunki oz bo'lsada modda almashinuvi emalda bor. Demak, emal ham tirik to'qimadir. Emaldagi organik moddalarning asosiy qismi oqsillar bo'lib, lepidlar, aminokislotalar, sitratlar, polisaxaridlar ham bordir. Shunday qilib, emalning tarkibi juda murakkab tuzilgandir. Emalda modda almashuvi asosan og'izdagi so'lak tufayli bo'ladi. Tishni koronkasini emal qoplab turadi, asosan, do'mboqchalarida emal qalin qavat hosil qiladi, 2–3 mm bo'ladi, tishning ildizi tomon emal yupqalashib boradi va tish bo'ynida emal yupqa bo'ladi. Emal qattiq, yaltiroq, sinuvchandir. Emalning gistologik tuzilishi asosan emal prizmalari va prizmalararo moddalardan tashkil topgandir. Yangi chiqqan tishda tishning toj qismi yupqa parda – Nasmij pardasi kutikula bilan qoplangan bo'ladi. Kutikula chaynash jarayoni natijasida bir necha vaqtdan so'ng, yedirilib ketadi va faqat tishni bo'yin qismida qoladi, u milk epiteliyasi bilan birikkan bo'ladi, bu joy fiziologik tish-milk cho'ntagining asosi hisoblanadi va chuqurligi 2 mm bo'ladi.

Elektron – mikroskopik tekshirishlar natijasida, emal prizmalari ko'ndalang joylashishda xuddi arklarga, peshtoqlarga o'xshab ketadi. Emal prizmalarini ko'ndalang kesganda dioganallarni, ko'p qirrali prizmalarni ko'ramiz. Ular parallel, uzinasiga kesilganda esa parozonalarni, bir-biriga parallel tolalarni ko'ramiz. Emal prizmalari S shaklida buralib joylashganliklari uchun, kesganda ba'zilar ko'ndalang, boshqalari esa parallel ko'rinadi. Natijada yorug' va xira yo'llar hosil bo'ladi, buni Shreder yo'llari deb atashadi. Emalni taraqqiyoti natijasida,

mineral tuzlarni turlicha, har xil miqdorda-oz ko'p joylashganligi aniqlangan, bu Retsius yo'llari deyiladi.

**Dentin.** Dentinda 70–72% anorganik modda bo'ladi, asosiy qismida fosfat va karbonat kalsiy tuzlari, ozgina ftorid kalsiy, magniy, natriy va boshqa mikroelementlar bordir. 28–30% esa suv va organik moddalar, ya'ni oqsil, yog', karbon suvlardan iboratdir. Dentin o'z tuzilishi bilan suyakka o'xshashroq bo'lib, gistologik tuzilishida asosan dentin yo'llari, kanallari va asosiy moddadan tashkil topadi. Har bir dentin kanali diametri o'rtacha 1–5 mkm.

Dentinning asosiy moddasi radial va tangensial, kollagen va perikollagen tolalardan tashkil topgan. Radial tolalar – Korfa tolalari va tangensial tolalar – Eboner tolalari deb ataladi. Dentinning tashqi, emalga yaqin joyida radial tolalar, ichki yuzasida pulpaga yaqin joyida tangensial, ya'ni ko'ndalang joylashgan tolalar ko'proq bo'ladi.

Tolalar orasida esa amorfli yopishtiruvchi modda bo'ladi. Dentinning emalga yaqin tashqi qismini plashli dentin deyiladi. Ichki pulpaga yaqin qismda esa pre-dentin bo'lib, unda mineral tuzlar ancha kamroq bo'ladi. Pre-dentin dentin hosil bo'lishiga asos bo'ladi. Dentin kanalchalari ko'ndalang kesilganda dumaloq, oval, tuxumsimon shaklda bo'lib, ular tish bo'shlig'i – pulpa kamerasidan boshlanadi. Ular buralib, to'liq-simon shaklda dentinning asosiy moddasini ichidan radial o'tadilar va asosan kolbachalar shaklida kengayib, emal dentin chegarasida tugaydilar. Dentin kanalchalari ichida odontoblastlarni uzun tarmog'i – Toms tolasi joylashgan bo'ladi. Bu tola asosan dentinni, qisman emalni oziqlantiradi va nerv bilan ta'minlaydi.

Dentinni organik asosini trikalsiy fosfat va gidrooksiapatit tuzlari va kristallari egallaydi. Dentinni, mineral tuzlarga boy qismini gipermineralizatsiya zonasi deyiladi. Tishning ildiz qismida mineral tuzlar ancha kam bo'ladi.

**Sement.** Sementda 68% anorganik va 32% organik modda bo'ladi. Sement tish ildizini qoplab turadi. Gistologik tuzilishi bo'yicha sement ikki xilga bo'linadi: birlamchi – hujayrasiz va ikkilamchi – hujayrali sementlarga bo'linadi. Birlamchi sement dentinga yaqin joylashadi. Birlamchi sement ustida ikkilamchi sement joylashgan bo'ladi. Ikkilamchi sementda sementoblast, sementositlar bo'lib, asosan tish ildizi uchlari atrofida joylashadi va ko'p ildizli tishlarda, ildizlar oralig'ida uchraydi. Sementda ham, kollagen tolalar va yopishuvchan mineral moddalar bor. Kollagen tolalar sementni asosiy moddasida turli xil yo'nalishda bo'ladi. Radial tolalari esa dentindagi tolalar bilan tutashgan bo'ladi. Sementdagi kollagen tolalar dentin va periodontdagi tolalar bilan uzviy bog'langan bo'ladi.

**Pulpa** – tishning ichki bo'shlig'i – pulpa kamerasida, tish pulpasi (mag'zi) joylashadi. Uning ikki qismi: toj va ildiz qismlari bo'ladi. Pulpa qo'shuvchi to'qimadan tashkil topgan bo'lib, uning toj bo'lagini yumshoq

qo'shuvchi to'qima tashkil etadi. Turli xil hujayralarga boy bo'lib, nozik kollagen va prekollagen tolalari bo'ladi. Tish ildizi qismidagi pulpa esa qattiqroq, qalinroq qo'shuvchi to'qimadan iborat bo'lib, kollagen tolalar asosan nerv qon-tomirlar atrofida uzunasiga joylashadi. Hujayralar tuzilishi tarkibiga qarab pulpa uchta zonaga: tashqi, o'rta va markaziy zonalariga bo'linadi. Tashqi – periferik zonada bir necha qavatlar hosil qiluvchi o'ziga xos noksimon hujayralar – odontoblastlar bo'ladi va u dentinni hosil qiladi. Uning bitta uzun tolasi bo'lib, dentin kanalchalariga kiradi va uni Toms tolalari deb ataladi. U emal va dentinni oziqlanishida, innervasiyasida hamda modda almashinuvida muxim rol o'ynaydi. Toms tolalari yupqa organik perda bilan o'ralgan bo'ladi va asosan emal dentin chegarasida tugaydi. Odontoblastlarni bitta uzun periferik tolasidan tashqari, bir necha qisqa mayda tolalari bo'lib, ular bir-birlari bilan uzviy bog'langan bo'ladi. O'rta, periodontoblast yoki subodontoblast zonada bir necha qavat noksimon, faqat bir necha qisqa tolachalari bo'lgan hujayralar joylashgan bo'ladi. Periodontoblastlardan odontoblastlar hosil bo'ladi, ya'ni qisqa tolalarning bittasi uzayib, dentin kanalchalarida joylashib boradi. Markaziy zonada mayda, uruchsimon, yulduzchasiimon hujayralar, mikrofaqarlar – gistrositlar bo'ladi. Gistrositlarni katta yadrosi bo'ladi. Tish pulpasida, elastik tolalar topilmagan, unda juda ko'p – qo'shuvchi to'qima hosil qiluvchi hujayralar va boshqa hujayralar bor. Yallig'lanish va boshqa patologik holatlarda turli o'zgarishlar bo'ladi. Fibroblastlarda juda ko'p mayda tolachalar bo'lib, shular yordamida bir-birlari bilan uzviy bog'lanadi va kollagen tolalar hosil qiladi. Yallig'lanish bo'lganda fibroblastlar fibroz qopcha hosil qiladi va yallig'lanishni tarqalib ketmasligiga harakat qiladi. Tish ildizi uchidagi va uning atrofidagi teshiklardan pulpaga nerv tolalari, arterial qon tomirlar kiradi. Tishning ildiz qismidagi mayda qon tomirlar kapillyarlarga aylanadi. Nerv, qon, limfa tomirlar birgalikda bir-biri bilan bog'liq holda bo'ladi. Nerv tolalar odontoblastlar osti va ustida mayda nerv tolalari tugunchasini hosil qiladi.

Tish pulpasining asosiy funksiyasi dentinni hosil qilish, oziqlantirish, qisman emalni ham modda almashinuvida qatnashishdir.

**Periodont.** Periodont periodont bo'shlig'ida joylashgan. Bu oraliqning qalinligi normal holatda 0,1-0,2 mm bo'lib, ichki qismi sement bilan, tashqi qismi jag' suyagi o'sig'i bilan, yuqorida fiziologik tish-milk cho'ntagi, tagi esa tishga kiruvchi nerv-qon tomirlar yig'indisi bilan chegaralangan. Periodont yoki perisement – "tish yoni", "atrofi" yoki "sement yoni" ma'nosini anglatuvchi lotincha so'z bo'lib, asosan qattiq qo'shuvchi to'qima tolalaridan tashkil topgan. Bu tolalar temirdek mustaxkam bo'lib, qalinligi 4-10 mkm bo'ladi. Sharipeev tolalari deb nomlangan: tish ildizining bo'yin qismi gorizontaal yo'nalishda bo'lib, tishning aylama bog'lovchi qismini hosil qiladi va fiziologik tish-milk

cho'ntagining asosi hisoblanadi. Tish ildizining o'rta qismida bu tolalar qiyshiq joylashib, yuqori qismi jag' suyagining alveolyar o'sig'iga va pastki qismi sementga kiradi. Tish ildizining uch qismida bu tolalar vertikal yo'nalishda bo'ladi. Sharipeev tolalari orasida oz miqdorda yumshoq qo'shuvchi to'qima bo'lib, amortizasiya funksiyasini bajaradi. Tishga tushgan bosim butun periodont bo'yniga tarqaladi. Bu yumshoq to'qimada fibroblastlar, fibrositlar, plazmatik, limfatik va boshqa hujayralar bor. Bundan tashqari, unda qoldiq epitelial Malyasse hujayralari bo'lib, ular shishlar hosil bo'lganda ko'payadi. Sement yaqinida sementblastlar, sementositlar, jag' suyagi alveolyar o'sig'i yaqinida esa osteoblastlar, osteositlar bo'ladi va periodontda plastik xususiyat bo'lishini ta'minlaydi. Periodontda qo'shuvchi to'qima tolalari milk, jag' suyagi, sement orqali dentindagi tolalar bilan qo'shilib, bog'langan bo'lganligi tufayli, periodont trofik funksiyani bajaradi. Ya'ni tishni oz bo'lsada osmos yo'li, tolalar orqali tish to'qimalarini, asosan sement, dentinni oziqlantiradi. Tishni davolashda pulpani olib, tish tojlari plombalanganidan so'ng, bu tishlar o'n yillab xizmat qilishi periodont tufaylidir. Periodontga nerv, limfa, qon tomirlar, jag' suyagi alveolyar o'sig'i va tishga kirayotgan nerv, limfa, qon tomirlari bilan uzviy bog'langan bo'ladi.

Periodont funksiyasi turlichadir: A) tishni jag' suyagi o'sig'i orasida bog'lab, ushlab turadi va tishga tushgan bosimni har tomonga barobar tarqatadi. B) Periodont sezish-sensor xususiyati bor, u reflekslarga boydir. D) Barerlik – mudofaa qilish vazifasini bajarib, plastik va trofik xususiyatlarga ega.

**Paradont.** Paradont grekcha so'z bo'lib, tish atrofidagi to'qimalar degan ma'noni anglatadi. 1911- yilda Bunshxeym, 1914- yilda Veski paradont terminidan foydalandilar va paradont kasalliklari (gingivit, paradont, paradontoz va boshq.) deb atala boshlandi. Ko'pchilik olimlar, paradont deganda tish va tish atrofidagi to'qimalar deb tushunish kerak deyishadi. Shunday qilib, paradontga tish (enal, dentin, sement, pulpa), periodont, milk, jag' suyagi alveolyar o'sig' kiradi. Paradont to'qimalari bir-biri bilan chambarchas bog'liq bo'lib, nerv, limfa, qon tomirlari bilan bir butundir. Tishlar milkdan o'sib chiqishi natijasida, milk bilan tish orasida 2 mm chuqurlik hosil bo'ladi va buni fiziologik tish milk cho'ntagi deb ataladi. Bunda milk epiteliysi emalning nasmit pardasi bilan bog'langan bo'lib, uning ostida, tish bo'ynida, tishni aylanma payti joylashgan bo'ladi. Paradontni har bir to'qimasi o'ziga xos tuzilgan bo'lsada, paradont bir butun organ hisoblanadi. Paradont funksiyasi turli-tumandir. U ushlab turish, trofik, amortizasiyalash, bar'erlik, plastik va boshqa funksiyalarni bajaradi. Paradont reflekslarga boy bo'ladi. Paradont tufayli tishlarimiz bilan ovqatni bemalol, yaxshi chaynay olamiz. Sog'lom tishlar – salomatlik garovidir.

## 2. Tishlarning anatomik tuzilishi

Tishlar o'ziga xos anatomik tuzilishi, shakli bilan ma'lum bir asosiy: ovqatni uzib olish, maydalash, chaynash vazifalarini bajaradilar. U xar bir tishning toj, bo'yin va ildiz qismi bo'ladi.

**Toj qismi.** Og'izda ko'rinib turuvchi milkning tepa qismidir. Tojning uzib olish chaynash (kurak va qoziq tishlarda) va (jag' tishlarda) lab, til, lunj va tanglay, hamda medial va distal yuzalari bo'ladi.

**Bo'yin qismi** – tish tojning ildiz qismiga o'tish joyi.

**Ildiz** – jag' suyagi alveolyar o'sig'i orasida joylashgan. Har bir tishda bo'shliq bo'lib, u tishning anatomik tuzilishini takrorlaydi. Tish bo'shlig'i (pulpa kamerasi) toj va ildiz qismidan iborat.

Tish bo'shlig'ini toj qismida – gumbazli, devorli, tubi tish do'mboqchalarini takrorlovchi bo'rtkisi bor.

Ildiz qismida – kanal, yon tarmoqlari va kanal uchi teshigi bor. Kanal uchi teshigi bitta yoki bir nechta teshikchalar bilan periodontga ochiladi va u orqali tishning pulpasiga nerv, qon va limfa tomirlari kiradi. Tish bo'shlig'ida esa pulpa joylashgan.

### Tish toji burchagi belgisi

Tishlarni chap yoki o'ng tomondan ekanligi uchun, tishlarni uchta bir-biridan farq qila bilish, ajratish belgilari bor:

- 1) tish tojining shakli bo'yicha;
- 2) tish tojining do'mboqchasi bo'yicha;
- 3) tish tojining o'yiqchalari bo'yicha;
- 4) tish ildizlarining shakli va soni bo'yicha.

Medial, chaynov, kesuv tomondagi burchak o'tkir, distal va chaynov kesuv tomondagi burchak esa o'tmas. Oldingi tishlarda bu belgilar yaxshi va aniqroq bo'ladi.

### Tish ildizining belgisi

Tish ildizi hamma vaqt ozmi-ko'pmi yon-distal; loteral tomonga qarab biroz bukilgan bo'ladi, ya'ni tish ildizining jag' suyagi o'sig'i joylashgan tomon biroz egilgan bo'ladi. Tish ildizining tegishli belgisini aniqlashda tishni uzunasiga o'rtasidan chiziq o'tkazib tish ildizi qattiq qismi qaysi tomonga qaragan bo'lsa shunga qarab chap yoki o'ng tomonni aniqlaymiz. Ildiz uchini egilganiga qarab o'ng yoki chap deb ayish mumkin.

## Toj belgisi

Tishlarning lab, lunj, ya'ni og'iz daxlizi tomon yuzasi, medial o'rta chiziqqa yaqin yuzasi do'nbogroq bo'lib, u yon-lateral tomonga qarab biroz pasayib boradi. Demak, suv tomchisi medial tomondan distal tomonga qarab oqadi. tishlar shakllari, funksiyalari har xil bo'lsada, ularni o'rganishda ular to'rtta bo'lakka bo'lingan:

a) Kurak tishlar sakkizta bo'lib, ovqatlarni kesib olish vazifasini bajaradi.

b) Qoziq tishlar to'rtta bo'lib, ovqatni uzib olishlikda xizmat qiladi.

d) Premolyar-kichik jag' tishlari sakkizta bo'lib, ovqatlarni ezib, bo'lakchalarga aylantiradi.

e) molyarlar – katta jag' tishlari o'n ikkita bo'lib, ovqatlarni maydalaydi.

Maydalangan ovqat so'lak yordamida aralashib, yutishga tayyorlanadi. Eng oxirgi sakkizinchi tish "aql tishi" deb ham ataladi. Chunki u 15–25 yoshda, ya'ni insonning eng aqlga to'luvchi yoshida chiqadi. "Aql tishi" yo'qolib borayotgan bo'lib, 50% axolida chiqmasligi mumkin. Ayniqsa pastki jag'da chiqayotganda ko'pincha ancha azob beradi, chiqish joyi kam bo'lganligi tufayli noto'g'ri chiqishi, perikoronorit bo'lishi mumkin. Shunday qilib, insonda 28–32 ta doimiy tishlar bo'lib, ular pastki va yuqori jag'da joylashadilar. Avvalo sut tishlar chiqadi va sut tishlar 20 ta bo'ladi. Ularda premolyar tishlar bo'lmaydi va molyarlar ikkita bo'ladi.

Doimiy tishlarning anatomik formulasi:

$$\begin{array}{c|c} 3 & 2 & 1 & 2 & | & 2 & 1 & 2 & 3 \\ \hline 3 & 2 & 1 & 2 & | & 2 & 1 & 2 & 3 \end{array}$$

Sut tishlarning anatomik formulasi:

$$\begin{array}{c|c} 2 & 0 & 1 & 2 & | & 2 & 1 & 0 & 2 \\ \hline 2 & 0 & 1 & 2 & | & 2 & 1 & 0 & 2 \end{array}$$

Sut tishlarining klinik formulasi rim raqami bilan, doimiy tishlarniki esa arab raqami bilan yoziladi:

Sut tishlarning klinik formulasi:

$$\begin{array}{c|c} V & I & V & I & I & I & I & | & I & I & I & I & V & V \\ \hline V & I & V & I & I & I & I & | & I & I & I & I & V & V \end{array}$$

Doimiy tishlarning klinik formulasi:

$$\begin{array}{c|c} 8 & 7 & 6 & 5 & 4 & 3 & 2 & 1 & | & 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 6 & 7 & 8 \\ \hline 8 & 7 & 6 & 5 & 4 & 3 & 2 & 1 & | & 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 6 & 7 & 8 \end{array}$$

Tishlar bir ildizli va ko'p ildizli bo'ladi. Kurak, oziq, premolyar tishlarda ildiz bitta bo'ladi. Faqat tepa jag'da birinchi premolyar (4 4) ko'pincha ikki ildizli (tanglay va lunj ildizlari) bo'ladi. Yuqoridagi molyarlarda uchta ildiz bor: bitta tanglay ildizi yaxshi o'tiluvchan bo'ladi va ikki (medial va distal) lunj ildizi bo'lib, juda tor, qiyshiq bo'ladi. Pastki molyarlarda ikkita ildiz bor: medial va distal ildizlardir. Distal ildiz yaxshi o'tiluvchan bo'ladi. Medial ildiz ikkita (til va lunj) kanallarga bo'linadi va tor, qiyshiq, o'tish qiyinroq bo'ladi. Sut tishlar 6-8 oylikdan chiqa boshlaydi, 2,5-3 yoshda tamomila chiqib bo'ladi. Sut tishlarning o'miga doimiy tishlar chiqadi, sut tishlari ildizdan so'rilishi boshlanadi. Doimiy tishlar 6-7 yoshdan chiqa boshlaydi va 12-14 yoshda tamomila chiqib bo'ladi. 8 yoshda aql tish chiqishi va chiqmasligi mumkin. O'z vaqtida, ma'lum tartibda va simmetrik bo'lib tishlar chiqishi norma hisoblanadi. Asosan tishlar avvalo pastki jag'lardan chiqadi, so'ngra yuqori jag'da tishlar chiqishi boshlanadi. Jag'ning sut tishlar ildizining kengroq tarqaganligi, ular orasida doimiy tishlar kurtagi bo'lishligi natijasidadir. Sut tishlari oqroq, ko'kintirroq bo'ladi. Negaki sut tishlarda doimiy tishlarga qaraganda 10-15% organik modda ko'proq bo'ladi, ya'ni shuncha anorganik modda kamroq bo'ladi. Shuning uchun, sut tishlar yumshoqroq bo'ladi. Emal dentin, sement sut tishlarda yuqarog va tish bo'shlig'i, makro-mikrokanallar kengroqdir. Sut tishlarining pulpasi asosan yumshoq qo'shuvchi to'qimadan iborat bo'lib, nerv, limfa qon tomirlarga juda boydir. Sut tishlarini ko'kintirroq ko'rinishi shu tufaylidir. Qattiq to'qimasi esa yuqarogdir. Sut tishlarning doimiy tishlardan asosiy farqi shulardir. Ayniqsa, sut tishlarni davolashda juda ehtiyot bo'lish kerak.

**Kurak tishlar, dentis** incisiri toji iskana, ponasimon shaklda bo'ladi. Har jag'da to'rttadan kesuv tish bo'ladi. Bularning ikkitasi markaziy va ikkita yon kesuv tishlardan iborat. Lab va til yuzasi birlashib, kesib oluvchi yuza hosil qiladi. Bunda tish yangi chiqqan vaqtida uchta kichik do'mboqchasi bo'ladi. Har bir kurak tishda bitta ildiz bor. Yuqori jag'ning markaziy-o'rta kurak do'mboq'i bo'lib, cho'zinchoqroq, to'rtburchak shakldadir. Til-tanglay yuzasi yoysimon chuqurlashgan bo'lib, kichikkina do'mboqchasi bo'ladi va u kesuvchi yuzagacha boradi. Medial tomoni loteral tomondan uzunroq bo'lib, bu ikkalasi tish bo'ynida deyarli birlashadi. Tanglay yuzasi noto'g'ri uchburchakka o'xshash bo'lib, uchi tish ildiziga qaragan bo'ladi. Markaziy kurak tish ildizi qalin, konus shaklida bo'ladi va uchi to'ntoqroqdir. Kanali keng, yaxshi o'tiluvchan, to'g'ri bo'ladi. Bu tish kovagi tanglay tomonga yaqinroq joylashib, ildizda tish yuzasi tomon kengayib boradi va keng tom hosil qiladi. Yuqori jag'ning yon kurak tishi o'rta kurak tishidan ancha kichik bo'ladi. Lab yuzasi to'rtburchak shaklda bo'lib, har tomoni do'mboq bo'ladi. Til yuzasi ichkariga kirganroq bo'lib, ikki yon tomonidagi bolishi (valik) tish bo'yin qismida birlashadi va uchburchak hosil qiladi. Bu uchburchak



ichida ko'r chuqurcha hosil bo'ladi. Kesuv tishlarning tanglay yuzasida tanglay do'mbog'i va ko'r teshik yaxshi rivojlangan. Bu tish ildizi mediolateral yo'nalishda va ko'proq lab yuzasi siqilganroq bo'ladi. Tish kovagi tish formasi (shakli) kabi, yaxshi o'tirarli bo'ladi. Bu tishda hamma farqli belgilar yaxshi, sezilarli bo'ladi.

**Pastki jag'ning markaziy kurak tishi eng kichkina tish bo'lib**, tishni ajrata bilish belgilarni aniqlash qiyin bo'ladi. Tish bo'shlig'i kanali tor bo'lib, o'tish qiyin bo'ladi. Lab yuzasi ozgina bo'rtgan bo'ladi va cho'zinchoqroq to'rtburchakka o'xshaydi. Tish yuzasi esa ancha ichkariga egilgan bo'lib, uchburchak shaklida bo'ladi. Bu tish kichkina, xuddi iskanaga o'xshaydi. Yangi chiqqan vaqtda kesuvchi yuzasida uchta kesuvchi do'mboqchani aniqlash mumkin. Keyinchalik ovqatlanishda, chaynashda bular yedirilib ketadi. Bu tishning ildizi qisqa, medio-lateral yuzasi ancha siqilgan bo'lib, medial yuzasida bilinar-bilinmas chuqurchasi bo'ladi. Bu tish bo'shlig'ining lab-til yuzasi qalqonsimon shaklda torayib boradi va til tomonga yaqin bo'ladi.

**Pastki jag'ning yon kurak tishi** markaziy kurak tishdan ancha katta bo'ladi. Toj pona, iskanasimon shaklda bo'lib, lab yuzasi bo'rtgan va biroz qiyshayganroq bo'ladi, hamda bilinar bilinmas bolishlari bo'ladi. Kesuvchi yuzasida uchta kichkina do'mboqcha bo'ladi va u chaynash oqibatida edirilib ketadi. Tishlarni bir-biridan ajratib olish belgilari yaxshi, aniq bo'ladi. Ayniqsa bu tish koronkasining lateral burchagi oziq tish tomon ancha ko'tarilgan bo'ladi va o'tmas burchak hosil qiladi. Bu tishning til tomonidagi bo'yin qismi yaxshi aniq bo'rtib turadi. Ildizi bitta va torroq o'tsa bo'ladigan bo'lib, oval shaklga ega. Ildiz yuzasida egatchalar bo'ladi va medial egatcha lateral egatchadan chuqurroq, sezilarliroq bo'ladi. Ildiz uchi lateral tomon egilgan.

**Qoziq tishlar, d.canini.** To'rtta bo'lib, bir ildizli tishlar ichida eng katta, baquvatlisi hisoblanadi. Asosan ovqatlarni uzib olishda xizmat qiladi va ildizi eng uzun tishdir. Yuqori jag'ning qoziq tish toji qalqonsimon shaklda bo'ladi. Kurak tishlar yonida joylashib, tishlar yoyida burchak hosil qiladi. Qoziq tish bo'ynidan boshlab, qalinlashib boradi va tishning chaynov yuzasiga yaqinlashgan sari torayib boradi. Qoziq kabi tepalik hosil qiladi. Toji qoziqqa, qalqonga o'xshaydi. Lab yuzasi bo'rtgan, qalqonsimon bo'ladi, o'rtasida bolish qoziq tish ichidagi tepalikdan, tish bo'ynigacha boradi va koronkani ikki qismga bo'ladi. Medial yuzasiga qaraganda lateral tor, bo'rtganroq. Bu tishning til yuzasida ikki yon va o'rtadan o'tuvchi bolish bo'lib, bu yuzani ikkiga bo'ladi va medial yuzasidan ko'ra lateral yuzaga kengroq bo'ladi. Qoziq tishlarda uchta farq qilish belgisi yaxshi, aniq bo'ladi. Ayniqsa, ildizi lateral juda egiladi. Tish bo'shlig'i tish shaklini qaytaradi va keng ildiz kanali yaxshi o'tiluvchan bo'ladi. Ildizi konus shaklida bo'lib, biroz medio-lateral siqilgan.

**Pastki jag'ning qoziq** tishi yuqorisidagidan ancha farq qiladi. Toji romb shaklida bo'lib, yuqoridagi tishga o'xshashroq va biroz kichikroq bo'ladi. Lab yuzasi tor, uzunchoqroq bo'lib, bo'rtmaydi. Kesib oluvchi yuzasida markaziy, asosiy tepaligi bo'lib, unga yon tomon qirralar kelgan bo'ladi. Lateral yuzasiga qaraganda medial kesib oluvchi yuza torroqdir. Medial burchak o'tkirdir. Pastki qoziq tish yuzasi qalqonga o'xshamaydi, bolishlari rivojlanmagan. Til yuzasi silliq yoki biroz ichkariga egilgan bo'ladi va shu belgi bilan yuqori qoziq tishdan aniq ajratish mumkin. Tishlarni ajratishlik belgilari yaxshi, aniqdir. Pastki jag'ning qoziq tish ildizi xuddi tepadagi jag'ning qoziq tish ildizi kabi, bitta, uzun, yaxshi o'tiluvchidir. Ildizida egatlar deyarli sezilmaydi. Pulpa kovagi tish shaklini qaytaradi.

**Kichik jag' tishlar premolyarlarni (d.premolaris)**, ikkita tepaligi bo'lgan tishlar ham deyishadi. Lunj, tanglay, til do'ngligi bo'ladi va lunj balandligi kattaroq, tanglay, til tepaligi pastroq, kichikroq bo'ladi. Yuqori jag'da premolyarlar tuxumsimon oval shaklda bo'lsa, pastki jag'dagi premolyarlar toji dumaloq, shar, koptok shaklda bo'ladi. Shu asosida yuqori va pastki premolyarlarni farq qilsa bo'ladi. Premolyarlarda bitta ildiz bo'lib, faqat birinchi yuqori jag'dagi premolyarlarda ikkita ildiz 65% ida bo'ladi. Tanglay ildizining kanali o'tsa bo'luvchi, lunj ildizi kanali tor, o'tish qiyin bo'ladi va bular orasida qo'shilishlik, anastomozlar bo'lishi mumkin. Bu tish ildizi turlicha bo'ladi. Yuqori jag'ning to'rtta premolyarlari qoziq tishlar yonida ikkitadan joylashgan bo'ladi.

**Yuqori jag'ning birinchi premolyari** toji prizma shaklida bo'lib, lunji va tanglay yuzalari dumaloq, bo'rtgan. Chaynash yuzasidagi lunj tepaligi tanglay tepaligidan ancha baland va kattadir. Bular orasida egatcha bo'lib, u emal vakillari bilan kesilgan bo'ladi. Lunj tepaligidagi oldingi pasayish yondagidan ko'ra aniqroq bo'ladi. Yuqori jag'ning birinchi premolyarida tishning aylana belgisi teskari bo'ladi, ya'ni koronkani lateral yuzasi balandroq, lunj yuzasning medial tomoni pastroq bo'ladi. Bu holat, uzib olingan ovqatni biroz to'xtatib, yaxshi chaynalib o'tishiga yordam beradi. Toj burchagi va ildiz belgisi aniq, sezilarlidir.

**Yuqori jag'dagi ikkinchi premolyar** toji prizma shaklida, xuddi birinchi premolyarga o'xshash, lekin undan ancha kichik bo'ladi. Chaynash yuzasidagi lunj va tanglay tepalıkları bir xil kattalikda, orasida ariqcha hosil bo'ladi va yarim oyya o'xshaydi. Ildizi va kanali bitta bo'lib, o'tish oson bo'ladi. Tishlarning ajratish belgilari aniq bo'ladi.

**Pastki jag'ning ikkinchi premolyari** birinчисiga qaraganda kichikroq va u ham yumaloq shaklda bo'ladi. Chaynash yuzasi kvadrat shaklda bo'lib, lunj va til tepalıkları bir xil kattalikdadir. Ular orasidan o'tgan ariqchaning emal bolishi bo'ladi va chuqurchalar hosil qiladi. Tishning ajratish belgilari aniq. Pastki premolyarlar ildizi, kanali bitta va yaxshi o'tuvchan bo'ladi.

**Katta jag` tishlar-molyarlar (d.molaris)** premolyarlar yonida joylashadi va chaynov yuzasida 4–5 tepaligi bo`ladi. Yuqori jag`dagi molyarlarda lunj tomonidagi tepaliklar baland, katta, pastki jag`dagi molyarlarda esa til tomondagi tepaliklar baland, katta bo`ladi. Natijada uzviy bog`liqlik, bir-biriga joylashishlik bo`lib, ovqat chaynalganda, xuddi tegimon toshdek ovqatlar mayda bo`laklarga bo`linadi. Yuqori jag`dagi molyarlarda uchta ildiz va uchta kanal bo`ladi. Tanglay kanali keng, yaxshi o`tuvchan bo`lib, lunj oldi va orqa kanallari tor, o`tish ancha qiyin bo`ladi. Pastki jag`dagi molyarlarda ikkita oldi va orqa ildiz va uchta kanallar bo`ladi. Orqa ildizdagi kanal yaxshi o`tiluvchan, keng bo`ladi. Oldi ildizda ikkita lunj va tish kanallari bo`lib, ular tor, qiyshiq va o`tilishi qiyin bo`lishi mumkin. Pulpit, periodontit kasalliklarni davolashda tish kovagi, kanallari tuzilishini bilish juda zarurdir. Yuqori jag`dagi birinchi molyar eng katta tish hisoblanadi. Toji to`g`ri burchakli to`rtburchakka o`xshaydi va romb shaklidagi chaynash yuzasida to`rtta tepacha bor: ikkita tanglay tepalikdan ko`ra, ikkita lunj tomondagi tepalik katta, balandroq bo`lsa, oldingi tepachalar orqadagiga qaraganda kattaroq bo`ladi. Tepachalar orasi N shakli kabi ariqchalar bilan bo`linadi. Oldingi tanglay tepalikda yana qo`shimcha kichkina do`nglik bo`ladi. Buni karabelli do`ngligi deb atashgan va bu faqat shu tishda bo`ladi. U tanglay tomon bo`rtgan, lunjga qaraganda esa tor. Bu tishda uchta ildiz bor. Tanglay ildizi kanali yumaloq, keng yaxshi o`tiluvchan bo`ladi. Lunj oldi, orqa (medial, distal) ildizlar tarqoqroq bo`lib, kanallari ezilgan, tor, qiyshiq, o`tish qiyin bo`ladi. Pulpa kamerasi, kanallar tish shaklini qaytaradi va do`mboqchalar tagida bo`rtgi hosil bo`ladi. Tish kovagining tagi, ildiz kanallari boshlanadigan joy do`mboq bo`lib, uchburchak hosil qiladi.

**Yuqori jag`ning ikkinchi molyari** – toji kub shaklida bo`lib, chaynash yuzasida 4 ta do`mboqcha bor. Ular orasidagi fissura X shaklida bo`ladi. Tanglaydan ko`ra, lunj tepachalari katta, balandroq, bo`ladi. Ikkinchi molyar birinchi molyarga qaraganda kichikroq bo`ladi. Bu ikkinchi molyarda do`nglar joylashishi har xil variantlarda bo`lishi mumkin. Ildizi, kanallari uchta, xudda molyar kabi bo`ladi. Faqat oldingi lunj ildizining bir necha kanalchalari bo`lishi ham mumkin. Uchinchi molyar ikkinchi molyarga o`xshash va har xil katta kichiklikda bo`lishi mumkin. Bu aql tishning do`mboqcha, ildizi, kanallari, soni, tuzilishida turlicha bo`lishi mumkin.

**Pastki jag`ning birinchi molyari** kub shaklida bo`lib, chaynash yuzasida 5 ta do`mboqcha bo`ladi: 3 lunj tepasidan, ikkita til tepasi kattaroq balandroqdir. Eng chetki distal orqa lunj tepasi ancha kichik bo`ladi. Do`mboqchalar orasidagi fissurlar EJ shaklida bo`ladi. Lunj yuzasi bo`rtganroq bo`lib, til yuzasidan ko`ra kengroq bo`ladi. Ildizi ikkita, kanallari esa uchtadir. Orqa distal ildiz kanali, oldingi-medial ildizi tor bo`ladi. Qiyshiq, o`tish qiyin bo`lgan til va lunj kanallari. Medial ildiz keng bo`lib, chetki bo`rtgan, orasida egatlari bo`ladi, yoy shaklida bo`ladi.

### *III bob*

## **TERAPEVTIK STOMATOLOGIYA XONASINING JIHOZLANISHI**

Stomatologik yordam asosan poliklinika sharoitida mustaqil stomatologik poliklinika, bo'lim va kabinetlarda ko'rsatiladi. Stomatologik kabinet 250 o'ringacha bo'lgan kasalxonalarda 0,5 shifokor o'rni hisobida; 250 va undan oshiq bo'lsa 1,0 shifokor o'rni hisobida belgilanadi, keyingi har bir 300 o'ringa 1,0 shifokor stomatolog o'rni belgilanadi.

Sil kasalxonasida har bir 75–200 o'ringa 0,5 stomatolog o'rni belgilansa, 200 va undan oshganda 1,0 stomatolog o'rni belgilanadi. Dispanser, ayollar konsultasiyasi, maktab, texnikum institut va boshqa o'quv muassasalarida 800 dan oshiq talaba soniga 1,0 o'rin, ishlab chiqarish korxonalarida esa 1500 dan oshiq ishchi soniga 1,0 stomatolog o'rni belgilanadi.

Stomatolog kabinet keng, yorug' xonada joylashgan bo'lishi kerak. Bitta shifokorning ish joyi kamida  $14 \text{ m}^2$  (o'rtacha  $4,3\frac{1}{3}, 3 \text{ m}$ ) bo'lishi kerak. Qo'shimcha har bir kreslo uchun  $7 \text{ m}^2$ , stomatologik moslama uchun  $10 \text{ m}^2$  kabinet kengaytiriladi. Xonaning balandligi 3,3 m dan kam bo'lmasligi kerak. Stomatologik kreslolarini bir qator, derazaga yaqinroq joylashtirish kerak. Ish joyi toza havo, tabiiy yorug'lik ko'proq joyda bo'lishi kerak. Xona polini lenolium bilan berkitilishi, deyarli och havo rang, yashil yoki sarg'ish yog'li bo'yoq bilan sirlanishi va bo'yalgan bo'lishi kerak.

Stomatologik kabinet issiq va sovuq suv bilan ta'minlanishi, ikkita qo'l yuvgich bo'lishi kerak. Birida qo'l yuvilsa, ikkinchisida asbob-anjomlarni yuvish mumkin. Albatta kanalizatsiya va markaziy isitgich tamog'iga ega bo'lishi kerak. Xonadagi har bir uskuna xavfsizlik nuqtayi nazaridan tashqi konturli elektr tokini yerga uzatgichga ulanishi kerak. Xona xarorati amalgama bilan ishlanadigan bo'lsa  $18^\circ\text{C}$  dan oshmasligi kerak, boshqa xonalarda  $20^\circ\text{C}$  bo'lishi kerak; havo namligi 50–60 foyizi, havo ko'chishi  $0,15 \text{ m/s}$  bo'lib derazada darchasi bo'lishi kerak.

Stomatolog ish jarayonida ko'rish qiyin bo'lgan og'iz bo'shlig'idagi karioz kovaklarni, ildiz kanallarini kichik asboblarda yordamida davolaydi. Ko'zni toliqtimaslik uchun ish joyi bir xilda yoritiladigan bo'lishi kerak. Yorug' narsadan xira narsaga qarash ko'zni charchatadi. Yaltiroq va ko'zni qamashtiruvchi narsalar ham ishlayotganda ko'zga salbiy ta'sir

ko'rsatadi. Har bir xona tabiiy yorug'lik bilan ta'minlanishi kerak. Oynaning kengligi polning kengligiga bo'lgan nisbati 1:4–1:5 atrofida bo'lishi kerak. Oyna shimol tarafga qaratib qurilsa xonaga quyosh nuri tushib, uni isib ketishidan saqlaydi va yorug'likni bir tekisligiga erishiladi. Janubiy regionlarda 45–55°C shimoliy kenglikdagi yerlarda stomatologik xonani shimol, shimoliy-g'arb, shimoliy-sharqqa qaratib qurish tavsiya etiladi.

Tabiiy yorug'likdan tashqari sun'iy yoritish manbalari bilan ham xona yoritiladi. Ish yuzasida yorug'lik 150 lk dan kam bo'lmasligi kerak. Asosan lyuminessent va gallogen yorug'lik manbalaridan foydalaniladi. Ayrim hollarda ish joyini maxalliy yoritish talab etiladi. Buning uchun maxsus reflektordan, yoki elektr yoritgichi bor stomatologik oynadan foydalanish mumkin. Ish tartibiga rioya qilish kerak, ko'proq o'tirib ishlagan ma'qul. Oyoq kiyimi ham qulay bo'lishi kerak. Poshnasi keng (kamida 2–3 sm) va yengil bo'lishi kerak.

Ayniqsa simobli amalgamalar ishlatiladigan stomatologik xonalar sanitariya-gigiyena qoidalariga javob berishi kerak. Lenolium chekkasi poldan 5–10 sm chetga chiqishi kerak, yorug', ochiq joylari bo'lmasligi kerak. Xona devori 5% li oltingugurt aralashmali simob parni yutmaydigan moddadan suvlanishi kerak. Albatta so'rib-tortib oluvchi shkaf bo'lishi kerak. Simobli amalgamalarni shu so'ruvchi shkafda amalgama aralashtirgich yordamida tayyorlab, shu shkafda ehtiyotlik bilan, og'zi berk idishda saqlash kerak. Simob bilan zaxarlanish holati bo'lmasligi lozim. Shu so'rib oluvchi shkafda stomatologik asboblarni sterilizatsiya qilish tavsiya etiladi. Stomatologik xonada toza, yaxshi musaffo havo bo'lishiga erishmoq kerak.

Qirg shifokori bo'lgan poliklinika – 1 kategoriyali xisoblanadi. Birinchi, ikkinchi, uchinchi kategoriyali stomatologik poliklinikalarda sterilizatsiyalash markazlashtirilishi, birinchi kelgan bemorlarni ko'rish xonasi, funksional diagnostika kabineti, fizioterapiya bo'limi, rentgen kabineti, endodontik, paradontologiya xonalari yoki bo'limi bo'lishi kerak. Stomatologiya poliklinikasining asosan uchta bo'limi bo'lishi kerak: davolash stomatologiyasi, jarrohlik stomatologiyasi va ortopedik stomatologiya bo'limlari. Stomatologik kabinetning eng asosiy asbob-uskunasi stomatologik kreslo va bormashinadir. Hozirgi kunda quyoshli O'zbekiston jumhuriyatimizdagi har bir shahar va viloyatlarda hozirgi zamon talabiga javob beruvchi mustaqil stomatologik poliklinikalar bor. Hammasi bo'lib 6000 dan ortiq kreslo, 5300 dan ortiq hozirgi zamon bormashinalari bordir.

Tik turuvchi oyoq bilan ishlaydigan bormashinalar, oyoq bilan va elektr motori bilan ishlaydigan kombinatsiyalashtirilgan oddiy va murakkab bormashinalar, turli xildagi elektrobormashinalar, turbinali bormashinalar, kichkina, ixcham, qo'lda ko'tarib yurib, bemorlarni kasal-xona, uylarida davolash uchun ishlatiladigan (portativ) bormashinalar

bor. Hozirgi kunda uzoq muddat bilan ishlaydigan, borning aylanishini yanada tezlashtiradigan, ixcham, arzonroq bormashinalar ishlab chiqarish tavsiya etilmoqda. Bor qancha tez aylansa, tish kovagini tozalashdagi og'riq shuncha kam bo'ladi. Oyoq bilan ishlaydigan bormashinada bor o'rtacha 1 daqiqada 1000 marta aylanadi. Elektr toki bilan ishlaydigan motori, reostati bor bormashinalar 2000-5000 marta, turli moslamalarda 1 daqiqada borni 10000-30000 marta aylantirish mumkin.

Turbinali bormashinalarda bor 1 daqiqada 100000-300000 marta aylana oladi, og'riq deyarli sezilmaydi. Bunda bor kuchli siyiq havo oqimi yordamida aylanadi, tish qizib ketishi mumkin bo'lganligi uchun sovuq suv purkab turuvchi qo'llarima ishlatiladi. Maxsus chidamli borlar bilan ishlanadi. Turbina avtomatik tarzda turbinali moy bilan moylanib turiladi, bunda turbina qizimaydi va qismlari kam yediriladi.

Zamonaviy "Kavo" (Germaniya) firmasi tomonidan yaratilgan stomatologik qurilma shifokorning ishiga qulayliklar kiritadi. Bunda boshqarish tartibi (sistemasi) yangilandi, gigiyena talablariga to'la javob beradigan qilib yaratildi, estetik ko'rinishi yaxshilandi. Programmali boshqarish tartibiga ko'ra kreslning holati, boshqo'ygich oson boshqariladigan bo'ldi. Ishlatiladigan asboblari shifokorning yaqiniga ko'chma moslamada keltirib qo'yiladigan bo'ldi. Asboblarning uchliklarini olib qo'yiladigan qilinganligi ularni zararsizlantirishni osonlashtirdi. Stomatologik qurilmadagi maxsus zararsizlantirgich moslamasi shifokorni, hamshirani va kasalni kasallik yuqtiruvchi infeksiyadan asrashga yordam beradi.

Bormashinalarning katta-kichikligi, borning aylanish tezligini, qo'shimcha moslamalarning mavjudligiga qarab har xil ish sharoitiga moslab tanlanadi. Statsionar elektr bormashina VES-10 borni 1 daqiqada ko'pi bilan 10000 marta aylantiradi. Bu modeldagi bormashinaning boshqa turlari BESG-03 va BESG-05 ham egiluvchan orqali xarakatni motoridan uchlikka uzatadi. Bormashina elektr yoritgich bilan ta'minlanmagan.

Kombinatsiyalashtirilgan elektr bormashina BK-1 qishloq va dala sharoitida ishlashga moslashtirilgan bo'lib, elektr toki bo'lmasa oyoq kuchi bilan xarakatga keltiriladi. Ko'chma stomatologik kabinetlarga mo'ljallangan. Yengil ko'chma elektr bormashina BEPB-3 yengil, har xil rejimda (3000-10000) borni aylantiradi. Kasallarni uyda, dalada, yo'lda davolashga qulay. Doimiy 24 V tok bilan ishlashga ham moslashtirilgan.

Trubinali bormashinada BPK-300 bor tish qattiq to'qimalarini 1 daqiqada 100000-300000 gacha aylantirib charxlaydi. Oddiy bormashinada borning tishga bosimi 800-1000 bo'lsa, turbinali bormashinada faqat 15-20. borning silkinishi va tish to'qimasining qizib ketishini kamligi pulpani kamroq qitiqlaydi va kasalga og'riq kuchsiz

seziladi. Elektrlashtirilgan yoritgichi bor bormashina BEO-30-2 borni bir daqiqada 1000–30000 gacha aylantiradi. Elektr yoritgichi 1 m uzoqlikda 2000 lk yorug'lik beradi. Ventilyator va suv sistemasi so'lak so'rg'ichi va isitilgan suv bilan sovutib turish mumkin.

### **Stomatologik moslamalar**

Murakkab stomatologik moslama US-30 yuqori saviyali stomatologik yordam ko'rsatishga moslashtirilgan. Bormashina borni bir daqiqada 30000 gacha aylantiradi. Kompressor yordamida yuqori bosim havo bilan tish kovaklari quritiladi va aerazol yoki suyuqli aerazol shaklida dorilar paradont va og'iz shilliq qavatiga purkaladi. Suvli uchlik orqali bosimdagi suv bilan karioz kovak yuvib tozalanadi. Bormashinaga o'rnatiladigan OD-2M uskunasi yordamida tishning sezgirligi tekshiriladi. DKS-2 uskunasi yordamida tish pulpasi va shilliq qavat ko'rsatmaga muvofiq kuydirib davolanadi. Yoritgich, ventilyator va suv kanalizatsiya moslamalari bilan jihozlangan.

Soddalashtirilgan stomatologik moslama USU-30. ancha soddalashtirilgan bo'lib, bunda diagnostika va diatermogulyatsiya uskunalari qo'yilmagan. Stomatologik moslama US-30.300 ikki qismdan iborat: bormashina qurilmasi va davolash diagnostika stoli, turbinali bormashina ham bor. Borning bir daqiqada aylanishi 30000 yoritgich, suv, kanalizatsiya, ventilyator bilan jihozlangan. Stomatologik moslama US-10.100 bir qurilmaga joylashtirilgan. Bormashina mikromotorli bo'lib, bir daqiqada 10000 aylansa, turbinali bormashinadagi bor 100000 gacha aylanadi. Hamma moslamalari xuddi US-30.300 kabidir. Stomatologik turbinali moslama USP-30.300 yoki USP-30.500 portativ moslama hisoblanadi. Stomatolog ish joyi komplekt K-1M tarkibiga kiruvchi uskunalar: stomatologik moslama US-10.300 M. Stomatologik kreslo KSEM-02. Stomatolog stoli SS-04. Stomatolog stuli S-2. Kompressor PK-1.

Stomatolog ish joyi komplekti K-2, K-3 ergonomik mukammallashtirilgan. K-3 tarkibiga kiradi: KS-3 (stomatologik moslamalar, kreslo, yoritgich, suvli blok), stomatolog stuli S-2, stomatolog stoli SS-05, kompressor PK-1.

Stomatologik kabinetda eng asosiy asbob anjomlarning yana biri stomatologik kreslodir. U bemorga va shifokorga qulay o'tirib ishlashi uchun sharoit yaratib bera oladigan bo'lishi kerak. Bemorning boshi, uning og'zidagi kasalligini davolovchi shifokorning ishlashi uchun qulay bo'lishi uchun, bosh qo'ygich moslamasi bor. Uning bandi shifokor yordamida bemor uchun qulay sharoitga o'rnatiladi. Shifokor qiynalmay, osonlikcha kasallangan tishlarni tozalaydi, davolaydi. Stomatologik kreslo

asosan ikki qismdan tashkil topgan bo'ladi: a) yuqori qismida o'tirgich, bosh va qo'llarni qo'yishga mo'ljallangan moslamalar bo'ladi; b) pastki qismi – kreslo asosi, tagi bo'lib, u ikkita bir-biriga kirib joylashadigan yumaloq silindrdan iborat bo'ladi, katta-kichik pedallar yordamida oyoq kuchini ishlatib, stomatologik kresloni yuqoriga ko'tarish yoki tushirish mumkin bo'ladi; suyang'ich orasidagi ruchkasi yordamida kreslo o'tirgichini chapga yoki o'ngga aylantirish mumkin bo'ladi. Silindr orasiga mashina yog'i quyib turish kerak bo'ladi. Bormashinalar kabi, stomatologik kreslolarni juda ko'p turi bor, yildan-yilga yangidan yangilari, qulay, yengil, ijcham, arzon turlari yaratilyapti.

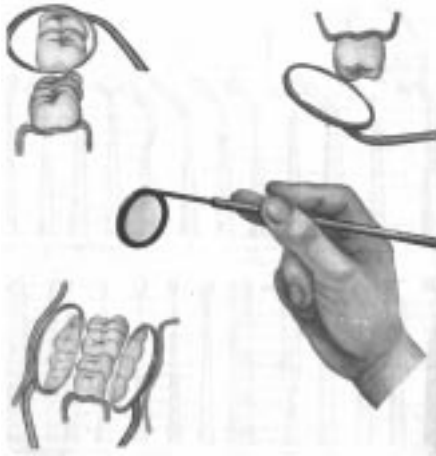
Elektr toki yordamida pastga, yuqoriga yoki vertikal, gorizontal holatda bo'ladigan elektr stomatologik kreslolar ham bor. Ayniqsa, chet mamlakatdan olinadigan asbob-anjomlar, stomatologik kreslolar, bormashinalar, moslamalar sifatlidir. Afsuski O'rta Osiyoda bunday asboblarni ishlaydigan korxonalar yo'q. Hozirgi vaqtda ishlatilayotgan stomatologik kreslolar quyidagilardir: K3-2, K3-8, 9, 10, KSEI-01, 03, 04, KSRD-1 va boshqalar.

Bormashinalar turi har xildir: BES-10, BEG-08, 05, BK-1, BEPB-3, BPK-300, BEO-30-2 va boshqalar. Stomatologik moslamalarning bir necha turi bor: US-30, USU-30, US-30 300, US-10 100, US-30-05 va boshqalar. Chet ellik stomatologik moslamalardan ko'pincha "Yunit" Bolgariya, "Yugodent", Yugoslaviya, "Xirodent" Chexoslovakiya, "Kavo", "Probadul" keng tarqalgan. Stomatologik kresloni (bemorni kresloda o'tirgan holatida) chap tomonida bormashina, moslama o'rnatilgan, o'ng tomonida shifokor o'tiradigan aylanadigan stul o'rnatilgan. Shifokor o'tirib ishlaydigan aylanadigan stul oldida dorilar, mayda stomatologik asboblalar, plomba uchun ishlaydigan materiallar va shifokor ishlashi uchun zarur narsalar qo'yiladigan ikki qavatli kichkina shifokor stoli qo'yiladi. Bu shifokor stoli va stuli engil, ixcham, ishlashga qulay bo'lishi kerak. Bormashina yonida bemor tuflashi uchun tufdon qo'yilishi kerak. Elektr lampochka yorig'i bemor og'zini, tishlarini yaxshi yoritib turishi kerak. Ko'pchilik bormashina, stomatologik moslamalarda elektr nuri bilan yoritib turishi uchun moslamalar o'rnatilgan. Ba'zilarida rentgenodiagnostika, elektroodontodiagnostika apparatlari, diatermo-koagulyatorlar, so'lak so'rib oluvchi, dorilarni isituvchi, yuqori bosimda suv, xavo purkichi bo'lgan moslamalar, ventilyator va boshqalar o'rnatilgan. Stomatologiya kabinetida kreslo, bormashina, shifokor stoli, stuli asosiy asbob anjomlarga kiradi. Bulardan tashqari yana yirik va mayda asbob anjomlar, dori darmonlar bo'lishi kerak. Yana yozish stoli va bir necha stullar bo'lishi kerak bo'ladi. Qo'l yuvish uchun alohida, iflos asboblarni yuvish uchun alohida yuvgich stomatologik kabinetida bo'lishi kerak. Biri shifokor, tibbiyot hamsHIRasi qo'lini yuvishga mo'ljallangan bo'lsa, ikkinchisida kichik shifokor hodimasi ishlatilgan kir stomatologik asboblarni, instrumentlarni, lotokchalarni, tufdonni tozalaydi.



Xonada turli xil kerakli dorilarni asrash uchun tibbiyot javoni, A va B gruppaga kuchli va tez ta'sir qiluvchi dorilar uchun qulflanadigan kichik javoncha bo'lishi kerak. Tozalangan, zararsizlantirilgan, ishlashga tayyor qilib qo'yilgan shifokor asboblari, stomatologik instrumentlar qo'yiladigan shifokor hamshirasi ish joyi stoli bo'lishi kerak. Kichik shifokor hodimasi, tibbiyot hamshirasi ish joyi toza va tartibli bo'lishi, shifokorga tez yordam berishi kerak. Kichik shifokor xodimasining tozaligiga qaraydi va asbob anjomlarni yuvib tozalab turadi. Shifokor hamshirasi asbob-anjomlarni yaxshilab zararsizlantiradi, shifokorga tayyor qilib olib kelishi kerak. Shifokor javondagi va stoldagi dorilar, mayda asbob-anjomlar, borlar, nakonechniklarni yaxshi, toza, tartibli bo'lishiga qarab turadi, shifokorga yordam beradi. Bitta shifokor hamshirasi ikkita stomatologik shifokorga xizmat qiladi. Xonada anafilaktik shok, dorilar, allergiya, yurak qon-tomir xastaligida kerak bo'ladigan zarur dorilar, shprislar bo'lishi va tez yordam ko'rsatish uchun hamma sharoit bo'lishi kerak. Bormashinalar, stomatologik moslamalarni ko'pchiligida yeng bo'ladi, undan g'ildirak yoki elektr motori, rolikdagi aylama xarakterni uchga (nakonechniklarga), borlarga yetkazadi. Aylama xarakter rolikdan sterjen o'qqa o'tadi, so'ngra egiluvchan valga, ikki uchli o'qqa o'tadi. Egiluvchan eng hozirgi vaqtda kam ishlatilyapti, asosan qattiq yenglar ko'proq qo'llanilyapti. Yeng uchida uchni ushlab turadigan moslamalar bor. Uchlar asosan ikki xilga bo'linadi: to'g'ri va burchakli xillardir. To'g'ri uch bilan yuqori jag'dagi tishlarni kavlashda, burchakli uch bilan pastki va yuqori jag'dagi tishlarni kavlashda, tozalashda foydalaniladi. Borlar bu uchlariga joylashtiriladi, to'g'ri uch uchun uzunroq borlar alohida, burchakli uch uchun qisqaroq bor ishlatiladi. Uchdagi borlar yaxshi joylashishligi uchun ushlagichlar bor. Burchakli uch asosan o'tkazgich, uzun o'q, bo'yin qism, oraliq moslama, bor kirib joylanuvchi oltilik aylamadan tashkil topgan. To'g'ri uch asosan o'tkazgich, o'tkazuvchi val, aylanuvchi shayba, ulagich, richag, qopqa borni siqib ushlab turuvchi sangadan tashkil topgan. Turli xildagi uchlar bor, ularni g'lisirin, vazelin va turli xildagi yog'larga solib qaynatish yo'li bilan zararsizlantiriladi. Hamma vaqt bemorni davolashda antiseptika, aseptika qoidalariga rioya qilish og'ritmasdan, og'riqni qoldiruvchi anestetik dorilarni, usullarni ishlatib, e'tiborlik bilan ishlash kerak. Stomatologik instrumentlarni hamshira shifokorga stomatologik buyraksimon likopchaga solib beradi. Mayda stomatologik instrumentlarni asosan beshta gruppaga bo'lsa bo'ladi.

1) Tishlar, og'iz bo'shlig'idagi kasalliklarni tekshirishda ishlatiladigan asosiy instrumentlar uchta: stomatologik to'g'ri va burchakli zond, bu asbob yordamida tishdagi kovaklar aniqlaniladi, stomatologik oynacha yordamida tishlar, og'iz shilliq qavatini yaxshilab ko'rish mumkin bo'ladi. Stomatologik pinset yordamida tishlarning qimirlashini aniqlaniladi, perkussiya qilib tekshiriladi.

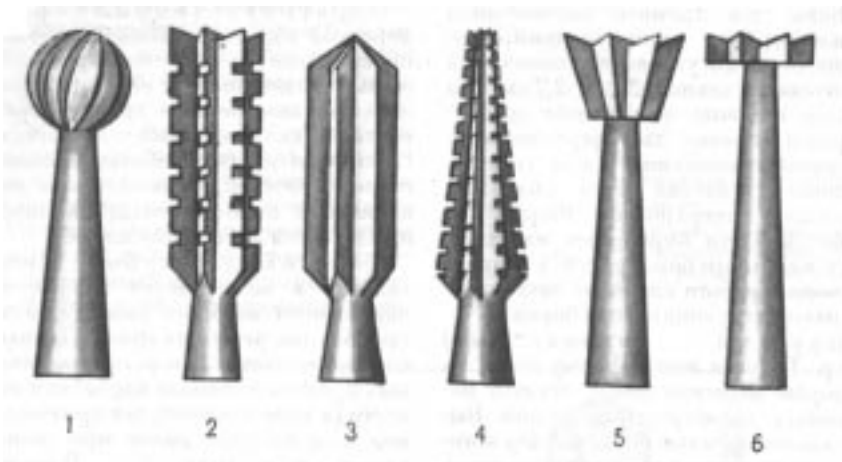


2- rasm. Stomatologik oyna bilan ishlash.



3- rasm. Stomatologik zond bilan ishlash.

2) Tishdagi kavakni kavlashda, tozalashda asosan borlar ishlatiladi. Borlar asosan toza po'latdan tayyorlaniladi, bosh ishlaydigan qismi va sterjenida o'qi bo'ladi. Borlar asosan ikki xilga bo'linadi: to'g'ri va burchakli uchlar uchun ishlatiladigan borlarga bo'linadi. Biri uzunroq, ikkinchisi kaltarq va bo'yin qismida ariqchasi bo'ladi. Qattiq birikmalar (karbidvolframli) bosh qismi olmos bilan qoplangan baquvvat borlar ham bor. Borlarning bosh qismi katta kichikligiga qarab nomerlanadi, 10 dan to 13 gacha. Burchakli uchlar uchun ishlatiladigan borlar



4- rasm. Stomatologik borlar.

1 - sharsimon; 2-3 - silindirsimon (fissurali); 4-5 - konussimon; 6 - g'ildiraksimon.

uch xil uzunlikda bo'ladilar: 7, 22, 17 mm. Qisqasi bolalar tishini davolashda ishlatiladi. Bolalarning bosh qismining shakli turlicha qilib, ishlashga oson bo'lishini o'ylab tayyorlaniladi. Shar shaklida, silindr shaklida, konus, teskari konus shaklida, g'ildirak shaklidagi borlar bor. Korborund toshlarning o'qi temirdan, ishlash qismi obraziv materialdan tayyorlanadi: diska, frez, finir, polirlar stomatologiyada ishlatiladi. Matritsa va matritsa ushlagich kam qo'llaniladi.

3) Tishdagi toshlarni tozalashda ishlatiladigan asboblarni birinchi marta X asrda (950- yilda) arab tabibi Abdulla Qosim yasagan va ishlatgandir. Tishlarni tozalashda asosan ekskavator, ilgovchi, emalni tozalaydigan pichoq va boshqalar ishlatiladi, ular katta kichik o'lchovda bo'ladi. Hozirgi kunda ultrastom, ultradent, kavetron apparatlari yordamida tish toshlari tozalaniladi.

4) Tish kovaklarini plomba qilishda stomatologik shpatel, shtopfer, gladilkalar, oyna parchasi va boshqa asboblarni ishlatiladi. Juda ko'p shunday mayda stomatologik asbob-anjomlarni suvli sterilizatorida 40 daqiqa qaynatish bilan zararsizlantiriladi. Hozir ko'pchilik poliklinikalarda asboblarni 160°, 180° gradusli issiq havo bilan zararsizlantiruvchi tibbiyot javonlarida, 40-60 daqiqa ushlab, sterilizatsiya qilinadi. Skalpel, gaychi, stomatologik oynacha kabi asboblarni spirtda yoki uch birikmali antiseptik eritmada karbol kislotasi 3,0 gr, bikarbonat natriy 15,0 gr, formalin 20,0 gr, distirlangan suv 1000 ml da 30 daqiqa ushlab, tozalaniladi. Stomatologik asboblarni kimyoviy zararsizlantiriladi. Yana 1% xloramin, 0,25% xlorgeksidin, 2% formalin, 6% vodorod perooksid kabi eritmalarini ham qo'llasa bo'ladi. Ishlatilgan borlarni yaxshilab yuvib, tozalagach, tish poroshogi bikarbonat natriy aralashmasida ushlab tozalash yaxshidir. Xullas hamma ishlatiladigan stomatologik katta-kichik asbob-anjomlar, yaxshi, toza, zararsizlantirilgan bo'lishi kerak. Ishlashda antiseptika, aseptika qoidalari albatta rioya qilish kerak.

5) Pulpit periodontit kasalliklarini davolashda mayda stomatologik asboblarning turli xillari ishlatiladi: Myuller taklif qilgan ildiz ignasi bilan kanallarni tozalash, plombalash bajariladi. Kanalni plomba bilan to'ldirishda to'g'ri va burchakli uchlarga qo'yiladigan kanal to'ldirgichlar ham qo'llaniladi. Tish kanallarini kengaytirish, o'tish uchun qo'l bilan ishlatiladigan turli hajmdagi drillborlar ishlatiladi. To'g'ri va burchakli uchga qo'yib, ishlatiladigan drillborlar ham bor. Shikastlangan pulpalarni tishlar ildizidan olish uchun uzun va qisqa pulpa ekstraktorlardan foydalaniladi. Bunday mayda asboblarni ehtiyotlik bilan ishlatish kerak. Sinib havo, yoki ovqat yo'lga tushib qolishi mumkin. 1970- yillardan boshlab, endodontiya tashkil bo'la boshladi va hozirgi kunda katta, o'rta va kichik endodontik naborlar va endodontik asboblarni qo'llaniladi; chuqurligini aniqlash ignasi; pulpaekstraktorlar, ildiz kavlagichi, ildiz egovchi, drillbor, razvertka, ildiz to'ldirgich. Bular sangaga o'rnatilib ishlatiladi. Sanganing ushlagichi, uchi, gaykasi bor. Ehtiyot shart uchun

zanjiri bo'lib, barmoqqa ulanadi. Endodontik mayda asboblarni asosan shifokor o'z qo'li bilan ishlatadi. Bulardan drillbor, burav va kanal to'ldirgich endodontik maxsus uchga qo'yib ishlatlsa ham bo'ladi.

Ergonomika – ishlash qonun-qoidalarini to'g'risidagi ma'lumot bo'lib, 1949- yilda Angliya olimlari taklif etishgan. Sovet olimlari V.M. Beterov, V.N. Myasishev 1921- yilda o'ziga xos soxa ergologiya, ya'ni ishlash to'g'risidagi fan insonlar uchun bo'lishligini yozgan edilar. Asosan ergonomika 1966- yildan boshlab rivojlana boshladi, ergonomik bo'limi, laboratoriyalari, komitetlari, xattoki institutlar tashkil qila boshlandi. G.M. Ivashenko, T.V. Nikitina 1972- yilda stomatologiya fanida Ergonomik masalalarini, maqsadlarini aniq tushuntirdilar. Avvalo shifokor, tibbiyot hamshirasi, sanitarkasi, tish texnigi, hamma ishlovchilar uchun ish joyi yaxshi, qulay, toza, hozirgi zamon sanitariya-gigiyena qoidalariga javob bera oladigan darajada tashkil qilinishi kerak. Ishlashlik onson qulay bo'lishi uchun hamma sharoitlar yaratilishi shart. Stomatologik asboblarni, kreslo, bormashinalarni, plomba uchun ishlatiladigan materiallarni, dori-darmonlarni, tibbiyot apparatlarini yaxshi bo'lishligiga erishish, rivojlantirish va yaxshi ishlata bilish kerak. Asbob anjomlarni asrab ishlatish, qarab turish, extiyot qilish kerak. Ishlash, dam olish yaxshi normal tashkil qilinishi, charchab qolmaslik kerak. Qo'rqish, asabiylashish, janjallashish bo'lmasligi kerak. Axloq, odob, insoniy o'zaro yaxshi munosabatda bo'lishga erishish kerak. Eynshteyn aytganidek: "Yaxshi ishlab, yaxshi dam olib va tilni tiyib yurish kerak, bu salomatlik, o'zoq umr, baxtli hayot garovidir".

Xavfsizlik texnikasi qonun qoidalariga rioya qilib ishlash kerak. Elektr toki urishining oldini olish kerak: bormashinalarni erga tutashtirish kerak. Xullas, hamma vaqt shoshilmasdan, extiyot bo'lib ishlash kerak. O'zaro, bemorlar bilan qo'pollik bo'lishiga yo'l qo'ymaslik kerak. "Til yarasi tig' yarasidan yomondir" deydi xalqimiz. "Xushmuomalalik eng arzon va eng qadrlidir" degan edi Servents.

### **Karioz kovaklarni charxlashning umumiy va xususiy usullari**

Blek karioz kovaklar tasnifini taklif etgan. Karioz kovakni tish yuzasida joylashishiga qarab besh sinfga bo'ladi. Karioz kovakni charxlab ishlash bir qancha bosqichdan iborat bo'ladi.

### **Karioz kovaklarni kavlashning umumiy va xususiy usullari**

Tish karioz bo'shlig'idagi chirigan to'qimani toza to'qimaga to'la olib tashlash kerak, lekin ishlov vaqtida toza to'qimani ortiqcha olib tashlash emal va dentin to'qimasini oziqlanishi biroz buziladi. Natijada tish devori mo'rt bo'lib qoladi.

Mana shu karioz kovagidagi chirigan to'qimani sog'lom tish to'qimasigacha olib tashlash va geometrik shakl berilsa, mana shu shakl berilgan karioz bo'shlig'ida plomba yaxshi o'mashadi va uzoq vaqt turadi. Chirigan to'qimalarni jarrohlik va kimyoviy usullar bilan olib tashlanadi.

1. Kovak quruq bo'lishi kerak. Kovak yaxshi ko'rinadigan bo'lishi kerak. Dentinni, chuqur kariyes va pulpani zararsizlantirishdan saqlab qolish kerak. Ba'zi bir bemorlarda og'riqsizlantirish usuli ishlatiladi.

1. Mahalliy og'riqsizlantirish shindirish usuli bilan.

Og'riqsizlantirish suyuqligi. Agar mahalliy og'riqsizlantirish natija bermasa ikkinchi usul ukol yordamida quyidagi dori eritmalari ishlatiladi.

2. Nerv tolalarini og'riqsizlantirish usuli bilan quyidagi dorilar ishlatiladi.

Piromekain eritmasi 2% li

Lidokain eritmasi 2% li.

Piromekain eritmasi 2% li.

Ksilokain eritmasi 1-2% li

Novokain eritmasi 2% li.

3. Ignasiz og'riqlantirish BI-8 "Pchelka"

4. Elektr og'riqsizlantirish asbobi bilan. INAAN-3, Eloz-1.

5. Apupunktura (igna sanchish bilan)

6. Narkoz. Sombrevinni vena tomiriga yuborib davolash, zakis azot, ftorotan va boshqalar.

Karioz kovakni charxlab ishlash bir necha bosqichdan iborat bo'ladi.

1. Karioz kovakni ochish.

Bu bosqichda osilib turgan emal olib tashlanadi. Bu bosqichni bajarish uchun fissir va sharsimon bor ishlatiladi. Chirigan va osilib qolgan emal sharsimon, u silindirsimon bor bilan kovak tubiga tushirib emal olib tashlanadi, natijada kovak ochiladi.

2. Kovak kengaytirish.

Bu bosqichning maqsadi chirigan, rangi o'zgargan dentin to'qimasini olib tashlash. Ekskavator, sharsimon va teskari konussimon borlar yordamida bajariladi.

Kovakni ochish paytida ko'pincha biroz sog'lom to'qimani ham kesishga to'g'ri keladi, chunki karioz kovakda qulay bo'shliq hosil bo'lishi kerak, kovak yaxshi ko'rinishi kerak va asboblari bilan yaxshi ishlanishi kerak. Frontal tishlar guruhida karioz kovaklarini ochish biroz boshqacha bo'ladi, bu yerda xusn nuqtayi nazaridan tishning oldingi yuzasi, devori yupqa bo'lsa ham qoldiriladi.

3. Nekroektomiya – bu uchinchi bosqich. Bu bosqichda hamma karioz bo'shlig'ida chirigan va yumshab qolgan dentin olib tashlanadi. Karioz tubida ishlaganda tasodifan tish pulpasini ochib qo'yish mumkin. Bu holatni aniqlashda zond va ekskavator asboblari ishlatiladi. Bunday hodisa bo'lmasligi uchun biroz pigmentli dentin qoldiriladi. Karioz kovakdan chirigan to'qimani ekskavator va sharsimon bor bilan olib tashlanadi. Karioz bo'shlig'ida chirigan to'qimani olayotganda borni to'g'ri

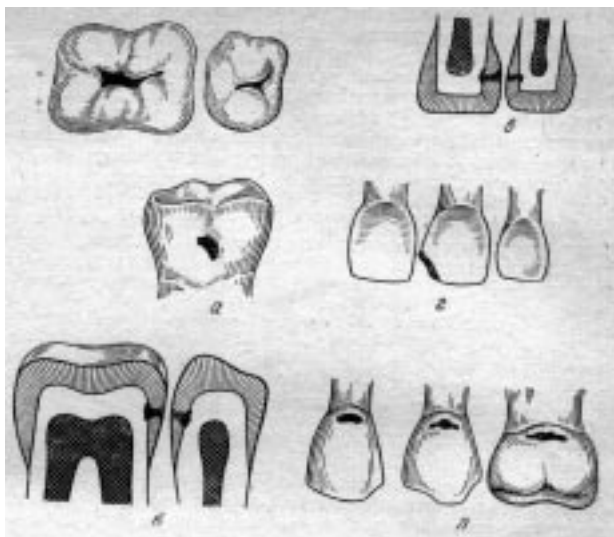
ushlab ishlash katta ahamiyatga ega. Ba'zan chuqur karioz kovakka shakl berishda pigmentli yoki yumshoq dentin qoldiriladi. Karioz bo'shlig'idagi chuqur chirigni tozalashda bor mashinaning kichik harakatida ishlash kerak. Bunday holatda konussimon va silindirsimon borlar bilan ishlash mumkin emas, chunki pulpa zararlanishi mumkin.

#### 4. Karioz kovakka shakl berish.

Bu bosqichning maqsadi plombani yaxshi ushlaydigan shaklga keltirish va uni uzoq vaqt tutishga sharoit tug'dirishdir. Kovakka shakl berishda, kovakka qo'yilgan talablarga amal qilish kerak.

a) karioz kovakda: 1-qirra, 2-devor, 3-tub, 4-burchaklar. Karioz kovakning qirradi, odatda notekis bo'ladi; ular bir-biriga yaqinlashib, karioz kovak og'zini hosil qiladi va u doimo kovakning hajmidan kichik bo'ladi. Shu sababli karioz kovakni to'g'ri kavlash va shakllantirish muhim ahamiyatga ega. Eng kichik karioz kovakni ham karonkaning do'mboq qiyaligiga, koronkaning bo'rtiq yuzasiga qadar va hokazo sun'iy ravishda kengaytiriladi, ya'ni karioz kovakdan ko'p sog' emal, dentin to'qima kesib olib tashlanadi va shakl kengayadi, natijada shaklning yon devorlari yuqalashib pulpadan oziqlanishi yomonlashadi. Natijada yon devorlari sinadi va plomba tezda chiqib ketadi.

Kesuvchi borlar yangi va o'tkir bo'lishi kerak, silkinib qimirlamasligi kerak. Tez aylanadigan borlar bilan vergulsimon harakatda to'xtab-to'xtab ishlash kerak. Keyingi asosiy masala o'ng qo'lda nakonechnikni va chap qo'lda daxanni yoki kasalning tishini ushlab turgan holatda kavlanadi.



5- rasm. Karioz bo'shliqlarning Blek bo'yicha tasnifi.

a – I sinf bo'shliq; b – II-sinf bo'shliq; d – III-sinf bo'shliq;  
e – IV-sinf bo'shliq; f – Vsinf bo'shliq.

Karioz kovakka shakl berilayotganda to'qimani topografik holatiga ahamiyat berish kerak. Shu talablarga rioya qilinganda plomba uzoq vaqt tishning anatomik va fiziologik funksiyasini saqlab qoladi.

### **Karioz kovaklarning sinfi.**

Blek karioz kovaklar tasnifini taklif etgan. Bu tasnif bo'yicha kariozning joylashgan o'rniga asosan besh sinfga bo'ladi.

1-sinf karioz kovak molyar (katta oziq tish) premolyar (kichik oziq tish) hamda kurak tishlar tabiiy chuqurlarining va o'yig'ining zararlanishi.

2-sinf karioz kovak molyar (katta oziq tish), premolyar (kichik oziq tish) yondosh yuzalarining zararlanishi (o'rta va chetki).

3-sinf karioz kovak kurak va kesuvchi tishlarning yondosh (o'rta va chetki) yuzasining zararlanishi va qirralari zararlanmagan.

4-sinf karioz kurak va qoziq tishlarining yondosh yuzasi va uning kesuv qirrasini butunligining buzilishi bilan zararlanishi.

5-sinf karioz hamma sinfdagi tishlarning bo'yin qismida joylanishi va zararlanishi.

## **1-sinfdagi kovaklarning shakllantirish**

Katta va kichik oziq tishlarning fissurasida joylashgan tish kovaklarini shakllantirish boshqa sinfdagi kovaklarni shakllantirishga nisbatan bir qancha qulay, negaki bu tishlar chaynov yuzasida va ekvatoridan yuqorida joylashgan tabiiy fissurlarda ish olib boriladi.

Tish kovaklari biri chaynov yuzasida, ikkinchisi ekvatoridan yuqoridagi tabiiy fissurada joylashgan bo'lsa, bular orasida mustaxkam to'qima ko'p bo'lsa kovaklar alohida shakllantiriladi va alohida plombalanadi. Aksincha bu kovaklar orasidagi masofa juda yaqin bo'lsa, bu kovaklar bitta umumiy shaklga aylantiriladi va plomba qo'yiladi. Karioz kesuv tishlarining tabiiy chuqurligida joylashgan bo'lsa shaklni tanglay tomonidan, ya'ni ko'r teshik o'rnida olib boriladi. Bunda pulpa bo'shlig'ini yaqin joylashganligini e'tiborga olish kerak. Shakl berishda silindirsimon yoki teskarisimon bor bilan ishlanadi.

Shakllantirilayotgan paytda hosil bo'lgan dentin qipiqclarini ekskavator bilan olib tashlanadi. Yuza va o'rta karioz kovakka shakl berilganda kovakning tubi yassi, tekis bo'ladi, chuqur karioz kovakda topografiyasiga qarab ish olib boriladi.

## **2-sinfdagi kovaklarni shakllantirish**

2-sinfdagi kovaklar kichik va katta oziq tishlarning kontakt yon yuzalarida joylashganligi va bu tishlarning bir-biriga yaqin joylashganligi uchun shakllantirish biroz qiyinroq bo'ladi. Kontaktida kovakka milk

tepa bo'shlig'i bilan yoki separator bilan kengaytirib kiritiladi. Bu holatdan foydalanib bo'lmasa, kontaktdagi yon kovakka kirib bo'lmasa, yon kovakning chaynov yuzasiga kesib chiqariladi. Oldin karioz kovakning ustidan ingichka silindirsimon bor yoki g'ildiraksimon, korborund golovka bilan kesib kiritiladi. Chirigan to'qimani sharsimon bor bilan olinadi.

Fissur bor bilan kovakning og'zi kengaytiriladi. Asosiy kovakni to'rtburchak holatga keltiriladi. Plombani mustaxkam ushlab qolishi uchun asosiy kovak tomon orqali chaynov yuzasida qo'shimcha maydoncha shakllantiriladi. Bu maydonchani eng asosiy karioz kovak eniga mos kelishi, chuqurligi esa 1,5-2 mm bo'lishi lozim. Agar chaynov yuzasida kovaklar bo'lsa, ularni qo'shimcha maydoncha bilan birlashtiriladi va uzunligi fissuraga etkaziladi. Qo'shimcha maydonchani teskari konussimon va fissur borlar bilan ishlab shakllantiriladi. Karioz tishning oldingi va orqa yuzalarida bir vaqtda zararlangan bo'lsa, bitta umumiy qo'shimcha maydoncha bilan shakllantiriladi. Jumladan, qo'shni tish bo'lmasa karioz kovakning tepa qismi chaynov yuzasiga etmagan bo'lsa, bu holatda karioz kovakning chaynov yuzasiga chiqarilmasdan kontakt yuzasida kovakka yashiksimon shakl beriladi. Kichik va katta oziq tishlarda qo'shimcha maydoncha ishlaganimizda chaynov do'mboqchalari saqlanadi, shaklni to'g'ri zinasimon yoki qaldirg'och dumisimon shakl beriladi. Bu shakl katta oziq tishlarning fissuralarini egallashi kerak. Bu qo'shimcha shakl, asosiy shaklga nisbatan ikki marta tor bo'lishi kerak. Agar kovak har ikkala kontakt yuzada joylashgan bo'lsa, ikkala kariozga umumiy maydoncha ishlanadi. Bu maydoncha asosiy maydonchadan biroz ingichka bo'lishi kerak.

### **3-sinf kovagini shakllantirish**

3-sinfning shakli, kovakka kirish va kovakning chuqurligiga, devorlarining zararlangan holatiga bog'liq bo'ladi. Bu sinfdan karioz va qoziq tishlarning, ya'ni xusn tishlarning kontakt yon yuzasida joylashgan bo'ladi.

Qo'shni tishlarning oralig'idan kirish mumkin bo'lsa, kontakt yuzada uchburchaksimon shakl beriladi. Uchburchakning asosi shaklning tubida, qirrasi kesuv yuzasiga qaragan bo'ladi. Ba'zi bir hollarda plombaning yaxshi turishi uchun til yuzasida qo'shimcha maydoncha hosil qilinadi. Agar karioz kontakt va lunj yuzasida joylashgan bo'lsa, asosiy shakl va lunj yuzada qo'shimcha maydoncha beriladi. Agar karioz kovak medial va distal yuzalarida joylashgan bo'lsa, shakllantirishga alohida-alohida ishlov beriladi, kerak bo'lsa qo'shimcha maydoncha hosil qilinadi. Qo'shni tishlar oralig'idagi milklar shishgan bo'lsa, mil kesib tashlanadi yoki kuydiriladi. Shakl berishda husn nuqtayi nazardan, tish kovagining faqat emal qatlamidan iborat lab tomondagi devori garchi juda yupqa-



lashib qolgan bo'lsa ham saqlab qolish kerak, undagi pigmentlangan dentinni olib tashlash kerak xolos.

Karioz kovakni shakllantirishda va qo'shimcha maydoncha hosil qilishda kichik teskari konussimon va fissurali borlar yordamida ishlanadi.

#### **4-sinf kovaklarini, chuqur va atipik kovaklarni shakllantirish**

4-sinfning 3-sinfdan farqi, burchak va kesuvchi qirra zararlangan bo'ladi. Bunda asosiy vazifa kesuvchi qirrani tiklash kerak. Buning uchun asosiy kovak uchburchak shaklida shakllantiriladi, plombaning yaxshi turishi uchun til yuzasidan qaldirg'och dum yoki klamerga o'xshash qo'shimcha maydoncha shakllantiriladi.

Shakllantirilayotgan paytda pulpa shoxiga ehtiyot bo'lish kerak, chunki til yuzasidan pulpa yaqin turadi. Asosiy va qo'shimcha maydonchani teskari konussimon va fissurani borlar bilan, burchaksimon nako-nechnik bilan ishlov beriladi. G'ildiraksimon bor bilan asosiy va qo'shimcha maydonchani devorlarida chizqsimon fissuralar, retinsion chuqurchalar hosil qilinadi. Bu esa plombaning mustahkam turishida katta ahamiyatga ega.

#### **5-sinfdagi kovaklarni shakllantirish**

5-sinfdagi kovaklar hamma tishlarning lunj, lab, til, tanglay yuzalarining bo'yin qismida joylashgan bo'ladi. Bir-biriga yaqin joylashgan kovaklarni birlashtirib shakl berish tavsiya etiladi. Unga yarim oysimon yoki buyraksimon shakl beriladi. Milk oldi qirrasi yarimoysimon shaklda, pastki devori to'g'ri bo'lishi kerak. Kovakning tubini va devorini fissur va teskarisimon bor bilan shakllantiriladi, sababi pulpa yaqin. Plombaning tish bo'yin qismida yaxshi turishi uchun g'ildiraksimon bor bilan shakllangan kovakni devorida qo'shimcha fissurlar, kesiklar hosil qilinadi va plomba joylanib uzoq turadi.

Beshinchi sinfda kovakni shakllantirishda tubi bir muncha bo'rtgan bo'lishi kerak.

#### **Chuqur va tipik karioz kovaklarni shakllantirish, pulpa shtiftlari va ularning ahamiyati**

Tish koronkasi anchagina yemirilganda, kariyes sirkulyar holda joylashganda, boshqa hollarda karioz kovaklarni shakllantirishda umumiy qoidalardan biroz chetga chiqishga to'g'ri keladi.

Molyarlarda va premolyarlarda koronka qismining ko'pi emirilgan taqdirda yumshab qolgan dentinning hammasi sog'lom dentingacha kesib

olib tashlanadi. Qo'shimcha maydoncha hosil qilinadi, to'g'ri burchak ostida tish kovagi tubi egatsimon qilinadi, devorida g'ildiraksimon bor bilan kesiklar qilinadi.

Tish pulpasi olib tashlangan bo'lsa, u holda karioz kovakni shakllantirilayotganda tish kovagini (pulpa bo'shlig'ini) va ildiz kanallarini qo'shib yuborish mumkin.

Shtiftlar bilan plombalanganda plombalash vaqti tez bo'ladi va sifati yaxshi bo'ladi. Kanalni sifatli plombalashda, kanalga loyiq shtift tanlash katta ahamiyatga ega. Shtiftni diametri, kanalni diametridan biroz kichkina bo'lishi kerak. Shtiftni uzunligi kanalni uzunligi bilan barobar bo'lishi kerak. Kanalni yuqori sifatli qilib plombalash uchun kanal suyuq fosfat sement bilan shtiftida biroz fosfat sement yoki sekin-asta qotuvchi pasta olib kanalga joylashtiriladi va shtofer yordamida tishni apeksigacha oboriladi. Tish kovagi va kanalga kiritilgan metall shtiftlar koronka kovagini tiklab plombani mustahkam ushlashga yordam beradi.

Pulpa xastaligida pulpa to'qimasiga parallel holda dentin to'qimasini kavlab, o'yini bor vintsimon shtiftlar o'rnatiladi. Bunday shtiftlarga parapulpar shtiftlari deyiladi.

Sirkulyar kariyes bilan ko'pincha frontal gruppadagi tishlarning tish bo'yin soxasi zararlanadi. Bunday kovaklarni shakllantirish hamda plombalash ma'lum qiyinchiliklar bilan bog'liq bo'ladi. Bunday holda kovaklarni oz-ozdan, sharsimon bor bilan uzib-uzib harakat qilib ishlash mumkin. Kovakni teskari konussimon bor bilan devorlari va kovaklarning tubi o'rtasida to'g'ri burchak hosil bo'ladigan qilib shakllantiriladi.

**Ponasimon nuqson** bilan zararlangan tishlarni kavlashda kichkina burchak qilinadi. Chunki odatda pona yassiligi juda silliq bo'ladi. Bunda to'g'ri burchakli devorlar hosil qilinadi. Tubida esa pulpadan uzoqroqda kichik-kichik o'yiqlar, kesiklar qilinadi.

Karioz kovakni bor bilan ishlagandan keyin uning cheti g'adir-budur arra tishiga o'xshash va go'yo yulib olgandek bo'lib qoladi, bu holat plombaning yaxshi ushlab qolinishiga ta'sir etadi.

Plombaning bir qismi sinib ketmasligi uchun karioz kovakning chetini karbonad golovka bilan tekislab, silliqlanadi. Karioz kovakning cheti qo'llaniladigan plomba materialiga qarab turlicha ishlanadi. Agar kovak sement yoki plastmassa bilan plombalanadigan bo'lsa, plomba tishga oldingi anatomik shaklini berish kerak, tish fissuralari baland bo'lib qolmasligi kerak.

### **Kovakni charxlab shakl berishda bo'ladigan xato va asoratlar**

I sinfda: 1) tish bo'shlig'ini ochib yuborish; 2) pulpaning shikastlanishi; 3) Shakli berilganda kovakning tubi kengayib, kirish qismi tor bo'lib koladi; 4) Emalning qirralariga ishlov bermaslik va boshqalar.

II sinf.

1. Qo'shimcha maydonning yo'qligi.
2. Asosiy shakl bilan qo'shimcha munosabatining buzilishi.
3. Qo'shimcha maydonga shakl berish qoidalarining buzilishi (tubiga, chuqurligiga, hajmiga).
4. Milkka qaragan devorga yaxshi ishlov bera olmaslik.

III sinf.

1. Milk devoriga shakl bermaslik.
2. Kovakka shakl beriladigan tubi, burchagi, devori, qirralariga aniq ishlov berilmasa katta xatoga yo'l qo'yiladi.
3. Qo'shni tish emalining shikastlanishi ya'ni asosiy kovakka qo'shimcha maydon orqali kirilmaganda qo'shni tish emali shikastlanadi.

IV sinf.

1. Qo'shimcha maydon hosil qilinmagani uchun plomba tushib ketadi.
2. Tish bo'shlig'ining teshilib qolishi va pulpaning shikastlanishi.

V sinf.

1. Tish bo'shlig'ini ochib yuborish va pulpaning shikastlanishi.
2. Milkka qaragan devorga yaxshi shakl bermaslik.
3. Milkning qonashining sababi sifatsiz qo'yilgan plomba.
4. Qoidasiz shakl berilgan kovak.

## **Plomba materiallari**

"Plomba" lotincha so'z bo'lib, Plumben ya'ni qo'rg'oshin demakdir. Tish to'qimasida hosil bo'lgan kovak plomba bilan to'ldiriladi. Tish kovagini to'ldirib, uning anatomik shakli va funksiyasini tiklashga tishni plombalash deyiladi.

Plomba materiallari o'zining tuzilish tarkibi, xususiyati va nima maqsadga belgilanganligiga qarab bir necha guruhga bo'linadi:

- 1) vaqtinchalik plombalar;
- 2) doimiy plombalar;
- 3) tagliklar: davolovchi, ajratuvchi;
- 4) ildiz kanalini plombalashda qo'llaniluvchi moddalar.

## **Stomatologik plomba materiallarining tasnifi**

I. Vaqtinchalik plombalar:

1. Sun'iy dentin.
2. Dentin-pasta.Vinoksol.
3. Sinkoksaevgenol sement.
4. Yopishqoq mum (fizioterapiya uchun)

## II. Doimiy plombalar:

### 1. Sementlar.

#### a) fosfat sementlar:

- fosfat sement;
- kumushli fosfat sement;
- visfat sement;
- dioksivisfat sement;

#### b) silikat sementlar:

- slisin sement;
- silikat sement-2;
- silisin-2;
- vitakril;
- friteks;
- infandit.

#### c) siliko-fosfat sementlar:

- silidont;
- silidont-2;
- aristos;
- laktodont.

### Fosfat-sement ildiz kanalini plombalash uchun



6- rasm. a – kamitsin (poroshok va suyuqligi); b – katsin-pasta.

Argil

Polikarbokislat sement

Gidrofosfat sement

*Metalli plombalar:*

a) Kumushli: SSTA-01, AS.

b) Misli: tabletkali, TMS-01, kapsulali SMTA-56.

c) Gallodont-M.

*Sun'iy katron (smola) asosidagi plombalar:*

a) Akrilli plombalar: Norakril-65.

b) Epoksidli plombalar: Epodent.

c) Kompozision plombalar.

Akriloksid.

Norakril-100

Karbodent

Evikrol

Epakril

Konsayz

Mikrorest

*Vkladkalar*

- a) plastmassali.
- b) chinnidan (farforli).
- c) metalli.

**Tagliklar.**

*Davolovchi tagliklar:*

- a) kalmesin;
- b) kalsin-pasta;
- c) stomatologik taglik material;
- d) sinkoksidgevignol sement;
- e) adgezor birikmali pastalar (quyuq surtma), tarkibida har xil moddasi mavjud.

*Ajratuvchi tagliklar:*

- a) fosfat-sement;
- b) tarkibida kumushi bor fosfat-sement;
- c) visfat-sement;
- d) dioksivisfat-sement;
- e) adgezor;
- f) argil;
- g) laklar;
- j) polikarboksilat sement.

Ildiz kanalini plombalashda qo'llaniladigan moddalar

*Qotmaydigan yumshoq (plastik) plombalar.*

- a) yog'li antiseptik pastalar.

*Qotuvchi yumshoq pastalar:*

- a) fosfat-sement;
- b) parasin;
- c) endodent, introdont;
- d) gvayakril;
- e) rezorsin-formalinli;
- f) bakelit;
- g) sebanit.

*Birlamchi qattiq moddalar (shtiftlar):*

- a) plastmassali;
- b) guttaperchali;
- c) metalli.

Plomba materiallari tarkibiga ko'ra tish to'qimalari xossasiga mos kelishi, og'iz bo'shlig'ida mexanik va kimyoviy omillarga chidamli bo'lishi kerak. Hamisha ogiz bo'shlig'ida so'lak bilan yuvilib turishi orqali plomba o'z ta'sirini inson organizmiga o'tkazishi mumkin. Shuning uchun, plomba materiallari xalqaro talablarga javob bermog'i kerak: mexanik va kimyoviy mustahkam, tish to'qimalariga, og'iz shilliq qavatiga va organizmiga zaxarli ta'sir etmasligi, shaklini, doimiyligini

saqlash, issiq-sovuq ta'sirida plombani o'zgarish koeffitsenti tish qattiq to'qimasinikiga yaqin bo'lishi, yaxshi yopishqoqligi, kosmetik talabga javob bera olishi (rangi, yarqirashi, musaffoligi), rentgen nurida ko'rinishi, kam yedirilishi, tish rangini o'zgamasligi, tezda qota olishi, bakterisid ta'siriga egaligi, kerak bo'lganda engil ko'chirish mumkinligi, tish-plomba oralig'ini qisqaligiga erishmoq kerak.

Ushbu talablarga to'liq javob bera oladigan plomba materiali hozircha yaratilmagan, lekin qo'yilgan talablarga ko'ra kerakli xususiyatga ega bo'lgan plomba materialidan foydalanish tavsiya etiladi.

Vaqtinchalik plomba tish kovagini 1–2 hafta mobaynida berkitish uchun ishlatiladi. Bu vaqt ichida tish kovagiga qo'yilgan dorini ushlab turishga yoki masallikni diagnostika va taqqosiy diagnostika qilishga yordam beradi. Doimiy plomba qo'yishda vaqtinchalik plomba ajratuvchi taglik sifatida ham ishlatiladi (chuqur kariyesda).

Eng ko'p ishlatiladigan vaqtinchalik plomba materiallaridan biri bu sun'iy dentin – sink-sulfat sementdir. Sun'iy dentin – oq rangdagi poroshokdir, tarkibi 66% rux oksidi, 24% rux sulfati, 10% kaolindan iboratdir.

Plomba tayyorlash uchun poroshokdan kerakli miqdorda oyna plastin-kasining yuzasiga solinadi va distillangan suvni 2:1 hisobida botguncha qo'shiladi. Metall shpatel bilan 30 soniya davomida qaymoqsimon holatga kelguncha aralashtiriladi. U ma'lum darajada yopishqoq bo'ladi va karioz kovakka yaxlit bo'lakda kiritilgandan so'ng 3–4 daqiqa ichida devorlarini paxta tamponchasi yordamida shakllantiriladi. Plombani so'lakdan muxofaza qilish kerak, aks holda qotmaydi.

Dentin pasta ishlatish uchun tayyor holatda chiqariladi. Sun'iy dentinni o'rik, shaftoli yoki qalampir moyiga quyuv pasta holatiga kelguncha aralashtirib tayyorlanadi.

Tarkibida xushbo'y modda mavjud, antiseptik va suv ta'siri qilmaslik xususiyatiga ega. Bunday dentin og'iz bo'shlig'i xaroratida bir soatda qotadi. Uni og'zi yaxshi yopiladigan shisha idishda saqlanadi.

**Vinoksol – sinkoksidgvyakol sementi** 40 g poroshok va 10 g qizg'ish tushdagi suyuqlikdan iborat komplektdir. Poroshogining asosini sink oksidi tashkil qiladi. Suyuqligi plastmassali tomchigichga joylashtirilgan polistirolni gvyakoldagi eritmasidir. Plomba shisha plastinkada metall shpatel yordamida aralashtirilib tayyorlanadi. Qo'yilgan plomba tish qattiq to'qimasiga yaxshi yopishadi, hamda ancha pishiq va antiseptik xususiyatiga ega. Vinoksol sut tishlardagi karioz bo'shliqni olti oy mud-datga berkitish uchun qo'llaniladi. Vinoksolni plastmassa va kompozitli plomba uchun taglik sifatida qo'llab bo'lmaydi.

Sinkoksidevgenol sementi – sink oksidini evgenol yoki qalampir moyiga aralashtirib tayyorlanadi. Tarkibidagi moddalar plombaga biroz og'riq qoldirish va antiseptik xususiyat beradi. Plomba 10–12 soatda qotadi. Sinkoksidevgenol sementni plastmassali plombaga taglik sifatida

ishlatib bo'lmaydi, chunki evgenol yuz qotuvchi plastmassaning polimerizasiya reaksiyasini buzadi.

Vaqtinchalik plombalarni tish kovagidan ekskavator, zond asboblari, yoki bor yordamida olib tashlash mumkin.

Vaqtinchalik plombalar uchun umumiy bo'lgan yaxshi sifatlar:

- yengil antiseptik xususiyatga egaligi;
- pulpani shikastlamasligi va zaxarlamasligi;
- issiqlik o'tkazmasligi;
- yumshoq, plastikligi;
- tish bo'shlig'iga engil kiritish va chiqarib olish mumkinligi;
- tish to'qimasiga yaxshi yopishqoqligidadir.

**Kamchiliklari:**

- kosmetik jihatdan mos kelmasligi;
- kimyoviy beqarorligi;
- mexanik pishiqlik emasligidadir.

## IV bob

### TISH QATTIQ TO'QIMASINING KARIYES TABIATIGA EGA BO'LMAGAN KASALLIKLARI

**Tasnifi:** Tish qattiq to'qimasining kariyes tabiatiga ega bo'lmagan kasalliklari asosan:

I. Tishlar chiqqunga qadar zararlanishi mumkin. Bularga quyidagi kasalliklar kiradi:

- 1) Gipoplaziya.
- 2) Giperplaziya.
- 3) Flyuoroz
- 4) Turli xil tishdagi anamaliyalar.
- 5) Nasl tufayli tishdagi zararlanish.

II. Tishlar chiqqandan so'ng hosil bo'ladigan kasalliklar:

- 1) Tishdagi ponasimon nuqson;
- 2) Patologik emirilish;
- 3) Tish nekrozi;
- 4) Tish eroziyasi;
- 5) Tishlardagi mexanik shikastlanish;
- 6) Tish giperesteziyasi (to'qimalar sezgirligining oshishi).

Tishlar chiqqunga qadar zararlanish bilan og'riqan bemorlar shifokorga kam murojaat qiladilar. Ko'pincha og'riq bo'lmaydi.

**Gipoplaziya** – so'zi lotincha so'z bo'lib, gipo-kam, etishmaslik, plaziya-hosil bo'lish ma'nosida bo'lib, bu kasallikda emalni hosil bo'lishida, etishmovchiliklar bo'lishi natijasida, emalda turli kanchiliklar bo'ladi. Tish kurtagi rivojlanish davrida metabolitik buzulishlar natijasida, emalda miqdor va sifat jihatdan buzulishlar bo'ladi. Emalni neorganik va organik tarkibi buzulib, avvalo oqsillar tuzilishi buziladi. Enemloblastlar – emalni hosil qiluvchi hujayralar faoliyati pasayadi, natijada emalni minerallanishi pasayadi va emal kam hosil bo'ladi.

Asosan 2 xil gipoplaziya farqlanadi:

1. Sistemali (umumiy) – bir necha tishlarda bo'luvchi gipoplaziya.
2. Mahalliy – bitta tishda bo'luvchi gipoplaziya.

Sut tishlarini davolatmaslik, yomon davolash natijasida doimiy tish gipoplaziya bo'lishi mumkin.

Gipoplaziyaning sistemali turi sut va doimiy tishlarning bir nechtasida simmetrik shaklda uchraydi.





7- rasm. Tishlar gipoplaziyasi.



8- rasm. Getchinson tishlari.

Gipoplaziyaning sabablari assimilyatsiya va dissimilyatsiyani juda yomon buzulishi, modda almashinuvini, oqsillar, ayniqsa mineral tuzlar almashinuvini tanada buzilishi natijasida hosil bo'layotgan, rivojlanayotgan tish kurtagidagi buzilishlar natijasida hosil bo'ladi.

Tetratsiklin bilan bolalarni davolash ham emalda gipoplaziya bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin. Emal dentinni hosil bo'lish vaqtida kalsiy, kaliy, fosfor, magniy kabi mineral tuzlar almashinuvining buzilishiga olib keladi.

Ichki sekretsiya (endokrin) bezlarining funksiyasini buzilishi ham emalda nuqsonlar bo'lishiga sabab bo'ladi. Turli vitaminlarning yetishmasligi, raxit kabi kasalliklarda ham emal gipoplaziyasi bo'ladi. Qizamiq, chechak, bo'g'ma, skarlatina kabi turli xil kasalliklar ham sabab bo'lishi mumkin.

Zaxm kasalligi bor ayoldan tug'ilgan bolalarda, markaziy yuqori kurak tishlari kichik, pona shaklida bo'lib chiqadi, buni Furme tishi deyiladi. Bu tishning kesuv yuzasi yarim oy shaklida parcha bo'lsa – Getchinson tishi deyiladi.

Getchinson tishi, surunkali otit, keratit-bu uning tug'ma zaxm kasalligiga xos belgidir.

Gipoplaziyaning klinik shakllari:

1. Bo'r kabi oq yaltiroq dog', ba'zan sarg'ishroq xili ko'pincha oldingi tishlarning lab yuzasida bo'lib, emal qattiqligi yo'qoladi. Tish kariyesidagi oq dog' yumshoq va bitta egatchada bo'lishi bilan farqlanadi. Kariyesdagi oq dog' tish chiqqandan so'ng bo'ladi, kattalashib, chuqurlashib boradi, gipoplaziyada dog'lar oylab yillab o'zgamay turaveradi.

2. Chuqurchasimon shakli bitta yoki bir nechta bo'lishi, yumaloq yoki tuxumsimon shaklda bo'lishi mumkin, buni eroziyali shakli ham deyiladi.



9- rasm. Furme tishlari.

3. Tish koronkasi ko'ndalangiga aylanib o'tib, bolishchalar, egatlar, hosil qiluvchi shakli, bular tishni kesuvchi yuzasiga parallel bo'ladilar.

4. To'liqsimon shakldagi tishlar gipoplaziya. Bu shakli gipoplaziyada turli xil (kimyoviy, issiq, sovuq, mexanik) ta'surotlarga og'riq bo'ladi. Zond uchi bilan tekshirilganda ham og'riq paydo bo'ladi.

Tishlarning normal rangi buzilgan bo'ladi. Ko'pincha sarg'ish, jigarrang bo'ladi, bu holat husni buzadi, ayniqsa qizlar kulmaslikka xarakat qiladilar.

Gipoplaziyada emal qattiqligi kamayadi, shu joyda dentin qattiqligi oshadi.

Gipoplaziyada gistologik tekshirish o'tkazilganda, emal qavati yupqalashgan, Retius chiziqlari kengaygan bo'ladi, ba'zi emal prizmalari to'la shakllangan bo'ladi. Dentin kanallarining kattalashganligi aniqlanadi.

Gipoplaziya natijasida yupqalashgan tish chetlari ko'pincha sinadi, o'tkir bo'lib, lab, lunj va tilni qirib yara hosil qilishi mumkin. Bunday hollarda tish o'tkir qirralarini bormashina bilan tekkiqlashimiz kerak.

Tishda gipoplaziya bor joyda ba'zida kariyes hosil bo'lishi mumkin. Kovak hosil bo'lib, kengayib borishi mumkin. Bunday holda, xuddi kariyes kabi davolanadi. Gipoplaziyaning uchta taraqqiy etmagan turlari davolashni talab etmaydi.

Yo'qolgan, kamchiligi bor gipoplaziyali emalni qayta tiklab bo'lmaydi. Shuning uchun gipoplaziya bo'lmaslik choralarini, homilador ayollarni, yosh bolalarni hayotini normal bo'lishini, turli xil kasalliklarga chalimaslik choralarini qilish kerak.

Gipoplaziyada tishlar turli ta'surotlar natijasida og'riq bo'lganda: poliminerol bilan, choy sodasi 2-5% li eritmasi bilan chayqash yaxshi foyda qiladi. 75% ftorli, 75% stronsli surtmalar, ftorlak kabilar bilan tishlar surtib, davolash qo'llaniladi.

**Giperplaziya** – emalda ortiqcha tomchi kabi emalni miqdoridan ortiqcha bo'lishiga aytiladi. Bu tomchi ortiq asosan sut tishlarida bo'ladi. Ko'pincha oldingi tishlarni bo'yin qismida bo'ladi. Markaziy kurak tishlarida emal tomchisi giperplaziya bo'lagida yon kurak tish bo'lmaydi. Tish kurtagi rivojlanishdagi zararlanish natijasida yon kurak tish, markaziy kurak tishga qo'shilib ketadi va giperplaziya, ortiqcha emal tomchisi hosil bo'ladi.

Bormashina bilan ortiqcha emal olib tashlanadi, silliglanadi. Og'riq bo'lmaydi. Ayrim vaqtlarda ortiqcha emal jag' tishlarining ildizlari ajralish joyi – buferkatsiyada ham bo'lishi mumkin.

#### **Tish flyuorozi.**

1900- yil Italiya shifokori Chayya Neapolda yashovchi aholida tishlarning rangini turli xil buzilishini, qorayishini aniqlaydi, u vulkanlarning ta'sirida buzilgan suvni ichish tishlar rangini buzilishiga sabab bo'lsa kerak, deb aytgan.

1931- yilda aholi ichadigan suvda ftor ko'payib ketse, 1 litr suvda 2-5 ml.gr ftor bo'lsa, shunda tishlarda dog'lar hosil bo'lishini aniqlagan va bu kasallikni Smit endimik flyuoroz deb atadi.

Flyuorozda avvalo tishlar emalida dog'lar bo'ladi, keyinchalik tana skletidagi suyaklarda flyuoroz bo'lishi mumkinligi aniqlandi. Normada 1 litr suvda 1,0-1,5 mg. ftor bo'lishi kerak. Ftor tabiatda kalsiy, alyuminiy va boshqa moddalarda birikkan holda uchraydi. Bir kunda odam tanasiga o'rtacha 1mg gacha ftor kiradi, uni 75% buyraklar orqali, 16% ichaklar, 8% teri bezlari orqali chiqariladi. Tananing ftorga sezgirligi qandayligiga qarab, flyuoroz yengil yoki og'ir xilda bo'lishi mumkin.

Homiladorlikda yo'ldosh orqali ftorning homilagi o'tishi mumkin.

Flyuoroz asosan doimiy tishlarda bo'ladi, ko'proq yuqori kurak tishlarda bo'ladi, molyarlarda ham bo'lishi mumkin.

N.O. Novis, G.D. Orruskiy flyuorozni 3 bosqichda o'tilishini aytishadi.

**Birinchi bosqich:** ba'zi tishlarning koronkasi yuzasida mayda oq bo'rsimon dog'lar yoki yo'llar bo'ladi.

**Ikkinchi bosqich:** bu dog', chiziqchalar tishlar koronkasining yarimidan yarimidan oshishida, ancha tishlarda bo'lib, sarg'ish pigmentli dog'lar ham bo'ladi.

**Uchinchi bosqich:** sariq, jigarrang dog'lar ko'p tishlarning deyarli koronkasining hamma yuzasida bo'ladi, emalning tuzilishi butunlay buzilgan bo'ladi.

Ftor bilan zaxarlanish kuchli bo'lsa, son suyaklarda ham zararlanish bo'lishi rentgenogrammada aniqlangan.

1966- yili V.K. Patrikeev flyuorozni besh bosqichga bo'ldi:

1. Shtrixli shakli.
2. Dog'simon shakli.
3. Bo'rsimon shakli.
4. Eroziyali shakli.
5. Destruktiv shakli.

Flyuoroz deb diagnoz qo'yish qiyin emas. Bemor hayotini, yashaydigan joyini, kasallik belgilarini yaxshilab o'rganish aniq kasallikni bilishga asos bo'ladi. Ftorning suvda miqdori ortiqchligi bir xil bo'lganda turli odamlarda o'zgarishlar har xil bo'ladi. Bu tananing umumiy holatiga bog'liq. Ichiladigan suvning miqdoriga bog'liq. Serxarakat bolalar suvni ko'proq ichadilar, ftorni ko'proq qabul qiladilar, ya'ni flyuoroz bilan kuchliroq zararlanadilar.

Bemor tishini turli ta'sirlardan og'rishi, tishining ko'rinishi buzilishiga shikoyat qiladi. Flyuorozni kariyes, gipoplaziya, emirilish, ponasimon va boshqa nuqson kabilar bilan farq qila bilish kerak. Eng zaruri profilaktika – flyuoroz bo'lmaslik choralarini qo'llash kerak. Shahar va qishloqlarda vodoprovod suvidan ichimlik, ya'ni suvda ftorni normal 1,0-1,5 mg.ftor 1 litr suvda bo'lishiga erishish kerak.

Flyuorozning boshlanish davrida suvda ftor miqdori normallashtirishda tezda tuzaladi. V.K.Patrikeev kosmetika nuqtai nazaridan flyuorozdagi emaldagi dog' pigmentlarni 3% tertrat yoki limon kislotasi ho'llangan toza paxta bilan rangi chiqquncha artish tavsiya etilgan. Keyin kislota choy sodasi bilan neytrallanadi. Tish mayda pemza bilan yoki yog'och tayoqcha bilan silliqiladi, pardozlanadi.

I.O.Novik esa 3% li perekis vodorod eritmasidan 5 qism olib bir qism efir qo'shib tozalashni tavsiya etgan.

Tishning ko'rinish shakli ancha o'zgaragan bo'lsa. Unga sun'iy koronkalar bilan qoplanadi.

### **Tishlar anomaliyasi:**

Normal holatdan oshish-anomaliya deyiladi, ya'ni o'zgarishdir.

Yaxshi o'smagan bolalarda- distrofiklarda, ona sutiga to'yumagan nimjonlarda, sil raxit kabi kasalliklar bilan kasallanganlarda, nerv, ichki sekresiya, modda almashinuv buzilganda va boshqa ichki va tashqi ta'sirlar, patologik o'zgarishlar bo'lgan bolalarda tishlar ancha kech chiqadi va turli o'zgarishlar- anomaliyalar bo'ladi.

Bo'yi past-karliklarda, endokrenologik buzilishlarda, gipoteriozda ko'pincha tishlarda turli anomaliyalarga olib keladi. Pedjet-kasalligi-defomasiyalanuvchi osteodistrofiyada tish suyaklar paxtaga o'xshash, xira rangda bo'ladi. Tish anomaliyalari bo'lganda jag' suyaklarda rivojlanish past bo'ladi, natijada turli patologik prikuslar hosil bo'ladi. Tishlarni anomaliyasi natijasida noto'g'ri joylashuvi tufayli ko'pincha tishlar o'z vaqtida chiqmaydi, ya'ni retensiya bo'ladi.

Tishlarning kurtagi yo'q bo'lib, tishlarni kam bo'lishi **adentiya** deyiladi.

Adentiya naslga bog'liq bo'lishi, nimjon, raxit kasalligi bo'lganda bo'ladi. Tishning koronka, ildizi, kanallari shaklining o'zgarishi, soni kam yoki ko'p bo'lishi mumkin.

### **Nasl oqibatida tishlar rivojlanishidagi buzilishlar.**

#### **1. Amelogenezning to'liqsizligi.**

Bunda ektodermada hujayralarda o'zgarishlar bo'ladi, natijada tish emalida buzilish aniqlanadi. Tish o'lchami biroz kamayadi, tishlar rangi turlicha bo'ladi, trema, diastemalar ko'rinadi.

Distruktiv o'zgarishlar tish koronkasining o'zgarishlar, tish koronkasining silindr yoki qalqonsimon shaklida bo'lib qolishiga sabab bo'ladi, tishlar yuzasi g'adir-budir bo'lib, ko'pincha jigarrangda bo'ladi. Emalda mineral tuzlar yetishmaydi. Ba'zilar tishda sezuvchanlik va og'riq bo'ladi. Emal rangi xira, bo'rga o'xshash bo'lib, yo'llar, egatlar bo'ladi.

#### **2. Dentinogenezning to'liqsizligi.**

Dentinogenez to'liqsizligini klinik belgilarini aniqlab bo'lmaydi, faqat rentgenografiyada dentin normaga nisbatan yupqaligini, kamligini ko'rish bilan aniqlanadi. Ba'zida tish pulpa bo'shlig'i bo'lmaydi. Bemor tishlarini issiq sovuqdan og'rishiga, milkning qonashiga, tishlarning qimirlab tushib ketishiga shikoyat qiladi.

Tish ildizi qisqargan bo'lib, ko'pincha ildiz kanallari aniqlanmaydi. Dentin yupqa, dentin yo'llari ko'rinmaydi.

### **3. Osteogenezning to'liqsizligi.**

Bu kasallikda qovirg'a, elka, oyoq, qo'lning kovagi bor katta suyaklarda sinish bo'ladi. Bolaning bo'yi past, boshi keng, yassi bo'ladi. Tishlarning rangi sariq, jigarrang, kulrang, ko'kimtir, turlicha bo'ladi. Tishlarda patologik emirilish bo'ladi.

### **4. Kapdenon displaziyasi. Stenton (1892).**

Kapdenon (1905) sindromi.

Tishlar koronkasi yaltiroq yoki jigarrang va boshqa ranglarda o'zgarib, tishlar koronkasi tez yemiriladi. Tishlar chiqqanda rangi kulrang, sariq chiqadi. Emal sina boshlaydi, chet qirralari o'tkir bo'lib, qolishi mumkin va shilliq qavatni zararlantirishi mumkin. Emalning yemirilishi tufayli ochilib qolgan dentin ham tezda yemirila boshlaydi. Tishlar og'rimaydi, yemirilish natijasida pulpa ochilib qolmaydi, o'rinbosar dentin hosil bo'ladi. Tishlar pulpa kovagi va ildiz kanallari, paychalari juda ham torayib ketadi, ba'zida yo'qolib ketadi, rentgenografiyada ko'rinmaydi. Pulpada dentikillar juda ko'p hosil bo'lgan bo'ladi. Davolab tuzatish juda ham qiyin. Oldini olish choralari yaxshi o'rganilmagan.

**5. Mramor kasalligi.** 1904- yil Albert Shenberg yozgan: Suyaklarning g'ovak qismida tarqoq skleroz bo'ladi, tuzlar yig'iladi. Rentgenografiyada suyaklar mramor kabi yaltiroq hamma yog'ida bo'ladi, suyakka xos tuzilish yo'qoladi, suyak mramorga o'xshab qoladi. Shuning uchun mramor kasalligi deyiladi. Tishlar o'smagan kichik bo'ladi. Ildizi qisqa bo'ladi.

Tishlar tez yemiriladi, turli xil anomaliyalar bo'ladi. Mramor kasalligida tishlarda kariyes juda ko'p bo'ladi. Albatta bu tishlarni iloji boricha yaxshilab davolash kerak.

## **II Tishlar chiqandan so'ng hosil bo'ladigan kasalliklari**

**Tishda ponasimon nuqson.** Tishlarning bo'ynida ko'pincha dahliz yuzasida ponaga o'xshash, qalqonsimon nuqson asta-sekin hosil bo'lib, chuqurlashib boradi. Ko'pincha oldingi bir ildizli tishlarda, yoshi ulg'ayganda bo'ladi. Bu kasallik sabablari aniq ma'lum emas.

Og'iz bo'shlig'ida hosil bo'luvchi kislotalar, karashlar natijasida, qattiq tish cho'tkalari bilan yuvilganda, oshqozon-ichak kasalliklarda, asab kasalliklarida, endokrin bezlar kasalliklarida va boshqalarda bu nuqson uchraydi.

Ponasimon nuqson bor bemorlarning ko'pchiligida, tishlarda edirilish ham bo'ladi. Avvalo tishlar bo'ynida notekkislik, darz, yoriq hosil bo'ladi, buni kattalashtiruvchi oyna bilan ko'rish mumkin. Bu buzilish chuqirlashib, kengayib borib, qalqon, pona shaklga aylanadi, devorlari silliq, qattiq bo'ladi.

S.M. Mahmudxonov (1968- y.) nuqsonni 4 xil bosqichga bo'ladi.

1. Boshlanish bosqich – darz bo'lishi, notekkislik aniqlanadi.

2. Yuz bosqichi – 3mm. Bo'yicha 0,2 mm chuqurlikda nuqson bo'ladi.

3. O'rta bosqichi – 4mm bo'yiga nuqson 450 burchak hosil qiladi, sarg'in bo'ladi.

4. Chuqur bosqichida – 5mm.dan ortiqli nuqson bo'lib, tagi, yoni silliq yaltiroq bo'ladi. Bu nuqson simmetrik bo'lib, ko'pincha oldingi tishlarning dahliz yuzasida, tishlar bo'ynida bo'ladi.

5. Bemor estetik jihatdan shikoyat qiladi.

Davolash umumiy va mahalliy bo'ladi. Giperestaziya, sezgirlik, og'riq bo'lsa og'riqni qoldiruvchi dorilar qo'llaniladi. 75%-nartiy ftorid sumasi, 75% storonsiy xlorid sumasi, poliminerol eritmasi, 1,2,3,4% li natriy ftorid eritmasi ishlatiladi. Chuqur nuqsonlarni plombalash mumkin, koronkalar kiygazish mumkin.

Umumiy davolanishda asosiy kasallikni yaxshilab davolash kerak. Sifatli vitaminlarga boy, sutli yaxshi ovqatlanish buyuriladi. Glyukanat kalsiy 0,5–1 tabletkadan 3 marta 1 kunda tavsiya etiladi.

### **Tishlarning yedirilishi**

Tishlarda fiziologik va patologik edirilishlar bo'ladi. Bolalarda tishlar chiqqach, kurak tishlarni kesishish yuzasidagi kichik emal do'mboqchalari asta-sekin yediriladi.

Normada tishlarda fiziologik edirilish prosessi bo'ladi. Tanada modda almashinuvi natijasida, edirilishning kuchayishi natijasida patologik edirilish hosil bo'ladi.

Chuqur, noto'g'ri, to'g'ri prikusda, ichki sekresiya bezlari, ayniqsa qalqonsimon bez oldi bezlari, jinsiy bezlarning funksiyasining buzilishi, diabet kasalligi, asab kasalliklari, kechasi tishlarni g'ichirlatishlarda, gipo-vitaminozlarda, raxitda va boshqa turli moddalar almashinuvi prosessi buzilishi sababli patologik yedirilish bo'ladi.

Bundan tashqari patologik edirilishda kasalning roli ham bor, otanasida tish yedirilishi bo'lsa bolalarda ham uchraydi.

Yumshoq yoki qattiq ovqat yeyish ham rol o'ynaydi. Kasblar ta'sirida kamaychi, sumaychi, kosiblarda ham tishlar turlicha yedirilishi mumkin.

3% xlorid kislotasi eritmasini, sirkani ovqatlanishda doimiy ishlatuvchi bemorlarda, kimyo zavodlari ishchilarida tishlarning yedirilishi bo'ladi. Chirchiq, Qo'qon, Olmaliq, Navoiy kimyo zavodlarida ishchilarning tishlarida yedirilish va boshqa o'zgarishlar bo'lishi aniqlangan (Bekmetov M.V. 1983 y).

X-XII asrlarda tishlarda yedirilish ko'p bo'lganligi I.P.Lukomskiy 1984- yilda yozgan: 30 yoshgacha yedirilish tish emalida, 40 yoshdan yedirilish dentinda ham boshlanadi. Dentin ochilib qolib, rangi o'zgaradi, sarg'ish tusga kiradi.

Yedirilgan tishlar turli ta'sirotlardan og'rishi mumkin. Noto'g'ri qo'yilgan plomba, tish protezlari ham tishlarda edirilishiga sabab bo'lishi mumkin.

Tishlarda yedirilish asosan ikki xil bo'ladi: gorizontaal va vertikal. Bitta tishda va bir necha tishda bo'ladi.

M.I. Groshikov (1985- y) tishlar edirilishini 3 bosqichga bo'lgan:

1-bosqichda tishni kesuvchi yuzasida, emalning koronka do'mboqlarida biroz edirilish bo'ladi.

2-bosqichda emal tamomila yedirilib, dentin ochilib qoladi.

3-bosqichda emalning deyarli hammasi, dentinning ko'p qismi yedirilgan bo'ladi, tish kovagigacha bo'ladi.

Yedirilish emalda sekin, dentinda tez bo'ladi, pulpa ko'rinib qoladi, ochilmaydi, chunki o'rinbosar dentin hosil bo'ladi.

Pulpada atrofiya, gialinizatsiya, odontoblastlarda vakuolizatsiya, qon tomirlarda skleroz, staz, tromboz bo'ladi. Tishlarning edirilish natijasida prikus kamayib, tashqi ko'rinishida o'zgarish bo'lishi mumkin.

Davolashda avvalo maxalliy sabablarni yo'qotish kerak. O'tkir tish qirralarini bormashina bilan silliqlash kerak. Ortopedik usullarni ishlatish tish yemirilishini to'xtatish mumkin. Shunda pasaygan prikusni to'g'irlash mumkin bo'ladi. Og'riqni qoldiruvchi dorilarni ishlatish kerak.

Gliserinfosfat kalsiy 0,5, fitin 0,5 dan har kuni bir oy ichishni tavsiya etishgan (Fedorov Yu.A).

### **Tishdagi eroziya**

Emal va dentinning biror qismi asta-sekin kamayishi natijasida tishlarda eroziya hosil bo'ladi. Sabab ma'lum emas. Asab, ruhiy kasalliklar, podagra, endokrinologik xastaliklar, ayniqsa tretoksikozda eroziya tishlarda uchrashi kuzatilgan. Tishlarning asosan dahliz yuzasida yumaloq yoki tuxumsimon nuqson, chuqurcha hosil bo'ladi.

Tish eroziyasi aktiv o'tkir va stabillashgan surunkali bo'lishi va bir-biriga o'tishi mumkin. Bunday bo'lish tretoksikozning qaytalashida kuzatilgan.

Emalning qattiqligi kamayadi, dentinning qattiqligi biroz oshadi.

Tishda eroziya bo'lgan joyda Nasmii pardasi (kutikula) yuqalashadi, prizmalarda o'zgarish – demineralizatsiya bo'ladi. Emalda mis, rux, temir, koblii kabi mikro-elementlar kamayadi. Prizmalararo oralig kengayadi. Dentinda yaltiroq o'rinbosar dentin hosil bo'ladi, dentin naylari torayadi, oblitirasiyalanadi.

**Davolash:** Avvalo kasallikning asosiy sababini davolash kerak. Vitaminlar, mikroelementlar, kalsiy tuzlari tavsiya etiladi, og'iz tozaligi gigiyenasiga ahamiyat berish kerak. Tishlar ftorlak, 1-2% natriy ftorid eritmasi, 10% glyukonat kalsiy eritmasi, poliminerol, remodent kabilar bilan davolanadi.

Tish eroziyasi plombalash, koronka kiygazish mumkin.

### **Tish nekrozi**

To'qimalarning mikroblarsiz o'lgani nekroz deyiladi. Tish to'qimalari nekrozi og'ir kasallik bo'lib, ko'pincha tishlarning tamomila yo'q bo'lishiga sabab bo'ladi. Endokrin va ekzogen faktorlar ta'sirlar tish nekrozi

bo'lishiga muxim rol o'ynaydi. Asab, ichki sekretiya bezlari, nasl, turli xil surunkali zaxarlanishlar, tishda nekroz bo'lishiga olib keladi. Ishqor, kislotalar va boshqa zararli moddalarning tishga ta'siri natijasida nekroz bo'lishi mumkin.

Tish o'lganga o'xshaydi, emal rangi kulrang bo'ladi. Dentin esa pigmentlanadi, sarg'ish, jigarrang tusga kiradi. Qora dog'lar hosil bo'lishi mumkin.

Tish nekrozida tish pulpasi ham o'ladi, nekrozlanadi. Tish nekroziga diagnoz qo'yish oson, davolash qiyin. Bemorni xar tomonlama yaxshilab tekshirib, asosiy sababini topish va davolash kerak.

Tishning bo'yin qismida uchraydigan nekroz ko'pincha homilador ayollarda va gipoteriozda, tuzlar, oqsillar, modda almashinuvi buzilganda uchraydi.

Eng zarur profilaktika- kislota va boshqa kimyoviy moddalarni og'izga ta'sir qilmaslik choralarini ko'rish kerak, respiratorlar bilan ishlash kerak.

Kislota bug'lari hosil bo'lmaslik choralarini qo'llash, havo tortadigan ventilyatsiyalar yaxshi ishlashi kerak, apparatlarni uzoqdan turib boshqaradigan qilish kerak. Sexplarda og'iz chayqaydigan ishqorlar, choy sodasi eritmalari bo'lishi kerak.

Har 3-6 oyda stomatolog-shifokor qurib turishi kerak. Koronkalar, sun'iy tishlar quyish, ortopedik davolash mumkin.

#### **Tishlardagi mexanik shikastlanish.**

Tishlarning shikastlanishi o'tkir, qayta kuch ayni bir vaqtda ta'sir etganda, tishning koronka, bo'yin, ildizida sinish bo'lishi mumkin. Unga kuchli bo'lmagan surunkali kuch uzoq vaqtgacha qayta-qayta ta'sir etib turganda bo'ladi, bunda lat yeyish bo'ladi.

Tishlarda turli nuqsonlar, tishning anatomik tuzilishi buziladi.

Tishga plomba yoki koronka balandroq qo'yilishi natijasida, shu tish ildizida gipersementoz yoki fibrioz surunkali periodontga olib kelish mumkin.

Tish koronkasi singanda pulpa ochilmasa, sodda shikastlanish bo'ladi, og'riqni qoldiruvchi dorilar ishlatiladi. Bir oydan so'ng shu tish pulpasini elektroodontodiagnostikada tekshirish kerak, pulpa o'zgarishsiz bo'lsa 2-7-10 mKA bo'ladi. Nnuqsonni plombalash yoki koronka kiygazish usuli bilan tuzatish mumkin. Pulpa zararlangan bo'lsa, og'riqsizlantirish usuli yordamida shikastlangan pulpa pulpitdek davolanadi. Iloji bo'lsa, kuydirish usuli - dioatermokoagulyasiyani qo'llash kerak.

Tishni ham koronka, ham ildizi singan bo'lsa, kanalni plombalashda shtif ishlatish kerak. Shtif singan ildizni yaxshi turishga, bitishiga yordam qiladi.

Singan tishlarni yaxshi ushlab turuvchi shinalar qo'yish ham tavsiya etiladi.

Davolashda iloji bo'lmasa, lat, singan tishlar olib tashlanadi.



### **Tishlar sezgirligini oshishi.**

Normal emal o'zidan tashqi ta'surotlari to'sib turish funksiyasini bajaradi. Ba'zi hollarda bu funksiyasi buzilib, tish issiq, sovuqdan, shirinlikdan, turli kimyoviy ta'sirlardan og'rigandek bo'lib, qoladi, sezgirligi oshadi. Ko'pincha tishlarning bo'yinlari kesuvchi qirralarida sezgirligi ko'proq oshadi.

Tishda sezgirlik og'riq:

1. Emal dentinda anotomik-gistologik bir butunligi yo'qolishida bo'ladi.

2. Tish bo'yni, ildizi, sement ochilib qolishi paradontozda bo'ladi.

3. Ruhiy – asab, endokrin, modda almashinuvi, oshqozon-ichak, gipovitaminozda, klimaksda bo'lishi mumkin.

Lukomskiy I.G. giperestiziya 3 ta bo'ladi.

1. Eng yengilida tish og'rig' asosan sovuq havo, suv, ovqatlar ta'sirida bo'ladi.

2. O'rtasida kimyoviy ta'sir ham tishda hosil qiladi.

3. Og'irlik xilida issiq, shirin, nordon, hattoki tegilganda, mexanik ta'sirda ham tish og'riydi.

Giperesteziyani davolashda asosan mahalliy choralalar, dorilar ishlatiladi.

Emal, dentinni to'siqlik funksiyasini oshirishga qaratiladi.

Umumiy choralarda giperesteziyaga sabab bo'lgan asosiy sabablar kasalliklar davolanadi. V, S, A kabi vitaminlar, kalsiy, ftor, kaliy, natriy tuzlari bor dorilar ichish natriy tuzlari bor dorilar ichish tavsiya etiladi:

Glukanat kalsiy 0,5,

Gliserin fassfat kalsiy-0,5

1-tabletkadan bir kunda 2 marta

1 oy ichish tavsiya etiladi.

Mahalliy:

75% ftorid natriy surtmasi – (Lukomskiy I.G.) tishlarga surtiladi.

Choy sodasi, sulfanilamid, aspirin, anestizin kabi surtmalar ham ishlatiladi.

Dengiz tuzi ertmasi-polimineral, dikami, kokami 1% eritmasi 1–2–3–4–5% ftorid natriy eritmasi kabilar tish giperesteziyasida qo'llaniladi.

Tishlarda ftorlak surtish, ftorli tish surtmalarini tishlarni tozalashda ishlatish, tish sezgirligini kamayishiga, tuzalishiga yordam qiladi. Surtmalarni faqat tishlarga yaxshilab asboblardan ehtiyotlab surtish kerak, milkka, og'iz shilliq qavatiga tushmasligi kerak.

Surtma surtib bo'lingach, og'izni illiq suv bilan yaxshilab chayqab tashlash kerak.

## V bob

### TISHLAR KARIYESI

"Kariyes" termini suyak chirishi, yiringlashi demakdir. "Tishlarning kariyes – tishlar qattiq to'qimalarining asta-sekin yemirilishi va keyinchalik ularga kavak shaklida nuqson yuzaga kelishi bilan namoyon bo'ladigan kasallikdir" (L.R.Rubin).

Hozirgi paytda tishlarning kariyesga kasallik sifatida emas, balki patologik va himoya fiziologik reaksiyalarning har xil qo'shilishi kompleksidan iborat bo'lgan patologik proses sifatida qarash tavsiya etiladi.

Enal va dentinning yemirilishiga tishlar qattiq to'qimalarining mos kelmaydigan ta'sirotlar ta'siriga ko'rsatadigan patologik reaksiyasi sifatida qaraladi, o'rinbosar dentinning paydo bo'lishi esa himoya fiziologik reaksiyaning namoyon bo'lishidir.

Tishlarning kariyes bilan shikastlanishi obyektiv alomatlar tishlarning qattiq to'qimalari ma'lum bir sohasining rangi, qattiqligi o'zgarishi va nuqson paydo bo'lishidir.

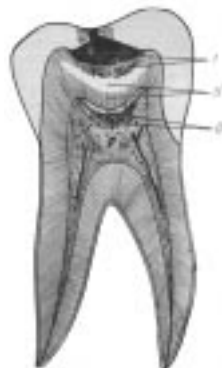
#### Kariyesning joylashishi va tarqalishi

Karioz prosesining joylashishi va uning tarqalishi qonuniyatida tish to'qimalarining anatomik va gistologik tuzilishi muxim ahamiyatga ega bo'ladi. Shunday qilib, kariyesga moyil va immun (moyil bo'lmagan) zonalar tavofut qilinadi. Tish koronkalarining ba'zi sohalari kariyes bilan ancha kam zararlanadi. Bu tishlarning silliq yuzaga ega bo'lgan va ovqat egan paytda yaxshi tozalanadigan anatomik tuzilmalardir. Molyarlarning, premolyarlarning va oziq tishlarning do'mboqchalari, shuningdek, kurak tishlarning kesuvchi qirralari ana shunday tuzilmalar hisoblanadi. Tabiiy chuqurchalar va o'yiqlar, shuningdek, ovqat turib qoladigan va tishlarni tozalash ancha qiyin bo'lgan joylar, chaynov yuzalari fissurlari, ko'rimaydigan o'yiqlar, tish bo'yinlari va aproksimal yuzalar kariyesga ancha ko'p uchraydigan zonalar hisoblanadi.

Tishlar kariyesi erkaklarni ham, ayollarni ham bir xilda zararlaydi. Biroq, M.O. Kovarskiyning ma'lumotlariga ko'ra, tishlar kariyesi

### 10- rasm. Tish kariyesining patologik anatomiyasi.

I- to'qima demirilizatsiyasi; II- intakli dentin; III- o'rinosar dentin, pulpa o'zgarishi.



ayollarda 30–40 yoshdan ancha ko'p uchraydi. Tishlar kariyesi bunday ko'p tarqalgani sababli, tish shifokorlari ko'proq tishlari karioz prosessiga uchragan va uning oqibatlari bilan kelgan bemorlarni qabul qilishga majbur bo'ladilar.

### Tasnifi

Tish kerakli chuqurligiga, joylashuviga va klinik kechishiga qarab bo'linadi:

Chuqurligi bo'yicha:

- 1) Boshlang'ich kariyes.
- 2) Yuza kariyes.
- 3) O'rta kariyes.
- 4) Chuqur kariyes bo'ladi.

Joylashuvi bo'yicha:

- 1) Fissurali kariyes.
- 2) Aproksimal kariyes.
- 3) Bo'yin kariyes.

Klinik kechishi bo'yicha:

- 1) Surunkali yoki tipik kariyes.
- 2) O'tkir kariyes.
- 3) To'xtab qolgan kariyes.

### Etiologiyasi va patogenezini

Kimyoviy-parazitar nazariya. XIX asrda mikroskopning ixtiro etilishi va kimyoviy rivojlanishi bilan kimyoviy-parazitar nazariya paydo bo'ldi. Bu nazariyani keyinchalik 1881- yilda U.D.Miller to'ldirdi va batafsil ishlab chiqdi. Muallif kariyesning rivojlanishi ikki bosqichda davom etadi deb faraz qildi. Birinchi bosqich kimyoviy (noorganik moddalarning emirilishi) ovqat qoldiqlari, xususan uglevodlar og'iz bo'shlig'ida sut kislotasi achishga uchraydi va kislotalarni hosil qiladi. Kislotalar tish qattiq to'qimalarining mineralsizlanishiga olib keladi.

Ikkinchi bosqich – bakterial (emal organik moddalarning yemirilishi) emalda hosil bo'lgan nuqsonga bakteriyalar kiradi: 1) kislotalar hosil qiladigan bakteriyalar dentinning noorganik asosini yemiradi, 2) proteolitik (oqsillarni erituvchi) bakteriyalar esa dentinning organik

asosini yemirishda davom etadi. Ikkita proses – kimyoviy va bakterial proseslar – tishlar kariyesining rivojlanishida asosiy hisoblanadi.

Miller va uning tarafdorlari tishlar kariyesi rivojlanishini modda almashinuvidan ajratilgan holda kechadigan va bir butun organizmga bog'liq bo'lmagan oddiy mexanik proses deb hisoblaydilar. Bu nazariyaga ko'ra, ba'zi hollarda tishlar kariyesi uglevodlarni kam iste'mol qiladigan odamlarda rivojlanishi va aksincha uglevodlarni ko'p iste'mol qiladigan, og'iz bo'shlig'ini parvarish qilmaydigan odamlarda ba'zi kariyesning bo'lmasligini va boshqa qator momentlarni patologik prosesning rivojlanishiga organizmning umumiy holatiga bog'liq bo'lmagan sof mahalliy proses sifatida qaramaslik kerak.

**Parazitar nazariya.** Parazitar nazariya tarafdorlari Preystverk, Fleyshmaye, Banting va boshqalar emalning kislotalar bilan kimyoviy erishini rad etadilar. Ularning fikricha, kariyesning rivojlanishida mikroblar, jumladan asidofil tayoqchalari asosiy rol o'ynaydi. Ular shikastlangan Nasmit qobiqdan emalga kiradi va uni emira boshlaydi. Bu nazariya kimyoviy-parazitar nazariya kabi kariyes prosesiga organizm holatiga bog'liq bo'lmagan sof mahalliy proses deb qaraydi.

**Fizik-kimyoviy nazariya.** Kariyesning rivojlanishida so'lakning rolga ko'p ahamiyat berilgan edi. Ayrim mualliflar tishlar kariyesi ajralib chiqadigan so'lak miqdoriga, uning tarkibiga va rN ga bog'liq bo'ladi deb hisoblardilar. Boshqalari esa, bunga giper va giposalivasiya sababchi, deb hisoblardilar. D.A. Entin nazariyasi so'lakning roli haqidagi barcha fikrlarga xulosa yasadi. D.A. Entin karioz kasalligi tish to'qimalaridagi (ular oziqlanishining buzilishi hisobiga ro'y beradigan) mahalliy modda almashinuvining buzilishi natijasida paydo bo'ladi, deb hisoblaydi. Tish emaliga yarim o'tadigan membrana sifatida qaraydi. Uning ichki muxiti qon transsudati, so'lak esa – tashqi muxit hisoblanadi. So'lakning fizik-kimyoviy xossasi o'zgarishi bilan emalning o'tkazuvchanligi va uning zaryadi buziladi. Bu osmotik tokning yo'nalishini belgilaydi. Normada bu toklar pulpadan emalga keladi. Bu bilan tish qattiq to'qimalarining normal oziqlanishini ta'minlab turadi. Yomon sharoitlarda osmotik toklar markazga qarab kuch bilan yo'naladi, ya'ni chetdan pulpa tomon boradi. Bu bilan qattiq to'qimalarning oziqlanishini buzadi va kariyesning rivojlanishiga sharoit yaratadi.

D.A. Entinning nazariyasi ham mexanistik nazariya hisoblanadi, chunki muallif organizmdagi barcha murakkab biologik proseslarni fizik-kimyoviy proseslarga bog'ladi.

**Biologik nazariya.** Biologik nazariya tarafdorlari tish pulpasiga, jumladan odontoblastga tishning trofik markazi sifatida qaraydilar. Emalga organizm bilan umr bo'yi aloqada bo'lib turadigan tirik to'qima deb qaraladi. I.G. Lukomskiy bu nazariyaning eng faol tarafdorlaridan biri hisoblanadi. Tish kariyesi rivojlanishini u quyidagicha faraz qiladi. Turli xildagi tashqi omillar, masalan vitaminlarning, xususan vitamin

D va V gruppasidagi vitaminlarning yetishmasligi, ular nisbatining noto'g'ri bo'lishi, ultrabinafsha nurlarining yo'qligi yoki yetishmasligi va boshqa qator omillar, organizmda modda almashinuvining, jumladan, mineral almashinuvining buzilishi natijasida yuzaga keladi. Shu sababli odontoblastlarning trofik funksiyasi ham buziladi. I.G.Lukomskiy fikricha, ular tish hujayrasiz tuzilmalarga xizmat qiladi.

### **Yuza kariyes**

Kariyes prosessining boshlanishini juda ko'p hollarda bemorlar bilmay qoladilar, chunki u alomatsiz kechadi. Kamdan-kam hollardagina bemorlar tish koronkasi yuzasida dog' paydo bo'lganidan shikoyat qilib, shifokorga boradilar. Obyektiv tekshirishda oqish xira dog' borligi aniqlanadi.

Karioz prosessining keyinchalik rivojlanishida dog'ning yuzasi sal yumshaydi. Kalsiy almashinuvi buzilish prosessi o'rniga kalsiysizlanish prosessi boshlanadi, ya'ni sifat o'zgarishlari miqdor o'zgarishlariga o'tadi. Bu hol emalda karioz kavakning paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi.

Og'riq kimyoviy ta'sirlovchilar (shirinlik, sho'r, nordon moddalar) ta'sirida paydo bo'ladi. Tishlarni tozalaganda, zond bilan tekshirishganda mexanik ta'sirlovchilar ta'sirida og'riq paydo bo'lishi mumkin. Temperatura ta'sirotlari ko'pincha og'riq paydo qilmaydi.

Obyektiv tekshirilganda uncha bo'lmagan karioz kovak ko'rinadi: u emirilganda to'qima va ovqat qoldiqlar bilan to'lgan bo'ladi va yuza kariyesga diagnoz qo'yish oson.

Shunday qilib, kimyoviy va mexanik ta'sirlovchilar ta'sirida og'riq paydo bo'lishi, ular bartaraf etilgan og'riqning darrov to'xtashi yuza kariyesning asosiy alomatlari hisoblanadi.

### **O'rta kariyes**

Karioz prosess emal-dentin chegarasini yemirib, dentinga o'tadi. Dentinda organik moddalar ko'p bo'lgani, dentin o'zining kanalchalari sistemasi bilan to'lib toshganligi sababli karioz prosess bu yerda ancha avj olgan holda kechishi mumkin. Nuqson ko'proq eniga qarab kattalashadi. Buning sababi shundaki, emal-dentin chegarasi yaqinda yomon oxaqlangan dentin-interglobulyar bo'shliq zona bo'ladi va shu sababli karioz prosess shu zonaga etganidan so'ng dentin kanalchalarining ham ichiga, ham eniga qarab zo'r berib yoyila boshlaydi va karioz kavakning shakli shunga mos holda hosil bo'ladi. Bunda kirish teshigi kavak hajmidan kichik bo'ladi. Kavakning shakli konussimon – uchi pulpaga qaragan, keng asosi esa emal yaqinida bo'ladi.

Og'riq uncha kuchli bo'lmaydi. Ta'sirlovchi ta'siri tugashi bilan oq to'xtaydi, obyektiv tekshirilganda karioz kavak ko'rinadi. Uning chuqurligi zond bilan tekshirilganda 2–2,5 mm ga etadi.

Kovak ovqat qoldiqlari va emirilgan dentin bilan to'la bo'ladi. Ba'zan kavak tubidan va devorlaridan yumshab qolgan dentinning anchagina qatlami topiladi.

Karioz kavak uncha chuqur emas, zond bilan tekshirilganda og'ri olmaydi.

### **Chuqur kariyes**

Karioz prosesining dentin ichiga so'rilishi chuqur shikastlanishiga olib keladi va bunda pulpa ustida ko'pincha yumshab qolgan dentinning yupqa qatlami qoladi.

Chuqur kariyesda pulpaning yaqinligi va uning bevosita ta'sirlanishi mumkinligi tufayli og'riq turli sabablar – mexanik (ovqat bo'lagining bosishi), kimyoviy (nordon, shirin, sho'r), temperatura (xususan sovuq ta'sirlovchilar) sababli paydo bo'ladi.

Og'riq reaksiyasi kuchi ancha ortiq bo'ladi hamda og'riq ta'sirlovchi ta'sir qilgan vaqtda paydo bo'ladi va uning ta'siri tugashi bilan oq to'xtaydi. Bemor og'riga tishini aniq ko'rsatib beradi. Obyektiv tekshirish ancha chuqurlikdagi karioz kavakni aniqlashga imkon beradi. Karioz kavakning tubi pigmentlangan va qattiq bo'lishi mumkin va zond bilan tekshirilganda og'rimaydi. Boshqa hollarda karioz kavak tubi yumshoq bo'ladi. Karioz kavak tubi zond bilan tekshirilganda va ekskavasiya qilinganda ayniqsa, pulpa shoxi proyeksiyasi soxasida og'riq reaksiyasi paydo bo'lishi mumkin.

### **Har xil bosqichdagi kariyes kasalligini davolash usullari**

Kariyes kasalligining bosqichiga qarab, operatsiyasiz va operativ – tiklash usullari bilan davolash mumkin.

Qaysi usul qo'llanishidan qat'iy nazar, davolash kasallikni keltirib chiqaradigan sabablarga (etiotrop davolash) va kariyes kasalligining rivojlanish mexanizmiga to'sqinlik qiladigan (ptogenetik davolash) omillarga qarshi yo'naltirilgan bo'lishi kerak.

Etiotrop davolashning maqsadi, zararlangan – kasallangan tish ustida yumshoq tish karashi va yemirila boshlagan enal, dentinni olib tashlab, kariyes kovagini tashqi ta'sirotlardan ximoya etishdan iborat.

Patogenetik davolash esa, tish qattiq to'qimalari chidamligini oshirish va ularni tiklanish jarayonlarini tezlashtirishdan iborat. Bu maqsadga dori-darmonlar qo'llab, tish qattiq to'qimalari va butun organizmga ta'sir ko'rsatish bilan erishiladi.

Operatsiyasiz etiotrop davolashda tish yuzalaridagi yumshoq karashlar olib tashlanadi. Bu boshlanadigan kariyes kasalligida dog'lar paydo bo'lganda o'tkaziladi.

Yumshoq tish karashi 3% vodorod peroksidiga botirilgan, shimdirilgan paxta yordamida pinset bilan, ba'zida esa, penza kukuni yordamida maxsus chyotkalar yordamida olib tashlanib, tish yuzalari tozlanadi va odatdagidek tish pastalari va cho'tkalari bilan tishlar yuviladi.

Operativ-tiklash usulida bormashina va boshqa asboblarda yordamida hosil bo'lgan kariyes kovagiga qabul qilingan usullarga muvofiq ishlov beriladi va plomba, vkladkalar bilan tishning anatomik shakli va fiziologik vazifasi tiklanadi.

Demak, operatsiyasiz davolash usuli faqat "boshlanadigan" yoki "dog' shaklida" gi kariyes kasalligida – kariyes kovagini hosil bo'lmagan davrda qo'llanadi. Operativ-tiklash usuli esa, yuza kariyesdan boshlab, o'rta, chuqur va chuqurlashgan chuqur kariyeslarda qo'llanadi.

Operativ usul yordamida kariyes, yumshagan qattiq to'qimalar (emal, dentin) ni olib tashlash ko'pincha ekskavator, ayrim paytlarda borlar yordamida amalga oshiriladi va bu ish deyarli og'riqsiz kechadi. Lekin kovak devorlari va bo'shliq tubida joylashgan, hali ancha qattiq tarzda bo'lgan pigmentlangan dentin va emal qismlarini faqat borlar yordamida olib tashlash mumkin. Bunda og'riq bo'lishi tufayli, albatta og'riqsiz-lantiradigan dorilar qo'llashga to'g'ri keladi. Umuman kariyes kasalligini iloji boricha og'riqsiz davolash zarur.

Ba'zi bemorlar kariyes kasalligini davolash jarayonida og'riq yoki shunga o'xshash sezgilar sezmaydilar va ba'zida esa stomatolog qabuliga kelishning o'zi ularda turli noxushliklar, qo'rquv paydo qiladi.

Odatda og'riqsiz bo'lishi mumkin bo'lgan operativ muolajalar:

1) emal to'qimasini, uning chiriklarini kovak devorlaridan bor va ekskavator yordamida olib tashlash;

2) xuddi shunday dentin to'qimasining chirigan, devorlarda osilib turgan qismlarini ekskavator va bor bilan olib tashlash.

Shuni ta'kidlash zarurki, kariyes kasalligini davolashda davolash maskanidagi muxit, shifokor va tibbiyot xodimlarining o'zaro munosabatlari, davolovchi shifokorning tashqi ko'rinishidan tortib, uning muomalasigacha, ishlatiladigan asbob-uskunalarning sifati, tozaligi, saranjomligi, borlarning turi, ularning o'tkirlik darajasi, aylanish tezligi (qancha bor tez aylansa, shuncha og'riq kam bo'ladi), stomatologik uskunaning turi kabi omillar bemor ruhiyatiga va davolash jarayonining osoyishta kechishida katta ahamiyat kasb etadi. Yuqorida keltirilgan omillar barcha stomatologik muolajalarda ham ahamiyatlidir.

Yuqorida aytganimizdek, davolanadigan bemorning ahvoli – qo'rqishi, vohimaga tushishi, xavotirlanish kabilarni oldini olish maqsadida quyidagilar bajarilishi talab etiladi:

1) og'riqni oldini olish va bemorni tinchlantirish uchun uning ruhiga ta'sir etadigan, yoqimli va asosli gaplar bilan psixoterapiya o'tkazish;

2) tinchlantiruvchi dorilari (seduksen, elenum va boshqa dorilarni) bemorga ichqizish – premedikasiya;

3) kariyes kovagiga turli og'riqsizlantiruvchi suyuq, pastasimon dorilar qo'yish;

4) audoanalgeziya (har xil yoqimli musiqiy oxanglar yordamidan foydalanishi, boshqa fizikaviy og'riqsizlantiruvchi – L.R.Rubin taklif etgan kamquvvatli toklar ELOZ – 1,2 apparatlari yordamida)

5) 2% lidokain, novokain, 1% ultrakain eritmalari bilan in'eksion anesteziya usulini qo'llash;

6) gipnozni (lekin uning qonun-qoidalariga asoslangan holda) qo'llash;

7) umumiy og'riqsizlantirish – narkoz qo'llash (maxsus apparatlar va mutaxassislar yordamida)

Kariyes kovagiga operativ ishlov berish 6 ta birin-ketin bajariladigan bosqichlarda olib boriladi:

1) kovakni ochish;

2) ikkilamchi kariyes (uning davom etishi) ga qarshi kovakni kengaytirish;

3) kasallangan emal, dentin to'qimalarini – yumshagan va qattiq pigmentlangan qismlarini sog'lom to'qima chegarasigacha borlar yordamida charxlab, olib tashlash – nekrotomiya;

4) kovakka ma'lum shakl berish kerakki, qo'yilgan plomba chaynov paytida tushadigan bosimga bardosh bersin va tish o'z vazifasini bajara olsin;

5) kovak devorlari tubiga nisbatan 90° li burchak ostida va silliq bo'lishlari kerak;

6) plombalash va uni silliqlantirish.

1-bosqichda bajariladigan ishlardan maqsad, kariyes kovagini ochib uni kengaytirishda barcha o'z vazifasini bajara olmaydigan o'lik to'qimalarni olib tashlashdan iborat. Shunda, kovakning asl chegaralari ko'rinadi.

2-bosqichda esa, yumshagan va pigmentlangan emal, dentin to'qimalarining qismlari olib tashlanganda oldin ekskavatordan, keyin bordan foydalaniladi. Bunda o'ta extiyotkorlik bilan (chunki, ba'zida pulpa ochilib qolishi xavfi bor) ish olib borilishi kerak.

3-bosqichda – shakllantirishda, kovakni katta-kichikligi, joylashgan joyiga qarab ovalsimon, aylana shakldan boshqa to'g'ri keladigan bir shakl (uch, to'rt, besh, olti, ko'p burchakli, rombsimon va boshq.) berish kerakki, qo'yiladigan plomba ushlanib turishi va tish o'z vazifasini bajara olishi ta'minlansin. Lekin kovakning tubi hamma vaqt kariyesda pulpa ochilib qolishi extimoli bo'lganda, bo'shliq tubi biroz notekis bo'lsa ham bo'ladi. IV, V klassdagi kovaklarda, bo'shliq tubini chuqurlashtirish ham pulpani ochilib qolishiga sabab bo'ladi. Shunday qilib, kariyes elementlardan iborat bo'lishi kerak:



- 1) devorlar;
- 2) yoqlar;
- 3) tubi;
- 4) burchaklar.

Devorlar  $90^\circ$  ostida, silliq (karborund boshchalar – olmos borlar yordamida) yonlar ham tekis, silliq, tubi-tekis yoki biroz notekis, burchaklar – o'tkir,  $90^\circ$  li bo'lishi maqsadga muvofiqdir.

Kariyes kasalligini patologik davolash.

Patogenetik davolash maxalliy va umumiy davolash qismlaridan iborat. Maxalliy patogenetik davolashda tish emaliga va kariyes kovagining tubi orqali pulpa to'qimasiga bevosita yoki bilvosita ta'sir etiladi.

Nooperativ-operatsiyasiz davolash hozirgi paytda faqat boshlang'ich kariyes yoki dog' shaklidagi kariyesni davolashda qo'llanishini, bunda remineralizasiya bilan davolashda qo'llanishini yuqorida aytdik. Bunda remineralizasiyasi bilan davolash – renterapiya qo'llanadi. Renterapiya quyidagilarga asoslangan:

1. Boshlang'ich kariyesdagi dog' olib tashlansa, uning o'rmini tiklash, tish tarkibining asosi xisoblangan gidrooksiapatit xisobidan bo'lishi aniqlangan, ya'ni tish qattiq to'qimalari qaytadan tiklanishi mumkin, bo'lmasada, to'qima chidamliligiga renterapiyadan keyin oshadi. Qisman yo'qolgan Sa va R ionlari so'lakdan diffuziya yo'li bilan tish to'qimalariga o'tishi natijasida ularda tiklanish ro'y beradi. Tishlarga surilgan Sa va R ionlaridan hosil bo'lgan yangi gidrooksiapatit kristallar paydo bo'lishi remineralizasiya – qayta minerallanish deyiladi. Bu hol, faqat tish ustidan oqsil pardasi saqlanganda bo'lishi mumkin.

Hozirgi zamonda renterapiya o'tkazish uchun bir necha dori-darmon vositalari qo'llanadi. Ularning tarkibida kalsiy, fosfor, fluor ionlari bo'lib, ular tish to'qimasidan kamaygan yoki butunlay yo'qolgan minerallar o'rmini egallab, qaytadan minerallashtira oladi – renterapiya vositasini o'tay oladi. Bunday preparatlarda 10% li glukonat kalsiy, 1–3% li remodent eritmali bor. Quruq remodent tarkibida 4,35% kalsiy, 0,15% magniy, 0,2% kaliy, 16% natriy, 30% xlor, 44,5% organik moddalar va boshqa moddalar bor. Remodent oq kukun shaklida chiqariladi, undan 1–3% li eritmalar tayyorlanadi. Emal to'qimasi ektodermal kelib chiqadigan to'qimalardan biri bo'lib, u oxaklanadi, unda qon tomir va asab tolalari hujayralar bo'lmaydi.

Tish chiqquncha emal hosil bo'ladi va oxaklanadi. Shuning uchun, emal hayot davomida o'smaydi. Har xil sabablar zaminida emalda bo'ladigan turli gipoplaziya o'zgarishlari hayot davomida o'zgarib qoladi, shundayligicha qoladi. Emal o'z reseptorlari – sezgichlariga ega emas. Emaldagi turli mexanik kimyoviy va xarorat ta'sirotlardan kelib chiqadigan sezgilar, og'riqlar pulpa reseptorlari orqali yuzaga keladi. Emaldan pulpaga keladigan reaksiyalar va tish to'qimasi ichidagi suyuqlik xarakatining o'zgarishi gidravlik xususiyatga ham bog'liqdir.

Emal qayta tiklanmaydi – unda regeneratsiya xususiyati yo'q. Shuning uchun emaldagi mexanik shikastlanishlar tiklanmaydi, bitmaydi.

E.V.Borovskiy, V.K.Leontev emaldagi oq kariyes dog'larning o'z-o'zidan yo'qolishi yoki ularning remineralizatsiya chaqiradigan davolash usullari oqibatida yo'qoladigan kariyes dog'larini regeneratsiya – qayta tiklanish bilan emas, balki emalga kalsiy, fosfor va boshqa mineral komponentlarining o'tishi, kirishi bilan tushintirish to'g'riligini ta'kidlaydilar.

Klinikada shunday hollar uchraydiki, tishda paydo bo'ladigan pigmentlar dog'lar uzoq muddat davomida kariyes kasalligiga o'tmaydi. Buning sababi ham mineralizatsiya bilan birga organik moddalarni to'qimaga kirayotganidandir. Organik moddalar esa so'lak tarkibidan kiradi.

2. Emalga so'lakdan tushadigan-o'tadigan kalsiy, fosfor, fosfatlar, ftoridlar va boshqa minerallar, unda gidrooksiapatit kristallarini hosil qiladi.

3. Deminerilizatsiya va reminerilizatsiya jarayonlarining o'zaro mutanosibligi tish to'qimalari gomeostazining muvozanatini saqlab turadi.

4. Ftor emal tuzilmasi tiklanishini va unga kalsiy fosfatini oksiapatit shaklda cho'kishini tezlatadi.

Umuman olganda, emal tarkibida 1,5% organik moddalar, shu jumladan 0,5% oqsil mavjud, qolgan moddasi mineral tuzlardan iborat bo'lgani uchun ham u juda qattiq bo'lib tish to'qimalarini ximoyalab turadi.

Reminerilizatsiya turli usullarda o'tkaziladi.

1) applikatsiya – shimdirish usulida 10% li glyukonat kalsiy, 2% li natriy ftor, remodent eritmalari 4–6 qavat doka – marli yoki paxtaga shimdirilib jarohatlangan, kasallangan tishlar ustiga 10–20 daqiqa davomida qo'yiladi;

2) ftor pastasi surtiladi;

3) og'iz bo'shlig'i 1% li natriy ftor eritmasi bilan chayiladi;

4) tishlar ftorlak bilan yopiladi;

5) Gellar yotqiziladi, qo'yiladi:

a) V.G. Mentev 1% li ftorning 3% li agarga qo'shilgan gelini issiq holda qo'llashni taklif etgan,

b) V.K. Leontev, Sunsovlar kalsiy fosfatli, 6,5–7,5 mN li gel qo'llashni taklif etishgan.

c) L.I. Pilichenko 5% li gliserofosfat kalsiy va 2% li ftoridni fosfatsementga aralashgan gelini qo'llashni taklif etgan.

Boshlang'ich kariyes kasalligidan tashqari chuqur kariyes, xususan o'tkir kariyesda ham maxalliy patogenetik davolash tadbiri sifatida, kovak tubidan yumshagan dentin to'qimasida qayta tiklanish – rekalsifikatsiya va odontogenez jarayonlarini jonlantirish maqsadida gidrooksis kalsiy,

kalmetsin, kalsikur kabilarni qo'llash ham yaxshi natijalar berishi ma'lum. Shu maqsadlarda, o'tkir chuqur kariyes kovagi tubiga sink evgenol, timol-dentin pastalari ham qo'llanadi.

Umumiy patogenetik davolash.

O'tkir kariyes kasalligi ko'pincha ma'lum sabablar oqibatida (bemor organizmida modda almashinuv jarayonlarini xaddan tashqari buzilishi, immun tizimi ishi buzilganda – uzoq davomli surunkali xastaliklar – sil, oshqozon-ichak, yurak qon-tomir va boshqa tizim kasalliklari) bolalarda va katta yoshdagi odamlarda uchrashi mumkin. Bunday bemorlarda, odatdagidek, davolash usullari qoniqarsiz bo'ladi yoki uncha foydali bo'lmaydi.

Shuning uchun, bu tur bemorlarni davolashda organizmning tashqi salbiy ta'sirotlarga qarshi kurashish qobiliyatini va immun tizimi ishini yaxshilash maqsadida turli dorilar qo'llanadi:

a) har kuni 2 marta (20 kun davomida) 0,2 g nukleinat natriy ichish tavsia etiladi;

b) boshlang'ich kariyesni operatsiyasiz davolashda erogat kaliy preparatini 0,5 g dan kuniga 3 martadan, pentoksilni 0,2 g dan kuniga 3 martadan 15 kun davomida bemorga ichqizish;

c) markaziy asab tizimiga ta'sir etish uchun jenshen, eleuterokokk va gormonal preparatlar – nerobol, nerobolil, retabolil kabilar, vitaminlardan S, V<sub>1</sub>, V<sub>6</sub>, askorbin kislotasi (0,1–0,2 g) piridoksin (0,05–0,1 g har kuni 3 martadan) kabilar qo'llash;

d) har kuni 3 martadan 0,5 g gliserofosfat kalsiy tuzlari, V<sub>1</sub>, V<sub>6</sub> (4–6 mg dan) ni 12–18 oy mobaynida qo'llash;

e) qish oylarida 0,5 biodoza ultrabinafsha nurlari bilan kasallangan tish yuzalariga ta'sir (10–20 marta) etish kabilar.

Shuni ta'kidlash zarurki, davolash usullari va qo'llanadigan dori-darmonlar bemor ahvoli va uning organizmi xususiyatlariga mos, to'g'ri kelishi hamda davolash jarayoni shifokor nazorati ostida olib borilishi shart.

## **HAR XIL BOSQICHDAGI KARIYES KASALLIGINI DAVOLASHDA SHIFOKORNING TUTADIGAN YO'LI (TAKTIKASI)**

Kariyes kasalligini davolashda tanlanadigan usullar, kariyes kasalligini kechishi, kasallik darajasi, kovakning katta-kichikligi, uning joylashgan joyi, qaysi tishdaligi va organizmning umumiy ahvoriga bog'liq bo'ladi.

Boshlang'ich kariyesda operatsiyasiz davolash usullarini yuqorida bayon etdik.

Agar kariyes kovagi hosil bo'lgan bo'lsa – yuzaki kariyesdan boshlab chuqurlashgan chuqur kariyesgacha bo'lgan holatlarda faqat operativ usullar qo'llashga to'g'ri keladi.

Leकिन ba'zi odamlarda, xususan bolalarda kariyes kasalligiga "moil" bo'lgan kishilarda (ko'p tishlarda kariyes kasalligi bo'lgan bo'lsa va klinik-laboratoriya usullari natijalari ularda organizmning ojizlanganligini ko'rsatsa) kariyes kasalligini oldini olish maqsadida individual tutunda operativ davolash bilan birga dori-damonlar qabul qilish tavsiya etiladi. 14–15 yoshgacha bo'lgan bolalarda, xususan sut tishlarida ba'zida gullayotgan, gullagan kariyes kasalligi yoki tizimli kariyes kasalligi uchraydi. Bunda klinik tekshiruvda shifokor bir necha guruh tishlarda yoki barcha tishlarda bir vaqtning o'zida turli chuqurlik, og'riqlikdagi kariyes dog'lari va kovaklari paydo bo'lganligini ko'radi. Bunday hol yuqorida aytganimizdek, ko'pincha ichki a'zo va tizim kasalliklari bilan og'rikan yoki og'riyotgan bemor bolalarda uchrashi aniqlangan. Bunday paytlarda maxalliy va umumiy nooperativ, operativ patogenetik, etiopatogenetik davolash usullarini qo'shib olib borilishi, organizmdagi bor umumiy kasalliklarni ham o'sha soha shifokor-mutaxassislari bilan birga olib borilishi shart.

Ba'zida surunkali yuzaki kariyesni davolash remterapiya yordamida (ftorli pastalar bilan tish yuzasini ug'alash, ishg'alashdan keyin ftorlak bilan qoplash) o'tkaziladi. Ammo, surunkali yuzaki kariyes kasalligi tishlarning aproksimal – bir-biriga tegib turgan yuzalarida bo'ladigan bo'lsa, unda operativ usul qo'llash kerak bo'ladi.

O'tkir yuzaki kariyesni operativ-tiklash va remterapiya usullari bilan davolanadi. Agar kariyes o'tkir, jadallashgan holda kechsa, patogenetik davolash usullari qo'shiladi.

Umuman o'tkir yoki o'tkirlashgan, jadallashgan kariyes bo'ladigan bo'lsa, operativ davolash usullari patogenetik – remterapiya usuli bilan birga olib boriladi.

O'rta kariyesni davolash operativ-tiklash usulida o'tkaziladi.

Chuqur yoki chuqurlashgan kariyesda operativ usul qo'llanadi va pulpaga ta'sir etuvchi dorilar ishlatilgach, doimiy plomba qo'yiladi.

Yuqorida aytganimizdek, barcha stomatologik muolajalar, jumladan, eng ko'p tarqalgan stomatologik kasallik xisoblangan kariyes kasalligini davolash ham og'riqsiz, bemorni qiynamasdan o'tkazilishi kerak. Bu ishni bajarish shifokordan ancha mahorat talab etadi, chunki har bir bemorga individual tarzda muolaja qilish, uning fe'li, asab tizimi va organizmining ahvoriga qarab og'riqsizlantirish usullaridan birini yoki ikkisini tanlab olishga to'g'ri keladi. Shuni ta'kidlash zarurki, ba'zi kishilarga yaxshi gap, tushuntirish, shirin so'z davolash uchun kifoya etsa, ba'zi odamlarga umumiy og'riqsizlantirish – narkoz qo'llashga to'g'ri keladi.

Kariyes kovagini charxlash pulpasi tirik tishlarda turli darajadagi og'riq bilan kechadi.

Shuning uchun, charxlash jarayonida shimdirish – applikatsiya usuli qo'llash ancha og'riqni pasaytiradi. Bu maqsadlarda dikain, 10% li

lidokain, trimekain kabi og'riqsizlantiradigan dorilar charxlash jarayonida bir necha bor kovakka shimdiriladi, ya'ni shimdirilgach ma'lum bir qavat to'qima olingach, yana applikasiya qilinadi va qavatma-qavat olinishda to'qimalar bir necha bor og'riqsizlantiriladi. Agar bu usul yordam bermasa, in'eksion usulda, mandibulyar yoki infiltrasion usulda 2% li lidokain yoki novokain, 1% li ultrakain va boshqa anestetik ukol qilish bilan yuboriladi. Odatda bu usul kariyes kasalligini og'riqsiz davolashni ta'minlaydi.

O'rta kariyesni davolashda odatdagidek, ishlov berilgan kovakka taglik emal-dentin chegarasigacha qo'yilib, kovakni emal qavatiga to'g'ri keladigan qismi doimiy plomba bilan to'ldiriladi. Chuqur va xususan, chuqurlashgan chuqur kariyesda esa, yuqorida ta'kidlangandek, doimiy plombagacha davolovchi pasta qo'yilgan, taglik va doimiy plomba qo'yiladi. Chunki chuqur kariyesda pulpa bilan kovak tubi o'rtasida yupqa bo'lsada, sog'lom dentin qavatini qoladi va bu qavatni qalinlashtirish maqsadida ikkilamchi dentin hosil bo'lishini tezlashtiradigan dorilar (evgenol-timol, timol-dentin, kalmetsin va boshq.) qo'llashga to'g'ri keladi. Chuqurlashgan chuqur kariyes aksar mualliflar tomonidan tan olinmasdan, aloxida kasallik tashhisi sifatida ajratilmasada, klinikada uchrab turadi. Bu kasallikda pulpa bilan kariyes kovagi orasidagi dentin qavatini nihoyatda yupqa va u ko'pincha kariyesga uchragan, lekin xali pulpit kasalligining belgilari yo'q. Shuning uchun, bu kasallikni davolashda ham ehtiyotkorlik bilan ishlash va ikkilamchi dentin qavatini hosil qildirish zarur. Ana shundan keyin odatdagidek kariyes kovagi plombalanadi.

Demak, kariyes kasalligini davolashning eng muhim maqsadi, jihati – bu yo'qolgan, o'lgan chirindi hosil bo'lgan tish to'qimalaridan kovakni tozalab, zararlantirib va shakllantirilib, plomba yordamida tishning anatomik shaklini va fiziologik vazifasini tiklashdan iborat.

## **KARIYES KASALLIGINI OLDINI OLISH CHORA-TADBIRLARI (PROFILAKTIKA)**

Kariyes kasalligini oldini olish chora-tadbirlari – profilaktikasi uchun tuzilgan maxsus dasturlar, birinchi navbatda, homilador ayollar va ulardan tug'iladigan bolalar sog'lig'ini muxofaza qilishga qaratilishi lozim. Chunki kariyes kasalligini chaqiruvchi omillar bola tug'ilishidan ancha oldin ona va bola organizmiga o'z salbiy ta'sirini ko'rsatishi mumkin.

Sut tishlar o'zagining hosil bo'lishi homiladorlikning 7-haftasidan boshlanadi. Homilaning 5-oyida birinchi oziq tishlar kurtagi hosil bo'ladi, 8-oyda esa doimiy kesuvchi va uzuvchi tishlarning kurtaklari hosil bo'ladi. Bola tug'ilguncha barcha sut tishlarining o'zaklari hosil bo'la boshlaydi.

Ma'lumki, homiladorlikning 9 oyi mobaynida bo'lajak onaning tanasida, organizmida kechadigan turli asabiylik, spirtli ichimliklar, giyohvandlik, chekish kabi holatlar homila salomatligiga salbiy ta'sir etadi. Salbiy holatlar yuz-jag' sohasida yuz tuzilishiga qatnashuvchi suyaklar shaklini o'zgarishi, tish o'zaklarini o'lishi yoki zararlanishi, lablar va tanglay suyaklarining kemtiklari, tishlarning mo'rt, kariyes kasalligiga chalinuvchi bo'lishi, tug'ilgan bola organizmining kuchsizlanishi kabilarga sabab bo'lishi mumkin.

O.A. Prokusheva keltirgan ma'lumotlar 3 yoshdagi bolalar tishlarini tekshirish natijalariga bag'ishlangan bo'lib, homiladorlik tinch, osoyishta, me'yorda kechgan sog'lom onalardan tug'ilgan bolalarning 3% da tish kariyes kasalligi bilan kechganda onalardan tug'ilgan bolalarning deyarli yamısında (43%) kariyes kasalligi borligi aniqlangan.

Yaxshi va to'g'ri ovqatlanish ham kariyes kasalligini oldini olish omillaridan biri xisoblanadi. Homilador ayolning kunlik ovqati mineral tuzlarga, vitaminlarga, oqsillarga, yog'larga va karbonuvlarga boy bo'lib, har kuni 4 mahal (4-4,5 soatda bir marta) bo'lishi talab etiladi. Bunda, kalsiy va fosfor (4:5 dan 1:1,5 nisbatda), magniy va kalsiy (1:3 yoki 1:2) ftor va kalsiy (1:1000) elementlari muvofiqlashgan bo'lishi kerak.

Buning uchun aminokislotalar (arginin, lizin, alanin, glisin, krolin, tirozin)ga boy bo'lgan hayvonot oqsillari mol go'shtida, quyon, tovuq, kurka va boshqa go'shtlarda mavjud bo'lgani uchun, ularni iste'mol qilish foydalidir. O'simlik mahsulotlaridan lavlagi ham foydali xisoblanadi.

Kundalik ovqat tarkibiga, masalan, go'sht yoki baliq bilan kalsiyga boy bo'lgan kartoshka, karam, grechka, arpa, loviya kabilar kiritilsa maqsadga muvofiq bo'ladi. Sut va sut mahsulotlarida ham kalsiy elementi ancha ko'p. 1 l sutda 1,2 g kalsiy, 100 g suzmada esa 0,9 g kalsiy moddasi bor. Kalsiyning ma'lum miqdori organizmga suv bilan kiradi. Shuning uchun ftor va kalsiy hamda boshqa mineral moddalar har bir hududda alohida xisoblanib chiqilishi shart.

O'zbekiston Respublikasi hududida ichimlik suvdagi ftor ionlarining o'rtacha yillik miqdori 0,4 mg/l ni (sharqiy zonada – 0,28, markaziy zonada – 0,42, shimoliy-sharqiy zonada – 0,51 mg/l) tashkil etadi. Bu juda kam miqdor xisoblanadi. Chunki me'yorda 0,8-1,2 mg/l ftor miqdori bo'lishi kerak. Shuning uchun ham, 6 yoshli bolalarning sut tishlarida kariyes kasalligining tarqalish darajasi O'zbekistonda 80,86% (sharqiy zonada – 73,89%, markaziy zonada – 85%, shimoliy-sharqiy zonada – 85,71) ni tashkil etadi. 12 yoshli bolalarda kariyes kasalligini umumiy tarqalganlik darajasi 68,04% ni, 15 yoshli bolalarda – 75,75% ni tashkil etadi.

Ftorning profilaktik foydasi – emalning kislotalarga bo'lgan qarshilik kuchini oshiradi. Demak, O'zbekiston davlati xududida xomilador ayollarga har kuni 2 tabletkadan ftorid natriy qabul qilish tavsiya etiladi.

Tabletka og'izda maydalanadi, 1–2 daqiqa ushlab turiladi va ustidan suv ichib, yutiladi. Bu bo'lajak ona tishlarini va homila tishlarini kariyes kasalligidan ximoya etadi. Toksikoz bilan kechadigan homiladorlikda bu miqdor 2 ga ko'paytiriladi. Agar suvda ftor miqdori me'yorda bo'lsa ham, 1 tabletkadan kuniga 1 marta ftorid natriy qabul qilinadigan bo'lsa, ular orasidagi muddat 3 soat bo'lishi kerak, birga qabul qilinmaydi.

Shuni ta'kidlash zarurki, xususan O'zbekistonda va Markaziy Osiyo davlatlarida, odamlar ko'p miqdorda choy ichishadi. Choy, xususan ko'k choy tarkibida ftor moddasi bor. 2–3 piyola choy tarkibida 1–1,5 mg ftorid natriy bor ekan. Shuningdek, mineral suvlar, baliq mahsulotlari – skumbriya, sardina, dengiz okuni, mevalar – o'rik, sabzi, kashnich kabilar tarkibida ham ftorid natriy ma'lum miqdorlarda bor. Suv tarkibidagi ftorid miqdorini sun'iy apparatlar – "Ftorator" lar yordamida muvofiqlashtirish, davlat miqiyosida olib borilishi mumkin. Lekin bu juda qimmat, ko'p pul sarflashni talab etadi.

Ftor miqdorini organizmga tushish jarayonini ftorid tuz, sut va boshqa ovqatliklarga ftor tuzini qo'shish bilan ham muvofiqlashtirish mumkin.

Yuqorida ta'kidlanganidek, sun'iy yo'l bilan organizmga ftor preparatlarini kiritishda, uning og'iz bo'shlig'ida ushlab turish katta ahamiyatga ega. Vitafor preparati (uning 1 ml da 0,1 mg ftor, 660 ME A vitamini, 80 ME D2 va 12 mg S vitaminlari bor) ftorid natriy tabletkalaridan yaxshiroq foyda berishi kuzatilgan.

Vitafor preparati yoki ftorid natriy tabletkalari 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda 180 kun davomida, ayniqsa qish, bahor va yoz oylarida qabul qilinishi kariyes kasalligiga chalinishni oldini olishi aniqlangan. Bu preparatlar zararlangan tish yuzalariga applikasiya – shimdirish yo'li yoki og'izni ftorli suyuqliklar bilan chayish, tarkibida ftoridlar bo'lgan tish pastalari bilan tishlarni tozalash, tishlarni ftorli laklar bilan berkitish, yopish kabi muolajalar natijasida emal o'rqli maqsadga muvofiq yaxshi ta'sir etadi.

Masalan, ftorid natriyning 0,2% li eritmasi bilan 3–4 yil davomida tishlar chayilsa, kariyes kasalligining shiddati 53,8% ga, tarqalishi 20,7% ga, tishlar KPU si bo'yicha kasallikni o'sishi 36,5% ga kamayishi mumkin ekan.

Umuman olganda, kariyes kasalligiga qarshi kurash-profilaktika chora-tadbirlari bir necha asosiy prinsip-tutumlardan iborat:

1. Davlat tomonidan bajariladigan ishlar.

Bu ishlarga avvalo, aholini me'yorga javob beradigan toza ichimlik suvi bilan ta'minlash kiradi. Kerak bo'lganda, suvni ftorlash yoki bir necha suv manbalari – daryolar, kanallarni bir-biriga ulab, ftor miqdorini me'yorga, ekologik masalalar kabi katta mablag' talab etadigan ishlarni amalga oshirish zarur.

2. Ijtimoiy ishlar.

Aholining ijtimoiy – turmush va yaxshi sharoitlari, oilaviy daromad miqdori, imkoniyatlari, ma'rifiy va ma'naviy darajalari barcha kasalliklar,

jumladan, kariyes kasalligini rivojlanishida va uni oldini olish chora-tadbirlarini joriy etishda muhim ahamiyatga egadir.

### *3. Tibbiyot xodimlari bajaradigan ishlar.*

Shifokor-stomatolog ginekolog bilan birga ayollar maslahatxonasida homilador ayollarni ko'rikdan o'tkazib, ulardagi kasalliklarni aniqlashlari va davolash chora-tadbirlarini ko'rishlari zarur. Kerak bo'lganda, bu ishga pediatr, terapevt va boshqa mutaxassisdagi shifokorlar jalb etiladi. Har bir homilador ayol bilan yakkama-yakka suhbat o'tkazib, unda kasalliklar oldini olish chora-tadbirlariga oid maslahatlar berish, sog'liqni ximoyalash qoidalarini o'rgatish (masalan, tishlarni tozalash tartiblari, badantarbiya va boshq.), to'g'ri va ratsional ovqatlanish, umumiy va shaxsiy tozalik qoidalariga rioya etish va umuman sog'lom turmush tarzini tashkil etish kabilarni tushuntirish, o'rgatish kerak.

Undan tashqari, tibbiyot xodimlari tomonidan chop etilgan turli tibbiyot sohaslariga taalluqli kitobcha va jadvallar, ko'rgazmali tasviriy rasmlar, gazeta va jurnallarga bosilgan ommabop maqolalar, radio va televideniye orqali o'tkaziladigan suhbatlar xalq ommasiga tibbiyot bilimlarini targ'ib etishda, aholini sog'liqni saqlash madaniyatini o'stirish, takomillashtirishda va natijada juda ko'p kasalliklar, jumladan stomatologiya sohasidagi kasalliklarni ham oldini olishda muhim o'rin tutadi.

Ayniqsa, bolalar va o'smirlar (yasli, bog'cha, maktab, kollej) orasida shifokor-stomatologning tarbiyachi va o'qituvchilar hamkorligida olib borilgan, tibbiyotga oid suhbatlari yaxshi natijalar beradi. Bu suhbatlarda turli ko'rgazmali rasmlar, jadvallar, slaydlar, plakatlar, ilmiy ommabop kinofilmlar namoyish etish ular salohiyatini yanada oshiradi.

### *4. Tozalikka rioya etish bilan bog'liq ishlar.*

Tozalikka bog'liq ishlarni tashkil etish chora-tadbirlariga atrof-muxitni toza tutish, yashaydigan uyimiz, ish joylarini, yonimizdan oqadigan kanallar, ariqlar suvlarini toza tutishni, shaxsiy tozalik qoidalariga rioya etish va bular natijasida sog'lom turmush tarzini tashkil etish kabilarni kiradi.

Katta mablag' talab etadigan ishlarni, masalan O'zbekistonda Orol dengizi muammosini davlat bajarsa, qolgan barcha tozalik ishlarini aholining o'zi bajarishi kerak.

### *5. Tarbiyaviy ishlar.*

Bolalar va kattalar orasida eng ko'p tarqalgan kariyes kasalligini oldini olishda, insonlarda sog'liqni ximoya etish tuyg'ularini tarbiyalab borish zarur. Bunda turmush sharoiti, oila muxiti katta rol o'ynaydi. Bolalarni tarbiyalash, ularga sanitariya va tozalik qoidalarini o'rgatishda ota-onalar o'mak bo'lishlari kerak. Tarbiyaviy ishlarni tashkil etish ota-onalar, tarbiyachilar, o'qituvchilar va shifokorlarning zimmasida turadi.

Umuman aytganda, ona-bola sog'lig'ini muhofaza etish, atrof-muxitni qo'riqlash, uni tozaligi uchun kurashish, bola tug'ilmasdan oldin



bo'lajak ona va tug'ilajak bola sog'lig'ini ta'minlaydigan omillarni qo'llash, sog'lom tumush tarzini joriy etish kabi davlat, tibbiyot, pedagog va tarbiyachilar bajaradigan ish ko'lamlari juda ko'p kasalliklar, jumladan, kariyes kasalligini ham oldini olishdek, yuksak insonparvarlik vazifalarini bajarishga xizmat etadi.

#### **MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLARI**

1. Kariyes kasalligini davolash usullari haqida nimalarni bilasiz?
2. Operativ yoki kooperativ usullar deganda nimani tushunasiz?
3. Kariyes kasalligini (kovaklarini) tish yuzalarida joylashganligiga qarab necha turga bo'linadi?
4. Kariyes kovagida ishlov berganda qaysi muolajalar og'riqsiz va qaysilari og'riqli bo'ladi?
5. Davolashdan oldin bemorlarni tinchlantirish uchun nimalar qo'llanishi kerak?
6. Kariyes kovagiga ishlov berish bosqichlari.
7. Remineralizatsiya nima?
8. Emal to'qimasi regeneratsiya xususiyatiga egami?
9. Remineralizatsiya (remterapiya) uchun qaysi dori-darmonlarni, usullarni bilasiz?
10. Umumiy patogenetik davolash nimalardan ibora va qaysi maqsadni ko'zlaydi?
11. Xar xil bosqichdagi kariyesni davolashda shifokorning taktikasi.
12. Kariyes kovaklarini plombalash tutum (prinsip) lari nimalardan iborat?
13. Vitaftor va ftor tabletkalari nima uchun qo'llanadi?

## VI bob

### TISH PULPASI VA UNING YALLIG'LANISHI

#### Tish pulpasini anotomik, gistologik tuzilishi va fiziologiya (vazifa) si

Tish pulpasi (pulpa dentis) tish bo'shlig'i (cavum dentis) da joylashadi va toj, handa ildiz qismlarga bo'linadi. Toj qismi tish bo'shlig'ining toj qismida (cavum coronare), ildiz qismi esa ildiz kanali (canalis radialis dentis) da joylashadi.

Ko'p ildizli tishlarda toj va ildiz pulpalar orasida yaxshi rivojlangan anotomik chegara bo'lib, ular kanallarga kirish joylari xisoblanadi. Bir ildizli tishlarda esa pulpaning toj qismi aniq chegarasiz ildiz pulpasiga o'tadi. Bu holat tishlar shakli, turiga qarab, amputatsion davolash usullarida axamiyat kasb etadi.

Ildiz uchidagi teshik (foramen apicale) pulpa bilan periodont orasidagi chegara bo'lib xisoblanadi. Tishlar chiqqanda bu teshik fiziologik holatda bo'ladi. Hayot davomida osteosementlar to'planishi tufayli, bu teshik qisqarishi mumkin. Odatda, ildiz uchidagi teshik ildiz uchki qismi konusining yonida, uchki qismdan 1–2 mm masofada joylashadi. Ildiz kanalining uchki qismlari bir necha yon-deltasimon kanalchalarga bo'linadi. G. Fisher ma'lumotlari bo'yicha, yon-deltasimon kanalchalar kesuvchi tishlarda 53%, kichik oziq tishlarda (premyar) 35% va katta oziq tishlar (molyar) da 80% gacha uchraydi.

Pulpaning toj qismi bo'shliq devorlardagi chuqurchalarga kirib bo'shliq shaklini oladi. Ildiz qismidagi pulpa tish ildizi uchki qismlarida va yon (deltasimon) kanalchalarga ham kiradi. Shuning uchun, ildiz pulpasi ancha murakkab anotomik tuzilishga ega. Faqat 1/3 tishlar ildiz uchida qo'shimcha, yon kanalchalari bo'lmaydi, 1/2 ildizlarda bitadan, qolganlarida esa bir nechtadan yon kanalchalar bo'lishi mumkin.

**Tish pulpasining gistologik tuzilishi.** Tish pulpasi yumshoq qo'shuvchi to'qima bo'lib, u asosiy (hujayralararo) modda, hujayralar va tolali elementlar, ularga kirgan tomirlar va asab tolalaridan iborat.

Pulpaning asosiy moddasi asosan mukoprotein, glikoprotein va mukopoliskaridlardan tuzilgan. Barcha modda almashish jarayonlari asosiy modda orqali kechadi. Qon tomirlaridan hujayralarga o'tadigan metabolitlar asosiy moddada eriydi, parchalanadi. Xuddi shunday hujayralardan qon tomirlarga o'tadigan narsalar, moddalar asosiy modda

orqali o'tadi. Asosiy modda dinamik (xarakter) polimerizatsiya – depolimerizatsiya holatda turadi. Polimerizatsiya darajasi odam yoshiga, xarakatining faolligiga, kasallik holatlarga bog'liq.

Agar asosiy modda yallig'lansa, proteolitik fermentlar ta'sirida depolimerizatsiya yuzaga keladi. Polimerizatsiya ancha rivojlangan bo'lsa, pulpa to'qimasi yumshaydi va yopishqoq holatga aylanadi. Pulpaning hayotlilikigi, yashashi asosiy moddaga bog'liq. Pulpa tolalarining asosiylari kollagen va reikulin tolalaridan iborat. Elastik tolalar pulpada topilmagan. Tolalarning joylashishi pulpada ikki xil – tarqoq (diffuz) va tutamli bo'ladi. Tutamli turida fibrill tolalar asab tolalariga yonma-yon, parallel tarzda yotadi yoki qon tomirlariga yoqalab joylashadi.

Yosh odamlarning tish pulpasida kollagen fibrillar ozroq, ular yoshi o'tgan sayin ko'paya boradilar. Odam yoshidan qat'iy nazar, ildiz pulpasida toj pulpaga nisbatan tolalar ko'proq bo'ladi.

**Pulpa hujayralari.** Ko'pchilik tadqiqotchilar pulpada hujayralar 3 qavat bo'lib joylashganligini e'tirof etadilar: chetki (odontoblast qavati), yuza osti (subodontoblast qavati) va markaziy qavatlar.

Pulpaning chetki qavati bu to'qima uchun xos hujayralar – odontoblastlar 2-4 qator bo'lib joylashganlar. Hujayralar bir-biriga zich holda joylashib, desmasonga o'xshash tuzilmalar – o'zlaridan chiqaradigan mayda o'simtalar orqali o'zaro bog'lanadilar. Ular noksimon shaklda. Bir joyning o'zida turli ko'rinishda bo'lishlari mumkin. Yaxshi, to'liq shakllanmagan, yosh va to'liq etilgan va shakllangan odontoblastlar bir joyning o'zida uchrashi mumkin.

Har bir odontoblast hujayrasida tana va ikkita (biri uzun, 1-2 tasi kalta) o'simta bor. Uzun, chetki o'simta predentin va dentinda yotadi – dentin kanallarining ichi bo'ylab emal-dentin bog'lanadigan chegaragacha boradi. Kichik, markaziy o'simta faqat pulpada joylashadi. Odontoblast sitoplazmasining bazal joyida tashqi va ichki membranali parda bilan chegaralanmagan yadro joylashgan. Yosh hujayralarning sitoplazmasida yadro ovalsimon shaklda va tekis qirrali bo'ladi. Yetilgan odontoblast hujayrasi cho'zinchoq bo'lgani uchun, uning yadrosi noto'g'ri shaklli bo'ladi. Odontoblastlar sitoplazmasi hujayra organoidlarga boy, donador endoplazmatik tur yaxshi rivojlangan, ribosoma, polisoma va mitoxondriyalar ko'p. Odontoblastlar vazifalaridan biri bo'lib – asosiy modda va kollagen fibrillarini hosil qilish xisoblanadi.

Pulpaning subodontoblast qavati ko'p sonli yulduzsimon pulpositlardan tuzilgan. Bu hujayralar ko'p o'simtalariga ega. Hujayralar o'zaro va pastki odontoblastlar bilan desmosomlar orqali bog'lanadilar. Yadrosi cho'zinchoq va hujayraning ancha qismini egallaydi, hamda uning atrofidagi xromatin zichlashgan. Hujayra tarkibiga kiradigan organoid va boshqalar hujayra sitoplazmasining markazida joylashadi.

Pulpaning markaziy qavatida fibroblastlar, gistiositlar, plazmatik hujayralar, limfositlar va monositlar joylashgan.

Fibroblastlar pulpada juda ko'p, ularning satxlari (razmer) 9 dan 15 mkm gacha, o'simtalarning uzunligi bir necha mikrometrdan iborat. Hujayralarning chetki qismlari sitolemma bilan chegaralangan, yadrolari ovalsimon va cho'zinchoq shakllarda bo'lib, sitoplazmaning ancha joyini egallab turadi. Sitoplazmada mitoxondriyalar, ribosomalar va fibrillar ko'p. Fibroblastlarning asosiy vazifasi – asosiy moddani hosil qilishdir.

Gistiosit (turib qolgan, turg'un makrofagositlar) lar noto'g'ri shaklli hujayralardir. Ular yaxshi yetishmagan, ularda endoplazmatik turlar va plastinkali majmualar yaxshi rivojlanmagan. Pulpada modda almashinuv jarayoni buzilganda, bu hujayralar faollashib, xaqqoniy makrofagositlarga xos xislatlarga ega bo'lib, bakteriya va yot moddalarga qarshi kura-shadigan bo'ladi.

Plazmositlar ovalsimon yoki aylanasimon shaklda, satxlari 10 dan 25 mkm gacha. Yadrolarining shakli ham aylana yoki ovalsimon bo'lib, ularda juda ko'p xromatinlar bor. Hujayra sitoplazmasida yaxshi takomillashgan endoplazmatik to'r joylashgan. Bu hujayralar globulin va antitelalami sintezlash vazifasini bajaradilar.

Ikki qirrali membrana bilan o'ralgan aylana yoki ovalsimon neyetrofilli va bazofilli granulositlar yadrolari segmentlangan, ularning sitoplazmalarida neyetrofilli yoki bazofillik dona (granula) chalar mavjud. Donachalar tarkibida gidrolitik fermentlar – DNKaza, RNKaza, nordon, fosfataza, peroksidaza va boshqalar borligi aniqlangan. Granulosit sitoplazmasida mitoxondriyalar, erkin ribosomalar, Goldji kompleksi va endoplazmatik to'r bor. Hujayralar ximoya vazifasini bajaradilar.

Limfositlar ovalsimon shaklda, yadrosi katta va unda turli miqdorda xromatin to'plangan. Hujayra sitoplazmasida mitoxondriyalar, ribosomalar, Goldji kompleksi elementlari va endoplazmatik to'r bo'lib, shuningdek lizosomalar va pinositozli pufakchalar ham bor.

Advensial hujayralar tomirlar yo'nalishi bo'ylab joylashgan. Bu hujayralar gistiosit va fibroblastlarga o'tishlari mumkin.

**Semiz** hujayralar pulpada topilmagan.

**Pulpaning qon bilan ta'minlanishi.** Pulpa to'qimasi extiyojlariga yarasha undagi qon tomirlar turli xil tuzilishga ega bo'lib, xar xil vazifalarni bajaradi. Qon tomirlari va qo'shuvchi to'qima bir vazifani bajarishga qaratilgan.

Bir yoki bir necha qon tomirlari pulpaga ildiz uchidagi teshik orqali kiradi. Juda ko'p, kichik tomirlar pulpaga yon va qo'shimcha teshikchalar orqali kiradi. Bunday teshikchalar, xususan ildiz uchida bo'lib, ularning soni 20–25 ta gacha yetadi, yana ular bifurkasiya joylarida ham bor.

Shunday qilib, pulpaga kiradigan qon tomirlar kichik, diametrlari tor bo'lsada, umumiy kiruvchi, qon tomirlar soni ko'p va ular pulpa o'z vazifasini bajarishi uchun etarli.

Pulpaning qon bilan ta'minlanishi a.maxillaries interna orqali amalga oshadi. Yuqori jag' tishlarining pulpasi a.infraorbitalis dan chiquvchir

aa.alveolaris siperioris et posterioris shoxchalari orqali qon bilan ta'minlanadilar. Yuqori jag' oziq tishlarining pulpalari a.alveolaris siperioris et posterioris dan chiqadigan r.dentalis orqali qon oladilar. Pastki tishlar a.alveolaris interior dan chiqadigan r.dentalis orqali qon bilan ta'minlanadi.

V.P. Tonkov maktabining xodimlari o'tkazgan tekshiruvlar, pulpa qon tomirlarida juda ko'p o'zaro bog'lanishlar – anastomozlar borligini ko'rsatadi. Bu ma'lumotlar ilgari xukm surgan ma'lumotlarga – pulpada tugal qon tomirlar bo'lib, pulpadagi yallig'lanish uning o'lishi bilan tugaydi degan fikrni bekor etdi.

Pulpaga nisbatan katta, asosiy qon tomirlar ildiz uchidagi teshikdan (bitta arteriya va u bilan vena) kiradi, undan tashqari yon va qo'shimcha teshikchalardan ko'p sonli kichik qon tomirlar ham pulpaga kirib, uni qon bilan ta'minlashga xizmat qiladi.

Pulpada mikrosirkulyasiya turi arteriolalardan boshlanadi. Arteriola (kichik arteriyalar) devorlarida yumshoq pardasi yaxshi rivojlangan. Ularning diametrlari arteriya va venaga nisbatan kichik, tor: ular metarteriolalarga bo'linadi va ulardan kapillyarlar chiqadi. Pulpada ikkita kapillyarlar o'ramli turi bo'lib, biri odontoblastlar qatori bilan parallel joylashadi va subodontoblastik o'ram deb ataladi. Ikkinchisi esa pulpaning markaziy zonasida joylashgan. Hujayra oziqlanishining ta'minoti kapillyarlar orqali amalga oshadi.

Pulpa kapilyarining diametrlari 0,1 dan 3 mikrometrgacha bo'lishi mumkin. Kapillyar bo'shlig'i o'zaro zich joylashgan cho'zinchoq shakldagi endoteliositlar bilan chegaralangan. Endoteliositlar sitoplazmada mitoxondriyalar, Golji kompleksi, endoplazmatik to'r, ribosomalar, polisomal, fibrillar va kristalsimon kichik tanachalar bor. Endoteliosit organoidlarning eng ko'pi yadro joylashgan joyda va oz qismi – hujayra chetki qismlarida o'rmasgan.

Endoteliositlardan tashqi tarafda subendotelial zona bo'lib, elektron mikroskopda yaltiroq narsa sifatida ko'rinadi. Uning qalinligi 15 nm ni tashkil etadi. Bu zonaga yaqin tolali tuzilmaning bazal membranasi joylashgan. Bazal membrana bilan o'ralgan perisitlar tashqarida turadi. Kollagen tolalar hamma tomondan kapillyarlar bilan o'ralgan. Hozirgi vaqtda pulpada limfa tomirlari borligi ma'lum.

**Pulpaning innervasiyasi.** Qon tomirlar bilan birga ildiz uchidagi teshikdan yuqori va pastki jag' asab tolalaridan chiquvchi shoxchalar pulpaga kiradi. Ular tishning medial, distal, tanglay, lunj va til yuzalariga kelib, periodontga kiradi. Keyin miyelinli turdagi bir necha tola qon tomirlar bilan parallel ravishda pulpaga kiradi.

Toj qismga yaqinlashgan sari asab tolalari kamayib boradi. Ular tangensial yo'nalish oladilar va predentinga tarqalib boradilar. Astasekin miyelinli parda yo'qoladi. Toj qismda asosan miyelinsiz asab tolalari va asab uchlari joylashadi.

Miyelinsiz tolalar aksoplazmalar, aksolemalardan tuzilgan bo'lib, lemositlar bilan o'ralgan. Miyelinli tolalar bulardan tashqari, miyelin pardasiga ega. Asablar predentinda, minerallashgan dentinda, uning kanalchalari ichida joylashadi. Bunda ularning soni oldingi frontal tishlarda ko'p ildizli yon tishlarga nisbatan ko'p. Dentinning bo'yin va pulpaoldi zonalarida boshqa zonadagilarga nisbatan ko'proq asab tolalari uchraydi. Shuning uchun bo'lsa kerak, bu zonalarni charxlashda eng ko'p og'riq paydo bo'ladi.

Asab reseptorli subodontoblastik qavatda to'rsimon holatda juda ko'p joylashgan.

Toj qismidagi pulpa ildiz pulpasidan farq qiladi. Toj qismda ko'proq yetilgan, shakllangan hujayralar joylashsa, ildiz pulpada etilmagan, oxirigacha shakllanmagan hujayralar joylashgan. Shuning uchun ham, toj pulpaga nisbatan ildiz pulpada tolalar ko'p. Toj pulpada magistral tomirlar va asab tolalari kam. Ildiz pulpa ozuqa moddalarini ham pulpadan, ham periodontdan oladi.

Keltirilgan ma'lumotlar pulpit kasalligida, uni saqlab qolish usuli-biologik usulni qo'llash nazariyasini asoslab beradi.

**Pulpaning fiziologiyasi.** Pulpa to'qimasi qo'shuvchi to'qimadan iborat bo'lgani sababli, shu to'qimaga xos trofik – oziqlanish, oziqlantirish, ximoya va yangi to'qima hosil qilish vazifalarni bajaradi. Bu vazifalar o'zaro bog'liq bo'lib, bir-birini to'ldirib turadi.

**Oziqlanish va oziqlantirish – trofik vazifasi.** Pulpada tomirlar va limfa turlari yaxshi rivojlangan. Pulpaning asosiy moddasi orqali oziqlar qondan pulpa hujayra elementlariga tushadi va o'tadi. Metabolizmdan hosil bo'lgan narsalar ham xuddi shu yo'l bilan venalarga o'tadi. Tish dentini odontoblast hujayralarining o'simalari orqali oziqlanadi. Emalning oziqlanishi ham odontoblast o'simalari orqali amalga oshadi. Bir vaqtning o'zida noorganik va organik moddalar og'iz bo'shlig'i suyuqligidan emalga o'tadi. Agar pulpadan ozuqa moddalari emalga o'tmasa emal ojizlanadi, mo'rtlashadi, rangi o'zgarib, yaltiroqligi yo'qoladi. Katta yoshdagi odamlarda, xususan qarib qolgan kishilarda pulpa oziqlanishi kamayadi va uning natijasida emalda turli yemirilish, fonasimon kentik, tish eroziyalari va boshqa shunga o'xshash o'zgarishlar yuzaga keladi.

**Ximoya vazifasi.** Pulpadagi retikuloendotelial tizim hujayralari uning ximoya, to'siq vazifasini bajaradi. Bu tizim hujayralariga gistositlar, tomirlar endoteliositlari, plazmositlar kiradi. Patologik holatlarda gistositlar xarakatchan makrofaglariga aylanib, pulpaga tushgan mikrobg'a, yot narsalarga nisbatan fagosit rolini bajaradi. Plazmositlar tushgan narsalarga qarshi antitelo ishlab chiqaradi. Pulpadagi fibroblastlar patologik o'choq atrofini kapsula bilan o'rashda qatnashishadi. Fagositoz va hujayra ichida yot narsalarni yo'qotishda neyetrofil granulositlar ishtirok etadi. Shunday qilib, pulpaga tushgan mikroblar va boshqa zararli

yot narsalar bartaraf etiladi. Pulpaning yangi to'qimalar yaratish qobiliyati – trofik vazifasi uning ximoya vazifasi bilan bog'liqdir. Dentin naychalarining bekilishi, uchlamchi dentinning yig'ilib qolishi pulpaga tushadigan tashqi ta'sirotlarga to'siq vazifasini bajaradi va unga tushadigan mikroblarni to'sib turadi.

Pulpaning plastik vazifasi tishlar shakllanishida boshlanadi va butun umr davom etadi. Tish to'qimalarining o'sish davrida birlamchi dentin hosil bo'ladi. Tishlar chiqqach, ular o'z vazifalarini bajarish jarayonida ikkilamchi dentin hosil bo'ladi. Ikkilamchi dentin gistologik tuzilishi jixatdan birlamchi dentindan farq qilmaydi, ular bir-biridan chizgi orqali ajralib turishini optik mikroskopda ko'rish mumkin. Ikkilamchi dentinning hajmi kattalashib, tish bo'shlig'ini ancha qismini yopib, ya'ni uni toraytirib qo'yish mumkin. Uchlamchi dentin pulpaga ta'sir etuvchi tashqi ta'sirotlardan paydo bo'ladi. Bu dentin ancha taraqqiydashgan, uning naychalari turli yo'nalishlarda bo'lib, kristallar bilan to'lib turadi.

### **Yoshga va tish, yuz-jag' kasalliklari hamda organizmning umumiy kasalliklariga bog'liq bo'lgan pulpadagi o'zgarishlar**

Odam hayoti davomida pulpada turli o'zgarishlar yuzaga kela boshlaydi.

Odam yoshi ulg'ayishi bilan, xususan qarilarda tish bo'shlig'i, ayniqsa uning ildiz qismi qisqaradi, torayadi. Bu ikkilamchi dentin va mineral tuzlarning yig'ilishi natijasida ro'y beradi. Pulpadagi hujayralarning sinezlash va energetik qobiliyatlari pasayadi.

Pulpada hujayralar kamayib, tolali elementlar ko'payadi va fibroz, turli distrofiya, petrifikatsiya jarayonlari yuzaga keladi. Bu jarayonlar organizmda kechadigan umumiy kasalliklar (yurak-tomir tizimi kasalliklari, yuqumli kasalliklar, gipo va avitaminoz, endokrin, qon, nur kasalliklari va boshq.), kariyes va nokariyes, paradont va boshqa yuz-jag' soxalarida bo'ladigan yallig'lanish (osteomiyelit) va o'sma kasalliklari va boshqa kasalliklar ta'sirida tezlashadi.

Tishga ta'sir etuvchi tashqi va ichki ta'sirotlarning umumiy natijasi bo'lib – pulpada paydo bo'ladigan distrofik va atrofik o'zgarishlar xisoblanadi. Organizmda kechadigan turli umumiy kasalliklar pulpada bo'ladigan o'zgarishlarni tezlashtirishi, jadallashtirishi aniqlangan. Bu o'zgarishlar ma'lum bir kasallik, masalan, gipertoniya yoki nur kasalligiga xos bo'lmaydi. Shuning uchun, bu o'zgarishlarni umumlashtirib, ular pulpada bo'ladigan quyidagi o'zgarishlarni e'tirof etish mumkin.

**1) Odontoblastlar vakuolizatsiyasi.** Bu jarayon odontoblast mitoxondriyasida vakuolizatsiya bo'lishi bilan boshlanadi va asta-sekin vakuolizatsiya hujayra sitoplazmasiga o'tib, sitoliz o'choqlarini paydo qiladi va ularda suyuqlik hosil bo'ladi. Demak, odontoblast hujayralari o'ladi.

**2) Pulpaning retikulyar distrofiyasi.** Ba'zida vakuolizatsiya jarayoni odontoblast hujayralarining barcha qavat (qator) lari, hattoki, pulpa to'qimasiga ham tarqaladi. Pulpa to'qimasi to'r shakliga aylanadi, uning markazida suyuqlik yig'iladi. Bu holat pulpa to'qimasida retikulyarli distrofiya o'zgarishidir.

**3) Pulpa petrifikatsiyasi.** Pulpa to'qimasida mineral tuzlarning yig'ilishi, cho'kishi, o'tirib qolishi natijasida hosil bo'ladigan o'zgarishlar oqibatida turli tuzlar yig'indisi – petrifikatlar hosil bo'ladi. Bu jarayon albatta distrofik o'zgarishlardan kelib chiqadi. Petrifikatlar tarqalgan va o'choqli joylashgan. O'choqlisida bir yoki bir necha turli shakl va hajmdagi dentikllar paydo bo'ladi. Dentikllar dentinga o'xshash tuzilishga ega. Ular tish bo'shlig'ida joylashishiga qarab 3 xil bo'ladi: 1) erkin, ya'ni pulpa to'qimasida, devorlarga yopishmay turgan; 2) devoroldi – bo'shliq devorlariga yopishib turgan va 3) obliteratsiyalovchi intersisial – pulpaning barcha qismlariga yoyilib, tish bo'shlig'ini to'ldirib turgan dentikllar. Oxirgi intersisial dentikl ikkilanchi va uchlanchi dentin hosil bo'lish jarayonlarida paydo bo'lib, ularga qo'shilib ularning ichiga kirib turadi.

Tuzilishi dentinga o'xshasada, dentikllar yaxshi shakllangan dentikllar (ularda dentin kanal (naycha) lari bor) va to'liq shakllanmagan dentikl (ularda dentin naychalari yo'q) larga bo'linadi.

Amaliyotda intersisial dentikllar rol o'ynamaydilar, chunki ular pulpa to'qimasiga ta'sir eta olmaydilar. Eng xavfli erkin joylashgan va undan keyin devorli dentikllardir. Ular kattalashib, pulpa asab tolalarini bosib, turli og'riqlar paydo bo'lishiga (klinikada bu holatni konkremental pulpitis deyiladi) sabab bo'ladilar.

Dentikllar butun (intakt) tishlar pulpasida turli sabablardan paydo bo'ladi. Xar xil kasalliklardagi modda almashuv jarayonlari oqibatida ularning hosil bo'lish jarayonlari tezlashadi.

Shunday qilib, tashqi va ichki ta'sirotlar oqibatida pulpada turli o'zgarishlar yuzaga keladi. Shu bilan bir qatorda, pulpa to'qimasi katta kompensator-moslashish xususiyatiga ham ega bo'lganligi tufayli, unga tushadigan begona, yot ta'sirotlarga qarshi kurashib, o'z butunligini saqlab turadi va vazifalarini bajaraveradi.

### **Pulpitlar kelib chiqish sabablari – etiologiyasi**

Pulpani yallig'lanishi – pulpitis (pulpitis) turli ta'sirotlarga uning javob reaksiyasi sifatida yuzaga keladi. Yallig'lanish va uning jadalligi tananing va pulpaning bu ta'sirotlarga qarshilik ko'rsatish darajasi va ta'sir etadigan omillarning kuchi va davomligiga bog'liq. Bu omillar yallig'lanish kechishining xarakterini belgilaydi.



Yosh odamlar pulpasida modda almashish jarayonlari yaxshi bo'lganligi va ta'sirotlarga qarshi kurashish qobiliyati balandligi sababli yuzaga keladigan yallig'lanish jarayoni ko'proq o'tkir pulpit sifatida kechadi. Ba'zida kuchsiz ta'sirotlardan surunkali pulpit kelib chiqishi mumkin. Shuning uchun pulpitni davolashda bemorning yoshi, uning organizmida kechayotgan va o'tib ketgan kasalliklar, pulpada kechayotgan yallig'lanish turi, og'ir-yengilligi, bemorning umumiy holati kabi omillar xisobga olinishi kerak.

Pulpit ko'pincha pulpaga tushadigan biologik agentlar – mikroblar va ularning zaxarlari ta'sirida paydo bo'ladi. Pulpaga mikroblar va ularning zaxarlari bir necha yo'l bilan kirishi mumkin: a) asosan kariyes kovagidan dentin naychalari yoki teshilgan mayda teshikchalar orqali; b) paradont kasalliklarida paydo bo'ladigan paradontal cho'ntaklar orqali; c) yuqumli kasalliklar, septik holatlarda qon va limfa oqimi orqali; d) tish atrofidagi to'qimalarning yallig'lanish o'choqlaridan ildiz uchi teshigi orqali.

Ko'pchilik tadqiqotchilar pulpitni gemolitik va nogemolitik streptokokklar chaqirishi to'g'risida fikr yuritadilar. Lekin yallig'langan pulpada diplokokklar, stafilokokklar, gramusbat tayoqchalar, streptokokklar, laktobasilalar va zamburug'lar ham borligi aniqlangan. Agar mikroblar va ularning zaxarlari kariyes kovagidan kirsalar, avval kirgan joylarda chegaralangan yallig'lanish o'chog'i bo'lib, keyin pulpaning boshqa joylariga, ildiz pulpaga tarqaladi. Ammo qon va limfa orqali ildiz uchi teshigidan kirgan biologik agentlar ildiz pulpasini yallig'lantirib, keyin boshqa pulpa satxlariga tarqaladi.

Pulpa yallig'lanishiga jarohatlar (mexanik, fizik, kimyoviy) ham sabab bo'ladi.

Mexanik jarohatlar – turli urilish (yiqilib tushish, sport mashqlari, turli favquloddagi hodisalar va boshq.) lar ta'sirida tishning ma'lum qismi, ko'pincha toj qismining bir bo'lagi yoki ildiz qismi sinishi oqibatida pulpa ochilib qolishi va unga tushgan mikroblar ta'sirida yallig'lanishi mumkin. Tish ildizining uchki qismining sinishi yoki tishga tushgan o'ta katta bosim oqibatida uning qoqilib, o'z katagida bosilib qolishi natijasida tomir-asab tutamining ezilishi pulpa oziqlanishini buzilishiga sabab bo'ladi.

Tish ildizi bir necha joydan – ildiz uzunligining toj qismiga yaqin joydan (unda toj qism tushib ketishi mumkin), o'rta qismidan yoki ildiz uchi qismidan sinadi. Bularni faqat rentgenogrammada aniqlash mumkin. Bunday paytlarda, pulpaning holati (tirikligi) faqat elektroodonto-diagnostika yordamida, pulpa to'qimasini elektr sezuvchanligini aniqlash yo'li bilan bilinadi. Agar pulpa tirik bo'lsa (tish 2–6 mA yoki 10–20 mA tokka javob reaksiyasini bersa), biz L.R. Rubin tavsiya etgan fizioterapevtik, ortopedik (shinali) usullarini qo'llab yaxshi natijaga erishamiz. Bunda yumshoq to'qimalar jarohatlari, pulpada kechadigan

jarohatliy o'zgarishlarni yo'qotish maqsadida UVCH – davolash, darsenal toklari, singan tish atrofidagi to'qimalarga 2% li kaliy yodi bilan elektroforez va singan tishga shina qo'yib davoladik. Davolash elektrododontodiagnostika nazorati ostida olib borildi. Chuqur yoki chuqurlashgan kariyes kovagiga borlar bilan ishlov berish paytida, shifokor ehtiyotsizligi oqibatida pulpani ochib qo'yishi ham mexanik jarohatdir. Sun'iy toj tayyorlash maqsadida tish qattiq to'qimalarini qo'pol, noto'g'ri charxlashda hosil bo'ladigan issiq xarorat, pulpa to'qimasini kuydirib qo'yishi va oqibatda unda aseptik nekroz ro'y berishi mumkin. Kimyoviy ta'sirotlardan kelib chiqadigan pulpitlarga ko'pincha shifokor–stomatolog aybdor. Bunday yatrogen holatlar kariyes kasalligini davolashda ishlatiladigan dorilarni (spirt, efir va boshq.) noto'g'ri qo'llashdan kelib chiqishi mumkin.

Pulpasi tirik tishlardagi kariyes kasalligini davolashda, doimiy plombadan oldin qo'yiladigan ajratuvchi taglik noto'g'ri (taglik emal-dentin chegarasigacha qo'yilishi kerak) qo'yilganda yoki umuman qo'yilmaganda plomba tarkibidagi kislotalar va boshqa pulpaga salbiy ta'sir ko'rsatadigan moddalar dentin kanalchalari orqali pulpaga o'tib, uni yallig'lantiradi.

Pulpani yallig'lanishiga tana immun tizimining holati katta axamiyatga ega. Immunologik holatning buzilishi, organizmning tashqi va ichki ta'sirotlarga qarshi kurashish qobiliyatini pasaytiradi va buning oqibatida fiziologik ta'sirotlar ham organizmga salbiy ta'sir etishi va natijada pulpit kelib chiqishi mumkin. Ba'zi tadqiqotchilar pulpitning paydo bo'lishi va rivojlanishida dorilar va mikroblar allergenlar roli borligi to'g'risida fikr yuritadilar.

Tishlarning kesuvchi, uzuvchi va chaynov yuzalarining emirilishi, fonasimon kemtik, emal nekrozi yoki eroziyasi kabi tish qattiq to'qimalarining kemtiklarida pulpa ochilib qolishi va yallig'lanishi kuzatilgan.

Parodont kasalliklarini davolashda qo'llaniladigan chuqur kyuretaj, gingivotomiya, gingivektomiya, loskutli plastik operatsiyalarida o'tkir pulpit yuzaga kelishi mumkin.

Pulpa to'qimasining me'yordan yallig'lanishga o'tish bosqichlari 3 ga bo'linadi: 1) funksional vazifalarini buzilishi; 2) morfologik o'zgarishlar va 3) yallig'lanish.

Funksional-kimyoviy o'zgarishlar bosqichida pulpa tarkibidagi siljishlarni biokimyoviy va gistokimyoviy usullar yordamida aniqlanadi. Bunda nafas olish fermentlari faolligini pasayishi va nordon fosfataza faolligini oshganligi kuzatiladi.

Morfologik o'zgarishlarning rivojlangan bosqichida pulpa tarkibida sifat va son siljishlar ro'y beradi. Sifat o'zgarishlar pulpa elementlarida protein hosil bo'lishi, transkapillyar modda almashinuvi, fagasitoz, hujayralar energetik potensialini o'zgarishidan iborat. Son (miqdor) o'zga-

rishlar esa makrofag, plazmosit va neytrofil granulositlar miqdorining oshganligi bilan xarakterlanadi.

Agar pulpaning ximoyalaniş mexanizmlari bilan unga salbiy ta'sir etuvchi omillar kuchi teng bo'lsa, yuqorida ta'kidlanganidek, organizmda kuchlar teng bo'lsa, kechayotgan yoki kechib o'tgan umumiy kasalliklar oqibatida pulpaning ximoya-kompensator xususiyatlari ojizlanmasa, pulpa yallig'lanmaydi.

Odamning yoshi, irsiyati, to'laqonli ovqatlanishi, tashqi muxit (ekologiya)ning holati tanada kechib turgan yoki o'tib ketgan kasalliklar, gormonal faolligi, sensibilizatsiyasining bor-yo'qligi, paradont va shilliq qavatning holati, kariyes va nokariyes kasalliklar rivojining shiddati, tishlarga tushadigan bosimning to'g'ri yoki noto'g'i taqsimlanishi kabi omillar pulpaning ximoyalaniş vazifasiga ta'sir etadi. Bu ta'sirotlar yo'qotilmasa yoki pulpa bularga qarshilik ko'rsata olmasa, unda yallig'lanish boshlanishi mumkin.

### **Pulpitlarning tasniflari**

Pulpitlarning turli klinik kechishlari uzoq yillardan beri, ularning turli tasniflarining taklif etilishiga sabab bo'lib kelgan.

Birinchilardan bo'lib, bundan 100 yillar oldin (1886) Arkevi pulpa yallig'lanishida kuzatiladigan morfologik o'zgarishlar va bemor sezadigan og'riqlar belgilariga asoslangan pulpitlarning tasnifini taklif etgan. Bu tasnifga muvofiq o'tkir va surunkali pulpitlar 12 turga bo'linadi.

1914- yilda A.I. Abrikosov, 1925- yilda B.N. Mogilniskiy va A.I. Evdokimovlarning ham taklif etgan pulpitlarning tasniflari yallig'langan pulpadagi patologo-anatomik o'zgarishlarga asoslangan. Bu tasniflarda yallig'langan pulpada kechadigan barcha kasallik o'zgarishlar o'z aksini topgan. Ammo bu tasniflar hajmlarining kattaligi va shuning uchun ham klinikada qo'llash qiyinligi sababli, ular amaliyotga keng tadbiiq etilmadi.

1927- yilda E.M. Gofung pulpitlarning klinikasiga asoslangan va shuning uchun ham amaliyotdagi shifokorlar uchun qulay bo'lgan pulpitlar tasnifini taklif etdi.

I. O'tkir pulpit: a) qisman; b) umumiy; c) yiringli umumiy;  
II. Surunkali pulpit: a) oddiy; b) gipertrofik; c) gangrenozli.

Bu tasnifdagi pulpit turlarini aniqlash uchun klinikada bemor bilan savol-javob o'tkazish va uni tekshirib ko'rish kifoyadir.

Bu tasnifning afzallik tomoni.

E.M. Gofung tasnifining kamchiligi bo'lib, yiringli pulpitlar zardobli pulpitlarga nisbatan ko'proq uchrashidir, chunki zardobli eksudat tez orada yiringli eksudatga o'tadi. Undan tashqari, bu tasnifda surunkali pulpitni qaytalanishi kimagan. Bunga qaramay, bu tasnif uzoq yillar amaliyotda qo'llandi.

E.S. Yavorskaya, L.I. Urbanovich (1964) lar tasnifi:

I. O'tkir pulpit: 1) pulpa giperemiyasi; 2) jarohatliy pulpit (tasodifan ochilgan pulpa, tish sinishida ochilgan pulpa); 3) chegaralangan; 4) diffuz (zardobli); 5) yiringli.

II. Surunkali pulpit: 1) fibrozli; 2) gipertrofik; 3) gangrenozli.

III. Surunkali pulpitni qaytalanishi.

IV. Periodontit bilan asoratlangan pulpit (fokal, joyli).

1967- yilda T.T.Shkolyar quyidagi tasnifni taklif etdi: 1) o'tkir boshlang'ich pulpit; 2) o'tkir (yiringli) kechikib murojat etilgan pulpit; 3) surunkali fibrozli pulpit; 4) surunkali yarali pulpit; 5) surunkali granulematozli pulpit; 6) surunkali ildiz pulpasining yallig'lanishi (boshqa mualliflar bo'yicha gangrenozli); 7) surunkali pulpitning qaytalanishi (ildiz uchi periodontitining reaksiyasi xisobga olinadi).

VOZ ning (1975) Xalqaro pulpa kasalliklari tasnifi: 1. Pulpit: o'tkir, surunkali (gipertrofik, yarali, yiringli).

1.1. Pulpa nekrozi – pulpa gangrenasi.

1.2. Pulpadagi hosilalar – dentikllar, pulpa klasifikasiyalari.

1.3. Pulpada anomal qattiq to'qimalarning hosil bo'lishi.

Markaziy ilmiy-tekshirish stomatologiya instituti tomonidan taklif etilgan pulpitlar tasnifi quyidagicha: 1) o'tkir zardobli o'choqli pulpit; 2) o'tkir zardob-yiringli o'choqli pulpit; 3) o'tkir yiringli tarqalgan (diffuz) pulpit; 4) surunkali oddiy pulpit; 5) surunkali granulematozli pulpit; 6) surunkali gangrenozli pulpit; 7) surunkali pulpitning qaytalanishi.

Bu tasnif bemor sezgilariga, shikoyatlariga asoslangan. Shikoyatlarga tayanib ekssudat zardobli yoki yiringlimi degan savolga javob berish qiyin.

N.A. Semashko nomli Moskva tibbiyot instituti (1999- yildan boshlab Moskva davlat tibbiyot stomatologiya universiteti) tomonidan tavsiya etilgan pulpitlar tasnifiga muvofiq pulpit turlari quyidagilarga bo'linadi:

I. O'tkir pulpit: a) o'choqli; b) diffuz.

II. Surunkali pulpit: a) fibrozli; b) gangrenozli; c) gipertrofik; d) surunkali pulpitni qaytalanishi.

III. Pulpani qisman yoki to'liq olib tashlashdan keyingi holat.

Bu pulpitlarning xar bir turi subyektiv va obyektiv tekshirish ma'lumotlari asosida tashhislanadi.

Ko'rinib turibdiki, keltirilgan tasniflarda dentikllar ta'sirida kelib chiqish mumkin bo'lgan "konkrementozli pulpit" o'z aksini topmagan.

Undan tashqari, ma'lumki amaliyotda yallig'langan pulpani o'ldirish (devitalizatsiya) maqsadida mishyak kislotasi (margimusht) hamon qo'llaniladi. Yaxshi o'tuvchi tish kanallaridan yallig'langan pulpani og'riqsizlantirilgandan yoki mishyak kislotasi qo'yilgandan so'ng olib tashlansa, bu ishni o'tilishi qiyin, ildizlari qiyshaygan, undagi kanallar tor bo'lgan (asosan ko'p ildizli tishlar) tishlarda, aksariyat hollarda

bajarishning iloji bo'lmaydi va uning oqibatida ildiz pulpasining ma'lum qismi tirik yoki yarim o'lik holda kanalda qoladi. Agar mishyak kislotasining pulpaga ta'sir etish mexanizmi hozirgacha noaniqligini, uning ta'sirida hamma vaqt ham pulpa o'lavemasligini xisobga olinsa, bu narsa yanada oydinlashadi. Bunda kanalda qolgan pulpaning taqdiri nima bilan tugaydi degan savol ko'ndalang turadi. Ana shu masalani ma'lum darajada echish uchun biz (T.X. Safarov, 1963–1967) oldingi yillarda (12 oydan 4,5 yilgacha) pulpit bilan kelgan va uni davolashda mishyak kislotasi qo'llanilgan shaxslarni taklif etib, davolangan tishlardagi pulpa holatini elektrodiagnostika, termodiagnostika usullari va tish atrofidagi to'qimalar holatini rentgenologik usul yordamida tekshirib ko'rdik. Bu ishlar natijasida, ildiz kanallarida turli muddatlarda (hattoki 4,5 yilgacha) pulpa tirikligicha qolishi mumkinligi aniqlandi.

Rentgenogramada pulpasi tirik ildiz uchida ko'pincha granulema yoki suyak emirilish borligi ham aniqlandi. Bunda bemorlar davolangan tishlarida ba'zida "pulpit"ga o'xshash, ba'zida esa "periodontit"ga o'xshash og'riqlar, noxush sezgilar paydo bo'lishiga shikoyatlar qilishdi. Bunday holatni "pulpoperiodontit" deb tashhislashni biz taklif etdik. Bular L.R.Rubin (1966) e'lon qilgan "pulpitlar tasnifi" da o'z aksini topdi.

Shuni ta'kidlash kerakki, "pulpoperiodontit" degan tashhis kam qo'yiladi, lekin ular bor. Bunga sabab, birinchidan bunday bemorlar, ko'pincha surunkali granulematoz yoki granullashgan periodontit, ba'zida esa qoldiq pulpit bilan kelishadi, ikkinchidan bunday tishlardagi pulpa holati shifokorlar tomonidan tekshirilmaydi, ammo kanalga qilingan muolajalar unda tirik pulpa borligini ko'rsatishi mumkin.

Haqiqatan ham pulpoperiodontit bilan bemorlar murojat etmasliklari mumkin. Bunga sabab, pulpa va periodont to'qimalaridagi ximoya-kompensator mexanizmlar muvozanatining buzilmaganligi va tananing tashqi va ichki ta'sirotlarga qarshi kurashish qobiliyatining etarli bo'lib turganligi bo'lishi mumkin. Ammo "yarim" yallig'langan pulpa va ildiz uchidagi emirilgan suyak to'qimalaridagi mikroblar va ularning zaxarlari organizmni ichki zaxarlab turadigan stomatogen o'choqlar bo'lib xisoblanadi.

Yuqorida keltirilgan ma'lumotlar asosida bizning klinikamizda E.M. Gofung (1927) tasnifini L.R. Rubin (1966) tasnifi bilan to'ldirilgan quyidagi keltirilgan pulpitlarning tasnifi qo'llanadi.

I. Pulpitlarning kelib chiqish sabablari bo'yicha:

- 1) infeksiyon pulpitlar;
- 2) jarohatli (travma) pulpitlar;
- 3) medisamentoz yoki toksik pulpitlar.

II. Klinik kechish va pulpada yallig'lanish o'chog'ining joylashgan joyi bo'yicha:

1. O'tkir pulpitis: a) o'choqli, chegaralangan (pulpitis acute focalis, partialis), b) diffuz, umumiy (pulpitis acute seu diffusa totalis), v) diffuz yiringli (pulpitis acute diffusa purulenta).

2. Surunkali pulpitis: a) fibrozli yoki oddiy (pulpitis chronica seu fibrosa simplex), b) gipertrofik (pulpitis chronica hypertrophica), c) gangrenozli (pulpitis chronica gangrenosa).

3. Surunkali fibroz pulpitisni qaytalanishi (pulpitis chronica fibrosa exacerbata).

4. Qoldiq pulpitis: a) surunkali, b) qaytalanagan (klinik va elektrodiagnostika ma'lumotlari asosida).

5. Kontremental pulpitislar.

6. Pulpoperiodontitlar: a) o'tkir, b) surunkali (klinik, elektroodontodiagnostika va rentgenologik ma'lumotlar asosida).

O'tkir pulpoperiodontitda o'tkir pulpitis va o'tkir periodontitga xos klinik o'zgarishlar bo'ladi. Surunkali pulpoperiodontitda bemor shikoyatlari uchun rivojlanmagan, goxida paydo bo'lib, o'z-o'zidan yo'qoladigan og'riqsimon noxush sezgilar bo'ladi, tashhis esa klinik belgilar, elektroodontodiagnostika va rentgenologik usullar yordamida qo'yiladi.

Qoldiq pulpitislar tashhisi asosan klinik va elektroodontodiagnostika ma'lumotlari asosida aniqlanadi. O'tkir qoldiq pulpitislarda o'tkir, surunkalisida esa surunkali pulpitislarga xos shikoyatlar bo'ladi, lekin tekshirib ko'rilsa, odatda tish oldin davolangan, pulpaning toj qismi olingan yoki chirigan, jarayon ildiz pulpada ekanligi bilinadi.

Shuningdek, intakt – butun tishlarda pupaning yallig'lanishi oqibatida, turli jarohat-travmalar ta'sirida va boshqa sabablardan kelib chiqadigan quyidagi pulpitislarni ham inobatga olish zarur:

- 1) gematogen pulpitis;
- 2) retrograd pulpitis;
- 3) travmatik-jarohatli pulpitis;
- 4) pulpa qo'yish natijasida ro'y beradigan pulpitis;
- 5) turli dorilar ta'sirida paydo bo'ladigan pulpitislar;
- 6) konkremental pulpitislar va boshqa sabablardan kelib chiqadigan pulpitislar.

### **Pulpitisning rivojlanishi – patogenezi**

Pulpada paydo bo'ladigan va kechadigan yallig'lanish jarayonlari mexanizmlarini o'rganish natijalarida undagi biologik ximoyalash xususiyatlari, asab-reflektor faoliyati, tashqi va ichki salbiy ta'sirlarga chidamlilik yaxshi rivojlanganligi aniqlanadi. Shu tufayli uning infeksiyaga qarshi kurashish qobiliyati baland darajada ekanligi ma'lum bo'ldi. Qulay sharoitlarda pulpa to'qimasidagi ximoya elementlari

tomonidan patologik jarayon o'rab olinadi va tugatiladi. Bu o'zgarishlarning faolligi ta'sir etuvchi ta'sirotlar xarakteriga va organizmning ularga qarshilik ko'rsatish imkoniyatlariga bog'liq. Pulpa to'qimasi va organizmning oqiblanib qolishida virulentli mikroblar ta'sirida pulpa yallig'lanadi. Yallig'lanishning qay tarzda tugashi, asosan ta'sir etuvchi mikroblar virulentligiga, ta'sirotlar davomatligiga, patologik jarayonning joylashgan joyga, organizm va pulpaning qarshilik ko'rsatish qobiliyatlariga bog'liqligi ma'lum.

Pulpa yallig'lanishida, unda o'zaro bog'liq birin-ketin rivojlanadigan juda ko'p funksional va tuzilish o'zgarishlari kuzatiladi. Boshlanishida o'tkir yallig'lanish yuzaga keladi va u taxminan 2 hafta davom etishi mumkin.

O'tkir pulpa yallig'lanishi bir necha bosqichda kechadi: alterasiya, ekssudasiya, proliferasiya, modda almashinuvining buzilishi.

Pulpada o'tkir yallig'lanish giperergik tipidagi reaksiya sifatida xarakterlanadi. Avvalo pulpa tarkibidagi arteriolalar, ulardan keyin kapillyarlar, venulalar kengayadi, pulpada qon aylanish kuchayadi, tezlashadi. Kapillyar ichidagi bosim ko'tariladi, qon quyug'lashadi, undagi shaklli elementlar va qon tomir devorlari kislotali muxitda shishadi, tomir devorlarida leykositlar turishi, qon uyushishi tezlashadi, trombalar hosil bo'ladi.

Pulpa yallig'lanishida kuzatiladigan shish, kapillyarlar bosimining oshishi, maxalliy tomirlar kengayishi va kapillyar o'tkazuvchanligining oshish, oqibatida paydo bo'ladi. Boshlang'ich davrida zardobli ekssudat yig'iladi. Bunda pulpaning qon tomirlari, hujayralari, hujayralararo moddalari va tolalari o'zgaradi. Qon tomirlarida qisqa muddat davom etadigan qisqarishlar bo'lib, undan keyin ular kengayadi, qo'shuvchi to'qima tuzilmalarining o'tkazuvchanligi buziladi va ular oqibatida ekssudat paydo bo'ladi. Bunda mikroskopik ravishda pulpaning qonga to'lganligi va shishganligini ko'rish mumkin.

Mikroskopik tekshirishlar esa pulpadagi yallig'lanish o'choqlarida qon quyulganligi, qon quyqulari va staz (shishgan qon tomiri qon bilan to'lgan, xarakatsiz) holatlari borligini ko'rsatadi. Zardobli ekssudat orasida kamroq hujayralar, adventisial (tomiri devorlari atrofidagi) hujayralar bo'ladi. Agar zardob yiringga aylanmasa, u so'rilishi, yo'q bo'lib ketishi mumkin. Ammo bu juda kam holatda kuzatiladi.

Odatda, bir necha soatdan keyin hosil bo'lgan zardobli ekssudat yiringli ekssudatga aylanishi mumkin. Bu jarayon pulpa va organizmning ta'sirotlarga qarshilik ko'rsatish darajasiga bog'liq. Yiring birinchi bo'lib, yallig'langan o'choqning markazida paydo bo'ladi. Bu joyga tomirlardan leykositlar chiqib to'planishi kuchayadi va ular to'p-to'p bo'lib joylashadi. Bu alteratin o'zgarishlar pulpa hayotiga putur etkazadi. Metabolitlarning chiqib ketish jarayonlari qiyinlashadi. Ekssudatning hajmi kattalasha borishi natijasida gipoksiya holati yuzaga keladi va uning o'zi ham

pulpada modda almashinuvining buzilishini yanada chuqurlashtiradi. Chunki kislorod tanqisligi mikrosirkulyasiya tizimi vazifalarini buzadi. Shundan keyin kapillyar orqali (transkapillyar) modda almashishining buzilishi avjiga chiqadi. Bu holatlar anaerobli glikolizning kuchayishiga, uning oqibatida esa pulpa hujayralarining fagositar vazifalarining pasayishiga sabab bo'ladi. Natijada yallig'lanish o'choqlarida pulpa to'qimasi chiriydi, parchalanadi, ya'ni abscess hosil bo'ladi. Abscess atrofida zardobli eksudat bo'lib, uning atrofidagi to'qimalarga yaqinlashgan sari zardobli yallig'lanish kamayib boradi. Bunday holat o'tkir pulpitga mos keladi.

Yallig'langan pulpa o'choqlarida hosil bo'lgan metabolitlar, pulpa hujayralaridan tashqari dentinni ham eritadi, parchalaydi. Buning oqibatida dentin naychalari orqali yallig'langan pulpada kariyes kovagi tarkibida xar xil fermentlar va zaxarlari bor bo'lgan yallig'lanishli transsudat chiqa boshlaydi. Kariyes kovagi va tish bo'shlig'i orasidagi bu yo'l asta-sekin kengaya boradi. Agar eksudatni bu yo'l bilan chiqishi yetarli darajada bo'lsa, unda tish bo'shlig'idagi bosim pasayadi, pulpa to'qimasining oziqlanishi yaxshilanadi. Agar abscess kariyes kovagiga ochilsa, unda yallig'lanish surunkaligiga o'tadi.

Yuqorida keltirilgan o'tkir pulpitlarga taalluqli patogenetik ma'lumotlar, asosan pulpaga infeksiyani kariyes kovagi orqali o'tganida ro'y beradigan o'zgarishlardir. Ammo o'tkir pulpitlar pulpaga infeksiyani patologik tish-milk cho'ntaklari, kontakt yo'lining oxirigacha plomballanmay qolgan kanal qismidagi pulpani dentin kanallaridan tushgan mikroblar va ularning zaxarlari ta'sirida qayta yallig'lanishi va nihoyat, dentikllar bosimidan kelib chiqishi va rivojlanishi ham mumkin.

O'tkir pulpitlar, qaytalanган pulpitlar rivojlanishi uchun xos o'zgarish – bu pulpada abscess paydo bo'lishidir.

Surunkali pulpit ikki bosqichda kechadi. Birinchi bosqichda pulpa toj qismining bir qismi odatda abscess atrofi limfomakrofagal infiltratlarga boy granulyasion to'qimaga aylanadi. Ikkinchi bosqichda pulpa to'qimasi fibrozli to'qimaga aylanadi va pulpaning tolali elementlari ko'payadi. Pulpa petrifikatlar yig'ilishi, to'planishiga beriluvchan bo'lib qoladi.

O'tkir umumiy (diffuz) pulpitda yiringli eksudatni emirilgan, chirigan dentin orqali (drenaj) kariyes kovagiga yorib chiqishidan sharoit tug'iladi. Bunda pulpaning ancha qismi nekrozga uchraydi. Bunday paytda pulpaga yiring chaqiruvchi mikroorganizmlar tushsa, unda surunkali gangrenozli pulpit shakllanadi va atroflari, yuzalari chirigan to'qima qavati bilan o'ralgan granulyasion to'qima hosil bo'lganligini morfologik aniqlash mumkin. Pulpaning cho'kur qatlamlarida shish, hujayrali elementlarda distrofik o'zgarishlar, turli distrofik hosil bo'lganligi qayd etiladi.

Surunkali gangrenozli pulpit. Periodontit yoki surunkali pulpitni qaytalanishi tarzlarida klinikada ko'rinish bilan xotima topadi va tugaydi.



Surunkali gipertrofik pulpiti ko'pincha o'choqli yoki umumiy (diffuz) o'tkir pulpitdan kelib chiqadi. Bunda pulpadan granulyasion to'qima o'sib chiqib, kariyes kovgini to'ldirib turadi.

Pulpa to'qimasi 30–40 yoshgacha bo'lgan bemorlarda yaxshi tiklanish xususiyatiga ega. Chunki bu yoshlargacha o'choqning kariyes kovagiga ochilishi va uning o'z-o'zidan tozalanib turishi bilan barcha yallig'langan pulpada granulyasion to'qimaning hosil bo'lish jarayonlari faol kechadi va u tish toj qismidagi chirigan pulpa o'rmini to'ldiradi. Undan tashqari, tashqi ta'sirotlar (kimyoviy, xaroratiy, mexanik) ning kariyes kovagi teshigi orqali granulyasion to'qimaga ta'siri ham bu to'qimaning rivojlanishini tezlashtiradi. Granulyasion to'qima yuzalari parchalanayotgan leykositlar bilan qoplangan bo'ladi.

Granulyasion to'qima milikka tegib tursa, ko'p qavatli yassi epiteliy uning yuzasini qoplab turishdan pulpa polipini hosil qiladi.

Surunkali gipertrofik pulpiti gangrenoz pulpitga va pulpa gangrenasiga o'tib tugashi mumkin.

Ekssudat yo'llari dentin orqali chiqmay qolib, berkilgan paytlarda, surunkali pulpitning qaytalanishi kuzatiladi. Bunda tish bo'shlig'ida yallig'lanishdan hosil bo'lgan narsalar to'planishidan bosim oshadi, pulpaning oziqlanishi qiynlashadi va yangi abscesslar paydo bo'ladi. Albatta pulpitlarning rivojlanishi, ularning bir turdan ikkinchi turga o'tish mexanizmlari, muddatlari va boshqa belgilari organizmning va pulpa to'qimasining umumiy ahvoli, ularning ta'sirotlarga chidamliligi, umumiy kasalliklar, shamollanish, o'tkir respirator va boshqa kasalliklarga bog'liqdir.

## **MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLARI**

1. Tish pulpasi qanday a'zo va u qayerda joylashgan?
2. Pulpa qaysi to'qimadan tuzilgan?
3. Pulpada qanaqa hujayra bor?
4. Pulpaning asosiy moddasi nimadan iborat?
5. Pulpa to'qimasi necha qavatdan tashkil topgan?
6. Pulpa qon tomirlarining tuzilishi to'g'risida nimalarni bilasiz?
7. Pulpaning asab tolalari bilan ta'minlanishi qay darajada?
8. Pulpa qanday vazifalarni bajaradi?
9. Pulpada tish va tananing umumiy kasalliklari ta'sirida o'zgarishlarning asosiylari nimalardan iborat?
10. Dentikllar, petrifikatlar deganda nimani tushunasiz?
11. Pulpitni keltirib chiqaradigan sabablar qaysilardan iborat?
12. Pulpitning rivojlanishi – patogenezini nimadan iborat?
13. Pulpitlar tasniflaridan qaysisi bizda qo'llanadi?
14. O'tkir pulpitlar qanday rivojlanadi va nima bilan tugaydi?
15. Surunkali pulpitlar rivojlanishi va ularning taqdiri nima bilan tugaydi?

## Har xil shakldagi pulpitalarning patologik anatomiyasi

Har hil shaklda kechadigan pulpitalarda turli patologo-anatomik o'zgarishlar kuzatiladi.

O'tkir o'choqli, chegaralangan pulpita (pulpitis acuta partialis) da gistologik tekshirishlar pulpa shoxlaridan birida, ba'zan pulpaning ayrim qismlariga tarqalgan o'tkir yiringli, chegaralangan yallig'lanish o'choqlari paydo bo'lganligi, asosan eksudatsiya va alteratsiya jarayonlariga xos o'zgarishlar kechayotganligini ko'rsatdi. Bunda pulpada giperimiya, nuqtali qon quyilish, chegaralangan shish va uning asab tolalarini siqishi (bosishi)dan kuchli og'riqlar paydo bo'ladi. Shishgan pulpa to'qimasi va qon tomir devorlarida leykositlarni to'plaganligi, ularning tomir devorlari bo'ylab yotishi, retikulo-endotelia hujayralarining proliferatsiyasi, qon aylanishining buzulganligi (sekinlashishi), staz, tomirlar trombozi asab tolalarining parchalanishi-fragmentatsiyasi va yiringli o'choqlar borligi ko'rinadi. Yallig'langan o'choqdagi odontoblastlar distrofiyaga uchraydi va chiriydi (nekroz). Yallig'langan o'choq atrofida pulpada patologik o'zgarish bo'lmaydi.

Elektron-mikroskopik tekshirishlar hujayra detritlarining zonalari borligini, mikroorganizmlar to'planganligi, asosiy moddada ko'p sonli qoldiq tanachalar borligini ko'rsatadi. Elementlarning parchalanish sabablarini bir-biridan farqlash qiyin. Yallig'lanish chegarasining atroflarida pulpa tuzilmalarining barchasida o'zgarishlar borligi, kollagenli fibrillarning shishganligini ko'rsatadi.

Ildiz pulpasining ayrim joylaridagi kollagenli fibrillar tuzilishida o'zgarish kuzatilmaydi. Qonni shaklli elementlari ko'payadi, xususan neytrofinli granulositlar ko'payib, toj qism pulpada to'planadi. Odontoblastlardagi o'zgarishlar, ularning hujayralararo va hujayralarning ichida shish borligi bilan xarakterlanadi. Hujayralar bir-biridan ancha masofada joylashgan va ularning mitoxondriyalari shishgan bo'ladi. Ba'zida hujayra parchalanadi. Ildiz pulpadagi odontoblastlar me'yordan o'zgarmagan bo'ladi.

Subodontoblastik pulpa qavatida ham shunga o'xshash o'zgarishlar bo'ladi. Pulpaning toj qismida fibroblastlarning protein hosil qilish faoliyatlari pasayadi. Yallig'lanish o'choq'idan tashqaridagi fibroblastlar o'zgarmagan.

Sitoplazmalarda qo'p qoldiq tanachalari bo'lgan ko'p sonli makrofagositlar, protein hosil bo'lish belgilari kuchaygan juda ko'p plazmositlar borligi ko'rinadi.

O'tkir o'choqli pulpitada kapillyarlar tuzilishida o'zgarishlar bo'ladi. Kapillyar ichida qonning shaklli elementlari ko'payadi, qon hujayralarning plazmolemlari va endoteliositlari o'rtasida uzviy bog'lanish kuzatiladi. Endoteliositlar sitoplazmalarida pinositoz pufakchalar soni oshadi, endotelial hujayralar orasidagi masofa kengayadi.

O'tkir o'choqli pulpitda asab tolalarida o'zgarishlar bo'ladi. Matrikining elektron zichligi oshgan metoxondriya aniqlanadi va miyelinli tuzilmalar paydo bo'ladi. Ayrim joylarda asab tolalari va uchlarining ko'rinishi pasayadi.

O'tkir diffuz, umumiy pulpit (pulpitis acute totalis sen diffusa) dagi patologo-anatomik o'zgarishlar o'choqli pulpitdan farq qiladi. Bunda to'qimaning ayrim qismlarini chiriganligi, ulardagi hujayralarni bir-biridan farqlay olinmasligi, juda ko'p hujayra detritlari va mikroorganizmlar borligi qayd etiladi.

O'tkir diffuz (tarqalgan, umumiy) pulpitda pulpanig toj qismida tiklanmaydigan o'zgarishlar ko'rinadi. Pulpaning asosiy moddasida juda ko'p mikroorganizmlar to'planadi. Mikroorganizmlardan tashqari, pulpaning asosiy moddasida erkin yotgan hujayra organoidlari, miyelinli shakllar joylashgan. Odontoblast qavatlarida hujayralararo shish nihoyatda rivojlangan bo'ladi. Qo'p holatlarda hujayralar yo'q, borlarida esa hujayra ichida distrofiya belgilari bo'ladi. Yadrolari piknozga uchragan, yadro membranlari ko'pincha yirtilgan, chirigan bo'ladi. Hujayralar plazmolemmalari uzilgan, ularning sitoplazmalarida sitoliz bo'ladi. Shuning uchun, bunday odontoblast hujayralari o'lgan hisoblanadi.

Subodontoblast qavatda hujayralararo shish, yulduzsimon pulpositlar va ular bilan odontoblastlar orasidagi bog'liqlik buzilgan bo'ladi. Bu qavatning ba'zi hujayralarning yadrolari piknozga uchragan va ko'p hollarda yadro membranlari uzilgan, yirtilgan, sitoplazmalarida vakuollashgan mitoxondriyalar borligi aniqlanadi. Bu qavatning hujayralarida o'zgarishlar bo'ladi va bu turdagi pulpitda pulpaning kompensator-tiklanish qobiliyatining kuchsizligidan darak beradi.

Toj pulpada fibroblastlarga qaraganda ko'proq morfologik o'zgarishlar yuz beradi. Sitoplazmada ko'p sonli vakuollar, pinositozli pufaklar, lipid donachalar, mitoxondriyalarning vakuollashuvi aniqlanadi.

Neytrofilli leykositlar, eitosidlar, makrofagositlar va plazmositlar miqdori oshadi va ular to'planadi. Kapillyar bo'shlig'i ichida qon shaklining elementlar soni juda ko'payadi. Ba'zi endoteliosit hujayralari orasidagi masofa kengayadi.

Pulpaning asab tuzilmasining barcha komponentlari patologik jarayon natijasida o'zgaradi. Asab tolalarining aksoplazmalari va asab uchlari vakuollashadi va ularda hujayra organoidlari ko'rinmaydi. Yumshoq asab tolalarining miyelinli pardasi o'rtacha elektron zichligiga ega bo'lgan gomogen moddaga aylanadi.

O'tkir yiringli diffuz pulpit (pulpitis acuta diffusa purulenta) da pulpada katta yiringli o'choqlar paydo bo'lganligini ko'rish mumkin. Pulpaning qarshilik ko'rsatish qobiliyati pasaygan hollarda yallig'lanish o'choqlari chegaralanmasdan, butun pulpa to'qimasiga tarqaladi va to'qimaning barcha qismlari flegmonozli zararlanadi, pulpa narkozga aylanadi, chirydi. Agar gaz hosil qiluvchi mikroblar bo'lsa, pulpa

gangrenasi rivojlanadi. Tish bo'shlig'i bilan kovak orasi ochiq bo'lsa, yiring qisman kariyes kovagiga chiqadi. Yallig'langan o'choq atrofida granulyasion to'qima hosil bo'ladi va bu jarayon surunkali pulpitga aylanadi.

Surunkali pulpitda pulpada produktiv (yangi to'qimalar hosil bo'lish) o'zgarishlar ustun turadi.

Surunkali fibroz yoki oddiy pulpit (pulpitis chryjmnica fibrosa sen Simplex) da yallig'lanishdan hosil bo'lgan shish yo'qoladi va pulpada hujayralar, jumladan odonblastlar ham kamayadi, tolali elementlar esa ko'payadi. Tolalar qalinlashganda kollagenli tolalarda gialinoz va oldingi qon quyulgan joylarning izlari borligi ko'rinadi. Ildizda pulpa me'yorda yoki fibroz va petrifikasiya holatida bo'lishi mumkin.

Surunkali gipertrofik pulpit (pulpitis chronica hypertrophica) tarkibida tolali elementlar, kapillyarlar va ko'p sonli hujayralar bo'lgan yosh granulyasion to'qima hosil bo'ladi. Bu to'qima asta-sekin etilib boradi. Granulyasion to'qimaning tish kariyes kovagi tomonidan joylashgan yuzlari har turli ta'sirotlardan chirish-nekrozga uchrashi mumkin. Bu joylardagi pulpada juda ko'p leykositlar bo'lib, to'qima tez-tez qonab turadi. Granulyasion to'qima ustiga epiteliy kelib qo'shilsa, pulpa polipi hosil bo'ladi. Pulpaning chuqur qavatlari sklerozlashgan, fibroz to'qimaga aylangan bo'ladi.

Surunkali gangrenoz pulpit (pulpitis chronica gangrenosa) da pulpada emirilgan joylar va ulardagi mikroorganizmlar, ma'lum tuzilishga ega bo'lmagan, masalan, yog' kislotalari va qon pigmentlar orasida ajratuvi (demarkasion) chegara chizig'i bo'lib, chiziqdan keyingi qismda zardobli yallig'lanish va granulyasion to'qimaning o'lganligi aniqlanadi. Ildiz pulpasida ham shunday o'zgarishlar kuzatiladi, ammo ajratuvchi chiziq, ko'pincha ildiz pulpasini saqlab qolishni ta'minlaydi. Shuning uchun ham klinikada to'liq yoki to'liq bo'lmagan pulpa gangrenasi deyiladi.

Surunkali fibroz pulpitning qaytarilishi (pulpitis chronica fibrosa exacerbata) dagi patologik o'zgarishlar pulpada surunkali pulpaga xos o'zgarishlar bilan bir qatorda xarakterlidir. Bunda pulpada absesslar paydo bo'lib, qon tomirlar kengayadi, pulpa shishadi va asab tolalarini siqib bosib, turli og'riqlar paydo qiladi. Bu jarayon ildiz pulpasiga ham o'tadi.

Qoldiq pulpit yoki ildiz pulpasining surunkali pulpitidagi patologo-anatomik o'zgarishlar asosan ildiz pulpasida kuzatiladi. Toj pulpasi parchalangan yoki olib tashlangan bo'ladi. Ildiz pulpasining malum chuqurlikda granulyasion to'qimadan tuzilgan ajratuvchi (demarkasion) chegara chizig'i bo'lib, undan pastdagi pulpa to'qimasida surunkali yallig'lanish va fibroz holati borligi aniqlanadi. Agar surunkali yallig'lanish o'choqlarida absesslar paydo bo'lsa, pulpit qaytalanadi yoki o'tkir tarzda kechadigan pulpitga aylanadi.

Konkremental-konkrementoqli pulpitda tish bo'shlig'ida turli hajmdagi dentikllar borligini rentgenogrammadan ko'rish mumkin. Bunda

paydo bo'ladigan og'riqlar faqat asab tolalarini bosilishidan (komp-  
ression) kelib chiqadi va yallig'lanish bo'lmaydi.

Pulpoperiodontitda ildiz pulpasida demakrasyon chiziq chegarasi bo'lib, uning pastida surunkali yallig'lanish, ba'zida uning qaytalanishi va ildiz uchida suyak to'qimasining turli shakl, hajmdagi emirilishlari borligi rentgenogrammada ko'rinadi. Potologo-anatomik o'zgarishlar shunga yarasha loyiq bo'ladi.

Retrograd pulpitlar uchun tish butunligi, marginal periodontning butunligini buzilishi munosabati bilan undagi patologik tish-milk cho'n-taklarining borligi, infeksiyani ildiz uchi va deltasimon kanalchalardan kirib butun pulpani yallig'lantirishi xarakterli hisoblanadi.

Gemotogen (qon oqimi orqali) pulpitda ham tish butun bo'lib, infeksiya apikal va deltasimon kanalchalardan qon orqali tushishidan kelib chiqadi.

Jarohatiy-travmatik pulpitlar o'tkir jarohat (chuqur kariyesni davolashda bexosdan pulpa oxini ochib qo'yish, urilish, yig'ilish va xokazo) lar oqibatida kelib chiqadi.

Retrograd, gematogen, jarohatiy pulpitlarda bo'ladigan patologo-anatomik o'zgarishlar yaxshi o'rganilmagan. Bunday pulpitlarni davolash asosan pulpani butunlay olib tashlash bilan xotima topadi.

## HAR XIL PULPITLARNING KLINIKASI

Tish pulpa yallig'lanishining klinik ko'rinishlari og'iz bo'shlig'i muhiti va umumiy organizmning holatiga qarab turlicha bo'ladi.

E.V. Borovskiy va boshq. (1989, 1998) ning ma'lumotlari bo'yicha poliklinikaga yordam so'rab keladigan bemorlar orasida 38% o'tkir, 62% esa surunkali pulpit bo'lgan. Ma'lumki, surunkali pulpit ko'pincha profilaktik ko'ruvda aniqlanadi (V.S. Ivanov va boshq. 1990). Shuning uchun pulpit tashhisini aniqlash o'ta muxim masala. Chunki u davolash usulini tanlash va uni muvaffaqiyatli tugatishda katta rol o'ynaydi. Pulpitning tashhisi bemorning subyektiv va obektiv, asosiy va qo'shimcha usullari bilan har tomonlama, chuqur tekshirish natijalariga qarab aniqlanadi. Bularga bemor bilan savol javob o'tkazish, uni tashqi va ichki (og'iz bo'shlig'i, kasallangan tishni) ko'ruvdan o'tkazish, og'rigan tishni zondlash, perkussiya, palpasiya qilib ko'rish, issiq va sovuq suvga reaksiyasini (temodiagnostika), elektr tokiga sezuvchanligini (elektro-diagnostika) aniqlash, tish va uning atrofidagi to'qimalar holatini rentgenologik tekshirish kabilar kiradi.

To'g'ri tashhis qo'yishda bemorni batafsil tekshirib ko'rish katta ahamiyatga ega. Bunda savol-javob, muloqot, so'rov o'tkazish kasallikni turli qirralarini ochib bera olishiga Gippokrat, Abu Ali Ibn Sino va

undan keyin, ko'pchilik rus olimlari (G.A. Zaxarin, S.P. Botkin, M.Ya. Mudrov va boshq.) tayanganlar, ishonganlar.

M.Ya. Mudrov bunday yozadi; "batafsil savol-javobdan keyin, bemorning umumiy holatini aniqlash uchun, shifokor uning boshidan oyog'igacha ko'rib chiqishi, bemor betiga, peshonasiga, lunjlariga, og'ziga, burniga axamiyat berishi zarur. Chunki odatda bu joylarda kasallik belgilari aks etishi mumkin..."

Pulpitda bo'ladigan kuchli, xurujli, turli davomatdagi og'riqlar bemorning vaqtincha mexnat (o'qish va boshq.) faoliyatdan maxrum etadi. Pulpitdagi og'riq chakkalarga, boshga tarqaladi, ishtaxa, uyqu buziladi, bemor holsizlanadi, tajanglashadi, ba'zida uning ko'zlari qizaradi, og'riq tomondagi teri rangi o'zgarishi mumkin va xokazo. Shuni ta'kidlash kerakki, og'riq turli odamlarda, ular tanasining ahvoli, asab tizimining o'ziga xosligi kabi sabablarga bog'liq turli reaksiyalar bilan kechishi kuzatilgan. Shuning uchun, og'riq o'zi nima degan savolga uzoq yillardan beri olimlar tomonidan aniq javob berilmay kelinyapti. Bu haqidagi hozirgi zamon neyrofizsiologlar fikricha, og'riq – bu subyektiv belgi bo'lib, tirik organizmni bo'lajak xavfdan ogoxlantirib turadi.

I.P. Pavlov yozgan edi: "Subyektiv dunyoni rad etish yaramaydi, o'z-o'zidan ma'lumki u albatta bor. Shuning asosida biz xarakat qilamiz... shundan ijtimoiy va shaxsiy hayot tashkil topadi..."

P.K. Anoxin fikricha; "Og'riq-bu odam ruhiyatining o'ziga xos holati va u o'ta kuchli yoki buzuvchi bir ta'surot oqibatida markaziy asab tizimida hosil bo'ladigan fiziologik jarayonlarning yig'indisidir".

Pulpitda bo'ladigan og'riqlar ham bemorning subyektiv sezgisidir.

Pulpitni tashhislashda og'riq xarakterini o'rganish, bilish katta ahamiyatga ega. "Ba'zida og'riqni qaysi tusdaligiga qarab, zardobli yallig'lanishning yiringlisiga o'tganligini sezish mumkin" (N.N. Bajanov).

Savol-javobda bemor tanasida kechib turgan, tishlarga ham tarqalishi mumkin bo'lgan, og'riqlar bilan kechadigan umumiy kasalliklar (uchlamchi asabning nevralfiyasi, gangliolit, stenokardiya, gipoterioz, gipertireoz, gipertaniya kasalligi, odontogen gaymorit, jag' osteomeyelitlari va boshq.) bor-yo'qligini aniqlash ham pulpit tashhisida muhimdir.

Tish jarohatlari, unga tushadigan xaddan tashqari bosim, ovqat qoldiqlari bilan tish kovagining yopilib qolishi, organizmni o'ta sovushi, charchashi, ruxiy va xissiy qiynalishlar, virus va mikroblar chiqaradigan kasalliklar va boshqa shunga o'xshash o'zgarish va ta'surotlar surunkali pulpitni qaytalanishiga sabab bo'la oladilar.

Pulpit bilan og'riq bemorning tashqi ko'rinishida uncha o'zgarishlar bo'lmaydi, yuz tuzilishi o'zgarmagan. Ammo ba'zida ko'z pardalari, kasal tish tomondagi teri qizargan bo'lishi mumkin. Og'izni ko'rganda faqat bemor ko'rsatgan tishni emas, balki hamma tishlar, milk va shilliq qavat holatlarni ko'rish, ulardagi o'zgarishlarni bilish maqsadga muvo-

fiqdir. Shuni unutmash kerakki, pulpitda (xususan umumiy, diffuz pulpitda) ko'pincha og'riq tarqaladigan (irradiatsiya) bo'ladi. Pastki jag' tishlaridagi pulpit og'riqlari yuqori jag' tishlariga va unga teskari bo'lib tarqaladi. Pulpaga infeksiya faqat kariyes kovagidagina emas, balki yoriqlar, eroziya, emalning qisman singan joylari, paradontal cho'ntaklar, yallig'langan o'choqlar (periostit, osteomyelit), jag' suyagining jaro-hatlari orqali ham o'tishi mumkinligini bilish zarur.

Kariyes kovagini ovqat qoldiqlari va kovakdagi chiriklardan tozalab, shifokor zondlab ko'rganda, pulpa holati to'g'risida aniq ma'lumotlar olishi mumkin. Ammo zondlaganda tishga tushmasligi kerak.

Tashhisda, pulpa bilan kariyes kovagi ochiqni-yo'qligini aniqlash, ochiq bo'lsa, pulpani qaysi holatdiligini aniqlash muhimdir. Solishtirma perkussiya (kasal tishlar va sog'lom tishlar) pulpit bilan og'riq tishda periodont zararlanganligini yoki zararlanmaganligini aniqlashga yordam beradi. Xaroratiy sinma tishni ko'rganda yig'ilgan ma'lumotlarni to'ldiradi. Bunda L.R. Rubin (1959) tavsiya etgan temodiagnostika usuli yaxshi natija beradi: oldingi kesuvchi, uzuvchi tishlarning fiziologik sezish, chegarasi 18–22°C ni tashkil etsa, kichik va katta oziq (chaynov) tishlarda esa sovuqni sezish chegarasi 11–13°C ni, issiqni sezish chegarasi 60–70°C ni tashkil etadi.

Tishlarni tekshirishda qo'llanadigan temodiagnostika usuli, tishdagi fiziologik sezish chegarasining holatini aniqlashga asoslangan: agar bu chegara buzilmagan bo'lsa (sog'lom tishlar) yuqorida keltirilgan haroratiy ta'sirotlardan kishi "issiqni" yoki "sovuqni" sezadi, buzilganida (chuqur yoki chuqurlashgan kariyes, pulpit) esa, tishda og'riq paydo bo'ladi. Bu usulda, har bir tekshiriladigan tishga aloxida (tish yuzasida yoki kariyes kovagiga) qo'yiladi. Ammo suv shpris yordamida tishlarga qo'yilsa, sepilsa, bemor o'z sezgisidan adashishi mumkin bo'lgani sababli, bunday usul qo'llanilmaydi.

Shuni ta'kidlash zarurki, odam organizmiga ta'sir etuvchi (pulpit misolida issiq, sovuq) omil fiziologik sezgi chegarasidan oshsa, unda sog'lom tishlarda ham og'riq paydo bo'ladi. Bu qonuniyat boshqa ta'surotlarga (yorug'lik yoki tovush, ta'm yoki hid sezish) ham taalluqlidir.

L.R. Rubin (1949) taklif etgan elektroodontodiagnostika usulida tishni (pulpani) asab tizimining elektr tokiga sezuvchanligini tekshirish ham yaxshi natija beradi. Yosh, sog'lom odamlarning sog'lom tishlari me'yorda. 2–6 mA-ga javob reaksiyasi (kichkina og'riq sezish) ni beradi. Yoshi ulug'lashgan, xususan qari odamlar tish bo'shliqlarini pulpada turli sabablardan tuzlar yig'ilib qolganligi (petrifikat, dentikllar) uchun, bunday tishlar pulpasining elektr sezuvchanligi pasayadi. E.B. Borovskiy va boshq. (1986) ma'lumotlari bo'yicha, 61–70 yoshdagilar pulpasining me'yordagi sezuvchanligi 40–50 yoshdagilarniki 50–55 mA-ni tashkil etishi mumkin.

Pulpitda rentgenalogik tekshirishlar kam qo'llanadi. Ammo ba'zida surunkali pulpitlarda ildiz uchi qismidagi periodont va suyak to'qimasida turli darajadagi o'zgarishlar, emirilishlar bo'lishi mumkin. Bu usul pulpoperiodontit, qoldiq. Pulpit, konkremental pulpit, jarohat oqibatida kelib chiqadigan pulpitlar uchun o'ta zarurdir. Pulpitni tashhislashda obyektiv ma'lumot, axborot olish muhimdir. Shu maqsadda, yuqorida keltirilganlardan tashqari, A.A. Proxonchukov, N.K. Loginova va V.P. Zayseva (1970) taklif etgan reodontografiya usulini qo'llash mumkin.

Ildiz pulpasi borligini "Amdent" (FRG) firmasi taklif etgan maxsus asbob yordamida og'riqsiz aniqlash mumkin. Bu asboddagi displey yuqori darajadagi aniqlikda maxsus yorug'lik va tovush signallarini beradiki, ularning ko'rsatkichlariga qarab pulpa holati aniqlanadi. Boshqa usullar ham bor, ammo ular amaliyotga kam kirgan. Pulpitni tashhislash soxasidagi ishlarni davom ettirish, takomillashtirish uchun yangi, aniq ma'lumotlar beradigan tashhislash usullarni ishlab chiqish zarur.

O'tkir shakldagi pulpitlarni (pulpitis acuta) E.V. Borovskiy va boshq. (1989, 1998) bu pulpitlarga xos quyidagi 4 belgini keltiradilar:

1) "o'z-o'zidan" og'riq, og'riqlar tashqi ta'sirotlarsiz paydo bo'ladi. Og'riq xurujining shiddati, uning paydo bo'lish muddatlari, davomligi pulpitni klinik kechishiga bog'liq. "O'z-o'zidan" bo'ladigan og'riqlar ko'p sabablardan bo'lishi mumkin: qon aylanishining buzilishi, asab tolalari va uchlarning mikroob va ularning zaxarlari, dentin va pulpa tarkibidagi organik moddalarning parchalanishidan hosil bo'lgan narsalardan ta'sirlanishi, yallig'lanish o'chog'ida rN-ni o'zgarishi. Shuni ta'kidlash kerakki, "o'z-o'zidan" og'riq iborasi falsafa qonuniyatlariga to'g'ri kelmaydi. Bunday og'riqlar albatta pulpa yallig'lanishida to'plangan turli zaxarlarning asab tolalari salbiy ta'siri va eksudati asab tolalarini siqishidan kelib chiqadilar. Shuning uchun "o'z-o'zidan" og'riqlar iborasi o'rniga, "ko'zga ko'rinmas sabablardan kelib chiqadigan og'riqlar" iborasini ishlatish, bizningcha to'g'ri bo'ladi;

2) mexanik, kimyoviy va xaroratiy ta'sirotlardan davomli og'riq xuruji. Ma'lumki, bu ta'sirotlar kariyes kasalligida ham og'riq chiqaradilar. Ammo, bu og'riqlar ta'sir etuvchi omil olingach, to'xtaydilar. Pulpitda esa og'riq huruji ma'lum vaqt davom etadi. Ba'zida pulpitda kuchsiz ta'sirotlar ham og'riq xurujiga sabab bo'ladi. Yuqorida keltirilganidek, organizmga, xususan pulpaga ta'sir etuvchi omillar fiziologik sezgi chegarasidan oshsa, og'riq paydo bo'ladi.

3) O'tkir pulpit va surunkali pulpitni qaytalanishida asosan tungi og'riqlar karakterlidir. Kunduz kuni odam ish, o'qish va boshqa mashg'ulotlar bilan band bo'lgani uchun og'riqni sezsa, uncha axamiyat bermasligi mumkin. Tunda esa og'riq kuchliroq seziladi. Bu parasimpatik asab tizimi (n.vagus) faoliyatining simpatik tizimga nisbatan ustun turishi, shuningdek yurak ishining tunda pasayishi va u bilan bog'liq qon aylanishning pasayishi oqibatida pulpitda zaxarli



moddalarning to'planishi hamda bular ta'sirida asab reseptorlarining tiklanishi, ta'sirlanishi bilan bog'liq deb xisoblashadi;

4) xurujsimon og'riqlar va ular orasidagi og'riqsiz oraliqlar o'tkir pulpit va surunkali pulpit qaytalanishida kuzatiladi. Bunga sabab, organizmning uzoq davomli og'riqqa moslashishi, ko'rinishi, asab tizimining charchashi, asab reseptorlarini shishgan pulpa bilan siqilishi kabilardan bo'lsa kerak deb taxmin qilishadi. Ba'zida og'riq xuruji bo'lmagan oraliq daralarida yuz va bo'yin terilarning ayrim joylarida giperestiziya (sezuvchanlikni oshganligi) kuzatiladi. Ged zonalarida 65–67%da giperosteziya borligi qayd etiladi. Ko'pincha, hususan o'tkir diffuz yiringli pulpitdan uchlamchi asab (n.trigminus) bo'ylab og'riqlar tarqaladi (irradiatsiya).

O'tkir o'choqli, chegaralangan pulpit (pulpitis acuta, focalis, purtialis) pulpa yallig'lanishining boshlang'ich bosqichi hisoblanadi va bunda kariyes kovagida yaqin pulpa qismi, ko'pincha uning shoxlari yallig'lanadi, keyinchalik esa, vaqt o'tishi bilan yallig'lanishi pulpaning boshqa qismlariga tarqaladi. Asta-sekin pulpa toj qismi, keyinchalik 1–2 kunda ildiz pulpa yallig'lanadi.

O'tkir pulpitlarning barcha turlariga xos bo'lganidek, o'tkir o'choqli pulpitda og'riq xurujsimon bo'lib, xurujlar orasida og'riqsiz oraliqlar bo'ladi. Ammo og'riqsiz oraliqda pulpaga biror tashqi ta'sirotda ta'sir qilsa, og'riq paydo bo'lishi mumkin.

Bemor bilan muloqot o'tkazganda o'tkir o'choqli pulpitga xos oziq xuruji bir necha daqiqaga va ular orasidagi og'riqsiz oraliq bir necha soat davom etishi, og'riq xurujlarning jadalligi kabi belgilarini aniqlash zarur. Chunki bu to'plangan ma'lumotlar to'g'ri tashhis qo'yishda va bemorni davolash usulini tanlashda o'ta muhimdir.

Subyektiv belgilar. O'choqli pulpitda barcha tashqi ta'sirotlardan kasallangan tishda og'riq paydo bo'ladi.

Bemor har turli ta'surotlardan og'riq paydo bo'lishiga shikoyat qiladi. Kariyesda ham tashqi ta'sirotlardan kuchli og'riq paydo bo'ladi, ammo o'tkir o'choqli pulpitda og'riqlar uncha kuchli bo'lmasada, ta'sirot olingandan keyin ham davom etadi. Og'riq ko'zga tashlanmaydigan, ya'ni sababsiz ham bo'ladi. Og'riq xuruji bir necha daqiqaga (goxida 10–20 daqiqaga) davom etadi va xurujlar orasidagi vaqt bir necha soat bo'lishi mumkin. Bemor kasal tishni to'g'ri ko'rsatadi, chunki og'riq tarqalmaydi. Kechqurun, uyqu soatlarida og'riqlar zo'rayadi.

Obyektiv belgilar. Tashqi ko'ruvda, odatda o'zgarish bo'lmaydi. Tekshirib ko'rishda, tishda ovqat qoldiqlari va yumshagan to'qimalar bilan to'lgan kariyes kovagi ko'rinadi. Tozalangan kovak devorlari va tub zich, qattiq tubni zondlashda ma'lum nuqtalarda, ko'pincha pulpa shoxlariga yaqin joylarda og'riq paydo bo'ladi va u paxta olingandan keyin ham davom etadi.

Agar kariyes kovagi bo'lmasa, paxta tampon L.R. Rubin (1955) aniqlagan tishlarning sezgi nuqtalariga (oldingi tishlarning kesuvchi, uzuvchi yuzalari, kichik oziq tishlarni lunj do'mboqchalarining uchi, katta oziq tishlarning medial lunj do'mboqchalarini ichki qismlariga) yoki tishlarning bo'yin qismlariga qo'yiladi. Pulpaning elektr sezuvchanligi pasayadi. Bu pasayish faqat yallig'langan shoxda bo'ladi. Tishning boshqa qismlaridagi pulpa me'yorda bo'lgani uchun, unda elektrododontodiagnostika ko'rsatkichlari o'zgarmaydi. Agar toj qismidagi pulpaning hammasi yallig'langan bo'lsa, unda bemor 50–60 mA tokka javob beradi va bu ildiz pulpasining reaksiyasidir. Sun'iy toj bilan qoplangan tish pulpasi yallig'langanda yoki kariyes kovagi tishlarning bir-biriga yopishib turgan yuzalarida joylashganda, kovakni zond yordamida tekshirib ko'rishni iloji bo'lmasa, unda rentgenologik usulni qo'llash kerak bo'ladi. Shuningdek, rentgenologik tekshirish yashirinib turgan boshqa o'choqlar (paradontal cho'ntak, periapikal to'qimalar yallig'lanishi, jarohatdan paydo bo'lgan pulpit, konkremental, retrograd pulpitlar, pulpoperiodontit kabilar) dan o'tgan infeksiyalardan rivojlangan pulpitlarda va surunkali pulpit yoki uning qaytalanishida bo'lishi mumkin bo'lgan ildiz uchidagi periodont va suyak to'qimalaridagi o'zgarishlarni bilish uchun ham qo'llanadi.

O'tkir o'choqli pulpitda perkussiya og'riqsiz bo'ladi, ammo qo'shni sog'lom tishlarga nisbatan kasal tish perkussiyaga sezuvchanroq bo'lishi mumkin.

Qiyosiy tashhis. O'tkir o'choqli pulpitni chuqur kariyes, o'tkir diffuz, umumiy, surunkali pulpit va uning qaytalanishi papillit bilan qiyoslanadi.

Chuqur kariyes bilan o'tkir o'choqli pulpitning bir-biriga o'xshashligi bo'lib, har ikkala kasallikda ham barcha tashqi ta'sirotlardan kuchli o'tkir og'riq paydo bo'ladi. Ularning bir-biridan farqlari esa, paydo bo'lgan o'tkir kuchli og'riqni keltirib chiqargan omil yo'qotilganda ko'rinadi: chuqur kariyesda og'riq darrov to'xtaydi, o'tkir o'choqli pulpitda esa og'riq ma'lum vaqt davom etadi. Undan tashqari o'tkir o'choqli pulpitda o'z-o'zidan, sababi ko'zga tashlanmasada, og'riqlar bo'lishi ham bu kasallikni chuqur kariyesdan farqlab turadi. O'tkir o'choqli pulpitda og'riq faqat maxalliy pulpitga uchragan tishda bo'ladi, og'riq tarqalmaydi-irradiyasiyalanmaydi, og'riq xurujlari og'riqsiz oraliqlariga nisbatan qisqa muddat davom etishi bu kasallikni o'tkir diffuz, umumiy pulpitdan ajratib turadi. O'tkir umumiy diffuz pulpitda kuzatiladigan o'z-o'zidan paydo bo'ladigan og'riq hujayralari o'tkir o'choqli pulpitga nisbatan, davolash kuchliroq bo'ladi. O'choqli pulpitlarga nisbatan surunkali fibrozli pulpitlarda o'z-o'zidan og'riq, kechqurun, tundagi og'rishlar kamdan kam bo'ladi: og'riqlar asosan ta'surot (xaroratiy) ta'sirida yuzaga keladi. Surunkali fibrozli pulpitlar anamnezida, o'tmishda xurujli o'tkir og'riqlar bo'lganligi qayd etiladi; ba'zida surunkali fibrozli pulpitlarning qaytalanishida, ya'ni surunkali

pulpa yallig'lanishi qo'zg'alganda o'tkir xurujsimon og'riqlar bo'ladi. O'tkir o'choqli pulpitni qaytalangan surunkali fibrozli pulpitdan farqi shundaki, undagi o'tkir og'riqlar birinchi bor paydo bo'lgan. Qaytalangan surunkali fibrozli pulpitda esa, ko'pincha pulpa bilan kovak orasida teshik bo'ladi va uni zondlab ko'rganda pulpa qonashi va qattiq og'riq paydo bo'lishi mumkin bo'lsa, o'tkir o'choqli pulpitda bunday teshik yo'q. Undan tashqari, o'tkir o'choqli pulpitda periodont o'zgamaganligi, qaytalangan surunkali fibrozli pulpitda esa, ko'pincha periodont yorig'i kengayganligi yoki uning qismi va suyak to'qimasi ma'lum o'zgarishlar, emirilishlar borligi rentgenologik tekshiruvda aniqlanadi. Har ikkala kasalxonada ham, tishning elektr tokiga sezuvchanligi pasayadi (20–40mkA), lekin surunkali fibrozli pulpit va uning qaytalanishida pulpa sezuvchanligi ko'proq pasayadi.

O'tkir arginal periodontitdagi papillitda milk surg'ichi doimo qizargan, shishgan bo'ladi, unga tekkanda, qon oqadi va og'riq paydo bo'ladi. Kariyes kovagi bo'lmasligi, bo'lsada pulpa yallig'lammaganligi, uni o'tkir o'choqli pulpitdan farqlab turadi. Papillitda ko'proq ko'ndalang (gorizontal) perkussiya og'riqli bo'ladi.

O'tkir diffuz, umumiy pulpit (pulpitis acuta diffusa seutotalis). O'tkir o'choqli pulpit o'ziga xos belgilari bilan 2–3 kun davom etadi, undan keyin yallig'lanish jarayoni pulpaning toj va ildiz qismlariga tarqalgangach, o'tkir diffuz pulpit zardobli va yiringli eksudat yig'ilishi bilan kechishi mumkin. Biz bu erda zardobli o'tkir diffuz pulpit to'g'risida ma'lumot beramiz.

Subyektiv belgilar. O'tkir o'choqli pulpitga nisbatan avvalo o'z-o'zidan paydo bo'ladigan og'riqlar xurujlarning doimiyliigi oshadi: og'riq xurujlari bir necha soatlab davom etadi, unga yarasha og'riqsiz oraliqlar vaqtlari qisqaradi, ya'ni og'riqlar soatlab davom etadi, ular orasida og'riqsiz vaqt esa daqiqalarga teng bo'ladi. O'tkir diffuz pulpit uchun og'riqlarni uchlamchi asab (n.trigeminus) shoxlari bo'ylab tarqalishi xarakterli hisoblanadi va shuning uchun ham bemor kasal tishni aniq ko'rsata olmaydi. Agar kasallangan tish yonidagi qo'shni tishlarda kariyes kovaklari yoki sun'iy tojlar, plombalar bilan yopilgan tishlar bo'lsa, unda tashhis qo'yish qiyinlashadi.

Bemor pulpitga uchragan tishda o'tkir, davomli, xuruqli og'riqlar bo'lishi va atiga 30–40 daqiqa og'riqsiz oraliqlar bo'lishiga shikoyatlar qiladi. Ba'zida, go'yoki og'riqlar doimiy og'riqsiz oraliq bo'lmasdan, og'riqning shiddati salgina bosilganday bo'ladi. Tundagi og'riqlar undanda kuchayadi, tashqi ta'sirotdan uzoq davomli og'riq paydo bo'ladi. Og'riqlar 1–2 hafta davom etadi. Ba'zan issiq suvdan og'riq pasayganday bo'ladi. Og'riqlar yuqori va pastki jag' tishlardan turli joylarga tarqaladi: pulpit pastki jag' tishlardan birida bo'lsa, undan jag' suyagiga, uning suyak osti qismlariga, quloqqa (kasal tish joylashgan tomondagi), pasyalkaga va yuqori jag'ga, bo'yinga tarqaladi; yuqori jag' tishlardan

esa yuqori jag' suyagiga, chakkaga, ko'z tegi, qoshlarga va pastki jag'ga tarqaladi. Yuqori jag'dagi kesuvchi tishlardan og'riq ko'z ostki qismlari, burun qanotlariga, yuqori labga, tanglayga tarqaladi. Ba'zida o'ng tomon tishlardan chapki tishlarga va aksincha bo'lib og'riq tarqalishi mumkin. Bemorning umumiy ahvoli o'zgargan, ovqat qabul qilish, uyqu, ishtaxa buziladi, ba'zida tana xarorati ko'tariladi, xususan ojiz tanada, bolalarda. Bemor vaqtincha ish, o'qish va boshqa faoliyatlarni bajara olmaydi. Undan tajanglik, holsizlik, tez charchab qolish, bosh og'rig'i kabilar bo'lishi mumkin.

Obyektiv belgilar. Ko'ruvda va tishni zondlash, ovqat qoldiqlari, yumshagan emal, dentin bilan to'la chuqur kariyes kovagi borligi aniqlanadi. Tozalangan kovak tubining hamma nuqtalarida zondlashdan og'riq paydo bo'ladi. Perkussiya yengil og'riqli bo'lishi mumkin. Bu yallig'langan pulpani urganda chayqalishi (kommosiya) yoki periodontni intoksikasiyasidan darak beradi.

Kariyes kovagiga tushgan barcha mexanik, kimyoviy va fizikaviy ta'sirotlar og'riq chiqarishi mumkin. Agar kovak tubi teshilib, eksudat pulpadan kovak bo'shlig'iga chiqsa, og'riq pasayadi va bemor o'zini yengil xis etadi.

Rentgenologik tekshiruvlar kariyes kovagi borligini, periodontda o'zgarishlar yo'qligini ko'rsatadi.

Pulpaning elektr tokiga sezuvchanligi pasayadi (30dan 60–70 mK gacha).

Qiyosiy tashhis. O'tkir diffuz, umumiy pulpit o'tkir o'choqli va qaytalangan surunkali pulpit, o'tkir apikal va qaytalangan surunkali periodont, uchlamchi asab nevrologiyasi, gaymorit va tish katakchalarning yallig'lanishi oqibatida paydo bo'ladigan og'riq bilan qiyoslanadi.

O'tkir diffuz, umumiy pulpitga xos bo'lgan xurujli og'riqlarning davomlilikligi, tarqaladigan og'riqlar borligi, perkussiya og'riqli bo'lishiga asoslanib, o'tkir o'choqli va qaytalangan surunkali pulpit bilan farqlanadi, qiyosiy tashhislanadi.

O'tkir va qaytalangan surunkali, cho'qqi periodontitlarda bo'ladigan doimiy, uzluksiz maxalliy, simmilab og'riydigan og'riqlar, kasal tishga bosilganda paydo bo'ladigan o'tkir og'riq, perkussiyadagi og'riqlar ularni o'tkir diffuz, umumiy pulpitdan ajratib turishiga asoslanib qiyosiy tashhis qo'yiladi. O'tkir va qaytalangan surunkali periodontitlarda, ba'zida tish ildizlariga to'g'ri keladigan og'iz bumalarida qizarish, shish borligi palpasiyada bilinadi. Periodontitda turli xaroratliy ta'sirotlardan og'riq bo'lmaydi va elektr tokiga sezuvchanlik pasayadi – 100 mK dan yuqori (periodontitning reaksiyasi).

Ovqat qabul qilishda, gapirishda, kasallangan tomon terisiga tekkanda paydo bo'ladigan o'tkir, kesuvchi og'riqlar, ularning xurujli bo'lishi uchlamchi asab nevrologiyasi uchun xarakterli hisoblanadi. Nevralgiyada tundagi og'riqlar bo'lmaydi, ammo kasal tomon terisiga ko'rpa, yostiq,

yoping'ich kabilar tegishi bilan og'riq qo'zg'aladi. Tishlar butun va sog'lom bo'lishi mumkin. Kasal tomondagi tishlarda kariyes kovaklari yoki plombalar bo'ladigan bo'lsa, ularda elektrododontodiagnostika, temo va rentgenodiagnostika o'tkazishga to'g'ri keladi va yig'ilgan ma'lumotlar asosida pulpit bor yoki yo'qligi aniqlanadi.

Gaymoritda bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi va tana xarorati ko'tariladi, bosh og'rig'i, holsizlik, burundan nafas olishning og'irlashuvi paydo bo'ladi. Bemor boshini pastga qarab egishida, burun yondosh bo'shlig'ida og'riq, noxush sezgilar sezadi. Odatda, burun teshigidan ko'pincha aksirganda, yiring yoki qon aralash ekssudat chiqadi. Burun yondosh bo'shliqlaridagi kasallikka xos rentgenologik o'zgarishlar, diafanoskopiya va boshqa otolaringolgiyada qo'llanadigan tekshirish usullari yordamida gaymorit tashhisi qo'yiladi. Ko'proq pulpit yuqori jag' tishlarda bo'lgan paytda gaymorit bilan pulpit qiyosiy tashhislanadi.

Tish olingandan keyin, ba'zida infeksiya tish katagiga tushib, unda yallig'lanish paydo etadi va natijada og'riq kelib chiqadi. Katak atrofi palpasiyalanganda og'riqli bo'ladi. Og'izda qo'lansa xid paydo bo'ladi. Obyektiv ko'ruvda olingan tish katakchasi bitmagani, uni karashlar bilan yopilib turganligi, katak atrofidagi yumshoq to'qimalar shishganligi (shish bo'lmasligi ham mumkin) qayd etiladi. Agar olingan tish kovagi atrofidagi tishlarda o'zgarishlar, pulpani yallig'lanishlari bo'lsa, unda ularni aniqlab bir-biridan farqlash kerak bo'ladi.

Surunkali pulpit qaytalanishida, kasallikni uzoq muddat davom etayotganligi, qo'zg'alib, qaytalanib turishi, bemorning subyektiv sezgilarning qo'shilishi, obyektiv ko'ruvdagi o'zgarishlar (tish toj qismining ancha hajmi emirilganligi, rentgenogramma, elektrododontodiagnostika ma'lumotlari) surunkali pulpa yallig'lanishiga xos ekanligi qiyoslashda yordam beradi.

O'tkir yiringli diffuz pulpit (pulpitis acute diffusa puruienta) o'tkir pulpitning eng og'ir shakli bo'lib, chidab bo'lmas darajadagi, ayniqsa tungi paytlarda kuchayadigan xurujsimon o'tkir, uzuvchi, kesuvchi, lo'qqillovchi xarakterlardagi og'riqlar bilan kechadi. U o'tkir diffuz serozli pulpitdan (1-2 kunda) keyin rivojlanadi va undan og'riq xurujlarning kuchliligi, davamliligi, jadalligi va eng asosiy lo'qqillovchi og'riq xurujlari bilan ajralib turadi. O'tkir yiringli diffuz pulpit uchun lo'qqillovchi og'riq xurujlarning paydo bo'lishi va ular orasidagi og'riqsiz oraliqning deyarli yo'qolishi hamda bemor organizmning umumiy holatini salbiy tomonga o'zgarishi (ayrim bemorlarga tana xaroratining ko'tarilishi, uyqu va ishtaxaning buzulishi, bosh og'rig'i, holsizlik, tajanglik kabilar) xarakterlidir.

Subyektiv belgilari. O'tkir diffuz, umumiy serozli pulpitga o'xshasada, undan farq qiladi. 1-2 kundan keyin serozli ekssudat yiringga aylanadi. Yiring asta-sekin pulpada kichik abscesschalar, abscesslar yoki toj pulpaning ma'lum bir qismining emirilishi oqibatida pulpa flegmonasini

hosil bo'lishiga olib keladi. Natijada og'riq yanada kuchli bo'lib, tishda lo'qqillovchi og'riqlar xurujlar paydo bo'ladi, ularning oralaridagi og'riqsiz vaqt deyarli yo'qoladi. Og'riq jadalligi ma'lum pog'onaga ko'tarilgach, biroz pasayadi, og'riqsiz oraliqdan keyin yana kuchli og'riq paydo bo'ladi.

Tarqaluvchi og'riqlar kuchligidan bemor qiynalib, qaysi tishda og'riq borligini ko'rsata olmaydi va bemor ish qobiliyatini yo'qotadi, ovqatlana olmaydi, uxlay olmaydi, yotsa og'riq battar avj oladi, kuchayadi. Ba'zida tana xarorati ko'tariladi, bosh og'rig'i, holsizlik paydo bo'ladi. Agar oldin ham sovuq, ham issiq suvdan og'riq paydo bo'lgan bo'lsa, yiringli pulpitda og'riq issiq suvdan ko'proq paydo bo'lib, kuchayadi yoki qo'zg'aladi, sovuq suv ta'sirida esa bosiladi. Og'riqni tarqalishi o'tkir diffuz pulpitga o'xshash bo'ladi.

Obyektiv belgilar. Ko'ruvda tishda ovqat qoldiqlari va yumshaydigan dentin bilan to'lgan chuqur kariyes kovagi borligi aniqlandi. Ekskavator va shunga o'xshash asboblarda yordamida kariyes kovagi tozalanib, uning tubini zond yordamida tekshirilganda, hamma nuqtalarida og'riq paydo bo'lishi qayd etiladi. Agar kovak tubi teshilib, undan yiring chiqsa, og'riq pasayadi yoki to'xtaydi. Ochilgan pulpa zondlanganda qattiq, kuchli og'riq paydo bo'ladi. Bunday tishda perkussiya og'riq chaqiradi. Termodiagnostika usulida tishga issiq suvga shindirilgan tampon qo'yilsa kuchli og'riq paydo bo'lishini, sovuq suvdan og'riqni pasayganligi ko'rinadi. Rentgenogrammada ildiz atrofidagi periodont o'zgarishlari aniqlansada, ayrim hollarda suyak kompakt plastinkasining tiniqligi yo'qolganini ko'rish mumkin. Elektrodontodiagnostika ko'rsatkichlari, pulpaning sezuvchanligi pasayganidan dalolat beradi. Bu usul faqat og'riqsiz oraliq paytida o'tkaziladi.

Qiyosiy tashhis. O'tkir diffuz yiringli pulpitni qiyoslash o'tkir diffuz pulpitga o'xshashdir.

Surunkali shakldagi pulpitlar (pulpitis chronica). Surunkali pulpitlarga ma'lum klinik belgilar xos bo'ladi. Surunkali pulpit odatda, o'tkir pulpitdan keyin rivojlanadi. Ba'zida esa ular mustaqil boshlanadi: bunday paytlarda o'tkir pulpa yallig'lanish davri qisqa bo'lib, jarayoni surunkali tus oladi. Surunkali pulpit rivojlanishida organizmning qarshilik ko'rsatish qobiliyatini o'zgarganligi katta ahamiyatga ega bo'ladi. Agar o'tkir pulpitni kelib chiqish va rivojlanishida infeksiya, kimyoviy, mexanik, xaroratli (termik) va boshqa omillar rol o'ynasa, surunkali pulpitni rivojlanishida organizmning reaktivligi hal qiluvchi ahamiyatga ega. Shuning uchun ham, surunkali pulpitni davolashda bemor organizmning nospesifik – xos bo'lmagan reaktivligini xisobga olish zarur.

Surunkali pulpit asosan uch xil bo'ladi: surunkali fibrozli, gipertrofik va gangrenozli.

Ba'zi shakldagi surunkali pulpitlar (gipertrofik, ba'zida gangrenozli va fibrozli pulpit) kariyes kovagi bilan tish bo'shlig'i orasida ochiq

(teshilgan) bo'lganda, ayrimlari esa (fibrozli, gangrenozli pulpit) bu oraliq yopiqligida hosil bo'lib kechadi.

Va nihoyat, pulpitga o'xshash xurujli yoki simmilovchi og'riq butun tishlarda ham kuzatiladi, jumladan pulpadagi konkrementlar, uning tomir-asab tugunchasini bosishi oqibatida pulpada mikrosirkulyatsiya buziladi, turg'unlik holati yuzaga kelib, og'riq paydo bo'ladi. Bemor og'riq tishni aniq ko'rsatadi. Og'riq asosan kunduzgi paytlarda paydo bo'ladi. Rentgenogrammada pulpada dentikllar borligi ko'rinadi.

Barcha shakldagi surunkali pulpitlar uchun xos bo'lgan belgi bu ularning uzoq muddat, bir necha oydan bir necha yilgacha davomli kechishidir. Subyektiv va obyektiv belgilarining bir-biri bilan qo'shilgani va ularni rivoji bir-biriga o'xshamasligi, tish qattiq to'qimalarining ancha qismi chirish, emirilgani xarakterlidir. Agar kariyes kovagi tashqi ta'sirotlar uncha ta'sir eta olmaydigan joylarda joylashgan bo'lsa, bemor og'riq sezmasligi ham mumkin. Barcha surunkali pulpitlarda og'riq tishda faqat ta'sirot ta'sirida og'riq paydo bo'lishi ham ularning umumiy belgilariga kiradi. Surunkali pulpitga xos bo'lgan umumiy belgilarga, bemorni uzoq muddat davomida og'izda noxushlik sezishi, unda ba'zida qo'lansa xid paydo bo'lishi, ovqatlanganida, sovuq havodan nafas olganida, sovuqda turib, issiq joyga kirganida, kasal tomonda ovqat chaynaganida, tishda simmilovchi og'riq yoki qonash paydo bo'lishi ham xarakterlidir.

Surunkali pulpit bilan og'riq kasallarni tekshirishda, tishdagi kariyes kovagi stomatogen o'choq xisoblanishi va undagi mikroblar, ularning zaxarlari organizmga salbiy ta'sir etishi hamda shuning oqibatida organizmning turli a'zo va tizimlarida umumiy kasalliklar kelib chiqishi mumkinligini unutmaslik lozim. Klinisistlar fikricha, odam tanasidagi "yashirin" ("uyqusiran") surunkali yallig'lanish o'choqlaridagi bakteriyalar va ularning zaxarlari qon oqimiga tushib, turli a'zo va tizim kasalliklarini keltirib chiqaradi yoki bo'lgan kasalliklar kechishini og'irlashtiradi. Ma'lumki, tish ichidagi, pulpadagi infeksiya uzoq muddat saqlanishi mumkin. Revmatizm, poliartirit, nefrit, holesistit, mediastinit kabi kasalliklarni kelib chiqishida yoki ularning kechishini og'irlashtirishda organizmdagi surunkali infeksiya o'choqlari, jumladan stomatogen o'choqlar sabab bo'la oladilar. V.S. Ivanov ham mualliflar (1990) bilan o'tkazgan tekshirishda, surunkali pulpit bilan latentli kechadigan revmatizmning, infeksiyon nospesifik poliartiritning boshlang'ich davrlari bog'liqligini ko'rsatadi. Bunda surunkali pulpitni davolash asosiy kasallik kechishini yengillashtirgan.

Surunkali pulpit asosiy kasallikning kechishiga, asosiy kasallik esa pulpitni kechishiga ta'sir etishi mumkin. Periodontitda yallig'langan milkdagi infeksiyani pulpaga o'ttib, uni yallig'lantirishi yoki infeksiyon nospesifik poliartirit, sil, gripp, sepsis va boshqa kasalliklarda retrograd pulpitni rivojlanishi ham kuzatilgan.

Surunkali yallig'langan pulpada gemolitik streptokokklar bo'lgani sababli, boshqa pulpadan uzoq turgan a'zolarida o'choqli infeksiyadan turli kasalliklar rivojlanishi mumkin. Pulpa bilan boshqa a'zo va tizimlar orasida ma'lum asab-reflektor bog'lanishlar borligi uchun ham bunday asoratlar kelib chiqadi.

Surunkali pulpitning davomli bo'lishi to'qima allergiyasi – autoallergik holatni yuzaga keltiradi. Pulpada infeksiya yoki intoksikatsiya ta'sirida hosil bo'lgan yangi to'qima oqsillari antigen xarakterini oladi. Bemorlar qon tarkibida ular pulpa to'qimasiga qarshi antitelolar hosil qiladi, ya'ni atoagressiya yuzaga keladi. Bu antitelolar pulpa to'qimasida o'mashib, uni zararlantiradi: pulpa to'qimasidagi yallig'lanish jarayoni antigen va antitelolarni hosil qiladi va hosil bo'lgan antigen va antitelolar esa pulpadagi yallig'lanish jarayonini og'irlashtiradi. Natijada o'zaro bog'liq patologik surunkali xalqa paydo bo'ladi.

Shunday qilib, surunkali pulpitni rivojlanishida ko'p omillar rol o'ynaydi. Ko'pincha bu kasallik juda ko'p turli ta'sirotlar ta'sirida rivojlanib, pulpa tarkibida har hil proliferativ og'zarishlar paydo bo'lishi bilan kechadi.

Surunkali fibrozli oddiy pulpit (pulpite chronica fibrosa sen Simplex). Surunkali fibrozli pulpit ko'pincha kariyes kovagi bilan tish bo'shlig'i orasi ochilganda, pulpada yig'ilgan eksudat kariyes kovagiga chiqqandan keyin yoki bu oraliq yopiq bo'lganda, ba'zida esa plombalangan tishlarda ham rivojlanadi. Surunkali pulpitning bu shaklini rivojlanishi asosan, organizmning va pulpaning qarshilik ko'rsatish kuchiga bog'liq bo'lsa kerak degan fikrlar bor.

Subyektiv belgilar. Fibrozli surunkali pulpit uchun og'riqni kam bo'lishi, ba'zida umuman bo'lmasligi faqat kariyes kovagiga xaroratiy va boshqa ta'sirotlarning ta'sir etishidan paydo bo'ladigan og'riqlar xarakterlidir. O'z-o'zidan og'riqlar kamdan-kam bo'ladi yoki butunlay bo'lmaydi. Uzoq davom etadigan simmilovchi og'riqlar mexanik va xaroratiy ta'sirotlardan paydo bo'ladi. Qattiq davomli og'riq kovakdan xavo so'rilganida yoki pulpada bosim pasayganida (masalan samolyotda katta balandlikka ko'tarilganda) bo'lishi mumkin.

Obyektiv belgilar. Kariyes kovagi yumshagan to'qimalar va ovqat qoldiqlaridan tozalanayotgan paytda yoki tozalangan kovak tubini zondlaganda kovak bilan tish bo'shlig'i orasi ochiq ekanligi bilinadi. Ochiq pulpani zondlab uni og'riqli ekanligi, uning qonashi mumkinligi aniqlanadi. Yuqorida ta'kidlanganidek, surunkali fibrozli pulpit tish bo'shlig'i yopiqligida ham kechadi. Zondlanganda kariyes kovagi tubi butun, qattiq, ancha qalinlikdagi sog'lom dentin qavati borligi aniqlanadi. Odatda surunkali fibrozli pulpitda pulpaning sezgirliги pasayadi. Agar kovak teshilmagan bo'lsa, og'riq chaqirish uchun termodiagnostika ko'rsatkichlariga tayanib, ma'lum xaroratdagi sovuq yoki issiq suvga shindirilgan paxta tamponi kovak tubiga qo'yiladi. Agar o'tkir pulpitda



bu ta'sirot darrov og'riq chaqirsa, surunkali fibrozli pulpitda bemor javob reaksiyasiga ancha kechikib paydo bo'ladi. Pulpaning elektr tokiga sezuvchanligi ancha pasayadi (30–60 mK). Rentgenologik tekshirish, ko'pincha tish ildizining uchidagi periodont va suyak to'qimasida turli darajadagi so'rilish, emirilish borligini ko'rsatadi.

Qiyosiy tashhis. Chuqur kariyes, o'tkir o'choqli, chegaralangan pulpit, surunkali gangrenozli pulpit bilan surunkali fibrozli pulpitni qiyoslash kerak. Barcha tishga ta'sir etuvchi ta'sirotlardan har ikkala kasallik – chuqur kariyes va surunkali fibrozli pulpitda bir hil qattiq og'riq paydo bo'lishi, bu kasalliklarning bir-biridan farqlash, qiyoslash zarurligini taqozo etadi. Ammo chuqur kariyesda paydo bo'ladigan og'riq ta'sirot olingach darrov to'xtasa, surunkali fibrozli pulpitda u ancha vaqt davom etadi. Undan tashqari yuqorida keltirilganidek, og'riq paydo bo'lish vaqti tezligini va anamnez ma'lumotlarini ham xisobga olish zarur. Pulpani elektr tokiga sezuvchanligidagi o'zgarishlar (kariyesda 10–20 mK gacha, pulpitda 30–60 mK gacha pasayishi) ikkala kasalliklarni bir-biridan ajratishga dalildir. Lekin L.R.Rubin ma'lumotlari bo'yicha surunkali fibrozli pulpitda 30% gacha elektrodontodiagnostik ko'rsatkichlar o'zgamagan ekanligini ham xisobga olish kerak.

Surunkali fibrozli va o'tkir o'choqli, chegaralangan pulpitda tashqi ta'sirotlardan deyarli bir xil reaksiya – og'riq kelib chiqishi uchun ularni bir-biri bilan qiyoslashga to'g'ri keladi. Ammo anamnezda surunkali fibrozli pulpit ancha vaqtdan beri davom etayotganligi, o'tmishda bunday tishlarda o'z-o'zidan paydo bo'ladigan xurujli og'riqlar bo'lganligi aniqlansa, o'tkir o'choqli pulpit birinchi marta 2–3 kun oldin boshlanganligi ma'lum bo'ladi. Shuning bilan bir qatorda, elektroodontodiagnostika ko'rsatkichlaridagi farqlar, surunkali pulpitdagi rentgenologik o'zgarishlar ham bu kasalliklarni o'zaro taqqoslashda muhim rol o'ynaydi.

Surunkali gangrenozli pulpit bilan, surunkali fibrozli pulpitning umumiyliги faqat xaroratiy ta'sirotlardan og'riq paydo bo'lishidir. Surunkali gangrenozli pulpitda ko'proq issiqdan og'riq kuchayadi va og'izdan bu kasallikka xos xid keladi. Obyektiv ko'ruvda kariyes kovagi bilan tish bo'shlig'ining orasi ochiqliги, zondlashda pulpa sezgirligi faqat kanal chuqurida borliги aniqlanadi va surunkali fibrozli pulpitda oraliq teshilgan bo'lsa, zondlashda og'riq toj pulpasida ham bo'ladi. Gangrenozli pulpitda pulpaning elektr tokiga sezuvchanligi nihoyatda past (80–90 mK gacha) ekanligini ko'rish mumkin.

Surunkali gangrenozli pulpit (pulpite chronion gangrenosa) o'tkir pulpitdan keyin, pulpada qon aylanishining buzilishi yoki uni yiringli parchalanishi oqibatida yoki surunkali fibrozli pulpitdan keyin parchalanishi oqibatida yoki surunkali fibrozli pulpitdan keyin rivojlanishi mumkin. Bunda yiringli mikroblarning ta'siri, anaeroblar aralashganda pulpaning toj qismi emiriladi. Ildiz pulpaning ajratuvchi qavat (demarkasion

chiziq) dan keyingi qismi surunkali yallig'lanish yoki fibroz holatida bo'ladi va tishga ta'sir etuvchi omillarga ko'pincha ildiz pulpasi javob reaksiyasini beradi. Gangrenada pulpada gangrenozli parchalanish, chirish jarayoni o'rin oladi. Pulpada mikroobssesslar, mikronekrozlar bo'ladi.

Subyektiv belgilar. Bu shakldagi pulpitda xurujsimon, o'z-o'zidan rivojlanadigan og'riqlar bo'lmaydi. Yallig'lanishning davomiyligi va pulpani gangrenali chirish jarayonining chuqurligiga qarab, og'riq jadalligi turlichadir. Agar toj pulpani bir qismi gangrenaga uchragan bo'lsa, uni qolgan qismi ta'sirotda javob beradi. Pulpaning ancha qismi jarohatlangan, chirigan bo'lsa, unda uning barcha ta'sirotlariga javob reaksiyasi pasayadi. Bunday paytlarda faqat kuchli ta'sirotlar – issiq suv yoki ovqatdan keyin og'riq paydo bo'ladi. Bemor tish rangini o'zgariganligiga, og'izdan qo'lansa xid kelishiga, og'riq tufayli kasal tish tomonda ovqat chaynay olmasligiga shikoyat qiladi.

Obyektiv belgilar. Odatda tish bo'shlig'i ochiqligini, pulpa xirakulrang rangida bo'lib, undan qo'lansa xid kelayotganini shifokor ko'radi, sezadi.

Qiyosiy tashhisi surunkali fibrozli pulpit va surunkali cho'qqi periodontit bilan o'tkazish kerak. Bu uchala kasallik uchun umumiylik bo'lib, barchasida chuqur va katta kariyes kovaklarining bo'lishi, kovak bilan tish bo'shlig'i orasi ko'pincha ochiq bo'lishi, og'izdan turli yoqimsiz xidlar bo'lishi kabilar hisoblanadi. Surunkali fibrozli va gangrenozli pulpitda toj pulpasining ayrim qismlari saqlangan bo'lsa, zondlash og'riqli bo'ladi. Surunkali cho'qqi periodontitda pulpa o'lgan, zondlash ildiz kanaliga igna kiritish kabilar og'riq chaqimaydi.

Surunkali cho'qqi periodontitda elektroodontodiagnostika ko'rsatkichlari 200 mA tokda ham tishda javob reaksiyasi yo'qligini ko'rsatadi, surunkali fibrozli va gangrenozli pulpitlarda esa, pulpa sezgirliigi pasaygan bo'ladi, ma'lum darajada saqlangan. Surunkali cho'qqi periodontitda turli ildiz uch qismi periodont va suyak to'qimalarida patologik o'zgarishlarning albatta bo'lishi ham uni gangrenozli pulpitdan qiyoslab turadi.

Surunkali gipertrofik pulpit (pulpitis chronica hypertrophica) ko'pincha surunkali fibrozli pulpitdan keyin rivojlanadi. Kariyes kovagi bilan tish bo'shlig'i orasi teshilsa yoki butunlay chirib yo'qolsa mexanik va boshqa ta'sirotlar pulpitga ta'sir etib, uning o'sishiga – gipertrofiyasiga sabab bo'ladi. Pulpaning ochiq yuzasi ta'sirlanib, unda granulyasion to'qima hosil bo'ladi. Ba'zi mualliflar bunday shakldagi pulpitni surunkali granulyomatozli pulpit deb atashadi.

Subyektiv belgilar. O'z-o'zidan paydo bo'ladigan og'riqlar bo'lmaydi, ba'zi paytlarda mexanik ta'sirotlar (qattiq yoki issiq ovqat qoldiqlari), issiq suvdan xurujli, qisqa muddatli og'riq paydo bo'ladi. Ko'pincha bemorlarni mexanik ta'sirotlardan o'sgan granulyasion to'qima ("go'sht")

ning jarohatlanishi oqibatida bo'ladigan tishdan qon oqishi, tishni qonashi bezovta qiladi.

Obyektiv belgilar. Tishning toj qismi ancha yemirilgan. Kariyes kovagida turli hajmda o'sib, bo'rtib turgan granulyatsion to'qima bo'lib, unga zond bilan tegilganda qon oqishi ko'rinadi. Granulyatsion to'qimaning yuza qavatlarini zondlash og'riqsiz, ammo chuqur qismlariga kirgan zond og'riqli bo'ladi. Ayrim paytlarda kariyes kovagida oqish-qizg'ish rangdagi zich tuzilma – pulpa polipi borligi ko'rinadi. Uning hosil bo'lishiga sabab, pulpadan rivojlangan granulyatsion to'qima ustini milk epiteliyasi bilan qoplanganidadir.

Qiyosiy tashhis. Milk surg'ichi kariyes kovagining milkka yaqin qismlardagi teshik yoki teshiklar orqali o'sib kovakka kirishi yoki ikki, uch ildizli tishlar ildizlarning bo'linadigan joylaridagi (bifurkatsiya, trifurkatsiya) teshiklaridan kovakka kiradigan granulyatsion to'qimalardan pulpadan o'sadigan granulyatsion to'qimani qiyoslash kerak:

Pulpadan o'sgan granulyatsion to'qimaning asosi: oyog'i pulpada, tish atrofidan kirgan to'qimalar oyoqlari tish toji atrofida joylashganligini zond yordamida tekshirib ko'riladi. Ko'p ildizli tishlarning ildizlari bo'linadigan joydan o'sgan granulyatsion to'qimada, o'sha joyda suyak yemirilganligi rentgenogrammada ko'rinadi. Ba'zida kovak tushib, teshilganligini ham zondlab yoki rentgenda tekshirib bilish mumkin. Albatta, gipertrofik pulpitni anamnezi, kasallik rivojlanishini qiyoslashda axamiyatga ega bo'ladi. Umuman, bu shakldagi surunkali pulpitning tashhisi va qiyosiy tashhisi qiyin emas.

Surunkali pulpitni qaytalanishi (pulpitie chronica exacerbate). Surunkali pulpitdan ko'proq ko'p, fibrozli surunkali pulpit qaytalanadi. Bunga sabab, organizmda kechadigan (shamollash, gripp, angina kabilar) kasalliklar yoki kariyes kovagi orqali pulpani jarohatlanishidir. Ba'zida plomba ostidagi tishlarda ham ildiz pulpalari qayta yallig'lanadi. Surunkali pulpitlar ko'p marta qaytalanishi mumkin. Surunkali yallig'langan pulpada yangi yallig'lanish o'choqlari – absesschalar yoki absesslar paydo bo'lgani sababli o'z-o'zidan paydo bo'ladigan xurujli og'riqlar yuzaga keladi.

Subyektiv belgilar. Tishda surunkali pulpitga xos bo'lgan, goh-gohida simmilovchi og'riqlarga, o'z-o'zidan paydo bo'ladigan ta'sirotlardan kuchayadigan, davomli xurujli og'riqlar borligiga bemorlar shikoyat qiladilar. Ba'zida bu og'riqlar o'tkir o'choqli pulpitga, ba'zida esa ular uchlamchi asab shoxlari bo'ylab tarqalib, o'tkir diffuz, umumiy pulpitga o'xshagan bo'ladilar. Shuningdek, uzluksiz simmilovchi, tish bosilganida kuchayadigan, ya'ni o'tkir cho'qqi periodontitga xos bo'lgan og'riq ham paydo bo'ladi. Bunday paytda tishni perkussiyasi og'riq chaqiradi.

Tashhis qo'yishda anamnez katta axamiyatga ega. Odatda uzoq vaqtdan beri goh-goh bezovta qilib keladigan, xususan ovqatlanishda turli noxush sezgilar, noqulayliklarga sabab bo'ladigan tishda o'tkir og'riq xurujlari paydo bo'lishi qaytalangan surunkali pulpitga xosdir.

Qaytalangan surunkali pulpiti uchun alveola o'simtasini qoplab turgan shilliq qavatdagi giperemiya, ba'zida unga qo'shilgan ko'kimtir rang xarakterlidir. Vazoparez alomati ham bo'ladi.

Shuning uchun, kasallikni bolalarda tashhislash qiyin, chunki ular anamnezni yaxshi gapirib bera olmaydilar.

Surunkali periodontit belgilari bilan birga kechadigan surunkali pulpiti qaytalanishi ko'proq bolalarda uchraydi.

Obyektiv belgilari. Bemor tishni tekshirishda ko'pincha kariyes kovagi bilan tish bo'shlig'i orasining ochiqligi, ochilgan pulpani zondlaganda, undagi og'riq borligi aniqlanadi. Turli xaroratda tishdagi reaksiya har xil, ba'zida issiq yoki sovuq suvdan og'riq darrov, ba'zida esa biroz kechikib paydo bo'ladi. Ayrim paytlarda og'riq paydo bo'lmaydi. Surunkali fibrozli pulpitda elektroodontodiagnostik ko'rsatkichlar 40–80 mKA ni tashkil etadi. Rentgenologik tekshirish periodont yorig'ini kengayganligi, ba'zida esa ildiz uchidagi suyak to'qimasida har xil so'rilishlar borishini aniqlaydi.

Qiyosiy tashhis. O'tkir shaklli pulpitlar va o'tkir yoki qaytalangan surunkali cho'qqi periodontiti bilan qiyoslanadi.

O'tkir shaklli pulpitlar orasida surunkali qaytalangan pulpitda ham o'z-o'zidan paydo bo'ladigan xurujsimon og'riqlar, ularning turli ta'sirotlardan, qo'zg'alishi va kuchayishi, bemorning kasallangan tishni ko'rsata olishi, elektroodontodiagnostik ko'rsatkichlarning deyarli bir xilligi xarakterlidir. Ammo anamnez, tishdagi va rentgenogrammadagi o'zgarishlar bu ikki kasallikni bir-biridan ajratish imkonini beradi. Agar surunkali pulpiti qaytalanishida og'riqlar uchlamchi asab shoxlari bilan tarqaladigan bo'lsa, unda o'tkir diffuz umumiy pulpiti bilan farqlanadi. O'tkir umumiy, diffuz pulpitdagi og'riqlar qisqa vaqt ichida paydo bo'ladi va surunkali pulpiti qaytalanishida esa, tish ancha vaqtdan beri goh-gohida og'rib turganligi ularni ajratishga yordam beradi.

Qaytalangan surunkali pulpitda o'tkir yoki qaytalangan surunkali cho'qqi periodontitining belgilari bo'lganida, klinik-rentgenologik tekshirishdan yig'ilgan ma'lumotlar ularni bir-biridan farqlash imkonini beradi.

Qaytalangan surunkali pulpiti to'g'ri tashhislash shifokor–stomatologdan katta mahorat talab etadi.

Kam uchraydigan yoki tashhislanadigan pulpitlar. Bu turdagi kasalliklarga surunkali yoki qaytalangan qoldiq (ildiz) pulpiti, gemotogen, retrogratli, kantromentozli, jarohatliy–travmatik va pulpoperiodontit kabilar kiradi.

Gematogen pulpiti gripp, bezgak, tift, sepsis kabi umumiy infeksiyali kasalliklarda pulpaga tishning ildiz uchidagi teshik va deltasimon teshikchalar orqali qon oqimi bilan infeksiyani kirishi oqibatida paydo bo'ladi. Klinikada o'tkir pulpiti xos belgilar bilan kechadi. Uni tashhislash uchun organizmning umumiy ahvolini bilish kerak bo'ladi. Anamnez katta ahamiyatga ega. Xarakterli belgisi bo'lib pulpiti sog'lom

va butun tishlarda bo'lishi hisoblanadi. Klinikada kam uchraganligi uchun ham yaxshi o'rganilmagan.

Retrogratli pulpit ham o'tkir pulpitga xos belgilar bilan kechadi. Uning kelib chiqishiga ham infeksiya sababdir. Infeksiya pulpaga paradontit kasalligida paydo bo'ladigan patologik tish-milk cho'ntaklaridan yoki tish atrofidagi yallig'lanish o'choqlaridan ildiz uchidagi teshik va deltasimon teshikchalar orqali kirib, pulpani yallig'lantiradi. Bu kasallik ham gemotogen pulpitga o'xshash butun va sog'lom tishlarda uchrashi mumkin. Eng asosiy belgi – bu infeksiya kiradigan manbalar va yo'llarni borligi. Gematogen va retrogratli pulpitlarni sog'lom va butun tishlarda kechishi ularni uchlamchi asab nevralfiyasidan farqlashni taqozo qiladi. Ammo bu kasalliklar davolangan yoki kariyesga uchragan tishlarda ham bo'lishi mumkin. Unda taqqoslash ancha qiyinlashadi.

Jarohatli – travmatik pulpitlar. Turli baxtsiz xodisalar sabab kelib chiqishi to'g'risida yuqorida aytiladi. Jarohat oqibatida pulpa ochilgan yoki ochilmaganligini bilish ahamiyatli, chunki pulpa ochilmagan bo'lsa, tez fursatlarda plomba yordamida tish shaklini tiklash mumkin. Agar ochilgan bo'lsa, unda pulpani olib tashlab, tegishli muolajalar bajariladi.

Jarohat tishning ildiz qismida, uning turli uzunliklarida ham bo'lishi mumkinligini yuqorida keltirganimiz.

Kontrementozli pulpit ma'lum patologik jarayonlar oqibatida pulpada paydo bo'ladigan kontrement – (ohak tuzlarni to'planib qolishi) lar, dentinga o'xshash tuzilmalar – dentikllarni pulpa to'qimasidagi asab tolalarini bosishi natijasida rivojlanadi. Bu kasallikda bemor birdaniga tana holatini o'zgartirganda, turli sport o'yinlari va mashqlarda, boshqa tez xarakterli paytida sog'lom va butun tishlarda og'riq paydo bo'lishiga shikoyat qiladi. Ba'zida pulpa to'qimasida dentikllar bosishidan chaqa (yara) hosil bo'ladi, ammo yallig'lanish belgilari bo'lmaydi. Bunda pulpa tarkibida dentikllar borligi rentgenogrammada ko'riladi.

Shuni ta'kidlash joizki, juda ko'p holatlarda (masalan paradont kasalligi) tish bo'shlig'ida turli hajmdagi kontrement, dentikllar to'planganligini rentgenogrammada ko'rish mumkin. Ammo bu tishlarning hammasida ham kontrementozli pulpit bo'lavermaydi. Buning sababi yaxshi o'rganilmagan.

Kasallik klinik-rentgenologik belgilariga asoslanib tashhislanadi.

Qoldiq (ildiz) pulpit yaxshi o'rganilmagan, shuning uchun ham ko'pchilik pulpit tasniflariga kiritilmagan. Masalan, bu kasallikni T.T. Shkolyar keltirgan tasnifda ildiz pulpasining surunkali pulpiti deb atagan va quyidagicha ta'rif bergan: "Uzoq vaqtdan beri tishda noaniq og'riq, tishda qo'lansa xid, ba'zida bosganda og'riqqa shikoyatlar bo'ladi. Ko'rganda chuqur karioz kovak borligi, pulpa shoxlarni ochiqligi, toj pulpasini parchalanishi, chirish holatidaliigi, kanal chuqurligida og'riq borligi, pulpani elektr tokiga sezuvchanligining nihoyatda pastligi yoki bo'lmasligi aniqlanadi". Bunday patologo-anatomik o'zgarishlar yuqo-

rida keltirilgan. T.T. Shkolyar keltirgan manzara, ko'proq surunkali gangrenozli pulpitga to'g'ri keladi. Haqiqatan ham qoldiq (ildiz) pulpiti kariyes kovagi ochiq tishda kechishi mumkin.

E.V. Brovskiy va hammualliflar keltirgan "Pulpa qisman olingandan keyingi holat" da kanalga kirish qismlari plombalangan, ildiz pulpasi tirikligi, uning elektr tokiga sezuvchanligini aniqlash bilan bilinishi to'g'risida fikr yoritiladi. Bu qoldiq pulpiti emas, balki biologik usulda ildiz pulpasi tirikligini saqlab qolinganlikka kiradi.

Qoldiq pulpit ko'pincha ko'p ildizli tishlarning tor, o'tmas kanallarida qolgan pulpani surunkali yallig'lanishi yoki bu yallig'lanishni qaytalanligi bilan xarakterlanishini bizning (T.X. Safarov 1966–1967) o'tkazgan tadqiqotlar ko'rsatdi.

Ma'lumki, pulpitni davolashda uzoq yillardan beri margimush kislotasi qo'llaniladi. Ko'p ildizli tishlarning tor, o'tmas kanallari yoki ularning ma'lum qismida pulpa bo'ladi – davolash asosan amputatsiya usuli bilan tugaydi. Ildizda qolgan pulpaning taqdiri ildiz uchi to'qimalarining orasidagi munosabat nima bilan tugaydi degan masalani yechish maqsadida biz o'tmishda davolangan shunday bemorlarni taklif etib, ularda elektrododontodiagnostika, temodiagnostika va rentgenologik tekshirishlar o'tkazdik. Agar margimushni uzoq vaqtdan beri pulpitni davolashda, pulpani jonsizlantirish maqsadida qo'llanib kelayotganligiga qaramasdan, uni pulpaga ta'sir etish mexanizmlari haligacha to'liq aniqlanmaganligi va shuning uchun bo'lsa kerak uning ta'sirida hamma vaqt ham pulpa to'liq jonsizlanmasligini xisobga olganda tor yoki o'tmas tish kanallaridagi pulpani taqdirini aniqlash muammosiga bag'ishlangan bu tekshirishlarning qanchalik darajada muhimligi yaqqol ko'rinadi.

Qoldiq pulpit surunkali va qaytalanган shaklda kechishi mumkinligi aniqlangan. Surunkali kechishda goh-gohida davolangan tishda paydo bo'ladigan va o'tib ketadigan noqulaylik, "tish borligini sezish" kabi noxush sezgilardan tashqari hech narsa bezovta etmasligi ma'lum. Qaytalanган surunkali qoldiq pulpitda esa bemorlar noxush sezgilardan tashqari davolangan tishda o'tkir og'riq xurujlari paydo bo'lganligiga shikoyat qiladilar.

Qoldiq pulpit surunkali fibrozli pulpit va uning qaytalanishi bilan qiyosiy tashxislanadi. Qoldiq pulpitni faqat oldin pulpit tufayli davolangan, kovaklari ochilib qolgan yoki plombalangan tishda bo'lishi uning boshqa o'xshash kasalliklardan ajratib turadi.

Pulpoperiodontit, ya'ni ildiz pulpasi bilan periodontda yallig'lanish jarayoni ham tekshirishlar natijasida aniqlangan. Tish kovagi ochilgandan keyin temodiagnostika va asosan elektrodagnostika usullari yordamida ildiz pulpasining tirikligi aniqlanadi. Ildiz atrofidagi periodont va suyak to'qimalaridagi o'zgarishlar rentgenogrammada ko'rinadi. Agar ildiz pulpasi tirik va yallig'lanish holida bo'lib ildiz uchida granulyoma yoki aniq suyak yemirilishi bo'lsa, pulpoperiodontit deb tashhis qo'yiladi.

Ba'zida bemorlar bunday tishlarda gox-goxida turli og'riqlar, og'riqsimon sezgilar, noqulayliklar sezishlariga shikoyat qilishadi. Ba'zida esa surunkali periodontitni qaytalanishi qayd etiladi.

Pulpoperiodontit bilan og'rigan tishdagi patologik surunkali yoki qaytalangan yallig'lanish o'choqlari organizm uchun stomatogen o'choqlari xisoblanishi mumkin.

Qoldiq pulpit va pulpoperiodontit klinikada kam hollarda tashxislanishiga sabab, shifokorlarning bunday kasalliklarga kam e'tibor berishidadir.

Surunkali periodontitni qaytalanishi bilan shifokorga murojaat etib kelgan bemorlarning tish ildizlarini tekshirib ko'rilganda, ularda ba'zida tirik pulpa borligi xisobga olsak muammo yanada oydinlashadi.

Terapevtik stomatologiyada pulpit eng murakkab va muhim kasallik hisoblanadi. Pulpit turli shakllarda kechadi. Har bir shakl o'ziga xos klinik belgilar, patologo-anatomik o'zgarishlar, turli asoratlarga olib kelishi mumkinligi bilan xarakterlanadi.

#### **MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLARI**

1. Pulpitning qaysi turlarini bilasiz?
2. O'tkir o'choqli pulpitda qanaqa asosiy patomorfologik o'zgarishlar kechadi?
3. O'tkir umumiy, diffuz pulpitda bo'ladigan patomorfologik o'zgarishlar, o'choqli pulpitdan nimalar bilan farq qiladi?
4. Surunkali fibrozli pulpitda qanday asosiy morfologik o'zgarishlar bo'ladi?
5. O'tkir o'choqli pulpitda bemor nimalarga shikoyat qiladi?
6. O'tkir umumiy, diffuz pulpitda bemor sezgilari nimalardan iborat?
7. O'tkir yiringli pulpitga xos og'riqlar nimasi bilan ajralib turadi?
8. O'tkir pulpitlar qaysi kasalliklar bilan farqlanadi?
9. Surunkali pulpitlar o'zaro qanday farqlanadi?
10. Qaysi obyektiv belgilar surunkali pulpitlarga xos?
11. Surunkali pulpitlarni qaysi asoratlar keltiradi?
12. Qaytalangan surunkali pulpitga nimalar xos?
13. Qoldiq (ildiz) pulpit qaysi shakllarda kechadi?
14. Konkrementoz pulpit qanday tashxislanadi?
15. Retrograt va gematogen pulpit deganda nimani tushunasiz?
16. Pulpoperiodontitga qaysi belgilar xarakterli?

#### **Pulpitlarni davolash tarixi to'g'risida qisqacha ma'lumot**

Pulpit yoki tish og'rig'i qadimdan ma'lum bo'lgan va unga qarshi kurashish o'sha zamon tabiblari, shifokorlarning diqqat markazida turgan. Bundan 4000 yil avval, eski Xitoyda pulpit belgilari ma'lum bo'lgan.

Bu kasallikni davolash uchun Xitoyliklar bemor yuzining terisida 24-ta og'riqni qoldirish mumkin bo'lgan igna tiqish nuqtalarini aniqlaganlar va shu yo'l bilan kasallikni davolaganlar. Gippokrat tish og'rig'ini qoldirish uchun, bemorga ich ketkazadigan, qustiradigan dorilar bergan, uni qonini chiqargan. Galen esa og'riq tishga gekkon jigarini qo'yish foydali ekanligini uqtirgan.

Pulpit iborasini qo'llamasdan, ulug' daho Abu Ali Ibn Sino (980–1037) o'zining mashhur "Tib qonunlari" da tish og'riqlari to'g'risida o'sha zamon ma'lumotlarini batafsil bayon etgan: tishda bo'ladigan og'riq tishning o'zi bilan bog'liq va uning atrofidagi to'qimalar kasalliklari bilan bog'liq bo'lishi to'g'risidagi fikrlari hozirgi zamon tushunchalari bilan hamohangdir. Abu Ali Ibn Sino tish og'rig'ini qoldirish, og'rigan tishni kuydirib, parchalab tashlash maqsadida, unga qizdirilgan yog' quyish yoki yog' bilan qizdirilgan temir sim qo'llashni tavsiya etgan. Bu ishni amalga oshirish uchun kasallangan tishni yon tishlardan va milkdan mo'm, xamir yoki shunga o'xshash narsalar yordamida ajratiladi. Bu og'rigan tishga tushadigan qizdirilgan yog', temir simdan uning atrofidagi milk va tishlar zararlanmasligini ta'minlaydi. Shundan keyin og'rigan tish kovagiga naycha orqali qizdirilgan yog' (yaxshisi zaytun moyi) tomiziladi va qizdirilgan temir sim bir necha bor tiqiladi. Ayrim paytlarda tish kovagi parma yordamida teshilgandan keyin muolaja bajariladi. Natijada tish to'qimalari butunlay kuyadi, parchalanadi va tushib ketadi. Undan tashqari Abu Ali Ibn Sino kasal tishga turli dorivorlar tutunlari bilan ta'sir etish, turli dorilar bilan tish atrofidagi to'qimalarga ta'sir etish va boshqa o'z zamoniga mos, davolash usullarini qo'llashni taklif etgan.

Demak, qadim zamonlarda pulpitni davolash uchun tish va pulpa to'qimalari yemirilgan, tishdan voz kechib bo'lsa ham og'riqqa qarshi kurashilgan. Tibbiyot nuqtayi nazari bilan qaraganda, bu davolash usuli emas, balki og'riqqa qarshi kurashishdir.

Pul'pitlar davolanishi, ya'ni og'rigan pul'pani olib tashlab, tishni saqlash imkoniyatlari asosan XIX asrdan boshlab, to'g'rirog'i 1836- yilga Spooner shu maqsadlar uchun taklif etgan margumush – mishyak kislotasini qo'llashdan boshlagan. Bu stomatologiyada muhim tarixiy bosqich va olg'a siljish hisoblanadi. Ammo og'rigan a'zo (pulpa) ni olib tashlab, pulpitni davolash ham tub ma'noda, pulpa a'zosi kasalligini davolash hisoblanmaydi, balki yallig'langan pulpani olib tashlab, tishni saqlab qolish usuli desa bo'ladi. Shunga qaramasdan, margimush qo'llash pulpit bilan og'rigan tishlarni saqlab qolish imkonini yaratdi, shuning uchun ham bu usul katta ahamiyatga ega edi. Dastlabki paytlarda pulpit bilan og'rigan tishga margimush qo'yilib, undagi og'riqlar to'xtatilgach, pulpa olinmasdan kovak yopilgan. Ammo rentgenologik tekshirishlar, davolangan tish ildizi atrofida pulpa tarkibidan tushgan mikroblar va margumush qoldiqlari ta'siridan kelib chiqqan yallig'lanish jarayonlari



rivojlanishini ko'rsatdi. Shundan keyin, yallig'langan pulpa margimush ta'sirida jonsizlantirilgandan keyin olib tashlanishi lozim ekanligi ma'lum bo'ldi.

XIX asr o'rtalarida rus jarrohi N.I. Pirogov, keyinchalik ingliz olimi Lister tomonlaridan yaralarni antiseptik usulda davolashga bag'ishlangan ishlarning natijasida pulpitni davolashning yangi usullarini ishlab chiqishga yo'l ochildi. Yallig'langan pulpani antiseptik usulda davolab, uni butunlay yoki qisman (ildiz pulpa) hayotiyeligini saqlab qolish imkoni yaraldi. Margimush qo'llab pulpitni davolash ham ma'lum vaqtdan keyin pulpada qolgan margimush va chiriklar tarkibidagi mikroblar ta'sirida tish ildizlari atrofidagi periodont suyak to'qimalarda patalogik o'zgarishlar paydo bo'lishi mumkinligini rentgenologik tekshirishlar ko'rsatdi.

1923- yilda birinchi bo'lib G. Fischr pulpitni davolashda og'riqsizlantirish usulini taklif etgani ham ma'lum darajada tarixiy bosqich bo'ldi.

Antibiotiklar ixtiro etilgach (birinchi antibiotik- penisillin 1945- yilda Plessing tomonidan yaratilgan) pulpitni biologik davolash usullari rivojlana bordi. Pulpitni biologik usulda davolashda L.R. Rubin (1949, 1950) tomonidan taklif etilgan elektrodontodiagnostika usulida pulpa elektr sezuvchanligini aniqlash beqiyos ahamiyatga ega bo'ldi.

### **Pulpitni davolashdan ko'zlangan maqsadlar**

Stomatologik kasalliklari orasida pulpit 14-20% va undan ko'prog'ini tashkil etdi. Ba'zi tadqiqotchilar terapevtik stomatologiyaning muhim muammosi bo'lgan pulpit 30-40% gacha tarqalganligi to'g'risida ma'lumotlar berganlar.

1. Pulpada paydo bo'ladigan patalogik yallig'lanish o'chog'ini yo'qotib, bemorni og'riqdan forig', xalos etish.

2. Yallig'langan pulpada tuzalish, bitish va dentin hosil bo'lish jarayonlarini stimullash, jonlantirish.

3. Periodontit rivojlanishni oldini olish.

4. Tishning shaklini tiklash.

### **Pulplitlarni davolash usullari, ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar**

Hozirgi zamonda pulplitlarni davolash usullari ikki guruhga bo'linadi:

1. Pulpa hayotiyeligini to'liq yoki qisman saqlab qolishga asoslangan usullar.

2. Jonsizlantirilgandan yoki og'riqsizlantirilgandan keyin pulpani to'liq yoki qisman olib tashlashga asoslangan usullar.

Bu usullar shartli ravishda quyidagi sxemada keltirilgan.

1. Pulpa hayotiyiligini saqlab qolish usullari: a) biologik usul (toj va ildiz pulpasini saqlab qolish); b) vital amputatsiya (og'riqsizlantirilgan toj pulpani olib tashlab, ildiz pulpasini saqlab qolish).

2. Pulpani olib tashlash usullari ikkiga bo'linadi: 1) infiltrasion yoki o'tkazuvchi anesteziya, ba'zida narkoz berish bilan og'riqsizlantirilgan pulpani diatermokoagulyatsiya qo'llab yoki qullamasdan vital usulda: a) vital ekstirpasiya (toj va ildiz pulpani to'liq olib tashlash; b) vital amputatsiya (toj pulpani olib tashlagandan keyin ildiz pulpani 10% li yod bilan elektroforez usulida kuydirgandan yoki margimush yordamida denitalizatsiya qildirilgandan (elektroodontodiagnostika ko'rsatkichlari asosida) keyin mumifikatsiyalash va c) aralash-kombinatsiyalangan usulda (ko'p ildizli tishlarning o'tuvchi kanallaridan pulpani to'liq olib tashlab vital ekstirpasiya qilib, tor, o'tmas kanallarida vital amputatsiyadan keyin ildiz pulpasini yod-elektroforez yordamida kuydirgandan yoki margumush bilan devitalizatsiya qilgandan keyin (elektroodontodiagnostika ko'rsatgichlari asosida a) devital ekstirpatsiya (margumush qo'yilgandan keyin toj pulpani olib tashlash), b) devital amputatsiya (margumush qo'yilgandan keyin toj pulpani olib tashlab, ildiz pulpasini mumifikatsiyalash) va c) aralash-kombinatsiyalangan usulda (ko'p ildizli tishlarning o'tuvchi kanallaridan pulpani to'liq olib tashlab, devital ekstirpasiya qilib, tor, o'tmas, kanallarida devital amputatsiyadan keyin ildiz pulpasini mumifikatsiyalash) olib tashlash bilan davolash.

Ba'zida margumush pulpaga ta'sir etmaydi yoki uni to'liq jonsizlantira olmaydi. Agar margumush pulpaga ta'sir etmasa, uni anesteziya yordamida olib tashlanadi. Pulpani margumush to'liq jonsizlantira olmagan hollarda esa (buni elektroodontodiagnostika ko'rsatkichlari ko'rsatadi) toj pulpa olib tashlangach, ildiz pulpani yod – elektroforez usulida kuydiriladi va undan keyin ular mumifikatsiyalanadi.

Pulpitni klinik manzarasi, kasallikni tishning qaysi yuzasida joylashganligi, bemorning yoshi, uning organizmida kechayotgan umumiy kasalliklar va bemorning holatiga asoslanib tanlangan davolash usuli ko'proq foyda beradi.

Pulpitni davolash usulini tanlashda tegishli ko'rsatmalar bo'lib, qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, birinchi navbatda biologik usulni qo'llashga intilish zarur.

Biologik usul pulpa hayotiyiligini to'liq (toj va ildiz pulpani) saqlab qolishga qaratilgan. Vital amputatsiya usulida toj pulpa olib tashlagandan keyin ildiz pulpa hayotiyiligi saqlab qolinadi.

Pulpaning oziqlanish, himoya, trofik (oziqlantirish), plastik kabi muhim vazifalari biologik usulda to'liq, vital amputatsiya usulda esa qisman saqlanib qolinadi. Yallig'langan pulpani davolab, hech bo'lmaganda ildiz pulpani saqlab qolish ildiz uchidagi periodontni ximoyalaniishi uchun o'ta muhimdir. Ma'lumki, "og'iz sepsisi" to'g'risidagi ta'limotda ildiz cho'qqisi atrofidagi tish o'choqlaridagi infeksiya ta'sirida organizm-

ning zaxarlanishi, sensibilizatsiyalanishi va septik kasalliklarni kelib chiqish darajasi jihatidan oldingi o'rinlarni egallaydi.

Katta yoshdagi odamlarni tasodifan ochilib qolgan pulpani o'tkir o'choqli pulpani, zardobli diffuz, umumiy pulpitni va surunkali fibrozli pulpitni biologik usulda davolash uchun ko'rsatmalar bor. Bunda bemorning yoshi, uning umumiy ahvoli, pulpa yallig'lanishining shakli, uning qachon boshlanganligi, joylashgan joyi, pulpa bo'shlig'ining holati, ildiz atrofidagi periodontning rentgenologik holati pulpitning kelib chiqish sabablari hisobga olinishi kerak.

40–50 yoshdan o'tgan kishilardagi pulpitning pulpa yallig'lanishi periodont tomonidan rivojlangan reaksiya, surunkali odontogen intoksikasiya belgilari bilan kechganda, pulpaning elektr sezuvchanligi 40 mka dan ko'p bo'lganda, og'rigan tish ildizi atrofdagi to'qimalarda rentgenologik o'zgarishlar yuzaga kelganda, gipertonik kasalligi, ateroskleroz, diabet, avitaminozlar, paradontit, paradontoz kabi kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda, pulpa yallig'lanishi tish bo'yin qismlaridagi kariyes kovaklaridan rivojlanganda, shuningdek davolangan tishni tez orada sun'iy toj bilan yopish ehtiyoji bo'lganda yoki protezni o'rnatish uchun zarurligi bo'lgan hollarda biologik usulda davolashga qarshi ko'rsatmalar bor.

Pulpitni biologik usulda davolash uchun ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar bilan aniqlanadigan klinik sharoitlarni bo'lmasligi, shuningdek biologik usul yaxshi terapevtik natija bermagan hollarda, vital amputatsiya usulda ildiz pulpasi hayotiyiligini saqlanib qolishga xarakat qilish kerak. Bu usulni kichik va katta oziq (premoljar, moljar) tishlarda tasodifan ochilib qolgan pulpani, o'tkir o'choqli pulpitni, surunkali fibrozli pulpitni hamda pulpa elektr sezuvchanligi 40–50 mka gacha bo'lgan pulpitni davolashga ko'rsatmalar bor.

Vital amputatsiya usuliga qarshi ko'rsatmalar biologik usulidagidek. Bu usulda tish bo'yin qismidagi kovakdan rivojlangan pulpitni davolash mumkin, lekin bir ildizli tishlardagi pulpitni davolash mumkin emas.

Biologik yoki vital amputatsiya usullarida pulpitni davolashga klinik imkoniyatlar bo'lmaganda yoki ular etarli yaxshi terapevtik natija bermaganda, shifokor yallig'langan pulpani olib tashlashga majbur bo'ladi.

Bunday paytlarda "pulpani davolash" iborasi noto'g'ri bo'lib chiqadi, chunki yallig'langan pulpa og'riqsizlantirilib yoki margumush yordamida jonsizlantirilib olib tashlanadi. Kasallangan a'zo yallig'langan pulpani o'ldirib yoki tiriklay (og'riqsizlantirib) olib tashlab, uni "davolandi" deyish mantiqan noto'g'ridir. Balki, pulpit klinikasiga xos qattiq og'riqqa qarshi kurashib, pulpa olib tashlanadi va og'rigan tish saqlab qolindi desa to'g'ri bo'ladi. Shuning uchun, yallig'langan pulpani olib tashlash yo'li bilan "pulpitni davolash" iborasi shartli ravishda ishlatiladi.

Yallig'langan pulpani ikki usulda olib tashlash mumkinligi to'g'risida yuqorida keltirildi: a) og'riqsizlantirish va b) margumush yordamida jonsizlantirish (devitalizatsiya) usullari.

Og'riqsizlantirilgan pulpani o'z navbatida olib tashlash mumkin: a) diatermokoagulyatsiya qo'llab yoki b) qo'llamasdan pulpani olib tashlash.

Agar diatermokoagulyatsiya qo'llansa, kanaldagi pulpaga qo'llanadi – ko'ydiriladi, ya'ni kanaldan kuygan pulpa olib tashlanadi. Shuning uchun, bunday hollarda, vital ekstirpatsiya yoki vital amputatsiya iboralari faqat og'riqsizlantirishga nisbatan qo'llanadi. Ma'lumki, diatermokoagulyatsiya faqat o'tuvchi xonalarda qo'llash mumkin. Shunday ekan, ko'p ildizli tishlarning tor, o'tmas kanallaridagi, ko'pincha yallig'langan pulpa qoladi. Buni elektrododontodiagnostika ko'rsatkichlari ham ko'rsatadi.

Tabiiyki, xuddi shunday hol, og'riqsizlantirilgan pulpani diatermokoagulyatsiya qo'llamasdan olib tashlashda ham kuzatiladi. Chunki, bunda ham pulpa o'tuvchi kanallar (bir ildizli tishlar, ko'p ildizli tishlarning o'tuvchi kanallari) dan to'liq (vital ekstirpatsiya), tor, o'tmas kanallar (ko'p ildiz tishlar) dan qisman (vital amputatsiya) olib tashlanadi. Ikkalasida ham ko'p ildizli tishlarda vital ekstirpatsiya va vital amputatsiya, ya'ni aralash (kombinatsiyalangan) usul qo'llanadi. Demak, og'riqsizlantirilgan pulpani diatermokoagulyatsiya qo'llab yoki qo'llamasdan amputatsiya usulda olib tashlangandan keyin ko'p ildizli tishlarning tor, o'tmas kanallarida tirik, ko'pincha yallig'langan pulpa qoladi.

Vital ekstirpatsiya (pulpani oldin nekrotizatsiya qilmasdan anesteziya ostida olib tashlash) usulini barcha shakldagi pulpitlarda qo'llashga ko'rsatma bor. Qarshi ko'rsatmalarga bemorning umumiy ahvoli, og'riqsizlantirilgan anestetiklarga o'ta sezuvchanligi kiradi. Usulning kamchiliklariga qo'llanadigan ba'zi (masalan, novakain) og'riqsizlantiradigan dorilarning sifatli anesteziy foydaliligini ta'minlay olmasligi kiradi.

Faqat obyektiv sabablarning bo'lishi (ko'rsatmalar bo'lmasdan, qarshi ko'rsatmalar bo'lishi), ya'ni pulpani hech bo'lmaganda ildiz qismida saqlab qolishning ham iloji bo'lmaganda pulpitni devital ekstirpatsiya (pulpani margumush bilan devitalizatsiya qilgandan keyin olib tashlash) usulda davolanishni oqlay oldi. Bu usulning afzalligiga anestezin usulda bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlar xavfini yo'qligi kiradi.

Barcha shakldagi pulpitlarga bu usulni qo'llash mumkin. Tish kanallarini mutlaq o'tmas ekanligini, kasalxonada og'ir ahvolda yotgan bemorlarda (miokard infarkti, og'ir ichki operatsiyalar, asab kasalliklari va boshq.) bu usulni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar bo'ladi.

Ko'rsatilgan devital ekstirpatsiyaga qarshi ko'rsatmalar devital amputatsiya usulni qo'llashni taqazo etadi. Ammo devital amputatsiya usuli bilan davolanган tish ildizlari atrofida ma'lum vaqtdan keyin paydo bo'ladigan periodontdagi o'zgarishlar 80–90% gacha etib boradi.

V.S. Ivanov, N.A. Kodola va boshqalar fikricha, devital amputatsiya usuli amalda emas, balki tarixiy ahamiyat kasb etadi.

Baxtga qarshi, terapevtik stomatologiyada eng qo'p qo'llanilgan usullar – bu devital ekstirpatsiya va devital amputatsiyadir.

Qaysi usulni qo'llashdan qat'iy nazar, pulpitni davolashda yaxshi o'tkazilgan og'riqsizlantirish katta rol o'ynaydi.

Hozirgi vaqtda psixoprofilaktika va psixoterapiya hamda gipo-terapiyaga katta ahamiyat beryapti. Bunda shifokorning tajribasi, mahorati, xush muomalaligi, ochiq chehraligi va ma'lum (masalan, gipnoz) sharoitlar bo'lishi muhimdir.

Shuni ta'kidlash kerakki, stomatolog qabuliga kelishdan qo'rqadigan, hadiksiradigan yoki xavfsiradigan bemorlar ko'pchilikni (80–90%dan ortiq) tashkil etadi, xususan bolalar. Ko'pchilik bor mashinadan va og'izga ukol qilishdan qo'rqishadi. Albatta bu bemorning umumiy saviyasi, savodliligi, intellekti, dunyoqarashi, madaniyati va asab tizimining o'ziga xosligi bilan ham bog'liq. Shuning uchun, shifokor bemor bilan o'ta muloyim, ochiq chehralik bilan xotirjam, diqqat bilan suhbatlashish, davolash zarurligi, aksincha bo'lganda kelib chiqadigan asoratlar, oqibatlar bilan uni tanishtirish, xullas "davolash muxiti" ni yaratishi shart.

Buning uchun keragicha (plasebo) medikamentlar berib psixoterapiya o'tkaziladi. Kuchli og'riqdan qiynalib, davolanishdan qo'rqib turgan bemorni tinchitish, uning markaziy asab tizimini me'yorga keltirish, davolash jarayonida shifokor tomonidan bajariladigan muolajalarga iloji boricha uning bamaylixotirligini ta'minlash maqsadida, davolashdan oldin bemorni tayyorlash – premedikatsiyalash zarur.

Premedikasiya uchun har bir bemorga mos keladigan dori yoki preparat, vosita tanlash o'ta muhimdir. Masalan, narkotik va uyqu keltiradigan preparatlar xavfsirash va qo'rqishni yo'qotolmaydi, balki garanglik, bo'shshish va uyqusirash kabilarni paydo qiladi. Ularni orga-nizmdan chiqarish qiyin (N.N.Bajanov, S.S.Ganina, 1979). Ambulatoriya sharoitda ular qo'llanilmaydi. Trankvilizatorlar va neyroleptiklar, analgetiklar tasirini kuchaytirish bilan ko'proq foyda beradi.

Ba'zida, ma'lum sharoitlar bo'lganda gipnoz qo'llanadi. Haddan tashqari bezovta bemorlarni davolashda elektroson (tok yordamida uxlatish), elektro-termo yoki lazerosunktura yordamida refleksanalgeziya – akupunktura qo'llanadi. Og'riqsizlantirish maqsadida, ko'pincha bolalarda 100 yildan ko'p davr ichida audoanalgezi (yoqimli musiqa kuylari) qo'llanib kelinmoqda. Biz (T.H. Safarov, 1969) shu maqsadlar uchun L.R. Rubin (1959) taklif etgan elektroanalgeziya (kichik quvvatli doimiy tok yordamida og'riqsizlantirish) ni qo'llab (ALOZ apparati) qoniqarli natijalarga erishgarmiz.

Premedikatsiyani farmakalogik ta'sirini ta'minlash uchun ambulatoriya sharoitida qo'shimcha 20–45 daqiqa vaqt kerak bo'ladi.

Hozirgi zamonda bu maqsadlar uchun quyidagi dori va vositalar ishlatiladi: 1) tranknilizatorlar- triokszazin (0,3-0,6g), elenium-librium (0, 01-0,01g), seduksen (0,005-0,01g), meprotran (0,4 g), neyroleptiklar-meterazin (0,025-0,05 g) vakarbidin (0,025 g), analgetiklar-amidopirin (0,25-0,5 g), analgin (0,5-1,0 g). Davolash boshlanishdan 30-60 min oldin shu preparatlardan birini bemor qabul qilsa, qo'shimcha vaqt qisqaradi. Tinchlantirish uchun doriga qo'shib amidoprin va fenasetin iste'mol qilinsa yaxshi bo'ladi. Og'riqni qoldirish uchun trankvilizatorlar qabulidan keyin og'riqsizlantirish - anesteziya qo'llab davolash boshlanadi. Markaziy asab tizimini tinchlantirish uchun qabul qilinadigan sedativ ta'sir etuvchi dorilar (andaksin, triokszazin) maxalliy og'riqsizlantirish uchun qo'llanadigan dorilar (novakain, lidoksin, trimekain, ultrakain) ta'sirini kuchaytiradi. Seduksin yoki dimedrol og'riqni pasaytirish bilan bir qatorda, bemorni yarim uyqu holatiga trankvilizatsiyalash va anal'gezlash xususiyatiga ega bo'lib, uxlatmaydi, ammo tinchlantirib, qo'rquv xissiyotini uyg'otadi.

Tinchlantirish bilan bir qatorda, pulpitda bo'ladigan qattiq og'riqni yo'qotish kerak bo'ladi. Hozirgi vaqtda bu maqsadlar uchun stomatologiyada in'eksiya (ukol) yo'li bilan infiltrasion va o'tkazuvchi anesteziya foydali va keng qo'llanadi. Buning uchun, ko'pincha 2%-li (2-4 ml) novakain, 1-2%-li (2-5 ml) tremakain (mezokain), 2-5%-li (2-3 ml) ledokain (koilokain), 1%-li (1-2 ml) ultrakain kabilar qo'llanadi. Chet el anestetiklari lidokaindan tashqari, 1-2%-li mepivokain (karbokain), markain (bupivakain, karbostezin) lar ham maxalliy anesteziyada qo'llanadi.

Bu anestetikka 1-2 tomchi 1:1000 adrenalini yoki noradrenalin) qo'shiladi. Anestetik turi va unga qo'shiladigan adrenalinni bemorga ineksiya qilishdan oldin, uni organizmda kechayotgan kasalliklarni, umumiy ahvoli va eng muhimi - qo'llanadigan doriga bemor organizmning moyilligi, chidamligi bor - yo'qligini shifokor aniqlashi zarur. Agar bemor qaysi doriga nisbatan o'ta sezuvchanligini bilmasa, unda sinama o'tkazgandan keyin ukol qilinadi, aks holda anafilaktik shok (karaxtlik) yuzaga kelishi mumkin. Shuning uchun ham, ineksiya qilib og'riqsizlantirishga dorini o'zlashtirilishiga faqat bemor organizmning o'ziga xosligi, yani qo'llanadigan og'riqsizlantiruvchi dorini o'zlashtira olishiga qarab qarshi ko'rsatma bo'lishi mumkin.

Infiltrasion va o'tkazuvchi anesteziyadan tashqari, ayrim paytlarda, qo'shimcha ravishda bevosita ochilgan pulpa ichiga yoki periodont ichiga og'riqsizlantiruvchi dorilar yuborilishi mumkin.

Applikatsion (yuzaki, shimdirish) anesteziya asosan pulpani olayotgan paytda, qo'shimcha qo'llanadi. Applikatsion anesteziya pulpa ochiq bo'lganda (jarohatliy pulpit), keyin esa pulpa ichiga anesteziya qilganda ham yaxshi natija beradi. Bu oddiy og'riqsizlantirish usuli, ammo pulpani ekstirpatsiya qilish uchun yetarli emas.

Applikatsion anesteziya uchun mahalliy og'riqsizlantiruvchi dorilar (kokain, anestezin, trimekain, propolis va boshqalar) qo'llaniladi: 5%-li kokainga 0,1%-li adrenalin (10 ml-ga 5 tomchi); 2–3%-li dikainga 0,1%-li adrenalin (20 ml dikainga 5 tomchi adrenalin), 2–5%-li lidokain va piromekain eritmasi, 20%-li lidokain aerezoli, 4–5%-li propolisning spirtli eritmasi, 10–20%-li anestetik eritmasining gliserin bilan aralashmasi kabilar. Ushbu maqsadlar uchun kollagen asosida tayyorlangan, tarkibida piromekain anestetigi bo'lgan malham ishlatiladi. Malham tarkibida 3%-li piromekain, 5%-li metilurasil, 3%-li kollagen, 0,01%-li setilpiridinil xlorid va 100 mlgacha qo'shilgan destillangan suv bo'ladi.

Pulpa yallig'laniishning dastlabki boskichlarida pulpani "druk" anesteziya (bosim ostida anestetik yuborish) yordamida og'riqsizlantirib davolash mumkin. Bunda dikain, piromekain kabi anestetiklardan biriga shimdirilgan tampon bilan kariyes kovagini to'ldiriladi, uning usti egiluvchan rezina bilan germetik ravishda bekiladi va bosiladi. Bosim ostida dentin kanalchalari orqali anestetik pulpaga o'tib, og'riqsizlantiriladi.

Pulpitni davolashda umumiy og'riqsizlantirish – narkoz ham muvoffaqiyatli qo'llanadi. Umumiy og'riqsizlantirishga ko'rsatmalar: 1) markaziy asab tizimi kasalliklari – shizofreniya, oligofreniya, nevrozlar, epilepsiya va boshq.; 2) mahalliy anestetiklarga idiosinkroziya; 3) mahalliy anestetiklar befoydaligi; 4) bemorning betoqatliligi, tahlikaga tushishi, hushdan ketib qolishligi; 5) stomatologik asboblarni og'izga kiritishda qusish refleksini balandligi; 6) og'iz bo'shlig'ida juda ko'p davolanadigan, olinadigan kasal tishlarning bo'lishi. Umumiy og'riqsizlantirish shifokor anesteziolog tomonidan beriladi, bajariladigan ish o'ziga xos, chunki bemor bexush, o'zini idora etmaydi.

Og'riqsizlantiruvchi dorilari L.R. Rubin (1955) ishlab chiqqan elektroforez usulida ham pulpa bo'shlig'iga yuborish mumkin. Bu usulda yuborilgan anestetikning pulpa to'qimasida yig'ilib (depo) qolishi alohida ahamiyatga ega. Pulpitni biologik usulda davolash maqsadida N.A. Muxin (1964) va boshqalar antibiotiklarni pulpaga yuborish uchun elektroforez usulidan foydalanganliklari ma'lum. Elektroforez usulini amalga oshirishda, yuboriladigan preparat, dorining zaryadini (+ yoki -, anod yoki katod) bilish zarur. Og'riqsizlantiruvchi dorilar (novakain, lidokain, dikain va hokazo) dan birga shimdirilgan tampon ovqat qoldiqlari, amal dentin chiriklaridan tozalangan tish kovagiga qo'yiladi, aktiv elektrodning ochiq uchi tampon bilan ulanadi yoki uning ustiga qo'yiladi, keyin yumshoq mo'm bilan kovak yopiladi. Shu elektrodning ikkinchi uchi galvanik apparatga ulanadi. Passiv elektrod esa, bemor qo'lga beriladi yoki maxsus usulda bint bilan uning bilagiga bog'lanadi, bu elektrodni ikkinchi uchi ham galvanik apparatga ulanadi. Muolaja 15–20 daqiqa (tok kuchi 5 ma gacha) davom etadi. Bu usul hali uncha tarqalmagan, ammo ma'lum darajada foydalidir.

## **Yallig'langan pulpani hayotiyiligini saqlab qolishda qo'llanadigan davolash usullari**

Yallig'langan pulpani davolab hayotiyiligini to'liq (biologik usul) yoki qisman (vital amputatsiya) saqlab qolish mumkinligi yuqorida keltirilgan.

Yuqorida ta'kidlangandek, yallig'langan a'zo-pulpani davolab, uning hayotiyiligini saqlab qolish tibbiyotning "davolash" mantiqiga to'g'ri keladi va shuning uchun ham pulpitda biologik usulning qo'llanish istiqboli hisoblanadi. Agar tishning hayotiy faoliyati va fiziologik vazifalarni ado etib turishi, hamda uning periodontni ximoyalab turishi hisobga olinsa, unda yallig'langan pulpani biologik usulda davolash naqadar muhim ekanligi yaqqol ko'rinadi. Shuning uchun ham yallig'langan pulpani davolab, uning hayotiyiligini to'liq yoki qisman saqlab qolish uzoq vaqtlardan beri terapevtik stomatologiyani dolzarb muammolaridan biri bo'lib kelmoqda.

Pulpitni biologik usulda davolash XVIII-XIX asrlardan boshlangan.

Yallig'langan pulpani davolab, uning hayotiyiligini saqlab qolishga birinchi bo'lib Pfaff (1756), Delabarre (1815) lar intilganlar. M.M. Chemodakov (1889) ildiz pulpani saqlab qolish g'oyasini Rossiyada birinchi bo'lib, keyinchalik esa A.K. Limbarg (1891) targ'ib etishgan.

Keyingi o'tkazilgan klinik-eksperimental ishlar natijasida, pulpa biologiyasi va uning yallig'lanishiga qarshi kurashish imkoniyatlarini turli qirralari ochildi va kasallikni biologik usulda davolash mumkinligi ilmiy asoslab berildi. Jumladan, pulpa limfa tomirlar (E.A. Zolkover, 1927), o'ziga xos retikulo-endotelial tizim (E.M. Gofung, 1928; G.V. Yasvoin va I.A. Mexteys, 1935), pulpa oziqlanish nafaqt ildiz uchi qismidagi kanalning ko'p sonli deltasimon teshikchalaridan kiradigan arteriyachalar orqali ham amalga oshishi (V.P. Vorobev, G.V. Yasovin, 1936; V.N. Tonkov, 1939; E.A. Gavrilov 1956-1961) va ular orasida anastomozlar borligi (B.N. Tonkov 1939; M.G. Prives, 1958 va boshq.), pulpaning markaziy qavatlaridagi hujayralardan odontoblastlar hosil bo'lishi, ya'ni pulpaning plastik xususiyati (G.L. Fal'daman va R.I. Fal'daman, 1934; Ya.I. Gutner, 1936 va boshq.) borligi kabi juda ko'p o'sha davrda pulpaning yangi xususiyatlari xisoblangan ma'lumotlari aniqlangan.

Pulpitni biologik usuli bilan davolashni rivojlanishida A.L. Evdokinov, E.I. Gavrilov, L.I. Falin, L.R. Rubin va boshqa anchagina olimlarning qo'shgan xissalari salmoqlidir. Bu usulni rivojlanishi antibiotiklar ixtiro etilganidan keyin avj oldi.

Hozirgi paytda, pulpaning zararlantiruvchi omillarga qarshilik ko'rsatilish qobiliyatlarining yangi ma'lumotlar bilan boyganligi biologik usulni ilmiy asoslab beradi.

Dorivor preparatlar ta'sirida pulpadagi yallig'lanishni tugatish, dentin hosil bo'lish jarayonlarini jonlantirish (stimullash) tish bo'shlig'i va



pulpani tushadigan agressiv biologik ta'siridan ximoyalanishni ta'minlashga erishish mumkinligi isbotlangan.

Dorivor moddalar pulpaga bevosita (to'g'ridan to'g'ri pulpani bekitish usuli) va bevosita (dentin kanalchalari orqali kiritish usuli) kiritiladi.

Pulpitni davolash uchun dorivor preparatlar sifatida sinkevganol pastasi, kalsiy gidroksid preparatlari antibiotiklar, glokokortikoddlar, fermentlar, mikrobg qarshi preparatlar sulfanilamidi preparatlari, nitrofuran qatoridagi preparatlar glukozoaminoglikanlar, kollagen, yuza faol moddalar, bissubstratlar va ularning turli aralashlari qo'llanadi.

Kalsiy gidroksidi asosida tayyorlangan kalsiy va kalmeyn preparatlarini qo'llash eng ko'p tarqalgan. Kalmeyn ikki komponentdan iborat: kukun va suyuqlik. Preparat kukuni tarkibiga kalsiy gidroksidi, sink oksidi, quruq plazmasi, alousid kiradi. Suyuqligi esa metilsellyuzalardan iborat. Kalsin pasta shaklida maxsus idishchalarda chiqariladi, uning tarkibiga kalsiy gidroksidi, sink oksidi, gliserin va vazelin kiradi. Chet el preparatlaridan Dycal, Calcipulpe, Heydrex kabilar qo'llaniladi. Bu preparatlarda odontotrop xususiyatlari yaxshi rivojlangan, ularning pH lari ishqorli bo'lgani sababidan muhitni o'zgartiradi. Ularning o'ta ishqorligi (pH11-12) pulpani narkozga uchratishi ham mumkin.

Pulpitni biologik usulda davolash uchun an'anaviy tarzda antibiotiklar ishlatiladi. Bunda davolashning foydaliligi kariyes kovagidagi mikroblarning antibiotiklarga sezgirlik darajasiga bog'liq. Shuning uchun, biologik davolashdan oldin kariyes kovagidagi mikrobiologik tekshirish uchun material olib, uni o'rganib, undagi mikroblar qaysi antibiotiklarga qay darajada sezgirligi borligini aniqlash kerak. Ammo, odatda, ommaviy stomatologik analiyotda bu ish ko'pincha bajarilmaydi. Shu sabab, bir necha antibiotiklardan tayyorlangan aralashmadan iborat bo'lgan pasta ishlatiladi, chunki bir antibiotikka mikroblar chidamli bo'lsa, ikkinchi yoki keyingi antibiotikka sezgir bo'lishi mumkin.

O'tkazilgan tahlillar shuni ko'rsatadiki, pasta shaklda qo'yiladigan antibiotiklar pulpa yallig'lanishini tugata olmaydi, balki yallig'lanish surunkali, belgisiz tusga aylanadi. Undan tashqari, pasta tarkibidagi antibiotiklar ta'sirida antibiotikka chidamli mikrob shtamlari paydo bo'ladi, pulpa hujayralarining faqositar faolligi susayadi. Organizmning desensibilizatsiyalashuvi ham kam miqdorda qo'llangan antibiotiklar oqibatida yuzaga keladi.

Shunday qilib, pulpitni konservatik davolash usulda antibiotiklardan hamma vaqt ham kutilgan natija kelib chiqmasligi mumkin.

Pulpadagi yallig'lanishni bartaraf etish maqsadida yallig'lanishga qarshi kurashish, desensibilizatsiyalovchi va og'riqni to'xtatish xususiyatiga ega bo'lgan glyukokortikoidlar qo'llanadi. Glukokortikoidlar boshqa preparatlar bilan qo'shib ham qo'llanadi: Masalan, chuqur kariyesni davolashda pulpitni oldini olish maqsadida, ya'ni preventiv

davolashda glyukokortikoidlar 2%-li ftorda natriy bilan birga ishlatiladi (Berman I., 1985).

Pulpitni davolashda nekropitik (chirigan to'qimalarni yumshatadigan, eritadigan), mukolitik va yallig'lanishga qarshi xususiyatlariga ega bo'lgan proteolitik fermentlar muvaffaqiyatli qo'llanadi. Hozirgi vaqtda tripsin, ximotripsin, lizosim va yaqinda muvaffaqiyat bilan O'zbekistonda sintez qilingan kukumazim fermentlari kabilar keng qo'llanadi.

Tarkibida lizosim, A vitamini va sink oksidi bor bo'lgan, ya'ni lizosim-vitaminli pastasi pulpitni davolashda yaxshi natija beradi.

Fermentlar bilan antibiotiklar aralashmasidan tayyorlangan pastalar ham pulpitni biologik usulda davolashda va pereventiv davollashda keng qo'llanadi (N.F. Danilevskiy, L.A. Xomenko, 1979), shuningdek dorivor o'simliklar damlamalari ham yaxshi natija beradi (N.F. Danilevskiy va boshq., 1984).

Chuqur va chuqurlashgan chuqur kariyesni davolashda pulpitni oldini olish maqsadida o'tkaziladigan preventiv davolash usullari keng qo'llanadi. Bu stomatologik poliklinikalarda chuqur kariyesni davolashning ko'pincha foydali emasligi yoki to'laqonli davolamasligi, bunday tishda biroz vaqtdan keyin pulpa yallig'lanishi ehtimoli borligi bilan bog'liq. Shuning uchun, chuqur kariyesni, xususan chuqurlashgan chuqur kariyes (*car.profundae*) ni davolashda, albatta pulpitni oldini olish zarur.

V.S. Ivanov va boshq. (1990) chuqur kariyesni va sut tishlari, shakllanmagan doimiy tishlardagi o'rta kariyesni davolashda pulpa hayotiy-ligini saqlab qolish uchun preventiv usulni qo'llash ko'rsatmalari beriladi.

Bunda pulpaga bevosita, ya'ni dentin (kanalchalari) orqali biologik usulda davolovchi dori va preparatlar yuboriladi. Davolash bir marta (seans) da tugatiladi.

Usul quyidagicha bajariladi:

1. Og'iz bo'shlig'ini tayyorlash (kuchsiz antiseptiklar bilan chayish).

2. Tishni davolashga tayyorlash, kasal tish karashlardan tozalanadi.

Kariyes kovagiga kiritmasdan, tish toj qismi 2%-li spirtli yod eritmasi bilan bo'yaladi. Kariyes kovagi yot narsalar (ovqat qoldiqlari, chiriklar) dan tozalanadi, bo'shatiladi.

3. Og'riqsizlantirish.

4. Kariyes kovagiga ishlov berish. O'tkir steral borlar bilan kariyes kovagiga kirish qismlari kengaytiriladi, kovak ochiladi, osilib turgan qirralar olinadi. Yumshagan dentin ekskavator yordamida, pigmentlangan qattiq dentin esa sharsimon bor bilan olinadi (nekrotomiya). Bunda kariyes kovagining tubi ehtiyotlik bilan, iloji boricha infeksiya bo'lgan kasallangan dentindan tozalash zarur.

Yumshagan dentinni olib tashlash jarayonini og'riqsiz kechishi uchun iliq holda anestetiklardan biri (2%-li lidokain va boshq.) kiritiladi. Chuqur va chuqurlashgan kariyesni (V.S. Ivanov va boshq., 1990: da chuqurlashgan chuqur kariyes – *car prophunda provecta* to'g'risida

fikr yuritilmagan) davolashda elektroog'riqsizlantirish (O.F. Konobovsev, 1985) o'tkazish tavsiya etiladi. Biz (T.X. Safarov, 1969) bu maqsadlarda elektroanalgeziya o'tkazamiz.

V.P. Berejnoj (1985) 1% -li trimekain va furasilin (1:5000) bilan fonoforez o'tkazishni taklif etadi. Bunda u pulpani elektr sezuvchanligi 16,5 daqiqa davomida 30–35 mka gacha pasayishini kuzatgan. Boshqa og'riqsizlantirish usullarini ham qo'llash mumkin.

5. Kovak tubiga davolash pastasini qo'yish. Davolash pastasini tanlashda uning ta'sirotlangan holda bulgan pulpaga ta'sir etishiga e'tibor berish kerak.

Tavsiya etilayotgan davolash vositalari klinika sharoitida sinovdan o'tgan. Ular orasida ko'proq foydalilari bo'lib quyidagilar hisoblanadi: a) glyukoaminoglikanlar (luronit, xonsurid) bilan furazolidondan iborat bo'lgan davolash pastalari; b) past chastotali ultratovush va autogen dentin konglomeratni qo'llash (V.P. Berejnoj, 1985); c) antibiotiklar bilan proteolitik fermentlardan davolash pastalari (N.F. Danilevskiy, L.A. Xomenko, 1979); d) dorivor o'simliklardan tayyorlangan vositalar (N.F. Danilevskiy va boshq., 1984); e) sink oksidi va evgenol aralashmasidan tayyorlangan pastalar; j) kalmesin.

6. Doimiy plomba qo'yish. Kariyes kovagiga davolash pastasi qo'yilgandan keyin uning ustiga suvli dentin pastasi va fosfat sement (yoki nisfat-sement, adgezor va boshq.) dan taglik qo'yilib, kovak doimiy plomba bilan bekiladi. Oldingi tishlarga kompozit materiallardan plomba qo'yiladi.

Ma'lumki, o'tkir chuqur, hususan, chuqurlashgan chuqur kariyesda ta'surotlar ta'sirida kovak tubida qattiq og'riq paydo bo'ladi. Ta'surotlar dentindan, undagi odontoplast hujayralarining o'simalari orqali beriladi. Pul'paga o'tadigan ta'sirotlar ta'sirini kamaytirish uchun, shu ta'sirotlarni qabul qilib, o'zi orqali o'tkazib beradigan odontoplast hujayralarining o'simalari bo'shlig'ini bekitish, ya'ni ularni o'tkazuvchanlik faoliyatini pasaytirish kerak. O'tkazilgan eksperimental kuzatuvlar (L.I. Arbanovich, 1986) natijasida davolash balchiqlarining suyuq qismi ta'sirida kariyes kovagining tubida dentinga o'xshash modda hosil bo'lishi, dentin kanalchalari bo'shliklarining bekilishi, ya'ni bu vositaning odontotrop dentin hosil qilish qobiliyati borligi aniqlandi.

Chuqur kariyesda bo'ladigan dentinning haddan tashqari sezuvchanligini kamaytirish, pasaytirish uchun 2%-li ftorid natriy, glyuko-kortikoidlar (I. Verman, 1985), ikkilamchi dentin hosil bo'lishni jonlantiradigan vositalar, anestetiklar qo'llaniladi.

Chuqur kariyes kovagini plombalashda qo'llaniladigan plomba ashyolarining chidamligiga va yopishqoqlik xususiyatlarini, ikkilamchi kariyesni oldini olishni ta'minlashini e'tiborga olish. Bunda qo'llanadigan taglik alohida ahamiyatga ega, hamda u doimiy plomba tarkibidagi pulpa uchun zararli moddalari pulpaga o'tishini to'sib turadi. Shu maqsadlarda,

tarkibida kalsiy gidrooksidi, sink oksidi va monofosfat bo'lgan polisteren (M. Brannstrom, 1968), ishqorli lak (O.I. Kruglyakov va hamma mualliflar, 1969), lak-adgeziv (V.N. Artamonov va hammual., 1978), siakrining yelimli kompozitsiyasi (M.S. Shapiro, 19760), MK-2, MK-7 va boshqa shunga o'xshash dorilar (G.S. Chuchmay va hammual, 1980) qo'llanadi. Bu dorilar, elimlar dentin yuzasida biologik pardaplenka hosil qilishi va kichik teshikchalarni yopib turishi uchun ham aulpani plomba tarkibidagi yot moddalardan asrab turadi.

Shunday qilib, chuqur kariyesda pulpitni perezivtiv davolashda qo'llanadigan dorilar, vositalar chidamli, yopishqoq, mikrobgga qarshi kurashadigan va odontotrop xususiyatiga ega bo'lishlari talab etiladi. Autogen dentin konglomerati bu talablarga javob beradi.

Pulpitni davolashda uni hayotiyiligini saqlab qolish 2,6% dan (A.Turabov, V.V.Yujniy, 1973) 7, 71% gacha (M.I.Groshikov, V.I.Gricheshnikov, 1982) ni tashkil etadi. Bu bemorlarni shifokorga kechikib murojaat etishi, profilaktika ishlarini past darajada olib borilishi bilan bog'liq.

Chuqur va chuqurlashgan kariyesni davolashda pulpitni perezivtiv davolash usullari keng ko'lamda qo'llanmas yoki ular yetarli darajada foyda bermasa hamda bemorlar shifokorga kechikib murojaat etishsa, albatta kariyes kasalligining asorati sifatida pulpit kelib chiqadi.

Pulpitni biologik usulda davolash uchun qo'llanadigan ba'zi dori va preparatlar:

Rp.: Heparini 0,5  
Furazolidont 0,05  
Sol. Natrii chloridi 0,85% 50,0  
M.D.S. Kariyes kovagini yuvish uchun

Rp.: Luronfi 0.01  
Sol. Novocaini 0,25(0,5)% 1,0 (2,0)  
M.D.S.Kariyesning kovagini yuvish uchun

Rp.: Furazolidoni 1 qo  
Soli albae 3,0  
Sol. Luroniti 5(10) 5  
g.s.ut fiat pasta  
M.D.S. Kariyes kovagi tubiga qo'yish uchun

Bu dorilar aralash holda (masalan, geparin bilan muronit, baktrim va boshq.) ham qo'yiladi. 0,2 ml isitilgan dori suyuqligi pulpa yuzasiga qo'yiladi.

Proteolitik fermentlar biologik usulda pulpitni davolashda keng qo'llanadi. Ular mikroblarning antibiotiklarga chidamligini pasaytirish

bilan antibiotiklar bilan birga qo'llanadi. Ular mikroblarning antibiotiklarga chidamligini pasaytirish bilan antibiotiklar ta'sirini kuchaytiradi. Eng ko'p ximotripsin antibiotiklar bilan birga qo'llanadi.

Rp.: Trypsini

Chymotrypsini aa 0,005

Streptomycini sulfatis 1000000 ED

OH. Caryophylorum g.s.emils

M.D.S.Pulpitni biologik usulda davolash uchun

Rp.: Trypsini

Chymotripsini ff 0,005

Norsulfazoli 0,2

Boll albae 0,3

01. Caryophylorum g.s. ut fiat pasta

M.D.S.Biologik pasta.

Bulardan tashqari, pulpitni biologik usulda davolashda ayrim mualliflar taklif etgan quyidagi davolash pastalari ham ishlatiladi.

1. V.S. Ivanov va E.E. Leybur bo'yicha:

Kolimisin 100000 ED

Gidrokartizon 0, 01-0,5o (yoki prednizolon 0,006)

Oq loy 0,5

Shaftoli yog'i pasta tayyorlash uchun

2. I.I.Kirilinko bo'yicha:

Livomisin 0,01

Ximopsin 0,002

Norsulfazol 0,2

Xlorid natriyning izotonik suyuqligi 2,0

Pasta tayyorlash uchun keragicha oq loy.

3. Ergashev bo'yicha

Kolimisin 100000 ED

Triamisinolon 0,002

Geksakain 0,1

Oq loy 0,5

Pasta tayyorlash uchun keragicha erginol.

Shunday qilib, biologik usulda pulpitni davolashda juda ko'p xilma hil dori preparatlari va vositalari qo'llanadi. Ular pulpaga bevosita (dentin kanalchalari orqali) yoki bilvosita (ochilgan pulpani yopish) ta'sir etish mumkin.

Keyingi yillarda kariyes asoratlari jumladan pulpitni davolashda fizioterapevtik usullar keng qo'llanadi. Ular davolash samaradorligini oshiradi davolashga sarflanadigan vaqt qisqaradi, asoratlari kamayadi. Doimiy elektr toki ta'sirida og'riq pasayadi, yallig'lanish kamayadi, to'qimada modda almashuv jarayonlari tezlashadi. Doimiy tok bilan pulpaga yuboriladigan dorilar (elektroforez) to'qimada to'planadi – depo hosil qiladi va bu esa yaxshi natija beradi. Pulpitni biologik usulda davolashda UVCH – davolash, kichik to'lqinli toklar, ultratovush foydalidir.

Biologik usulda yallig'langan pulpani davolab, saqlab qolishda ultratovush foydaliligi yaqinda aniqlandi. Ultratovushning biologik ta'siri asosida, uning organizm to'qimalarida so'rilib, boshqa energiya ko'rinishlarga o'tishi va qator fizikaviy fizika- mexanik hamda biologik reaksiyalar chiqarish xususiyatlari yotadi.

V.S. Ivanov va boshq., (1990) past chastotali 24,5 dan 27,5 kgs diapazonli ultratovushni o'ziga xos ta'sirini o'rganganlar. Ularga:

- 1) tish to'qimalarini infeksiyalangan to'qimalardan jadal ravishda tozalanishi;
- 2) fonoforez usulida tish to'qimalari va periodontga dorilarni yuborilishi;
- 3) zararlangan dentin va pulpada mikroflora bakterisid ta'sir ko'rsatilishi;
- 4) yallig'langan pulpaga tiklanish jarayonlarini jonlantirishi;
- 5) pulpa cho'ltog'idan oqadigan qonni to'xtatish uchun gemostatik ta'sir ko'rsatishi;
- 6) tish pulpasini amputatsiya qilishda kesuvchi asboblarni mexanik kuchini kamaytirishi kabilar kiradi.

Pulpitni davolashda ultratovushning tibbiyot uskunasi – URSK-7N-18 qo'llanadi. Apparat uchta akustik tugunchadan yig'ilgan elektron blokdan iborat. Tish bo'shlig'iga kiradigan qismlari har hil shaklda bo'lgan uchta endodontik to'lqin o'tkazgichlar – volnovod asboblarni kerak bo'lganda sterilizatsiya qilishi mumkin.

Biologik usulda past chastotali ultratovush va autogen dentin konglomerati qo'llab tasodifan ochilib qolgan tish pulpasidan o'tkir zardobli – yiringli chegaralangan pulpitni davolash maqsadga muvofiqdir. Boshqa shakldagi pulpitlar, tish toj qismining buzilganida pulpit va ildiz atrofida potologik o'zgarishlar bilan birga kechadigan pulpitlarini davolashga qarshi ko'rsatmalar bor.

Ultratovush usulida pulpitni biologik davolash. Kariyes kovagiga odatdagidek ishlov beriladi. Keyin 1 min davomida shpris orqali to'xtovsiz furasilin eritmasi (1:5000) berilib, ultratovush (volnovod-shtopfer) bilan kariyes kovagiga ishlov beriladi. Kovak quritilgach, uning devorlaridan autogen dentin qipig'i sekin aylanadigan steril bor yordamida kovak tubiga to'planadi. Unga 1 qism furasilin va 4 qism quruq glyukozadan iborat kukun qo'shiladi. Kariyes kovagi ichidagilarni siakrin (MK-2) bilan aralashtiradi. Ultratovush ta'sirida tish to'qimalariga mahkam yopishib turgan davolovchi kompazitsiya 30–35 daqiqadan keyin konglomeratga aylanadi. Uning ustiga doimiy plomba qo'yiladi.

Agar kovakdagi konglomerat yupqa bo'lib, emal-dentin chegarasiga etmay tursa, u qotgandan keyin, ustiga geterogen dentin qipiqdari va siakrindan iborat bo'lgan konglomerat qo'shiladi.

Barcha muolajalar 5%-li lidokain, 5%-li tremikain yoki 10%-li novakain eritmalari bilan applikasiyon og'riqsizlantirish ostiga olib boriladi.

Mualliflar fikricha, autogen dentin qipiqdari va siakriddan iborat davolash kompanziya pulpa hayotiyiligini saqlab qoladi va doimiy plomba chidamliligini oshiradi.

Pulpa hayotiyiligini to'liq saqlab qolish usuli. Yuqorida ta'kidlanganidek, yallig'langan pulpani davolab, uning hayotiyiligini saqlab qolish uchun juda ko'p dori va vositalar mavjud. Qo'llanadigan barcha dori va preparatlar yallig'lanishga, allergiyaga qarshi kurashish va dentinatrop xususiyatlariga ega. Tasodifan ochilib qolgan yoki yallig'langan pulpani yopish uchun qo'llanadigan pastalar tarkibiga og'riqsizlantiruvchi dorilardan tashqari, antiseptiklar, sulfanilamidlar, keng doirada ta'sir etuvchi antibiotiklar, kortikosteroidlar, fermentlar (lizosim, proteolitik fermentlar) kalsiy gidroksidi va boshqa dorivor vositalar kiradi.

Biologik usulni qo'llashda chirigan, infeksiyalangan dentinni to'liq olib tashlash pulpaga tushadigan mikroblarni oldini oladi va pulpani takroran infeksiyalanish xavfini bartaraf etadi. Kovakka ishlov berish pulpaga zarar etkazmasligi va unga infeksiyani qayta tusha olmasligini ta'minlashi zarur. Shu maqsadda, to'qimalar qavatma-qavat, faqat toza (steril) bor yoki ekskavator (yumshoq to'qimalarni olish) yordamida bajarilishi kerak. Dentinning zich qavatlari (naychalari) orqali dorivor moddalar pulpaga o'tishini hisobga olgan holda, pulpani ochishga intilmaslik darkor. Kovak isitilgan, iliq 0,9%-li natriy xlor eritmasi, 0,5 %-li novakain, 0,3%-li xlorgekoidin eritmali fermentlar, antiseptiklar bilan yuviladi. Kuruq steril paxta tamponlar bilan quritiladi (spirt, efir kabilar qo'llanmaydi, chunki ular pulpaga salbiy ta'sir etadilar va qo'llanadigan dorilar – antibiotiklarni faolligini pasaytiradi). Tashhis to'g'riligiga ishonch bo'lsa, birinchi davolashdayoq kariyes kovagiga ishlov berilib, uning tubiga kalsin kalmesin yoki yuqorida keltirilgan perevintiv davolashga mo'ljallangan biror-bir asta-sekin qotadigan davolash pastasi taglik shaklda qo'yilib, uning ustidan doimiy plomba qo'yiladi.

Hozirgi paytda pulpitni biologik usul bilan davolashda mikroblarga, yallig'lanishga qarshi kurashadigan va odontotrop ta'sir etadigan kalsiy gidroksidi preparatlari eng ko'p qo'llanadi. Bular o'ta ishqorli reaksiyali bo'lganligi uchun mikroblar rivojlanishi va ko'payishini to'xtatadi. Kalmesin kukun tarkibini sink oksidi va qonning quruq plazmasi tashkil etadi. Suyuqligi matilsellyulyozalardan iborat, undan tashqari kapillyarlar o'tkazuvchanligini pasaytiradigan, yallig'lanishga qarshi, eksudat hosil bo'lishini kamaytiradigan kortikosteroidlar qo'llaniladi. Ammo,

kortikosteroidlar pulpaga uzoq muddat, takroran ta'sir etsa, unda pulpa hujayralarning faolligi pasayadi va dentionogenez jarayonlari susayadi, ya'ni salbiy ta'sir etishini xisobga olib, ularni bemorning birinchi kelishida 2-3 kun davomida qo'llash tavsiya etiladi. Doimiy plomba qo'yishdan oldin tishga qo'yilgan kortikosteroid olinadi, uning o'rniga kalsiyli yoki evgeno-timoli pasta qo'yiladi. N.F. Danilevskiy yallig'langan pulpani davolab, uning hayotiyligini saqlab qolish uchun antibiotiklar bilan fermentlardan iborat bo'lgan moyli pastani, M.M. Sarinskiy esa "Oksikort" malxanga amidoprin aralashtirilib ishlatishni tavsiya etishadi. Pulpitlarni biologik usulda davolashga zarur foydali dorilar, preparatlar ishlab chiqish davom etmoqda. Shuni xisobga olish zarurki, tez-tez va ko'p marta davolash boylamlarini qo'yish pulpani jarohat olishi va ikkilamchi infeksiyani unga tushishi xavfini tug'diradi. Agar tashhis to'g'riligi shubha tug'dirsa unda vaqtinchalik plomba ostiga taglik sifatida davolash pastalaridan birini qoldirib tish kovagini berkitish kerak.

Pulpitni davolashning klinik foydaliligi og'riq yo'qligi, tishning elektrsezuvchanligini me'yoridaaligi, ba'zida periodont yorig'ida rentgenologik o'zgarishlarni yo'qligi bilan belgilanadi.

Kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, biologik usul tasodifan ochilib qolgan pulpani va o'tkir chegaralangan pulpitni davolashda yaxshi foyda bergani uchun, bu ikki ko'rsatma ham biologik, ham vital amputatsiya usullarini qo'llashda mutlaq ko'rsatma hisoblanadi. O'tkir chegaralangan pulpitni dastlabki davrlarida – bir kecha kunduz ichida –boshlangan davolash yana ham samaraliroq tugaydi. Ba'zida surunkali fibrozli pulpitni, uning qaytalanaganligini ham biologik usul bilan davolash mumkin.

N.A. Kodola va boshqalar (1980) biologik usulda davolashning mutloq ko'rsatmalariga tish toj qismining bir bo'lagi sinib tushgandan keyin hosil bo'lgan jarohatli (travmatik) pulpit va tish qattiq to'qimalari emirilishi oqibatida paydo bo'lgan pulpitni davolashni ham kiritishadi.

Hozirgi vaqtda, pulpa holatini klinikada asosan elektrodontodiagnostika ko'rsatkichlariga qarab obyektiv aniqlash mumkin. Shuning uchun, pulpitni biologik usul bilan davolash elektrodontodiagnostika nazorati ostida olib borilsa (davolash boshlanishi oldidan va davolash davomidagi elektrodontodiagnostika ko'rsatkichlar), davolash qay darajada foyda berayotganligi va natija nima bilan tugashi mumkinligini bilib olish imkoniyati tug'iladi.

Pulpani saqlab qolishga bog'liq terapevtik stomatologiyada yana bir muhim masala bor – bu turli jarohatlar oqibatida tish ildizining turli joylaridan (ko'pincha ildizning o'rta yoki uchki qismlari) sinishida paydo bo'ladigan jarohatli pulpitdir. Maxsus adabiyotlarda bunday tishlarni teshib, pulpani olib tashlab, kanalini plombalash (shtift qo'llab yoki qo'llamasdan) kerak degan tavsiyalar beriladi. Ammo bunday tishlardagi pulpani davolab, uning hayotiyligini saqlab qolish mumkinligini biz (T.H. Safarov, 1961) o'tkazgan tadqiqotlar ko'rsatdi. Bunda davolashdan



oldin jarohatlangan tishning (bu tishning yon qo'shnilarining ham har extimolga qarshi) elektr tokiga sezuvchanligi elektrododontodiagnostika usulida, ildiz atrofidagi to'qimalar holati rentgenologik usulda aniqlanadi. Klinik manzara mavjud bo'lib, elektrododontodiagnostik ko'rsatkichlarning pasayishi, tishni teshishga ko'rsatma bo'la olmaydi. Singan tish atrofidagi to'qima buzilishlari, jarohatlar, yaralar ultrabinafsha nurlari, UVCh-davolash va antiseptiklar yordamida davolanadi. Yumshoq to'qimalar jarohatlari bitgach, singan tish ildizi atroflariga anestetiklar (masalan, 2%-li novakain) elektroforez (bir elektrod og'iz daxlizining ildiz soxasiga, ikkinchi elektrod til tomonidan joylashtiriladi) usulida yuboriladi. Singan ildiz atrofidagi og'riqlar tez orada (3-4 marta elektroforezdan keyin) to'xtaydi, tishning elektr tok kuchiga sezuvchanligi me'yorlashadi. Demak, ildizi singan tishdagi pulpa hayotiyliigi saqlab qolinadi.

H.G. Enghardt, H. Hamer (1959) va boshqalar ma'lumotlariga binoan, singan bo'laklar, ko'pincha qo'shuvchi to'qima yordamida bir-biri bilan birlashadi, yopishadi (konsolidasiya) yoki bunday holat osteodentin va osteosementdan iborat "qadoq" hosil bo'lishi bilan yuzaga keladi. Bunday konsolidasiya faqat pulpa tiriklida bo'lishi mumkin. Agar davolash pulpani saqlab qololmasa (elektrododontodiagnostika va ko'rsatkichlari buni ko'rsatadi), unda u olib tashlanadi kanal va tish plombalanadi.

Vital amputatsiya usulida pulpitlarni davolash.

Vital amputatsiya usuli biologik usullarga kiradi va ildiz pulpa hayotiyiligini saqlab qolishga imkon beradi.

Vital amputatsiya usulida (pulpotomiya) yoki tok pulpani olib tashlab, ildiz pulpani, ya'ni pulpa cho'ltog'i hayotiyiligini saqlab qolgandan keyin, unda dentinga o'xshash biologik plomba deb ataluvchi to'qima hosil bo'lishi aniqlangan (G.L. Feldman, 1937; A.V.R ivkind, 1938; L.I. Urbonovich, 1973; V.P. Berejnoj, 1985 va boshq.). Ildiz pulpa hayotiyiligini saqlab qolishda, farmakologiya va tibbiyot texnikasining erishgan yutuqlari, kuchli antibakterial preparatlar, proteoliz ingbitorlari va immunkorrektor vositalarini amaliyotda qo'llanishi kabilar katta ahamiyatga ega bo'ladi.

Pulpa qon tomiridagi mavjud bo'lgan anastomozlar, ildiz pulpasining ancha rivojlangan plastik imkoniyatlari, ximoya-moslashish va boshqa xususiyatlari vital amputatsiya usulini nazariy jihatdan asoslab beradi.

Shunday qilib, hozirgi davrda pulpa to'qimasining anatomofizologik xususiyatlari tufayli toj pulpa olib tashlangandan keyin, ildiz pulpa hayotiyiligini saqlab qolish mumkinligi so'zsiz tasdiqlangan.

O'tkir chegaralangan pulpitni va tasodifan ochilgan pulpani, ba'zida surunkali fibrozli pulpitni davolashda hamda biologik usul foyda bermagan hollarda, ya'ni malum muolajalardan keyin davolanayotgan

tishda og'riqlar davom etishi yoki qayta zo'rayishi tufayli murojaat etgan bemorlarni vital usulda davolashga ko'rsatmalar bor.

O'tkir umumiy (diffuz) pulpitni, surunkali va qaytalangan surunkali pulpitlarni vital usulda davolashga qarshi ko'rsatmalar bor.

Vital amputatsiya (pulpatomiya) usuli asosan ko'p ildizli tishlarda o'tkaziladi. Bu usulda qo'llanadigan dorilar biologik usuldagidek. Ammo vital amputatsiyada dorivor preparatlar ildiz kanallarining kirish qismlariga va kovak tubiga qo'yiladi.

Usul quyidagicha bajariladi. Og'riqsizlantirish ostida aseptika qoidalariga amal qilgan holda kariyes kovagiga steril borlar, ekskavatorlar bilan ishlov beriladi, toj pulpa va ildiz pulpalarini kanalga kiradigan qismlari olib tashlanadi. Pulpadan oqadigan qonni to'xtatish maqsadida gemostatik dorilar va vositalar -3%-li vodorod peroksidi, gemostatik yoki kollagenli bulutlar qo'llanadi. Diatermokoagulyatsiya yordamida pulpani kanalga kirish qismlarini kuydirish ham yaxshi foyda beradi.

V.S.Ivanov va boshq.(1990) ma'lumotlari bo'yicha ko'p ildizli tishlarda pulpa amputatsiya ultratovushli kesuvchi (volnovod-ekskavator) asboblari yordamida bajarilsa, pulpa cho'ltog'idan qon oqish kamayadi. Qon oqish to'xtatilgach, bosmasdan taglik va vaqtinchalik (davolash jarayonida) plomba qo'yiladi. Vital amputatsiya qo'llanadigan dori va preparatlar ildiz pulpaga salbiy ta'sir etmasligi lozim. Ko'proq kalmesin sink oksidi bilan evginol aralashmasidan tayyorlangan (ex tempore qo'llash oldidan) pasta yoki chet ellarda ishlab chiqilgan "endametazon", "Diaket", "Biokaleks" va boshqalar qo'llanadi. Pulpaga ishlov berish ohistalik bilan, uni asrab unga salbiy ta'sir etmaydigan (R. Berhau va Schrolder, 1983) darajada olib borilishi hamda pulpaga infeksiya tushishini oldini olish, degidratasiyalovchi, kuydiradigan dori va vositalarni qo'llamaslik talab etiladi. Doimiy plomba qo'yishdan oldin ildiz kanalining kirish qismlari va kovak tubiga sekin qotadigan odontotrop davolash pastasi taglik sifatida qo'yiladi.

V.S. Ivanov va I.M. Krasheninikov (1973) pulpadan oqadigan qon to'xtatilgach, pulpa cho'ltog'iga oletetrin va tetrasiklin bilan shindiriladi, Kollogenli bulut yoki boshqa zararlantiruvchi vositalar, masalan, dorivor o'simliklardan tayyorlangan dorilar, A.S. Anoxin (1985) esa tarkibida kalsiy bo'lgan preparatlar bilan glukokortikoidlar, antibiotiklar yoki lizosimli (0,001 g lizosim, 1 g A-vitaminining moydagi eritmasi va 2 g sink oksidi) pasta (A.Anoxin, 1986) qo'llashni taklif etishgan.

Ba'zi mualliflar, pulpaga ortiqcha jarohat yetkazmaslik yoki qayta infeksiya tushirmaslik uchun davolashni bir marta tugatish, boshqa mualliflar esa, uni 3-4 haftadan keyin tugatishni taklif etadilar.

Davolashni fizioterapevtik muolajalar (kichik to'lqinli toklar, UVCh, nur geliy-neonli lazer) qo'llab tugatilishi foydalibroq.

Gistologik tekshirishlar natijasida vital amputatsiyadan keyin, kanallarga kirish qismlarida ildiz pulpasi ustida qattiq substansiya-

dentinsimon to'qima hosil bo'lganligi va uning ostida ildiz pulpalar saqlanganligi aniqlangan.

Vital amputatsiya usuli to'g'ri bajarilsa, 90% gacha yaxshi natijalar beradi.

Biz pulpitlarni davolashda qo'llanadigan biologik usulni ham, vital amputatsiya usulini ham iloji boricha elektrodontodiagnostika nazorati ostida olib borish tarafdorimiz. Elektrodontodiagnostika davolashdan oldin (tish tojining saqlangan do'mboqchalaridan, kanalga kirish qismlaridan), davolash davomida (do'mboqchalaridan, markaziy joylashgan vaqtincha plomba ustidan, ammo milkka tegib turgan plombadan olingan ma'lumotlar noaniq hisoblanadi) va davolashdan keyin 7–10 kun o'tgach (do'mboqchalardan, markaziy joylashgan plomba ustidan) o'tkaziladi. Bunday tekshirishlar natijasida ildiz pulpani davolash jarayoni qay darajada foydali yoki foydasiz ekanligi to'g'risida obyektiv ma'lumotlar olindi.

### **MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLARI**

1. Pulpitlarni davolash usullari tarixidan nimalarni bilasiz?
2. Pulpit bilan og'rigan bemorni premedikatsiya – davolashga tayyorlash nimalardan iborat?
3. Pulpitni davolashdan maqsad nima?
4. Pulpitlarni qanday davolash usullari bor?
5. Biologik davolash usuli qachon qo'llanadi?
6. Vital amputatsiya ko'rsatmalar deganda nimani tushunasiz?
7. Biologik va vital amputatsiya usullarida pulpit qaysi maqsadlarda davolanadi?
8. Pulpitni biologik davolash usuli qanday bajariladi?
9. Vital amputatsiya usuli qachon va qanday qilib bajariladi?
10. Vital amputatsiyada qo'llanadigan dori va preparatlar biologik usuldagidan farq qiladimi?
11. Pulpitda pulpa hayotiyiligini saqlab qolishda qaysi fizioterapevtik usullar qo'llanadi?
12. Biologik va vital amputatsiya usullari qaysi obyektiv usul nazorati ostida olib boriladi?

### **Pulpani olib tashlash yo'li bilan pulpitlarni davolash (jarrchlik) usullari. Ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar**

Yallig'langan yoki jarohatlangan pulpani to'liq yoki qisman olib tashlash yo'li bilan pulpitlarni davolash terapevtik stomatologiya amaliyotida keng qo'llanadi. Bu pulpitlarning boshlang'ich davrlarida tashhislashning qiyinligi va bemorlarni shifokor-stomatologga kechikib murojaat etishlari bilan bog'liq. Undan tashqari, stomatologik kasalliklar va ular-

ning oldini olish chora-tadbirlari, ya'ni profilaktikasi to'g'risidagi ma'lumotlarni aholi orasida yetarli darajada targ'ib-tashviqot etilmasligi, aholining sog'liqni saqlash madaniyati pastligi kabi omillar ham bemorlarning u yoki bu kasalliklar bilan kechikib shifokorga murojaat etishlariga sabab bo'ladi.

Eng ko'p tarqalgan tish kasalliklari – kariyes kasalligi va uning asorati bo'lgan pulpitlarni davolashda, shifokor-stomatolog jarrohlik usullaridan foydalanadi. Pulpitlarni jarrohlik usullari bilan davolash eng qiyin, ko'p mehnat, qunt va mahorat talab etadigan muolajalar hisoblanadi. Chunki pulpa olib tashlangandan keyin, tish bo'shlig'i va kanallarga asboblar va dorilar yordamida ishlov berilib, ularni plomba bilan to'ldirish talab etiladi.

Katta yoshdagi kishilarda pulpitni jarrohlik usullarida davolash uchun quyidagi ko'rsatmalar bor: o'tkir umumiy pulpit, tishni elektr tokiga sezuvchanligini pasayishi (40 mA dan yuqori) va periodont yorig'ining ildiz uchi to'qimalarining rentgenologik o'zgarishlari bilan kechadigan surunkali, surunkali qaytalangan pulpit, fibrozli pulpit, surunkali gangrenozli pulpit, surunkali gipertrofik pulpit, shuningdek, kam uchraydigan konkremental pulpit, retrogradli pulpit, tasodifan ochilib qolgan pulpa va o'tkir chegaralangan pulpit.

V.S. Ivanov va hamualliflar surunkali pulpitlarni umumiy kasalliklar bilan kechishida yallig'langan pulpani to'liq olib tashlashdan oldin umumiy kasallikni davolash, qon uyushishini rutin, vikasol, kalsiy xlorid va boshqa preparatlar yordamida me'yorlashtirish zarurligini uqtiradilar.

Ular pulpani jarrohlik usullarida to'liq olib tashlashga – pulpa ekstraksiyaga quyidagi qarshi ko'rsatmalarni beradilar: 1) pulpitning boshlang'ich shakllari; 2) og'ir umumiy kasalliklar: o'pka sili kasalligining faol kechishi, buyrak etishmovchiligi, qandli diabetning og'ir darajasi, qon bosimining xaddan tashqari oshganligi, gemofiliya. Undan tashqari pulpa ekstraksiyasi quyidagi hollarda vaqtincha o'tkazilmaydi: 1) og'ir yarali-nekrotik (chirish) stomatitlari; 2) qizil yassi temiratkinning bullyoz shaklida; 3) shaklli eksudatin eritmasi; 4) yuqori nafas yo'llaridagi o'tkir infeksiyada, xususan uning yo'tal bilan kechadigan turlarida; 5) o'tkir yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda yoki bu bemorlar doimiy aloqada, muomalada bo'lgan odamlar orasida (gripp, polimeilit, ekzantem va boshqa yuqumli kasalliklar epidemiyasi bo'lganda) yuqumli kasalliklar bilan og'rigan kishilar; 7) ko'p qon oqishi bilan kechadigan xayz ko'rishda (pulpoektomiyada pulpadan ko'p qon oqish ehtimoli bo'lganda); 8) ruhiyati buzilgan bemorlarda.

Qari kishilarda pulpani to'liq olib tashlashga ildizlarda yig'ilgan tuzlar, goxida ildiz qiyshiqlari xalaqit berishi mumkin. Undan tashqari, ularda yurak-qon tomir kasalliklari va boshqa organizmning umumiy kasalliklari bor bo'lganda, pulpa ekstraksiyasini bir martada tugatish qiyin.

Pulpoektomiyaga bemorni tayyorlash boshqa ambulatoriya operatsiyalariga o'xshash bo'lib, bunda bemorning ichki a'zolarining holatini so'rab bilish, qaysi dori va preparatlarni o'zlashtira olishi mumkinligini aniqlashga qarab qarshi ko'rsatmalar belgilanadi.

Pulpa ekstraksiyasi sistemali qizil kasalligida, xattoki uning remissiya davrida ham og'ir kechadi.

Gormonlar bilan davolanadigan bemorlar (jumladan pufakli yara) da kasallik stabilizatsiyasiga pulpa ekstirpatsiyasini o'tkazmaslik kerak. Shifokor-stomatolog yuqorida keltirilgan vaqtinchalik qarshi ko'rsatmalarda bemorga og'riqni bostiradigan tez yordam ko'rsatib turish bilan chegaralanib, keyinchalik ekstirpatsiya muolajasini o'tkazish kerak.

Bemorni davolashga tayyorlashda, qaysi antiseptikalar, dori-darmonlar, kanalni plombalash uchun qo'llanadigan ashyolar qo'llash mumkinligini aniqlash zarur. Ba'zi betoqat, o'ta qo'rqqoq bemorlarni pulpoektomiyaga tayyorlash, xususan asabi sust odamlarni, shuningdek, tireotoksikoz, qandli diabet, gipertoniya kasalligi bilan og'riydigan bemorlar bilan shifokor suxbat o'tkazishi, tushuntirishi, ayrim paytlarda turli tinchlantiruvchi dori va preparatlar yordamida psixoprofilaktika va premedikatsiya o'tkazishi talab etiladi.

Pulpani to'liq olib tashlash – pulpoektomiyani klassik tarzda o'tkazishda asosiy vazifa – bu pulpani ildiz uchi teshigigacha olib tashlashdir. Ammo periodontga pulpoekstraktor kirmasligi, uni jarrohatlamasligi zarur. Ba'zida ildiz uchi teshigiga 1–1,5 mm etmasdan pulpa olib tashlanadi, xuddi shunday joyda pulpa to'qimasi periodont to'qimasi bilan bog'lanadi va aralashadi.

Pulpani jarrohlik usullarida olib tashlash bilan pulpitni davolash ikki usulda bajariladi:

1. Pulpa og'riqsizlantirilgandan keyin diatemokoagulyatsiya qo'llab yoki qo'llamasdan vital usulda uni qisman yoki to'liq olib tashlash.

2. Pulpa jonsizlantirilgandan keyin devital usulda qisman yoki to'liq olib tashlash.

Har ikkala usulda ham bemorning umumiy ahvoli, pulpitning klinik shakli, bemor organizmida kechayotgan umumiy kasalliklar, ularning pulpit bilan bog'langanlik darajasi va eng muhimi, davolanadigan tishning anatomik xarakteristikasi, ya'ni undagi kanallarning o'tuvchi yoki o'tmasligiga qarab, pulpa to'liq yoki qisman olib tashlanadi: bir ildizli tishlar va ko'p ildizli tishlarning o'tuvchi (yuqori jag'dagi katta oziq tishlarning tanglay, pastki jag'dagi kichik oziq tishlar, katta oziq tishlarning distal) kanallaridan pulpa to'liq olib tashlanadi; ba'zida yuqori jag'dagi kichik oziq tishlarning kanallari, ko'pincha katta oziq tishlarning lunj tomonidagi medial va distal kanallari va pastki jag'dagi katta oziq tishlarning medial lunj va til kanallarining tor, o'tmas bo'lganligi uchun ulardan pulpa qisman olib tashlanadi.

## **Pulpani og'riqsizlantirib, vital usulda diatemokoagulyatsiya qo'llab yoki qo'llamasdan olib tashlash bilan pulpitlarni davolash usullari. Ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar**

Yallig'langan yoki zararlangan tish pulpasini davolashda qo'llanadigan davolash usullaridan qat'iy nazar, barcha hollarda bemor ruhiyatini tinchlantirish, psixoterapiya vositalari yordamida uning markaziy asab tizimini me'yoriga keltirish, ba'zida premedikasiya vositalari qo'llab, uni davolashga tayyorlash talab etiladi. Stomatologik muolajalar, jumladan pulpitlarda qo'llanadigan terapevt-stomatolog bajaradigan muolajalardan deyarli barcha odamlar qo'rqishi, hattoki vahimaga tushishi mumkinligi to'g'risida yuqorida ta'kidlandi. Ko'pincha, shifokorning bemor bilan xushmuomalalik bilan suhbatlashishi, unga davolash zarurligini tushuntirish, aks holda kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlarni haqida gapirib berishi, davolash jarayonining esa og'riqsiz o'tishini ta'minlash mumkinligiga bemorni ishonitirish, davolashning muvaffaqiyatli tugashiga kifoya etadi. Albatta bunda bemorning umumiy saviyasi, savodliligi, madaniyatiga, ma'naviy dunyo qarashi, aql-idrok va fikrlash darajasi katta ahamiyatga ega.

Yallig'langan yoki zararlangan tish pulpasini og'riqsizlantirib, tirik holda, ya'ni vital usulda olib tashlash bilan pulpitlarni davolash keng qo'llanadi. Bu usul, pulpani devitallab – jonsizlantirib olib tashlash bilan pulpitlarni davolashga nisbatan ancha ustunliklarga ega.

Ma'lumki, 1923- yili G. Fischer birinchi bo'lib pulpitlarni bir qatnovda anesteziya ostida davolash usulini taklif etgan edi. Bu o'sha davrdagi stomatologiya mutaxassisligida katta yangilik bo'lib, rivojlanishning muhim bosqichi bo'lgan edi. Bu usulda faqat o'tuvchi kanallari bor bo'lgan, bir ildizli tishlardagi pulpitlarni davolash mumkin. Bu usulni keng amaliyotda targ'ib etilib, xususan salbiy xususiyatiga ega bo'lgan margimush qo'llanishini cheklanishi bilan bir qatorda, og'riqsizlantirilgan pulpani olib tashlashda turli salbiy oqibatlar va asoratlarning kelib chiqishi ham ma'lum bo'ldi. Bular orasida qo'llanadigan usulda pulpa olingach, undan oqadigan qonni gemostatik dorilar va vositalar yordamida to'xtatilib, kanal plombalanib, tishga doimiy plomba qo'yilganidan keyin pulpa uzilgan joy – yaradan qaytadan, ikkilamchi qon oqishi va uning ildiz atrofida gematoma hosil qilishi, ikkilamchi infeksiya ta'sirida esa abscess hosil bo'lishi kabi asoratlarni kelib chiqishi ma'lum bo'ldi. Shundan keyin, pulpa to'liq olib tashlansada, birinchi qatnovda kanal va tishni plombalash mumkin emasligi aniqlandi.

Pulpitlarni davolashda pulpani og'riqsizlantirish uchun 2% li novokain, 2% li lidokain, 3% li mepivakain, 1% li ultrakain va ba'zida umumiy narkoz hamda gipnoz qo'llaniladi. Kasallangan tishning joylashgan joyiga qarab, infiltrasion yoki o'tkazuvchi anesteziya qilinadi:

yuqori jag'da infiltrasion, pastki jag'da esa o'tkazuvchi anesteziya qo'llanadi. Undan tashqari, jarrohathiy (travmatik) pulpitda (tish tojining ma'lum bir bo'lagi sinib tushganida) ochilgan pulpani yoki pulpitda pulpa ochilgach, applikasion – shimdirish (dikain, trimekain, 10% li lidokain va boshq.) anesteziyasiz yoki shpris yordamida o'sha ko'rsatilgan anestetiklarni pulpa ichiga qo'shimcha ravishda yuborib og'riqsizlantiriladi.

Pulpani og'riqsizlantirib vital usulda diatermokoagulyasiya qo'llab olib tashlash bilan barcha shaklda kechadigan pulpitlarni davolash mumkin. Vital usulda pulpitlarni davolashda, bemorning ruxiyati, umumiy ahvoli va uning organizmida kechayotgan umumiy kasalliklar, pulpaning yallig'langanlik yoki jarohatlanganlik darajasi va bu jarayonlarning bemor organizmining a'zo va tizimlariga ta'siri va nihoyat, eng muhimi, aynan shu bemorga qaysi anestetiklar qo'llash mumkinligini hisobga olish zarur. Chunki, ayrim shaxslarda ayrim og'riqsizlantiruvchi doriga o'ta sezuvchanlik bo'ladi. Bunday dori qo'llanilmaydi.

Shuning uchun, bemorga tavsiya etiladigan yoki beriladigan va xususan, ukol yo'li bilan tanaga yuboriladigan barcha dori va preparat to'g'risida shifokor bemordan so'rab bilishi yoki bu dorilarni berishdan, yuborishdan oldin maxsus sinamalar o'tkazish talab etiladi. Bu tibbiyotning umumiy qoidasiga barcha shifokorlar, jumladan stomatolog ham amal qilishi shart.

Aks holda, turli asoratlar, hatto anafilaktik karaxtlik ro'y berish mumkinligi uchun ham, bu vital usulda pulpitni davolashga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Vital usulning kamchiligiga esa, ayrim anestetiklar ta'sirida to'liq og'riqsizlantirishga erishmaslik kiradi. Yaxshi, to'laqonli og'riqsizlantirish davolashni garovidir.

Pulpitlarni og'riqsizlantirish ostida jarrohlik usullari qo'llab vital davolashda birin-ketin bajariladigan bir necha muolajalarni E.E. Yavtorskaya, L.I. Urbanovich (1964) taklif etganlar.

Pulpitni shu tartibda davolash shifokorni ma'lum bir yo'nalishda ish olib borishini ta'minlaydi.

1. Operatsiya maydonini yuvib tozalash. Bemor og'zini iliq holdagi kuchsiz margansovkali-nordonli eritmasi (1:5000) yoki 1–2% li ichimlik soda eritmasi bilan chaydiriladi.

2. Kasal va ikki yon qo'shni tishlarga mexanik va kimyoviy ishlov berilib operatsiya maydoni tayyorlanadi. Operatsiya maydoniga ishlov berib, uni tayyorlashda kuchsiz antiseptiklar qo'llanadi. Kasal tish va uning yonidagi tishlar karashlardan tozalanib antiseptiklar bilan artiladi (margansovka-nordonligining 1:5000 nisbatidagi eritmasi, 2%li yod tinkturalari).

3. Maxalliy (yuqori jag') yoki o'tkazuvchi (pastki jag') og'riqsizlantirish.

4. Kasal tish yon qo'shnilari bilan birga paxta bolishchalar bilan so'lakdan ximoyalaniadi, ajratiladi. Kariyes kovagidan ekskavator yordamida ovqat qoldiqlari va chirib yumshagan dentin olib tashlanadi. Keyin kovak quritiladi va kariyes kovagiga boshlang'ich mexanik ishlov berish – nekrotomiya o'tkazib, ishni tish bo'shlig'iga bemalol kirish mumkinligi darajasigacha etkaziladi.

Kariyes kovagini charxlash – mexanik ishlov berish bir necha bosqichdan iborat:

a) kovakni yetarli darajada kengaytirish – emal va dentin osilib turgan qirralarni olib tashlash; b) nekrotomiya – infeksiyalangan, yumshagan va pigmentlangan qattiq dentinni olib tashlash; c) kovakka shakl berish – kariyes kovagining devori tish bo'shlig'i chegarasiga – kovakdan to'g'ridan-to'g'ri tish bo'shlig'iga kirish imkoniyati yaratilguncha uni kengaytirish.

Kovak astoydil charxlanadi. Oldin emalning osilib turgan qirralari olib tashlanadi. Fissurli bor bilan kariyes kovagi ochiladi va kengaytiriladi va tirikligi yaramaydigan bo'lib qolgan emal va dentin to'qimalari qirib tashlanadi. Infeksiya manbai va pulpa intoksikasiyalanishiga sabab bo'ladigan kariyeslangan (pigmentlangan) dentin batamom olib tashlanadi. O'tkir ekskavator bilan infeksiyalangan yumshoq dentin kovak devorlaridan va tubidan olib tashlanganidan so'ng, sharsimon bor bilan uzlukli (ishlab-to'xtab), vergulsimon harakat qilib nekrotomiya tugatiladi (charxlash paytida kovakni suv bilan sovutib, yuvib turishga mo'ljallangan zamonaviy trubinli stomatologik uskunalarda bor to'xtovsiz harakat etishi mumkin). Asbobni har bir harakati asoslangan, bemorga ortiqcha bezovtalik, tashvish keltirmaydigan bo'lishi kerak.

5. Tish bo'shlig'ini ochish. Tish bo'shlig'ini ochishdan oldin operatsiya maydoni antiseptiklar, antiseptiklar bilan antibiotik, og'riqsizlantiruvchi dorilar aralashmalar bilan qaytadan yuviladi. Tish bo'shlig'ini, uning gumbazini va pulpa shoxini ochish steril, ko'pincha o'rta hajrdagi sharsimon bor yordamida amalga oshiriladi.

Tish bo'shlig'ining gumbazi steril aylanasimon yoki fissurli bor bilan qirg'iladi. Tish bo'shlig'ining tomini olib tashlash, pulpaning shoxi ochilgan teshikdan boshlanadi. Bor tish bo'shlig'iga kirgani ma'lum bo'lgandan keyin, qolgan gumbaz qismini chuqurdan tashqariga qarab aylanasimon yoki fissurli bor bilan harakat qilib olib tashlanadi. Pastki katta oziq tishlarda tish bo'shlig'ining tomi fissurli bor bilan distal nuqtadan medial – lunj, keyin esa distaldan medial – tilgacha olib tashlanadi. Yuqori jag' katta oziq tishlarida – tanglay kanalidan distal – lunj, keyin esa medialdan medial – lunj, distaldan medialga qarab olib tashlanadi. Bunday tartibda gumbazni olib tashlash tishlarning topograf-anatomik tuzilishda (oddiy bormashina bilan) hosil bo'lgan issiqlik pulpaga salbiy ta'sir etkazmasligini oldini olish uchun bor bir ishlab, bir to'xtatilishi kerak.



6. Pulpotomiya (pulpa amputatsiyasi). Ehtiyotkorlik bilan, bosimsiz, toj pulpa o'tkir steril ekskavator yordamida olib tashlanadi. Ba'zida kichik aylanasimon bor bilan kanallarga kirish qismidagi ildiz pulpa olinadi.

7. Pulpa cho'ltog'i ustidagi yaraga uning vazifalari tiklanishi maqsadida ishlov beriladi. Steril pipetka yoki shpris yordamida mikrosid bilan novokain (9,5-0,255 li), antibiotiklar, antibiotik bilan fermentlar eritmalari bilan tozilib yuviladi. Antiseptiklardan masalan, natriy-xlorfenol qo'llanadi.

Rp.: Phenolis: puri 1,5

Natrii chlreti 30,5

Aq.destillatae 68,5

MDS. Pulpa cho'ltog' ichra ishlov berish uchun natriy-xlor-fenolning 1,5 % li eritmasi.

8. Kanallarga kirish qismlarini kengaytirish. Qoldiq (ildiz) pulpitning oldini olish uchun sharsimon yoki noksimon bor bilan kanalga kirib, qismlar kengaytiriladi. Hozirgi paytda bu maqsadlarga "Getes Glidden", "Largo" va "Orfice Openetr" kabi drellar ishlatiladi. Ular turli o'lchamlarda chiqariladi. Kanallarning kirish qismida osilib turgan to'qimalar olib tashlansa, davolovchi pasta ham yaxshi o'rtnashadi.

Tish bo'shlig'ining kanallariga kirish qismlarini ochishga aloxida e'tibor beriladi. Agar kanalga kirish qismida osilib turgan dentin qolsa, uning tagida infeksiyali, yallig'langan pulpa bo'lagi qoladi va u mikroblarga yaxshi oziqa bo'lib xizmat qilishi mumkin. Shuning uchun kanallarga kirish qismlari yaxshi ochilgan bo'lishi kerak.

Ayrim tishlarda tish bo'shlig'ini ochishga taalluqli ma'lumotlarni keltirish maqsadga muvofiqdir, chunki har bir tishning bo'shlig'i o'ziga xos ravishda ochiladi va kengaytiriladi.

Bunda har bir guruhdagi sut va doimiy tishlar o'ziga xosligi bilan bir-biridan farqlanadi. Bolalar va o'smirlar tishlarining bo'shliqlari doimiy tishlardan o'zining kengligi, kattaligi bilan farq qiladi. Sut tishlar bo'shlig'ining toj qismi va kanallari keng, periodont bilan keng ildiz kanallari ichki teshigi orqali bog'lanib turadi.

Yoshi katta odamlarning doimiy tishlarida, xususan chaynov yuzalari yemirilgan tishlarida tish bo'shlig'i toj qismida deyarli yo'qolishi, kanallarga kirish qismlari va kanallarning o'zlari bekilib, ya'ni obliteratsiyalanishi yuqorida keltirildi.

Sog'lom va butun yuqori jag' kesuvchi tishlarni teshish zarurati bo'lganda (retrogradli pulpit, jarrohathiy pulpit, kariyes kovagi, bo'yin qismida bo'lganda, ortopedik ko'rsatmalar tufayli depulpasiya va boshq.), ular Forramen Coecum dan pastroq, tishning tanglay yuzasidan, kesuvchi yuzasiga yaqinroq joydan tanglay yoki til yuzalaridan teshiladi. Shunday qilinsa, bo'shliq gumbazi to'liq olinadi, toj pulpa ham to'liq olib tashlanadi va tish qattiq to'qimalari kamroq qirqiladi. Ammo kesuvchi

yuzalaridan teshish mumkin emas. Bu birinchidan, tishning og'iz daxlizi yoki til tomondagi devorlarini harakatidagi tebranish ta'sirida sinib qolish xavfini paydo qiladi; ikkinchidan, teshilgan teshik butun toj qismidan o'tgani uchun, uning chidamliligi pasayadi. Bunday usulda tishni teshish estetik jihatdan ham noto'g'ri. Tish tojini teshish va turbinli mashinalar bilan olmos yoki qattiq qorishmadan tayyorlangan bor yordamida emalni, odatda sharsimon bor bilan esa dentinni olib tashlash mumkin. Bunda borming harakati tish uzunasi o'qi bo'ylab bo'lishi kerak. Tish bo'shlig'i yaxshi ochilgan, kanallarga pulpoekstraktor va boshqa endodontik asboblarga bemalol (egilmasdan) kira olishi kerak. Egilib kanalga kiritilgan mayda endodontik asbob sinib qolishi mumkin.

Pastki kesuvchi tishlarning, xususan katta yoshdagi odamlarda, kanallari tor bo'lganligi sabab, ularni tuberculum dentalae dan, kesuvchi yuzasiga yaqinroq joydan ildiz yo'nalishi (til tomon) ni hisobga olib teshiladi.

Uzuvchi tishlar bo'shliqlarini ochish uncha qiyinchilik tug'dimaydi. Agar kariyes kovagi kesuvchi yoki uzuvchi tishning to'qnashish yuzalarining birida joylashgan va uning til tomondagi devori yuqalashgan bo'lsa, unda uni til yuzasiga olib chiqqandan keyin tish bo'shlig'ini ochish kerak. Kariyes kovagi uncha katta bo'lmasa, uni plombalaydilar, tishni esa til yuzasidan teshadilar.

Yuqori jag' kichik oziq tishlarning bo'shliqlarini ochish uchun pulpani lunj shoxi mo'ljalga olinadi, chunki lunj do'mboqchaga pulpa yaqin keladi. Shu joydan ochishni boshlab, fissurli bor yo'nalishini tanglay va lunj – tanglay tomon harakat qildirish bilan bo'shliq ochiladi. Ochilgan bo'shliq ellipssimon shaklga ega. Ba'zida bu tishlarda (birinchi kichik oziq tishlarda 75%, ikkinchilarda esa 25% hollarda) ikkitadan ildiz bo'lib, ba'zida esa kanallar ildizning xoxlagan qismida bir-biriga qo'shilgan holda bo'lishini hisobga olish zarur.

Katta va kichik oziq tishlarning to'qnashish yuzasida joylashgan kariyes kovagini ham chaynov yuzaga olib chiqiladi. Bu tishlarning bo'shlig'ini to'liq ochish uchun shu yuzani o'rtasigacha bo'lgan barcha tish qattiq to'qimalari olib tashlanadi. Tish bo'shlig'i ochiladi, gumbazining osilib turgan qirralari sharsimon yoki fissurli bor bilan (bunda bor ichkaridan tashqariga qarab harakat qilishi kerak) olib tashlanadi. Barcha hollarda etarli darajada to'la ochish uchun osilib turgan barcha qirralar, yon devorlarning chirigan, osilib turgan emal-dentin qismlari olib tashlanadi. Tish bo'yin qismlarida joylashgan kariyes kovaklariga tegishli ishlov berilib plombalanadi, pulpani olib tashlash uchun esa tish chaynov yuzasidan ochiladi va teshiladi.

Umuman olganda, kichik va katta oziq tishlar bo'shlig'ini ochish qiyin vazifa hisoblanadi. Tish toj qismida teshilish bo'lishini oldini olish va bu davolash bosqichini muvaffaqiyatli bajarish maqsadida, toj qism ochilishi, ammo bor bilan kengaytirilmasligi va chuqurlashtirilmasligi

shart. Yuqori kichik oziq tishning bo'shlig'ini ochishda kichik, uncha katta bo'lmagan borlarni lunj-til yo'nalishida harakat qildirib tishning anatomik tuzilishini buzmasdan bo'shliqni ochish kerak. Pulpaga eng yaqin yo'l, tish egatchasining chuqur joylaridan lunj tomonga qarab joylashgan. Bular hisobga olinmasa, devorlardan birida yoki kovak tubi teshilib qolishi mumkin. Pastki jag' kichik oziq-tishlarning tojlari til tomonga og'ib turishini hisobga olish kerak. Xuddi shu hodisa, katta oziq tishlarda ham bo'lishi mumkin.

Katta oziq tishlarning ham bo'shliqlarini ochish, kichik oziq tishlardagidek, ammo yuqori jag'dagi katta oziq tishlarning uch ildizli, uch kanalli, uch kanalga kirish qismlari borligi bilan biroz farqlanadi. Ularning bo'shliqlarini ochishga aloxida ahamiyat berish zarur. Ko'pincha shifokorlar katta oziq tishlar bo'shlig'ini chaynov yuzadan ochishda, tojni kichikroq teshib qo'yadilar. Buning natijasida bir necha asoratlar kelib chiqadi: toj va ildiz pulpa to'liq olib tashlanmaydi, kanallarga mexanik va medikamentoz ishlov berish sifati xiralashadi va kanalga kiritilgan endodontik asboblarda sinib qolishi mumkin. Shuningdek, ko'p hollarda kanallar ildiz uchi teshigigacha plombalanmay qolishi oqibatida o'tkir yoki surunkali periodontit kelib chiqish xavfi paydo bo'ladi. Kanallarga bemalol kirish imkonini beruvchi, tish bo'shlig'i tubi va kanallarga kirish qismlarning ko'rinib turishiga etkazilgan ishlov barcha talablarga javob beradi.

Yuqorigi jag'ning katta oziq tishining toj bo'shlig'i keng. Uning gumbazi turli kishilarda turlicha. Lunj tomondagi pulpa shoxlari yaxshi rivojlangan va pulpa medial lunj do'mboqchaga eng yaqin joylashgan. Oldingi (medial) lunj kanal yoriqqa o'xshash, orqa (distal) lunjniki esa aylanasimon. Ikkala kanal uchburchak asosining burchagida, uning yuqorisi voronkasimon bo'lib keng tanglay kanaliga kirib boradi. Yuqori ikkinchi va uchinchi katta oziq tishlarning kanallarga kirish qismlarini ochish, ular tuzilishlarining har xil bo'lganligi uchun ko'p qiyinchiliklar tug'diradi. Bor bilan ishlashda 7 7 tojlarining tuzilishi to'rt variantda (xil) bo'lishi va shuning uchun ham toj bo'shlig'ining topografik anatomiyasining o'zgarishini esda tutish lozim; toj bo'shliqlari va kanallari odatdagi 76 67 ga nisbatan yanada ko'proq o'zgargan holda bo'ladi.

Pastki katta oziq tishlarning toj bo'shlig'i kubsimon shaklda bo'ladi va ulardagi pulpa shoxlarining soni do'mboqchalar soniga to'g'ri keladi. Oldingi shoxlar yaxshi rivojlangan va yuqori (pulpaga yaqin) joylashgan. Oldingi lunj kanalga kirish qismi shunday nomli do'mboqcha ostida bevosita joylashgan, ya'ni tojning lunj yuzasiga yaqin, oldingi tish va orqadagilari esa, taxminan lunj do'mboqchalarini til do'mboqchalaridan ajratuvchi ariqchalarga to'g'ri keladi. Ikkinchi va uchinchi pastki katta oziq tishlarning toj bo'shliqlarini ochish yuqorida keltirilgan 6 6 ga o'xshash. 7 7 toj bo'shliqlarining kichikroq bo'lishi, ildizlarning yaqin

joylashishi, 8 8 da esa ko'pincha ildizlar qo'shilib, bir ildizli bo'lib qolishi bilan farq qiladi.

Yuqorida keltirilgan pulpitni davolashda tish bo'shlig'ini ochishga bag'ishlangan ma'lumotlar, asosan tojlari butun, ko'pincha sog'lom tishlarga taalluqlidir. Ammo, stomatolog amaliyotida deyarli hamma vaqt, pulpit kariyes asoratidan kelib chiqadi. Bunday paytlarda, og'riqsizlantirish ostida tish bo'shlig'ini jarrohlik usullarida ochish kariyes kovagidan (bo'yin yoki to'qnashish yuzalaridagi kariyes kovaklarga ishlov berilib, ular plombalanadi yoki ular chaynov yuzaga olib chiqiladi) boshlanadi.

Ko'pincha o'rta yoshdagi kishilarning yuqori va pastki jag'laridagi katta oziq tishlarning ildiz kanallarining tuzilishi murakkab shaklda bo'ladi.

Endodontik asboblari va antiseptiklar bilan ishlov berishga eng qulay va oddiy bo'lib – yuqori jag' kesuvchi va uzuvchi tishlardagi kanallar hisoblanadi. Pastki shu nomli tishlar kanali ba'zida ikkilangan bo'lgani sababli unga ishlov berish ancha qiyin.

45–50 yoshli, xususan uzoq yashovchi kishilarda ildiz kanallari toraygan, ko'pincha butunlay bekilgan holda bo'ladi.

Amputatsiyani kanallardan pulpani olib tashlash bilan tugatiladi.

9. Pulpadan qon oqishini to'xtatish (quyida keltiriladi).

10. Pulpa yarasini yot ta'sirotlardan asrash. Qon to'xtatilgach, bo'shlig' avaylab tozalanadi.

11. Pulpa cho'ltog'ini yopish (chuqur kariyesni preventiv davolab, pulpitni oldini olishda qo'llanadigan dorilar, pastalar bilan pulpa cho'ltog'ini bekitish).

12. Plomba bilan tishni anatomik shakli va fiziologik funksiyasini tiklash.

Og'riqsizlantirilgan pulpani vital usulda diatermokoagulyasiya qo'llab, koagullangan pulpani o'tuvchi kanallardan a) to'liq (vital ekstirpasiya), tor, o'tmas kanallardan b) qisman (vital amputatsiya) va v) aralash-kombinatsiyalangan (ko'p ildizli tishlarning o'tuvchi kanallaridan to'liq (vital ekstirpasiya), tor, o'tmas kanallaridan esa qisman (vital amputatsiya usullarida olib tashlanadi. Demak, pulpani koagullash darajasi tish kanalining o'tuvchilik darajasi bilan bog'liq bo'ladi.

Stomatologiyada, jumladan pulpitlarni davolashda DKG-1 (ko'z kasalliklarini davolashda qo'llanadigan diatermokoagulyator), DKS-1, DKS-2, DKS-2m (stomatologik diatermokoagulyatorlar) rusumli diatermokoagulyator apparatlari va ba'zi stomatologik uskunalarga o'rnatilgan diatermokoagulyator moslamalar qo'llanadi. Har bir diatermokoagulyator apparatida ikkitadan (biri – faol – aktiv, ikkinchisi faolsiz – passiv) elektrod bor.

Faol (aktiv) elektrod – ignaushlagich ruchkasimon shaklga ega bo'lib, unda tok ulash yoki uni uzish uchun maxsus tugmacha o'rnatilgan.

Pulpani koagullash uchun faol elektrodga ildiz ignasi yoki uzun pulpekstraktorning silliq qismi oʻmatiladi, qistiriladi. Tish atrofidagi yumshoq toʻqimalar, til, lablarni tasodifan (bexosdan tegish) kuyib qolish xavfini oldini olish uchun faol elektrodning ishchi qismi, yaʼni ildiz ignasi yoki pulpekstraktorning maʼlum qismi izolyasion lak bilan yopiladi, kanal uzunligiga yetarli qismi esa ochiq qoladi.

Passiv elektrod sifatida satxi  $6\frac{7}{8}$  yoki  $8\frac{1}{10}$  sm ga teng qoʻrgʻoshin plastinkasi (bilak terisiga qalinligi 0,8–1,0 sm boʻlgan, yumshoq matodan tayyorlangan taglikni namlab qoʻyib, uning ustidan elektrod qoʻyiladi va bint bilan bogʻlanadi) yoki bemor qoʻli bilan ushlab turishiga moʻljallangan ruchkasimon elektrod qoʻllanadi.

Diatermokoagulyatsiya usuli. Inʼeksion yoki boshqa yoʻl bilan ogʻriqsizlantirishdan keyin 10–15 daqiqa oʻtgach, kariyes kovagiga ishlov berilib, tish toj boʻshligʻi yetarli darajada ochiladi, steril bor yoki ekskavator yordamida mexanik yoʻl bilan toj pulpa olib tashlanadi. Undan keyin, faol elektrod spirt bilan artilib, uning uchi kanalning kirish qismiga qoʻyiladi, tok ulanadi va elektrod ildiz uchigacha kiritilib olib chiqiladi. Koagulyatsiya bir kanalda 3 soniya davom etadi (muolaja 50–60 mA ga teng tok kuchi bilan oʻtkaziladi). Muolaja davomida 3 soniya vaqtni aniqlash uchun, shifokor oʻz xayolida (ovoz chiqarmasdan) ikki sonli raqamlarni birin-ketin 3 marta (masalan, 15, 16, 17) takrorlaydi, oʻtgan vaqt 3 soniyaga teng boʻladi.

Demak, bir ildizli tishlar pulpa koagulyatsiyasi 3 soniyani, uch ildizli tishlarda esa 9 soniyani tashkil etadi. Koagulyatsiyalangan pulpani steril pulpekstraktor bilan olib tashlanadi. Undan keyin kanalga medikamentoz ishlov beriladi va u plombalanadi.

Bu usulni bajarish qiyin emas. Bir ildizli tishlardagi pulpitni davolashda, bu usul ancha foydali va samaradorlidir. Chunki, diatermokoagulyatsiyada pulpitni davolash birinchi qatnovda tushishi mumkin. Koagulyatsiyani bu xususiyatidan pulpa qonashini toʻxtatishda ham foydalanishadi. Bu diatermokoagulyatsiya usulining afzalligidir. Ammo, kanaldagi pulpani koagullash 3 soniyadan oshsa (masalan 5–10 soniya davom etsa), ildiz atrofidagi periodont kuyadi. Bu usulni kamchiligi emas, balki shifokor tomonidan qoʻyiladigan qoʻpol xato va uning oqibatida kelib chiqqan asoratdir.

Koʻp ildizli tishlarda diatermokoagulyatsiyani oʻtkazish ancha murakkab: oʻtuvchi kanaldagi pulpani toʻliq koagullash mumkin, ammo tor, oʻtmas kanallarda pulpani koagullash ancha qiyin. Shuning uchun, koʻp ildizli tishlardagi pulpitni diatermokoagulyatsiya qoʻllab davolash quyidagi sxemada, ikki qatnovda oʻtkaziladi:

Birinchi qatnov:

a) inʼeksion (yoki boshqa) usulda tish toʻqimalarini ogʻriqsizlantiriladi;

b) kariyes kovagi charxlanadi, unga medikamentoz ishlov beriladi va quritiladi;

c) tish bo'shlig'i ochiladi va toj pulpa olinadi;

d) ildiz pulpani koagullab olib tashlanadi va kanallarga antiseptik ishlov beriladi;

e) tampon yoki turundalarda antiseptik dori qo'yib, kovakka vaqtinchalik plomba qo'yiladi.

Ikkinchi qatnovda kanal plombalanadi va doimiy plomba qo'yiladi.

Bu chizma bilan kanallari o'tuvchi bo'lgan ko'p ildizli tishlardagi pulpitni davolash mumkin. Haqiqatan ham, yosh, sog'lom kishilarda, xususan bolalarda ko'p ildizli tishlarning hamma kanallari ko'pincha o'tuvchi bo'ladi. Ammo yoshi katta odamlarda uzoq davom etadigan kariyes kasalligi, surunkali pulpitlar, modda almashinuvi buzilishi bilan kechadigan surunkali ichki a'zo va tizim kasalliklari, tish kanallarida turli tuzlar (konkrementlar, dentikllar) ning yig'ilib, to'planib qolishiga va uning oqibatida ularning ichlari torayib, endodontik asboblardan uchun o'tmas bo'lib qolishiga olib keladi. Undan tashqari, ba'zi odamlarda tabiatan tish ildizlari (hatto bir ildizli tishlarda ham) qiyshaygan holda bo'ladi. Ma'lumki, bunday tish kanallaridagi pulpani na to'liq koagullab (faol elektrod – ildiz ignasi yoki pulpekstraktor tor, o'tmas kanallarning oxirigacha kira olmaydi) bo'ladi, na vital usulda to'liq (vital ekstirpatsiya) olib tashlab bo'ladi.

Demak, ko'p ildizli tishlarning tor, o'tmas kanallaridagi (yuqori jag'dagi katta oziq tishlarning oldingi (medial) va distal lunj va pastki jag'dagi katta oziq tishlarning til va lunj oldingi kanallardagi) pulpa koagullanmasdan, tirikligicha yoki yallig'langan (o'tkir umumiy, diffuz pulpit, surunkali pulpitlar, retrogradli va boshqa pulpitlarda) holda qoladi. Buni elektrododontodiagnostika, termodiagnostika ko'rsatkichlari va ba'zida zondlash ko'rsatadi.

Pulpitlarni davolashda og'riqsizlantirilgan pulpani jarrohlik usullarida diatermokoagulyatsiya qo'llanmasdan ham to'liq (vital ekstirpatsiya) yoki qisman (vital amputatsiya) olib tashlash mumkin. O'tuvchi kanallardan pulpa to'liq, tor yoki o'tmas kanallardan esa qisman olib tashlanadi. Bunda pulpadan qon oqadi. Uni diatermokoagulyatsiya yordamida yoki gemostatik dori va vositalar (3% li vodorod peroksidi, gemostatik bulut – gubka, kamramin va boshq.) bilan to'xtatish mumkin.

Ba'zi mualliflar fikricha, pulpa olib tashlangach, kanalga medikamentoz va asboblardan yordamida (keragida kanal kengaytiriladi) ishlov berilgach, ildiz uchi teshigiga 1–2 mm yetkazmasdan plombalash kerak. Bunda anatomik va fiziologik ildiz uchi teshigi orasida suyaksimon to'qima hosil bo'lib, ildiz bo'shlig'i bilan periodont orasini yopib, periodontni ximoyalab turadi. Lekin hamma vaqt bunday qilish maqsadga muvofiq emas.

Ildiz atrofidagi to'qimalarning holati, qo'llanadigan plombalarning xususiyatlari va boshqa holatlarni hisobga olib, kanalni ildiz uchi teshigigacha plombalash yaxshi natija beradi va asoratlar oldini olishga kafolat beradi.

Shuning uchun vital usulda pulpa olib tashlangandan keyin kanalga turunda, tish bo'shlig'iga tamponda antiseptiklardan (2% li xloramin, evgenol, Bella yod, krezodent eritmaları, 3% li yoki 5,2% li natriy gipoxloritning suvdagi eritmasi kabilar) birini qo'yib, tishni vaqtinchalik plomba bilan yopish kerak.

Bemorning ikkinchi qatnovidida, davolovchi boylam (paxta turunda, tampon va vaqtinchalik plomba) olib tashlanadi, kanal plombalanadi va tishga doimiy plomba qo'yiladi. Shunday qilib, og'riqsizlantirilgan pulpani vital usulda olib tashlab, bir qatnovda pulpitni davolash mumkin emas. Shuning uchun "bir qatnovda pulpitni davolash usuli<sup>2</sup>, degan ibora xattoki bir ildizli tishlarga nisbatan ham noto'g'ri, asossiz hisoblanadi.

Ko'p ildizli tishlardagi pulpitni davolash, jumladan jarrohlik usullarida og'riqsizlantirilgan pulpani vital ekstirpasiya va vital amputatsiya – aralash, kombinatsiyalangan usulda davolash ancha qiyin. O'tuvchi kanaldan pulpani to'liq (vital ekstirpasiya usulida) olib tashlash uncha og'ir emas. Bir ildizli tishlarda pulpa olingandan keyin bajariladigan muolajalar, ko'p ildizli tishlarning o'tuvchi kanallarida bajarilib, kanal plombalanadi. Ammo ko'p ildizli tishlarning tor yoki o'tmas kanallaridan pulpani juda kam holatlarda to'liq olib tashlash va kanallarga tegishli medikamentoz va asboblari yordamida ishlov berilib, ularni to'liq (ildiz uchi teshigigacha) plombalash mumkin bo'ladi va natijada bu kanallarda pulpa tirikligicha yoki yallig'langan holda qoladi.

Demak, har ikkala holatda ham – diatermokoagulyatsiya qo'llan-ganda ham, diatermokoagulyasiya qo'llanmaganda ham ko'p ildizli (ba'zida bir ildizli tishlarning qiyshaygan ildiz qismlarida) tishlarning tor yoki o'tmas kanallarida pulpa ma'lum darajada qoladi.

Maksus adabiyotlarda ildizda qolgan pulpa cho'ltog'ini impregnasion usul (rezorsin–formalin usul) yordamida mumifikatsiyalash tavsiya etiladi. Pulpa cho'ltog'ini bu usulda davolash hamma vaqt ham yaxshi natija bermaydi: masalan, devital amputatsiya usulida davolangan pulpitli tishlarning 90% gacha periodontit kelib chiqishi ham adabiyotda keltirilgan.

Biz oldin pulpit bilan og'rigan, devital usulda davolangan bemor-larning ko'p ildizli tishlarining tor, o'tmas kanallarida mumifikatsiya-langan pulpa cho'ltog'i holatini aniqlash maqsadida, ularni taklif etib, elektroodontodiagnostika, termodiagnostika, rentgenologik tekshiruvlar o'tkazdik. Natijada, pulpa cho'ltog'i 2–4 yilgacha tirik qolishi, ko'pincha ularda yallig'lanishni qaytalanishi (qoldik, ildiz) pulpit, ba'zida esa

yallig'lanishni qaytalanishi bilan birga, periodontit belgilarini bo'lish hollarini aniqladik.

Shuni ta'kidlash zarurki, tor, o'tmas kanallarda qoladigan pulpa cho'ltog'ini yangi davolash usullarini izlab topish, pulpit bilan og'rikan ko'p ildizli tishlarni davolagandan keyin, ma'lum vaqt o'tgach, ularning ildizlari atrofidagi to'qimalarda yuz beradigan patologik o'zgarishlarni oldini olish, terapevtik stomatologiya fanining eng muhim, eng dolzarb muammolaridan biri bo'lib qolmoqda.

Bizning ko'p yillik pulpitni davolashdagi olib borgan tadqiqotlarimiz, tajribalarimiz asosida tor, o'tmas yoki qiyshiq kanallarda qoladigan pulpa cho'ltog'iga nisbatan bemorning umumiy ahvoli, pulpitning qaysi tishdaligi, shakli, klinik kechishi va uning bemor organizmida kechayotgan ichki a'zo va tizim kasalliklari bilan bog'liqlik darajasiga qarab to'rt xil yo'l tutish to'g'ri bo'ladi. Shunday qilinganda, davolangan tish ildizi atrofida rivojlanishi mumkin bo'lgan periodontit va boshqa patologik o'zgarishlarni oldini olish mumkin bo'ladi.

1. Birinchi yo'l – bu ildizda qolgan tirik yoki deyarli tirik pulpa cho'ltog'ini pulpitni biologik va vital amputatsiya usullari bilan davolashda qo'llaniladigan dori, preparat va vositalar yordamida davolab, uning hayotiyligini saqlab qolish. Bu ish asosan, ko'p ildizli tishlarning tor, o'tmas kasallarida qolgan pulpa cho'ltog'lari hayotiyligini vital amputatsiya usulida saqlab qolish uchun bajariladi. Bunda diatermokoagulyasiya faqat kanallarning kirish qismlaridagi pulpani koagullash (koagullangan qism ostida ma'lum vaqtdan keyin dentinsimon to'qima hosil bo'lishi va u qolgan pulpani yopib turishi gistologik preparatlarda aniqlangan) kerak. Davolash esa davolangan pulpa cho'ltog'ini davolovchi odontotrop pastalaridan biri bilan yopish, uning ustidan suvli dentin pastasini qo'yish va fosfat-sement, adgezor, semion-APX-, PX kabilardan emal-dentin chegarasigacha taglik qo'yish va tishga doimiy plomba qo'yish bilan tugallanadi.

2. Ikkinchi yo'l – bu ildizda qolgan yallig'langan pulpa cho'ltog'ini davolab, uning hayotiyligini saqlab qolishning iloji bo'lmaganda, uni margimush yoki paraformaldegid (V.S. Ivanov va hammualliflar pulpani devitalizasiyasida paraformaldegid pastasiga dimetilsulfoksidni qo'shib qo'llashni tavsiya etadilar) pastalari, shuningdek, tarkibida margimush (mishyak) bo'lmagan Devita-A (lidokain, gidrokslorid, timol, evigenol, fenol qatoridagi antiseptik, pasta hosil qildirgich va to'ldirgichdan iborat pasta) va uning o'xshashlari – "Pulpaeks-S, D", ("Raduga R", Rossiya) "Depulpin", ("Voco", Germaniya) "Caustinerf" ("Septodent", Fransiya), Devit-II (paraformaldegid, lidokain, xlorfenol, kamfora va mentol, pasta hosil qildirgich va to'ldirgichdan iborat pasta) va uning o'xshashlari – "Pulpeks II", "Caustinerf pedodontique" kabi devitallovchi, jonsizlantiruvchi pastalar yordamida (tarkibida margimush bo'lmagan devitallovchi pastalar 1 kundan 7-10 kungacha pulpani nekrozlaydi)



pulpani jonsizlantirgandan keyin iloji boricha kanallardan pulpa cho'ltog'ini olib tashlab, qolgan qismini mumifikasiyalash. Undan keyin kanalni imkon boricha mumifikasiyalovchi pasta bilan plomabalab kovak tubiga ham shundan qo'yib, uning ustidan suvli dentin pastasi va biror bir sementli (fosfat-sement, visfat-sement, adgezor, semion-APX, semion-PX kabilardan biridan) pastadan taglik qo'yib, tishga doimiy plomba qo'yish bilan uning anatomik shakli va fiziologik vazifalarini tiklash bilan davolash tugatiladi.

3. Uchinchi yo'l – bu ham ildizda qolgan, yallig'langan pulpa cho'ltog'ini davolab, ularning hayotiyiligini saqlab qolishning inkoniyati bo'lmaganda L.Rubin taklif etgan, biz va boshqalar muvaffaqiyat bilan amalda qo'llagan, foydali ekanligi isbot etilgan, yod-elektroforez (10% li yod tinkurasi bilan) usulida pulpa cho'ltog'ini kuydirgandan (nekrozlangandan) keyin (klinika va elektrododontodiagnostika ko'rsatkichlariga asoslanib) iloji boricha kanallardan kuydirilgan pulpa cho'ltog'lari olib tashlanadi. Undan keyingi muolajalar 2-tutilgan yo'ldagidek bajarilib, tishga doimiy plomba qo'yish bilan yakunlanadi.

4. To'rtinchi yo'l – bu ildizda qolgan, yallig'langan pulpa cho'ltog'ini og'riqsizlantirgandan keyin, zamonavi endodontik asboblarda yordamida tor, o'tmas kanalni ham olib tashlagandan keyin kanallarni to'liq (ildiz uchi teshigigacha) plomabalab, tishga doimiy plomba qo'yish bilan davolashni tugatishdan iborat.

Uchala (1, 2, 3) pulpa cho'ltog'iga nisbatan tutilgan davolash yo'llarida ham, ya'ni ildiz pulpani davolab, hayotiyiligini saqlab qolish yoki uni jonsizlantirish yoki yod-elektroforez usulida kuydirishda, pulpa holatini aniqlash elektrododontodiagnostika nazorati ostida olib borilishi maqsadga muvofiqdir. Chunki, hozirgi vaqtda, klinika sharoitida pulpani, jumladan ildiz pulpa holatini asosan elektrododontodiagnostika (ba'zida termodiagnostika, zondlash) ko'rsatkichlari asosida aniqlash mumkin. Bunda pulpa cho'ltog'ini davolash yoki jonsizlantirishdan oldin tekshiruvlar (OD-1, OD-2, OD-3M apparatlari yordamida) kanalga kirish qismidan va saqlangan tish do'mboqchalaridan, tishga doimiy plomba qo'yilgandan keyin esa plombadan (agar plomba milkka tegib turmagan bo'lsa) va saqlangan tish do'mboqchalaridan olib boriladi.

Shu o'rinda L.Rubin (1949–1950) amaliyotga kiritgan va hozirgi vaqtda keng qo'llanadigan elektrododontodiagnostika ko'rsatkichlarni keltiramiz: pulpa tirik, sog'lom va butun tishlarda elektr tokiga sezuvchanlik 2–6 mK ni tashkil etadi; paradont kasalliklari boshlang'ich davrlarida tishlarning elektr tokiga sezuvchanligi oshadi va 2 mK gacha bo'lgan tok kuchiga javob beradi; kariyes kasalligida, xususan o'rta, chuqur va chuqurlashgan kariyes elektr tokiga sezuvchanlik pasayadi – bemorlar 10–20–25 mK gacha bo'lgan tokka javob berishadi; pulpitlarda turli darajada elektr sezuvchanlik pasayadi; toj pulpa 40–60 mK gacha javob beradi; agar tish 60– mK javob bersa, bu toj pulpa

o'lganligidan dalolat beradi; agar tish 100 mA dan ko'p tok kuchiga javob bersa, bu ildiz pulpani nekrozlanganidan darak beradi.

Shuni ta'kidlash zarurki, margimush yoki boshqa devitallovchi pastalar ta'sirida pulpa, xususan ildiz pulpa hamma vaqt ham jonsizlanavermaydi, ammo davolash jarayonida bu dorilar ta'sirida og'riqlar bosiladi va pulpitning klinik belgilari ma'lum vaqtgacha so'nmasligi mumkin.

Odatda, stomatologlar pulpit bilan og'rigan ko'p ildizli tishlarni devital davolash jarayonida uning o'tuvchi kanalidan pulpani olib tashlab, kanalga tegishli medikamentoz va asboblardan ishlov beradilar va bu kanalni plombalaydilar. Tor yoki o'tmas kanallarga esa rezorsin-formalin aralashmasi bilan mumifikasiya o'tkazib, davolashni kanallarning kirish qismlariga rezorsin-formalin pastasini qo'yish, uning ustidan suvli dentin pastasidan fosfat-sement, adgezor, semion-PX, semion-APX, unisum kabilardan taglik qo'yib, tishga doimiy plomba qo'yish bilan tugatadilar. Haqiqatan ham, bu davrda bemor davolanayotgan tishda ko'pincha shikoyat qilmasligi mumkin. Ammo bu davolangan ko'p ildizli tishning tor yoki o'tmas kanallaridagi pulpa qay ahlvolda, to'liq nekrozlanganmi yoki yo'qmi – bu bilan odatda qiziqilmaydi. holbuki, faqat to'liq jonsizlantirilgan pulpani mumifikasiyalash bilan davolash mumkin. Tor yoki o'tmas kanallarda "yarim" tirik, yallig'langan pulpa qolishini va u vaqt o'tishi bilan qayta yallig'lanishi (qoldiq pulpit) yoki pulpa yallig'lanishi periodontit belgilari bilan birga kechishi mumkinligi yuqorida keltirildi.

Bizning ma'lumotlarga ko'ra, devital usulda davolangan ko'p ildizli pulpitli tishlarning tor, o'tmas kanallarida 80% hollarda pulpa tirikligi uzoq muddatlargacha saqlanib qolishi, ularda yallig'lanish jarayonlari qaytalanib turishi, ba'zida pulpa yallig'lanishi periodontit belgilari bilan birga kechishi kabi asoratlardan bo'lishi mumkin. Bunday tishlarning surunkali stomatogen o'choqlar vazifasini bajarishi o'z-o'zidan ma'lum.

Bunday asoratlarning oldini olish uchun, ko'p ildizli (ba'zida bir ildizli tishda ham tor, o'tmas, qiyshaygan kanal bo'lishi mumkin) tishning tor, o'tmas, ko'pincha qiyshaygan ildizlaridagi pulpani devitallovchi preparatlar yordamida to'liq jonsizlantirilgandan yoki 10% li yod yordamida kanal elektroforezi yordamida to'liq kuydirgandan (buni elektroodontodiagnostika ko'rsatkichlari ko'rsatadi) keyin mumifikasiyalash bilan davolash kerak.

Shuni ta'kidlash zarurki, devitallovchi preparatlar, masalan, mishyak kislotasi ta'sirida hamma vaqt ham, xususan tor yoki o'tmas kanallardagi pulpa jonsizlanavermaydi. Masalan, 1928- yildayoq, S.E.Gelman, pulpitda pulpani jonsizlantirish uchun 25% hollarda mishyak pastasi 1 marta, 50; da 2 marta va 25% da 3 marta qo'yilgani to'g'risida yozgan edi. Undan tashqari, ba'zi kishilar (ko'pincha boshqa kasalliklarni davolash uchun mishyak preparatlari qabul qilgan kishilar) pulpasiga

margimush umuman ta'sir etmasligi ham mumkin, shunday hollar kuzatilgan. Bunday paytlarda, pulpitni og'riqsizlantirish ostida vital usulda davolash kerak bo'ladi.

Demak, ko'p ildizli tishlarning tor, o'tmas, ko'pincha qiyshiq kanallarida qolgan pulpa hayotiyligini saqlab qolish imkoni bo'lmagan hollarda, uni devitallovchi preparatlar yordamida to'liq jonsizlantirish yoki yod-elektroforez usulida to'liq kuydirishdan keyin mumifikasiyalab davolash mumkin.

Pulpit bilan og'rigan ko'p ildizli tishlarning tor, o'tmas, ko'pincha qiyshaygan kanallaridagi ildiz pulpasini kuydirish maqsadlarida 10% li yod bilan kanal elektroforez usulini qo'llashni birinchi bo'lib L.R. Rubin taklif etgan.

Maxsus adabiyotlarda (masalan, terapevtik stomatologiya, M., 1989, 1998 yillarda E.V.Borovskiy muxarrirligi ostida chiqqan dasrlik kitobida qiyin o'tuvchi kanallardagi pulpani davolashga yod-elektroforez qo'llanishi boshqa usullar qatorida sanab o'tilgan, holos) yod-elektroforez usulini nima maqsadlarda, qanday qilib qo'llash to'g'risida hech narsa aytilmagan. Biz shu o'rinda bu usulni ko'p ildizli pulpit bilan og'rigan tishlarning tor yoki o'tmas, ko'pincha qiyshiq kanallaridagi ildiz pulpa hayotiyligini saqlab qolishining iloji bo'lmaganda, uni nekrozlash, ya'ni kuydirish maqsadlarida qo'llab, yaxshi natijalarga erishganimiz va bu usulni devital usulga nisbatan qator afzalliklarga ega ekanligini o'z faoliyatimizda ko'p bor sinab ko'rib, bu usulni o'quvchilarga, terapevt-stomatologlar amaliyotlarida o'ta foydali ekanligini hisobga olib, bu usul xaqida batafsil ma'lumotlar berishni lozim deb topdik.

Yod-elektroforez usulini o'tkazish galvanizasiya usuli uchun qo'llanadigan AGN-1, AGN-2 (devorda osiladigan galvanizasiya apparatlari) og'iz bo'shlig'ida galvanizasiya o'tkazishga moslashtirilgan GR-1M rusumli apparat va ionoforator va shu maqsadda qo'llanadigan boshqa apparatlar ishlatiladi. Usul doimiy tok ta'sirida o'tkaziladi.

Har bir apparatda ikki – aktiv va passiv elektrodlar bor.

Yod-elektroforezda qo'llanadigan yoddan tashqari, pulpa va ildiz atrofidagi to'qimalarga doimiy tok ham ta'sir etadi.

Doimiy tok ta'sirida to'qimalar ichida ionlar va murakkab molekulalar harakatlanishi, siljishlari va kimyoviy reaksiyalar kechishi oqibatida, elektrodlar joylashgan joylarda, muolaja tugagandan keyin ham, 1-2 soat davomida davom etadigan gipertemiya hosil bo'lib, u modda almashinuvi jarayonlarini, to'qimalar oziqlanishini tezlashtiradi, yallig'lanish jarayonini yo'qotadi, to'qimalar tiklanishi va ulardagi modda almashinuvi natijasida hosil bo'lgan zararli chiqindi moddalarni so'rilishini tezlashtiradi. Doimiy tokning bu xususiyatlari pulpitni davolashda, tish-ildizlari atrofidagi patologik jarayonlarni bartaraf qilishda nihoyatda foydalidir.

Elektroforez usulida tish kanallariga yuborilgan yod nafaqat asosiy ildiz kanallariga, balki tishning dentin kanalchalariga sement ham kirishi

va uzoq muddat to'planib qolishi tajribada aniqlangan. Shunday qilib, yod-elektroforez usulida tish to'qimalariga kiritilgan yod tish to'qimalarida yig'ilib, to'planib "depo" hosil qiladi, ya'ni "depo-forez" effekti yuzaga keladi va u davolashdan keyin ma'lum muddatgacha kanallardagi va ildiz atrofidagi mikroblarga antiseptik ta'sir etib turadi. Bu pulpitlarni davolashdan tashqari, ildiz atrofidagi to'qimalarda bo'ladigan yallig'lanish, so'rilish, yemirilish bilan kechadigan (asosan surunkali) pulpitlarni davolashda o'ta muhimdir.

### **Yod-elektroforez yo'li bilan ildiz pulpani kuydirish usuli**

Bu usul ko'p ildizli tishlarning tor yoki o'tmas, qiyshtaygan kanallarida kechadigan o'tkir va surunkali, hamda qaytalangan pulpitlarning barcha shakllarida, xususan qoldiq pulpiti, pulpoperiodontitlarda qo'llanishi mumkin. Qarshi ko'rsatmalarga bemorning yod va uning preparatlariga va qo'llanadigan antiseptiklarga o'ta sezuvchanligi kiradi.

Ko'p ildizli tishlarning kanallarida pulpa borligi elektroodontodiagnostika, ba'zida esa termodiagnostika, zondlab ko'rish bilan aniqlangandan keyin infiltrasion yoki o'tkazuvchi og'riqsizlantirish – anesteziya (2% li novokain, 2% li lidokain gidroklorid, 3% li mepivakain, 1% li ultrakain kabilardan biri bilan) o'tkazib o'tuvchi kanaldan (diatermokoagulyasiya qo'llab yoki qo'llamasdan) pulpa ekstirpasiya qilinadi. Kanalga tegishli medikamentoz va asboblarni yordamida ishlov beriladi va u plombalanadi.

Keng, yaxshi o'tuvchi tish kanalini plombalash uchun biz Albrecht aralashmasiga sink oksidi va yodofom kukuni 2:1 nisbatiga aralash-tirilgandan hosil bo'lgan pasta qo'llanishini taklif etganimiz. Shu maqsadlarda yodofom-sementli pastani ham qo'llaganimiz. Bu pastalar hozirgi vaqtda amaliyotda keng qo'llanadi. Yodofomning antiseptik ta'sir etishi, atrofdagi to'qimalarga zararsizligi uzoq yillardan beri ma'lum. Masalan, M.Polyakov 1884- yilda yoqlagan doktorlik dissertatsiyasida, yodofom to'g'risida batafsil ma'lumotlar bergan. Ammo ayrim kishilar yodofomga nisbatan o'ta sezuvchanlik – idiosinkraziya bo'lishi mumkin.

Plombalangan kanalga ham tok o'tmasligini oldini olish maqsadida, uning kirish qismini 40% asal ari mo'mi va 60% kanfoldan tarkib topgan yopishqoq mo'm (yoki shunga o'xshash boshqa mo'm) bilan yoki eritilgan mo'mga botirilgan paxta tamponcha yordamida bekitiladi. Qiyin o'tuvchi, tor yoki o'tmas kanallarning kirish qismiga (kovak tubiga) 10% li yodga botirilgan paxta tamponi qo'yiladi. Tampon bilan tish bo'shlig'i orasiga yoki tamponga kirgizilib, xloraminil bilan qoplangan, uchi 1–2 millimetrga ochilgan va tozalangan ingichka sim uchiga paxta o'rab, uni ham 10% li yodga botirib faol elektrod sifatida qo'yiladi. Yodli tampon va sim uchidagi yodli paxta kovakka qo'yishdan oldin

quruq paxta bilan siqiladi, ortiqcha yod olib tashlanadi, ya'ni yod bilan namlangan tampon va paxta ishlatiladi.

Faol elektrod qo'yilgan davolanadigan tish kovagini og'iz bo'shlig'idan ajratish va faol elektrodni ushlanishi (fiksasiya) ni ta'minlash maqsadida yopishqoq mo'mni spirtovka alangasi ustida eritib, biroz sovutib, kariyes kovagiga qo'yiladi (foto) va kovak to'ldirilib, zich yopiladi. Bunda tish bo'yin yoki to'qnashgan (kontakt), yon yuzalarida joylashgan kovaklarni berkitishga aloxida ahamiyat berish zarur. Chunki kovak yaxshi ajratilib berkitilmasa, tok milkka o'tib, uni kuydirishi mumkin, ayniqsa davolash og'riqsizlantirish ostida o'tkazilganda, milk kuyganini bemor sezmaydi. Faol elektrod tishga o'rnatilgach, yuqori va pastki jag' tishlari orasiga paxtadan zich tampon qo'yiladi. Bu tamponlar og'iz bekilganda antagonist tishlarni bir-biriga tekkizmay turadi, faol elektrodni ham avaylashga yordam beradi. Faol elektrodning 1–2 santimetrga ochilgan ikkinchi uchi, galvanizasiya apparatining manfiy qutb (zaryad) iga ulanadi

Passiv elektrod vazifasini satxi 20–40 sm dan iborat qo'rg'oshin plastinkasi bajaradi, u bemor bilagi terisiga (qalinligi 1 sm ga teng keladigan, yumshoq mato, masalan, bumazidan tayyorlangan, qo'yish oldidan sterillangan, namlangan) taglik ustiga qo'yiladi va bint bilan bog'lanadi. Shundan keyin tok ulanadi. Tok kuchi 3 mA gacha. Muolaja 30 daqiqa davom etadi. Bunday tok kuchi yod-elektroforez ayrim paytlarda, anesteziya o'tkazmasdan ham olib boriladi. Bunday paytlarda, muolajani boshlang'ich davrida, tishga berilgan 0,2–0,3 mA tok kuchidan ham bemor og'riq sezishi mumkin. Ildiz pulpaning kuyib (nekrozlanib) borishi bilan tok kuchini bemor sezgisiga qarab, 30 daqiqa davomida asta-sekin oshirib borish kerak. Ammo og'riqsizlantirish o'tkazmasdan olib borilgan yod-elektroforezning kamchiligi bor – bu ildiz pulpani 30 daqiqa davomida to'liq kuymay qolishidir. Shuning uchun, anesteziya qilishga qarshi ko'rsatmalar bo'lmaganda, hamma vaqt yod-elektroforezni og'riqsizlantirish ostida olib borish maqsadga muvofiqdir. Bunda muolaja boshlanishidan to uning oxirigacha (30 daqiqa davomida) pulpaga 3 mA tok kuchi bilan ta'sir etish va odatda, bir martada uni to'liq nekrozlash – kuydirish imkoni yaratiladi.

Shuni ta'kidlash zarurki, yod-elektroforezda (ayniqsa anesteziya ostida) tok kuchi 3 mA dan oshsa, periodont kuyib qolishi va tegishli asoratlar kelib chiqishi mumkin.

Anesteziya ostida o'tkazilgan muolaja tugagandan keyin, kanallarning kirish qismlari bilan kovak tubiga 10% li yod bilan namlangan steril paxta tamponi qo'yiladi va kovak suvli dentin pastasi bilan vaqtincha yopiladi. Bemorning keyingi kelishida boylam (paxta va dentin) olib tashlanadi va elektroforez o'tkazilgan ildiz pulpani elektr tokiga sezuvchanligini elektroodontodiagnostika yordamida tekshirib ko'riladi. Agar ildiz pulpa to'liq nekrozlanganligi (ularda 100 mkA tokka sezuvchanlik

bo'lmasa) qayd etilsa, kanallardagi kuydirilgan pulpa iloji boricha olib tashlanadi, qolgan qismlari mumifikasiyalanadi va kanallar yuqorida keltirilgan pastalar bilan plombalanadi, taglik qo'yilib, tishga doimiy plomba qo'yiladi. Kanallar o'tmas bo'lsa, unda pulpa mumifikasiyalanadi, kanallarning kirish qismlariga mumifikasiyalovchi pastalar qo'yiladi, taglik va doimiy plomba qo'yiladi.

Agar bir marta o'tkazilgan yod-elektroforez kanaldagi pulpani to'liq nekrozlashga etarli bo'lmasa (qolgan pulpaning elektr tokiga sezuvchanligi ancha pasaygan 70–85 mka bo'lsa), muolaja qayta o'tkaziladi. Shunday bo'lishi ham mumkin: tor yoki o'tmas kanallarning birida pulpa to'liq kuygan, tokning bu kanalga kirishning oldi olinib, pulpasi tirik kanalga yod-elektroforez takroran o'tkaziladi. Shunday qilib, ko'p ildizli tishlardagi ildiz pulpani yod bilan elektroforez 10% li usulida (yaxshisi og'riqsizlantirib) to'liq kuydirish – nekrozlash, keyin esa mumifikasiyalab, iloji boricha tor kanallarni plombalab, tishga doimiy plomba qo'yish bilan periodontit va boshqa ildiz atrofida rivojlanishi mumkin bo'lgan patologik o'zgarishlarni oldini olish mumkin.

Tor, o'tmas yoki qiyshiq kanallardagi yallig'langan pulpa cho'ltog'iga nisbatan to'rtinchi yo'l – bu pulpa cho'ltog'lariga bor kanallarni endodontik asboblar yordamida o'tish, kengaytirish va tekislashdan keyin ularni plombalash uchun "Kerra Ignalari" (barcha firmalar ularni K-rusum – tipidagi asboblar deb atashadi) nomi bilan yuritiladigan "Reamers" drillborlar va "Files" qirg'ichlari qo'llashdan iborat. Bu endodontik asboblar XX asrning 20- yillaridan boshlab, birinchi marta 1959 sanoatda ishlab chiqilgan xromnikelli zanglamaydigan egiluvchan po'latdan tayyorlana boshlandiki, bu tayyorlangan asboblar zanglamaydigan po'latdan tayyorlanganlariga nisbatan ustun turadi.

1994- yildan boshlab, bu rusumli endodontik asboblar nikeltitan qorishmasidan (50% nikel va 50% titan) tayyorlana boshlandi. Bularga Pro-File, Nitiflox va boshqalar kiradi.

Undan tashqari, bu asboblar xotiraga ega, qancha egilsada, yana o'z holiga qaytadi.

Endodontik asboblar bir necha turga bo'linadi: kanallarga kirish qismlarni kengaytirish uchun qo'llanadigan asboblar. Bularga: "Getes Glidden", "Largo" va "Orifice Openetr" drillari kiradi.

Ildiz kanallarini o'tish, kengaytirish va tekislash uchun qo'llanadigan asboblar (drillbor, qirg'ichlar va buravlar).

Ildiz kanalini o'tish uchun qo'llanadigan asboblarning umumiy nomi "Reamer" (drillar) bilan yuritiladi. Bular turli rusumli va o'lchamli asboblardir. Bularga "K-Flexoreamer" "K-Flexoreamer Colori-nox", "K-Flexoreamer Golden Medium" lar kiradi.

Ildiz kanallarini kengaytirish va tekislash uchun "Files" qirg'ichlari qo'llanadi. Bular turkumiga "K-Flexo File", "P-Flexo", "K-Flexoreamer Golden-nox", "K-Flexoreamer Golden Medium", "Flexo File", "File

Nitiflex" lar kiradi. Shuningdek, rashpil – Rasps ham qo'llanadi. Ildiz kanallari kengaytirilib, tekislangandan keyin guttapercha (birinchi marta u 1867 yilda qo'llangan) bilan plombalanishi va bu jarayonda uni kondensatsiya – zichlash uchun vertikal kondesor "Finger plugger" va yon tomondan bosishga mo'ljallangan "Rnger Spreader" (spreder) ishlatiladi. Kanal plombalangach, tishga doimiy plomba qo'yib rentgenogramma yordamida bajarilgan ishni sifati tekshiriladi.

Shuni ta'kidlash zarurki, hozirgi vaqtda shifokor–stomatolog tomondan endodontik muolajalarda bajariladigan barcha harakatlarni o'tish, kengaytirish, pulpa va chirindilarni olib tashlash, unga medikamentoz ishlov berish va nihoyat uni plombalash jarayonlarini maxsus rentgenologik moslama–endodontik Visiogra yordamida, ekranda ko'rib turib olib borish mumkin. Bunda shifokor o'z harakatlarini nazorat qila oladi va eng muhimi, bemor ham bu endodontik muolajalar yakuni bo'lmish kanallarni plombalash darajasini kuzatib boradi.

Pulpit bilan og'rigan ko'p ildizli (ba'zida bir ildizli) tishlarning tor, o'tmas, qiyshaygan kanallaridagi ildiz pulpaga nisbatan tutilgan to'rtinchi yo'l, 2–3 yo'llarga ko'ra bajarilishi qiyinroq bo'lsada, davolashdan keyin ro'y berishi mumkin bo'lgan asoratlar (periodontit, surunkali stomatogen infeksiyali o'choq va boshq.) ni oldini olishga mo'ljallanganligi jihatidan, eng ma'qul, eng muhim, bunday o'ta zarur endodontik asboblardan va tegishli apparat, moslamalarning bo'lishidir (ular ancha qimmat turadi).

Shunday qilib, og'riqsizlantirish ostida pulpitlarni davolash usulining mohiyati shundan iboratki, jarrohlik usullarida tishning o'tuvchi kanalidan pulpani olib tashlab, u kanalga tegishli mexanik va medikamentoz ishlov berilgandan keyin, uni plombalab, tor, o'tmas kanalda qolgan pulpa cho'ltog'iga terapevtik usul va vositalar yordamida ta'sir etish bilan periodontit va boshqa ildiz atrofida rivojlanishi mumkin bo'lgan patologik o'zgarishlarni oldini olishdir. Hozirgi vaqtda, tishning tor, o'tmas kanalida qolgan pulpa cho'ltog'ining taqdiriga nisbatan 4 xil yondashish mumkin:

a) terapevtik usul va vositalar yordamida ildiz pulpa cho'ltog'idagi yallig'lanish jarayonini tugatish bilan hayotiylikini saqlab qolib, kelajakda ildiz atrofida rivojlanishi mumkin bo'lgan patologik o'zgarishlarni oldini olish;

b) terapevtik usul – pulpa cho'ltog'ini devitallash (jonsizlantirish) dan keyin mumifikatsiya usulida davolash bilan kelgusida davolangan tish ildizi atrofida rivojlanishi mumkin bo'lgan periodont va boshqa patologik o'zgarishlarni oldini olish;

d) fizioterapevtik usul – yod-elektroforez yordamida pulpa cho'ltog'ini kuydirgan (nekrozlangan) dan keyin, mumifikatsiya usulida davolash bilan ma'lum vaqtdan keyin davolangan tish ildizi atrofida rivojlanishi mumkin bo'lgan periodontit va boshqa patologik o'zgarishlarni oldini olish;

g) terapevtik (endodontik) asboblari yordamida tor, o'tmas tish kanallarini ochish, o'tish va kengaytirishi, ya'ni pulpa cho'ltog'ini ildiz uchi teshigigacha olib tashlangandan keyin, kanalni ildiz uchi teshigigacha (ildiz atrofidagi to'qimalarda patologik o'zgarishlar bo'lmaganda) yoki ildiz uchi teshigidan o'tkazilib (ildiz atrofidagi to'qimalarda patologik o'zgarishlar bor bo'lganda) to'liq plombalash bilan davolangan tish ildizi atrofida rivojlanishi mumkin bo'lgan periodontit va boshqa patologik o'zgarishlarni oldini olish. Albatta, to'rtinchi ("g") yo'l eng yaxshi va foydalidir.

Pulpani jonsizlantirib (devitallab) jarrohlik usullarida olib tashlash yo'li bilan pulpitlarni davolash. Ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar.

Yallig'langan yoki jarohatlangan pulpani oldin jonsizlantirib, keyin uni to'liq yoki qisman va ko'p ildizli tishlarda aralash – kombinatsiyalangan jarrohlik usullarida olib tashlash mumkin. Pulpani jonsizlantirish uchun margimush preparatlari, jumladan mishyak angidrid As2O3 (u birinchi bor 1836- yilda Spooner tomonidan taklif etilgan) va tarkibida margimush bo'lmagan boshqa devitallovchi pastalar qo'llanadi.

Bu usulni biologik yoki vital amputatsiya usullari yordamida yallig'langan yoki jarohatlangan pulpa hayotiylikini saqlab qolishning imkoniyatlari bo'lmagan barcha pulpit shakllarida qo'llanishiga ko'rsatmalar bor.

Qarshi ko'rsatmalarga bemor organizmining o'ziga xosligi (pulpitni davolashda, oldin qo'llanilgan margimushning ta'siri bo'lmaganda) yoki yallig'langan, jarohatlangan pulpa hayotiylikini saqlab qolish imkoniyati bo'lganda kabilar kiradi.

Margimushni pulpaga ta'sir etish mexanizmi hozirgacha to'liq aniqlanmagan bo'lsada, uning ta'sirida pulpaning hujayra elementlari, tomirlari va asab tolalarining o'lishi – jonsizlanishi, mishyakli angidridning qo'shuvchi to'qimadagi oksidlanish fermentlari ta'siri natijasida to'qimaning nafas olishi buzilishi oqibatida ro'y berishi aniqlangan. Pulpa nekrozlanishi uchun 0,006–0,008 g margimush etarli. Margimushning bunday dozasini aniqlash qiyin, S.S.Rolinskiy (1945) mishyakli angidridning dozasini aniqlash uchun maxsus asbob – arsendozimetrni taklif etgan, ammo baxtga qarshi ma'lum sabab tufayli u qo'llanilmaydi. Shuning uchun, qo'llanadigan margimush pastasining hajmi 1-raqamli borning boshchasi bilan margimush kerak deb qabul qilinadi.

Hozirgi paytda mishyak pastasi quyidagi tarkibda ko'proq qo'llanadi:

Rp.: Ac.Arsenicosi 3,0

Thymoli

Cocaini hydrochloridi aa 0,5

M.f.pasta

D.S. Pulpa nekrozatsiyasi uchun pasta.



Rp.: Acidi arsenicosi 5,0  
Tanini 2,5  
Olei Cinammomi  
Creosoti fage aa q.s. ut f. pasta  
D.S. Pulpa nekrozasiyasi uchun pasta.

Rp.: Acidi arsenicosi 5,0  
Tanini 2,5  
Olei Cinammomi  
Creosoti fage aa q.s. ut f. pasta  
D.S. Pulpa nekrozasiyasi uchun pasta.

Rp.: Acidi arsenicosi 2,0  
Cocaini hydrohloridi aa 0,5  
Acidi Carbolici q.s. ut  
Creosoti fage aa q.s. ut f. pasta  
D.S. Pulpa nekrozasiyasi (bolalarda) uchun pasta.

Pulpada nekrozlanish jarayoni deyarli hamma vaqt og'riq bilan kechadi. Shu og'riqni kamaytirish maqsadida kokain, sovokain, dikain, morfin karbol kislotasi, tanin, novokain, lidokain, ultrakain kabi og'riqsizlantiruvchi moddalar qo'llanadi. Ular mishyak angidrid pastasi tarkibiga ham kiradi. Undan tashqari, ochilgan pulpaga shimdirish yoki igna sanchib og'riqsizlantiruvchi dorilar yuborib, pulpitni davolash ham yaxshi foyda beradi. Margimush pastasi tarkibiga timolni kiritilishi, uning margimushni o'zida bu xususiyatlar yo'q. Margimush ko'proq ochilgan pulpa qismlari (toj pulpa shoxlari) ga 24 soat (bir ildizli tshlar – kesuvchi, uzuvchi, kichik oziq tishlar) va 48 soatga (pastki va yuqori jag'larning katta oziq tishlar) igna qo'yiladi. Turli asoratlar paydo bo'lmasligi uchun, bemor ko'rsatilgan muddatga rioya etishi kerak. Bundan uzaytirilgan muddatda ta'sir etgan margimush, pulpa parchalanishidan hosil bo'lgan moddalar bilan birga ildiz uchidagi periodontni zaxarlashi oqibatida, toksik periodontitni keltirib chiqarishi mumkin.

Margimushni ochilgan pulpaga qo'yishdan maqsad, uni tezroq so'rilib, o'z ta'sirini ko'rsatishi va pulpada yig'ilgan eksudatni chiqarish bilan undagi og'riqni pasaytirib, bemorga ma'lum darajada engillik berishidir.

Bolalarda, yosh va sog'lom kishilardagi pulpitda pulpani nekrozlash uchun margimushni ochilmagan pulpaga kovakning eng og'riqli nuqtasiga (dentina yaqin joylashgan pulpa shoxiga) ham qo'yish mumkin. Unda margimush dentin kanalchalari orqali o'tib pulpaga ta'sir etadi. Ammo bunda nekrozlashga sarflanadigan vaqt biroz uzayadi. Ba'zi bemorlarni, turli sababdan ko'rsatilgan muddatlarda davolashga kela olmasliklari to'g'risida shifokor bilsa, sekin ta'sir etadigan margimush pastasi va

tarkibida margimush bo'lmagan, paraformaldegid, Devit-A, Devit-P, Devit-S kabilarning pastasi qo'llanadi. Bu pastalar pulpani 3–7–15 kun davomida nekrozlaydi.

Rp.: Acidi arsenicosi 5,0  
Ac. Taniti 2,5  
Ol.caryophyllori q.s.  
m.f. pasta  
D.S. Pulpani sekin nekrozlaydigan pasta.

Rp.: Paraformaldehyde 9,0  
Anesthesini 1,0  
Bugenoli q.s. ut f. pasts  
D.S. Pulpani sekin devitallash uchun pasta.

Rp.: Paraformaldehyde 2,0  
Cocaini hydrohloridi 1,0  
Bugenoli q.s. ut f. pasts  
M.D.S. Pulpani devitallash uchun pasta.

Rp.: Acidi arsenicosi 1,0  
Cocaini hydrohloridi 1,0  
Trioxymethyleni 4,0  
Acidi carbolicici licuefacti q.s.  
ut f. pasta  
D.S. Pulpani sekin devitallaydigan pasta 4-5 kunga qo'yiladi

Rp.: Paraformaldehyde 1,0  
Cocaini hydrohloridi 0,5  
Phenol q.s. ut f. pasts  
M.D.S. Pulpani devitallash (qari kishilarda) uchun pasta.

Rp.: Paraformaldehyde 2,0  
Dicaini 0,6  
Dinatrii aethylendiamintraacetetis 0,1  
Ac.carbolicici liquefacti 0,4 m.f. pasta  
D.S. Pulpani devitallash uchun pasta.

Paraformaldegid – formaldegidning qattiq polimeri. Tana harorati ostida sekin depolimerizatsiya qilinishi natijasida formaldegid ajraladi. Paraformaldegid kapillyarlar endoteliysiga ta'sir etadi. U pulpa tomirlarini kengaytirib, qonni to'xtab qolishiga olib keladi va natijada pulpani nekrozlaydi.

Devitallovchi pastalarni qo'yish usuli. O'rta kattalikdagi sharsimon bor bilan iloji boricha kariyes kovagi ochiladi va ekskavator bilan yumshagan dentin va qipiqlar, ovqat qoldiqlari olib tashlanadi. O'tkir og'riqlar bo'ladigan bo'lsa, birinchi qatnovda kariyes qisman mexanik ishlov beriladi. Tish paxta bolishchalari yordamida so'lakdan ajratiladi va paxta tamponchalari bilan kovak artilib quritiladi. Bemor o'tkir og'riq sezib turgan bo'lsa, kovak tubiga 3–5 daqiqa muhlatda og'riq qoldiradigan dorilar botirilgan mayda tamponchalar qo'yiladi.

Og'riq qoldirilgandan keyin, diametri mos keladigan steril sharsimon bor bilan yoki yumshoq dentinni zond yordamida teshib, pulpa ochiladi. Mishyak preparatlari ta'sirida pulpa shishadi va uning oqibatida og'riq kuchayadi. Shuning uchun, margimush pastasi qo'yilgandan keyin bemorga og'riqni qoldiradigan dorilar (analgin, pentalgin va boshq.) qabul qilishni tavsiya etish kerak.

Margimush yoki boshqa devitallovchi pasta zond uchida ko'rsatilgan miqdorda pulpaga qo'yiladi va uning ustidan og'riqsizlantiradigan dorilardan biriga shimdirilgan paxta tampon qo'yiladi. Kariyes kovagi sun'iy suvli dentin pastasi bilan qattiq bosmasdan gemetik zich yopiladi. Quyuq suvli dentin pastasi bilan bosilgan pulpada og'riq zo'rayishi mumkin. Sun'iy dentinning yog'da tayyorlangan pastasi devitallovchi pasta ustidan hech qachon qo'yilmaydi. Birinchidan, bu pasta quyuq, u bilan kovak yopilsa, albatta ma'lum bosim bo'ladi, ikkinchidan yog'li dentin pastasi qotgach, zarur bo'lganda, bemor uni olib tashlay olmaydi.

Mishyakli pasta qo'yilgandan keyin 24–48 soat yoki margimush bo'lmagan devitallovchi pasta qo'yilgandan keyin 5–10 kun vaqt o'tgach, kariyes kovagiga oxirigacha mexanik ishlov beriladi. Kariyes kovagiga bor bilan mexanik ishlov berib, kovakdagi barcha chirik to'qimalarni to'liq olib tashlab, unga ma'lum bir shakl berishda, toj pulpani to'liq olib tashlash imkoni bo'lishiga, kanalga kirish qismini yaqqol ko'rinib turishiga va davolash tugagandan keyin qo'yiladigan plombaning etarli darajada ushlanib turishini ta'minlaydigan sharoit yaratilishiga ahamiyat berish kerak.

Davolanadigan tishni atrofidagi so'lakdan steril paxta bolishlar yordamida (ular maxsus moslama bilan ushlanib turilishi mumkin) ajratish yoki kofferdamdan yoki so'lakso'rg'ichdan foydalanish kovakda aseptik sharoitda ishlash imkonini beradi.

Odatda tish toj bo'shlig'ini ochish jarayonida toj pulpa bor bilan olib tashlanadi. Agar ko'p ildizli tishlarda toj pulpa qisman qolgan bo'lsa, uni steril ekskavator bilan olib tashlanadi. Pulpa qoldiqlari, qon, dentin qipiqlari bosim ostida ishlaydigan shpris yordamida suv bilan yuvib tashlanadi yoki ular vodorod peroksidi va spirtga botirilgan steril tamponchalar bilan olib tashlanadi. Keyin sharsimon bor bilan kanallarga kirish qismlar kengaytirilib, ildiz pulpa, ildiz kengligiga mos keladigan ekskavator bilan olib tashlanadi.

Kanallarga tushish mumkin bo'lgan qo'shimcha infeksiyani oldini olish uchun, kanalga pulpoekstraktor kirishdan oldin 1–2 tomchi 2% li xloramin eritmasi va fermentlar (tripsin, ximopsin, kukumazim kabilar) ga qo'shilgan antibiotiklar eritmasi kanallarning kirish qismlariga kiritiladi. Kanallarni kirish qismlariga antiseptiklar shpris yordamida yoki pinset bilan quyuladi yoki ildiz ignasiga paxta o'rab, uni shu antiseptiklarga botirib ham kiritish mumkin. Shundan keyin ildiz pulpa pulpoekstraktor bilan olinadi.

Pulpoekstraktor kanalga ortiqcha bosimsiz, kirguncha kiritilib, o'z o'qi atrofida 1–2 marta aylantiriladi. Asbob asta-sekin bir tortishda pulpa bilan birga kanaldan chiqariladi. Pulpoekstraktor, odatda kanal uchidagi teshikkacha borib etadi. Kanal keng bo'lsa, (xususan bolalar va sog'lom, yosh odamlarda) pulpani olishda 2 ta pulpoekstraktor kanalga kiritiladi va pulpa ularga o'ralgan holda kanaldan chiqariladi. Pulpoekstraktorni undagi o'ralgan pulpadan bo'shatish uchun shisha plastinka ustiga olingan 1–2 tomchi 2% li xloramin yoki fermentlardan birining eritmasiga botirilib, zond uchi bilan olib tashlanadi. Pulpani kanaldan to'liq olib tashlanganlikni belgisi bo'lib, pulpoekstraktor qayta kanalga kiritishida, unda og'riq yoki qon oqishining bo'lmasligi hisoblanadi. Agar davolash og'riqsizlantirish ostida olib borilsa va bunda ildiz uchidagi teshik keng bo'lib, undan pulpoekstraktor o'tib periodontga kirsas, og'riq paydo bo'lmaydi, ammo qon oqish belgisi bo'lishi mumkin. Shuning uchun, muolaja o'tkazilayotgan tish kanalining uzunligini shifokor bilishi shart. Shu maqsadlarda qo'llanadigan chuqurlikni o'lchaydigan asbob (dlinometr) yoki rentgenografiya (kanalga ildiz ignasi qo'yib) dan foydalanish maqsadga muvofiqdir. "Visiograf" bo'lgani ayni muddao. Shunday qilish periodontning jarohatlanishini oldini oladi. Kerak bo'lganda kanal drillbor va "Files" qirg'ichlari yoki buravlar bilan kengaytiriladi. Shundan so'ng, ildiz kanaliga medikamentlar bilan ishlov beriladi.

O'tuvchi ildiz kanallariga medikamentoz ishlov berish maqsadida har xil moddalar qo'llanadi. Keyingi yillarda periodontga salbiy ta'sir etmaydigan dori va vositalar qo'llana boshlandi. Ishlatiladigan moddalar bakteriyalarga qarshi kurashadigan, periodontga salbiy ta'sir etmaydigan, dentin naychalariga chuqur kirib boradigan, sensibilizasiya chaqirmaydigan va chidamli mikroblarni paydo bo'lishiga olib kelmaydigan, kanalga kiritilishi engil bo'lgan talablarga javob bera oladigan bo'lishi kerak.

Kanallardan organik moddalar (qon, yiring kabi) ni olib tashlash uchun 3% va 5,2% li gipoxlorid natriyning suvli eritmasi yoki ularni 20% li EDTA eritmasiga aralashmasi qo'llanadi. Kanallarga antiseptik ishlov berishda, shuningdek krezodont suyuqligi, 1–2% li xloramin eritmasi, 10–15% li dimeksid eritmasi, 0,1% li dekamin eritmasi, 30% li vodorod peroksidi bilan yuvib, spirt va efir bilan quritish eng ko'p qo'llanadi. Kanalni u yoki bu antiseptik bilan medikamentoz ishlov

berishda, kanalni o'tuvchilik darajasi katta rol o'ynaydi. Yaxshi o'tuvchi, keng ildiz kanaliga dorilar bilan ishlov berishda eng oddiy usul – 3% li vodorod peroksidi bilan kanalni yuvib, spirt va efir bilan quritish kifoya holos.

O'tilishi qiyin, yomon o'tuvchi, tor yoki o'tmas kanallarga medikamentoz ishlov berishda so'rdirish, shimdirish usullari qo'llanadi. Bularga rezorsin-formalin, kumushlash, yod preparatlari bilan elektroforez (Ag2O3 suyuqligini ham elektroforez usulida kanallarga yuborish mumkin) kabilar kiradi. Bunday kanallarda qolgan pulpa cho'ltog'lariga nisbatan tutilishi zarur bo'lgan 4 xil yo'l to'g'risida batafsil ma'lumotlar yuqorida keltirildi.

Kanalga medikamentoz ishlov berish, uni quritish bilan tugatiladi, undan keyin plombalashga kirishiladi. Ildiz kanallarini plombalash uchun periodontga salbiy ta'sir etmaydigan pastalar qo'llanadi. Ularga sekin qotadigan sement pastalari, sink-evgenol, sinkoksid evgenol – tiedent, rezorsin-formalin asosida tayyorlangan rezodent, yodofomli – yodent, trikezil-formaldegid asosidagi trikredent, krezodent pastalari kabilar kiradi.

Ildiz kanallarini to'ldirishda shtiftlar ham qo'llanadi.

Davolashni tishga doimiy plomba qo'yish bilan nixoyasiga etkaziladi. Pulpitni davolashda uning klinik shaklidan tashqari, kasallangan tishning anatomik tuzilishi, xususan uning kanal yoki kanallarini o'tuvchanlik darajasi katta rol o'ynaydi. Bir ildizli, kanal yaxshi o'tuvchi bo'lgan tishdagi pulpitni davolash bilan ko'p ildizli o'tuvchi va tor, o'tmas kanallari bor bo'lgan pulpit bilan og'rigan tishni davolash bir-biridan tub farq qiladi.

Bir ildizli pulpitli tishni devital eksterpasiya usulida, ko'p ildizli pulpitli tishni esa devital ekstirpasiya (o'tuvchi kanalda) va devital amputatsiya (tor, o'tmas kanallarda), ya'ni aralash-kombinasiyalangan usulda davolanadi.

Pulpitni devital usulda davolash ham uni boshqa usullarda davolashdagidek, bemorning yoshi, umumiy holati, uning organizmida kechib o'tgan yoki kechib turgan ichki a'zo va tizim kasalliklari va ular bilan pulpitning bog'liqlik darajasi, hamda pulpitning qaysi tishdaligi va kasallangan tish ildizi atrofidagi to'qimalarning holatiga qarab olib boriladi.

Bir ildizli tishlardagi pulpitni devital ekstirpasiya usulida davolashning birinchi qatnovda og'riqsizlantirish ostida kariyes kovagiga qisman (shimdirish – applikasiya usulida og'riqsizlantirib ishlashda) yoki to'liq (infiltrasion yoki o'tkazuvchi usulda og'riqsizlantirib ishlashda) mexanik va medikamentoz ishlov berilib, tish bo'shlig'i ochiladi, pulpaga devitallovchi pasta qo'yiladi va kovak germetik ravishda vaqtinchalik plomba bilan yopiladi.

Ikkinchi qatnovda kariyes kovagiga to'liq mexanik ishlov berilib, ma'lum shaklga keltiriladi, tish bo'shlig'i ochiladi, toj pulpa olib

tashlanadi. Kanalning kirish qismi kengaytiriladi hamda ildiz pulpa olib tashlanadi. Ildiz kanaliga asboblari va dorilar bilan ishlov beriladi, quritiladi va plombalanadi va tishga doimiy plomba qo'yiladi.

Ko'p ildizli pulpit bilan og'rikan tishlarni devital usulda davolash 2-3 qatnovda bajariladi. Bemorning umumiy ahvoriga qarab davolashni 3 xilda olib borish mumkin:

1) shimdirish (applikatsiya) yo'li bilan og'riqsizlantirib pulpitni devital usulda davolash;

2) infiltrasion (yuqori jag') yoki o'tkazuvchi (pastki jag') og'riqsizlantirish ostida pulpitni devital usulda davolash;

3) infiltrasion yoki o'tkazuvchi og'riqsizlantirish ostida tor, o'tmas kanallarni "Reamers", "Getes Glidden", "Largo", "Orifice Openetr" kabi drilborlar, drillar va "Files" qirg'ichlari kabi endodontik asboblari yordamida o'tish, kengaytirish va tekislashda devitallangan pulpani olib tashlash bilan pulpitni davolash.

1. Organizmda kechadigan yoki kechib turgan ichki a'zo va tizim kasalliklari tufayli ojizlanib qolgan, kamquvvatli va biror sababdan infiltrasion yoki o'tkazuvchi og'riqsizlantirish o'tkazib davolashning inkoni bo'lmagan bemorlardagi pulpitni devital usulda davolash shimdirish (applikatsiya) yo'li (dikain, kokain, 3% li mepivakain, 10% li lidokain gidroklorid va boshq.) bilan og'riqsizlantirish ostida olib boriladi.

Birinchi qatnovda og'riqsizlantirish ostida kariyes kovagiga qisman mexanik va medikamentoz ishlov berilib, tish bo'shlig'i ochiladi hamda pulpaga devitallovchi pasta qo'yiladi va vaqtinchalik plomba yordamida kovak germetik ravishda zich yopiladi.

Ikkinchi qatnovda og'riqsizlantirish ostida kariyes kovagiga qisman mexanik va medikamentoz ishlov berilib, unga qo'yiladigan plombaning yaxshi ushlanib turilishini ta'minlaydigan darajadagi shakl beriladi va toj pulpa olib tashlanadi. Tishning o'tuvchi kanalidan pulpa olib tashlanadi, kanalga mexanik va medikamentoz ishlov berilib, antiseptiklar bilan yuviladi, tozalandi. Tor, o'tmas kanallardagi pulpaning elektr tokiga sezuvchanligi elektrodontodiagnostika yordamida tekshirib ko'riladi. Agar pulpa ikkala kanalda ham to'liq jonsizlangan bo'lsa (100 mka tok kuchiga javob reaksiyasi bo'lmasa), unda bu kanallardan iloji boricha nekrozlangan pulpa pulpekstraktor bilan olib tashlanadi (tor, o'tmas kanallar imkoni boricha drilborlar bilan ma'lum darajada o'tiladi va kengaytiriladi), o'tuvchi kanalga antiseptiklardan biri (masalan, 2% li xloramin, krezodent suyuqligi va boshq.) pilik (turunda) shaklida qo'yiladi. Tor, o'tmas kanallardagi nekrozlangan pulpani qolgan qismini mumifikatsiyalash maqsadida, shu kanallarning kirish qismlari va kovak tubiga rezorsin-formalin (katalizatorsiz) aralashmasiga botirilib, toza paxta bilan siqilgan, ya'ni namlangan paxta tamponchalar qo'yiladi. Kovak vaqtinchalik plomba (suvli dentin pastasi) bilan germetik ravishda, zich yopiladi. Ammo tor, o'tmas kanallardagi pulpa to'liq nekrozlangan

bo'lsa (pulpa 70–85 mK tokka javob reaksiyasi bersa), unda yuqorida keltirilgandek, pulpa oldin yod-elektroforez (10% li yod tinkturalari) usulida nekrozlantiriladi, faqat shundan keyingina bu kanallardagi nekrozlangan pulpa mumifikasiyalanadi.

Uchinchi qatnovda tishning o'tuvchi kanali ildiz uchi tishigacha (agar ildiz atrofidagi to'qimalarda patologik o'zgarishlar bo'lmasa) yoki bu teshikdan chiqarilib (agar ildiz atrofidagi to'qimalarda patologik o'zgarishlar bo'lsa) plombalanadi, tor kanallar ham imkon doirasida mumifikasiyalovchi rezorsin-formalin, rezodent kabilardan biri bilan plombalanadi. Kanallarga kirish qismlari va kovak tubiga ham mumifikasiyalovchi pasta qo'yiladi, suvli dentin va sekin qotadigan eodent – Repid, semion-PX, semion-RX, adgezor kabilardan biridan taglik qo'yilib tishga doimiy plomba qo'yiladi.

Ma'lum bir umumiy kasallik tufayli kasalxonada yotgan bemorning pulpali, kanallari butunlay o'tmas ko'p ildizli tishni pulpasini qisman olib tashlash (devital amputatsiya) usulida davolash ham mumkin. Bunda, devitallovchi pasta yordamida jonsizlantirilgan toj pulpa mexanik ishlov berish bilan olib tashlanadi. O'tmas kanallarda qolgan pulpa mumifikatsiyalovchi vositalar (rezorsin-formalin usuli) qo'llab, bir necha bor impregnatsiya (shindirish, so'rdirish) qilinadi. O'tmas kanallarning kirish qismlari va kovak tubiga rezorsin-formalin pastasi yoki rezodent pastasi qo'yiladi. Suvli dentin va sekin qotadigan sementli plomba ashyolarining biridan tayyorlangan pastadan taglik qo'yilib, tishga doimiy plomba qo'yiladi.

2. Nisbatan sog'lom kishilardagi ko'p ildizli pulpit bilan og'rikan tishni devital usulda infiltratsion yoki o'tkazuvchi (ba'zida narkoz, gipnoz) og'riqsizlantirish ostida o'tkazish mumkin.

Birinchi qatnovda yuqorida keltirilgan, shindirish (applikatsiya) yo'li bilan og'riqsizlantirish ostida pulpitni davolashning ikkinchi qatnovda bajariladigan muolajalar bajariladi.

Ikkinchi qatnovda esa, uchinchi qatnovda bajariladigan muolajalar amalga oshirilib, tishga doimiy plomba qo'yish bilan davolash tugatiladi.

Yuqorida ko'p ildizli pulpitli tishlarni aralash – kombinatsiyalangan usulda (devital amputatsiya va devital ekstirpatsiya) ikki xil yo'l bilan davolashga taalluqli ma'lumotlar keltirilgan. Bu usulda o'tuvchi kanal – yuqori jag' katta oziq tishlarning tanglay kanali va pastki jag' katta oziq tishlarning orqa (distal) kanalidan jonsizlantirilgan pulpa olinadi. Kanalga mexanik va medikamentoz ishlov beriladi va u sekin qotadigan fosfat-sement, viedent, apeksdent, stiodent, fosfodent, adgezor kabi pastalardan biri bilan ildiz uchi teshigigacha plombalanadi. Tor, o'tmas kanallardagi nekrozlangan pulpa rezorsin-formalin aralashmasi bilan mumifikatsiyalanib, kanallarning kirish qismlari va kovak tubiga rezorsin-formalin pastasi yoki rezodent pastasi qo'yiladi, hamda suvli dentin va sekin

qotadigan sementli pastadan taglik qo'yib, tishga doimiy plomba qo'yiladi.

3. Ko'p ildizli pulpit bilan og'rikan tishlarni infiltrasion yoki o'tkazuvchi og'riqsizlantirish ostida devital usulda davolashda endodontik asboblardan yordamida tishning tor, o'tmas kanallarini o'tish va kengaytirish jarayonida, ulardan devitallangan pulpani olib tashlash bilan davolash usuli ham nisbatan sog'lom kishilarda o'tkazilishi mumkin.

Birinchi qatnovda kariyes kovagiga to'liq mexanik va medikamentoz ishlov berilib, unga ma'lum bir shakl beriladi. Toj pulpa ham olib tashlanadi, hamda kanalga mexanik va medikamentoz ishlov berilib, antiseptiklar bilan yuvilib tozalangach, unga antiseptiklardan biri pilik shaklda qo'yiladi va tor, o'tmas kanallarning kirish qismlariga devitallovchi pasta qo'yilib tish vaqtinchalik plomba bilan gemetik ravishda zich yopiladi.

Ikkinchi qatnovda tishdagi davolash boylami olib tashlanadi. Tor, o'tmas kanallar endodontik asboblardan yordamida o'tiladi, kengaytirib tekislanadi, antiseptiklar bilan yuvib tozalanadi. O'tuvchi va odatda tor, o'tmas, ammo kengaytirilgan kanallar yuqorida qayd etilgan plomba ashyolari bilan ildiz uchi teshigigacha yoki bu teshikdan chiqarilib plombalanadi va tishga doimiy plomba qo'yiladi.

Shunday qilib, ko'p ildizli pulpit bilan og'rikan tishlarni og'riqsizlantirish ostida devital usulda davolashning eng samarali va foydali – bu davolangan tishda, ma'lum vaqtdan keyin qoldiq pulpa, pulpoperiodontit, periodontit kabi asoratlarni kelib chiqmasligiga kafolat beradigan davolash usulidir. Bunday talablarga faqat 3 chi xil bo'yicha pulpitni davolash usuli, ya'ni endodontik asboblardan yordamida ko'p ildizli tishning barcha kanallarini oxirigacha o'tib, kengaytirib va tekislab, ularga antiseptik ishlov berilganidan keyin, ularni to'liq plombalab, tishga doimiy plomba qo'yish bilan davolashni tugatish usuli javob bera oladi.

### **Pulpitlarni tashhishlash va davolashda kelib chiqishi mumkin bo'lgan xatolar va ular oqibatida kelib chiqadigan asoratlarni**

Tish kasalliklarini davolashda uchraydigan xato va ular oqibatida kelib chiqadigan asoratlarning eng ko'pi pulpitni davolashda kuzatiladi.

Pulpitni tashhishlashda qo'yiladigan xatolar, kasallikning klinik belgilari, boshlangan vaqti, birinchi belgilari va yallig'lanishni pulpa to'qimasiga tarqalish darajasini aniqlash bilan bog'liq. Shuningdek, pulpada kechadigan patologik jarayonlar, ayniqsa, yallig'lanishni turli xilda kechishi, pulpitlarni tashhishlash, qiyosiy tashhishlashning qiyinligi, qo'llanadigan tasniflarning hammasi ham pulpitning klinik kechishini aniqlash imkonini bemasligi, anamnezni to'liq yig'masdan, asosan og'riq belgisining ayrim xususiyatlariga asoslanib (uni ham har tomonlama xarakte-



ristikasini o'rganmasdan), o'shanda ham uni turli kechishi, qanday boshlanganligi va bunda bemorning sezgilari qanday bo'lganligini hisobga olmasdan qo'yilgan tashhis oqibatida turli xatolarga yo'l qo'yiladi. Bu esa, tabiiyki, davolash samaradorligini pasaytirishga sabab bo'ladi.

Pulpitda yallig'lanish jarayonining kechishi nafaqat bemorning yoshi, balki uning organizmida kechayotgan umumiy kasalliklar va ularning pulpit bilan bog'liqligi, pulpitni qaysi tishdaligi, ya'ni qaysi anatomik va gistologik tuzilishga ega bo'lgan tish guruhidaligiga bog'liq.

Odatda bemor organizmining immunologik reaktivligi, ayrim mikroblarga nisbatan o'ta sezuvchanligi tashhislashda hisobga olinmaydi, bunga ahamiyat berilmaydi ham. Chunki ularni aniqlash uchun qo'shimcha tekshirishlar olib borilishi zarur. Ammo bu narsalar o'ta muhimdir.

Yuzaki yig'ilgan anamnez, pulpitni boshlanish belgilari, rivojlanish bosqichlari, og'riqni birinchi boshlangan vaqtiga e'tibor bemasdan pulpit u yoki bu shaklining tashhisi yoki umumiy qilib "pulpit" deb tashhis qo'yilishi turli xatolarga yo'l ochib beradi.

Shunday qilib, pulpit tashhisini to'g'ri qo'yishda, uning asosiy belgisi hisoblangan og'riqni dastlabki boshlanish davri, unda bemorning sezgilari qanday boshlanganligi, og'riq yuzga tarqalishi, berilishi (irridatsiya) bemorning ahvoli, holati katta ahamiyatga ega.

Albatta to'g'ri qo'yilgan tashhis pulpitni davolash usulini tanlashda o'ta muhimdir.

Pulpitni davolashda qo'yiladigan xato va ular oqibatida kelib chiqadigan asoratlar orasida ko'pchiligi noto'g'ri tanlangan davolash usullari bilan bog'liq. Ba'zida "pulpit" deb tashhis qo'yib, o'tkir va surunkali pulpitning barcha shakllarida pulpa hayotiyeligini to'liq yoki qisman (ildiz pulpa) saqlab qolishga intilishadi. Bu turli asoratlar kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Chunki, pulpa hayotiyeligini ma'lum pulpit shakllaridagina saqlab qolish mumkin, holos. Natijada pulpa hayotiyeligini saqlab qolishga mo'ljallangan va aniq ko'rsatmalar, talablar, davolash qoidalariga rioya qilib amalga oshirilganda yaxshi natijalar beradigan biologik va vital amputatsiya usullari "foydasiz" bo'lib chiqadi. Undan tashqari, ba'zida yallig'langan pulpaga devitallovchi pastalar qo'yib, toj pulpani olib tashlab, ildiz pulpa hayotiyeligini saqlab qolishga urinadilar. Bu mutlaqo noto'g'ri harakat, chunki pulpaga qo'yilgan margimush yoki boshqa jonsizlantiruvchi pasta, pulpa to'qimasining barcha qismiga, hatto dentin kanalchalariga va periodontga ham so'rilib, o'z ta'sirini ko'rsatadi. Shuning uchun ham, ba'zida devitallovchi pasta dozasi oshganda toksik periodontit kelib chiqadi, hamda uni davolash ancha qiyin kechadi. Pulpani vital amputatsiyasidan keyin ildiz pulpa hayotiyeligini saqlab qolish, faqat og'riqsizlantirish ostida bajariladigan jarrohlik usullaridan keyingina amalga oshirilishi mumkin. Agar unda ma'lum klinik ko'rsatmalar bo'lganda.

Demak, pulpaga devitallovchi pasta qo'ygandan keyin, hech qachon uning hayotiyliги saqlab qolina olmaydi.

Ba'zida ukol qilib og'riqsizlantirish (igna to'qimaga sanchilishi) og'riqli bo'lgani sababli, shifokorlar ochilmagan pulpani og'riqli joyiga margimush yoki boshqa devitallovchi pasta qo'yishadi. Bu noto'g'ri, hamda og'riq bosilishi o'rniga u battar kuchayadi, chunki pulpada yallig'lanish davom etadi. Devitallovchi pasta asta-sekin (odatda muddatlar 24 yoki 48 soatdan ko'proq) ta'sir etadi va pulpada giperemiya kuchayadi, bosim oshadi, bular esa og'riqni kuchaytiradi. Shuning uchun, bunday asoratlarni oldini olish maqsadida, devitallovchi pastani faqat ochilgan pulpaga, undagi eksudatni chiqarib yuborgandan keyin qo'yish kerak.

Tish bo'shlig'i stomatologik asboblardan bilan pulpaga yaqin joydan, ko'pincha pulpa shoxchalariga yaqin joydan ochiladi. Pulpit bilan og'riq tishda ko'pincha kariyes kovagi bo'ladi va uning tubidan pulpa ochiladi. Ammo butun tishda ham pulpit (masalan, jarohatli, retrogradli, gematogen yo'l bilan tushgan infeksiyadan paydo bo'lgan pulpitlar) bo'ladi. Bunday paytlarda, tish bo'shlig'ini to'g'ri va to'liq ochish, tishning anatomik tuzilishi topografik xususiyatlarini, uning kanali joylashgan joylarini bilish bilan bog'liq. To'g'ri va to'liq ochilgan tish bo'shlig'i va undagi kanallar qo'yilishi mumkin bo'lgan xato va ular oqibatida kelib chiqadigan asoratlarni oldini olishni kafolatlaydi. Devitallovchi pastani pulpaga qo'yishda ma'lum qoida, tartibga rioya qilish kerak: tishga qo'yilgan davolovchi boylam yaxshi ushlanib turishi uchun, kovak germetik, zich yopilgan bo'lishi shart. Aks holda, devitallovchi pasta tish bo'shlig'idan chiqib, milk va tish atrofidagi boshqa to'qimalarni (xattoki suyakni ham) kuydirishi yoki oshqozon-ichak yo'lga tushib (boylam tushib ketishi va yutinganda oshqozonga tushishi mumkin) bu joylarni ham kuydirishi, zaxarlashi mumkin. Bunday asoratlar ko'pincha bolalarda uchraydi. Eng ko'p xatolar devitallovchi pastani shoshma-shosharlik, e'tiborsizlik bilan yaxshi ochilmagan kariyes kovagiga qo'yishdan kelib chiqadi.

Undan tashqari, devitallovchi pasta ustidan kovakni suvli dentin pastasi bilan yopganda, pasta to'liq qotmasdan bemorni jo'natib yuborganda, qotmagan pasta tagidan devitallovchi pastani milkka so'rilishi natijasida kelib chiqadigan asoratlar ham bor. Ayniqsa II va V sinf kariyes kovaklari, xususan ular milkka yaqin yoki uning tagida joylashgan hollarda bunday asoratlar ko'proq uchraydi. Shuning uchun, devitallovchi pasta qo'yilgach, kovak germetik va zich yopilishidan tashqari, to'liq dentin pastasi qotmaguncha va germetik yopilish borligiga ishonch hosil qilmaguncha, bemorni jo'natmaslik kerak. V sinf kovaklarida milk o'sib, kovakka kirib turgan bo'lsa, shu qismlarni koagulyatsiya qilib tashlash kerak yoki boylam qo'yish jarayonida ortiqcha milkni ko'tarib turib, keyin kovakni yopish kerak bo'ladi.

Pulpani amputatsiya va ekstirpasiyasida og'riqsizlantirish to'liq o'tkazilmasa, og'riq paydo bo'lishi mumkin. Bunda barcha og'riqsizlantirish vosita va dorilari applikasiya tarzida yoki pulpaga bevosita yuborish bilan qo'llanadi. Undan tashqari, amputatsiya jarayonida shifokorning bilimsizligi yoki e'tiborsizligi tufayli, kovak devorining bir qismi sinishi, kovak tubining ochilib, teshilib qolishi kabi asoratlar ham kuzatiladi. Ayniqsa, singan tish bo'lagining nafas yo'liga tushishidan kelib chiqadigan asfiksiya – bo'g'ilib qolish, og'ir asoratlarga kiradi. Bunda, tezda mutaxassis tomonidan traxeostomiya operatsiyasi amalga oshirilmasa, bemor o'lishi ham mumkin. Shuning uchun, barcha stomatolog-shifokorlar bu operatsiyani bajara olishi maqsadga muvofiqdir, chunki bemorga kechiktirib bo'lmaydigan tez tibbiyot yordami ko'rsatilishi shart. Ekstirpasiya jarayonida ham, kanalga endodontik asboblari, drilbor ignasi bilan ishlov berishda, ularning kanalda sinib qolishi yoki e'tiborsizlik oqibatida og'iz bo'shlig'iga, undan esa nafas yo'liga tushib qolishi natijasida ham asfiksiya yuzaga kelishi mumkin.

Kanalda sinib qolgan asbob bo'laklarini olib tashlashning iloji bo'lmasa, ularni yonidan drilbor bilan o'tib, kanalni kengaytirib davolovchi pastalar bilan uni plombalash mumkin. Albatta, kanalni plombalashdan oldin, undan qon oqmasligiga ishonch hosil etmoq darkor.

Pulpa ekstirpasiyasida endodontik asboblari ildiz uchi teshigidan o'tib, periodontni jarohatlashi mumkin. Bunda tishga bosganda og'riq va boshqa noxush sezgilar paydo bo'ladi. Ular 2–3 kun orasida qo'shimcha davolashsiz ham o'tib ketishi yoki ba'zida darsonvalizatsiya, flyuktuorizatsiya, UVCH davolash kabi muolajalardan keyin o'tishi mumkin.

Vital yoki devital amputatsiyadan keyin, ma'lum vaqt o'tgach kanalda qolgan pulpaning qayta yallig'lanishdan yoki jonsizlantirilgan pulpaga infeksiya qo'shilishidan periodontda turli og'riqlar paydo bo'ladi va qoldiq pulpiti yuzaga keladi. Bunda pulpiti davolashda qo'llaniladigan muolajalar qo'llanilib, yallig'langan yoki o'lgan pulpa olib tashlanadi, hamda kanal odatdagidek plombalanadi va tishga doimiy plomba qo'yiladi.

Pulpiti davolashda periodontga infeksiyani o'tishiga asosiy sabab – bu aseptikaga to'la rioya etmaslikdir. Agar aseptika qoidalariga to'liq amal qilib, ishlatiladigan asboblari va ashyolarni sterillab, qilinadigan muolajalar bajarilsa, unda periodont kamroq ozorlanadi.

Amaliyotda zamonaviy endodontik asboblarning kirib kelishi, periodontga salbiy ta'sir etadigan dorilari o'rniga fermentlar, dorivor o'simliklardan tayyorlangan dorilarning ko'proq qo'llanishi, pulpani davolash jarayonida tish kanallariga ishlov berishda bajariladigan muolajalarning periodont uchun zararsizligini ta'minlamog'da. "O'tmas" kanallar o'tuvchiga aylanishi va ularni ildiz uchi teshigigacha to'liq plombalanishi, pulpiti bilan davolangan tish ildizi atrofidagi periodont va boshqa to'qimalar kasalliklarini oldini olishga sabab bo'lib kelmog'da.

Shuni ham ta'kidlash zarurki, pulpiti tufayli periodontda patologik o'zgarishlar bo'lmagan hollarda, ba'zida kanalni plombalash ildiz uchi teshigidan plomba ashyosini chiqarish bilan tugatiladi. Bunday paytlarda, albatta periodont ta'sirlanadi va unda turli og'riqlar yuzaga keladi. Ba'zida ostit va periostit belgilari, shishlar paydo bo'ladi. Bunda jarrohlik muolajalarni o'tkazishga to'g'ri keladi.

Ildiz uchi teshigidan o'tkazilgan ortiqcha plomba, mustaqil hosil bo'ladigan oqma teshigidan chiqib ketishi yoki uni davolangan tish atrofidagi to'qimalarni kesib olib tashlash bilan chiqarib tashlash mumkin. Bunday og'riqlar va noxush sezgilarni yo'qotish uchun flyuorizatsiya, UVCh davolash, darsonvalizatsiya kabi fizioterapevtik muolajalardan foydalaniladi. Ba'zida, pastki oziq tishlar kanallarini ildiz uchi teshigidan o'tib plombalanganda, plomba ashyosi pastki jag' kanaliga tushadi va uzoq davom etadigan noxush sezgilar, nimfalaj (parez) belgilarini kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Ularni yo'qotish uchun uzoq muddat fizioterapevtik muolajalar qo'llashga to'g'ri keladi.

#### **MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLARI**

1. Pulpani jarrohlik usullarida olib tashlash qaysi usullarda bajariladi?
2. Pulpani olib tashlash bilan pulpitni davolashga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar nimadan iborat?
3. Pulpani olib tashlash bilan pulpitni davolashda bemor ahvoriga bog'liq nimalarga e'tibor berish zarur?
4. Pulpani vital va devital usulda olib tashlash deganda nimani tushunasiz?
5. Pulpitni davolashda diatermokoagulyatsiya qachon va nima maqsadda qo'llanadi?
6. Pulpitni davolashda qaysi og'riqsizlantirish usullari va dorilar qo'llanadi?
7. Vital usulda pulpitni davolashda pulpa hayotiylikini qachon va qaysi vositalar, dorilar yordamida saqlab qolish mumkin?
8. Tish cho'ltog'i hayotiylikini saqlab qolishda nimalardan foydalanasiz?
9. Tish bo'shlig'ini qaysi asboblarda yordamida ochish mumkin?
10. Butun tishda tish bo'shlig'ini ochishda qaysi belgilarga tayanish mumkin?
11. Tish bo'shlig'i va kanallari qaysi sabablardan yopilib qoladi yoki kanallar o'tmas bo'lib qoladi?
12. Tor, o'tmas kanallardagi pulpaga nisbatan qaysi yo'llarni tutish mumkin?
13. Pulpitni davolashda 10% li yod bilan elektroforez qachon va nima maqsadda qo'llanadi?
14. Tor, o'tmas kanallarni kengaytirishda qaysi endodontik asboblarda ishlatiladi?
15. Qaysi devitallovchi pastalarni bilasiz?
16. Ko'p ildizli pulpitli tishni necha xilda davolash mumkin?

## VI bob

### PERIODONTIT. PERIODONT TO`QIMASINING ANATOMIK VA GISTOLOGIK TUZILISHI

**Periodont** – bu ikki soʻz oʻzagi – **peri** atrof, yoni degan maʼnoni, **odont** tish degan maʼnoni bildirib, tish atrofidagi qoʻshuvchi toʻqimadan iborat boʻlib, u tishning ildiz qismidagi sement bilan jagʻlar suyaklar alveolyar oʻsintalarining ichki devorlari orasidagi periodont boʻshligʻini toʻldirib turadi.

Periodont boʻshligʻi, yorigʻi alveola kompakt suyak plastinkasi, ildiz sementi va tish aylana boylamlari (lig. circularae dentis) bilan chegaralangan.

Periodont yorigʻining kengligi pastki va yuqori jagʻ tishlarida turlicha, lekin oʻrtacha kengligi 0,2–0,25 mm (E.V. Leviskaya va boshqalar, 1973, E.V. Borovskiy, 1989). Tish ildizining uchki qismida 1 mm gacha boʻladi. Periodont yorigʻining kengligi turli holatlarga ham bogʻliq. Odaming yoshiga, tishlarining rivojlanishiga, ularning oʻz vazifalarini ado etish darajasiga va nihoyat, patologik jarayonlarning kechishiga bogʻliq. Antagonisti boʻlmagan, tish qatorida turmagan tishlarda periodont toʻqimasining qalinligi (yoki periodont yorigʻining kengligi) qisqaradi – 0,1–0,15 mm ni tashkil etadi.

E.M.Gofung (1946) boʻyicha periodont yorigʻi pastki jagʻda 0,15–0,22 mm ni, yuqori jagʻda esa ancha kengroq, 0,2–0,25 mm ni tashkil etadi.

Periodont yorigʻi tish ildizining oʻrta qismida qisqarganroq, tish ildizining uchida hamma vaqt kengroq boʻladi.

Periodont yorigʻi haddan tashqari bosim ostida xizmatini ado etayotgan tishlarda, periodont toʻqimasida kechadigan patologik jarayonlar oqibatida, ildiz sement kengayishi (gipertrofiyasi)da va boshqa shunga oʻxshash holatlarda ham oʻzgarishi (kengayishi yoki torayishi) mumkin. Agar alveola suyagida yalligʻlanish boʻlsa, unda ildiz sementi, suyak, ular bilan periodont toʻqimasining emirilishi yuz berishi mumkin.

Periodont fibroz qollagen tolalaridan, yumshoq qoʻshuvchi toʻqima, hujayrali elementlar, koʻp sonli qon, limfa tomirlari asab tolalaridan iborat.

Asosiy hajmi kollagen tolalaridan iborat boʻlsada, baʼzi mualliflar (A.I. Ribakov, E.M. Platonov, 1968) periodont tarkibida elastik tolalar ham borligi toʻgʻrisida maʼlumot berishadi.

Elastik tolalarning bir boshqa turi bu oksitalan fibrillari yoki tolaridir. Oksitalan tolalar ham periodont to'qimasining tish bo'yin va ildiz cho'qqisi atrofidagi qismlarida, xususan o'ta tashqi ta'sirot ostidagi tish periodontlarida ko'proq yig'iladi. Oksitalan tolalar kislotalarga chidamliligi uchun bu nomni olganlar. Ular kollagen tolalari bilan qo'shilib, aralashib turadilar. Ular qon tomirlari bilan qon tomir – oksitalan tuzilmasini hosil qilishadi.

Periodontda, shuningdek, argirofil tolalar, xususan ko'p ildizli tishlarda bo'ladi.

Demak, periodont to'qimasi qo'shuvchi to'qimadan iborat bo'lib, unda hujayralararo modda, fibroz kollagen tolalari va qo'shuvchi to'qima qavatlaridan o'tgan qon va limfa tomirlari va asab tolalari mavjud.

Periodontning fibroz tolalari qo'shilib qalin tuguncha – boylam hosil qiladi (ular 5–10 mkm diametrli), bular bir uchi bilan ildiz sementiga va ikkinchi uchi esa, alveola suyak to'qimasiga kirib, suyakning g'ovak qismigacha (lekin ilikka kimasdan) joylashadi. Kollagen tutamlarining alveola suyagiga va ildiz sementiga kirgan qismlari Sharley tolalari degan nom bilan yuritiladi. Ildiz uchida fibroz to'qima kamaygan, yumshoq to'qima esa ko'p bo'ladi. Kollagen tolalari polipeptid molekularidan tashkil topganligi uchun elektron mikroskop ostida kollagen fibrillari ko'ndalang chizg'ilar shaklida ko'rinadi.

Fibroz tolalar periodont to'qimasining joylashgan joyida turlicha yo'nalishlarda joylashgan.

Tish bo'yin qismida fibroz tutamlari gorizontallik yo'nalishda joylashgan. Bu erda ular alveola suyagi ustidan va milkdan keladigan tolalar bilan birlashib, tish aylana boylamini hosil qiladi. Tish aylama boylami 3 guruh tolalardan iborat: I guruh tolalarga milk cho'ntagining ostidan sementga yopishadiganlar, II guruh-milk va milk so'rg'ichlaridan tish bo'yin qismiga yoyilib yo'nalgan tolalar bo'lib, ular milk qirralarini qattiq ushlab, xarakatsiz holatda saqlab, tishlarga yopishib turishini ta'minlaydi va nihoyat, III guruhga tishlar oralaridagi tolalar kirib, ular ikki yorma-yon tishlarni bir-biriga bog'lab turadilar. (E.M. Gofung, 1946, S.I. Vays, 1965, A.I. Ribakov, 1968, E.V. Levinskaya va boshqalar, 1973, E.V. Borovskiy, 1989, 1998). Tish aylama boylami periodont yorig'ini tish bo'yin qismida yopib turadi va shu bilan periodontga turli tashqi yot narsalar va mikroblarni kirishiga to'sqinlik qiladi.

Periodont to'qimasining asosiy hajmini tashkil etadigan kollagen tolalar, tish ildiz qismiga turli qiyshiq yo'nalishlarda joylashgan. Fibroz tolalarning suyak to'qimasiga kiradigan sementga kiradiganlariga nisbatan yuqorida joylashgan. Bu hol tishni o'z katagida qattiq ushlab turilishini ta'minlaydi.

Periodont to'qimasida tangensial tolalar ham bo'lib, tishning o'z o'qi atrofida xarakatini to'xtatib turadi.

Bo'yin qismida gorizontol tolalar, ildiz uchida ildizdan alveola suyagi tomon radial tolalar joylashgan.

Kollagen tutamlari cho'zilmaydi, lekin tishlarning fiziologik qimirlashlari tolalarning qayrilib, qiyshayib joylashganligi tufaylidir.

Kollagen tutamlari orasida yumshoq qo'shuvchi to'qimalar bo'lib, ular asab va qon tomirlarini o'rab turadi va al'veola devoridagi teshiklar orqali alveola suyak to'qimasining iliklar bo'shliqlari bilan bog'lanadi.

Tolalar tutamlari orasida oz miqdorda fibroblast, yakka-yakka adashgan, tarqoq hujayralar joylashadi. Yumshoq to'qima qayerda ko'p bo'lsa, ana o'sha joylarda hujayralar ham ko'p.

Retikulo-endotelial hujayralar periodont to'qimasining hamma erida uchraydi, xususan ildiz uchi qismida (E.M. Gofung, 1946). Ildiz sementi yaqinida (chegarasida), sementoblastlar ikkilamchi hujayrali sement hosil qiluvchi hujayralar, alveola chegarasida esa, osteoblastlar – suyak to'qimasini hosil qiluvchi hujayralar joylashgan.

G.V. Yasvoin, I.A. Mexteyslarning ma'lumotlari bo'yicha retikulo-endotelial hujayralar gistiosit (makrofag) lardan iborat bo'lib, ular tomirlar atrofida joylashgandir. Shuning uchun ularni "advensial (tomir devori pardasi ustidagi) gistiositlar" deb atashni taklif etishgan.

I.I. Medvedev va A.G. Varshavskiylar esa, gistiositlar butun periodont to'qimasi bo'ylab joylashganligi, sog'lom tishlarda kam, yallig'lanish jarayonida (periodontit) ko'payishini aniqlashgan.

E.M. Gofung kuzatuvlari shuni ko'rsatdiki, gistiositlar asosan ildiz uchi qismida va tish bo'yin qismida, milk cho'ntagi tubini qoplab turuvchi epiteliy ostida joylashgan.

N.A. Astaxov fikricha, epiteliy hujayralari granulema va kistalarning epiteliyal qobig'ini hosil bo'lishida ishtirok etadilar.

Periodont to'qimasidagi epiteliyal hujayralar asosan ildiz uchi qismida joylashadi va Malyasse hujayralari degan nom bilan yuritiladi. Ular qoldiq hujayralar, ya'ni tish hosil qiluvchi epiteliy qoldiqlari xisoblanadi. Ularning kelib chiqishi, vazifalari va ahamiyatlari to'g'risida turli fikrlar mavjud.

N.A. Astaxov, 1928, V.G. Vorobyev va T.V. Yasvoin, 1936, V.N. Lvov, 1928 va boshqalar Malyasse hujayralari emal a'zosining qoldiqlari deyishsa, O.V. Petrova (1955) – Malyasse hujayralari qo'shuvchi to'qimalarini metaplaziyasi oqibatida hosil bo'lishini, I.G. Lukomskiy (1929) esa bu hujayralar og'iz shilliq pardasini qoplagan epiteliydan o'sib o'tganligini aytishadi.

Periodontda tomirlar tizimi yaxshi rivojlangan. Periodont to'qimasini oziqlantiradigan qon tomirlari a. alveolaris superior, posterior et anterior (yuqori jag'da) va a. alveolaris inferior (pastki jag'da) lardan ajralgan tish shoxchalari nomi bilan (rami dntalis) ataluvchi qon tomirlari ildiz cho'qqisi (uchi) orqali kiradilar. Bu shoxchalar yana maydalashgan shoxchalar shaklida periodont to'qimasiga kirib, qalin periodont turini

hosil qiladilar va ular asosan, ildiz chuvidisi atrofida joylashgan. Periodont to'qimasining o'rta va bo'yinoldi qismlarining oziqlanishi alveolalararo arteriya shoxlari (rami interalveolaris) oqqali amalga oshadi. Bu shoxlar esa venalar bilan birga alveola devorlarida bo'lgan ko'p sonli teshiklardan kiradi. Bu teshiklardan kirgan alveolalararo tomir ustunchalari periodontga kirib tish shoxchalari (rami dentalis) bilan birlashadi, qo'shiladi, ya'ni anastomoz hosil qiladi.

Aylanma boylamda va ildiz cho'qqisida (uchida) hosil bo'ladigan qalin turlar, kapillyarlar tugunchalari, ilgaklaridan tuzilgan bo'lib, o'ramchalar, shaklida joylashgan (A.B. Izachik, 1914). Bulaming tuzilishi buyrakdagi tomirlar tuzilishiga o'xshaydi.

Limfa tomirlari qon tomirlariga o'xshab ildiz bo'ylab joylashgan va ular pulpa, alveola suyagi va milk tomirlari bilan uzviy bog'langan.

Tomir-asab tugunchasida joylashgan limfa tomirlari orqali pulpa va periodontdan limfa oqadi. Jag'larning suyak ustki pardasi va jag'lar atrofidagi yumshoq to'qimalardagi limfa tomirlari bilan jag' tanasining tashqi va ichki yuzalaridagi limfa tomirlari birlashib, qo'shilishib katta xalqali limfatik to'r hosil qiladilar. To'rdan chiqadigan tomirlar iyak osti, jag' osti va quloq oldi limfa tugunlari, bezlariga quyiladi.

Periodont n. trigeininis-ning alveola asab tolalari xisobiga yaxshi innervasiyalashgan.

Tolalarning (asab) bir qismi tish o'ramidan, boshqa qismi suyak bo'shliqlari, Gavers kanallari orqali suyakdan, shuningdek, milk tomondan jag' suyak pardasi (periost)dan tugunchalar va tolalar shaklida kiradi.

Kattaroq asab tomirlar tugunchalari alveola devori bo'shliqlarida joylashib, tomirlar va asab tolalarini tish xarakatlari, ularga tushadigan bosimlardan asrab, qo'riqlab, ximoyalab turadi va shu bilan periodontning amortizasiya vazifasini o'tashi ta'minlanadi.

Shunday qilib, periodont-bu to'qimalar yig'indisi (kompleksi) bo'lib, u genetik unumlikka, o'xshashlikka ega bo'lib, turli vazifalarni bajarishga xizmat qiladi: qo'riqlash (ximoyalash) amortizatsiya, ushlab turish (fiksatsiya), oziqlantirish (trofika), hosil qilish, yaratuvchilik (plastika) va sezgirlik (sensor).

Eng muxim vazifasi **himoya, qo'riqlashdir**. Bu periodont to'qimasi-to'suvchi (barer) to'qima ekanligini, organizmni tashqi turli zararli narsalar-ta'sirotlar (mikroorganizmlar, zaxarlar, toksinlar, dorilar va hokazo) dan ximoyalab turishidir.

Sog'lom periodont ma'lum darajada organizmni allergik holatini keltirib chiqaradigan odontogen (tish orqali) infeksiya va ichki zaxarlanish (intoksikatsiya) lardan ximoyalab turadi va desensibilizatsiya rolini o'ynaydi.

Periodontning amortizasiya vazifasi undagi katta miqdorli suyuqlikning (60% ga yaqin) to'qimalararo joylashgan teshikchalar va



hujayralar kolloidlari bilan tomirlar va tolalar hajmlarining o'zgarishini muvofiqlashib, birga ta'sir etishi orqali amalga oshadi. Periodont gidravlik tizimga o'xshash xarakterda bo'lib, tishlarga chaynov bosimini butun periodont yorig'ining devorlariga teng taqsimlaydi. Shuning uchun, tishlarga tushadigan katta bosim periodontning amortizatsiya funksiyasi tufayli alveolalarga zarar yetkazolmaydi. Periodontning ushlab turishi (fiksatsiya) deganda, tishlarni tish katakchalarida turish vazifasini tushinamiz. Periodont tishni nafaqat katak bilan bog'lab turadi, balki, uni ushlab ham turadi (aylanma boylam, alveolalararo va ildiz cho'qqisidagi tolalar yordamida). Tish aylanma boylamini hosil bo'lishida periodont qatnashib tishlarni fiziologik qimirlashini ta'minlab turadi.

Periodontning oziklanishi va **oziqlantirish** (trofika) vazifasi unga kirgan va pulpa tomirlari bilan anastomozlashgan qon tomirlar orqali amalga oshadi. Periodont sement va tish ildiz dentinini, hamda alveola suyagining kompakt plastinkasini oziqlantiradi.

Periodont **sezgirlik** vazifasini o'zidagi boy innervasiya orqali bajaradi.

**Plastik** vazifasi esa periodontdagi sementoblastlar (ikkilamchi, hujayrali sement hosil qilish) va osteoblastlar (alveola suyagi qatlamlarini hosil qilish) orqali bajariladi.

Qon va limfa aylanish tizimining umumiyligi, paradont to'qimalari (pulpa, milk, periodont va alveola suyagi) orasidagi boy anastomoz turlari, umumiy innervatsiya va oziqlanish, ularning anatomik va funksional birligini, vazifalarining o'xshashligi va patologik jarayonlar kechish sharoitlarining ham o'xshashligi periodontning amortizatsiya, bog'lovchilik, sezgirlik (sensor), oziqlanish va surilish vazifalarining buzilishida yaqqol ko'rinadi.

Ildiz sementi tish ildizining dentin to'qimasini yopib, qoplab turadi va u bilan radial tolalar orqali bog'langan. Bu tolalar esa dentinning Korf tolalari bilan bog'langan.

Boshqa tomondan, radial tolalar periodontning qolgan tolalar tutamiga davom etadi.

Sement to'qimasi 2 turga bo'linadi: birlamchi (hujayrasiz) sement, amorf tarzda bo'lib, tish ildizini hamma yuzasini yopib turadi. Ikkilamchi (hujayrali) sement esa, ildizning uchki qismi (ildizning uchdan bir qismi) va ko'p ildizli tishlarning bifurkasiya qismlarida joylashgan.

Hujayrali (ikkilamchi) sementda sementoblastlar boshqa sement hujayralari bo'lganligi tufayli, ma'lum sabablar (o'ta bosim, yallig'lanish) oqibatida yangi sement to'qimasini hosil qilish vazifasini bajaradi.

Sementda kanallar, qon tomirlari yo'q, lekin to'qimaning oziqlanishi periodont tomonidan sement tanachalari va sementosid o'simalari orqali amalga oshadi.

Alveola ichki va tashqi devorlar va ular orasida joylashgan bo'shliqlari, kanallari bor bo'lgan (spongioz) suyak to'qimasidan iborat.

Alveolaning ichki kompakt devori silliq, yupqa va teshikchalari bo'lib, unga periodont kollagen tolalarining tutamlari kirib, g'ovak suyak to'siqlarigacha etib boradi.

Suyak to'siqlari bo'shliqlarida periodontning yumshoq qo'shuvchi to'qimasi va alveola suyagining ko'mikli moddasidan chiqqan tomirlar va asab tolalari joylashgan. Alveolaning tashqi devori yupqa va uning teshiklari orqali periodont jag' suyagning ustki pardasi bilan bog'lanadi. Shunday anatomik tuzilishda bo'lgan bu devor og'iz daxlizida bo'lishi mumkin bo'lgan shish, qizarish, yiring chiqadigan oqmalarning paydo bo'lish mexanizmini anglatadi. Shuning bilan bir paytda, bunday patologik holatni xususiy og'iz bo'shlig'ida kam bo'lishi (qattiq tanglayda va til tomonda) ham oydinlashadi. Alveolaning kompakt plastinkasi ostida alveolaning bo'shliqli (spongioz) suyak to'siqlari joylashgan va ular asta-sekin jag' suyaklari bo'shliqli moddasiga o'tadi. Periodont to'qimasi odamning yoshiga qarab ham o'zgarib turadi. Bu o'zgarishlar 3 davrga bo'linadi: I davr 20–24 yosh. Periodont asosan shakllanadi, kollagen tolalar yetiladi va ular joylashgan joylarida anik shaklga ega buladi. II davr 25–40 yosh. Periodont o'z tuzilishi shakllanishida turg'unlik bo'lib, juda kam o'zgaradi. III davr 40 yosh dan keyin turli destruktiv o'zgarishlar bo'lishi mumkin. Kollagen tolalarning ayrimlarida tarqoqlik, rang o'zgarishlar bo'lishi kuzatiladi.

### **Periodontitning kelib chiqish sabablari (etiologiyasi) va rivojlanishi (patogenezi)**

Kelib chiqishi bo'yicha periodontitlar 2-ga bo'linadi: infeksiyali va infeksiyasiz, noinfeksiya. Noinfeksiyaperiodontitlar o'z navbatida yana ikkiga bo'linadi: dorilar (medikamentoz) va jarohatlar oqibatida kelib chiqadigan periodontitlar.

Patologik jarayonning periodontitni qaysi qismida, ya'ni joylashishiga qarab ildiz cho'qqisi (apikal periodontitlar), chetki, yon (marginal), hamda umumiy (diffuz, total) periodontitlarga bo'linadi. Bular orasida eng ko'p uchraydigan – infeksiyali periodontitlar xisoblanadi. Infeksiyali periodontitlarda infeksiyaning to'qimaga kiradigan yo'llari turlicha. Infeksiya (mikroblar va ularning zaxarlari) asosan tish kanali (lari) orqali pulpita kasalligida, pulpa chiriganda (nekroz) yuz beradi. Mikroblardan eng ko'p uchraydiganlari – nogemolitik, ko'kimtir, gemolitik streptokokklardir. Bu kokklar bilan bir qatorda laktobakteriyalar, hamirturushsimon zamburug'lar ham bor. Periodontga infeksiyaning tushishi (o'tishi) patologik tish-milk cho'ntagi orqali ham bo'lishi mumkin. Shunday qilib, tish ichi-kanali (interdental) yo'llari orqali infeksiya periodont to'qimasiga tushishi va uni yallig'lantirishi mumkin. Tish tashqarisidan infeksiyani periodontga o'tishining yana bir yo'li – bu qo'shni tishlar

atrofidagi infeksiyani tish yonlaridan yoki lateral joylardan ildizlararo va alveolalararo bo'shliqlar, teshiklar cribra alvejiaria orqali percontatatem yo'li yoki kontakt yo'li bilan o'tishidir. Paradont kasalliklarida (paradontit, surunkali gingivit) infeksiya periodontga tish bo'yin qismidan kirib, patologik cho'ntagi orqali ham o'tishi mumkin. Va nihoyat, infeksiya yuqumli kasalliklar, osteomyelit, ostit, gaymorit, sepsis va boshqa shunga o'xshash kasalliklarda qon orqali gematogen va limfogen yo'llar bilan ham tushishi mumkin.

Demak, infeksiya asosan tish ildizi orqali (intradental) tish tashqarisidagi (ekstradental) yo'llar-patologik tish-milk cho'ntagi, qo'shni yallig'langan o'choqlar va qon, limfa orqali periodontga tushishi va uni yallig'lantirishi mumkin ekan.

Infeksiyani periodont to'qimasiga tushishining yana bir yo'li bor – bu sog'lom pulpali tishlar emal qavatining emirilishi oqibatida, emaldentin yoriqlari (dentin kanalchalari) orqali ekstradental kirish yo'lidir.

**Jarohat orqali periodontitlar** o'tkir (o'ta bosim, urilish) jarohatlar ta'siri ostida tishlardagi tomir-asab tutamining ezilishi, uzilishi oqibatida, pulpa qon ta'minotining buzilishi va unda chirish (nekroz) jarayonining ketishi oqibatida o'tkir yoki surunkali periodontitlar kelib chiqishi mumkin. Undan tashqari, pulpani ekstirpasiya-olib tashlash muolajasini qo'pol tarzda (pulp-ekstraktor, ildiz ignasini periodontga tikish) o'tkazganda yoki plombaning haddan tashqari ko'p ildizning periapikal qismiga chiqarish natijasida ham periodontit kelib chiqishi mumkin.

Ba'zida noto'g'ri qo'yilgan (chetlari milkni bosib turgan) plombalar, o'tkazilgan tojlar, protez klammerlari marginal (tish bo'yin qismi) periodontitning kelib chiqishiga sabab bo'lishlari mumkin. Marginal periodontitlar paradontit kasalligida hosil bo'ladigan tish-milk cho'ntaklari orqali, qo'yilgan yon plombalarning qo'shni tish bilan tegib turuvchi (kontakt) yuzasining yo'qligi, noto'g'ri (germetik bo'lmagan qo'yilgan) margimush – mishyak pastasi ta'siri ostida ham rivojlanishi mumkin.

Surunkali jarohatlar turlariga noto'g'ri (prikusni ko'tarib turuvchi) qo'yilgan plombalar, tojlar, doimiy yomon ta'sir ko'rsatuvchi (tishlarni bosib turuvchi) chekuvchilar mundshtuklari, chilim chekuvchilar trubkalari, musiqa asboblari, etikdo'zlarda mixlarni tish oralarida ushlab turish, yozuv asboblari (qalam, ruchka)larini tish oralarida saqlab turish kabi yaramas odatlar kiradi. Surunkali jarohatlar ildiz cho'qqisidagi alveola kompakt suyak plastinkasini yemirilishiga olib kelishi ham mumkin.

**Medikamentoz (dorilar ta'sirida) periodontitlar** eng avvalo pulpa yallig'langanda olib borilishi zarur muolajalarni noto'g'ri, qo'pol, tish anatomiyasi – endodental holatni xisobga olmay o'tkazilishi oqibatida yuzaga keladi. Margimush kislotasi, formalin, trekrezolfomalin, fenol, kumush va shunga o'xshash kuchli kimyoviy preparat yoki dorivorlarni, ularning konsentratsiyasi, ta'sir etish muddatlarini va ildiz kanallarining

holatlarini (o'tuvchanligini) xisobga olmaslik oqibatida, hamda fosfatsement, adgezor, rezorsin-formalin pastasi, shtiftlar va boshqa kanal plomba ashyolarini ildiz cho'qqisidan o'tkazib, periodont to'qimasiga kiritish kabi hollarda ham periodont to'qimasining jarohatlanishi, kuyishi, yallig'lanishi kuzatiladi. Undan tashqari, medikamentlarga bemorlarning sezuvchanligidan oshgan bo'lishini (sensibilizatsiya) ham xisobga olmasdan tish kanaliga kiritilgan antibiotik, yod, evgenol va boshqa shunga o'xshash dorilardan allergik holat yuzaga kelishi, ya'ni maxalliy immunologik holatning buzilishi ham periodontitga olib keladi.

### **Periodontitning rivojlanishi (patogenezi)**

Periodontitning rivojlanishi yaxshi o'rganilgan. Yallig'lanish jarayoni asosan mikroblar va ularning zaxarlarini ildiz kanali va boshqa yo'llar orqali periodontga tushishi oqibatida ro'y beradi. Kasallikning kelib chiqishi uch narsaga – organizmning umumiy holati, uning reaktivligi va qarshilik ko'rsatish kuchi, tushadigan mikroblar soni va ularning chidamliligi, kuchliligiga bog'liq. Birinchi davrlarda o'tkazilgan mikrobiologik tekshiruvlar periodontitni chaqiruvchi mikroblar borligini aniqlashga yo'naltirilgan. Lekin bu tadqiqotlar periodontitni chaqiruvchi spesifik-xos mikroblarning yo'qligi, balki periodont to'qimasining yallig'lanishiga juda ko'p mikroblar, zamburug'lar va boshqalar sababchi bo'lishi mumkinligini ko'rsatdi.

Keyingi tekshirishlar natijasiga ko'ra, mikroblardan ko'ra, ularning zaxarlari (toksinlari) streptokokk va umuman grammusbat mikroorganizmlar qobiqlarini jarohatlashi oqibatida periodont to'qimasiga salbiy ta'sir ko'rsatar ekan. Shu jarayon oqibatida endotoksinlar periodontda biologik faol maxsulotlar to'planishi va ular ta'sirida tomirlar o'tkazuvchanligini oshishi va bu hol esa, o'z navbatida, limfositlarni, makrofaqnlarni, lizosom fermentlarni oshishiga, bu esa osteoklastlar faoliyatini kuchayishiga olib keladi. Ana shunday qilib periodont va uning atrofidagi suyak to'qimasining emirilishi yuzaga keladi.

### **Periodontitning patologik anatomicasi**

Yallig'lanish qonuniyatlariga to'liq amal qilgan holda kechadigan periodontit kasalligida quyidagi patologo-anatomik o'zgarishlarni qayd etish mumkin: alterasiya (buzilish, emirilish), eksudasiya (ajralib chiqish, chiqarish) va proliferasiya (asta-sekin yangi to'qimalar paydo bo'lishi).

Alterasiya va eksudasiya ko'proq o'tkir periodontitlarda, proliferasiya va alterasiya – surunkali periodontitlarda kuzatiladi.

**O'tkir zardobli periodontit.** Bunda yallig'langan periodont qalinlashgan, shishgan, qizarish va tomirlar jarohatlanganligi uchun qon quyi-

lishi oqibatida hosil bo'lgan o'choqlar xisobiga qon qo'yqulari, mikroskop ostida yallig'lanishli qizarish (giperemiya), ko'p shakl yadroli leykositlar, gistiositlar va kam sonli limfositlarni ko'rish mumkin. Qon tomirlar kengaygan, suyak ko'miklari bo'shliqlarida turg'unlik holati bo'ladi.

**O'tkir yiringli periodontit.** Odatda, o'tkir zardobli periodontitlardan keyin yoki birlamchi ravishda yiringli periodontit shaklida kechishi mumkin. Periodont to'qimasi qon bilan to'la, shishgan bo'ladi. Periodont tolalari zardob surilishi oqibatida yumshagan. Qon tomirlar kengaygan, hujayralararo infiltrasiya o'choqlarida autolitik (o'z-o'zidan parchalanish, yemirilish) jarayonlar kechib, to'qimalar erishi natijasida periodontda abscesslar hosil bo'ladi va periodont to'qimasi yiring bilan to'yinadi.

To'plangan yiring ildiz kanali orqali, yon periodont (tish bo'yin qismidan) chiqish yo'lini axtaradi yoki suyak ko'migi bo'shliqlari orasidan suyak ustki pardalari ostiga yo'l olib, u erlarda yoki milk ostida abscesslar hosil qiladi.

Atrofdagi yumshoq to'qimalarda yallig'lanish tarqalib, kollateral shishlar, trizm, limfadenit va boshqa noxush holatlarni kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Periodontga yaqin joylashgan to'qimalarda alveola suyagida suyak emirilish jarayoni, suyak ko'miklarida yiringlash kabi holatlar yuzaga keladiki, bular suyak to'qimasida perifokal xastaliklar oqibatida ostit, periostit yoki osteomiyelitlarga bo'ladigan xastaliklarni paydo bo'lishiga olib keladi.

G.A.Vasilev (1956) itlarda o'tkazgan eksperimental tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, qon tomirlarda tromboz bo'lmaganligi sababli suyak to'qimalarida o'lish (surilish, emirilish) holati bo'lmaydi. Shunga asoslanib, muallif periodontit osteomiyelitik jarayon emas, ya'ni periodontit osteomiyelitga o'tmaydi degan xulosaga keladi.

I.G.Lukomskiy (1958) esa yiringli periodontitda atrof to'qimalardagi patologik o'zgarishlarni perifokal ostit deb qaraydi.

Shuning uchun, hozirgi zamonda diffuz periodontit osteomiyelitni boshlang'ich davri deb qarash to'g'ri bo'ladi (A.A.Limberg, V.M.Uvarov va boshqalar).

**Surunkali periodontitlar. (Per. chronica) Fibrozli periodontit** (peridontitis fibrosa) ning kelib chiqishiga sabab uzoq muddat davomida jarohat, bosim, infeksiya, yallig'langan pulpa qoldig'i kabi kuchsiz ta'sirotlar deb kelingan.

Bunda periodont qalinlashgan, zich ko'pincha gipersementoz borligini ko'rish mumkin. Periodont yorig'i kengaygan, lekin alveolaning kompakt plastinkasi o'zgarmagan. Qalinlashgan qo'pol tolali to'qimaning ayrim joylarida limfositlar bor holos, boshqa hujayralar yo'q.

Periodontning sog'lom joylaridagi tolalari o'zgarmagan. Fibrozli periodontit ko'pincha asoratsiz o'tadi, intoksikasiya deyarli bema'ni. Ba'zi paytlarda, tish kariyes kovagi ochiq, ya'ni tish kovagi bilan tish

kanali bevosita aloqador, ba'zida esa kariyes tish kovagi bilan tish kanali o'rtasida dentin to'sig'i bor (yopiq) bo'lishi mumkin. Agar tish kovagi bilan kanal o'rtasida to'siq bo'lmasayu, ovqat qoldiqlari bilan bekilib qolsa, ana o'sha hollarda ozgina og'riq bo'lishi mumkin.

#### **Granullashgan periodontit (per. granulans)**

Surunkali periodontitlar orasida eng faol, tez-tez qo'zg'alib turuvchi, asoratlarni beruvchi xuddi ana shu tur xisoblanadi. Bu tur, keyingi granulematoz turiga o'tishi mumkin.

Ildiz cho'qqi qismi deyarli yumshoq to'qimalar (chirigani uchun), g'adir-budir, qora-ko'kintir tus oladi. Joy-joyida yumshoq to'qima yiring bilan shimilgan, qizargan yoki zich, oqish rangda bo'ladi.

Yallig'lanishning dastlabki davrlarida ekssudatda leykositlar, keyinchalik esa limfositlar, gistiositlarni uchratish mumkin. Plazmatik hujayralar yiring o'chog'ining atrofida va oqma teshigi chetlarida joylashgan. Granulyatsiyalashgan to'qima boshlang'ich davrlarda hujayralarga boy, asta-sekin ularning sonlari kamayib, fibroz to'qima ko'payadi.

Bu turdagi periodontitda ham kariyes kovagi va tish kanali yopilib (ovqat tikilib) qolganda, tishda simmillovchi og'riq, xususan tish bosilganda bo'lishi mumkin. Bunday paytda yengil qaytalanish belgilaritish atrofidagi yumshoq to'qimalarning qizarishi, shishishi, tishga bosim tushganda – og'riq kabi noxush sezgilar paydo bo'lishi mumkin. I.G. Lukomskiyning ta'biri bilan aytganda, surunkali granullashgan periodontit eng faol, tez-tez qo'zg'aluvchan (qaytalanadigan), eng ko'p asorat beradigan, lekin davolashga tez beriladigan periodontit turidir. Muallif bunda vazoparez-tugmachali asbob (yoki barmoq uchi) bilan bosilganda iz qolishi, ya'ni vena turg'unligi, oldin oqarib turib, keyinchalik qizarishini kuzatgan. Bunga sabab, maxalliy to'qimalarning chirishidan hosil bo'lgan zaxarlar tomirlarni xarakatga keltiradigan asablarni vazoparezga olib kelishidir. Chunki bunda tomirlar tarangligi (tonusi) buziladi, maxalliy turg'unlik va ularning shishi vazoparez shaklida ko'rinadi.

Granulyasion to'qimaning hosil bo'lishi (proliferasiyasi), yangi hosil bo'ladigan sement va suyak to'qimasi bir vaqtning o'zida tish atrofidagi yumshoq va qattiq to'qimalar, hamda tishning o'zida buzilishi va emirilish jarayonlari bilan birga kechadi.

Sement, dentin, alveola suyagi va alveola o'simtasi uydin-uydin chuqur bo'lib so'riladi.

Granulyasion to'qimaning hosil bo'lishi suyak moddasining emirilishi, so'rilishi bilan bir vaqtda granulyasion to'qimaning fibroz to'qimaga aylanishi, suyaksimon (osteoid) to'qimaning suyak to'qimasiga aylanishi kuzatiladi. Ularning chetki qismlarida osteoblastlar joylashgan bo'ladi va ular suyak to'qimasini hosil bo'lishida qatnashadi.

Yosh suyaksimon to'qimaga oxak tuzlari yopishadi, cho'kadi va yangi hosil bo'lgan qavat eski qavat ustida yotadi (appozitsiya), xamda suyak to'siqlari va bo'shliqlari yangi hosil bulgan suyak to'qimasi bilan to'ladi.

Granullashgan periodontitning yana bir xususiyati shundan iboratki, bunda yiring yo'llari-oqma yo'llari (svishch) bo'lishidir. Oqma yo'llarining joylashishi turlicha. Ko'pincha kasallangan tish ildiz cho'qqisi to'g'risida yoki alveola chekkasida joylashadi. Odatda ular og'iz daxlizida va kandan-kam hollarda og'iz xususiy bo'shlig'i tomonida bo'lishi mumkin. Bunga sabab, alveolaning tashqi devori yupqa. Ba'zida esa oqma yo'llari tashqariga, teriga chiqadi (og'iz bo'shlig'idan), bunday paytlarda tashqi teridagi oqma (svishch) deb yuritiladi.

Surunkali periodontitning yana bir turi – granulematoz periodontit bo'lib, bunda yallig'lanish jarayoni aniq chegaralidir. Granulema ildiz uchida joylashadi, xanda boshlang'ich davrda bu erda limfoid hujayralar va poliblastlar (ular tolali qo'shuvchi to'qimaning ko'payishidan hosil bo'ladi) to'planadi. Plazmatik va ksantom hujayralar ko'pchilik xujairalami tashkil etadilar.

**Granulematoz periodontit** (Per. granulematosa granulema) ko'pincha doimiy, o'zgarmas va kam faol periodontit turi xisoblanadi. Chunki yallig'lanish oqibatida paydo bo'lgan shish va qizarish proliferasiya (yangi to'qimalar paydo bo'lishi)ga aylanadi. Granullashgan periodontit kabi bu tur xastalikda ham periodont to'qimasi qisman grapulyasion to'qima bilan almashadi. Lekin hosil bo'lgan granulema fibroz kapsula bilan o'ralgan, aniq chegarali bo'lib, agar granullashgan turga o'tsagina, kasallik qaytalanganda chegaralar aniqligi buziladi.

Granulemalar **oddiy** (noepitelial) va **murakkab** (epitelial) turlarga bo'linadi. Oddiy Granulemalar 8–10% (E.V. Borovskiy, 1989) ni tashkil etadi, holos. Qolgan Granulemalar murakkab epitelial granulemalardir. Granulemalar epiteliysi og'iz bo'shlig'ini qoplab turuvchi o'suvchi epiteliy qavatiga o'xshashdir. Granulema tarkibida gistiokimyoviy usullar bilan aniqlanadigan gialuron kislotasi, epiteliyning protoplazmasida esa sulfatli mukopolisaxaridlar mavjud. Epiteliy bilan qoplangan bo'shligi bo'lgan Granulemalar kistogranulema deb ataladi. Bu bo'shliq epiteliy to'qimasining vakuolli distrofiyasi oqibatida yoki granulyasion to'qimaning yiringli parchalanishi va surilishidan kelib chiqishi mumkin. Degenerasiya oqibatida epiteliy tasmalarida bo'shliq hosil bo'ladi, xanda yallig'lanishdan eozinofil eksudati va unda oqsil va yog' detritlari paydo bo'ladi. Detritlar chirishi oqibatida holesterin kristallari to'planadi (hosil bo'ladi) va ular kistogranulema va ildiz atrofi (radikulyar) kistasiga xos bo'ladi.

Shunday qilib, granulyomada donachali va shilliqli qayta hosil bo'lishlar, hujayralar degenerativ yog'lanishi va hujayralar o'lishi va parchalanishidan hosil bo'lgan detritlar, makrofaglar bor. Degenerativ va yallig'lanish jarayonlarining granulyasion to'qimada va epitelial elementlarda kechishi natijasida bo'shliq hosil bo'ladi (A.I. Abrikosov).

Granullashgan va granulyasion surunkali periodontitlarni davolashning eng yaxshi natijasi ularni fibroz periodontit holiga keltirishdan iborat.

## **Tasnif (klassifikatsiya)**

Periodontitlarning juda ko'p tasniflari mavjud. Hozirgi vaqtda I.G.Lukonskiy klassifikatsiyasidan foydalaniladi. Bu tasnif kasallikning kelib chiqish sabablari, yallig'lanish o'chog'ida kechadigan patofiziologik va morfologik o'zgarishlarga asoslangan.

I. O'tkir periodontitlar (periodontitis acuta).

a) kelib chiqish sabablariga ko'ra:

1. Infeksiyali o'tkir periodontit.
3. Medikamentoz (toksik) periodontit.
2. Jarohatdan-travmatik periodontit.

b) Patologik jarayonning joylashgan joyiga ko'ra:

1. O'tkir marginal (tish bo'yin qismi) periodontit (Per. acuta marginal is).

2. O'tkir ildiz cho'qqisidagi apikal periodontit (Per. acuta, radialis apical is).

3. O'tkir umumiy (total, tarkalgan) periodontit (Per. acuta total is).

c) Ekssudat turiga kura:

1. O'tkir zardobli periodontit (Periodontitis acuta' serosa).
2. O'tkir yiringli periodontit (Periodontitis acuta purulenta).

II. Surunkali periodontitlar (Periodontitis chronica).

1. Surunkali fibrozli periodontit (Per. chronica fibrosa).

2. Surunkali granulematoz periodontit, granulema, (per. chronica granulematosa, sev granuloma).

3. Surunkali granullashgan periodontit (Per. chronica granu ans).

III. Qaytalangan surunkali periodontit (Per. chronica exacer bata).

## **MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLARI**

1. Periodont to'qimasining anatomiyasi xaqida nimani bilasiz?
2. Periodontning gistologik tuzilishini aytib bering.
3. Periodont qanday vazifalarni va qanday qilib bajaradi?
4. Periodontit deganda nimani tushunasiz?
5. Periodontitning kelib chiqish sabablari.
6. Periodontitlamin tasnifini aytib bering.
7. O'tkir periodontit turlarini gapirib bering.
8. Surunkali periodontit turlarini sanab o'ting va ularni qiyoslang.

## **O'tkir periodontitlarning klinikasi**

**O'tkir zardobli periodontit (periodontitis acutaserosa).** Boshlang'ich davrida bemorlar uncha qattiq bo'lmagan simmilovchi og'riq borligiga shikoyat qilishadi. Odatda bunday og'riq, kasallangan tish atrofida joy-



lashadi va tish bosilgan (chaynov) paytida seziladi. Og'rigan tish, bemor ta'biricha, o'sgan yoki katagidan chiqqandek bo'ladi. Bemor zararlangan tishni aniq ko'rsatadi, chunki og'riq boshqa tish joylariga tarqalmaydi.

Og'iz bo'shlig'idagi kasal tishni obyektiv ko'rganda tish butunligi yoki jarohat, olganligi lekin ko'pincha kariyes kovagi borligi aniqlanadi. Kariyes kovagi hamma vaqt ham tish bo'shlig'i (cavum pulpae dentis) bilan aloqador bo'lmasligi mumkin. Kovakni tubi zond bilan paypaslab ko'rilganda og'riq bo'lmaydi. Periodont to'qimasiga zardob so'rilganligi tufayli tishning oz miqdorda qimirlashi mumkin.

Perkussiya ozroq og'riq berishi mumkin. Milk va o'tuvchi burmada patologik o'zgarishlar bo'lmasligi yoki ularda qizarish, shish bo'lishi va palpasiya qilib ko'rilganda og'riq bo'lishi mumkin. Chetki (regionar) limfa tugunchalari, bezlari shishgan va ozroq og'riqli bo'ladi. Agar zardobli ekssudat davrida periodontit davolanmasa avj olib, yiringli periodontitga o'tishi mumkin.

### **O'tkir yiringli periodontit (per. acuta purulenta)**

O'tkir yiringli periodontit jadallashgan lo'qqilovchi og'riq bilan xarakterlanadi.

Og'riqlar uchlamchi (nervus trigeminus) asab shoxlari orqali kasal tish joylashgan tarafdagi quloqqa, chakkaga yoki ko'zga tarqaladi, irradiasiya qilinadi. O'tkir pulpitalardagidan farqli o'laroq, o'tkir yiringli periodontitda og'riqlar vaqt-vaqti bilan tutqanoqsimon emas, balki doimiydir, faqat ayrim paytlarda salgina pasayishi mumkin (remissiya). Tish ildiz cho'qqisida ekssudatning yig'ilishi, to'planishi natijasida bemorda go'yoki tish o'sgan, o'z xonasidan-katagidan chiqqandek sezgi paydo bo'ladi. Shuning uchun bemorlar og'iz bo'shlig'ini ochiq holatda, tishlarni bir-biriga tegizmasdan yuradilar.

Kasal kishining umumiy ahvoli ham o'zgaradi: bexuzurlik, noxush sezgilar, bosh og'rig'i, uyqu buzilishi kabilar.

Obyektiv ko'rikda tishda kariyes kovagi va u bilan tish bo'shlig'i orasi yopiq yoki tish butun bo'lishi mumkin. Tish pulpa to'qimasi gangrenoz parchalangan, chirigan holda bo'ladi. O'tkir yiringli periodontitda gorizontal va vertikal perkussiya og'riq beradi, chunki yallig'lanish periodont to'qimasining butun satxini qamrab olgan. Agar kasallik cho'zilgan bo'lsa, unda kasal tish yonlaridagi qo'shni tishlarda ham perkutor og'riq bo'lishi mumkin. Tish qimirlashi yaxshigina, sezilarli ravishda qayd etiladi. Kasal tish atrofidagi milk shishgan, qizargan, shish og'iz burmalariga va qo'shni tish atroflariga ham tarqaladi. O'tuvchi burmalarni paypaslaganda (palpasiya) og'riq paydo bo'ladi. Jag' osti, iyakosti limfa tugunlarida "kattalashish va og'riq; borligi aniqlanadi. Kasal tish tomondagi yumshoq to'qimalarda (kollateral) shish bo'lib, ular turli

kattalikka, satxlarga ega bo'ladi. Lekin shishning katta-kichikligi yallig'lanish og'ir-yengilligiga to'g'ri kelmasligi mumkin. Ba'zi odamlarda periodontitning boshlang'ich paytlarida ham chetki shishlar (kollateral) bo'lishi mumkin.

Chetki shishlarni flegmonadan farqi shundaki, bunda paypaslash deyarli og'riqsiz, flegmonada esa og'riqli bo'ladi. Kasal tomondagi teri tarang, yaltiroq bo'ladi. Laboratoriya tekshirishlari bemorlar qon tarkibida leykositoz (15–20 ming) eritrositlar chukish tezligi (ECHT) oshganligi qayd etiladi.

Rentgenologik tekshirishlar periodont yorig'ining kengayishi va kasallikning 5–6– kunlarida alveola ko'migi ko'rinishining xiralishuvidan tashqari boshqa hech qanday o'zgarish borligini ko'rsatmaydi. Periodontitni keyingi rivojlanishi, undagi ekssudatni chiqish yo'llariga bog'liq. Klinik kuzatuvlar o'tkir periodontidagi ekssudat 4 yo'l bilan xarakter qilib chiqishi mumkinligini ko'rsatadi. Birinchi yo'l – ekssudat ildiz kanali orqali tish kovagiga chiqishi mumkin. Bu eng ko'p va qulay yo'l bo'lib xisoblanadi. Bu yo'l tabiiy yoki sun'iy bo'lishi mumkin.

Ikkinchi ekssudat chiqish yo'li – periodont yorig'i orqali tish bo'yin qismi bo'ylab, periodont tolalarini yirtib, tish aylamma boylamini jarohatlab, tish marginal (bo'yin) qismidan chiqadi. Bu hol tishni qimirlab qolishiga (aylamma boylam jarohati tufayli) olib keladi. Bu yo'l periodont to'qimasi jarohatlanishi bilan kechadi va yaxshi yo'l emasligini ko'rsatadi.

Ekssudat xarakatining uchinchi yo'li – bu alveola o'simtasi bo'shliqlari va suyak kanallari orqali jag' suyak ustki pardasi ostigacha borib yig'iladi va suyak ustki pardaosti absessi yoki milk osti absessini hosil bo'lishiga olib keladi.

**Yiring (ekssudat)** suyakning Folkman va Gavers suyak kanallari orqali o'tadi. Suyak ustki pardasida elastik tolalar bo'lmaganligi sababli, unga ekssudat kira olmasdan uni ko'tarib, ostki qismida to'planadi. Vaqt o'tishi bilan suyak ustki pardasi ham eriydi va yiring yumshoq to'qimalarga o'tib, milkosti absessini yuzaga keltiradi. Suyak ustki pardasi ostida absess hosil bo'lishi, bemorning umumiy holatini yomonlashtiradi, birdan tana xarorati ko'tariladi, boshi og'riydi, uyqusi buziladi. Bemor o'tkir chidab bo'lmas lo'qqilovchi, uzuvchi og'riqqa shikoyat qiladi. Absesslar ko'pincha lab, lunj tomonlarda joylashadi. Oldingi yon kesuvchi tishlar, yuqori jag' molyar – oziq tishlarining tanglay ildizlaridagi ekssudat tanglay absesslariga sababchi bo'lishlari mumkin. Juda kam hollarda 4 yo'l – erigan, chirigan suyak to'qimasi orqali jag' suyaklariga o'tishi mumkin.

Shuni ta'kidlash zarurki, ekssudat apikal teshigi orqali qonga ham o'tadi, ana shuning oqibatida, o'tkir periodontitlar, xususan o'tkir umumiy (total) yiringli periodontitda, ayniqsa bolalarda, septik holat – tana xaroratining ko'tarilishi, holsizlik kabi holatlar yuzaga keladi. Agar o'z vaqtida davolash muolajalari to'la ravishda olib borilsa, yallig'langan

periodont tuzaladi, bemor davolanadi, albatta periodont to'qimasining me'yordagi holati tiklamaydi, chandiqlar qoladi, lekin periodont o'z vazifasini bemalol bajaraveradi. Agar davolanish oxiriga etkazilmasa, o'tkir periodontit surunkaliga o'tadi. Periodontitni o'tkir yallig'lanishida ma'lum bosqichlar – fazalar qayd etiladi. M.I.Groshikov periodontdagi o'tkir yallig'lanishni yaxshi tushinish, to'g'ri davolash maqsadida 2 fazaga ajratishni tavsiya etgan:

**Birinchi faza.** Bu intosikasiya fazasi bo'lib, periodont to'qimasida yallig'lanishning boshlanishi, ko'pincha pulpitni o'z vaqtida to'la davolamaslik natijasida ro'y beradigan davridir. Bunda bemorlar kasallangan tishda uzoq, to'xtovsiz simmilovchi og'riq borligiga shikoyat etishadi. Ba'zida bemor tish bosilganida ham og'riq paydo bo'lishi, vertikal perkussiyada ham og'riq bo'lishi, lekin tish atrofidagi yumshoq to'qimalarda o'zgarish bo'lmasligi qayd etiladi. Chetki (regiona) limfa tugunlari salgina kattalashgan va ozgina og'riqli bo'lishi mumkin.

Bundagi patologoanatomik o'zgarishlar periodont to'qimasiga turli mikroblar, fizik, kimyoviy va boshqa salbiy ta'sirotlar oqibatida yuzaga keladigan hujayralar modda almashiluvini (metabolizmi) ning buzilishi, sut kislotasini to'planishi va asidozning rivojlanishi, bular esa shish paydo bo'lishi va qon tomirlar o'tkazuvchanligini oshganligi bilan xarakterlanadi. Mikroskop ostida yallig'lanish alomatlari – qizarish, tomirlar atrofidagi to'qimalarda zardob so'rilganligi, perivaskulyar yallig'lanish, shish ko'rinadi.

**Ikkinchi faza.** Bu fazada ekssudasiya jarayoni to'xtovsiz simmillaydigan og'riqlar bilan kechadi. Tish bosilganda, xattoki arziyas bosim tushganda, tegilganda ham og'riq seziladi. Vertikal va boshqa yo'nalishdagi perkussiya ham og'riqli bo'ladi. Tishni patologik qimirlab qolishi, bemor kasal tishining go'yoki o'sganligiga shikoyat qilishi mumkin. Bu hollar periodont to'qimasining vazifalari infiltrasiya oqibatida buzilganligi, to'qima tuzilishining buzilganligi (tolalar, fibroz tolalar, kollagenlar), tish atrofidagi milk qizarishi va shishishi, paypaslab ko'rilganda esa, undagi og'riq paydo bo'lishi kabi noxush kasallik alomatlariga olib keladi. Pulpa o'lganligi sabab, kasal tish xaroratga (issiq, sovuq) reaksiya bema'ndi. Ayrim hollarda tish atrofidagi, og'iz burmalaridagi va jag'ni o'rab turuvchi yumshoq to'qimalarda shish, og'riqlar paydo bo'la boshlaydi. Og'iz burmasi shish tufayli tekislangan. Bunda perkussiyaga nisbatan palpasiya qilganda, ko'proq og'riq, seziladi. Abscess paydo bo'lganda shilliq osti qavatida yaqqol ko'rina boshlaydi. Agar abscess yorilsa, oqma yo'llar, shilliq qavatda yoki terida bo'lib, ulardan yiring chiqib boshlagach, bemor salgina engillik sezadi, lekin simillab turgan doimiy og'riqlar qoladi.

Yuqori jag'dagi kichik (premyar) va katta (molyar) chaynov tishlar atrofidagi abscesslaridan ekssudat gaymor bo'shlig'iga o'tib, uning yallig'lanishiga olib kelishi, unda tana xaroratining ko'tarilishi, qon

tarkibidagi patologik o'zgarishlar (leykositoz, eritrositlar cho'kishining oshishi) va gaymoriga (odontogen gaymorit) xos belgi, alomatlar yuzaga keladi. Paypaslab regionar limfa bezlarining shishganligi va undagi og'riqlar borligi qayd etiladi.

### **O'tkir marginal periodontit (per. acuta marginalis)**

Eng avvalo shuni ta'kidlash zarurki, boshqa tur o'tkir periodontitlardan farqli o'laroq, o'tkir marginal periodontit butun, pulpa to'qimasi tirik tishlarda ham bo'lishi mumkin. O'tkir marginal periodontitda bemor odatda, milkda doimiy og'riq, og'iz bo'shlig'ida noqulaylik sezgi, ba'zida kasal tish atrofida qichish kabi noxush sezgilar borligiga shikoyat qiladi. Ba'zida pulpitdagi og'riqlar kabi, og'riq tutqanoqsimon, ayniqsa ovqat chaynash paytida zurayishi mumkin. Yallig'lanish milk qirrasiga, chetlariga kasal tish, ba'zida qo'shni tishlar atrofidagi milk so'rg'ichlariga ham tarqaladi. Agar paypaslab ko'rilsa, palpasiyada tish bo'yin qismidagi milk og'riq beradi, xususan yiring to'planganda. Tishning bo'yin qismida turli hajmda xalqasimon shish borligini ko'rish mumkin. Lekin, og'iz bumasi o'zgarish bo'lmaydi. Bu esa, o'tkir marginal periodontitning o'tkir apikal periodontitdan farqidir. Gorizontalkussiyaga nisbatan ko'proq og'riqli bo'ladi, chunki asosan tish aylama boylami (lig. circum-larae dentis) yallig'lanadi, shu sabab tish qimirlab qolishi ham mumkin.

### **O'tkir cho'qqi, apikal periodontit (per. acuta apicalis)**

O'tkir cho'qqi, apikal periodontit ham boshqa o'tkir periodontitlarga o'xshab zardobli yoki yiringli bo'lib kechadi. O'tkir zardobli yoki yiringli apikal periodontit o'tkir marginal va o'tkir umumiy (total) periodontitlarga nisbatan ko'proq uchraydi. O'tkir zardobli apikal periodontit (Per. acuta serosa) pulpitning asorati sifatida, margimush kislotasining zaxar sifatida ta'siri ostida, kanalga ishlov berishda qo'llanadigan mayda asboblarni qo'pol ravishda ishlatish oqibatida, tishning apikal teshigiga kiradigan tomir-asablar tugunchasini ezish, uning uzilib qolishi kabi sabablar zaminida kelib chiqadi. Tish ildiz kanalidagi ta'sirchan dorilar, apikal teshikdan chiqqan plomba ashyolari, ko'pincha periodont to'qimasini reaktiv yallig'lanishiga sabab bo'lishlari mumkin. Ba'zida o'tkazib yuborilgan o'pka yallig'lanishi, gripp va boshqa yuqumli virus kasalliklari hamda ba'zi kasbiy kasalliklar o'tkir (zardobli) periodontitni keltirib chiqaradigan sababchilar bo'lishi mumkin. O'tkir periodontitning boshlang'ich davrida doimiy simmilovchi og'riq, perkussiyada (ovqat chaynash paytida) og'riq bo'lib, vaqt o'tishi bilan og'riq kuchayadi, xususan

tunda. Tishlashda va og'riq tishga tekkanda birdan og'riq bo'lib, bemor kasal tishni aniq ko'rsata oladi. Og'riq shiddati giperemiya-qizarish (qonga to'lish), shish va ekssudat xarakteriga va bemor tanasining umumiy holatiga (ichki a'zo va tizim kasalliklari bor yo'qligi, reaktivligi) bog'liqdir. Odatda o'tkir apikal periodontit 2–3 kecha-kunduzdan 2–3 haftagacha davom etishi mumkin. Agar doimiy sinmillab turadigan og'riqlar o'miga tishda shiddatli, to'xtovsiz, qo'ponuvchi va lo'qqillab turuvchi og'riq paydo bo'lsayu, ular o'chlamchi asab shoxlari yunalishi bo'ylab tarqaladigan bo'lsa, zardobli ekssudat, yiringli ekssudatga aylanganligi, ya'ni o'tkir yiringli periodontit yuzaga kelganligidan dalolat beradi.

### **O'tkir yiringli periodontit (per. acuta purulenta)**

Bu o'tkir periodontitlarni eng og'ir shaklidir. Bunda bemor og'ir, kuchli lo'qqilovchi, uzuvchi og'riqqa shikoyat qiladi. Tana xarorati 38–39 S va undan balandga ham ko'tarilishi, bosh og'rig'i, et uyushishi, uyqu buzilishi (uyqusizlik), ovqat qabul qila olmaslik kabi xodisalar yuzaga keladi. Bemor og'riq tishlar o'sganligi – buni shifokor ham ko'rishi mumkin, tish patologik qimirlab qolishi, unga tekkanda kuchli og'riq, gapirish qiyinlashganligi kabilarga ham shikoyat qiladilar. Bemorlar og'izlarini ochib yurishga, tishlarni bir-biriga bosmasdan yurishga majbur bo'ladilar. Bu o'z navbatida og'izdan so'lak oqib turishiga sabab bo'ladi. Milk shishgan, yaxshigina qonga to'lgan. Milk yumshoq to'qimalarida infiltrat borligi aniqlanadi. Og'iz yumshoq to'qimalarida og'iz tozalik qoidalariga rioya qilmasligi yoki og'riqni pasaytirish maqsadida kasallarni spirt, odekolon, O'zbekiston sharoitida achchiq tosh kabilarni qo'llashi oqibatida oqish-sarg'ish karashlar borligini ko'rish mumkin. Undan tashqari og'izdan qo'lansa xid chiqadi. Limfatik bezlar kattalashgan, og'riqli. Kasal tish tomonidagi yuzda-kollateral shish, ba'zida bu shu darajada kattaki, yuz xusnini buzib turadi. Lekin shishning kattaligi, hajmi periodontdagi yallig'lanish og'irligiga to'g'ri kelavermaydi. Og'iz burmalarida, suyak usti pardasi ostida yoki milk osti to'qimalarida absesslar hosil bo'lishi mumkin. Agar yiringli periodontit jag' tishlarida, xususan aql tishlarida bo'lsa, u holda chaynov va ichki qanotsimon mushaklarining reflektor qisqarishi yoki ularga yallig'lanish o'tganligi tufayli og'iz ochilishi turli darajada chegaralanib qolishi bo'lishi mumkin. Periodont to'qimasida to'plangan yiring, yuqorida ta'kidlangan yo'llar orqali chiqishi, organizmga – qonga tushib, intoksikasiya holatini yuzaga keltirishi mumkin. Shunday qilib, zardobli yoki o'tkir periodontit turlicha klinik kechish xususiyatlariga ega ekan. Yallig'lanish periodont to'qimasining qayerida joylashgan joyiga qarab, o'tkir marginal (zardobli yoki yiringli), o'tkir cho'qqi, apikal (zardobli yoki yiringli), o'tkir cho'qqi, apikal (zardobli yoki yiringli) va o'tkir umumiy, total (zardobli

yoki yiringli) periodontitlar deb tashhislanadi. Yuqorida biz, o'tkir marginal va o'tkir cho'qqi, apikal periodontitlar ustida so'z yuritdik. Endi, o'tkir umumiy periodontit to'g'risida qisqa tushincha beramiz.

**O'tkir umumiy** (total, tarkalgan) periodontit o'tkir periodontitning eng og'ir, kasalning umumiy ahvolini ancha og'irlashtiradigan periodontit bo'lib xisoblanadi.

Agar marginal periodontitda yallig'lanish faqat tish bo'yin qismida, o'tkir cho'qqi, apikal periodontitda tish ildiz uchi atrofida kechsa, umumiy o'tkir periodontitda yallig'lanish butun periodont to'qimasida, ya'ni to'qimaning hamma erida joylashgan. Albatta uning klinikasidagi bemor shikoyatlari marginal va apikal periodontitlardan tashqari, umumiy tana o'zgarishlari tana xaroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'ining zo'ra-yishi, uyqu va ishtaxa buzilishlari, injiqlik, gap yoqmaslik, kuchli doimiy og'riqlar, tishga tekkanda qattiq og'riq, ovqat chaynay olmaslik, gapira olmaslik, og'izni yopa olmaslik, jag', yuzdagi turli kattalikdagi shishlar, so'lak oqishi va shunga o'xshash ko'p noxush holatlarni o'z ichiga qamrab oladi. Bunda kasal odam vaqtincha ishga yaroqsiz bo'lib qoladi.

### **O'tkir periodontitlarni tashhisi va qiyosiy tashhisi**

Tashhis (diagnoz) qo'yish qiyin emas. Yallig'lanish joylashgan joyiga, ekssudatning xarakteriga qarab bemor shikoyatlari farqlanadi.

Yuqoridagi tasnifga muvofiq, yallig'lanish jarayonining periodont to'qimasida joylashgan joyiga qarab 3 xil o'tkir periodontit bo'lib, (o'tkir marginal, o'tkir apikal va o'tkir total, diffuz periodontitlar) ular ekssudatning turiga qarab, o'tkir marginal zardobli periodontit, o'tkir marginal yiringli periodontit, o'tkir apikal zardobli periodontit, o'tkir apikal yiringli periodontit, o'tkir umumiy yoki diffuz zardobli yoki yiringli periodontit deb tashhis qo'yiladi va xuddi shunday deb kasallik tarixida yoziladi.

Barcha o'tkir yallig'lanish bilan kechadigan kasalliklarda bo'lganidek, o'tkir periodontitlarda ham yallig'lanishning beshta belgisi (1. qizarish-rubor, 2. to'qima maxalliy xaroratining ko'tarilishi-color, 3. shish-tumor, 4. og'riq-Dolor va 5. funksiyani buzilishi – funkcia lesae) o'z o'rnini topsada, bemorlar ko'pincha og'riqqa, shish paydo bo'lib kolganligiga, ba'zida ovqatlanish qiyinlashganligi, ya'ni periodontning o'z vazifasini bajarishi qiyinlashgani yoki butunlay buzilganligidan shikoyatlar qiladilar. Kasal shikoyatlari, obyektiv o'zgarishlar, klinikada o'tkaziladigan palpasiya, perkussiya yordamida tekshirishlar, rentgenografiya qilib ko'rish (periodontal yorig'ni kengayganligi, xususan yiringli o'tkir periodontitlarda, alveola suyagi o'sintasining ko'migi ko'rinishining xiralashuvi) tashhis qo'yish uchun etarlidir. Qiyosiy tashhis esa, uchala ko'rinishdagi o'tkir periodontitlarning birinchi navbatda o'zaro bir-biridan farqlashni

talab etadi. O'tkir marginal periodontitda patologik jarayon tish bo'yin qismidagi milkda, tish aylama boylami (lig-circulare dentis) da bo'lganligi uchun, tish butun, sog'lom pulpali yoki kariyes kovagi bor bo'lsada, pulpasi sog'lom bo'lishi yoki o'lgan bo'lishi mumkinligini xisobga olish kerak bo'ladi. Perkussiya qilib ko'rilganda, gorizontal perkussiya og'riqli, vertikal perkussiya esa deyarli og'riqsiz ekanligi aniqlanadi.

**Rentgenogrammada** o'zgarish ko'rinmaydi, bo'lmaydi.

Agar yallig'lanish zardobli eksudatli bo'lsa, og'riqlar uncha rivojlanmagan, simmilovchi doimiy og'riq va tish atrofi-og'izda noxushlik borligi, ovqat chaynaganda ozroq og'riq, tishni bosganda esa og'riq deyarli yo'qligi qayd etiladi. Lekin jarayon davomli bo'lib, zardob yiringga aylansa, og'riqlar zo'rayishi, qo'shni tishlar atrofidagi milk, yumshoq to'qimalarda ham shishlar paydo bo'lishi, og'riqlar doimiy, lo'qqillab turuvchi, uyquning, ishtaxaniig buzilishi (xususan bolalarda) mumkin.

**Obyektiv** ko'ruvda tish bo'yin qismida hamda qo'shni tishlar milkida shish, bosib, paypaslab ko'rilganda og'riq va uning kuchayishi, ba'zida shish og'iz burmasiga ham o'tganligini ko'rish, gorizontal perkussiya ko'proq, vertikal – ozroq og'riqli bo'lishi mumkin.

**Rentgenologik** o'zgarishlar periodont yorig'ini tish bo'yin qismidagi qismi kengayganligi, bu erdagi alveola o'simtasi ko'migining ko'rinishi xiralashuvini ko'rish mumkin. Mana shular asosida tashhis qo'yiladi.

O'tkir apikal, ildiz cho'qqisi periodontiti (per.acuta apica-lis) ning tashhisi ham bemor shikoyati (doimiy simmilovchi og'riq, tish bosilganidagi og'riq, ovqat chaynaganda esa og'riqni zurayishi kasal tomonda chaynash inkoniyati yo'qligi, tish ildiziga to'g'ri keladigan og'iz burmasi, yumshoq to'qimalarda shish), klinik tekshiruvlar (vertikal perkussiyaning kuchli og'riqqa olib kelishi, gorizontal perkussiyaning ozroq, lekin og'riqli bo'lishi), rentgenologik o'zgarishlar (tish ildizining apikal qismidagi periodont yorig'ining kengayganligi, alveola suyagining bu qismida suyak ko'migini xiralashuvi) asosida tashhis qo'yiladi.

Xar ikkala keltirilgan o'tkir periodontit turlarida ham og'riqlar, boshqa shikoyatlar maxalliy, joyli bo'lishi xarakterlidir.

Uchinchi xil o'tkir periodontit – o'tkir umumiy periodontit (Per.acuta totalis, diffusa) esa keltirilganlardan tub farq qiladi.

Kasal tishda qattiq, to'xtovsiz og'riq, unga bosim tushganda og'riqning zurayishi, og'riq uchlamchi asab shoxlari yo'nalishi bo'ylab tarqalishi, kechqurun og'riq uyquni buzishi, tana xaroratini ko'tarilishi, xususan bolalarda, ojiz odamlarda, bosh og'rig'i kabi tana umumiy holatini o'zgarishi kabilarga bemorlar shikoyat qiladilar.

Obyektiv ko'rikda shifokor, kasal tish va unga qo'shni tishlar atrofidagi yumshoq to'qimalarning shishishi, og'iz burmasining tekislanganligi, palpasiya qilinganda og'riq paydo bo'lishi, kasal tomonda shish kattalashib yuzning asimetryasi, ikkala xil perkussiya (vertikal va gorizontal) ham og'riqli, bemor og'zini yopa olmasligi (yopsa, tishga bossa, og'riq) kabi holatlarni aniqlaydi.

Mana shular asosida shifokor, ortiqcha qiyinchiliksizlar bilan tashhis qo'yaoladi. O'tkir paradontitlarni qiyosiy tashhislari ham uncha qiyin emas. Ular bir-biridan tub farq qiladi. Lekin, o'tkir umumiy periodontitning yiringli shakli, xususan bolalarda, o'tkir osteomyelitdan, o'tkir pulpitdan (chunki o'tkir pulpitda ham, o'tkir yiringli periodontitda ham og'riqlar tarqaluvchi, kechqurunlari esa zo'rayadigan bo'lishi) farqlanishi talab etiladi.

### **O'tkir periodontitlarni davolash usullari**

O'tkir periodontitlarda davolash usullarini qo'llash, kasallikning klinik ko'rinishlari va keltirib chiqargan sabablariga bog'liq. Bu soxadagi tarixdan ma'lumki, tibbiyotda antiseptiklar qo'llana boshlagan vaqtlardan-XIX asr oxirlaridan boshlab, periodontitni davolash usullari rivojlanib keladi. Ungacha, periodontit bilan kasallangan tishlar faqat jarrohlik usuli bilan olib tashlangan.

Hozirgi kunda, periodontitlarni, jumladan o'tkir periodontitlar, qaytlangan surunkali hamda surunkali periodontit bilan og'rikan tishlarni saqlab qolish uchun, foydali davolash usullari mavjud va ular keng qo'llaniladi.

Davolash muolajalari periodont to'qimasiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan omillarni yo'qotish, yallig'lanish oqibatida hosil bo'lgan eksudat mahsulotlarini chiqarish, yallig'lanish jarayonini rivojlanishini va og'riqni to'xtatishga qaratilishi kerak.

Periodontit – bu faqat periodontda joylashgan maxalliy destruktiv o'zgarish bo'lib, sababchi tish vazifasining buzilishigina bo'lmay, organizmni sensibilizatsiyaga olib keluvchi infeksiya o'chog'i va intoksikatsiya (ichki zaxarlanish) manbasi hamdir.

Shuning uchun, stomatologning vazifasi – periodontit bilan og'rikan tishni vazifasini to'liq tiklash bilan bir qatorda, ildiz cho'qqisidagi to'qimalarni tiklab, u erdagi infeksiya o'chog'ini yo'qotish va organizmning immunologik holatini to'la tiklashdan iboratdir.

O'tkir periodontitlarni davolash yo'qolgan yoki buzilgan tish vazifalarini avaylab tiklashga qaratilishi lozim. Bunda davolash muolajalarini qo'llash, kasallikni klinik kechishi va uni keltirib chiqargan sabablariga bog'liqdir.

Zardobli va yiringli periodontitni davolashda shifokor bemorlarga turli dorilar qabul qilishni, issiq, isitish muolajalarini tavsiya etib chegaralansligi kerak.

O'tkir periodontitlarning qaysi tur bo'lishidan qat'iy nazar, birinchi navbatda og'riqni to'xtatish, yig'ilib qolgan eksudatni chiqarish va yallig'lanish shiddatini to'xtatish zarur. Buning uchun birinchi navbatda eksudatni chiqarish kerak.



Periodont yorig'ini teshish 4 yo'l bilan amalga oshadi yoki oshiriladi:

1. Ildiz kanali orqali kariyes kovagi tomon.
2. Og'iz burmasini kesib-milkosti yoki suyakustki pardasi ostidagi abssessni ochish orqali;
3. Chetki (marginal) yoki umumiy (total) periodontitda milk-cho'ntagi orqali;
4. Tish katagi orqali (tish olib tashlanganda).

Bulardan tashqari periodontda yig'ilgan ekssudat, albatta, qonga o'tib, septik holatni yuzaga keltirishi yoki suyak kanallari orqali qo'shni tish atrofidagi yumshoq to'qimalarga o'tib, ularni yallig'lantirishi oqibatida shish, qizarish kabi holatlarni yuzaga keltirishi mumkin. Periodont to'qimasida yig'ilgan (to'plangan) yiring-ekssudatni chiqarishning eng yaxshi yo'li – bu ildiz kanali orqalidir. Chunki bunda periodont to'qimasi kam zarar ko'radi. Agar ildiz cho'qqisidagi, teshik (foramen apicalis) yopiq bo'lsa Miller ignasi yoki drillbor yordamida uni kengaytirish kerak. Shuni aloxida ta'kidlash zarurki, o'tkir periodontitda tishga tegish ham og'riqli bo'lganini xisobga olib, barcha dastlabki muolajalar maxalliy yoki o'tkazuvchi og'riqsizlantirish bilan olib boriladi. Bunda shprisga 2%-li novokain yoki lidokain, yoki ultrakain olib, unga antibiotikning ma'lum miqdorini qo'shib anesteziya-og'riqsizlantirish kerak.

Ildiz kanaliga kirish qismini aylanasimon bor yordamida voronkasimon kengaytirilib, kanaldagi chiriklar yoki plombalangan bo'lsa, uni qoldiqlari bosqichma-bosqich pulpoekstraktorlar yordamida, antiseptiklardan foydalanib (kanalning bo'shagan qismiga antiseptik olib kirish va mayda asboblarni antiseptik bilan yuvib, keyin kanalga kirgizish yo'li bilan) olib tashlanadi va shu yo'l bilan kanal tozalanadi, Miller ignalariga paxta o'rab turunda holda antiseptikka botirilib-kanal yuviladi. Kanal tozalashda extiyot bo'lish kerak, chunki kanaldagi chiriklar va ulardagi mikroorganizmlar ildiz atrofidagi to'qimalarga o'tmaslik choralari ko'rish zarur.

Agar kanal ochilganda undan yiring chiqsa, chiqqan ekssudatni steril paxta tamponchalari yordamida quritib olish kerak. Bunday hollarda kanal ichida olib boriladigan evakuasiya muolajalari olib borilmaydi, tish ochiq qoldiriladi, og'izni turli dorivor o'tlardan tayyorlangan damlamalar yoki illiq (42°C) 2%-li soda eritmasi bilan chayish, og'izda illiq sodali suyuqlikni (42°C-li) ushlab turib, keyin tuflab tashlash tavsiya etiladi.

O'tkir yallig'lanish 1–2 kundan keyin asta-sekin pasaya boradi. Milkosti yoki suyakustki pardaosti absseвлari bo'lganda ildizdan chiqqan yiring yallig'lanishni bosilishiga etarli bo'lmasligi mumkin. Bunday hollarda, abscess usti kesilishi va bu orqali ekssudatni qo'shimcha yo'l orqali chiqarish zarur.

Agar bemorda umumiy zaxarlanish belgilari (bosh og'rig'i, tana xaroratini ko'tarilishi, holsizlik, qandagi o'zgarishlar) bo'ladigan bo'lsa,

unda xar bir bemorning o'ziga xosligi ma'lum dorilarni qabul qila olishini xisobga olgan holda, antibiotiklar ichish tavsiya etiladi.

Navbatdagi periodont yorig'ini ochish yo'li – bu milk cho'ntagi orqalidir. Bu yo'l marginal va diffuz (total) periodontitlarda qo'llanadi. Bu yo'lning yomonligi shundan iboratki, tish aylama boylami butunligi buziladi. Bu ham og'riqsizlantirilgandan keyin o'tkaziladi. Abscess ochilgach, milk cho'ntagi bosim ostida antibiotik, antiseptik suyuqliklari (eritmalari) bilan yuviladi. Bemor o'zini ancha engil sezadi. Yuvish uchun proteolitik fermentlar eritmasiga antibiotik eritmasini aralashtirib ishlatish ham yaxshi natija beradi (tripsin yoki ximotripsin streptomisin bilan yoki boshqa bir antibiotik bilan).

Undan tashqari UVCH davolash, dizdinamik, flyuktuorizasiya, darsonval toklari yordamida yallig'lanishni va og'riqni bostirish va periodont vazifasini tiklash mumkin.

### **O'tkir medikamentozli (toksik-zaxarlanish) periodontitning intoksikasiya davrini davolash**

**Bu turdagi o'tkir periodontitni margimushdan kelib chiqqan o'tkir periodontit deb ham ataladi.**

Chunki, uning kelib chiqishiga ko'pincha shifokor aybdordir: pulpitda pulpa to'qimasini o'ldirish (devitalizasiya), jonsizlantirish uchun qo'llanadigan margimush tishda uzoq (48 soatdan ko'p) turib qolganda yoki mishyak dozasini oshirib qo'llash natijasida periodont to'qimasi kuyadi va unda og'riqlar, xususan kasal tishga bosganda, paydo bo'ladi.

Davolash uchun, eng avvalo, kanal (lar) dagi pulpani olib tashlash zarur. Kanal antiseptiklar (3%-li vodorod peroksidi, 2%-li xloramin kabilar) hamda tripsin, ximotripsin eritmalari bilan yaxshilab yuviladi. 1–2 kunga kanalda antidot (5%-li yod yoki 5%-li unitol, 1%-li yodinol eritmalari) turunda shaklda qoldirilib, tish gemetik yopiladi. Iloji bo'lsa, 5%-li yod bilan kanal elektroforezi o'tkaziladi (20 daqiqadan 2–3 marta, tok kuchi 2–3 mA). Bemorlarga og'iz bo'shlig'ini iliq (42°C-li) soda eritmasi bilan chayish og'riqni pasaytiradigan analgetiklar qabul qilish tavsiya etiladi. Og'riq qolgach, yallig'lanish alomatlari o'tib, kasal shikoyatlari yo'qolishi bilan kanal (lar) ildiz cho'qqisigacha plombalanadi va doimiy plomba qo'yiladi.

Lekin davolash muolajalari o'tkazilganligiga qaramasdan o'tkir medikamentoz periodontit alomatlari pasaymasa, og'riq davom etsa, bemor ikkinchi marta kelganida 5%-li yod bilan elektroforez (ko'p ildizli molyar tishlarda) yoki fiziologik eritma bilan galvanizasiya (oldingi tishlarda) o'tkazilgach (1–2 marta, ba'zida 2–3 marta) ko'zlangan maqsadga erishish mumkin va undan keyin kanal plombalanib doimiy plomba qo'yilsa bo'ladi.

Agar davolanish yaxshi natija bermasdan, og'riq kuchayib, tish atrofidagi va og'iz burmasidagi yumshoq to'qima shishsa, unda antibiotiklar ichish, yoki ularni ukol qilib tish atrofiga o'tkazish, fizioterapevtik muolajalar o'tkazish zarur.

**O'tkir infeksiyali periodontit ham** yallig'lanish fazasiga qarab davolanadi. Intoksikasiya fazasida kanal chirindilardan tozalanib, unga og'riqsizlantiruvchi dorilar, antiseptiklar qoldirib, tish gemetik (1-2 kunga) yopiladi. O'tkir yallig'lanish avj olganda (xuruji), og'riqni pasaytirish va infeksiyani yuz-jag' soxalarining boshqa bo'limlariga o'tmasligi uchun, tish 1-2 kunga ochiq qoldiriladi. Bemor o'z uyida, o'zi turli illiq (dorivor o'simliklar damlamalari) dorivor eritmalar, 2%-li soda eritmasi bilan og'iz bo'shlig'ini chayishi kerak. Shifokor tomonidan o'tkaziladigan barcha muolajalar 2%-li novokain yoki lidokain (yoki boshqa anestetiklar) bilan, ba'zida narkoz yordamida og'riqsizlantirilgandan keyin o'tkaziladi.

Undan tashqari antigistaminlar (fenkarol, tavegil, diazolin, suprastin, dimedrol, pipolfen va boshqalar), antibiotiklar, anaerob mikroblarga qarshi biseptol, baktrium va boshqalar qabul qilish, fizioterapevtik muolajalar (UVCH-davolash, mikroto'lqinli toklar, flyuktuorizasiya, darsonvalizasiya va xokazo) o'tkaziladi.

Kasallangan tish atrofida paydo bo'lgan absesslar ochilishi shart. Bir ildizli tishlarni davolash bemorning 5-6 kundan keyin ikkinchi marta kelganida tugashi mumkin. Bunda, ochiq qoldirilgan tish ildizi 3%-li vodorod perioksidi, 2%-li xloramin, 1:5000 furasillinlar bilan yuvilib tozalangach, spirt yoki efir bilan quritiladi va biror-bir sekin qotuvchi plomba ashyosi bilan (fosfat-sement, visfat, adgezor, tental va shunga o'xshash) plombalanib, doimiy plomba qo'yish bilan davolash tugaydi.

Lekin, kanal plombalangach, plomba ta'sirida tishga bosilgach og'riq yoki o'z-o'zidan og'riq paydo bo'lishi mumkin. Bunday paytlarda, og'riqsizlantiruvchi dorilarni shpris yordamida og'iz burmalari bo'ylab ildiz tomon yuborish, issiq beruvchi va og'riqsizlantiruvchi yuqorida ko'rsatilgan fizioterapevtik muolajalar o'tkazish yaxshi natijalar beradi. Ma'lum sabablarga binoan, bemorga antibiotik berish mumkin bo'lmasa, sulfanilamid preparatlarini qabul qilish tavsiya etiladi. Ko'p ildizli tishlarni davolash ancha qiyin va nisbatan uzoq muddat talab qiladi. Bularni davolash uchun yod-elektroforez yoki anodgalvanizasiya o'tkazilgandan keyin rezorsin-formalin usuli (40%-li formalin, to'yingan rezorsin va 7%-li NaOH) ni qo'llab yoki depoforez usuli yordamida, uchinchi bor bemor kelganida davolashni (kanallar iloji boricha rezorsin-formalin pastasi bilan plombalanib yoki depoforez qilinib) tugatish mumkin.

**O'tkir travma-jarohat periodontitni** davolashda, birinchi navbatda uni kelib chiqishiga sabab bo'lgan omillarni (prikusni ko'tarib turgan plombaning ortiqcha joylarini charxlab tashlab, tekislash) yo'qotish zarur. Qolgan davolash muolajalari uning belgilarini yo'qotishdan iborat. Rentgenogramma qilib ko'rish kerak, balki jarohat ta'sirida tish ildizining

singanligi kasallikni keltirib chiqaradigan omil bo'lishi mumkin. Agar bu hol ro'y bergan bo'lsa, unda UVCH davolash, darsonvalizatsiya, ildiz atrofini elektroforez (2%-li kaliy yodi yoki 5%-li yod bilan) kabi fizioterapevtik usullar, tishlarga shina qo'yish ham yaxshi natija beradi. Davolash elektrodontodiagnostika usuli nazoratida olib borilishi shart (tish pulpasi tirik bo'lganda).

Agar o'tkazilgan davolash muolajalari yaxshi natija bermasa (tishning elektr tokiga javob berish qobiliyati pasaya borsa, ildiz atrofidagi periodont to'qimasi yallig'lana borsa) tish teshiladi va ma'lum davolash muolajalari o'tkazilib, kanal va tish kovagi plombalanadi.

O'tkir periodontitlarni davolashda tishni plombalanishi va uning vazifasini to'la tiklanishi bilan yaxshi natijaga erishish bilan tugatish kerak. Bunda yallig'langan, tuzilishi buzilgan periodont to'qimasi qayta o'z holiga kelmaydi, lekin o'z vazifasini bajarish darajasigacha tiklanadi.

Yaxshi, to'liq davolanmagan o'tkir periodontit surunkali periodontitga o'tishi mumkin. O'tkir periodontitni eng og'ir asorati – bu periostit yoki osteomiyelitga o'tishidir. Ana shuni oldini olish shifokorning bu kasallikda eng yuksak maqsadi bo'lishi kerak.

#### **MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLARI**

1. Qanaqa turdagi o'tkir periodontitlarni bilasiz?
2. O'tkir periodontitlar o'zaro qanday farqlanadi?
3. Tashhis qo'yishda nimalarga e'tibor berish zarur?
4. Qiyosiy tashhis qo'yishda qaysi usullar qo'llaniladi?
5. O'tkir marginal periodontit boshqa periodontitlardan nimalar bilan ajralib turadi?
6. O'tkir zardobli periodontit yiringlilardan qanday farq qiladi?
7. O'tkir periodontitlarda qaysi davolash usullari ko'proq foyda beradi?
8. Davolanmagan o'tkir periodontit nima va qaysi asoratlardan bilan tugashi mumkin?

#### **Surunkali periodontitlarning klinik kechishlari**

Tavsiya etilgan tasnifga muvofiq surunkali periodontitlar (Per. chonica) uch turga bo'linadilar:

1. Surunkali fibrozli periodontit (Per. chonica fibrosa).
2. Surunkali granulematoz, granulema periodontit (Per shronisa granulovatososa sev granuloma).
3. Surunkali granullashgan periodontit (Per. chonica granulans)
4. Surunkali periodontit (Per. chronica) ning qaytalanishi-qaytalangan surunkali periodontit (Per. chronica exacerbata) bilan ham tanishamiz.

1. **Surunkali fibrozli periodontit** (Per. chronica fibrosa) ning klinik ko'rinishi, kechishi boshqa turdagi surunkali periodontitlardan tub farq qiladi. Juda ko'p adabiyotlarda uni belgisiz kechadi deyilgan. Bu noto'g'ri ma'lumot. Chunki, bu tishda ko'pincha kariyes kovagi bo'ladi. Agar oldingi tishlarda surunkali fibrozli periodontit bo'ladigan bo'lsa, bemor xusnbuzarlik, qo'lansa xid, ba'zida tish rangining o'zgarishligi, og'izda chaynov jarayonida noxushlik sezgilar bo'lishi kabi qator narsalarga shikoyat etadi. To'g'ri, ayrim paytlarda, ba'zi bemorlar kasal tish borligini bilmasliklari yoki mayda-chuyda noxushliklarga axamiyat bermasliklari ham mumkin.

Periodont to'qimasida fibroz o'zgarishlar, ya'ni surunkali fibrozli periodontitga o'xshash o'zgarishlar ko'priksimon protezlar qo'yilgan tishlarda (protez yuzasiga tushadigan bosimni noto'g'ri taqsimlanishi natijasida, ya'ni tishlarni bosimga chidamligini xisobga olmay, noto'g'ri protez tayyorlaganda), o'tkir periodontit, surunkali pulpitalarni davolagandan keyin hosil bo'lishi mumkin.

Bunday o'zgarishlar davolashni talab etmaydi, periodont o'z vazifalarini bajaraveradi.

Ayrim paytlarda, xususan kariyes kovagi bilan tish pulpasi joylashgan bo'shlig'i orasi ovqat qoldiqlari bilan yopilib qolsa, bemorlar chaynov paytida surunkali fibrozli periodontit bilan og'rigan tishlarida ozroq og'riq yoki noxushlik sezadilar. Ko'pincha kariyes kovagi bilan tish bo'shlig'i orasi dentin to'qimasi-plastinkasi bilan yopiq holda bo'ladi.

**Surunkali granulematoz, granulema yoki granullashgan** periodontitlarni davolagandan keyin-davolash natijasida periodont to'qimasida fibrozli surunkali periodontitga o'xshash hol kuzatiladi va bu maxsus davolashni talab qilmaydi.

**Obyektiv** ko'rishda, shifokor, kasal tishda kariyes kovagi borligi va ko'pincha, u tish bo'shlig'i bilan aloqadorligi yoki oralari yopiq ekanligi, tish kanal (lar)ida plomba, yoki plomba qoldiqlari borligini ko'radi.

Tish emalining rangi o'zgargan yoki o'zgarmaganligi, perkussiya og'riqsizligi, tish atrofidagi yumshoq to'qimalarda o'zgarish bo'lmasligi qayd etiladi.

Shuni aloxida ta'kidlash zarurki, I.G. Lukomskiy (1958) surunkali periodontitlarni turlarini faqat rentgenogramma yordamida aniqlash mumkinligini ta'kidlaydi va hozirgi vaqtda bu narsa ustivor xisoblanadi.

Surunkali fibrozli periodontitda periodont to'qimasi qalinlashganligi yoki yupqalashganligi va bu holat to'qimaning turli joylarida turli darajada ekanligi, asosiy o'zgarish ildiz cho'qqisi atrofida ekanligi rentgenogrammada yaqqol ko'rinadi, lekin alveola suyagida o'zgarish yo'qligi ham bu tur surunkali periodontitga xos holatdir. Rentgenogramma periodont yorig'ining ba'zi joylarida kengayganligi, ba'zi joylarida esa torayganligi, ya'ni defomasiya shaklidagi o'zgarishlar borligini ko'rsatadi. Surunkali fibrozli periodontitni uzoq vaqt davom etgan yallig'lanish oqibatida kelib

chiqar ekan, demak bunda ko'pincha ikkilamchi sementdagi hujayralar ta'sirlanishi, qitiqlanishi oqibatida ular sement to'qimasini asta-sekin hosil qila boshlaydilar va bu gipersementoz tariqasida rentgenogrammada namoyon bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. Surunkali fibrozli periodontitda periodont to'qimasida hujayrali elementlar kamayib, qo'pol tolali fibroz to'qimalari ko'payadi. Periodontning ayrim joylarida kichik o'choqli yallig'lanish infiltratlari va qon tomirlarining skleroz o'zgarishlari ko'rinadi. Tartibsiz joylashgan qo'pol tolali tuzilmalar periodont to'qimasida chandiqsimon to'qima tusini oladi va bu o'zgarishlar asosan ildiz cho'qqisi atrofida rivojlangan bo'ladi.

**Surunkali granullashgan periodontit.** (Per. chonica granulans). Agar surunkali fibrozli periodontit ancha yengil kechadigan, kamroq patologik o'zgarishlar bilan xarakterli bo'lsa, granullashgan periodontit eng progressiv jarayon bo'lib, faollashgan tarzda, ildiz atrofidagi nafaqat periodont, balki suyak to'qimasida patologik so'rilishlar bilan kechadigan, organizmni zaxarlashda faol ishtirok etadigan kasallik xisoblanadi. Jarayon periodont yorig'ining tashqarisiga tarqaladi. Bu periodontit o'tkir periodontitdan keyin yoki surunkali periodontitning bosqichlaridan biri tariqasida paydo bo'lib rivojlanadi.

Granullashgan periodontitda bemor o'z-o'zidan noxush simmilovchi og'riqlar, tishni bosganda tegib ketganda paydo bo'ladigan og'riqlarga, qo'lansa xid paydo bo'lganligiga, oldingi tishlarda esa xusnbuzarlik holati paydo bo'lganligiga, ba'zida milkda qichish yoki shunga o'xshashlarga shikoyat qilishi mumkin. Ba'zida og'riqsiz kechadi. Og'riq asosan, kariyes kovagi va tish bo'shlig'ining orasi bosilib (yopilib) qolganda kuchayadi:

Bemor shifokor bilan savol-javob qilganda, o'tmishda (anamnez) bu kasal tishda ba'zi-ba'zida og'riqlar kuchayishi, milk shishishi va unda "pilla" (abscess) paydo bo'lganligi va uning yorilishi oqibatida oqma va undan gox-gox yiring chiqib turishiga shikoyat qiladi. **Obyektiv** ko'rish paytida shifokor tish ildizi atrofidagi yumshoq to'qimalarning qizarganligi, ko'kimtir tus olib biroz shishganligi, barmoq bilan palpasiya qilib, bosib ko'rganda, yumshoq to'qimada barmogning izi (chuqurcha) ancha vaqt tekislanmay qolishi (vazoparez holati, I.G. Lukomskiy birinchi marta ta'riflagan)ni kuzatishi mumkin. Bu surunkali yallig'lanish natijasida ajralib chiqqan yoki hosil bo'lgan to'qima parchalari, mikroblar ta'sirida hosil bo'lgan patologik maxsulotlarning asab tolalarini karaxtlagani tufayli, qon tomirlar o'z vazifalarini to'liq ado etolmayotganliklarini ko'rsatadi. Qon tomirlar tarangligi (tonusi) pasayib, o'z vaqtida, me'yordagidek qon olib kelishi va vena qonining oqib ketish jarayoni buzilganligidan dalolat beradi. Paypaslab (palpatsiya) ko'rilganda ildiz uchi qismida alveola suyagining emirilganligini sezish mumkin.

Bu periodontitning eng ko'p uchraydigan belgisi oqma yoki oqma o'rnida qolgan chandiqchalardir. Oqma yo'lining joylashishi turlicha

bo'lishi mumkin. Ular asosan ildiz uchiga to'g'ri keladigan og'iz burmasi (og'iz daxlizi) da, ba'zida esa og'iz bo'shlig'ida, tashqariga, terida ham bo'lishi mumkin. Shuning uchun, ularni ichki (OG'IZ daxlizi burmasida) yoki tashqi (terida) oqma yo'llari deb ataladi.

Davolanmagan surunkali granullashgan periodontit bilan og'rikan tishni urib ko'rilganda (perkussiya) uning sezgirligi oshganligini yoki og'riqli ekanligini ko'rish mumkin.

Ko'pincha chetki-regionar limfa tugunchalari kasal tish tomonda kattalashgan, ularni paypaslash og'riqli bo'lishi mumkin.

Oqma yo'llarining chiqish qismlarida granulyasiya to'qimalari, ulardan qon oqib turishi, ularning polipsimon, oyoqli ekanligini ko'rish mumkin. Yuqorida aytganimizdek, ba'zida oqma bitib, o'rnida kichik chandiqli qolganligini ko'ramiz. Oqma yo'li bo'lganligi, uning klinik kechishini yengillashtiradi, chunki bu yallig'lanishdan hosil bo'lgan chirindilar shu yo'l bilan chiqib turadi va ular tanaga kamroq zarar keltiradi. Bu hol davolashda ham qo'l keladi. **Rentgenologik** tekshirishdan olinadigan ma'lumot granullashgan periodontitga o'ta xosdir. Yallig'lanish oqibatida unga javoban paydo bo'ladigan granulyasion to'qima alveola suyak to'qimasining ko'mik plastinkasiga o'sib boradi. Periodont yorig'ining destruksiyasi – tuzilishining buzilishi yuzaga keladi. Ildiz cho'qqisi uchida turli kattalik, hajmda, aniq chegarasi bo'lmagan suyak emirilishi borligini ko'rish mumkin.

Suyak to'qimasining yemirilishi bilan birga ildiz uchining ham surilganligi, qisqarganligini ko'ramiz.

Granullashgan periodontit boshqa surunkali periodontitlarga nisbatan eng ko'p, tez-tez qaytalanib turishi, turli salbiy asoratlarga (ichki zaxarlanish, yiring oqib turishi, shishlar paydo bo'lib turishi va boshqalar) olib keladigan periodontit xisoblanadi. Lekin oqma yo'li doimo ochiq bo'lib, undan chirindilar chiqib tursa, asoratlar kamayishi va kasallikning qaytalanishi kam kuzatilishi mumkin.

**Patologik anatomiyasi.** Granullashgan periodontitda granulyasion to'qima hosil bo'lishi, unda ko'p kapillyarlar, fibroblastlar aylana shakldagi plazmosit hujayralar va leykositlar bo'lishi bilan ta'riflanadi.

Granulyasion to'qimaning yoshligida, dastlabki paydo bo'lgan davrlarida unda glikogen, neytral va nordon mukopolisaxaridlar miqdorlari ko'payadi.

Periodontning ildiz cho'qqisi qismida granulyasion to'qima asta-sekin cho'qqi atrofidagi to'qimalar, osteoklastlar ta'sirida alveolaning kompakt plastinkasi destruksiyasi, emirilishi (surilishi) bilan birga ildiz cho'qqi qismining sementi va dentini ham so'rilishi mumkin.

Granulyasion to'qima jag' suyak ko'migiga o'tab, oqma yo'lini hosil qiladi va undan yiring-chirindilar chiqib boshlaydi, ba'zida milkosti va teriosti granulemlar hosil bo'ladi. Yuqorida keltirilganidek, ayrim holdlarda oqma yo'llaridan granulyasion to'qima chiqib turadi, shishsimon-

polipsimon holda buladi, oyoqchalarga ilingandek, tekkanda qon oqishi bilan kechishi mumkin.

Suyak va boshqa to'qimalarning yemirilishi oqibatida hosil bo'lgan zaxarlik moddalar ko'p miqdorda qonga surilib, tananing umumiy zaxarlanishiga (granullashgan periodontitda eng ko'p) sabab bo'ladi. Shuni ham ta'kidlash zarurki, boshqa surunkali periodontitlarga nisbatan qanchalik ko'p zarar keltirsada, granullashgan periodontit nisbatan tez davolanadi va fibroz periodontitga o'tib tish vazifasini tiklashga imkon beradi.

**Surunkali granulematoz, granulema periodontiti** (per. chro-nea granulematosa sev granuloma) ko'pincha og'riqsiz kechsada, bemorlar yuqorida ko'rsatilgan noxush sezgilar (kosmetik o'zgarishlar, xid, noqulaylik)ga shikoyat qilishlari, ba'zida esa, noxush simmilovchi og'riq, tish bosilganida og'riq, ildiz atrofiga chaynov paytida tushadigan bosim ta'sirida og'riq paydo bo'lishiga ham shikoyatlar bo'ladi.

Albatta, bu shakldagi periodontit ham qaytalanganda milk shishishi, oqma yo'llari paydo bo'lishi mumkin. Unda kasal shifokorga murojat etishga majbur bo'ladi.

Obyektiv ko'rganda, shifokor, tishning butunligi yoki plombali ekanligi yoki kariyes kovagi borligini va u tish bo'shlig'i bilan aloqador ekanligini ko'radi. Tish kanallarida gangrena (chirish) holatidagi pulpa chirindilari borligini zond yordamida aniqlash mumkin. Perkussiya og'riqli (oz miqdorda) yoki og'riqsiz bo'lishi, og'iz burmasini paypaslaganda og'riqsiz ekanligi bilinadi. Ba'zida granulema atrofidagi suyak to'qimasining bo'rtib qolganligi, shishsimon (qattiq) holat borligi qayd etiladi.

Bu tur surunkali periodontit ham rentgenologik tekshiruvga asoslanib tashhislanadi. **Rentgenogrammada** chegaralangan, aniq chegarali, 0,4–0,5 sm kattalikda aylana yoki ovalsimon shaklida suyak emirilishi yaqqol ko'rinadi. Faqat qaytalanganida aniq chegara chiziqlari o'zgarishi mumkin, bu yirirlanganlikdan dalolat beradi. Yaxshi, to'liq, davolangan surunkali granulematoz periodontit fibroz shaklga o'tishi bilan tugaydi. Bu yaxshi natijadir. Agar davolanish oxiriga etmasa yoki to'liq olib borilmasa, granulema kistagranulema yoki ildiz uchi kistasiga o'tishi mumkin.

E.V.Borovskiy va boshqa (1989) kuzatuvlari ildiz cho'qqisidagi granulemalar yuqori jag'da ko'proq (63%), pastki jag'da esa kamroq (37%) uchrashi, eng ko'p ko'p ildizli tishlar (molyar-katta chaynov tishlar)da (54%), kamroq (38%) kichik chaynov (premolyar) tishlarda bo'lishini ko'rsatdi.

**Patologik anatomiyasi.** Granulematoz periodontit (granulema) ko'proq turg'un va kamroq faol bo'ladi. Chunki, bu shakl periodontitda yallig'lanish yangi to'qima hosil bo'lishi-proliferasiya jarayoniga aylanadi. Bunda ham granullashgan periodontitga o'xshab, periodont to'qimasi granulyasion to'qinaga aylana-boradi. Granullashgandan farqli o'laroq,



granulema atrofdagi suyakdan fibroz parda bilan o'ralgan va uning tolalari periodont to'qimasiga o'tadi. Granulemaning o'rtasida juda ko'p plazmatik hujayralar, epitelial iplar yoki pardalar joylashgan. Shuning uchun granulemalar oddiy va murakkab (epitelial)ga bo'linadilar.

Granulema epiteliysining tuzilishi og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini o'rab turuvchi epiteliyning malpigiyevo qavatida epidemiasining o'suvchi qavatiga o'xshashdir. Oddiy granulema epitelial granulemaga nisbatan atigi 8–10% ni tashkil etadi. Demak, asosan epitelial granulemalar uchraydi (E.V. Borovskiy, 1989).

Ba'zi mualliflar (E.V. Levinskaya, N.N. Skurskaya va boshqalar, 1973) granulemalarni 3 guruhga bo'lishni tavsiya etishadi. 1-guruhga produktiv jarayonning eng oldingi fazasida kechishi, tomirlarga va yosh gistogen va gematogen hujayralarga boy granulemalar kiradi. 2-guruhga fibroblastlar ko'p bo'lib, kollagenizatsiya va gialinoz jarayonlari bilan kechadigan granulemalar va nihoyat, 3-guruhga yallig'lanish jarayonlar qaytalangan – etilgan tolali qo'shuvchi to'qimalar orasida yangi yallig'lanish o'choqlari, infiltratsiya bor bo'lgan granulemalar kiradi.

Gistioximik tekshiruvlar granulemada, uning dastlabki hosil bo'lish paytlarida enzimatik faolligi yuqori, asosan nafas olish fermentlari-suksindegidrogeneza, sitoxromoksidaza ancha faollashganligini aniqlash imkonini beradi. Ammo, glikolitik fermentlar-laktat-degidrogeneza va boshqalar kamroq faollidirlar. Achish-tiklanish jarayonlari fibroblastlarda, plazmatik hujayralarda va makrofag elementlarida ko'rinadi. Eng kam fermentativ faollik ley-kositlarda, makrofaglarda va limfoid hujayralarda bo'ladi. Nordon fosfatazaning ko'pligi yallig'langan to'qimalarda metabolism jarayonining zurayishidan dalolatdir. Yallig'lanish jarayoni so'ngan granulemalarda fosfataz faollik pasaya boradi. Bu hol granulemaning barcha tarkibiy hujayra va tolalarida ko'rinadi.

Enzimatik reaksiyaning so'nishi tomir-to'qima o'tkazuvchanligini kamayib borishidan dalolat beradi.

Fermentativ faollikning granulyasiyadagi dastlabki vaqtlarda va surunkali yallig'lanishning qaytalangan paytlarida faollashuvi, tishdagi granulemalarning surunkali infeksiya o'choqlari ekanligini ko'rsatadi.

Epiteliy bilan o'ralgan bo'shliqlari bor bo'lgan granulemalar kistasimon-kistagranulema deb ataladi.

Kistagranulema 2 yil bilan hosil bo'lishi mumkin. Birinchi yil – granulema markazida vakuolli distrofiya jarayoni kechishi va uning natijasida to'qimalar parchalanishi oqibatida bo'shliq paydo bo'lishi. Ikkinchi yil – granulemaning markazidagi granulyasion to'qima yiringlashuvidan keyin hosil bo'lgan bo'shliq atrofdagi epiteliyning o'sib kirishi natijasida hosil bo'lgan bo'shliq. Bu bo'shliqda degenerasiyaga uchragan epiteliy, yallig'lanish oqibatida eozinofilli eksudat, oqsilli va yog'li detritlar to'planadi. Detritning chirishi natijasida holesterin kristallari hosil bo'la-

di, bular esa ildizoldi radikulyar kistalar va kistagranulemalarning tarkibiy qismiga kiradi.

Kistagranulema nima bilan xarakterli? degan savolga quyidagicha javob beriladi: ularning chegaralari aniq, ularda suyak tuzilmalari yo'q, surilgan va rentgenogrammada aniq soya (qora rangda) ko'rinadi. Ularning kattaligi 0,5–0,8–1,0 sm atrofida bo'lib, radikulyar kistalardan kichikdir. Lekin, granulema yoki kistagranulema ekanligini faqat patologoanatomik tekshiruvlar natijasida aniqlash mumkin.

Yaxshi, to'liq, qo'pol xatolarga yo'l qo'ymasdan (yallig'lanishni qo'zg'atuvchi kuchli dorilar ishlatish, infeksiyani kanaldan ildiz atrofiga siqib chiqarish, mayda asboblardan periodontni jarohatlash kabi) davolangan surunkali granulematoz periodontitdagi granulema, oxir-oqibatda fibroz periodontit shaklida tugashi va bu davolashning yaxshi natijasi deb baxolash bilan tugaydi.

Agar yuqoridagi talablar bajarilmasa, davolash ma'lum bosqichda davomidan to'xtatilsa, granulema kistagranulema yoki ildizoldi kistaga aylanadi va bu hol qancha davom etsa, shuncha stomatogen infeksiyali o'choq vazifasini o'tab, tanani zaxarlab (intoksikasiya) boraveradi.

#### **Surunkali qaytalanagan periodontit (per. chronica exacarbata).**

Eng ko'p qaytalanadigan surunkali periodontitlar – bu surunkali granullashgan (per. chronica granulans) va granulematoz, granulema (per. chronica granulematosa sev granuloma) periodontitlardir, surunkali fibrozli periodontita (per. chronica fib-rosa) esa kam qaytalanadi.

Qaytalanagan surunkali periodontitni klinikasi o'tkir periodontitnikiga o'xshash kechadi. Ba'zida ularni bir-biridan farqlash qiyin. Xar ikkalasida ham bemorlar o'tkir og'riq, ba'zida og'riq, zararlangan tishdan tarqalib quloqqa, chakkaga va boshqa joylarga berilishiga, tishga tegilganda, ovqat chaynashda og'riq zo'rayishiga, tish atrofi shishganligiga shikoyat qilinadi. Undan tashqari regional-chetki limfa tugunlari kasal tish tamonda kattalashgan, paypaslab ko'rilganda og'riqli bo'ladi.

**Obyektiv** ko'rishda, bulardan tashqari perkussiya qattiq og'riqli, tish qimirlab qolganligi, uning atrofidagi yumshoq to'qimalar qizarib shishganligi, ba'zida bu holat zararlangan tish qo'shnilar atrofiga ham bo'lishi, paypaslab ildiz bo'ylab suyak devorlarining kengligi borligi, tana xaroratining ko'tarilganligi (38–40°C) aniqlanadi. Yana zararlangan tish atrofiga abscess, xattoki, flegmona ham bo'lganligini, qonda leykositlar, eritrositlar cho'kishining tezlashganligini ko'rish mumkin. Bemorlarning uyqusini, ishtaxasini buzilishi, holsizligi, boshi og'riqligi kabilar bo'lishi mumkin.

**Rentgenogrammada** u yoki bu turdagi proliferativ surunkali periodontit shakliga xos periodontda o'zgarish borligi ko'rinadi. Lekin rentgenologik o'zgarishlarning katta – kichikligi klinik o'zgarishlarga to'g'ri kelmasligi mumkin: ba'zida rentgenologik o'zgarishlar uncha rivojlanmagan bo'lsada, klinik o'zgarishlar avj olgan yoki teskarisi bo'lishi mumkin.

**Patologik anatomiyasi.** Qaytalangan surunkali periodontitdagi patomorfologik o'zgarishlar, patologik jarayonning qachondan beri davom etayotganligiga bog'liq, undan tashqari odamning yoshi, salomatligi, tananing immunologik xossalriga ham bog'liqdir. Asosan ekssudatning ko'payishi, neytrofil leykositlar, boshqa hujayralar va to'qima tolalarining ko'payishi bilan xarakterlanadi.

Periostit va o'tkir odontogen osteomiyelit qaytalangan surunkali periodontit yoki o'tkir periodontitning dastlabki asoratlari bo'lib xisoblanadi. Ularni bir-biridan farqlash uchun shuni bilish kerakki, qaytalangan surunkali periodontitdagi rentgenologik o'zgarishlar, faqat kasal tish periodonti va uni atrofidagi alveola suyak to'qimasi bilan tugaydi.

**Jag' periostiti** – bu alveola o'sintasini yopib turuvchi pardasining o'tkir absessli yallig'lanishidir. Bunda o'tkir kuchayuvchi og'riqlar bo'lib, ular quloqqa, chakkaga, ko'zga tarqaladi. Tishga tekkan o'tkir yoki qaytalangan surunkali periodontitga nisbatan kamroq og'riq paydo bo'ladi. Issikliq chayqashlar og'riqni pasaytiradi yoki ko'paytiradi. Bu ekssudat turiga bog'liq: zardobli ekssudatda og'riq pasayadi, yiringli bo'lsa og'riq kuchayadi. Bemor kasal tish joylashgan yuz tomoni shishganligiga shikoyat qiladi, buni shifokor ham ko'radi. Tana xarorati 36,7–37,8°C yoki 38–39°C bo'lishi mumkin va bu ko'pincha bemor tanasining qarshilik ko'rsatish kuchiga bog'liq.

Umumiy zaxarlanish alomatlari – bosh og'rig'i, holsizlik, tajanglik kabi holatlar kuzatiladi. Kollateral (yallig'lanish joydan naribroqda) joylashgan yumshoq to'qimalarning shishganligi periostit uchun ko'proq xosdir, chunki periodontitda bu hol bo'lmaydi. Periodontitdagi kollateral shishlar milklar bilan kifoyalanadi, yuz yumshoq to'qimalariga tarqalmaydi. Shuning uchun, periostitda yuzning asimmetriyasi (yuzning bir tomonini shishganligi) kasallik joylashgan tomonida yaqqol ko'rinib turadi. Agar kasallik jarayoni pastki jag'da kechsa, unda pastki lab, lunjning pastki qismi, iyakosti va jag'osti qismlar shishadi. Periostitda teri rangi o'zgarmagan, xarakati yaxshi bo'ladi.

Obyektiv ko'rishda va paypaslab ko'rganda og'iz daxlizida tomonda qizarganlik va suyakni yopib turgan to'qimalarning diffuz qalinlashuvi, keyinchalik esa ma'lum joy yumshayib, unda flyuktuasiya (barmoq bilan bosganda suyuqligi bor boshliq) aniqlanadi. O'tkir yiringli yoki surunkali qaytalangan periodontitlarda esa, suyak ustida tekis, silliq, shish, paypaslaganda unda og'riq-bu suyak ustki pardasida reaktiv yallig'lanish (periodont to'qimasidan zaxarlanganlik) o'zgarishlari bo'ladi. Periodontitda chegaralangan, periostitda esa tarqalgan yallig'lanish, periodontitda 1–2 tishda perkussiya og'riqli bo'lsa, periostitda bu og'riqlar kamroq, regional limfa tugunlari (ularni guruhlar) ko'proq periostitda shishgan, paypaslab ko'rganda og'riqli bo'ladi. Yuqori jag'da joylashgan o'tkir kechadigan yiringli periostitlar, qattiq tanglayda tanglay absesslarini yuzaga keltiradi. Bunda qattiq tanglayda aylanasimon yoki ovalsimon

shishlar, ular va atrofdagi to'qimaning qizarishi, keyinchalik esa, tanglay burmalarining tekislanishi, qattiq og'riqlar, yumshoq to'qimalarning suyakdan ajralishi va yanada og'riqlar kuchayishi, lo'kkilovchi og'riqlar paydo bo'lishi mumkin.

Qon tarkibini tekshirib ko'rganda, unda leykositoz (10–14 ming), neytrofiloz (70–80%), tayoqchasimon neytrofillar ko'payishi (14–17%), eritrositlarning cho'kmaga tushishining tezla-shuvi (16–30 mm 1 soatda) kabi o'zgarishlar qayd etiladi

Odatda, 5–6 kundan keyin bemorni qiynaydigan og'riqlar pasaya boradi, chunki ekssudat atrofdagi to'qimalarga tarqalib, abscess ichidagi bosim kamayadi, asta-sekin yiring alveola o'simtasining shilliq qavati ostiga o'tadi. Perkussiya uncha og'riq olib kelmaydi, yaqin kunlarda abscess og'iz bo'shlig'ida o'z-o'zidan yoriladi.

Rentgenologik tekshiruv yiringli periostitda aytarli suyak o'zgarishlari yo'qligini ko'rsatadi, bu esa periostitni osteomiyelitdan farqi bo'lib xisoblanadi.

O'tkir osteomiyelitda suyakda aniq va qo'pol o'zgarishlar borligi rentgenogrammada ko'rinib, suyakda chirish va ba'zi qismlarda sekvesterlar hosil bo'lish bilan xarakterlanadi. Klinik kechishida esa, o'tkir, to'xtamasdan, go'yoki uzib olganday qattiq chidab bo'lmas darajada og'riq, tana xaroratining 39–40°C gacha ko'tarilishi, et uyushishi, alaxsirash, uyqusizlik, ishtaxa yo'qolishi, yutishning qiynlashuvi kabi umumiy tana o'zgarishlari borligi qayd etiladi. Nafas olish va puls tezlashadi.

Obyektiv ko'rishda, shifokor bemorning umumiy ahvoli ancha og'irlashganligi, yuzining asimetriyasi, tilning qarashlanganligi, og'izdan qo'lansa xid kelishi, milk qizarib shishganligi, og'iz burmasining tekislanganligi, bir necha tish qimirlab qolganligi va ularda perkutor og'riqlar borligi, ya'ni patologik jarayon tarqalganligi kabi alomatlarini ko'rishi mumkin. Bir vaqtning o'zida yuzda kollateral shishlar, regionar limfa bezlarini shishganligi, ularni paypaslab ko'rganda og'riqli bo'lishlari yuzaga keladi.

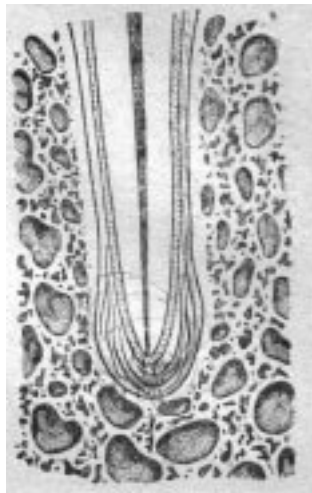
Qon tarkibida leykositoz (20–28 ming), eritrositlar cho'kish reaksiyasi soatiga 40–70 mm, eozinofillar yo'qolishi, limfositlar sonining kamayishi (10–15%) kabi o'zgarishlar bo'lishi qayd etiladi. Oksil fraksiyalari albuminni kamayishi va a1 va a2 – globulinlarni ko'payishi bilan xarakterlanadi. Kasallik boshlangandan keyin 7–10 kunda rentgenologik o'zgarish paydo bo'la-boshlaydi. Bunda osteomiyelit satxiga to'g'ri keladigan suyakda emirilish borligi aniqlanadi.

### **Surunkali periodontitlarni tashhislash, qiyosiy tashhislash**

Demak, eng asosiy tashhis va xususan, qiyosiy tashhis – bu rentgenologik tekshiruvga, ya'ni periodontda va uning atrofidagi suyak to'qimasida kuzatiladigan o'zgarishlarga asoslandi.

Surunkali periodontitni tashhisi "surunkali periodontit" deb qo'yilmaydi, balki albatta surunkali periodontitni turi aniqlanishi shart. Ana shundan keyin, uni to'g'ri davolashi mumkin, yoki boshqacha qilib aytganda, rentgenologik tekshiruv o'tkazmasdan surunkali periodontit turini aniqlab bo'lmaydi, demak uni to'g'ri davolab ham bo'lmaydi.

Surunkali fibrozli periodontitni va boshqa turdagi periodontitlarni klinik belgilariga qarab, taxminan aniqlash mumkin: surunkali fibrozli periodontitda tish oldin davolanagan yoki davolanmagan bo'lishi, unda kariyes kovagi bo'lishi yoki bo'lmasligi (tishga protezlardan o'ta kuchli bosim tushgan hollarda) mumkin. Agar tishda kariyes kovagi yoki plomba qoldiqlari bo'lsa, tish bo'shlig'i bilan



11- rasm. Surunkali fibrozli.

tish kariyes kovagi orasida aloqa yo'qligi zondlash bilan aniqlanmasa, unda o'rta kariyes kasalligi bilan qiyosiy tashhis o'tqazishga to'g'ri keladi. Chunki xar ikkala kasallikda ham tish kovagini zondlash og'riqsiz bo'ladi. Buning uchun termodiagnostika va xususan elektro-odontodiagnostika usulini qo'llash zarur. Termodiagnostika surunkali fibrozli periodontit va o'rta kariyes kasalligida ham og'riq chaqirmasligi mumkin, lekin ba'zida o'rta kariyes kasalligida issiq yoki sovuq suv ozroq og'riqsimon sezgi chaqirishi mumkin.

Elektroodontodiagnostika usuli esa, o'rta kariyes kasalligida tish asab birikmasini elektr tokiga sezish darajasini oz miqdorda kamayganligi – 15–20 mka tok kuchi tishda salgina og'riq chaqirishi, ya'ni pulpaning tirikligidan nishona ko'rsatishi mumkin bo'lsa, surunkali fibrozli periodontitda esa pulpa o'lib, chirib bo'lganligi uchun, tish 100 va undan ko'proq mka (mikroamper) tok kuchiga, xuddi tishga biror narsa suqulgandek periodont to'qimasining reaksiyasi sifatida javob beradi. Undan tashqari rentgenogrammada surunkali fibrozli periodontitga xos periodont to'qimasidagi kengayganlik, torayganlik, ya'ni deformasiya o'zgarishlarni ko'rish mumkin bo'lsa, o'rta kariyes kasalligida bunday rentgenologik o'zgarishlar bo'lmaydi.

**Surunkali granullashgan periodontit (per. chronica granu-lans)**ning klinik kechishida yiring yo'llari-oqralar (svishch) yoki ular bitgan bo'lsa-chandiqlar og'iz burmasida yoki milkda yoki tashqarida-terida qolgan bo'lishi mumkin. Tish plombali yoki kariyes kovakli bo'lishi, ildizga to'g'ri keladigan og'iz burmasida sal shish, uni bosganda esa asbob yoki barmoq izi qolishi (pastoznost), kasal tishda bemor noqulaylik, qo'lansa xid paydo bo'lishi kabilarga shikoyat qilishi mumkin. Anamnezda surun-

kali periodontit vaqt-vaqti bilan (ayniqsa shamollaganda) qaytalanib turishini bemordan savol-javob orqali aniqlash mumkin.

**Surunkali granulematoz (granulema) periodontit** (per. chxo-nica granulematosa sev granuloma) da ham bemor kasal tish anchadan beri borligiga, davolangan yoki davolanmagan, yoki qisman davolanib oxiriga etkazilmaganligiga, vaqt-vaqti bilan noxush sezgilar sezishiga shikoyat qiladi.

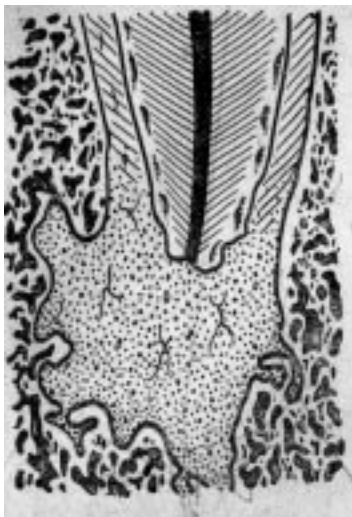
Bunda ham oqma yo'llari yoki chandiqlar bo'lishi mumkin. Chunki, yuqorida ta'kidlaganimizdek, surunkali periodontitlar bir turdan ikkinchi turga, xususan granullashgan periodontit, granulematoz periodontitga o'tishi yoki teskarisi bo'lishi mumkin.

Demak, surunkali periodontitlarni (fibrozli, granullashgan va granulematoz) tashhisini, qiyosiy tashhisini qo'yishning yagona usuli – bu rentgenologii tekshirish usulidir.

### **Davolash usullari**

Periodont kasalliklarini davolash bir necha o'n yilliklar oldin boshlanib, hozirgacha eng katta muammolardan biri bo'lib qolmoqda.

Ildiz cho'qqisi periodontitlarni davolash muammolari IV Butunittifoq stomatologlar s'ezdi (1962), Butunjaxon stomatologiyalar konferensiyasi (Filadelfiya, 1953), milliy kongresslar kun tartiblari, shuningdek O'zbekiston stomatologlar I (1976), II (1992) va IV s'ezdlari (2000), Qozog'iston respublikasi I (IV) s'ezdi (1998) va boshqa turli anjumanlarda muxokama qilib kelinmoqda.



**12- rasm.** Surunkali granullashgan periodontit.

Periodontitlarning turli asoratlari va ulardan kelib chiqadigan turli tana kasalliklari, ular keltiradigan salbiy natijalar, bugungi stomatologiyaning ham muammolari bo'lib qolmoqda.

Bajarilgan ishlar periodontitning juda o'ta dolzarb masalalarini xal qildi (M.I. Groshikov, 1954, T.F. Strelyuxina, 1956, T.F. Vinogradova, 1957, L.A. Xomenko, 1964, N.A. Pachkayeva, 1966, T.X. Safarov, 1966 va boshqalar).

**Davolash prinsip – tutilari.** Periodontitlarni davolashdek murakkab ishni bajarish uchun, I.G. Lukomskiyning (1958) iborasi bilan aytganda, uch joyga ta'sir etish zarur: 1) infeksiyali katta makrokanlarga; 2) infeksiyali kichik mikrokanal tizimlari; 3) yallig'langan

periodont to'qimalariga ta'sir etish shart. Xar bir uch ob'ektdan biri, o'ziga xos fizikaviy va biologik xususiyatlarga ega bo'lgani uchun, bir vaqtning o'zida uchala obyektga ta'sir ko'rsatadigan birgina usulni topish qiyin ish.

Ko'pchilik tadqiqotchilarning fikricha, surunkali periodontlar infeksiya o'choqlari-stomatogen o'choqlar bo'lib xisoblanadi. Shuning uchun, ularni davolash uchun qo'llanadigan usullar maxalliy o'zgarishlar darajasi bemorda infeksiya o'chog'i ta'siridagi o'zgarishlar paydo bo'lgan kasalliklar bor-yo'qligi (septik endokardit, nefrit, revmatizm, yurak-kon tomir, oshqozon-ichak, allergik kasalliklar) ga bog'liq.

Taklif etilgan ko'pchilik usullardan hozirgi vaqtda uch usul-konservativ, konservativ-jarrohlik va jarrohlik usullari qo'llaniladi.

Terapevtik (konservativ) davolash usullarini qo'llamoqchi bo'lgan shifokorning oldida quyidagi aniq vazifalar turadi: katta va kichik (mikroildiz va mikro-dentin) kanallardagi infeksiyaga ta'sir ko'rsatish; yallig'lanishdan hosil bo'lgan biogenlarni va periodontidagi yallig'lanishni yo'qotish; periodont to'qimasidagi regeneratsiya vazifasini bajaruvchi komponentlarni uyg'otish, ishga solish; organizmni desensibilizatsiya qilish.

Makrokanallarga ta'sir etish. Til ildizi kanallari yoki makrokanallar va ularning bo'limmalariga ta'sir qilishni ikki yo'l bilan instrument-asboblar va dorilar-medikamentlar yordamida o'tkaziladi.

Asboblar bilan ildiz kanallariga ishlov berish jarrohlik muolaja bo'lib, ulardagi pulpa va dentin chiriklarini olib tashlashga qaratilgan. Bu ish pulpekstraktorlar, drillborlar, Kerra ignalari va boshqa mayda asboblar yordamida bajariladi. Ammo bu ishni bajarishda periodont to'qimasiga salbiy ta'sir etishdan saqlanish zarur. Agar kanal tozalash ishi qo'pol ravishda bajarilsa, periodont to'qimasiga kanaldagi infeksiyani kirgizish kabi noxush holat ro'y beradi. Shuning uchun ildiz kanalini tozalashni o'z qoidasi bor: asbob kanalga kirishidan oldin unga, ya'ni kanalga 2-4% xloramin yoki 3%-ln vodorod peroksidi, antibiotik eritmasi, yoki antibiotik bilan ferment aralashgan eritma - medikamentoz-dorilar kiritilishi va o'shandan keyingina tozalangan steril asboblar bosqichma-bosqich, bir necha marta kiritilib chirindilar olib tashlanadi. Chirindilar-olib chiqqan asbob shu dorilarning birida yuvilgach, keyin yana kanalga kiritilib ish oxiriga etkaziladi. Tish kovagi kanallargacha ochilgandan keyin unga oldin infeksiyaga qarshi dori-medikament qo'yib, tish germetik bekitilishi yoki bemor kelgach, tish kovagi amputatsiya tariqasida ishlanib kanalga kirish qismlarigacha ochilib, dorilardan biri kovak tubiga solingach, o'sha paytning o'zida chirindilarni olish mumkin.

Demak, tish kanallariga, tez yoki tezlashtirilgan, uzoq, yoki sekinlashtirilgan uzaytirilgan ishlov berish usullari bor.

Kanaldagi infeksiyani zararsizlantirish uchun unga tez yoki tezlash-tirilgan ishlov berishdan maqsad, tish kovagi tubiga antiseptik quyushi

bilan kanal ichidagi chirindilar bosqichma-bosqich pulpekstraktor yordamida olinadi. Ildiz ignasiga paxtadan ingichka turunda qilib, uni toza antiseptikka (3%-li vodorod pereoksidi, 2-4%-li xloramin, antibiotik va fermentlarning biridan-tripsin, ximotripsin, xemopsin-eritmasi, antibiotiklar eritmasi kabilar) botirib, kanal yuviladi. Buning uchun tish kanali yaxshi o'tuvchi bo'lishi kerak.

Tezlashtirilgan usul o'tkir periodontitlar, qaytalangan surunkali periodontitlarni M.I. Groshikov usuli bilan I seansda davolanadigan tishlarda qo'llanishi mumkin.

Ikkinchi usul-sekinlashtirilgan yoki uzaytirilgan usulda esa, tish kovagi ishlanib, kanallarga kirish qismi ochilgach, kovak tubiga dori, ko'pincha o'z tarkibidan gaz yoki gazsimon modda ajratadigan dorilar (2-4% li xloramin, antiformin, 5-10%-li formalin kabilar) tamponga shimdirilib, 1-2 kunga qo'yiladi va kovak suvli dentin bilan gsmetik ravishda yopiladi. Tor yoki dentikllar bilan, ikkilamchi dentin bilan yopilib, o'tmas bo'lib qolgan tish kanallaridagi chirindilar tarkibidagi mikroblardan zararlantirish maqsadida yuqorida ko'rsatilgan antiseptiklardan tashqari, E.V.Borovskiy (1989) etilendiamintetrauksus (sirka) kislotasining natriyli tuzi (EDIL)ni qo'llashni tavsiya etadi. Bu dori kanalidagi tuzlarni eritish va shu yo'l bilan ularni ham zararlantirish, ham ma'lum darajada kanal(lar)ni kengaytirish imkonini beradi. Kanalni kengaytirishga sabab shuki, EDTA dentin kalsiysi bilan qo'shilib, dentinni eritadi. EDTAning 10-12%-li neytral yoki kam ishqorli eritmalari qo'llanadi. E'ng yaxshi dekalsinasiya effektiga bu kislotaning 20%-li uch qism aralashgan natriyli tuzi qo'llash bilan erishiladi.

EDTA bilan tish kanallarini kengaytirish quyidagicha bajariladi: kanalidagi pulpa yoki uning chirindilari olib tashlanadi, kanal vodorod peroksidi, spirt va efir oilan yuvilib quritiladi. Undan keyin 20%-li kompleksen (EDTA shunday deb yuritiladi)ni paxtaga shimdirilib tampon va turunda shaklida kanalga – uning o'tib bo'luvchi qismiga kiritiladi, 20-30 soniyadan keyin qo'yilgan tampon olinib, yangi eritma porsiyasi kiritiladi. Almashtirish 1-2 min. (2-3-5 marta) davom etadi. Keyin kanalga ishlov berishda qo'llanadigan asboblarda yordamida dekalsinasiyali dentin olinadi, kanal (etarli ravishda kengaygach) spirt bilan yuvilib quritiladi. Kompleksen predentindan kalsiy tuzlarini eritgach, kanalni drilbor bilan kengaytirish oson kechadi. Endodontik asboblarda yordamida kasallangan dentin qismlari olinadi va bu bilan kanalidagi biogen aminlar yo'qoladi, bu esa periodont to'qimasiga zarar keltiradigan omillarni daf qiladi. Shundan keyin, kanalga antiseptiklar yoki 0,1%-li lizosim: shimdirilgan turunda, tampon qo'yilib tish gemetik bekiladi.

Shunday qilib, sekinlashtirilgan, uzaytirilgan kanalni zararlantirish barcha surunkali periodontitlar (fibrozli, granullashgan, granulematoz, granulema) bilan og'rigan ko'p ildizli: tishlarni davolashda, xususan surunkali granullashgan periodontitlardagi oqmalarda bo'lganda qo'llani-



ladi. Lekin uzaytirilgan ishlov berishda, davolash jarayonini ko'p qatnovga majburlash mumkin emas, chunki bunday hollarda tishlarda og'riq, periodont to'qimasida sun'kali yallig'lanishni qaytalanganligiga o'xshash noxush sezgilar paydo bo'lishi mumkin. Demak, ko'p ildizli tishlarni davolash 2-3 yoki qatnovda tugashi kerak.

Mikrokanallar tizimiga ta'sir etishdan ko'zlangan maqsad shuki, dentin mikrokanallaridagi infeksiyani yopish, yo'lini to'sib, ularni makrokanal va periodontga tusha olmasligini ta'minlashdan iborat.

Mikrokanal tizimi eng ko'p mikroblar to'plangan joy xisoblanadi va ularga bevosita ta'sir etib bo'lmaydi, shuning uchun qo'llaniladigan dorilar etarli darajada mukolitik, diffuzion va impregnatik (erituvchi, tarqaluvchi va so'rilib ta'sir etuvchi) xususiyatlarga ega bo'lishlari shart.

Masalan, mukolitik xususiyatlarga fermentlar (tripsin, ximotripsin, ximopsin) bilan antibiotiklar eritmaları egadir.

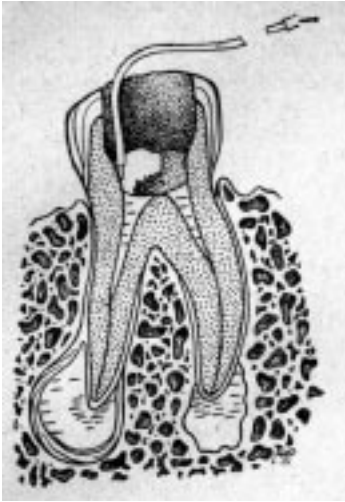
Yaxshi tarqalib so'riladigan-diffuznoy xususiyatlarga gazsimon moddalar-xlor (xloramin, antiformin), formaldegid (formalin), ba'zi metal tuzlari ega.

Keltirilgan dorilar turunda va tamponga shimdirilib kanal va kovak tubiga qo'yilib, tish 1-2 kunga gemetik bekitiladi. Agar tish gemetizmini ko'tara olmasa, ya'ni germetik yopilgach" og'riq bo'lsa (anaerob infeksiya) bu dorilar qo'yilgach tish kovagi suvli dentin bilan bekitilib dentin o'rtasidan igna yoki, zond bilan tubigacha teshik qoldiriladi.

Gemetizmga chidamsiz, ko'p ildizli periodontitlarini tez orada, asoratsiz davolash maqsadida L.R. Rubin (1959) ishlab chiqqan kanallarni 5%-li yod bilan elektroforez usulini T.X. Safarov (1966, 1967) muvaffaqiyatli qo'llab, juda ko'p boshqa mavjud usullar foyda bermaganligi tufayli olib tashlashga to'g'ri keladigan tishlarni davolab, saqlab qolishga erishganlar.

Bu usul quyidagicha utkaziladi: tish kovagi tozalanib, ildiz kanallari usti ochilgach, iloji boricha chirindilar olinadi va kovak tubiga 5% li yod eritmasiga shimdirilgan tampon qo'yiladi, tamponga tekkazilib izolyasiyalı mis elektrodining uchi ochilib qo'yiladi va ularning usti yopishqoq mumni spirtovka ustida eritilib qo'yiladi – gemetik bekiladi. Provolokaning ikkinchi ochilgan uchi galvanik apparatning manfiysiga (katod) ulanadi, musbat (atod) dagi simga 10X10 sm satxdagi qo'rg'oshin plastinkasi ulanib, u prokladka – bumaze, dokadan taglik (8-10 qavatli, taglikning qalinligi 1 sm atrofida bo'lib, suv bilan xo'llangandan keyin siqilgan, nam holda) qo'yib, bilakning tashqi tarafidagi terisiga bint (rezinkadan yoki biror materialdan) yordamida maxkam joylashtiriladi, bog'lanadi. Tok kuchi 3 milliampergacha bo'lib, muolaja 20 daqiqa davom etadi.

Tish ichidagi tampon tarkibidagi yod asta-sekin makro, mikrokanallar va periodont to'qimasiga o'ta boshlaydi va ko'rsatilgan 20 daqiqa muddatda tamoman yoki deyarli tamoman so'riladi. Vaqt o'tgach, bemor



13- rasm. Yod bilan elektroforez usuli.

apparatdan bo'shatiladi, mum, tampon va elektrod tishdan olinadi. Tampon oqligi-yodni tishga so'rilganidan darak beradi, demak davolash qoniqarli o'tkazildi deb qabul qilinadi. Shundan keyin yangi tamponga shimdirilgan yod yana tish kovagi tubiga qo'yilib, sun'iy suvli dentin bilan bekitiladi. Birinchi marta elektroforezdan keyin dentinni teshib qo'yish maqsadga muvofiqdir, chunki tish germetizmga chidamsiz, o'tkazilgan elektroforez etarli bo'lmasligi mumkin.

Ikkinchi bor bemor kelgach, so'rab bilinadi va yana shu tarzda elektroforez o'tkaziladi, tish germetik ravishda bekitiladi. Odatda, 2-3 marta, ba'zida 4-5 marta o'tkazilgan elektroforez davolashga etarli bo'ladi, ba'zida esa bir martasi ham kifoya. Tish germetizmga

chidamli bo'lgandan keyin odatdagidek, kanallar plombalanadi va doimiy plomba qo'yiladi.

Shuni ta'kidlash zarurki, germetizmga chidamsizlik tishlarda bo'lishi, kanal (lar) ning o'tuvchi va o'tmasligiga bog'liq bo'lmasligi ma'lum. Elektroforez usuli bilan surunkali periodontitlarni ildiz kanallari o'tmas tishlarda keng qo'llash tavsiya etiladi. Granulyomalarning katta-kichikligiga qarab 5-6 seansdan 12-16 seansgacha (N.A. Pachkayeva, 1966; T.X. Safarov, 1966) o'tkazishga to'g'ri keladi. Lekin, shu ish bajarilmasa, xususan o'tmas kanallar uchidagi granulemlar stomatogen o'choqqa aylanib, kasal tanasini zaxarlaydi, allergik holatga, surunkali sepsisga-autosepsisga olib kelib, septik endokardit, revmatizm kabi og'ir, bemorni qiynaydigan asoratlarning kelib chiqishiga sababchi bo'lib qolishi mumkin. Ana shunday granulyomalarning og'ir asoratlarini oldini olishga imkon beradigan, hozirgi kunda, kanal elektroforezidan boshqa davolash usuli yo'q.

Periodontitlarni davolashda, albatta tish kanallariga ishlov berishning samarasini oshirish uchun ularni asboblarda yordamida kengaytirish o'ta ahamiyatlidir. Kanallarni kengaytirish, u yerdagi pre-dentinni, oxak tuzlari cho'kmalarini (petrifikatlarini), dentikllarni eritib olib tashlash zarur. Kanallarda ularning to'planishi esa bemorning yoshi o'tgan sari yoki turli kasalliklar (gialinoz, diabet, mineral modda almashinuvidan kelib chiqadigan holatlar, paradontit, paradontozdagi distrofik jarayonlar) oqibatida yuzaga keladi. Ba'zida yosh bolalarda ham bu kasalliklar bo'lganda, tish kanallari petrifikatlar bilan yopilishi mumkin. Yuqorida aytilgandek, tish kanallari maxsus asboblarda - ildiz ignalari, qo'l va

mashina yordamida ishlatiladigan turli drillborlar, Kerrra ignalari kabilar keng qo'llaniladi.

Kanallar kengaytirilgach yoki ko'p ildizli tishlarda o'tmas kanallar iloji boricha kengaytirilgach, rezorsin-formalin aralashmasi (Alberxt, 1913) va kumush nitratini (Howe, 1916; Govseev, 1923; Ya.S. Pekker, 1930 va boshqalar) makro- va mikrokanallarga shimdirish – impregnasiya qilish qo'llaniladi. Buning uchun rezorsin-formalin usulida: 40% li formalin, rezorsin kristallarining suvdagi to'yingan eritmasi va katalizator sifatida 7% li natriy nitriti (NaOH) ishlatiladi. Rezorsin chirindi tarkibidagi mikroblarni va zararli moddalarni kuydiradi, formalin tarkibidan formaldegid gazi ajralib u ham antiseptik ta'sir etadi. Rezorsin bilan formalin o'rtasida polimerizatsiya reaksiyasi boradi va I.G. Lukomskiy (1958) ta'biricha, 10–14°C issiqlik ajralish (ekzotermik) bilan kechadi. Bu reaksiyani katalizator natriy nitriti kuchaytiradi, tezlashtiradi. Bu usulni qo'llashning bir necha modifikatsiyalari bor (A.I. Evdokimov, I.G. Lukomskiy, E.E. Platonov va boshqalar). Bularning natijasida, impregnatsiyadan keyin iloji boricha o'tmas kanallarning o'tuvchi qismlari rezorsin-formalin pastasi bilan to'ldirilishi bilan davolash oxirigacha etkaziladi. Rezorsin-formalin (1:2 mikdorda – 1 tomchi rezorsinga 2 tomchi formalin qo'shish bilan) aralashmasiga yumshoq pasta hosil bo'lguncha Sink oksidi tukuni (poroshok) qo'shilib pasta holda kanalga ildiz ignalari va kanal to'ldiruvchilar yordamida kirgizilib, kanallar to'ldiriladi, uning ustiga suvli sun'iy dentin pastasi, taglik va nihoyat, kovakka doimiy plomba qo'yiladi.

Keyingi yillarda rezorsin-formalin usuli o'rniga depoforez (periodont to'qimasiga zarar keltirmaydigan) usul qo'llanila boshladi. Bu usulda, dorilar kanalda to'planadi.

Kumush nitriti bilan impregnatsiya o'tkazish uchun: 4% li kumush nitratining (AgNO<sub>3</sub>) spirtli eritmasi va tiklantiruvchi 4% li gidroksinonning spirtli eritmasi qo'llanadi. Bular orasida tiklanish reaksiyasi, ya'ni AgNO<sub>3</sub> dan toza, ion shaklida Ag ajraladi va mikrokanallar ichida cho'kadi. Kumush ionining mikroblarni o'ldirish xususiyati qadimdan ma'lum: Agar kumush idishlarda suv ma'lum vakt saqlansa, undagi mikroblar o'lib suv tozalanadi.

Demak, kichik kanallardagi ion shaklidagi erkin kumush uzoq saqlanib, shu davr ichida mikroblarga qarshi kurashish bilan birga mikrokanallarni yopib turadi va ulardan mikroblarni makrokanalga tushushga va u erdan periodont to'qimasiga o'tib (reinfeksiya) uni yallig'lanishga olib kela olmasligini ta'minlab turadi. Undan tashqari, makrokanal devorlarida kumush oksidi (Ag<sub>2</sub>O) hosil bo'lib, parda shaklida devorni yopib turgani uchun ham mikrokanallardan mikroblarni makrokanalga tushishini to'sib turadi.

Shuni ta'kidlash zarurki, kumush nitratidan toza kumush ionini tiklanishi faqat tiklovchi gidroksinon ta'sirida bo'lmaydi, balki kanallar-

dagi organik moddalar – chirindi tarkibidagi mikroblar va ular o'lishidan hosil bo'lgan organik moddalar ta'siri ostida ham bo'lishi mumkin. Lekin, bu jarayon sekinlik bilan kechadi, ana o'sha reaksiyani tezlashtirish uchun gidroksinon qo'llanadi.

Kanallarni kumushlagandan keyin ularni iloji boricha davolash pastalari (yodofomli, rezorsin-formalin, fosfat-sement, adgezor va shunga o'xshashlar) bilan plombalanadi va doimiy plomba qo'yiladi.

Bu ikki impregnasion usuldan oldin, Bucleu (1904–1905) birinchilar qatorida infeksiyali, pulpa chirindilari bilan to'lgan ildiz kanallarini zararlantirish maqsadida trikrezol formalin preparatini tavsiya etgan edi. Bunda trikrezol formalin bilan qo'shib, unda formalin pulpa chirindilarining hosil qilgan narsalarini zararlantirishi, trikrezol esa u erdagi yog'larni parchalashi ko'zda tutilgan edi. Undan tashqari, trikrezol chirindilarni zararlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi degan edi, muallif.

Lekin keyingi kuzatuvlar bu usulning periodont to'qimasiga salbiy ta'sir etishi (ildiz uchida turli patologik o'zgarishlar) ni ko'rsatdi. Shuning uchun, bu usul hozirgi vaqtda qo'llanilmaydi.

Terapevtik (konservativ) davolash usullarini bir ildizli va ko'p ildizli tishlarni davolashda, ya'ni barcha tishlardagi surunkali periodontitlar, qaytalangan surunkali periodontitlar, kista-granulemalar (kattaligi 2 sm gacha)ni davolashda qo'llash mumkin. Bunda kanallardagi infeksiyaga qarshi kurash choralarini ko'rilmaguncha, kanallarni iloji boricha to'liq plombalash, kerak bo'lganda ildiz uchidan plomba ashyolarini granulema ichiga o'tkazish bilan tugatish lozim. Ma'lum vaqt o'tgach, kasal shikoyatlari davolangan tishda bo'lmasada, rentgenogrammadagi o'zgarishlar bilan (6–12–18–24 oyda) ma'lum muddatdan keyingi rentgenologik o'zgarishlarni solishtirish kerak bo'ladi. Agar oldingiga nisbatan emirilgan suyak o'zgarishlari kamayib borsa, demak davolash foyda keltirilganidan darak beradi.

### **Terapevtik va jarrohlik davolash usullari**

Terapevtik usullar keng va muvaffaqiyatli qo'llanadi. Lekin ba'zi hollarda bir tishni davolashda uning ma'lum qismini terapevtik yo'l bilan va ikkinchi bir qismini jarrohlik usul bilan davolashga to'g'ri keladi. Bunda, saqlangan tish qismi sun'iy koronka bilan yopilsa o'z vazifasini bajara oladi. Bir ildizli tishlarning ildiz cho'qqi qismlari qiyshaygan, ularning cho'qqisida granulema yoki kistagranulema bo'lsa, ularni rezeksiya qilish jarroh-stomatologlar tomonidan bajariladi.

Shunday qilib, quyidagi terapevtik-jarrohlik usullari mavjud: Ildiz cho'qqisini rezeksiya qilish (kesib olib tashlash), toj ildizli (koronoradikulyar separatsiya) qirqib tashlash, gemiseksiya va ildiz amputatsiyasi, tishni replantatsiya qilish.

Bu usullarni qo'llashdan oldin ildiz kanallari plombalangan bo'lishi shart.

**Ildiz cho'qqisini rezeksiyasi.** Bunda cho'qqining teshigi va uning atrofidagi patologik o'zgargan to'qimalarni kesib olib tashlashdan iborat jarrohlik ishlari bajariladi.

Periodontitni bu davolash usuli, ildiz cho'qqisida destruktiv suyak o'zgarishlari (emirilish, surilish) va anatomik ildiz qiyshiqligi, kanalning torligi tufayli plombalashning iloji bo'lmagan va kanalda mayda asboblarning sinib qolgan hollarda qo'llaniladi. Ildiz cho'qqisi rezeksiyasi hamma tishlarda emas, faqat yuqori jag'da o'tkazilishi mumkin.

Koronoradikulyar separatsiyasi pastki katta chaynov (molyar) tishlarda o'tkaziladi. Ildizlar bo'linadigan (bifurkatsiya) joyidan tish ikkiga-distal ildiz toj qismi bilan va medial ildiz toj qismi bilan – bo'linadi. Distal ildiz kanali o'tuvchi bo'lgani uchun, uni oxirigacha plombalash mumkin. Medial ildizdagi ikki kanal tor, o'tmas bo'lsayu, ildiz uchida granulema bo'lsa, kanallarni to'la plombalashni inkoniyati bo'lmasa unda gemiseksiya va ildiz amputatsiyasi operatsiyasi bajarilib, medial toj qismi bilan medial ildiz olib tashlanadi.

Agar medial ildizdagi kanallar ham yaxshi plombalansa, tish go'yoki ikki qismga ajratilib, ikkala qismga ham sun'iy qoplami kiygiziladi va tish atrofidagi o'zgargan to'qima olib tashlanadi.

Tish replantasiyasi deganda, kasallangan tish sug'urib olinadi, kanal(lar)i plombalanadi va doimiy plomba qo'yilib, yana jarroh uni o'z o'miga o'tkazadi (qo'yadi).

Jarrohlik usuli bilan periodontitlarni davolash deganda, terapevtik, terapevtik-jarrohlik usullari yordam bermagan paytlarda kasallangan tishni olib tashlash tushuniladi.

#### MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLAR

1. Qaysi turdagi surunkali periodontitlarni bilasiz?
2. Surunkali periodontitlarni tashhislash qay usulida o'tkaziladi?
3. Eng ko'p asoratlar beruvchi, qaytalanib turuvchi surunkali periodontit turini asoslab bering.
4. Yaxshi o'tuvchi kanallarni davolash usullari.
5. Yomon va o'tmas kanalli tishlarni davolash usullari nimalardan iborat?
6. Surunkali periodontitlarni davolashda qaysi fizioterapevtik usullar qo'llanadi?
7. Gemetizmga chidamsiz surunkali periodontit bilan og'rigan tishlarni qaysi usul bilan davolash mumkin?
8. Stomatogen o'choq deganda nimani tushunasi?
9. Terapevtik usullar yordam bermaganda, surunkali periodontitda qaysi davolash usullari qo'llanadi?

## **Periodontit bilan og'rikan bemorlarni davolash jarayonida qo'yilishi mumkin bo'lgan xatoliklar va ular oqibatida kelib chiqadigan asoratlar**

Boshqa tish kasalliklari (kariyes kasalligi, pulpit) ga o'xshash, periodontit kasalligini davolash jarayonida ham shifokorning e'tiborsizligi yoki bilimining pastligi oqibatida turli xatolarga yo'l qo'yilishi va ular oqibatida kelib chiqadigan asoratlar kuzatilishi mumkin. Xato va asoratlar tashhislash, qiyosiy tashhislashda ham bo'lishi mumkin bo'lib, o'tkir periodontit bilan og'rikan bemorlarda, xususan, o'tkir umumiy periodontitlarda paydo bo'ladigan og'riq xuddi shunday umumiy pulpit bilan og'rikan bemorlarda uchraydigan og'riqlarga o'xshashdir, lekin diqqat bilan kuzatilsa ular bir-biridan og'riqlarni paydo bo'lishi, rivojlanishi, hamda bemorning umumiy ahvoli turlicha turlicha bo'lganligi bilan farq qiladi. Yoki bo'lmasa, surunkali periodontitlar, xususan surunkali granulomatoz, surunkali granullashgan periodontitlarni e'tiborsiz ravishda almashinib tushinish mumkin. Buning uchun rentgenologik o'zgarishlarni yaxshi bilish kerak.

### **Tish kariyes kovagini borlar bilan ishlov berganda bo'lishi mumkin bo'lgan xatolar va ular oqibatida kelib chiqadigan asoratlar**

Periodontitni davolash uchun tish kariyes kovagi (yoki plomba, yoki plomba qoldiqlari)ni borlar bilan tozalash, amputatsiya shaklida ishlov berib, kanal(lar)ga kirish qismigacha ochish talab etiladi. Ana shu jarayonda yuqalashib qolganligi natijasida, yoki shifokorning e'tiborsizligi oqibatida tish kovagi devorining bir qismi sinib og'iz bo'shlig'iga tushishi, nafas yo'li yoki oshqozon – ichak yo'liga tushishi mumkin.

Xuddi shunday, borning bir qismi ham sinib og'iz bo'shlig'iga va undan tomoqqa yoki nafas yo'liga tushishi mumkin. Bu hol, xususan nafas yo'liga, o'tkir uchli yoki qirrali yot narsaning tushishi, bemorning burilib qolishiga, nafas olishi og'irlashuviga olib keladi. Natijada tez orada tegishli mutaxassis (lor – kasaliklarni davolovchi shifokor) yordami ko'rsatilishi, va agar buning iloji bo'lmasa, shifokor – stomatolog traxeostomiya operatsiyasini bajarishi shart.

### **Tish kanallarini tozalash, ulardan chiriklarni olib tashlash jarayonida uchraydigan xatolar va kelib chikadigan asoratlar**

Tish kovagi "amputatsiya" usulida ishlov berilgach, kanal(lar)ni ildiz ignasi, pulpaekstraktor, drillborlar (qo'l bilan va bormashina yordamida) bilan ishlov berish natijasida ham bu mayda asboblarning yoki ularni singan

qismlar ish paytida sinib qolishi mumkin, og'iz bo'shligiga tushishi va o'z vaqtida olinmasa, yuqorida keltirilgani kabi, nafas yoki oshqozon-ichak yo'liga tushib, turli ko'ngilsiz holatlarga olib kelishi mumkin. (amaliyotdan misollar keltirish kerak). Odatda, kanallardan chiriklarni olib tashlash bosqichma bosqich o'tkaziladi. Shu jarayonni bajarishda nihoyatda hushyor bo'lib, bu chiriklarni periodont to'qimasiga o'tkazib yuborilmaslik chorasini ko'rish zarur. Chirik massani periodont to'qimasiga kirgizib (tiqib) yuborish; o'tkir periodontitlarda jarayonni og'irlashuviga, surunkali periodontitlarda esa, yallig'lanish jarayonini qaytalanishiga olib keladi. (Oqibatlarini tushuntirish kerak).

### **Tish kanali (lari) ni plombalash jarayonida bo'lishi mumkin bo'lgan xatolar va kelib chiqadigan asoratlar**

Tish kanali (lari) ni plombalash jarayonida ham ishlatiladigan mayda asboblarni sinib qolishi va yuqoridagi ko'ngilsiz hodisalar ro'y berishi mumkin. Periodontitlarda kanal (lar) ni plombalash davolashning oxirgi bosqichi hisoblanadi. Shuning uchun, ildiz atrofi (uchi) dagi suyak yemirilishi. granulemaning katta-kichikligi (granulyoma, kista-granulema), umuman periodont to'qimasining ildiz uchi qismining holatiga qarab, plomba ashyosining ildiz uchidan chiqamasdan kanal (lar) ni plombalash kerakmi? degan savolga turlicha qarash (javob) bor. Bir guruh mualliflar

(A.A.Anishchenko, M.I.Groshikov, A.I. Marchenko va boshqalar) kanal (lar) ni plombalashda, plomba ashyosi ildiz uchidan chiqarilishi kerak deyishsa, boshqa bir guruh mualliflar (Ya.I. Gutner, T.T. Shkolyar, G.D. Ovruskiy 1968 va boshqalar.) bunday qilish shart emas yoki zararli deb hisoblashadi.

A.I. Sholoxova (1965) esa bu ikki usul plombalashning bir biridan ustunligi yo'q deb hisoblaydi.

E.V. Levitskaya va boshqalar (1973) o'z tadqiqotlariga asoslanib yozishadiki, ildiz uchidan periodont to'qimasiga chiqarilgan plomba ashyosi fosfat sement, yot narsa bo'lib, uzoq muddat ildiz uchidagi surunkali yallig'lanish jarayonini saqlanib kelishiga sabab bo'ladi.

Bizning kafedramizning fikricha, periodont to'qimasini holatiga qarab, ildiz uchigacha yoki ildiz uchidan chiqarib plombalash mumkin.

Ayrim paytlarda, ildiz uchidan chiqarilgan plomba ashyosidan keyin yallig'lanish jarayoni qaytalanib, doimiy og'riq, ozmi-ko'pmi ildiz atrofidagi to'qimalarning shishishi mumkin. Bu asoratlarni davolash uchun fizioterapevtik usullar (UVCH-terapiya, flyuktuorizatsiya, darsonvalizatsiya) ham og'izni iliq sodali eritma, shalfey, romashka kabi dorivor o'tlaridan tayyorlangan damlamalar yordamida chayish yaxshi natija beradi.

## **Xroniointoksikasiya holatining kechishi, tashhisi va davolash usullari**

Surunkali ichki zararlanish deganda, biz organizmdagi ma'lum a'zolar yoki tizimlarda joylashgan, yashirinib yotgan, bir qarashda, hattoki klinik-laboratoriya usullar bilan tekshirilganda, aniqlanishi qiyin bo'lgan yallig'lanish o'choqlaridan infeksiyani qon orqali uzoq muddat davomida butun organizmga tarqalishini tushunamiz.

Bu ta'sirotda organizm tomonidan ko'rsatilayotgan javob reaksiyasida xroniointoksikasiya darajasi namoyon bo'ladi. Yallig'langan o'choqdan infeksiyani organizmga qon orqali tarqalishi xroniosepsis holati deb tushuniladi.

Demak, xroniosepsis va xroniointoksikasiya bir-biri bilan uzviy bog'liq jarayondir. Shuning uchun bu ikki holatni birlashtirib o'rganamiz.

### **Xroniosepsis holatining kechishi, tashhisi, davolash usullari va bu holatlarning oldini olish chora-tadbirlari (profilaktika)**

Xroniosepsis va xroniointoksikasiya muammosi umumtibbiyot muammosidir. Chunki xronioseptik o'choqlar, nafaqat og'iz bo'shlig'i organlarida, balki ichki a'zo va tizimlarda (masalan: jigarda, oshqozon-ichak yo'llarida, bo'g'inlarda, buyrak-siydik yo'llarida va hokazo) ham bo'lishi mumkin.

Bu o'choqlar ko'pincha yashirin holatda joylashgan. Hozirgi zamon tibbiyot fanining asosiy vazifalaridan biri bo'lib, organizmda yashirinib yotgan surunkali yallig'lanish o'choqlarini topib davolash va ular asoratlari oldini olish (profilaktika) chora-tadbirlarini ko'rishdan iborat.

Sepsis – bu umumiy infeksiyon kasallik bo'lib, uning kelib chiqishida organizmda mavjud bo'lgan infeksiya o'chog'i sababchidir. I.V. Davydovskiyning ta'kidlashicha, sepsis kasalligida infeksiya turlaridan qat'iy nazar, kasallikning asosiy ko'rinishi barcha odamlarda deyarli bir xil bo'ladi. Ko'pincha stafilokokk, strepokokk va ichak tayog'chalari sepsisning kelib chiqishida asosiy rolni bajaradilar. Kasallikning ko'rinishi, rivojlanish darajasi, har bir kishida odam organizmining kuchli yoki kuchli emasligi, ya'ni reaktivligi hamda immunologik holati bilan bog'liq.

Infeksiya o'chog'i deganda nimani tushunish kerak? Bu – organizmning ma'lum joyida surunkali yallig'lanish o'chog'i bo'lib, u bir necha marotaba har xil dorilar ta'sirida bo'lgan bo'lishi mumkin, lekin o'choqda bo'lgan mikroblar kasallik qo'zg'alishi yoki boshqa surunkali kasalliklarni quvvatlab turish qobiliyatiga ega bo'lishi mumkin.

I.G. Lukomskiy, D.A. Entinlar tomonidan o'tkazilgan tadqiqotlar va klinik tekshiruvlar natijasida o'choqli infeksiya va og'iz sepsisi toksiko-



allergik va asab-trofik yo'llar bilan rivojlanishi taxmin qilingan. Bu mualliflar, og'iz bo'shlig'i surunkali yallig'lanish o'choqlarini aniqlash ustida ishlar olib borishgan. Infeksiya o'chog'i- bu mikroblar yig'ilgan joy bo'lib, ularning yashash joylarida hosil bo'lgan mahsulotlar, mikroblar toksin – zaharlari hamda chirigan to'qimalar (antigenlar vazifasini o'taydi) bo'lib, bu erdan reflekslar orqali doimiy ravishda asab reseptorlarining ta'sirlanishi bo'lib turadi.

Shuning uchun ham mahalliy va umumiy ta'sir kuchi nisbiydir.

O'choqlar o'tkir (bir necha soat yoki kunlar davomida) va surunkali (bir necha yillar) turlaridan iborat, shuning uchun ham septik reaksiyalar turlicha davomli bo'lishi mumkin.

Septik o'choqlarning joylashishiga qarab quyidagilarga bo'linadi:

1. Odontogen sepsis.
2. Otogen sepsis.
3. Tonzilyar sepsis.
4. Urogen sepsis.
5. Kindik sepsisi.
6. Paradontal sepsis va hokkzo.

Odontogen sepsis o'choqlari asosan yaxshi davolanmagan tishlarda, pulpasi olingan tishlarda bo'lishi mumkin. Undan tashqari, kariyes kovaklari ham shunday infeksiya o'choqlari bo'lib hisoblanadi. Surunkali periodontitlar, surunkali jag'lar osteomielitlari va boshqa shuningdek, surunkali kechadigan odontogen sepsis o'choqlari shu holatlarni tug'diradi. Doimiy surunkali infeksiya o'choqlari organizmda murakkab reaksiyalarning hosil bo'lishiga olib keladi, bunda infeksiya bilan hosil bo'lgan to'qima chirindilari antigen bo'lsa, bularga qarshi antitelolar hosil bo'ladi. Oqibatda allergik reaksiyalar kelib chiqadi.

Allergik ko'rinishlarning mexanizmidagi ikki omil rol o'ynaydi.

1. Kasallik keltirib chiqarmaydigan mikroblar.
2. Sensibilizatsiya jarayonida to'qimalar bilan autoallergenlar va autoantitelolarning o'zaro ta'siri.

Shuni ta'kidlash muhimki, og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirish (sanatsiya) odontogen infeksiya o'choqlarini kamayishiga, surunkali sepsis kasalligini oldini olishda muhim ahamiyatga egadir. Bu holat revmatizm bilan og'rigan bemorlar og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilinganda yaqqol ko'zga tashlanadi: sanatsiyadan keyin ikki yil o'tgach, sog'ayish 59%, yaxshilanish 30%, va faqat 10% revmatizm bilan og'rigan bemorlarda o'zgarish qolgan. Revmatizm qaytalanishida yana ham yaqqol ko'rinadi: Sanatsiya qilingan bemorlarda faqat 12,8% revmatizm qaytalanmagan bo'lsa, sanatsiya qilinmaganlarda esa bu miqdor 47,2% – ni tashkil etgan.

Eng qizig'i shundaki, Zabadning yozishicha, ruhiy kasalliklar (tutqanok, psixozlar) da og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish yaxshi natijalar berishi aniqlangan.

Og'iz bo'shlig'ini sanatsiya – sog'lomlashtirish ayrim kasallik holatlari va bemorning ahvoriga qarab o'tkazilishi kerak.

Masalan: Revmatizm kasalligining qo'zg'algan paytida sanasiya qilish uchun protrombin ko'rsatkichi (indeksi) ga asoslanish kerak. Bu ko'rsatkichning pastga tushishi jigar funksiyasini buzilishidan dalolat beradi. Bu paytda sanasiya o'tkazish mumkin emas. Yoki, infarktdan keyin 6–10 oy o'tkazib, sanatsiya qilish mumkin, nefrit bilan og'rikan bemorlarni esa 4–6 haftadan keyin. Albatta stomatologning ishi boshqa tibbiyot xodimlari – nefrologlar, gepatologlar, terapevtlar va boshqa mutaxassislar bilan bamaslaxat olib borilsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

Surunkali periodontitlardan tashkari, ildiz uchi periodantitlari tirik pulpali tishlarda ham kuzatilgan. Buning sababi, yopiq pulpitis (pulpitis clausa). Ketterl 262 tish rentgenogrammalarini tekshirib chiqib, ularda 1393 surunkali yallig'lanish o'choqlari borligini aniqlagan.

Bulardan pulpasi olingan (depulpasiya) tishlar 18,8% ni, tish bo'yin qismidagi jarayonlar 13,8% ni, tishsiz odamdagi o'choqlar 7,8% ni tashkil etgan, holos. Qolgan hammasida pulpa tirik bo'lgan.

Og'iz bo'shlig'idagi surunkali infeksiya o'choqlarini davolash juda ko'p kasalliklarni davolashga sababchi bo'lar ekanligi aniq.

Shuning uchun, og'iz bo'shlig'idagi surunkali yallig'lanish o'choqlari mahalliy emas, balki umumiy organizmga ta'sir ko'rsatadi deb tushunish shart.

Hozirgi zamon fani, og'iz bo'shlig'idagi o'choq – bu geterosensibilizasiya manbai (mikrob, dorilar) va organizmning autosensibilizasiyasiga olib keladigan omildir.

Og'iz bo'shlig'ining autosensibilizasiyasiga sababchi bo'ladigan omillar surunkali tonzillit, surunkali periodontitlar, surunkali pulpitis va paradontitlar, shuningdek olib tashlamagan ildiz atrofi kistalari, surunkali jag' osteomyelitlari, so'lak bezlarining surunkali yallig'lanishlari (sialodentit, sialostoz, sialodoksit), tish orqali rivojlanadigan gaymoritlar va boshqalar bo'lib hisoblanadi. Uzoq yillardan beri (A.I. Evdokimov. 1936 va boshqalar) paradont to'qimasidagi o'zgarishlar gingivitis, paradontit kasalliklari surunkali yallig'lanish o'choqlari bo'lib hisoblanishi ma'lum degan fikr bor. G.Z. Balyanskaya mikrobiologik, immunologik tekshiruvlar o'tkazib, paradont kasalliklarida kamida 15 sm masofadagi milk, suyak to'qimalarida yallig'lanish jarayonining kechishi va bu jarayon uzoq, surunkali davom etishi haqqoniy surunkali yallig'lanish o'chog'i bo'lib faoliyat ko'rsatishini ta'kidlaydi.

So'lak bezlarining surunkali yallig'lanishlari (sialodentit, sialostoz, sialodoksit), tish orqali rivojlanadigan gaymoritlar va boshqalar bo'lib hisoblanadi. Surunkali septik o'choqlar turlicha belgilangan:

- 1) "surunkali yallig'lanish o'chog'i";
- 2) "surunkali infeksiya o'chog'i";
- 3) "uyqusiradigan infeksiya o'chog'i";

4) "odontogen infeksiya o'choq'i";

5) "stomatogen o'choq".

Hozirgi vaqtda og'iz bo'shlig'idagi barcha surunkali infeksiya o'choqlari stomatogen o'choqlar deb ataladi.

Shunday qilib, og'iz bo'shlig'i a'zolaridagi surunkali yallig'lanish o'choqlari organizmning autoinfeksiya (ichki, o'z infeksiyasi) va autoinsoksikasiya (o'z-o'zini zaharlash) manbalari bo'lib, xisoblanadi.

O'choqli infeksiyalar ta'sirida kelib chiqadigan kasalliklar.

Maxalliy joylashgan yallig'lanish o'choqlaridan kelib chiqadigan kasalliklar patologik reaksiyaga olib keladi. Ichki a'zo va tizim kasalliklarining (yurak-qon tomir kasalliklari, tayanch-harakat apparati va boshqa kasalliklar) ko'pchiligi organizmdagi o'choqli infeksiya ta'siri ostida kelib chiqishi aniqlangan. Bularning aksariyati, sepsisga olib keladi.

Sepsis qanday rivojlanadi degan savolga aniq javob bo'lmasada, infeksiyon – allergik nazariya asosida bu holatni tushuntirsa bo'ladi.

Ko'pchilik stomatogen o'choqlar bilan bogliq septik holatlarda bemorlar organizmi-o'choqdagi streptokokklarga o'ta sezuvchan (sensibilizasiya) bo'lishi kuzatiladi. Buning natijasida streptokokklarga qarshi antitelolar antigenlar bilan birga hujayralarga ta'sir qilib, giperergik reaksiyani vujudga keltiradi va ma'lum alohida a'zoni jarohatlaydi. Bunda xarakati sekinlashgan tipdagi reaksiya shakllanadi.

### **Hujayra destruksiyasi**

Antigen-antitelo reaksiyasi natijasida hujayra tuzilishining buzilishi-destruksiyasi biologik faol-gistamin, asetil-xolin, serotonin va boshqalarni hosil bo'lishiga olib kelib, bu moddalar esa, qon orqali organizmga tarqalib turli a'zo va to'qimalarni o'zgarishiga sabab bo'ladi. Bular natijasida hosil bo'ladigan patologik reaksiyalar turli klinik ko'rinishlarni paydo qiladi. Shunday qilib kasallik kelib chiqadi.

Shuni alohida ta'kidlash kerakki, o'choqli infeksiyaning hosil bo'lishida juda ko'p sabablar bo'lishi ma'lum. Ular orasida etakchi o'rinda tish kanallarining turli anatomik xususiyatlarga ega bo'lishidir.

Kruger 129 ta o'liklardan olingan tish kanallarini o'rganib, asosiy ildiz kanalidan tashqari, yon kanallar borligini aniqlagan. Ba'zida ular asosiy kanal (lar) ni plombalagandan keyin rentgenogrammada ko'rinadi. Bitta qoziq (klik) tishda yon kanal milk cho'ntagiga tushishi va uning ichida chirindilar borligi qayd etilgan. Undan tashqari ba'zi bir ildizli tish deb atalgan (masalan, pastki qoziq tishlar) tishlarda ikki ildiz borligi ham aniqlangan.

Undan tashqari, tish pulpa to'qimasining o'lishi yoki undagi, turli patologik o'zgarishlar xar xil endodontik (tish ichidagi) o'choqlarni paydo bo'lishiga olib keladi:

- 1) pulpa to'qimasi yallig'langanda (pulpitlarda);
- 2) xar xil sement plombalari bor tishlarda;
- 3) travmatik okklyuziyada;
- 4) tish qattiq to'qimalarining yemirilishida (stertyost);
- 5) tishlarni o'ta charxlaganda;
- 6) pulpitlarni amputatsiya usuli bilan (ildiz qismidagi pulpalarda) davolaganda;
- 7) tish yon kanallari bo'lganda (ular plombalanmagan hollarda);
- 8) pulpa to'qimasining ichida bo'ladigan modda almashinuvi buzilgan hollarda;
- 9) tish kariyes kovaklarida.

Bu hollardagi endodontik o'choqlar asta-sekin autointoksikatsiyaga olib kelishi aniqlangan.

Albatta kariyes kasalligani va uning asoratlarini oldini olish profilaktikasiga asosiy e'tibor qaratilishi shart.

### **O'choqli infeksiya sababli rivojlanadigan kasalliklarni klinik ko'rinishlari**

Birinchi navbatda shuni ta'kidlash zarurki, bemorning subyektiv sezgilari obyektiv holatga to'g'ri kelmaydi. Bemorlar juda ko'p shifokor-mutaxassislariga turli shikoyatlar bilan murojaat qilib yuradilar. Stomatogen o'choqlar organizmning boshqa infeksiya o'choqlariga nisbatan ko'p uchrasada, bemorlar bilmasliklari tufayli stomatologlarga murojaat etmasdan, boshqa shifokorlarga, ko'pincha umumiy terapevtlarga ko'proq murojaat etadilar. Klinik ko'rinishlari turlicha bo'ladi. Kasallik ko'pincha tananing o'ta sovushi, o'ta charchash, jarohatlar, stresslar, o'tkir yuqumli kasalliklar (gripp, ORZ va boshqalar) oqibatida organizmning immunobiologik xususiyatlarining pasayishi munosabati bilan rivojlanadi, qo'zg'aladi, klinikada namoyon buladi.

I.T. Lukomskiy o'choqli infeksiyadan rivojlanadigan kasalliklarni 3 guruhga bo'lib o'rganishni tavsiya etadi:

- 1) kasallikning kelib chiqishi stomatogen o'choqlar bilan bog'liq;
- 2) stomatogen o'choq bor va u kasallikni og'irlashtirmoqda;
- 3) o'choqli infeksiya bilan bog'liqligi aniqlanmagan kasalliklar.

Ko'rsatilganlarning amaliyotda ahamiyati uncha yo'q.

G.D.Ovruskiy kuzatuvlari asosida 4 guruhga bo'ladi:

- 1) Streptokoklar ta'sirida rivojlanadigan infeksiyon- allergik kasalliklar;
- 2) autoallergik kasalliklar;
- 3) dori-darmonlarga sensibilizatsiyasi bor bemorlarda rivojlanadigan kasalliklar;

4) infeksiyali o'choqning uzoq muddat davomida ta'siri oqibatida organizmning nomunosib chidamligini pasayishi oqibatida paydo bo'ladigan kasalliklar.

Streptokokklar ta'sirida rivojlanadigan infeksiyon-allergik kasalliklarga xroniosepsis (surunkali sepsis) dan tashqari, septik endokardit, nomunosib miokardit, vaskulit, nefrit, kon'yuktivit, artrit va boshqalar ham kiradi.

Bu kasalliklar stomatogen o'choqlar bilan bog'liq bo'lib, asta-sekin rivojlanadi. O'choqli infeksiyadan rivojlanadigan autoallergik kasalliklariga revmatizm, volchanka, sklerodemiya, revmatizm artritlari, poli-artrit ham kiradi. O'z asosida auto-allergik komponent yotadigan o'choqli infeksiya sabab rivojlanadigan kasalliklarning xususiyatlari shundan iboratki, bunda o'choq go'yoki ikkinchi darajali bo'lib, kasallik o'zicha avj olaveradi, rivojlanaveradi.

Stomatogen o'choqlarni davolashda ishlatiladigan turli dorilardan kelib chiqadigan allergik reaksiyalar, odatda, vaskulit va eritemalar, kapilyarritlar, rinitlar, dematitlar, bronxitlar, bronxial astma xurujlari (pristuplari), artralgiyalar, qon tarkibining o'zgarishlari (gemorragiya, anemiya, leykositoz, leykopeniya va boshqalar) kabi kasalliklarda ko'rinadi.

O'choqlar o'pkaning o'tkir va surunkali kasalliklari, uzoq va surunkali kechadigan yurak kasalliklari, oshqozon-ichak yo'llari kasalliklari, asab tizimi, buyrak, jigar, qon tizimi, xafaqon (gipertoniya) kasalligi va boshqa xastaliklarning kelib chiqishi, og'irlashuvi va davomli kechishiga olib kelishi mumkin. Organizmning immunologik holatini buzilishi (o'zgarishi) yuqumli kasalliklarni kechishiga ham salbiy ta'sir ko'rsatishi aniqlangan.

O'choqli infeksiyadan hosil bo'ladigan kasalliklar asta-sekin rivojlanadi.

Ba'zi bemorlarning umumiy holati o'zgarsa, ba'zilarida maxalliy to'qimalardagi o'zgarishlar kuzatiladi. Qanday klinik kechishidan qat'iy nazar, bu kasalliklar uzoq muddat davom etishi va tez-tez qaytalanish xususiyatiga ega.

Boshida bexuzurlik, tezda charchab qolish, bosh, bo'g'in og'riqlari, yurak tez urishlari, unda og'riqlar, ishtaxaning buzilishi, umuman lanjlik, tajanglik, qo'l barmoqlarining ortiqcha dag'illab qolishi, tananing ozishi, kam quvvatlik, uyquning buzilishi, tana xaroratining ozgina ko'tarilishi (sub'fibrilitet) kabi holatlar birin-ketin sezila boshlaydi. Bemorni obyektiv tekshirishda, qondagi o'zgarishlar (granulositopeniya, limfasitoz, eritrositlar cho'kishini tezlashuvi – SOE, gemoglobin, eritrositlar miqdorini kamayishi va boshqalar), tez-tez shamollash kabi o'zgarishlar borligini qayd qilish mumkin.

Ammo, ba'zi holatlarda ma'lum tana a'zosidagi o'zgarishlar birinchi navbatga chiqadi. Masalan, revmatizm da bo'g'inlarni shish-

ganligi, ulardagi og'riqlar va ular xarakatlarining chegaralangani ko'zga tashlanadi.

Umuman olganda, o'choqli infeksiyadan yuzaga keladigan kasalliklarda, to o'choq (asosiy sabab) yo'qotilmasa, rivojlangan kasalliklar ko'ngildagidek davolanmaydi yoki davolash foyda bermaydi.

### **Ularni tashhislash va tekshirish usullari**

Tashhisini aniqlash uchun juda ko'p usullar taklif etilgan. Ularning barchasi vegetativ asab tizimining qo'zg'aluvchanligini o'zgarishi, vazomotorlar holati va kapillyarlarning o'tkazuvchanligini aniqlashga qaratilgan.

Ba'zi testlar maxalliy xarakterga ega, masalan: gistamin testi.

Bu kasalliklarni tashhisini aniqlash ancha qiyin, ba'zida shifokor, ba'zida bemor o'choq borligiga ahamiyat bermasligi mumkin, chunki klinik belgilari uncha rivojlanmagan. Shuning uchun birinchi navbatda og'iz bo'shlig'idagi davolangan, plombali tishlarni, plombalangan tish kapali (lar) ni (plombalangan darajasi), ularni davolashda nimalar, qanaqa plomba ashyolari qo'llanilgan, depulpasiya qilingan tishlar, ildiz atrofi va uchidagi suyak to'qimalari, ildizaro suyak to'qimasining holati, paradont to'qimasi va undagi o'choqlar, chiqmay va chala chiqqan aql tishlari atrofidagi suyak to'qimasidagi yallig'lanish holatlariga ahamiyat berish zarur. Sun'iy qoplamalar bilan qoplangan tishlarga alohida e'tibor berish kerak.

Surunkali periodontitlarni tashhisi uncha qiyin ish emas, rengenogrammada ko'ringan o'zgarishlar asosida fikr yuritish kerak. Ba'zi bemorlarning ayrim metaldan ishlangan plombalar, xar xil xidli (yodofom, efir yog'lari) plomba ashyolari (kanal ichidagilar) ham allergik holatga sababchi, chunki sensibilizasiya holatini paydo qildirishi mumkin.

Stomatogen o'choqlar ko'pincha mishyak pastasi qo'llab davolangan pulpit kasalligida ko'rinadi, chunki o'tmas yoki etarli o'tilmaydigan tish kanallarida qolgan qoldiq pulpa qayta yallig'lanishi (pulpoperiodontit) va ildiz uchidagi suyak to'qimasining yallig'lanishiga olib keladi.

T.X. Safarovning (1967) nomzodlik dissertatsiyasida birinchi bor, pulpit bilan og'rigan bemorlar tishlarini mishyak pastasini qo'llab davolagandan keyin (4, 5 yil o'tgandan keyin) ham, o'tmas yoki yomon o'tuvchi tish kanallarida qoldiq pulpa borligi va bu ildiz uchidagi suyak to'qimasida emirilishlar, granulyomalar borligi hosil bo'lganligi termodiagnostika, elektrodontodiagnostika va rentgenogrammalarda aniqlangan. Bu hollarda "qoldiq pulpit", "pulpoperiodontit" deb tashhis qo'yish tavsiya etilgan. Agar shu bemorlar tekshirilib ko'rilsa, ularning ko'pchiligida organizmning ayrim dorilarga nisbatan sezuvchanligi-sensibilizasiya borligi qayd etiladi.

Stomatogen o'choqning ta'sir kuchini aniqlash uchun kapilyaroskopiya, elektro testlar, vansinodiagnostika, gistamin testi kabilar qo'llaniladi.

Eng yaxshisi, Renke taklif etgan gistaminokon'yuktival testi bo'lib, bunda ko'z xaltasiga 1–2 tomchi 1:1000000 yoki 1,500000 miqdorida suyultirilgan gistamin qo'yiladi. Agar organizmda stomatogen o'choq bo'lsa, 1 daqiqadan keyin ko'z kosasining kapillyarlari kengayadi va ko'z hamda kipriklar qizaradi. Bu holat taxminan 10 daqiqadan keyin izziz yo'qoladi, bemorga zarari yo'q.

Teriga elektr toki (elektrotest) ta'sir qilib terida va milkning shilliq qavatida, stomatogen o'choqqa yaqin joydagi og'riq sezgisini va qizarish o'choq'i (giperemiya) borligini bilish mumkin.

Bu o'zgarishlar asab qon tomirlar tizimidagi morfologik va funksional buzilishlarga bog'liq. Shunday qilib, stomatogen o'choqlar borligi rentgenologik tekshiruvlar, qon tarkibini tekshirish, kapillyarlar chidamliligi, streptokokk allergiklari yordamida aniqlash, teri allergik sinamalar, revmatizm omillarini aniqlash kabi usullar yordamida aniqlanadi. Albatta bemor bilan savol-javob o'tkazish katta ahamiyatga ega.

**Davolash.** Stomatogen o'choq borligi aniqlangach, uni davolash qiyin emas. Agar kasallangan tish, ildizlarini davolashni imkoni bo'lsa, ularni (ildizlarni) qayta plombalash, qoldiq pulpani olib tashlash, tish kanallarini qayta, organizmga ziyonsiz plomba ashyolari (sementlar, adgezor, gutapercha va boshqalar) bilan plombalash zarur. To'la chiqmagan aql tishlarini olib tashlash kerak. Surunkali periodontit bilan og'riq tishlarni to'la qonli davolangan deb shuni tushuniladiki, qachonki davolangan tish o'z vazifasini to'la ado etsa, kanal (lar) to'liq plombalangan bo'lib, rentgenogrammalarda (davolangandan 8 oy–1,5–2 yildan keyin tekshirilib ko'rilganda) yemirilgan suyak to'qimasi o'rniga yangi suyak paydo bo'la boshlagan yoki to'liq, paydo bo'lgan hollarda.

Agar kanal (lar) to'liq plombalangandan keyin ham ma'lum muddat o'tgach, ildiz uchidagi emirilgan suyak to'qimasi qayta tiklamagan yoki u yana ham kattalashgan bo'lsa, bemor ma'lum noqulay sezgilar sezsa, unda davolanish qaytadan o'tkazilishi kerak, chunki bu holatlarda stomatogen o'choq borligi va u bemorga salbiy ta'sir ko'rsatayotganidan dalolat beradi.

Depulpatsiya qilingan tishlarda esa, kanal to'liq (iloji boricha) davolangan – plombalangan va keyingi rentgenogrammalarda ildiz uchidagi suyak to'qimasida o'zgarish bo'lmasa, yaxshi davolangan deb hisoblanadi.

Kasalxonada (statsionar) yotgan bemorlar og'zini sanasiya qilish uchun stomatolog davolovchi shifokorlar (terapevtlar, endokrinologlar, jarrohlar va boshqa mutaxassislar) bilan maslaxatlashib olib borishi shart.

Stomatogen o'choqlar ta'sirida rivojlangan kasalliklarni davolandi deb xulosa chiqarish uchun, bemorning ahvoli va 6–8 oydan keyin maxalliy to'qimalarning holati xisobga olinishi zarur.

## MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLAR

1. Kariyes kovgiga ishlov berayotganda qanday xatoliklarga yo'l qo'yish va uning oqibatida qanday asoratlar kelib chiqishi mumkin?
2. Tish kanaliga ishlov berayotganda qaysi xatolarga yo'l qo'yish va ular oqibatida kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlar to'g'risida nima bilasiz?
3. Tish kanalini plombalashdagi xatoliklar va kelib chiqadigan asoratlarning eng muximlari to'g'risida gapirib bering.
4. Sepsis, xroniosepsis degani nima?
5. Surunkali sepsisda bemor shikoyatlari?
6. Autointoksikatsiyani tashhislash uchun qaysi usullar qo'llanadi?
7. Stomatogen o'choq turlari haqida nimalarni bilasiz?
8. Surunkali sepsisni oldini olish va davolash chora-tadbirlari nimalardan iborat?



## VIII bob

### PARADONTOLOGIYA TO'G'RISIDA UMUMIY TUSHUNCHA, TERMINOLOGIYA

Par – **atrof**, odont – **tish**, logos – **fan**, demak paradontologiya degani, tish atrofidagi to'qimalarni o'rganadigan fandir.

Paradont to'qimalariga milk, alveola, suyak to'qimasi, periodont va tish to'qimalari kiradi, paradont to'qimalari o'zaro irsiy (genetik), morfologik va funksional bog'liqdir.

Demak, paradont – bu tish va uning atrofidagi to'qimalarning yig'indisi, kompleksidir.

Akademik N.N.Nesmeyanov (1905) birinchi bo'lib, bu to'qimalarni kompleksini amfodont a'zosi (organi) deb atashni taklif etgan. Kasallikda bu to'qimalarni biri zararlanishining ikkinchisiga o'tishi yoki birdaniga hammasi kasallanishini xisobga olib, ularni to'qimalar yig'indisi – kompleksi deb qabul qilishni tavsiya etgan.

Keyinchalik, chet el olimlari turli termin-atamalar bilan atashni taklif qilishgan – "paradensium", "paradont" kabilar. 1914–1921- yillarda Weski "paradensium", Kantorovich (1923) "paradont" degan terminlarni tavsiya etishgan.

Paradont degan atama hozirgi zamonda butun dunyo stomatologlari qabul etgan atamadir. Paradont to'qimasida kechadigan kasalliklarni amfodontoz (I.G. Lukomskiy, 1948), "paradontoz", "paradontit", "paradontopatiya", "alveolyar piorreyasi" kabi nomlar bilan ataya boshlashgan.

Hozirgi zamonda, paradont kasalliklarini "gingivit", "paradontit", "paradontoz", "idiopatik kasalliklar", "paradontomalar" deb atash qabul qilingan – bu atamalarning har biri o'z ta'rifiga yarasha o'z o'rnida qo'llaniladi.

#### Tarixiy ma'lumotlar

Paradont kasalliklari qadimdan ma'lum. Adabiyotlarda bizning eramizdan 3000–5000 yil oldin Vavilon, Assiriya kabi mamlakatlar arxeologlari, o'sha davrda yashagan odamlarda hayot bu kasallikni bo'lganligini aniqlashgan. Bunday ma'lumotlar bizning asrimizdan oldin

xitoyliklarda (2500 yil) ham borligi, ularni davolash to'g'risida ko'rsatmalar borligi ma'lum. Gippokrat asarlarida bizning asrimizdan 500 yilgari ham paradont kasalliklarini davolash choralari yozilgan. Gippokrat fikricha, tishlarni qimirlab, asta-sekin tushib ketishiga tanadagi sharbat (sok) larning (qon, shilliq modda, qora va sarig' o't), muvozanati o'zgariganligiga bog'liq.

Shunday qilib, paradont kasalliklarini nomini belgilash, qanday yoki nima deb atash kerak degan masala uzoq, vaqtlar ko'ndalang bo'lib turgan. Shuning uchun ham turli nomlar yuzaga kela boshlagan. Blessing 50 dan ortiq, Mamlock 100 ga yaqin nomlar taklif etilganini Vma 1911-1912- yillarda sanab chiqishgan.

Ulug' daxo Abu Ali Ibn Sino (Avisenna) (980-1037) ning mashhur "Tib qonunlarida" ham juda ko'p stomatologik kasalliklar, jumladan milk kasalliklariga bag'ishlangan boblar mavjud. Undan oldin (936-1013) va bir davrda yashagan Abul Qozim asarlarida paradont kasalliklari maxalliy sabablarga bog'liq ekanligi, tish toshlari sababchi ekanligi keltirilgan. Abul-Qozim o'z davrida tish toshlarini olish uchun maxsus asboblar yasagan va qo'llagan, milk kasalliklarini davolash yo'llarini ko'rsatgan.

XV asr boshlarida Ambroise Pare paradont kasalliklarining kelib chiqishida ichki kasalliklar, xususan oshqozon kasalliklari, XVI asrda Forest esa asab kasalliklarni, XVII asrda Fauschard (1726-1746) paradont kasalligi Skorbug (singa) niig bir turi sifatida kechadigan holat ekanligini ta'kidlashgan. Fauschard paradont kasalligi kelib chiqishida noto'g'ri tumush tarzi, o'ta aqliy mehnat va tananing tuzilishi (konstitutsiya)-uning xosligi rol o'ynashini ham ta'kidlaydiki, bu hozirgi tushunchalarga ham hamoxangdir.

XIX Toirac paradont kasalligini "alveolyar piorreya" - "alveoladan yiring oqish" "interalveolyar yiring oqish", ya'ni mahalliy kasallik deb qarash kerakligini ta'kidlaydi. XX asrda paradont kasalliklarini o'rganish, davolash usullarini ishlab chiqishda juda ko'p ma'lumotlar to'plana boshlandi.

XIX asrda rus olimlari N.N. Znamenskiy, XX asrda esa N.N. Nesmeyanov paradont kasalliklariga bag'ishlangan doktorlik dissertatsiyalarini yoqlashdi.

Bu sohada chuqur va qimmatli ma'lumotlarni ishlab chiqqan N.A.Astaxov, A.I.Evdokimov, L.M.Landenbaum, P.B. Lvov, D.A. Entin, I.O. Novik, keyinchalik A.I. Ribakov, E.E. Platonov, L.R. Rubin, V.Yu. Kurlyandskiy, N.F. Danilevskiy va ko'pgina boshqa olimlar paradont kasalliklarining turli qirralari bo'yicha munosib hissa qo'shdilar.

Keyingi yillarda I.S. Mashchenko, T.V. Nikitina, E.V. Belchikov, T.X. Safarovlar paradont kasalliklarining kelib chiqish sabablari, undagi immunologik o'zgarishlar va ularning paradont kasalligidagi axamiyatlari, kasallikni davolash, uni oldini olish chora-tadbirlari to'g'risida hozirgi

zamon fan yutuqlaridan foydalanib, qimmatli ma'lumotlar bilan bu sohani boyitdilar.

Hozirgi paytda, tadqiqotchilar paradont kasalliklarini asosan ichki a'zo va tizim (oshqozon-ichak kasalliklari, modda almashinuv buzilishi, yurak-qon tomir kasalliklari va boshqalar) kasalliklari, stress, ekologik holatlar va boshqa organizmga salbiy ta'sir etuvchi omillardan kelib chiqishini ta'kidlashadi. Albatta maxalliy sabablar (tish toshlari, og'iz tozalik qoidalariga rioya qilmaslik, prikusning buzilishi va hokazo) ham kasallikni og'irlashtiradi degan fikrni olg'a surishadi.

### **Paradontning anatomik va gistologik tuzilishi, fiziologiyasi**

Paradont to'qimasi quyidagi a'zolari o'z ichiga oladi: 1. Milk. Uni ikkiga bo'lib o'rganamiz va bu paradont to'qimasining anatomiyasini bilishda ahamiyatlidir:

a) yumshoq yoki erkin milk qavati. Bu qavat og'iz bo'shlig'i, aynan milkni yopib turuvchi epiteliyning ostida joylashgan, xarakatchan, yumshoq milkdir; b) qattiq xarakatsiz milk qavati. Bu qavat alveola suyagini yopib turgan, suyak ustki pardasidir. 2. Alveola suyagi. 3. Iyeriodopt ildiz sementi bilan alveola suyagi orasidagi bo'shliq-periodont yorig'ini, to'ldirib turuvchi to'qima. 4. Tish to'qimalari (birinchi navbatda ildiz sementi, tish toj qismida joylashgan). 5. Emalni yopib turuvchi Nasmit qobig'i, pardasi.

Demak, paradont, to'qimasi yumshoq va qattiq to'qimalardan iborat ekan. Yumshoq to'qimalariga – 1. Milk (uning yumshoq qismi). 2. Periodont. 3. Nasmit qobig'i (uni ham yumshok, ham qattiq, ya'ni oraliq to'qima desa bo'ladi) kiradi va qattiq to'qimalariga. 1. Ildiz sementi. 2. Alveola ustidagi qattiq milk (uni ham oraliq to'qima desa bo'ladi). 3. Alveola suyak devorlari kiradi.

Bu to'qimalar genetik va fiziologik (bajaradigan vazifasi, oziqlanishi, innervasiyasi) umumiyliги bo'lsada, gistologik tuzilishlari bir-biridan farq qiladi. Demak, paradont to'qimasi, deganda biz tish va uni o'rab turuvchi to'qimalar yig'indisini tushunishimiz lozim: tishning emali, dentini, sementi, milk, alveola suyagi bir bo'lib paradont to'qimasini tashkil etadi. Paradont to'qimasini meyyor (norma)dagi holatini bilish, undagi ke chadigan kasalliklarni aniqlashda, to'qimaning moslashish (adaptasiya) darajasini o'rganishda muxim ahamiyatga ega.

Milk epiteliy va xususiy parda (qavat)dan iborat, faqat tishlararo milkda shilliq osti parda uncha rivojlanmagan holda, bor. Boshka joylardagi shilliq parda va teridan milkning gistologik tuzilishi ancha farq qiladi. Bu farqlar, uning bajaradigan vazifalari bilan bog'liqdir.

Tish bo'yin qismida qattiq milk qavati kelib, aylanma boylamga qo'shiladi, emal ustidagi Nasmit qobig'i ham bo'yin qismida aylanma

boylam ustiga kelib qo'shiladi. Tish bilan milk (yumshoq) orasida chuqurcha hosil bo'ladi va u normal fiziologik cho'ntak deb ataladi. Normada u 2 mm chuqurlikda bo'ladi deb qabul qilingan.

Shunday qilib, milk: 1) milk so'rg'ichlari; 2) mirginal milk; 3) alveola ustidagi milk qismlaridan iboratdir.

E.V. Borovskiy va boshq. (1998) paradont to'qimalarini o'rganishda milkni ikkiga – tishlararo joylashgan milk va alveola milklariga bo'lishni tavsiya etadilar.

Tishlararo milk deb, qo'shni tishlar oralig'idagi milk tushinilsa, alveola ustidagi milk deb, alveola o'simtasini yopib turuvchi (qattiq xarakatsiz) milkni tushinish kerak. Alveola milki og'iz daxlizi (vestibulum oris) tomonda jag'ni va og'iz burmasini yopib turuvchi shilliq pardaga o'tadi; og'iz bo'shlig'i tomondagisi esa, yuqori jag'da qattiq tanglay shilliq pardasiga o'tadi. Tishlararo joylashgan tish so'rg'ichlari uchburchaksimon, yuqori cho'qqisi, burchagi, tishlarning kesuvchi (chaynov) yuzlariga qarab joylashgan va qo'shni tishlar oralag'ini to'ldirib turadi. Agar tishlar siyrak joylashgan yoki ularning ayrimlari olingan bo'lsa, tishlararo so'rg'ichlar uchburchaksimon shaklini yo'qotadi va tish bo'yin qismida alveola milkiga o'tadi.

Tish bo'yin qismidagi milk marginal – chetki milk deb ataladi. Bunday bo'linishlar, paradont to'qimasining qaysi qismida patologik o'zgarishlar borligini ko'rsatib, klinikada katta ahamiyat kasb etadi.

Milk shilliq pardasida shilliq osti qavat bo'lmaganligi uchun, tishlar aro alveolyar milklar rangi meyyorda oq-qizg'ish bo'ladi. Meyyorda milk to'qimasida dog'lar (pigment) paydo bo'lishi (melanin yig'ilib qolishi) mumkin. Unda oq-qizg'ish rangli milkda to'q-jigarrang, ko'kimtir rangli dog'lar paydo bo'lishi mumkin. Bunday dog'lar og'iz shilliq pardasining ayrim joylarida ham bo'lishi, ularning ayrim kasalliklar (og'ir metal tuzlari bilan zaxarlanish – qo'rg'oshin, vismut va boshqalar) oqibatida paydo bo'ladigan patologik o'zgarishlardan farqlash zarur.

### **Milkning gistologik tuzilishi**

Milk ko'p qavatli yassi epiteliy va xususiy pardadan iborat bo'lib, bu erda shilliq osti qavati deyarli yo'q yoki yaxshi rivojlanmagan. Meyyorda epiteliy shoxlanadi va undagi donador qavati hujayralarining sitoplazmasida keratogialin bor. Epiteliyning shoxlanishini ko'p tadqiqotchilar unga ta'sir etuvchi mexanik, temuk, kimyoviy omillardan ximoyalaniish vositasi ekanligini ta'kidlashadi. Meyyorda, epiteliy 50% odamlarda shoxlanish xususiyatiga ega. 40% hollarda epiteliydagi tikanaksimon kabatdagi yuza hujayralar mexanik ta'sirotlar oqibatida yassilanib parakeratoz holatini yuzaga keltirishi mumkin.

Mikroblar va ulardan ajralgan zaxarlarni epiteliy ostida joylashgan to'qimalarga o'tishiga to'sqinlik qilish epiteliyning eng muxim ximoya

vazifasidir. Bu vazifani epiteliy o'z tarkibidagi ko'p qavatli yassi epiteliy-dagi hujayralararo joylashgan bog'lovchi, yopishqoq modda tarkibidagi glikozaminoglikanlar yordamida bajaradi. Nordon glikozaminoglikanlar murakkab yuqori molekulali birikmalar bo'lib, ular bog'lovchi to'qimaning oziqlanishi, regenerativ jarayonlar va to'qimaning o'sishiga katta axamiyatli ekanligi aniqlangan.

Meyyorda paradont to'qimasida gistoximik tekshiruvlar neytral glikozaminglikanlar (glikogenlar)ning epiteliyda borligi aniqlangan. Glikogen asosan tikanaksimon qavatda, kam miqdorda uchraydi va odam yoshi o'tishi bilan kamayib boradi. Glikogen shuningdek, qon tomir devorlarida (endoteliy), tomir ichidagi leykositlarda ham bor. RNK asosan epiteliyning asosiy (ona, o'suvchi, bazal) qavatidagi epiteliy hujayralarining sitoplazmasida va qo'shuvchi to'qimaning plazmatik hujayralarida joylashgan. Epiteliyning yuzaki shoxlanuvchi qavatlaridagi sitoplazmalar va hujayralar o'zaro bog'lanadigan joylarida glikozaminoglikanlar sulfgidril guruhlari topilgan. Milk yallig'langanda (gingivit)da va paradont to'qimasi yallig'langanda (paradontitda) hujayralararo bog'lanish buzilib shishlar paydo bo'lganda hujayralardan sulfgidril guruhlari yo'qoladi.

**Periodont** to'qimasining qon tomirlari devorlarida kollagen tolalarining tutamlarida neytral glikozaminglikanlar mavjud. **Birlamchi sementda** ular oz miqdorda, **ikkilamchi sementda** esa, ancha ko'p neytral glikozaminglikanlar borligi aniqlangan.

**Alveola suyagida** ular asosan osteon kanallari atroflarida uchrashishi aniqlangan. Nordon glikozaminglikanlar paradont to'qimasining milkda, milk so'rg'ichlarida, bazal membranasida uchraydi. Stromada (kollagen tolalar, tomirlar) kam. Semiz hujayralarda geparin bor. Gialuron kislotasi – gialuronidaza tuzilishining kapillyar – qo'shuvchi to'qima tuzilishlarining o'tkazuvchanligiga ta'siri to'g'risidagi ma'lumotlar bor. Gialuronidaza (mikrob yoki to'qima ishlab chiqargan) glikozaminoglikanlarni depolimerizatsiya qilib, gialuron kislotasining oksid bilan bog'liqligini buzadi (gidroliz) va shu bilan bog'lovchi to'qimaning o'tkazuvchanligini oshiradi va oxir-oqibatda uning to'suvchi (barer) vazifasini bajara olishi qobiliyatini yo'qolishiga olib keladi.

Demak, glikozaminoglikanlar paradont to'qimasining mikroblardan, ularning zaxarlaridan saqlanish – ximoyalaniishini ta'minlaydi. Milkning qo'shuvchi to'qima elementlari orasida eng ko'p fibroblastlar, kamroq gistiositlar va limfositlar, undan ham ozroq semiz va plazmatik hujayralar uchraydi.

Meyyordagi milkda semiz hujayralar tomirlar atrofida, xususiyl pardaning so'rg'ich qavatida to'planadi (A.L. Shchedogubov, 1978). Semiz hujayralarning bajaradigan vazifalari to'la aniqlanmagan. Ularda geparin, gistamin va serotoninlar bor va ular glikozaminoglikanlarni hosil bo'lishida qatnashishi aniqlangan (N. Fullmer, 1967).

**Tish – milk boylanishining tuzilishi** to'g'risida juda ko'p tadqiqotlar olib borilgan. Bu tuzilmaning ahamiyati shundan ma'lumki, yallig'lanish dastlabki shu erdan boshlanadi. Milk epiteliyasi og'iz epiteliyasi, milkning tish yuzasi bo'shliq epiteliyasi va bog'lovchi epiteliyalardan iborat. Og'iz epiteliyasi – ko'p qavatli yassi epiteliy, bo'shliq epiteliysi esa, ko'p qavatli va bog'lovchi epiteliy orasidagidir.

Hozirgi zamon ilmiy asoslari shuni ko'rsatadiki, bu tuzilma ancha (hosil – paydo qiluvchi) regenerasiya xususiyatiga ega. Epiteliyning emal pardasi bilan bog'langanligi buzilishi, tish milk cho'ntagining hosil bo'lishidan darak beradi. Ba'zilar (E.V. Borovskiy, 1989) tish bilan milk orasida, meyyorda hosil bo'lgan joyni "Normadagi milk cho'ntagi" o'rniga milk ariqchasi deb ataydilar. Patologik holatlarda "patologik tish-milk cho'ntagi o'rniga esa "cho'ntak" iborasini qo'llab, agar bu holat faqat milk chegarasida bo'lsa, uni "milk cho'ntagi", paradontning hamma to'qimalarida patologik holat bo'lganda esa, uni "paradontal cho'ntak" iborasini oldingi "patologik tish-milk cho'ntagi" yoki "patologik tish-milk suyak cho'ntagi" o'rnida ishlatishni tavsiya etadilar. Milk ariqchasida bu erdagi qon tomirlarning o'ziga xos tuzilishi (kapillyar xalqalari yo'q va ular yuzaga yaqin joylashgan) va qon tomir devorlarining o'tkazuvchanligini oshishi munosabati bilan qon zardobiga o'xshash suyuqlik-milk suyuqligi bo'ladi. Suyuqlikda elektrolitlar, fermentlar va hujayralar bo'ladi. Milk ariqchasi va milk suyuqligi normada to'siq vazifasini o'taydi. Yallig'lanish aynan milk ariqchasi devori epiteliysidan va epiteliyning tishga yopishib turgan joyidan boshlanadi.

Periodont to'qimasining o'zida kollagen, elastik, oksitalan tolalar, qon va limfa tomirlari, asab tolalari, qo'shuvchi to'qima hujayra elementlari, makrofaglar bor. Periodontning hajmi va shakli uning o'zida va organizmda kechadigan turli kasalliklar, odanning yoshi, tishga tushadigan bosimlarning xaddan oshgani kabi sabablarga bog'liq ravishda o'zgarishi mumkin. Periodontning bog'lovchi apparati kollagen tolalar tutumlari va ular orasidagi tomirlar, hujayralararo moddalardan iborat. Periodont tolalarining asosiy vazifasi chaynov paytida tushgan mexanik kuchni (ta'simi) alveola suyagi to'qimasiga, asab-reseptor apparatiga va mikrosirkulyator yo'llarga teng taqsimlab borishidadir. Periodontda fibroblastlar, plazmatik, semiz hujayralar, gistiositlar, qon hujayralari, mononuklear makrofaglar, alveola suyagiga yaqin joylashgan osteositlar, sementga yaqin – sementoblastlar kabi hujayralar bor. Undan tashqari, epiteliy qoldiq hujayralar – Malyasse hujayralari bor. Hujayralar periodont to'qimasining hamma joyida, xususan uchki qismida joylashgan. Periodont to'qimalarida suksinat dehidrogenaza, laktat-dehidrogenaza, NAD va NADP-diafazlar, fosfatozlar, kollegenozlar kabi fermentlar borligi aniqlangan. Ularning faolligi sement va suyakka yaqin joylarda, xususan kasallikda bo'lishi ham ma'lum.

**Tishlararo suyak devorchalari** suyak plastinkalari va osteonlari tizimi va kortikal plastinkasini hosil qiluvchi kompakt suyak moddasidan iborat.

Alveola chekkalarining kompakt suyagi juda ko'p kanallarga ega bo'lib, ular orqali qon tomirlari va asab tolalari o'tadilar. Kompakt suyak qavatlarida orasida suyak ko'migi joylashgan, ular orasidagi to'siqchalar bo'shliqlarini sariq' suyak miyasi to'ldirib turadi.

Periodont tolalari sementga yaqin joyda, sementga, suyak tomondan esa, alveola suyagiga kirib turadi. Kirib turgan qismlar Tomes tolalari deb ataladi. **Sement** tuzilishi jixatidan suyakka o'xshaydi, lekin uning ko'pchilik qismida hujayra yo'q. Ikkilanchi sement joylashgan ildizning cho'qqisi (apiks) va ko'p ildizli tishlar ildizlarining bo'linadigan (bifurkasiya) joylarida hujayralar bor, lekin ular tartibsiz joylashgani uchun suyakka o'xshamaydi.

**Alveola** o'simtasining suyak to'qimasi tuzilishi va kimyoviy tarkibi jixatidan tananing boshqa suyaklaridan deyarli farq qilmaydi: 60–70% mineral tuzlarni va oz miqdorda suvni, 30–40%–organik moddalarni tashkil etadi. Organik moddasi, asosan kollagendan iborat. Elektron mikroskopik va rentgenostruktur (rentgenologik tuzilish) usullar yordamida ularning mineral kristallar va kollagen tolalardan iborat ekanligi aniqlangan. Suyak to'qimasidagi osteoblast, osteosit va osteoklast hujayralari uning o'z vazifasini bajarishini ta'minlaydi. Bu hujayralarning sitoplazmalarida va yadrolarida 20 dan ortiq ferment borligini gistoximik tekshiruvlar yordamida aniqlashgan. Meyyorda suyak hosil bo'lishi va uning so'rilishi muvoffiqlashgan. Bu hol gammonlarga bog'liq, xususan qalqonoldi bezlari gammonlarining faolligiga bog'liq ekanligi to'g'risida, masalan tirokalsionin roli haqida ma'lumotlar bor (A.I. Briskin, 1976). Tirokalsionin va ftorning suyak so'rilishi va alveola suyagining shakllanishida roli borligi to'g'risida fikrlar bor (V.S. Ivanov, E.E. Leybur, 1978).

Rentgenogrammada suyakning kortikal plastinkasi alveola qirralaridagi aniq yo'nalishga ega bo'lgan chiziqlardan iborat. Suyak ko'migi esa halqasimon, to'rsimon ko'rinishda.

**Sement** tuzilishi jixatidan qo'pol tolali suyakka o'xshash, sement tish ildiz yuzasini hamma satxini yopib turadi. U oxaklangan asosiy modda va undagi kollagen tolalardan iborat. Bu kollagen tolalarning bir qismi periodontga va bir qismi suyak to'qimasiga davom etib, kirib turadi va shu kirgan qismlar Sharpeev tolalari deb ataladi, xuddi shular yordamida tish alveolaga yopishib turadi. Ikki xil sement to'qimasi-birlanchi, hujayrasiz va ikkilanchi, hujayrali (ikkilanchi sement ildiz uchi atrofida va ko'p ildizli tishlardagi ildizlar bo'linadigan (bifuraksiya) joylarida bo'ladi. Normada sement so'rilmaydi, ammo hayot davomida asta-sekin yangi qavatlar hosil bo'la boshlagani sababidan u qavatma-qavatliga aylanadi.

Denak, paradont to'qimalarining barchasi gistologik tuzilishi bilan bir-biridan farqlanadi, turli vazifalarni bajaradi. Patologik jarayonda bu morfofunktsional kompleksning bir yoki bir necha yoki hammasi asta-sekin kasallanishi mumkin.

## **Qon tomirlar bilan ta'minlanishi**

Paradont to'qimasi tashqi uyqu arteriyasidan chiqadigan jag' arteriyasi shoxidan qon bilan ta'minlanadi. Yuqori jag' va undagi tishlar yuqori jag' arteriyalarining qanotsimon shoxidan (yuqori tish katakchalari arteriyalari) va qanotsimon tanglay (oldingi yuqori katakchalar arteriyalari) shoxlaridan qon oladi. Pastki jag' va undagi tishlar, to'qimalar jag' arteriyalarining pastki jag' – katakchalari arteriyasi shoxlari orqali qon bilan ta'minlanadi. Pastki alveolyar arteriyadan xar bir alveolaaro to'siqchalarga bittadan yoki bir necha shoxchalar alveolaaro arteriyalar periodontga va sementga tarmoqchalar – shoxchalar beradi. Uzunasiga yotgan shoxchalar suyak ustki parda orqali milkka o'tadi. Tish arteriyalaridan shoxchalar periodont va alveolaga o'tadi. Tish arteriyalari, suyak ustki pardaga boruvchi alveolalararo arteriyalar va suyaklararo arteriyalar orasida anastomozlar mavjud. Marginal milkdagi – paradontdagi qon tomir turlari emal-sement chegarasida milk va periodont tomirlari bilan bog'lanadi – anastomozda bo'ladi. Paradontdagi qon tomirlarining tuzilishi, undagi arteriyalar, prekapillyarlar, kapillyarlar, keyingi (postkapillyar) kapillyarlar, venalar va arteriovenulalar anastomozlari borligi, lekin tugal arteriyalar yo'qligi bilan o'ziga xosdir. Kapillyarlar – eng yuqqa devorli tomirlar bo'lib, paradontning mikrosirkulyar yo'lini hosil qilib, bular orqali qon arteriyadan venalarga o'tadi. Xuddi mana shu mikrosirkulyator yo'li orqali paradont to'qimasiga kislorod va boshqa oziqlantiruvchi moddalar kelib tushadi. Kapillyarlarning ichki devorining kattaligi-diametri o'rtacha 3–12 mkm ni tashkil etadi.

Kapillyarlar va atrofdagi qo'shuvchi to'qima limfa bilan birgalikda paradont to'qimasini oziqlantiradi va ximoya vazifasini ham bajaradi. Kapillyarlar devorining o'tkazuvchanlik darajasi ularning asosiy fiziologik vazifasidir. Kapillyarlarning o'tkazuvchanligi va chidamliligi paradont to'qimasida kechadigan patologik jarayonlarda muxim axamiyatga ega.

## **Innervatsiyasi**

Paradontning asab bilan ta'minlanishi – innervatsiyasi uchlamchi (n. trigeminus) asabning ikkinchi va uchinchi shoxlaridan chiqadigan tish shoxchalari o'ramlari xisobidan bo'ladi. Alveola chuqurida asab tolalar boylamlari ikkiga bo'linadi: biri pulpaga, ikkinchisi esa, periodont yuzasida parallel ravishda, asosiy pulpa asabi bo'ylab joylashadi. Paradont to'qimasida asab tolalari ko'p borligi uchun, asab reseptorlariga boy bo'lgani uchun bu zona katta refleksogen zona bo'lib, bu erdan yurakka, oshqozon-ichak yo'llari va boshqa ichki a'zo tizimlariga reflekslar tarqalishi mumkin.

Limfa bilan ta'minlanishi ham juda yaxshi, chunki paradontda juda ko'p katta-kichik limfa tomirlar turlari borki, meyyorda, xususan



kasallikda bular muxim axamiyat kasb etadi. Limfa tomirlar asosan epiteliy ostida – sub-epitelial qo'shuvchi to'qima asosida joylashgan. Limfa tomirlari yupqa devorli, kichik va noto'g'ri shakllarga ega. Yallig'lanish jarayonida limfa tomirlari kengayadi. Tomirlar ichida va ularning devorlari atrofida yallig'lanish infiltratlari hosil bo'ladi. Yallig'lanishda limfa tomirlari to'qimalararo narsalarni tashib ketib, yallig'lanish o'chog'ini tuzalishiga xizmat qiladi.

### **Paradontning vazifalari**

Paradont to'qimasi tushadigan katta-kichik tashqi va ichki ta'sirotlarga odam umri o'tib borishi bilan ko'nikib boraveradi. Masalan, sut va doimiy tishlarning chiqib borishi, ayrim tishlarni tish qatoridan chiqishi, ovqatlik maxsulotlarning turli konsistensiyali bo'lishi, tananing turli kasalliklari, turli jarohatlar va xokazolarga paradontning moslasha borishi, uning katta moslashish qobiliyatidan darak beradi.

Paradont quyidagi vazifalarni bajaradi: 1) to'siq-barer vazifasi; 2) oziqlantirish-trofik vazifasi; 3) chaynov bosimini taqsimlash vazifasi; 4) yangi to'qima hosil qilish-plastik vazifasi; 5) amortizatsiya vazifasi.

**Ximoya (to'siq) – bar'er** vazifasi paradont to'qimasining butunligi, sog'lom davridagi muxit o'zgarishlariga bog'liq salbiy ta'sirotlardan organizmni saqlab qolishni ta'minlash, infeksiyaga, sensibilizatsiyaga, intoksikatsiyaga qarshi kurashish qobiliyatidir.

Paradontning barer vazifasi quyidagilar bilan belgilanadi: 1) milk epiteliyasining shoxlanishi (yallig'lanishda bu jarayon buziladi); 2) kollagen tolalar tutamlarining ko'pligi; 3) milkning chidamliligi (turgor); 4) paradontning qo'shuvchi to'qimasidagi glyukozaminoglikanlarning holati; 5) tish-milk yorig'i, ariqchasi tuzilishining va vazifasining o'ziga xosligi; 6) so'lak tarkibidagi lizosim, ingibin, immunoglobulin va shunga o'xshash biologik faol narsalar ta'sirida uning bakteriyalarga qarshi kurashish qobiliyatining bo'lishi; 7) semiz va plazmatik hujayralarning bo'lishi munosabati bilan antitelolarning hosil bo'lishi kabilar. Ximoya vazifasini peroksidaza ham suyakning osteoklastlar ta'sirida so'rilishi va lizosomal fermentlarning faolligini boshqarib turishi bilan ta'minlaydi.

**Oziqlanish** – trofik vazifasi undagi ko'p sonli kapillyarlar va asab tolalari bulgani bilan belgilanadi. Bu vazifa paradontdagi mikro-sirkulyasiyaning holatiga bog'liqdir.

Paradontning **reflektor** boshqarilishi (regulyasiya) unga tushadigan chaynov bosimini taqsimlash, u yerdagi ko'p sonli asab uchlari (reseptorlar) orqali turli reflektor yo'llarga uzatilishi bilan belgilanadi.

Yangi to'qimalarni hosil qilish – **plastik** vazifasi paradont to'qimalarida meyyorda doimiy ravishda va patologik holatlarga javoban yangi to'qimalar hosil bo'lishi bilan belgilanadi. Bu vazifani bajarishni

sementoplast va osteoplast hujayralari ta'minlaydi. Undan tashqari fibroblastlar, semiz hujayra va boshqalar, shuningdek, kapillyarlar modda almashinuviga ham o'z xissalarini qo'shishadi.

**Amortizatsiya** qilish vazifasini kollagenli va elastik (egiluvchan) tolalar bajaradi. Chaynov paytida tish alveolasini, paradont tomirlari va asablarini periodont bondami-tish toj qismini aylana bog'lami salbiy ta'sirotlardan asrab turadi.

Shunday qilib, paradont kompleks adaptasion vazifalarni bajarishi butun organizm uchun katta ahamiyatga ega. Biror-bir vazifasini bajara olmasa, paradont to'qimasining o'zaro bog'liqligi buzilib, kasallik kelib chiqishiga sabab tug'iladi. Demak, paradontning barcha vazifalari o'zaro bog'liq bo'lib, fiziologik ichki va tashqi muvozanatni muvofiqlashtirib turadi.

### **Paradont kasalliklarining tarqalish darajasi, tasnifi**

Maxsus adabiyotlarda, ilmiy asoslangan dalillarga ko'ra 10 yoshdan 20 yoshgacha bo'lgan odamlarda 80%-90% gacha gingivit kasalligi borligi to'g'risida ma'lumotlar bor. 20 yoshdan keyin esa (60-70%) paradontit, 40 yoshdan keyin-paradontoz va boshqa kasalliklar bo'lishi qayd etiladi.

Paradont kasalliklari, xususan paradontit oshqozon-ichak kasalliklarida ayniqsa ko'p uchraydi (T.X. Safarov, 1986), boshqa ichki a'zo va tizim xastaliklarida ham sog'lom odamlarga nisbatan paradont kasalligi ko'proq uchraydi (100% gacha).

Demak, stomatologik kasalliklar orasida eng ko'p tarqalgan kariyes kasalligidan keyin ikkinchi o'rinda paradont kasalliklari turadi.

### **Tasnifi – klassifikatsiyasi**

Paradont kasalliklarini ma'lum klassifikatsiyalarga bo'lish masalasi hamma vaqt dolzarb muammo bo'lib kelgan. Buning natijasi bo'lib, juda ko'p tasniflar taklif etilgan. Hozir barcha SNG davlatlarida dunyo stomatologlari qo'llaydigan paradont kasalliklari tasnifiga ko'p jixatdan mos keladigan tasnif XVI butun ittifoq stomatologlari plenumida (Erevan shaxri) 1983- yilda qabul qilingan.

### **Paradont kasalliklari (morbus parodontaus)**

I. Gingivit (gingivitis) – maxalliy va umumiy noxush ta'sirotlar oqibatida kelib chiqadigan va tish milk boylami butunligi buzilmasdan kechadigan milk yallig'lanishi.

Shakli: yuzaki-kataral (catarhe.lis), yarali (I Icerosa), gipertrofik (hypertrophica)

Og'irligi: yengil (lavis), urta (media), ogir (gravis).

Kechishi: o'tkir (Acuta), surunkali (chronica), qaytalanuvchi (exacerbata).

Tarqalganligi: maxalliy (localis), tarqalgan (generalisata)

II. Paradontit (parodontitis)-Paradont to'qimasini va jag'lar alveola o'sintasi suyagi tuzilishini buzib boradigan paradont to'qimasining yallig'lanishi.

Og'irligi% engil (lavis) o'rta (media) og'ir (gravis).

Kechishi: o'tkir (Acuta). surunkali (chronica), qaytalanuvchi (exacerbata), absess (abscessus), turg'unlashuvchi (remissiya, remissio).

Tarqalganligi: maxalliy (localis), tarqalgan (generalisata).

III. Paradontoz (paradontosis)-paradontning distrofik zararlanishi (kasalligi).

Og'irligi: yengil (lavis), o'rta (media), og'ir (gravis).

Kechishi: surunkali (chronica), turg'un (remissio).

Tarqalganligi: tarqalgan (generalisata).

IV. Paradont to'qimasining so'rilishi (lisis) bilan kechadigan idiopatik kasalliklar (paradontoliz – paradontolysis) – Papiy on-Lefevra sindromi, neytropeniya, agammaglobulinemiya, kompensasiyalanmagan qandli diabet va boshqalar).

V. Paradontoma (parodontoma)-o'smalar va o'smasimon kasalliklar (epulis, fibromatoz va boshqalar).

### **Paradont kasalliklarini kelib chiqish sabablari (etiologiya) va rivojlanishi (patogenez)**

Ko'p sonli o'tkazilgan tadqiqotlarga qaramasdan, paradont kasalliklarining kelib chiqish sabablarini va kasallik rivojlanishining mexanizmi hozirgacha to'liq aniqlanmagan. Juda ko'p nazariyalar mavjud. Blessing 1911- yilda paradont kasalliklarining kelib chiqish sabablarini o'rganishga bag'ishlangan nazariya (teoriya) lar soni 350 ga yetganligi to'g'risida ma'lumot bergan edi. Tabiiyki, undan keyingi yillar ichida ham juda ko'p nazariyalar paydo bo'ldi.

Barcha nazariyalarni uch guruhga bo'lsa bo'ladi. 1. Tashqi-ekzogen ta'sirotlarni maxalliy-paradont to'qimalariga ta'siri; 2. Ichki-endogen sabablar bo'lib, ular organizmdagi patologik o'zgarishlardir; 3. Ichki va tashqi ta'sirotlar oqibatida kelib chiqishi. Albatta paradont kasalliklari tashqi va ichki sabablar, ularning umumiy ta'siri ostida kelib chiqishi to'g'riroq xisoblanadi. Lekin, shuni bilish kerakki, etiologiya va patogenez bir-biriga bog'liq, ularni ayrib o'rganish to'g'ri emas. Bu xaqda 1903- yildayoq Arckovy aytgan edi. Maxalliy va umumiy ta'sirotlarni bir-biridan ayrib emas, balki bu ta'sirotlar organizmga birin-ketin o'zaro bog'lanib ta'sir etadi. Lekin ularni o'rganish uchun shartli ravishda

bo'lamiz. Paradont kasalliklarining tarkibi quyidagicha: 20 yoshgacha asosan gingivitlar, ular orasidan esa kataral gingivitlar (80–90% gacha). 20 yoshdan keyin ko'proq paradontitlar uchraydi. Parodontoz 4–5% ni tashkil etadi. Demak, asosan yallig'lanish bilan kechadigan gingivit va paradontitlar ko'p uchraydi.

**Maxalliy omillar.** Ba'zi tadqiqotchilar paradont kasalliklari maxalliy sabablar oqibatida kelib chiqishini yozadilar. Bu sababchilar: tish karashlari, tish toshlari, tishlarga tushadigan bosinning noto'g'ri taqsimlanishi (prikusning buzilishi, tishlar distopiyasi, zichligi), mikroflora va boshqalar. Shuni aytish kerakki, faqat maxalliy omillar paradont kasalligiga sababchi bo'la olmaydilar.

**Umumiy omillar.** Organizmda modda almashinuvining buzilishi, asab tizimining buzilishi, endokrin buzilishlar kabi umumiy ta'sirotlar albatta kasallik kelib chiqishida axamiyatlidirlar. Oqsil modda almashinuvi, vitaminlar gipoavitaminozi holatlari, qon tomirlari vazifalarining buzilishi, maxalliy paradont to'qimasining kislorod bilan ta'minlanish jarayonining buzilishi, asab tizimi kasalliklari kabi holatlar paradont kasalligini paydo bo'lishi va rivojlanishida katta axamiyat kasb etadilar. Yallig'lanish, infeksiya, kimyoviy, fizikaviy, mexanik, immunologik, organizm qarshilik kuchi (reaktivligi)ni pasayishi va boshqa ko'pgina sabablar ta'sirida maydonga keladi.

VOZ (Butundunyo sog'liqni saqlash tashkiloti) ma'lumotlariga qaraganda, gingivitni kelib chiqishida tishda yig'iladigan mikroblilik karashlar sababchi bo'ladilar. Tish pellikulasi ustida og'iz tozalik qoidalarini saqlash darajasiga qarab, turli holatlarda ko'p yoki oz karashlar yig'iladi. Karashlar asosan, polisaxoridlar va oqsillar, karbonsuvlar, tuzlar, fermentlardan iborat. Undan tashqari organik tarkiblar bilan bog'langan noorganik moddalar-kalsiy, fosfor, magniy, kaliy, natriylar ham bor. E.V.Borovskiy, T.I.Lemeskaya va boshqalar paradontning yallig'lanish kasalliklarida mikroblilik omiliga ko'proq urg'u berishadi. Ularning fikricha, paradont to'qimasida yig'iladigan mikroorganizmlar ma'lum qonuniyatga amal qilib, 2–3 kecha-kunduzdan keyin milkda grammanfiy va grammusbat kokklar, 4–5 kundan keyin-fuzobakteriyalar, 7-kundan boshlab sproxetalar, spirallar paydo bo'la boshlaydi. Mikroblilik karashlar tarkibini 70% ni mikroorganizmlar tashkil etar ekan. Ular tish toshlarini paydo bo'lishida ham rol o'ynaydi.

So'lak tarkibini, buzilishi (giposalivatsiya, kserostomiya), ya'ni so'lak bezlari vazifalarining buzilishi oqibatida ham tish karashlari, toshlari paydo bo'lishi tezlashadi, chunki mexanik tozalanish jarayoni buziladi. Yana boshqa paradontning yallig'lanishining sabablaridan, mexanik (noto'g'ri qo'yilgan-milkni bosib, jarohatlaydigan plomba qismlari, milkka ortiqcha kirib turadigan su'mniy koronkalar, noto'g'ri tayyorlangan ortopedik, ortodontik moslamalar, ularning klammerlari, boshqa omillar), kimyoviy, va fizikaviy milk jarohatlari kabi sabablarni ko'rsatish mumkin.

Maxalliy sabablardan, og'iz daxlizining kichikligi, lablar va til yuganchalari ning yopishganlik anomaliyalari ham kasallikka sabab bo'la oladilar (Arifdjanov A. K., Safarov T. X. va boshq., 1989).

Umumiy sabablardan, qandli diabet, isenko-Kushing kasalligi, jinsiy tizimning gamonal buzilishi, asab va ichki kasalliklar (oligofreniya, revmatizm, modda almashinuv kasalliklari, nefropatiya va boshqalar) oshqozon-ichak kasalliklari (T.X. Satarov, 1970–1986; V.A. Epishev, 1972 va boshqalar) paradont kasalliklarini kelib chiqishida, rivojlanishida katta ahamiyatga molik sabablar bo'la oladi.

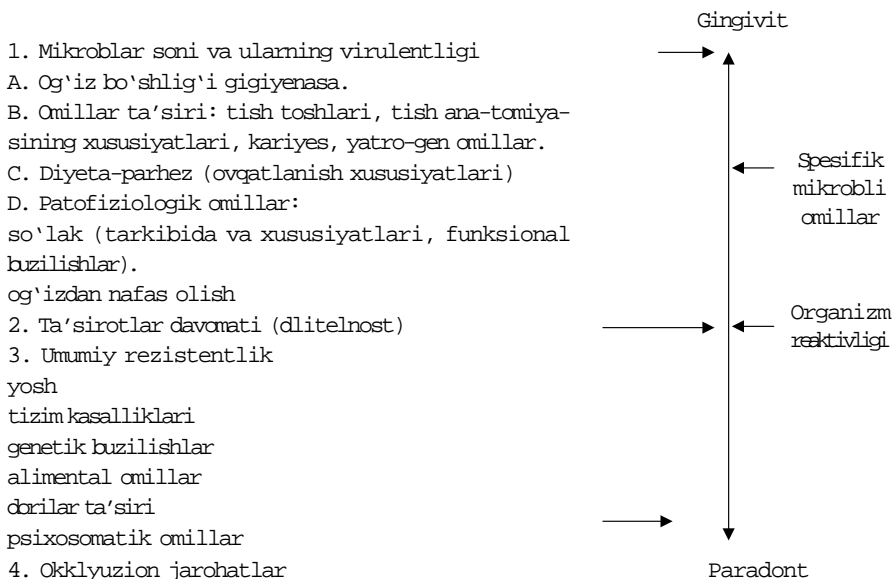
Keyingi yillarda (T.X. Safarov, I.S. Mashchenko, T.I. Lemeskaya va boshqalar) paradont kasalligida immunologik tizimning ishi buzilishi katta rol o'ynashini ilmiy asoslangan.

T.X. Safarov (1986) kliniko-laboratoriya tekshiruvlar natijasida oshqozon-ichak kasalliklarida asosan (85%) yallig'lanish bilan kechadigan paradont kasalliklari, kam (14%) paradontoz uchrashini aniqladi. Oshqozon-ichak kasalliklarida kechadigan paradont kasalliklarining asosiy xususiyati, ularning tarqalganligi (generallashtirilganligi)dir, xususan oshqozon sekretorligini etishmasligi bilan kechadigan gastritlar, oshqozon yarasi va o'n ikki barmoqli ichak yarasi kasalliklarida.

Demak, paradont kasalliklarining kelib chiqish sabablari to'liq aniqlanmagan bo'lsada, bu sohadagi olib borilgan, xaqiqatga yaqin dalillar asosida ilmiy asoslangan dalillar mavjudligi ma'lum.

VOZ-ning pardontologiya (1977) bo'yicha ekspertlar komiteti gingivit va paradontitni etiologiyasini quyidagi sxema bo'yicha tushinishni taklif etadi:

**PARADONTNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI  
ETIOLOGIYASI (chizma)**



Kasallikni rivojlanishi (patogenezi) keltirib chiqadigan sabablar (etiologiya) ga nisbatan bimuncha yaxshi o'rganilgan.

Yallig'lanish milk-tish yorig'i ariqchasidan boshlanadi, albatta uning ximoya vazifasi (barer) buzilgandan keyin. Asosiy patogenetik mexanizmlar hujayralar jarohati, biologik faol moddalar-mediator va yallig'lanish modulyatorlarning oshishi, mikrosirkulyasiyaning buzilishi, to'qima-tomir o'tkazuvchanligini oshishi natijasida ekssudatsiya va hujayrali infiltrasiya, milk kollagen to'qimasining emirilishi, transkapillyar modda almashinuvining buzilishi va ikkilamchi gipoksiya, epiteliyning akantoz va tish-milk ariqchadagi epiteliyning og'iz epiteliysiga aylanishi, tish-milk birlashmasining buzilishi va milk (patologik milk) cho'ntagining paydo bo'lishi kabi bosqichlar bilan tugashi ma'lum. Ximoya mexanizmlarining buzilishi va yangi to'qimalarni hosil qilishi – regeneratsiya jarayonini buzilishiga va granulyasion to'qima hosil bo'lishiga olib keladi.

Patologik o'zgarishlarni avj olaborishi, yallig'lanishni asta-sekin alveola suyak to'qimasiga, periodontga o'tishi, gingivitdan paradontitga o'tish bosqichlaridir. Yallig'lanishning rivojlanishi bilan immunologik o'zgarishlar, nospesifik yallig'lanishdan immunologik yallig'lanish belgilariga o'tib boradi.

Nima uchun gingivit paradontitga o'tadi degan savol oxirigacha noma'lum. Tadqiqotchilar buni organizmning reaktivligiga bog'liq deb bilishadi va buning sababi ichki a'zo va tizim kasalliklariga bog'liq deb tushuniladi. Paradont kasalliklarining etiologiyasi va patogenezida organizmning umumiy holati, ichki a'zo va tizim kasalliklari, maxalliy omillar bir-biriga chambarchas bog'liq ravishda rol o'ynaydilar.

### **Bemorlarni tekshirish usullari**

Paradont kasalliklarida tekshiruvlar o'tkazishdan maqsad, ularda bo'lgan maxalliy ta'sirotlar va bemor organizmidagi umumiy (ichki a'zo va tizim) kasalliklarini iloji boricha aniqlashdan va ular orasidagi patogenetik bog'lanishlarni o'rganishdan iboratdir.

Savol-javob. Bemor bilan xar tomonlama savol-javob – muloqat o'tkazib, kasallikni boshlanishi, rivojlanish bosqichlari, bemor fikricha, qachon boshlanganligi, nima bilan bog'liq ekanligi, qachon zo'rayishi kabi ma'lumotlarni yig'ib, bemorni tekshirish uchun qaysi tekshirish usullarini qo'llash zarurligi, qaysi mutaxassislikda ishlab turgan shifokorlarni jalb etish zarur ekanligini aniqlash kerak. Bu juda muxim boshlanadigan ishdir. Savol-javob paytida bemorning ruxiy holatiga e'tibor berish zarur. Ko'pincha milkdan, ya'ni, og'iz bo'shlig'idan yiring chiqishi, og'izda qo'lansa xid paydo bo'lishi, sog'lom tishlarni qimirlashi oqibatida tushib ketishi, xatto bemorning o'zi tushayotgan tishni sug'urib olishi, uyquning buzilishi, kamkonlik, ishtahaning buzilishi va tajanglik kabilar,

bemorni tushkunlikka tushishi, xatto hayotdan ham "to'yishi" kabi holatlarga olib kelishi mumkin ekanligini unutmazlik kerak.

Subyektiv sezgilar, kasallikni aniq ko'rinishlaridan oldin boshlanishi mumkin. Savol javob tugagach, bemorni tekshirish usullari, aynan qanaqa tekshirishlar o'tkazilishi zarurligi ishlab chiqiladi. Demak, savol-javob va tekshirish usullari birin-ketin o'tkazilsada, ular bir-biridan farq qiladi: tekshirish usullari kasallikni patogenetik belgilarini, paradont to'qimasi majmuasining qaysi va qay darajada, qanaqa o'zgarishlar ketayotganligini, organizmning umumiy holati, uning reaktivlik holati, qaysi ichki a'zo yoki tizimda, qaysi kasallik va ularning paradont kasalligi bilan qay tarzda bog'liqligi – demak, paradont kasalligini moxiyatini ochib berishga xizmat qiladi.

Shunday qilib bemorni o'rganish jarayoni quyidagilardan iborat:

1. Boshlang'ich tekshiruvlarda bemorning shikoyatlari, anamnez, og'izni ko'rish, oddiy asboblardan va laboratoriya tekshiruvlari o'tkazib taxminiy, birlamchi tashhis qo'yiladi.

2. Barcha zaruriy, jumladan maxsus tekshiruvlar (reoparadontografiya, immunologik aniqlash uchun tekshiruvlar, mikrobiologik, ayrim paytda biopsiya va xokazo) o'tkazib, kasallikni keltirib chiqargan ayrim patogenetik omillar aniqlangandan so'ng, kengaytirilgan, oxirgi tashhisga yaqinroq bo'lgan tashhis qo'yiladi.

3. Davolash jarayonida qayta-qayta, qo'shimcha tekshiruvlar (oshqozon-ichak yo'llarini, yurak-qon tomir kasalliklari, qon, siydik yo'llari kasalliklari va boshqalar)ni o'tkazib oxirgi, aniqlangan tashhis qo'yiladi va shunga qarab davolashga qo'shimchalar kiritiladi.

Shunday qilib, bemorlarni tekshirish usullari ikkiga bo'linadi: asosiy va qo'shimcha tekshirish usullari.

Asosiy usullarga savol – javob va bemorni, og'iz bo'shlig'idagi paradont to'qimalari holatini ko'rish, ularda kechadigan yallig'lanish yoki distrofik o'zgarishlar darajasi, ulardan kelib chiqqan asoratlar, paradontga salbiy ta'sir ko'rsatib turgan stomatogen o'choqlar, plombalarning o'tkir qirralari, noto'g'ri prikus, noto'g'ri ortodontik, ortopedik moslama yoki protezlar, ularning klammerlari va shunga o'xshash noxush ta'sir etib turgan maxalliy ta'sirotlar va paradont kasalligini aniqlash uchun kerakli qo'shimcha tekshiruv usullarini aniqlashdek, muxim ishlarni bajarish rejasini tuzish kiradi.

Savol-javobda kasallik nimadan yoki bemor fikricha nima bilan bog'liq ravishda, qachon boshlanganligi, yangi kasallik belgilari, qancha tishlar olinganligi va ular nima uchun olinganligi, xususan kasallik boshlangandan keyin olingan tishlar sonini bilish (zarur), chunki tishlar qandli diabetda paradontit kabi qimirlab qolishi va shu sababdan olib tashlanishi yoki organizmning boshqa kasalliklarida, o'z vaqtida to'liq va oxirigacha davolanmagan pulpit, xususan periodontit kasalliklari tufayli olingan tishlar ham bo'lishi mumkin.

Undan tashqari, og'iz daxlizining kichikligi, lab, til, yuganchalarining to'g'ri yoki noto'g'ri yopishganligi, kariyesli tishlar va shunga o'xshash holatlarni aniqlash ham ko'rik paytida bajariladi. Yana bemorning umumiy ahvoli, kayfiyati, savollarga aniq javob berishi kabilarni aniqlash ham tashhis quyishda foydalidir.

Shuningdek, jag'ning faqat yoki ko'pincha bir tomonida chaynash kabi yomon odatlar, kasbiy salbiy ta'sirotlar, ovqatlanish xarakteri (o'z vaqtida yoki noto'g'ri ovqatlanish-shirinliklarni xaddan tashqari iste'mol qilish), og'iz tozalik qoidalariga rioya qilinishi, nima bilan (pasta, poroshok) va qay tartibda tishlarni tozalanishi va boshkalarni aniqlash zarur.

Paradont kasalligini bundan oldin davolanganligi, nimalar bilan davolangan, foydasi qanday bo'lgan, hozirgi paradont holati, ichki a'zo va tizim kasalliklari borligini bemor biladimi yoki yo'qmi va boshqalarni aniqlash ham kerak. Zarurat bo'lganda, terapevtlar, jarrohlar, endokrinologlar, gematologlar, pediatrlar (bolalarda paradont kasalliklari bo'lganda), psixonevrologlar, psixiatrlar, nevropatologlar va boshqa mutaxassisliklarda ishlaydigan shifokorlar maslaxatlari-konsultasiyalaridan ham foydalanishga to'g'ri keladi.

Og'iz bo'shlig'ini tekshirib ko'rilganda tishlar okklyuzion yuzalarining holati, ularda fiziologik va patologik emirilish bor-yo'qligini aniqlash ham kerak.

Umuman paradontitni tekshirish bir necha bo'limdan: 1) milk holatini baxolash; 2) patologik diastema (tish oralarini ochilib qolishi); 3) tishlar siljishi, bor-yo'qligi; 4) milk cho'ntaklari chuqurligi; 5) rentgenologik tekshiruv yordamida alveola suyagining emirilish darajasi; 6) tish qatorlari okklyuzion yuzalari holati; 7) jarayon joylashgan joylar; 8) davolanish yoki olib tashlashga layoqatli tishlarni aniqlash kabilardan iborat.

Milk holati, uning rangi, zichligi, qon oqishining bor-yo'qligi, to'qimalarning gipertrofiya yoki atrofiyasi, milk qirralari va so'rg'ichlarining holati bilan belgilanadi.

#### **Qo'shimcha usullar:**

Eng ko'p uchraydigan, xususan yosh odamdagi gingivit-milk yallig'lanishining tarqalganlik darajasini aniqlash uchun maxsus taklif etilgan (Loe, Silness, 1967, Yu.A. Fedorov, Volodkina, 1978 va boshqalar) gigiyenik indeks (IG) qo'llanadi.

Uni o'tkazish uchun  $\frac{61}{416}$  tishlar atrofidagi milkni tekshirib ko'rib,

ma'lum mezonlar bilan belgilanadi:

0-yallig'lanish yo'q.

1 – yengil yallig'lanish (milk ozgina kizargan);

2 – ancha yallig'lanish (shish, qizarish, gipertrofiya) va nihoyat 3-og'ir yallig'lanish (tub-qizarish, yaralanish).



Demak, 0,1–1,0 engil gingivit, 1,1–2,0 gacha – o'rta va 2,1–3,0 gacha og'ir gingivit deb baxolanadi.

Paradontal indeks (PI) paradontit da Russel (1956) tomonidan tavsiya etilgan.

Baxolash mezonlari: 0-yalliglanish yo'q; 1-gingivit (yallig'lanish butun tish atrofini egallamaydi); 2 – klinik cho'ntagisiz gingivit; 6 – cho'ntakli gingivit, tishlar qimirlamaydi; 8-butun paradont to'qimalarining zararlanishi (tishlar patologik qimirlashga uchragan, paradontal – patologik milk cho'ntagi bor. Paradontit bu indeks bo'yicha quyidagidek baholanadi:

0,1–1,0 – yengil; 1,5–4,0 – o'rta; 4,0–8,0 – og'ir kechishidagi paradontit.

Tish qimirlash darajasini aniqlash, milklar reentraksiyasi o'tirib qolishi, ochilishi), milk va paradont patologik cho'ntaklari chuqurligini maxsus zondlar yordamida aniqlash, palpasiya qilib cho'ntaklardan yiring chiqishini ko'rish, milkdan qon oqishini aniqlash kabilarni ham bilish talab etiladi. Og'iz gigiyenasi qoidalariga qay darajada axamiyat berishni, tish karashlari indikatorlari xisoblarmish – fuksin suyugligi, eritrozin, Shiller – Pisarev usuli yordamida (yod kristallari 1 g, kalii yodidi 2 g, destillangan suv 40 ml) aniqlash mumkin.

Maxsus usullardan rentgenologik, kapillyaromikroskopik, funksional, Shiller – Pisarev, turli indekslar qo'llash zarur. Qo'shimcha usullardan eng zaruri-bu rentgenologik usuldir. Rentgenologik tekshiruv paradont kasalliklarini tashhislashda, osteoporoz, so'rilish – rezorbsiya va boshqa alveola suyagidagi o'zgarishlarni bilishda yordam beradi. Undan tashqari rentgenologik tekshiruv: 1) xali paradont kasalligini klinik ko'rinishi, birinchi belgilari paydo bo'lmasada, suyakdagi o'zgarishlarni ko'rsatadi; 2) paradont kasalligiga o'xshash organizmda kechib, jag' suyaklarini turli o'zgarishlariga olib keluvchi boshqa kasalliklardan farq qilishga; 3) milkdagi absess marginal (paradontal) yoki apikal bo'lishini aniqlashda; 4) faqat suyak emirilishlarnigina emas, balki milk tagidagi-ildizdagi tish toshlarini aniqlashda, katta axamiyatga egadir. Paradontologiyada og'iz ichidan olinadigan tish rengenogrammalaridan tashqari, asosan orto yoki pantomografiya-panoram rentgenogrammalar olish maqsadga muvofiqdir.

Yana bir qo'shimcha usul-qon tarkibida qand, qon elementlari, siydik tarkibida qand, oshqozon shirasi tarkibi, o'tgan va davom etib turgan organizmdagi umumiy kasalliklar, organizmning qarshilik ko'rsatish darajasi-reaktivlik holati, milk, umuman paradont, qon tomirlarining ahvoli to'g'risidagi reoparadontografiya ma'lumotlari, paradontdagi kapillyarlar ahvolini kapillyaroskopiya usulida tekshirib bilish, paradont to'qimasidagi kislorod bilan to'yinishni polyarografiya usuli bilan tekshirib bilish, so'lak tarkibidagi nospesifik immunologik o'zgarishlar-lizosim (qondagi miqdorini ham bilish), qon tarkibidagi fagositozni

aniqlash, immunologik tekshiruvlar yordamida T – va V – limfositlar, ularning populyasiyalarining qondagi miqdorini aniqlash, fermentlar faolligini tekshirish, mikrobiologik tekshiruvlar yordamida, milk choʻntaklaridagi mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezgirlik darajasini aniqlash, qondagi bioximik tekshiruvlar-elektrolitlar, holesterin-lipoproteidlarni bilib, kechadigan ateroskleroz darajasini aniqlash, milkdan olingan – biopsiya maʼlumotlarini oʻrganish kabi ishlar paradont kasalligini aniqlashda, ularni tashhislashda, bir – biridan qiyoslashdan va oxir pirovard natijasida, ularni davolash rejalarini tuzish uchun zarur ishlardan iboratdir. Albatta, koʻrsatgan usullarning hammasini qoʻllash shart emas. Tashhis, qiyosiy tashhis va davolash usullarini belgilash uchun eng zarur 2-3 yoki 3-4 tekshirish usullari (imkoniyat doirasida zarur boʻlganlar) oʻtkazish kifoya etadi.

#### **MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLAR**

1. Paradont toʻqimasining qanday sinonimlarini (nomlari) bilasiz?
2. Paradont toʻqimasiga nimalar kiradi?
3. Paradontning anatomik va gistologik tuzilishlari toʻgʻrisida nimalarni bilasiz?
4. Paradontning qaysi vazifalarini bilasiz?
5. Paradont kasalliklarini tarqalishini gapirib bering.
6. Paradont kasalliklarini tasnifini aytib bering.
7. Paradont kasalliklarini kelib chiqish sabablarini aytib bering.
8. Bemorlarni tekshirish usullari nimalardan iborat?

#### **Gingivitlarning klinikasi, tashhisi va qiyosiy tashhisi**

Tasnifga muvofiq, gingivit (milk yalligʻlanishi) asosan kataral (yuza, yengil), gipertrofik, yarali va atrofik turlardan iborat.

Milk yalligʻlanishi-gingivit-bu maxalliy va umumiy, tashqi va ichki salbiy taʼsirlar oqibatida kelib chiqqan, tish-milk boylamini butunligi saqlangan holda kechadigan kasallikdir.

Gingivitlar uchun, ularning klinik kechishlari va morfologik oʻzgarishlardan qatʼiy nazar, xos alomatlar mavjud:

- 1) Kasallik asosan bolalarda, yosh (19-20 yoshgacha) boʻlgan odamlarda uchraydi;
- 2) Koʻproq tish yumshoq karashlari (mikrobli, yumshoq ovqat qoldiqlari) va baʼzida tish toshlari boʻladi;
- 3) Gigiyenik indeks va gingivit bir-biriga bogʻliq ravishda boʻladi;
- 4) Milk shakllari gingivit turlariga bogʻliq ravishda turli oʻzgarishlar (shish, qizarish, yara, atrofiyaga uchragan) bilan xarakterli boʻladi;
- 5) Zond, pinsetga oʻxshash asboblarning tegishi bilan milkdan qon oqadi;

6) Milk patologik cho'ntagi bo'lmaydi. Lekin, gipertrofik gingivitda milk shishishi tufayli tish va milk o'rtasida soxta, yolg'on cho'ntaklar paydo bo'ladi;

7) Rentgenogrammada alveola suyak o'zgarishlari bo'lmaydi. Lekin umumiy kasalliklar (oshqozon – ichak kasalliklari va boshqa) bilan kechadigan surunkali gingivit kasalligida tishlararo alveola suyak o'sintasi uchlari salgina gorizontal yo'nalishda atrofiyalangan bo'lishi mumkin;

8) Yallig'lanish oqibatida kamdan-kam intoksikasiya holati va bu bilan bog'liq bemorning umumiy ahvoli salbiy tomonga o'zgarishi mumkin;

9) Gingivit aloxida kasallik birligi yoki paradontit va paradontoz belgilaridan bo'lishi mumkin.

Kataral gingivit-bu klinikada eng ko'p uchraydigan gingivitdir. Bu kasallik maxalliy – 2-3 tish atrofida yoki tarqalgan-generallashgan bo'lishi va bu hol tananing umumiy kasalliklariga – kelib chiqish sabablari bilan bog'liqdir.

Maxalliy sababchilari – bu milk ostidagi toshlar va infeksiyadir.

Umumiy sababchilari, asosan oshqozon-ichak kasalliklari, modda almashuv buzilishi va boshqa umumiy kasalliklar bo'lishi mumkin.

Noto'g'ri tayyorlangan ortopedik va ortodontik moslamalar, protezlar, tish-jag' anomalialari, surunkali gingivitlarni sonini va klinik kechishini ko'paytiradi va og'irlashtiradi. Eitelial hujayralarning sitoplazmalari va yadrolarida distrofik o'zgarishlar, yadrolar kengayib, sitoplazmalar torayishi, hujayralar kerotinizatsiyasi hosil bo'lishining pasayishi kuzatiladi.

Organizmda kechadigan yurak-qon tomir, oshqozon-ichak kasalliklarida, yuqumli kasalliklar, modda almashuv kasalliklari, gipofiz bezining vazifasi, jinsiy bezlar, qalqon bezlarining faoliyatlari buzilganda va boshqa ko'p hollarda kataral gingivitlar avj oladi, yoki paydo bo'ladi.

Ular **yengil, o'rta va og'ir** shaklda kechadi. Kataral va yarali gingivitlarning engil darajasida asosan tishlararo milk, o'rta darajasida – tishlararo va marginal milk, og'ir darajasida esa milkning hamma qismi va alveola qismlari kasallanadi. Ko'pincha alveola milk yallig'lanishida patologik milk cho'ntaklari paydo bo'ladi va bu paradontitga to'g'ri keladi. Bu ko'pincha surunkali gingivitni qaytalanishi oqibatida (shamol-lashda, grippda) bo'lishi mumkin.

Yengil gipertrofik gingivitda tish toj qismining 1/3 qismi, o'rta darajada 1/2 qismi, og'irida esa 1/2 dan ko'proq qismi o'sgan milk bilan qoplanadi.

Surunkali kataral gingivit og'riqsiz, asta-sekin boshlanadigan kasallik bo'lgani uchun bemorlar shifokorga murojaat etmaydilar. Shuning uchun bu kasallikni bemor boshqa bir sababdan (kariyes, pulpit, o'tkir periodontit) bilan kelganda shifokor ko'rishi mumkin.

Yurak-qon tomir kasalliklarida, xususan ularning dekompensasiya davrlarida, gingivit paydo bo'ladi yoki qaytalanadi. Boshida kataral holat paydo bo'ladi. Milk shilliq pardasi ko'kintir-qizg'ish rang oladi, to'qimalar shishadi. Oshqozon-ichak kasalliklarida ko'pincha gingivit birga kechadi.

A.I. Ribakov hamualliflar (1980) bilan birga o'tkazgan klinik-eksperimental ta'qiqotlari natijasida oshqozon-ichak kasalliklarida gingivitlar bo'lishi, ularning kelib chiqishida oshqozon-ichak yo'llari kasalliklarining tutgan o'rni to'g'risidagi ma'lumotlari aloxida axamiyatli xisoblanadi.

T.X. Safarov, (1986) o'tkazgan tekshirishlari shuni ko'rsatdiki, organizmning immunologik qarshilik ko'rsatish qobiliyati oshqozon-ichak kasalliklarida paradont sog'lomligida ham, uning turli kasalliklarida ham o'zgaradi, lekin qondagi T-limfositlar, T-supressorlar va T-xelperlar miqdorining keskin kamayishi va V-limfositlar sonining oshishi bilan xarakterli ikkilamchi immunodefisit, oshqozon-ichak kasalliklari bilan birga kechadigan paradont kasalliklari, xususan paradontitda eng ko'p rivojlangan bo'ladi, bu esa oshqozon-ichak kasalliklari bilan birga kechadigan paradont kasalligining patogenez-rivojlanishida autoimmun o'zgarishlar roli katalligidan dalolat beradi. Ko'rsatilgan o'zgarishlar paradont kasalliklarining klinikasi va og'irligi bilan chambarchas bog'liq ekanligi aloxida axamiyatlidir.

Qon kasalliklarida (leykoz, limfoleykoz, miyeloleykoz) uchraydigan gingivitlar uchun milkning oqish rangli bo'lib qolishi, qizarganida ham ortiqcha shish bo'lmasligi, lekin kasallangan milk qismlarining yaqqol bilinib turishi xarakterlidir. Keyinchalik esa, milkda qon quyulishi va ular o'rnida tez orada yaralar paydo bo'lishi mumkin. Og'izdan qo'lansa xid kela boshlaydi. Bemorlar ovqatlanish, chaynashdan, gapirishdan qo'rqadilar. Og'iz bo'shlig'i, asosiy kasallikka nisbatan ko'proq bezovta qiladi. Ko'pincha og'izdan (milkdan) qon oqishi sabab, bemorlar stomatologga murojaat etadilar.

Gingivitlar shuningdek, ma'lum zararli kasblarda ishlaydigan (qo'rg'oshin, vismut, alyuminiy, simob, yod, bromlar ishlab chiqaradigan korxonalar) ishchilarida kataral yoki yarali shaklda uchraydi. Undan tashqari bu ishchilar uzoq muddat davomida ishlasalar, ularda umumiy zaxarlanish belgilari (bosh og'riri, oshqozonda og'riq, ich ketishi kabi) ham bo'lishi mumkin.

Tishlarni tozalash paytida milkdan qon oqishi mumkin, shunga yarasha bemorlar shikoyatlari bo'lishi va shuning oqibatida shifokorga murojaat etishlari ham mumkin.

Shifokor ko'ruvida milk shakli, rangi (oqishroq, ko'kintir) o'zgariganligi aniqlanadi. Qaytalangan surunkali gingivitda esa, bemorlar chaynov paytida milkda og'riq, undan qon oqishi, milk so'rg'ichlarining va umuman milkning shishganligi, qizarganligiga shikoyat etishadi. Tish ustlarida karashlar va tish toshlari borligi qayd etiladi. Surunkali gingi-

vitda qon tarkibida deyarli o'zgarish yo'q, qaytalanganda esa umumiy zaxarlanish – intoksikasiya alomatlari (kamxollik, noxushlik, tana xaroratining ozroq ko'tarilishi, uyqu buzilishi va xokazo) ko'rinadi. Bular ko'pincha umumiy kasalliklar bo'lganda kuzatiladi.

**Obyektiv** tekshiruvlar – V.M. Kulajenko usulida gematomalarning tez bo'lishi (kapillyarlar chidamligining pasayishi), M.Ya. Yasinovskiy sinamasida leykositlarning migrasiyasi (qon tomiridan chiqish) ni oshishi, Shiller-Pisarev usulida milkda yallig'lanish oqibatida glikogenlar miqdorining oshishi tufayli musbat reaksiya kabi belgilar aniqlanadi.

Milk suyuqligining oshishi, unda kollagenaz va boshka fermentlar faolligining oshishini tekshirib bilib olish mumkin.

**Reoparadontografiya** yordamida olingan reoparadonto-grammalarda paradont to'qimasidagi arteriyalar va venalarning faoliyatlari ancha pasayganini, buzilganligini ko'rish mumkin.

Qon tarkibida-zardobdagi immunoglobulinlar (G, A, M), V-lifositlar miqdorining oshishi maxalliy gumoral immun reaksiyasining jadallashganidan darak beradi (I.M.Jiyakonis).

Gingivitlarni qiyosiy tashhislash uchun, ularning paradontit, paradontoz, ayrim sindromlar belgilaridan, milk pigmentasiyasi (arablar, afrikada yashovchilar, tojik, o'zbeklarning ham ayrimlarida tabiiy bo'ladigan pigmentasiya) dan farqlash zarur.

**Rentgenologik** tekshiruvda gingivitlarda suyak to'qimasida o'zgarishlar yo'ligi ham qiyosiy tashhisda ahamiyatga egadir.

Kataral gingivitda, yuqorida ta'kidlanganidek, bemorlar tish tozalanganlarida va chaynaganlarida milkdan qon oqishi, og'izda maza sezish buzilganiga va undan qo'lansa xid kelishiga shikoyat qiladilar.

**Patomorfoloqik** o'zgarishlar surunkali kataral gingivitda ularning kelib chiqish sabablariga xos bo'lmagan, yoki xarakterli bo'lmagan, asosan epiteliy va uning ostidagi qo'shuvchi to'qimasida shish, kollagen tolalarining kattalashib, qo'pollasha borishi, epiteliyda shoxlanishning buzilishi (parakeratoz, akantoz), limfosit, leykosit va plazmasitlarning yig'ilishi-infiltratsiyasi, qon tomirlarning kengayishi, ular devorlarining o'tkazuvchanligining oshishi, vaskulit, tish-milk ariqchasidan suyuqlikning chiqishi, u yerga leykositlar migrasiyasining oshishi, limfosit, plazmasitlarning paydo bo'lishi, qon tomirlar atrofidagi kollagenlarning yo'qolishi kabilari bilan xarakterlanadi.

Gistoximik tekshiruvlar esa epiteliyning tikanaksimon qavatiga gliko-genni yig'ilganligi, semiz hujayralarning ko'payganligi, oqsil-glikozaminoglikan kompleksining o'zgarganligi kabilarni aniqlaydi.

Undan tashqari, limfatik tomirlar, kapillyarlar, venular kengaygan, ular atroflarida qon quyqulari, endoteliylar proliferasiyalangan, bazal membrana shishgan.

Ba'zida surunkali gingivitlarda, xususan tananing ichki a'zo va tizim kasalliklari bilan birga kechishida alveola o'sintasida suyak o'zgarishlari bo'lishi mumkin.

**Vensanning yarali-nekrotik** gingivitida klinik-morfologik o'zgarishlar alterasiya (to'qimaning emirilishi) bilan kechadi. Kasallik qo'qqisdan boshlanadi, noxushlik, kamxollik, tana xaroratining birdan baland ko'tarilishi (39–40°C gacha), og'izda qattiq, kuchli og'riqlar, milk qonashining kuchayishi, yutishni qiyinlashuvi, og'izdan qo'lansa xid kelishi, bemorni shifokorga murojaat qilishiga sabab bo'ladi. Chirish alomatlari oxirgi molyar tishlar atrofida-retromolyar joylarda, mindalinalarda bo'ladi (Ven-san anginasi).

Bu kasallik ko'pincha o'tkir infeksiyali kasalliklar, ruxiy ezilishlar, kechinmalar (stress), aqliy va jismoniy charchashlar, gipovitaminozlar, aql tishlarini qiyin chiqishi, og'izda ko'p stomatogen infeksiyali o'choqlar bo'lishi, tozalikka rioya qilmaslik kabi hollarda kelib chiqishi mumkin. Lekin, biror-bir aniq sababi hozirgacha noma'lum.

Bemorning umumiy ahvoli og'izdagi o'zgarishlarga bog'liq. Obyektiv ko'ruvda, og'iz bo'shlig'ida ko'p tish karashlari, toshlari, odatda, davolanishga, xattoki olishga loyiq tishlar bo'lishi mumkin. Tishlarni o'z-o'zidan mexanik tarzda tozalanishi yo'qligi uchun (ovqat chaynash chegaralangani sabab) tishlar va til karashlangan. Milk qizargan, oson qonaydi, milk chekkalarida ham chiriklar-karashlar, ba'zida ayrim milk so'rg'ichlari emirilgan, chirigan, yaralar paydo bo'lgan. Kasallik avjida qon tarkibida leykositoz, eritrositlar cho'kish tezligi oshgan bo'lishi mumkin.

Kasallik o'tkir davrida davolanmasa, u surunkaliga o'tadi unda esa jag'lar alveola suyak to'qimasi ham jarohatlanadi.

Yarali gingivitni qon kasalligida (leykoz va boshqalar) uchraydigan nekrotik o'zgarishlardan farqlash zarur. Qiyosiy tashhislashda qon tarkibining o'zgarishi qon kasalliklaridagi o'ziga xos o'zgarishlari tufaylidir, chunki yarali gingivitda qon tarkibining o'zgarishi, yuqorida aytganimizdek, kam bo'ladi. Shunday qilib, yarali gingivitda klinik va morfologik o'zgarishlar, o'tkir yallig'lanishga xos bo'lib, keskin rivojlangach limfositlar infiltrasiya, qon va limfa tomirlar kengaygan, turg'unlik va o'tkazuvchanlik kuchayganligi bilan xarakterlanadi.

Gipertrofik gingivit asosan pastki va yuqorigi oldingi tishlar atrofida joylashadi. U asosan bolalarda, kamdan-kam katta yoshdagi odamlarda uchraydi.

Gipertrofik-giperplastik gingivitlarning kelib chiqishida garmonlar o'zgarishi (yoshlar gingiviti, xomiladorlar gingiviti), dorilar ta'siri (difenin), askorbin kislotasi kemtigi, qon kasalliklari (leykemik retikulezlar) etiologik sababchilar bo'lishlari mumkin.

**Gipertrofik** gingivit **kataral** va **yarali** gingivitlardan farqli o'laroq milk to'qimasining kattalashuvi-gipertrofiyasi, proliferasiyasi bilan klinik kechadi. U o'tkir kechmasada, klinikada 2 xili – shishgan va fibrozli gipertrofik gingivitlar borligi ma'lum. Proliferasiya (to'qimalar ko'payishi) ko'pincha plomba, tish o'tkir qirralari, noto'g'ri joylashgan tish qirralari,

chuqur tishlam (prikus) ta'sirida yuzaga keladi, bunga albatta gormonal o'zgarishlar ham sababchidirlar.

Proliferatsiyadan oldin milkda kataral yallig'lanish bo'lgani uchun, bemorlarning milkklarini ayrim joylarida kataral, ayrim joylarida esa gipertrofik gingivit bo'lishi mumkin.

Bemorlar milklar kattalashib, shakli o'zgarib qolgani va noqulaylik, xushbuzar ko'rinish paydo bo'lganligiga, agar shishgan gipertrofik turi bo'lsa, milklardan qon oqishiga, xususan, tish tozalash paytida qon oqishining kuchayishi, ayrim paytlarda milklarda qichish, achish kabi sezgilar borligi kabilarga shikoyat qiladilar. Epilepsiya kasalligini gidantoin preparati bilan davolanganda og'ir kechadigan gipertrofik gingivit paydo buladi. Bunday paytlarda, milk og'iz bo'shlig'i va daxlizi tomonlardan o'sadi, xattoki, tish toj qismlarini to'laligicha qoplashi ham mumkin. Bunda soxta, yolg'on tish-milk cho'ntaklari paydo bo'ladi.

**Morfologik** o'zgarishlar epiteliy qavatining o'sishi, vegetasiyasi, tikanaksimon qavatdagi hujayralar sitoplazmalarini vakuolli distrofiyasi borligini qayd etadi. Shoxlanish jarayonlari buziladi, glikogen teng taqsimlanmaydi, uning ancha miqdori parakeratoz joylarda, tikanaksimon qavatining chuquridagi hujayralarda joylashadi. Epiteliy osti stromada shish, tolalar yumshagan, qon tomir devorlari kengaygan, soni ko'paygan, tomirlar devorlari kattalashgan, kengaygan, venalar ham kengaygan, limfoid va plazmatik hujayralar tomirlar bo'ylab joylashganligini ko'rish mumkin.

Homilador ayollarda ham ko'pincha gipertrofik gingivitlar bo'ladi. G.S. Chuchmay (1969) 46% da, V.L. Gubarevskaya (1975) 49% tekshirilgan homilador ayollarda gipertrofik gingivitni borligi to'g'risida ma'lumot berganlar. Olingan ma'lumotlar taxlili shuni ko'rsatganki, barcha gipertrofik gingiviti bor xomilador ayollarda oldin kataral (surupkali) gingivit bo'lgan. Bu hol, ko'pincha umumiy kasalliklari (oshqozon-ichak va boshqa) bor ayollarda, gipovitaminoz hollarida gipertrofik gingivit bo'lishi qayd etilgan.

Shunday qilib, kataral va yarali gingivitning engil kechishini to'liq davolagandan keyin maxalliy kentik (defekt) qolmasada, o'rta va og'ir kechimdagi yarali gingivitdan keyin kentik qoladi.

Gingivitlarni qiyosiy tashhislash uncha qiyin emas. Klinik-rentgenologik ko'rinishlarni bilish, xar bir gingivitga xos o'zgarishlarni inobatga olish zarur.

### **Paradontitning klinikasi, tashhisi va qiyosii tashhisi**

Paradontit aloxida mustaqil nozologiya paradont kasalligi xisoblanadi. Joylashishiga qarab maxalliy – bir necha tish atrofida va tarqalgan – barcha yoki deyarli barcha tishlar atrofida bo'lishi mumkin. Paradontit-bu barcha paradont to'qimalarining yallig'lanishi demakdir.

**Mahalliy** paradontitning kelib chiqishida maxalliy – joyli salbiy ta'sirotlar: plomba ashyosining yoki mishyak-margimushning tishlar oralariga tushishi, tishlar-prikusning buzilishi, turli jarohatlar, yomon-oto'g'ri tayyorlangan ortopedik va ortodontik moslamalar, protezlar va shunga o'xshash omillar sabab bo'lishi mumkin.

Tarqalgan, umumiy paradontitning rivojlanishiga paradont to'qimasining ximoya, to'siq vazifasining buzilishi va organizmda immunologik qarshilik ko'rsatish kuchi-reaktivligining buzilishi hamda maxalliy salbiy ta'sirotlar sababchi bo'lishlari mumkin. Ko'pincha uzoq davom etib, tana quvvatini pasayishiga, modda olmashtirish jarayonini buzilishiga sabab bo'luvchi, ichki a'zo va tizim kasalliklari (yurak-qon tomir, oshqozon-ichak, endokrin tizimlari kasalliklari) natijasida organizmda immun tizimining ishi buzilishi paradont kasalliklarini kelib chiqishida katta rol o'ynaydi (E.E. Platonov, 1969, I. Novik va boshq., 1969, V.S. Ivanov, 1989)

Paradontit kataral gingivit, gipertrofik gingivitdan keyin boshlanadi. Jarayon davomida tish-milk boylami butunligi, tishni bog'lab turgan apparat buziladi, suyak to'qimasi suriladi (rezorbsiya), tish-milk patologik cho'ntagi paydo bo'ladi (E.E. Platonov, 1969, I.). Novik va boshq., 1969, V.S. Ivanov, 1989 va boshq.).

Paradontitda bo'ladigan patologik jarayonlar o'z vaqtida davolanib to'xtatilmasa, doimiy ravishda chuqurlasha boradi, xususan, alveola suyak to'qimasidagi so'rilish va atrofiya davom etadi.

E.V. Borovskiy va boshq. (1989) paradontitga quyidagilar xos deb xisoblaydilar.

1. Paradontit asosan 30-40 yoshdagi odamlarda uchraydi.
2. Bemorlar anamnezida bir necha yildan beri milklardan qon oqishi borligi.
3. Milk cho'ntagi yoki paradontal cho'ntak borligi.
4. Milkning kataral, yarali yoki proliferativ-gipertrofik yallig'lanish.
5. Tishlararo alveola suyagida rentgenologik tuzilishni buzilish-destruktiv o'zgarishlar borligi.
6. Milkda turli yallig'lanish, destruktiv o'zgarishlar (tishlarni qimirlab qolishi, ularning joylashishini o'zgariganligi, og'riq, funktsiya buzilishlari va boshqalar).
7. Surunkali paradontitni qaytalanishi, xususan, absessli paradontitlarda organizmni umumiy buzilishlari-tana xaroratining ko'tarilishi, noxushlik, qon tarkibini o'zgarishi kabilar bo'lishi.
8. Tish karashlari, toshlari, ovqat qoldiqlari tishlarda, milkda bo'lishi kabilar.

Paradontitda subyektiv-bemor sezgilari milkdan qon oqishi, ayrim tishlarni turli darajada qimirlab qolganligi, og'riqlar, tishlar bo'yin qismini issiq, sovuqdan og'rish, milk-tish cho'ntaklaridan yiring chiqishi, ayrim paytlarda milkda absesslar bo'lishi, og'iz bo'shlig'idan qo'lansa



xid kelishi bilan xarakterlidir. Undan tashqari, bemorlarni ruxiy tushkunlikka tushishi, uyquni buzilishi va shu kabi noxush sezgilar bezovta qiladi.

**Obyektiv** ko'ruvda milkdan qon oqishi, turi darajada tish karashlari, toshlari borligi, tish qimirlashlari, milk cho'ntaklaridan yiring chiqishi, xususan, milk chekkasi asbob bilan bosilganda, Shiller-Pisarev usulining musbatligi, tish-milk patologik cho'ntaklari (asosiy belgi) borligi ko'rinadi, qo'lansa xid seziladi.

Yuqorida keltirilgan subyektiv va obyektiv belgilar, asosan kasallik avjida, bemor shifokorga murojaat etishga majbur bo'lganda bo'ladigan, ko'rinadigan o'zgarishlardir.

Tasnifga muvofiq, paradontitlar **o'tkir, surunkali** va **remissiya** (to'xtab qolgan davri) bosqichlarga, klinik kechishi jixatidan **yengil, o'rta** va **og'irlarga** bo'linadi.

**Yengil** paradontitda paradontal cho'ntak chuqurligi 3,5 mm gacha, asosan tishlar orasida tishlararo, suyak to'qimasi tuzilishi (struktura) buzilishi (destruksiyasi) boshlang'ich bosqichda va tishlararo alveola o'simtalar balandligining 1/3 qismigacha, tish qimirlashi fiziologik darajada, bemorning umumiy ahvoli o'zgarmagan.

**O'rta og'irlikda** kechadigan paradontitlarda tish-milk (patologik) cho'ntak chuqurligi 5 mm ga yetadi, tishlararo alveola o'simtasining 1/2 gacha suyak yemirilgan (II daraja), osteoporoz o'choqlari bo'ladi, tish qimirlashlari I yoki II daraja, ayrim tishlar qimirlab o'z o'rinlarini o'zgartirgan bo'lishlari mumkin.

**Og'ir** kechadigan paradontitda milk cho'ntaklari 5-6 mm chuqurlikda, tishlararo alveola suyak o'simtalari u uzunligining 1/2 da suyak to'qimasi yemirilib bo'ladi, suyak to'qimasi rentgenogramda ko'rinmaydi, tishlar II-III darajali patologik qimirlashda, ayrimlarining o'rmi o'zgarib, turli qiyshaygan holda joylashadi, travmatik okklyuziya borligini ko'rish mumkin. O'rta va og'ir paradontitda milkdan qon va yiring chiqishi, og'izdan qo'lansa xid kelishini shifokor sezishi mumkin.

Paradontitning remissiyasida bemorlar ortiqcha shikoyat etmaydilar, lekin kasallik bor.

**O'tkir** paradontit kam uchraydi, asosan, maxalliy salbiy ta'sirotlar (plomba o'tkir qirralari, milkka ortiqcha kirgan sun'iy koronkalar, protezlar klammerlari va boshq.) oqibatida paydo bo'lishi va ko'pincha ma'lum tishlar atrofida bo'lishi mumkin.

Bunda bemorlar o'z-o'zidan boshlanadigan o'tkir og'riqlar, milkdan qon oqishi kabilarga shikoyat qiladilar.

Shifokor obyektiv ko'ruvda tish-milk cho'ntagi borligini, milk qizarib shishganligi, unga tekanda esa, qon oqishini ko'radi.

**Surunkali** paradontitda ko'pincha bemor kech shifokorga murojaat etishi, onda-sonda to'liq bo'lmagan davolash muolajalaridan keyin kelmasligi oqibatida bo'lishi mumkin. Uning kelib chiqishida, yuqorida ta'kidlaganimizdek, organizmdagi umumiy surunkali oshqozon-ichak,

yurak-qon tomir, modda almashinuvi buzilishi bilan kechadigan kasalliklar, asab tizimi va boshqa ichki a'zo va tizim kasalliklari rol o'ynashi mumkin.

Yengil surunkali paradontitda bemorlar milkdan vaqt-vaqti bilan qon oqishi, xususan, tishlarni tozalashda, og'izda qo'lansa xid bo'lishi, milklarda turli noqulayliklar, tish toshlarining tez orada yig'ilib qolishi, yallig'lanish ayrim tishlar atrofida – maxalliy yoki hamma tishlar yoki ko'pchilik tishlar atrofida – tarqalgan holda bo'lishiga shikoyat qiladilar.

**Obyektiv** ko'ruvda milklarda ko'kimtir rang bo'lib, salgina shishganligi, tish-milk cho'ntagining chuqurligi 3,5 mm atrofida bo'lishi qayd etiladi.

Rentgenogrammada kompakt plastinkasining yuqori qismlari – tishlararo to'siqlari emirilganligi, tishlararo alveola to'siqchalarining ko'rinishi xiralashganligi, ularning 1/3 qismi emirilishini ko'rish mumkin, lekin tishlar qimirlashi fiziologik darajada qoladi va ularning o'rinlaridan siljishlari bo'lmaydi.

**O'rta og'irlikda** kechadigan surunkali paradontitda yengil darajaga nisbatan patologik o'zgarishlar ancha chuqurroq bo'lib, tish milk (patologik) cho'ntaklar chukurligi 5 mm ga yetadi, paradontal cho'ntakka aylanadi.

Bemorlar **shikoyatlari** ham ancha ko'payib, milkdan qon oqishi faqat tozalash paytida bo'lmasdan, balki qattiq narsa (non, olma, nok kabi) lar tishlaganda ham qon oqishi, milklarning ranggi, shakllari o'zgarganligiga, ayrim yoki bir guruh tishlar qimirlab qolganligiga va ularning tish qatorlaridan chiqib qolganligiga, milklarda qichish, achish kabi noxush sezgilar paydo bo'lganligiga va shunga o'xshash noxushliklar paydo bo'lganligiga bo'lishi mumkin.

Shifokor **obyektiv** ko'rganida, milklar ko'kimtir (sianoz) rang olganligini, tishlararo milk so'rg'ichlarining shishganligi, ular tishlardan ajralib turishi, milkga tekkanda qon oqishi, ularni bosganda ulardan qon aralash yiring chiqishini, paradontal cho'ntaklar va ularning chuqurligi 4-5 mm bo'lishini ko'radi. Patologik jarayon bir xil bo'lmaydi, ayrim tish atrofida ko'proq, ayrimlarida kamroq rivojlangan bo'ladi.

Maxalliy salbiy ta'sirotlar yallig'lanish patologik jarayonni kuchaytiradi, chuqurlashuviga olib keladi. hamma bemorlarda turli darajada tish karashlari, toshlari bo'ladi, tishlar 1-yoki 2-darajali qimirlashga ega bo'ladi. Milkdagi yallig'lannsh ko'pincha yuzaki-kataral bo'lsada, ba'zilarida yarali, gipertrofik gingivit shaklida bo'ladi.

**Rentgenogrammada** patologik jarayonning faol kechadigan paytlarida tishlararo to'siqlarning ? qismida suyak destruksiyasi, osteoporoz o'choqlari, tish bo'yin qismida periodontal yorig'ni kengayishi ko'rinadi.

**Og'ir kechadigan** surunkali paradontitda, bemorlarni shifokorga murojat etishlariga sabab, milkdagi og'riqlar, yomon yoki noxush sezgilar, tishlarning qiyshayganligi, ularning o'rtalari ochilib qolganligi (diastema,

tremalar), vaqt-vaqti bilan milkdan qon, yiring ajralishi kabilar bo'ladi. Bemorlarni ruxini ma'lum miqdorda buzilishi, tushkunlikka tushishi, oila muomalalarining ma'lum darajada qiyinlashuvi mumkin.

**Obyektiv** ko'ruvda milk shaklining o'zgarganligi, u yerdagi granulyasiya to'qimalari, fibroz, yallig'lanish infiltrasiyalari, qizarish-ko'kintir rang, milk so'rg'ichlarining tishlarga yopishmay turishi, tish karashlari, toshlari ovqat qoldiqlari, milkdan qon oqishi (tekkanda) kabilar borligi qayd etiladi.

Zondlaganda paradontal cho'ntaklar chuqurligi 5-7-8 mm gacha, tishlar patologik qimirlashlari I-II darajadali, tishlar xar tomonga siljiganligini aniqlash mumkin. Bunda travmatik okklyuziya borligi xarakterlidir. Ba'zida sog'lom tishlar qimirlab tushib ketishi ham mumkin.

Rentgenogrammada suyak to'qimasining destruksiyasi II-III darajali, osteoporoz o'choqlari borligi, patologik suyak cho'ntaklari borligini ko'rish mumkin.

Paradontit davolangach, remissiya bosqichiga o'tadi. Kasallikning faol kechishidagi bemor shikoyatlari bo'lmaydi.

Surunkali paradontitning **qaytalanishida**, milkdagi yallig'lanish battar avjga chiqadi, milklar qizarishi, oldingi ko'kintir rang bilan aralashadi, milk qonashi, ulardan yiring ajralishi va bularning hammasi yig'ilib, bemorning umumiy ahvolini o'zgartirishi (bosh og'rig'i, charchoqliq, kamxollik va shunga o'xshash) mumkin.

Absesslar bo'lishiga ayrim tishlarga ko'proq bosim tushishi, paradont to'qimasining chidamliligini buzilishi, organizmning qarshilik ko'rsatishi pasayishi, immunologik holatni pasayishi, umumiy kasallikning ta'siri, shamollashlar, gripp kabilar sabab bo'lishi mumkin. Bunday paytlarda, og'iz bo'shlig'ini tekshirib ko'rishda, milklar shishganligi, qizarganligi, og'iz burmalarini tekislashganligi, milklardan yiring chiqishi, paypaslab o'rilsa, og'riq va yiring yig'ilganligini aniqlash mumkin. Absesslar ko'zlaricha ochilishlari va yiringni chiqib ketishi yoki, ba'zida shifokor absesslarni qoidalarga amal qilib ochishi mumkin.

Paradontdagi turli yallig'lanish jarayonlarini, ularning klinik kechishi va og'ir-yengilligini bilish uchun laboratoriya, biokimyoviy va funksional usullar yordamida aniqlash maqsadida Shiller-Pisarev, Kulajnsko, Yasnovskiy sinamalari, qonning biokimyoviy ko'rsatichlarini o'rganish kabilar qo'llaniladi.

Masalan, vital mikroskopiya usulini qo'llab, paradontitda milkdagi kapillyarlar sonlarining ko'payganligi, ularning tarangligini oshganligini, eritrositlar qon tomirdan tashqariga chiqishini, qon aylanishini to'xtab qolguncha (staz) pasayganini, kapillyarlar holatlarini, venulalarning shishganligini ko'rish mumkin.

Reoparadontogrammalarda qon tomir vazifalari, tonuslari, qon olib kelish kobiliyatlarini, tarangliklari o'zgarganligini aniqlash mumkin.

Ikkilamchi gipoksiyani, oksidlanish-tiklanish jarayoni polyarografiya usulida, ikkilamchi immunodefisitni immunologik usullar yordamida

aniqlash, kabilar, paradontitni tashhisini qo'yish, davolash usullarini rejalashtirish uchun juda zarurdir.

Quyida eng ko'p tarqalgan paradont kasalliklari xisoblangan gingivit, paradontit va paradontoz kasalliklarini bir-biridan qiyosiy tashhislash uchun eng zarur ko'rsatgichlar mezonlarini ko'rsatib o'tamiz:

Paradontitni tashhislashda, qiyosiy tashhislashda, katta yordam beradigan va klinikada eng ko'p qo'llanadigan usul – bu rentgenografiyadir. Rentgenologik o'zgarishlar turlicha, chunki paradont to'qimasida ham turli darajadagi patologik o'zgarishlarda suyak to'qimasida turlicha o'zgarishlar bo'ladi. Boshlang'ich, yengil darajadagi paradontitda alveolararo to'siqchalarining kortikal plastinkalarida osteoporoz va destruksiya (tuzilishini buzilishi) bo'lsa, keyinchalik, bu o'simta, to'siqchalar uchlarining so'rilishi, yo'qolishini ko'rish mumkin. Bunda so'rilish gorizontal va vertikal (ildiz yo'nalishi bo'ylab) so'rila boshlaydi, vertikal ravishdagi so'rilish suyak cho'ntaklarini hosil qiladi. Alveola o'simtalari so'rilgan, yo'qolgan yoki yoyilgan shaklda bo'lib, milk ostida tish toshlari yig'iladi. Jag'ning ayrim joylarida o'zgarish bo'lmasligi mumkin.

**AYRIM PARADONT KASALLIKLARINING QIYOSIY  
TASHHISLASH MEZONLARI**

<b>Baholash mezonlari</b>	<b>Tarqalgan kataral gingivit</b>	<b>Tarqalgan paradontit</b>	<b>Paradontoz</b>
Milk qizarishi (giperemiya)	bor	bor	yo'q
Milkdan qon oqishi	bor	bor	yo'q
Tish-milk (patologik) cho'ntagi	yo'q	bor	yo'q
Tishlarning (patologik) qimirlashi	Yo'q	bor	yo'q
Jag' suyak to'qimasida o'zgarish	yo'q	Paradontit darajasiga bog'liq turli o'zgarishlar bo'ladi	Osteoskleroz
Alveolalararo suyak to'qimasi o'simtalarning o'zgarishi	yo'q	Turli darajada destruksiya bor	yo'q
O'rab turuvchi suyak kortikal plastinkasining o'zgarishi	yo'q	Yemirilgan (buzilgan)	O'zgarmagan
Suyak o'simtalari osteoporoz borligi	yo'q	Turli dog'simon osteoporoz o'choqlari bor	yo'q
Alveola to'siq (o'simta) larning balandligi	yo'q	Suyak to'qimasida yemirilish turli darajada bo'ladi	

Paradontozda esa osteoskleroz, suyakning eburneasiya deb ataladigan, sklerozga o'xshash o'zgarishlari bo'ladi.

Patologoanatomik o'zgarishlar ham paradontitning turli darajalarida turlicha bo'ladi. Lekin, patologoanatomik o'zgarishlar paradont to'qimalarining barchasida borligi qayd etiladi.

Yengil paradontitda, milkda nospesifik surunkali yallig'lanishga xos o'zgarishlar – epiteliyda distrofik o'zgarishlar, ayrim hollarda uning yuza qavatlarining chirishi (nekroz) va leykositlar infiltrasiya borligi aniqlanadi. Epiteliy atrofiyaga uchragan sari, unda glikogenlar kamayib boradi.

Epiteliy ostidagi qo'shuvchi to'qimada qon quyilishi, ba'zida fibrinoid o'zgarishlar, skleroz bo'ladi. Qo'shuvchi to'qima tuzilishi buziladi, milk cho'ntagida atrofida mukoid shishlar, mukopolisaxaridlar ko'payishi, argirofil tolalar qo'pollashgan, ayrimlari erigan (lisis), kollagen tolalar erigani kabi o'zgarishlar bo'ladi.

Qon tomirlari devorlarida qon quyqulari, skleroz, milk to'qimasining barcha joylarida limfoid-gistositlar yig'ilishi, plazmatik hujayralar, fuksinofil yoki Russel tanachalari, leykositlar infiltrasiya, semiz hujayralar ko'payishi kuzatiladi.

Shunday qilib, engil paradontitda qon tomirlar o'zgarishiga bog'liq o'zgarishlar tolali to'qimalarda esa. distrofik o'zgarishlar – xattoki chirish, qo'shuvchi to'qimadagi o'zgarishlar epiteliyga ikkilamchi salbiy ta'sir ko'rsatib, uning atrofik va distrofik o'zgarishlariga olib keladi.

Alveola suyak to'qimasining tishlararo joylashgan qismlarida makro-faglar va osteoklastlar yordamida so'rilish, emirilish jarayonlar kechadi. Epiteliy ildiz o'zunligi bo'ylab o'sib kirishi mumkin.

Bir vaqtning o'zida ildiz sementi ham yallig'lanish oqibatida yemiriladi. Suyak emirilishi, yangi suyak to'qimasini paydo bo'lishi jarayonlari bir vaqtda kechishi mumkin. Qon tomirlar devorlari kengaygan, o'rta qavatlari skleroz va gialinozli bo'lib, ularning ichlari toraygan, qon tomir atroflari sklerozga uchragan.

O'rta va og'ir shakldagi paradontitlarda keltirilgan patomorfologik o'zgarishlar yanada chuqurlasha boradi.

Shunday qilib, paradontitda barcha paradont to'qimalarida turli darajada patologik o'zgarishlar bo'ladi, emirilish, so'rilish jarayonlari yangi suyak hosil bo'lishiga nisbatan ustun turadi.

### **Paradontozning Klinikasi, tashhisi va qiyosiy tashhisi**

Klinik amaliyotda paradontoz nisbatan kam uchraydi, Paradont kasalligining bu turida yallig'lanish bo'lmaydi, patologik tish-milk cho'ntaklari ham yo'q. Tishlar qimirlamaydi, oz miqdorda tish toshlari bo'lishi mumkin. Milkni atrofiyasi, o'tirib qolishi (retraksiya), tishlar

bo'yin qismlarining ochilib qolishi, fonasimon kentiklar (tish bo'yin qismlarida, ko'pincha og'iz daxlizi tomonda) paydo bo'lishi mumkin. Paradontoz asosan generallashgan tarzda kechadi.

Bemorlar tishlari bo'yin qismlarida turli ta'sirotlardan og'riq bo'lishi, milk qichishi, ayrim paytlarda esa milklarda o'z-o'zidan simmilovchi og'riq bo'lishiga shikoyat qiladilar. Yosh odamlarda 2-4, ba'zida 6-8 tish atroflarida, ya'ni chegaralangan paradontoz bo'lishi mumkin. Kasallik asosan katta yoshdagi (40 yoshdan keyin) odamlarda tarqalgan shaklda uchraydi.

Ammo, ba'zida yallig'lanish belgilari qo'shilishi bilan paradontoz paradontitga aylanadi. Ularning qiyosiy tashhislash uchun anamnez ma'lumotlari, klinik belgilar, eng asosiy belgi-bu rentgenologik o'zgarishlarni xisobga olish zarur.

Rentgenologik tekshirishlar suyak to'qimasida sklerotik (suyak mugiz ko'migi bo'shliqlarini kichrayishi, torayishi, kabi) o'zgarishlar borligini ko'rsatadi. Atrofik o'zgarishlar tishlararo to'siqchalarning bir tekisda emirilishi-pasayganligi, lekin kortikal suyak plastikalarining butunligi bilan xarakterlanadi.

Morfologik o'zgarishlar paradontozda marginal paradontda yallig'lanish jarayoni yo'qligini, milk epiteliysida shoxlanish jarayonining buzilganligi, qo'shuvchi to'qimada esa sklerotik o'zgarishlar borligini ko'rsatadi.

E.V. Borovskiy va boshq. (1989, 1998) paradontozga xos o'zgarishlarga:

1. Yallig'lanish yo'qligi, milk oqish rangda;
  2. Milk utirishi (retraksiyasi) natijasida bo'yin qismlar, ildizning ochilib borishi;
  3. Milk va paradontal cho'ntaklarining yo'qligi;
  4. Mikroblilik karash, yumshoq karash bo'lish-bo'lmasligi mumkin;
  5. Emal eroziyasi, fonasimon kentik, emirilishi kabi nokariyes kasalliklari bilan birga kechishi;
  6. Tish qimirlamasligi;
  7. Rentgenogrammada yallig'lanishga xos suyak o'zgarishlarining bo'lmasligi, jag' suyaklarida sklerotik, shunday o'zgarishlar boshqa suyaklarda ham bo'lishi extimoli;
  8. Tanada yurak-qon tomir, oshqozon-ichak endokrin va boshqa xastaliklarning bo'lishi;
  9. Yallig'lanish belgilarini aniqlaydigan sinamalarning manfiyligi;
- Lekin bu ko'rsatkichlar yallig'lanish boshlanishi bilan tubdan o'zgaradi.

**Engil paradontozda** bemorlar shikoyat qilmaydilar, bor mayda-chuyda o'zgarishlar (qichish, achish kabilar)ga axamiyat bermasdan shifokorga murojat etmaydilar.

**Obyektiv** ko'ruvda milk tishga yopishib turishi, oqishroq rangdaligi, tish toshlari deyarli yo'qligi, mikroblari karashlar yo'qligi (agar bemor muntazam tishlarini tozalab tursa), oldingi tishlardagi milk salgina o'tirib qolganligi, rentgenogrammada tishlararo to'siqchalar balandligini pasayganligi qayd etiladi.

**O'rta paradontozda** estetik kemtik (tish ildizlarining ochilib qolishi xusmi buzadi), tishlar sarg'ayishi, bo'yin qismlarining issiq, sovuq, nordon kabi ta'sirotlardan og'rishi kabi bemor shikoyatlari paydo bo'ladi. O'rta paradontoz uchun tish ildizlarining 1/2 gacha ochilib qolishi xarakterlidir.

**Og'ir kechadigan paradontozda** ildiz ochilib, tishlararo bo'shliqlar paydo bo'ladi va ildizning 1/2 dan ko'prog'i ochilib qoladi. Milkarda og'riqlar, xarorat, kimyoviy ta'sirotlardan esa og'riq kuchayishi, pares-teziya (tishlar qamashib qolishi, qichish, achishish, og'riq) bemorlarni shifokorga murojaat etishga majbur qiladi.

Shunday qilib, yengil paradontozda bemorlar stomatologga murojaat etmaydilar, lekin o'rta, xususan og'ir paradontozda davo izlab kelishga majbur bo'ladilar.

Paradontozni tashhisi qiyin emas. Klinik va rentgenologik o'zgarishlar (tish ildizlarining ochilib qolishi, alveola suyagi o'sintalarining bir tekislikda, barcha tishlar joylarida atrofiyasi) tashhis qo'yish uchun etarli. Qiyosiy tashhis ba'zi sindromlar bilan o'tkaziladi.

Paradontozdagi qon tomirlar, asab tolalari va tish qattiq to'qimalaridagi o'zgarishlar organizmda kechadigan surunkali umumiy kasalliklar oqibatida rivojlanadigan distrofik o'zgarishlar tufayli bo'lib, ular ikkilamchi, paradontozning o'zi bilan bog'liq bo'lmagan patologik o'zgarishlardir.

### **Paradontning idiopatik kasalliklarining klinikasi, tashhisi, qiyosiy tashhisi**

Idiopatik kasalliklar deb, klinik ko'rinishi, kechishi va nima bilan tugashi yuqorida keltirilgan paradont kasalliklariga o'xshamagan, lekin paradontoliz (paradont to'qimalarining so'rilishi, yemirilishi) bilan kechadigan, bularning ham kelib chiqishi noma'lum bo'lgan paradont kasalliklariga aytiladi.

Bulgarga bir necha belgilar yig'indisi – sindromlar va kasalliklar (neytropeniya, agammaglobulinemiya, Papiyon-Lefevra sindromi, Xend-Shyuller-Krischen kasalligi, Desmondontoz, qandli diabet va hokazolar) kiradi.

Desmodontoz (periodontoz) 1949- yilda Amerika paradontologiya akademiyasi tomonidan yallig'lanishsiz, paradont to'qimasining degenerativ distruksiyasi bilan, tish qimirlashi, tish-milk cho'ntagi hosil bo'lishi

bilan kechadigan paradontning idiopatik kasalligi e'lon qilindi. Ulargacha Wotlieb 1920- yilda "Alveola suyagining diffuz atrofiyasi" deb unga periodontoz degan nom bergan. Fransiyaning tadqiqotchilari esa desmodontoz nomini berishni taklif etishgan, chunki, bundan maqsad, kasallikdagi tish aylama boylami va periodont tolalarining jarohatlanishi, zararlanishi bo'lishiga urg'u berish edi.

Kelib chiqishi sabablari noma'lum.

Kasallik simmetrik (kesuvchi va birinchi molyarlar) ravishda uchrab, milk musti va milk osti toshlari bo'lmasdan, chuqur tish milk cho'ntaklari bo'lib, ulardan zardobli, yiringli ekssudat ajralib chiqishi, tishlar qimirlashi, ikkilanchi travmatik okklyuziya hosil bo'lishi, kasallik joylashgan tishlarning pulpalarining elektrosezuvchanligi pasayganligi bilan kechadi. Tish olinsa, katak bitishi yaxshi kechadi.

**Rentgenologik** tekshirish suyakni diffuz emirilishi, so'rilishi klinik kechishiga nisbatan chuqurroq ekanligini ko'rsatadi.

**Gistologik** tekshirish epiteliyning o'zgaraganligi, shilliq osti qavatida gipervaskulyarizasiya, kapillyarlar devorining qalinlashuvi, limfoplazmasitar infiltrasiya, gialinli skleroz kabi o'zgarishlarni ko'rsatadi. Periodont to'qimasi shishgan (otek), qo'llagen tolalar gialinozga uchragan, sement so'rilgan. Suyak kompakt plastinkasi yuqalashgan, paradontning kompensator vazifasining bajarilmasligi xarakterlidir.

**Qiyosiy tashhislash** paradontit (jarohat oqibatida kelib chiqqan), jarohatdan keyin bo'ladigan osteoliz siklik neytropeniya, gistositoz, Papiyon-Lefevra sindromlari kabilar bilan bo'lishi kerak.

Bemorni davolash asosan kasallik belgilarini (simptomatik) davolashdan iborat. Tish-milk cho'ntaklarini tozalash-kyuretaj, tishlarni depulatasiya qilib, keyin gingivotomiya operatsiyasini o'tkazib, formalinlashtirilgan transplantatlar kirgizish, qo'yish kabilar. Tirokalsionin foydali, chunki suyak yemirilishini to'xtatadi. Chuqurlashgan jarayonlarda tishlar olinadi.

Eozinofilli granulema yoki Leterer-Sive va Xend-Shyuller-Krischen kasalligi, keyingi vaktlarda "Gistositoz X" nomi bilan yuritiladigan idiopatik paradont kasalligi ham bor.

Eozinofilli granulema bolalarda va katta yoshdagi odamlarda, gistositoz X esa, asosan bolalarda uchraydi.

Eozinofilli granulema klinikada diffuz va o'choqli – maxalliy shaklda uchraydi (A.A. Kolesov va boshqalar, 1976). Og'iz bo'shlig'ida gingivit, tish milk va suyak cho'ntaklari, tishlar qimirlashi qayd etiladi.

Rentgenogrammada osteoporoz va suyak to'qimasining yemirilishi, so'rilishi ko'rinadi. O'choqlisida kompensator reaksiya yaxshi rivojlangan bo'lib, o'choq atrofi sklerozlashgan.

**Patomorfologiyasida** retikulyar hujayralar, eozinofillar yig'ilishi, dimfomakrofagal infiltrasiyani ko'rish mumkin.

Leterer-Sive kasalligining og'ir klinik kechishida et uyushishi, xarorat ko'tarilishi, terining ranggi oqish bo'lishi, xarakatsizlik, ozish va ishtaha



yo'qolishi, gepato va splenomegaliyalarni ko'rish mumkin. Og'iz bo'shlig'ida generallashtgan paradontit suyak yemirilishining avjidaligi qayd etiladi. Rentgenologik tekshiruvda – osteoporoz, alveolalararo to'siqchalarning yemirilishi, xattoki kasallik joylashgan o'choqda jag' suyagining so'rilishi kuzatiladi.

Xend-Shyuller-Krischen kasalligini, shuningdek, retikulogistio-sitozlar ham deyiladi. U qandsiz diabet, ekzofthalm, suyaklarda o'smasimon o'zgarishlar, bemorlarning o'sishdan, rivojlanishdan orqada qolishi bilan kechadi.

Og'izda generallashtgan paradontit ko'rinishi, rentgenogrammada jag' suyaklari alveola o'sintalarining destruksiyasi bo'ladi.

Gistiositozlarni davolash uchun stomatolog albatta, onkolog va gematologlar bilan birga xarakat qilishi shart, chunki ular (onkolog, gematolog) gormonal preparatlar, sitostatiklar, oqsil anabolizatorlari, antibiotiklar, desensibilizatorlar, ftor va boshqa organizmni umumiy davolash choralarini ko'radilar. Stomatolog maxalliy davolash choratadbirlari – tish toshlarini olish (apilikasion og'riqsizlantirilgandan so'ng) tish-milk cho'ntaklarini kyuretajlash, ba'zida tishlarni olib tashlash ortopedik davolash usullarini qo'llash bilan shug'ullanadi. Yana bir kasallik – **Lefevra-Papiyon** sindromidir. Bu kasallik-sindrom jag' alveola o'sintalarining yemirilishi bilan xarakterlanadi, tish olingach so'rilish to'xtaydi. Kelib chiqishi-etilogiyasi noma'lum. Irsiy kasallik deb qaraladi. Bunda og'izdagi o'zgarishlardan tashqari ko'l va oz (tovon) terilarining tushishi (keratodemiya) xarakterlidir. Klinika va rentgenologik o'zgarishlar paradontitga to'g'ri keladi. Davolash belgilariga qarab (simptomatik) o'tkaziladi.

E.V. Borovskiy va boshq. (1989, 1998) idiopatik kasalliklarini asosan paradontoliz bilan kechishini ta'kidlaydilar.

Paradontoliz degani, paradont to'qimalarining emirilishi, so'rilishi demakdir. Bunga asosiy xarakterga ega bo'lgan o'zgarishlar, ularcha quyidagilardan iborat:

1. Paradont to'qimalarining barchasida boshlanadigan buzilishlar to'xtovsiz davom etadi va 2–3 yil ichida tishlar "to'kilib" bo'ladi;

2. Tish-milk cho'ntaklariga nisbatan tez orada hosil bo'lib, ular-dan yiring ajralishi, tishlar qimirlashi, o'z o'midan qo'zg'alishi mumkin;

3. O'ziga xos retgenologik suyak tukimasidagi o'zgarishlar- vertikal holdagi destruksiya, suyak cho'ntaklari, bo'shliqlar hosil bo'lib, suyak to'qimasining qisqa muddatda butunlay yemirilishi, so'rilib ketishi kuzatiladi;

4. Suyak to'qimasida, asosan osteoliz jarayonlari (qandli diabet misolida) kechadi.

Shunday qilib, paradontitning idiopatik kasalliklari anchagina, xali o'rganilmaganlari ham bo'lishi mumkin. Ularni tashhislash, qiyosiy tashhislash, iloji boricha davolash stomatologiyasining asosiy va og'ir vazifalaridan xisoblanadi.

## Paradontomalar

Paradont to'qimasida o'sma va o'smasimon kasalliklar paradontomalar deb yuritiladi. Bu tur kasalliklarni davolash usullari jarrohlik yo'llari bilan bo'lgani sababli, bu ma'lumotlar jarrohlik stomatologiya o'quv kitoblari, darsliklar, qo'llamalarida batafsil keltiriladi.

Lekin, terapevt-stomatolog og'iz bo'shlig'ida uchraydigan bu xastaliklarni bilishi, bir-biridan farqlay olishi, og'iz bo'shlig'idagi boshqa o'zgarishlar-gipertrofik gingivit, ayrim milk so'rg'ichlarining kattalashib qolishi va ularning maxalliy ta'sirotlar bilan bog'liqligi kabi masalalarni bilishi shart.

Bunday kasalliklar asosan uchtaadir: **milk fibromatozi, epulis** va **paradental kista**. Albatta, milkda boshqa shishlar, o'sma va o'smasimon, masalan saraton (rak) ham bo'lishi mumkin.

Milk fibromatozi kamdan-kam uchraydigan kasallik-holat xisoblanadi, faqat katta yoshdagi odamlarda uchraydi. Sababi noma'lum. Irsiy kasallik bo'lib xisoblanadi. Asta-sekin rivojlanadigan, qattiq, bosganda og'riqsiz do'mboqsimon o'smalar barcha alveola o'simalari yoki ayrim joylarda, ko'pincha oldingi tishlar atrofida joylashadi. U yerda yallig'lanish bo'lmaydi. Bemorlar milkda ajabtovur, noxush ko'rinish borligiga shikoyat qiladilar. Erkak va ayollarda, ayrim paytlarda bolalarda ham uchraydi. Gipertrofik gingivitdan farqi, fibromatozda faqat tishlararo milkda emas, balki alveola milkida ham shakl o'zgarishlar (deformasiya), undan tashqari ham og'iz bo'shlig'i, ham og'iz daxlizi tomonlardagi milk, go'yoki bo'rtgan, shishgansimon shakli o'zgarishda bo'lib, ancha xusnbuzarlikka sabab bo'ladi. Milk ranggi o'zgarmagan.

**Gistologik** o'zgarishlar asosan, zich bog'lovchi kollagen tolalar ko'pligi, ularda qon tomirlar kam, kichik nuqtali infiltrasiyadan iborat. **Rentgenogrammalarda** osteoporoz holati, ba'zida alveolalararo suyak o'simalarining emirilishi kuzatiladi.

**Davolash** jarohlik usuli bilan olib boriladi.

**Epulis** kattalarda ko'proq, bolalarda ozroq uchraydi. **Fibrozli, tomirli** va **katta hujayrali** epulis turlari mavjud. Yakuniy tashhis faqat gistologik tekshiruv natijasida qo'yiladi. Rentgenda o'choqli, chegaralangan osteoporoz ko'rinadi.

**Klinik** ko'rinishi gipertrofiyalashgan milk so'rg'ichlari shaklida ko'rinadi, albatta qiyosiy tashhishlash zarur. Epulislar rivojida ko'pincha maxalliy ta'sirotlar (tish toshlari, olinmagan ildiz, plomba va kariyes kovagining o'tkir qirralari va boshqalar) sababchi bo'lishi mumkin.

**Davolash** jarohlik usuli bilan, ba'zida 1-2 tish olinishi va olingan joyni elektrokoagulyasiya bilan tugatish talab etiladi.

Paradental kista paradont kasalligining uzoq davom etishi natijasida paydo bo'ladi. Bunda og'iz shilliq pardasi epiteliysi patologik cho'ntak bo'ylab o'sadi, suyak ustki pardasini ajralishiga olib keladi. Boshida bilmasligi, keyinchalik esa shishib chiqishi bilan klinikada ko'rinadi.

## MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLARI

1. Gingivit deganda nimani tushunasiz?
2. Paradontitni ta'riflab bering.
3. Paradontoz kasalligi ko'proq qaysi yoshdagi odamlarda uchraydi, nima sababdan?
4. Paradont kasalliklari o'zaro qanday farqlanadi?
5. Gingivit, paradontit kasalliklarining o'xshash va farqli tomonlari nimalarda?
6. Paradont kasalliklari ko'pincha qaysi sabablardan paydo bo'ladi?
7. Idiopatik paradont kasalliklariga kiradigan xastaliklar qaysilar?
8. Paradontit va paradontozni bir-biridan farqlanishini asoslab bering.

### **Paradont kasalliklarini mahalliy va umumiy davolash usullari**

Paradont kasalliklarini davolashdan maqsad, mahalliy etiologik omillarning salbiy ta'sirotlarini yo'qotish yoki kamaytirish va paradont to'qimalarida sodir bo'lgan funksional va tuzilish o'zgarishlarni iloji boricha tiklashdan iborat. Paradont kasalliklarini davolash eng murakkab vazifalardan biridir. Paradont kasalliklarini davolash nafaqat to'qimadagi yallig'lanish jarayonlarini yo'qotish, balki umumiy organizmning muxofaza kuchlarini va ahvolini tiklashga qaratilishi kerak.

Paradont kasalliklari orasida yallig'lanish bilan kechadigan gingivit, paradontit kasalliklari eng ko'p uchraydi.

#### **Davolash bir necha bosqichlardan iborat.**

1. Kasallikni keltirib chiqaradigan sabablarga qaratilgan etiotrop davolash usullari. 2. Paradont to'qimasida kechadigan turli yallig'lanish va to'qima buzilishlariga ta'sir etuvchi patogenetik davolash usullari. 3. Tana ximoya va moslashish mexanizmlarini kuchaytirishga qaratilgan davolash usullari. 4. Tiklash (reabilitasiya) davolash usullari. Bu murakkab vazifalarni bajarish uchun, qo'llanadigan omillar ma'lum tartib – prinsiplarga tayangan bo'lishi shart. Shuning uchun paradont kasalliklarini biz (T.X.Safarov) ishlab chiqqan davolashda quyidagi tutum (prinsiplarga) amal qilmoq yaxshi natija beradi. 1. Davolash majmuaviy-kompleksli bo'lishi-davolash usullari va vositalari paradont to'qimasiga va bemor organizmiga ta'sir etishi to'g'ri tanlangan bo'lishi kerak. 2. Har bir bemorga individual kompleks davolash usullarini va vositalarini qo'llash zarur. Hamma kasallarni davolash sxemalari, ya'ni hammabop usullar bo'lmasligi kerak. 3. Tanlangan kompleks davolash usullari va vositalari har bir bemor uchun undagi holatga asoslangan bo'lishi kerak. 4. Turli kompleks davolash usullari va vositalari ma'lum tartibda birin-ketin olib borilishi shart. 5. Paradont kasalligini davolash mumkinligiga shifokor va bemor ishonchi bo'lishi shart. 6. Kasallik remissiyasida – shoshilinch davolash usullarini qo'llashni keragi bo'lmaganda, paradont

to'qimasida modda almashinuvini idora qilib turadigan davolash muolajalari o'tkazilib turilishi kerak.

Mahalliy va umumiy davolash usullari deganda, biz ularning o'zaro bog'liqligi, bir-birini to'ldirishi zarurligi uchun shartli ravishda shunday deb ataymiz.

Shunday qilib, etiotrop davolash usuli deb, mahalliy paradontga salbiy ta'sir etuvchi omillarga qarshi yoki ularning yo'q qilishga karatilgan kompleks davolash usullari va vositalarini tushunishimiz lozim ekan. Bularga quyidagilar kiradi. 1. Og'iz bo'shlig'i tozalik qoidalarini bajarishga bemorlarni o'rgatish va ularni to'liq bajarilishini ta'minlash. 2. Tish karashlari (mikrobli karashlar, yumshoq karashlar) va toshlarini olib tashlash. 3. Tish okkyuzion yuzalari tekisligini ta'minlash yoki ularni tekis qismi, yo'qligiga e'tibor berish. 4. Aproksimal tish yuzalarida joylashgan kariyes kovaklarini plombalashda tegib turadigan nuqtalar hosil qilish, ortiqcha plomba ashyolari paradont to'qimasiga salbiy ta'sir etishini oldini olish. 5. Noto'g'ri tayyorlangan ortopedik va ortodontik protezlar, moslamalarni yaxshilariga almashtirish, tuzatish. 6. Tish, til yuganchalari anomaliyalari, prikus apomaliyalarini tuzatish, davolash, to'g'rilash. 7. Bir tomonda ovqat chaynash, chekish, kasbga bog'liq va shunga o'xshash yomon qiliqlarni yo'qotish chora-tadbirlarini o'tkazish.

Yuqorida ko'rsatilgan, ko'pincha paradont to'qimasiga mahalliy salbiy ko'rsatadigan omillarni yo'qotish asosiy etiotrop davolash komplekslariga kiradi.

### **Mahalliy davolash**

Paradont kasalligining qaysi turi bo'lmasin, mahalliy davolash hamma vaqt tish karashlari, toshlarini olib tashlashdan boshlanadi. Buning uchun "Ultrastom" apparati va shunga asoslangan ultratovush vositalari (masalan, "Ergostar" markali stomatologik uskunada maxsus skaller – bor) yordamida ishlash yaxshi samara beradi.

Undan tashqari plomba, ortopedik va ortodontik protezlar, moslamalarni kamchiliklarini (plombaning milkka kirgan yoki uni bosim turgan qismlarini, milkka chuqur kirib turgan sun'iy koronkalar va shunga o'xshash salbiy ta'sirotlarni) yo'qotish, prikus patologiyalarini davolash kabi ishlar bajarilishi kerak.

Albatta, og'iz gigiyenasi (tozaligi) qoidalarini bajarish, mikroblarga qarshi 0,06% xlorgeksidin eritmasi bilan og'iz bo'shlig'ini chayish, paradontdagi yallig'lanishni kamaytiradi, karash yirilishini to'xtatadi. Yana og'izni turli antiseptiklar, turli dorivor o'simliklar damlamalari bilan chayish ham yaxshi foyda beradi (R. T. Safarov 1999).

Paradont kasalliklarida tish eleksirlari, pastalarini tanlashga shifokor yordam berishi, ko'rsatma – tavsiyalar berishi zarur. Tish kukunlari

(poroshok) bilan paradont yallig'lanishida tish tozalash maqsadga muvofiq kelmaydi. Davolanadigan tishlar davolanishi, olib tashlanadiganlari olib tashlanishi kerak.

Mahalliy salbiy ta'sirotlar yo'qolgach, paradont to'qimalarida kechadigan turli patologik o'zgarishlarga ta'sir etadigan patogenetik kompleks davolash usullari qo'llanadi.

Bu usullar milk, suyak to'qimalari, mikrosirkulyasiya – qon tomirlari, asab tolalariga ta'sir etadigan va shu bilan paradontdagi buzilgan, izdan chiqqan modda almashinuv jarayonini yaxshilashga qaratilgan bo'lishi kerak.

Patogenetik burinlarga ta'sir etuvchi kompleks davolash usullariga dori-damnonlar (asosan yallig'lanishga qarshi), ortopedik, jarrohlik hamda fizioterapevtik davolash omillari kiradi. Yallig'lanishga ta'sir etuvchi dorilardan 3%-li asetilsalisilli malham (maz) applikasiya yoki davolash boylami sifatida, 3%-li salisilat natriy malxami, butadion malxami kabilar, dorivor o'simliklar damlamalari-1:10 tukli xandeliya, 1:20 dag'al dala choyi, (R.T. Safarov, 1998, 1999) va boshqalar qo'llaniladi.

Tomir-to'qima o'tkazuvchanligini me'yorlash uchun geparin malxami (applikasiya), 5%-li aminakapron kislotasi bilan og'izni chayish yoki milk elektroforez usulida yuborish yaxshi natija beradi.

Shuningdek, elektroforez, antibiotiklar, sulfanilamid preparatlari, fermentlar, kartikosteroidlar (faqat immunologii holatga qarab), immunomodulyatorlar qo'llanishi mumkin.

**Yuzaki-kataral** gingivitlarni davolash uchun:

1. Og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirish.
2. Tish karashlarini, toshlarini olib tashlash.
3. Turli vitaminlar (S, R, V, A, E), qabul qilishni tavsiya etish, ularning ba'zilari elektroforez usulida qo'llanadi.

4. Keratoplastik (kuydirib chirigan to'qima o'rnida yangilarini hosil qildiradigan) ta'sir etuvchi (1-3%-li rezorsin eritmasi bilan 2-10%-li xlorid sink, polimineral, furin, 0,1%-0,2%-li xlorgeksidin eritmasi, dorivor o'simliklar damlamalari kabilarni qo'llash.

5. Uchlamchi asab (n. trigeminus) shoxlarini novokain bilan blokada qilish, diadinamik toklar, kichik to'lqinli toklar bilan ta'sir etib, asab tolalari ishlarini me'yorlash, bo'lgan simlovchi milk og'riqlarini yo'qotishgacha olib kelish, davolash.

6. Glyukokartikoidlarni tish-milk cho'ntaklariga kirgizish, applikasiya qilish (surdirish, shimdirish), 5%-li butadion malxami va boshqalarni qo'llash.

7. Qon tomirlari ishlarini yaxshilash uchun vikasiol (shimdirish – applikasiya) va ichdirish.

8. Kalsiy xlorid suyuqligini (10%) milkka elektroforez usulida yuborish.

9. Milklarni uqalash-massaj qilish (qo'l barmoqlari yoki maxsus apparatlar, masalan "vibromassaj" apparati yordamida).

10. Kerak bo'lganda ortodontik, ortopedik davolash usullarini qo'llash.

11. Albatta, og'iz tozalik qoidalari bajarilishini ta'minlash, og'iz bo'shlig'ini tozalash, undagi yallig'lanishni kamaytirish, davolashga yordam beruvchi damlama, eleksirlar bilan chayish kabilar.

**Gipertrofik** gingivitni davolash, og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirilgandan keyin sklerozga olib keladigan 50–60% glyukoza, glyukokortikoidlar (gidrokartizon) lami in'eksiya yo'li bilan milk so'rg'ichlariga yuborish, geparinni milk elektroforezi milklardagi shishlarni, milk hajmini pasaytiradi, qotiradi. Ular yordam bermasa, 20–30%-li rezorsin eritmasini turunda yordamida cho'ntaklarga kirgizib (kuydirib) qo'yish, shuningdek, prospidin malxami (30–50% li), xlorid sink (10–25%-li eritmasi) keratoplastik ta'sir etib, patologik holatni ancha tuzatadi.

L.R. Rubin milkdagi gipertrofiyani davolash uchun, iskrali darsonval toki yordamida, har bir milk so'rg'ichiga 1–3 soniya mobaynida iskra yuborib ularning uchki qismlarini kuydirishni (muolaja o'tkazilgach, milk so'rg'ichlarida 2–4 nuqtada oq dog'chalar-kuygan epiteliy yuzalari hosil bo'ladi) tavsiya etgan va u yaxshi natija beradi. Albatta, gipertrofik gingivitni keltirib chiqargan sabablarni iloji boricha aniqlash zarur. Masalan, gipertrofik gingivit tutqanoq-epilepsiya kasalligida juda kuchli, rivojlangan holda bo'ladi. Ba'zida terapevtik, fizioterapevtik, ortopedik (prikusni to'g'rilash) usullar yordam bermasa, jarrohlik usuli bilan, xususan gingivitni fibrozli shaklida, operativ usulda o'sgan milkarni qirqib tashlashga to'g'ri keladi. Hozirgi zamonda bu maqsadda kriojarrohlik va lazer texnikalaridan foydalaniladi.

**Gipertrofik** gingivit ko'pincha homilador ayollarda uchraydi, xomila – bola tug'ilguncha og'iz tozalik qoidalariga muvofiq parvarishlar o'tkaziladi, gipertrofik holat bola tug'ilgach ancha yengillashuvi mumkin. Agar davom etib, ovqat chaynash, gapirishga xalaqit beradigan darajada milk so'rg'ichlari, alveola milki o'ssa, unda bola tug'ilgach ma'lum bir muddatda jarrohlik davolash Nullaniladi – gingiektomiya o'tkaziladi.

Epilepsiyada bo'ladigan gipertrofik gingivitni dilantin (gidantoin) bilan davolash psixiatr ko'magida, maslaxati bilan olib boriladi.

**Yarali** gingivitni davolash uchun, uning kelib chiqishida mikroblar ta'sirining muximligini hisobga olib, og'iz bo'shlig'ida antibakterial dorilar qo'llashdan, bemor kelishi bilan darrov boshlash zarur. Milklar 3%-li vodorod peroksidi, 1:1000 miqdoridagi kaliy permanganati, 0,05%-li laktat etakrid eritmasi, antiseptik, qotiradigan dorivor o'simliklar damlamalari va shunga o'xshash antiseptiklar yordamida yuviladi, tozalanadi. O'tkir yarali yallig'lanish biroz bosilgach, tish karashlari, toshlari olinadi, buning uchun oldin piromikain" 10<sup>o</sup>/o-ly lidokain kabi og'riqsizlantiruvchi dorilar milkka shindiriladi yoki ular aerosol sifatida sepiladi. Antibiotiklar (ularga bemor og'zidagi – milklardagi mikro-organizmlarning sezgirligini mikrobiologik usulda aniqlash maqsadga

muvofigdir) yoki ular bilan birga glyukokartikoidlar shimdirish (applikatsiya) yaxshi natija beradi.

Shuningdek, "Fastin-1", "Fastin-2" (ularning tarkibida furasilii, sintomisin, anestizinlar bor) malxamlari, 3%-li oktation malxami qo'llash ham foydali hisoblanadi.

Fermentlar (tripsin, ximotripsin), ularning antibiotiklar bilan aralashmasi, metronidazol (trixopol, flagil) – 0,25 g dan har kuni 4 maxaldan 3–7 kun mobaynida qo'llash yaxshi natija beradi.

Yarali gingivitni davolashda polivitaminlar va desensibilizatsiya qiladigan dorilar (kalsiy xlorid, tricosulfat natriy, dimedrol, diazolin, tavegil kabilar) qo'llaniladi. Tana quvvatini ko'taradigan, keratoplastik dorilar (fitodont, poliminerol, kalanxoye malxami, oblepix, shipovnik, karantomin, ingalpt, solkoseril, 10% li metilurasil malxami va shunga o'xshashlar) ham qo'llaniladi. O'z tarkibida norsulfazol, streptosid, timol, evkalipt moyi, spirt, qand, gliserin kabilar bo'lgan ingalpt aerosoli ancha foydalidir. Yaxshi foydasi borlar lizosim (chayish. shimdirish) bilan antibiotiklardir.

**Paradontitni** davolash ancha qiyin vazifa.

Paradontitni mahalliy davolashda kasallikning turidan og'ir-yengilligidan qat'iy nazar, birinchi navbatda yallig'lanishga qarshi muolajalar olib borilishi shart. Buni tish karashlari, toshlarini to'la olib tashlangandan keyin boshlash kerak.

Davolash kompleksi terapevtik, fizioterapevtik, jarrohlik va ortopedik usullardan iborat. Davolash natijasida paradontitni faol bosqichidan remissiya holatiga, ya'ni stabilizatsiyasiga olib kelish bilan yakunlanadi, lekin remissiya paytida ham paradont to'qimasining oziqlanishi, modda almashishi jarayonlarini muvofiqlantiruvchi davolovchi vositalar qo'llab turish kerak bo'ladi.

Davolashdan oldin muayyan-konkret bemor uchun davolash rejasi tuzilib, unda aynan shu shaxsga to'g'ri keladigan, mos va xos davolash muolajalari kiritiladi va ular reja asosida navbatma-navbat qo'llanadi.

Eng asosiy va muxim ish – bu tish toshlarini (milk usti va, xususan, milk osti) tozalashdir, chunki keyingi davolash muolajalarining yaxshi foyda berishini, jarrohlik yoki ortopedik davolash usullarining ham foydaliligini aynan shu ishning qay darajada to'liq bajarilishi ta'minlaydi. Albatta davolanadigan tishlar davolanishi, olib tashlashga loyiq tishlar, ildizlar olinishi, noto'g'ri qo'yilgan plombalar, protezlar, moslamalar, klammerlar va hokozolar almashtirilishi – og'iz bo'shlig'i sanatsiya qilinishi shart.

Tish ildiz uchlarida granulemalar bo'ladigan bo'lsa va shu bemorda organizmning umumiy avtonim tizimini, buzilishi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar (buyrak kasalliklari, revmatizm, revmatoid holatlar, anemiya va boshqalar) bo'lsa, unda bu tishlar qaytadan davolanishi yoki olib tashlanishi-stomatogen o'choqlar yo'qotilishi (albatta tish-milk paradontal, suyak cho'ntaklari bor) kerak. Shunda ham patologik tish-milk

cho'ntaklarida stomatogen o'choqlari qoladi va ular G.3.Balyanskayaning mikrobiologik tekshirishlari asosida aniqlanishicha, kamida 15 sm masofadagi (surunkali generallashtirgan paradontit) milk, suyak to'qimalarida yallig'lanish va bu surunkali stomatogen infeksiyali o'chog'i bo'lib salbiy faoliyat ko'rsatishi mumkin.

Paradontitni mahalliy davolashda tish-milk patologik cho'ntaklarga ishlov berishdan maqsad:

1. Paradont to'qimalaridagi yallig'lanish-destruktiv o'zgarishlarni yuzaga keltirayotgan mikrosirkulyasiya jarayonining buzilishlarini yo'qotish yoki kamaytirish;

2. Shish (otek) ni yo'qotish;

3. Salbiy ta'sir etuvchi tish-milk cho'ntaklaridagi mikroflorani kamaytirish;

4. To'qima modda almashinuvi, oksidlanish-tiklanish jarayonlarini, paradont to'qimasining regenerasiya qobiliyatini me'yorlashtirish.

Birinchi vazifa okklyuzion jarohat keltiradigan tish yuzalarini aniqlab, ularni charxlab tashlash bilan yo'qotish va kerak bo'lganda tegishli ortopedik davolashni o'tkazish hamda kyuretaj, gingivotomiya kabi jarrohlik muolajalarini bajarish, ba'zida ayrim tishlarni depulatsiya qilish bilan bajariladi. Cho'ntakni bitishini (regenerasiya) tezlashtirish uchun rezorsin, sink xlorid, xlorgeksidin, bakterisid kabilar gipertrofik gingivitda, milklardan ko'p qon oqishida qo'llanadi. Ular bakterisid xususiyatga ega bo'lib, granulyasion to'qima va epiteliyning o'sishini to'xtatib, cho'ntakni bitishiga yordam beradi.

Rezorsin (rezorsin 0,1 g va gliserin 10 ml) gliserin bilan aralashmasi milklarni uqalash (massaj) uchun ishlatiladi. 20% li rezorsin esa keratolitik ta'sir ko'rsatadi: uning kristallari quydiradi. Ular patologik milk cho'ntagiga turundada, egilgan zond yoki ildiz ignasi yordamida kiritiladi. Shuningdek, sink xlorid (25–50% li eritmasi, vagotil (1–2% li novokain bilan 1:2 miqdorida), 3% xlorgeksidin eritmalari ham qo'llash mumkin. Ular cho'ntaklarga har 1–3 kunda bir marotaba kirgiziladi.

Milkdagi **shishni** yo'qotish uchun glyukokortikoidlar, geparin, butadion, salvin, maraslavin, indometasin (indosid), 25% li dimeksid eritmalari kabilar dehidratasion (quritadigan) mahalliy davolovchi vositalari sifatida qo'llanadi. Glyukokorti-kosteroidlar ekssudasiyaga, proliferasiyaga, allergiyaga qarshi, desensibilizasiyalovchi va immunodepressiv ta'sir ko'rsatadi. Glyukokortikosteroidlar antibiotiklar bilan birga qo'llanadi. Paradontitni davolashda ular pasta, suyuqlik yoki davolovchi malxami, prednizolon malxami (dermozolon), kremlar ("Liderkort", "Ftorokort", "Kenalog"), malxamlar "Sinalar", "Flusi-nar", "Lorindei" va boshqalar shaklida ishlatiladn. Masalan, milk absesslari bo'lganda, ularni ochib, ular ichlariga gidrokartizon – biomisin (bnomisin 50000 o'lchov birligi – ED, 1 g anestezin, 0,125 g



gidrokartizon yoki 0,125 g prednizolon, oq loy-6 g, shaftoli moyi – pasta hosil bo'lishigacha) yuborilsa, yaxshi natija beradi. Lekin uzoq muddat ularni qo'llash reperativ jarayonni pasaytirishi, foyda bermay qo'yishi mumkin. Ular asosan proleferativ hollarda, qisqa muddatda ishlatilishi maqsadga muvofiqdir.

Geparin qon quyilishini to'xtatadi. Mikrosirkulyator jarayonlar buzilishini kamaytiradi, shunday yo'sinda yallig'lanishga va shishlarga qarshi ta'sir etadi.

Maroslavin yallig'lanishga qarshi (mikroblarga qarshi, qon tomirlarini qisqartirish, shishlarga qarshi ta'sir etgani uchun) keratoplastik, prolefarasiyaga qarshi tarzda kurashadi. Davolash kursi 10–12 seansdan iborat, har bir patologik cho'ntakka turunda yordamida 8–10 martadan kiritiladi, qo'yiladi.

Tish-milk cho'ntaklariga antibiotiklar, antiseptiklar, sulfanilamidlar, nitrofuran qatoridagi (furasilin, furazolidon, furagin kabi) preparatlar, dorivor o'simliklardan tayyorlangan damlamalar, ekstraktlar, fermentlar, oqsil anabolizatorlar va boshqa yallig'lanishga qarshi dorilar qo'llanadi.

Bizning klinikada R.T. Safarov (1996–1998) surunkali paradontitda mahalliy dorivor o'simliklardan tuksiz xandaliya va dag'al dala choyi damlamalarini qo'llab, yaxshi natijalarga erishdi: 1–10 (xandeliya) va 1:20 (dag'al dala choyi) miqdorida tayyorlangan damlamalar patologik cho'ntaklarga turunda yordamida qo'yiladi, bemorlar og'iz bo'shlig'ini shu damlamalar bilan davolash davomida chayadilar hamda damlamalarni elektroforez usulida milklarga yuborish usullari yaxshi natijalar berdi.

Shunday qilib, **yengil** paradontitda cho'ntak chuqurligi 3,5 mm milkdagi yallig'lanishni yo'qotish uchun tish karashlari, toshlari olingach, og'iz bo'shlig'i sanasiya qilinadi va milkka yallig'lanishga qarshi, har bir bemorga to'g'ri keladigan dorilar ishlatiladi. Og'iz tozalik qoidalarining to'liq bajarilishi ta'minlanadi.

**O'rta** paradontitda (paradontal cho'ntak chuqurligi 5 mm) kyuretaj o'tkazish yoki ultratovush yordamida (ultrastom, ayrim zamonaviy stomatologik uskunalaridagi ultratovush – skallerlari yordamida) milk usti va xususan milk osti tish karashlari, toshlari to'liq olib tashlangach (og'riqsizlantirilib) patologik cho'ntakni bitishi, modda almashinuvi me'yorga keltirish chora-tadbirlari o'tkazilishi kerak.

**Og'ir** paradontitda (paradontal cho'ntaklarning chuqurligi 5 mm dan ko'p) ba'zida loskutli operatsiya o'tkaziladi.

Ortopedik davolash usullari tish qimirlashini to'xtatish, travmatik artikulyasiyani yo'qotish, tish qatorlarining to'liqligini ta'minlash bilan patogenetik davolash usullariga kiradi. Yaxshi tayyorlangan tish protezlari, shinalar boshqa davolash kompleksiga kiradigan muolajalarning yaxshi natijasi bilan bevosita bog'liqdir.

## **Paradont kasalliklarini umumiy davolash usullari**

Tarixiy man'balardan ma'lumki, paradont kasalliklarining klinik ko'rinishlari birinchi marta fransuz shifokori Foshar (1746) tomonidan yoritilgan. Lekin ungacha bizning sharq shifokorlaridan mashhur Abul Qozim X asrdayoq paradont kasalliklarini davolashda tish toshlarini olib tashlash muxim ahamiyatga ega ekanligini hisobga olib, tish toshlarini olib tashlash uchun maxsus asboblar yasagan va qo'llagan.

Abu Ali Ibn Sino (980–1037) o'zining mashhur asari – "Tib qonunlari"da paradont kasalliklarini to'liq yozishdan tashqari, ularni davolash uchun organizmning umumiy ahvolini yaxshilash, og'iz gigiyenasini yaxshilash va milklarga asal bilan sarig' yog' aralashmasini qo'yish va mo'm chaynash kabi muolajalarni bajarishni taklif etgan.

Paradontitni umumiy davolash uchun, uning kelib chiqishida katta rol o'ynaydigan umumiy kasalliklar-oshqozon-ichak kasalliklari, yurak-qon tomir, buyrak va siydik yo'llari kasalliklari, qandli diabet, revmatizm, jigar va boshqa ichki a'zo va tizim kasalliklarini bemorda laboratoriya usullari yordamida tekshirib, ularning bor-yo'qligini aniqlab, kerak bo'lganda topilgan kasalliklarni davolash zarur. Ko'pchilik tadqiqotchilar, paradont kasalliklarini kelib chiqishida organizmda kechadigan umumiy surunkali kasalliklar katta ahamiyatga ega ekanligini tasdiqlaydigan omillar keltiradilar. Shuning uchun, paradontit bilan og'rikan bemorda bo'lishi mumkin bo'lgan, yuqorida ta'kidlangan umumiy kasalliklardan tashqari, vegetativ asab tizimi, modda almashinuvi bilan bog'liq barcha kasalliklar, gipo va avitaminozlar, qon kasalliklari va shunga o'xshash boshqa kasalliklar paradontit bilan birga davolanishi kerak.

Paradont kasalligi bilan og'rikan bemorni stomatolog har tomonlama va to'liq klinik va laboratoriya tekshiruvlaridan o'tkazishi va olingan ma'lumotlarga binoan, kerakli mutaxassisliklarda ishlaydigan shifokorlar (terapevt, endokrinolog, gematolog, pediatr, nevropatolog, psixonevrolog va boshqalar) bilan maslaxatlashib, birga tegishli davolash ishlarini amalga oshiradi.

Paradont kasalliklarini umumiy davolashni psixoterapiyadan (bemor ruxiga ta'sir etish) boshlash kerak. Shifokor bemordagi paradont kasalligini davolash mumkin yoki uni rivojlanishini to'xtatishi, ancha engilliklar berishi mumkinligiga bemorni ishontira olishi zarur.

"Bemordagi kasallikni emas, balki bemorni davolash kerak" degan tibbiyotdagi aforizm paradont kasalliklarini davolashga juda to'g'ri keladi.

Davolashning yaxshi natija berishi, bemorning umumiy ahvoli, yashash sharoitlari, mexnat sharoiti, ovqatlanish tartiblari hamda kasallikni davolash uchun shifokor buyurgan yoki tavsiya etgan narsalarni o'z vaqtida va to'liq bajarilishi, boshqacha qilib aytganda, bemorning savodliligi, intellekti, dunyo qarashi, madaniyatiga bog'liqdir.

Umumiy davolash vositalari bemor organizmining umumiy quvvati, (reaktivligi)ni oshirishga va uning organizmida modda almashinuv

jarayonlarini jonlantirishga qaratilgan bo'lishi kerak. Paradontitni kompleks davolashda vitaminlar, antibiotiklar, stimulyasiyalaydigan (nospesifik, noxos) davolash usullari, autogenotsrapiya, to'qimalar tiklanishini-reperativ regenerasiyalashga o'rnatilgan davolash usullari, densensibilizatsiyalaydigan, giperbarooksigenoterapiya, immunostimulyatsiya yoki immunodepressiv davolash usullari kabilar qo'llanadi. Vitaminlar S, V, A, E kabilar paradont kasalliklari bilan og'riqan bemorlar organizmida kamayib ketishi, ularni davolashda qo'llanilishini taqazo etadi. Ulardan tashqari B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, K<sub>3</sub>, R vitaminlari ham o'z o'rinlarida ishlatiladi. S va R (rutin) vitaminlari milkdan qon oqishi bo'lganda xususan yoshlarda keng qo'llaniladi. Bu vitaminlar kapillyarlar devorlarini o'tkazuvchanligini kamaytirib, qon oqishini to'xtatadi. S vitamini kollagenlar hosil bo'lishiga ta'sir etib, qon tomirlar devorlarini zichlantiradi, osteoblastlar faolligini oshiradi. S vitamini R vitamini bilan birga qo'llanadi. R vitamin kapillyarlar o'tkazuvchanligining buzilishini tuzalishiga yordam beradi, oksidlanish – tiklanish jarayonlar me'yorga kelib, to'qimada S vitaminining to'planishiga imkon tug'diradi. Ancha miqdorda S vitamini ovqat bilan organizmga kiradi, bu yaxshi. Askorutin (vit. R) 0,1 g, 2–3. marta, S vitamini esa, polivitaminlar tarkibida 2–3 donadan bir kecha-kunduzda beriladi. B1 vitamini paradont to'qimasining oziqlanishi va karbonsuvsular, oqsillar modda almashinuvini me'yorlashtiradi. 5%-li tiamin eritmasi shaklida 1–2%-li novokain bilan qo'shib ukol qilinadi, yoki milk elsktroforszi usuli bilan paradontga yuboriladi. RR (nikotin kislotasi) vitamini ko'proq, shilliq qavat kasalliklarida, ba'zida paradont kasalligida ham qo'llanadi. Xususan, oshqozon-ichak, jigar kasalliklarida, tomirlar spazmalari kasalliklarida, aterosklerozda paradont o'zgarishlari bo'lganda 0,005 g dan har kuni 2 marta (ovqatdan keyin) nikotin kislotasi ukol qilinadi. B6 vitamini (piridoksin) okleil modda almashinuviga qatnashishi uchun paradont kasalliklari oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari, gipoxromli anemiya, surunkali hepatit, yurak qon tomirlari aterosklerozi, markaziy asab tizimi kasalliklari bilan birga kechganda qo'llanadi. Piridoksin (B6) 0,01 g. li tabletkada, kunda 2–3 maxal ichish yo'li bilan qabul qilinadi. B<sub>12</sub> (siankobalamin, koamid) vitamini paradont kasalliklari jigar (gepatitlar, Botkin kasalligi, sirroz), ateroskleroz, anemiyalar, jumladan homiladorlardagi anemiya bilan birga uchraganda qo'llanadi. Teri ostiga yoki mushakka 30–100 mkg dan haftada 2–3 martadan ukol qilib yuboriladi. Mahalliy va umumiy modda almashinuvi buzilganda B<sub>12</sub> vitamin S, V, va ATF bilan birga yuboriladn. E vitamini to'qima (paradont) dagi shishni kamaytiradi va gialurina dazaning alveola suyak to'qimasining emirilishini ham pasaytiradi. U 50 mg dan kuniga 3 marta (yog'li eritma) 3–5 hafta davomida yuboriladi. Shuningdek, oblepikli yog' tarkibida 1650 mkg/l E vitamini bor bo'lgani uchun patologik tish-milk cho'ntaklariga turundada kiritiladi.

Paradont to'qimalarining regeneratsiyasini kuchaytirish, jonlantirish uchun E va A (ayevit) vitaminlarining aralashmasi (yog'li eritma)

turundalarda cho'ntaklarga yoki mushakka har kuni 1 ml dan 20 kun mobaynida yuboriladi.

A vitamini epiteliy to'qimasi vazifasini yaxshilaydi, 10 tomchidan ovqat paytida yoki 2–5 drojjadan ovqatdan keyin 3 xafta mobaynida qabul qilinadi.

**Vitaminoterapiya** paradont kasalligining boshlang'ich davrlarida (gingivit, engil paradontit) yaxshi natija beradi. Ularni qo'llashni patogenetik davolash usuli desa bo'ladi. Ammo, B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> vitaminlari turli allergik holatni yuzaga keltirib, asoratlar berishi mumkin. Antibiotiklar bilan vitaminlarni birga ishlatish ham yaxshi.

**Antibiotiklar** faqat ma'lum ko'rsatmalarga asosan qo'llanadi. Qo'llashdan oldin patologik cho'ntakdagi mikroblarning qaysi antibiotiklarga ko'proq yoki kamroq sezuvchanligi bor-yo'qligini mikrobiologik usulda tekshirib bilish zarur.

Stimulyatsiya (nospesefik, xos bo'lmagan) jonlantiruvchi davolash usullari paradont kasalliklarida keng qo'llanadi. V.P. Filatov (1933) taklif etgan to'qima bilan davolash usuli qo'llanadi. Masalan, bachadon yo'ldosh to'qimasi ekstraktining 10% eritmasi (ampula)dan 1 ml teri ostiga yoki yo'ldosh qoni 1–2 ml mushakka, hammasi bo'lib, 10–15 marta ukol qilish yaxshi natija beradi.

Xonsurid gialuron kislotasi bilan birga qo'shuvchi to'qima hosil bo'lishi, regenerasiya va epitellizasiyalanishi uchun foydalidir. Uning bir flakoni 1 ml 0,5% li novokainda eritilib, patologik cho'ntaklarga turundalar yordamida kiritiladi. Davolash 10–15 kun davom etadi. Xonsurid giperplastik – gipertrofik gingivit, paradontitning va paradontozning og'ir shakllarida foyda bermaydi.

**Paradontozda** ko'proq foyda beradigan dorilar–steklovidnoyetelo, gialuron kislotasi, lidazadir.

Dorivor o'simliklardan tayyorlangan biosed og'iz burmalariga ukol qilib – 1–2 ml dan har kuni yoki kunaro, hammasi bo'lib 30-ta ukol), insadol va piaskledin kabilar ham ishlatiladi.

Bizning klinikamizda 1996–1998 yillar mobaynida klinik mikrobiologik, immunologik tekshirishlar asosida O'zbekistonda o'sadigan tuk-siz xandeliya va dala dag'al choyi (zveroboy) dan tayyorlangan damlamalar paradontitda og'izni chayish, patologik cho'ntaklarga turunda yordamida kiritish, qo'yish ham milklarga elektroforez usulida yuborish yo'llari bilan muvoffaqiyatli qo'llanib, ularning samaradorligi tasdiqlandi. (R.T. Safarov). Hozirgi kunda farmasevtlar tomonidan boshqa yangi dorivor o'simliklardan tayyorlangan dorilar sinovdan o'tkazilmoqda.

Paradont kasalliklarida stimulyasion ham desensibilizasion ta'sir ko'rsatadigan **autogemoterapiya** keng qo'llanadi. Bemor venasidan olingan 3 ml, qon uning dumba mushaklariga yuboriladi. 3 kunda bir in'eksiya 1 ml dan ko'paytirilib, qon miqdori 10–12 ml gacha etkaziladi. Hammasi bo'lib, 10–12 marta qon olib, qo'yiladi.

Tananing ximoya – moslashish vazifasini jonlantirish uchun pirogenal – mikroblar polisaxaridlari qo'llanadi. Bunda tana xarorati ko'tariladi, bu esa foydali hisoblanadi. Uni mushakka yuborish xaftada 3 marta 5 mkg dan 20 mkg gacha asta-sekin ko'paytirib boriladi, hammasi bo'lib 20-ta in'eksiya qilinadi. Bemorlarda asoratlari-bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, o'ksiq, burinlarda, belda, og'riq kabilar bo'lishi mumkin. Bular davolash. tugagach to'xtaydi. Xomiladorlikda, diabetda, gipertoniya kasalligida qo'llash **mumkin emas**. Davolash kasalxonada olib (stasionar) olib boriladi. Shuningdek, prodigizon, pentoksil kabilar ham ma'lum ko'rsatmalar bo'lganda qo'llanishi mumkin.

T.V. Nikitina (1975) anabolik steroidlar guruhiga kiruvchi retobolilni mushakka 1 mldan (5%-li yog'li eritma) xaftada bir martadan yuborib (hammasi bo'lib 3–5 in'eksiya) yaxshi natijalarga erishgan.

Endokrin bezlar vazifalari buzilgan paradont kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda gormonlar ham tavsiya etiladi. "Lekin ularni qo'llash extiyotlik bilan olib boriladi.

Paradont kasalliklarida-tish bo'yin qismlari ochilib, u yerlarda turli tashqi ta'sirotlardan og'riq yoki noxush sezgilar paydo bo'lganda ftor preparatlari-ftorid natriyning 1–2% li eritmasi applikasiya (20 daqiqa), milk elektroforezi usulida qo'llanadi.

Parodont kasalliklarida **desensibilizatsiyalash** davolash usullari organizmning parodont kasalliklarida reaktivlikni oshirish uchun keng qo'llanadi. Bu maqsadda kalsiy preparatlari – 10%-li xlorid yoki glyukonat kalsiy, gliserofosfat-kalsiy ishlatiladi. Xlorid kalsiy (10%-li eritma) 1 katta (osh) qoshiqda kunda 3 maxal (ovqatdan oldin) ichiladi yoki ukol qilinadi. Tiosulfat natriy ham desensibilizatsiya, antitoksik va yallig'lanishga qarshi ta'sir etadi. Uning 30%-li eritmasi venaga (10 mldan), bir kursi – 6–10 in'eksiya yuboriladi. Desensibilizatsiya va yallig'lanishga qarshi glyukokortikoidlar, shuningdek 5–10%-li fomalina eritmasi (applikasiya 7 kun davomida), ham qo'llanishi mumkin.

Shuningdek, antigistamin preparatlari (tiosulfat, dimedrol, pipolfen, suprastin, elenium, tavegil va boshqalar) ham paporodont kasalliklari **allergik** holat bilan birga kechadigan hollarda qo'llanadi.

Shuni alohida ta'kidlash zarurki, paradont kasalliklari organizmning umumiy kasalliklari bilan birga kechganda, hamma vaqt davolash ikki-uch tomonlama masalan, diabetdagi paradontitni davolash uchun, endokrinolog bilan, xomilador bemorlardagi paradont kasalliklarini ginekologlar bilan, psixonevrologlar bilan (va xokazo) davolash zarur.

Keyingi yillardagi tekshirishlar shuni ko'rsatadiki (I.S. Mashchenko, 1977–1982, T.X. Safarov, 1976–1986 va boshqalar), paradont kasalliklarida **immun tizimining** turli o'zgarishlari bo'lishi va ular paradont kasalligini chaqirilishiga, turli asoratlarga olib kelishiga sababchidir.

Shunga ko'ra, **immunoterapiya** qo'llana boshlandi. Immunoterapiyani faqat bemorni kasalxonaga yotqizib, laboratoriya tekshiruvlaridan o'tkazib va shu kuzatuvlar nazorati ostida olib borilishi zarur ekanligi ham aniq-

landi (T.X. Safarov, 1986). Shu maqsadlarda levomizol (Z. Ivani va T. Lehner, 1977), diusifon (T.X. Safarov, 1986), immunol, immuno-modulin kabilar qo'llanadi. Bu soxa rivojlanib bormoqda.

### **Fizioterapevtik davolash usullari**

Paradont kasalliklarini kompleks davolash usullarining eng asosiy bo'lagi – bu fizioterapevtik usullardir.

Biz (T.X. Safarov, 1974–1986) olib borgan klinik-laboratoriya, reoparadontografik, morfologik va immunologik tekshirishlar asosida paradont kasalliklarining har bir turiga mos va foyda beradigan davolash komplekslarini ishlab chiqib, amaliyotda tadbiq etdik.

Bu davolash komplekslari o'z ichiga kerakli davolash usullari, jumladan fizioterapevtik usullarni oladi. Davolash komplekslarining sxemalari quyidagicha:

#### **1. Yengil surunkali va qaytalangai paradontitlarni davolash sxemasi.**

1. Og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirish (tish karashlari, toshlarini olish, olinishi kerak bo'lgan tishlarni olib tashlash). 2. Milk qizarganda, ko'kintir tus olganda darsonvalizatsiya yoki flyuktuorizatsiya yoki Kulajenko usuli bilan vakum davolashdan keyin milk elektroforezi usulini qo'llash. 3. Milklardan qon oqqanda – askorbin kislotasi bilan milk elektroforez o'tkazish. 4. Desensibilizatsiyalovchi davolash – xlorid kalsiy bilan pipolfen, diprozinlardan birini qabul qilishni tavsiya etish. 5. Gigiyenik tavsiyalar. 6. Bemorni o'zi bajaradigan barmoq siypalash, silash (massaj, uyda bajariladi). 7. Kerak bo'lganda ortopedik, jarrohlik muolajalar (okklyuzion-tish yuzalarini to'g'rilash, protezlar tayyorlash). 8. Umumiy davolash: a) yaxshi va to'liq ovqatlanish; b) polivitaminlar ichish; d) faol xarakat va dam olish, badanni chiniqtirish.

#### **O'rta va og'ir surunkali paradontitlarni davolash chizmasi**

1. Og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirish (milk ustki va milk osti tish karashlari, toshlarini olish, kariyes va uning asoratlarini davolash, olinadigan tishlarni olib tashlash). 2. Cho'ntaklar kyuretaji. 3. Hidroterapiya va og'izga antiseptik ishlov berish. 4. Milk qizargani va ko'kintiriligida darsonvalizatsiya yoki vakum davolashdan keyin milk elektroforezi. 5. Milklardan kon oqishida – askorbin kislotasi bilan elektroforezi. 6. Desensibilizatsiyalaydigan davolash-xlorid kalsiy bilan elektroforezi bilan bir vaqtda gidroaeroionizatsiya va suprastin, dimedrol, pipolfen, diprazin kabi dorilardan birini ichish. 7. Milk elektroforisidan keyin patologik milk cho'ntaklariga proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin) va keng doirali antibiotiklar bilan ishlov berish. 8. Autogemoterapiya (bemor venasidan 2 mldan boshlab qon olib, uning dumbasiga ukol (yuborish), har kuni yoki kunaro 1 mldan qo'shib, ko'paytirib borib

10–12 ml, hammasi boʻlib 1-davolash kursida. 8–10 marta ukol qilish. 9. Ogʻiz tozalik qoidalarini bajarish. 10. Barmoq bilan milklarni uqalash-automassaj (bemor oʻz uyida bajaradi). 11. Jarrohlik va ortopedik muolajalar-okklyuzion tish yuzalarini tekislash, kimirlagan tishlarni shinalar bilan borlash va xokazolar. 12. Umumiy davolash yuqoridagilar va sanatoriya kurortlarda davolanishga tavsiyalar.

Shuni taʼkidlash zarurki, oʻrta va ogʻir klinik kechuvdagi qaytalangan surunkali paradontitlarni davolash va xususan, milkdagi absesslarni davolash ancha qiyinligini nazarda tutib, bunday bemorlarni davolash jarayonini ikki bosqichda oʻtkazish sxemasini tavsiya etamiz.

Birinchi galda oʻtkir yalligʻlanish jarayonini yoʻqotish uchun:

1. Absesslar ochiladi va UVCH-davolash, Sollyuks lampasi va UFO (ultraviolet) nurlari yordamidan foydalanish. 2. Bir vaqtning oʻzida ogʻiz boʻshligʻini yengil antiseptiklar (permanganat kaliy, vodorod peroksidi, dorivor oʻsimliklar damlamalari bilan chayiladi va bemor uyda 2%-li choy sodasi eritmasi bilan ogʻzini chayiydi. Milklarga antibiotiklar, xon-surid kabilar quyiladi. 3. Oʻtkir yalligʻlanish oʻtgach, bosilgach, tish karashlari, toshlari olinadi va ogʻiz boʻshligʻi yuqoridagidek sogʻlomlashtiriladi. 4. Paradontal choʻntaklar proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin, yaqinda Oʻzbekistonda sintez qilingan; kukumazim) va antibiotiklar bilan ishlanadi.

**Ikkinchi bosqich** – surunkali yalligʻlanishni tugatish uchun:

1. Gidroterapiya va ogʻizga antiseptik ishlov berish. 2. Choʻntaklardagi granulyasiyani diatemokoagulyasiya bilan kuydirish (bir kurs davolashda har bir choʻntakka 2–3 martadan koʻp boʻlmasligi kerak). 3. Choʻntaklardan yiring chiqishi toʻxtatilgach, milk elektroforezi (askorbin kislotasi, xlorid kalsiy (kunaro almashtirilib) va shu vaqtning oʻzida aeroionoterapiya oʻtkazish. 4. Shundan keyin patologiya milk choʻntaklariga ferment va antibiotiklar kirgizish. 5. Desensibilizatsiyalash. 6. Gigiyenik muolajalar ham yuqoridagilaridek bajariladi. 7. Koʻrsatmalar boʻlganda jarrohlik (gingivotomiya, gingivoektomiya) va ortopedik (tish okklyuzion yuzalarini charxlab tekislash, shinalar) davolash usullari. 8. Barmoqlar bilan automassaj (uyda), vibromassaj. 9. Umumiy davolash yuqoridagidek.

### **Paradontoz bilan ogʻrigan bemorlarni davolash chizmasi**

1. Ogʻizni sogʻlomlashtirish.
2. Milk darsonvalizatsiyasi.
3. B1 vitamini va novokain yoki 0,1% ftorid natriy eritmasi bilan milk elektroforezi va bir vaqtning oʻzida aeroionoterapiya.
4. Vakuum davolash, flyuktuorizasiya, mikrotoʻlqinli tok bilan davolash.
5. Qolgan davolash muolajalari yuqorilardagidek bajariladi.

Bu sxemalar paradont kasalliklari umumiy kasalliklar bilan kechganda ham, kechmaganda ham qoʻllanadi.

Agar umumiy kasalliklar bilan birga kechadigan bo'lsa, umumiy kasallikni tegishli shifokorlar (terapevt, endokrinolog va boshqalar) davolashadi, paradont kasalligini esa, stomatolog olib boradi, bu juda yaxshi natija beradi.

Endi paradont kasalliklarini fizioterapevtik usullar bilan davolash xaqida qisqacha ma'lumotlar beramiz.

**Ultratovush.** Ultratovush deb, eshitilmas akustik diapozonli chastotada – 20 kGsdan yuqori bo'lgan muxitda zarrachalar mexanik tebranishlarining to'loqinsimon tarqalishiga aytiladi.

Bu maqsadda, stomatologiyada maxsus yasalgan asbob – "Ultrastom" yoki ayrim stomatologik uskunalarda tarkibidagi "ultra-tovush" nako-nechniklari qo'llanadi va bu usul tish karashlari va tish toshlarini olib tashlashda ishlatiladi.

Davolash uchun ham ultratovush (yuqori-katta mexanik zarrachalar tebranishlari – 800 kGs va 3 MGsgacha) jarohatlash, so'ndirish yoki jonlantirish, me'yorlashtirish, yallig'lanishga qarshi kurashish, surdirish kabi ta'sir ko'rsatish uchun ishlatiladi.

Davolash uchun eng yaxshi fizikaviy tezlatgich (katalizator), fizik-kimyoviy va biokimyoviy jarayonlarni qo'zg'atib fermentlar, membrana o'tkazuvchanligini o'zgartirish, surilishni kuchaytirish va biologik faol narsalarni ajratish maqsadida 0,05 dan 0,4 Vt/sm (ya'ni 1 sm yuzaga shunchadan) dagi ultratovush qo'llanadi. Bunday apparatlardan UZ-T5, UZT-1, 02 S kabilar ishlatiladi.

**Uqalash (massaj)** ham paradont kasalliklarini davolashda keng qo'llanadi. U qo'lda, barmoqlar bilan milklarni uqalash va maxsus apparatlar, masalan, vibromassaj apparati yordamida bajariladi. Massaj ta'sirida murakkab reflektor reaksiyalar hosil bo'lib, ular ta'sirida qon, limfa aylanishi, modda almashishi, asab tizimi ishida ko'p qirrali yaxshi o'zgarishlar kuzatiladi. Retikuloentelial hujayralar xarakatlanadi, to'qima infiltratlari so'riladi, qon, limfa aylanishi yaxshilanadi, modda almashish jarayonlari, to'qimalar oziqlanishi o'z iziga tushadi va xokazo. **Automassaj** (o'z-o'zini uqalash) ni bemor uyida, tishlarni tozalashdan oldin, har bir jag' bo'limiga taxminan 2,5–3 daqiqadan, tish bo'yin qismidan ildiz uchiga tomon o'tkazishi mumkin. Vibromassajni shifokor o'tkazadi. Massajning yana apparat yordamida o'tkazadigan ikkinchi turi **Vakuu-massaj** Kula-jenko apparati-da bajariladi. Milkning ma'lum yuzalaridan xavo so'rilib olinadi va bu joylarda gematomalar hosil qilinadi. Bu davolash massaji keng qo'llanadi.

Vibro, vakuu-massajlar sil kasalligida, yurak-qon tomir kasalliklarining og'ir turlari (dekompensasiya)da, qon kasalligi, nevroz, diabet kasalliklarida qo'llanmaydi.

Uqalashni yana boshqa turi – bu **gidro massaj**. Maxsus moslama, apparatlar suv ta'sirida (suvga yaxshi xidli, engil antiseptiklar aralash-tirilishi mumkin) milklar uqalanadi, yuviladi. Agar iloji bo'lsa, ma'dan (mineralli) suvlar ishlatiladi.



**Elektr davolash** – elektr toklari – doimiy va o'zgaruvchan toklar keng qo'llanadi: Galvanizasiya (elektrodlar prokladkalari suv bilan), elektroforez (prokladkalar dorilar bilan); (dorilar doimiy tok yoki ultratovush yordamida yuboriladi), diadinamik toklar, flyuktuog'izasiya, darsonvalizasiya, diatermiya, UVCH-davolash, mikrotulkinli toklar bilan davolash, kabilar keng qo'llanadi.

Nurlar bilan davolash "Sollyuks" lampalar, UFO – nurlari, qisqqa to'lqinli ultratovush nurlari (KUF – KUN) ham paradont kasalliklarini davolashda yaxshi natijalar beradi.

V.S. Ivanov (1989) o'zining Paradont kasalliklari – kitobida quyidagi jadvalni keltiradi.

Paradont kasalliklarini fizioterapiya usullari bilan davolashga ko'rsatmalar (V.S. Ivanov, 1989).

<b>Tashxis</b>	<b>Davolash usuli</b>
Gingivit: Kataral, surunkali	Gidroterapiya, elektroforez, darsonva lizasiya, diadinamoterapiya, KUF (KUN), automassaj, vakuum davolash, lazer.
O'tkir	Medikamentoz ishlov berish, KUF gidroaeroinoterapiya, lazer.
Gipertrofik, shishli gingivit	Elektroforez, darsonvalizasiya, diadi namoterapiya, gidroterapiya, vacuum-terapiya, massajni barcha turlari, KUF
Fibrozli shakli	Milk so'rg'ichlarini nuqtali diatermokaogulyasiyasi, iskrali darsonvalizasiyasi, gidroterapiya, parafin bilan davolash.
Yarali gingivit	KUF, dorilar bilan chayish, lazer.
Paradontit: o'tkir va surunkali	Paradont kasalliklari uchun KUF, UVCH davolash, mikroto'liqlar, flyuktuorizasiya, lazer.
Surunkali	Gidroterapiya, darsonvalizasiya, automassaj, gidroeroionodavolash, elektroforez.
Paradontoz	Automassaj, vibromassaj, gidromassaj, elektroforez.

**Paradont kasalliklarini oldini olish profilaktika chora-tadbirlari**

Stomatologik, jumladan, paradont kasalliklarini oldini olish, odam organizmining sog'lig'ini saqlash uchun eng oson, bajarilishi mumkin. Sog'lig'ni saqlash uchun eng oson, bajarilishi mumkin. Paradont kasalliklaridan biri – bu kasalliklarni oldini olish – profilaktikani amalga oshirish.

Stomatologik, jumladan, paradont kasalliklarini oldini olish, odam organizmining sog'lig'ini saqlash uchun eng oson, bajarilishi mumkin.

bo'lgan vazifa og'iz tozalik qoidalarini bajarish, tish va paradont kasalliklarini oldini olishga nihoyatda katta ahamiyatga egadir.

Og'iz gigiyenasiga katta ahamiyat berganlardan birinchilari bo'lib Abul Qozim (916–1013), Abu Ali Ibn Sino (980–1037), evropoliklardan nemis jarrohi I. Ayzenberg (1661–1729) va boshqalar hisoblanadi.

Yu.A. Fedorov, V.M. Koren (1973)lar og'iz tozalik qoidalariga rioya qiladigan kishilarda paradont kasalliklari biroz kam (30,4%), rioya qilmaydiganlarda ko'proq (48,5%) uchraganini isbotladilar.

Og'iz bo'shlig'ini garmoniyasi undagi so'lak, shilliq qavatning sog'lom bo'lishi, tish qatorlarining tekisligi, to'liqligi, og'iz daxlizi, yuganchalarning me'yordaligi, parhezning o'ziga xosligi va ovqatliklar xarakterlari bilan bog'liq.

Noto'g'ri qo'yilgan plombalar, tish kovaklarining o'tkir qirralari, noto'g'ri tayyorlangan sun'iy tish protezlari, ortodontik apparatlari va moslamalari ovqat tiqilib qolishi va chirindilar hosil bo'lishiga, shilliq qavat jarohatlanishiga va u bilan bog'liq turli noxushliklar kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Keyingi yillarda paradont, shilliq qavat kasalliklarini kelib chiqishida organizm reaktivligini pasayishi bilan bir qatorda, mahalliy salbiy ta'sirotlarga ko'proq ahamiyat berishadi. (Tish karashlari, tish toshlari, mikroblar va metabolitik mahsulotlar, turli epiteliyni jarohatlaydigan omillar).

Paradont kasalligida gigiyenik muolajalardan maqsad:

1. Gingivitlarni oldini olish va davolash.
2. Paradont to'qimasida kechadigan regenerativ jarayonlarga sharoit yaratish.
3. Ortopedik, ortodontik davolashda paradont to'qimasiga mikroblar ta'sirini kamaytirish.
4. Husn buzilishini to'g'rilash-estetik davolash.

Shularni hisobga olgan holda, har bir bemorga xos va mos profilaktik chora-tadbirlar ko'rmoq, o'tkazish, bemor organizmidagi umumiy kasalliklarni hisobga olgan holda profilaktik rejalar tuzish, shifokor stomatologni asosiy vazifalaridan biri hisoblanadi.

### **Paradontologik yordami tashkil etish, dispanserizatsiya**

Surunkali qaytalanish bilan uzoq davom etadigan paradont kasalliklarini davolash uchun dispanserizatsiya – hisobga olib vaqti-vaqti bilan bu bemorlarni ko'rikdan o'tkazib, turli klinik-laboratoriya tekshiruvlari o'tkazib turib, og'iz bo'shlig'i a'zolari, keragida, ichki a'zo kasalliklarini davolash chora-tadbirlarini o'tkazish zarurdir.

Demak, kompleks paradontologik yordam ko'rsatishda stomatologlar-terapevt, jarroh, ortoped, bolalar stomatologlari hamda boshqa mutaxassisliklardagi shifokorlar qatnashishar ekanlar. Poliklinikalarda paradontologik xonalar bo'lishi va ularda ma'lum maxsus bilimga ega bo'lgan

stomatolog-paradontologlar ishlashlari kerak. Ularning asosiy vazifalarini E.V.Borovskiy va boshq. (1998) quyidagicha belgilaydi:

- 1) Paradontologik yordam yuqori saviyada ko'rsatilishi kerak.
- 2) Davolash uchun kerakli dori-damnlarni shifokor-terapevtlar bilan maslaxatlashib tanlash.
- 3) Uslubiy ishlarni tashkil etish.
- 4) Dispanserizatsiya hisobini yo'lga qo'yish.
- 5) Fan va amaliyot yangiliklarini paradont kasalliklarini davolashga kiritib borish.
- 6) Yangi ish tartiblari va davolash profilaktika ishlarini takomillashtirish.

Paradontologik xonada stomatolog uskuna, tish toshlari, karashlarini olib tashlash uchun ultratovush apparati, vakuum – apparat (Kulajenko apparati), tish toshlarini olishga mo'ljallangan asboblari, jarrohlik muolajalarini bajarish uchun qaychilar, skalpellar, kyuretkalar, ekskavatorlar, tish karashlarini aniqlash (indeksasiya) uchun turli bo'yoqlar (fuksin suyuqligi, Shiller-Pisarev sinamasi uchun lyugol eritmasi), sitologik, bakteriologik tekshiruvlar uchun idishlar, moslamalar kabilar bo'lishi kerak.

Poliklinikalarda gigiyenik xonalar bo'lishi va u yerga yordam so'rab kelgan bemorlarni tish tozalash qoidalari bilan tanishtirish, gidroterapiya xonasida esa, maxsus moslama yordamida tishlarni, og'iz bo'shlig'ini 1–2 atmosfera bosim ostida beriladigan suv bilan (unga turli xushbo'y-aromatik suyuqliklar aralastirilishi mumkin) yuviladi. Bu bir vaqtning o'zida gidromassaj vazifasini ham bajaradi.

**Dispanserizatsiya** deganda, biz ma'lum kasalliklar-uzoq, davom etadigan, o'z davomida turli asoratlarni keltirib chiqaradigan kasalliklar (gullagan kariyes kasalligi, og'iz shilliq pardalarining juda ko'p turdagi kasalliklari) jumladan, paradont kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni hisobga olib, maxsus hisob daftarlari ochib, kasallik tarixida maxsus belgilar "P" qo'yib, ularni vaqti-vaqti bilan taklif etib, kasallikni asoratlarni oldini olishga qaratilgan ishlarni bajarishni tushirmoq'imiz kerak.

## MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLARI

1. Paradont kasalliklarini maxalliy va umumiy davolash nimalar bilan farqlanadi?
2. Paradont kasalliklarini davolash prinsip-tutumlari nimalardan iborat?
3. Maxalliy davolash usullarini sanab bering?
4. Umumiy davolash usullarini aytib bering?
5. Gingivitlarni davolash usullarini aytib bering?
6. Paradont bilan og'rigan bemorlarni davolashda nimalarga e'tibor berish zarur?
7. Paradontitni davolashda qaysi zamonaviy usullarni qo'llash mumkin?
8. Paradont kasalliklari qaysi fizioterapevtik usullar qo'llash mumkin?
9. Paradont kasalliklarini oldini olish usullarini aytib bering.

## *IX bob*

### **OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI (PARDA) NING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI, TUZILISHI, VAZIFA (FUNKSIYA)SI**

Og'iz shilliq qavati (OSHQ) undan keyin joylashgan a'zolari, hamda odam tanasini tashqi muxit ta'sirotlaridan qo'riqlab, ximoya qilib turadi.

**Bular quyidagi tarzda amalga oshadi:**

**1. O'zidan mikroblarni o'tkazmaslik xususiyati.** Sog'lom shilliq qavat deyarli hamma turdagi mikroblarni o'zidan o'tkazmaydi. Faqatgina ayrim kasalliklarni keltirib chiqaradigan – chuma – o'lat; tulyaremiya, . yashchur, zaxm-sifilis kabilarni mikroblari, spiroxetalari o'tishi mumkin.

**2. Epiteliya qavatining shoxlanib turishi.** Bu holat shilliq qavat yuzasini tozalab, jumladan, mikroblardan ham tozalab turadi. **3. Shilliq qavat to'qimasining qayta hosil bo'lish qobiliyati (regenerasiya).** Bu xususiyat og'iz shilliq qavatida nihoyatda rivojlangan. Bu hol ham mikroblar kiradigan yo'llarni tez orada bekilishiga sabab bo'ladi. **4. Og'iz bo'shlig'iga so'lak, shilliq modda ajratuvchi bezlarning maxsulotlarini tushishi.** Og'iz bo'shlig'iga so'lak va uning tarkibidagi fermentlar shilliq modda va shunga o'xshash nihoyatda zarur moddalarning tushishi bu yerdagi maxalliy immunologik holatni kuchaytiradi.

Leykinlar parchalangan leykositlarda hosil bo'lib, mikroblarni eritadi yoki ba'zi bakteriyalarni (bo'g'ma-difteriya, tayog'chasi, qorin tifi, ich terlama) o'sishini to'xtatadi.

Og'iz bo'shlig'ining immunologik holatini yaxshilashda Lipaza fermenti (ular so'lak tarkibida bor) katta rol o'ynaydi. Bu ferment so'lak tarkibidan tashqari, limfositlardan va ayrim bakteriyalardan hosil bo'ladi. Og'iz bo'shlig'i kasalliklarida, masalan surunkali qaytalanuvchi aftozli stomatitda lipazaning miqdori pasayadi. **5. Fagositoz.** Og'izda mikroblar ko'payganda, fagositoz kuchayadi va bu bilan organizmni qo'riqlash ma'lum darajada ta'minlanadi. **6. Kapillyarlar qon tomirlarining o'tkazuvchanligini oshishi.** Buning ham yaxshi, ham yomon tomonlari bor. Bu holat kasallik bor paytda, organizmda kechadigan umumiy qon tomirlar kasalligi va boshqa sabablar oqibatida bo'lishi mumkin.

Yaxshi tomoni, kerakli dori-damnonlarni og'iz bo'shlig'i orqali so'rilib tez fursatda yordamini ko'rsata olishi bo'lsa, yomon tomoni–turli zararli dorilar, zaharlarni ham so'rilishidir. **7. Mikroblar simbiozi (mikroblar bilan organizm orasida birga yashash, bir-biridan foydalanish, kelishuv).**

Og'iz bo'shlig'ining xususiy mikroblari tashqaridan kiradigan patogen mikroblarga qarshilik ko'rsatishi, antogonist bo'lish holati. Kasalliklarda, tananing qarshilik ko'rsatish qobiliyati pasayganda og'izdagi, ichaklardagi va boshqa a'zolaridagi saprofit (kasal chaqirmaydigan) mikroblar patogen (kasallik chaqiruvchi)ga aylanishi mumkin. **8. Og'iz shilliq qavatining so'rilish xususiyati.** Og'iz bo'shlig'i a'zolarining barchasi qon tomirlarga boy. Surilish qobiliyati yaxshi rivojlangan. 3 Juft katta so'lak bezlari, (gl. parotis, gl. Sublingualis, gl. Submaxillaris.) juda ko'p shilliq bezlar og'iz bo'shlig'iga ochiladi.

Buning yaxshi tomoni – dorilarni so'rilishi, ovqat hazmlanishining og'iz bo'shlig'idan boshlanishi, mikroblarning, ovqat qoldiqlarining, shoxlangan epiteliyning yuvilishi kabilardir.

Yomon tomoni esa, turli zaharli, organizmga salbiy ta'sir etuvchi dorivor narsalarning so'rilishidir.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida perestaltika yoki shunga o'xshashlar tez o'lish uchun sianli kaliy kabi zaharlarni og'iz bo'shlig'iga olishi bilan 1-2 daqiqa ichida, nafas yo'llarini shol bo'lishi natijasida hayotdan ko'z yumadilar. Yoki, boshqa bir misol, yurak xastaliklarida validol kabi dorilar kerakli paytlarda til ostiga qo'yilsa, bular tez orada so'rilib, og'ir kasalliklarni oldini olishi mumkin. **9. Og'iz shilliq qavatining perestaltika (qisqarib-kengayish, xarakter) xususiyati.** Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida perestaltika yoki shunga o'xshash xarakter borligi yaqin yillarda aniqlangan. Asosan lunjlar shilliq qavatida. Buning faqat foydasi bor. Ovqatlik moddalarini so'rib, tomoqqa yaqinlashuviga ko'maklashadi, ovqat hazm bo'la boshlash jarayonini engilashtiradi.

Shunday qilib, og'iz bo'shlig'i ovqat hazm qilish yo'lining boshlang'ich qismi bo'lib, u daxliz va xususiy og'iz bo'shlig'idan iborat. Daxlizga kirish qismidan boshlanadi va tomoq bilan tugaydi:

- 1) Daxlizga (og'iz bo'shlig'iga) kirish qismi.
- 2) Daxliz.
- 3) Xususiy og'iz bo'shlig'i.

4) Tomoq. Daxlizga kirish qismini (rima oris) ikki lab orasi deb tushuniladi. Daxlizni oldini va yonlarini lablar ichki qismi – bir biriga tegib turgan tishlar va milklar tashqi yuzlari tashkil etadi. Og'izning xususiy bo'shlig'ini yon devorlarini lunjlar shilliq pardalari, pastki devorini jag' va til osti mushagi ustida yotgan til (ular og'iz bo'shlig'ini tubini tashkil etadi), tepa chegarasini yumshoq va qattiq tanglay tashkil etadi. Yumshoq tanglay erkin tortilgan mushak plastinkasidan iborat, uning orqa qirrasida tilcha joylashgan. Bo'sh qirrasida muskul bor, u esa tomoqning yon tomoniga yo'nalgan va u tanglayni pastga tortish xususiyatiga ega. Tanglayni oldingi qismida joylashgan m. palatoglossus bo'g'iz-tomoq teshigini -qisqartirish, siqib turish vazifasini bajaradi va ovqatni o'tib ketishiga yordam beradi.

Tanglay oldingi va orqa yostiqchalari orasida tanglay murtaglari, ular limfatik tuzilmalarga nisbatan balandroq, yuqoriroq ko'tarilib turadi. Yumshoq tanglay chegarasida, o'rta chizmaga yaqin, ikkala tomonda kichik chuqurchalar bor, bular katta tanglay bezlarining chiqish teshiklaridir.

### **Og'iz shilliq qavatining gistologii tuzilishi (oshq)**

OSHQ o'ziga xos tuzilishga ega bo'lib, og'iz bo'shlig'ini tashqi muxitning o'zgaruvchanligi, tushadigan mikroblardan ximoya qilib turish va ovqat hazm qilish yo'lining boshlang'ich qismi ekanligi bilan katta axamiyat kasb etib turadi.

Daxliz va og'iz bo'shlig'ining xususiy bo'shlig'i zich shilliq qavat bilan yopilgan, bu shilliq qavat barcha so'lak bezlarining chiqish joylari, teshiklari atrofini ham qoplab turadi.

Shilliq qavat esa ko'p qavatli epiteliy (qoplag'ich) bilan yopilgan.

**Shunday qilib, uni quyidagi qavatlarga bo'lib o'rganamiz:**

- 1) Qoplagich epiteliy.
- 2) Og'iz bo'shlig'ining xususiy shilliq pardasi, qavati.
- 3) Shilliq osti qavat. Qoplagich epiteliy qavat o'z navbatida asosan 5 qavatdan iborat (yukoridan pastga qarab):

- 1) Shoxlanuvchi, yuza qavat.
- 2) Yaltiroq qavat.
- 3) Donador qavat.
- 4) Tikanaksimon.
- 5) Asosiy, o'suvchi, ona qavat.

Qoplag'ich (epiteliy) qavatining qalinligi o'rtacha 200-500 mikron-gacha bo'ladi. Bu epiteliyning qayerda joylashgan joyiga bog'liq.

Mexanik ta'sirotlarga ko'proq beriladigan joylarda epiteliy qalinroq bo'ladi. Qoplagich (epiteliy) qavatlari o'zaro protoplazmaning hujayralararo ko'prikchalar yoki o'smachalari orqali bog'liq bo'ladi.

Bu ko'prikchalar orqali bir qavatdan boshqa qavatlarga bema'lol, uzluksiz tonofibrillar o'tgan. Tonofibrillar mexanik vazifani bajaradi, hujayralarni o'zaro bog'lab turadi, epiteliy qavatini egiluvchanligi va chidamligini ta'minlab turadi.

Epiteliy qavatini pastki biriktiruvchi to'qima qavatini bilan bazal membrana yordamida bog'lanadi. Bazal membrana argirofil tolalalari, ipchalari bilan tashkil topgan, bu ipchalar bazal qavat hujayralarining sitoplazmalari o'simtalari bilan zich bog'liqligi elektron mikroskopda ko'rinadi.

### **Xususiy og'iz shilliq pardasi (lam. propria)**

Epiteliy – qoplag'ich pardadan keyin joylashadi. Bu qavat zich qo'shuvchi to'qimadan iborat va u juda ko'p so'rg'ichlar yoki o'simtalari hosil qilib, bular epiteliy qavatiga kirib turadi.

Bulardan epiteliy qavatini oziqlantiradigan qon va asab tomirlari o'tadi. Bularga muvofiq epiteliy so'rg'ichlari ham xususiy qavatga kirib boradi.

### **Shilliq osti qavati:**

Xususiy og'iz shilliq pardasi silliq, chegarasiz shilliq osti qavatira utadi.

Shilliq osti pardasi yumshoq qo'shuvchi to'qimadan iborat. Shuni aloxida ta'kidlash zarurki, shilliqosti pardasi og'iz bo'shlig'ining hamma yerida – bo'limlarida bir xil (qalinlikda) joylashmagan.

Til va milklarda, qattiq tanglay chekka qismlarida, tanglay o'rta chizig'ida shilliq qavat yuqqa, ba'zi mualliflar bu joylarda shilliq osti parda yo'q deb ta'kidlashadi, go'yoki bu joylarda xususiy og'iz shilliq pardasi bevosita (ya'ni, shilliq osti parda yo'qligi tufayli) muskullararo qo'shuvchi to'qimaga yoki shu joydagi suyaklarning suyak ustki pardasiga o'tadi deyishadi.

Yuqorida aytilgani, og'iz shilliq pardasi butun og'iz bo'shlig'ini qoplab turish bilan birga, og'iz bo'shlig'iga ochiladigan barcha bezlarning (shilliq, yog' va so'lak bezlarining), chiqish teshiklarini ham yopib turadi.

Og'iz shilliq pardasi tomoqqa, nafas yo'llariga va qizilo'ngach, oshqozon va pastki organlarga ham o'tadi, bu esa ularning xossalari umumiyligidan dalolat beradi.

Og'iz shilliq pardasining xarakatlanishi ham xar xil. Yaxshi xarakatlanuvchi, qo'zg'aluvchi joylari-og'iz daxlizidagi o'tuvchi bumalar, og'iz bo'shlig'ining tubi va boshqa ayrim joylarida (lablar, yumshoq tanrlay) shilliq osti qavatining yaxshi rivojlanganligi, limfa qon tomirlari borligi tufayli, so'rilish xususiyati yaxshi rivojlangan.

Bu ham yaxshi (dorilar surilish), ham yomon (zaharli moddalar so'rilishi, infeksiyaning tarkalishi) ekanligi yukorida batafsil bayon etildi.

Lablar, lunjlar, yumshoq tanglay va og'iz tubi xarakatchan va beriluvchan, chunki bu joylarda epiteliy va xususiy pardadan tashqari, yumshoq qo'shuvchi to'qima va yog' to'qimalari va ularni kesib o'tgan qon, limfa tomirlari va asab tolalaridan iborat qalin shilliq qavat joylashgan.

Alveola o'simtalarini, tanglay balandliklarini, qattiq tanglayning oldingi qismini qoplab turgan shilliq parda zich, xarakatsiz yoki kamxarakatlidir, chunki bu joylarda shilliq osti parda yo'q yoki juda kam qalinlikda, rivojlanmagan.

Til shilliq qavatida ham shilliq osti parda yo'q. Shilliq qavat bevosita muskullararo qo'shuvchi to'qimaga kirib ketgan, shuning uchun til shilliq pardasi ham xarakatsizdir. Til yuzasida 4 turdagi so'rg'ichlar mavjud.

- 1) Ipsimon (papilh filiformis).
- 2) Zamburuqsimon (pap. fungiformis).
- 3) Yaproqsimon (pap. foliatae).
- 4) Aylanmasimon (pap. circumvalatae)

Ipsimon so'rg'ichlar til satxining hamma yerida joylashgan bo'lib, ular asosan mexanik vazifani bajaradi. Bu so'rg'ichlar epiteliysining yuza hujayralari shoxlanadi, oqishroq tusga aylanadi, qisqaradi.

Turli oshqozon-ichak kasalliklarida bu so'rg'ichlar oqish tusga kirib, klinikada qoplangan til deb ataydigan holat yuzaga keladi. Zamburug'-simon so'rg'ichlar qizil donachalar yoki nuqtalar shaklida ko'zga tashlanadi, bular ipsimon so'rg'ichlar orasida joylashgan, asosan tilning oldingi 2/3 satxida.

Bu so'rg'ichlar orqali kapillyar qon tomirchalari ko'rinadi, shuning uchun ular qizil tusda ko'rinadi. Yaproqsimon so'rg'ichlar tilning yonlarida joylashgan. Aylanasimon (qopqoqsimon) so'rg'ichlar til tomiri, ildizi va tanasida V-simon bo'lib joylashgan. Til o'rtasida, aylanasimon so'rg'ichlar orqasida ko'r teshik (foramen coecum) joylashgan. Ko'r teshik orqasida va yonlarida follikulyar apparat joylashgan va u ba'zi kasalliklarda shishadi, kattalashadi.

Til ildizining yonlarida chap va o'ng tomonida – murtakchalar, bodoncha bezlar joylashgan. Ularning so'rg'ichlari va bo'rtgan joylari epiteliyga kirib turadi. Ularga qon tomirlar va asab tolalari kirgan.

#### **Og'iz bo'shlig'ining ayrim qismlaridagi shilliq qavat**

**Lablar.** Lablarning tashqi qismidagi teri bosqichma-bosqich ichki shilliq qavatga o'tadi. O'tish chegarasi bo'lib, lablar qizil xoshiyalari hisoblanadi, bu faqat odamda shunday bo'ladi. Bu zona – chegarada juda ko'p yog' bezlari bor bo'lib, soch, to'q va ter bezlari yo'q. Ter ishlab chiqadigan bezlar asosan yuqori labda va og'iz burchaklarida joylashgan. Yog' ishlab chiqaradigan bezlarning chiqish teshiklari epiteliy qavatida joylashgan.

Lablar qizil hoshiyalarida shoxlanish holati bor, lekin teriga nisbatan kamroq. Bu yerda donador qavat yaxshi rivojlangan, ular donachalarida Keratogialin donachalari borligi ko'rsatilgan. Epiteliy ostidagi xususiy parda teri shaklidir. Unda ko'p qavatli so'rg'ichlar bo'lib, ular to'qimalarga chuqur kirgan holda bo'ladi. Bu yerda ko'p kapillyar qon tomirlari borligi labni ochib ko'rganda ham bilinib turadi. Bu esa lablarning qizil rangda bo'lib turishiga sababdir. Lablarning ichki satxlaridagi epiteliy qavati qalin. Bu erda shoxlanish bo'lmaydi. Shilliq osti qavatida ko'p sonli mayda sulak bezlari bor, ular shilliq va aralash suyukliklar ishlab chiqarishadi. Undan keyin lablarda muskul tolalar joylashgan. Mushaklararo qo'shimcha to'qima shilliq osti qavatining kollogen tolalari bilan bog'langan. Bu esa lablarning silliqligini ta'minlaydi.

**Lunjlar.** Bu yerdagi shilliq qavat lablar shilliq qavatining davomi bo'lib, bu yerda shoxlanish yo'q, lekin juda ko'p miqdorda elastik tolalar bor. Bu aniq chegarasiz shilliq osti pardasiga o'tadi. Shilliq osti qavatda yog' bezlari orolchalari, mayda shilliq modda va aralash suyuklik chiqaradigan so'lak bezlari o'rtasida, tishlar yopilganda hosil bo'ladigan tishlar chizig'ida yog' bezlari bor.



Yumshoq tanglay shilliq osti qavatida shilliq suyukligi ishlab chiqaradigan bezlar bor.

**Tilcha-Uvulae.** Bu ham ko'p qavatli yassi epiteliy-qoplag'ich bilan yopilgan. Og'iz tubi va lablarning o'tish bumachalari va lunjlarda yaxshi rivojlangan turli qalinlikda joylashgan shilliq osti qavati bor. Shilliq qavat bu yerda tanglayga yumshoq ulangan. Qattiq tanglayning ikki yuzasi bor: og'iz yuzasi og'iz bo'shlig'i tomonda, burun yuzasi esa, burunning tubini hosil qiladi. Qattiq tanglay ko'p qavatli yassi shoxlanuvchi epiteliy bilan qoplangan va u tanglayning hamma yuzasi (satxi)da suyak usti parda bilan zich birlashgan. Ammo, tanglay chokidan tashqarigi ozgina qismida shilliqosti pardasi bor, u shilliq qavatini suyak ustki pardasi bilan bog'lab turadi. Shuning uchun qattiq tanglay shilliq qavati xarakatsiz xisoblanadi.

Qattiq tanglay shilliq qavati oq-qizg'ish, yumshoq tanglay esa qizg'ish-qizil rangda ko'rinadi. Qattiq tanglay shilliq qavati balandliklar hosil qilib, qolgan satxlardan ko'tarilib turadi. Oldingi markaziy yuqori jag' kesuvchi tishlar orasida so'rg'ich bor (pap. incisiva), bu esa tanglay suyagida, shu joyda kirish qismi bo'lgan kesuvchi kanal – teshikga to'g'ri keladi. Bu kanal orqali burun tanglay asab tolalari o'tadi, anesteziya qilinganda anestetik shu teshik orqali yuborilsa, tanglay oldi qismi og'riqsizlantiriladi. Tanglayning oldingi qismida ko'ndalang bumalar bor. Bolalarda bumalar yaxshi rivojlangan, qarilarda esa ular asta sekin yo'qolib boradi.

**Milk.** Milkarni o'rganishda ularni alveola qismiga yon, chekka, bo'yin (pars marginlis) ga bo'lamiz. Milkda shilliq osti parda bo'lmaydi. yon, chekka, bo'yin milkni ozod, bo'sh qismi deb ataladi, chunki ular tish toj qismlariga yopishib tursada, ularni pinset, zond bilan qimirlatib ko'rish mumkin.

Tishlararo joylashgan milk qismini tishlararo so'rg'ichlar ham deb ataladi. Milk ko'p qavatli yassi qoplag'ich-epiteliy bilan qoplangan bo'lib, faqat chetki, yon qismlari shoxlanish xususiyatiga ega. Milkning qo'shuvchi to'qimasi ikki qavat (qism)dan iborat.

Epiteliy osti qavat. Bu qavat ko'p qavatli yassi epiteliy qavatining ostida joylashgan, ko'p elastik-egiluvchan tolalari bo'lgani uchun yumshoq. Ikkinchi qavati – alveola usti qavati, bu qavat alveola suyagiga yopishib turadi, bunda ko'p kollagen tolalar bor va ular orqali periodont to'qimasi bilan bog'lanib turadi.

Milkning shoxlanib, tushib turishi tishlarni tozalash, ovqat chaynash va shunga o'xshash mexanik ta'sirotlardan ximoyalaniş reaksiyasidir.

### **Og'iz bo'shlig'ining fiziologiyasi**

Og'iz shilliq qavati ovqat chaynash va hazm qilish, nafas olish, gapirish hamda organizmni tashqi muxit ta'sirotlaridan ximoya qilish kabi vazifalarni bajarishda ishtirok etadi.

Og'iz bo'shlig'ida 6 xil sezgilarni ajratadigan, farqlaydigan sezgilar bor:

- 1) maza bilish;
- 2) og'riq;
- 3) sovuq;
- 4) issiq;
- 5) tegish;
- 6) muskul;

Organizmi tashqi muxit ta'sirotlaridan ximoya qilishni og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida quyidagi xususiyatlari bilan ta'minlaydi:

- 1) o'zi orqali mikroblarni o'tkazmaslik;
- 2) doimiy epiteliyaning tushib turishi;
- 3) tiklanish (regeneratsiya) xususiyatining balandligi;
- 4) fagositoz;
- 5) kapillyarlarni o'tkazuvchanligi;
- 6) surilish xususiyati;
- 7) shilliq qavatning peristaltikasi;
- 8) bezlar suyuqligining og'iz bo'shlig'iga quyilishi;
- 9) mikroblar simbiozi (mutanosibligi);
- 10) kislota, ishqor muxiti (RN).

Og'iz shilliq qavatida nimalar bilan teridan farq qiladi:

- 1) soch folikulalarining yo'qligi;
- 2) ter ishlab chiqaradigan bezlarining yo'qligi;
- 3) yog' to'qimasi rivojlanmaganligi bilan;

Me'yorda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida milklarda nozik-qizg'ish rangda, og'iz burmalari, luj, yumshoq tanglaylarda qizil rangda bo'ladi.

### **Patologik jarayonlar**

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida turli patologik o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Ularning hammasini 2 asosiy guruhga bo'lib o'rganish mumkin:

- 1) og'iz shilliq pardasining xususiy, ya'ni o'z kasalliklari;
- 2) og'iz shilliq pardasida bo'ladigan patologik o'zgarishlarning sabablari ichki a'zo va tizimlarning kasalliklarida bo'lib, ularning og'iz bo'shlig'ida ko'rinishlari. Ulardan tashqari chegaralangan va tarqalgan patologik o'zgarishlar.

Og'iz bo'shlig'i ichki a'zo va tizimlarning oynasi degan fikr juda to'g'ri. Chunki ichki a'zo va tizimlardagi patologik o'zgarishlar-kasalliklar u yoki bu tarzda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida o'z aksini topadi. Demak, shifokor-stomatolog deyarli barcha ichki kasalliklarni og'iz bo'shlig'idagi turli o'zgarishlarga qarab, boshqa mutaxassis-shifokorlardan oldin tashxislashi, ular borligini taxmin qilishi, ya'ni birinchi bo'lib aniqlashi

mumkin. Buning uchun og'iz bo'shlig'ining me'yordagi holatini yaxshi bilish va undan farq qiluvchi patologik holat turlarini stomatolog aniqlash qobiliyatiga ega bo'lishi shart.

Bir necha misollar keltiraylik:

Yurak-qon tomir kasalliklarida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini ko'kimsiz rang oladi. Bu holat lablarda, lunjlarda, til ostida ham bo'lishi mumkin. Ko'kimsiz rang dimlangandan darak beradi.

Oshqozon-ichak kasalliklarida, ko'prok tilda turli o'zgarishlar bo'lishi mumkin: til qarashlar bilan qoplangan, tilning xarakati, rangi o'zgargan, kattalashgan, ko'prok qizargan, xattoki ba'zida turli og'riqlar (gapirishda, ovqat chaynashda) yaralar bo'lishi mumkin.

Gingivit, stomatit, paradontit, qon kasalliklari, avitaminozlar, diabet va boshqa kasalliklarda shilliq qavat, milkda rang o'zgarishlar (qizarish, shishish), milkdan qon oqishi kabi o'zgarishlar. Ichak kasalliklari (enterit, kolit, enterokolit) da aftozli stomatit kasalligini rivojlanishi aniqlangan desa bo'ladi. Og'iz shilliq qavatining turli xil yallig'lanishlari bo'ladiki, ularni bir tizimga kiritish, tasnifini aniqlash kiyin. Yallig'lanish shilliq qavatda turlicha joylashadi, joylashishiga qarab nom beriladi.

Masalan, lunj qismidagi shilliq qavatning yallig'lanishi. Stomatit, milkning yallig'lanishi-gingivit, lablar jarohati – xeylit, tilning yallig'lanishi-glossit, tanglayniki esa palatinit va xokazo. Ba'zida esa, shilliq qavatning bir necha qismlarida patologik o'zgarishlar bo'lishi mumkin. "Stomatit" deganda shilliq qavatning turli qismlarida bo'ladigan patologik holatlarni tushunishadi, ya'ni aniq, tipik joylashishiga ega emas.

### **Og'iz boshlig'i shilliq (pardasi) qavatida uchraidigan jarohatlar – morfologik elementlar**

Og'iz shilliq qavatida turli kasalliklar belgilari, elementlarini bilish, tashxislashda (diagnostikada) juda katta ahamiyatga ega.

Asosiy elementlar quyidagilardan iborat:

- 1) shilliq qavatini rangini o'zgarishi.
- 2) shilliq qavatini satxini uzgarishi.
- 3) shilliq qavatining ma'lum joyida suyuqlik to'planib qolishi.
- 4) shilliq parda ustida qoplama paydo bo'lishi (bu joylar qolgan sog' shilliq parda satxidani ko'tarilib turadi).
- 5) shilliq qavatda kentiklar (defektlar) bo'lishi.

Bu elementlar birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin. Agar birlamchi elementlar turli ko'rinishda bo'lsa, ko'p shakli toshma deb tushunsa bo'ladi.

Shilliq qavatda turli jarohatlar (travma) bo'lishi mumkin: Turli mexanik, kimyoviy omillar, kuyish yoki turli xil yallig'lanishlar oqibatida turli xil jarohatlar bo'lishi kuzatiladi. Ular chuqurligiga qarab quyidagilarga bo'linadi:

- 1) shilinish;
- 2) ezilish, (eroziya);
- 3) yara (yazva).

1. **Shilinish** (eroziya) da shilliq pardaning faqat yuzaki qismi jarohatlanadi.

2. **Ezilish, timalish**da epiteliy qavatining hammasi (faqat ona-asosiy o'suvchi) qavatigacha jarohatlanadi, buziladi. Shuning uchun bularni davolangandan keyin shilliq qavatda chandiqlar qolmaydi. Bular yuzaki jarohatlardir. Ba'zida, ezilish, timalishlarni davolangandan keyin nozik chandiqlar qolishi mumkin. Bu elementlar nafaqat jarohatlanishlarda, balkim oshqozon-ichak, yuqumli kasalliklarida (shilinish-eroziv stomatit I.A. Novik, A.I. Ribakov va boshqalar) ham kuzatilishi mumkin.

3. **Yara** (yazva) lap og'iz bo'shlig'ida mexanik jarohatlar, nur kasalligi, kimyoviy, xaroratlar ta'sirida, maxsus infeksiyalar (zaxm-sifilis, sil-tuberkulez, spid, Moxov-Lepra) va boshqalar ichki a'zo va tizim kasalliklarida bo'lishi mumkin. Yara deganda nimani tushunish kerak?

**Yara**-bu tananing ma'lum qismida to'qimalarni chirishi (nekroz) oqibatida turli kentiklar bilan kechadigan patologik holat.

Yaralar borki, ular oylab, yillab bitmasdan bemorlarni qiynab yuradi – bu yaralar trofik yaralar bo'lib, bular diabet kasalligida, yurak-qon tomirlar kasalliklarida, avitaminoz kasalliklarida va boshqa umumiy kasalliklarda bo'lishi mumkin.

Undan tashqari, ba'zan saraton (rak) shishlari ustida ham yaralar (yaranish) bo'lishi mumkin.

4. Og'iz shilliq qavatining **rangini o'zgarishi** ham turli patologik holatlarda kuzatiladi. Rang o'zgarishi barcha ekzo va endogen sabablardan yuzaga keladi.

Tashqi ta'sirot (ekzogen)lar ta'siridagi o'zgarishlar, asosan kasbiy kasalliklar turlariga kiradi. Masalan: kumush yoki kumushli preparatlar, simob, mis va shunga o'xshash og'ir metall tuzlari ishlab chiqaradigan korxonalar ishchilarining og'iz shilliq qavatida (ko'proq lablar, milk, lunj, til) qora-qoramtir, qo'ng'ir rangdagi dog'lar, undan tashqari ovqatliklar tarkibidagi (choy, ba'zi mevalar olcha, gilos, kofe, kakao) iste'mol qilgandan keyin sigaret, papiros, tamaki, nos, chekuvchilarda ham tishlarda, shilliq qavatda turli rang o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Ichki (endogen) sabablar esa, asosiy guruhni tashkil etadi: Botkin kasalligida va jigar xastaliklarida sariq rang, o'tkir yallig'lanishlarda-qizil rang, surunkali yallig'lanishlarda- ko'k, ko'k-qoramtir ranglar bo'lishi mumkin.

5. Shilliq qavat **sathining** o'zgarishi, masalan, karash, tangachasimon, do'mboqchasimon, tugunchasimon, absesslar satxini ko'tarib (ko'tarilib) tursa, yara, shilinish, timalish, ba'zi jarohatlar, atrofik chandiqlar, teri saratoni va boshqa shilliq qavatdagi kentiklar esa shilliq qavat satxini pasaytiradi.

D.A.Entin og'iz shilliq pardasidagi o'zgarishlarni 4 turga bo'ladi:

1. Chegaralanib to'plangan suyuqlik shilliq qavatning o'tkir yiringli shishlar.

2. Tangachalar.

3. Chegaralangan qattiqlashgan to'qimalar.

4. Yemirilgan, bujmaygan va atrofiyaga uchragan, o'zgarishlar.

1. Chegaralanib to'plangan suyuqlik shilliq qavatning o'tkir yallig'lanishlarida bo'lib, bunda shilliq parda yoki chuqur qatlamlarda, ulardan keyin joylashadigan to'qimalarda pufak yoki pufakchalar, yiringli xaltachalar, kistalar shakllarida ko'rinadi.

Kichik yiring xaltachalar pustula, kattalari esa absess deb nomlanadi.

Pufak-deganda zardob bilan to'lib turgan bo'shliqni tushuniladi.

Kichik pufaklar vezikula, kattalari, tovuk, tuxumi, olcha kattaligida bo'lishi mumkin.

Kista (cista) -bu holesterinli, zardobli suyuqlik yoki yiring bilan to'la bo'shliqdir.

Og'iz shilliq qavatida, xususan so'lak va shilliq modda ishlab chiqaradigan bezlarning chiqish joylarida bo'lishi mumkin. Tashqi ko'rinishi pufakka o'xshash bo'ladi.

2. Tangachalar deganda, o'tkir yallig'lanish jarayonlarining natijasida shoxlangan epiteliy qavatlaridan iborat bo'lib, bir-birini ustida joylashgan shoxlangan epiteliy qavatlarini, qavatlaridan iboratdir.

Shoxlangan joyining ustki qavati tushib turishi mumkin.

Pufaklar ochilib, yorilgandan keyin hosil bo'ladigan yaralar ustki qismida shoxlanish, ya'ni eksudatning qurib qolishidan hosil bo'ladi.

3. Shilliq qavat ustida chegaralangan papula yoki tugunchalar deganda infiltrat to'plangan, lekin bo'shlig'i bo'lmagan elementlarni tushunamiz.

Do'mboqchalar shilliq qavatning chuqur jarohatlari bo'lib, tashqi ko'rinishi papulaga o'xshash va tez-tez parchalanish xususiyatiga ega bo'lgan o'zgarishlardir.

4. Yemirilish, bujmayish va atrofiya holatlari juda ko'p tashqi va ichki ta'sirotlarda kuzatiladi. Shilliq qavatning yemirilishi turli chirish (nekroz) jarayonlarida (masalan, sil, zaxm kasalliklari, yarali stomatitlar, vensanning yarali-chirish gingivostomatitida va boshqalar) bo'ladi.

Yaralar bitishi va turli yallig'lanishlardan keyin shilliq qavat bujmayishi kuzatiladi. Atrofiya esa, kamqonlikda va boshqa umumiy kasalliklarda bo'lishi ma'lum.

Haddan tashqari shoxlanish giperkeratoz deb, odatda (normada) shoxlanish jarayoni kechmaydigan shilliq parda sathlarida shoxlanish kuzatilgan paytda aytiladi. Bunday joylar-lunjlar, lablar, og'iz tubi, yumshoq tanglay qavatlarida shoxlanish kuzatilsa, ana o'sha paytlarda giperkeratoz deb tushuniladi. Bular leykoplakiya, papillamatoz, qizil yassi lishay-temiratki kabi kasalliklarda kuzatiladi.

Parakeratoz deganda shoxlanuvchi epiteliy qavatining qayta hosil bo'lishini tushunish kerak.

Shunday qilib, og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatida birlamchi, ikkilamchi, xaqiqiy va soxta, yuzaki va chuqur jarohatlar bo'lishi mumkin ekan.

Og'iz bo'shlig'i va lablar shilliq qavatlarida uchraydigan o'zgarishlarni hammasi quyidagicha bo'lishi mumkin:

**I. Birlamchi elementlar**

1. Dog' (macula).
2. Burtma (urtica).
3. Tuguncha (papula).
4. Do'mboqcha (tuber).
5. Pufakcha (vesicula).
6. Pufak (Bulia.).
7. Qoplagich ichidagi pufak (bulla intepithelielis).
8. Afta (aphta.)

**II. Ikkilamchi elemenglar**

1. Shox (Sguama).
2. O'ta shoxlanish (hiperkeratosis).
3. Ezilish (ewio ex coriatio).
4. Yorilish, timalanish (Fissura rhages).
5. Yara (ulcus).
6. Shish (tumor).
7. Shoxlanish (crusta).
8. Chandiqlik (cicatrix).
9. Atrofiya (atrophia).

**Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklarini  
tasnifi (Klassifikasiya)**

Bu xaqdagi ko'pchilik taklif etilgan tasniflar orasida A.I. Ribakov (1978) tasnifini qo'llaymiz:

**Stomatitlar:** kataral, o'tkir aftozli (yengil, o'rta og'ir, og'ir shakllar) yakka aftalar, lab toshmalari, nekrozli yaralar, surunkali qaytalanuvchi aftozli (fibrinoz, nekrozli, chandiqlanuvchi, glandulyar, lixenoid shakllari) yarali-nekrozlanadigan.

**Gingivitlar:** kataral, yarali-nekrozli, gipertrofik, atrofik, dikvemativli, simptomatik gingivitlar.

**Til kasalliklari:** o'tkir yallig'lanishli (kataral glossit, yarali, deskvemativli til absesslari), surunkali (geografik til, rombsimon, vorsinkasimon), sistemali kasalliklardagi til o'zgarishlari, til anomalialari.

**Lab kasalliklari (xeylitlar):** kataral, glandulyar, eksfoliativli, ekzemasimon meteorologik, lablar surunkali yorilishi.

**Jarohatlar** va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida bo'ladigan allergik o'zgarishlar: mexanik, fizikaviy, kimyoviy, dorilardan, kasb kasalliklari, protezlardan kelib chiqadigan stomatitlar, allergik reaksiyalar.

Og'iz pardasining ichki a'zo va tizim kasalliklarida, yuqumli kasalliklardagi, spetsifik infeksiyalar, gingvitaminozlarda bo'ladigan jarohatlari, o'zgarishlari.

Og'iz shilliq qavatidagi kandidozlar-dermatozlarda bo'ladigan og'iz shilliq pardasi jarohatlari (ko'p shaklli ekssudativ eritema, qizil yasen temiratki, qizil volchanka va boshqalar). Bu guruh stomatitlarni dematostomatitlar (teri va shilliq qavat) deyiladi.

#### **O'sma (shish) oldi va o'sma jarohatlar:**

Tappeyner leykoplakiyasi, yassi, vernukoz, og'iz bo'shlig'idagi dog'lar, Manganotining abraziv rakoldi xeylidlari, pastki labda chegaralangan rakoldi giperkeratozi, pastki lab qizil qoshiyasining rak oldi so'galsimon holati, BOUEN kasalligi, Keyr eritroplaziyasi, teri shoxi, saraton-rak va boshqa o'smalar.

Og'iz shilliq pardasidagi sindromlar ko'rinishi.

### **Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshirish usullari**

Stomatologik bemorlarni tekshirishning, xususan og'iz shilliq kasalliklaridagi bemorlarni tekshirishning juda ko'p, o'ziga xos usullari bor.

Umuman ular, subyektiv (bemor bilan savol-javob, so'rov), obyektiv (bemorlarning umumiy holatini, og'iz bo'shlig'ini ko'rish) usullariga bo'linadi. Obyektiv ko'rish o'z navbatida asosiy va qo'shimcha yoki yordamchi usullarga bo'linadi.

Bu usullarni o'tkazishdan yagona maqsad-kasallik tashxisini iloji boricha aniq qo'yish, o'tkazib yuborilgan yoki bu muayan davrda kechayotgan boshqa kasalliklarni bilishdan iborat.

Kasal bilan **savol-javob**, muloqot, so'rov o'tkazishning katta ahamiyatga ega ekanligini Gippokrat, Abu Ali Ibn Sino va undan keyin ko'pchilik rus olimlari (G.A. Zaharin, S.P. Botkin, M.Ya. Mudrov kabilari) ta'kidlanganlar.

M.Ya. Mudrov bunday yozadi: "batafsil savol-javobdan keyin, bemorning umumiy holatini aniqlash uchun, shifokor uning boshidan oyog'igacha ko'rib chiqishi, bemor betiga, ko'zlariga, peshonasiga, lunjlariga, og'ziga, burniga ahamiyat berishi zarurki, odatda bu joylarda kasallik belgilari aks etishi mumkin..."

Shunday qilib, batafsil o'tkazilgan **subyektiv tekshirishlar** tashxis qo'yishda muhim o'rin tutadi.

Shuni ta'kidlash zarurki, stomatologning vaqti chegaralanishiga qaramay, bu kasalliklarda tekshirishlar chuqur, to'la olib borilishi shart.

Bemor bilan savol-javobni pasport qismidan, shoshilmasdan boshlash kerak: Bemorni ismi familiyasi, yoshi, kasbi kabi ma'lumotlar bilan tanishgach, shikoyatlari, ularning qachon paydo bo'lganligi, taxminan (bemor fikri bo'yicha) nima bilan bog'liqligi va shunga o'xshash ma'lumotlarni bilib olish zarur. So'rov paytida, bemor e'tiborini taxmin qilinayotgan kasallikni belgilarini ochish maqsadida qo'shimcha, maqsadga yo'naltirilgan savollar berib, kasallik belgilarini qachon, qanday vaziyatda va nimadan keyin, nima bilan bog'langanligini, nimalardan kuchayishi (masalan, og'riqni) va nimalardan yengillashishi va shu kabi holatlarni aniqlashga stomatolog intilishi kerak.

Odatda, shifokor-stomatologga og'riq bilan shikoyat qilib kelishadi.

Lekin, ba'zida og'iz bo'shlig'ida turli noxush sezgilar borligi, noxush xid borligi, ta'm sezishning buzilishi, yoki turli yarachalar, yaralar, shishlar, milkdan tish tozalash paytida qon oqishi, uyquning buzilganligi, ishtaxaning pastligi kabi juda ko'p xil shikoyatlar bilan ham bemorlar kelishi mumkin.

Agar, kasallar og'iz bo'shlig'ida yoki tishlar, milklar, til va shunga o'xshash joylardagi og'riqlar bilan kelishsa, unda og'riqning nima bilan bog'liqligi, boshlangan vaqti, xurujining sabablari, joylashgan joyi, uning jadalligi kabi holatlarni aniqlashga to'g'ri keladi.

Yoki og'iz bo'shlig'ining ma'lum joyida yara paydo bo'lgan bo'lsa, yaraning boshlangan (paydo bo'lgan) vaqti, sababi (bemorning fikricha), organizmning umumiy kasalliklari bor yoki yo'qligi, yaqin oralarda o'tkazilgan kasalliklar va xokazolar bilan shifokor-stomatolog tanishishi zarur.

Bemor bilan shifokor savol-javob o'tkazayotgan paytidanoq, kasallikni ko'pgina belgilari, masalan, bemor yaxshi gapira olmasa, til xarakati chegaralangan va unda og'riqlar yoki yallig'lanishlar sabab bo'lib turgan bo'lsa yoki ayrim xarflar yaxshi talaffuz etilmasa, unda og'iz bo'shlig'ida yallig'lanish jarayonlari, yaralar, shishlar kabi o'zgarishlar borligidan darak berib turadiki, buni shifokor darrov anglab oladi.

Masalan, lab shilliq qavati yoki qizil hoshiyalari yallig'langan, ularda patologik o'zgarishlar bo'lgan taqdirda, unda shish paydo bo'lib, lablar xarakati (gapirishda, ovqat qabul qilishda) og'riq bilan kechadi, ba'zi xarflar (m, f, b, p, v, ), shu holat til shilliq pardasida bo'lsa, l, s, r, d, s, p, k, xarflarini talaffuzi buziladi.

Yoki, tanglaylarda kentiklar bo'lsa (tumma, zaxm-sifilis, moxov-lepra, jarohat-travma) ham, ma'lumki, so'z talaffuzlari buziladi.

Shunday qilib, shifokor bemor bilan suxbatlashib, bir vaqtning o'zida og'iz bo'shlig'i a'zolaridagi patologik o'zgarishlar va shu bilan bog'liq vazifa o'zgarishini ham bilib olishi mumkin.

Yuqorida ta'kidlanganidek, og'iz bo'shlig'i ichki a'zo va tizimlarining oynasi ekanligini xisobga olib, stomatologik kasallik belgilari ichki a'zo va tizim kasalliklari bilan bog'langanlik darajasini shifokor-stomatolog klinika-laboratoriya usullari, terapevtlar, endokrinologlar, psixiatr, fti-



ziatr, kojvenerolog, xirurg, gematolog va boshqa mutaxassisliklarda ishlaydigan shifokorlar yordamidan foydalanishi hamma vaqt maqsadga muvofiqdir.

**Subyektiv** tekshirish usullari o'tkazilgach, obyektiv usullarga o'tib, bemorning umumiy ahvoli, ko'zlar, yuz terilari, quloqlar va xokazolarni ko'zdan kechirish, ya'ni tashqi obyektiv tekshiruvlar, kuzatuvlar o'tkazish ham ancha qo'shimcha ma'lumotlar to'plash imkonini yaratadi. **Tashqi obyektiv** tekshiruvlar o'tkazib, aytilganlardan tashqari, organizmda kechayotgan yoki kechib o'tgan yuqumli, yallig'lanish, tish kasalliklari, limfa bezlari o'zgarishlari, jag'-yuz soxasidagi o'zgarishlar va boshqalarni aniqlash talabga javob beradi.

**Tashqi obyektiv** tekshirishda, yuz va uning atrofidagi to'qimalar, bemorning umumiy holati, yuz shakli, bosh holati, teri rangi, ko'z pardalarining rangi, gapirish va so'z talaffuzi va shunga o'xshash holatlarni aniqlash bilan to'plangan ma'lumotlar tashxis qo'yishga muxim axamiyatga ega bo'ladi.

Yuzning tekisligi (simmetriya) ning o'zgarishi, yallig'lanish, shish, jarohatlar, prikus o'zgarishi kabilarda bo'ladi.

Akromegaliya, miksedema, Kushing kasalligi, Kvinke, Meytshish-burtma va boshqa shunga o'xshash hollarda yuz tuzilishi o'zgaradi.

Jag' va yuzning ba'zi kasalliklarida (pulpit, periodontit) ko'z pardasining rangi o'zgaradi. Yuzda xar xil toshmalar bulganda, eritema va boshqa kasalliklarda yuz terisining rangi o'zgaradi. Terida qon quyulishi (gematoma) turli jarohatlarda bo'lsa, stomatitlarda, limfaodentitlarda, zaxm (sifils)da, moxov (lepra)da, turli teri kasalliklar (seborreya, teri sili va boshqa kasallik)larda gapirish, so'z talaffuzlari bilan bir qatorda rang o'zgarishlar ham bo'lishi mumkin.

Og'iz shilliq qavatini kasalliklarida bemorni yechib, butun tanasini ko'rish katta axamiyatga egadir.

**Qo'shimcha** usullardan sitologik, gistologik (biopsiya), biokimyoviy va boshqa usullar qo'llanadi.

Tishlarni ko'rish. Shilliq parda kasalliklarini tekshirish paytida albatta tishlarning holatini ham ko'rib chiqish kerak. Chunki, tish kasalliklarining kariyes kasalligidan boshlab surunkali periodontitlarigacha bo'lgan odontogen infeksiya-stomatogen o'choqlar shilliq qavatini turli kasalliklariga sabab bo'lishi mumkin. Tishlarni ko'rganda ularning sonlari va holatlari, tish qatorlarida qanday joylashganligi, prikus-tishlarning holati, ranglari, shakllari, periodont to'qimasi, milklarning holati, gipoplaziya, flyuorozning bor-yo'qligi, tish anomaliyalari (Getchinson, Furne tishlari) kabilarni aniqlash, tanishish zarur.

**Og'iz shilliq qavatini ko'rish.** Me'yor (norma)dan tashqari bo'lgan holatlarni bor-yo'qligini aniqlash kerak.

Oshqozon-ichak yo'llari, yurak-qon tomir, jigar, o'pka, siydik yo'llari va boshqa ichki a'zo va tizim kasalliklarida og'iz bo'shlig'ida turli

o'zgarishlar bo'lishini xisobga olib, tekshirish o'tkazish kerak. Tekshirish-ko'rish tabiiy yorug'likda o'tkazilishi kerak. Sun'iy lampalar shilliq qavatni rangini o'zgartirishi va bunda shifokorning adashishi mumkin.

O'tkir yallig'lanishda shilliq, qavatda patofiziologiyada qayd etilgan yallig'lanish belgilarining hammasi (qizarish, yallig'lanish o'chog'ida xaroratning ko'tarilishi, to'qimalarning shishishi, og'riq va vazifa-funksiyasini o'zgarishi) borligi bilan ta'riflanadi.

Kasallik-bu turli sabablardan muxitning o'zgarishi oqibatida organizmning – ma'lum bir a'zosi yoki tizimining vazifalari – funksiyasini o'zgarishi oqibatida kelib chiqadi.

Stomatologiyada, "o'tkir pulpit", "o'tkir periodontit", "o'tkir osteo-miyelit" deganda biz kasallik qaysi a'zoda va qay tarzda o'tayotganini anglaymiz. Albatta bu kasalliklar zararlangan, yallig'langan a'zoda kechsada, organizmga umumiy salbiy ta'sir o'tkazadi (uyqu, ishtaxa buzilishi, tana xaroratining o'zgarishi, holsizlik va boshqalar).

Har bir yallig'lanish jarayoni o'ziga xos (spesifik) belgilar-alomatlar bilan kechsada, uch bosqichga bo'linadi.

1. Boshlang'ich davri.
2. Rivojlangan, avj olgan davri.
3. So'nggi, oxirgi davri.

Boshlang'ich davrida xar bir yallig'lanish joylashgan joyi organizmning qarshilik kuchi va mikroblarning shiddat kuchi va boshqa sabablar ta'sirida ayrim a'zolarining vazifalari ma'lum miqdorda buziladi.

Rivojlangan, avj olgan, huruj qilayotgan yallig'lanish davri, hamma salbiy ta'sirotlar rivojlanib bemorni ishdan chiqazib, mexnat qobiliyatidan (vaqtincha bo'lsada) maxrum qilishgacha olib boradi.

Oxirgi, so'nggi davr ikki xil natija – yallig'lanishning butunlay izsiz o'tib ketishi yoki surunkali bosqichga o'tishi bilan tugaydi.

## **MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLARI**

1. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining qaysi xususiyatlarini bilasiz?
2. Og'iz shilliq qavatining gistologik tuzilishini aytib bering?
3. Shilliq qavat qaysi vazifalarni bajaradi?
4. Og'iz shilliq pardasida paydo bo'lishi mumkin bo'lgan qaysi elementlarni bilasiz?
5. Bemorlarni subyektiv tekshirishda nimalarga e'tibor berish kerak?
6. Qaysi obyektiv tekshirish usullarini bilasiz?
7. Og'iz shilliq pardasi qaysi umumiy kasalliklarda eng ko'p jarohatlanadi?

## *X bob*

### **TIBBIYOT ETIKASI VA DEONTOLOGIYASI TO'G'RISIDAGI MA'LUMOTLAR**

Etika degani, eski yunoncha ethika, ethos, xulq, odat degan ma'noni anglatadi. Etika so'zini ilmiy iboraga kiritgan Aristoteldir. U "Katta etika" va boshqa asarlari bilan mashxur.

Etika – bu erkinlik qonuniyatlari to'g'risidagi fan. Etika – bu xulq, odob falsafasi.

Deontologiya degani grekcha Deon, Deont (os), bo'lishi kerak, odatdagidek va logos – fan ma'nolaridan iborat bo'lib, tibbiyot deontologiyasi deganda, tibbiyot xodimlarining xulq, odob (etika) va vazifalarini bajarishlari uchun zarur bo'lgan muomila, muloqat me'yorlari yig'indisidan iborat tushunchalarni tushinish kerak.

"Deontologiya" atamasi (termin) XIX asrda ingliz faylasufi Bentam tomonidan muomilaga kiritilgan.

Tibbiyot deontologiyasi va etikasi bir-birini to'ldirib, shifokor faoliyatida nihoyatda katta o'rin tutadi. Tibbiyot deontologiyasi tibbiyot fanining bir bo'lagi sifatida insonparvarlik tuyg'ulari bilan uyg'unlashadi.

Tibbiyot deontologiyasi bemor bilan shifokorning o'zaro muomala mezonlari xisoblanadi va davolashning muhim bosqichi, omili sifatida baxolanadi, ahamiyat kasb etadi. Shifokorning odobi, axloqi, bemor bilan muomalasi-muloqatining shakllanishi va o'zgarib borishi, uning qaysi jamiyat, siyosiy muhit, ijtimoiy-iqtisodiy va sinfiy munosabatlar, madaniyat, milliy an'analar, diniy urf-odatlar, bu to'g'ridagi davlat amaldagi qonunlari darajalariga qarab uzoq vaqtlardan beri rivojlanib kelmoqda. Shunga qarab shifokorning jismoniy, ma'naviy yetukligi va kasbiy moxirligiga qo'yiladigan talablar ham turli muhitga qarab, o'zgarib, takomillashib boradi.

Tibbiyotning asosiy muammolari, uning fan sifatida va axloqiy odobiy faoliyati sifatida shakllanishida, ilmiy tibbiyotning asoschisi Gippokratning o'zini beqiyosdir. Gippokrat ilmiy tibbiyotning g'oyaviy-falsafiy, analiy jihatlarini aniqlash bilan bir qatorda, shifokorlik faoliyatining insonparvarlik va axloqiy-odobiy jihatlarini ham aniqlashda katta xizmat qilgan. Shifokorning odobi, xulqi, bemor bilan muomilasi, bemor ko'rishganda, muloqatda bo'lganda bajaradigan ishlar qo'lam, maqsad va axloqiy norma-me'yorlariga Gippokrat katta ahamiyat berganki, bu

jihatlilar hozirgi zamon shifokorlarining faoliyatida ham katta ahamiyat kasb etadi.

Gippokrat asarlari-to'plamlarida "qasamyod", "qonun", "shifokor xaqida" "yaxshi axloq to'g'risida" kabi boblari bor.

Gippokrat, shifokor donishmand kishi bo'lishi zarurligi to'g'risidagi fikrlari xali ham dolzarb xisoblanadi: "Donishmandda bo'lgan barcha xislatlar tibbiyotda mavjud, chunonchi: pulga nisbatan jirkanchlik, insofli, diyonatli va kamtar bo'lish, kiyinishda odiiy, hurmatli, muloxazali, qat'iyatli, saranjom, fikrga boy – ko'p fikrli, hayot uchun zarur narsalar to'g'risida yetarli ma'lumotlar, bilimlarga ega bo'lgan, nuqsonlarsiz, benuqson, bekamu-ko'st". Gippokrat o'zining "qasamyod" ida shifokorning bemor oldidagi mas'uliyati – javobgarligini quyidagicha ifodalaydi: "O'z hayotim va shifokorlik san'atini pokiza va benuqson olib boraman. Qaysi uyga kirishimdan qat'iy nazar, men u yerga kasal foydasi uchun kiraman, har qanday noxaqlik, murtaq narsalardan uzoqda bo'laman. Odamzod hayoti to'g'risida aytilmaydigan sirlarni saqlayman, hech kimga aytmayman, sir saqlayman". Tibbiyot deontologiya asoslari madaniyati gullab yashnagan Sharq mamlakatlari, xususan O'rta Osiyoda Kozim va shunga o'xshash buyuk hamyurtlarimiz asarlarida keng yoritilgan. Abu Ali ibn Sinoning "Tib qonunlari" qomusida shifokor bilan bemor muammolari, olimning "Etika" nomli asarida ham keng o'rin olgan. Uyg'onish davrida shifokorlik kasbining insonparvarlik g'oyalariga katta axamiyat berilgan. Shifokor va kimyogar T. Paraselis yozadi: "Shifokorning kuchi, quvvati – uning qalbi, yuragida, uning ishi tabiiy nur va tajriba bilan yoritilishi, ollox irodasi bilan boshqarilishi zarur; eng yaxshi dori-damnonlarning asosini muxabbat, sevgi tashkil etadi"

R. Dekart "faqat tibbiyot ulug'likka va odamzod baxtiga taaluqli muommolarni xal etadi" degan ekan. XIX asr oxirlarigacha, hozirgi paytda tibbiyot deontologiyasi deb yuritiladigan fan shifokorlik odobi deb yuritilgan.

Shifokor nafaqat bemorlarni davolash, balki odamlar turmush sharoitlariga, mexnat xavfsizligiga, atrof-muhit sog'lomligiga, kasalliklar oldini olish chora-tadbirlarini o'tkazishga ham faol ta'sir ko'rsata oladi. Demak, bemorning ijtimoiy, iqtisodiy, ma'naviy, madaniy, axloqiy jihatlari va qaysi kasallik bilan murojat etishidan qat'iy nazar, shifokor unga yordam berishi shart. **Bemor shifokorni tanlashi mumkin, lekin shifokor bemorni tanlay olmaydi.** Shifokor odamni yaxshi ko'rishi – insonparvar, keng bag'rli, ilimli, odobli, sabrli, irodali, muloxazali, qat'iyatli bo'lishi kerak. Har kim ham shifokor, masalan, stomatolog bo'lib ishlay olmaydi. Ba'zida, stomatolog o'ta xavfli va yuqumli kasalliklar – ikkilamchi immun tanqisligi (SPID), zaxm (sifilis), sil (tuberkulez), moxov (lepra, prokaza), Botkin kasalligi, bolalarda ko'proq uchraydigan qizamiq (kor), bo'g'ma (difteriya), skarlatina kabilar bilan og'rigan bemorlarni qabul qiladi. Bu kasalliklari bor bo'lgan bemorlarning o'zlari bilmasliklari mumkin, chunki ma'lum bir tish yoki milk kasalliklari

bilan stomatologga murojat etishlari va stomatolog og'izdagi xos o'zgarishlarga tayanib, u yoki bu yuqumli kasallik borligini taxmin qiladi yoki aniqlaydi. Bunday bemorlarni albatta tegishli mutaxassis shifokorlarga yo'llash kerak bo'ladi. Bunda stomatolog deontologiya va etika qoidalariga to'la rioya etishi shart. Bilmasdan yoki qo'qqisdan aytilgan bir og'iz "so'z" bemorga qattiq botishi mumkin.

### **Shifokorlik deontologiyasining ayrim bo'limlari – elementlari**

Deontologiya tutilari – prinsiplarini shifokor to'liq bajarishi kerak. Bo'nda, shifokorning odobi, kasallarni qabul qila olishi, har tomonlama va to'liq tekshiruvlar o'tkaza olishi, xulosa chiqara olishi kabilarning hammasi shifokorlik deontologiyasiga kiradi. Madaniyatli shifokor – yuqori odobli kishi bo'lib, u e'tiborli, g'amxo'r, yumshoq, xushmuomila, yaxshilik tilovchi, bamaylixotir, xotirjam, vazmin odamdir. O'z kasbini o'zi tanlagan va uni sevgan odam – shifokor, shifokorlik deontologiya qoida va talablariga to'liq rioya etadi.

Bemorlarni dardiga malham bo'lib, ularni u darddan forig' qilish, sog'aytirish, bemorlar sog'ayib quvonganda quvona bilish shifokorlik kasbini "mag'zi", "qaymog'i" dir. Shifokor o'z kasbini sevish bilan bir qatorda, uni xurmat qilishi, e'zozlashi shart. Agar shunday bo'lsa, demak bemorni, umuman odamni yaxshi ko'rishi – insonparvar shifokor ekanligi tez orada xodimlar orasida, maxalla, shahar va shunga o'xshash katta-kichik joylarda bilinadi, taniladi va obro'-e'tiborga sazovor bo'ladi. Shifokor o'z kasbini puxta egallab borishi, uni takomillashtira borishi, ya'ni shifokorlik ustamonligini rivojlantira borishi darkor.

Ana shundagiga, shifokor deontologiya qoidalarini, talablarini bajargan xisoblanadi.

Shifokor ustaligi deganda, faqat texnik xunarmandligi emas, balki uning bilimi, ma'naviy va ma'rifiy darajasining o'sishi, kasbining ayrim cho'qqilarini o'zlashtira borishi, uning klinik fikrlashi, tafakkurga ega bo'lish darajasini tushunish kerak.

Bemorning yashash va tumush sharoitlari, tanasining o'ziga xosligi, ruxiyati va shunga o'xshash omillarni xisobga olgan holda yig'ilgan, to'plangan turli ma'lumotlardan kerakliklarini ajratish va ularni taxlil qilib, kasallik tashhisini iloji boricha to'g'ri aniqlashga, kasallikni ham to'g'ri va to'liq davolashga kirishish, shifokor faoliyatining darajasini aniqlaydi.

### **Shifokor va bemor**

Bemor va uning sog'lig'i oldida javobgarlik – shifokorlik kasbining ahloqiy xususiyatlaridir. Shifokor ustaligi – yuqori darajadagi shaxsiy madaniyatli shifokorning klinik fikr yurita olishi va bemor bilan yaxshi

muomalali bo'lishining bog'liqligidagi ijodiy jarayondir. Shuning uchun, shifokor bemorning kasalligining turidan tashqari, uning organizmi, shaxsiyati, madaniyati, bilim, kasbi, ruhi, yashash, ijtimoiy sharoitlarini ham bilishi va shunga qarab muomilada bo'lishi talab etiladi. Har bir bemor bilan shifokor o'ziga xos savol-javob o'tkazishi talab etiladi. Ayrim bemorlarga yumshoq, muloyim gaplar, ayrimlariga esa qat'iyatli so'zlar, tasdig'i aniq gaplar bilan murojat etish kerak bo'ladi. Qanday tartibda gapirishdan qat'iy nazar, tibbiyot san'atida shifokor har doim xushmuomilali, qat'iyatli, so'ziga javob bera oladigan bo'lishi va gapiriladigan gaplar asoslangan, bemorni nafsoniyatiga tegmaydigan bo'lishi kerak. Shifokor kundalik ish faoliyatida turli madaniyatli, bilimli, ruxoniyatli bemorlar bilan muomilada bo'lishi tabiiy hol. Bu shifokordan sabrtoqatli bo'lishni talab etadi. Lekin, shunda ham shifokor bemorga, undagi kasallikning asl mohiyati, og'ir-yengilligi, oqibati to'g'risidagi ma'lumotlarni yotig'i bilan tushuntirishi kerak. Bundan maqsad – bemor kasalligini davolash mumkinligiga ishonish yoki shifokor shu ishonchni uyg'ota olishi kerak.

Bemorning shifokorga ishonchi – davolashning boshlanishi, muxim bosqichidir. Shuning uchun shifokor bemor bilan suxbatlashganda, nihoyatda xushyor, extiyotkor bo'lishi kerakligi, bitta o'rinsiz so'z yoki xarakteristik bemor ishonchini yo'qolishiga sabab bo'lishi mumkin. Agar bemor kasalligini davolash yaxshi natija berishiga shifokor ishonsa, unda bemorga tashxisini aytishi mumkin. Lekin, ayrim hollarda (xususan saraton – rak kasalligida, leykozda va h.k.) kasallik tashxisini bemor bilmasligi ma'qul. Masalan, bemorda xavfli yuqumli kasallik (zaxm – sifilis, sil – tuberkulez, SPID, moxov – lepra, prokaza va boshq.) bo'lsa, albatta tashxisini bemorga aytish kerak, undan tashqari bunday bemorlarni tegishli shifokorlar qo'lga ("qo'ldan-qo'lga") – shifokor yoki tibbiyot xodimi shaxsan topshirishi kerak.

Ba'zida, shifokorning e'tiborsizligi oqibatida o'rinsiz gapirilgan gap yoki bitta so'z, bemorlarda yatrogeniya (shifokor sababli kelib chiqqan kasallik) kasalligini keltirib chiqarish mumkin. Shifokor-stomatologga keladigan bemorlar, boshqa shifokorlarga keladiganlarga nisbatan ancha farq qiladi:

1. Stomatologik muolajalaridan barcha odam, xususan bemorlar nihoyatda qo'rqishadi.

2. Xaqiqatan ham, tish og'rig'i juda kuchli kechadi.

Deontologik talablar shuni taqozo qiladiki, birinchi navbatda bemorning ruxiga ta'sir etish – psixoterapiya o'tkazish kerak bo'ladi. Albatta og'riqsizlantirish usullari qo'llanadi va iloji boricha muolajalar og'riqsiz o'tkazishi talab etiladi. Shifokor va bemor bir-biriga ishonishi shart. Bemorlar saviyasi, madaniyati, bilimi va umuman ma'naviy dunyoqarashiga qarab stomatolog (umuman shifokor) muomala, savol-javob qilish kerak, davolash jarayoni, bo'ladigan natijalar – davolash oqibati nima bilan tugashni bemor bilsa yaxshi bo'ladi.

## **Shifokor va bemor qarindosh-urug'lar**

Tibbiyot deontologiyasining eng murakkab qismi xisoblangan shifokor bilan bemor qarindosh-urug'lari orasida bo'ladigan muomala. Gap shundaki, davolanish jarayoni yaxshi ketayotgan bo'lsa, bemor qarindoshlari bilan shifokorning muomalasi bir tekisda, yaxshi kechaveradi. Agar uning teskarisi bo'lsa, o'rtadagi muomala yomonlashishi mumkin, yoki bunday paytlarda qarindoshlar shifokorga o'zlari murojaat etib qolsalar, unda shifokor tashxis va davolashning oqibati nima bilan tugashini ochiq aytishiga to'g'ri keladi.

Agar bemorda saraton kasalligi bo'lsa va u onkologik kasalxonaga tushsa, unda qarindoshlaridan eng yaqinining bittasiga shifokor to'g'ri ma'lumot berishi kerak, qolganlari kelib so'rasa "o'sha xabardor odamga uchrashing" deyishi bilan chegaralanmoq kerak bo'ladi.

Nima bo'lishidan qat'iy nazar, shifokor deontologiya talablariga asoslansa, ayrim hollarda, o'lgan bemorlar qarindoshlari shifokor tomonidan bo'lishi ham mumkin. Shuni ham aytish kerakki, agar shifokor bemorni to'g'ri, yaxshi, to'liq davolasada, lekin deontologiya qoidasini buzib qo'ysa, shifokor bilan bemor va uning qarindoshlari orasida kelishmovchilik bo'lishi mumkin.

Shifokor-stomatolog ham, kasalxonada yotgan, ba'zida esa poliklinika, kabinetlarga murojat etgan bemorlar qarindoshlari yoki yaqinlari bilan gaplashadi, muloqat o'tkazadi. Qanaqa stomatologik operatsiya o'tkazilishidan qat'iy nazar, bemorning o'zi yoki ota-onasi rozilik berishlari shart. Terapevt-stomatolog, o'tkazadigan davolash, ortoped yoki ortodont stomatolog tayyorlaydigan protezlar, moslamalar ham bemor yoki uning qarindoshlari roziligi bilan bajariladi.

Stomatologning odobi, axloqi, xulqi, madaniyati, moxirligi, tajribasi deontologik talablarni bajarishda katta ahamiyatga egadir.

### **Tibbiyot xodimlari orasida deontologiya elementlari**

Xamshiralar shifokorlar ishini tashkil etishda muxim rol o'ynaydilar. Ishxonadagi muhit, intizom, hamshiralarning xushmuomala, madaniyatli, ozoda va shinam kiyinishlari, tabassumlari, dilkash, mexribonliklari kasalxonaga kelgan bemorlarga ta'sir etadi, ularning ruxiy tushkunlikdan saqlab, ularda umid uyg'otish mumkin.

Xamshira bemor bilan gaplashganda nihoyatda xushyor, tetik, so'zlarni to'g'ri talaffuz etib, ortiqcha gaplardan saqlanishlari talab etiladi. Hamshira na kasalni, na uning qarindoshlarini kasallik sirlaridan xabardor etmasligi kerak.

Kasalxona, poliklinikalarning, ulardagi kabinet yoki palatalarning tozaligi, ozodaligi, shinamligi farroshlar (sanitarka) ga bog'liq. Statsio-

narda yotgan og'ir ahvoldagi bemorlarni parvarish etish, ko'pincha sanitar-kalkalar zimmasiga tushadi. Bu og'ir ishni bajarish uchun farrosh keng bag'rli, o'ta madaniyatli, sabr-toqatli, irodasi mustaxkam kishilar bo'lishlari talab etiladi. Ular bemorlarni tinchlatadigan, tushkunlikka tushganlarni ko'nglini ko'taradigan so'zlar topib gapiradigan bo'lishlari kerak.

Shifokorlarning o'zaro muomalalari, boshqa shifokorlarda davolangan bemorlar, ulardagi xatoliklar, kamchiliklarni muxokama qilish (albatta kasal bo'lmagan joyda) katta deontologik bilimni talab etadi. Ikkita shifokor (turli soxa) bir-biri bilan bemor tashxisi, davolash usullari va vositalari to'g'risida gapirganda, xushmuomalalik, bir-biriga ko'maklashish kabi xissiyotlar xukm surishi kerak. Shuning uchun bemorga emas, shifokorga maslaxat berilishi kerak, bu deontologiya talablariga javob beradi.

Shifokor, hamshira va farroshlar o'zaro ishonch, xumat, bir-birini tushunish holatida gaplashishlari shart. hamshiralarni sensirab, bemorlar oldida ularga tanbex berish, obro'sizlantirish ta'qiqlanadi. Kasallar nazarida davolash maskanining obro'si tushadi, unga putur yetadi.

### **Deontologiya va davolash maskanining ishini uyushtirish**

Davolash maskaniga kelgan bemor juda bo'lmaganda xafa, o'ksinish, jirkanish kabi xissiyotlarni sezmasligi kerak. Davolash maskani ro'yxatxonadan boshlanadi.

Klinika daxliz, karidorlari toza, shinam, xodimlar xushmuomalali, toza kiyinishgan, kerakli joylarda dam olish burchaklari, o'rindiqlar, devorlarda esa turli rangdagi tasviriy san'at asarlari, me'yorda yonug'lik bo'lishi kabilar, bemorlar bemalol qabulni kutishlari, ruxiy ozuqa olishlari, xohlagan kishilari bilan suxbatlashishlari imkonini yaratadi va bu hol bemorlar kayfiyatiga yaxshi ta'sir etib, ularda davolanish yaxshi natijalar berishiga umid xissi uyg'otadi – demak davolanish jarayoni boshlandi desa bo'ladi.

Albatta ambulatoriya-poliklinika va statsionarga taaluqli bemorlar uchun aloxida tartib-intizom o'rnatiladi, lekin bundan qat'iy nazar ozodalik, xushmuomalalik kabi fazilatlar bemorni ruxiyatiga doimo yaxshi ta'sir etishi tabiiydir.

Yana bir jihat, iloji boricha bemorni tekshirish kliniko-laboratoriya usullari tezroq o'tkazilib, ular natijasida tashxis qo'yilsa va davolash qancha erta boshlansa, bu ham bemorga shuncha yaxshi.

Shunday o'zgarmas qoida bo'lishi kerak. Shifokor bemorni qabul qilayotgan paytda, hech kim va hech narsa (atrofdagi tibbiyot xodimlari, har xil tovushlar, boshqa bemorlar), shifokorga xalaqit bemasligi shart. A. Navoiyning "Butun jismim quloqdir", ya'ni shifokorning barcha maxorati "quloqqa", ko'rish kerak bo'lsa "ko'zga" aylanishi kerak. Shunda



ko'rikdan o'tayotgan bemor tinchlanadi, unda shifokorga nisbatan mexr, ishonch paydo bo'ladi.

Kasalxonada yotgan bemorlarga nisbatan joriy etilgan tartib intizomlar o'ziga xosdir, chunki bemor turli ahvolda, ertalab-kech ma'lum joyda davolanib yotadi.

### **Ilmiy-texnik yuksalish va deontologiya**

Tibbiyot, jumladan stomatologiya fanining rivojlanishi ilmiy-texnikaviy o'zgarishlar, yutuqlar bilan bevosita bog'liqdir. Texnikaviy vositalar, apparatlar, uskunalar, dori-damnonlar, plomba ashyolari kasallikni aniqlash, davolashda keng qo'llanishi ma'lum. Lekin, "shifokor-asbob-bemor", ya'ni shifokor asboblar, apparatlarga ko'proq tayanib, bemor bilan suxbat, savol-javob "jonli muloqat"ni ikkinchi darajali qilib qo'ymasligi kerak.

Shuning uchun, shifokor madaniyatining yuksakligi, klinik fikrlash va zamonaviy bilimlar yig'indisi deontologiya rolini yana ko'taradi. Tashxis qo'yishda turli zamonaviy apparatlar, klinikolaboratoriya tekshiruvlar, to'liq, yig'ilgan anamnez, shifokorning kasbiy bilimdonligi, tajribasi deontologiyaga asoslangan klinik fikrlash katta rol o'ynaydi.

### **Klinik tibbiyot deontologiya**

Har bir klinik tibbiyot soxasiga xos deontologik me'yorlar bo'lishi mumkin, lekin deontologiya tuzumlari (prinsipi) barcha klinik tibbiyot soxalari (jarrohlik, akusherlik va ginekologiya, onkologiya, stomatologiyaning terapevtik, jarrohlik, ortopedik soxalari va x.k) da umumiydir. Barcha klinikalarda bemorlar bilan suxbat, savol-javob, ularni davolash maskanlariga kelishlari va shu kabilar yaxshi, xushmuomilali muhitda bo'lishi shart.

Masalan, terapevtik stomatologiya klinikasida bemorlarni qabul qilish, kasallik tashhisini aniqlash va davolash asosan poliklinika sharoitida o'tkaziladi. Tish va paradont kasalliklari asosan tez fursatda aniqlanib, davolash muolajalari boshlanishi mumkin. Ammo, og'iz shilliq pardasi kasalliklari yoki ichki a'zo va tizimlardagi patologik o'zgarishlar (kasalliklar) ni turli xilda og'iz shilliq pardasi ko'rinishlarini tashxislash ancha qiyin kechadi.

### **Tibbiyot hujjatlari va deontologiya**

Odatda, bemorlarga ulardagi kasallik to'g'risida turli tibbiyot hujjatlari beriladi. Deontologiya qoidalariga rioya qilgan holda, bemor qo'lga beriladigan hujjatlarda og'ir, oqibati (prognoz) yaxshi tugamaydigan yoki

uzoq muddat davolanishni talab etiladigan kasalliklar nomlari ma'lum kodlar-faqat tibbiyot xodimlariga tanish belgilar bilan ifodalanishi kerak. Chunki, og'ir tashxisni ko'rgach, bemor ruxan qiynalishidan tortib, o'ziga suiqasd qilishgacha borishi mumkin. Masalan, zaxm bilan og'irigan bemor. Bunda, ba'zi bemorlar or-nomusdan uyalib, birinchi kasalxonaga o'z xohishlari bilan bormasliklari juda ko'p uchraydi. Ikkinchidan bunday bemor, o'z kasalligini ko'proq tarqatgisi, shu bilan boshqalardan go'yoki qasd olish yoki o'ziga suiqasd qilishi mumkin. Shuning uchun, tibbiyot hujjatlarida sifilis-zaxm emas, balki "L" deb yozilishi maqsadga muvofiqdir.

Yana bir misol: odatda og'ir kasalliklar rentgenologik tekshiruvdan o'tkazilgach, topilgan kasallik nomi yozilgan xulosanomani shifokorlar bemor qo'liga berishadi. Bemor o'qib ko'rgach, turli ko'ngilsiz xodisalar ro'y berishi mumkin. Stomatologiyada ham, uning turli soxalarida, xususan terapevt, jarrohlar yuz-jag', tish-milk, shilliq qavatlarida saraton (rak), zaxm (sifilis), sil (tuberkulez), SPID kabi og'ir kasalliklarni tashxislaganda, bemorga beriladigan yo'llanmalar, taxlilnomalarda ko'rsatilgan kasallik nomalari yashiringan bo'lishi kerak.

Demak, bemor ko'zi tushishi mumkin bo'lgan tibbiyot hujjatlari bemor ruxiyatiga salbiy ta'sir ko'rsatmasligi, undagi kasllikni og'ir-lashtimasligi deontologiya talablariga kiradi.

### **Shifokorlik siri – tibbiyotda sir saqlash**

Shifokorlar va boshqa tibbiyot xodimlari bemorlar kasalliklari, oilaviy sirlari to'g'risidagi ma'lumotlarni sir saqlashlari kerak. Undan tashqari, bemorlar kasallanib, o'tkazgan kasalliklari to'g'risida ham shunday qilish kerak. Undan tashqari ilmiy ishlarda, ma'ruzalarda bemorlar suratlarini ko'rsatishga to'g'ri kelsa, ularni ko'zlari berkitilgan bo'lishi kerak.

Lekin, bemorda o'tkir yuqumli (atrofdagi odamlar uchun xavfli) kasalliklar aniqlanganda yoki kasalxonaga tez yordam orqali turli zaxarlanishlar, jarohatlar, suiqasdlar, odam o'ldirish kabi yoki er-xotinning biridagi yuqumli kasallik to'g'risida turli tegishli organlar (militsiya, prokuror, sanitariya bo'limlari va h.k.) ga yoki er yoki xotiniga aytish talab etiladi. Shuningdek, ma'lum korxonada ishlab turgan xodimlar orasidagi bir yoki bir necha kishi yuqumli kasallikka duchor bo'lgan bo'lsa, masalan bog'chasida ishlaydigan bir tarbiyachi shunday xavfli kasallik (zaxm, sil, moxov va h.k.) borligi aniqlansa, unda shu korxonada raxbariga shifokor bu xaqda ma'lumot berishi shart.

Demak, ma'lum bir vaziyatlarda tibbiyot sirlarini saqlash o'ta muxim hol bo'lsa, ba'zi vaziyatlarda bo'lsa "sir" deb aytilmagan kasalliklar turli og'ir holatlar keltirib chiqarishi mumkin.

Shifokor va tibbiyot xodimlarining bemor bilan muloqati davridagi har bir aytilgan so'z, imo-ishora, xarakatlari shifokorlik deontologiya

talablariga javob beradigan – bemor nafsoniyatiga, ruxiga, qarindoshlari, boshliqlari hamkasblari, maxalladagi tanish-bilishlari orasidagi obro'-e'tiboriga salbiy ta'sir etmaydigan bulishi maqsadga muvofiqdir.

### **Shifokor xatolari**

Shifokor odam bilan, shunda ham kasal bo'lgan odam bilan ishlaydi. Shuning uchun, shifokorning kasbi boshqa mutaxassisliklardan tub farq qiladi. "Suratkashning xatosi qog'ozda qoladi, shifokorning xatosi yerga ko'miladi" degan gap bor.

Shifokor bemor hayotining turli qirralarini, ma'lum darajada uning siru-asrorini, oilaviy sharoitlar, kelishmovchiliklarigacha bila olishi mumkin, ya'ni bemor hayotiga bevosita aralashadi. Bemor hech kimga aytmagan sirini, ba'zida shifokorga aytishi mumkin. Shifokorlik kasbining mashagqatlari, tibbiyotda qo'llanadigan tekshiruv, davolash usullarining hamma vaqt ham talabga javob bermasligi, ba'zida shifokorning o'ta charchashi yoki e'tiborsizligi, yoki bilimining pastligi va shunga o'xshash holatlarda kamchilik yoki xatoga yo'l qo'yilishi mumkin.

Shifokorning xatolari turli asooratlardan tortib, bemorning o'limiga yetib borishi mumkin. Shuning uchun, bunday xatolar, kamchiliklar takrorlanmasligi va ularni oldini olish chora-tadbirlarini ommaviylashtirish, boshqa shifokorlarni xabardor qilish maqsadida sog'liqni saqlash tizimi muassasalarida shifokorlar konferensiyalar (majlislar), assotsiatsiya majlisleri o'tkazilib, ularda sodir bo'lgan xatolar va ular oqibatida kelib chiqqan asoratlar e'lon qilinadi va barcha tibbiyot xodimlari orasida muxokama etiladi. Ayrim, qo'pol shifokorlik xatolari to'g'risida sog'liqni saqlash vazirligi buyruqlar tayyorlaydi va ular shifokorlar orasida muxokama qilinadi. Bunday tadbirlardan asosiy maqsad, kelgusida shunday xatolarga yo'l qo'ymaslik va ularni oldini olishdan iborat.

Tibbiyot deontologiyasi talablariga muvofiq, shifokor xatolari ochiq matbuot – gazeta, jurnal, radio, televideniye va shu kabilarda e'lon qilimasligi kerak. Chunki, turli yoki o'sha bemorlarga o'xshash boshqa bemorlar va ularning yaqinlari o'qib chiqib, turli noxushliklar – davolanayotgan bemor "noto'g'ri" davolanayotganligi yoki shu to'g'rida o'ylashi, davolovchi shifokor xarakterlarini bekorga, puchga chiqarishi mumkin.

### **Ilmiy-tekshirish ishlarida deontologiya**

Tibbiyot soxasida o'tkaziladigan barcha ilmiy-tekshirish ishlarida asosan shifokorlar, ba'zida biologlar, fizik-injenerlar ishlashadi. Har bir dori, preparat, apparat, asbob va shunga o'xshashlar bemorga

qo'llanishdan oldin laboratoriya – tajriba muassasalarida xayvonlarda sinovdan o'tkazilishi shart. Har bir yangi ishlab chiqarilgan dori, albatta turli xayvonlarda sinovdan o'tkaziladi, tegishli hujjatlar bilan tayyorlangan dori nusxalari farmakologik qo'mita (sog'liqni saqlash vazirligi qoshidagi) ga topshirilib, klinikaga bemorlarda sinash uchun yuboriladi. Sinovdan o'tgach, dori farmokomitet ruxsati bilan keng yoki ma'lum doiralarda qo'llashga tavsiya etiladi. Deontologiya talablariga binoan, yangi qo'llanadigan dori va asbob-uskunalarni qo'llash tajribali, ilmi shifokorlarga topshirilishi va ular faqat bemor foydasiga qaratilishi zarur, bemorlar roziligi bilan ba'zi apparatlar qo'llanilishi mumkin.

Hech qachon qamoqxonadagi shaxslarga, ruxiy kasalxonadagi ba'zi bemorlarga, og'ir ahvoldagi bemorlarga tajriba sifatida yangi apparat yoki dori qo'llanilmaydi va qat'iy ta'qiqlanadi.

Shunday qilib, tibbiyot deontologiyasi talablari, shifokorda odamiylik, kamtarlik, insof, diyonat, ma'lumot, mutaxassislik sirlarini puxta anglash, doimo o'z ustida ishlash, bilimni, maxoratini, tajribasini ustamonligini oshirib borish kabi xislatlar paydo qilishda, bemorlar dardiga tezroq, foydaliroq yordam ko'rsatishga intilish tuyg'ulari shakllanishida xizmat qiladi. Tibbiyot deontologiyasiga muvofiq ravishda faoliyat ko'rsatgan shifokorning afsuslanish hollari bo'lmasligi kerak.

## **MUSTAQIL TAYYORGARLIK UCHUN SINOV SAVOLLARI**

1. Etika deganda nimani tushunasiz?
2. Deontologiya degani nima?
3. Gippokrat, Abu Ali Ibn Sino kabi daxolarning deontologiya rivojlanishidagi xizmatlari to'g'risida nima bilasiz?
4. Tibbiyot deontologiya, shifokorlik deontologiyasi ma'nolarini aytib bering.
5. Shifokor va bemor munomalasida deontologik talablar to'g'risida nimalarni ayta olasiz?
6. Bemor qarindoshlari, yaqinlari bilan shifokor qanaqa deontologik qoidalarga rioya etishi kerak?
7. Tibbiyot xodimlari orasida qanday deontologik talablar bo'lishi kerak?
8. Davolash maskanlari, muassasalarida hukm suradigan deontologik talablar nimalardan iborat?
9. Ilmiy-texnikaviy yuksalishda qanday deontologik talablar mavjud?
10. Bemor, xususan stomatologik bemorlarni davolashda zarur bo'lgan deontologik talablar nimalardan iborat?
11. Tibbiyot hujjatlari va deontologiya to'g'risida nimalarni ayta olasiz?
12. Tibbiyotda sir saqlash va undagi deontologik talablarni bilasizmi?
13. Shifokor xatolari nimalar bilan yakunlanadi?
14. Ilmiy tekshirish ishlari va bunda deontologik talablar nimalardan iborat?

## MUNDARIJA

Soz boshi .....	3
-----------------	---

### I bob. STOMATOLOGIYA VA TISH VRACHLIGI RIVOJLANISHINING ASOSIY TARIXIY BOSQICHLARI. TERAPEVTIK STOMATOLOGIYA FANINING VAZIFASI VA FANNING RIVOJLANISHIGA XISSA QO`SHGAN OLIMLAR

1. Stomatologiya va tish shifokorligi to'g'risida tushuncha .....	4
2. Stomatologiya va tish shifokorligi rivojlanishning asosiy tarixiy bosqichlari .....	4
3. Terapevtik stomatologiya bo'limlari .....	7

### II bob. TISH TO`QIMALARINING GISTOLOGIK VA ANATOMIK TUZILISHLARI

1. Og'iz bo'shlig'i va tishning gistologik tuzilishi .....	9
2. Tishlarning anatomik tuzilishi .....	14
Tish toji burchagi belgisi .....	14
Tish ildizining belgisi .....	14
Toj belgisi .....	15

### III bob. TERAPEVTIK STOMATOLOGIYA XONASINING JIHOZLANISHI

Stomatologik moslamalar .....	23
Karioz kovaklarni charxlashning umumiy va xususiy usullari .....	28
Karioz kovaklarni kavlashning umumiy va xususiy usullari .....	28
1-sinfdagi kovaklarning shakllantirish .....	31
2-sinfdagi kovaklarni shakllantirish .....	31
3-sinf kovagini shakllantirish .....	32
4-sinf kovaklarini, chuqur va atipik kovaklarni shakllantirish .....	33
5-sinfdagi kovaklarni shakllantirish .....	33
Chuqur va tipik karioz kovaklarni shakllantirish, pulpa shtiftlari va ularning ahamiyati .....	33
Kovakni charxlab shakl berishda bo'ladigan xato va asoratlar .....	34

Plomba materiallari .....	35
Stomatologik plomba materiallarining tasnifi .....	35
Fosfat-sement ildiz kanalini plombalash uchun .....	36

**IV bob. TISH QATTIQ TO'QIMASINING KARIYES TABIATIGA EGA  
BO'LMAGAN KASALLIKLARI**

**V bob. TISHLAR KARIYESI**

Kariyesning joylashishi va tarqalishi .....	50
Etiologiyasi va patoginezi .....	51
Yuza kariyes .....	53
O'rta kariyes .....	53
Chuqur kariyes .....	54
Har xil bosqichdagi kariyes kasalligini davolash usullari .....	54
Har xil bosqichdagi kariyes kasalligini davolashda shifokorning tutadigan yo'li (taktikasi) .....	59
Kariyes kasalligini oldini olish chora-tadbirlari (profilaktika) .....	61

**VI bob. TISH PULPASI VA UNING YALLIG'LANISHI**

Tish pulpasini anatomic, gistologik tuzilishi va fiziologiya (vazifa) si .....	66
Yoshga va tish, yuz-jag' kasalliklari hamda organizmning umumiy kasalliklariga bog'liq bo'lgan pulpadagi o'zgarishlar .....	71
Pulpitlar kelib chiqish sabablari – etiologiyasi .....	72
Pulpitlarning tasniflari .....	75
Pulpitning rivojlanishi – patogenezi .....	78
Har xil shakldagi pulpitlarning patologik anatomiyasi .....	82
Har xil pulpitlarning klinikasi .....	85
Mustaqil tayyorgarlik uchun sinov savollari .....	103
Pulpitlarni davolash tarixi to'g'risida qisqacha ma'lumot .....	103
Pulpitni davolashdan ko'zlangan maqsadlar .....	105
Pulpitlarni davolash usullari, ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar .....	105
Yallig'langan pulpani hayotiyeligini saqlab qolishda qo'llanadigan davolash usullari .....	112
Pulpani olib tashlash yo'li bilan pulpitlarni davolash (jarrohlik) usullari. Ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar .....	123
Pulpani og'riqsizlantirib, vital usulda diatemokoagulyatsiya qo'llab yoki qo'llamasdan olib tashlash bilan pulpitlarni davolash usullari. Ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar .....	126
Yod-elektroforez yo'li bilan ildiz pulpani kuydirish usuli .....	140
Pulpitlarni tashhislash va davolashda kelib chiqishi mumkin bo'lgan xatolar va ular oqibatida kelib chiqadigan asoratlar .....	152

**VII bob. PERIODONTIT. PERIODONT TO'QIMASINING ANATOMIK  
VA GISTOLOGIK TUZILISHI**

Periodontitning kelib chiqish sabablari (etiologiyasi) va rivojlanishi (patogenezi) ...	162
Periodontitning rivojlanishi (patogenezi) .....	164

Periodontitning patologik anatomiyasi .....	164
Tasnif (klassifikatsiya) .....	168
O'tkir periodontitlarning klinikasi .....	168
O'tkir yiringli periodontit (per. Acuta purulenta) .....	169
O'tkir marginal periodontit (per. Acuta marginalis) .....	172
O'tkir cho'qqi, apikal periodontit (per. Acuta apicalis) .....	172
O'tkir yiringli periodontit (per. Acuta purulenta) .....	173
O'tkir periodontitlarni tashhisi va qiyosiy tashhisi .....	174
O'tkir periodontitlarni davolash usullari .....	176
O'tkir medikamentozli (toksik-zaxarlanish) periodontitning intoksikasiya davrini davolash .....	178
Surunkali periodontitlarning klinik kechishlari .....	180
Surunkali periodontitlarni tashhishlash, qiyosiy tashhishlash .....	188
Davolash usullari .....	190
Terapevtik va jarrohlik davolash usullari .....	196
Periodontit bilan og'riq bemorlarni davolash jarayonida qo'yilishi mumkin bo'lgan xatoliklar va ular oqibatida kelib chiqadigan asoratlar .....	198
Tish kariyes kovagini borlar bilan ishlov berganda bo'lishi mumkin bo'lgan xatolar va ular oqibatida kelib chiqadigan asoratlar .....	198
Tish kanallarini tozalash, ulardan chiriklarni olib tashlash jarayonida uchraydigan xatolar va kelib chikadigan asoratlar .....	198
Tish kanali (lari) ni plombalash jarayonida bo'lishi mumkin bo'lgan xatolar va kelib chiqadigan asoratlar .....	199
Xroniointoksikasiya holatining kechishi, tashhisi va davolash usullari .....	200
Xroniosepsis holatining kechishi, tashhisi, davolash usullari va bu holatlarning oldini olish chora-tadbirlari (profilaktika) .....	200
Hujayra destruksiyasi .....	203
O'choqli infeksiya sababli rivojlanadigan kasalliklarni klinik ko'rinishlari .....	204
Ulamni tashhishlash va tekshirish usullari .....	206

## **VIII bob. PARADONTOLOGIYA TO'G'RISIDA UMUMIY TUSHUNCHA, TERMINOLOGIYA**

Tarixiy ma'lumotlar .....	209
Paradontning anatomik va gistologik tuzilishi, fiziologiyasi .....	211
Milknig gistologik tuzilishi .....	212
Qon tomirlar bilan ta'minlanishi .....	216
Innervatsiyasi .....	216
Paradontning vazifalari .....	217
Paradont kasalliklarining tarqalish darajasi, tasnifi .....	218
Tasnifi –klassifikatsiyasi .....	218
Paradont kasalliklari (morbus parodontaus) .....	218
Paradont kasalliklarini kelib chiqish sabablari (etiologiya) va rivojlanishi (patogenez) .....	219
Bemorlarni tekshirish usullari .....	222
Gingivitlarning klinikasi, tashhisi va qiyosiy tashhisi .....	226
Paradontitning klinikasi, tashhisi va qiyosiy tashhisi .....	231
Paradontozning klinikasi, tashhisi va qiyosiy tashhisi .....	237
Paradontning idiopatik kasalliklarining klinikasi, tashhisi, qiyosiy tashhisi .....	239

Paradontomalar .....	242
Paradont kasalliklarini mahalliy va umumiy davolash usullari .....	243
Mahalliy davolash .....	244
Paradont kasalliklarini umumiy davolash usullari .....	250
Fizioterapevtik davolash usullari .....	254
O'rta va og'ir surunkali paradontitlarni davolash chizmasi .....	254
Paradontoz bilan og'rigan bemorlarni davolash chizmasi .....	255
Paradont kasalliklarini oldini olish- profilaktika chora-tadbirlari .....	257
Paradontologik yordami tashkil etish, dispanserizatsiya .....	258

**IX bob. OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI (PARDA) NING O'ZIGA  
XOS XUSUSIYATLARI, TUZILISHI, VAZIFA (FUNKSIYA)SI**

Og'iz shilliq qavatining gistologii tuzilishi (oshq) .....	262
Xususiy og'iz shilliq pardasi (lam. propria) .....	262
Og'iz bo'shlig'ining fiziologiyasi .....	265
Patologik jarayonlar .....	266
Og'iz boshlig'i shilliq (pardasi) qavatida uchraidigan jarohatlar – morfologik elementlar .....	267
Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklarini tasnifi (klassifikatsiya) .....	270
Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshirish usullari .....	271

**X bob. TIBBIYOT ETIKASI VA DEONTOLOGIYASI TO'G'RISIDAGI  
MA'LUMOTLAR**

Shifokorlik deontologiyasining ayrim bo'limlari – elementlari .....	277
Shifokor va bemor .....	277
Shifokor va bemor qarindosh-urug'lar .....	279
Tibbiyot xodimlari orasida deontologiya elementlari .....	279
Deontologiya va davolash maskanining ishini uyushtirish .....	280
Ilmiy-texnik yuksalish va deontologiya .....	281
Klinik tibbiyot deontologiya .....	281
Tibbiyot hujjatlari va deontologiya .....	281
Shifokorlik siri – tibbiyotda sir saqlash .....	282
Shifokor xatolari .....	283
Ilmiy-tekshirish ishlarida deontologiya .....	283