**Арстанбеков М.А., Пакыров Ж.К., Исмаилов А.А., Боркулов А.А,
Ахматов А.Т., Акунов Н.А.**

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ИЛИМ, ЖОГОРКУ БИЛИМ БЕРҮҮ ЖАНА ИННОВАЦИЯЛАР МИНИСТРЛИГИ

ОШ МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИ

МЕДИЦИНА ФАКУЛЬТЕТИ

СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАЛАРЫ

СТОМАТОЛОГИЯНЫН НЕГИЗДЕРИ
(Окуу куралы)

Ош, 2026

УДК 616-314-08923(075.8)

ББК 56.6 Я 73

О – 96

Окуу куралы Ош мамлекеттик университетинин Окумуштуулар кеңешинин чечими менен басмага сунушталды жана авторлордун каржылоосу менен жарык көрдү.

Рецензенттер:

Калбаев А.А. – медицина илимдеринин доктору, профессор.

Турганбаев Н.О. – филология илимдеринин кандидаты, доцент.

Арстанбеков М. А., Пакыров Ж.К., Исмаилов А.А., Арстанбеков С.Р., Боркулов А.А., Ахматов А.Т., Акунов Н.А.: Стоматологиянын негиздери (окуу куралы) –Ош, 2026-жыл. 244 бет.

Бул окуу куралы Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинин стоматология кафедраларында даярдалды. Эмгекте ооз көңдөйүнүн анатомиясы жана физиологиясынын негиздери системалуу түрдө баяндалып, врач-стоматологдун кесиптик жана этикалык милдеттери белгиленет. Ошондой эле профилактикалык стоматологиянын коомдук саламаттыкты сактоодогу мааниси ачып көрсөтүлөт.Колдонмо врач-стоматологдорго, илимий изилдөөчүлөргө, мугалимдерге, клиникалык ординаторлорго жана студенттерге арналган. Материал жалпы медицина жана стоматология адистиги багытында билим алып жаткан адистерге өз эне тилинде тереңирээк түшүнүк берүү максатында кыргыз тилинде жазылды.

Авторлор бул эмгекти кыргыз тилинде медициналык адабияттарды байытуу жана улуттук окуу процессине интеграциялоо максатында сунушташат. Ар бир чыгармачыл аракет сыяктуу эле, айрым грамматикалык же стилистикалык мүчүлүштүктөр болушу мүмкүн. Алар табылган учурда ыраазычылык билдирилип, кемчиликтерди жоюуга аракет жасалат.

Көрөңгөсү бай эне тилибизде жазылган бул алгачкы аракеттердин жемиши академиялык коомчулукка сунушталат.

.

УДК 616-314-08923(075.8)
ББК 56.6 Я 73

Баш сөз

Окуу куралында предметтердин максаты жана милдеттери, стоматология тармагынын жалпы мазмуну жана мааниси түшүндүрүлөт. Ооз көңдөйүнүн анатомиясы жана физиологиясынын негиздери, стоматологдун кесиптик жана этикалык милдеттери, профилактикалык стоматологиянын мааниси ачып берилет. Диагностикалык жана клиникалык ой жүгүртүүнүн баштапкы деңгээлде калыптанышы, стоматология илиминин коомдук мааниси сыяктуу темалар камтылган.

Окуу куралы биринчи жолу кыргыз тилинде жарык көрүп жатат. Окуу куралында тиштердин түзүлүшү, түрлөрү, физиологиясы ачык-айкын ар кандай сүрөттөр менен жана дарылай турган дарылардын тизмеси, ошондой эле дарылоонун ыкмалары кеңири берилген. Рентген сүрөттөр, 3D компьютердик томографиялар, 3D таблицалар менен толукталган. Клиникалык оорулардын себептери клиникалык, лабораториялык, функционалдык изилдөөлөр менен тастыкталган.

Тиштердин катуу катмарларына сүрөт түрүндө көрсөтүлгөн эң негизги болгон пародонт, периодонт оорулары гингивит, периодонтит, пародонтоз жана алардын классификациясын жөнөкөй сөз менен студенттерге түшүнүктүү жана жетиштүү тилде жазылып, сүрөттөрдүн жардамы менен түшүндүрүлгөн.

Пародонтиттин клиникасын көрүнүктүү деңгээлде, организмдин башка оорулар менен болгон байланышы боюнча толук маалымат берилет.

Мисалы, кант диабети, ВИЧ инфекциясы, агранулоцитоз, ССС, ЖКТ, дем алуу (өпкө) системасы, заара чыгаруу (заара-жыныс) системасы ж.б.у.с. оорулар менен байланышын толук кандуу камтыган. Пародонтоз, периодонтит ооруларын дарылоонун ыкмаларынын жолдору (терапевтикалык, хирургиялык, ортопедиялык, ортодонтикалык) жөнөкөй жана толукталган сөздөр менен берилген.

Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин (ОКБЧ) патоморфологиясы, классификациясы, ОКБЧ түзүлүшү, катмары жана алардын негизги функциялары толук камтылган.

ОКБЧнын гистологиялык түзүлүшү жана өзгөрүлүшү, кезиккен оорулары (актиноз), паракеротоз, папилломатоз, вакуолдук дистрофия, гингивит, герпес, афта) ачык түрдө тиешелүү сүрөттөр менен көрсөтүлгөн. Айта кете турган нерсе, чылым чегүүдөн улам келип чыгуучу ОКБЧ оорулардын тизмеси толук түрдө түшүндүрүү ыкмалары менен берилген.

Ар кандай металлдарды кошуп жасаган протездердин ОКБЧга тийгизген таасирлери толук кандуу жазылган. ВИЧ инфекциясынын ОКБЧ таасирлери, дарылоо ыкмалары толук кандуу түшүндүрүлгөн.

Стоматология ооруларын оорутпай дарылоо ыкмалары берилип, дарылоо убагында оорутпай турган же ооруну басаңдатуучу ыкмалары, дарылары да толук иллюстрациялары (сүрөттөрү) менен көрсөтүлгөн.

Тиштердин түзүлүшү жана аны алып салуу операциялары, усулдары, тиштерди жулууга колдонуучу ар түрдүү аспаптар сүрөттөрү менен берилген.

Үстүнкү жана астыңкы жаак бет сөөктөрүнүн сынгандарынын себептери, клиникасы, классификациясы жана сынган учурда биринчи жардам көрсөтүүнүнүн ыкмалары, адистештирилген (специализированный) стационардагы жардамдары камтылган.

Стоматологиядагы оорулардын себептери (одонтогендик, одонтогендик эмес) толугу менен түшүндүрүлгөн.

Бет-жаак, аймагында боло турган ириңдүү-сезгенүү флегмона, абсцесс оорулардын пайда болушу, алардын жайгашкан жери, клиникасы, классификациясы жана аларды дарылоо ыкмасы толугу менен берилген.

Бул окуу куралында тиш оорулардын алдын алуунун негизги багыттары толук көрсөтүлгөн. Мисалы: кариес, пульпит, периодонтит, пародонтоз, анча-мынча жана толук тиштердин жоктугу (кемтиктер) жана ушуга байланыштуу жаш же улгайган кезде боло турган оорулар (татаалдашуулар) толук кандуу көрсөтүлгөн.

Бул окуу куралы врач-стоматологдорго, илимий изилдөөчүлөргө, мугалимдерге, клиникалык ординаторлорго жана студенттерге арналат.

Арстанбеков М. А. - м. и. к., доцент

Киришүү

Стоматология – медицина илиминдеги адамдын ооз көңдөйүнүн, тиштеринин, жаак-сөөк системасынын жана аларга байланышкан жумшак ткандардын түзүлүшүн, физиологиялык функцияларын, жаракаттары менен ооруларын изилдеп, аларды алдын алуу, дарылоо жана калыбына келтирүү менен алектенген өз алдынча жана динамикалуу өнүгүп жаткан тармак. Адамдын жалпы саламаттыгынын сапаты, жашоо образындагы активдүүлүгү жана социалдык өз ара аракеттенүүсү көбүнчө ооз көңдөйүнүн абалына түздөн-түз байланыштуу. Ошондуктан стоматология бүгүнкү күндө медицинанын эң керектүү, актуалдуу жана социалдык маанриси жогору болгон адистиктеринин бири катары эсептелет.

XXI кылымда билимин жана техникасын тез жаңырткан медициналык тармактардын катарында стоматология өзгөчө темп менен өнүгүп жатат. Диагностика, ортопедия, хирургия, терапия, профилактика жана эстетикалык стоматология сыяктуу бөлүмдөрдүн ар биринде жаңы ыкмалар, материалдар жана технологиялар пайда болууда. Бул өзгөрүүлөр стоматолог адистердин теориялык даярдыгын гана эмес, алардын практикалык уюшкандыгын, аналитикалык ой жүгүртүүсүн жана жоопкерчилигин да жогорулатууну талап кылат. Ушундай шартта стоматология багытында билим ала баштаган студенттер үчүн фундаменталдык түшүнүктөрдү өздөштүрүүгө, кесиптик мамилени калыптандырууга жана адистикке туура багыт алууга көмөкчү болгон баштапкы предмет — **«Стоматологиянын негиздери жана милдеттери»** өтө маанилүү ролду ойнойт.

Предметтин максаты жана милдеттери

Бул предмет стоматология адистигине жаңы кадам таштаган студенттерди стоматология илиминин жалпы түзүмү, анын тармактары, клиникалык иш-аракеттер, врачтын этикасы жана профилактикалык саламаттык сактоо системасындагы орду менен тааныштырат. Курс төмөнкү негизги максаттарды көздөйт:

1. **Стоматология тармагынын жалпы мазмунун жана маанисин түшүндүрүү.** Студент стоматологиянын башка медициналык багыттар менен болгон байланышын, анын коомдук саламаттыкты сактоодогу ордун жана тарыхый өнүгүүсүн өздөштүрөт.
2. **Ооз көңдөйүнүн анатомиясы жана физиологиясынын негиздерин үйрөтүү.** Бул билим стоматологдун бардык кийинки клиникалык көндүмдөрүнүн пайдубалын түзөт.
3. **Стоматологдун кесиптик жана этикалык милдеттерин белгилөө.** Врач-бейтап мамилеси, медициналык этика, деонтология, купуялуулук жана бейтаптын укуктары – стоматологдун кесибиндеги негизги принциптер.
4. **Профилактикалык стоматологиянын маанисин ачып берүү.** Модуль - ооз көңдөйүнүн ооруларын алдын алуу, гигиеналык билим

берүү жана коомдук профилактикалык иштерди уюштуруу багытында студенттердин түшүнүгүн кеңейтет.

5. **Диагностикалык жана клиникалык ой жүгүртүүнү баштапкы деңгээлде калыптандыруу.** Аспаптар менен тааныштыруу, жөнөкөй диагностикалык ыкмаларды үйрөтүү жана клиникалык байкоо жүргүзүүгө багытталган.

Стоматология илиминин коомдук мааниси

Ооз көңдөйүнүн ден соолугу – жалпы организмдин саламаттыгынын маанилүү бөлүгү болуп саналат. Тиш жана пародонт оорулары жүрөк-кан тамыр системасына, тамак сиңирүүгө, иммунитетке жана адамдын психологиялык абалына түздөн-түз таасир этет. Мисалы, тиш оорусу же функционалдык бузулуулар балдардын билим алуу активдүүлүгүнө, чоңдордун иш жөндөмдүүлүгүнө жана улгайган адамдардын социалдык адаптациясына тоскоол болушу мүмкүн.

Стоматологиялык оорулар дүйнө жүзүндө кеңири таралган. ДССУнун акыркы маалыматтары боюнча, адамзаттын 90%дан ашыгы жашоосунда жок дегенде бир жолу тиш кариеси, пародонтит же ооз көңдөйүнүн башка патологиясына туш келет. Ошондуктан стоматологиялык жардамды жеткиликтүү, сапаттуу жана алдын алуучу мүнөздө уюштуруу – мамлекеттин коомдук саламаттык сактоо саясатынын маанилүү багыттарынын бири.

Студенттер ушул предмет аркылуу стоматологиянын медициналык гана эмес, социалдык жоопкерчилиги бар тармак экенин терең түшүнө алышат.

Стоматолог адистин кесиптик принциптери жана милдеттери. Стоматологдун иши жогорку деңгээлдеги адистикти, кылдаттыкты, тактыкты жана адамга болгон урматты талап кылат. Медицина тармагында ар бир врачтын жоопкерчилиги чоң, бирок стоматологдун иши микродеңгээлдеги манипуляциялар менен байланыштуу болгондуктан, кылдаттык өзгөчө мааниге ээ.

Стоматологдун негизги милдеттери төмөнкүлөрдү камтыйт:

- ооз көңдөйүнүн ооруларын өз убагында аныктоо жана туура диагноз коюу;
- терапиялык, хирургиялык, ортопедиялык же ортодонтикалык жардам көрсөтүү;
- оорунун алдын алуу боюнча түшүндүрүү жана агартуу иштерин жүргүзүү; инфекциялык коопсуздукту камсыз кылуу жана санитардык нормаларды сактоо;
- бейтаптын жеке маалыматтарын коргоо жана медициналык этиканы сактоо;
- бейтапка түшүндүрмөлөрдү так жана жеткиликтүү берүү;
- өз билимин үзгүлтүксүз жаңылоо жана адистик өркүндөтүү курстарына катышуу.

Бул принциптер предметтин теориялык гана эмес, практикалык бөлүмдөрүндө да өзүнүн чагылуусун табат.

Андан аркы адистешүүгө негиз түзүү. «Стоматологиянын негиздери жана милдеттери» предмети студенттердин кийинки кесиптик модулдарда – стоматологиялык терапия, хирургия, ортопедия, ортодонтия, пародонтология жана башка тармактарда ийгиликтүү билим алышына шарт түзөт. Анда берилүүчү маалыматтар студенттерге ооз көңдөйүнүн түзүлүшүн жана функцияларын терең түшүнүүгө, диагностикалык процессти логикалык нукта жүргүзүүгө жана клиникалык ой жүгүртүүнү өнүктүрүүгө жардам берет.

Мындан тышкары, бул курс студентке келечектеги кесиптик багытын туура тандоого түрткү берет. Стоматология тармактарынын көп түрдүүлүгү — эстетикалык стоматологиядан баштап, имплантология, хирургия, микроскопиялык эндодонтияга чейин — адистерден чыныгы компетенттүүлүктү талап кылат.

Ошентип, жыйынтыктап айтканда, **«Стоматологиянын негиздери жана милдеттери»** предмети стоматолог адистиги боюнча профессионалдык билимдин пайдубалын түптөгөн теориялык-методологиялык курс болуп эсептелет. Ал студенттерге стоматологиянын жалпы концепциясын, врачтын коом алдындагы жана бейтап алдындагы милдеттерин, профилактиканын маанисин, клиникалык иштин негизги принциптерин жана медициналык этиканы түшүндүрөт. Ошондой эле бул курс студентти келечектеги адистешүүгө даярдайт, кесиптик дүйнө кабылдоосун калыптандырат жана жоопкерчиликтүү, ыкчам, гуманисттик принциптерди сактаган адис болууга багыттайт.

ПРАКТИКАЛЫК САБАКТАРДЫН ТЕМАТИКАСЫ

1- сабак. Стоматологиянын предмети жана милдеттери. Бет-жаак органдарынын калыптануу өзгөчөлүктөрү. Бет-жаак органдарынын анатомиялык жана функционалдык өзгөчөлүктөрү.

2- сабак. Тиш-жаак системасынын аномалиялары жөнүндө түшүнүк, алардын дартын аныктоо жана дарылоо принциптери. Бет-жаак аймагынын жаш куракка байланыштуу өзгөрүүлөр.

Стоматологияда колдонулуучу заманбап диагностикалык ыкмалар.

3- сабак. Тиш кариеси жана тиштин катуу ткандарынын некариоздук жабыркоолору: классификациясы, этиологиясы, патогенези, клиникалык жана диагностикалык өзгөчөлүктөрү, дарылоонун принциптери. Соматикалык патологиянын фонунда оорунун өзгөчө өтүшү.

4- сабак. Пародонт оорулары: классификациясы. Пародонттун сезгенүү ооруларынын этиологиясы жана патогенези. Клиникалык өзгөчөлүктөрү жана диагностикасы, дарылоо принциптери. Пародонт ооруларынын соматикалык патологиянын өнүгүшүндөгү ролу.

5- сабак. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин патоморфологиясы. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин ооруларынын классификациясы. Кандын ооруларында, эндокриндик патологияларда, ашказан-ичеги жолунун ооруларында жана башка шарттарда ооздун былжыр челинин абалы. Ооздун былжыр челиндеги ВИЧ-маркердик көрүнүштөр.

6- сабак. Стоматологиядагы ооруну басуу (обезболивание) ыкмалары. Стоматологияда колдонулуучу анестезиянын түрлөрү жана ыкмалары. Жергиликтүү анестетиктер, ошондой эле жергиликтүү жана жалпы анестезия үчүн колдонулуучу медикаментоздук каражаттар. Тишти алып салуу операциясы. Тиштерди алып салууга көрсөткүчтөр. Ар түрдүү тиш топторун алып салуу техникасы. Өтүшүп кеткендеги татаалдашуулар.

7-сабак. Бет-жак аймагынын травмалык жабыркоолору. Бет-жак травмаларыны классификациясы, пайда болушу мүмкүн болгон татаалдыктар жана аларды алдын алуу. Жогорку жана төмөнкү жаак сөөктөрүнүн сыныктарын дарылоонун принциптери.

8- сабак. Бет жана моюн ооруларынын одонтогендик жана неодонтогендик сезгенүү оорулары. Классификациясы, клиникалык өзгөчөлүктөрү жана диагностикасы, дарылоо принциптери. Алардын татаалдашуулары жана алдын алуу чаралары.

9- сабак. Стоматологиялык оорулардын профилактикасынын негизги багыттары: биринчи, экинчи жана үчүнчү деңгээлдеги профилактика. Балдарда жана чоңдордо тиш кариесинин алдын алуу. Ооз көңдөйүнүн гигиенасынын негизги стоматологиялык ооруларды дарылоодогу жана алдын алуудогу ролу. Тиш-жаак аномалияларынын алдын алуу. Соматикалык оорулардын алдын алууда жана дарылоодо стоматологиялык профилактиканын мааниси.

1- сабак. Стоматологиянын предмети жана милдеттери. Бет-жаак органдарынын өнүгүү өзгөчөлүктөрү. Бет-жаак органдарынын анатомиялык жана функциялык өзгөчөлүктөрү.

Стоматология – физиология, патология, ооз көңдөйүнүн жана жаак-бет ооруларынын алдын алуу жана дарылоо, ошондой эле, бул оорулардын адамдын жалпы ден соолугуна тийгизген таасири жөнүндөгү илим.

Стоматологиянын негиздерин өздөштүрүүсүз жалпы практикалык дарыгер катары окутуу мүмкүн эмес. Стоматология өзүнчө медициналык дисциплина катары 1920-жылдары гана пайда болгон. **Стоматология** термини гректин **stoma + logos** сөздөрүнөн келип чыккан жана ал ооз көңдөйүнүн органдарын изилдөөнү билдирет. Стоматология термини азыркы маанисинде тиштин, былжыр челдин жана ооз көңдөйүнүн башка органдарынын, жаак жана беттин, жарым-жартылай моюндун ооруларын изилдөөчү, ошондой эле алардын дартын аныктоо, дарылоо жана алдын алуу ыкмаларын иштеп чыгуучу клиникалык медицина тармагы. Стоматология бирдиктүү дисциплинага айлангандыктан, ал өзүнүн негизги тармактарына: хирургиялык, терапиялык, ортопедиялык, балдар стоматологиясына жана ортодонтияга дифференцияланган. Медициналык жогорку окуу жайларынын стоматология факультеттеринде стоматологдор даярдалат.

Тиш-жаак аппараты — анатомиялык жана функционалдык жактан өз ара байланышкан органдар менен ткандардын жыйындысы.

Ал төмөнкүлөрдү камтыйт:

- беттин баш сөөгүнүн, анын ичинде үстүңкү жана астыңкы жаак сөөктөрү;
- тиштин аркаларын түзүүчү тиштер — тамак-ашты тиштеп, майдалоого жана чайноого арналган органдар;
– чыкый-төмөнкү жаак мууну (ЧТЖМ) – ылдыйкы жаак менен баш сөөктүн ортосундагы кыймылдуу байланыш;
– стационардык үстүңкү жаакка салыштырмалуу астыңкы жаактын мейкиндик кыймылын камсыз кылуучу чайноочу жана супрагиоид булчуңдары;
- беттин булчуңдары, эрин, жаак, таңдай, тил - тамак-ашты кармоо, тамактын болюсун түзүү жана жутуу, сүйлөө функциясын аткаруучу ткандардын комплекси;
- тамак-ашты нымдоо жана алгачкы ферментти кайра иштетүүгө арналган шилекей бездери.

Бет-жаак органдарынын калыптанышы

Баштын бет бөлүгү жаак сөөктөрүнүн жана булчуңдарынын көбөйүшү аркылуу өнүгөт. Баштын бет бөлүгү түйүлдүктүн өнүгүүсүнүн экинчи жумасында бакалоо догоолорунун процесстеринен пайда боло баштайт: эки мурун процессинен, эки жаак процессинен, эки мандибулярдык процесстен жана фронталдык процесстен.

12 күндүк эмбриондо кичинекей ооз булуңу пайда болот. Биринчи айдын аягында ооздун тешиги ылдыйда мандибулярдык процесстер менен, үстүндө жана сырткы сегментинде жаак процесстери менен, жогоруда жана

орто сызык боюнча мурун процесстери менен чектелет. Түйүлдүктүн өнүгүүсүнүн экинчи айында ооз көңдөйүнө чыгып турган үстүнкү жана астыңкы жаак процесстеринин бүт четинде ооз боштугунун эпителийинин калыңдоосу пайда болот.

Түйүлдүк өрчүгөн сайын ооз эпителийи бара-бара арка сымал формага ээ болуп, эки катмарга — сырткы (эрин-тиш) жана тиш пластинкасы болуп бөлүнөт. Тиштер ушул ички катмардан пайда болот.

Беттин өсүшү 5-жумадан баштап тездейт, ал эми 2-айдын аягында бет адамдык кейипке ээ болот: мурундун сырткы процесси мурундун канатына айланат, ички мурун процессинин ылдыйкы бөлүгү жаак процесстери менен кошулуп, үстүнкү жаакты пайда кылат. Аралык сөөк (резцовая) жана таңдай (палаталдык) процесстери мурундун ички процессинен бири-бири менен жана канат_таңдай(птеригопалатиндик) процесстер менен биригип өнүгүп чыгат. Ооз көңдөйү мурун көңдөйүнөн катуу жана жумшак таңдай толук калыптанган үчүнчү айда бөлүнөт. Таңдайлык процесстер 8-жуманын аягында биригет; 9-жумада катуу таңдай, ал эми 12-жумада жумшак таңдай пайда бол от.

Төмөнкү жаактын өнүгүшү үстүнкү жаактын өнүгүшүнө окшош. Төмөнкү жаак бир нече сөөктөнүү борборлорунан жупташкан сөөк катары өнүгүп, жатын ичиндеги өнүгүүнүн экинчи айынын ортосунда пайда болот. Алар сөөктөнүп, сөөк менен бириккенде, чыкый сөөгү менен муундашуучу ылдыйкы жаактын кондилярдык процесси жана анын алдында жайгашкан короноиддик процесс пайда болот. Бул процесстердин пайда болушу менен түйүлдүктүн ылдыйкы жаак сөөгү горизонталдуу жайгашкан денеге жана эки бутакка бөлүнөт. Төрөлгөндө астыңкы жаактын эки жарымы фиброздук ткандар менен биригет. Жашоонун биринчи жылынын аягында астыңкы жаактын жарымын бириктирүү аяктайт.

Беттин өсүшү 5-жумадан баштап тездейт, ал эми 2-айдын аягында бет адамдык кейипке ээ болот: мурундун сырткы процесси мурундун канатына айланат. Мурундун ички өөрчүшүндө жаактардын ортосундагы сөөк жана таңдайдын өсүшү, андан соң таңдай канаттарынын өсүшү менен алдыңкы сөөктөр биригип өнүгүп чыгат. Ооз көңдөйү мурун көңдөйүнөн катуу жана жумшак таңдай толук калыптанган үчүнчү айда бөлүнөт. Сегизинчи жуманын аягында таңдай процесстер биригип битет; тогузунчу жумада катуу таңдай пайда болот, ал эми он экинчи жумада жумшак таңдай пайда болот. Төмөнкү жаактын өнүгүшү үстүнкү жаактын өнүгүшүнө окшош. Төмөнкү жаак түйүлдүктүн өнүгүүсүнүн экинчи айынын ортосунда пайда болгон бир нече оссификация борборлорунан жупташкан сөөк катары өнүгүп чыгат. Алар сөөктөнүп, сөөк менен бириккенде ылдыйкы жаактын кондилярдык процесси пайда болуп, чыкый сөөгүнө кошулуп, анын алдында жайгашкан короноиддик процесс пайда болот. Түйүлдүктө бул процесстердин пайда болушу менен горизонталдуу жайгашкан дене жана астынкы жаактын эки бутагы ажыратылат. Төрөлгөн мезгилде алдыңкы жаактын эки жарымы тең булалуу кемирчекке биригет. Алдыңкы эки жаак сөөктүн биригиши жашоонун биринчи жылынын аягыныда бүтөт.

Жаңы төрөлгөн бала менен бойго жеткен адамдын бетинин пропорциялары айырмаланат. Бул айырма баш сөөктүн жана бет

бөлүктөрдүн өлчөмдөрүнүн катышы менен аныкталат. Жаңы төрөлгөн баланын баш сөөктөрү бет сөөктөрүнө караганда чоңураак. Мурундун маңдай кыры даана көрүнүп турат. Жаңы төрөлгөн баланын бети ылдыйкы жаактын бир аз өнүкпөгөндүгү менен мүнөздөлөт. Чайнагыч булчуңдардын жана жаактардын өнүккөндүгүнө жараша функционалдуу жүктөмдүн таасири астында беттин башка өзгөчөлүктөрүнө салыштырмалуу алардын көлөмү жана өлчөмү көбөйөт. Беттин баш сөөгү толкун болуп өсөт. Активдүү өсүү мезгили: төрөлгөндөн 6 айга чейин, 3 жаштан 4 жашка чейин жана 7 жаштан 11 жашка чейин. Бет сөөгүнүн өсүү зоналарынын бузулушуна алып келген травма, остеомиелит жана радиациялык зыяндын кесепеттери бул куракта өзгөчө байкалат.

Жаак-бет аймагынын булчуңдары биринчи жаак аркасын курчап турган мезенхимадан өнүгөт.

Тиштердин пайда болушу төмөнкү этаптардан турат:

1. Пренаталдык өнүгүү мезгили: 6-жумада – тиш пластинкаларынын пайда болушу; 8-жумада – тиш бүчүрлөрү пайда болот (кийин – эмал органдары); 10-жумада тиштин түйүлдүгү түзүлөт, анын ичине эмаль органы, тиш папилласы жана тиш баштыкчасы кирет.

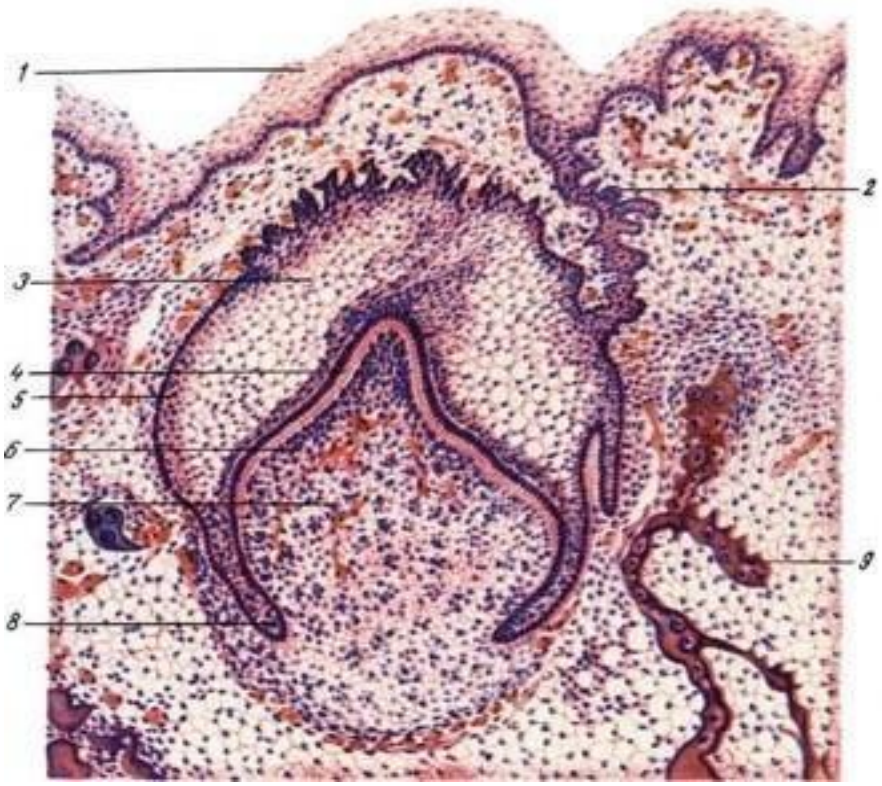
Андан кийин эмаль органы эмал менен кутикуланы, тиш папилласы пульпаны жана дентинди, ал эми тиш баштыкчасы цементти жана пародонтту түзөт (1-сүрөт).

2. Сүт тиштери чыкканга чейинки мезгил – жаңы төрөлгөн баланын 36 тиш фолликулдары бар.

3. **Сүт тиштеринин** ***мезгили*** – 20 тиш (2-сүрөт).

4. Аралаш тиштер мезгили – биринчи туруктуу азуу тиштеринин жарылышы менен башталат.

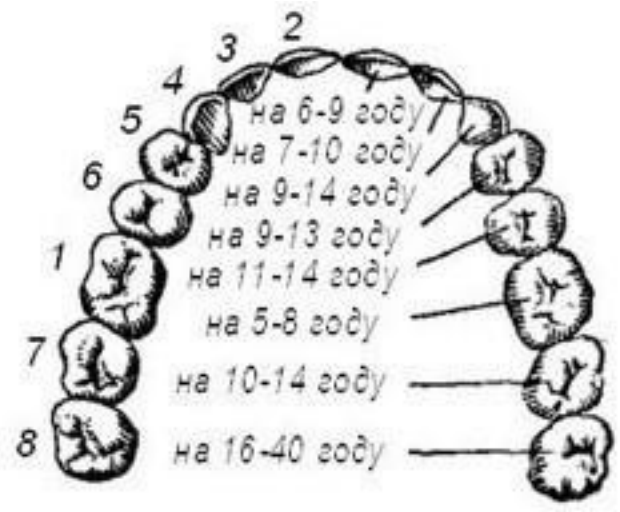
5. Туруктуу тиштердин өсүү мезгили (3-сүрөт).



@

1- сүрөт. Дифференциация мезгилиндеги тиш түйүлдүгү (адам эмбриону 3,5 ай): 1 - ооз көндөйүнүн эпителийи, 2 - тиш пластинкасы, 3 - эмаль органынын

пульпасы, 4 – эмал органынын ички клеткалары, 5 - эмал органынын тышкы клеткалары, 6 - одонтобласт катмары. 7 - тиш папилласы, 8 - эмал органынын чети, 9 - сөөк альвеоласы (Л. И. Фалиндин изилдөөсү боюнча гематоксилин жана эозин менен боёо).

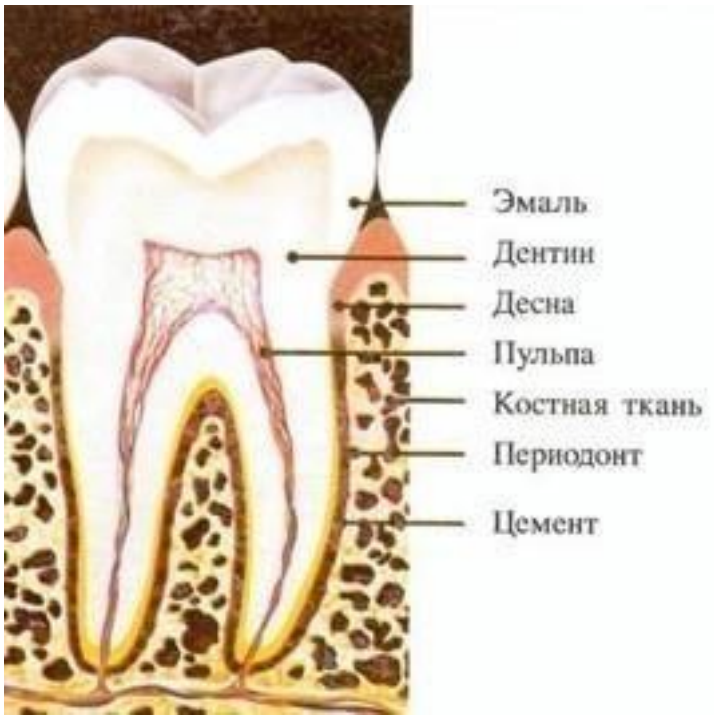


2- **сүрөт**. Туруктуу тиштердин чыгуу убактысы.

Ооз көңдөйүнүн түзүлүш өзгөчөлүктөрү

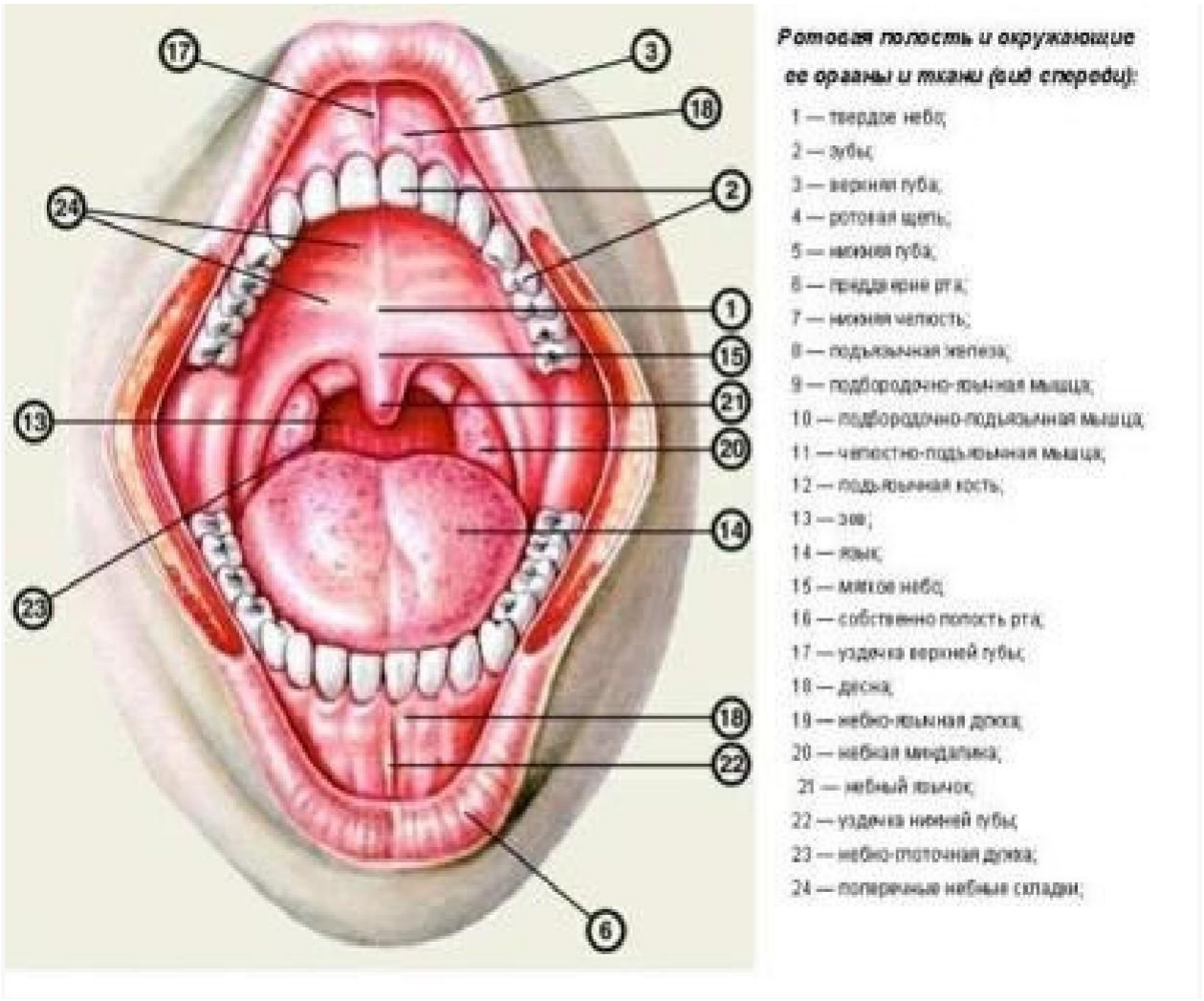
Ооз көңдөйү чектелет: алдынан эриндер менен; артында жумшак таңдай жана арткы таңдай дооголору аркылуу тартылган элестүү тегиздик (ооз көңдөйү менен кулкундун чек арасы ушул жерден өтөт); жогоруда катуу таңдай менен, аны мурун көңдөйүнөн бөлүп; ылдыйда ооз көңдөйүнүн түбүнүн диафрагмасы жана тилдин булчуңдары; капталдарынын жанында жаактын былжыр чели. Ооз көңдөйү ооздун босогосунан жана ооздун негизги көңдөйүнөн турат.Ооздун босогосу алдынкы жагынан эриндер, арт жагынан жаак жана тиштердин альвеолалык урчуктары, капталынан жаактар менен чектешет (3-сүрөт).

Ооз көңдөйүндө аны менен тыгыз байланышта тиш, тил, шилекей бездери жана ооздун былжыр челиндеги бездери, ошондой эле анын астында жайгашкан лимфоиддик ткандардын топтолушу сыяктуу маанилүү органдар жана анатомиялык түзүлүштөр жайгашкан.

W 

3- **Сүрөт**. Ооз көңдөйүнүн органдары.

Тиштер тамак-ашты тиштеп, майдалап, чайноодо колдонулат жана үндөрдүн чыгышына да салым кошот. Тиш жаактын альвеолалык урчугунда жайгашып, бир катар катуу ткандардан (тиш эмалы, дентин жана цемент) жана жумшак ткандардан (тиштин пульпасы) турат. Анатомиялык жактан тиштин коронкасы (тиштин эмалынын үстүнө чыгып турган бөлүгү), тиштин тамыры (тиштин альвеолада жайгашкан, цемент менен капталган бөлүгү) жана тиштин мойну – эмаль менен цементтин кошулган чеги, ал тиштин коронкасы тиштин тамырына өтүүчү аймагы болуп бөлүнөт. Тиштин ичинде пульпа камерасы жана тамыр каналынан турган көңдөй бар. Тамырдын чокусунда жайгашкан апикалдык тешик аркылуу тишке азыктандыруучу кан тамырлар жана тишти иннервациялоочу нервдери кирет (4-сүрөт).



4- сүрөт. Тиштин түзүлүшү.

Тиштер 4 түргө бөлүнөт:

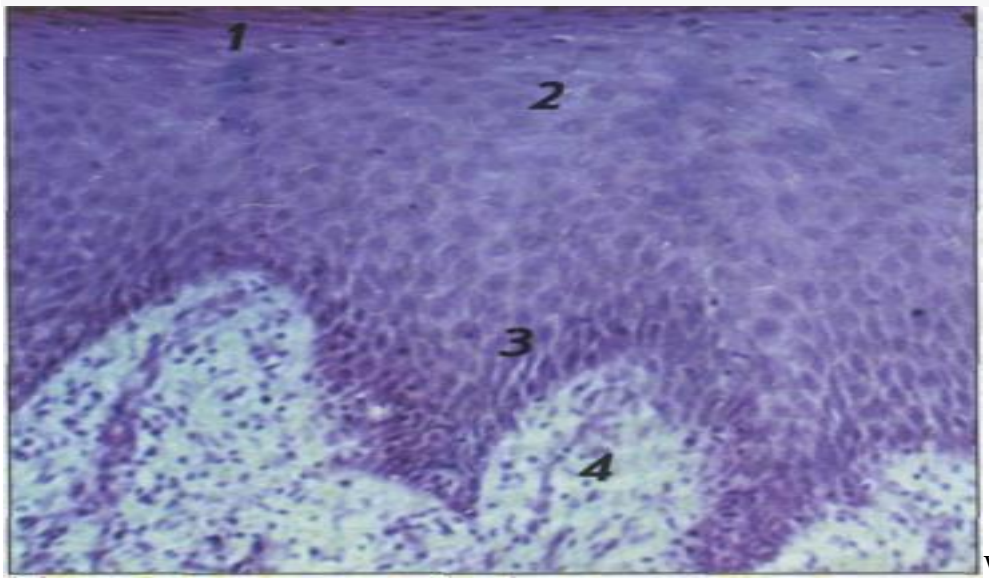
Тиштер 4 түргө бөлүнөт:

- Кескич тиштер – тамак-ашты кармоо жана кесүү үчүн колдонулган алдыңкы (маңдай) тиштер
- Кылкыйма тиштер – тамакты айрып, кармоо үчүн колдонулган конус сымал тиштер
- Премолярлар (кичинекей азуулар)
- Азуу тиштери (чоң азуу тиштери) тамакты майдалоо үчүн кызмат кылган арткы тиштер. Адатта, алардын үстүнкү жаагында үч тамыры жана астыңкы жаактын эки тамыры бар.

Ооздун былжырлуу кабыгы. Функционалдык максатына жараша ооздун былжыр челинин үч түрү бар:

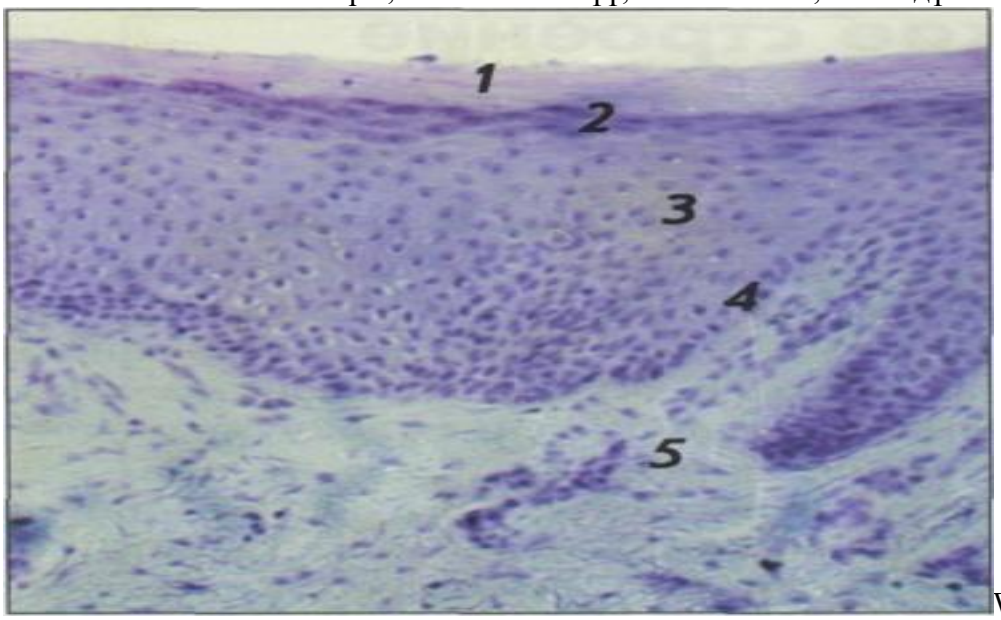
1. Чайноочу –көп катмарлуу жалпак кератиндүү эпителийден түзүлөт: тиш, кызыл чеке (бүйлө), катуу таңдай (5-сүрөт).
2. Өзгөчө – даам сезүү бүчүрлөрүнүн болушу (тилдин арка бети). Ошондой эле тилдин аркасында катмарлуу жалпак кератинденген эпителийден түзүлгөн жип сымал бүртүкчөлөр болот.

3. Интегументардык (Покровная) - көп катмарлуу жалпак мүйүздөшпөгөн эпителийден түзүлөт: жаактын былжыр челинде - тиштердин жабылуу жигинин аймагындагы паракератозду кошпогондо, эриндин былжыр челинде, ооздун түбүндө, өтмө бүктөлөрдө, тилдин ылдыйкы бетинде жана жумшак таңдайда болот (6-сүрөт).



W

5- сүрөт.Мүйүздөшпөгөн катмарлуу жалпак эпителий:
1 — жалпак клетка катмары; 2 — тикенектүү; 3 — базалык; 4 —өздүк пластинка



W

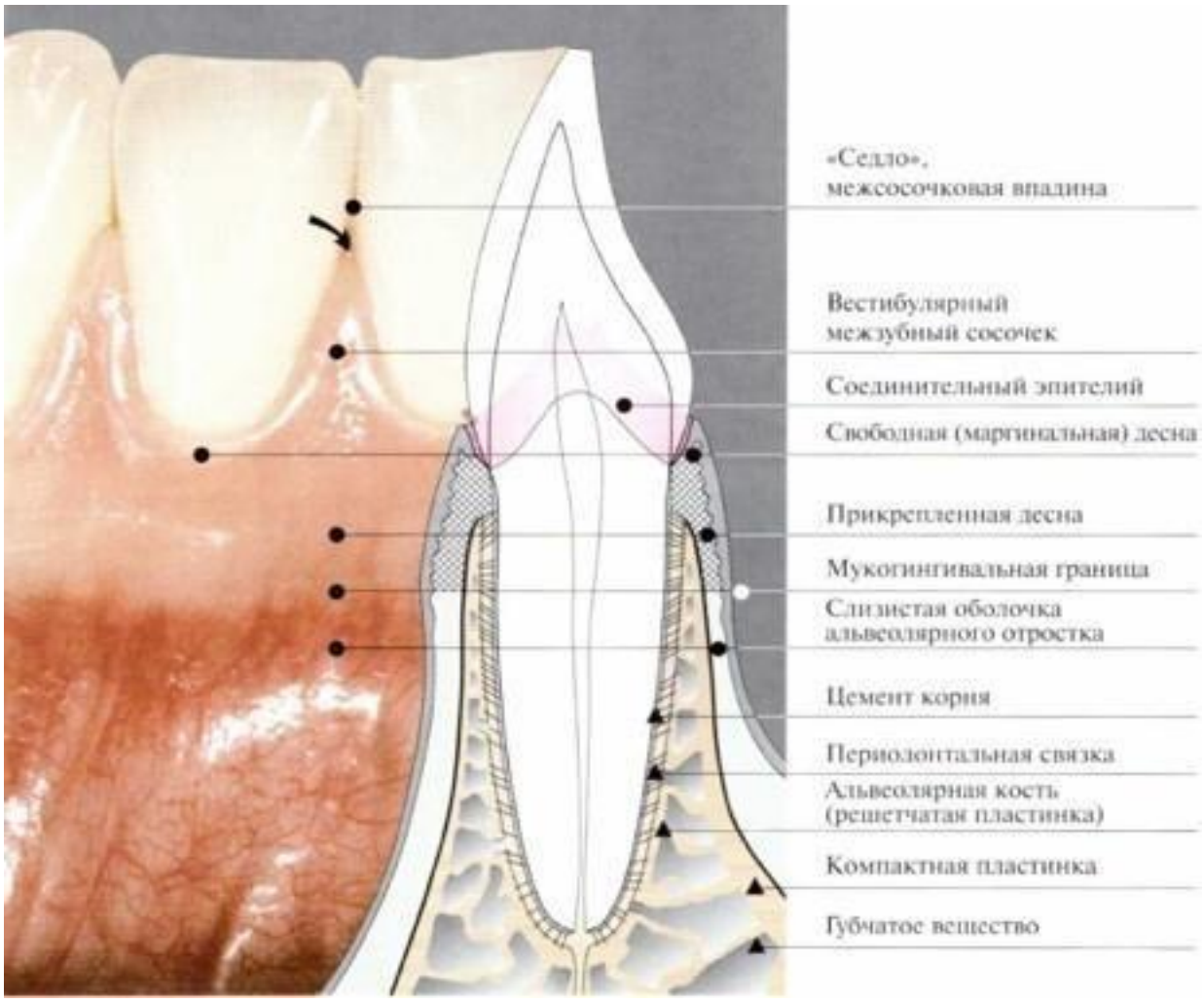
6- сүрөт. Мүйүздөшүүчү катмарлуу жалпак эпителий:
1 — мүйүздүү катмар; 2 — гранулдуу; 3 — тикенектүү; 4 — базалык; 5 — өздүк пластинка

Тилдин былжыр чел кабыгы белгилүү бир функцияларды аткарат, анткени бул органдын арка жана каптал беттеринде даам сезүү жана тийүү сезимин кабыл алуу үчүн жооптуу болгон атайын түзүлүштөр - папиллярлар (филиформа, грибок сымал, оюкча, жалбыректуу) бар.

Пародонт – генетикалык жана функционалдык жалпылыктарды бөлгөн ткандардын комплекси: периодонт, альвеолярдык сөөк,бүйлө жана тамыр цементи (7-сүрөт).

"Периодонтий" термини (грек тилинен "жакын, тегерете, бойлой" жана odons "тиш"; англисче periodontium) ткандарды камтыйт:

- тиштерди жаак сөөктөрүндө кармоо;
- тиш аркасында тиштер аралык байланыштарды камсыз кылуу;
- ооз көңдөйүнүн эпителий кабыгын тиштердин чыккан жерлеринде сактоо.



W

7- сүрөт. Периодонттук ткандардын түзүлүшү.

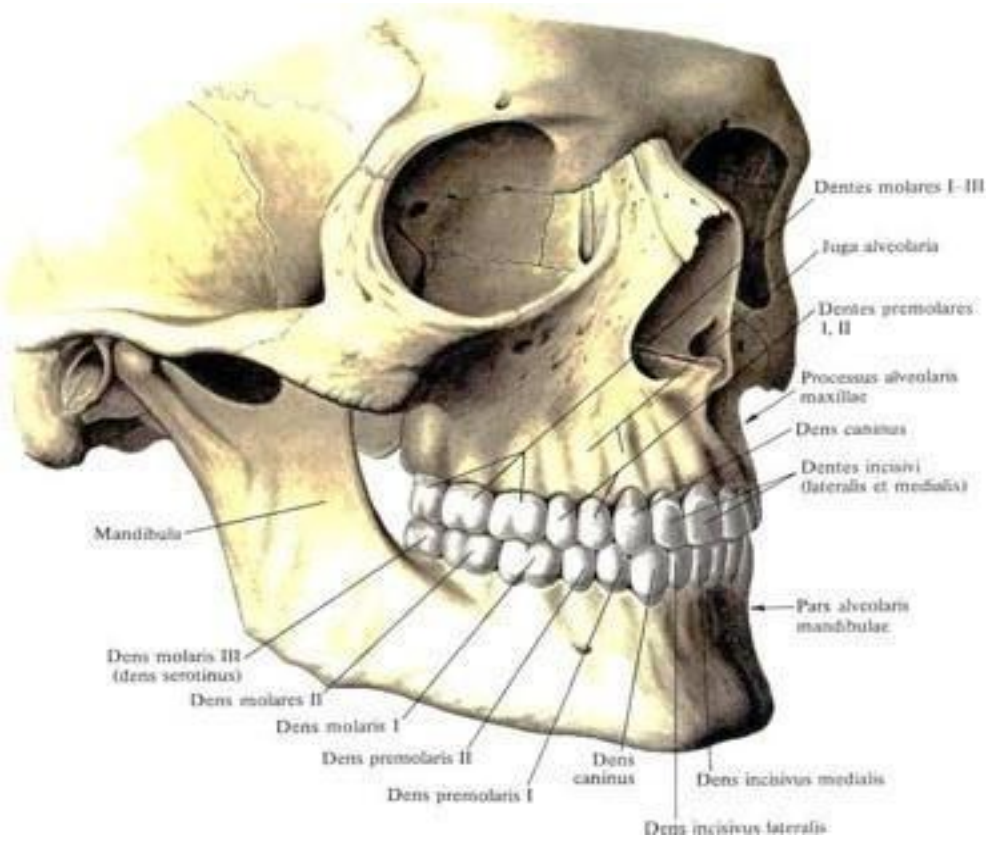
Бет-жаак бөлүгүндөгү сөөктөрдүн түзүлүш өзгөчөлүктөрү

Скелет системасы 15 сөөктөн турат, анын алтоосу жупташкан (үстүнкү жаак, жаак, таңдай, көз жашы, мурун сөөктөрү жана астыңкы мурун раковиналары), үчөө жупташкан эмес (сошник, ылдыйкы жаак жана тил астындагы сөөк). Беттин алкагын түзүүчү жана анын формасын аныктоочу сөөктөр – бул үстүнкү жаак, ылдыйкы жаак жана бет сөөктөрү (8-сүрөт). Ылдыйкы жаак сөөгү беттин баш сөөгүнүн бирден-бир кыймылдуу сөөгү болуп саналат. Ал астыңкы жаактын бутактарына жабышкан көптөгөн булчуңдарды колдойт. Ылдыйкы жаак чыкый сөөк менен муунду түзөт.

Үстүнкү жаакта чайноочу булчуңдардын туташтырылган жери жок. Анын бетинде жайгашкан булчуңдар ***мимикалык булчуңдар*** деп аталат.

Үстүнкү жаак сөөгү жаак денесинен жана төрт урчуктан турат: маңдай, таңдай, жаак жана альвеолярдык. Жаактын денесинде гаймор көңдөйү, этмоиддик лабиринт жана этмоиддик көңдөй бар. Үстүнкү жаактын денесинин дубалдары анын бетинин көпчүлүк бөлүгүндө ичке жилик чучугу катмарын камтыган ичке сөөк пластинкаларынан турат. Үстүнкү жаактын денеси ортоңку сызык боюнча карама-каршы жаак сөөктүн денеси менен сөөк тигиш аркылуу биригет. Үстүнкү жаак баш сөөктөрү менен таңдай, фронталдык жана бет урчуктары аркылуу байланышат. Альвеолярдык урчукта тиштердин альвеолалары бар. Үстүнкү жаактын денесинин алдыңкы бетинде инфраорбиталдык каналдын (foramen infraorbitale) ачылышы -тамыр-нерв байламтасынын чыгуучу жери бар.

Төмөнкү же астыңкы жаак — беттин баш сөөгүнүн жупташпаган кыймылдуу сөөгү, денеден, бутактан жана бурчтан турат. Денеси тиштердин тамырлары жайгашкан альвеолярдык аймакка чейин созулат. Бутактын эки урчугу бар: төмөнкү жаактын башында бүтүүчү кондилярдык урчук жана таажы сымал урчук. Төмөнкү жаак бутагынын ички бетинде тешик (foramen mandibulare) бар, ал төмөнкү жаак каналынын башталышын белгилейт, ал аркылуу нерв-кан тамыр байламы (төмөнкү альвеолярдык артерия, вена жана нерв) өтөт. Премолярлардын деңгээлинде ооз босогосу тараптан төмөнкү жаак каналы психикалык тешикке (foramen mentale) ачылып, андан артерия, вена жана нерв чыгат. Үстүнкү жаактан айырмаланып,төмөнкү жаакта жаактын денесинде топтолгон көп сандагы жилик чучугу болот. Жаак сөөгү көптөгөн функцияларды аткарат: чайноо, үн чыгаруу, сүйлөө, жутуу жана башкалар.



W

8- сүрөт. Баштын бет сөөктөрү.

ЧТЖМдын (чыкый төмөнкү жаак мууну) анатомиялык кызматтык өзгөчөлүктөрү

Төмөнкү жаактын кыймылы асылып турган төмөнкү жаак муундарынын (ЧТЖМ) жардамы менен кыймылга келет. Астынкы жаак муундарынын элементтери төмөнкүлөрдөн турат: чыкый сөөгүнүн муун чуңкурчасы, муундагы сөөктөрдүн тоголок башы, астынкы жаактын башы жана булчуңдардын өсүшү, муундук диск, муундук капсула, астынкы жаактын муундук байланышы. Муундук чуңкурчалар жана муундун башындагы тоголок баштары, чыкый сөөктөрү, муундардын баштары (астынкы жаактын) жана булчуң өөрчүштөрү асиынкы жаактын сөөк бөлүктөрүнө таандык болуп эсептелет.

ЧТЖМ – чыкый жана астынкы жаак сөөктөрүнүн кошулган жерлери. Мындай жаак сөөктөрүнүн кошулган жерлери экөө. Муун түгөйлүү болуп саналат жана эки муун тең бир мезгилде кыймылга келет.

Муун башынын кыймылынын мүнөздүү өзгөчөлүгү муун ичиндеги котормо жана айлануу кыймылынын айкалышы. Ар кандай муун кыймылы котормо кыймылынан башталат - муун башынын муун дөңчөсүнүнарткы эңкейиши боюнча жылышынан, андан кийин баштын горизонталдык огунун айланасындагы айлануу кыймылынан. Бул функционалдык өзгөчөлүккө мүнөздүү болгон temporomandibular (чыкый-төмөнкү жаак) муунду адамдын

скелетинин башка муундарынан айырмалап турат. Муун көңдөйүнүн ичинде аны эки камерага бөлгөн муун дискинин болушу менен шартталган. Жогорку камерада алга умтулган кыймыл жүрөт жана баш муун дөңчөсү менен төмөн карай жылат. Төмөнкү камерада айлануу кыймылдары горизонталдык октун айланасында пайда болот, б.а., бири-биринен диск менен обочолонгон муундун эки бөлүмү функцияны аткарууда биригет, анткени муундагы көп багыттуу кыймылдар бир убакта ишке ашат.

Чыкый муунунун дагы бир функционалдуу өзгөчөлүгү эки муундун кыймылынын синхрондуулугу болуп саналат, анткени эки муун тең (оң жана сол) жупташкан эмес мандибулярдык сөөк менен байланышкан.

Чайноо учурунда муун баштары төмөнкү тегиздикте кыймылдайт:

• вертикалдуу (оозду ачуу жана жабуу);

• сагитал (алдыга жана артка которуу кыймылы);

• туурасынан (оңго жана солго жылдыруу).

Төмөнкү жаактын абалынын туруктуулугу тиштердин окклюзиялык тийишүүсү менен камсыздалат, алар астыңкы жаактын жылышына жол бербей, ЧТЖМны “окклюзиялык коргоону” камсыз кылат. Тиш аномалияларында, көп санда алынган тиштерде жана өз убагында протездөөнүн жоктугунда ЧТЖМ оорулары, анын ичинде булчуң-муундардын дисфункциясы пайда болушу мүмкүн.

Бет- жаак органдарынын булчуңдары

Бет-жаак аймагынын бардык булчуңдары бир нече өз алдынча топтордон турат жана анатомиялык көз караштан, ошондой эле акыркы комплекстүү функциясына ылайык гана бирдиктүү бүтүнгө биригет. Өз алдынча булчуң топторуна: 1) бет булчуңдары, 2) чайноо булчуңдары, 3) тилдин булчуңдары, 4) жумшак таңдайдын булчуңдары, 5) кулкун жана көмөкөйбулчуңдары кирет.

Чайноочу булчуңдардын тобуна асылып турган төмөнкү жаак муунунун ичинде кыймылдатуучу булчуңдар кирет.

Чайноочу булчуң (m. masseter) — төрт бурчтуу калпта болуп, төмөнкү жаактын бутагынын сырткы бетинде жайгашат. Ал төмөнкү жаакты көтөрөт жана алдыга жылдырат. ***Асылган булчуң (m. temporalis)*** — желпигич сымал формада, самай чуңкурун толтурат. Ал төмөнкү жаакты көтөрүүгө катышат жана алдыга жылдырылган төмөнкү жаакты кайра артка тартат. ***Каптал канат сымал булчуң (m. pterygoideus lateralis)*** — үч бурчтуу формада, төмөнкү жаактын бутагынын ички тарабында, чыкый астынкы чуңкурда жайгашат. Ал жыйрылган булчуңга карама-каршы тарапка төмөнкү жаакты жылдырат, эки тараптан бирдей жыйрылганда төмөнкү жаакты алдыга чыгарат. ***Орто канат сымал булчуң (m. pterygoideus medialis)*** төмөнкү жаактын бутагынын ички бетинде, чайноочу булчуң менен бир багытта жайгашкан. Формасы жана аткарган функциясы боюнча чайноочу булчуңга окшош.

Жутуу процессине башка булчуңдар да катышат, бирок чайноочу булчуңдар деп жогоруда аталган төрт булчуң гана эсептелет, анткени алар төмөнкү жаакты чоң күч менен кыймылдата алышат.

Тил алдындагы жаак булчуңу (m. mylohyoideus) ооз көңдөйүнүн түбүн түзөт. Жыйырылганда сыртка чыгып турган астыңкы жаакты артка тартат. Булчуң астыңкы жаакты түшүрүп, жутуу учурунда тил астындагы сөөктү) көтөрө алат. Эки курсактуу булчуң тил-жаак булчуңунун астында жататжана ошол эле функцияны аткарат. Ээк-тил астындагы булчуң да ушундай эле функцияларды аткарып, жаак-тил астындагы булчуңдун үстүндө жайгашкан.

Бет булчуңдары (мимикалык булчуңдар). Скелет булчуңдарынан айырмаланып, алар көбүнчө бир четинен сөөк структураларынан башталып, экинчи жагынан териге же былжыр челге жабышат. Бул булчуңдардын жыйрылышы ар кандай мимиканы жараткан бүктөмөлөрдү пайда кылат. Бет булчуңдары чайноо жана сүйлөө процесстерине да катышат. Табигый тешиктердин айланасында ичке, кыска булчуң байламчаларына топтошуп, аларды кеңейтет же тарытат.

Бет-жаак органдарынын кан менен камсыз болушу

Баш жана моюн негизинен жалпы уйку артериялары аркылуу кан менен камсыздалат. Жалпы уйку артериясы уйку үч бурчтугунун аймагында эки акыркы бутагына бөлүнөт: ички уйку артериясы жана сырткы уйку артериясы. Сырткы уйку артериясы ооз көңдөйүнүн органдарын кан менен камсыздоого катышкан негизги жана дээрлик жалгыз артерия болуп саналат. Ал өз кезегинде эки бутакка бөлүнөт: жогорку жаак артериясы жана үстүртөн самай артериясы. Мындан тышкары, сырткы уйку артериясынын алдыңкы бетинен тил артериясы, бет артериясы жана жогорку калкан без артериясы да бөлүнүп чыгат. Тиштердин кан менен камсыздалышы жогорку жаак артериясынын бутактары аркылуу ишке ашат. Жогорку жаактагы тиштерге алдыңкы жана арткы жогорку альвеолярдык артериялар келет, алардан тиштерге, бүлөө жана тиш уячаларынын дубалдарына кеткен майда бутактар тарайт. Төмөнкү жаактын тиштерине жогорку жаак артериясынан төмөнкү альвеолярдык артерия бутакталып чыгат. Ал төмөнкү жаак каналынан өтүп, ошол жерде тиш жана аралык альвеолярдык бутактарды берет. Тиш артериялар тамырдын уч жагындагы тешиктер аркылуу тиштин тамыр каналдарына кирип, тиш пульпасынын ичинде бутакталып тарайт.

Ошол эле аталыштагы коштоочу веналар тиштеги канды pterygooid (канат сымал) веноздук өрүккө агызышат. Беттин терең аймактарынан (чайноочу булчуңдар жана ооз органдары) веноздук кан убактылуу жана жаак веналары, туурасынан өтүүчү вена жана аркы-терки чырмалышкан кан тамырлар аркылуу ретромандибулярдык венага чогулат. Бет-жаак аймагынан чыккан жалпы вена өзөгү ички күрөө тамырга куюлат.

Бет-жаак органдарынын терең жана үстүнкү веналарында көп сандаган анастомоздор бар, алар инфекциянын таралышынын потенциалдуу жолу болуп саналат: мисалы, бет-жаакта жайгашкан сыздоктор, инфекция көздүн оюгунун веналары аркылуу интракраниалдык синустарга жана мээ кабыктарына кириши мүмкүн.

Бет-жаак органдарынын инервациясы

Ооз көңдөйүнүн органдары кыймылдаткыч, сезгич, даам сезүүчү жана секретордук нерв булактары менен камсыздалат. Баш мээнин 12 жуп нервинин ичинен ооз көңдөйү менен жутуу иннервациясына үч бутактуу нерв**,** бет нерви**,** тил-жуткуч нерв**,** кыймылдуу (блуждающий) нерв жана тил алдындагы нерв катышат.

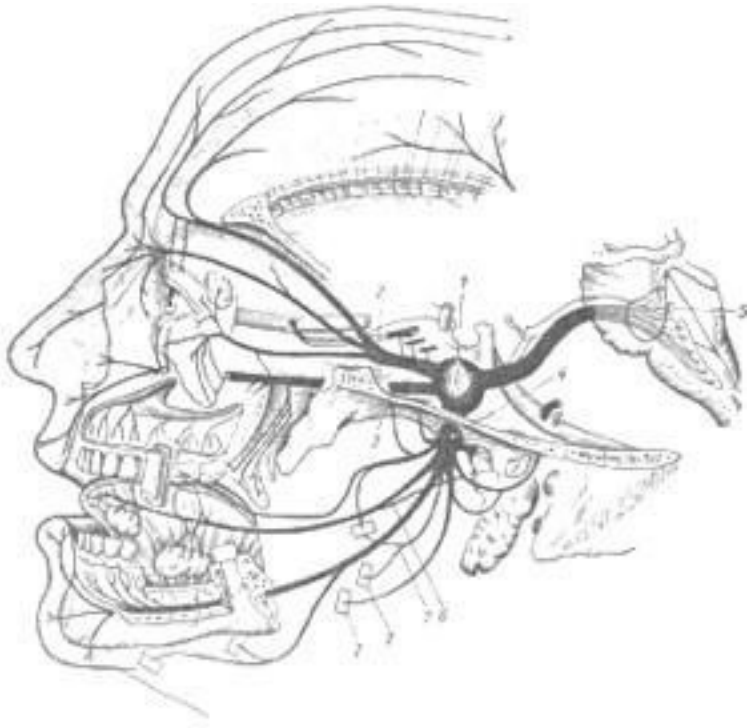
Ооз көңдөйүнүн дубалдарын жана органдарын иннервациялоочу беш нервдин баарында тең мээ сабагынын өзөктөрү бар. Бул ядролор кыймылдаткыч, сезүү жана вегетативдик болуп бөлүнөт.

Үч бутактуу нерв курамында аралаш, сезүү жана кыймылдаткыч жипчелер бар. Чайнагыч булчуңдарды, беттин терисин жана мээнин алдыңкы бөлүгүн, ошондой эле ооз көңдөйүнүн былжыр челдерин жана бездерин иннервациялайт. Анын үч негизги бутактары бар: көз нерви, жогорку жаак жана төмөнкү жаак нервдери (9-сүрөт).

Тиштер үч бутактуу нервдин бутактары жана вегетативдик түйүндөрдөн чыккан бутактар аркылуу иннервацияланат. Жогорку жаактагы тиштер жогорку альвеолярдык нервдер тарабынан иннервацияланат: кесүүчү тиштер - алардын алдыңкы бутактары менен, премолярлар - ортоңку бутак аркылуу, молярлар - арткы бутактары аркылуу. Жогорку альвеолярдык нервдердин бардык бутактары **жогорку тиш өрмөсүн** (сплетение) түзөт, андан жогорку тиш бутактары тиштерге, ал эми жогорку кызыл өңгөч бутактары кызыл өңгөчкө жана тиш уячаларынын дубалдарына багыт алат.

Төмөнкү жаактагы тиштер төмөнкү альвеолярдык нерв тарабынан иннервацияланат, анын бутактары **төмөнкү тиш өрмөсүн** түзөт. Ал төмөнкү тиш бутактарын тиштерге жана төмөнкү бүлөө бутактарын бүлөөгө жана тиш уячаларынын дубалдарына берет.

Тиш нервдери кан тамырлар менен кошо тиштин көңдөйүнө апикалдык (тамыр учундагы) тешик аркылуу кирип, пульпанын ткандарында бутакталып тарайт.



W

9- сүрөт. Үч бутактуу нервдин түзүлүшүнүн диаграммасы.
1 - тригеминалдык ганглион; 2 - офтальмикалык нерв; 3 - жаак нерви; 4 - мандибулярдык нерв; 5 - төртүнчү карынчанын кабаты; 6 - тилдик нерв; 7 - чайноочу булчуңдардын нервдери.

Бет нервинин кыймылдаткыч жипчелери (аралык бет нервдери) биринчи кезекте беттин булчуңдарын, жарым-жартылай ооз түбүнүн булчуңдарын иннервациялайт. Аралык нерв - n. intermedius мээден өз алдынча өзөкчө болуп чыгып, вегетативдик жана даам сезүүчү жипчелерден турат жана бет нервине убактылуу сөөктүн пирамидасынын ичинде кошулат.

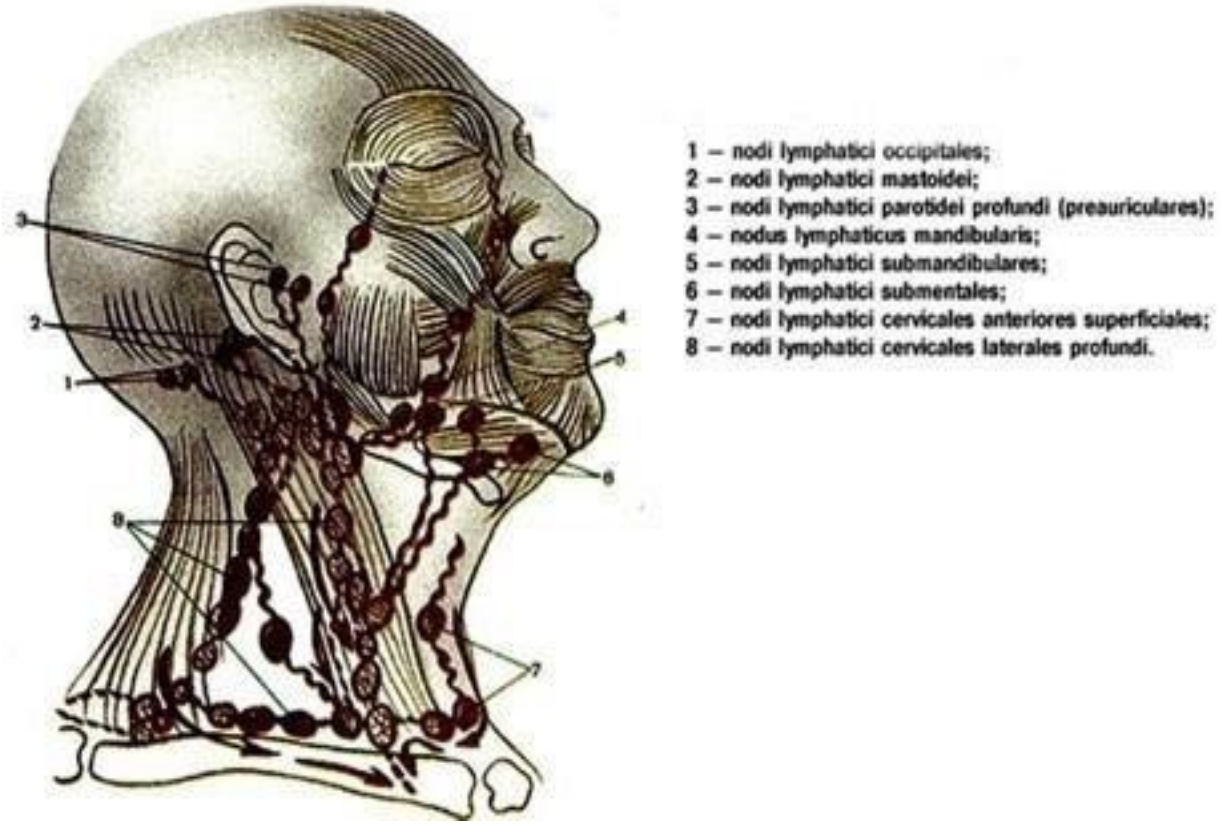
Тил-жуткуч нерви тилдин арткы үчтөн бир бөлүгүндөгү былжыр челди, таңдай доолорун, жуткучту жана кулак безин нервациялайт. Ошондой эле тилдин арткы үчтөн бир бөлүгүндөгү даам жипчелерин алып жүрөт. Келүүчү нерв жумшак таңдайдын булчуңдарын иннервациялайт. Глоссофарингеалдык жана бет нервдери менен бириктирүүчү бутактарды түзөт.

Бет-жаак органдарынын лимфа системасы

Бет-жаак аймагынан чыккан лимфа түйүндөрүндө чогулат:

1. Чачтын лимфа бездери – кулак жана сырткы угуу каналынын маңдайында кулак сырткы шилекей безинде жайгашкан.
2. Жуткуч артындагы лимфа түйүндөрү - ретрофарингеалдык мейкиндикте фаренхтин оозеки бөлүгүнүн деңгээлинде жайгашкан.
3. Уурт лимфа түйүндөрү - букцинатор булчуңунун сырткы бетинде жайгашкан.
4. Мандибулярдык лимфа бездери - бет артериясы менен венанын ортосундагы мандибулярдын денесинин алдыңкы бетинде жайгашкан.
5. Субменталдык лимфа бездери - субменталды аймакта жайгашкан.
6. Жаак алдындагы лимфа бездери - жаак алдындагы үч бурчтукта жайгашкан.

Көрсөтүлгөн лимфа түйүндөрүнөн лимфанын үстүңкү жана терең моюн лимфа түйүндөрүнө куят (10-сүрөт).



10- сүрөт. Бет-жаак аймагынын лимфа бездери.

1 — **nodi lymphatici occipitales**
→ Желке (балдиз) лимфа түйүндөрү
2 — **nodi lymphatici mastoidei**
→ Сомчун (мастоид) лимфа түйүндөрү
3 — **nodi lymphatici parotidei profundi (preauriculares)**
→ Терең кулак алды (преаурикулярдык) лимфа түйүндөрү
4 — **nodus lymphaticus mandibularis**
→ Жаак (мандибулярдык) лимфа түйүнү
5 — **nodi lymphatici submandibulares**
→ Жаак асты лимфа түйүндөрү
6 — **nodi lymphatici submentales**
→ Ээк асты лимфа түйүндөрү
7 — **nodi lymphatici cervicales anteriores superficiales**
→ Моюндун алдындагы үстүрт лимфа түйүндөрү
8 — **nodi lymphatici cervicales laterales profundi**
→ Моюндун терең каптал лимфа түйүндөрү

Шилекей бездери

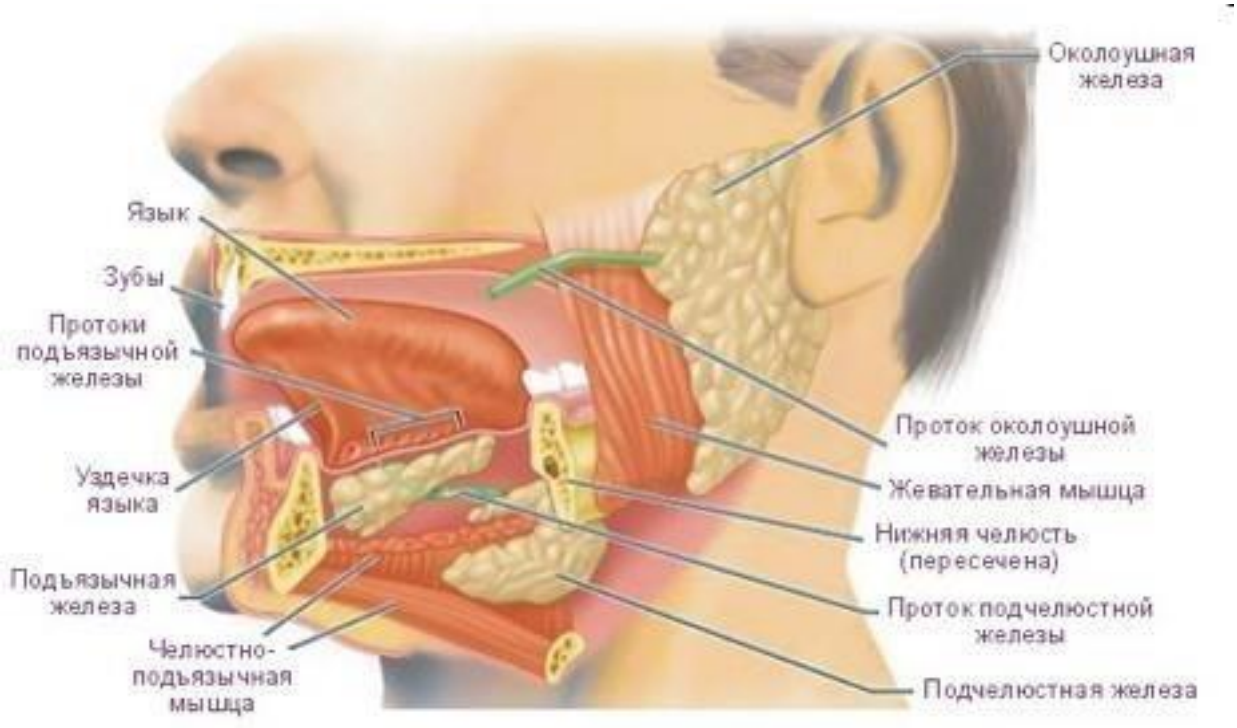
Бет-жаак анатомиясында үч жуп ири шилекей бездери (11-сүрөт) жана көп (1000ге чейин) майдалары бар, алар ооздун былжырлуу челинде (ОБК) чачыранды абалында жайгашкан.

Бездердин эң чоңу кулак жанындагы шилекей бези болуп саналат, ал сырткы угуу каналынын алдындагы чайноочу булчуң менен кулактын артында өскөн булчуңунда жайгашкан. Бездин бөлүкчөлөрү өз секреттерин бир түтүккө агызышат, ал экинчи үстүнкү азуу тишинин деңгээлинде ооз көңдөйүнө ачылат. Бул түтүк стеноздук канал деп аталат.

Экинчи ***жаак астындагы чоң шилекей бези*** ооздун түбүндө төмөнкү жаак бурчуна жакын жайгашкан. Тилдин астындагы ооздун түбүндө бөлүп чыгаруучу түтүк (Вартон түтүгү) ачылат.

Тил астындагы шилекей бези ооз көңдөйүнүн түбүндө төмөнкү жаактын денесинде,жаак астындагы бездин ортосунда жайгашкан. Анын түтүгү жаак астындагы бездин түтүгү менен биригип, бир түтүккө, Вартон түтүгүнө ачылат.

Жашына, тамактын даамына, бездердин абалына жараша адам суткасына 1,2-2 литр шилекей бөлүп чыгарат.



11- сүрөт. Негизги шилекей бездери.

Язык – Тил
Зубы – Тиштер
Протоки подъязычной железы – Тил алдындагы бездин түтүкчөлөрү
Уздечка языка – Тилдин жабыны (уздечкасы)
Подъязычная железа – Тил алдындагы шилекей бези
Челюстно-подъязычная мышца – Этектин-тил алдындагы булчуң (же *жак-тил алдындагы булчуң*)
Околоушная железа – Кулак алдындагы шилекей бези
Проток околоушной железы – Кулак алдындагы бездин түтүкчөсү
Жевательная мышца – Чайноо булчуңу
Нижняя челюсть (пересечена) – Төмөнкү жаак (кесилген)
Проток подчелюстной железы – Жаак алдындагы бездин түтүгү
Подчелюстная железа – Жаак алдындагы шилекей бези

Бет-жаак органдарынын функциялары

Негизги функциялары болуп төмөнкүлөр саналат:
1) Тамак-ашты механикалык түрдө иштетүү. Кылдат чайноо, майдалоо, аралаштыруу жана нымдоо кызыл өңгөчтүн былжыр челинин бузулушун алдын алат жана тамак-аштын жумшак, жылмакай өтүшүнө өбөлгө түзөт.
2) Тамак-аш азыктарын химиялык кайра иштетүү. Аш сиңирүүнүн биринчи этабы шилекейдеги птиалин ферментинин катышуусу менен ишке ашат, ал көптөгөн полисахариддерди дисахариддерге ажыратат.
3) Үн чыгаруу.
4) Дем алуу.
5) Сенсордук (аналитикалык) функция. Ооздун былжыр челинин рецепторлору сезимталдык, температура, даам, физикалык жана химиялык дүүлүктүргүчүлөрдү кабыл алышат.

Стоматологиялык формула

Стоматологиялык формула – тиштердин тартибин жазган атайын таблица. Жеке тиштер же тиш топтору сандар же сандар менен тамгалар менен көрсөтүлөт.

Чоң адамдын стоматологиялык формуласы

1. Зигмонд-Палмер системасы. Бул система Россияда эң кеңири колдонулат. Бул система боюнча горизонталдуу сызык тиштин үстүнкү же астыңкы жаакка тиешелүү экендигин, ал эми вертикаль (тик) сызык оң же сол капталга тиешелүү экендигин көрсөтөт. Туруктуу тиштер араб цифралары менен белгиленет.

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

W

1 квадрант	2 квадрант
4 квадрант	3 квадрант

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

W

Убактылуу тиштердин стоматологиялык формуласы

1. Зигмонд-Палмер. Убактылуу тиштер рим цифрасы менен белгиленет.

V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V

W

2. Эки орундуу система. Учурда колдонулууда, ал FDI (Эл аралык стоматологдор ассоциациясы) тарабынан кабыл алынган жана Россиянын стоматологиялык ассоциациясы тарабынан сунушталган. Бул система ар бир тиштин иреттик санынаквадранттын номерин кошот.

5 квадрант	6 квадрант
8 квадрант	7 квадрант

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

W

5 квадрат → 5 квадрат (же *5-чейрек/5-бөлүк*, бирок техникалык термин болсо «квадрат» өзгөрбөйт)
6 квадрат → 6 квадрат
8 квадрат → 8 квадрат
7 квадрат → 7 квадрат

Негизги адабияттар:

Биоэтика: медициналык жогорку окуу жайларынын студенттери үчүн окуу куралы / Ю. М. Хрусталев. – Москва: Медицина, 2011.
Медицинанын тарыхы: окуу китеби / Ю. П. Лисицын. – Москва: Гэотар-Медиа, 2011.
Максимовский Ю.М., Митронин А.В.**Терапиялык стоматология.** – Москва: Гэотар-Медиа, 2012. – 322 бет.
Терапевтикалык стоматология: окуу китеби: 3 бөлүктөн турат. 3-бөлүк. Ооз көңдөйүнүн былжыр чел кабыгынын оорулары / проф. Г. М. Барердин редакциясы алдында. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 245 бет.
Хирургиялык стоматология: окуу китеби / Афанасьев В.В. – Москва: Гэотар-Медиа, 2011.

Кошумча адабияттар:

Хирургиялык стоматология жана бет-жаак хирургиясы кафедрасынын илимий-изилдөө иши: монография / Ивасенко П.И. ж.б. – Омск: ОмГМА басмасы, 2007.
Терапиялык стоматология. Пародонт оорулары: окуу китеби: 3 бөлүктөн турат / ред. Г. М. Барердин жетекчилиги алдында. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 2-бөлүк. – 224 бет: иллюстрациялар менен.

2-сабак. Дентофациалдык аномалиялар түшүнүгү, диагностикасы жана дарылоо принциптери. Бет-жаак органдарынын куракка байланыштуу өзгөрүүлөрү. Стоматологияда колдонулуучу заманбап диагностикалык методдор.

Дентоальвеолярдык аномалиялар — тиш-альвеола аппаратынын түзүлүшүнүн жана ишинин аномалиялары, ага үстүңкү жана астыңкы жаак, тиш аркалары, чайноо булчуңдары, жаак муундары, тил кирет; бүтүндөй стоматологиялык доолордун жана айрым тиштердин жабылышынын бузулушу менен мүнөздөлөт, бул булчуң-артикуляр системасынын иштешинин бузулушуна алып келет, же алардын кесепети тиет.

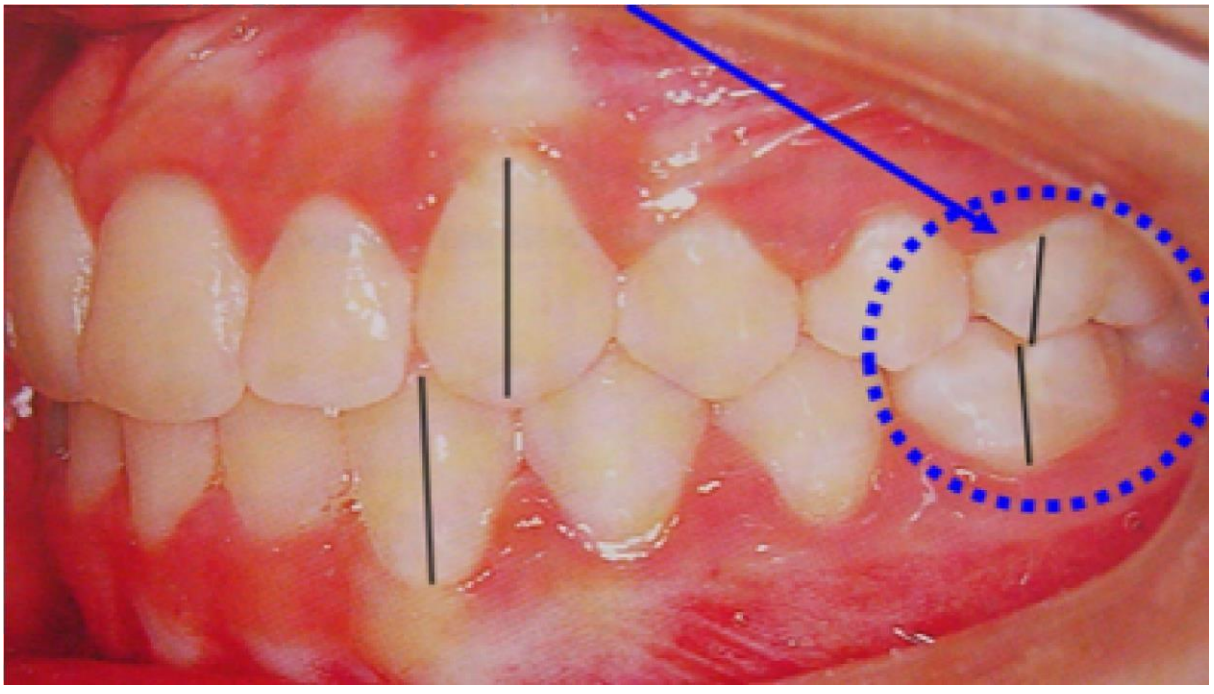
Дентофациалдык аномалиялардын классификациясы үч тегиздиктеги тиш доолорунун туура эмес жайгашуусун, ошондой эле айрым тиштердин туура эмес жайгашуусун аныктоону камтыйт.

Сагитталдык тегиздиктеги окклюзиянын бузулушу:

Э.Энглянын классификациясы (1889).

I класс. Нейтралдуу окклюзия. Ал жогорку жана төмөнкү жаактагы I туруктуу азуу тиштердин (6-тиштердин) мындайча жабылышы менен мүнөздөлөт: жогорку азуу тиштин медиалдык жаактык дөбөсү (бугору) төмөнкү азуу тиштин дөбөсу (бугор) аралык жаракасына туура келет (12-сүр.). Тиштердин жабылышы тиш катарларынын алдыңкы бөлүгүндө бузулушу мүмкүн.

Биринчи туруктуу азуу тиштердин жабылышы “окклюзия ачкычы” деп аталат; бүтүндөй окклюзияны түзүү алардын өз убагында, туура жана чыгуу симметриялуулугуна жараша болот.



12- сүрөт. Нейтралдуу окклюзия.

Дентоальвеолярдык аномалиялардын

I класс боюнча Энгля классификациясы .

II класс. Дисталдык окклюзия. Ал төмөнкү жаактагы биринчи туруктуу азуу тиштин жогорку жаактагыга карата дисталдык жылышы менен

мүнөздөлөт. Эреже катары, кесүүчү тиштердин терең жабылышы (терең резецтик жабылыш) менен коштолот (13-сүр.).



13- сүрөт. Дисталдык окклюзия. Тиш-бет аномалияларынын Энгля классификациясы боюнча II класс.

III класс. Мезиалдык окклюзия. Ал төмөнкү жаактагы биринчи туруктуу азуу тиштин жогорку жаактагыга карата мезиалдык жылышы менен мүнөздөлөт. (14-сүрөт).



14- сүрөт. Мезиалдык окклюзия. Тиш-бет аномалияларынын Энгля классификациясы боюнча III класс.

Вертикалдык тегиздиктеги окклюзиянын бузулушу

Ал тиштердин вертикалдык тегиздикте, тиш катарларынын алдыңкы же каптал бөлүктөрүндө жабылбай калышы менен мүнөздөлөт. (15-сүрөт).



5-сүрөт. Вертикалдуу азуу кемтиги.

Вертикалдык резецтик дизокклюзия.

Терең жабылыш (терең тиштеш). Ал жогорку тиштердин төмөнкү тиштерди терең жаап калышы менен мүнөздөлөт (төмөнкү тиштин таажысынын бийиктигинин 1/3 бөлүгүнөн ашык) (16-сүрөт).



16- сүрөт. Терең тиштөө.

Туурасынан кеткен тегиздиктеги окклюзия каталары

Кайчылаш окклюзия. Бир жактуу же эки тараптуу таңдайлык окклюзия (17а-сүрөт) же тилдик окклюзия деп классификацияланат, ал туурасынан

кеткен тегиздикте үстүнкү жана астыңкы тиштердин фиссура-туберкулярдык жабылышынын бузулушу менен мүнөздөлөт. Таңдайлык окклюзия, адатта, төмөнкү тиш доосунун тарышы менен шартталган, ал эми тилдик окклюзия жогорку тиш доосунун тарышы менен шартталган.



17-сүрөт. Кайчылаш окклюзия

Айрым тиштердин чыгышынын жана жайгашуусунун аномалиялары.

Тиштердин ретенциясы. Тиштердин ретенциясы деп тиштин тамырынын 2/3 бөлүгү же андан көбү калыптанганына карабастан, тиш катарында өз убагында чыкпай калышын айтабыз. Ретенциянын негизги факторлору болуп төмөнкүлөр саналат: сүт тиштердин эрте жулунушу, тиш түйүлдүктөрүнүн жайгашуусундагы аномалиялар, тиш катарында тиш чыгышы үчүн орун жетишсиз болушу.



18-сүрөт. Ортопантомограмма. Тишти кармап туруу 2.3.

Дарылоо - аппараттык негизде. Чыкпай калган тиш хирургиялык жол менен ачыкка чыгарылат жана ортодонтиялык тартуу аппаратынын жардамы менен ортодонтиялык жол менен ордуна келтирилет (18-сүрөт). 3-тиш (8-тиш) кармалып турганда, алар көбүнчө сезгенүү процессинин булагы, 2-тиштин бузулушу же фолликулярдык кистанын өнүгүү булагы болуп кызмат кыла тургандыктан алынып салынат (19-сүрөт).



19-сүрөт. 3-төмөнкү тиштин кармалышы. 2-тиштин алыскы бетиндеги кариес.

Айрым тиштердин дистопиясы.

Дистопия деп тиштин тиш катарындагы туура эмес жайгашуусун айтабыз. Дистопияга көбүнчө кашка жана кыл кыйма тиштер (клыктар) дуушар болот, бул алардын чыгуу мөөнөтү менен байланыштуу (кесүүчү тиштерден жана премолярлардан кийин чыгат) (20-сүр.). Дарылоо аппараттык ыкма менен жүргүзүлөт.



а. б.

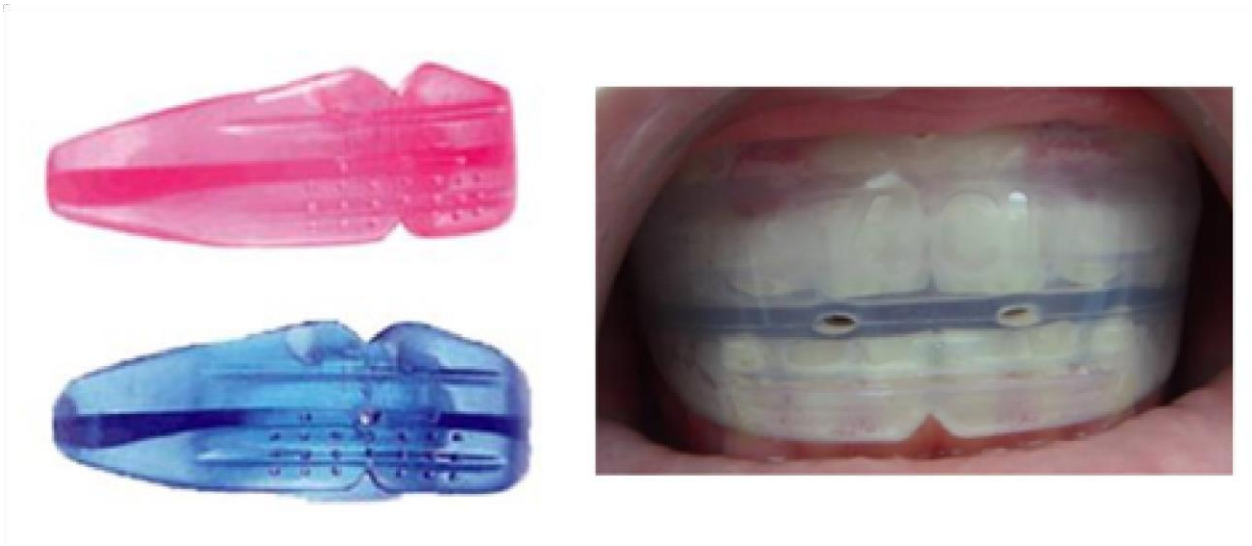
20-сүрөт. Жогорку кыл кыйма дистопиясы бар бейтапты аппараттык дарылоонун натыйжасы (а – дарылоого чейин, б – дарылоодон кийин).

Дисталдуу окклюзияны дарылоо.

Дисталдуу окклюзияны консервативдүү дарылоо бардык жаш курак мезгилдеринде төмөнкү жаакты ар түрдүү конструкциядагы аппараттардын жардамы менен алдыга жылдырууга багытталат. Алмашуучу тиштеш мезгилинде жеке жасалган алынуучу (21-сүр.) жана стандарттуу функционалдык аппараттар колдонулат (22-сүрөт).



21-сүрөт. Дисталдык окклюзияны дарылоо үчүн алмаштырып тиштөө мезгилиндеги жеке колдонууда алынуучу заказдык аппараттардын конструкциялары.



22-сүрөт. Дисталдык окклюзияны дарылоо үчүн аралаш тиштештирүүнү колдонуу мезгилинде алынуучу стандарттуу каппалар (эластопозиционерлер).

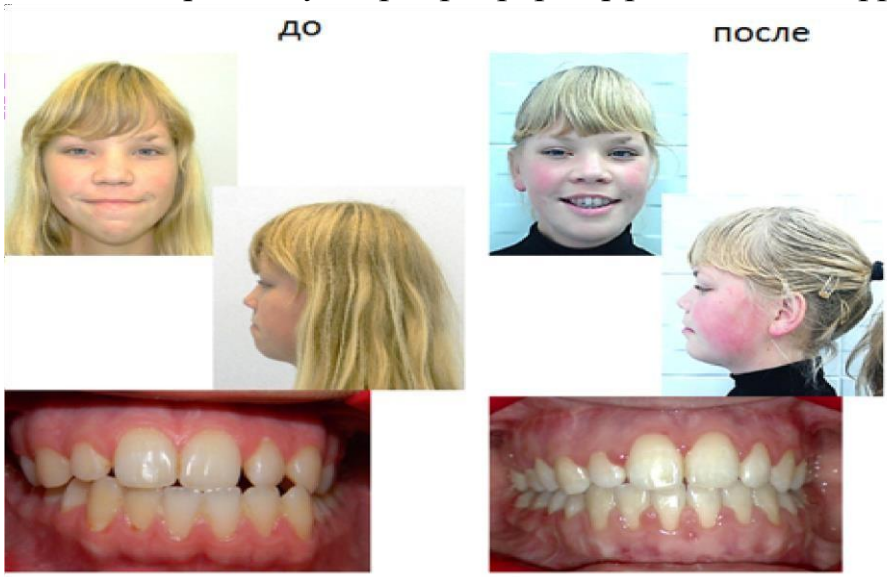
Туруктуу окклюзия мезгилинде дисталдык окклюзияны дарылоодо төмөнкү жаакты алдыга жылдыруу үчүн ар кандай кошумча аппараттар менен бирге стационардык ортодонтиялык аппараттарды (брекет-системаларды) колдонууну сунуштайт (22-сүрөт).

23-сүрөт. Туруктуу окклюзия мезгилиндеги дисталдык окклюзияны кошумча түзүлүштөр менен айкалыштырууда кронштейн системасын колдонуу менен дарылоо (а - серпилгич тартуу, б - астыңкы жаактын туруктуу пружинасы).

Скелеттин катуу деформациялары болгон учурда (төмөнкү сөөктүн көлөмүнүн олуттуу кыскарышы) хирургиялык окклюзияны калыбына келтирүү — проксималдык фрагменттин алдыга жылуусу менен жаак сөөктүн остеотомиясы жүргүзүлөт. Хирургиялык реконструкция тиш катарларын ортодонтиялык даярдоодон өткөргөндөн кийин жүргүзүлөт.

Мезиалдык окклюзияны дарылоо

Мезиалдык окклюзиянын 95%га чейин болгон учурлары скелеттик формага тиешелүү болуп, алар төмөнкү жаактын ашыкча өсүшү менен мүнөздөлөт. Консервативдик дарылоонун мүмкүнчүлүктөрү абдан чектелүү



болгондуктан, дарылоонун негизги ыкмасы — хирургиялык-ортодонтиялык ыкма болуп эсептелет. Хирургиялык реконструкциялоо тиштин доолорун

ортодонтиялык даярдоодон кийин жүргүзүлөт — тиштерди тегиздөө жана тиштин доосунун деформацияларын оңдоо (24-сүрөт).



24-сүрөт. Мезиалдык кайчылаш окклюзияны хирургиялык ортодонтиялык жол менен коррекциялоо. Үстүнкү жана астыңкы жаактардын остеотомиясы, алдын ала ортодонтиялык даярдыктан кийинки гениопластика.

Кайчылаш окклюзияны дарылоо.

Кайчылаш окклюзия көп учурда булчуң-муун дисфункциясынын белгилери менен коштолот, анткени муун башчаларынын муун чуңкурларындагы жайгашуусу өзгөрөт. Жогорку тиш катарынын тарылышына байланыштуу пайда болгон кайчылаш окклюзияны дарылоо алынбай турган ортодонтиялык техника менен жүргүзүлөт. Тиш катарын кеңейтүү үчүн кошумча шаймандар, ошондой эле жаак аралык тартуулар кеңири колдонулат (25-сүр.).

25-сүрөт. Жогорку тиштин аркасын кеңейтүү үчүн стационардык аппаратты колдонуу менен кайчылаш окклюзия жана вертикалдык дисокклюзиясы бар пациентти дарылоонун натыйжалары.

Бет-жаак аймагындагы куракка байланыштуу өзгөрүүлөр

Эмбриондук өнүгүү мезгили жана анын бузулушу

Адамдын тиш-альвеола тутумунун, ошондой эле бүтүндөй организмдин өсүү жана өнүгүү модели бир нече негизги принциптер менен мүнөздөлөт, аларды түшүнүү негизинен тиш-жаак аномалияларды диагностикалоого жана дарылоого туура мамилени аныктайт.

1. Убакыттын өтүшү менен дене мүчөлөрүнүн, өзгөчө беттин пропорционалдык мамилелеринин өзгөрүшү. Түйүлдүктүн өнүгүүсүнүн



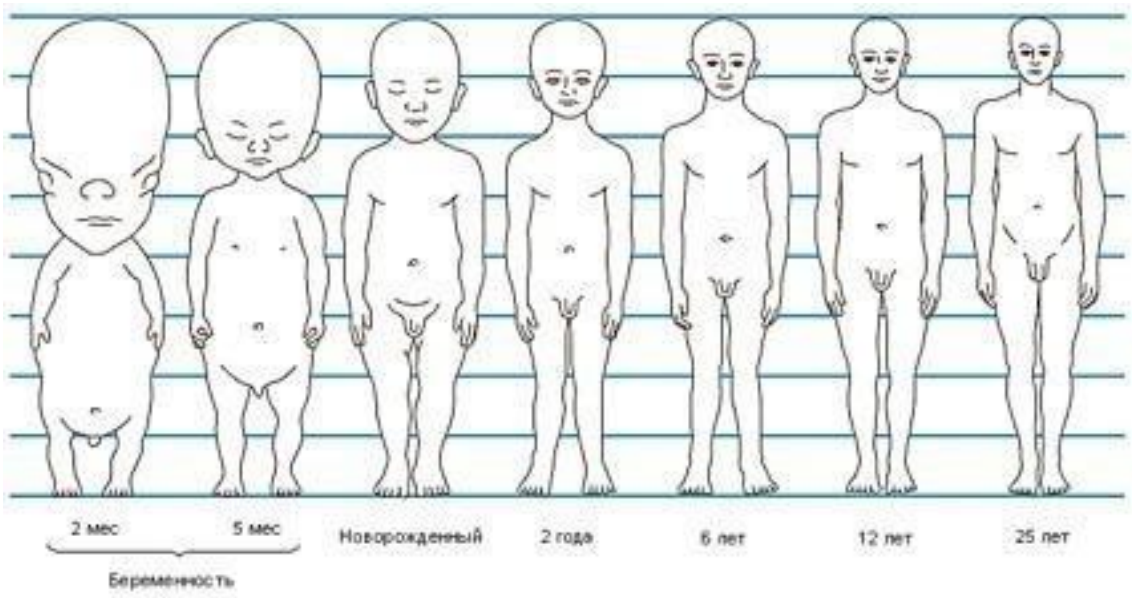
үчүнчү айында баш денеенин жалпы узундугунун дээрлик 50% ын түзөт; төрөлгөндө, бул пропорция 30% га чейин төмөндөйт жана скелеттин өсүшүнүн аягында 12% га чейин түшөт. Бул өзгөрүүлөр “цефалокаудалдык өсүү градиентинин” принцибине туура келет – баштан бутка чейин өнүгүү огунун болушу (26-сүрөт).

2. Ар кандай ткандардын өсүү темптери. Ошентип, өсүүнүн бир калыпта эместигинин себеби, баш, анын ичинде денеенин ар кайсы бөлүктөрүндө клеткалардын ар кандай темпте өсүп, топтолушуна байланыыштуу болот.

3. Өсүүнү болжолдоо.

4. Өсүү өзгөрүлмөлүүлүгү. Өсүү тенденцияларынын жана пропорционалдарынын ырааттуулугунун сакталышы, өсүүнүн чоңдугунда кандайдыр бир вариациялар бар, бирок алар нормалдуу деп эсептелет.

5. Өсүү жана өнүгүү мөөнөттөрүндөгү айырмачылыктар тукум куучулук, жашоо шарты, тамактануу, эндокриндик факторлор (атап айтканда, жыныстык жетилүүнүн башталышы), физикалык активдүүлүктүн болушу же жоктугу менен аныкталат.



26-сүрөт. Скелет өскөн сайын баш-дене пропорционалдык байланышынын өзгөрүшүнүн диаграммасы.

Өсүү органдарын жана түрлөрүн сыпаттоо жагынан баш-бет комплексин өнүктүрүүнүн ар кандай түрлөрү бар, аларды төрт зонага бөлүүгө болот.

1. Баш сөөк. Мембраналык оссификациядан (кемирчектерсиз) пайда болгон бир нече жалпак сөөктөн турат. Калыптануу жана өсүү сөөк бетинде периосталдык активдүүлүктүн натыйжасында, биринчи кезекте жик болгон жерлеринде, төрөттөн кийин дароо эмбөөлөр жабылганда, андан кийин жиктердин сөөктөнүшүндө пайда болот. Аппозициялык өсүү баш сөөктүн сырткы бети боюнча да байкалат, бир эле учурда ички бети боюнча сөөктүн алынышы, өсүү процессинде баш сөөктүн контурунун өзгөрүшүнө алып келет.

2. Баш сөөктүн негизи. Алгач кемирчек түрүндө пайда болуп, кийин эндохондралдык сөөктөнүү аркылуу сөөккө айланат. Бул жерде түйүлдүктүн өнүгүүсүнүн алгачкы этаптарында сөөктөнүү зоналары пайда болот, алар кийинчерээк клеткалык гиперплазия аркылуу өсүүнүн маанилүү зоналары болгон кемирчек синхондроздорду (сфеноиддик-желке, интерсфеноиддик, сфеноид-этмоиддик) сактап калат.

3. Мурун-жаак комплекси. Ал баш сөөктү, баш сөөктүн түбүнө туташтырган жиктердеги мембрана ичиндеги сөөктөнүүдөн жана жогорку кайра түзүлүүсүнөн. Акыркысы баш сөөктүн пайда болушунда, баш сөөгүнө караганда маанилүү роль ойнойт. Бет-жаак бөлүгүнүн өнүгүп-өсүшүндө жогорку жаак ылдый жана алдыга жылат («баш сөөктүн астынан»).

4. Төмөнкү жаак. Эндохондралдык жана периосталдык активдүүлүк аркылуу өнүгөт. Төмөнкү жаактын бетин каптаган кемирчек гиперплазияга, гипертрофияга жана эндохондралдык алмаштырууга дуушар болот. Жаак сөөктүн калган бөлүктөрү беттин аппозициялык өсүшү аркылуу өсөт.

“Эмбриондук өнүгүү учурунда пайда болгон жана жаак-бет аймагынын нормалдуу калыптанышын түздөн-түз бузган эң маанилүү патологиялардын бири — үстүңкү эриндин жана таңдайдын тубаса ажырыгы (несращения)”.

Эрин жана таңдайдын тубаса жырыктары адамдардын өнүгүүсүнүн кеңири таралган кемчилиги болуп саналат, ал бардык тубаса патологиялардын болжол менен 30%ын түзөт. ДСУнун маалыматы боюнча балдардын эрин жана таңдайынын тубаса жырыгынын оорусу 1000 жаңы төрөлгөн ымыркайга 0,5-1,5; Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин маалыматы боюнча ооздун былжыр челинин оорулары стоматоологиялык оорулардын жалпы санынын 3-5%ын түзөт. 1000ге 0,6-5,3 түзөт. Акыркы 100 жылдын ичинде жырык менен төрөлгөндөрдүн саны үч эсеге өстү, кийинки 50 жылда дагы эки эсе көбөйөт деп болжолдонууда. Бул тенденцияны айлана-чөйрөдөгү тератогендердин деңгээлинин жогорулашы жана медициналык реабилитациянын деңгээлинин жогорулашынан улам генетикалык алып жүрүүчүлөрдүн санынын көбөйүшү менен түшүндүрүүгө болот. Ата-энесинин биринде бул патологиясы бар үй-бүлөлөрдөгү балдардын төрөлүүсү 20дан 1ди түзөт.

Эрин жана таңдайдын тубаса жырыгынын этиологиясы толук изилденген эмес. Бул жеке жатын ичиндеги өнүгүүнүн көп факторлуу бузулушу деп эсептелет. Себептери күчтүү тукум куучулук (эрин жана таңдайдын жырыктары синдромдун бир бөлүгү катары болушу мүмкүн), кош бойлуулуктун алгачкы 8 жумасындагы вирустук инфекциялар, иондоштуруучу нурлануу, витаминдердин жетишсиздиги, стресс жана травма болуп эсептелет.

Үстүнкү эрин менен таңдайдын жырыктары төмөнкүдөй классификацияланат: эриндин, альвеолярдык өсүндүнүн, жумшак таңдайдын жана катуу таңдайдын обочолонгон биригүүлөрү; жана катуу таңдай менен альвеолярдык өсүндүнүн, эрин менен катуу таңдайдын, катуу жана жумшак таңдайдын бириккен биригүүлөрү. Биригүү да бир тараптуу жана эки тараптуу болуп бөлүнөт. Үстүнкү эриндин бирикпөөсү жатын ичиндеги өнүгүүнүн 6-жумасында ортоңку мурун жана каптал мурун өсүндүлөрүнүн жетишсиз биригүү натыйжасында пайда болот. Алар бир тараптуу (оң жак,

сол жак) жана эки тараптуу (симметриялуу жана ассиметриялуу) болушу мүмкүн; жарым-жартылай – кемтик мурундун түбүнө чейин тарайт, же толук – кемтик төмөнкү мурун өткөөлүнө чейин тарайт.

Эриндин толук жаракасы 60% учурда альвеолярдык өсүндүнүн, катуу таңдайдын жана жумшак таңдайдын эринининдa жыртыгы болот. Ортоңку эрин (өтө сейрек) да байкалат, ал үстүнкү эриндин орто сызыгын бойлой теринин вертикалдуу чөгүшү менен мүнөздөлөт, анын астында ооздун тегерек (orbicularis oris) булчуңунун бөлүнүшү көрүнүп турат.

Сейрек учурларда эки эриндин тубаса жаракалары байкалат.

Таңдай жыртыгы мурун менен ооз көңдөйүнүн ортосунда кенен тешиктин болушу менен мүнөздөлөт, бул дем алуунун, тамактануунун жана сүйлөөнүн бузулушуна алып келет. Таңдай жыртыктары жалпысынан толук эмес же толук, сол капталдуу же оң капталдуу жана бүткүл катмары боюнча же толук эмес болуп бөлүнөт.

Толук эмес кошулмалар кичине тилге чейин (uvula) жана/же жумшак таңдайга чейин созулат. Толук жоондуктагы бирикмелер бүт катуу таңдайга жана альвеолярдык өсүндүгө, анын ичинде жумшак таңдайга жана кчине тилге чейин тарайт.

Бир жактуу таңдай жырыктарынын арасында сол жактуулар көбүрөөк кездешет. Эки тараптуу жаракалар көбүнчө альвеолярдык өсүндүнүн жана эриндин эки тараптуу жаракалары менен байланышкан. Бул учурда, таңдай таканчыгы пластиналар менен бириге албайт. Жаактардын ортосундагы сөөк таканчык менен бирге алдыга чыгып турат.

Жумшак жана катуу таңдайдын (суббылжырлуу) жашыруун биригүүлөрүсейрек кездешет. Бул ажырым жумшак таңдайдын эки жарымынын, кээде катуу таңдайдын да булчуңдарынын биригүүсүн камтыйт.

Беттин тубаса биригип калбашы өнүгүүнүн оор кемчилиги болуп саналат, ал функциянын олуттуу бузулушуна алып келет – соруу, жутуу жана андан кийин чайноо, бул өз кезегинде баланын өнүгүүсүнүн артта калышына алып келет, ал эми кээде, ооздогу соруу инстинкти жок болгондорду, өмүрүнүн биринчи жумаларында эле өлүмгө алып келет. Үндүн туура түзүлүшү бузулат, үндөрдүн мурун тыбышында жетишпестиктер болгондуктан, жаш өткөн сайын сүйлөө кемчилиги пайда болот, сүйлөө начарлайт.

Үстүнкү эрин менен таңдайы бирикпеген балдарды дарылоо этап-этап менен болуучу дыкат мамилени камтыйт, бул анатомия, функция жана эстетика жагынан канааттандырарлык реабилитациялык натыйжаларды алууга мүмкүндүк берет (27-сүрөт).

Хирургиялык аракеттерди жасоонун алдында неонаталдык кийлигишүүнү жүзөгө ашыруу үчүн алдын ала хирургиялык ортодонтиялык даярдоо иштери жүргүзүлөт . Анын максаты - жогорку жаактын бөлүнгөн сегменттериндеги дефекттин өлчөмүн азайтуучу абалга келтирүү үчүн аппараттарды колдонуу, аны кийинки хирургиялык оңдоого жеңилдетүү. Бул атайын калыптандыруучу пластиналар, тышкы тартылуу жана кысуучу таңгычты колдонуу аркылуу ишке ашат. Келечекте ортодонтиялык дарылоону жана протездөөнү жеңилдеткен дарылоонун эң маанилүү

этаптарынын бири альвеолярдык өсүндүнүн аутоостеопластикасы болуп саналат.

Таңдайдын кемтигин жумшак ткандардын капкагын алгачкы хирургиялык жол менен тиккенден кийин альвеолярдык сөөк түзүлбөйт, сөөк кемтиги калат, аны жоюунун эң жакшы жолу – сөөктүн жарылып чыгуу жолунда сөөктүн чыгышын козгоо. Бул толук кандуу альвеолярдык сөөктү жаратат жана бирикпеген аймактагы тиштердин тамырлары сөөк тосмолорунан колдоо алат. Бул жол-жобо киргизилгенге чейин, бирикпеген аймактардагы тиштер патологиялык чөнтөкчөлөрдү пайда кылуу аркылуу тишти тез жоготуу мүмкүнчүлүгү менен начар байланыш болгон.



27-сүрөт. Жогорку эриндин, альвеолярдык процесстин жана таңдайынын эки тараптуу ажырымы бар пациентти комплекстүү дарылоонун натыйжалары.

Жаңы төрөлгөн (неонаталдык) мезгил

Адамдын тиш системасы төрөлгөндө төмөнкүдөй өзгөчөлүктөргө ээ:

1. Төмөнкү жаактын дисталдык абалы (физиологиялык ретрогнатия). Бул тукум куучулук жолдорунан өтүүгө ылайыкташкан физиологиялык абал болуп саналат. Кийинчерээк ал табигый эмизүү процесси учурунда жоюлат – бала эмүү учурунда тили менен үрптү таңдайга басып, натыйжада төмөнкү жаак алдыга жылат (28-сүр.). Табигый эмизүүнүн жетишсиз узактыгы, тукум куучулук факторлор менен бирге, терең дисталдуу окклюзиянын пайда болушунун бир себеби болуп эсептелет. Жаңы төрөлгөн балада дароо коррекцияны талап кылган патология – уздечкасынын абдан кыскаргандыгы, натыйжада табигый да, жасалма да эмизүү мүмкүн эмес. Оперативдик кийлигишүү биринчи сааттарда тил ооздукчасынын горизонталдык кесилишин жүргүзүүнү жана дароо эмизүүгө коюуну камтыйт.

2. Бардык негизги тиштердин, биринчи туруктуу азуу тиштердин жана азуу тиштердин түйүлдүктөрүнүн болушу. Эненин оорулары (биринчи кезекте жугуштуу оорулар жана антибиотик терапиясы) бул тиштердин катуу ткандарынын түзүлүшүнүн бузулушуна алып келиши мүмкүн.

28-сүрөт. Эмчек эмизүү учурунда астыңкы жаактын жылышынын диаграммасы.

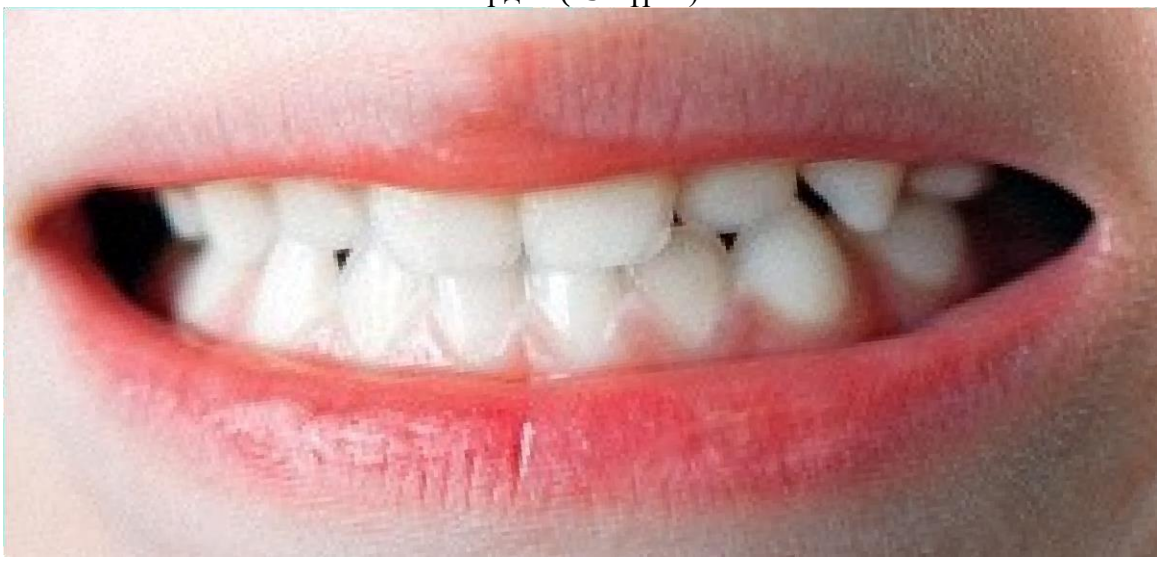
Сүт тиштердин калыптануу мезгили.

Ал төмөнкүдөй этаптарга бөлүнөт: 1. **Калыптанып жаткан сүт тиштер** – биринчи сүт тиш чыккандан баштап 6–36 айга чейин; бул мезгилде 1,5–3 жаш курагында жаактар активдүү өсөт. 2. **Толук калыптанган сүт тиштер** – 36–54 айга чейин; бул мезгилде жаактын өсүшү жайлайт жана сүт тиштердин тамырлары толук калыптанат (1-табл.).

1-Таблица. Убактылуу тиштердин пайда болуу мөөнөтү.

Тиштер	Тиштин түптөлө башташы	Тиш чыгаруу	Тамырдын калыптанышы
Маңдай тиштер	14 жума. (т/м)	6-8 ай	18 ай
Каптал азуу тиштери	16 жума. (т/м)	8-11 ай	18-24 ай
Кыл кыймалар	17 жума (т/м)	10-20 ай	38-40 ай
Биринчи молярлар	19 жума (т/м)	10-16 ай	30-40 ай
Экинчи молярлар	18-19 жума. (т/м)	20-30 ай	36 ай

Калыптанган убактылуу тиштөө мезгили 20 убактылуу тиштин болушу менен мүнөздөлөт, тиш доолорунун формасы жарым тегерек, тиштердин жабылышы бекем жана бирдей (29-сүрөт).



29-сүрөт. Калыптанган убактылуу тиштердин тиштөөсү.

Убактылуу тиштердин тиштөө патологиясы

Адентия. Тиш доолору деформациялганда, ошондой эле тиштердин жетишсиздигинен улам жаактардын олуттуу туура эмес жайгашуусу болгон учурда алынуучу дарылоочу-профилактикалык аппараттарды колдонуу көрсөтүлөт.

Жаман адаттар. Аларга төмөнкүлөр кирет: буюмдарды соруу адаттары (бармактарды, эриндерди, жаактарды же буюмдарды), инфантилдик жутуу жана ооз менен дем алуусу (аденоиддер же тубаса мурун тосмосунун кыйшайышы сыяктуу мурундун демине объективдүү тоскоолдуктар болбогондо). Начар соргуч адаттар, адатта, туруктуу, кайталанма чыңалуудан улам тиштин деформациясына же айрым тиштердин туура эмес жайгашуусуна алып келет. Андан кийин деформация бала соруп жаткан нерсеге же манжага ылайык келет. Жаман адат тез арада оңдолсо, деформация өзүнөн өзү оңдолот жана инструменталдык оңдоону талап кылбайт. Ал эми зыяндуу адат менен күрөшүү сөзсүз түрдө анын өнүгүшүнө алып келген факторлорду талдоону камтышы керек (мурдагы эмчектен ажыратуу, баланын психо-эмоциялык стресси, үй-бүлөдөгү туруктуу эмес эмоционалдык абал ж.б.), жана көп учурда стоматолог-ортодонт менен кеңешүүдөн тышкары үй-бүлөлүк-психологиялык кеңешүүнү да камтыйт. Инфантилдик жутуу (балалыктагы жутуу) тилди тиштердин арасына жылдырып, шилекейди жутууга аракет кылганда ооздун тегерек булчуңун чыңдоого мүнөздүү. Жогорку жана төмөнкү кесүүчү тиштер чыгууда, тил ооздун таңдайга өтүп, жутууда жогорку тиштердин артындагы альвеолаларгатийиши керек. Бул функционалдык өтүш болбогондо, аны инфантилдик жутуу деп мүнөздөшөт. Бул абал өтө тез убакытта жогорку жана төмөнкү жаактын алдыңкы тиштеринин багытын алдыңкы жагына бурдуруп, тиштердин ортосунда вертикалдык боштукту пайда кылат. Мындан тышкары, инфантильдик жутуу тилинин уздечкасынын кыскаргандыгына байланыштуу болушу мүмкүн, ал эмчек эмүүгө тоскоол болбогондуктан айрым учурда байкалбайт, бирок тилдин таңдайга жылышына тоскоолдук кылат. Дарылоо абалдын себебине жараша жүргүзүлөт.

Анатомиялык бузулуулар болбосо, зыяндуу адаттын алдын алуу жана дарылоо үчүн тилдин булчуңун чыңдоого жана тилди таңдайга таянып тыгыз жутуу кылууга үйрөткөн миогимнастика абдан эффективдүү (режим – оюн түрүндө, күнүгө 2 жолу, ар биринин узактыгы 20 мүнөт). Бул көнүгүүлөр ошондой эле тиштик үндөрдү жана «р» тамгасын туура айтууда жардам берет. Тилдин жиби (уздечкасы) кыскарып калган учурда, хирургиялык кийлигишүүнүн зарылдыгы аныкталат, ал Лимбергдин методикасына ылайык, уздечканы каршы үч бурчтук лоскуттар менен пластика кылууну камтыйт. Горизонталдык кесүү тыюу салынат, анткени бул жаракаттын шишип, жабышып калуу ыктымалдыгы жогору болуп, тилдин байламчасынын кыскарышына алып келиши мүмкүн. Ооз аркылуу дем алуу объективдүү тоскоолдуктардан улам болушу мүмкүн (аденоиддер, тукумдук мурун септумунун ийрилиги) же жогоруда көрсөтүлгөн факторлор жоюлгандан кийин калып калган зыяндуу адат болуп саналат. Жаак булчуңунун тонусу жогору болгондон улам ооз аркылуу дем алуу пайда болсо, бул тиш катарларынын, негизинен, жогорку тиш катарларынын

тарылышына алып келет, оор учурларда «готикалык таңдай» жана ачык тиштеш пайда болуп, кийинчерээк консервативдүү дарылоо менен оңдоого кыйын болот. Аденоид ткани 5–6 жашка келгенде өз алдынча кичирейиши керек, эгер андай болбосо, аны хирургиялык жол менен алып салуу маселеси каралат. Эгерде аденоид тканынын ашыкча өсүшү жана олуттуу түрдө мурун аркылуу дем алууну бөгөсө, хирургиялык дарылоо жөнүндө маселе дагы эрте кураста каралат. Туулгандан бери мурундун септумачынын бурмаланышы жана анын натыйжасында пайда болгон вазомотордук ринит аллергиялык риниттен айырмалануу керек. Биринчи учурда хирургиялык дарылоо каралат, экинчисинде – десенсибилизирлөөчү терапия дайындалат. Мурун жолдорунун өтүмдүүлүгү калыбына келтирилгенден кийин, ооздун тегерекбулчуңун чыңдоого багытталган миогимнастика дайындалат.

Убактылуу тиштердин кариестен бузулушу. Убактылуу тиштерде кариес табылган учурда дароо оперативдик дарылоону баштоо зарыл (кариестен өзгөргөн ткандарды алуу жана пломбалоо). Убакытылуу тиштердеги кариестин процесси салыштырмалуу тез жайылат, анткени эмалдын түзүлүшү өзгөчө жана эмалдын минералдашуусу туруктуу тиштерге караганда аз. Ошондой эле, тиштин пульпа камерасы дээрлик дайыма ачык бойдон калганы эске алынуусу керек (тамырдын түзүлүшү дээрлик дароо физиологиялык сорулуу менен алмашат), кариес жабыркаган учурда (пульпиттер, периодонтиттер) балдарда айкын симптомдор жок болушу мүмкүн, башкача айтканда, алар эч кандай даттанууларды билдирбеши мүмкүн. Жабыркаган тиштин тамыр чокусунун проекциясында свищтин пайда болушу менен сезгенүүнүн сөөккө жайылышы (периостит) аны жулуп алуунун абсолюттук көрсөткүчү болуп саналат. Өз кезегинде, сүт тиштерин мөөнөтүнөн мурда жулуп алуу көп учурда туруктуу тиштин өнүгүүсүнүн бузулушуна жана туруктуу тиштердин кеч чыгышына алып келет, бул шарттарды оңдоо үчүн хирургиялык кийлигишүүнү талап кылат. Мындан тышкары, кариес - бул биринчи кезекте Str. mutans. Микроорганизмдердин бул түрүнө кайчылаш реактивдүү антителолордун өндүрүшү өнөкөт сепсис же ревматикалык оорулардын өнүгүшүнө себеп болушу мүмкүн. Ошондуктан, негизги дарылоо жана алдын алуу иш-чаралары негизги учурда жаман адаттар менен күрөшүү жана инфекция очокторун жок кылуу болуп саналат.

Аралаш тиштер мезгили

тиштер	тиштин түптөлөш башташы	тиш чыгаруу	тамырлардын калыптанышы
Маңдай тиштер	12 жума	6-7 жаш	9-10 жаш
Азуу тиштер	12-40 жума	7-8 жаш	10-11 жаш
Кыл кыймалар	16 жума	10-11 жаш	12-13 жаш
первые премоляры	20-22 жума.	10 жаш	13 жаш

вторые премоляры	27-28 жума	11-14 т жаш	14-15 жаш
Биринчи молярлар	32 жума. (т/м)	6 жаш	10 жаш
Экинчи молярлар	27 жума	12 жаш	15-16 жаш
Үчүнчү молярлар	8-9 жаш	18-20 жаш	22 жаш

Тиш аралык жана убактылуу тиштердин эмалынын физиологиялык сүрүлүшү боштуктардын пайда болушу жана жаак өсүү интенсивдүүлүгүнүн жогорулашы менен мүнөздөлүп, тиштерди алмаштырууга даярдоо (30-сүрөт); жана кеч аралаш тиштери (9-12 жаш) – премолярлардын жана азуу тиштеринин жарылуусу (31-сүрөт), эрте аралаш тиш (6-9 жаш) болуп бөлүнөт.



а. б.

30-сүрөт. Эрте аралаш тиштер: а – физиологиялык титирөө, б-физиологиялык баштапкы тиштердин эмалынын сүрүлүшү.



31-сүрөт. Эрте аралаш тиштер. Тиш аркасында боштуктун жетишсиздигинен келип чыккан тиштин дистопиясы.

2- таблица. Туруктуу тиштердин пайда болуу убактысы.

Тишти алмаштыруу мезгилинде туруктуу тиштер жарылып чыкканда өз ордун табигый түрдө өзгөртүп, тамыры түптөлүп, акырында окклюзия пайда болгондон кийин, азыраак даражада өзгөрүүнү улантат (2-таблица). Көп учурда, бул мезгил ичинде, окклюзия ата-энелердин пикири боюнча жетиштүү эстетикалык эмес көрүнөт; бирок, вертикалдык жана сагитталдык тегиздикте азуу тиштердин ортосунда контакт бар болсо, аппараттык оңдоо талап кылынбайт. Тиштердин вертикалдык жана сагитталдык жактан жабылбаганы жана скелеттин туура келбеген учурунда гана ортодонттун дарылоосу зарыл (32-сүрөт).



а. **б.**

32-сүрөт. Дентофациалдык аномалиялардагы тиштин окклюзиясы. а - азуу тиштердин ортосунда сагиталдык боштуктун болушу, б - антагонист тиштердин ортосунда вертикалдык боштуктун болушу.

Туруктуу тиштин мезгили

. 28-32 туруктуу тиштин түптөлүшү менен мүнөздөлөт (2-таблица), тиштин аркалары: үстүнкү бөлүгү жарым эллипстик, төмөнкүсү параболалык болгон эки формага ээ болот. Тиштердин окклюзиясы тыгыз, ар бир үстүнкү тиште төмөнкү борбордук азуу тиштерден башка эки астыңкы антагонист бар. Боштуксуз жайгашкан тиштердин катары, астыңкы тиштердин үстүнкү тиштер менен бири-бирине дал келиши астыңкы тиштин коронкасынын 1/3 бөлүгүн түзөт, 33-сүрөттө борбордук сызыктар. Нейтралдуу окклюзия жана пациенттин жылмаюусу берилген, үстүнкү жаак менен астыңкы жаак бири-бирине жана беттин ортоңку сызыгына дал келет; жылмайган учурда, бүлөө ткани ачык эмес; алдыңкы бөлүгүндөгү окклюзиялык тегиздик төмөнкү эриндин ийри сызыгын ээрчийт (33-сүрөт).

Алдыңкы диагностикалык ыкма рентгенография болуп саналат.

Азыркы учурда стоматологиялык практикада тиштердин жана жаактардын интраоралдык жана экстраоралдык рентгенографиясы колдонулат. Бет сөөктөрүнүн рентгенографиясынын көптөгөн ыкмалары жана проекциялары иштелип чыккан. Алардын классификациясы төмөндө келтирилген. I.

Негизги методдор.

1. Интраоралдык рентгенография же ичинен тартылуучу рентгенография стоматологиялык рентген-диагностикалык жабдууларды колдонуу менен жүргүзүлөт. Бул рентгенограмманын төмөнкү түрлөрүн камтыйт:

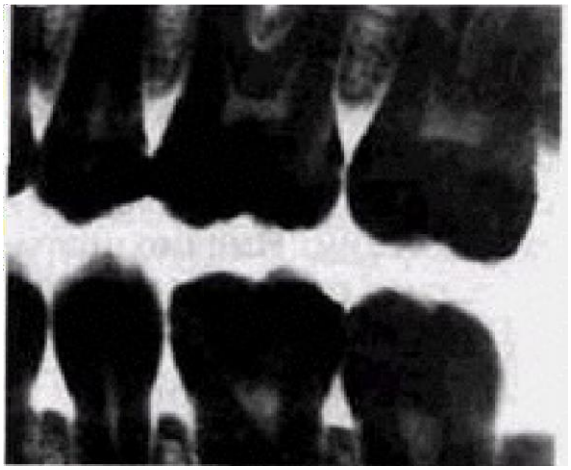
- контакттык рентгенограммалар (изометриялык проекция эрежесин колдонуу менен периапикалдык ткандардын) (34сүрөт);
- «тиштөө» (окклюзиялык) (35-сүрөт);
- интерпроксималдык (Рентген боюнча) (36-сүрөт);
- нурлардын параллелдүү шооласы менен жогорулатылган фокустук узундукту колдонуу.





W

34-сүрөт. 1.4, 1.5 тиштердин контакттуу максаттуу рентгенограммасы.
35-сүрөт. 2 (жана) 4-квадранттардын окклюзиялык рентгенограммасы.



36-сүрөт. 2 жана 4-квадранттагы тиштердин интерпроксималдык рентгенограммасы.

2. Ооз сыртындагы (экстраоральдук) рентгенографиялар

А. Максаттуу рентгенограммалар денталдык рентгенодиагностикалык аппаратта жүргүзүлөт:

- Төмөнкү жаактын каптал проекциядагы рентгенографиясы;
- Жаактардын контакттуу рентгенографиясы кыйшайган проекцияларда;
- Тангенциалдык рентгенография кыйшайган проекцияларда;
- Пардес-Парма ыкмасы боюнча ачык ооз менен чыканак-төмөнкү жаак муунунун / ЧТЖМ рентгенографиясы.
- мурун сөөктөрүнүн каптал рентгенографиясы;
- октук проекциядагы бет сөөктөрүнүн рентгени.

В. Беттин баш сөөгүнүн жалпы рентгенографиясы жалпы рентгендик диагностикалык жабдууларды колдонуу менен жүргүзүлөт. Алар төмөнкүлөрдү камтыйт:

- оорулуунун башын назофронталдык абалга келтирүү менен фронталдык проекцияда рентгенография;
- каптал проекциясында рентгенография;
- оорулуунун башы мурун-ээк абалында фронталдык проекцияда рентгенография;
- алдыңкы жарым октук проекцияда рентгенография;
- Октук проекциядагы рентгенография.

II. Кошумча методдор - жалпы рентгендик диагностикалык жабдууларда жүргүзүлөт. Аларга төмөнкү техникалар кирет:

Сызыктуу томография:

- баш сөөгү фронталдык проекцияда, пациенттин башы мурун-фронталдык абалда;
- каптал проекциясында баш сөөгү;
- КЖМ каптал проекциясы;
- мурундун параназалдык синусографиясы.

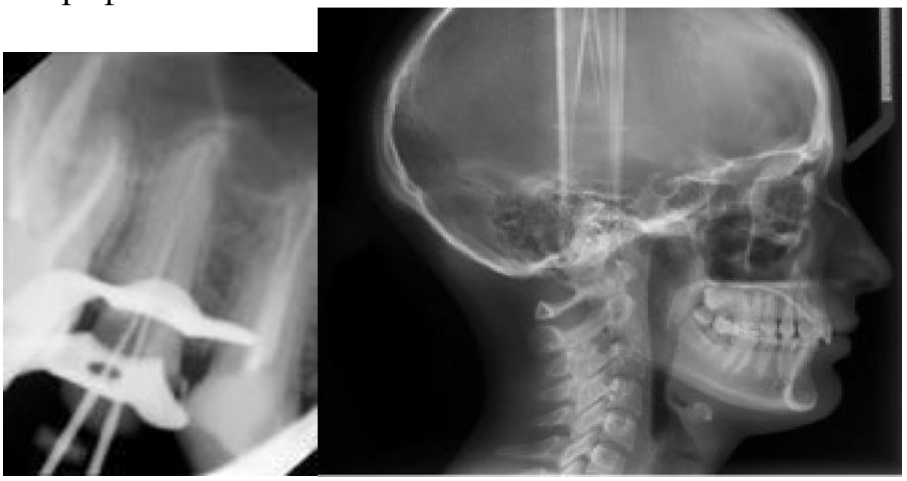
Контрасттуу техникалар:

- сиалография;
- фистулография; - гайморография;
- цистография ж.б.

III. Атайын техникалар ***атайын рентген жабдууларын*** колдонуу менен жүзөгө ашырылат.

Аларга төмөнкүлөр кирет:

- чоңойтуу менен үстүңкү жана астыңкы жаактардын панорамалык рентгенографиясы;
- ортопантомография (37-сүрөт);
- радиовизиография (38-сүрөт);
- телерадиография (39-сүрөт);
- стоматологиялык 3D компьютердик томография (40-сүрөт); - ангиография.

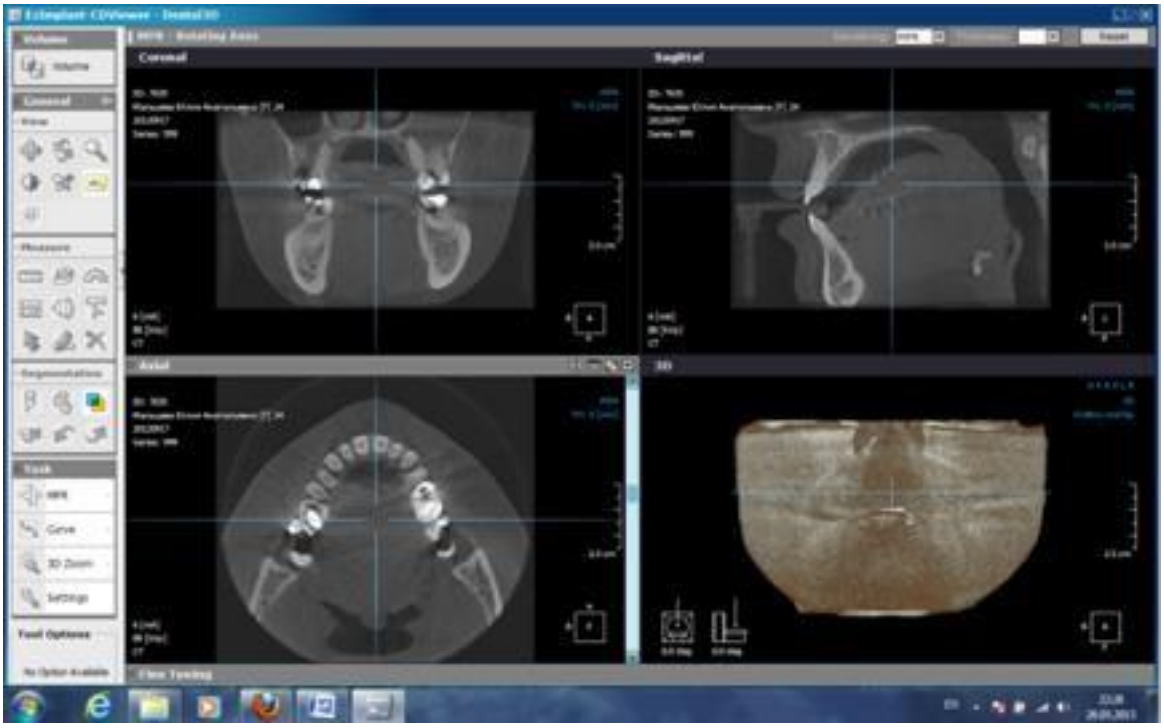


37-сүрөт. Ортопантомограмма. 38-сүрөт. Баштын каптал телерадиограммасы.



39-сүрөт. Эндодонтиялык дарылоо учурунда 2.5 тиштин максаттуу радиовизиографиялык сүрөтү.

.



40-сүрөт. Galileos (Sirona) 3D компьютердик томография программасынын терезеси.

Келгиле, бул ыкмалардын айрым түрлөрүн кененирээк карап чыгууга өтөбүз.

Санарип технологиялары

Санариптик сүрөткө негизделген радиологиялык диагностиканын төмөнкүдөй ыкмалары бөлүнөт:

- санариптик кассеталар боюнча рентгенография;
- радиовизиография;
- КТ;
- стоматологиялык 3D компьютердик томография; - МРТ; - УЗИ сүрөттөө.

Санариптик сүрөттөө ыкмаларынын артыкчылыктары:

- тыгыздыкты кайра чыгаруунун жогорку динамикалык диапазону;
- ар түрдүү сүрөттөрдү иштетүү мүмкүнчүлүгү;
- түпнуска сүрөткө окшош көчүрмөлөр;
- архивдештирүүнүн жөнөкөйлүгү;
- алыс аралыкка жеткирүүнүн жеңилдиги;
- рентген, УЗИ, ядролук медицина, КТ жана МРТ изилдөөлөрүнүн натыйжасында алынган сүрөттөрдү бир эле учурда анализдөө мүмкүнчүлүгү;
- изилдөөлөрдүн ар кандай түрлөрүнөн алынган сүрөттөрдү өркүндөтүү; - автоматташтырылган диагностика.

Компьютердик санариптик рентгенография (радиовизиография)

Бул ыкма рентген нурларын түздөн-түз электрондук сигналга айландыруу үчүн иштелип чыккан CCD (өзгөртүү менен байланышкан түзүлүш) детекторлорун колдонууга негизделген.

Интраоралдык рентгенография күмүш камтыган рентген пленкасында эмес, сенсордо жүргүзүлөт, андан кийин ал сүрөттү монитор экранына өткөрүп берет. Андан кийин сүрөттү иштетүүгө болот (чоңойтуу, контрастты өзгөртүү, денситометрия ж.б.).

Сенсор (түзмөк) - бул жалпак (болжол менен 5 мм калың) матрица, жогорку радиосезгичтиги жана мейкиндик сүрөтүнүн ажыратуу жөндөмдүүлүгү 6-12 (сенсорлордун акыркы муундагы - 25-27ге чейин) 1 ммге (пикселдин өлчөмү - 0,007-0,004 мм) жуп сызыктар.

Ак-кара түстөгү сүрөт пикселдердин кичинекей фрагменттеринен түзүлөт (англисче "сүрөт элементинен"). Ар бир пиксел эки мейкиндик координатасы жана сүрөт тартылганда пайда болгон электростатикалык заряддын чоңдугу менен аныкталуучу сигнал амплитудасы менен мүнөздөлгөн сүрөт бирдиги.

Ар бир пикселден келген цифралык сигналдар компьютердин эс тутумуна жөнөтүлөт жана дисплей экранында сүрөттү түзүү үчүн колдонулат.

Сенсордун жогорку сезгичтигинен улам, радиациянын таасири пленкада тартылган стоматологиялык аналогдук сүрөткө караганда 4-9 эсе аз.

Стоматологиялык компьютердик 3D-томографиясы

Стоматологиялык 3D компьютердик томографиясы (3D ортопантомографиясы) төмөнкүдөй аткарылат: сүрөт тартуу процессинде нурлануу булагы жана детектор системасы бар кассета субъекттин айланасында макулдашылган траектория боюнча жылат.

Иштөө принциби: Рентген түтүгү жана сүрөт күчөткүч бири-бирине карама-каршы жайгашкан. Система бейтаптын башын бир гана 360 градуска айлантат. Скандоо учурунда интенсификатор жана видеокамера аркылуу рентгендик видео тартылат.

3D компьютердик томографияга көрсөткүчтөр:

Пародонтологияда ал сөөктүн четки контурун баалоого жана тиштер аралык сөөк тосмолорунун 3D сүрөттөрүн чыгарууга мүмкүндүк берет.

Эндодонтияда тамыр каналынын формасын баалоого, аны өлчөөгө, кошумча каналдарды жана алардын анатомиялык өзгөчөлүктөрүн аныктоого мүмкүндүк берет.

Ортодонтияда – сөөк формасын, анатомиялык вариацияларды (формасы, тиштердин абалы, пародонттук байламта) баалоо, ашыкча тиштерди аныктоо жана биометрикалык эсептөөлөр.

Хирургиялык стоматологияда – анатомиялык түзүлүштөрдүн топографиясын аныктоо: дистопиялык тиштердин вестибулярдык же таңдай абалы, радикулярдык кистанын үстүнкү жаак коңушу менен байланышын баалоо; тиштин тамыры менен ага жакын анатомиялык түзүлүштүн ортосундагы сөөк тканынын калыңдыгы (жоок синус, кесүү тешик, акыл тешиги, мандибулярдык канал). Периапикалдык жараларды аныктоо. Стоматологиялык имплантология көйгөйлөрүн чечүү жолдору, ж.б.

Радиациялык коопсуздук
Жалпы жоболор

Рентген нурлары – спектрдин ультрафиолет жана гамма нурлары менен чектелген бөлүгүндө жайгашкан электромагниттик толкундар.

Медициналык практикада колдонулган рентген нурларынын толкун узундугу 0,1ден 0,3 Aº (1 Aº = 10¯8 см) чейин.

Рентген нурлары төмөнкүдөй касиеттерге ээ:

- өтүүчү күч;
- иондоштуруучу эффект;
- флуоресценттик эффект;
- фотохимиялык эффект;
- экинчилик нурлануунун пайда болушу; - биологиялык таасир.

Биологиялык таасир клеткаларда, ткандарда жана бүтүндөй организмде функционалдык жана морфологиялык өзгөрүүлөрдү пайда кылган ажырагыс байланышкан биофизикалык жана биохимиялык процесстердин тизмеги.

Бул өзгөрүүлөр иондошуу жана энергия алмашуу менен шартталган. Биологиялык объектке рентгендик эффекттердин түрлөрү:

1) Түз таасири:

при поглощении энергии выделяется тепло (количество его невелико и значительного повреждающего воздействия не оказывает);

непосредственный разрыв молекул рибо- (РИК) и дезоксирибонуклеиновых (ДИК) кислот приводит к возникновению мутаций как в облученном организме (опухоли), так и в последующих поколениях (пороки развития);

2) Кыйыр аракет (суу радикалдык теориясы).

Иондошуу кээ бир суу молекулаларынын электрондорун жоготууга алып келет, ал эми башкалары аларды алат. Андан кийин суунун радиолизи болот, анын натыйжасында суутек жана гидроксил тобу пайда болот; бириккенде бул молекулалар күчтүү редокстук касиетке ээ заттарды пайда кылышат.

Жогорудагы процесстердин натыйжасында организмде гистамин сымал уулуу заттар пайда болуп, ферменттер бузулуп, клеткалардын митоздук активдүүлүгү төмөндөп, секретордук активдүүлүк жана клетка кыймылы төмөндөйт.

Рентген нурларын сиңирүү даражасы: - ткандардын химиялык түзүлүшүнө;

- кыртыштын тыгыздыгы;
- изилденүүчү объекттин катмарынын калыңдыгы.

Рентген нурларынын жутулушу атомдук салмагы жогору элементтерде күчтүүрөөк болот.

Радиосезгичтик – клеткалардын жана ткандардын радиациялык зыянынын оордугу жана нурлануудан кийин калыбына келүү жөндөмдүүлүгү. Радиосезгичтик төмөнкүлөрдөн көз каранды:

- нурлануунун түрү (кванттык энергия);
- клеткалардын митоздук активдүүлүгү;

- митоздук циклдин стадиясы;
- кычкылтектенүү даражасы;
- ткандардын дифференциациясынын даражасы ж.б.

Клеткалардын митоздук активдүүлүгү канчалык жогору болсо жана дифференцияланууу даражасы төмөн болсо, кыртыштын радиосезгичтиги ошончолук жогору болот. Ошентип, кызыл жилик чучугунун клеткалары жана жыныс клеткаларынын эпителийи нурлануууга эң сезгич болуп саналат.

Доза (чен-өлчөм) - нурлануучу заттын масса бирдигине жутулган энергиянын өлчөмү.

Доза (чен-өлчөм) ылдамдыгы бирдей санда, бирок убакыт бирдигинде. Иондошуу даражасын өлчөө бирдиктери: рентген (R), боз (Ги) жана сиверттер (Зв).

Экспозициялык дозанын бирдиги, б.а. биологиялык объектке түшкөн доза, рентген. 1 R – нормалдуу шарттарда (0С температурада жана 760 мм ртмосфералык басымда) 1 см3 аба аркылуу өткөндө андагы 2,083 х 109 жуп ионду (же ар бир белгинин зарядын) түзүүчү рентген нурларынын же γ-нурларынын дозасы.

Нурлануунун жутулган дозасы – элементардык көлөмдөгү затка иондоштуруучу нурлануу аркылуу берилген орточо энергиянын ошол көлөмдөгү заттын массасына катышы. Анын бирдиги боз болуп саналат. 1 Гр – 1 кг затка тийгенде 1 Дж энергияны сиңирип алган нурлануунун ар кандай түрүнүн көлөмү.

Натыйжалуу дозанын (чен-өлчөмдүн) эквивалентинин бирдиги -организмдин жарым-жартылай нурлануусун жана сивертте же ремде өлчөнгөн сиңирилген нурлануунун өзгөчө түрүн эске алган доза. 1 Зв – рентген нурларынын же γ-нурлануунун дозасы сыяктуу эле биологиялык эффект берген иондоштуруучу нурлануунун ар кандай түрүнүн дозасы. 1 Гр – адамдын бүткүл организмине жана айрым органдарына жана ткандарына нурлануунун узак мөөнөттүү таасиринин коркунучунун өлчөмү, алардын радиосезгичтигин эске алуу менен. 1 Св = 10 рем.

Рентген кабинеттерин, жабдууларын долбоорлоого жана эксплуатациялоого жана рентгендик изилдөөлөрдү жүргүзүүгө карата гигиеналык талаптар санитардык эрежелер жана ченемдер (SanPiN) менен жөнгө салынат.

Иондоштуруучу нурлануу менен иштөөдө коопсуздук жана эмгекти коргоо Россия Федерациясынын мыйзамдары менен жөнгө салынат. Санитардык-эпидемиологиялык көзөмөл органдары бул көрсөтмөлөрдүн аткарылышын көзөмөлдөйт. Бирок, көптөгөн принциптерди ар бир дарыгер билиши керек, анткени алар радиологиялык изилдөөлөрдү жазып беришет жана аларга көп катышышат.

Биринчи милдеттүү талап - ар кандай радиологиялык экспертиза негиздүү болушу керек, б.а., ал катуу көрсөтмөлөр боюнча жүргүзүлүшү керек.

Экинчи милдеттүү талап - бейтаптарды радиологиялык изилдөө эрежелерин сактоо болуп саналат. Муну радиациялык коопсуздук боюнча атайын билими бар адамдар гана аткарышы керек. Рентгенолог экспертизанын негиздүүлүгү, пландаштырылышы жана аткарылышы үчүн

жооптуу.

Рентгендик бөлүмдүн бардык кызматкерлери, жанаша бөлмөлөрдөгү адамдар, ошондой эле текшерүүдөн өтүп жаткан же дарыланып жаткан бейтаптар иондоштуруучу нурлануунун таасиринен корголушу керек.

Коргоо деп адамга таасир этүүчү нурлануунун физикалык дозасын уруксат берилген максималдуу дозадан төмөн азайтуу үчүн арналган түзүлүштөрдүн жана чаралардын комплекси түшүнүлөт.

Жабыркаган адамдардын категориялары төмөнкүдөй болуп бөлүнөт:

А тобуна иондоштуруучу нурлануунун булактары менен түздөн-түз иштегендер кирет. Нурлануунун максималдуу жол берилген дозасы жылына 20 мЗв болуп саналат, ар кандай 5 жыл катары менен орточо, бирок жылына 50 мЗв ашпайт.

В тобунун кызматкерлери чектеш аймактарда иштеген адамдар.

Нурлануунун жол берилген максималдуу дозасы жылына 5 мЗв болуп саналат, ар кандай 5 жыл катары менен орточо, бирок жылына 12,5 мЗв ашпайт.

Жалпы калкты профилактикалык же илимий изилдөөлөр үчүн радиографиялык текшерүүдөн өткөн дени сак адамдар түзөт. Нурлануунун максималдуу жол берилген дозасы жылына 1 мЗв болуп саналат, ар кандай 5 жыл катары менен орточо, бирок жылына 5 мЗв ашпайт.

Диагностикалык процедуралардан өткөн бейтаптар үчүн нурлануунун жылдык дозасынын чеги жок.

Пациентке медициналык диагностикалык нурлануунун топтолгон дозасы 500 мЗв жеткенде, эгерде радиациялык жол-жоболор турмуштук маанилүү көрсөткүчтөр менен белгиленбесе, анын таасирин андан ары чектөө боюнча чаралар көрүлүшү керек.

Эгерде калктын мүчөлөрү бир жыл ичинде 200 мЗв ашык нурлануунун эффективдүү дозасын же нурлануунун негизги булактарынын биринен 500 мЗв ашык, же нурлануунун бардык булактарынан 1000 мЗв нурлануунун жыйынды дозасын алса, саламаттыкты сактоо органдары тарабынан уюштурулган атайын текшерүү талап кылынат.

Функционалдык диагностикалык методдор

□ Биомикроскопия – визуалдык байкоонун негизинде кандын микроциркуляциясын изилдөө.

□ Чайноо тесттери – чайноо эффективдүүлүгүн, чайноо эффектин жана чайноо жөндөмүн баалоого мүмкүндүк берет.

□ Полярографиялык метод – кыртыштын кычкылтектешүүсүн аныктоо.

□ Реодентография – пульпа тамырларынын функционалдык абалын изилдөө.

□ Реопародонтография – пародонттук тамырлардын функционалдык абалын изилдөө.

□ Электромиография – чайноочу булчуңдардын биоэлектрдик активдүүлүгүн изилдөө.

Лабораториялык диагностикалык методдор

□ Микроскопиялык ыкмалар – цитологиялык ыкма, биопсия, бактериологиялык изилдөө.

□ Серологиялык текшерүү (**изилдөө**)

⊙ Дары аллергиясынын диагностикасы

□ Жалпы клиникалык методдор – кан анализи, заара анализи, биохимиялык кан жана заара анализи ж.б.

Негизги адабияттар:

1. Афанасьев В.В. и др. Хирургическая стоматология: учебник. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. – 880 с.: цв.ил.

2. Ортопедическая стоматология [Текст]: учеб. для вузов / под ред. И.Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджияна. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 640 с.

3. Ортопедическая стоматология [Электронный ресурс]: учеб. для вузов / под ред. И.Ю. Лебеденко, Э.С. Каливраджияна. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 640 с.- Режим доступа:

4. Пинелис И.С., Бородулина И.И. и др. Хирургическая стоматология. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: Учебно-методическое пособие для самостоятельной работы и подготовки студентов к практическим занятиям. – Чита, 2011. – 172 с.

Кошумча адабияттар:

1. Баарт Ж. А. Местная анестезия в стоматологии. Медицинская литература от издательства: Медицинская литература, 2010. – 208 с.

2. Ортопедическая стоматология [Текст]: учеб. / Н. Г. Аболмасов [и др.]. - 9-е изд. - М.: МЕДпресс- информ, 2013. - 512 с.

3. Современные принципы комплексной диагностики и выбора тактики лечения пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава [Текст]: учеб. пособие / А. А. Долгалев, Е. А. Брагин. - Ставрополь: Изд-во СтГМА, 2012. - 104 с.

4. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Атлас хирургических стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области у детей. – Киев: Книга-плюс, Ничлава», 2012. – 504 с.

3- сабак. Кариес жана тиштин катуу ткандарынын кариес эмес жаралары. Классификациясы, этиологиясы, патогенези, клиникалык жана диагностикалык өзгөчөлүктөрү, дарылоо принциптери. Соматикалык патология болгон учурда клиникалык курстун мүнөздөмөсү.

Тиштердин кариеси

Кариес (кариес (латынча) - "чирүү") - тиштин катуу ткандарынын (эмаль жана астында жайгашкан дентин), убакыттын өтүшү менен бузулушу. Азыркы учурда тиш кариесинин өнүгүшү микроорганизмдер тарабынан углеводдордун ачытуусунун (гликолизинин) жана органикалык кислоталардын пайда болушунун натыйжасында бляшка астындагы тиш бетинде pHнын локалдуу өзгөрүшү менен байланыштуу.

Ошондуктан биопленка тиш кариесинин өнүгүшүнө алып келүүчү негизги факторлордун бири болуп саналат.

Биопленка - Биопленка – микроорганизмдердин айрым түрлөрүнүн жашоосун камсыз кылып, сактап туруучу атайын экосистема болуп саналат. Ал тыгыз жамаат түрүндө жайгашкан микроорганизмдерден жана үч өлчөмдүү түзүлүштү пайда кылган клеткадан тышкаркы матрикстен турат. Матрикстин ичинде суу өткөрүүчү каналдардын тармагы орун алган, ошол каналдар аркылуу биопленканын ичине төмөн молекулалуу азыктык заттар кирет. Ушул эле каналдар аркылуу микроорганизмдердин ортосунда маалымат алмашууну камсыз кылуучу сигналдык молекулалар кыймылдайт. Маалымат алмашуунун ушул жана башка механизмдеринин негизинде биопленкадагы микроорганизмдер жамааты бирдиктүү генетикалык система катары калыптанат. Бул өз кезегинде микроорганизмдердин терс факторлорго — ультрафиолет нурлануусуна, кургап кетүүгө, ошондой эле антибиотиктердин, антисептиктердин жана иммундук коргонуу факторлорунун таасирине туруктуулугун жогорулатат. Мындан тышкары, микроорганизмдердин мындай жамаатташтыгы биопленканын олуттуу бузулушу болгон учурда да, анын эң майда бөлүкчөлөрүнөн кайра калыбына келишине мүмкүндүк берет.

Биопленканын пайда болушу акырындык менен, бир нече этапта жүрөт:

Микроорганизмдердин чөйрөдөн бетке жабышып калуусунун баштапкы этабы. Микроорганизмдер күчтүү жабышууну камсыз кылган клеткадан тышкаркы полимерлерди бөлүп чыгарышат жана бошотот.

Жетилүү стадиясында азыктык заттардын топтолушу жана микроорганизмдердин көбөйүшү кирет.

Биопленканын өсүшү – жаңы микробдук түрлөрдүн кошулушуна жана клеткадан тышкаркы матрикстин көлөмүнүн көбөйүшүнө байланыштуу биофильмдин өлчөмүнүн жана структурасынын өзгөрүшү.

Бактериялардын бөлүнүп чыгышы – айрым клеткалар мезгил-мезгили менен жетилген биофильмден ажырап, өздөрүнүн колонияларын түзө алышат.

Тиш кариесинин пайда болушунда стрептококк жана лактобактериялар негизги ролду ойнойт. S. mutans облигаттык оозеки микрофлоранын мүчөсү, бирок анын зат алмашуусу акыркы продукт катары сүт кислотасынын пайда болушу менен мүнөздөлөт. Кадимки абалда шилекейдин буфердик системалары анын кычкылдоочу таасирин компенсациялайт; бирок тиштин бетинде биопленка пайда болуу шарттарында S. Mutans колониялары ооз суюктугунун таасиринен корголот. pHнын локалдуу төмөндөшү эмалдын фокалдык деминерализациясына алып келет. Бул деминерализация бара-бара эмалдын бузулушуна жана кариестин астындагы дентинге жайылышына алып келет.

Микроорганизмдер дентинге киргенде, оорунун өнүгүшүндө башкы ролду Мутанстан лактобациллага жылдырат. Бул лактобактериялар тиштин катуу ткандарында дефекттердин пайда болушунда башкы ролду ойнойт.

Ооз көңдөйүндөгү суюктук ооз көңдөйүнүн коргонуу системасында маанилүү роль ойнойт. Бул биологиялык суюктук шилекей бөлүп чыгаруудан тышкары микрофлораны жана анын калдыктарын, пародонт чөнтөктөрүнүн, тиштин суюктугунун, сыйрылган эпителийдин, ооз көңдөйүнө миграцияланган лейкоциттердин бузулушу, тамак-аш калдыктары ж.б. камтыйт.

Ооз көңдөйүнүн уникалдуу өзгөчөлүгү гомеостаз ткандардын функциясына, ооз көңдөйүнүн анатомиялык түзүлүштөрүнө, кандын курамына гана эмес, ошондой эле ооз суюктугунун курамына жана касиеттерине да көз каранды. Анын курамында 0,58% минералдык компоненттер (кальций, фосфор, фторид ж. б.), pH 6,8-6,9. Суткасына 1,5-2 литрге чейин оозеки суюктук бөлүнүп чыгат. Ооз суюктугунун функцияларына төмөнкүлөр кирет: ооз көңдөйүн чайкоо, кислоталарды (бикарбонаттар, фосфаттар, белоктор) нейтралдаштыруучу эмалды минералдаштыруу (фториддер, фосфаттар, кальций), тиштин бетинде коргоочу кабыкты түзүү (гликопротеин, муцин), кариестин пайда болушуна антибактериалдык активдүүлүк (антителолор, лизоцим, лактоферрин, лактопероксидаза) жана тамак сиңирүүгө катышуусу (амилазалар, протеазалар) да шарт түзөт. Кариестин пайда болушуна ооз көңдөйүндөгү суюктукту бөлүп чыгаруу көлөмүнүн төмөндөшү (гипосаливация) жана анын биохимиялык касиеттеринин өзгөрүшү да шарт түзөт.

Кариес процессинин классификациясы төмөнкү белгилери боюнча берилиши мүмкүн.



41-сүрөт. Диаграмма. Кариестин өнүгүү этаптары.

1. Топографиялык (41-сүрөт):

1) так стадиясындагы кариес;

2) үстүндөгү кариес;

3) орточо кариес;

4) терең кариес.

2. Анатомиялык (ICD 10):

1) эмалдын кариес; 2) дентиндин кариеси; 3) цементтин кариеси.

3. Локалдаштыруу боюнча (42-сүрөт):

1) **жарака (фиссуралык)**;

2) **болжолдуу (аппроксималдык)**; 3) жатын моюнчасы.



а. б. в.

42-сүрөт. Кариестин локализациясы. а – жарака, б – болжолдуу, в – жатын моюнчасы.

Г.В. Блэктин (1914), кариоздун локализациясы боюнча беш класс бөлүнөт (43-сүрөт).

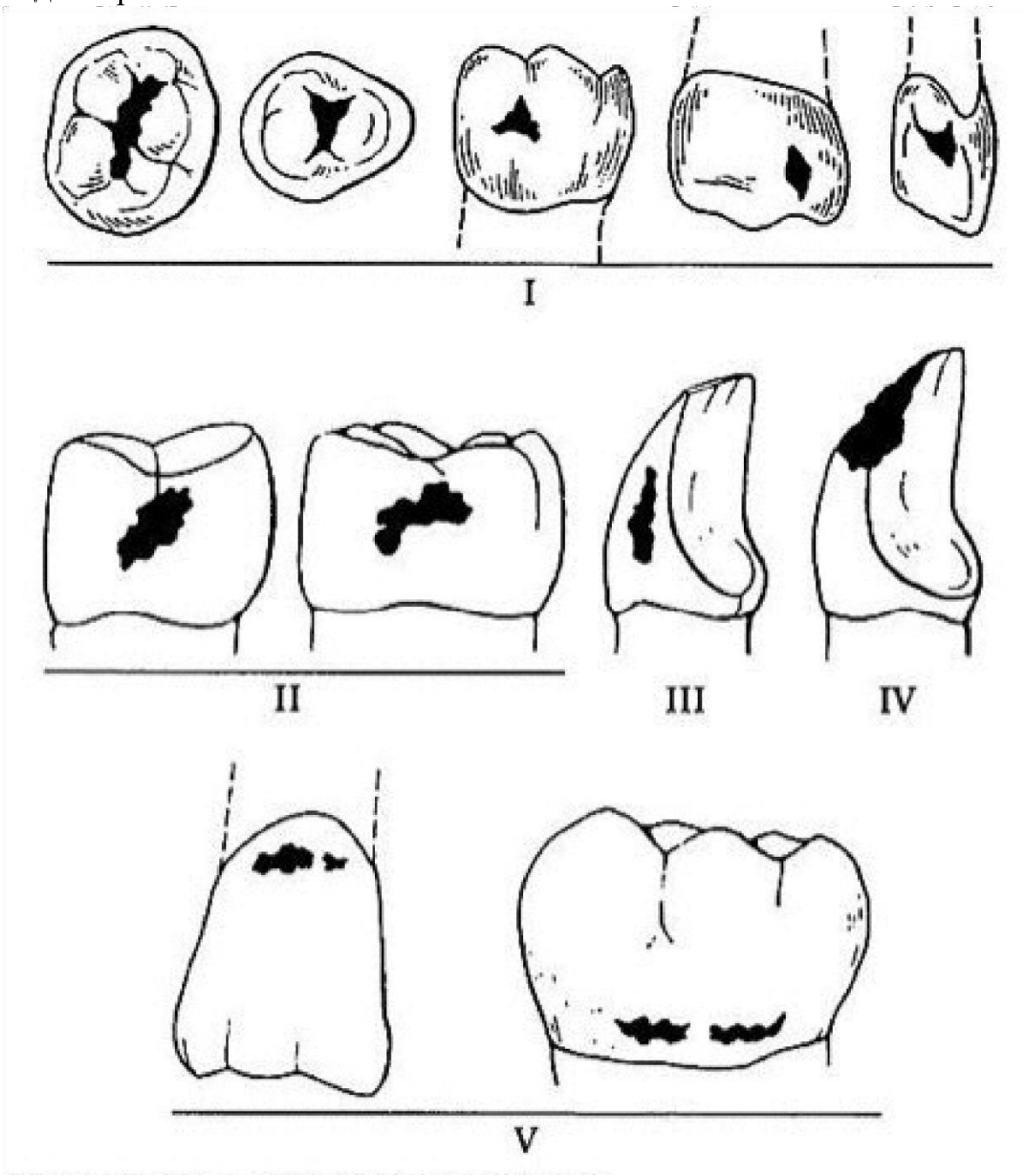
1-класс – азуу жана кичи азуу тиштердин чуңкурларында жана жаракаларында, үстүнкү азуу тиштердин тилдик бетинде, азуу тиштердин вестибулярдык жана тилдик оюктарында жайгашкан көңдөйлөр.

2-класс – азуу жана премолярлардын аппроксималдык (байланыштуу) беттериндеги көңдөйлөр.

3-класс – кесүүчү тиштердин жана азуу тиштердин аппроксималдык беттериндеги кесүүчү четтери бузулбаган көңдөйлөр.

4-класс – кесүүчү тиштердин жана азуу тиштердин болжолдуу беттериндеги көңдөйлөр.

5-класс – тиш моюнчасынын вестибулярдык жана тилдик бетиндеги көңдөйлөр.



43-сүрөт. Г.В. боюнча кариестин классификациясы.

Американдык стоматологдор ошондой эле 6-класстын классификациясын бөлүп көрсөтүшөт - азуу тиштердин кесүүчү четтериндеги жана чокулардын учтарындагы көңдөйлөр.

4. Прогрессиянын узактыгы боюнча:

1) тез прогрессивдүү (кемчилик 6 айдын ичинде өнүгүп кетет);

2) акырындык менен прогрессивдүү (кемчилик бир жыл же андан көп убакытта өрчүйт); 3) турукташтырылган.

5. Кариестин өнүгүшүнүн интенсивдүүлүгү боюнча:

1) компенсацияланган;

2) субкомпенсацияланган;

3) декомпенсацияланган (балдар үчүн) (44-сүрөт).



44- сүрөт. Сүт тиштеринин декомпенсацияланган кариеси.

Кариестин диагнозу. Туура диагноз кылдат медициналык тарыхты жана ооз көңдөйүн текшерүүнү талап кылат. Пациенттин даттануусу тиштеги кариес жарасынын тереңдигинен көз каранды.

Эмаль кариеси менен бейтаптар эмалдагы косметикалык кемчиликтерди жана тактарды, жылмакайлыгын жоготуп, бүдүрлүктү байкашат. Алар ошондой эле химиялык дүүлүктүрүүчү заттардан (кычкыл, туздуу, таттуу) пайда болгон ыңгайсыздыкка нааразы болушу мүмкүн.

Дентин кариесинде тиштин катуу ткандарында дефекттин пайда болушуна, тамактын тиштин чуңкуруна тыгылышына жана жылуулук стимулдарынан, негизинен муздак нерсенин тез таасир этүүсүнө даттануулар пайда болот.

Цементтик кариес учурунда даттануулар бир гана кемтиктин пайда болушуна жана тамак-аштын тыгылышына эмес, ошондой эле бүлөө деңгээлинин өзгөрүшүнө же чегинүүсүнө / рецессияга, термикалык жана химиялык дүүлүктүргүчтөрдүн оорушуна байланыштуу болот.

Анамнезин чогултkандан кийин объективдүү изилдөө методдору жүргүзүлөт, алар негизги гана эмес, кошумча ыкмаларды да камтыйт.

Негизги диагностикалык методдорго: кароо, зонддоо жана перкуссия кирет.

Кошумча сыноолорго виталдык боёо, термометрия, трансиллюминация жана рентген диагностикасы кирет. Сырттан текшерүү учурунда пациенттин бетинин симметриясы, терисинин түсү, лимфа бездеринин абалы белгиленет. Ооз көңдөйүндө ооздун былжыр челинин жана тиштин абалы бааланат, ооздун түбү жана тилдин тамыры каралат.

Стоматологиялык формула бейтаптын медициналык картасында белгиленген.

Зонддоо тишти текшергенден кийин жүргүзүлөт. Кариес зонддоодо оору сезими тереңдигине жараша болот, пульпит курч ооруну жаратат,

периодонтит ооруну зонддоодо оорубайт, бирок пульпа камерасы менен байланышып турган терең кариоздук көңдөй бар.

Перкуссия кариес, пульпит жана пародонтиттин ортосунда дифференциалдуу диагноз коюуга мүмкүндүк берет. Курч периодонтитте перкуссия ар дайым оң болот. негизги ыкмалары диагноз үчүн жетишсиз болсо, стоматолог кошумча диагностика жүргүзүү керек.

Тиштин боёгу эмалдын кариестерин аныктоого жана аны кариоз эмес жаралардан айырмалоого жардам берет. 2% метилен көк же кариес детекторлору деп аталган атайын препараттар колдонулат. Аларды щетка менен эмаль бетине сүйкөп, андан кийин суу менен жуушат. Кариес болгон учурларда боёк сакталат, бирок кариес жок мезгилде боёого болбойт.

Термометрия кариес менен пульпиттин ортосундагы дифференциалдык диагностикага мүмкүндүк берүүчү ыкма. Жылытылган гуттаперча тиштин башына сүйкөлөт. Кариес менен оору дүүлүктүргүчтү алып салгандан кийин басаңдаса, пульпитте оору 10-15 мүнөткө чейин сакталат.

Трансиллюминация, айрыкча, кесүүчү аймакта жашыруун жараларды аныктоого мүмкүндүк берет. Ак жарыкты чыгарган жарык багыттоочу атайын аппараттар колдонулат. Ак жарык тиш ткандарынан өткөндө сиңип, жашыруун кемчиликтерди кочкул боз же күрөң түскө алып келет.

Рентген диагностикасы кемчиликти текшерүү жана трансиллюминация аркылуу көрүүгө мүмкүн болбогондо жүргүзүлөт. Эреже катары, бул азуу жана премолярлардын болжолдуу беттеринин кариестерин камтыйт. Рентген диагностикасы ошондой эле периапикалдык ткандардын абалын жана тамыр каналдарынын топографиясын баалоого мүмкүндүк берет. Диагностикадан жана диагноздон кийин дарыгер дарылоону баштайт. Бир гана эмаль кариесин айкалыштырып жазылган реминерализациялоочу терапия менен дарылоого болот. Үй шартында бейтаптарга тиштерин жуугандан кийин күнүнө эки жолу кальций фосфаты бар пасталар же гельдер колдонулат. Tish Mousse же ROCS Medical Mineral сунушталат. Реминералдаштыруучу терапия учурунда профессионалдык гигиена жана эмалды фторидациялоо үчүн 2 жумада бир жолу тиш доктурга баруу сунушталат, анда курамы 2%тен 6%ке чейин фториддик кошулмаларды камтыган лактар жана гелдер колдонулат. Оң динамикасынын критерийи болуп эмалдын боёо аянтынын жана интенсивдүүлүгүнүн азайышы, ошондой эле минералсызданган аймактарда жылтырактын пайда болушу саналат.

Эмалды деминералдаштыруу стадиясында кариести дарылоо кальций препараттарынын эритмелери (кальций глюконаты 3-5% же аноддон киргизилген кислоталанган кальций фосфатынын эритмеси, катоддон фториддик препараттар 0,2% натрий фторидинин эритмеси) менен электрофорезди да камтышы мүмкүн.

Дентин жана цементтин кариеси хирургиялык жол менен дарыланат. Оорутпай дарылоо үчүн 1:200 000 бирдик адреналин менен артикаин же мепивакаин анестетиктери колдонулат. Адреналиндин көлөмү эки эсеге көбөйгөндө (1:100 000), пайда болгон жалпы кыйынчылыктардын саны 30% га көбөйөт, демек, 60 жаштан ашкан адамдарга, ошондой эле катуу коштолгон ооруларга симпатомиметиктер минималдуу концентрацияда (1:200 000) берилет же анестетиктерсиз колдонулат.

Хирургиялык дарылоо учурунда асептикалык жана антисептикалык талаптарды сактоо зарыл: хирургиялык талааны атайын латекс пластинкалары менен чектеп, тишти бляшкадан тазалап, андан кийин гана патологиялык ткандарды алып салууга өтүү керек. Дарыланган көңдөй көңдөй маркери менен боёлуп, шилекей жана кан кирбеши керек.

Андан кийин, химиялык жол же атайын айыктыруучу лампалар менен айыктырат, пломбалуу материал колдонулат. Пломба салынгандан кийин, ал окклюзияны колдонуу менен майдаланат, андан кийин микроконтурлоо жана резина, щетка жана паста менен жылтыратат. Дарыгер эки саатка чейин суу жана тамак ичпөөнү сунуштайт.

Бул дарылоо ыкмасы жай прогрессивдүү өнөкөт шарттарда колдонулат.

Тез көбөйүүчү (курч) кариес

Курч кариес – тиштин катуу ткандарында пайда болгон инфекциялык процесс, үч жумадан алты айга чейин кемтиктин өнүгүшүнө алып келет. Начар ооз гигиенасы жана жогорку канттуу газдалган суусундуктарды керектөө бул процессти тездетүүгө алып келиши мүмкүн.

Организмдин жалпы ден соолугу чоң мааниге ээ: аутоиммундук оорулар, кант диабети, калкан бези жана ичеги-карын оорулары сыяктуу эндокриндик оорулар. Бул шарттардын баары организмдин иммунологиялык реактивдүүлүгүнө жана спецификалык эмес каршылыгына таасир этет.

Ошондой эле кургак ооз сыяктуу факторлорду белгилей кетүү керек. Кээде бул өзү декомпенсацияга алып келиши мүмкүн. Ооздун кургап калышы шилекей бездериндеги инволюциялык процесстерге (60 жаштан ашкан адамдарда), шилекей таш оорусу сыяктуу ооруларга, кээде рактын кесепетинен ири шилекей бездеринин алынышына байланыштуу болушу мүмкүн.

Эң кеңири таралган фактор тамеки тартуу. Тамеки тартуудагы кариес – бул татаал процесс, мында көп сандагы пигменттүү бляшкалар бар жана ооз дайым кургапкалат. Процессти турукташтыруу үчүн мындай пациенттерге үзгүлтүксүз колдонуучу жасалма шилекей дайындалат.

Стресстик шарттар да тиштин катуу ткандары курч абалга (процесске) алып келиши мүмкүн. Мындай бейтаптарды дарылоо алардын жалпы абалын эске алуу менен көп жүргүзүлөт.

Оорулууларга тамактануу жана оозеки гигиенасын тууралоо боюнча кеңеш берилет жана кальций фосфаты бар тиш пастасын колдонуу, аларды күнүнө эки жолу колдонуу жана ооз чайкоочу каражаттарды, тиш ара щеткаларын жана тиш жиптерин колдонуу сунушталат. Ооз көңдөйүнө колдонулуучу дарылар минералдык зат алмашууну колдоо үчүн дайындалышы мүмкүн жана иммунологиялык реактивдүүлүк менен организмдин спецификалык эмес каршылыгы болуп саналат. Эреже катары, бул Vitrum, Centrum сыяктуу витамин жана минералдык комплекстер, кальций кошулмалары жана ар кандай ламинариялардын кошулмалары менен даярдалган деңиз капустасы.

Стоматологиялык дарылоо 3-4 жумадан кийин ичүү жана тамактануу режимин, реминерализациялоочу терапия курсун жана ооз көңдөйүндө профессионалдык гигиенаны жөнгө салгандан кийин башталат.

Стоматологиялык дарылоо бир катар уникалдуу өзгөчөлүктөргө ээ, анткени тез өнүгүп жаткан процесс тиштин беттерин жана экваторун

камтыган көптөгөн кемтиктердин пайда болушуна алып келет. Көбүнчө кемчиликтер биригип, лакуналарды пайда кылат жана кариестин көптөгөн татаал формалары кездешет. Бирок белгилей кетүү керек, оору бул бейтаптар үчүн негизги көйгөй эмес. Алар тиштин беттеринин майдаланганына, пломбалардын тез-тез түшүп калышына, тиштеринде ак тактардын же кемчиликтердин тез пайда болушуна даттанышат. Текшерүүдө стоматолог ак кабык менен капталган көп сандагы жабыркаган тиштерди жана жумшак, ачык түстөгү, деминерализацияланган дентинди көрөт. Бул тиштерди текшерүү, адатта, оорутпайт. Тиштин бетин тазалагандан кийин некроздук ткандар алынып, тиш көндөйү алсыз антисептикалык эритмелер (хлоргексидин 0,05%) менен чайкалат, андан кийин курамында кальций жана фториди бар дарылык материалдарды колдонуу менен пломба жасалат. Дарылоо мониторинги үч айда бир жолу жүргүзүлөт, процесс турукташып, гигиена жакшы болгондо, дарылоо материалдарын эстетикалык жана бекемдик касиеттери жакшыраак композиттиктерге алмаштырууга болот.

Кариоздук эмес жаракаттар, оорулардын чоң жана ар түрдүү тобун билдирет.

Тиштин катуу ткандарынын жарааланууубактысына жараша эки топко бөлүнөт:

1) тиш чыкканга чейин пайда болгон катуу ткандардын патологиясы

2) тиш чыккандан кийин пайда болгон катуу ткандардын патологиясы

Тиш катуу ткандардын оорулары жарылуу алдында пайда болот

Гипоплазия - тиштин катуу ткандарынын пайда болушу учурунда минералдык зат алмашуунун бузулушу менен байланыштуу. Себептери инфекциялык оорулар, витаминдердин жетишсиздиги, Rh шайкешсиздигинен улам пайда болгон гемолитикалык сарык жана башка факторлор болушу мүмкүн. Натыйжада, тиштин тканынын пайда болушуна катышкан клеткалардын функциясы басылып, эмалдын же дентиндин минерализациясынын бузулушуна алып келет. Гипоплазия системалуу болушу мүмкүн жана борбордук азуу жана биринчи азуу тиштери сыяктуу жарылуу мөөнөтү бирдей бардык тиштерине таасир этиши мүмкүн. Же ал бир же эки чектеш тишке таасир эткен, локалдашкан болушу мүмкүн. Тиштин түсүнүн өзгөрүшү формасы жана өлчөмү боюнча ар кандай болушу мүмкүн. Тактар боёктор менен боелбойт жана жалтырабайт. Мындан тышкары, эмал катуу минералдык зат алмашуунун бузулушун көрсөткөн толкундуу же чөйчөк сымал түзүлүшкө ээ болушу мүмкүн.

Гипоплазиянын бир түрү Гетчинсондун тиштери деп аталган туура эмес түзүлүштөгү тиштер. Бул бочка сымал тиштер ата-энеси пес оорусунан же өнөкөт котон жара (сифилистен) жабыркаган балдарда көп кездешет.

Эндемикалык флюороз сууда жана тамак-ашта фториддин деңгээли жогору болгон аймактарда пайда болот. Ал тиштин эмалынын бетинде сызыктар жана тактар катары көрүнөт, ошондой эле эрозия жана бузулуу катары да көрүнүшү мүмкүн (45-сүрөт). Флюороздун алдын алуу үчүн аймактын ичинде ичүүчү суудагы фториддердин концентрациясын азайтуу зарыл. Мындан тышкары, кальций кошулмаларын алуу жана фторид камтыган тиш пастасын жана чайкоолорду колдонуудан баш тартуу сунушталат. Кальций фосфатты камтыган пасталарды жана гелдерди

актуалдуу колдонуу сунушталат. Эмаль бетинде кемчиликтер болсо, пломбалар жасалат.



45-сүрөт. Флюороз.

Ошондой эле оорулардын бул тобуна тиштин пайда болушунун тукум куучулук бузулуулары кирет.

Тиштин чыккандан кийин пайда болгон катуу ткандарынын оорулары

Клин түрүндөгү кемчиликтер тиштин моюнчасынын аймагындагы тиштерде пайда болуп, мүнөздүү клин формасына ээ (46-сүрөт). Алардын себеби жетишсиз түшүнүлөт; процесстин өнүгүшү үчүн бир нече жыл талап кылынат жана алар кыйла тереңдеп кетсе, коронка сынып калышы мүмкүн. Бул кемчиликтер пломбалар менен дарыланат.



46-сүрөт. 1.2, 1.3 жана 1.4 тиштердин эмалынын жана цементинин клин түрүндөгү кемчиликтери.

Тиштин эрозиясы тегеректелген формада жана көбүнчө тиштин моюнчасынын экваторго жакын бөлүгүндө жайгашкан. Эрозия түбү жылмакай жана жалтырак болот (47-сүрөт). Эрозиялардын өнүгүшү мөмө-жемиш ширелерин жана газдалган суусундуктарды көп колдонуу, ичеги-карын оорулары (ашказандын кычкылдуулугунун жогорулашы жана рефлюкс), эндокриндик бузулуулар менен байланыштуу болушу мүмкүн. Дарылоо себебин жоюуну жана кемтикти толтырууну камтыйт.

Тиштин патологиялык эскириши – катуу тиштин ткандарынын жоголушу. Ал тигинен же туурасынан болушу мүмкүн (48-сүрөт). Жергиликтүү себептердин ичинен оорулуунун тиштегени, ошондой эле тишти тазалоонун каражаттары жана ыкмалары биринчи кезектеги мааниге ээ.



47-сүрөт. Тиштин эмалынын эрозиясы 1.1, 2.1.

Катуу тиш щеткаларын жана абразивдерди (тиш порошокторду) колдонуу абалды начарлатат. Тигинен турган абразия зыяндуу адаттар жана кооптуу өндүрүштөрдөгү (химиялык заводдор, металлургия) менен



@

байланыштуу болушу мүмкүн. Жалпы себептерге эндокриндик оорулар кирет. Дарылоо негизги факторлорду жок кылууну, кемчиликтерди толтырууну жана тиешелүү протездерди камтыйт.

48-сүрөт. Эмалдын горизонталдык патологиялык абразиясы.

Тиш чыккандан кийин пайда болгон кариоздук эмес жаралар көбүнчө системалуу болуп саналат. Мындай диагноз менен ооруган бейтаптар алардын жалпы ден соолугу боюнча консультация алуу керек, анткени алар интернологдор менен стоматологдордон комплекстүү дарылоону талап кылат.

Негизги адабияттар:

1. Боровский Е.В. Кариес зубов. М.: АО «Стоматология», 2001.

2. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 322 с.

3. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 частях. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта, – под ред. проф. Г. М. Барера. - Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2010- - 245 с.

Кошумча адабияттар:

1. Геронтостоматология: А.В. Алимский. (Эпидемиологические, социальные и организационные аспекты). – М., 2012. – 374 с.

2. Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта: учебник: в 3 ч. / Под ред. Г. М. Барера. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Ч. 2. - 224 с.: ил.

3. Справочник по стоматологии. М.: Медицина, 1998.

4- сабак. Пародонт ооруларынын классификация. Пародонттун сезгенүү ооруларынын этиологиясы жана патогенези. Клиниканын жана диагностиканын өзгөчөлүктөрү, дарылоо принциптери. Соматикалык патологиянын өнүгүшүндө пародонт ооруларынын ролу.

Пародонт ооруларына пародонттун ткандарынын жабыркашы же дегенеративдик мүнөздөгү пародонт ткандардын сезгенишине (бүлөө, тиштин пародонттук байланышы, альвеолярдык сөөк) кирет.

Россия Федерациясындагы педагогикалык жана терапиялык тармакта стоматологдордун Бүткүл союздук коомунун XVI пленумунда (1983-ж.) кабыл алынган, 2001-жылы Россиянын стоматологиялык ассоциациясынын периодонтология секциясынын президиумунун отурумунда (заседаниесинде) киргизилген түзөтүүлөр менен кабыл алынган пародонт ооруларынын терминологиясы жана классификациясы колдонулат. Системалаштыруу үчүн төмөнкү критерийлер тандалып алынган: жеке пародонттук ткандарда жолуккан оорунун клиникалык формасы, (мисалы: гингивит), ошондой эле бүт функционалдык-ткань комплексинде (мисалы: пародонтит), патологиялык процесстин мүнөзүн көрсөтүүдө (сезгенүү, дистрофиялык же шишиктүү) жана берилген формада анын прогрессинин стадиясы (оорлугу). Пародонт ооруларынын классификациясы:

1) Гингивит – тиштин жабыркашынын бүтүндүгү бузулбастан жана пародонттун башка бөлүктөрүндө деструктивдүү өзгөрүүлөрдүн көрүнүшү жок пайда болгон, жергиликтүү жана жалпы факторлордун терс таасиринен келип чыккан тиштин сезгениши.

Формалары: катаралдуу, жаралуу, гипертрофиялык.

Өрчүшү: курч, өнөкөт.

Фазалары: күчөшү, ремиссиясы.

Таралуусу: локализацияланган (фокалдык), жалпыланган.

2) Пародонтит - пародонт ткандарынын сезгениши, пародонттун жана альвеолярдык сөөктүн бузулушу менен мүнөздөлөт.

Оорунун жугушу: өнөкөт, агрессивдүү.

Фазалары: күчөшү (абсцесстин пайда болушу), ремиссия.

Оорунун оордук даражасы клиникалык-рентгенографиялык көрсөткүчтөр менен аныкталат: жеңил (тамырдын резорбциясы 4 ммден ашпайт, сөөктүн резорбциясы тиштин тамырынын узундугунун 1/3 бөлүгүнө чейин), орто (чөнтөк тереңдиги 4-6 мм, сөөктүн резорбциясы тиштин тамырынын узундугунун 1/3төн 1/2 бөлүгүнө чейин), оор (чөнтөк тереңдиги 6 мм 2ден чоңураак) тиш тамырынын узундугу).

Процесстин таралышы: локализацияланган (фокалдык), жалпыланган.

3) Пародонтоз: пародонттун дегенеративдик жабыркашы

Өтүшү: өнөкөт

Таркалышы: жалпыланган

Оор даражасы: жеңил, орточо, орто-оор

4) Пародонттук ткандарда пайда болгон синдромдор

5) Пародонтомалар – пародонттогу шишик жана шишик сымал процесстер.

Пародонт ооруларынын клиникасы жана патоморфологиясы

Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун (ВОЗ) маалыматы боюнча, пародонттун пайда болушунун жана оорунун факторлору болуп (гингивит жана пародонтит), бир жагынан микробдук факторлор (биопленка), экинчи жагынан, жалпы жана/же жергиликтүү резистенттүүлүктүн төмөндөшү кирет.

Биоплёнка – бул бетке же бири-бирине жабышкан, алар тарабынан синтезделген клеткадан тышкаркы полимердик заттардын матрицасында камтылган клеткалар менен мүнөздөлгөн микробдук жамаат. Ошондой эле, ал фенотиптин өзгөрүшүн көрсөтөт, өсүү параметрлеринин өзгөрүшү жана конкреттүү гендердин экспрессиясы. Бул аныктама бизге биопленкалуу микробдук топтомдорду үстүртөн окшош структуралардан айырмалоого мүмкүндүк берет, мисалы, катмардын бетинде өскөн бактериялык колониялар, алар чыныгы биопленканын эч кандай өзгөчөлүгүн көрсөтпөйт. Белгилеп кетүүнүн маанилүүлүгү, колонияланган медициналык аппараттагы биопленкалардан ажырап, дене суюктуктарында айланган фрагменттердин матрицасына кирген бактериялар баштапкы биопленкагын бардык фенотиптик мүнөздөмөлөрүн ырааттуу түрдө көрсөтөт. Ошентип, биопленка өзү анын ичиндеги айрым микроорганизмдердин антибактериалдык дарыларга туруктуулугун өзгөртүүгө салым кошот.

Микробдук тактын (бляшканын) матрцасы бактерия клеткаларын дары-дармектердин таасиринен натыйжалуу коргогон экологиялык баш калкалоочу жайды түзөт. Ошентип, биопленкадагы антибактериалдык препараттын натыйжалуулугуна жетишүү үчүн, препараттын концентрациясын 1500 эсеге жогорулатуу талап кылынышы мүмкүн.

Гингивит

Курч гингивит учурунда жалпы себептердин бири болуп организмдин спецификалык эмес каршылыгынын төмөндөшү эсептелет. Бул абал вирустук же башка инфекциялардын (ЖРВИ, сасык тумоо ж.б.), гиповитаминоздордун, аллергиялык же нурлануудан келип чыккан жабыркоолордун натыйжасында пайда болушу мүмкүн.

Клиникалык жана морфологиялык белгилерине жараша гингивиттин төмөнкү түрлөрү айырмаланат:

- катаралдык гингивит,
- гипертрофиялык гингивит,
- жаралуу гингивит.

Оорунун өтүшүнө жараша — курч жана өнөкөт гингивит деп бөлүнөт.

Тиштин этинин сезгенүүсүнүн (гингивиттин) негизги диагностикалык белгилери анын түрүнө карабастан төмөнкүлөр болуп саналат: жаш курак, тиштерде көп өлчөмдөгү тиш тактарынын жана катуу, жумшак тиш катмарларынын болушу (тиш эттери ооруп, канагандыктан бейтаптар тиштерин тазалоодон качышат), тиш этин зонд менен текшергенде кан агуу, ооз көңдөйүнүн гигиеналык индекси менен тиш этиндеги сезгенүүнүн оордугу ортосунда түз байланыштын болушу, рентген сүрөтүндө жаак сөөктөрүнүн альвеолярдык өсүндүсүндө сөөк ткандарынын бузулуу белгилеринин жоктугу.

Гингивит менен ооруган бейтаптардын салттуу даттануулары: Ооздон жагымсыз жыт, бүлөдө кычышуу сезими, тишти тазалоо учурунда кан агуу. Курч гингивитте - тамак жеген учурда механикалык жана химиялык дүүлүктүргүчтөрдүн таасиринен улам күчөгөн бүлөөнүн оорушу байкалат.

Катаралдык гингивиттин учурунда (өтүшүнүн мүнөзүнө карабастан) объективдүү кароодо бүлөө эмчегинин, четки (маргиналдык) кырынын жана жабышкан бүлөөнүн шишиши (отек), кан тамырлардын толушу (гиперемия) байкалат (курч сезгенүүдө ал ачык кызыл; өнөкөт сезгенүүдө - тургун, канга толгон). Бүйлөнүн шишигинен улам кээде пародонталдык чөнтөктөр (кармандар) бар деп божомолдоого болот, бирок тиш-бүлөө бирикмесинин бүтүндүгү бузулбайт. Бүлөө суюктугунун көлөмү көбөйөт (49-сүрөт).



49- сүрөт. Гингивит.

Катаралдык гингивиттин морфологиялык өзгөрүүлөрү

Негизги морфологиялык өзгөрүүлөр эпителийде жана анын астындагы бириктирүүчү тканда аныкталат. Катаралдык гингивиттин морфологиялык субстраттары төмөнкүлөр:

шишик (отек).

Коллаген булаларынын көбүшү.

Эпителийдин мүйүздөшүү процесстеринин бузулушу.

Лимфоцитардык-лейкоцитардык-плазмоцитардык инфильтрация (сезгенүү клеткаларынын топтолушу).

Кан тамыр реакциясы (Сосудистая реакция).

Жаралуу гингивит (Язвенный гингивит)

Жаралуу гингивит — бул деструктивдүү өзгөрүүлөр басымдуулук кылган бүлөөнүн сезгениши. Бул оору кээде баштапкы (первичный) абалда пайда болот, бирок көбүнчө төмөнкү шарттарда болот:

бүлөө ткандарынын аутоинфекцияга (өз денедеги инфекцияга) каршы туруктуулугу төмөндөгөндө.

Пародонттун мурунтан эле бар болгон сезгенүү ооруларынын татаалдашы катары.

Ошондой эле организмдин жалпы реактивдүүлүгү (туруктуулугу) төмөндөгөндө, мисалы, курч инфекциялык оорулардан, суук тийүүдөн (переохлаждение) жана нерв стресстеринен кийин.

Бул учурдагы этиологиялык фактор (оорунун себеби) фузоспириллярдык симбиоз болуп саналат.

Жаралуу гингивиттин маниси жана диагностикасы

Жаралуу гингивиттин (Язвенный гингивит) болушу ар дайым жалпы оорулардан улам организмдин реактивдүүлүгүндө (туруктуулугунда) олуттуу бузулуулардын бар экендигинен кабар берет.

Дифференциалдык диагностика

Дифференциалдык диагностиканы жүргүзүүдө, жаралуу гингивитти кан оорулары учурундагы бүлөөнүн жаралуу жабыркоолорунан айырмалоо керек. Бул оорулардын клиникалык көрүнүштөрүнүн окшоштугу көп учурда диагностикалык каталарга алып келет.

Ошондуктан, жаралуу гингивиттин туура диагнозун коюу үчүн кошумча изилдөө ыкмаларынын жыйынтыктары чоң мааниге ээ:

Кандын клиникалык анализи.

ВИЧке кан анализи.

Жабыркоо очогунун ичиндегисин бактериологиялык изилдөө.

Спецификалык эмес жаралуу гингивит үчүн башка микрофлорага караганда фузобактериялар менен спирохеталардын көп санда табылышы мүнөздүү.

Морфологиялык көрүнүш

Жаралуу гингивиттин морфологиялык картинасы төмөнкүлөр менен мүнөздөлөт:

бүлөө эпителийинин жараланышы (изъязвление).

Коллаген булаларынын көбүшү жана бузулушу.

Кескин айкын лимфо-лейко-плазмоцитардык инфильтрация (сезгенүү клеткаларынын топтолушу).

Жаралуу гингивит (язвенный гингивит), адатта, кескин түрдө (тез) башталат. Уулануунун (интоксикациянын) деңгээлине жараша, оорулуулар төмөндөгүлөргө даттанышат:

Алсыздык (недомогание), дене табынын көтөрүлүшү, иштөө жөндөмүнүн төмөндөшү.

Ооз көңдөйүнөн (полость рта) төмөнкүдөй даттануулар болот:

Тиштин кескин оорушу жана кан агышы (кровоточивость).

Тамак жегендин кыйындашы.

Кээде жутканда оорушу.

Жалпы кароодо бул адамдар оор абалдагы оорулуудай көрүнүшөт, алар аз кыймылдашат, жутуу кыйындагандыктан шилекей агып (слюнотечение) турат, ооздон катуу чириген жыт (гнилостный запах) чыгат.

Жергиликтүү процессте (бир-эки тиштин айланасында) организмдин ууланuу (интоксикация) белгилери адатта байкалбайт. Болгону, тиштин некрозго учураган бүлүнчөктөрү жана маргиналдык бөлүгү гана аныкталат, алар саргыч-боз түстөгү фибриноздук катмар менен капталган. Бул катмарды

алып салгандан кийин кан агып турган бет пайда болот. Соо жана жабыркаган бүлөөнүн ортосунда так демаркациялык сызык байкалат.

Процесс жалпыланганда (генерализацияланганда), организмдин жалпы ууланууу белгилеринин күчөшү байкалат: оорулуу шалдырап, терчил болуп, өңү жердей түскө айланат, ал тургай тамак жебеген учурда да оору күчөйт. Регионалдык лимфа түйүндөрү чоңоюп, ооруйт, дене табы 38-39°Сге чейин көтөрүлөт.

Ооз көңдөйүндөгү патологиялык процесске тиш аралык бүлүнчөктөр, маргиналдык жана альвеолярдык бүлөөнүн бир бөлүгү гана эмес, ошондой эле ооздун былжыр челинин башка бөлүктөрү да тартылат (мисалы, ретромолярдык аймак, жаактын былжыр чели ж.б.). Некрозго учураган жерлер түшүп калгандан кийин, көп учурда тиштердин моюн бөлүктөрү ачылып, алардын ортосунда кара тиш аралык үч бурчтуктар пайда болот. Тиштерде жумшак, жабышкак кабыкча байкалат, ошол эле учурда катуу тиш катмарлары да болот. Өзүн-өзү тазалоо процесстери бузулгандыктан, тил ак катмар менен капталат.

Курч катаралдык гингивиттен айырмаланып, жаралуу гингивит ткандардын ар кандай деңгээлдеги некрозу (жансызданышы) менен коштолот. Ошондуктан, жаралуу жабыркоонун жыйынтыгы толук айыгуу боло албайт: ал ар дайым жарым-жартылай болот, жана бүлөө четинин туруктуу деформациясы сакталып калат: бүлүнчөктөр тегизделип, тиш аралык боштуктар ачылып калат.

Гипертрофиялык гингивитте организмдин жалпы жана жергиликтүү реактивдүүлүгүнүн өзгөрүшүнө өбөлгө түзгөн факторлордун ичинен гормоналдык өзгөрүүлөр (өспүрүм курак, кош бойлуулук, гидантоин негизиндеги дары-дармектерди кабыл алуу), С витаминининин жетишсиздиги, кан оорулары (лейкемиялык ретикулоздор) олуттуу мааниге ээ. (50-сүрөт).



50-сүрөт. Гипертрофиялык гингивит.

Классификацияда гипертрофиялык гингивиттин эки формасы бөлүнүп көрсөтүлөт: шишиктүү (отечная) жана фиброздук.

Шишиктүү (отечная) форма

Клиникалык жактан тиш бүлүнчөктөрүнүн чоңоюшу, алардын көгүш түскө боёлушу, жылтырак бети, зонддоо учурунда кан агышы жана жалган бүлөө чөнтөктөрүнүн пайда болушу менен мүнөздөлөт. Эпителийдик жабышуусу бузулган эмес.

Фиброздук Форма

Тиш бүлүнчөктөрү жана маргиналдык чети көлөмү боюнча чоңойгон, кармалаганда катуу, бүлөөнүн түсү өзгөрүлгөн эмес. Кан агуу жок, жалган пародонт чөнтөктөрү жана бүлөө астындагы катмарлар бар.

Клиникада оордуктун үч даражасы айырмаланат:

Жеңил даража: Бүлөөнүн гипертрофиясы (чоңоюшу) тиштин таажысынын 1/3 бөлүгүнөн ашпайт.

Орточо даража: Чоңоюу тиштин таажысынын ½ бөлүгүнө жетет.

Оор даража: Бүлөө тиштин таажысынын 2/3 бөлүгүн же бардык коронкасын жаап калат.

Бейтаптар эстетикалык бузулууларга жана бүлөөнүн кан агуусуна даттанышат.

Гипертрофиялык гингивиттин негизинде бүлөөнүн сегменттин пролиферативдик түрү жатат, ал фибробласттардын пролиферациясы, коллаген жипчелеринин катууланышы жана паракератоз көрүнүштөрү менен мүнөздөлөт.

Пародонтит

Пародонтит (грек тилинен para - тегерек, odonto - тиш менен байланышкан, itis - сезгенүү мүнөзүндөгү), антпесе пародонт ткандарынын сезгенүү оорусу, бардык пародонт түзүмдөрүнүн прогрессивдүү бузулушу менен мүнөздөлөт (51-сүрөт).

.



W

а. б.

51-сүрөт. Оор даражадагы пародонтит. а – ооз көңдөйүндөгү клиникалык көрүнүштөр, б – рентгенографиялык сүрөт (альвеолярдык сөөктүн 2/3 узундугунан азуу тамырларынын резорбциясы).

Пародонтопатогендердин (азуу айланасындагы ткандарды оорутуучу микроорганизмдер) организмге тийгизген таасири

Оорунун пайда болушунда жана өнүгүшүндө "пародонтопатогендер" деп аталган микроорганизмдер - Aggregatibacter actinomycetemcomitans (Actinobacillus actinomycetemcomitans), Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythensis (Bacteroides forsythus), Prevotella intermedia, Treponema denticola -негизги ролду ойнойт.

Вируленттүүлүк факторлору аркылуу бул түрлөр пародонт ткандарынын узакка созулган сезгенүүсүн жана бузулушун гана козгобостон, ошондой эле организмдин жалпы интоксикациясын пайда кылат. Бул болсо мээнин жана жүрөктүн кан тамырларынын атеросклерозунун өнүгүшүнө түрткү берет, инсульт жана миокард инфаркты коркунучун жогорулатат.

Бактериялардын өзгөчөлүгү

Бул бактериялардын таасиринин өзгөчөлүгү - алар өтө активдүү эндотоксиндерди – липополисахариддерди бөлүп чыгарышат. Бул липополисахариддер липид А аркылуу цитокиндердин күчөтүлгөн өндүрүшүн шарттайт.

Бул заттардын пародонт ткандарына тийгизген уулуу таасири, биринчи кезекте, ткандык репарацияны (калыбына келүүсүн) басуу жана остеокласттардын (сөөктү бузуучу клеткалар) гиперактивдешүүсү менен байланыштуу.

Цитокиндер полиморфтук-ядролук лейкоциттер менен өз ара аракеттенгенде, акыркылардын коргоочу эффектиси тескерисинче өзгөрүп, бул пародонт ткандарынын деструкциясына (кыйрашына) алып келет.

Пародонтитте бейтаптардын даттануулары абдан ар түрдүү болушу мүмкүн:

Ооздон жагымсыз жыт чыгуусу.

Тишти жууганда же катуу тамак жегенде бүлөөнүн канашы.

Тиштердин бошоңдошу.

Алардын ордунун өзгөрүшү.

Тиштердин ортосунда ачык жерлердин (аралыктардын) пайда болушу ж.б.

Объективдүү Текшерүүдөгү (Көрүүдөгү) Белгилер

Объективдүү текшерүүдө гингивиттин (бүлөө сезгенүүсүнүн) белгилери аныкталат:

Шишик, гиперемия (кан толуп кызаруу), бүлөө эмчектеринин, маргиналдык (четки) жана жабышкан бүлөөнүн канашы.

Ар кандай тереңдиктеги, сероздук же ириңдүү бөлүнүп чыгуусу бар пародонталдык чөнтөктөрдүн болушу.

бүлөө астында жана үстүндөгү тиш таштарынын көп болушу.

Рентгенограммадагы Өзгөрүүлөр

Рентгенограммада төмөнкүдөй белгилер аныкталат:

Остеопороздун (сөөктүн сейректөөсүнүн) белгилери.

Альвеолярдык өсүндүдөгү сөөк тканынын бир калыпта эмес резорбциясы (эриши, сиңирилип жок болушу) аралаш типте (вертикалдык жана горизонталдык) жүргөндүгү.

Сөөк чөнтөктөрүнүн болушу.

Оорунун оордук даражасын аныктоо

Пародонтиттин оордук даражасы тиш тамырынын узундугуна салыштырмалуу сөөк тканынын резорбциясынын чоңдугуна жана пародонталдык чөнтөктүн тереңдигине жараша аныкталат (3-таблицага ылайык).

3-таблица. Пародонтиттин оорлук даражасын аныктоо критерийлери.

Критерийлери	Жеңил даражасы	Орточо даражасы	Оор даражасы
Чөнтөкчөнүн тереңдиги	до 4 мм	до 6 мм	более 6 мм
Сөөк тканынын резорбциясы	до 1/3	1/3 – 1/2	более 1/2
Патологиялык бошоңдук	нет	1 – 2 даража	2 – 3 даража

Пародонтит **өнөкөт** (хронический) жана **агрессивдүү** болуп эки түрдө өтүшү мүмкүн.

Агрессивдүү пародонтитте оорунун оордук даражасы бейтаптын жашына **шайкеш келбейт** (тагыраагы, жашына салыштырмалуу өтө тез жана катуу өнүгөт).

4-таблица. Өнөкөт жана агрессивдүү пародонтиттин салыштырма мүнөздөмөсү

	Агрессивдүү өтүү	**Өнөкөт болуп өтүү**
Жайылуусу	10-14%	86-90%
Жаш курагы	18-35 лет	>35 лет
Системалык оорулар	Аныкталбайт	Болушу сүскүн бирок пародонт (тиш айланасындагы) ткандарына байкаларлык таасир тийгизбейт.
Сөөк тканынын бузулуу ылдамдыгы	1,08 - 1,8 мм в год	0,072 - 0,036 мм в год

Пародонтоз

Пародонтоз – бул пародонттун бардык ткандарынын дистрофиялык (азыктануунун бузулушунан улам) жабыркоосу.

Жайылуусу боюнча: Ал жалпыланган (генерализованный) гана болот (б.а., бардык жаакты камтыйт).

Өтүүсү боюнча: Өнөкөт (хронический).

Оордук даражасы боюнча: Жеңил, орто жана оор болуп бөлүнөт (52-сүрөт).



52сүрөт. Пародонтоздун орточо оордуктагы даражасы.

Л.Ю. Орехова, А.И. Грудяновдун (2009) маалыматтары боюнча, Пародонтоздун жайылышы Россия Федерациясынын калкынын 1-3%ын түзөт.

Бул оорунун аз таралышына байланыштуу, илимий адабияттарда анын этиопатогенези (пайда болуу жана өнүгүү себептери) боюнча көз караштар дээрлик өзгөргөн жок, жана пародонтоз төмөнкүлөр менен байланыштырылат:

Нервдик-трофикалык бузулуулар (Д.А. Энтин, Е.Е. Платоновдун теориясы, 1933).

Жалпы атеросклероздун фонундагы атеросклеротикалык өзгөрүүлөр (А.И. Евдокимовдун теориясы, 1940).

А.И. Грудянов, Л.Ю. Орехова (2010) өнөкөт стресстин негизги ролун белгилешет, анын учурунда биринчи кезекте кан тамырлар жабыркайт.

Кан клеткаларынын адгезиясы (жабышуусу) жана агрегациясы (топтолушу) өнүгүп, микроциркулятордук нуктун бүтөлүшүнө алып келет.

Бул процесс нейтрофилдик гранулоциттердин метаболизминин бузулушунун эсебинен ого бетер күчөйт, анткени алар эркин радикалдарды жана протеолитикалык ферменттерди бөлүп чыгара башташат.

Кандай болгон күндө да, пародонт структураларында гипоксия (кычкылтек жетишсиздиги) жана микроциркуляциянын бузулушу биринчилик болуп, сезгенүүнүн натыйжасында эмес, өзүнчө өнүгөт. Трофиканын (азыктануунун) бузулушу – бул ткандык структуралардын

жаңылануусунун кечеңдешине, белок, минералдык жана башка алмашуу түрлөрүнүн бузулушуна алып келет. Туура диагноз коюу үчүн денталдык компьютердик томографияны (ДКТ) жүргүзүү зарыл. Анда төмөнкүлөр бааланышы керек:

Сөөк тканынын өзүнүн структурасы – остеосклероз же остеопороздун очокторунун бар-жоктугу.

Вестибулярдык кортикалдык пластинканын абалы (андагы кемчиликтердин бардыгынан тартып толук жок болушуна чейин).

Тиш тамырларынын бул пластинкага карата жайгашуусу.

Пародонтоздун Морфологиялык Картинасы

Гиалиноз жана склероз (катууланышы) менен коштолгон кан тамырлардын ичкериши (просветтин тарышы) жана облитерациясы (толугу менен бүтөлүшү).

Бүйлө эпителийинин клеткаларынын белоктук дистрофиясы, эпителийдин атрофиясы (соолушу), паракератоз.

Тутумдаштыргыч тканьда мукоиддик шишик, фибриноиддик өзгөрүүлөр пайда болот.

Сөөк тканында сөөк структураларынын жаңылануусу кечеңдейт, сөөк трабекулалары (тилкелери) жооноюп, ал тургай айкын очоктук остеосклерозго жана сөөктүн келтекчелүү (губчатый) түзүлүшүнүн жоголушуна алып келет, алар очоктук остеопороз (сөөктүн сейректөөсү) менен алмашып турат.

Пародонтоздун морфологиялык (түзүлүштүк) картинасы үчүн төмөнкүлөр мүнөздүү:

Пародонтто олуттуу морфологиялык өзгөрүүлөр болгондо гана пародонтоздун клиникалык көрүнүштөрү башталат. Диагноз клиникалык картинага жана рентгенологиялык изилдөөнүн натыйжаларына таянып коюлат.

Пародонтоздун клиникалык картинасына мүнөздүү белгилер:

Бүйлөнүн рецессиясы (түшүп кетиши).

Тиштин моюнчасынын ачылып калышы жана сезимталдыгынын жогорулашы.

Тиштердин көптөгөн кариессиз жабыркоолору.

Бүйлө өңү кубарып (бледная), тыгыз (плотная).

Тиш-бүйлө бирикмеси (зубодесневое прикрепление) сакталган.

Тереңдиги 1-2 мм болгон тиш-бүйлө борозчосу аныкталат.

Тиштердин патологиялык бошоңдугу (подвижность) жок.

Бирок, айрым тиштердин аймагында сезгенүү кошулса, пародонтозго мүнөздүү жалпы картинанын фонунда пародонтитке мүнөздүү белгилер аныкталат:

Тиш таштары (зубные отложения).

Бүйлөнүн канашы.

Терең эмес патологиялык тиш-бүйлө чөнтөктөрү (зубодесневые карманы).

Оордук даражасын аныктоо (рентгенологиялык жол)

Процесстин оордук даражасы рентгенологиялык изилдөөнү жүргүзүү менен аныкталат:

Жеңил даражадагы пародонтоз:

Тиш тамырларынын 1/3 бөлүгүнө чейин ачылып калышы.

Рентгенограммада альвеола аралык тосмонун (межальвеолярная перегородка) бийиктиги ошол эле өлчөмгө (1/3гө) төмөндөшү.

Орточо даражадагы пародонтоз:

Бул өзгөрүүлөр тиш тамырларынын 1/2 бөлүгүнө чейин болот.

Оор даражадагы пародонтоз:

Өзгөрүүлөр тиш тамырларынын узундугунун 1/2 бөлүгүнөн ашык болот.

Рентгенограммаларда склероздук остеопороз аныкталат, ага төмөнкүлөр мүнөздүү:

• Сөөк балкачаларынын (костные балочки) санынын азайышы.

• Ошол эле учурда жилик чучугунун аралыктары (костномозговые пространства) кичирейет, ал эми сөөк балкачалары жооноёт.

• Ошентип, сөөктүн сүрөтү майда торчолуу (мелкопетлистый) мүнөзгө ээ болот.

• Кортикалдык пластинкалар сакталган жана периодонттук жылчыктын бир аз тарышы менен коштолгон альвеола аралык тосмолордун бийиктигинин бир калыпта төмөндөшү мүнөздүү.

Прогноз жана дарылоо комплекси

Айыгуу жаатындагы прогноз жагымсыз (неблагоприятный). Оорунун өнүгүшүн алдын алуу жана сезгенүү түрүндөгү татаалдашуулардын кошулуу мүмкүнчүлүгүн болтурбоо максатында, дарылоо чараларынын комплексине, стоматологдун диспансердик көзөмөлүнөн тышкары, сөзсүз түрдө негизги ооруну (мисалы, гипертониялык оору, атеросклероз) тиешелүү адис тарабынан антисклеротикалык жана вазотроптук терапияны дайындоо менен дарылоо кирет.

Стоматологдун сунуштары

Дарыгер-стоматолог биринчи кезекте пародонт ткандарындагы жергиликтүү кан айлануусу жакшыртууга багытталган дарылоо ыкмаларын сунуштайт:

• Аутомассаж (өзүн-өзү укалоо).

• Гидромассаж.

• Бүйлөнү дарсонвализациялоо жана башка физиотерапиялык процедуралар.

Мындан тышкары, айкын рецессия жана кариессиз жабыркоолор болгондо, гиперестезияны (өтө сезимталдыкты) симптомдук дарылоону жүргүзөт.

Пародонт ткандарында көрүнгөн синдромдор

Папийон-Лефевр синдрому – бул сейрек кездешүүчү генетикалык бузулуу, анын кездешүү жыштыгы 1:1 000 000 түзөт. Оору аутосомдук-рецессивдүү типте тукум куучулук жана 4 жашка чейинки курактa билине баштайт. Этиологиясы (себеби) белгисиз.

Бул синдром алакандын жана тамандын гиперкератозу (теринин ашыкча катууланышы) менен коштолот.

Ооз көңдөйүндө – агрессивдүү жалпыланган өспүрүмдүк пародонтит өнүгөт:

Бүйлө шишиген (отечная), кызарган (гиперемированная), зонддогондо канайт.

Экссудациясы (бөлүнүп чыгуусу) бар терең пародонталдык чөнтөктөр.

Тиштердин бошоңдошу (подвижность).

Рентгенологиялык текшерүүдө төмөнкүлөр аныкталат:

Альвеолярдык өсүндүнүн сөөк тканынын вертикалдык деструкциясы (бузулушу).

Сөөк чөнтөктөрүнүн болушу.

К шести годам пациент теряет все зубы. После прорезывания постоянных зубов - ситуация повторяется. Лечение симптоматическое.

Алты жашка чейин пациенттин бардык тиштери түшүп калат. Туруктуу тиштер чыккандан кийин — абал кайталанат. Дарылоо симптоматикалык.

Гистоцитоз Х – этиологиясынын (келип чыгышы) белгисиз болгон оорулардын тобу, алардын жалпы патоморфологиялык белгиси болуп **гистиоцитардык** өсүп-өнүгүүлөрдүн, **эозинофилдердин** топтолушунун, **лимфомакрофагалдык** инфильтрациянын болушу саналат. Гистоцитоз Хтин локализацияланган (чектелген) жана диффузиялык (жайылган) формалары айырмаланат.

Локализацияланган түрүнө **эозинофилдик гранулема** кирет.

Ал балдарда жана чоңдордо байкалат, клиникада **гингивит**, **пародонттук чөнтөкчөлөр**, **тиштердин кыймылдуулугу** кездешет. Оорунун алгачкы стадияларында ооз көңдөйүндөгү көрүнүштөр көбүнчө биринчи жана жалгыз симптомдор болот. Рентгендик изилдөөдө **остеопороз** жана **сөөк тканынын чектелген жерде сиңип кетиши** (гранулема жайгашкан тишке туура келген аймакта) айкын компенсациялык реакция менен (боштуктун очогунун перифериясы боюнча **склероз зонасы**) аныкталат.

Гистоцитоздун жайылган (диссеминацияланган) формаларына көбүнчө балдарда кездешүүчү Леттерер-Зиве жана Хенд-Крисчен-Шюллер оорулары кирет.

Леттерер-Зиве оорусу өнүгүп жаткан стадиясында ысытма (лихорадка), теринин бозорушу, адинамия (алсыздык), арыктоо жана табиттин жоголушу, гепато-спленомегалия (боордун жана көк боордун чоңоюшу) менен мүнөздөлөт. Ооз көңдөйүндө өнөкөт жайылган пародонтиттин белгилери жана сөөк тканынын прогрессивдүү сиңип кетиши байкалат. Рентгендик изилдөөдө остеопороз, тиш аралык сөөк тосмолорунун диффузиялык резорбциясы (сиңиши) жана жаак сөөгүнүн денесинин очоктук резорбциясы аныкталат.

Хенд-Крисчен-Шюллер оорусу кантсыз диабет (несахарный диабет), экзофтальм (көздүн алайышы), жаак сөөктөрүндөгү шишик сымал пайда болгон түзүлүштөр (опухолевидные образования), өсүүдө жана өнүгүүдө артта калуу менен коштолот. Ооз көңдөйүндө жайылган пародонтиттин сүрөтү байкалат. Рентгендик изилдөөдө — альвеолалык сөөктүн деструкциясы (бузулушу). Жергиликтүү дарылоо — симптоматикалык.

Кант диабетинин фонундагы пародонттун абалы

Кант диабети учурунда **углевод, белок, липид алмашууларынын бузулушу**, **спецификалык диабеттик микроангиопатиялардын** (кан тамырлардын акыркы бөлүктөрүндөгү базалдык мембрананын жооноюшу)

өнүгүшү, ошондой эле **полиморфтук-ядролук лейкоциттердин** функционалдык активдүүлүгүнүн жана хемотаксисинин төмөндөшү байкалат, бул **пародонт оорусунун күчөшүнө** шарт түзөт.

Пародонтиттин клиникалык көрүнүшү белгилүү бир деңгээлде **пародонттук чөнтөкчөлөрдөгү микрофлоранын** өзгөчөлүктөрү менен байланыштуу. Кант диабети менен жабыркаган чоң пациенттердин пародонттук чөнтөкчөлөрүндө көбүнчө ***B. intermedius***, ***B. gingivalis***, ***W. recta*** бактериялары аныкталат. Пародонттук чөнтөкчөлөрдө **глюкозанын** болушу оордотуучу фактор болуп саналат, анткени ал микроорганизмдер үчүн **азык чөйрөсү** катары кызмат кылат. Шилекейде жана бүйлө суюктугунда глюкозанын көбөйүшү, ошондой эле **шилекейдин агымынын азайышы** менен бирге, ооз көңдөйүндөгү **микробиологиялык тең салмактуулукту** өзгөртүп, **пародонт комплексинин ткандарынын регенерациясынын** (калыбына келишинин) **басаңдашына** өбөлгө түзөт. Демек, **компенсацияланбаган кант диабетинде** пародонтиттин жүрүшү **агрессивдүү мүнөзгө** ээ болот.

Бирок тескери байланыш да бар. Белгилүү болгондой, **кант диабетиндеги оор пародонтит** оорулуунун организми иштеп чыгарган инсулиндин эффективдүүлүгүн төмөндөтөт (сезгенүүнү козгоочу цитокиндер канга өтүү менен инсулинге туруктуулукту (инсулинорезистенттүүлүктү) жана кандагы глюкозанын жогорулашын шарттайт). Ошондуктан, ооз көңдөйүнүн ооруларын дарылоо — диабетти көзөмөлдөөнүн маанилүү факторлорунун бири болуп саналат.

Кан ооруларынын фонундагы пародонттун абалы

Кан оорулары (нейтропения, агранулоцитоз, курч лейкоз): клеткалык элементтердин коргонуу касиеттеринин төмөндөшүнүн жана зат алмашуу процесстеринин активдүүлүгүнүн бузулушунун натыйжасында пародонт ткандарынын абалына таасир этет.

Курч лейкоз

Көбүнчө жаш курakta кездешет. Жалпы алсыздык, булчуңдарда, муундарда, сөөктөрдө, тамакта ооруу, жаак алдындагы лимфа бездеринин чоңоюшу, субфебрилдик температура (37-38°С) байкалат. Клиникалык көрүнүш үчүн төрт синдром мүнөздүү: геморрагиялык (кан агуу), гиперпластикалык (ткандын ашыкча өсүшү), анемиялык (аз кандуулук) жана интоксикациялык (ууланuу).

Ооз көңдөйүндө: Бүйлө четинин гипертрофиясы (чоңоюшу), тийгенде да, өзүнөн-өзү да (спонтандык) бүйлөнүн өтө көп кан агышы (профузная кровоточивость). Жараттардын тегерегинде реактивдүү өзгөрүүлөрсүз бүйлөнүн, бадамчалардын некротикалык (жансызданuу) өзгөрүүлөрү.

Дифференциалдык диагноз жүргүзүү үчүн канды изилдөө талап кылынат, анда төмөнкүлөр аныкталат: лейкоциттердин санынын көбөйүшү, жетилген формалардын жоктугу, ЭЧЫнын (эритроциттердин чөгүү ылдамдыгынын) жогорулашы.

Циклдик нейтропения

Бул балдардын жана өспүрүмдөрдүн идиопатиялык (себеби белгисиз) оорусу. Анамнезинде КУЖ-органдарынын (кулак, тамак, мурун), өпкөнүн көп жолу кайталанган оорулары байкалат. Организмдин жалпы абалынын

начарлашынын фонунда: алсыздык, тердөө, дене табынын көтөрүлүшү белгиленет.

Ооз көңдөйүндө агрессивдүү жайылган пародонтиттин фонунда жаралуу гингивит же стоматит диагнозу коюлат. Пародонт ткандарындагы агрессивдүү патологиялык процесстин өнүгүшүнө инфекциянын киришинен ткандарды коргоого жооптуу болгон нейтрофилдик лейкоциттердин мезгил-мезгили менен азайышы себеп болот, бул өз кезегинде микроорганизмдер топтолгон жерде алардын зыян келтирүүчү таасирин күчөтөт.

Оору канды динамикалык изилдөө (3 жумада 1 жолу) жүргүзүүдө аныкталат.

Агранулоцитоз

Анамнезинде пациенттердин 50%да анальгетиктерди, антибиотиктерди, талма каршы дары-дармектерди кабыл алуу байкалат.

Ооруга жогорку температура, чыйрыгуу менен башталган курч мүнөз мүнөздүү. Ооз көңдөйүндө оорунун башталышын коштогон биринчи клиникалык симптом – бул жаралуу гингивит. Тереңдетилген клиникалык жана рентгендик текшерүүдөн кийин төмөнкүлөр тастыкталат: агрессивдүү жайылган пародонтит, анын өзгөчөлүгү — процесс курчуган учурда терең пародонттук чөнтөкчөлөрдөн ириңдин акпай тургандыгы. Диагноз кандын клиникалык анализинин негизинде коюлат.

ВИЧ-ассоциацияланган пародонтит

Пародонтит ЖИКСтин (СПИДдин) системалык көрүнүшүнө чейин эле пайда болот. Бул учурда жаралуу гингивит же стоматит менен коштолгон агрессивдүү жүрүштөгү пародонтит — олуттуу иммундук бузулуулардын өнүгүп жатканын көрсөткөн жагымсыз божомолдук (прогностикалык) белги болуп саналат. Сөөк тканындагы сезгенүү-деструктивдик процесс өтө тез жүрөт: 6 айдын ичинде сөөк субстратынын 70%га чейинкиси жоголот, альвеолалык урчуктун фрагменттеринин секвестрациясы (жансызданган бөлүктөрдүн бөлүнүп чыгышы) мүмкүн. Диагностика серологиялык жана иммунологиялык изилдөөлөрдүн негизинде жүргүзүлөт.

Пародонтомалар (Пародонт шишиктери)

Бул пародонт ооруларынын тобуна пародонт ткандарынан чыккан бардык шишик сымал жаңы пайда болгон түзүлүштөр (новообразования) кирет. Алардын көпчүлүгү хирургиялык стоматологиянын клиникаларында дарыланат. Пародонтологиялык практикага фиброматоз, эпулис жана пародонттук киста кирет. Дарылоо — хирургиялык.

Пародонт ооруларын дарылоонун жалпы принциптери

1. Максималдуу индивидуалдаштыруу принциби

Бул принцип **оорулуунун жалпы абалын** (мурда болгон жана коштолгон оорулар, кабыл алынган дары-дармектер ж.б.) жана **жергиликтүү статустун өзгөчөлүктөрүн** (оорулуунун гигиеналык көндүмдөрү, пародонттун резервдик күчтөрү, тиштөөнүн абалы (прикус), тиш-бүйлө чөнтөкчөлөрүндөгү микробдук көрүнүш, мурда жүргүзүлгөн дарылоо иш-чараларынын мүнөзү ж.б.) **сөзсүз баалоодон** келип чыгат. Анамнездин, оорулуунун жалпы абалынын, клиникалык-рентгендик көрүнүштүн, оорунун жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрүн изилдөө **дифференциалдык диагнозду** жүргүзүүгө, **алдын ала диагнозду** коюуга жана түзүлүп жаткан

комплекстүү дарылоо планын максималдуу индивидуалдаштырууга мүмкүндүк берет.

2. Ырааттуулук принциби

Мындай пландын негизинде **ырааттуулук принциби** жатышы керек, башкача айтканда, этаптардын **так аныкталган узактыгын жана кезегин** сактоо зарыл, атап айтканда:

1-этап: Баштапкы дарылоо;

2-этап: Коррекциялоочу дарылоо (негизги же коррекциялык);

3-этап: Колдоочу дарылоо.

Баштапкы дарылоо (начальное лечение)

Диагностикалык процедураларды жүргүзгөндөн жана алдын ала диагнозду койгондон кийин, биринчи этап — баштапкы дарылоого киришишет.

Пародонттун сезгенүү ооруларын дарылоонун биринчи максаты — пародонт ткандарындагы сезгенүү процессин токтотуу (басуу / купирование), ал үчүн төмөнкүлөр жүргүзүлөт:

Ооз көңдөйүн профессионалдуу гигиеналоо;

Медикаменттик дарылоо менен бирге, процесстин пародонттун бардык түзүлүштөрүнө жайылышына шарт түзгөн жергиликтүү факторлорду аныктоо жана жоюу (мисалы, пломбалардын, таажылардын (коронкалардын) саланган четтери, кариес көңдөйлөрү).

Ошондой эле, ортопедиялык жардам көрсөтүлөт — окклюзиялык тегиздикти түздөө жана чайноо эффективдүүлүгүн калыбына келтирүү, кыймылдуу тиштерди шиналоо.

Баштапкы дарылоо мезгилинин узактыгы 6 жумадан 6 айга чейин созулат жана оорунун оордугуна, жүрүшүнүн мүнөзүнө жараша болот.

Бул убакыттын ичинде диагнозду жана процесстин мүнөзүн (агрессивдүү же өнөкөт) тактоо, ошондой эле жүргүзүлүп жаткан дарылоонун натыйжаларын гана эмес, пациенттин жеке гигиенаны талаптагыдай деңгээлде кармап туруу жөндөмүн, кызматташууга даярдыгын баалоо зарыл.

Дарылоого мотивация алгачкы визиттердин биринде жүргүзүлөт, мында пациентке "үйдөгү терапиянын" зарылчылыгы түшүндүрүлөт — дарылоо-профилактикалык тиш пасталарын, эликсирлерди, ирригаторлорду колдонуу менен ооз көңдөйүн багуу, бүйлөнү массаждоо жана үйдө жасалуучу башка процедуралар, алар дарылоонун жетишилген натыйжаларын сактоого жардам берет.

Комплекстүү дарылоонун экинчи – негизги этабына, б.а., коррекциялоочу дарылоого — баштапкы дарылоонун жүрүшүндө оң натыйжаларга жетишилген учурларда гана киришилет.

Сезгенүүнү токтоткондон жана 3-6 айдын ичинде ремиссияга жетишкенден кийин, ооз көңдөйүнүн мыкты гигиенасы сакталса, зонддоо учурунда кан агуу жок болсо жана пародонттук чөнтөкчөлөрдүн тереңдиги 3-4 ммге чейин азайса, ортодонтиялык жана ортопедиялык коррекциялоо методикалары колдонулат.

Эгерде пародонттогу процессти турукташтырууга, мыкты гигиенага жетишилсе, бирок айрым тиштердин аймагында пародонттук чөнтөкчөлөрдүн тереңдиги 4 ммден жогору бойдон кала берсе (бул салыштырмалуу көп кездешет, анткени пародонтит үчүн сөөк тканынын аралаш типтеги бир калыпта эмес резорбциясы мүнөздүү), пародонттук чөнтөкчөлөрдүн тереңдигин азайтуу үчүн кошумча хирургиялык методикаларды (регенеративдик же резективдик) колдонуу талап кылынат.

Мукогингивалдык жана пластикалык хирургияны жүргүзүүдө ооз көңдөйүнүн идеалдуу гигиенасы жана пародонт ткандарындагы сезгенүү көрүнүштөрүн токтотуу (купирование) талап кылынат.

Ошентип, пародонттун сезгенүү оорулары менен ооруган бейтаптарды дарылоонун негизги принциптери — комплекстүү, индивидуалдаштырылган жана ырааттуу терапия болуп саналат, анын бардык этаптарында медикаменттик дарылоону колдонуу талап кылынат.

Медикаменттик дарылоо (дары-дармек менен дарылоо)

ДССУнун (ВОЗ) маалыматы боюнча, пародонттун сезгенүү ооруларынын этиологиялык фактору – бул микробдук фактор. Ошентип, анын таасирин жоюуга же алсыздандырууга мүмкүндүк берген бардык каражаттар жана ыкмалар этиотроптук дарылоого кирет.

Антибиотиктер жана химиотерапиялык препараттар

Бир караганда, пародонттун сезгенүү ооруларынын микробдук этиологиясы пародонтологиялык дарылоодо антибиотиктерди колдонуунун зарылчылыгын түшүндүрөт окшойт.

Бирок, гингивит менен жабыркаган же компенсацияланган пародонтити бар пациенттерде, процесс, адатта, ооз көңдөйүнүн профессионалдуу гигиенасын жүргүзгөндөн жана микробго каршы жергиликтүү препараттарды колдонгондон кийин турукташтат.

Пародонттун сезгенүү ооруларын дарылоодо системалык антибактериалдык терапия төмөнкү учурларда гана көрсөтүлөт:

1. Пародонттогу курч абалдарда, көп сандаган абсцесстер (ириңдөөлөр), дене табынын көтөрүлүшү болгондо;
2. Оордугу орточо-оор даражадагы агрессивдүү пародонтиттин жүрүшүндө;
3. Дарылоо ыкмасы хирургиялык кийлигишүү деп тандалган оор даражадагы пародонтитте;
4. Тобокелдик тобуна кирген пациенттерде инфекциялык эндокардиттин алдын алуу үчүн.

Акыркы көрсөтмө (инфекциялык эндокардиттин алдын алуу) төмөнкүдөй себептерден улам берилет: пародонттогу бүйлөнүн кан агуусу менен коштолгон ар кандай рутиналык кийлигишүүлөр (ооз көңдөйүн профессионалдык гигиеналоодон же чөнтөкчөлөрдү зонддоодон баштап), ар кандай деңгээлдеги бактериемияга алып келет. Бактериемиянын деңгээли пародонт ткандарындагы манипуляциялардын интенсивдүүлүгүнө жана бүйлөнүн сезгенүү даражасына жараша болот. Дени сак пародонту бар адамдарда бактериемия дайыма анча чоң эмес болот.

Инфекциялык эндокардиттин өнүгүшүнө түрткү берүүчү өтмө (убактылуу / транзитордук) бактериемия 15 мүнөттүн ичинде өтүп кетет.

Антибактериалдык профилактика стоматологиялык кийлигишүүгө 30-60 мүнөт калганда кабыл алынган бир доза менен чектелет, бул плазмада антибиотиктин керектүү концентрациясынын деңгээлин түзүү максатында жасалат. Бул максатта дайындалат: амоксициллин же ампициллин 2 г ичүүгө же вена ичине (в/в). Пенициллинге же ампициллинге аллергия болгондо — клиндамицин 600 мг ичүүгө же вена ичине (в/в) дайындалат.

2009-жылдагы Европалык Кардиологдор Коомунун (the European Society of Cardiology) Инфекциялык Эндокардиттин алдын алуу, диагностикалоо жана дарылоо боюнча сунуштарына ылайык, антибиотиктерди профилактикалык дайындоо метастаздашкан бактериемиялык инфекцияларга байланыштуу, тобокелдик тобуна кирген жана анамнезинде төмөнкүлөр бар пациенттерде гана милдеттүү шарт болуп саналат:

Тобокелдик тобуна кирген жана анамнезинде төмөнкүлөр бар пациенттерде (антибиотиктерди профилактикалык дайындоо милдеттүү):

- Жүрөк клапандарынын протездери же жүрөк клапанын калыбына келтирүү үчүн колдонулган протездик материалдар;
- Жүрөктүн тубаса кемтиктери (татаал цианоздук жүрөк кемтиктери менен); ошондой эле хирургиялык коррекциядан кийин — паллиативдик операциядан кийинки шунттар, өткөргүчтөр же башка протездер (протездик материалдын эндотелизациясы аяктаганга чейин, операциядан кийинки алгачкы 6 айдын ичинде).

Медикаменттик дарылоо (уландысы)

Жогоруда тизмеленген башка бардык учурларда, пародонттун сезгенүү ооруларын дарылоо жана этиологиялык факторго таасир этүү үчүн, бир жагынан — бүйлө суюктугунда жана пародонт ткандарында жогорку концентрацияда топтоло алган (кандын сары суусуна караганда көп), экинчи жагынан — микроорганизмдерге, б.а., пародонтопатогендерге таасир этүүчү антибактериалдык препараттарды колдонуу сунушталат.

Мисалы:

- *Aggregatibacter (Actinobacillus) actinomycetemcomitans* – амоксициллинге, кларитромицинге жана доксициклинге, фторхинолондорго (ципрофлоксацин, моксифлоксацин) сезгич, бирок метронидазолго, линкомицинге, макролиддерге дээрлик сезгич эмес (туруктуу).
- *Porphyromonas gingivalis* – метронидазолго, клиндамицинге, амоксиклавка сезгич.
- *Tannerella Forsythia (Bacteroides Forsythus)* – метронидазолго жана клиндамицинге сезгич, бирок доксициклинге туруктуу (резистенттүү).
- *Prevotella Intermedia* – метронидазолго жана клиндамицинге сезгич.

Тандалган препараттар болуп төмөнкү антибиотиктер саналат:

Тандалган антибиотиктер

Амоксициллин + Клавулан кислотасы, Амоксиклав (Amoksiklav), Аугментин – бул пенициллин катарындагы комбинацияланган препараттар, алардын курамына амоксициллин жана клавулан кислотасы кирет. Алар 1 таблеткадан (250 мг + 125 мг) ар бир 8 саатта дайындалат.

Эстен чыгарбоо керек: бул катардагы препараттар бардык мүмкүн болгон пародонтопатогендердин спектрин "жаба албайт". Ошондуктан,

эмпирикалык химиотерапияны жүргүзгөндө, аларды башка препараттар менен, мисалы, 5-нитроимидазол тобундагы дарылар (метронидазол 250 мг күнүнө 3 жолу) менен айкалыштыруу максатка ылайыктуу.

Пародонтопатогендердин басымдуу бөлүгү тетрациклин катарындагы антибиотиктерге жогорку сезгичтикке ээ. Ооз аркылуу кабыл алганда тетрациклиндердин концентрациясы тиш-бүйлө суюктугунда кандагыга караганда 2-4 эсе жогору болот, жана алар пародонт ткандарында топтолууга жөндөмдүү.

Доксициклин (Doxycycline) биринчи суткада 200 мг, андан кийин күнүнө 100 мг дайындалат. Макролиддер: Сумамед (Sumamed), Азитромицин (Azithromycin) (биринчи суткада 500 мг, экинчиден бешинчи суткага чейин күнүнө бир жолу 250 мг).

Пародонт ооруларындагы системалык микробго каршы терапия баштапкы дарылоонун эффективдүүлүгүн жогорулатууга багытталган. Ал салттуу түрдө тиш катмарларын алып салгандан кийин калган микроорганизмдердин өсүшүн басат.

Пародонтопатогендер механикалык терапияга туруктуу болушат, анткени алар периодонттук ткандарга кирип, пародонтологиялык аспаптар жетпеген анатомиялык түзүлүштөргө бекинип калууга жөндөмдүү, же болбосо пациенттин организмдеги коргонуу күчтөрүнүн төмөндөшүнүн натыйжасында туруктуу болушат.

Системалык микробго каршы терапия ошондой эле пародонт ткандарынын дезинфекциясын жүргүзүү мүмкүн болбогон жана (же) кайра колонизациянын (микробдордун кайрадан көбөйүшүнүн) алдын алуу ишке ашпаган учурларда да көрсөтүлөт, бул оорунун өнүгүшүндө оң динамиканын жоктугу жана периодонттук бекитүүнүн уланып жоголушу менен тастыкталат.

Антисептикалык каражаттар (антисептики)

Пародонтологияда антисептиктер эң көп талап кылынган микробго каршы каражаттар бойдон калууда, аларды колдонуу менен жергиликтүү медикаменттик дарылоо башталат.

Стоматологияда антисептик катары галогенди камтыган (хлор камтыган) бигуанидиндин туундусу — хлоргексидин кеңири колдонулат. Ал белокторду кычкылдантып жана хлорлоп гана тим болбостон, катиондук жуугуч каражаттардын (детергенттердин) касиеттерине ээ, клетка мембраналарынын өткөрүмдүүлүгүн өзгөртөт, ошондой эле жогорку антибактериалдык жана фунгициддик (грибокко каршы) активдүүлүккө ээ.

Хлоргексидин — Хлоргексидин биглюконаты (*Chlorhexidini bigluconas*). Стоматологиялык практикада 30 жылдан ашык убакыттан бери колдонулуп келет.

Оң заряддалган хлоргексидин катионуклетка мембраналарынын терс заряддалган фосфаттык топторуна жогорку даражада жакындыкка (сродство) ээ. Клетканын бетиндеги фосфаттык топтор менен өз ара аракеттенүү аркылуу, хлоргексидин молекуласы осмостук тең салмактуулуктун жылышын, бүтүндүктүн бузулушун жана клетканын өлүмүн шарттайт. Мындан тышкары, бул препарат былжыр челдин бетине адсорбцияланып (сиңип), убакыттын өтүшү менен бөлүнүп чыгууга жөндөмдүү.

Хлоргексидин — бул бактерициддик таасирге ээ болгон антисептик. Ал грам-терс жана грам-оң микроорганизмдердин вегетативдик формаларынын кеңири чөйрөсүнө, ошондой эле ачыткыларга (дрождорго), дерматофиттерге (тери грибокторуна) жана липофилдүү вирустарга каршы активдүү.

Адабияттарда хлоргексидин молекуласы бактериялык клеткалардын биоплёнкаларды түзүү жөндөмүн кантип басаңдатары (ингибировать) тууралуу мисалдар сүрөттөлгөн. Биоплёнкалар — микроорганизмдердин эң кооптуу жана туруктуу колониялык жашоо формаларынын бири.

Бирок, тиш пастасын өндүрүүдө көп колдонулуучу кээ бир заттар (натрий лаурилсульфаты, карбоксиметилцеллюлоза) хлоргексидиндин активдүүлүгүн кескин төмөндөтүшү мүмкүн экенин эстен чыгарбоо керек.

Препаратты колдонуудан келип чыгуучу кошумча таасирлери:

Тиштин эмалынын өңүнүн өзгөрүшү (боёлушу);

Тиш таштарынын көбүрөөк топтолушу;

Даам сезүүнүн бузулушу.

Препарат ар кандай дары формаларында бар, мисалы:

Ооз көңдөйүндө соруп эритүүчү **таблеткаларда** – *Себидин, Антиангин*;

Бүйлөгө арналган **гелдерде** – *Асепта адгезиялык бальзамы, Пародиум, Метрогил дента*;

Ооз көңдөйүн чайкоо үчүн **кошулмаларда** – *Асепта, Корсодил, Лизоплак, СВ-12* ж.б.

Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний / Benzyldimethyl-myristoilamine propylammonium (Мирамистин / Miramistinum).

Мирамистин катиондук беттик-активдүү заттар (катиондук детергенттер) тобуна, тагыраагы — төртүнчүлүк аммоний кошулмаларына кирет. Бул кошулмалар клетка мембранасынын өткөрүмдүүлүгүн өзгөртүү аркылуу клеткалардын бузулушуна жана микроорганизмдердин өлүмүнө алып келет (бактерициддик таасир).

Мирамистин грам-оң жана грам-терс микроорганизмдерге карата айкын микробго каршы таасирге ээ, ошондой эле грибокко каршы таасир көрсөтөт. Мирамистин адамдын иммундук жетишсиздик вирусунун (ВИЧ) активдүүлүгүн 100 эсеге төмөндөтөт!

Препарат ооз көңдөйүн чайкоо жана ткандарга аппликация (сүйкөө) үчүн 0,01% эритме түрүндө сунушталат.

Белгиленгендей, микробго каршы активдүүлүгү боюнча Мирамистин хлоргексидинге караганда кыйла төмөн (*in vitro* — лабораториялык шартта). Бирок, анын кошумча таасирлеринин жоктугу аны хлоргексидинге караганда артыкчылыктуу кылат.

Октенидин дигидрохлориди / *Octenidine dihydrochloride* (Октенисепт, Октенидол).

Октенидин антисептиги гуаниддер тобуна кирет, бирок анын түзүлүшү гуанидиндерден жана төртүнчүлүк аммоний кошулмаларынан кескин айырмаланат, анткени анын курамында амиддик да, эфирдик да топтор жок.

Түзүлүшүнүн өзгөчөлүгү — анын молекуласында бири-биринен узун алифаттык көмүртек-суутек чынжыры менен бөлүнгөн жана бири-бирине таасир этпеген эки активдүү катиондук борбордун болушунда. Дал ушул катиондук борборлор затка бактерициддик касиетти камсыздайт, анткени

алар антисептик менен бактериялык клетканын өз ара аракеттенүүсүнүн биринчи кадамы болуп саналат (өз ара аракеттенүү ар түрдүү заряддалган бөлүкчөлөрдүн принциби боюнча жүрөт).

Октенидин бактериялык дубалга адгезиялангандан (жабышкандан) жана бактериялык дубалдын энзимдери жана полисахариддери менен өз ара аракеттенгенден кийин, плазмолеммадагы тешиктер (перфорациялар) аркылуу цитоплазманын агып чыгышы пайда болот, бул клетканын өлүмүнө алып келет.

Бул октенидиндин жогорку антибактериалдык эффективдүүлүгүн жана тирүү адам клеткаларына таасир этпей тургандыгын түшүндүрөт.

Препараттын маанилүү өзгөчөлүгү — токсикалуулугунун жоктугу. Хлоргексидинден айырмаланып, бул заттан уулуу 4-хлорамин бөлүнүп чыкпайт. Бул аны тобокелдик тобундагы пациенттерде, эмчектеги жана кичинекей балдарда (төрөлгөндөн баштап чектөөсүз) жана кош бойлуу аялдарда колдонуу үчүн коопсуз кылат. Системалык таасири жок, анткени активдүү зат абсорбцияланбайт (канга сиңбейт).

Жалпысынан, октенидин дигидрохлориди 30 секунданын ичинде тез башталуучу жана 24 сааттык калдык таасирге ээ. Калдык таасир дезинфекциялоодон кийин тазаланган аймакка түшкөн микроорганизмдерге карата активдүү заттын микробго каршы таасирин мүнөздөйт. Ушул убакка чейин октенидинге карата туруктуулук (резистенттүүлүк) учурлары катталган эмес.

Октенидин дигидрохлоридинин пародонтопатогендерге, грибокторго, анын ичинде *Candida Albicans* козу карынына таасир этүү жөндөмдүүлүгү далилденген. Ошентип, октенидин кошумча таасирлери жок болгон учурда максималдуу күчтүү антимикотикалык (грибокко каршы) таасир көрсөтө алган зат болуп саналат. Ошондой эле, препаратты узак убакыт колдонгондон кийин да (4 жума) тиштердин, пломбалардын жана былжыр челдин боёлушу болбойт, бул талашсыз артыкчылык болуп саналат.

Октенисепт — ооз көңдөйүнүн жана мурун-тамактын (носоглотка) былжыр челиндеги сезгенүүлөрдө **ичүүчү суу менен 1:3 катышында суюлтулат**; **стоматиттерде** (ооздун жараланышында), **көздүн былжыр челиндеги сезгенүүлөрдө 1:6 катышында** суюлтулат.

Бактериялык препараттар (пробиотиктер)

Микробго каршы жана антисептикалык препараттарды кабыл алуунун фонунда аутофлоранын (организмдин өзүнүн микрофлорасы) сапаттык жана сандык өзгөрүүлөрүнүн натыйжасында кээ бир бактериялардын артыкчылыктуу өсүшү өнүгүшү мүмкүн, бул макроорганизм тарабынан айкын клиникалык көрүнүштөрдү жаратат.

Дисбактериоздун алдын алуу үчүн, микробго каршы дарылоону кабыл алуунун фонунда жана аны токтоткондон кийин, бүгүнкү күндө "бактериялык" препараттарды дайындоо сунушталат, аларга төмөнкүлөр кирет: пробиотиктер, пребиотиктер, синбиотиктер, ошондой эле бактериофагдар жана вакциналар.

Пробиотиктер – бул патогендик (оору козгоочу) жана шарттуу патогендик (шарттуу-патогендик) микроорганизмдердин өсүшүн жана көбөйүшүн басаңдатуучу тирүү бактерияларды камтыган препараттар.

Пробиотиктер, антибиотиктерден жана химиялык препараттардан айырмаланып, адамдын ашказан-ичеги трактынын жана былжыр челдердин учурдагы микробиоценозун жок кылбайт, тескерисинче, анын сапаттык жана сандык калыбына келишине керектүү деңгээлге чейин өбөлгө түзөт. Аларга төмөнкүлөр кирет: Линекс (*Linex*), Ацидофилдик лактобактериялар / Лактобактерин (*Lactobacterinum*), Ацилакт (*Acilactum*) ж.б.

Пребиотиктер – бул тамак-аш заттары (негизинен адамдын ферменттери тарабынан начар сиңирилүүчү крахмалсыз полисахариддерден жана олигосахариддерден турат), алар ичеги микроорганизмдеринин белгилүү бир тобун азыктандырып, анын өсүшүн жана көбөйүшүн стимулдайт. Мисалы: Лактулоза (*Lactulosum*) (Дюфалак, Порталак, Нормазе), Хилак-Форте (*Hylak Forte*) ж.б.

Синбиотиктер – бул пробиотиктер менен пребиотиктердин рационалдуу айкалышынын натыйжасында алынган препараттар. Пребиотиктер пробиотиктерге ашказан-ичеги трактынын жогорку бөлүктөрүнүн алар үчүн агрессивдүү чөйрөсүнөн зыянсыз өтүүгө жардам берет жана жоон ичегидеги бифидобактериялар үчүн жагымдуураак чөйрө түзөт.

Көбүнчө синбиотиктер – бул функционалдык тамактануунун курамына кирген, биологиялык активдүү кошулмалар, алар *Lactobacillus* жана/же *Bifidobacterium* урууларынын өкүлдөрүнүн бир же бир нече штаммдары менен байытылган. Мисалы: Биовестин-Лакто (*Biovestin lacto*), Бифидобак (*Bifidobac*), Лактобактериялар+бифидобактериялар+энтерококктор / Линекс Био (*LinexBio*) ж.б.

Бактериофагдар – патогендик микроорганизмдерге карата жогорку спецификалуулукка ээ. Бактериофагдын ар бир түрү бактериялардын бир нече штаммдарын гана тандап жабыркатат. Бактериофаг бактериялык клетканын бетиндеги рецепторлорго жабышып, куйругу менен анын кабыкчасын тешип өтөт жана фагдын башында камтылган ДНКны ичине киргизет. Андан кийин бактериялык клетка өлүп (анын лизиси пайда болот), жаңы жетилген бактериофагдар пайда болот. Бул ошол патогендик штаммдын бардык бактериялары жок кылынмайынча уланат. Андан кийин бактериофагдар өзүн-өзү жок кылышат (самоуничтожаются).

Алар "өзүнүн" микроорганизмине (ооруну козгогонго) гана таасир этет жана кошумча таасирлери жок.

"Фагодент" – бул хирургияда жана жара инфекцияларында патогендик штаммдардан (Providentia rettgeri spp., Enterobacter spp., Citrobacter freundii, Bacteroides fragilis, Bacteroides spp., Corynobacterium spp., Propionibacterium acnes, Stophylococcus aureus spp., Stophylococcus epidermidis spp., Pseudomonas aeruginosa spp., Acinetobacter baumanni spp., Escherichia coli spp., Klebsiella spp., Proteus vulgaris spp., Proteus mirabilis spp.) улам келип чыккан ириңдүү-сезгенүү татаалдануларын алдын алууга жана дарылоого арналган комбинацияланган фагдык препарат.

Гелдин курамына киргизилген жана айрым пародонтопатогендерге каршы активдүү болгон бактериофагдар, бул препаратты пародонт ооруларын дарылоодо колдонууга мүмкүнчүлүк берет. "Фагодент" гелин колдонуу пародонт ооруларын медикаменттик дарылоо үчүн сунушталат.

Вакциналар

Жергиликтүү иммунитетти калыбына келтирүү үчүн Вакциналарга кирген (бактериялык лизаттардын аралашмасы) бактериялык препараттарды колдонуу керек:

Имудон / Imudon – бул иммунитетти оңдоочу (иммунокорригирующий) препарат, ооз көңдөйүндөгү патологиялык процесстердин эң көп кездешүүчү бактериялык жана грибоктук козгогучтарынын штаммдарынан алынган полимикробдук лизатты билдирет. Курамында поливаленттүү антигендердин комплекси (микробдук полисахариддердин аралашмасы) бар.

Таблеткалар ооз көңдөйүндө соруп эритүү үчүн арналган.

Курч абалдарда: 10 күн бою күнүнө 8 таблеткадан.

Өнөкөт абалдарда: 20 күн же андан көп убакыт бою күнүнө 6 таблеткадан.

Имудон препараты олуттуу системалык иммунитетти оңдоочу таасир көрсөтөт, мононуклеардык-фагоцитардык системанын, нейтрофилдик гранулоциттердин функционалдык активдүүлүгүн калыбына келтирет, лимфоциттерди десенсибилизациялайт (сезгичтигин төмөндөтөт), ошондой эле SIg Анын деңгээлин жогорулатат.

Стероиддик эмес сезгенүүгө каршы каражаттар (НПВС)

Микробго каршы препараттар сезгенүүнү жок кылууга багытталган спецификалык каражаттар эмес, ошондуктан гиперемияны (кызарууну), шишикти жана башка симптомдорду азайтуу үчүн алар таасир этүү механизми, химиялык түзүлүшү, фармокинетикасы жана фармодинамикасы боюнча айырмаланган сезгенүүгө каршы препараттардын ар кандай топтору менен айкалыштырылат.

Бул пародонтиттеги патогенетикалык процесстин негизги звенолоруна таасир этүү үчүн атайын дары-дармек каражаттарын колдонуу зарылдыгын шарттайт.

Сезгенүү – бул ар кандай экзогендик (тышкы) жана эндогендик (ички) зыян келтирүүчү факторлордун таасирине жооп кайтаруучу универсалдуу коргонуу реакциясы болуп саналат жана пародонт ооруларынын патогенезинде (өнүгүүсүндө) маанилүү ролду ойнойт.

Сезгенүү процессин арахидон кислотасынын метаболизм продуктулары (простагландиндер, тромбоксан, простациклин, лейкотриендер), гистамин, интерлейкин жана башка биологиялык активдүү заттар жөнгө салат. Бир катар изилдөөлөрдө бүйлөдөгү сезгенүү процессинин оордугу менен бүйлө цервикалдык суюктугундагы арахидон кислотасынын, простагландиндердин, липиддердин кычкылдануу продуктуларынын, интерлейкиндин жана циклдик нуклеотиддердин курамынын өзгөрүшүнүн ортосунда байланыш бар экени аныкталган.

Пародонт ткандарында простагландиндердин, айрыкча простагландин Енин көбөйүшү сөөк тканынан кальцийдин мобилизацияланышын (бөлүнүп чыгышын) жогорулатат, бул анын деструкциясына (бузулушуна) алып келет.

Бир катар клиникалык изилдөөлөр стероиддик эмес сезгенүүгө каршы каражаттарды колдонуунун фонунда, анын ичинде жергиликтүү колдонгондо да, альвеолалык урчуктун сөөк тканынын резорбция (сиңип кетүү) процесстеринин жайлагандыгын көрсөттү.

Алар простагландиндердин синтезин бөгөттөйт, лейкоциттердин сезгенүү аймагына миграциясын (оошуп келишин) токтотот, лизосомалык мембраналардын турукташуусуна өбөлгө түзөт.

Бул топтун препараттары сезгенүүгө каршы таасиринен тышкары, ооруну басуучу жана ысытманы түшүрүүчү таасирге ээ. Бул топтун айрым өкүлдөрүнүн ортосундагы айырмачылыктар сезгенүүгө каршы жана ысытманы түшүрүүчү таасирдин ар кандай даражада айкындыгы менен, ошондой эле кайталап кабыл алуудагы кошумча таасирлердин жыштыгы жана мүнөзү менен байланыштуу.

Жаак-бет аймагындагы сезгенүү-дегенеративдик процесстерге байланыштуу ооруганда, ацетилсалицил кислотасынын (аспирин) препараттарын же ибупрофенди дайындоо артыкчылыктуу. Тишти жулуп алгандан же тамыр каналын пломбалагандан кийинки ооруларда парацетамол жана анальгин натыйжалуураак болуп саналат.

Бул дары-дармектерди дайындоодо, аларды колдонууга каршы көрсөтмөлөрдү жана чектөөлөрдү эске алуу керек.

Бул препараттар:

- Ашказан-ичеги трактынын былжыр челине терс таасир берет.
- Тромбоциттердин агрегациясын (биригүүсүн) төмөндөтөт.
- Бронхоспазмдын (дем алуу жолдорунун кескин тарышы) жана аллергиялык реакциялардын өнүгүшүн шарттайт.
- Диурезди (заара бөлүп чыгарууну) азайтат, шишиктерге алып келет.

Ошондуктан, стероиддик эмес сезгенүүгө каршы каражаттардын көптөгөн топтору бар экендигине карабастан, ооруну басуучу жана сезгенүүгө каршы таасирлердин оптималдуу катышына гана эмес, организм үчүн коопсуздугу жогору болгон жаңы препараттарды издөө уланууда.

Буга байланыштуу, Циклооксигеназа – 2ге (ЦОГ-2) негизинен таасир этүүчү (ЦОГ-2 – бул сезгенүү жана пролиферация процессине катышкан простагландиндердин синтезине катышуучу фермент) жана Циклооксигеназа – 1ге (ЦОГ-1) олуттуу таасир тийгизбеген стероиддик эмес сезгенүүгө каршы каражаттар өзгөчө көңүл бурууда. (ЦОГ-1 – бул ар кандай органдардын клеткаларында туруктуу бар болгон жана гомеостазды жөнгө салууга катышкан простагландиндердин пайда болушу үчүн зарыл болгон энзим.)

Стероиддик эмес сезгенүүгө каршы каражаттардын сезгенүүгө каршы активдүүлүгү дал ушул ЦОГ-2ге таасир этүү менен шартталган, ал эми бул препараттардын кошумча таасирлеринин көпчүлүгү ЦОГ-1дин активдүүлүгүн басуу менен байланышкан.

Акыркы убакта стоматологиялык клиникаларда ЦОГ-2ни тандап бөгөттөөчү препараттар апробациядан өттү:

- Мелоксикам / Мовалис — күнүнө 1 жолу 7,5 мг;
- Нимесулид / Найз — күнүнө 200 мг;
- Целекоксиб / Церебрекс — күнүнө 2 жолу 100 жана 200 мг.

Бул препараттардын ооруну басуучу жана сезгенүүгө каршы активдүүлүгү ортофен, диклофенак сыяктуу салттуу стероиддик эмес сезгенүүгө каршы каражаттардан ашып түшпөйт, бирок алар ашказан-ичеги тракты тарабынан татаалдашууларды жана кошумча таасирлерди сейрек чакырат.

Бирок, селективдүү (тандалма) стероиддик эмес сезгенүүгө каршы каражаттардын жагымсыз таасири да бар.

Аларды кабыл алууда тромбоздун алдын алуучу простациклиндин синтези басылат (угнетение), бул башка простаноид – тромбоксандын прокоагулянттык эффектинин (канды уютуу таасиринин) толук ишке ашышына мүмкүндүк берет. Бул механизм антиагреганттык эффекттин (тромбоциттердин биригишине каршы таасирдин) жоктугу менен байланышкан (натыйжада, жүрөк-кан тамыр системасынын оорулары бар пациенттерде: атеросклероз, варикоз, гипертония ж.б. тромбоздун пайда болуу коркунучу жогорулайт, демек, миокард инфарктынын, ишемиялык инсульттун өнүгүү коркунучу да жогорулайт).

Заманбап фарминдустрияда пародонт ооруларын дарылоодо жергиликтүү колдонууга мүмкүн болгон Стероиддик эмес сезгенүүгө каршы дарылардын (НПВС) чыгаруу формалары, мисалы, гельдер жана эритмелер бар.

Холин салицилаты / Choline salicylate (Мундизал гель, Холисал, Пасорал) холин салицилаты менен цеталконий хлоридинин айкалышынан турат. Холин салицилаты ооруну басаңдатуучу жана сезгенүүгө каршы касиеттерге ээ. Цеталконий хлориди грам-позитивдүү жана грам-негативдүү бактериялардын өсүшүн токтотуп, ошондой эле грибокко каршы активдүүлүккө ээ. Дары былжыр челге күнүнө 3-5 жолу сүйкөлөт.

Кетопрофен / ОКИ - таасир этүүчү зат кетопрофен лизин тузу болуп саналат. Ал сууда жакшы эрийт (кетопрофен кислотасынан айырмаланып), бул жергиликтүү ооруну, шишикти жана күйүүнү басаңдатуу максатында ооз көңдөйү ооруганда колдонулуучу атайын ОКИ чайкоочу эритмесин түзүүгө мүмкүндүк берди.

Бензидамин / Benzydamine (Тантум верде, Tantum Verde) бензидамин гидрохлоридин камтыйт. Бензидамин химиялык курамы боюнча индазолдор тобуна кирет. Жергиликтүү колдонууда дары былжыр чел аркылуу жакшы өтүп, жабыркаган кыртышты тез каныктырат. Бул сезгенүүгө каршы, жергиликтүү, ооруну басаңдатуучу таасир берет, ошондой эле эпителизацияга (жарааттын айыгышына) өбөлгө түзөт. Ооруну басаңдатуу үчүн зарылчылыкка жараша ар бир 1,5 - 3 саатта 15 мл эритме менен чайкоо сунушталат. Эгер күйүп жаткансып сезилсе, эритмени суу менен суюлтууга болот.

Башка сезгенүүгө каршы каражаттар

Эгер сезгенүү тиштин этинин жараланышы, ткандардын некрозу жана тиш-эт чөнтөктөрүнөн ириң чыгуу менен коштолсо, жергиликтүү дарылоодо протеолитикалык ферменттерге (трипсин (Tripsinum), химотрипсин (Chymotrypsinum), террилитин (Terrilytinum), дезоксирибонуклеаза) артыкчылык берилет.

Протеолитикалык ферменттерди (трипсин - 2,5 мг, химотрипсин - 2,5 мг, микроцид - 5,0 мл) антибиотиктер менен айкалыштыруу өзгөчө натыйжалуу.

Мындан тышкары, дезоксирибонуклеаза биоплёнканын матрицасынын компоненттеринин ортосундагы химиялык байланыштарды бузуп, антибактериалдык заттардын киришин жеңилдетет.

Узакка созулган таасирдүү жаңы препараттар

Узакка созулган таасири бар жаңы препараттар бар. Булар сезгенүүгө каршы жана айыктыруучу таасир берүүчү ар кандай плёнкалар жана атайын пластинкалар. ЦМ Пластиналары (Пластины ЦМ) – жай эриген пластинкалар. Алар табигый келип чыккан, экологиялык жактан таза компоненттерден гана турат. Алар микробго каршы, сезгенүүгө каршы, бүктүрүүчү (дубящее), детоксикациялоочу, иммуномодуляциялоочу, регенерациялоочу таасирлерге ээ.

Пластиналары жана "Диплен-Дента" плёнкалары

Пластиналар эки түрдө чыгарылат: ЦМ-1 Пластиналары жана кальций кошулган ЦМ-2 Пластиналары.

Алардын негизги курамы бирдей:

Сууда эрүүчү чөп экстракттары (кандыргыч/зверобой, миң жалбырак/тысячелистник жана шалфей).

С жана В тобундагы витаминдер жана минералдык заттар комплекси.

Пластиналардын негизин желатин түзөт. ЦМ Пластиналары ашказан-ичеги трактына киргенде, анын ишин жакшыртат; канга сиңип, организмдин тонусун жана коргонуу күчтөрүн жогорулатат.ЦМ-2 Пластиналары кошумча түрдө кальций глицерофосфатын камтыйт, бул тиштин катуу ткандарынын реминерализациясына (калыбына келишине) көмөктөшөт. Бул, өзгөчө, ооз көңдөйүн профессионалдык гигиенадан кийин тиштин моюн жогорку сезгичтигин алдын алуу жана жоюу үчүн актуалдуу.

Колдонуу: Пластиналар оорунун оордугуна жараша 5 күндөн 30 күнгө чейинки курста, күнүнө 1-2 жолу уктаар алдында же күндүз 1,5 - 2 саатка тиштин вестибулярдык (сырткы) бетине жабыштырылат.

"Диплен-Дента" адгезиялуу дарылык плёнкалары

"Диплен-Дента" адгезиялуу дарылык плёнкалары — эки катмарлуу, өзү жабышкан плёнкалар. Алар гидрофилдүү жана гидрофобдуу катмарлардан турат. Гидрофилдүү катмар кошумча жабыштыруучу каражаттарды колдонбостон, ооздун былжыр челинин нымдуу бетине жана жараат беттерине жабыша алат. Сырткы гидрофобдуу катмар нымдуу чөйрөгө тийгенде ийкемдүү болуп, жабыркаган жерди тышкы механикалык, химиялык жана бактериялык таасирлерден изоляциялайт. Плёнканын гидрофилдүү катмары жогорку сорбцияга (3 - 5 г/г) ээ. Плёнканын ооз көңдөйүндө активдүүлүгүн сактоо убактысы 12 саат.

Плёнканын гидрофилдүү катмарына активдүү компоненттер сиңирилген: Метронидазол гемисукцинаты (Диплен - Дента М). Линкомицин гидрохлориди (Диплен - Дента Л). Хлоргексидин биглюконаты (Диплен -Дента Х). Дексаметазон фосфаты жана хлоргексидин биглюконаты (Диплен -Дента ДХ). Лидокаин гидрохлориди жана хлоргексидин биглюконаты (Диплен - Дента ЛХ).

Колдонуу ыкмасы: Плёнканын 50 мм узундуктагы жана 10 мм тууралыктагы (же ыңгайлуу башка өлчөмдөгү) тилкеси кесилип, жабыштыруучу тарабы менен тиштин этинин четине коюлат. Адатта, алгачкы **2-3 аппликация** клиникалык шартта жасалып, ошол эле учурда бейтаптарга аны өз алдынча колдонуу ыкмасы үйрөтүлөт. Плёнка менен дарылоо курсу **6 күндөн 10 күнгө** чейин созулат.

"Солкосерил" денталдык адгезиялуу пастасы

Тиштин этин коргоо жана ага дарылык препараттарды жеткирүү үчүн **Solcoseryl / Солкосерил денталдык адгезиялуу пастасын** колдонсо болот. Препараттын курамында **солкосерил** жана жергиликтүү анестетик **полидоканол** бар. **Полидоканол** – бул алифатикалык үстүртөн таасир этүүчү анестетик, ал былжыр челге сиңбейт жана аллергиялык реакцияларды чакырбайт. Паста айыгуу процессин **30%га** тездетет, ооруну басаңдатат жана былжыр челдин бетинде **3-5 саатка** созулган коргоочу плёнканы түзөт.

Колдонуу ыкмасы:

Паста мурун кебез тампон менен кургатылган былжыр челге күнүнө **2-7 жолу** жука катмар менен сүйкөлөт. Пастанын бети сууга тийгенден кийин коргоочу плёнка пайда болуп, ал былжыр челди механикалык жана термикалык зыяндардан сактайт.

Системалык энзимотерапия гидролитикалык энзимдердин (ферменттердин) өсүмдүк жана жаныбар тектүү, атайын түзүлгөн комбинацияларынын системалык таасирине негизделген. Бул комбинациялар негизги физиологиялык жана патофизиологиялык процесстерге биргелешип таасир этет.

Вобэнзим жана ***Флогэнзим*** — бул ашказан ширесинде ажыроодон коргоочу кабыкча менен капталган таблетка түрүндөгү энзимдик аралашмалар.

Энзимдердин дарылык таасири төмөнкүлөр аркылуу ишке ашат: иммундук гомеостазды нормалдаштыруу, сезгенүүнү оптималдаштыруу, күчтүү шишикке каршы таасир берүү, макрофагдардын цитотоксикалык активдүүлүгүн жогорулатуу, иммунопатологиялык процесстин мүнөзүнө жараша цитокиндерди индукциялоо же аларды ингибирлөө. Канда айланып жүргөн жана ткандарга бекитилген иммундук комплекстерди жок кылуу, ошондой эле алардын пайда болушуна тоскоол болуу.

Мындан тышкары, энзимдер аутоиммундук процесстерге таасир этип, фибринолизди активдештирет жана тромбоциттерге жана кандын реологиялык касиеттерине таасир этүүнүн эсебинен микроциркуляцияны жакшыртат. Энзимдик препараттар айкын сезгенүүгө каршы, шишикке каршы, фибринолитикалык, антиагреганттык, иммуномодуляциялоочу жана экинчи даражадагы ооруну басаңдатуучу касиеттерге ээ. Ошондой эле энзимдик препараттардын антибиотиктердин кан плазмасындагы жана ткандардагы концентрациясын жогорулатуу жөндөмү далилденген.

Энзим препараттарын колдонуу (вобэнзим жана флогэнзим)

Сезгенүү ооруларында "Вобэнзим" төмөнкүдөй дайындалат:

1. Алдын ала дарылоо: *10* күн бою күнүнө 3 жолу 7 таблеткадан.

2. Улантуу: Андан кийин 2-3 жума бою күнүнө 3 жолу 5 таблеткадан.

3. Зарыл болсо: Дарылоону 1-1,5 ай бою күнүнө 3 жолу 5 таблеткадан улантуу сунушталат.

Операция алдындагы жана кийинки мезгилде колдонуу:

Операцияга чейинки мезгил: Операциядан 1 жума мурун күнүнө 3 жолу 3 таблеткадан "Вобэнзим" дайындалат.

Операциядан кийин: 7-14 күн бою күнүнө 3 жолу 3 таблеткадан "Флогэнзим" же күнүнө 3 жолу 8-10 таблеткадан "Вобэнзим" сунушталат.

Колдонуу эрежеси: Препараттарды тамактанууга **40 мүнөт калганда**, көп өлчөмдөгү суу (200-250 мл) менен ичүү керек.

Сөөк тканындагы зат алмашуу ароцесстерин нормалдаштыруучу препараттар

Сөөк тканындагы зат алмашуу процесстерин нормалдаштыруу үчүн төмөнкү препараттар колдонулат: **кальциферол + кальций карбонаты (кальций – Д3 никомед):** 500 мг кальций менен 200 МЕ Д3 витаминин натыйжалуу айкалышы.

Күнүнө **2 жолу 1 таблеткадан** дайындалат.

Кальцевит: Кальций карбонаты түрүндөгү 250 мг кальций, 300 МЕ Д витамини (холекальциферол), 15 мг В6 витамини (пиродоксин гидрохлориди), 1000 мг аскорбин кислотасынын айкалышы.

Күнүнө **1 көбүрмө таблеткадан** дайындалат.

Остеогенон (оссенин - гидроксиапатит комплекси): 178 мг кальций, 82 мг фосфор, 75 мг коллаген эмес белоктор, 216 мг коллаген белоктору.

Күнүнө **2 жолу 1-2 таблеткадан** дайындалат.

Глицерино-фосфорнокальциевая тузунун альфа- жана бета-изомерлери / Кальций глицерофосфаты – бул оңой сиңүүчү препарат, ал негизинен ***минералдашкан ткандарга*** жетет. Мындан тышкары, ал ***анаболикалык процесстерди*** (куруу процесстерин) күчөтүп, ***жалпы чыңдоочу*** таасир берет. Ошол эле учурда анын тиштин катуу ткандарына жана сөөк тканына кошулушу тамак-аш жана суусундуктардагы фосфор менен кальцийге караганда **активдүүрөөк** ишке ашат.

Колдонуу: Чоңдорго 1 ай бою күнүнө **үч жолу 0,5 граммдан** дайындалат, бул препаратты темир препараттары менен бирге ичүү сунушталат. Кийинки дайындоолорду башка дарылоо ыкмалары менен катар **2-3 айдан** кийин кайталоо максатка ылайыктуу. Стоматологиялык практикада бир таблеткада **кальций глицерофосфаты** менен **фитиндин** (ар бири 0,25 г) айкалышын колдонууда жакшы натыйжалар алынган.

Хирургиялык дарылоо

Пародонт ооруларын комплекстүү дарылоонун негизги максаты – ***периодонталдык байламталарды*** узак мөөнөткө сактоо. Бул, ооз көңдөйүнө ***жеке гигиенаны*** эффективдүү жүргүзгөндө гана мүмкүн болот. Пародонтиттин негизги белгиси – бул **пародонталдык чөнтөктүн** болушу, ошондуктан аны жоюу клиницисттин (дарыгердин) башкы милдети болуп саналат.

Пародонталдык чөнтөктү жоюу:

- Организмден **уулуу очокту** алып салууга.
- Терс жергиликтүү факторлорду четтетүүгө жана ткандардын **трофикасына** (азыктануусуна) таасир этүүгө.
- Бүткүл организмдин **иммунологиялык реакцияларын** кайра түзүүгө алып келет.
- Ошондой эле, ооз көңдөйүнө жана өзгөчө пародонт ткандарына **жеке кам көрүүнү** жеңилдетет.

Пародонттун фенотиби

Жука пародонт фенотиби бар бейтаптарда хирургиялык ыкмалардын мааниси өзгөчө чоң.

Мисалы, ооз көңдөйүнүн **тайыз алдыңкы бөлүгүндө** (мелкое преддверие), ачык көрүнгөн **тартмаларда** (тяждарда) жана **ооздуктарда** (уздечки) пластикалык хирургиянын ыкмалары жука фенотипти жоон фенотипке өткөрүүчү **профилактикалык** мүнөзгө ээ, айрыкча ортодонтиялык же ортопедиялык иш-чараларды жүргүзүү алдында.

Ортопедиялык дарылоо

Пародонт ооруларын комплекстүү дарылоонун ажырагыс бөлүгү – бул тишти сөөктө кармап турган **байламта аппаратына** функционалдык жүктү азайтууга, чайноо жүгүн жаак сөөк тканына өткөрүүгө жана чайноо басымын **рационалдуу бөлүштүрүүгө** шарт түзүү болуп саналат.

Тиштин таяныч-кармоочу аппаратынын ашыкча жүктөлгөндүгүнүн негизги белгилеринин бири – бул **тиштердин кыймылдуулугунун** пайда болушу.

Ортопедиянын мааниси

1. ***Сезгенүүнүн кесепети:*** Тиштин айланасындагы сезгенүү процессинин өрчүшүнүн натыйжасында пародонталдык чөнтөк гана пайда болбостон, **таяныч-кармоочу аппараттын** (байламталар жана сөөк ткaны) өзү да бузулат.
2. ***Травматикалык жүк:*** Натыйжада, кадимки чайноо жүгү травмалык факторго айланып, бүйлө (тиштин эти) эти оорусунун жүрүшүн оордотуп, сөөктүн жана байламта аппаратынын дагы көбүрөөк бузулушуна алып келет.
3. ***Кыймылдуулукту жоюу:*** Сезгенүүнү жойгондо тиштин кыймылдуулугу 10-30% га азаят, бирок 2-3-даражадагы кыймылдуулугу бар тиште **иммобилизациясыз** (кыймылдуулукту азайтуусуз) сезгенүүнү толугу менен жеңүү мүмкүн эмес.

Ортопедиялык ыкмалар

Ортопедиялык дарылоо ыкмаларын тандоо ар бир учурда пародонттун жабыркоо деңгээлин, тиштердин кыймылдуулугун, тиштөөнүн (прикустун) мүнөзүн ж.б. эске алуу менен **индивидуалдуу** болушу керек.

Чайноо жүгүн бар болгон тиштерге бирдей бөлүштүрүү максатында:

- ***Окклюзиялык тегиздикти тегиздөө*** жүргүзүлөт.
- Кыймылдуу тиштер ар кандай аппараттардын жана тишке бекитилген **шиналардын** жардамы менен бекемделет.
- Түнкүсүн кийүү үчүн **каппалар** жасалат.

Бул дарылоо патологиялык процесстин **турукташуусуна** өбөлгө түзөт жана дары-дармек менен жана хирургиялык дарылоо этаптарынын **натыйжалуулугун** жогорулатат.

Физиотерапиялык дарылоо

Пародонт ооруларын комплекстүү дарылоодо ***физикалык ыкмаларга*** олуттуу роль берилген: алар дарылоонун бардык этаптарында кеңири колдонулат.

Дарылоо этаптарында механикалык энергиянын, ***электро-, гидро- жана бальнеотерапиянын*** жана башкалардын ар кандай түрлөрү колдонулат.

Негизги адабияттар

1. Е.В. Боровский. Терапевтическая стоматология. / Учебник для ВУЗов. Москва. 2011г.
2. Терапевтическая стоматология в 3-х частях: Часть 2: Болезни пародонта: учебник / под ред. Г. М. Барера. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 224 с.: 236 ил.
3. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 322 с.

Кошумча адабияттар:

1. Рациональная фармакотерапия в стоматологии: Руководство для практических врачей / Под редакцией Г.М. Барера, Е.В. Зорян. – М., Литтера, 2006 г. с 179-2036.Стоматология.
2. Запись и ведение истории болезни: Практическое руководство. Афанасьев В.В, Барер Г.М., Ибрагимов Т.И. – М., ФГОУ ВУНМЦ Росздрава, 2006 г., 320 с.
3. Курякина Н.В. Заболевания пародонта /Н.В. Курякина, Т.Ф. Кутепова. – М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2003. –250с. С. 5 – 25.

5- сабак. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин (ОКБЧ) патоморфологиясы. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин ооруларынын классификациясы. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин абалы, кан ооруларынын, эндокриндик патологиянын, ашказан-ичеги трактынын ооруларынын жана башка системалык илдеттердин фонунда ооз көңдөйүнүн былжыр челинин абалың ВИЧ-маркердик көрүнүштөр ооз көңдөйүнүн былжыр челинде.

Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин (ОКБЧ) түзүлүшү

Заманбап стоматологиянын маанилүү багыты болуп ОКБЧнын жана эриндин кызыл жээгинин ооруларын диагностикалоо жана дарылоо саналат.

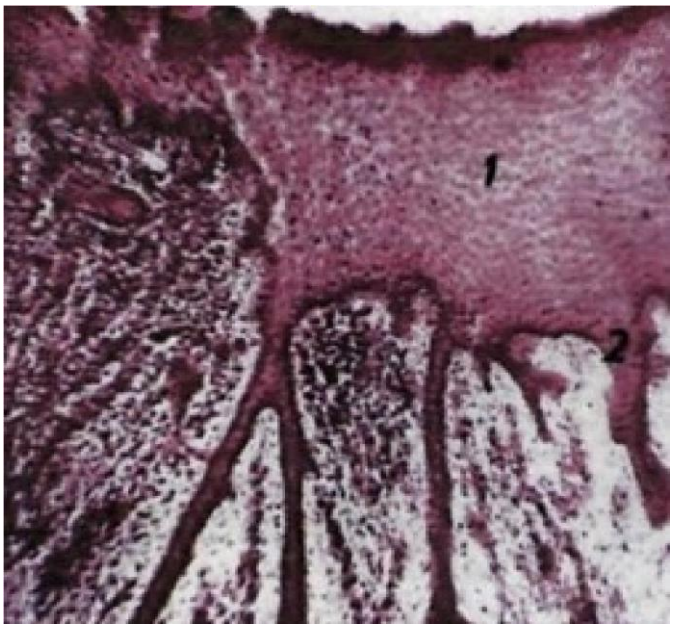
ОКБЧ үч катмардан турары белгилүү:

1. ***Көп катмарлуу жалпак эпителий.***
2. ***Былжыр челдин өзүнүн пластинкасы (lamina propria).***
3. ***Былжыр астындагы катмар (submucosa).***

Базалдык мембрана эпителийди жана былжыр челдин өзүнүн пластинкасын бөлүп турат.

Ороговеген (мүйүздөнгөн) эпителий (көп катмарлуу жалпак ороговеген эпителий)

Былжыр чел тышкы таасирлерге (тамак, метеорологиялык факторлор) карата **өзгөчө бышык** болушу керек болгон жерлерде эпителий мүйүздөнөт (ороговевает**)**. Бул зоналарга төмөнкүлөр кирет: ***Бүйлө (тиштин эти), катуу таңдай, тилдин аркасы, эриндин кызыл жээги.***



53- сүрөт. Акантоз. 1. Эпителийдин тикенектүү катмарынын жооношу. 2. Эпителиалдык тасмалардын узарышы.

Көп катмарлуу жалпак мүйүздөнгөн эпителий төмөнкү катмарлардан турат:

1. ***Базальдык катмар (өсүүчү):*** Протоплазмасы жана ядросу жакшы өнүккөн бир катар **куб сымал клеткалардан** турат.
2. ***Тикенектүү катмар*****:** көп бурчтуу формадагы (тикен – *acanthus*) бир нече катмар клеткалардан турат.
3. ***Данчалуу катмар*****:** курамында ***кератогиалиндин данчалары (гранулы*****)** бар, жалпак клеткалардын катмары.
4. ***Мүйүздүү катмар: кератин*** менен толтурулган, жалпак, ***ядросуз*** клеткалардан турат.

Ороговебеген (мүйүздөнбөгөн) эпителий (көп катмарлуу жалпак неороговеген эпителий)

Тышкы таасирлерден өзгөчө коргоону талап кылбаган локализациялар көп катмарлуу жалпак мүйүздөнбөгөн эпителийден турат, ал аз сандагы катмарлардан турат:

1. ***Базальдык катмар (өсүүчү):*** протоплазмасы жана ядросу жакшы өнүккөн бир катар ***куб сымал клеткалардан*** турат.
2. ***Тикенектүү катмар:*** көп бурчтуу формадагы (тикен – *acanthus*) бир нече катмар клеткалардан турат.
3. ***Үсртүнкү (беттик) катмар:*** курамында кератогиалиндин данчалары, ***гликоген*** *жана* ***жоондогон мембранасы*** бар жалпак клеткалар.

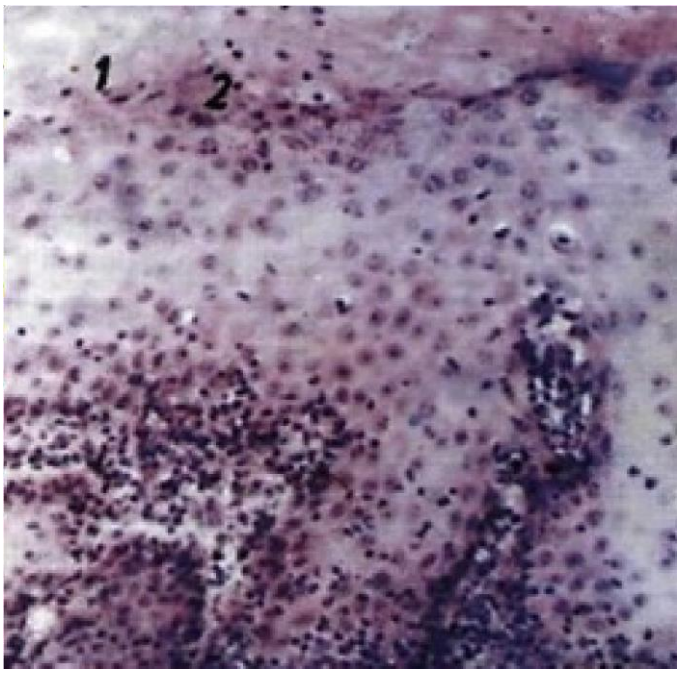
Эпителийдеги кошумча клеткалар

Ошондой эле эпителийде **аз санда** эпителийге кирбеген, **бутакчалуу** клеткалар бар:

Меланоциттер: пигмент (меланин) өндүрүшөт.

Лангерганс клеткалары (макрофагдар): иммундук коргоо функциясын аткарышат.

Меркель клеткалары: рецептордук функцияны (сезүү функциясын) аткарышат.



54- Сүрөт. Паракератоз. 1. Жоондогон мүйүздүү катмар. 2-Мүйүздөнүп жаткан клеткалардагы таякча сымал ядролор.

Былжыр челдин өзүнүн пластинкасы (Lamina Propria)

Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин өзүнүн пластинкасы булалуу тутумдаштыргыч ткань болуп саналат. Ал кан тамырлар жана нервдер менен абдан көп камсыздалган (мол кан менен камсыз болгон жана иннервацияланган). Ал көп сандагы клеткалык элементтерди (коргонуу клеткалары, фибробласттар) камтыйт. Үстүнкү катмары – Сосочколуу (папиллярдык), ал базальдык мембрана менен толкун сымал чектешет. Төмөнкү катмары – Торчолуу (сетчатый), ал өзүнө көп сандагы майда шилекей жана май бездерин камтыйт.

Былжыр астындагы катмар (Submucosa)

Былжыр астындагы катмарда бошоңураак тутумдаштыргыч ткань жана май клетчаткасы жайгашкан, бул былжыр челге кыймылдуулукту берет. Ал тиштин эти (десна), катуу таңдай жана тилдин дорзалдык бетинде (аркасында) дээрлик жок. Бул аймактарда былжыр чел кыймылсыз болот, анткени ал сөөктүн үстүңкү катмарына (надкостница) же булчуң апоневрозуна тыгыз биригип кеткен (сросшийся).

Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин (ОКБЧ) патоморфологиясы

ОКБЧда **ткань жана клетка деңгээлинде** ар кандай патологиялык өзгөрүүлөр жүрөт, алар ОКБЧ ооруларынын клиникалык көрүнүштөрүн **чакырат** жана **коштойт**. Мындай патоморфологиялык өзгөрүүлөргө төмөнкүлөрдү киргизүүгө болот:

1. Сезгенүү Инфильтрациясы (Воспалительная инфильтрация)

Бул – кандын жана лимфанын клеткалык элементтеринин ж.б. топтолушу.

Ал ткандын жергиликтүү тыгыздоосу жана көлөмүнүн чоңоюшу менен коштолот.

Процесс ОКБЧнын өзүнүн пластинкасында же былжыр астындагы **катмарда** жүрөт жана көптөгөн сезгенүү ооруларын коштойт.

2. Акантоз (Acanthosis)

Бул – эпителийдин тикенектүү катмарынын жооношу.

Бул өзгөрүү эпителийдин сосочко аралык өсүндүлөрүнүн узарышы жана алардын тутумдаштыргыч тканьга көбүрөөк тереңдеп өсүшү менен коштолот.

Акантоздун натыйжасында дөңчө (узелок), түйүн (узел), же лихенизация (теринин калыңдашы жана чиймесинин тереңдеши) сыяктуу элементтер пайда болот.

1. Паракератоз (Parakeratosis)

Бул – тикенек сымал катмардын үстүртөн клеткаларынын толук эмес мүйүздөнүшү, мында алардын ичинде жалпак, узун ядролор сакталып калат. Паракератоздун натыйжасында так, лихенизация (теринин калыңдашы), вегетация (эттенүү), түйүн же дөңчө (узелок) пайда болот. Паракератоз болгон жерлер ак сымал түстө болот жана кырылып алынбайт.

2. Гиперкератоз (Hyperkeratosis)

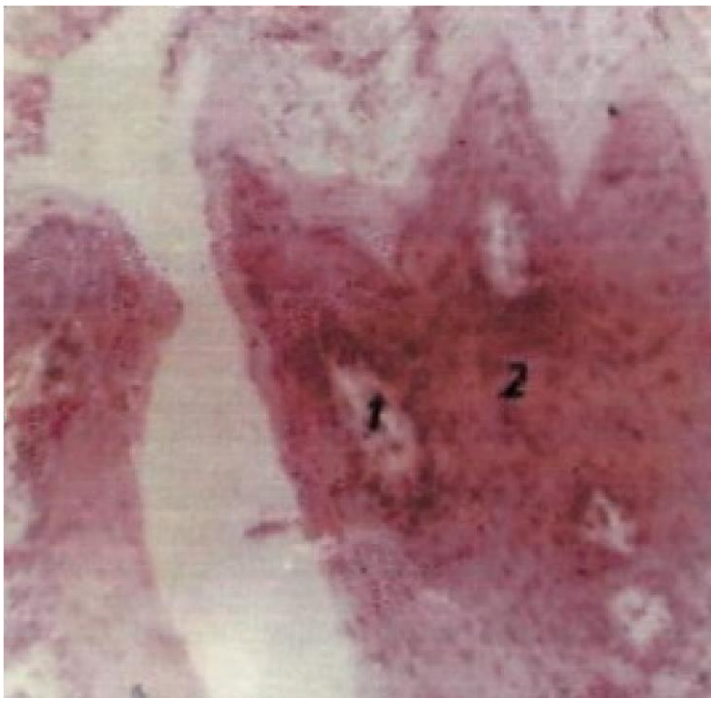
Бул – **эпителийдин мүйүздүү катмарынын ашыкча жооношу**, ал **данчалуу катмардын бир эле учурда өнүгүшү** менен коштолот. Ал **кератиндин ашыкча пайда болушунун** же эпителийдин **түшүүсүнүн (слущивание) кармалышынын** натыйжасында өрчүшү мүмкүн.

3. Гранулёз (Granulosis)

Бул – данчалуу катмардын катарларынын көбөйүшү же ал болбошу керек болгон жерлерде данчалуу катмардын пайда болушу. Кератогиалиндин көптүгүнө байланыштуу ОКБЧда көгүш-бермет сымал өң пайда болушу мүмкүн. Дөңчөлөрдүн (папулалардын) пайда болушунун негизинде жатат.

4. Папилломатоз (Papillomatosis)

Бул – былжыр челдин өзүнүн пластинкасынын сосочколуу катмарынын өсүп-чоңоюшу жана анын эпителийге кирип өсүшү. Бул процесс, мисалы, пластинкалуу тиш протезинин элементтеринен улам таңдайдын былжыр челинин өнөкөт жаракатында (травмасында) байкалат.



55- сүрөт. Папилломатоз. *1*. Былжыр челдин өзүнүн пластинкасынын сосочколуу катмарынын өсүп-чоңоюшу. 2. Эпителийдин тикенектүү катмарынын жооношу.

5. Вакуолдук дистрофия (Vacuolar Dystrophy)

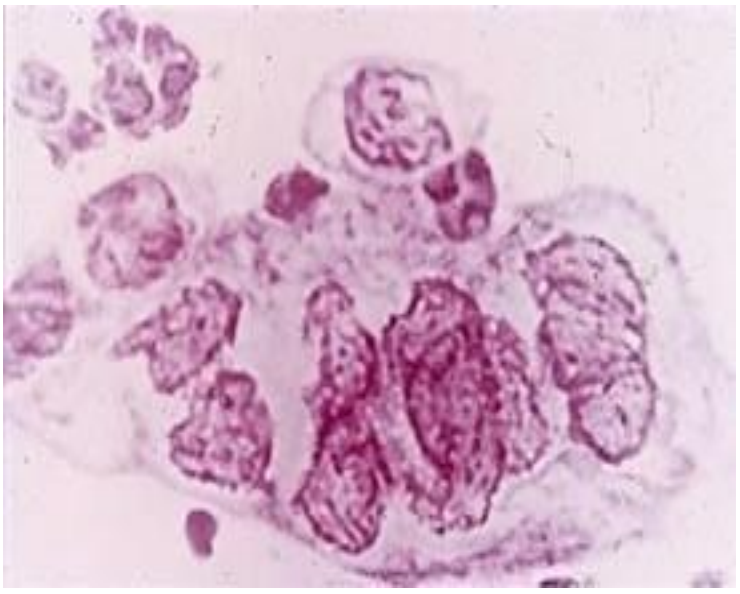
Бул – эпителий клеткаларынын ички клеткалык шишиги, анын натыйжасында цитоплазмада клеткаларды бузуучу (разрушающих) вакуолдор (көбүкчөлөр) пайда болот. Кээде вакуол дээрлик бүт клетканы ээлеп, ядрону четке (периферияга) түртүп салат. Вакуолдук дистрофиянын себеби деп эпителий клеткаларынын цитоплазмасындагы дегенеративдик өзгөрүүлөр эсептелет. Бул процесс ыйлаакчалардын (пузырёк) пайда болушунун негизинде жатат.



56- сүрөт. Вакуолдук дистрофия. 1. Тикенектүү катмардын клеткаларынын цитоплазмасында суюктуктун топтолушу. 2.Ядролордун цитоплазманын четки бөлүгүнө (периферияга) жылышы.

6. Баллондук дегенерация (баллонирующая дегенерация)

Бул – тикенектүү катмардын клеткаларынын очоктош өзгөрүшү. Алар ичинде суюктук топтолгондуктан тоголоктошуп, көлөмү чоңоюп, "шар" же "баллон" түрүнө өтөт. Бул процесстин натыйжасында клеткалар бири-биринен ажырап, ичинде экссудат (сезгенүү суюктугу) толгон кичинекей көңдөйлөрдү түзөт, ал көңдөйлөрдүн ичинде көп ядролуу "гигант" клеткалар "сүзүп" жүрөт. Процесс ыйлаакчалардын (пузырёк) пайда болушунун негизинде жатат (49-сүрөт).



57- -сүрөт. «Гигант» көп ядролуу клетка.

1. Спонгиоз (Spongiosis) Бул – тикенектүү катмардын клеткаларынын ортосунда суюктуктун топтолушу. Мында клетка аралык аралыктар кеңейип, суюктукка толуп, цитоплазмалык өсүндүлөр чоюлуп кетет. Процесс клетка аралык каналчалардын кеңейишинен башталат, алар тутумдаштыргыч ткандан келген экссудат (сезгенүү суюктугу) менен толот. Бул экссудат клетка аралык байланыштарды чоюп, андан кийин үзүп, көңдөйчөнү пайда кылат. Пайда болгон көңдөйчөгө сероздук курам (суюктук) топтолот. Бул процесстин натыйжасы – ыйлаакча (пузырек) же күлтүк (пузырь).

2. Акантолиз (Acantholysis) Бул – клетка аралык байланыштардын (тикенектердин жана клетка аралык желимдөөчү заттардын) эрип жок болушу. Натыйжада, тикенектүү клеткалар тоголоктошуп жана бири-биринен ажырап кетет, ошол эле учурда көлөмү кичирейет (Цанка клеткалары). Бул процесстин негизинде аутоиммундук механизмдер жатат.

Бул жана башка патоморфологиялык процесстер ОКБЧнын жабыркашынын клиникалык морфологиялык элементтеринин пайда болушунун негизин түзөт. Бул элементтер биринчилик жана экинчилик болуп бөлүнөт.

ОКБЧтын жабыркашынын алгачкы элементтери

ОКБЧда оорунун клиникалык көрүнүшүнүн баштапкы формалары болуп саналган **биринчилик элементтерге** төмөнкүлөр кирет:

1. Так (Macula)

Бул былжыр челдин деңгээлинде жайгашкан, түсү гана өзгөргөн, тыгыздыгы өзгөрбөгөн элемент:

Сезгенүү такы: Курч сезгенүүнүн натыйжасында кан тамырлардын кеңейишинен улам пайда болот (травма, аллергиялык стоматит ж.б.).

Пигмент такы: Базальдык катмардын клеткаларында меланиндин көп топтолушунан же өзүнүн пластинкасында оор металлдардын туздарынын данчаларынын топтолушунан келип чыгат (мисалы, тубаса тактар, негроид расасындагы адамдардын тиш этинин табигый өңү, коргошун, висмут, сымап менен ууланuу).

Кан агуу такы: Кан тамыр дубалынын өткөргүчтүгүнүн жогорулашы, кандын уюу системасынын өзгөрүшү же кан тамырлардын үзүлүшүнүн натыйжасында кандын формалык элементтеринин сыртка чыгышы (кан оорулары же курч травма).

2. Дөңчө:

Өзүнүн былжыр челинин үстүнкү бөлүгүндөгү өнөкөт сезгенүү, ал ***акантоз, гранкулёз, гиперкератоз*** менен коштолот (мисалы, кызыл жалпак темиröткү, лейкоплакия). Ошондой эле өзүнүн былжыр челинин үстүнкү катмарларындагы спецификалык сезгенүү инфильтраты болушу мүмкүн (мисалы, экинчилик сифилис).

3. Дөңчөктүк (Tuberculum)

Чектелген ***продуктивдүү сезгенүүнүн*** очогу (инфекциялык гранулема). Инфильтрат былжыр челдин бардык катмарларын камтыйт (мисалы, кургак учуктук кызыл жүгүрүк (туберкулезная волчанка), дөңчөктүк сифилид).

4. Түйүн (Nodus)

Былжыр астындагы катмардагы ***спецификалык сезгенүү инфильтраты*** (мисалы, сифилистик гумма).

5. Кабарчык (Urtica)

Дерманын же былжыр челдин өзүнүн пластинкасынын сосочколуу катмарынын курч чектелген шишиги (мисалы, аллергиялык оорулар – учук (крапивница)).

6. Ыйлаакча (Vesicula)

Диаметри 5 ммге чейинки **көңдөйлүү** пайда болуу. Ал төмөнкүлөрдөн улам келип чыгат: Тикенектүү катмардын клеткаларынын ортосунда экссудаттын топтолушу (спонгиоз). Вакуолдук дистрофия. Клеткалардын биригип, гигантгык көп ядролуу клеткаларга айланышы (мисалы, вирустук оорулар: герпетикалык, энтеровирустук).



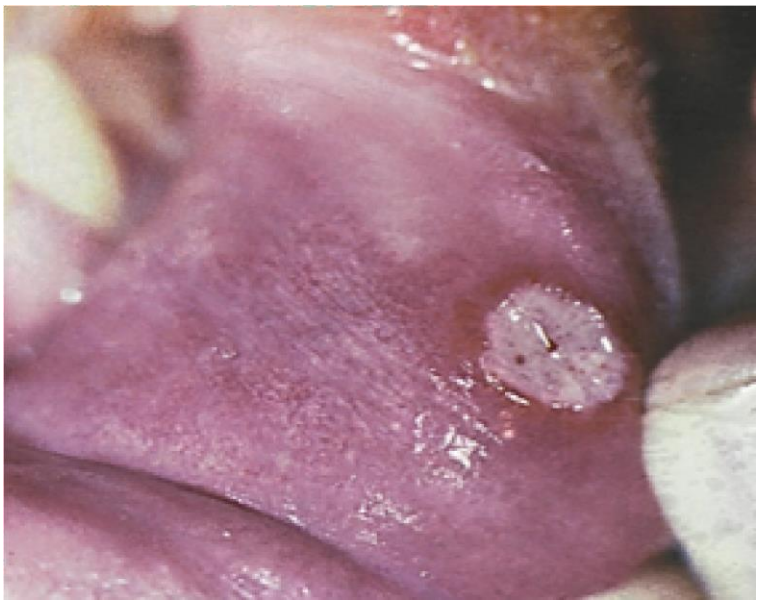
58- сүрөт. Төмөнкү эриндеги ыйлаакча (локалдашкан герпесте).

7. Эпителий Алдындагы күлтүк (Bulla subepithelialis). Бул – эпителийдин алдында суюктуктун топтолушу. Ал спонгиоздун жана вакуолдук дистрофиянын натыйжасында базальдык мембрананын булалануусунан (разволокнение) келип чыгат. Мүнөздүү оорулар: Акантолитикалык эмес күлтүктөнүү (пузырчатка), күлтүк-кан тамыр синдрому ж.б.

8. Эпителий Ичиндеги Күлтүк (Bulla intraepithelialis). Бул – акантолиздин натыйжасында тикенектүү катмардын ичинде пайда болгон көңдөйлөр. Мүнөздүү оору: Вульгардык күлтүктөнүү (кадимки пузырчатка).

9. Ириңчөк (Pustula). Бул – ичинде ириңдүү экссудат (суюктук) бар көңдөйлүү элемент. Ал көбүнчө териге жана эриндин кызыл жээгине мүнөздүү (мисалы, өнөкөт кайталануучу герпес (ХРГ), суу чечек ж.б.).

10. Киста (Cysta). Бул – ичи эпителий менен капталган көңдөйлүү элемент. Мүнөздүү түрү: Майда шилекей бездеринин ретенциялык кистасы.



59- сүрөт. Төмөнкү эриндин былжыр челиндеги афта.

ОКБЧтын жабыркашынын экинчилик элементтери

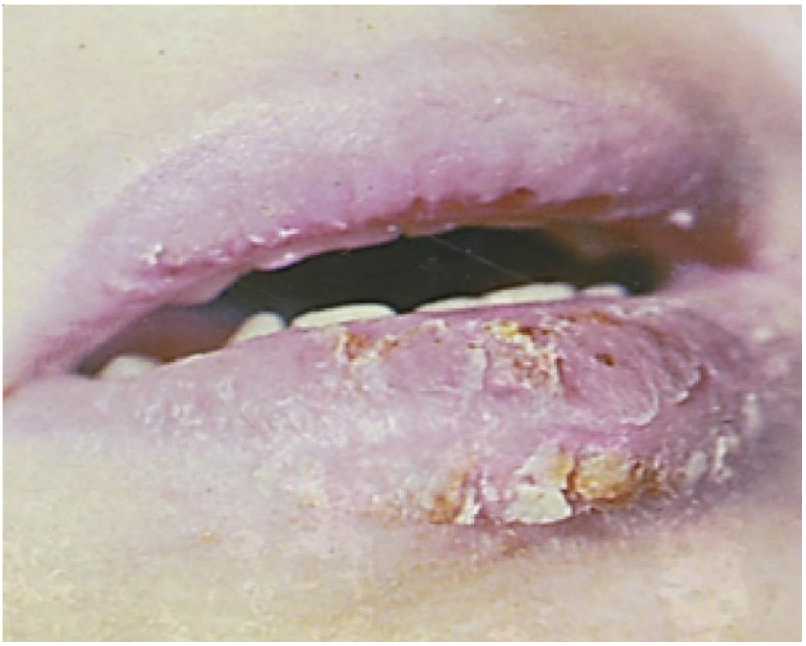
Оорунун биринчилик элементтери (ыйлаакча, дөңчө ж.б.) өзүнөн кийин калтырган же ткандардын бузулушунун натыйжасында түздөн-түз пайда болгон **экинчилик элементтерге** төмөнкүлөр кирет:

Бул жерде "афта" негизги биринчилик элементтин (дөңчө, ыйлаакча) же эрозиянын негизинде өөрчүгөн **жаранын** бир түрүн билдирет, бирок, экинчилик элементтердин классификациясы бул бөлүмдөн башталат.

1. Жара (Ulcus). Бул – ОКБЧнын терең дефектиси, анын түбү жана жээктери болот. Ал эпителийдин, өзүнүн былжыр челинин жана былжыр астындагы катмардын сезгенүү инфильтрациясынын фонундагы бузулушу болуп саналат. Себептери: Өнөкөт травматикалык таасир, шишиктин ажыроосу жана спецификалык гранулемалар (мисалы, травма, рак, кургак учук, сифилис).

***2. Жарык (*Fissura).** Бул – ткандардын инфильтрациясынын жана ийкемдүүлүгүнүн жоголушунун фонунда пайда болгон ОКБЧнын сызыктуу (линейный) дефектиси (мисалы, эриндин өнөкөт жарыктары).





61-сүрөт. Эксфолиативдик хейлиттеги төмөнкү эриндеги кабыкчалар (чешуйки).

1. Вегетация (Vegetation). Бул – дөңчөлөрдүн, эрозиялардын же сезгенүү инфильтраттарынын бетинде былжыр челдин өзүнүн пластинкасынын сосочторунун өсүп-чоңоюшу. Мисалы: Өнөкөт травманын натыйжасында былжыр челдин сосочколуу гиперплазиясы (протезден улам).

Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин ооруларынын классификациясы

Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин жана эриндин кызыл жээгинин белгилүү патологиялык абалдарды этиологиялык жана патогенетикалык факторл**ор** боюнча системалаштыруу үчүн ***Е.В. Боровскийдин жана А.Л. Машкиллейсондун (2001-ж.)*** классификациясын колдонуу сунушталат.

I. Травмалык жабыркоолор. Механикалык факторлордун**,** жогорку жана төмөнкү температуралардын**,** нурлануунун**,** жагымсыз метеорологиялык факторлордун (мисалы, метеорологиялык хейлит, эриндин жарыктары), химиялык заттардын ж.б. таасиринен улам келип чыккан жабыркоолор.

II. Инфекциялык оорулар

А. Курч жана өнөкөт жалпы инфекциялык оорулардагы ОКБЧтын жабыркоолору. Кызылча (корь), скарлатина, суу чечек (ветряная оспа), кургак учук (туберкулез), сифилис ж.б. оорулардагы көрүнүштөр.

Б. ОКБЧ жана эриндин өзүнүн инфекциялык жана паразитардык оорулары

1. Вирустук: Герпестер, сөөл (бородавки) ж.б.
2. Фузоспирохетоз: Винсенттин ангинасы ж.б.
3. Бактериялык: Стрептококктук жана стафилококктук, гонореялык ж.б.
4. Грибоктук: Кандидоз (сүт оорусу), актиномикоз ж.б.

III. Аллергиялык жана токсико-аллергиялык оорулар

1. ***Контакттык аллергиялык стоматит, гингивит, хейлит, глоссит:*** Булар стоматологияда колдонулган дары-дармектердин, пластмассалардын жана башка материалдардын, боёктордун, тиш пасталарынын, эликсирлердин, ошондой эле былжыр челге же эриндин кызыл жээгине тийген ар кандай химиялык заттардын таасиринен келип чыгат.
2. ***Фиксацияланган жана жайылган токсико-аллергиялык жабыркоолор:*** Организмге ар кандай жол менен кирген дары-дармектердин, тамак-аш заттарынын жана башка аллергендердин таасиринен улам пайда болот.
3. ***ОКБЧ жабыркоосу менен коштолгон токсико-аллергиялык генездеги дерматоздор:*** Көп формалуу экссудативдик эритема, Стивенс-Джонсон синдрому, Лайелл синдрому, баштапкы системалык васкулиттер, анын ичинде Вегенер гранулематозу.

IV. Патогенезинде аутоиммундук компоненти бар синдромдор

1. ***Кайталануучу афтоздук стоматит:*** Тырык калтыруучу афталарды (рубцующиеся афты) кошо алганда.
2. ***Бехчет синдрому:*** Турендин чоң афтозун (большой афтоз Турена) кошо алганда.
3. ***Шегрен синдрому.***
4. ***ОКБЧ жабыркашы менен коштолгон дерматоздор:*** Күлтүктөнүү (пузырчатка), пемфигоид, Дюринг оорусу, кызыл жүгүрүк (красная волчанка), склеродермия.

V. Тери-былжыр чел реакциясы. Кызыл жалпак темиртку **(**Красный плоский лишай**).**

VI. Эндогендик ууланууларда (Интоксикациялардагы) ОКБЧ Өзгөрүүлөрү. Сырттан кирген заттардан ууланууунун натыйжасында болгон өзгөрүүлөр.

VII. Организмдин ар кандай органдарынын жана системаларынын патологиясындагы жана зат алмашуунун бузулушундагы ОКБЧтын жана эриндин кызыл жээгинин өзгөрүүлөрү.

1. ***Висцералдык жана эндокриндик патологияда.***

2. ***Гиповитаминоздордо*** жана ***авитаминоздордо*** (витамин жетишсиздигинде).

3. ***Кан жана кан пайда кылуучу органдардын ооруларында.***

4. ***Нерв системасынын ар кандай патологияларында.***

5. ***Кош бойлуулук учурунда.***

VIII. ОКБЧтын тубаса жана генетикалык себептүү оорулары

1. ***Невустар жана эпителиалдык дисплазиялар:*** Кан тамыр невустары, анын ичинде Стердж-Вебер-Краббе синдрому, сөөл сымал жана пигменттүү невустар, эпидермоиддик кисталар, Фордайс оорусу, ак губка сымал невус (жумшак лейкоплакия, тукум куучулук жакшы сапаттагы интраэпителиалдык дискератоз).

2. Бүктөлмөлүү (складчатый) жана ромб сымал глоссит.

3. Гландулярдык хейлит.

4. ***ОКБЧ жана эриндин жабыркоосу менен коштолгон дерматоздор:*** Буллёздук эпидермолиз, атониялык дерматит (хейлит), псориаз, ихтиоз, Дарье оорусу, Пейтца-Егерс синдрому, тубаса паронихия, ангидротикалык эпителиалдык дисплазия.

IX. Рак алдындагы оорулар, жакшы сапаттагы жана зыяндуу шишиктер. 1) Облигаттык (милдеттүү) рак алдындагы абалдар: Боуэн оорусу, сөөл сымал рак алдындагы абал, эриндин кызыл жээгинин чектелген гиперкератозу, Манганоттинин абразивдик преканцероздук хейлити. 2) Факультативдик (шарттуу) рак алдындагы абалдар: Лейкоплакия, мүйүздөнгөн папиллома жана папилломатоз, кератоакантома, тери мүйүзү (кожный рог) ж.б. 3) Жакшы сапаттагы (доброкачественные) шишиктер. 4) Рак (злокачественные новообразования).

ОКБЧтын травматикалык жабыркоолору

Тамеки чегүүдөгү ооз көңдөйүнүн былжыр челинин оорулары

Тамеки чегүүдө ар кандай органдардын айкалышкан (бир нече түрү аралашкан) жаракат түрү пайда болот. Тамеки түтүнүнүн курамындагы аммиак, фенол кошулмаларынын, никотиндин жана чайырдын (дегтя) оору чакыруучу таасиринин биринчи соккусун эриндин кызыл жээги жана ооз көңдөйүнүн былжыр чели кабыл алат.

Натыйжада, ОКБЧнын өнөкөт химиялык, термикалык, кээде механикалык травмасы, ал эми айрым учурларда тамекинин компоненттерине жогорку сезгичтик (гиперчувствительность) өнүгөт.

Бул фондо ткандардын нарастаган гипоксиясы (кычкылтек жетишсиздиги), жергиликтүү жана жалпы спецификалык эмес жана спецификалык

иммунитеттин механизмдеринин төмөндөшү – мунун баары ОКБЧ ооруларынын пайда болушуна шарт түзөт.

Клиникалык көрүнүштөрдүн айкындуулугу жана прогноздору тамеки чегүүнүн интенсивдүүлүгүнө жана узактыгына көз каранды. Көп жылдык байкоолор көрсөткөндөй, жардам сурап кайрылган оорулуу-тамекичилердин 75% оорулары тамеки чегүү менен түздөн-түз байланышта болгон.

Өзгөчөлүктөрү жана даттануулары

Бул этиологиядагы оорулардын өзгөчөлүгү – алар, эреже катары, ооз көңдөйүндө оорутпай өтөт, ошондуктан оорулуулар тарабынан даттануулар болбойт. Бирок, өзгөргөн ОКБЧтын фонунда кээде төмөнкүдөй даттануулар пайда болот: Кургактык, Кырлуу-бүдүрлүк (шероховатость), Кычышуу (першение), Жутканда бөтөн нерсенин сезими, Тамактын кызыл өңгөч аркылуу өтүшүнүн кыйындашы ж.б.

Тамеки чегүүдөн улам келип чыгуучу ОКБЧ (Ооз көңдөйүнүн былжыр чели) жана эриндин кызыл жээгинин (ЭКЖ) оорулары

Тамеки чегүүдөн улам пайда болушу мүмкүн болгон ОКБЧ жана ЭКЖнын оорулары:

1. **Катаралдык стоматит** (хейлит, глоссит, гингивит, палатинит) – **жалпы сезгенүү**.
2. ЭКЖда жана ОКБЧда **пигментация тактары**.
3. **Кара (күрөң) тил.**
4. Эриндин эпителийинин **атрофия тактары**.
5. ОКБЧда жана эриндин терисинде **телеангиоэктазия** (кан тамыр жылдызчалары) **тактары**.
6. **Капталган тил.**
7. **Эксфолиативдик (десквамативдик) глоссит** – тилдин үстүңкү катмарынын түшүшү.
8. **Эксфолиативдик хейлит** – эриндин сезгенип, кабыкчаланышы.
9. Эриндин **жалгыз жарыктары** (трещины).
10. **Гландулярдык хейлит** – эриндин бездеринин сезгениши.
11. **Гландулярдык палатинит** – таңдайдын бездеринин сезгениши.
12. Эрин жана таңдай аймагындагы **ретенциялык кисталар**.
13. **Тамекичинин таңдайынын лейкокератозу (никотиндик стоматит).**
14. **Ксеростомия** – ооздун кургашы.
15. Майда шилекей бездеринин **метаплазиясынын** натыйжасында пайда болгон **эрозиялар** жана **жаралар**.
16. **Кара (күрөң) "түктүү" тил.**
17. ОКБЧда жана ЭКЖда **кератоздук папиллома**.
18. Эриндин **чектелген гиперкератозу** (ашыкча мүйүздөнүшү).
19. ЭКЖнын **тери мүйүзү (кожный рог)**.
20. ОКБЧнын жана ЭКЖнын **лейкоплакиясы**.
21. **Ооз көңдөйүнүн органдарынын рагы** (зыяндуу шишик).

Чылым чегүү менен байланышкан ооруларды дарылоодо, негизинен, бул зыяндуу адатты токтотуу менен башталат. Андан кийин айрым оорулар (предракка кирбегендер) өзүнөн-өзү жок болуп кетиши мүмкүн. Бул

процессти тездетүү үчүн иммундук системаны колдогон препараттарды – аевит, поливитаминдер, микроэлементтер ж.б. – колдонуу сунушталат. СОРдогу предрактык абалдарды дарылоо үчүн хирургиялык ыкма колдонулуп, жабыркаган ткандар гистологиялык жактан изилдениши керек.

Гальванизм

Гальванизм – бул ОКБЧнын (Ооз Көңдөйүнүн Былжыр Челинин) травматикалык жабыркоосунун көп кездешүүчү себеби. Гальваникалык токтун (электр тогунун) пайда болушу ооз көңдөйүндө протездер же пломбалар түрүндөгү ар кандай металлдардын болушу жана алардын ортосунда потенциалдык айырманын (токтун чыңалуусунун айырмасы) пайда болушу менен байланыштуу.

Электроддор катары төмөнкүлөр кызмат кылышы мүмкүн:
Амальгама, болот, алтын, көбүнчө титан-нитрит каптамасы, кээде металлокерамикалык протездөөдө колдонулган кобальт-хром кошулмасы ж.б.

Симптомдору жана өзгөрүүлөр

Металл протездер болгон учурда ооз көңдөйүндөгү микротоктун шарттуу нормасы – 10 мкАга чейин (Л.М. Максимовская, 1998).

Гальванизм көрүнүштөрү пайда болгондогу симптомдордун диапазону ар түрдүү: Көрүнөө клиникалык өзгөрүүлөрсүз эле ОКБЧнын ар кайсы жерлеринин күйүшү гана болушу мүмкүн. Катаралдык сезгенүү (жалпы сезгенүү). Лихеноиддик өзгөрүүлөр (кызыл жалпак темиреткүгө окшош). Лейкоплакия. Эрозиялар жана жаралар, анын ичинде рактык жаралар – электрод менен контакт болгон жерде же гальваникалык жаанын (гальванодуга) жолунда пайда болот.

Дарылоо

Гальванизм менен байланышкан ОКБЧ ооруларын дарылоо, биринчи кезекте, металл пломбаларды жана протездерди алып салууну талап кылат.

Андан кийин, клиникалык өзгөрүүлөргө ылайык, медикаменттик дарылоо жүргүзүлөт: Антисептикалык (микробго каршы) иштетүү. Эпителизациялоочу (ткандарды калыбына келтирүүчү) каражаттарды колдонуу.

Инфекциондук оорулар СОР

Учук инфекциясы Герпетикалык инфекция менен ооругандарда интерферондун, табигый киллерлердин активдүүлүгү кескин төмөндөйт жана аллергендик таасир берүүчү инфекциялык комплекстерди түзүү жөндөмдүүлүгү жогорулайт. Бул вирустардын бардыгы онкогендик касиеттерге ээ.

Хроникалык, кайра кайталаган воспалителүү жана шишик оорулары герпетикалык этиологиясы менен иммунитеттин кескин төмөндөшү фонунда өтүп жатканы үчүн, дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюму (ВОЗ) бул ооруларды СПИД-индикаторлуу деп эсептейт.

Герпес вирустары түздөн-түз байланыш, аба аркылуу, парентеральдуу (каны аркылуу) жана трансплантациондук, трансфузиондук жолу менен жугушу мүмкүн. Вирусемиянын кыска мөөнөттөгү убакытында, ар дайым

манифесттик формада (клиникалык белгилери менен) өтүп жаткан вирусную инфекциянын учурунда, вирус плацента аркылуу жайылып, тукумдук патологияларды (жаракаттар, өлүмдүү төрөлүү, түшүктөр ж.б.) жаратууга мүмкүн. Вирусемия ошондой эле инфекциянын локализацияланган түрлөрүнүн жайылышына, алардын жайгашкан жеринин өзгөрүшүнө себеп болушу мүмкүн, бул иммундук дефициттин өсүшүн болжолдоп, терс прогностикалык белгилерди көрсөтөт.

Герпес вирустарынын эң маанилүү өзгөчөлүгү - инфекциянын баштапкы жана кайрадан пайда болгон түрлөрүнүн болушу.

Баштапкы учук инфекциясы пайда болгон вирус менен биринчи жолу байланышта болуу учурунда пайда болот, ошондуктан ал көбүнчө 5 жашка чейинки балдарда кездешет ал эми чоңдордо абдан сейрек кездешет. 80-90% учурларда ал латенттүү формада өтөт жана болгону 10-20% учурларда клиникалык белгилер менен көрсөтүлөт. Остру формада инфекциянын белгилери күчтүү болот: жогору температура, ар түрдүү токсикациянын белгилери, бул организмде атайын антителдердин жоктугу менен түшүндүрүлөт. Баштапкы инфекциядан кийин 70-90% калк герпес вирусунун өмүр бою ташуучусу болуп калат, ал иммундук дефицит шартында активдешип, ***герпетикалык инфекциянын экинчи түрлөрүн*** пайда кылышы мүмкүн.

Алдын ала учук инфекциясына көбүнчө улууараак курактагы адамдарда кездешет, жеңил токсикация белгилери менен мүнөздөлөт, бул антителдердин болушу менен түшүндүрүлөт. Бирок антителдердин болушу экинчи даражадагы герпетикалык инфекциянын өнүгүшүнө жана анын рецидивдерине тоскоол боло албайт, анткени антителдер клетка ичиндеги вируска таасир эте албайт. Герпетикалык инфекциянын рецидивдери кайрадан жугуштан улам болушу мүмкүн же белгилүү бир ганглияда, лимфоиддик жана башка түзүлүштөрдө латенттүү түрдө туруштук берген вирусунун активдешүүсүнөн улам пайда болот, ошондуктан клиникалык белгилер рецидивдер ар дайым бир эле аймакта пайда болушу мүмкүн.

Курч учук гингивостоматит – бул ооздун ичиндеги биринчи герпетикалык инфекция, ал жөнөкөй герпес вирусу (ВПГ – 1, - 2) тарабынан чакырылат.

Жел аркылуу таралуу оорусу (ветряная оспа) – бул биринчи инфекция, ал варицелла-зостер вирусу (ВГЧ – 3) тарабынан пайда болот.

Хроникалуу кайталануучу учук стоматит жана **кайталануучу формалардагы локализацияланган герпес** эриндерде, небенин кууруна жана жүздүн терисинде – бул ооздун жана жаак-челюстуу аймактын экинчи даражадагы герпетикалык инфекциясы, жөнөкөй герпес вирусу менен инфекциялануда пайда болот. **Зостер (опоясывающий лишай)** үштүк нервинин бутагы – бул экинчи даражадагы герпетикалык инфекция, варицелла-зостер вирусу менен пайда болот.

Аталган оорулардын жалпы өзгөчөлүктөрү бар, алар негизинен клиникалык диагноз коюуда колдонулат: катаралдык көрүнүштөрдүн (жогорудан шишик, кызаруулар) пайда болушу менен, слизистик катмарлар жана териде кичинекей (1-2 мм диаметри) көпчүлүк учурда топтолгон кабыкчалар пайда болот, алар жарылганда, аларда так эрозиялар же ар кандай өлчөмдөгү эрозиялар пайда болуп, майда жээги бар.

Учук стоматиттерди дарылоо көпчүлүк бейтаптар үчүн атайын медициналык мекемелерде, заманбап диагностикалык лабораториялар менен жабдылган жерлерде жүргүзүлүшү керек. Бирок стоматологго кайрылган бейтаптардын да тобу бар. Бул — **СОР менен жабыркаган** бейтаптар, аларды жөнөкөй герпес вирусу жана варицелла-зостер вирусу инфекциялары пайда кылат.

Герпетикалык ооруларды дарылануусунун негизги принциптери ушул вирустар менен пайда болгон бардык жабыркоолор үчүн бирдей. Дарылоо үчүн төрт негизги багыт колдонулат: вируска каршы терапия, каршы-воспалительное (воспалууга каршы) терапия, неспецификалык жана спецификалык иммундук терапия. Дарылоо комплекс түрүндө болушу керек, бирок анын көлөмү, интенсивдүүлүгү жана узактыгы оорунун нозологиялык формасы, курчулугунун деңгээли жана оору учуруна жараша аныкталат.

Кандидоз

Кандида грибдери табиятта кеңири таралган. Алар мөмө-жемиштердин жана жашылчалардын бетинде табылышы мүмкүн, бирок негизги жашоосу адамдын жана жаныбарлардын терисинде жана слизистик катмарларында жайгашкан. Бирок, Candida грибдери шарттуу патогендик флорага кирет, анткени кандидоздун пайда болушу үчүн организмдин туруктуулугунун бузулушу керек.

Кандидоз көбүнчө жаңы төрөлгөн балдарда жана карыларда кездешет, алардын иммунитети курактык же тукумдан келүүчү дефициттерден улам алсырап калган, ошондой эле ич ичиндеги органдарды жабыркаткан хроникалык оорулар менен, иммундук жана эндокриндик бузулуштар (анациддик гастрит, лейкопения, анемия, гиповитаминоз, туберкулез, лимфогранулематоз, кант диабети, гипотиреоз, гипопаратиреоз, гипокортицизм жана башка), ошондой эле неопластикалык процесстер фонунда байкалат. Мындай коркунучтуу оору, СПИД (жетишилген иммундук дефицит синдрому) пайда болгону кандидоздун жугушунун өсүшүнө алып келди. Кандидоз СПИД – маркердик инфекциялардын катарына кирет.

Кандидоз. Кандидоздун жайылышында антибиотиктерди көп колдонуу, кортикостероиддерди жана цитостатиктерди узак мөөнөт бою колдонуу чоң мааниге ээ, анткени бул препараттар организмдин нормалдуу биоценозун басып, иммунодепрессивдик таасир этет. Кээ бир учурларда кесиптик факторлор да мааниге ээ (мисалы, белок-витамин концентраттарын өндүрүүчү ишканаларда иштөө ж.б.).

Слизистик катмарлардын, айрыкча **СОР** (ооздун жана жаак-челюстуу аймактын) жабыркашы кандидоздун башка локализацияларына караганда алдыңкы орундарды ээлейт. Кээде кандидоздун оор висцеральдык формалары жана кандидасепсис ооздун ичи менен башталат. Ошондой эле жергиликтүү себептердин маанисин белгилөө зарыл – **СОР**тын хроникалык воспалителүү жана дистрофиялык оорулары (кызыл жалпак лишай, лейкоплакия, ар түрдүү глосситтер ж.б.), көп сандагы кариес тиштери, пародонт оорулары, чылым чегүү, ооз куысынын таза каралбашы – булардын баары соматикалык же эндокриндик патологиялар фонуна карата оору пайда болууга түрткү болушу мүмкүн.

Клиника. Ооз куысынын слизистик катмарынын кандидозун беттик түрдөгү жабыркаган формаларга кирет. Локализациясына карата төмөнкүдөй бөлүнөт: диффузиялык жабыркаган ооз куысынын слизистик катмары (кандидоздук стоматит), тилин жабыркатуу (кандидоздук глоссит), эриндер жана ооздун бурчтарындагы оорулар (кандидоздук хейлит жана ангулярдык кандидоздук хейлит) ж.б.

Бул инфекциянын манифесттүү (клиникалык түрдө көрүнгөн) жана латенттүү (жумшак) формалары бар. Эки форма да курч жана хроникалык түрдө өтүшү мүмкүн.



62-сүрөт СОР кандидозунун түрлөрүнүн схемасы.

Курч формалары көбүнчө жаңы төрөлгөн ымыркайларда же салыштырмалуу дени сак чоңдордо антибиотик терапиясынын фонунда кездешет. Курч оорунун белгилери ымыркайдын иммундук системасы жетилгенде же чоң киши негизги оорудан айыкканда жоголот. Анын узактыгы адатта **7–14 күн**дү түзөт.

Курч кандидоздун манифесттик формасына мүнөздүү белгилердин катарына былжыр челдин бетинде ар кандай мүнөздөгү ак тактардын (курч псевдомембраноздук кандидоз) пайда болушу кирет: пленка түрүндөгү, майда быштакча сымал, коюлган сүттүн тамчыларына окшош, тактуу. Ушундан улам бул оорунун эл арасындагы аталышы – **“молочница”**. Ак так шпатель менен кырганда алынат, бирок кайра пайда болот. Тактын пайда болушуна адатта гиперемия, бир аз шишик, күйүү жана оорутуу, былжыр

челдин жегичтиги жогорулашы, мацерация, жаракалар жана эрозиялар алдын ала байкалат.

Иммундук жетишсиздик шартында, курч процесс өнөкөт түргө өтө баштаганда, грибоктун гифалары ткандарга тереңирээк өсүп киргендиктен, такты алуу барган сайын татаалдашат. Акырында так ткандар менен бекем биригип, кыргыч менен алынбайт же жарым-жартылай гана алынат (гиперпластикалык форма).

Латенттик формаларында (курч жана өнөкөт кандидоздо) ак тактар (салынуучу же салынбаган) болбойт же абдан аз болот. Бейтаптарды кургактык, кычышуу, күйүү, оорутуу, былжыр челдин жана теринин оңой жабыркашы тынчсыздандырат. Ушунун фонунда оору ар кандай түрдө көрүнүшү мүмкүн: эгер эпителийдин түшүүсү, атрофиясы жана мацерациясы басымдуулук кылса – **атрофиялык кандидоз**, ал эми катаралдык белгилер күчтүүрөөк болсо же эрозиялар пайда болсо – **катаралдык** же **эрозиялык форма** деп аталат.

Кээде былжыр челдеги морфологиялык өзгөрүүлөр алсыз билиниши мүмкүн, бирок ооз көңдөйүндө дискомфорттун болушу жана кайра-кайра текшерүүдө көгөрүп көбөйгөн көп сандагы ачыткы клеткаларынын, псевдомицелийдин жана мицелийдин табылышы (динамикасы терс болсо) латенттик кандидозду ойлонууга негиз берет.

Кандидозду диагностикалоо клиникалык көрүнүштөрдү жана лабораториялык изилдөөлөрдү салыштыруу менен жүргүзүлөт. Лабораториялык изилдөөлөргө төмөнкүлөр кирет: соскобдун микроскопиясы, тампондон алынган материалдын себиндиси, серологиялык реакциялар, культуралык, цитологиялык, иммунологиялык жана гистологиялык изилдөөлөр.

Кандидозду дарылоо этиотроптук жана патогенетикалык принциптерге негизделет.

Этиотроптук терапия (козу карынга каршы дарылоо) оору козгогучуна таасир бериши жана анын патогендик касиеттерин алсыратышы керек. Өзүнчө колдонулганда бул терапия оорунун курч формаларында эң натыйжалуу. Жеңил учурларда этиотроптук дарылоо сырттан колдонулуучу каражаттар менен эле чектелет. Оор жана өнөкөт формаларда козу карынга каршы дарылоо тышкы жана жалпы терапиянын айкалышы болушу зарыл. Эгер инфекция аралаш мүнөздө болсо, козу карындарга каршы жана бактерияларга каршы каражаттарды бирге колдонуу талап кылынат.

АИВ (вич)–инфекциясы

АИВ организмге киргенинин алгачкы белгилери катары ооз көңдөйүнүн былжыр челинде өзгөрүүлөр чыгышы мүмкүн.

ВИЧ-инфекциясы бар адамдарда кездешүүчү ооз көңдөйүнүн ооруларынын **мүнөздөмөсү боюнча эң толук классификация** АКШнын ооруларды көзөмөлдөө борборунда түзүлгөн.

АИВ -инфекция менен байланышкан ооз көңдөйүнүн патологияларынын классификациясы. (Сандра Л. Мельник, Рут Навьяк-Раймер ж.б., 1995)

1. АИВ -инфекция менен ТАКАЙ кездешүүчү оорулар:

а) кандидоз: эритематоздук, псевдомембраноздук, гиперпластикалык;
б) “жүндүү” лейкоплакия;
в) **АИВ** -гингивит;
г) **АИВ** -нежаралуу (некротизирлөөчү) гингивит;
д) **АИВ** -пародонтит;
е) Капоши саркомасы;
ж) Ходжкин эмес лимфома.

2. АИВ -инфекция менен СЕЙРЕК кездешүүчү оорулар:

а) атипиялык жаралар;
б) шилекей бездеринин оорулары;
в) тромбоцитопениялык пурпура;
г) вирустук инфекциялар: ЦМВ, жөнөкөй герпес вирусу, папилломавирус;
д) чечек вирусу, опоясывающий лишай вирусу.

3. ВИЧ-инфекциясы БОЛУШУ ЫКТЫМАЛ болгон оорулар:

а) Actinomyces israeli, Enterobacter cloacae, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae,
Mycobacterium tuberculosis инфекциялары;
б) “мышык тырмагы оорусу” (лимфоретикулёз);
в) дары-дармектерге реакциялар;
г) меланиндик пигментациялар;
д) неврологиялык бузулуулар;
е) остеомиелит;
ж) синусит;
з) алды ээк (подчелюстной) целлюлит;
и) жалпак клеткалуу карцинома;
к) токсикалык эпидермолиз.

АИВ -инфекция диагнозу комплекстүү текшерүүлөрдүн негизинде коюлат.

ВИЧ менен жуккан адамдар **өмүр бою вирус алып жүрүшөт**. Алардын көбүндө бир нече жыл бою оорунун белгилери байкалбай калышы мүмкүн, бирок ошого карабастан, алар вирусту башка адамдарга жуктура алышат.

Котон жара (сифилис)

Мерез (сифилис (Syphilis, Luis)) – теринин, былжыр челдердин, ар кандай системалар менен органдардын жабыркашына алып келген өнөкөт, кайталануучу жүрүшү бар жугуштуу венерикалык оору.

Жугуштуу жол менен алынган сифилистин төрт мезгили айырмаланат: **инкубациялык**, **биринчи (первичный)**, **экинчи (вторичный)** жана **үчүнчү (третичный)** мезгилдер. Акыркы эки мезгилде териде жана былжыр челдерде, анын ичинде ооз көңдөйүндө клиникалык белгилер толкун түрүндө кайра-кайра кайталанып турат (орточо 50% учурларда). Сифилисте түзүлгөн спецификалык иммунитет туруксуз болгондуктан, бейтаптар дарылангандан кийин кайрадан жугуп алышы мүмкүн. Мезгилдердин узактыгы организмдин жалпы (неспецификалык) иммунитетинин абалына жараша болот. Орточо

көрсөткүчтөрү бар, бирок айрым бейтаптарда алар узагыраак же кыскараак болушу мүмкүн.

Инкубациялык мезгил орто эсеп менен **3–4 жумага** созулат.

Мерез биринчи стадиясы (Syphilis primaria, Luis I) — орто эсеп менен **6–8 жуманы** өз ичине камтыйт Бул мезгилде бледная трепонема кирген жерде сезгенүү инфильтратынын клиникалык жактан өсүп-өнүгүшү байкалат: алгач катаралдык так, андан соң түйүнчө (узелок) пайда болуп, кийин анын бузулушунан **катуу шанкр** (chancre – жара) жаралат. Инфекциялык инфильтраттын тереңдигине жараша катуу шанкр **эрозия** же **жара** түрүндө болот. Клиникалык жактан бул — диаметри 0,3 смден 1,5 смге чейинки тегерек же сүйрү формадагы ткандын дефекти, түбү жылтырак, эт-кызыл же «бузулган майдын түсүндөй» болуп көрүнөт.

Катуу шанкр теринин же былжыр челдин каалаган бөлүгүндө пайда болушу мүмкүн; көп учурда ал эриндин кызыл четинде жана былжыр челинде, тилдин учунда, капталдарында жана үстүңкү (дорзалдык) бетинде, ошондой эле миндалинада кезигет. Кээде катуу шанкрдын клиникалык көрүнүшү атипиялуу болот. Эриндин кызыл четинде ал кабыкча, жарачык, заеда түрүндө, негизинде жана крайлары боюнча инфильтрат менен көрүнүшү мүмкүн. Бүктөлмө тилге (складчатый язык) ээ адамдарда катуу шанкр тилдин бүктөмүнүн боюнда жайгашып, жара сыяктуу узун, жарак сымал формага ээ болот. Мындай форма шанкр өтмө бүктөмдө жайгашканда да кездешет. Седеде (дёснеде) ал айрым тиштерге жарым ай формасында жакын жайгашкан ачык кызыл эрозия түрүндө байкалат.

Миндалинада биринчи жугууда анын белгилери үч клиникалык формада болушу мүмкүн: **жаралуу**, **ангинага окшош (амигдалит)** жана **айкалышкан** формалар. Жаралуу формасында сырткы көрүнүшү дээрлик өзгөрбөгөн миндалинада эрозия же жара (типтүү катуу шанкр) пайда болот. Амигдалит формасында инфекция миндалинанын лакунасынын тереңинде жайгашып, индураттын пайда болушу менен мүнөздөлөт; ошондуктан миндалина чоңоёт, кармалаганда тыгыз сезилет, бирок ткань дефекти көзгө көрүнбөйт. Процесс көбүнчө оорутпай өтөт, бирок кошумча экинчи инфекция (стафилококк, фузоспирохетоз ж.б.) кошулган учурда катуу оорушу жана клиникалык сүрөттүн өзгөрүшү мүмкүн — мисалы, ириңдүү же некроздук жабындын пайда болушу жана башка белгилер.

Сейрек болсо да, бледная трепонема шилекей бездерин да жабыркаткан учурлар кездешет. Бул көбүнчө кулак түбүндөгү шилекей безине (околоушная слюнная железа) тиешелүү, мында сифилитикалык сиалоадениттин клиникалык көрүнүшү өнүгөт.

Катуу шанкр пайда болгондон **5–7 күндөн кийин** биринчи котон жаранын **экинчи белгиси** чыгат — аймактык лимфа түйүндөрүнүн чоңоюшу (регионардык склераденит). Лимфа түйүндөрүнүн диаметри 2–3 смге чейин жетет, оорутпайт, тыгыз, териге жана бири-бирине чапталып калбайт. Алардын эң чоңу **бубон** деп аталат.

Эгер катуу шанкр тилдин учунда же денесинде, эриндерде жайгашса, анда склераденит лимфанын агып баруучу коллектор аймагына — ээк алдындагы же жаак алдындагы лимфа түйүндөрүндө байкалат. Эгер шанкр ооздун арткы бөлүктөрүндө (тилдин түбү, миндалина) пайда болсо, анда чоңойгон лимфа түйүндөрү моюн же терең моюн бөлүктөрүндө жайгашат.

Мерез экинчи стадиясында (Syphilis secundaria, Luis II) орто эсеп менен **3–4 жылга** созулат, кээде андан да узагыраакка уланышы мүмкүн. Териде экинчи сифилис дененин ар кандай бөлүктөрүндө **тактуу (макулёзный)**, **түйүндүү (папулёзный)** жана **ириңдүү (пустулёзный)** түрдөгү бүдүрлөр менен көрүнөт. Тамандын, алакандын жана анустун терисинде папулалар көп учурда топтолуп, тактайча (бляшка) түрүндө жайгашат.

Ооздун былжыр челинде жана башка локализациялардын былжыр челдеринде да морфологиялык элементтер пайда болот — жалгыз же биригип кеткен, токтоп калган кызыл түстөгү тактар жана ар түрдүү папулёздук сифилиддер. Папулалар **ачык кызгылт**, **ак (опалдуу)**, ошондой эле **эрозиялуу** жана **жаралуу** сифилиддерге бөлүнөт. Папула — диаметри орто эсеп менен **0,6–1,0 см**, тегерек же сүйрү формадагы түзүлүш, анын түп жагында кемирчек сымал тыгыз инфильтрат болот. Бетине суюктуктун бөлүнүшү жана паракератоздун пайда болушу натыйжасында папулалар көгүш-жемчугай (“опалдуу”) өңгө же ак түскө ээ болушу мүмкүн.

Эрозиялуу папулалар ачык кызгылт түйүндөрдүн эпителийинин мацерациясынан кийин, алардын четинде жука кызарган (гиперемия) таажысы менен пайда болот. Сифилитикалык папулалар биригүүгө жакын болгондуктан, кээде клиникалык көрүнүшү КПЛди (красный плоский лишай) же лейкоплакияны эске салат. Бирок шпатель менен кырганда сифилистеги жабын оңой алынат жана ачык кызыл эрозиялар ачылат. Эгер папулалардагы инфильтрат былжыр челдин өз катмарына чейин терең кирсе, алардын бузулушунан **жаралуу сифилиддер** пайда болот. Папулалардын бетиндеги сероздук суюктуктун курамында трепонемалардын көп саны болот.

Котон жаранын экинчи мезгилинде сифилитикалык ангинанын клиникалык көрүнүшүнүн эки варианты мүмкүн:

1. **Катаралдык форма** – кызыл өңдүн жыш топтолгон тактары менен зев аймагында көрүнөт.
2. **Эрозиялуу же жаралуу ангина** – агыш тартып турган эпителийдин фонунда эрозиялар же жаралардын пайда болушу менен мүнөздөлөт.

Сифилитикалык ангиналар көп учурда оору сезими менен коштолбойт.

Ооздун бурчтарында папулалар жайгашканда, четтери жана түп жагы тыгыз инфильтраттуу жарачыкка окшогон көрүнүш пайда болот. Заедалар кабыкча менен капталышы мүмкүн.

Тилдин үстүңкү бетинде папулалар пайда болгон жерлерде алар бузулгандан кийин жипчелүү жана козу сымал бүртүкчөлөр жоголуп, жылмакай, жылтырак, чөгүп турган тактар – **«чабылган ландшафт» бляшкалары** пайда болот.

Мерез үчүнчү стадиясында (Syphilis tertiaria, Luis III) адатта оору башталгандан **4–6 жыл өткөндөн кийин** башталат жана ондогон жылдарга созулушу мүмкүн. Бул стадия **инфекциялык өзгөчө гранулемалардын** пайда болушу менен мүнөздөлөт. Алар биригип, былжыр челдерде жана териде көгүш-кызыл майда көп сандагы бүдүрлөрдү, ошондой эле диаметрин 3 см жана андан ашкан жалгыз чоң түйүндөрдү – **гуммаларды** түзөт.

Сифилиддер СОРдун каалаган бөлүгүндө пайда болушу мүмкүн, бирок көбүнчө жумшак жана катуу таңдайда, ошондой эле тилде кездешет.

Тилде гуммалар локалдашканда алгач **түйүндүү глоссит** пайда болот, андан соң жаралар айыккандан кийин тилдин ткандарында **диффуздук тырыктык тыгыздануу** өнүгөт жана тилдин көлөмү кичирейет (**сифилитикалык микроглоссия**). Тилдин трофикасы бузулат, анын бетинде жипчелүү бүртүкчөлөр жок болуп кетет, бороздор, жарачык, трофикалык жаралар пайда болот, алар кийин ракка айланып кетиши мүмкүн. Тилдин кыймылы чектелет.

Катуу таңдайда гуммалар жайгашканда процесске периост жана сөөк ткаңы тартылат, натыйжада сөөк некрозу, секвестрация жана перфорация өнүгөт. Үчүнчү сифилисте регионардык лимфа түйүндөрү, негизинен, экинчи инфекция кошулганда гана реакция берет.

Тубаса мерезде, ымыркай курагында симптомдор **2 айдан 1 жылга чейин** пайда болот: Гохзингердин диффуздук папулёздук инфильтрациясы, сифилитикалык көпүкчөлөр, сифилитикалык ринит, ооздун айланасында тырыктык өзгөрүүлөр пайда болушу мүмкүн.

Тубаса мерездин эрте балалык формасы 1 жаштан 4 жашка чейинки куракта байкалат жана алынган экинчи сифилистин белгилерине окшош клиникалык көрүнүштөр менен мүнөздөлөт; ошондой эле сифилитикалык менингит, менингоэнцефалит жана башка жабыркоолор болушу мүмкүн.

Кеч тубаса мерезде симптомдор **4 жаштан 15 жашка чейин** пайда болот, 70% учурда ага чейин эч кандай белгилер болбойт. Бул мезгилдин мүнөздүү белгилеринин бири — **Гетчинсон триадасы**:

• кесүүчү четинде жарым ай сымал оюкчасы бар долото же отвертка формасындагы тиштер;

• сифилитикалык кератит;

• сифилитикалык лабиринтит жана башкалар.

Сифилисти аныктоо клиникалык белгилер менен бирге лабораториялык изилдөөлөргө негизделет. Сифилисти дарылоо **жөн гана дарыгер-дерматовенерологдор тарабынан**, адистештирилген медициналык мекемелерде жүргүзүлөт жана негизинен **пенициллин тобундагы препараттар**, сейрек учурда — **висмут препараттары** колдонулат.

СОРдун аллергиялык оорулары

Ооз көңдөйүнүн былжыр челиндеги (СОР) аллергиянын клиникалык көрүнүштөрү абдан ар түрдүү болот. Алар кээде болгону субъективдүү белгилер – мисалы, күйүү сезими түрүндө гана болуп, СОР тарабынан эч кандай көрүнөө өзгөрүүлөр болбошу мүмкүн (аллергия фонундагы ооз былжыр челинин парестезиясы).

Аллергиянын **I типтеги (ГНТ – дароо типтеги гиперчувствительность)** реакциясында төмөнкү клиникалык көрүнүштөр өнүгүшү мүмкүн:

• Квинке шишиги,

• курч катаралдык стоматит,

• буллёздук стоматит (дарылардан пайда болгон буллёздук стоматит),

• көп формалуу экссудативдүү эритема,

• Стивенс–Жонсон синдрому.

Эгер **II типтеги (цитотоксикалык)** реакция басымдуулук кылса, анда жаралуу-некроздук стоматит пайда болушу мүмкүн; ал эми I жана II тип

реакцияларынын оор аралаш формасында **Лайелл синдрому** өнүгүшү мүмкүн.

Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин жана/же эриндин кызыл четинин жергиликтүү (тышкы) сенсибилизациясы болгон учурда, бул **IV типтеги (ГЗТ – кеч типтеги гиперчувствительность)** реакциясы болуп эсептелет жана анын негизги клиникалык көрүнүшү — **контакттык аллергиялык стоматит**.

Өтө сезгич (гиперчувствительность) реакцияларынан улам келип чыккан ооруларды диагностикалоо

Ооруларды диагностикалоо **жигердүү анамнез чогултуу** менен башталат: оору тууралуу маалымат жана жашоонун анамнези жүргүзүлүп, мүмкүн болгон аллергиялык факторлор аныкталат – дары-дармек, тамак-аш, күнүмдүк тиричилик, кесиптик, пломбировкалоочу же протездик материалдар.

Ананмнез ооз көңдөйүндөгү процесстин өнүгүшүнө чейинки **курч жана өнөкөт ооруларды** аныктоого мүмкүндүк берет, ошондой эле **бактериалдык, вирустук жана башка инфекциялык аллергендердин** болушу мүмкүнчүлүгүн тастыктоого же жокко чыгарууга жардам берет (тонзиллит, отит, одонтогендик инфекция, ичегинин дисбактериозу, Helicobacter pylori менен коштолгон ашказан оорусу ж.б.).

Эгер болжолдуу бардык аллергендер жокко чыгарылса, бирок оору **кайталанып турууда** болсо, бейтаптарга **адистештирилген аллергиялык диагностикалык сыноолорду** өткөрүү сунушталат. Ошондой эле, оор учурларда ар кандай изилдөөлөр (мисалы, **магниттик-ядролук резонанс, компьютердик томография** ж.б.) жүргүзүлөт. Бул изилдөөлөр **инфекциялык-аллергиялык жана автоиммундук МЭЭ формаларын** козгоочу өнөкөт сезгенүүлөрдү жана шишик процесстерин аныктоого багытталган.

Аллергиялык этиологиядагы ооз көңдөй ооруларын дарылоо

СОРдун аллергиялык этиологиядагы ооруларын дарылоо **болжолдуу инфекциялык эмес аллергендерди жок кылуудан** башталат. Мисалы:

- Дары-дармектер: антибиотиктер, сульфаниламиддер, йод, барбитураттар, бромиддер, салицилаттар, анальгетиктер, В тобундагы витаминдер ж.б.;
- Тамак-аш: шулпалар, кофе, жумуртка, шоколад ж.б.;
- Тиричилик жана стоматологиялык заттар: тиш пасталары, эрин помадалары, протез жана пломбировкалоочу материалдар жана башка заттар.

Жалпы дарылоо – бул **медикаментоздук гипосенсибилизациялык терапияны** дайындоодон турат:

- **Антигистаминдик препараттар**: Тавегил, Супрастин, Фенкарол, Кларитин, Задитен ж.б.;
- **С витамини (аскорбин кислотасы)**;
- **Кальций препараттары**: кальций глюконаты, кальций хлориди ж.б.;
- Оор учурларда – **кортикостероид гормондор жана детоксикациялоочу каражаттар** (Гемодез, Поливинилпирролидон ж.б.).

Аллергиялык генездеги стоматиттерди сырттан дарылоо

Аллергиялык стоматиттерди сырттан дарылоодо **эгерде мүмкүн болсо минималдуу сенсибилизирлөөчү таасири бар каражаттарды** колдонуу керек.

• **Оору басуу үчүн** анестетиктерди колдонуу сунушталбайт, анткени алар **чек арадагы же кошумча сенсибилизацияны** пайда кылышы мүмкүн. Ошондуктан сырттан, «ванночка» түрүндө, **антигистаминдик каражаттарды** колдонуу жакшы:

- 1% Димедрол эритмеси
- 2,5% Супрастин эритмеси

Бул эритмелер **жакшы анестезирлөөчү эффектке** ээ. Эритмелерди зарыл болгондо даярдаса болот (мисалы, 2 таблетка Димедрол же Супрастинди 0,5 стакан сууга эритүү).

• **Сезгенүүнү басуу максатында**:

• 1% Галаскорбин эритмеси же кара же жашыл чай настойун колдонсо болот.

• Эгер дарылоо натыйжа бербесе, **татаал учурларда**: ванночкаларды гидрокортизон менен жасоо (10 тамчы муздатылган ¼ стакан сууга).

• **Контакттык стоматиттин пролиферативдүү стадиясында** сырттан дарылоо үчүн **кортикостероиддик майларды жана суспензияларды аппликация жана фонофорез түрүндө колдонуу** максатка ылайыктуу.

Ооз көңдөйүнүн былжырлуу кабыгынын кызыл түстүү кандын ооруларындагы көрүнүштөрү

Гипохромдуу темир жетишсиздигине байланыштуу анемия

Бул түрдөгү анемияда **эритроциттердин, гемоглобиндин жана түстүк көрсөткүчтүн төмөндөшү** мүнөздүү. Темир жетишсиздигине байланыштуу жалпы клиникалык белгилер:

- алсыздык,
- баш айлануу,
- кулакта шуу,
- тердөө,
- беширүүгө жакындык,
- теринин түсүнүн боздогу,
- чачтын сынуусу,
- манжалардагы тырмактын көлөмү боюнча жана узунунан сызыктары менен сынуусу ж.б.

Ооз көңдөйүндө:

- кургактык, күйүү сезими, кээде оору,
- даам сезүү бузулушу,
- тамакты жутууда кыйынчылык.

Объективдик көрүнүштөр **темирдин жетишсиздигинин деңгээлине** жараша ар түрдүү:

- Башында СОРдун боздогу жана кургактыгы аныкталат.
- Андан кийин **эриндин кызыл четинде, ооз бурчунда (заеды) кичинекей жарыкчалар жана чешуйкалар** пайда болушу мүмкүн.

- Ооз ичинде **катаралдык глоссит** пайда болушу мүмкүн – тилинин бетинде узун жана ачык роза түстөгү тактар (кээде Гюнтер-Мюллер глоссити менен окшош).
- Катаралдык процесс **тактар же диффуздуу сезгенүү** түрүндө ооздун башка аймактарында – жак, эрин, нёбо, тиш эти ж.б. пайда болушу мүмкүн.
- Темир жетишсиздигинде **десквамативдик же атрофиялык глосситтин** пайда болушу же күчөшү мүмкүн.
- Темир жетишсиздиги көбөйгөндө **иммунитеттин төмөндөшү,** анын натыйжасында:
  - кээде кайталануучу **герпетикалык стоматит**,
  - кайталануучу **афтоздук стоматит** ж.б. оорулар байкалат.

Гиперхромдуу анемия – В12 витамини жана/же фолий кислотасынын жетишсиздигине байланыштуу (Аддисон-Бирмер перницоздук анемиясы).

Бул анемияда: эритроциттердин жана гемоглобиндин саны төмөндөйт, түстүк көрсөткүч **1,05тен жогору** болот.

Хроникалык гипоксияга байланыштуу анемиянын клиникалык көрүнүштөрү

Хроникалык гипоксия менен байланыштуу оорулууларда **даттануулар жана клиникалык көрүнүштөрү (жалпы жана ооз көңдөйүндө)** темир жетишсиздиги менен байланышкан анемияга окшош. Бирок, **фолий кислотасынын жетишсиздиги менен айыккан боор ооруларынын фонунда**, ооз көңдөйүндө **айкын саргычтык (иктеричность)** пайда болушу мүмкүн, айрыкча **жумшак нёбо жана ооздун түбү** аймактарында.

Ошондой эле **Гюнтер-Мюллер глосситине** дагы көңүл буруу керек. Бул көрүнүш биринчи жолу **перницоздук (кооптуу) анемиясы бар оорулууларда тилинин бетинде пайда болгон клиникалык картина катары** сүрөттөлгөн. Бул түрдөгү анемияда тилдин боз бетинде **айкын гиперемиялык тактар, жерлеринин чөгүп кеткен формасы менен** пайда болот. Көбүнчө оор учурларда, мындай өзгөрүүлөр башка ооз көңдөйү аймактарын камтыса, **Гюнтер-Мюллер стоматити** пайда болот.

Гипохромдуу В6-дефициттик анемия (темирге туруктуу, темирди кабыл албай турган) – эритроциттердин темирге реакциясынын жоктугунан улам, **эритроциттердин, гемоглобиндин жана түстүк көрсөткүчтүн кескин төмөндөшү** менен мүнөздөлөт.

Полицитемия (эритремия, Вакез оорусу)

Бул ооруда:

перифериялык кандагы **жетилген эритроциттердин саны көбөйөт**, кээде жетилген лейкоциттер жана тромбоциттер да көбөйөт,

гемоглобин деңгээли көтөрүлөт,

кан айлануу көлөмү жогорулайт.

Оорунун этиологиясы так белгиленген эмес. Оорулуулар **муун, жүрөк оору, теринин кычышуусу, ысык сезүү** тууралуу даттанат.

- **Көк боор жана боор чоңоёт.**
- **сөөк таш оорусу, тромбоздор** пайда болушу мүмкүн.
- **Тери жана шырычтуу кабыктар бордо түскө кирет.**

- Ооз көңдөйүндө **күйүү, кургактык жана кан кетүү** байкалат.

Ак кан ооруларынын ооз көңдөйүндөгү көрүнүштөрү

Лейкоздор **клеткалардын түрүнө** (миелоиддик жана лимфоиддик) жана **оорунун жүрүшүнө** (оор жана хроникалык) жараша классификацияланат.

Оор лейкоз көбүнчө жаш жана орто курактагы адамдарда кездешет. Жалпы белгилери: күчтүү алсыздык, тез чарчоо, теринин боздугу. Көбүнчө оорулууларда **оорунун баштапкы белгилери** манифесттик (айкын клиникалык) формадан 2-3 ай мурун пайда болот. Температура: кээде жогорку, кээде субфебрильдик (дене табынын бир аз көтөрүлүшү), чоң өзгөрүүлөр менен. Көп учурда **вирусдук инфекциялар** кошулат, анын ичинде ооз көңдөйүндө – **герпетикалык стоматиттер**.

Ооз көңдөйүндөгү кошумча белгилер: ооз көңдөйүнүн айкын боздугу, жеңил жараланууусу, кан кетүүлөр, көбүнчө спонтандык **– жумшак ткандарда жана башка аймактарда, жаралар, эрозиялар, жаралуу-некроздук гингивостоматит**, **гипертрофиялуу (чоңойгон) гингивит** пайда болушу мүмкүн.

Геморрагиялык синдром – петехиялар, кан төгүлүүлөр, кан агуу – оорулуулардан 50-60%да байкалат. Бул негизинен **тромбоцитопенияга** байланыштуу, ал лейкоздук гиперплазия жана сөөк кандын инфильтрациясы натыйжасында тромбоциттердин азайышынан келип чыгат.

Лимфатикалык түйүндөр оор лейкоздо аз көбөйөт, жумшак, кээде оорутпайт же аз оорутат.

Акырыкы диагноз төмөнкү негизде коюлат:

кандын жалпы анализи (диагностика учурунда – 10×10^{11}/л – 10×10^{1}Z/л лейкоз клеткалары), сөөк кандын пунктатынан алынган изилдөөлөр.

Хроникалык лейкоз экиге бөлүнөт: хроникалык миелолейкоз, хроникалык лимфолейкоз.

Бул түрлөр көбүнчө **карт курактагы адамдарда** кездешет.

Хроникалык миелолейкоз эки стадиядан өтөт:

Рак эмес стадия – бир нече жылга созулат,

Зыяндуу (агрессивдүү) стадия – 3–6 айга созулат.

Лейкоз прогрессирлөө менен **анемия** жана **тромбоцитопения** пайда болот. Кандын анализинде **жогорку лейкоцитоз** (50–60×10^{9}/л) байкалат.

Кандын майда даярдыгында көптөгөн **бласттык формалар** – миелобласттар, промиелоциттер – аныкталат.

Хроникалык миелолейкоз үчүн **геморрагиялык көрүнүштөр** мүнөздүү, бирок алардын интенсивдүүлүгү оор лейкоздокудан азыраак. Алар **спонтандык эмес**, көбүнчө жаракат алган учурда пайда болот.

Ооз көңдөйүндөгү клиникалык көрүнүш **оор лейкозго** окшош, бирок хроникалык миелолейкоздо көбүнчө **кандидоз** кошулат.

Хроникалык лимфолейкозда лейкоциттердин саны 500×10^{9}/л жетиши мүмкүн, алардын көбү **лимфоциттер** болуп эсептелет.

Клиникалык белгилери:

лимфатикалык түйүндөрдүн чоңойушу,ооз көңдөйүндө – тил тамырларынын түбүндө, миндалиндерде, тиш этинин аймагында **инфильтраттар же шишиктей түйүндөр** пайда болушу.

Процесске **кичинекей слюналык бездердин ткандары** да кошулганда, ооз көңдөйүндө **айкын кургактык** байкалат. Терминалдык стадияда дагы **кандидоз** пайда болот.

Агранулоцитоз – перифериялык канда **гранулоциттердин азайышы же толугу менен жок болушу**, лимфоциттердин саны да кыйла төмөндөйт – 1×10^9/л.

Оору көбүнчө **III типтеги аллергиялык реакциядан** (айланма иммундук комплекстер) келип чыгат, мисалы: амидопирин, бутадион, анальгин, сульфаниламиддер, айрым антибиотиктер жана башкаларга реакция катары.

Бул учурда **жалпы абал ооруйт**, **интоксикация белгилери** пайда болот. Ооз көңдөйүндө **жаралык- некротикалык процесс** өнүгөт, көбөйүү тенденциясы менен, **жыттуу сезим** байкалат. Кээде процесске **челюсттин сөөктөрү** да катышат.

Ооз көңдөйүнүн былжыр челиндеги геморрагиялык диатездердин көрүнүштөрү

Геморрагиялык диатездер тромбоцитопоэздин бузулушу, плазмадагы коагуляция факторлорунун жетишсиздиги же аларды өндүрүүнүн бузулушу, ошондой эле кан тамырлардын аномалиялары менен байланыштуу болушу мүмкүн.

Тромбоцитопениялык пурпура – бул тромбоциттердин жетишсиз синтезделиши же ашыкча бузулушу натыйжасында алардын сандагы кескин азайышы (нормада $200–400\times10^9$/л), түзүлүшү менен функциясынын өзгөрүшү мүнөздүү болгон оорулардын бүтүндөй тобу. Бул кандын уюшуунун жана кан уюган суюктуктун тартылышынын (ретракциясынын) бузулушуна, капилляр дубалдарынын өткөрүмдүүлүгүнүн жогорулашына алып келет. Натыйжада геморрагиялык диатездер пайда болуп, алардын негизги белгиси – көп кайталаган каноо жана кан агуу убактысынын узарышы. Жгут белгиси кескин оң натыйжа берет. Болжолдуу этиологиясы: радиация, ууланuу, инфекциялык же дары-дармектик аллергия ж.б.

Тромбоцитопениялык пурпуранын курч жана өнөкөт формалары айырмаланат. **Курч формаларында** (тромбоциттер $4–2\times10^9$/л чейин төмөндөйт) дене табынын жогорулашы, интоксикация белгилери, көп сандагы гематомалар жана ашказанда, торчодо (сетчаткада), мурунда, ооздун былжыр челинде, таңдайда, кызыл өңдө, ооз түбүндө, жаакта жана башка ар кандай локализацияларда өзүнөн өзү (спонтандык) каноолор байкалат. Ооздо кан уюган суюктуктун шилекей менен аралашкан массалары көрүлөт. Былжыр чел – бош, назик.

Гемофилия жана Виллебранд оорусу генетикалык кемтикке байланыштуу.

Гемофилияда – 8 же 9-фактордун жоктугу,

Виллебранд оорусунда – бул факторлордун функционалдык жетишсиздиги жана тромбоциттердин дисфункциясы байкалат.

Гемофилия ден соолугу жакшы энелер аркылуу тукум кууп, көбүнчө эркек балдарда кездешет. Оор формаларында оору эрте жаштан баштап муундарга, ички органдарга жана ткандарга көп жолу кан куюлуу, ооз көңдөйүндө тиш жаракат алган учурда же тиш чыгууда каноо менен билинет.

Эгер Виллебранд оорусунда каноо дароо башталса, анда гемофилияда хирургиялык кийлигишүүдөн кийинки каноолор ар дайым кечигип чыгат — бир нече сааттан бир нече суткага чейин. Мындай учурда бейтаптардын даттануусу каноо жөнүндө эмес, тиш алынган уянын аймагында "супер-уюк" (кээде тоок жумурткасындай чоң) пайда болгону жөнүндө болот.

Геморрагиялык кыйынчылыктар калың ийне менен сайуу жасалган жерлерде, тигиш салганда, пульпаны (тиштин жумшак тканын/нервин) алып салууда жана башка стоматологиялык аракеттерде да пайда болушу мүмкүн. Каноолор көп учурда абдан катуу болуп, кээде бейтаптын өлүмүнө да алып келиши мүмкүн.

Рандю–Ослер оорусу (геморрагиялык ангиоматоз)

Бул оору артериялар менен капиллярлардын тамыр дубалдарынын тукум куучу дистрофиясы (азыктануусунун бузулушу) менен мүнөздөлөт, анын натыйжасында телеангиоэктазиялар пайда болот. Алар жарылганда каноолорго алып келет. Эң көп кездешкен каноолор — мурундан жана ооз көңдөйүнөн, бирок ашказан, ичеги, өпкө жана башка органдардан да кан кетиши мүмкүн.

Дарылоо: аскорутин жана сезгичтикти төмөндөтүүгө багытталган препараттар; жергиликтүү — кан токтотуучу каражаттар колдонулат.

Шёнлейн–Генох оорусу (геморрагиялык васкулит)

Бул оору кан тамырлардын дубалдарынын өткөрүмдүүлүгүнүн жогорулашы менен мүнөздөлөт. Оору жүрө пайда болгон, аны шарттаган факторлор: инфекциялык, дары-дармектен болгон, автоиммундук жана башкалар. Көбүнчө тери жана ички органдар жабыркайт. Сейрек учурда ооздун жана мурун былжыр челинде кан куюлуулар же каноо пайда болушу мүмкүн. Кан анализинде өзгөрүүлөр байкалбайт.

Эндокриндик патологияларда ооз көңдөйүнүн былжыр челиндеги (СОР) өзгөрүүлөр

Кант диабети бар бейтаптарда былжыр челдин жука болуп калуусу жана бат жарааланууусу, катаралдык сезгенүү (анын ичинде кызыл өндө), ошондой эле СОРдо трофикалык жаралар жаралышы мүмкүн. Бейтаптар ооздун кургактыгын, күйүү сезимин, таттуу жана туздуу даамдарды сезүү сезимталдыгынын төмөндөшүн белгилешет.

Калкан безинин гипофункциясында (функциясынын төмөндөшүндө) ооз көңдөйүнүн былжыр челинин шишиши байкалат, тилде жана жаак былжыр челинде тиштердин издери (отпечатки) көрүнөт.

Иценко–Кушинг оорусунда (бөйрөк үстү безинин кабыгы гормондорунун ашыкча синтези):

бейтаптар кызыл өңдүн канашына, ооздон жагымсыз жыт чыгышына, ооздо күйүү сезимине даттанышат. Клиникалык кароодо ооздун былжыр челинин шишиши (тилде жана жаак былжыр челинде тиш издери), геморрагиялык суюктукка толгон ыпмалар (пузыри), кандидоз, узак айыкпаган эрозиялар жана жаралар байкалышы мүмкүн.

Аддисон оорусунда (бөйрөк үстү безинин кабыгы гормондорунун бөлүнүшүнүн толук же жарым-жартылай токтошу) бейтаптар, адатта, даттанууларды билдиришпейт. Бирок беттин терисинде, колдун билегинде, эриндин кызыл өңүндө (четинде) жана ооздун былжыр челинде меланиндин

көп топтолушунан пайда болгон көгүш, боз-кара түстөгү майда тактар же сызыктар пайда болот.

Жүрөк-кан тамыр патологияларында ооз көңдөйүнүн былжыр челиндеги (СОР) өзгөрүүлөр

Ткандардын гипоксиясынын (кычкылтек жетишсиздигинин) фонунда мүнөздүү белгилер төмөнкүлөр болуп саналат:

– эриндин кызыл өңүнүн жана ага чектеш теринин көгүш (цианоз) түскө боёлушу;

– СОРдун шишиши жана тилдин жээгинде тиш издеринин пайда болушу;

– катаралдык сезгенүү.

Перифериялык кан айлануунун бузулушу жана метаболизмдин өзгөрүшү менен СОРдо трофикалык жаралар пайда болушу мүмкүн. Трофикалык жарага төмөнкү белгилер мүнөздүү:

– четтери так эмес;

– абдан оорулуу;

– сезгенүүнүн белгилери өтө аз же дээрлик жок.

Гипертониялык оорудан жабыркаган бейтаптарда кээде **көбүк-кан тамыр (пузырно-сосудистый) синдрому (ыйлаакча-тамыр синдрому)** кездешет. Бул синдромдо СОРдун ар кандай бөлүктөрүндө геморрагиялык суюктугу бар жалгыз ыпмалар (пузыри) пайда болот. Ыпма пайда болгондо сайгандай оорутуу сезими байкалат. Ипма ачылган соң пайда болгон эрозия адатта бир жумадан кийин эпителизацияланып айыгат.

Ичеги-карын (ЖКТ) ооруларында ооз көңдөйүнүн былжыр челиндеги (СОР) өзгөрүүлөр

ЖКТ ооруларынын кеңири таралган белгилеринин бири — тилдин үстүңкү бетинде катуу же жумшак налёттун (катмардын) болушу. Гастриттин күчөшү менен кызыл өңдө жана СОРдун башка бөлүктөрүндө катаралдык сезгенүү күчөшү мүмкүн.

Ичегилердин ооруларында СОРдун шишиши жана тилдин жээгинде тиш издеринин пайда болушу мүнөздүү болуп саналат. Өт жолдорунун патологиясында жумшак таңдайдын жана жаактын былжыр челинде иктеричность (саргычтык) пайда болот.

Гастрит же ашказандын жара оорусунун фонунда тилдин былжыр челинде эпителийдин тең салмаксыз түшүүсү — **десквамативдик (сыйрылма) глоссит («географиялык тил»)** байкалышы мүмкүн. Ал көбүнчө бырышкан (скроталдык) тилге ээ адамдарда кездешет. Бул учурда бейтаптарды оорунун күчөгөн мезгилдеринде тилдин күйүшү жана кычкылга сезимталдыктын жогорулашы тынчсыздандырат.

ЖКТнын ар кандай патологияларында, анын ичинде Крон оорусунда, бейтаптарда **хроникалык рецидивдешүүчү (өнөкөт кайталануучу) афтоздук стоматит** пайда болушу мүмкүн. Ага СОРдун ар кандай аймактарында (көбүнчө көп катмарлуу жалпак мүйүздөшпөгөн эпителий менен капталган зоналарда) афталардын мезгил-мезгили менен чыгышы мүнөздүү.

Негизги адабияттар:

1. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 322 с.

2. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 частях. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта, – под ред. проф. Г. М. Барера. - Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2010- - 245 с.

Кошумча адабияттар:

1. Геронтостоматология: А.В. Алимский. (Эпидемиологические, социальные и организационные аспекты). – М., 2012. – 374 с.

2. Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта: учебник: в 3 ч. / Под ред. Г. М. Барера. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Ч. 2. - 224 с.: ил.

6- сабак. Стоматологиядагы уйкутуу (обезболивание) ыкмалары. Стоматологияда колдонулуучу уйкутуунун (оорутпай дарылоонун) түрлөрү жана ыкмалары. Жергиликтүү анестетиктер, ошондой эле жергиликтүү жана жалпы уйкутуу үчүн колдонулуучу медикаментоздук каражаттар. Тишти алып салуу операциясы. Тиштерди алып салууга көрсөткүчтөр. Ар түрдүү тиш топторун алып салуу техникасы. Өтүшүп кеткендеги кыйынчылдыктар.

Стоматологияда оорутпай дарылоонун ыкмалары

Оорутпай дарылоо – деонтологиянын негизги принциптеринин бири. Анестезиологиялык жардам көрсөтүү стоматологиянын мындан аркы өнүгүшү үчүн өтө чоң мааниге ээ. Оорксуздандыруу (Ооруну басуучу) каражаттары ар дайым колдонулууга тийиш, эгерде оорунун күчү анестезия учурундагы сезимдерден жогору болсо; ошол эле учурда сунушталып жаткан анестетиктин коркунучу жана анестезиологиялык жардамдын көлөмү учурдагы дарылоо кийлигишүүсүнүн коркунучунан ашпоого тийиш.

Балдарга карата болсо, дарылоодогу ооруксуздандыруу иш-чаралары мүмкүн болушунча оорутпай жүргүзүлүшү керек. Булардын бардыгын заманбап поликлиникалык шарттарда толугу менен ишке ашырууга болот. Анткени сөз жаңы маселелерди чечүү жөнүндө эмес, фармакологияда белгилүү болгон ооруксуздандыруучу каражаттарды жана алардын иштелип чыккан ыкмаларын туура колдонуу жөнүндө болуп жатат.

Оорутпай дарылоону гумандуулуктун гана көрүнүшү жана коргоочу терапиянын элементи катары эмес, ошондой эле оорунун жүрүшүнө таасир этүүчү патогенетикалык чара катары кароо зарыл, айрыкча шок пайда кылуучу зонада – жаак-бет аймагынын ткандарында өнүккөн сезгенүү жана жаракаттык ооруларда.

Анестезиологиялык жардамдын максаты – ооруну сезбөөнү камсыз кылуу, бейтап үчүн кийлигишүүнүн коопсуздугун сактоо жана дарыгердин иши үчүн оптималдуу шарттарды түзүү. Анестезиянын эффектисине жетишүү жана убактылуу эс-учун жоготуу, ошондой эле организмдин оорутуу жана башка дүүлүктүрүүлөргө болгон реакцияларын башкаруу – азыркы анестезиологиялык жардамдын маңызы болуп саналат. Ал негизинен алты элементтен турган комплекс түрүндө жүргүзүлөт, ошондой эле дарылоо учурунда жана андан кийинки организмдин өмүрү үчүн маанилүү функцияларын камсыздоого багытталган.

1. Аналгезия - бул ооруну пайда кылган очоктон борбордук нерв системасына багытталган импульстардын өткөрүлүшүн токтотуу; оорулуу организмде оорутуучу дүүлүгүүгө жооп катары өнүккөн патологикалык реакцияларды басуу. Импульстардын өткөрүлүшүн ар кандай деңгээлдерде үзүүгө болот жана бул физикалык ыкмалардын (электроанальгезия) таасири же оорулууга ар түрдүү анальгезиялоочу каражаттарды киргизүү аркылуу ишке

ашырылат. Андай каражаттар таасир этүү механизми боюнча **наркотикалык** жана **наркотикалык эмес** деп бөлүнөт.

2. Организмди агрессиядан коргоо – бул вегетативдик нерв системасынын функцияларын нормалдаштыруу же стабилдештирүү.

3. Наркоз – жасалма түрдө пайда кылынуучу абал болуп, ал **эс-акылдын убактылуу (кайтарымдуу) жоголушу**, **оору сезиминин жоюлушу**, ошондой эле **айрым рефлекстердин басаңдашы** менен мүнөздөлөт. Наркоздун эффектине жетишүү үчүн фармакологиялык заттар колдонулат. Алар наркотикалык же анальгезиялык таасирдин күчүнө жараша төмөнкү **үч түргө** бөлүнөт:

күчтүү наркотиктер жана алсыз анальгетиктер (гексенал жана башка барбитураттар);

алсыз наркотиктер жана күчтүү анальгетиктер (азот кычкылы – закись азота);

күчтүү наркотиктер жана күчтүү (айкын) анальгетиктер (фторан, эфир).

4. Суу-туз балансын нормалдаштыруу жана энергиялык ресурстарды жеткирүү - гомеостазды, башкача айтканда, ички чөйрөнүн салыштырмалуу динамикалык туруктуулугун жана организмдин негизги өмүр үчүн маанилүү функцияларын сактоо максатында жүргүзүлөт. Мунун натыйжасында, айрыкча, осмотикалык басымдын туруктуулугу камсыз болот, бул организмдеги суюктуктун көлөмүн нормалдаштыруу жана иондордун тең салмактуулугун сактоо үчүн өтө маанилүү.

5. ***Өпкөнүн вентиляциясын жөнгө салуу*** - газ алмашууну нормалдаштыруу, башкача айтканда, ткандардын дем алуусун камсыз кылуу үчүн жүргүзүлөт. Буфердик жана бөлүп чыгаруучу системалар менен катар дем алуу системасы организмдеги суутек иондорунун концентрациясынын салыштырмалуу туруктуулугун, атап айтканда, кандын pH деңгээлин сактоого катышат.

6. ***Миорелаксация*** - бул скелет булчуңдарынын тонусун төмөндөтүү жана кыймыл активдүүлүгүн азайтуу, зарыл болгон учурда — толук кыймылсыздануу га чейин жеткирүү. Мунун шартында милдеттүү түрдө өпкөнүн жасалма вентиляциясы камсыздалышы керек.

Ооруну басуунун үч түрү бар: **жергиликтүү**, **жалпы** жана **аралаш (комбинацияланган)**.

Жергиликтүү анестезия — бул бейтаптын аң-сезими сакталган абалда операциялык аймакты оорутпай дарылоо.

Жалпы ооруксуздандыруу убактылуу аң-сезимдин жоголушун болжолдойт; эгерде ал бир эле наркотиктин жардамы менен жетишилсе, анда **бир компоненттүү наркоз** деп аталат.

Комбинацияланган ооруксуздандыруу (көп компоненттүү наркоз) — бул ар түрдүү наркоздук заттарды биринин артынан бирин колдонуу гана эмес, алардын миорелаксанттар, анальгетиктер, ганглиоблокаторлор жана башка препараттар менен айкалышта колдонулушу деп түшүндүрүлөт.

Жаак-бет аймагындагы операцияларда дем алуу аркылуу жана дем алуудан тышкары эмес наркоздун түрдүү ыкмалары колдонулат. Заманбап жалпы анестезия ыкмаларынын ичинен бул талаптарга эң толук жооп берген ыкма — **эндотрахеалдык (кекиртек ичиндеги) наркоз**. Ал трахеяга (кекиртекке) киргизилген дем алдыруучу түтүк аркылуу наркотикалык затты дем алдыруу жолу менен жүргүзүлөт.

Өтө маанилүү милдеттердин бири — газ алмашууну коопсуз деңгээлде сактоо жана бейтаптын тез ойгонушун, ошондой эле жөтөл рефлексинин калыбына келишин камсыз кылуу. Эндотрахеалдык наркоз өпкөнүн жасалма вентиляциясын жүргүзүүгө, гипоксия (кычкылтек жетишсиздиги) жана гиперкапниянын (канда көмүр кычкыл газынын көбөйүп кетиши) өнүгүшүн алдын алууга мүмкүндүк берет.

Наркоз астында операцияга алынуучу бейтаптарды алдын ала жана түздөн-түз даярдоо чоң мааниге ээ. Жалпы абалы, клиникалык изилдөөлөрдүн жыйынтыгы жана болжолдонгон хирургиялык кийлигишүүнүн мүнөзү изилденгенден кийин, алдын ала даярдоо жана анестезия өткөрүү боюнча план түзүлөт.

Операция алдындагы даярдык жүрөк-кан тамыр, дем алуу жана башка системалардын ишин нормалдаштырууга жардам берген фармакологиялык препараттарды колдонууну камтууга тийиш.

Хирургиялык кийлигишүү алдында психикалык жана эмоционалдык тынчтыкты камсыз кылуу, наркозго киргизүүнү жеңилдетүү жана анестезия менен операция учурунда ашыкча рефлекс реакцияларынын алдын алуу максатында **премедикация (наркоз алдындагы дарылоо)** жүргүзүлүшү керек. Премедикацияга уйку келтирүүчү, тынчтандыруучу, парасимпатикалык таасир этүүчү, антигистаминдик, нейроплегикалык (нерв системасын басаңдатуучу) жана анальгетикалык касиетке ээ препараттар кирет.

Операция алдында бейтаптын жакшы укташын камсыз кылуу зарыл. Кусуунун алдын алуу үчүн кыска убакыт таасир этүүчү дары-дармектерге артыкчылык берилет. Премедикацияда колдонулуучу препараттардын дозасы бейтаптын салмагына, жашына, жалпы абалына жана кошумча ооруларынын болушуна жараша аныкталат.

Психикасы өтө туруксуз, коркуусу күчтүү бейтаптарга транквилизаторлор (тынчтандыруучу дарылар) берилет. Мээ кан тамырларынын айкын атеросклерозунда өзүнүн негизги таасиринен тышкары жакшы тынчтандыруучу жана уйку келтирүүчү касиетке ээ болгон антигистаминдик препараттарды дайындоого болот.

Операцияга 40 мүнөт калганда булчуңга төмөнкү аралашма сайылат:

2% промедол эритмеси – 1,0–2,0 мл

0,1% атропин эритмеси – 0,5–0,8 мл

1% димедрол эритмеси – 2,0 мл

Мындай премедикация нерв борборлорунун активдүүлүгүнө орточо басуучу таасир этет, интоксикация жаратпайт жана негизги наркоз берчү заттын

таасирин жетишерлик күчөтөт. Бул учурда гемодинамикалык (кан айлануу) көрсөткүчтөр аз өзгөрөт, дем алуу бузулбайт. Наркоз төмөнкү этаптардан турат: киргизүүчү наркоз, ингаляциялык наркоз, трахеяны интубациялоо.

Заманбап ингаляциялык жана ингаляциялык эмес наркотикалык заттарды рационалдуу (туура) айкалыштыруу жалпы анестезияга коюлган негизги талаптарды толук канааттандырат. Премедикацияда, наркозго киргизүүдө жана наркозду сактоодо колдонулган ар түрдүү медициналык каражаттардан турган **комбинацияланган наркоз** булчуң релаксациясы (бошоңдоосу) жана өпкөнүн жасалма вентиляциясы менен коштолгон жарым-жабык контурда жүргүзүлөт. Ал азыраак уулуу болуп, операция үчүн жагымдуу шарттарды камсыз кылат.

Жаак-бет хирургиясында (ЖБХ (ЧЛХ)) наркозго киргизүү жана аны сактоо үчүн көп учурда ингаляциялык эмес наркотиктер колдонулат. Ингаляциялык эмес жалпы анестезия ыкмаларынын ичинен барбитур жана тиобарбитур кислотасынын туздары менен жүргүзүлгөн **вена ичине наркоз** эң кеңири жайылган.

Нейролептаналгезия операция болуп жаткан адамды өзгөчө абалга алып келет; бул абал сергектик да, уйку да, наркоз да эмес. Ал сезимталдыктын жоголушу, аң-сезимдин сакталуусу жана курчап турган чөйрөгө кайдыгерликтин пайда болушу менен мүнөздөлөт. Мында корнеалдык (көз кабыгынын), жөтөл жана кыймыл рефлекстери толугу менен басылбайт. Нейролептанальгезия нейролептиктер менен анальгетиктерди колдонуу аркылуу жетишилет.

Бул методдун негизги өзгөчөлүктөрү төмөнкүлөр болуп эсептелет: операциядан кийинки мезгилге да тараган ачык айкын анальгезия; бул абалды башкаруунун жеңилдиги; гемодинамиканын (кан айлануунун) туруктуулугу; уулуулугунун аздыгы; наркоздон тез чыгуу; операциядан кийин кусуунун жана айлануунун (жүрөк айлануунун) болбошу; операциядан кийинки психикалык тынчтык. Нейролептанальгезия жергиликтүү анестезия жана эндотрахеалдык наркоз менен биргеликте колдонулат.

Поликлиникалык шарттарда стоматологиялык жардам көрсөтүүдө негизги орунду жергиликтүү анестезия ээлейт. Бул анын жогорку эффективдүүлүгү, техникалык жөнөкөйлүгү, 100дөн ашык дары формаларынын болушу, колдонууга салыштырмалуу коопсуздугу жана дарылоо учурунда дарыгер менен бейтаптын баарлашуу мүмкүнчүлүгүнүн сакталуусу менен түшүндүрүлөт.

Жергиликтүү анестезиянын негизи — рецепторлорду блокадалоо жана сезүү нерв талчалары боюнча импульстардын өткөрүлүшүн токтотуу. Анткени анестетик нерв талчасынын мембранасына таасир этүү менен натрий каналдарын жабат, бул мембрананын деполяризациясына (зарядынын өзгөрүшүнө) жана натыйжада ооруну өткөрүү импульсунун тосулушуна алып келет.

Заманбап технологиялардын, жаңы ыкмалардын жана препараттардын иштелип чыгышы жана киргизилиши менен жаак-бет аймагынын ткандарын жергиликтүү жансыздандыруунун эффективдүүлүгү 97%га жетти (Malamed, 1997). Мындан кем эмес маанилүүсү — бул жетишкендиктер жергиликтүү анестезияны колдонууда пайда болгон жергиликтүү жана системалык татаалдашуулардын (жалпы организмдеги кыйынчылыктардын) кездешүү жыштыгын кыйла азайтты.

Жергиликтүү анестезиянын жогорку эффективдүүлүгү заманбап анестетиктерди колдонуу жана алардын вазоконстрикторлор (кан тамырды ичкертүүчү каражаттар) менен максаттуу айкалыштыруусу аркылуу камсыздалат. Жакынкы убакка чейин колдонулуп келген новокаин, лидокаин, тримекаин жана алардын аналогдорунун ордуна активдүүлүгү жогору, уулуулугу төмөн жаңы муундагы анестетиктер сунушталды. Аларга мепивакаин, артикаин жана анын негизинде даярдалган препараттар, примекаин жана альфакаин кирет. Артикаиндин активдүүлүгү лидокаинден 2 эсе, ал эми новокаинден 2,5 эсе жогору болуп, 95–100% анестезиялык эффективдүүлүктү камсыздайт. Бул көрсөткүч сезгенген ткандар аймагында, башкача айтканда, кислота чөйрөсүндө да сакталып, новокаин сыяктуу айрым препараттар натыйжа бербеген учурларда да максатка жетүүгө мүмкүндүк берет.

Стоматологиялык практикада аппликациялык (үстүртөн сүйкөө), инфильтрациялык (ткандарга сиңирүү) же регионардык (аймактык), анын ичинде проводниктүү (нерв өзөгүн блокадалоочу) жансыздандыруулар колдонулат. Ар бир методдун өзүнүн колдонууга тийиштүү көрсөткүчтөрү, артыкчылыктары жана кемчиликтери бар.

Ооруну басуу ыкмасын тандоо бейтаптын жашына, психоэмоционалдык абалына, пландаштырылган хирургиялык кийлигишүүнүн көлөмүнө жана анестетиктерди көтөрүмдүүлүгүнө жараша жүргүзүлөт. Жергиликтүү анестезия жүргүзүүгө чейин хирург-стоматолог бейтаптан анамнез чогултуп, буга чейин жергиликтүү анестезия колдонулганбы, кайсы препарат берилген, андан кийин кандайдыр бир жалпы же аллергиялык реакциялар байкалганбы — ушунун баарын тактап алат.

Химиялык түзүлүшүнө жараша жергиликтүү анестетиктер **эфирлерге** жана **амиддерге** бөлүнөт.

Эфир тобуна төмөнкүлөр кирет: кокаин, бензокаин, дикаин, новокаин (прокаин), анестезин.

Амиддер тобуна төмөнкү препараттар кирет: лидокаин (ксикаин, ксилотезин, ксилодонт, лигнокаин, лидокарт, луан, октокаин, денакаин, байкаин), мепивакаин (карбокаин, сканданест, мепивастезин, мепидонт, изокаин, скандикаин), артикаин (ультракаин, септанест, альфакаин), прилокаин (цитанест), эпидокаин (дуранест) жана башка препараттар.

Бешинчи муундагы анестетиктерге артикаин (ультракаин, убистезин, септонест, брилокаин) кирет. Ал тиофендин туундусу болуп эсептелет жана бул аны эфир жана амид туундуларынан айырмалап турат.

Учурда стоматологияда амиддер тобуна кирген анестетиктер кеңири колдонулууда.

Мепивакаин айкын кан тамырларды кеңейтүүчү таасирге ээ эмес, бул анын таасиринин узак болушун жана вазоконстрикторлорду (кан тамырды ичкертүүчүлөрдү) кошпой эле колдонууга мүмкүнчүлүк берерин камсыздайт. Ал вазоконстрикторлорго жогорку сезимталдыгы бар бейтаптар үчүн (тиреотоксикоз, кант диабети, жүрөк-кан тамыр жетишсиздиги) жана алардын консерванттарына (натрий бисульфити) сезимталдык көрсөткөн, бронхиалдык астмасы бар же күкүрт камтыган препараттарга аллергиясы бар бейтаптар үчүн тандоо препараты болуп саналат. Препарат плацентардык тосмо аркылуу өтөт, ошондуктан кош бойлуулук маалында жана жаңы төрөлгөн ымыркайларда колдонуу сунушталбайт.

Стоматологияда эң кеңири колдонулган препараттар — артикаин гидрохлориди жана анын туундулары, алар бир катар артыкчылыктарга ээ. Препарат анестезиялык күчү боюнча лидокаинден 2 эсе күчтүү, уулуулугу аз, организмден тез чыгарылат жана диффузиялык (жайылуу) жөндөмдүүлүгү жогору. Артикаиндин бул касиеттери бет сөөгүнүн компакттуу (тыгыз) бөлүктөрүндө да жогорку деңгээлдеги жергиликтүү анестезияны камсыз кылууга мүмкүндүк берет. Мындан тышкары, препарат гемато-плацентардык тосмодон өтпөйт, ошондуктан кош бойлуу жана эмчек эмизген аялдар үчүн эң коопсуз анестетик деп эсептелет. Ошондой эле улгайган адамдарда жана балдарда (тиешелүү дозаларда) колдонууга сунушталат.

Артикаин гидрохлориди вазоконстриктор менен жана вазоконстрикторсуз формада чыгарылат. Вазоконстриктор катары адреналин (эпинефрин) 1:200000 жана 1:100000 концентрацияларында колдонулат. Вазоконстриктордун болушу же болбошу жана анын концентрациясы анестезиянын күчүнө, узактыгына жана коопсуздугуна түздөн-түз таасир этет.

Ушул жагдайларды эске алуу менен, медициналык жардам көрсөтүүдө күчү боюнча айырмаланган кеминде үч түрдүү жергиликтүү анестетикти колдонуу максатка ылайыктуу:

1-топ - кошумча оорулары бар бейтаптар (жүрөк-кан тамыр, эндокриндик оорулар) жана кош бойлуу аялдар.

Вазоконстрикторлорсуз анестетиктер колдонулат (4% артикаин аз дозада же 2% лидокаин).

2-топ травмалык кийлигишүүлөрдө, анестезиянын узактыгын жогорулатуу жана кан жоготууну азайтуу максатында.

Вазоконстриктордун жогорку концентрациясы бар анестетик колдонулат (4% артикаин адреналин 1:100000 менен).

3-топ калган бардык учурларда.

Адреналиндин төмөн концентрациясы бар күчтүү анестетик колдонулат (4% артикаин адреналин 1:200000 менен).

Анестетиктерди колдонууда мүмкүн болгон татаалдашуулардын алдын алуу максатында, чоңдордо да, балдарда да препараттын уруксат берилген максималдуу дозасын эске алуу зарыл (6.1 жана 6.2-таблицалар).

Адамдын дене салмагына жараша анестетиктердин максималдуу бир жолку өлчөмү (дозасы).

6.1-таблица.

Салмагы (кг)	Лидокаин (ампула м-н)	Мепивакаин (карпула м-н)	Ультракаин (карпула м-н)
35	3.5	2.8	3.5
40	4.5	3.0	4.0
45	5.0	3.5	4.5
50	5.5	4.0	5.0
55	6.0	4.4	5.5
60	6.5	4.5	6.0
65	7.0	5.0	6.5
70-100	7.5	5.5	7.0

Балдарга жергиликтүү анестетиктерди аз өлчөмдө (дозада) жана вазоконстрикторлорсуз (кан тамырды ичкертүүчү каражаттарсыз) колдонууга мүмкүн. Бул учурда бир жолку доза чоңдордукуна караганда кыйла аз болот.

Балдардын дене салмагына жараша вазоконстрикторсуз анестетиктердин максималдуу бир жолку дозасы.

6.2-таблица.

Салмагы (кг)	Лидокаин (ампула м-н)	Мепивакаин (карпула м-н)	Ультракаин (карпула м-н)
10	1.0	0.8	0.7
15	1.5	1.0	1.0
20	2.0	1.5	1.5
25	2.5	2.0	1.8
30	3.0	2.8	2.0

Стоматологияда колдонулган жергиликтүү ооруну басуу ыкмалары

Сезүү нервдеринин түйүндөрүнө же нерв таякчаларына тийгизген таасирине жараша жергиликтүү ооруну басуунун эки негизги түрү бар: **инфильтрациялык (акыркы)** жана **проводдук (областтык жана борбордук)**. Инфильтрациялык жана проводдук анестезиядан тышкары, ооруну басуу **аппликациялык ыкма менен**, тактап айтканда **аппликациялык анестезия** жолу менен да жүргүзүлүшү мүмкүн.

Инфильтрациялык ооруну басуу – операция пландалган ткандардын аймагына анестетикти түздөн-түз сиңирүү аркылуу жүргүзүлөт. Кээ бир учурларда анестетик диффузия (сиңүү) аркылуу операциялануучу аймактан алысыраак аймактарга жетет.

Проводдук (өткөргүч) анестезиянын максаты – негизги нерв өткөргүчтөрүнүн өткөрүмдүүлүгүн токтотуу, андан чыккан нерв тармактары аркылуу ооруну сезүү сигналдары жетпей калышы. Бул үчүн анестетикти **эндоневралдык (нерв ичине)** же **периневралдык (нервдин айланасына)** жол менен сайышат. Периневралдык учурда, дарынын жетиштүү концентрациясы менен нерв ичиндеги сигнал өткөрүү диффузия аркылуу токтотулат.

Стоматологиялык хирургияда **периневралдык инъекция** жолу менен анестезия жасалат. Тройничный (үч ача) нервдин тармактарын проводдук анестезия ыкмасы менен дарылоого мүмкүнчүлүк берет, натыйжада көпчүлүк стоматологиялык операциялар оорусуз өтөт.

Инфильтрациялык анестезияны альвеолярдык өсүмдүктүн (жаак сөөгүнүн альвеола өсүндүсүнүн) жумшак ткандарына **кыска саймалар менен** (0,3×10 мм) жасашат, ал эми проводдук анестезия **узун саймалар менен** жасалат (чоңдордо 0,4×35 мм, балдарда 0,4×25 мм).

Балдарда анестезия ыкмасын тандоо жашка, психо-эмоционалдык абалга, операциянын жаракаттык мүнөзүнө жана дарыга болгон чыдамсыздыкка жараша болот. Эгер бала кичүү курактагы топко кирип, психо-эмоционалдык абалы туруктуу эмес, мээнин органикалык жабырлануулары, дарыга чыдамсыздыгы жана көптөгөн аллергиясы бар болсо, операция **жалпы анестезия менен** жүргүзүлөт. Калган учурларда жергиликтүү анестезия колдонулат.

Чоңдорго салыштырмалуу, балдарда **инфильтрациялык анестезия** кеңири колдонулат. Бул анестетиктин тонк жана пористүү (көңдөйлүү) кортикалдык пластинкадан (сөөктүн сырткы катмарынан) жакшы өтүшү менен байланыштуу, бул бутумдун сөөгүндө дарынын депосун (запасын) түзөт. Жаш өскөн сайын сөөк тыгыз болуп, инфильтрациялык анестезиянын жетишсиздиги пайда болот. Бул учурда **проводдук анестезия** кошумча жүргүзүлөт.

Тишти алуу операциясында ооруну басуу ыкмалары

Үстүнкү жаактагы анестезия

1. Үстүнкү жаактагы (аппликациялык) анестезия.

Операциялануучу аймакта аппликациялык анестезия ткандарды майлоо жолу менен жүргүзүлөт, тактап айтканда, **былжыр челди (ооздун былжырлуу кабыгын) анестезиялык гель же эритме менен сүртүү аркылуу** (6.1-сүрөт). Көбүнчө анестезиялык зат катары **20% Бензокаин же Лидокаин** колдонулат.





6.1-сүрөт.
а) – анестезиялык гельди алуу ыкмасы.
б) – анестезиялык гельди ооздун былжыр челине сүртүү ыкмасы.

Бул түрдөгү ооруну басуу **былжыр челде жеңил хирургиялык операцияларды же инфильтрациялык анестезияга даярдоо катары колдонууга толук жетиштүү**. Көбүрөөк татаал учурларда, адатта, **инфильтрациялык же проводдук (өткөргүч) анестезия** колдонулат.

1) Инфильтрациялык анесиезия

• ***Жүргүзүү ыкмалары***

Ийнени жумшак ткандарга горизонталдуу түрдө, альвеола өсүндүсүнө 30° бурч менен киргизишет. Ийненин кесилген учу сөөккө карашы керек. Анестетикти жай ылдамдыкта киргизишет. Вестибулярдык (ооздун кире бериши) жактан ийненин киргизилиши өтүүчү бүктөмгө жасалат, ал эми палаталдык (таңдай) беттен – альвеолярдык жана палаталдык өсүмдүктөрдүн түзгөн бурчуна. Ийнени киргизгенден кийин керектүү көлөмдө анестетик салынат (6.2-сүрөт).





Н

6.2-сүрөт. Шприцтин, хирургдун колунун жана ийненин сайылган жеринин схемасы. а. – жогорку жаактын тиштеринин жогорку топтомуна инфильтрациялык анестезияны ооз ичинен жүргүзүү учурунда, б. – жогорку жаактын алдыңкы тиштерине инфильтрациялык анестезияны ооз ичинен жүргүзүү учурунда.

Анестезияланган зона:

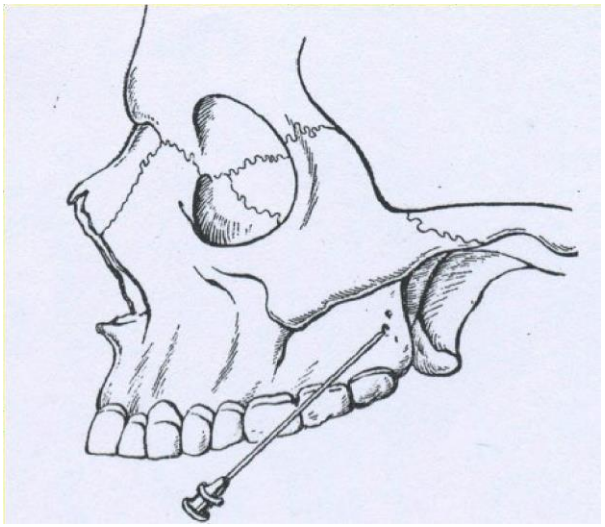
• Тиштин тегерегиндеги тиш эти, **альвеола өсүндүсү** жана анестезия киргизилген аймакка тиешелүү тиш.

3. Тубералдык анестезия (жогорку жаактын бугру аймагында)

• Жүргүзүү ыкмасы

Ийне альвеолярдык кырга (кыр кабыгына) 45° бурч менен жайгаштырылат. Ийненин учу сөөктү караган жагына карашы керек. Ийнени киргизүү үчүн 0,5 см сыртка жылыш менен өтүүчү бүгүү деңгээли менен киргизилет, экинчи азуулу тиштин коронка бөлүгүндө. Ийнени жогору, артка жана ички жакка 2–2,5 см тереңдикке жылдырып, керектүү өлчөмдө анестетик киргизет (6.3-сүрөт).

К





К

6.3-сүрөт. Жогорку жаактын үстүндө анестазия жүргүзүүдө ийненин багыты а.- схема. б. -шприцтин, хирургдун колунун жана ооз ичиндеги ийне киргизилген жердин жайгашуусу.

Анестезиялануучу зона:

• Биринчи, экинчи жана үчүнчү азуу тиштер (молярлар), альвеола өсүндүсүнүн үстүңкү сөөгү жана аталган тиштердин вестибулярдык бетиндеги шырышы, анестезия жүргүзүлгөн тарапка тиешелүү.

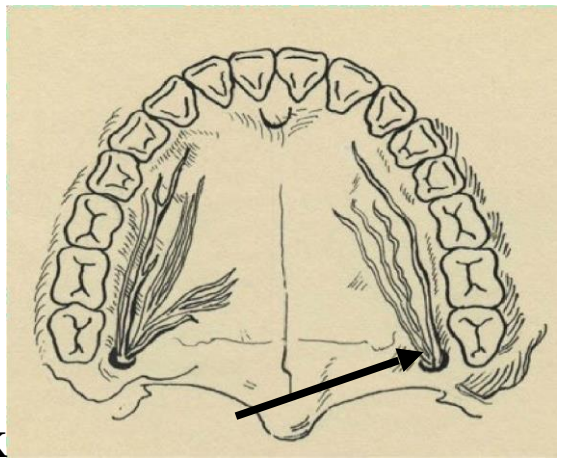
4) Таңдай (палатиналдык) анестезиясы

Чоң таңдай тешигинин (foramen palatinum majus) анатомиялык багыттары: Чоң таңдай тешиги таңдайдын ортоңку тигишине параллель өткөн сызык менен үчүнчү чоң азуу тиштин ортосунан өтүүчү горизонталдык сызыктын кесилишкен чекитинде жайгашкан.

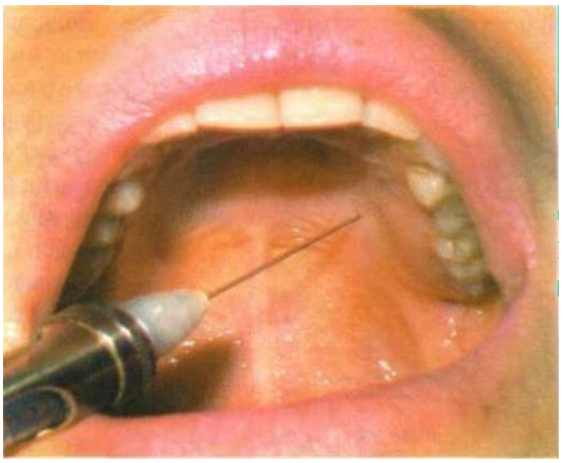
• ***Жүргүзүү ыкмасы:***

Ийнени тешиктин проекциясынан (болжолдуу ордунан) 1,0 см алдыга жана ичке жылдырып киргизишет. Бул нерсе нерв стволун (өзөгүн) жаракаттан коргоо үчүн жасалат. Ийнени жогору, артка жана сыртка карай сүйрөп, сөөккө тийгенге чейин киргизип, керектүү көлөмдө анестетикти берет (6.4-сүрөт).

К



К



6.4-сүрөт. Чоң таңдайдагы – палатиналдык анестезия жүргүзүү учурундагы ийненин багыты. **.

а.- схема. б. - шприцтин, хирургдун колдорунун жана ооз көңдөйүндөгү ийне сайылган жердин жайгашуусу.

• ***Оору басуучу аймак:***

• Таңдайдын (Үлүктүн)катуу жана жумшак керебетинин жана альвеолярдык өсүнүнүн сөңгөк бетиндеги шырык мембранасы, үчүнчү чоң тиштен кучакка чейинки аймакка, анестезия жасалган тарапка ылайык.

5) Инцизивдик (кесүүчү) анестезия (кесүүчү тешик деңгээлинде).

Кесүүчү тешиктин (foramen incisivum) анатомиялык багыттары:

Кесүүчү тешик үстүңкү ортоңку кесүүчү тиштердин ортосундагы борбордук сызыктын бойлоп жайгашат. Көпчүлүк учурда бул тешик кесүүчү бүртүкчө (десневый эмчекче) менен дал келет же анын астында болот.

Аткаруу ыкмасы**:**

Ийнени **десневый эмчекченин арт жагынан** сайышат, бул нервдин негизги өзөгүн жабыркатпоого мүмкүндүк берет. Ийне сөөккө тийгенге чейин жылдырылат жана андан соң керектүү көлөмдө анестетик киргизилет (6.5-сүрөт).

Оору басуучу аймак:

• Альвеолярдык урчуктун сөңгөк бетиндеги шырык мембранасы жана сөңгөгү, алдыңкы тиштер тобунун проекциясында, бир тараптагы топ тиштен экинчи тараптагы топ тишке чейинки аймакта.

Таңдай бетинен альвеолярдык өсүндүнүн былжыр чели жана надкостницасы алдыңкы тиштер тобунун проекциясында, бир тараптагы кыл кыйма тишинен экинчи тараптагы кыл кыйма тишине чейин.





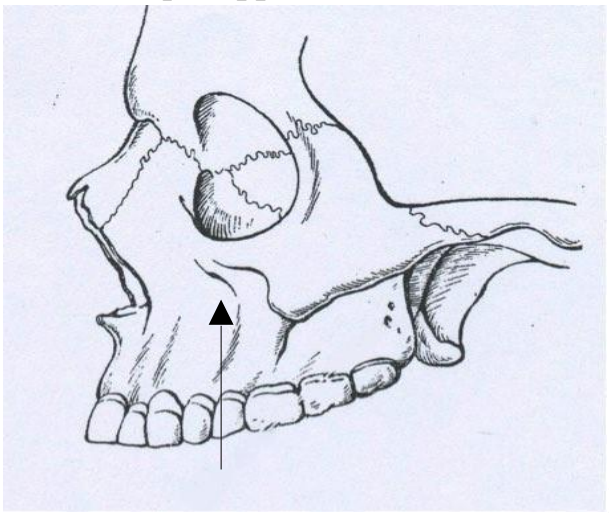
6.5-сүрөт. Маңдай тиштерге анестезия жүргүзүү схемасы.

а.- схема. б. - ооз көндөйүндө шприцтин, хирургдун колдорунун жана ийнени сайуучу жердн жайгашуусу.

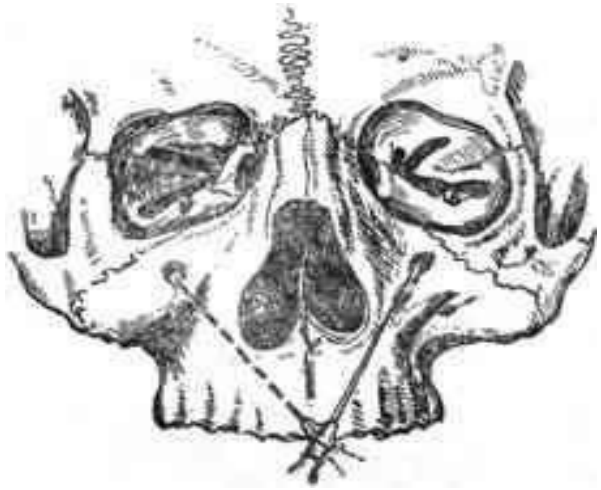
6) Инфраорбиталдык (көз алдындагы) анестезия.

• Ооз ичиндеги ыкма.

Ийнени борбордук жана капталдагы кесүүчү тиштердин ортосундагы өткөөл бүктөмдөн **0,5 см алды жагына** сайышат. Ийнени **артка, жогору жана сыртка карай** жылдырышат. **Көз алдындагы тешикче (foramen infraorbitale)** аймагында керектүү көлөмдө анестетик чыгарылат (6.6, 6.7-сүрөттөр).



К К



6.6-сүрөт. Көздүн астындагы тешикке анестезия жүргүзүү схемасы. а.- схема. б. – ийненин жайгашуусу.

К





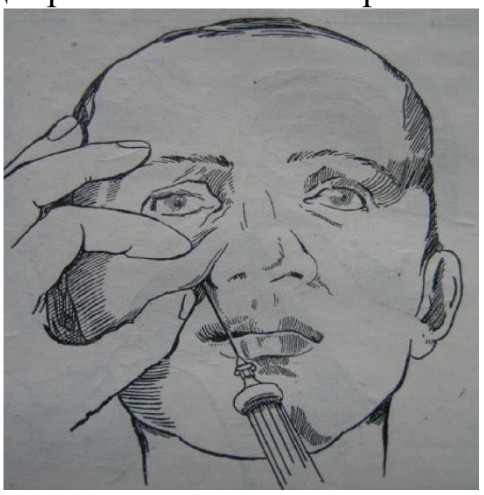
6.7-сүрөт. Инфраорбиталдык анестезияны ооз ичинен жүргүзүү ыкмасы.

а — көз асты тешигинин жайгашкан жерин аныктоо;

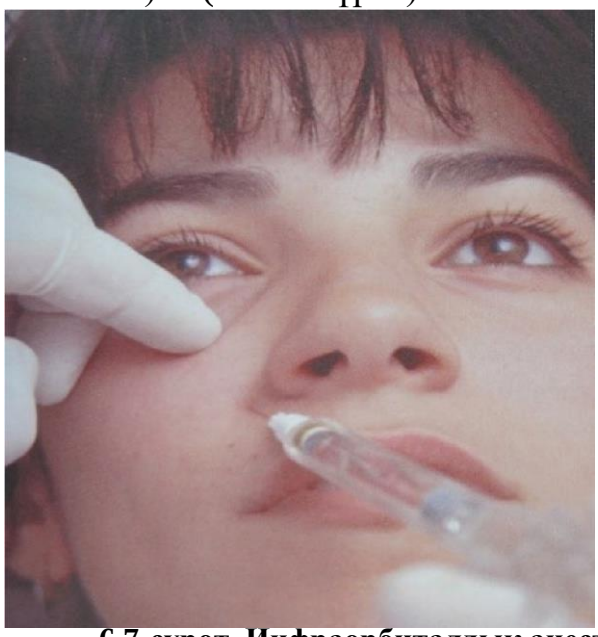
б — ооз көңдөйүндө шприцтин, хирургдун колдорунун жана ийнени сайылуучу жердин жайгашуусу.

Ооз сыртынан жүргүзүү ыкмасы.

Ийнени тешиктин проекциясынан 1,0 см ылдый сайышат. Ийне көз асты тешигине карай жогору, артка жана сырткы тарапка жылдырылат. Тешиктин аймагына жеткенде керектүү өлчөмдөгү анестетик жиберилет (введение кылынат) (6. 8-сүрөт).



Н



6.7-сүрөт. Инфраорбиталдык анестезияны ооз сыртынан жүргүзүү ыкмасы.
а — көз асты тешигинин жайгашкан жерин аныктоо;
б — шприцтин, хирургдун колдорунун жана ийнени сайылуучу жердин жайгашуусу.

Оору сезими басаңдай турган зона:

• **Кесүүчү** (Кыркуучу) тиштер, **ит тиштер** (азуулар) жана **кичине азуу тиштер** (премолярлар);

• **Альвеола өсүндүсүнүн** сөөк ткандары;

• **Альвеола өсүндүсүнүн вестибулярдык** (ооз кире бериши) тарабындагы былжыр чели;

• Көз алдындагы аймактын териси;

• Төмөнкү кабак;

• Мурдун канаты;

• Жогорку эриндин тери жана былжыр чел — анестезия жүргүзүлгөн тарап боюнча.

Төмөнкү жаактагы анестезия

1) Беткей (аппликациялык) анестезия .

Аппликациялык оорутпай туруу хирургиялык кийлигишүү жүргүзүлө турган аймактагы ткандарды, айрыкча былжыр челди анестезиялоочу эритме же гель менен майлоо жолу аркылуу жүргүзүлөт. Көбүнчө анестезиялоочу зат катары 20% бензокаин колдонулат.

Бул түрдөгү оорутпай туруу былжыр челдин үстүңкү катмарында жүргүзүлүүчү жөнөкөй хирургиялык аракеттер үчүн же инфильтрациялык анестезияга чейин жансыздандыруу катары толук жетиштүү. Ал эми татаалыраак учурларда, адатта, инфильтрациялык же өткөргүч анестезия колдонулат.

2) Инфильтрациялык анестезия

• Жүргүзүү ыкмасы

Ийнени жумшак ткандардын ичине альвеола өсүндүсүнө 30° бурч менен горизонталдуу түрдө киргизишет. Ийненин кыйгач кесиндиси (скос) сөөккө карай багытталууга тийиш.

Вестибулярдык тараптан ийнени өткөөл катмарга сайышат, ал эми тил тараптан — альвеола кырынын былжыр челинен ооз көңдөйүнүн түбүнүн былжыр челине өтүүчү жерге сайылат (6.8-сүрөт).

К



6.8-сүрөт. Төмөнкү жаактын алды жагындагы тиштер аймагында инфильтрациялык анестезия жүргүзүү.

а — төмөнкү жаактын алдындагы тиштер аймагында вестибулярдык беттен ийнени сайылуучу жер;

б — төмөнкү жаактын алдындагы тиштер аймагында тил тараптан ийнени сайылуучу жер.

Оорутпай туруу (Жансыздандыруу) зонасы:

• Анестетик киргизилген аймакка ылайык тиш эти (десна), альвеола өсүндүсү жана тиштер.

3) Мандибулярдык анестезия

• Жүргүзүү ыкмасы

Ооз ичинен жүргүзүлүүчү ыкмалар (6.9, 6.10-сүрөттөр):

№1–ыкма:

1. Биринчиден, манжа менен төмөнкү жаак **бутагынын** (тармагынын) алдыңкы четин үчүнчү чоң азуу тиштин (**молярдын**) таажысынын **дисталдык** (арткы) четинин деңгээлинде **пальпациялашат** (сыйпалап текшеришет).

2. Манжаны ичкери жылдырып, **чыкчыт кырын** (височный гребешокту) аныкташат. Манжаны **моляр артындагы** (позадимолярдык) чуңкурчада бекем кармашат.

3. Шприцти карама-каршы тараптагы **кичине азуу тиштердин** (премолярлардын) деңгээлине жайгаштырып, ийнени **чыкчыт кырынын** (височный гребешоктун) ичинен, үчүнчү чоң азуу тиштин таажысынан 1,0 см жогору жерден сайышат.

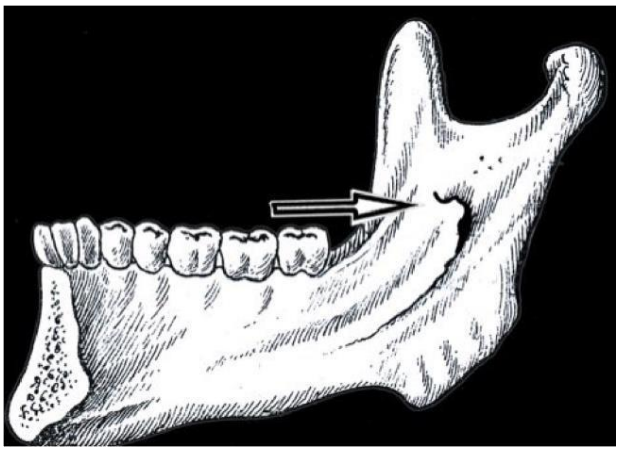
4. Ийнени сөөккө тийгенче жылдырышат. Бул жерде аз өлчөмдө анестетик киргизилет (**тил нервин** блокадалоо үчүн).

5. Андан соң шприцти борбордук **кесүүчү тиштер** (резцтар) тарапка жылдырып, ийнени ткандардын ичине болжол менен 2,0 см тереңдетип киргизишет. Бул жерде калган анестетик жиберилет (**төмөнкү альвеола нервин** блокадалоо).

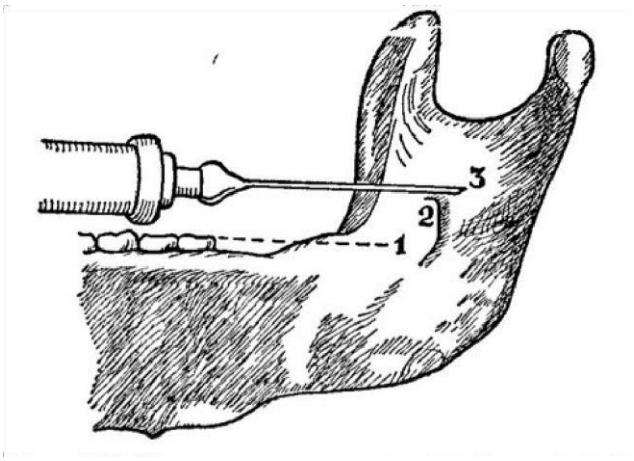
№2–ыкма:

1. Шприцти карама-каршы тараптагы **кичине азуу тиштердин** (премолярлардын) деңгээлине жайгаштырып, ийнени **канат-төмөнкү жаак бүктөмүнүн** (крыловидно-нижнечелюстная складка) ортосуна — жогорку жана төмөнкү чоң азуу тиштердин таажыларынын чайноочу беттеринин ортосундагы аралыкка — сайышат.

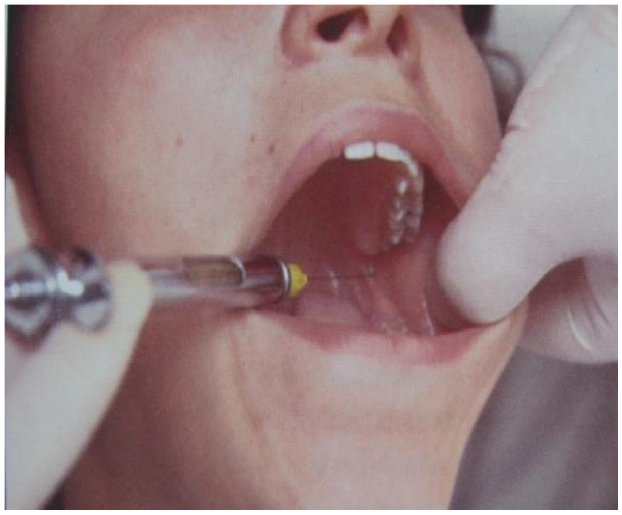
2. Ийнени артка карай 1,5–2,0 см жылдырышат, сөөккө тийгенде керектүү көлөмдө анестетик киргизилет (төмөнкү альвеола жана тил нервдеринин блокадаланышы).



6.9-сүрөтТөмөнкү жаак каналын ооз ичинен анестезиялоо схемасы.
Ийненин жебеси жылдыруу багытын көрсөтүп турат.



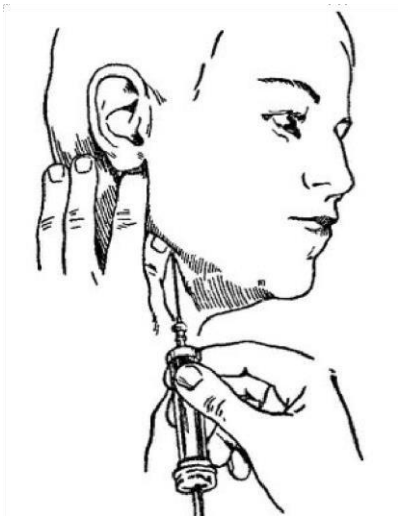
6.10-сүрөт. Мандибулярдык анестезияны ооз ичинен жүргүзүүдө ийненин багыты жана жылышы схемасы.
1 — чайноочу беттин деңгээли; 2 — төмөнкү жаактын тилчеси, төмөнкү жаак каналынын кире бериши; 3 — канат-төмөнкү жаак мейкиндигинин аймагы.



6.10-сүрөт. Мандибулярдык анестезияны ооз ичинен жүргүзүүдө шприцтин жайгашуусу, ийненин багыты жана жылышы.

Ооз сыртынан жүргүзүү ыкмасы (6.11-сүрөт).

Ийнени төмөнкү жаактын негизинин аймагына сайышат, төмөнкү жаак бурчунан 1,5 см алдыга жылышат, андан соң ийнени 3,5–4 см арткы четке параллель түрдө жылдырып, керектүү көлөмдөгү анестетик киргизишет.



6.11-сүрөт. Мандибулярдык анестезияны ооз сыртынан, төмөнкү жаак аркылуу жүргүзүүдө шприцтин, хирургдун колдорунун жайгашуусу жана ийнени сайуучу жердин схемасы.

Оорутпай туруу (Жансыздандыруу) зонасы:

- Төмөнкү жаактын тиешелүү жарымындагы чоң (молярлар) жана кичине (премолярлар) азуу тиштер;
- Альвеола өсүндүсүнүн сөөк тканынын бир бөлүгү;
- Менталдык (ээк) тешигинин аймагындагы вестибулярдык (ооз кире бериши) беттеги былжыр челдин бир бөлүгү;
- Тилдин алдыңкы 2/3 бөлүгү;
- Төмөнкү эриндин териси жана былжыр чели;
- Тиешелүү тараптагы ээк (эжек) териси.

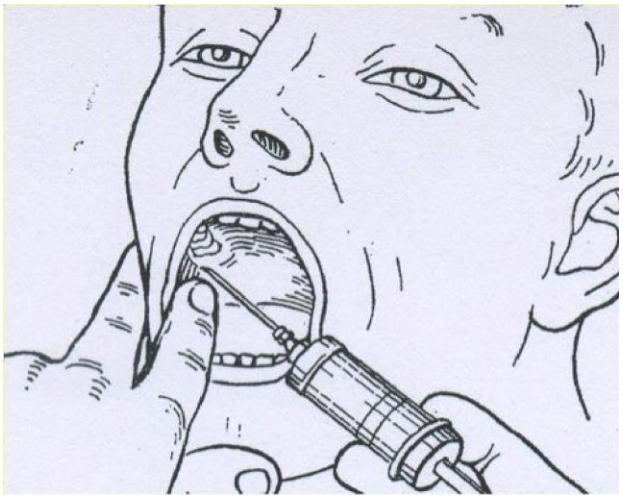
4) М.М. Вейсбремдин Торус анестезиясы

• Жүргүзүү ыкмасы

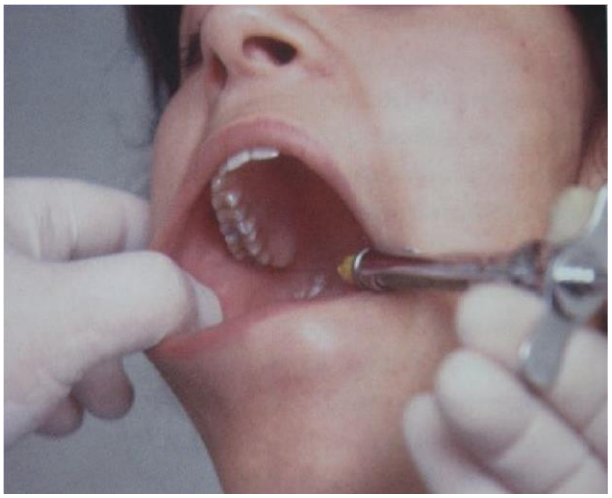
Шприц карама-каршы тараптагы молярлардын деңгээлине жайгаштырылат. Ийнени канат-төмөнкү жаак катмарынын (крыловидно-нижнечелюстная складка) латеральдык кырынан пайда болгон бороздкага, жогорку үчүнчү молярдын чайноочу бетинен 0,5 см төмөн сайышат.

Ийнени сөөккө тийгенче жылдырып, анестетиктин көпчүлүк бөлүгүн киргизишет (төмөнкү альвеолярдык жана щечный нервдерди өчүрүү).

Ийнени ткандардан чыгарып жатканда калган анестетик киргизилет (тил нервин өчүрүү) (6.12, 6.13-сүрөттөр).



6.12-сүрөт. Вейсбремдин ыкмасы боюнча торус анестезияны ооз ичинен жүргүзүүдө шприцтин, хирургдун колдорунун жайгашуусу жана ийнени сайылуучу жердин схемасы.



6.13-сүрөт. Вейсбремдин ыкмасы боюнча торус анестезияны ооз ичинен жүргүзүүдө шприцтин, хирургдун колдорунун жайгашуусу жана ийнени сайылуучу жер.

Оорутпай туруу зонасы:

Тиешелүү жарымдагы бардык тиштер;
Альвеола өсүндүсүнүн сөөк ткaны;
Вестибулярдык жана тил жагындагы тиш эти (десна);
Тил астындагы аймактын былжыр чели;
Тилдин алдыңкы 2/3 бөлүгү;
Төмөнкү эриндин териси жана былжыр чели;
Тиешелүү тараптагы ээк териси;
Жаактын териси жана былжыр чели.

5) Менталдык (ээк) нервдин тешигин анестезиялоо

• Ооз сыртынан жүргүзүү ыкмасы:

Ийнени менталдык тешиктин проекциясынан (болжолдуу ордунан) 0,5 см жогору жана артка жылдырышат. Бул тешик төмөнкү жаактын денесинин төмөнкү четинен 1,0–1,5 см жогору, биринчи жана экинчи кичине азуу тиштердин (премолярлардын) ортосунда жайгашкан. Ийнени төмөн, ичке жана алдыга карай жылдырып, сөөккө тийгенде керектүү көлөмдөгү анестетик киргизишет.

• Ооз ичинен жүргүзүү ыкмасы (6.14, 6.15-сүрөттөр):

Ийнени тиешелүү тараптагы биринчи жана экинчи премолярлардын ортосуна сайышат, өткөөл катмардан бир нече миллиметр сырткы жакка жылышат. Ийнени 0,75–1,0 см төмөн жана ичке жылдырышат, менталдык тешикке жеткенде керектүү көлөмдөгү анестетик киргизилет.



6.14-сүрөт. Менталдык тешикте анестезия жүргүзүүдө ийнени сайуучу жердин схемасы.



6.15-сүрөт. Менталдык тешикте ооз ичинен торус анестезияны жүргүзүүдө шприцтин, хирургдун колдорунун жайгашуусу жана ийнени сайылуучу жердин схемасы.

Оору басаңдатылчу зона:

- чеке жана төмөнкү эриндин жумшак ткандары;
- премолярлар, кыл кыйма жана кесүүчү тиштер;
- альвеолярдык бөлүктүн сөөк ткаңы;
- оору басаңдатылган тиштердин чегинде альвеолярдык өсүндүнүн былжыр челин.

6) Берше ыкмасы менен сезгенүү контрактурасын жоюу үчүн анестезия

• Жүргүзүү ыкмасы:

Ийнени териге перпендикуляр түрдө скулдук дуганын төмөнкү четинин астынан, кулак раковинасынын козелкунунан 2 см алдыга жылыш менен сайышат. Ийнени төмөнкү жаактын оюкчасынан (кесилишинен) 2,0–2,5 см тереңдикке жылдырып, керектүү көлөмдөгү анестетик киргизишет.

Оорутпай туруу зонасы:

Үч ача (тройничный) нервдин үчүнчү бутагынын кыймылдатуучу талчалары.

7) Берше-Дубов ыкмасы (Берше ыкмасын Дубов менен модификациялоо)

• Жүргүзүү ыкмасы:

Ийнени териге перпендикуляр түрдө скулдук дуганын төмөнкү четинин астынан, кулак козелкунунан 2 см алдыга жылыш менен сайышат. Ийнени төмөнкү жаак кесилишинен 3,0–3,5 см тереңдикке жылдырып, 3–5 мл анестетик киргизишет. Ал анестетик латеральдык крыловиддык булчанын ички бетине жетип, төмөнкү лунчтук жана тил нервдерин өчүрөт.

Оорутпай туруу зонасы:

Төмөнкү лунчтук жана тил нервинин иннервация аймагы.

8) Тройничный нервдин үчүнчү бутагын Уваров ыкмасы менен анестезиялоо

• Жүргүзүү ыкмасы:

Ийнени скулдук дуганын астынан, кулак козелкунунан 2 см алдыга жылдырып сайышат. Ийнени жумшак ткандардын ичине терең киргизип, төмөнкү жаактын бутагынан мыщелковый өсүндүнүн алдында өтүп, 4–4,5 см тереңдикке жеткизип, оваль тешикке жеткенде 5–6 мл анестетик киргизишет.

Оорутпай туруу зонасы:

Үчүнчү бутактын тройничный нервдин иннервация аймагы.

9) Вайсблат ыкмасы менен экинчи жана үчүнчү бутактын тройничный нервин анестезиялоо

• Жүргүзүү ыкмасы:

Ийнени скулдук дуганын төмөнкү четинин астынан киргизип, төмөнкү жаак бутагынан крыловиддык өсүндүнүн тышкы табагынын негизине карай жылдырышат. Ийненин туура багытын тышкы табак көрсөтөт. Анын проекциясы териде кулак козелкунын негизинен көздүн сырткы бурчуна чейинки аралыктын ортосунда жайгашкан. Ийнени резина шеңбер менен

белгиленген тереңдикке жеткирип, андан соң белгиленген аралыкка чейин чыгарышат.

- Экинчи бутакты анестезиялоо үчүн ийнени алдыга 25° бурч менен багытташат, горизонталдык абалын өзгөртпөй, резина шеңбер менен белгиленген тереңдикке жеткенде анестетик киргизишет.
- Үчүнчү бутакты анестезиялоо үчүн ийнени артка 25° бурч менен багытташат, горизонталдык абалын өзгөртпөй, белгиленген тереңдикке жеткенде анестетик киргизишет.

Оорутпай туруу зонасы:

Тиешелүү жарымдагы жогорку жана төмөнкү жаакка кеңейген аймак.

Эскертүү: Бардык ооз сыртынан анестезиялоо ыкмалары жана №5, 6, 7, 8 ыкмалар амбулатордук практикада стоматолог-хирург тарабынан колдонулбайт.

ТИШТИ АЛЫП САЛУУ ОПЕРАЦИЯСЫ

Тишти алып салуу операциясы — стоматолог-хирургдун амбулатордук практикасында эң кеңири таралган хирургиялык иш-аракет болуп саналат. Аны бейтаптын жашына, тиштин калыптанышынын баскычтарына, убактылуу тиштердин тамырларынын резорбциясына (сорулуп кетишине), ошондой эле туруктуу тиштердин тамырларынын калыптанышы процессине карабастан, көрсөтмөлөргө жана каршы көрсөткүчтөргө ылайык жүргүзүшөт.

Тишти алып салуу операциясы өзүнчө типтүү болуп, белгилүү бир аткаруу ырааттуулугуна (последовательность) ээ болгонуна карабастан, операцияны жүргүзүү үчүн дарыгерге техникалык ыкмаларды билүү жана атайын аспаптарды колдоно билүү жөндөмү зарыл.

Тиштерди алып салуу техникасы тиешелүү окуу куралдарында кеңири сүрөттөлгөн, бул окуу куралынын көлөмү аны толук берүүгө мүмкүнчүлүк бербейт. Конспективдүү баяндама жасоо өзгөчө мааниге ээ эмес, анткени хирург үчүн операцияны ийгиликтүү жүргүзүүдө нюанстарды билүү маанилүү.

Стоматология жаатында адис эмес дарыгер үчүн тишти алып салуунун негизги көрсөтмөлөрүн жана каршы көрсөткүчтөрүн билүү, ошондой эле кайсы учурларда операция амбулатордук шартта, ал эми кайсы учурда бейтапты ооруканага жаткыруу зарыл экенин түшүнүү маанилүү.

«Тишти алып салуу» термин өзү жалпы түшүнүк болуп, максаттары, милдеттери жана аткаруу техникасы боюнча бир-биринен бир кыйла айырмаланган бир катар хирургиялык кийлигишүүлөрдү камтыйт. Мисалы, абсцесстешкен (ирилетилген эмес) пародонтит учурунда, тиш Ш-1У деңгээлинде кыймылдаса жана альвеола менен байланышы тамыр учунда гана калса, жана толугу менен челюсттун ичинен аномалдык жайгашкан ретинирленген (чыкпай калган) тишти чыгаруу ортосунда бир топ айырма бар.

Тишти алып салууну мануалдык көндүмдөрдү үйрөнүүдө эң жеңил учурлардан баштоо зарыл (кыймылдуу тиштер, тамырларынын нормалдуу анатомиясы) жана акырындараак оор клиникалык учурларга өтүү сунушталат.

Көпчүлүк авторлордун пикири боюнча, төмөнкү учурларда тишти алып салуу сунушталат:

- Патологиялык процесс менен жабыркаган тиштер (кариес жана анын асқынуулары, пародонтит ж.б.) же травма алган тиштер – эгер аны сактоо мүмкүн болбосо (сөөктүн жана тиштин чоң деңгээлде бузулушу, курч сезгенүү процессинин болушу, пародонт ткандарынын чоң бузулушу);
- Аномалдык жайгашкан же кошумча тиштер – эгер ртодонт тарабынан бул тиштерди туура жайгаштыруу мүмкүн эмес же максатка ылайык эмес деген жыйынтык берилсе;
- Нормалдуу жайгашкан интакттуу (соо) тиштер – эгер алар ортодонттук дарылоого тоскоол болсо (факультативдүү, ортодонттун көрсөтмөсү боюнча гана);
- Убакытында алмашпай калган сүт тиштери, туруктуу тиштердин чыгышына тоскоолдук кылган учурларда (ортодонт менен кеңешүүдөн кийин).

Медициналык көрсөтмөлөрдөн тышкары, социалдык-психологиялык факторлор дагы маанилүү: көйгөйлүү тишти сактоо үчүн пландалган дарылоо учурунда бейтаптын макулдугун алуу жана дарылоону төлөөгө даяр болушу зарыл.

Сүт тиштерин алардын табигый алмашуу мезгилине чейин сактоо абдан сунушталат. Убакытынан мурда сүт тиштерин алуу көбүнчө туруктуу тиштердин туура эмес жайгашуусуна же такыр чыкпашына алып келет. Бул учурда бала (жана анын ата-энеси) татаал, узак жана кымбатка турган ортодонттук же хирургиялык-ортодонттук дарылоого муктаж болот.

Абсолюттук каршы көрсөткүчтөр дээрлик жок – эгер тишти алып салуу керек болсо, аны алып салууга болот. Бирок, пландалган алып салууну кечиктирүү керек болгон учурлар бар: суук тийүү жана башка инфекциялык оорулар, курч фазадагы же декомпенсациядагы созулма соматикалык патология, кош бойлуулуктун биринчи жана акыркы апталары, айлык кан агып жаткан мезгил.

Эгер алып салуу кечиктирилбесе (курч одонтогендик сезгенүү процессинде), аны стационардык шартта, тиешелүү адистердин көзөмөлүндө жасоо керек.

Пациент төмөнкү учурларда болсо да хирургиялык жардам стационардык шартта көрсөтүлөт:

- Кан соруу (Кан уюу) системасынын бузулушу;
- Курч атеросклероз;
- Жакында (1 жылдан азыраак) өткөн миокард инфаркт же инсульт;
- Саламаттык боюнча оор созулма патология;
- Психикалык жактан туруксуз.

Бул эрежени бузуу бейтап үчүн майыптыкка же өлүмгө алып келиши мүмкүн.

Балдарда (да, кыймылдуу сүт тиштеринде да) тишти алып салуу — психикасынын лабилдүүлүгүн жана сезгичтигин эске алуу менен жооптуу процедура. Ооз ичиндеги манипуляциялардын учурунда ооруну толук жок кылуу керек – анестезиядан мурун ийненин сайылуучу жерин оорутпай турган гель менен майлап алыш керек.

Эгер дарыгер баланын менен контакт түзө албаса, ийнени колдонбоо жана маселени премедикация же жалпы (мышца ичине, тамыр ичине, маска аркылуу) анестезия менен чечүү туура болот – стационарда же амбулатордук шартта (Россиянын ири шаарларында мындай мүмкүнчүлүк бар).

Балдардын сүт тиштерин тамырлары сиңип жаткан учурда алып салуу жеңил жана жөнөкөй деген пикир (анын ичинде айрым медициналык адистер арасында) көп учурда туура эмес, анткени бул учурда туруктуу тиштердин зачатктарын (бүрчөктөрүн) оңой эле зақымдап алуу мүмкүн, ал болсо алардын калыптанышын токтотуп же бузушу мүмкүн. Мындан тышкары, алмашуучу тиштер мезгилинде сүт тиштеринин тамырлары ар дайым бирдей сиңбей тургандыктан, жука сүт тамыр фрагменттерин алып салуу, туруктуу тиштердин зачатктарын зақымдабай, алда канча татаал болуп калат, айрыкча бала тынчсызданган учурда.

Ошондуктан сүт тиштерин алып салуу (каалаган хирургиялык процедура сыяктуу) жеңил-желпи мамилени кабыл албайт жана жетиштүү квалификациялуу адис тарабынан жүргүзүлүшү керек.

Балдарда тишти алып салуунун көрсөтмөлөрү, чоңдордогу сыяктуу эле, абсолюттук жана салыштырмалуу болушу мүмкүн. Операция ар кандай жаштарда жана сүт тиштеринин тамырларынын калыптанышы менен сиңүү этаптарында, ошондой эле туруктуу тиштердин тамырларынын калыптанышынын ар кандай стадиясында жүргүзүлүшү мүмкүн.

Абсолюттук көрсөтмөлөргө төмөнкүлөр кирет:

1. Физиологиялык алмашуу мезгилинде же тамырлары узунунун жарымынан ашык сиңген интакттуу жана дарыланган сүт тиштерин алуу;
2. Толук четке чыгып кеткен, тамыры же коронкасы сынган жана пульпа камерасы ачылган сүт тиштерин алып салуу. Туруктуу тиштерди толук четке чыккандан же тамыр узунунун 2/3 деңгээлинде узактык боюнча сынган учурда алып салуу керек;
3. Сүт тиштери сынган жердеги тешикте болсо, аларды алып салуу. Туруктуу тиштер сынган жердеги тешикте болсо, аларды жөн гана сөөк фрагменттерин орнотууга тоскоол болсо гана алып салуу керек;
4. Тиштер одонтогендик сезгенүү процессин жана анын асқынган (татаалдашкан) түрлөрүн пайда кылган учурларда.

Балдарда реакция көбүнчө чоңдорго караганда күчтүүрөөк болгондуктан, сезгенүү процесси пульпиттин гнойдуу (ириңдүү) формасында да жайылышы мүмкүн.

Периодонтит учурунда анатомиялык жана функционалдык маанисин жоготкон сүт жана туруктуу тиштер алып салууга тийиш. Мисалдан, тамыры бир гана туруктуу тиштер, тамыр каналын пломбалоодон кийин сактап калууга

мүмкүн. Клиникалык тажрыйбага караганда, сүт тиштеринин периапикалдык ткандарына жайылган хроникалык (өнөкөт) инфекция көп учурда туруктуу тиштердин зачатктарын (бүрчөктөрүн) жок кылат. Ошондуктан, тишти дарылоодо оң натыйжа болбосо, сүт тиштерин сактоо таптакыр негизсиз.

Адистештирилген адабияттар көрсөткөндөй, балдарда сүт тиштерин эрте алып салуу (көрсөтмө болгондо) жамбаштын (жаактын) өнүгүүсүнө терс таасир бербейт, ал эми өз учурунда жүргүзүлгөн ортопеддик же ортодонттук дарылоо тиш катарын туура жайгаштыруу процессин камсыздайт.

Кургак гнойдуу (Курч ириңдүү) периоститте сүт тиштерди милдеттүү түрдө алып салуу керек, туруктуу тиштер болсо – анатомиялык жана функционалдык маанисин жоготкондо жана консервативдүү дарылоодо оң натыйжа жок болсо гана.

Кургак (Курч) жана хроникалык (өнөкөт) остеомиелит учурунда инфекция “кирүүчү эшик” болгон көп тамырлуу сүт жана туруктуу тиштер алып салынат. Бир тамырлуу туруктуу тиштерди сактоо жөнүндө Е.В. Боровскийнин (1997) маалыматына караганда, эндодонттук дарылоодо оң натыйжа 80% түзөт. Дарылоо натыйжа бербесе, тиш дароо алып салынат.

Балдарда тишти салыштырмалуу алып салуунун көрсөткүчтөрү:

1. Ортодонттук көрсөткүчтөр – тиш-жамбаш (жаак) системасынын өсүүсүн жана өнүгүүсүн жөнгө салуу, туура тиш катарын калыптандыруу;
2. Тиштин өнүгүшүндөгү кемчиликтер же оору учурларына байланыштуу алып салуу (форма, саны, жайгашкан жер);
3. Тиштер новообразованиелердин аймагында болсо.

Балдарда амбулатордук шартта тишти алып салууга каршы көрсөтмөлөр:

1. Соматикалык оорулуу учурда жалпы абалы оор;
2. Инфекциялык оору курч түрүндө;
3. Кандын суюлушу (уюшу) бузулган оору (геморрагиялык диатездер);
4. Жогорку жаштагы кыздарда менструация мезгили;
5. Онкологиялык оорулар.

Тишти алуу учурунда жана кийин пайда болушу мүмкүн болгон кесепеттер. Операциядан кийинки мезгилде бейтапка сунуштар.

Тишти алуу операциясы учурунда пайда болгон кесепеттерди **жалпы** жана **жергиликтүү** деп бөлүү керек. Жалпы кесепеттер көбүнчө дары-дармек колдонуу (уюштуруучу жана оору басуучу заттар) жана организмдин ага болгон реакциясы менен байланыштуу.

Бул, биринчи кезекте, кан тамыр реакциялары: **сес болуп түшүү (эстен тануу), шок жана коллапс, гипертониялык кризис**; ошондой эле **аллергиялык шок**, дем алуу жолдору оорулуу адамдарда **астматикалык кризде**р, кант диабети бар бейтаптарда **коматоз абал** болушу мүмкүн.

Жергиликтүү кесепеттер көбүнчө дарыгердин аракеттери менен байланыштуу:

- альвеолярдык өсүмдүк катмарынын (урчугунун) майда жараланууcу же жыртылышы,
- тиштин коронкасынын сынышы же үзүлүшү,
- тиштин тамырсынын сынышы,
- альвеолярдык өсүмдүктүн бир бөлүгүнүн сынышы,
- төмөнкү жаактын сынышы,
- жогорку жаактын топчуктарынын (дөңсөөсүнүн) сынышы,
- тиштин тамырынын жогорку жаактын куйругуна түртүлүшү,
- жогорку жаактын куйругу менен шишиктин тешилиши (перфорация),
- төмөнкү **жаектин** (жаактын) dislocation (вывих) (муундан чыгышы),
- тиштин же тиштин тамырынын жумшак ткандардын ичине түртүлүшү,
- денталдык плексалгия, альвеолит,
- тиштин же тиштин бөлүгү менен дем алуу жолун тосуп коюу (аспирация же асфиксия),
- тишти алган тешиктен жана слизистик катмардын кан агышы.

Альвеолярдык өсүмдүк катмарынын жыртылышы дарыгер циркулярдык байланыштык байламды бөлүп салбагандыктан гана болот.

Слизистик (Былжырлуу) катмардан жана тиштин алынган тешигинен кан агышы инъекциялык ийне менен жараланган жерден пайда болот. Тешиктен кан агышы тиштин тамырын алган соң пайда болуп, кан куйругунун (кан уюндусунун) пайда болушу менен коштолот. Эгер кан токтобосо, биринчи кезекте **кан басымын өлчөө** керек; эгер кан басымы нормалдуу болсо, кан агышы көбүнчө **кан ооруларына байланыштуу** болуп, бейтапты стационардык текшерүү жана дарылоо талап кылынат.

Тиштин коронкасынын сынышы коронканын өзү кариоз болсо же шипцанын беттери коронкага туура келбесе болот.

Тиштин тамырсынын сынышы щипцанын беттери жетишсиз терең киргизилгенде же тамырдын кыйла бузулган бөлүгү болсо пайда болот, бул хирургду альвеолярдык өсүмдүктүн бир бөлүгүн кармоого мажбурлайт.

Альвеолярдык өсүмдүктүн (урчуктун) бир бөлүгүнүн сынышы тамырды алып салууда мүмкүн. **Жогорку жаактын топчуктарынын (дөңсөөсүнүн) сынышы** акыркы молярды алып салууда, айрыкча остеосклероздук өзгөрүүлөрү бар бейтаптарда кездешет.

Төмөнкү жаектин (жаактын) сынышы көбүнчө акыркы молярды алып салууда, эгер дарыгер ассистентсиз иштесе, жаакты кармай албаса, күчтү туура эмес колдонсо жана тиштин сөөгүндөгү топографияны эске албаса болот.

Төмөнкү жаектин (жаактын) dislocation (вывих) төмөнкү премолярларды же молярларды алып салууда пайда болот, эгер дарыгер төмөнкү жаакты кармай албаса.

Тиштин же тиштин тамырынын жумшак ткандардын ичине түртүлүшү сейрек кездешет жана көбүнчө төмөнкү жаактын акыркы же экинчи

молярларын алып салууда болот, себеби альвеолярдык бөлүгү тилине жакын, ал эми апикалдык бөлүгү щечеге (жаакка) жакын жайгашкан.

Тиштин тамырынын жогорку жаактын куйругуна (гаймор көңдөйүнө) түртүлүшү негизинен жогорку жаактын анатомиялык өзгөчөлүктөрү жана тамырды алуу методикасынын бузулушу, рентгенограмма болбогондугу жана ассистенттин жоктугу менен байланыштуу. Андан кийин **рентген изилдөө** жүргүзүлүп, тамырды алуу аракеттери жасалышы же тешикке швы салынуусу (тигиш коюлушу) керек. Тиштин тамырын алуу **тек стационардык шартта** жүргүзүлүшү керек.

Жогорку жаактын куйругунун (синусунун) перфорациясы жогорку жаактын анатомиялык өзгөчөлүктөрүнө байланыштуу жана дарыгер гранулема же кистанын кабыгын выскаблировка кылганда (кюретаж жасаганда) алдын ала рентген изилдөө жасабаганда пайда болушу мүмкүн. Ошондуктан альвеолярдык бучканын дносу (урчуктун түбү) менен жогорку жаак куйругунун жакындыгын **инъекциялык игла аркылуу аныктоо** ыңгайлуу. Эгер ийне 1-2 см көтөрүлүп киргизилгенде сөөгү менен жолуга албаса, анда кыйынчылык жок. Операцияны жакшыраак **альвеолярдык өсүмдүк катмарын тигүү менен аяктоо** сунушталат.

Ороантралдык байланыш (ороо-мурундун ортосундагы тешик) көбүнчө тамеки чеккен бейтаптарда пайда болот, премоляры же биринчи молярды алып салгандан 2-4 күндөн кийин, ошондой эле бейтаптар көп жолу оозду чайкап турганда, кандын даамы жагышпаган учурда же түшкү түшүүсү (чүчкүргөндө) менен. Дарыгер жогорку жаактын анатомиялык өзгөчөлүктөрү бар бейтаптарды мындай кесепеттер жөнүндө **сактык менен эскертиш керек**. Хроникалык (Өнөкөт) синуситтер да ушул процесстин себеби болушу мүмкүн.

Альвеолит – тиштин тешиктеги сөөгүнүн сезгенүү процесси, кан куйругу (уюндусу) болбогондо пайда болот. Себептери ар кандай болушу мүмкүн. Эң маанилүүсү – тишти алган соң лункага тыгыз **йодоформдуу турунда салбоо** керек. Тешиктеги сөөгү кан менен жабылышы керек же лункага трансплантациялык материал салынат. Кийинчерээк кайрылса, лунка текшерилип, сөөгү кан чыкмайынча иштетилет (кюретаж жасалат).

Денталдык плексалгия – тиштин тешигиндеги оору, көбүнчө альвеолиттин өнүгүүсү менен байланыштуу. **Жөөткөн (Чайноочу) булчуңдардын контрактурасы** көбүнчө төмөнкү жаактын премолярларын жана молярларын алып салуу үчүн мандибулярдык же торусалдык анестезиядан кийин пайда болот. **Миозит** (медиалдык канаттуу булчуңдун сезгенүүсү) төмөнкүлөрдөн улам болушу мүмкүн: сезгенүү процесси, тишти алууда булчуңдун созулушу же анестезиянын нерв рецепторлоруна реакциясы. Көп учурда дарылоо талап кылынбайт же физиотерапиялык дарылоо жана Мидокалм кабыл алуу сунушталат.

Аспирация жана асфиксия – тиш же тиштин тамыры менен абдан сейрек кездешет. Дарыгер эсиңизде сакташ керек: бейтап **сес болуп түшүү (эстен тануу), коллапс же башка самотикалык абалда** болсо, биринчи кезекте **башын төмөн ийип**, ооздон бардык чет предметтерди манжасы менен

чыгарып салыш керек. Асфиксияны алдын алуу үчүн дарыгер **бейтаптын эпигастральдык аймагына катуу жана тез басым жасашы** керек. Бейтаптын абалы нормалдуу болгондон кийин тишти алуу операциясын улантууга болот.

Тишти алуу операциясынан кийин берилүүчү сунуштар:

Тиштин тешигинен кан агууну азайтуу максатында **мусапка салынган муз пакты** оозго коюп кармоо.

Үйгө келгенде **жаңы бышкан чайга кант кошуп ичүү**.

Биринчи **эки саат ичинде жумуш менен алектенбөө**.

Биринчи **эки саат ичинде тамеки чекпөө жана тонизирлөөчү ичимдиктерди ичпөө**.

Үч күн бою башты жуунбоо, саунага, баняга барбоо, күнгө түшпөө, ошондой эле **үч күн бою баш менен ийилип жасалган жумуштарды жасабоо жана тоңушта болбоо**.

Оозду чайкабаңыз (алгачкы суткада).

Нормалдуу тамактануу, операциядан кийин 2 сааттан кийин.

Жогорку жаактан тиш алынган болсо, **щёкөлөрдү көп кырбап, жөтөлгөндө жана мурду менен физикалык күч келгенде этият болуу**.

Операциядан кийинки **биринчи суткада эртең менен жана кечинде дене температурасын текшерип туруу**.

Эгер **оозду толук ачуу кыйын болсо**, тез арада стоматолог-хирургга кайрылуу.

Эгер **ооздон кан агуу пайда болсо**, биринчи кезекте **кан басымды текшерип**, тез жардам чакыруу.

Тишти алуу операциясында колдонулуучу аспаптар

Тишти алуу үчүн **пинцет жана элевациялоочу аспаптар** колдонулат. Тишти алуу пинцеттеринин (кычкачтарынын) жалпы түзүлүшү төмөнкүчө: **кычкачтын түрлөрү (жумушчу бөлүгү), замок жана колдор (бранштар)**. Кээ бир аспаптарда **өткөөл (**переходдук) **бөлүгү** да белгиленет. Бул бөлүк замок менен кычкачтардын (жумушчу бөлүктүн) ортосунда жайгашып, тишти алуу кыйын болгон аймактарга кычкачтын учун жеткирүүнү жеңилдетет.

Кычкачтардын иштөөчү (ички) беттери жакшы кармоо үчүн **узундук боюнча же узундук-бийиктик боюнча оймосу** болушу мүмкүн, ошондой эле **алмаз куймасы менен капталган** варианттары да бар.

Жогорку же төмөнкү жаактын тиштерин алуу үчүн пинцеттер:

Коронкалык – щёкөлөрү (жумушчу беттери) ажырашпаган (коронкасы сакталган тиштерди алуу үчүн)

Корендик – щёкөлөрү (жумушчу беттери) чогулган (коронкасы бузулган тиштерди алуу үчүн)

Пинцеттердин формасы ар башка, анткени алар **маңдай тиштер, кыл кыйма (клыктар), кичи жана чоң тиштерди** алуу үчүн атайын жасалат.

Жогорку жаактын тиштерин алуу пинцеттерин түз түрүндө колдонсо болот – **резецтерди (кескич тиштерди) жана клык тиштерин алуу үчүн** (Рис. 6.16), ал эми **жазык боюнча ийилген (S-формасындагы)** пинцеттер – кичи жана чоң коренной (азуу) тиштерди алуу үчүн колдонулат (6.17-сүрөт).



6.16-сүрөт. Жогорку жаактын резецтерин жана клык тиштерин алуу үчүн түз пинцеттер.
Куралдын жалпы көрүнүшү*.



6.17-сүрөт. Жогорку жаактын кичи жана чоң кемирүүчү тиштерин алуу үчүн S-сымал пинцеттер.
Куралдын жалпы көрүнүшү*.

Түз пинцеттер (кычкачтар) өзгөчөлөнүп турат: щечкелер (жумушчу беттер), замок жана бранштар бир түз планда жана бир түз сызыкта жайгашкан. S-сымал пинцеттерде щечкелер жана бранштар ар башка пландарда жана параллелдүү түз сызыктарда жайгашкан. Чоң кемирүүчү (азуу) тиштерди алуу үчүн колдонулган пинцеттердин бир щечкесинде (сырткы жагында) жебелүү чыгып турган уч – такыр эле шип деп аталат. Куралды тиштин коронкасына койгондо, бул шип анын щечкалык тамырларынын ортосуна жайгашат. Биринчиден, мындай абалда инструменттин щечкелери тиштин коронка бөлүгүнө тыгыз жабышат, экинчиден, инструментке чоң туруктуулук берип, тишти чыгаруу учурунда соскольууну (тайып кетүүнү) алдын алат. Оң жактагы жогорку молярды алууда инструментти щечкедеги шип оң жакта болуусу керек, ал эми сол жактагы жогорку моляр үчүн – сол жакта. Үчүнчү жогорку молярды алуу үчүн атайын ийилген пинцеттер сунушталган, алардын өтүүчү бөлүгү, тактап айтканда, узартылган ийин, инструменттин замогу менен щечкелеринин ортосуна жайгашат (6.18). 6.19-сүрөттө







6.18-сүрөт. Жогорку жактагы үчүнчү чоң кемирүүчү тиштерди алуу үчүн пинцеттер. Куралдын жалпы көрүнүшү.

6.19-сүрөт. Жогорку жактагы үчүнчү чоң кемирүүчү тиштерди алуу үчүн пинцеттер. Куралдын өтүүчү бөлүгү жана щечкелеринин көрүнүшү.

Төмөнкү тиштерди алуу үчүн пинцеттер щечкелеринин (жаакчаларынын) жана браншыларынын ар башка жазыкта жана бири-бирине түз же кең бурч менен жайгашышы менен мүнөздөлөт, ал эми куралдын ийриги анын кырында өтөт. Ошондуктан мындай пинцеттерди бурчтуу деп аташат. Бирок адабиятта аларды «тумшукту» деп да атап коёт. Алдыңкы жана жанындагы кескичтерди, ошондой эле премолярларды алуу үчүн пинцеттердин щечкелері тегерек формада (Рис. 6.20). Ал эми чоң кемирүүчү (азуу) тиштерди алуу үчүн пинцеттерде, жогорку жактагы чоң тиштерди алуудагыдай эле, тиштик учу – шип бар. Ал бир щечкеде да, эки щечкеде тең болушу мүмкүн (Рис. 6.21). Шиптин эки тараптуу жайгашышы төмөнкү жактагы чоң кемирүүчү тиштерде эки тамыр – медиалдык жана дисталдык бар экендиги менен байланыштуу, жана пинцеттерди тиштин коронкасына орнотқондо бул шиптер бифуркация аймагында бир заматта жайгашып, тишти чыгарууда куралга туруктуулук берет. Төмөнкү үчүнчү молярды же оозду ача албоо чектелген учурда тиштерди алуу үчүн атайын узартылган, жазык боюнча ийилген пинцеттер колдонулат (6.22-сүрөт).

Тиштин тамырларын алуу үчүн дарыгер конвергенцияланган (бири-бирине жакындаган) щечкалары бар пинцеттерди колдонушу керек, буларды тамыр пинцеттер деп аташат. Көп учурда бул үчүн байонет түрүндөгү (штыктуу) пинцеттер колдонулат (французчадан bayonette – штык). Адабиятта аларды универсалдуу деп да аташат. Бул пинцеттерди жогорку жактагы ар кандай тиштерди алуу үчүн да колдонсо болот (6.23-сүрөт).



6.20-сүрөт. Төмөнкү каптал тиштерди алуу үчүн бурчтуу (шиш көрүнүштөгү) щипцеттер. Куралдын жалпы көрүнүшү*.

6.21-сүрөт. Төмөнкү чоң тиштерди алуу үчүн бурчтуу (шиш көрүнүштөгү) щипцеттер. Кычкачтардын тиштеринин көрүнүшү*.





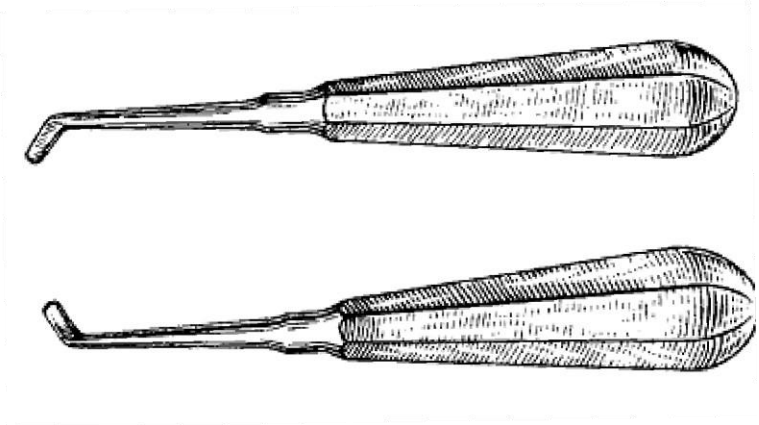
6.22сүрөт. Оозду ача албай турганда же төмөнкү жактын үчүнчү чоң тиштерин алуу үчүн колдонулуучу щипцеттер. Куралдын жалпы көрүнүшү*.

6.23-сүрөт. Төмөнкү жактын тиштерин жана алардын тамырларын алуу үчүн колдонулуучу байонет типтеги (универсалдуу) щипцеттер. Куралдын жалпы көрүнүшү*.

Щипцеттерден тышкары, мурунку бөлүктө айтылгандай, тиштерди, анын ичинде ретинированные жана дистопияланган тиштерди, тиш тамырларын жана көптөмдүү тамырлуу тиштерди бөлүп алуу үчүн элеваторлор колдонулат. Элеваторлордун жалпы түзүлүшү бар жана алар иштеген бөлүкчөдөн (щечка), туташтырма таякчадан жана туткудан турат. Элеваторлордун көптөгөн түрлөрү бар, бирок эң кеңири тараганы – бурчтук, түз жана түз элеватордун бир түрү – штык түрүндөгү же Леклюз элеваторы (Lecluse's elevator).

Төмөнкү жактын тиш тамырларын алуу үчүн бурчтук элеватор колдонулат. Куралдын щечкасы жибек сызыгында (кыры боюнча) ийилген

жана элеватордун өтүүчү бөлүгү менен туткунуна 90–120° бурчта жайгашкан. Щечканын бир бетинин беткейи жалпак эмес, тегерек же көлөмдүү, ал конструкциялык жактан оң же сол жагына жайгаштырылышы мүмкүн. Щечка жылмакай же узундугу боюнча ойулган болушу мүмкүн. Анын формасы ылдый жагына чокусун багыттаган үч бурчтук – остроконечные же овал – тегеректелген болушу мүмкүн (Рис. 6.24).



6.24-сүрөт. Бурчтук тиш элеваторы тегеректелген кычкач менен. Куралдын жалпы көрүнүшү.

Эгер дарыгер төмөнкү жаактагы чоң соо тиштин дисталдык тамырын сол жактан же төмөнкү жаактагы чоң соо тиштин медиалдык тамырын оң жактан чыгарып жатса, анда ал жумушчу бөлүгү оң жакта турган элеваторду алышы керек, муну «өзүнөн» элеватор деп атап коюшат. Эгер дарыгер төмөнкү жаактагы чоң соо тиштин медиалдык тамырын сол жактан же төмөнкү жаактагы чоң соо тиштин дисталдык тамырын оң жактан чыгарып жатса, анда ал жумушчу бөлүгү сол жакта турган элеваторду алышы керек, муну «өзүнө» элеватор деп атайбыз.

Төмөнкү жаактагы тиштер үчүн, ошондой эле жогорку жаактагы тиштер жана алардын тамырлары үчүн түз элеватор колдонулат. Түз элеватордун щечкасы туташтыруучу өзөк менен бириккен жана тутку менен бир түз сызыкта жайгашкан. Щечкасы бир тараптан дөмпөк, экинчи тараптан оюк. Көп учурда формасы овал – тегеректелген. Туткусу ар кандай формада болушу мүмкүн жана инструменттин туташтыруучу бөлүгүнө жакындап ичке болот (Рис. 6.25).

Түз элеватордун түрү – Леклюз элеваторы (Lecluse's elevator) (Рис. 6.26). Анын көбүнчө төмөнкү жаактагы үчүнчү молярларды чыгарып салууда колдонулат. Элеватордун туташтыруучу өзөгү жаакча аймагында ошондой ийилген, алар бири-бирине параллельдик жазыкта жайгашкан, ал эми жаакчасынын формасы штыкка окшош. Ошондуктан инструменттун аты – штыковидный элеватор. Жаакчанын бир бетинде жумшак бет, экинчи бетинде тегеректелген. Туткусу тегерек, орто бөлүгүндө калыңдап, туташтыруучу өзөккө жана жумушчу бөлүккө перпендикуляр жайгашкан.



6.25-сүрөт. Түз тиш элеваторы. Инструменттин жалпы көрүнүшү*.



6.26-сүрөт. Леклюзе элеваторы (Lecluse's elevator). Инструменттин жалпы көрүнүшү*.

Тиштин тамыры алынгандан кийин денталдык имплантат коюу пландалган учурларда тамырды алуу операциясы атайын аспаптар менен жүргүзүлөт (EASYX-TRAC System, Sistem BenexControl), альвеолдун сөөктүк түзүлүшүн максималдуу сактоо максатында. Бул үчүн тиштин тамыр каналына бураманы кыстыруу, аны блогдук же рычагдык түзүлүшкө бекитүү жана тартуу аркылуу тиштин тамырын алуу жүргүзүлөт.

Негизги адабияттар:

1. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. Практическое руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

2. Базикян Э.А. Пропедевтическая стоматология/ «ГЭОТАР-Медиа», 2010.

3. Безрукава В.М., Робустова Т.Г. Том 1, 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ М.: Медицина, 2000.

4. Клемин В.А,, Павленко В.А., Арендарюк В.Н. и др.; под. ред. В.А. Клемина. Неотложная помощь в стоматологии / Донецк: Издатель Заславский А.Ю, 2011.

5. Кононенко Ю.Г. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии/ М.: Книга плюс, 2004.

6. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ М.: Медицина, 2003.

7. Стош В.И,, Рабинович С.А.. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

8. Харьков . Л.В. и др. Справочник хирурга стоматолога / М.: Книга плюс, 2003.

Кошумча адабияттар:

1. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. Практическое руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

2. Базикян Э.А. Пропедевтическая стоматология/ «ГЭОТАР-Медиа», 2010.

3. Безрукава В.М., Робустова Т.Г.. Том 1, 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ М.: Медицина, 2000.

4. Варламов П.Г., Ушницкий И.Д. Методы обследования в ортопедической стоматологии. Учебное пособие. Якутск: Изд-во ЯГУ, 2009. - 101с.

5. Одонтопрепарирование под ортопедические конструкции зубных протезов/под ред. Арутюнова С.Д., Лебеденко И.Ю. – М.: Практическая медицина, 2007- 80 с.

6. Под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджияна. Учебник Ортопедическая стоматология – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 640 с.: ил.

9. Стош В. И., Рабинович С.А.. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

7- сабак. Бет-жаак аймагынын травмалык жабыркоолору: классификациясы, бет-жаак жаракаттарындагы татаалдашуулар жана аларды алдын алуу. Үстүңкү жана астыңкы жаактын сынууларын дарылоонун принциптери.

Травматология маселелери медицина тармактарынын баарында актуалдуу бойдон калууда, анткени травматизмдин, өзгөчө транспорттук кырсыктардын туруктуу өсүшү байкалууда. Техниканын эл чарбасынын бардык тармактарына кеңири киргизилиши механикалык жаракаттардын көбөйүшүнө алып келди. Жалпы травматизмдин өсүшү менен кошо жаак-бет травмаларынын да жыштыгы көбөйүп жаткандыгы байкалууда.

Бет-жаак аймагынын жабыркалоолорунун классификациясы

Травма алуу шарттарына жараша:

өндүрүштүк
өндүрүштүк эмес

Жабыркоонун мүнөзүнө жараша:

тери жабындысынын же былжыр челдин бүтүндүгү бузулбаган (көгөрүү)
тери жабындысынын же былжыр челдин бүтүндүгү бузулган (сыдырылган жара, кесилген жара)
жумшак ткандардын дефекти менен же дефектсиз

Зыян келтирген фактордун мүнөзүнө жараша:

механикалык (ок атыштан жаракат, ок атыш эмес жаракат)
термиялык (күйүк, үшүк)
химиялык
нурлануудан (радиациядан)
айкалышкан
комбинацияланган

Механикалык (ок атыш эмес) жаак-бет аймагынын ткандарынын жабыркоолору:

жумшак ткандардын травмалары
бет сөөгүнүн жаракаттары (фасциалдык черептин сынуусу)

Беттин жумшак ткандарынын жабыркалоолору (көгөрүү, сыйрылуу, жара болуу)

Беттин жумшак ткандарынын жаракаттары тери же былжыр челдин бүтүндүгүнүн бузулушу, кан агуу, шишик жана жаранын четтеринин кеңири ажырашы менен мүнөздөлөт. Жаранын чоң көрүнүшү менен травманын оордугунун дал келбегендей сезилиши — мимикалык булчуңдардын рефлектордук жыйрылуусунан болот. Төмөнкү эриндин тешип өткөн жаракаттарында шилекей көп агып, ээк жана моюн терисинин мацерациясын шартташы мүмкүн.

Беттин жумшак ткандарынын жаракаттары көп учурда бет нервинин бутактарынын, кулак алдындагы шилекей безинин же анын чыгаруучу түтүгүнүн жабыркашына коштолот. Моюндун жаракаттарында астыңкы жаак алдындагы шилекей бези, ири кан тамырлар жана нервдер, кекиртек, жуткун жабыркашы мүмкүн. Бет жаракаттары шок, кан кетүү жана асфиксия менен татаалдашы мүмкүн.

Ок тийген жаракаттар көбүнчө чоң өлчөмдөгү бузулуулар, ткандардын кемтиктери жана жумшак ткандар менен сөөктөрдүн бир убакта жабыркашы менен мүнөздөлөт. Тилдин шишигинен же артка кетишинен обтурациялык же дислокациялык асфиксия жаралышы мүмкүн; моюн ткандарынын шишигинде — стеноздук асфиксия; кан же кусундулар дем алуу жолдоруна түшсө — аспирациялык асфиксия пайда болот.

Эгер беттин жумшак ткандарынын жаралары ооз көңдөйү менен байланышса, сезгенүү процесстери — жаранын ириңдеши, абсцесс, флегмона — өнүгүшү мүмкүн.

Жаранын тышкы көрүнүшү боюнча түрлөрү:

сызыктуу
жылдыз
сымал
лоскуттуу түрүндөгү
скальпацияланган (тери
сыдырылган) **Зыяндын**
тереңдигине карап:
үстүрт, тийип өткөн
сокур (чыгуу жери
жок) тешип өткөн
ичке өтүүчү (проникающий)
Зыян келтирүү механизмине карата жаралар:
уруп алган (көгөртүү мүнөзүндөгү)
сайылган
кесилген
айрылган (жыртылган)
чабылган
тиштелген

Жабыркоолор бет сөөгүнүн сынуусу жана жумшак ткандардын кемтигинин пайда болушу менен коштолушу мүмкүн.

Эң көп кездешкен жаралар — урунган (көгөргөн, эзилген) бет жаралары. Мындай жараларга мүнөздүү нерсе — тегиз эмес четтери, айрым учурларда эрте башталган некроз белгилери. Урулган жаралардын айланасындагы ткандар көбүнчө жабыркайт: алар кабаттанып ажырап кетет, теринин астындагы май катмары эзилет, сызылган жаралар, гематомалар пайда болот, шишик бара-бара күчөйт жана катуу, узакка созулган оорулар коштолот. Жаралар көбүнчө булганган болот. Урунган бет жаралары баш мээсинин чайкалышы же урунуп келиши, ошондой эле бет жана баш сөөк сыныктары менен коштолушу мүмкүн.

Кесилген жаралардын четтери түз, көп канайт, кең ачылып турат жана көп оорутпайт. Айланасындагы ткандар жабыркабайт, жаранын булганууусу аз.

Жабыркаган адам жана аны коштоп жүргөндөр көбүнчө көп кан агып жатканынан жана беттин мүмкүн болгон бузулушунан катуу чоочуйт. Эң олуттуу жаракаттарга мурун учунун жана канатынын, кулак муштумчасынын, кулак алдындагы шилекей безинин паренхимасынын, анын негизги чыгаруучу түтүгүнүн же бет нервинин, моюнунун каптал бетинин кесилген жаралары кирет. Мындай жаракаттардын кесепеттери узак жана татаал дарылоону талап кылышы мүмкүн.

Чабылган жаралар кесилген жараларга салыштырмалуу жумшак ткандардын көбүрөөк бузулуусу жана булгануусу менен мүнөздөлөт жана көп учурда бет жана мээ бөлүктөрүнүн сөөктөрүнүн сынуусу менен коштолот.

Сайылган жаралардын өзгөчөлүгү — терең жараат каналдын болушу жана сыртка өтө кичине тешигинин калышы, бул анын толук кароосун (ревизиясын) жана дренажын дээрлик мүмкүн эмес кылат. Эгер жара каналы инфекцияланса, ага жакын ткандар ириңдеп баштайт, анткени жарадан агып чыгуу ар дайым эле жетиштүү болбойт. Мындан тышкары, мындай жараларда ткандын тереңинде бөтөн денелер калышы мүмкүн. Булардын баары жараны толук кароонун зарылдыгын жаратат, ал жара каналынын тереңдигине чейин кесүү жолу менен аткарылат.

Тиштелген жаралар көбүнчө эрин, мурун, кулак муштумчасынын аймагында кездешет. Тиштердин катуу кысылышы жабыркаган органдын бөлүгүнүн ампутацияланышына алып келиши мүмкүн, бул жаракатты өзгөчө оор кылат. Мындан тышкары, укушулган жаралар тилде жана жаактын былжыр челинде — тиштердин жабылыш сызыгы боюнча — пайда болушу мүмкүн. Бул жаралар ириңдеп, абсцесс жана флегмона менен татаалдашы ыктымал.

Тышкы көрүнүшүнө жараша жаралар сызыктуу, жылдыз сымал, кесинди (лоскуттуу), скальпацияланган жана ткандын чыныгы кемтиги менен коштолгон болуп бөлүнөт. Тереңдигине жараша жаралар үстүрт (жабуучу ткандардын бузулушу) жана ичке өтүүчү (ооз көңдөйүнө, мурунга, көз уячасына, жогорку жаак синусуна, баш сөөгүнө кирген) болуп мүнөздөлөт.

Жаракат диагнозун коюу адатта кыйынчылык жаратпайт. Бирок ар дайым бет жана баш сөөгүнүн сөөктөрүнүн, ошондой эле дененин башка бөлүктөрүнүн кошумча жабыркоолорунун көлөмүн жана мүнөзүн тактоо керек. Бул үчүн бейтапты кылдат кароо жана рентгенография жүргүзүлөт.

Бет жана моюндун жумшак ткандарынын жабыркоосунда шашылыш жардам кан токтотууга, асфиксиянын жана шоктун алдын алууга багытталат. Жаранын бетине асептикалык таңуу коюлат, каршы столбняк сывороткасы жана анатоксин сайылат. Ткандардын шишигин азайтуу үчүн жаракатталган жерге муз коюу сунушталат.

Ооруксуздандыруунун ыкмасы бейтаптын жалпы абалына, жаракаттын мүнөзүнө жана пландаштырылган кийлигишүүнүн көлөмүнө жараша тандалат. Беттин кеңири жаракаттарында, өзгөчө бет сөөгүнүн бузулуусу менен коштолгондордо, эндотрахеалдык наркоз колдонулат — бул процедура стационардык шартта гана жүргүзүлөт. Жумшак ткандардын үстүрт жараларында жергиликтүү анестезия пайдаланылышы мүмкүн.

Жараны иштетүү анын изотониялык натрий хлорид эритмеси же алсыз антисептикалык эритмелер менен кылдат жуулушунан жана айланасындагы терини кургаган кан жана кирден тазалоодон башталат. Айрыкча канап жаткан жараларды жуу үчүн суутек перекиси же калий перманганатынын эритмелерин колдонуу сунушталбайт, анткени алар жара бетине терең таасир этип, кошумча бузулууга алып келиши мүмкүн. Терини кылдат иштетүү жана кыркуу милдеттүү, бирок бул учурда жарага тийүүдөн сактануу керек. Ошондуктан терини иштетүү учурунда жара стерилдүү материал менен жабылат. Жуулган жара марля тампону менен кургатылып, андан соң анын айланасы 76% этил спирти жана 2% йоддун спирттеги эритмеси менен кайра иштетилет.

Жаралар жана теринин сызылган жерлери майда бөтөн денелер— кум, шагыл, асфальт, шлак, жыгач бөлүкчөлөрү, айнек сыяктуу заттар — менен булганганда, аларды көп өлчөмдө жуу жана зарыл болсо стерилдүү щётка колдонуу менен кылдат тазалоо зарыл. Ооз көңдөйүндөгү жараларды жуу үчүн тиш щёткасын колдонсо болот. Эгер бөтөн денелер ткандын калыңдыгына кирип кеткен болсо, алар скальпелдин жардамы менен алынат. Болбосо жара айыккандан кийин инфильтрат аймагында ириңдүү бөлүнүп чыгуусу менен коштолгон узак айыкпай турган свищтер (жыланкөз) пайда болушу мүмкүн. Инороддук денелер кара түстө болсо, тырмак (рубец) жана тегеректеги териде «татуировка» пайда кылышы мүмкүн. Мындай кыйынчылыктарды жоюу кошумча дарылоону талап кылат.

Жара механикалык жактан тазаланган соң хирургиялык иштетүүгө өтүүгө болот. Бул учурда хирург кийлигишүү аймагындагы негизги кан тамырлардын жана нерв багыттарынын топографиясын жакшы билиши зарыл. Бардык жаралар бөтөн денелердин жоктугун аныктоо жана жабыркоонун чек араларын, тереңдигин тактоо үчүн кылдат ревизиядан өткөрүлөт. Тек гана жашоого жөндөмсүз ткандар кесүүгө дуушар болот. Анда жаранын терисин сөзсүз түз сызык түрүндө калыптандырууга умтулуу зарыл эмес: фестончатый (тиштүү) же зигзаг түрүндөгү, бирок кылдат туура келтирилген четтери бар тырмак (рубец) тартылбайт жана анча байкалбайт. Эзилген жана булганган теринин астындагы май ткани толук кесилип алынат.

Андан соң мимикалык булчуңдардын жабыркашынын деңгээли аныкталат. Жараны хирургиялык иштетүүнүн бул баскычы өзгөчө маанилүү, анткени булчуңдардын буласы жыйрылып, кир, бөтөн денелерди жана микрофлораны ички жагына тартып кетиши мүмкүн. Булчуңдун жашоого жөндөмдүүлүгү анын түсү, консистенциясы, кан менен камсыздалышы боюнча бааланат. Жашоого жөндөмсүз булчуң караңгы, жумшак, дүүлүгүүгө жооп бербейт жана кесилгенде канабайт. Мындай булчуң бөлүктөрү толук кесилип алынышы керек.

Беттин үстүнкъ кан тамырларынан кан агуу адатта көп, бирок кыска мөөнөттүү болуп, жаранын бетине тампон коюу менен оңой токтотулат. Ири кан тамырлар жабыркаганда, аларды жаранын ичинде же жүрүшү боюнча байлоо талап кылынат, ал мүмкүн болбосо — сырткы уйку артериясы байланат.

Бет менен моюндун каптал бөлүктөрүндөгү терең жараларды текшерүү өзгөчө көңүл бурууну талап кылат, анткени булчуңдардын жабыркашы аларды астындагы ткандардан бөлүп салышы жана гематома пайда болушу менен коштолот. Өз убагында табылып, бошотулбаган гематома кийин ириңдеп, жаранын айыгуусун татаалдантат. Мындай кыйынчылыктын алдын алуу үчүн гематома өз убагында бошотулушу керек, кээде бул үчүн негизги жарага карама-каршы жерде кошумча кесүү жүргүзүлөт. Бул кесүү дренаж киргизүү үчүн контрапертура болуп эсептелет. Мындай учурда дренаж контрапертура аркылуу жүргүзүлүп, тышкы жумшак ткандар катмар-катмар кылып тыгыз тигилет. Жарага катмарлап тигүү жана дренаж коюу жаракаттан кийин алгачкы эки сутка ичинде толук мүмкүн. Тигиш салууга ткандарда өнүгүп жаткан сезгенүү белгилери болгондо гана болбойт. Мындай учурда бейтапка сезгенүүгө каршы физиотерапия жана зарыл болсо, дары-дармектүү дарылоо дайындалат.

Жаранын четтери жана түбү өлгөн ткандардан тез арада тазаланышы үчүн +37°С температурадагы жылуу ванналар колдонулат, 10–15 мүнөттөн күнүнө 2 жолу. Инфильтрация жоголгондон жана жаранын четтери менен түбү тазаланганда аларды аз өлчөмдө кесип, жара четтерин тикпей туруп сөзсүз түрдө 1–2 күнгө дренаж коюу менен тигиш салынат.

Эгер жумшак ткандардын жаракаты бет сөөгүнүн сыныктары менен айкалышса, тигиш салуудан мурда жылган сөөк бөлүктөрүн өз ордуна коюп (репозиция), туура абалда бекитүү зарыл. Бул адатта стационарда жүргүзүлөт.

Госпитализацияга көрсөтмөлөр:

бет-жаак аймагынын ткандарынын жана баш мээсинин ар кандай бириккен жаракаттары,

бет жана баш сөөгү сөөктөрүнүн сыныктары,

ири кан тамырлардан кан кетүү,

кулак алдындагы шилекей безинин жана анын негизги чыгаруучу каналынын жабыркашы,

мурун учунун жана канаттарынын, кулак муштумчасынын, эриндердин кемтик жаралары,

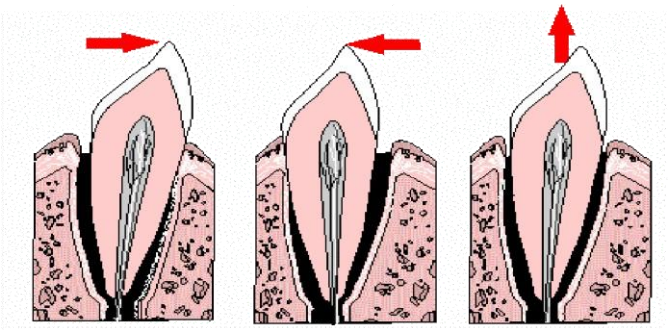
бет нервинин бүтүндүгүнүн бузулушу,

гематомалардын ириңдеп флегмонага айланышы.

Эмгекке жараксыздык мөөнөтү тигиш алынганга чейин дарыгердин көзөмөлүндө болуу зарылдыгына жараша 6–7 күндү түзөт. Натыйжалары, адатта, жагымдуу.

Тиштердин чыгуусу (вывих) жана сынышы

Тиштин чыгуусу жана сынышы көбүнчө жыгылуудан же соккудан пайда болот, сейрек учурда — жанындагы тишти этиятсыздык менен алуу натыйжасында. Тиштин чыгуусу толук, толук эмес жана вколоченный (кыргыйып кирип кеткен) болуп бөлүнөт (7.1-сүрөт).



Ольвеоладан чыгуусу (вывих) деп тиштин милдеттүү түрдө тиш катарынан жылып, тил (же таңдай) тарапка, ооздун кире беришине, же тиштин узундугу боюнча жогору же ылдый жылышын айтышат. Бул учурда тиш кошуна тиштерден жогору чыгып көрүнүшү же алардын деңгээлинен төмөн кирип кетиши мүмкүн. Эгер тиш төмөн кирип кетсе — бул кагылып кирген чыгуу.

Толук ольвеоладан чыгуу (вывих) деп тишти кармап турган бардык ткандардын үзүлүп, тиш толугу менен лункадан чыгышын, бирок бүлөөдөн жумшак ткандары же тегерек байламтасы менен альвеолярдык өсүндүктө кармалып турушун айтышат. Эгер тиш толук чыгып кетсе — бул тишти алуу болуп эсептелет.

Бейтаптар ооруга, кан кетүүгө, тиштин кыймылдашуусуна жана анын туура эмес абалына даттанышат.

Рентген сүрөтүндө:

толук вывихта — бош тиш лункасы,

толук эмес вывихта — периодонт жаракасынын кеңейиши,

кагылып кирген вывихта — жараканын көрүнбөшү аныкталат.

Дарылоо

Дарылоо жабыркаган ткандарды жансыздандыруу, кан токтотуу жана тишти кайра өз уясына салуудан турат.

Вколоченный вывихтагы тишти **ордуна келтиришпейт.**

Тиш ордуна коюлгандан кийин бүлөөнүн жана тегерек байламтанын ажырыктары тигилет. Бул үчүн эки тигиш салынып, тиштердин аралыктагы былжыр чел жакындатылат. Операция тиш үстүнө зым түрүндөгү шак-шак-чаңгек (шина-скоба) коюу менен аяктайт. Балдарда мунун ордуна кош параллелдүү шак-шак-чаңгек колдонуу жакшы.

Шак-шак-чаңгекти:

толук эмес чыгууда — **2–3 жумада**,

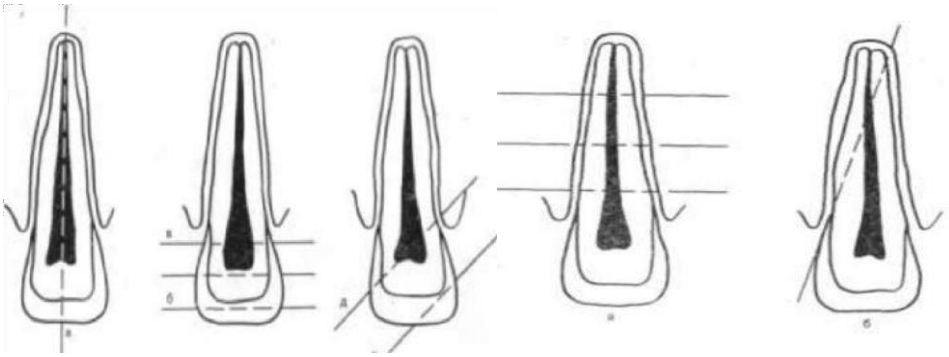
толук чыгууда — **3–4 жумада** алууга болот.

Ордуна киргизилген жана шак-шак-чаңгек менен бекитилген тишке функционалдык күчтү оорулар басаңдаган соң, болжол менен **1–2 күндөн кийин** берсе болот — бейтап күчтүн көлөмүн өзү жөндөйт.

Операциядан 2–3 жума өткөндөн кийин электродиагностика ыкмасы менен тиш кемтигинин (пульпанын) электр жарамдуулугу текшерилет. Эгер зарылчылык болсо, тиштин коронка бөлүгү дарыланып, өлгөн тиштин нерви

алынат жана тиштин түбүнүн каналы пломбаланат. Кагылып киргизилген тиштерди тиштенүүгө коюу (прикус) сөөк жарасы айыккандан кийин ортодонтиялык жол менен жүргүзүлөт.

Кагылган (вколоченный) тишти туура тиштөө абалына келтирүү **сөөк жаракаты айыккандан кийин ортодонтикалык ыкма менен** жүргүзүлөт.



7.1-сүрөт. Тиштин таажысы (коронкасы) жана тамырынын сыныктарынын схемасы

Дарылоо. Тиштин коронка бөлүгү сынганда, аны протездөө жолу менен калыбына келтиришет же тишти депульпациялап, андан кийин тамыр каналын пломбалашат.

Эгер тиштин тамыры сынып, нерви сакталган болсо, тиш шак-шак менен бекитилет: тамыр бөлүктөрү цемент жана дентин ткандарынын регенерациясы аркылуу биригип кетиши мүмкүн. Тиштин нерви өлүп калган учурда аны алып салышат, ал эми сынган тамыр бөлүктөрүн металл штифт менен бириктирип, аны тамыр каналында бекитишет.

Тиш тамырынын учтук (апикалдык) бөлүгү сынганда, ал резекция ыкмасы менен алынат.

Эгер тишти сактап калуу аракеттери ийгиликсиз болсо — тишти алып салышат.

Бет сөөгүнүн сынуулары

Тынч мезгилдеги шарттарда бет сөөгүнүн жаракаттары скелет сөөктөрүнүн бардык сыныктарынын 3,2% түзөт (Лурье Т.М., 1973).

Бет сөөгүнүн сөөктөрүнүн жаракаттарын классификациялоо

Мурун сөөктөрүнүн сыныктары

Жаңак (Бет сөөгү) сөөктөрү жана жаңак аркасынын сыныктары

Жогорку жаак сөөктөрүнүн сыныктары

Төмөнкү жаак сөөктөрүнүн сыныктары

Жогорку жаак сөөктөрүнүн жана мурундун бардык сыныктары, ошондой эле төмөнкү жаактын дене бөлүгүндө же тиш катарынан өткөн сыныктары ар дайым ачык жана инфекциялык болуп эсептелет.

Төмөнкү жаактын бутагынын жана жаңак аркасынын сыныктары жабык жаракаттарга кирет. Жаңак (Бет сөөгүнүн) сөөктөрүнүн сыныктары жабык жана ачык болушу мүмкүн. Алар **ачык** деп эсептелет, эгер жабыркактын натыйжасында жогорку жаак пазухасынын (көңдөйүнүн) дубалы бузулуп, аны каптаган былжыр чел үзүлүп кетсе.

Мурун сөөктөрүнүн сынуулары

Мурунга механикалык жаракаттар анын сөөктөрүнүн сыныгын коштоп, сынган бөлүктөрдүн жылбашы, капталга же алдыңкы-арткы тарапка жылышы менен көрүнүшү мүмкүн. Сынуу бир жактуу болуп, мурундун бир тепкичинин киришине алып келиши мүмкүн, же эки жактуу болуп кездешет. Мындан тышкары, **урулган (вколоченный) сыныктар** да бар.

Бейтаптар көбүнчө көп, бирок кыска мөөнөттүү кан кетүүдөн, дем алуунун кыйынчылыгынан жана көздүн үстүндөгү гематомалардан (көз айнек белгиси / симптом очков) даттанышат. Вколоченный мурун сөөктөрүнүн сыныгында алдыгы баш мээ жамгырчыгына (чуңкурчасына) перфорация жана ликворея (мээ суюктугунун агышы) болушу мүмкүн; мындай бейтаптарда мурун жогору жагы кыскарагандай көрүнөт.

Бейтаптын жүзүн караганда мурундун деформациясы, мурун ичинен кан төгүлгөн уюндулары аныкталат. Бардык түрдөгү мурун сөөктөрүнүн сыныктарында пальпация менен сынган бөлүктөрдөн крепитация сезилет.

Жаңы сыныктарда, шишик чыкпай турганда, диагноз коюу кыйынчылык жаратпайт. Кейинчерээк рентгенография же томография көрсөтүлөт.

Мурун сөөктөрүнүн сыныктарынын кээ бир асоциациялык кыйынчылыктары (коштолгон кабылдоолору) болушу мүмкүн: айрыкча күчтүү кан кетүү, сейрек учурда профуздук (өтө көп) кан кетүү, аны алдыдагы же зарыл болсо артындагы тампонада менен токтотсо болот. Вколоченный сыныктарда инфекциянын жогору карай таралышын жана менингальдык асоциациялык кыйынчылыктарды (менингиалдык кабылдоолорду) алдын алуу үчүн мурун жолдорун тампонадалоо болбойт.

Бейтаптарды дарылоо адатта стационарда жүргүзүлөт. Мурун сөөктөрүн ордуна коюу реактивдүү шишик чыга электе же шишик өткөндөн кийин, адатта **2–3 күндөн кийин** жасалат.

Кан токтотуу жана сынган бөлүктөрдү транспорттоо үчүн **мурун жолдорун тыгыз тампонадалоо** көрсөтүлөт.

Бет сөөктөрү жана бет аркасынын сыныктары

Бет сөөгүндө болгон сынык — бул жаак сөөктүн үстүнкү сөөккө карай кеткен өсүндүсүнүн жана үстүнкү сөөктүн жаак сөөккө карай кеткен өсүндүсүнүн бүтүндүгүнүн бузулушу. Жаак сөөктүн сыныгы дайыма көп санда болот: үч жарака жана эки сынык бөлүк пайда болуп, алар ар дайым ичке жана ылдый карай жылат. Оорулуулар оозун ачууда кыйналганын айтышат, бул жаак сөөктүн сынык бөлүктөрү төмөнкү жаак сөөктүн коронка сымал өсүндүсүнө басым жасагандыгы жана сөөк булчуңунун жабыркашы менен түшүндүрүлөт.

Бейтапты кароодо жабыркаган аймакта беттин деформациясы байкалат, гематома же шишик болушу мүмкүн. Кол менен кармап көргөндө жаак сөөгүнүн чөгүп кеткендиги аныкталат. Рентген сүрөтүндө аксиалдык проекцияда эаак сөөктүн пайда болгон сынык бөлүктөрүнүн ичкери карай жылышы көрүнөт.

Бет сөөктүн сыныгы — бул анын жогорку жаак, маңдай жана чымчык сөөк өсүндүктөрү менен чогуу турган байланыштардан ажыратылышы. Неогнестрель жаракаттарда бет сөөктүн дене бөлүгү адатта сынбайт.

Жаракаттан улам бет сөөктүн денеси артка жана ичкиге жылышат; кээде бөлүктүн өзөк боюнча айланышы, жогорку жаак көңдөйүнө кириши жана алды бет дубалынын бузулушу менен коштолот. Бул учурда көңдөйдүн былжыр челинин үзүлүшү жана мурундан кан агуу байкалат.

Бейтаптар кээде **көздүн астындагы (подглазничный) нервдин иннервация аймагында сезүү жоготуу**, төмөнкү көз боюнун тегизделүүсү (деформация), айрым учурларда **диплопия**га (диплопия — көзгө кош көрүнүү) даттанышат. Бул бет-орбиталык комплекстин жаракатынан жана көз алмасынын жылышынан келип чыгат, мындай бейтаптардын 37% учурайт.

Пальпацияда төмөнкү көз боюнун четинде «кабат» симптомун аныкташат, кээде көз алмасы склерасына кан куюлушу, көз үстүндөгү гематома пайда болушу мүмкүн. Перкуссияда (тыкылдатып көрүүдө) «сынык идиш үнү» (Малевич симптом) байкалат. Жаракаттын мүнөзү жана жайгашкан жери рентген менен аныкталат: аксиалдык жана түз (обзордук) сүрөттөр алынат. Эң так диагностика ыкмасы — компьютердик томография.

Эски сыныктарда **төмөнкү жаакта контрактура**, **көз алдындагы (подглазничный) нервдин неврит**, **травматикалык гаймарит**, **туруктуу диплопия** сыяктуу кыйынчылыктар пайда болушу мүмкүн.

Дарылоо — сынган арка же сөөктү операция жолу менен ордуна келтирүү, адатта стационарда жүргүзүлөт, сейрек учурда амбулатордук шартта да мүмкүн.

Жогорку жаак сөөктөрүнүн сыныктары

Жогорку жаак сөөктөрүнүн сыныктары эң оор жаракаттарга кирет. Ок атылбаган жаракаттар адатта катуу, тупой буюм менен механикалык таасирден келип чыгат. Сөөктөрдүн бөлүктөрүнүн жылышы соккунун багытына жараша болот. Бейтаптын абалынын оордугу негизги сөөктөрдүн, этегинин, челдин лабиринтинин, орбитанын, мурун сөөктөрүнүн, жаңак сөөктөрүнүн жана жогорку жаак пазухаларынын дубалдарынын жабыркашынын деңгээлине байланыштуу.

Сыныктын жаракалары жаактын дээрлик каалаган бөлүгүндө жайгаша алат, бирок негизинен бекемдиги төмөн аймактар аркылуу өтөт, башкача айтканда, үстүңкү жаактардын өз ара же бет жана баш сөөгүнүн башка сөөктөрү менен кошулган жерлеринде пайда болот. Үстүңкү жаактын сыныктарында мээни каптап турган катуу кабыкчаны жабыркатуу коркунучу бар, бул менингиттин пайда болуу мүмкүнчүлүгүнүн жогорулашы менен коштуу.

Үстүңкү жаактын сыныктарынын ичинен жараканын жайгашкан деңгээлине жараша эң көп кездешүүчү үч түрү айырмаланат:

Жогорку жаактын сыныктарында адатта үч түрү айырмаланат, сыныктын жаракаларынын жайгашкан деңгээлине жараша:

Le Fort сыныктары — беттин ортоңку бөлүгүндө татаал сыныктар тобу, алардын дарылганы бет скелетинин структуралык опорлорунун анатомиясын түшүнүүнү талап кылат.

Бул сыныктарды дарылоо **ачык экспозицияны жана сөөктөрдүн так анатомиялык кайра түзүлүшүн** камтыйт, бул беттин формасын жана функциясын калыбына келтирүүгө багытталган.

I тип – жогорку жаактын денесинин альвеолярдык өсүндүктүн үстүнөн сыныгы; сынык алмурут сымал өсүндүктүн негизинен канат сымал өсүндүктөргө чейин өтөт.

II тип – жогорку жаактын толук ажыратылышы; сынык жаракасы лобно-мурун сөөк чоюнунун бойунан, андан ары көздүн ички дубалы аркылуу, скуло-жаак швунан жана крыловиддык өсүндүктөргө чейин өтөт.

III тип – эң оор түрү, бет сөөктөрүнүн мээ сөөктөрүнөн толук ажыратылышы менен мүнөздөлөт, көп учурда мээнин негизги сөөктөрү жабыркайт.

Үстүңкү жаактын сыныктарындагы клиникалык көрүнүштөр ар түрдүү болот жана биринчи кезекте жаракаттын оордугуна жана жайгашкан жерине жараша аныкталат.

Жаактын альвеолярдык өсүндүсүнүн үзүлүп кетишинде (**сыныктын 1-тиби)**, айрыкча жарым-жартылай бөлүнгөндө, бейтаптын жалпы абалы канааттандырарлык бойдон калышы мүмкүн. Сыныктын жаракасы адатта тиш тамырларынын учтарынан жогору өтөт, ал эми сынык бөлүк сокку күчүнүн багытына жараша жылат. Бейтаптар ооруну, кан агууну, тиштердин кыймылдаганын, жаакты бириктире албай калганын, чайноо жана сүйлөө функцияларынын бузулушун айтып даттанышат.

Бейтаптарды караганда, жогорку эрин шишиги жана гематома, ооздон кан жана сиңирүү, альвеолярдык өсүндүктүн жылган бөлүгүндөгү былжыр челдин жаракалары, ал жактагы тиштердин тамырларынын көрүнүшү байкалат. Тиштер кыймылдуу. Альвеолярдык өсүндүк толук ажыратылып төмөн жылганда, жогорку эрин узарып, мурун-эрин бырышы тегизделип, бардык тиштердин аймагында ооздун преддвериясынын (кире беришинин) былжыр челине кеңири кан агуу пайда болот.

Скулоальвеолярдык кыры алынган учурда сынык жаракасыбоюнча сөөктүн чыгып турган жерлери аныкталат. Канат сымал өсүндүктөргө эки манжа менен басканда (Герен симптом) сынык жаракасында оору пайда болот. **II тип (жаак-беттин ажыратылышы)**: бейтаптын абалы орто оор же оор. Бул типтеги жогорку жаак сынығы адатта **мээ титиреөсү**, кээде мээ жанчылышы менен коштолот. Бейтап эссиз болушу мүмкүн. Адатта оору, ооздон жана мурундун ичинен кан агуу, көз астындагы нервдин иннервация аймагында сезүү жоголушу, кээде диплопия байкалат.

Бейтапты караганда, ооз ачылып калган, анткени жогорку жаак төмөн жылганда тиштер молярлар аймагында гана тийишет. Көз астындагы аймактагы жана жогорку эриндердеги былжыр ткандары шишип, төмөнкү көз капкагынын гематомасы пайда болот. Мурдун түбү жана көздүн төмөнкү четинде «кадам» симптому менен крепитация байкалат.

Оозду караганда, премолярлар жана молярлар аймагында ооздун кире беришиндеги (эриндерде) былжыр челине кан агуу көрүнөт. Скулоальвеолярдык кырыны пальпация кылганда, сөөк чыгып турган жерлер аныкталат. Канат сымал өсүндүктөргө басканда бейтаптар оору күчөгөнүн айтып, төмөн жылган сөөк фрагменти жогору жылып, бет жана мурдун орточо узундугу кыскарарын байкайт.

Жаак-беттин ажыратылышында (3-түр сынык) бейтаптын абалы дайыма оор. Бул жаракат баш сөөк түбүнүн сынығы, травматикалык шок менен оорлошуусу мүмкүн. Мындай учурларда абалы өтө оор деп бааланат. Бейтап адатта аң-сезимсиз абалда болот.

Бейтапты караганда, ооздон, мурдунан жана кулактан кан агуу, мүмкүн ликворея (мээ суюктугунун агышы) байкалат. Беттеги жумшак ткандар, айрыкча жогорку эрин жана самай аймагында шишип турат. Көз капкагында гематомалар – «чоңойгон көз айнек» симптому пайда болот. Бет узунчалык формасын алып, ооз ачылып калган.

Пальпация менен мурундун сөөктөрүнүн крепитациясы, көздүн сырткы четинде жана бет сөөктүн жаасында (скуловой дугада) сөөктөрдүн тегиз эместиги аныкталат. Герен симптому оң. Рентгенография учурунда бейтапка болжолдуу суроттор (обзорные снимки) жасалып, аксиалдык суроттор жана черептин суроттору алынып, компьютердик зонография жүргүзүлөт.

Жогорку жаактын сыныктары менен келген бардык бейтаптар, альвеолярдык өсүндүктүн бөлүкчөлүү сыныктары болгондорду, алардын фрагменттери катуу жылбагандыгын жана мээнин сотрясениясы менен оорлошпогон учурларды кошпогондо, дайыма стационар шартында дарыланат.

Бейтаптарга биринчи жардам көрсөтүлгөндөн кийин – кан токтотуу жана сөөк фрагменттерин транспорттук иммобилизациялоо – бейтаптарды жатып жаткан абалда санитардык транспорт менен жеткиришет. Бейтаптарга тиштерин тыгыз тийип жабууну сунуштап, төмөнкү жаакты тегеректүү таңуу менен бекитишет.

Стационарда фрагменттерди дарылоочу иммобилизация жасалып, катуу төшөк режим, антибактериалдык, дегидратациялоочу, жалпы чыңдоо жана

симптоматикалык терапия дайындалат. Остеосинтезди жасоо үчүн жасалма төмөн профилдүү мини-пластиналарды жашыруун кесүүлөр аркылуу колдонуу керек, бул операциядан кийинки узак мөөнөттүү орточу жаак фиксациясын азайтат. Дайындалган сөөк опораларды орнотуу жана орточо беттеги жумшак ткандарды кайра бекитүү оң натыйжаларды камсыз кылып, татаалдыктарды азайтат.

Альвеолярдык өсүндүктүн бөлүкчөлүү сыныктары болгондо, фрагментти манжа менен туура абалга келтирип, андан соң назубдук темир шина-скоба же эки параллелдүү шина колдонулат. Ошондой эле шина-каптар колдонулушу мүмкүн. Фрагментте калган тиштер алардын бекемделишине жараша дарыланат.

Төмөнкү жаактын сыныктары

Төмөнкү жаактын сыныктары – денеси, бутактары жана альвеолярдык бөлүгү боюнча айырмаланат.

Төмөнкү жаактын сыныктарынын классификациясы

1. Жергиликтүүлүгүнө карата:
Төмөнкү жаактын денесинин сыныктары:

Чоң тиштер аралыгы (кенен тиштен кенен тишке)
Жан жак (кенен тиштен экинчи молярга чейин)
Төмөнкү жаак бурчунун аймагы

Төмөнкү жаактын телосунун сыныктары:

Венечный (Таажы) өсүндү аймагында

Мышелковый (Муунак) өсүндүн негизинде

Мышелковый (Муунак) өсүндүн моюнчасы аймагында

Мышелковый (Муунак) өсүндүн башы аймагында

2. Сынык сызыктарынын саны жана фрагменттердин жайгашуусу боюнча:

Бирдигине жана экилигине
Көптөгөн
Майдаланган

3. Фрагменттердин өз ара абалы боюнча:
Толук сыныктар: жылбаган жана жылган фрагменттер менен
Толук эмес сыныктар (чачык)

4. Жумшак ткандардын абалына карата:

Ачык жана жабык

5. Күчтүн багытына карата:

Түз жана чагылган

6. Сыныктын келип чыгуу механизми боюнча:

Травматикалык, патологиялык жана ятрогендик

Төмөнкү жаактын денесинин сыныктары булчуң өскөн жердин негизинде пайда болушу мүмкүн. Төмөнкү жаактын денесинин сыныктары көбүнчө бурч аймагында, премоляр, клык (ит тиш) жана чукура (подбородок) бөлүктөрүндө кездешет. Алар бирдиктүү, экидиктүү, көптөгөн же майдаланган болушу мүмкүн, фрагменттер жылбаган же жылган абалда болушу мүмкүн.

Жарылгандар тамак жей албоо, сүйлөөдө кыйынчылык, ооздон кан агуу, оору жана кээде түшкү тамакты жутууда кыйынчылык болору жөнүндө даттанат.

Оорунун текшерилиши жараланган сөөгү текшерүү менен жүргүзүлөт. Чукура же денесинин сыныгы шектелгенде төмөнкү жаакты сол колдун манжалары менен төмөндөн кармашат: биринчи манжа сол бурчка, экинчи манжа оң бурчка коюлат. Манжаларды жай жылдыруу менен жеңил басым жасалганда сынык сызыгында оору сезилет.

Дене же бутактын арткы бөлүгүндө сынык бар деп шек саналса, бул симптомду биринчи манжаларды оорулуу адамдын чукурасына басуу аркылуу, ал эми калган манжаларды самай аймагына жайгаштырып текшеришет.

Оорулуунун сырткы угуу каналдарына киргизилген экинчи манжалар менен жаак баштарынын синхрондуу кыймылдары аныкталат. Эгер алардын бири артта калса, бул мурун же муунак өсүндүктүн негизиндеги сынykка сигнал берет.

Пальпацияда сөөк “бош” сезилсе, бул муунак өсүндүктүн сыныгы менен коштолгон чыккынчылыкка далил болуп саналат.

Төмөнкү жаактын сыныгы тиш тилкесинен өткөн учурда чоң фрагментте үстүңкү жаак тиштери менен контакт түзбөйт. Жараланган аймакта кан агып жаткан былжыр челдин жыртылышы көрүнөт. Сынык сызыгынын жанындагы тиш көбүнчө кыймылдуу болот.

Жаактын бир тараптуу бутак сыныгында, фрагменттердин жылышы менен коштолсо, ортодогу орток кескичтердин ортосундагы түз сызык сынык жакка жылышы аныкталат. Кээде мында тиштин туура келишинде бузулуу болушу мүмкүн.

Эки тараптуу бутак сыныктарында, фрагменттер жылышса, ачык тиш смыктыгы пайда болушу мүмкүн: молярлар гана эки тарапта жабылат, ал эми алдыңкы тиштердин кесүүчү беттери ортосунда аралык пайда болот. Рентгенографияда төмөнкү жаактын түз (жалпы) жана эки жактан рентген сүрөттөрү жасалат.

Эрте бузулууларга туруктуу эмес травматикалык контрактуранын пайда болушу кирет. Эки тараптуу чукура бөлүктүн сыныктары тилдин түшүшү жана дем алуу кыйынчылыгы менен коштолушу мүмкүн. Сөөк-нервдик топтун жаракаттарында кан агуу жана күчтүү оору жаралат. Андан кийин

травматикалык остеомиелит жана жаак айланасында флегмоналар пайда болушу мүмкүн.

Биринчү жардам кан агууну токтотуу, тилдин түшүүсүн алдын алуу жана жаакты транспорттук иммобилизациялоо менен камсыз кылуудан турат.

Жаак сынык алган бейтаптарды **дарылоо**, адатта, стационарда жүргүзүлөт, анткени төмөнкү жаак сынығы көп учурда гематомалардын пайда болушу, үч мүчөлүү нервдин тармактарынын жаракат алышы, мээ чайкоосу, гипопротеинемия, поливитамин жетишсиздиги менен коштолот жана сынык инфекциялык-сезгенүү оорулар менен татаалдашышы мүмкүн.

Дарылоо жаак сынығынын щелкасынан тишти чыгаруу, фрагменттерди туура салыштыруу жана бекемдөө менен жүргүзүлөт. Бул көбүнчө госпиталдык шартта жасалып, остеосинтез үчүн мини-пластинкалар жана винттер колдонулуп, ооз ичинен кирүү жолу менен жүргүзүлөт же болот зымдар менен шина коюлат.

Бейтаптарга физиотерапиялык, бактерияга каршы, жалпы чыңдоо, гипосенсибилизациялоочу жана симптоматикалык дарылоо дайындалат; мээ жаракаттары менен коштолгондо дегидратациялык терапия колдонулат. Тамактар суюктук же майдаланган, витаминдүү болушу керек. Амбулатордук дарылоо үчүн бейтаптарды стационардан чыгарууда башталган дарылоону улантуу сунушталат.

Стационардан чыгарылган соң бейтаптын эмгекке жараксыздыгы 3 жумага чейин сакталат. Божомол (прогноз) – жагымдуу.

Жаак-мурундун ткандарынын жаракат алгандан кийинки татаалдашуулары

Классификациясы

1. Жаракат учурунда түздөн-түз пайда болгон:

Асфиксия, кан агуу, травматикалык шок, кан тамырлардын эмболиясы
Сүйлөө, жутуу, дем алуу функциясынын бузулушу

2. Эрте өтүшүп кетүүлөр:

Кийинки кан агуу, теринин астындагы эмфизема, организмде суу-электролит балансынын курч бузулуусу
Дем алуу жетишсиздигинин курч жогорулашы, дем жолдору толук ачык болгондо

3. Кеч өтүшүп кетүүлөр:

Жүргүзүлгөн инфекциялык процесс (флегмона, абсцесс, остеомиелит ж.б.)
Өпкө-бронхтук татаалдашуулар
Гангрена, селейме
Тырыктуу өзгөрүүлөр
Жегенден кийинки булчуңдардын контрактурасы
Жалаңак кыймылдуу бирикменин пайда болушу (ложный сустав)

Свищ каналдарынын пайда болушу
Нервдик структуралардын жабыркашы – невралгиялар, парездер, невропатиялар, параличтер, парестезиялар, гиперэстезиялар

Тынчтык учурундагы жаракаттарда асфиксия сейрек кездешет. Эң көп кездешүүчү түрү – дислокациялык асфиксия, ал төмөнкү жаактын ээк бөлүгүндө эки кабаттуу сынуу болгондо, сынган фрагмент жылып, тилдин түшүп кетишинен пайда болот. Бул татаалдашуунун алдын алуу үчүн төмөнкү жаак фрагменттерин транспорттук иммобилизациялоо, тилди лигатура (жип) менен бекемдөө жана жабырлануучуну бет-жерге каратып ташуу сунушталат.

Обтурациялык асфиксия – жогорку дем алуу жолдорунун кан токтому же чет зат менен жабылышынан пайда болушу мүмкүн. Эс-учун жоготкон абалдагы жабырлануучунун оозун карап, кан токомдорду же чет заттарды алып салуу менен бул татаалдашуунун алдын алууга болот.

Клапандык асфиксия – зыянданган шырыштын клапан сыяктуу жабышы менен кекиртектин киришинин жабылышынан пайда болот. Бул татаалдашууну алдын алуу үчүн зыянданган лоскутту тигиштер менен бекемдөө же анын бөлүгүн кесүү сунушталат.

Стеноздук асфиксия – жогорку дем алуу жолдорунун шишик же гематома менен басылышынан келип чыгышы мүмкүн.

Аспирациялык асфиксия – бессознательный абалдагы жабырлануучуларда кускан заттар же кан дем алуу жолдоруна киргенде пайда болот. Ооруну дарылоодо дем алуу жолдорунан бул заттарды сордуруу талап кылынат.

Төмөнкү жаак жана бет ткандары жаракат алган учурда пайда болгон биринчи кан агуу көп учурда олуттуу коркунуч жаратпайт, эгерде ал чоң кан тамырды бузгандан келип чыкпаса, андайда кан тамырды байлоо зарыл. Бирок бет скелетинин сынууларында фрагменттердин жылышынан кичине кан тамырлардын жарылышы мүмкүн, кан агуу көрүнбөй калышы мүмкүн, бирок узакка созулуп, олуттуу кан жоготууга алып келет.

Канды токтотуу ыкмалары

Хирургиялык же механикалык ыкмалар:

Тамырды манжа менен басуу
Жара бетине тампон коюу же басымдуу байпак колдонуу
Мүчөлүк кан агуудан алдын алуу үчүн мурундан же арткы тампонада коюу
Жарадан тамырды байлоо
Тамырды бойдон байлоо: тил жана бет артериясы, сырткы, ички жана жалпы манжыт артериялары

Физикалык ыкмалар:

Жергиликтүү гипотермия колдонуу
Электрокоагуляция

70°С ысык изотоникалык натрий хлориди эритмеси менен салфеткаларды колдонуу

Биологиялык жана химия-биологиялык ыкмалар:

Жалпы таасир көрсөткөн заттар:

а) Спецификалык препараттар: фибриноген, протромбин комплекс

б) Специфик эмес препараттар: викасол, памба, кальций глюконаты, 10% кальций хлориди эритмеси, Σ-аминокапрон кислотасы, витаминдер К, Р, дицинон (натрий этамзилаты 12,5%), натрий тиосульфаты

Жергиликтүү таасир көрсөткөн заттар:

а) Спецификалык препараттар: тромбин, тромбопластин, фибриноген, изогендик фибрин пленкасы, коллаген гемостатикалык губка

б) Специфик эмес препараттар: желатин губка

в) Кошумча каражаттар: биологиялык антисептик тампон, аутоплазма менен инъекциялоо

Транспорттук иммобилизация

Зарылчылыкка жараша жабыркаган жаактын сөөгүнүн фрагменттерин иммобилизациялоо биринчи жардамдын маанилүү бөлүгү болуп саналат. Оңой жана убагында жүргүзүлгөн иммобилизация жаак сөөгүнүн сынуусунун кесепеттерин алдын алат, кан кетүүнү азайтып, оору сезимин төмөндөтөт. Иммобилизация дислокациялык асфиксиянын пайда болуусун алдын алат жана дарылоонун жакшы натыйжасын камсыздоого негиз болот.

Жогорку жаак сынган учурда иммобилизациялоо (дарылоо):

Убактылуу (транспорттук)

Гиппократтын тегерек баш-аяк байпагы

Стандарттык транспорттук байпак (шапочка, праща, эластик тартуулар)

Померанцев-Урбанская жумшак подбородок пращасы

Калакча-шина же ички эмес таякчалар менен протездер

Туруктуу (дарылоо)

Збарж аппараты менен фрагменттерди бекемдөө

W.H.Adams (1942) жана Зуев (1988) ыкмалары менен бекемдөө

Киршнер таякчалары менен остеосинтез по Макиенко (Le Fort I, II, III)

Ачык остеосинтез (рамкалар, пластиналар жана мини-пластиналар винттер менен)

Төмөнкү жаак сынган учурда иммобилизациялоо (дарылоо):

Убактылуу (транспорттук)

Гиппократтын тегерек баш-аяк байпагы

Стандарттык транспорттук байпак (шапочка, праща, эластик тартуулар)

Померанцев-Урбанская жумшак подбородок пращасы

Жаактар аралык лигатура менен байланыш

Туруктуу (дарылоо)

Тишке шины (жалпы, лента түрү – Васильев жана башкалар)

Тиш-джунгли шины (Вебер, Ванкевич)

Жогорку джунгли шины (Порта)
Ачык остеосинтез (рамкалар, пластиналар жана мини-пластиналар винттер менен).

Биринчи жардам көрсөтүүдө убактылуу иммобилизациянын ыкмалары

Биринчи жардам көрсөткөндө эң жеткиликтүү жана жөнөкөй убактылуу иммобилизация ыкмасы – кадимки праща түрүндөгү байпак. Эгерде бинт (жеке пакет) жок болсо, трикуттуу шакек түрүндө бүктөлгөн кездеме лоскут колдонулушу мүмкүн.

Праща түрүндөгү байпак төмөнкү жана жогорку жаакка жаракат алганда колдонулушу мүмкүн. Жогорку жаак жаракат алганда, төмөнкү жаак тиштерди сымбаттаганда байпак менен бекемделет, бул жогорку жаактын түшүп кеткен фрагменттерин колдоого жана алардын жылышын алдын алууга мүмкүндүк берет.

Төмөнкү жаактын сынган учурда убактылуу иммобилизация үчүн жаак формасына ылайык бүктөлгөн шина-праща (картон, жука темирден жасалган) колдонулушу мүмкүн. Бинт же лента менен баштын чокусуна бекемделген стандарттык шина-праща фрагменттерди жылыштан жакшы кармайт.

Көчүрүүдө жана транспорттоодо жабыркаган адамдын туура абалы ар кандай оорулардын алдын алуу үчүн чоң мааниге ээ.
Перелом алган бейтаптын оозунда топтолгон куурук, кан аспирацияланып, асфиксияга себеп болушу мүмкүн. Асфиксия тобокелдиги өзгөчө аң-сезими жок бейтаптар үчүн коркунучтуу. Ошондуктан бейтаптын абалы слюналар жана кан дем алуу жолуна агышын болтурбоого ылайыкташтырылышы керек.
Бет скелетинин, өзгөчө жогорку жаактын, сынган бейтаптары горизонталдуу абалда (түз жаткан абалда) ташылышы керек. Бейтапты курсак менен жаткырып, бетин ылдый каратып, көкүрөккө бүктөлгөн кийим, тыгыз роликтер, маңдайына катуураак колдоо коюу керек. Бул абалда аспирация жана асфиксия толугу менен алдын алынат.
Эгер мындай абалды түзүү мүмкүн болбосо, бейтапты аркасына жаткырышат, бирок башын сөзсүз жанга бурган абалда коюш керек.

Транспорттоочу медициналык персонал бейтаптын абалына жана ордуна дайыма көзөмөл жүргүзүшү зарыл. Асфиксиянын алдын алуу үчүн зарыл болгондо бейтаптын тили бекемделиши керек.

Бет-жаак, мурун аймагындагы жаракат алган бейтаптарды кароо

Бет-жаак, мурун аймагында жаракат алган бейтаптарды туура жана системалуу кароо дарылоо натыйжасын жана процесстин жыйынтыгын чоң өлчөмдө аныктайт. Бул жаактар жабыркаганда же ооздун ичинен кирген жаракаттарда ооздун табигый өзүн-өзү тазалоо процессин бузганы менен түшүндүрүлөт. Азык калдыктары, кан коагулалары (уюган кандар), некроздонгон ткандар ооздогу микроорганизмдердин таасирине дуушар болот.

Ириңдөө процесси жаракаттын айланасын начарлатат жана оорлотот. Экинчи даражадагы кан агуу, аспирациялык (гнилосттук) пневмониялар,

травматикалык жаак остеомиелити, флебит жана бет веналарынын тромбозу көбүнчө оозду туура кароонун жоктугунан келип чыгат.

Оозду тазалоо:

Азык калдыктарын жана коюуланган кан калдыктарын кетирүү үчүн оозду фурациллин (1:5000) же 0,1% калий перманганатынын (свет-корал түстөгү) чечими менен көп жолу чайкап тазалоо керек.

Чайкоо үчүн көбүнчө Эсмарх кружкасы же резина баллон колдонулат. Бул көп бактерияларды жууп чыгып, сезгенүүнү чектеп, жаракат процессинин оорлоп кетишинин алдын алат.

Кыйын абалда бейтап үчүн оозду ирригацияны медайым жүргүзөт. Оорунун басаңдоосунда бейтап өз алдынча чайкай алат. Бул процедура тамак ичүүдөн мурун сунушталат жана сөзсүз тамактан кийин, ошондой эле уктоо алдында жүргүзүлөт.

Эгер чайкап тазалоо менен тиштин ортосундагы жана шина астындагы калдыктар кетпесе, пинцет жана тиш таякчасы колдонулуп, андан соң кайрадан оозду суу менен чайкаш керек.

Көрсөтмө болгондо ооздун жана тилдин шырынын марля шариктери менен, перекись водорода чечими менен сүртүүгө болот.

Өпкө ооруларынын алдын алуу:

Төмөнкү жаак жаракат алганда жутуу кыйла бузулат, ошондуктан аспирациянын алдын алуу үчүн бейтапты жарым отурган абалга коюу керек.

Жаракат алган бейтаптарда шилекей нормадан көп бөлүнөт (кээде 1500–2000 мл/күн). Гигиеналык максатта, жактын астына (черептин куполу аркылуу) резина же полиэтилен баштык—(слюноприемник) бекитилет.

Терини майдалоонун алдын алуу үчүн жаракат аймагын Лассар пастасы менен иштетүү керек.

Психологиялык аспектилер:

Жаракат алган бейтаптар жалпы жаракат алган бейтаптардан көп айырмаланбайт, бирок беттин олуттуу жаракаттары моралдык жактан оор кабыл алынат.

Беттин бузулушу көпчүлүк бейтаптарда психикалык травма жаратат, депрессияга алып келиши мүмкүн.

Жутуу, тамактануу, сүйлөөгө, дем алууга байланыштуу функционалдык бузулуулар косметикалык дефект менен айкалышса, бейтапта өзү жарабайт деген ой пайда болуп, социалдык изоляцияга алып келиши мүмкүн.

Мындай учурда кызматкерлер бейтапка дарылоо натыйжалуу экенин, сүйлөө жана жутуу функцияларынын калыбына келе турганын түшүндүрүп, үмүт берүү абдан маанилүү.

Жумшак жана жылуу мамиле психикалык бузулуулардан коргойт жана бейтапка сакайганга ишеним берет.

Стоматологиялык бейтаптарды тамактандыруу

Ар кандай оорулар, өзгөчө бет-жаак жана мурун аймагындагы жаракаттар, тамактанууну ар кандай деңгээлде бузушу мүмкүн. Сезгенүү процесстери, жаракаттар жана кээде хирургиялык аракети бейтапка кадимки

тамакты кабыл алууга тоскоолдук жаратышы мүмкүн. Кеңири жаак-мурун жаракаттары болсо, ооз аркылуу тамактанууну толугу менен мүмкүн эмес кылат. Ошондуктан мындай бейтаптар үчүн тамактанууну уюштуруу абдан маанилүү.

Жутуу кыйралганы менен тамакты суюк абалда даярдоо керек. Мисалы, эт, жарма механикалык түрдө майдалонот жана белгиленген пропорцияда сорпого аралаштырылат. Нан кургатылып, токочто майдалоодон кийин гана сүт же сорпого кошулат. Тамак жогорку калориялуу жана витаминдерге бай болушу керек. Мындан улам рационго май, жумуртка, туз, жашылча-жемиштердин ширелери жана башка азыктар кирет. Тамактын консистенциясы каймактай болушу керек, өтө катуу тамакты даярдоо бейтапты тамактандырууда кыйынчылык жаратышы мүмкүн.

Тамактануу сезими калорияга гана эмес, тамактын көлөмүнө да байланыштуу. Ошондой эле, тамактын сиңирилиши жана перистальтика нормалдаштыруу үчүн ашказан тамак менен толтурулушу маанилүү.

Бейтапты тамактандыруу 20–30 см узундуктагы резина түтүктү койгон поильник аркылуу жүргүзүлөт. Оозду дезинфекциялап ирригациядан кийин тамак берүү башталат. Резина түтүк тилдин тамырлары деңгээлине жеткирилет. Поильникти ийип тамак оозго түшөт. Бейтаптын чачкан жоктугу үчүн, тамактын бир дозасы резина түтүктү манжалар менен кысуу аркылуу жөнгө салынат.

Дозанын көлөмүн жана тамак берүү ыкмасын жөнгө салып, стоматологиялык бейтаптарды тамактандыруу жүргүзүлөт. Алгач кыйынчылык жаралышы мүмкүн, бирок бейтаптар тез эле көнүп, өз алдынча тамактанууга үйрөнүшөт.

Эгер оозду ача албай турган болсо (межчелюсттик байланыш, сынык, төмөнкү жаактагы тризм), түтүк тиштердеги жаракка же акыркы тиштин артынан киргизилет.

Эң чоң кыйынчылык – ооздун түбү, жогорку жаак жабыркаган бейтаптарды тамактандыруу. Бул учурда тамак ичке зонд же катетер аркылуу төмөнкү мурундун жолунан жогорку өпкөгө киргизилет. Өтө сейрек учурларда тамакты түздөн-түз ичегиден же гастростома аркылуу берүү мүмкүн.

Экинчи дүйнөлүк согуштагы жана бейтаптарды бейпил учурларда дарылоодогу тажрыйба көрсөткөндөй, туура уюштурулган тамактануу бейтаптарга керектүү азыктарды жеткирүүгө жардам берип, арыктоо белгилерин алдын алат. Оозго кирген жаракаттарда шилекей бөлүнүүсү көбөйгөндүгүнө байланыштуу, организмдин суусузданууусун алдын алуу үчүн эвакуациянын баштапкы этаптарынан баштап поильник менен суу берүү керек.

Туура уюштурулган стоматологиялык бейтаптарды тамактандыруу алардын тез сакайышына өбөлгө түзгөн эң маанилүү факторлордун бири болуп саналат.

Октон жабыр тарткан жааак-бет, мурун аймагындагы жаракаттардын өзгөчөлүктөрү.

Предметке заманбап көз караш.

Өтө жогорку энергиясы бар ок атуучу снаряддар (миңдеген джоуль менен өлчөнөт) адамдын ткандарын, өзгөчө бет-жаак аймагын жаракаттандыруу жагынан ок атуучу эмес травмалардан маанилүү айырмачылыктарды пайда кылат. Бул айырмачылыктар согуштук шарттарга жакын шарттардагы травмалардан (мисалы, жардыруулардан) тышкары каралат.

Замандын криминалдашуусу шартында, Россияда көп сандагы катталган жана катталбаган куралдар болууда, регионалдык жаңжалдар жана террордук актылар тобокелдиги дайыма бар. Натыйжада бейпил жана согуштук убактагы травмалардын чек арасы акырындык менен жоголуп баратат. Ошондуктан, бүгүнкү күндө жүзүн жана бет-жаак аймагын жабыркаткан ок атуучу жаракаттар менен (мисалы, “жарандык курал”: газ пистолеттери, резин атуучу куралдар ж.б.) ар бир медициналык кызматкер жолугушуусу мүмкүн, жана аскердик-алаңдык жак-мурун хирургиясынын негиздерин билбестен бул кырдаалды профессионалдык деңгээлде башкаруу кыйын.

Жаак-мурун жаак аймагындагы ткандарга чоң кинетикалык энергиясы бар снаряд (ок, сыныктар ж.б.) тийгизген таасир төмөнкүлөргө алып келет (орточо эсептелген сценарийде):

Терең жаракат каналынын пайда болушу (кээде бүтүндөй тешип өтүүчү жаракатка чейин);

Снаряддын чачырандыларынан жаракат алган органдар жана ткандардын оор жаракат алуусу (сөөк сыныктарынын чачырандылар менен сынышы, жумшак ткандардын эзилип кетиши ж.б.);

Жаракат каналынын четинде молекулярдык чайкалуу зоналарынын түзүлүшү (контузия), алар начар шарттарда некротизацияланып, бузулуу аймагын көбөйтүп, кыйынчылыктарды пайда кылышы мүмкүн (кеч кандын агышы, ок атуучу остеомиелиттер, шишиктер ж.б.);

Бет скелетинин сөөк сыныктарынын экинчи даражадагы жаралоочу снаряддарга айланышы, бул өз кезегинде ткандардын жабыркаган аймагын кеңейтет;

Көз жана мээ сыныктарын түз жаракат албаган учурдагы контузиясы жана аларга тиешелүү учурдагы жана узак мөөнөттүү кесепеттери.

Мындан тышкары, көпчүлүк ок атуучу жаракаттар баштапкы стадияда күчтүү булганган жана баштапкы инфекцияланган болуп эсептелет. Анын жарака каналдарында көп учурда ар кандай четки (же четки болуп калган) заттар болот: өзү ок атуучу снаряддар, сөөк сыныктары, тиштер, тиш протездери, кийим-кече сыныктары ж.б., бул болсо инфекциялык-жугуштуу оорунун өнүгүү тобокелдигин бир нече эсеге көбөйтөт.

Жогорудагы фактыларды жана согуштук шарттарда көп учурда жаракат бир эле эмес, бир нече ок снаряддар менен түшөрүн, алар жүздү, моюнду жана башка дене аймактарын жабыркатарын эске алганда, негизги көпчүлүк бет-жаак

аймагындагы ок атуучу жаракаттар—even жалгыз болсо дагы, көпкөй жана аралашкан учурларды айтпаганда дагы—«оор» же «өткө оор» категориясына кирет деп ишеним менен айта алабыз.

Жаак-бет, мурун аймагындагы ок атуучу жаракаттарда квалификациясы төмөн (алгачкы, врачка чейинки, биринчи врачтык) медициналык жардам көрсөтүүнүн принциптери жалпы “тынчтык мезгилиндеги” травмага тиешелүү жалпы кабыл алынган эрежелерге ылайык: кан токтотуу, асфиксияга каршы чаралар, шок менен күрөшүү, жарака инфекциясын алдын алуу, транспорттук иммобилизация, тез эвакуация ж.б. Бирок жаракаттын оордугуна жана медициналык кызматкерлердин, бөлүктүн (батарея, рота, батальон, полк ж.б.) уюшкандыгына жараша жабырлануучулардын тагдыры олуттуу деңгээлде көз каранды.

Кең масштабдуу согуштук аракеттерде негизделген (жана, көрүнүп тургандай, бирден-бир мүмкүн болгон) баскычтуу эвакуация системасында—көптөгөн жарадарлар келген учурда—жарадарлар менен узак убакыт бою квалификациясы төмөн адистер иштейт, ал эми квалификациялуу жана, андан да маанилүүсү, адистештирилген жардам көп учурда кеч жетет. Бул болсо көптөгөн ооруларды жана жабырлануучулардын дарылануу мөөнөтүнүн узарышын, майыптык көрсөткүчтөрүнүн жогорулашын жана терс натыйжаларды жаратат.

Азыркы учурда эң оптималдуу деп XX кылымдын экинчи жарымында жана XXI кылымдын башындагы көптөгөн согуштук конфликттерде апробацияланган “аскердик талаадан операциялык бөлүмгө” системасы эсептелет. Бул схемада жарадар аскер талаасынан (жарака алган соң анын жашоо функцияларын сактап туруучу медициналык жардам көрсөтүлгөндөн кийин) санитардык транспорт менен (көбүнчө тик учак) түз эле бет-жаак хирургиясы бөлүмүнө жеткирилет жана шокко каршы чаралардан кийин квалификациялуу хирургиялык бригада тарабынан дароо операцияланат—максималдуу мүмкүн болгон көлөмдө, анын ичинде остеосинтез жана биринчи стадиядагы ткандардын пластикасы жүргүзүлөт. Бул схема менен дарылоо мөөнөтү бир нече эсеге кыскарып, натыйжалар бир нече эсеге жакшыртат.

Белгилей кетсек ашыкча болбойт, мындай принциптерди жаак-бет, мурун жана моюн аймагындагы жаракаттарда “тынчтык мезгилинде” да колдонуу сунушталат: жабырлануучулар мүмкүн болушунча дароо бет-жаак стационарына жөнөтүлүшү керек, травмпункттарга, травматологиялык же жалпы хирургия бөлүмдөрүнө эмес. Жаракат алган соң алгачкы 6 саат ичинде (күтүлсө, эң кечинде биринчи сутка ичинде) квалификациялуу хирургиялык жардам көрсөтүлгөндө гана “скальпель инфекциядан ылдам болот” жана жарака процесси мүмкүн болушунча кыйынчылыксиз өтүү мүмкүнчүлүгү максималдуу болот.

Негизги адабияттар:

1. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. Практическое руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

2. Базикян Э.А. Пропедевтическая стоматология/ «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
3. Безрукава В.М., Робустова Т.Г. Том 1, 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ М.: Медицина, 2000.
4. Клемин В.А,, Павленко В.А., Арендарюк В.Н. и др.; под. ред. В.А. Клемина. Неотложная помощь в стоматологии / Донецк: Издатель Заславский А.Ю, 2011.
5. Кононенко Ю.Г. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии/ М.: Книга плюс, 2004.
6. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ М.: Медицина, 2003.
7. Стош В.И,, Рабинович С.А.. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
8. Харьков . Л.В. и др. Справочник хирурга стоматолога / М.: Книга плюс, 2003.

Кошумча адабияттар:

1. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. Практическое руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
2. Базикян Э.А. Пропедевтическая стоматология/ «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
3. Безрукава В.М., Робустова Т.Г.. Том 1, 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ М.: Медицина, 2000.
4. Варламов П.Г., Ушницкий И.Д. Методы обследования в ортопедической стоматологии. Учебное пособие. Якутск: Изд-во ЯГУ, 2009. - 101с.
5. Одонтопрепарирование под ортопедические конструкции зубных протезов/под ред. Арутюнова С.Д., Лебеденко И.Ю. – М.: Практическая медицина, 2007- 80 с.
6. Под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджияна. Учебник Ортопедическая стоматология – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 640 с.: ил.
9. Стош В. И., Рабинович С.А.. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

8- сабак. Бет жана моюн ооруларынын одонтогендик жана неодонтогендик сезгенүү оорулары. Классификациясы, клиникалык өзгөчөлүктөрү жана диагностикасы, дарылоо принциптери. Алардын өтүшүүлөрү жана алдын алуу чаралары.

Бет-жаак аймагынын **сезгенүү оорулары** менен ооругандар стоматологиялык поликлиникалардын хирургиялык бөлүмдөрүнө кайрылгандардын жалпы санынын **90%га жакынын** түзөт. Булар негизинен **одонтогендик этиологиядагы** (тиштерден келип чыккан) сезгенүү оорулары менен ооругандар.

Ошондой эле, **шилекей бездеринин сезгенүү оорулары** менен ооругандар чоң топту түзөт. Аларды текшерүүнүн өзгөчөлүктөрү, оорунун ар кандай клиникалык көрүнүштөрүн **диагностикалоонун татаалдыгы**, оорулууларды дарылоонун кыйынчылыгы адистерден жогорку **профессионалдык даярдыкты** талап кылат.

Поликлиниканын дарыгер-стоматологу **үстүңкү жаак көңдөйүнүн (гаймор көңдөйүнүн)** оорулары менен көп жолугат. Үстүңкү жаак синуситтерин **диагностикалоо** адатта кыйынчылык жаратпайт, айрыкча кошумча **рентгенографиялык изилдөө** жүргүзүү мүмкүнчүлүгү болсо.

Оорунун диагнозуна, тандалып алынган дарылоо ыкмасына жана анын көлөмүнө жараша, оорулууну **стационарга (ооруканага)** жаткыруу маселеси чечилет. Көрсөтмөлөр болгон учурда ал жерде, эреже катары, **оперативдик кийлигишүү** жүргүзүлөт. Бирок, бул пациенттерди, ошондой эле шилекей бездеринин сезгенүү оорулары менен ооругандарды, **ооруканадан кийинки мезгилде** жана **медициналык реабилитация** этабында алып баруу белгилүү бир кыйынчылыктарды жаратат.

Неодонтогендик этиологиядагы (тишке байланышпаган) жаак-бет аймагынын жана моюндун **жумшак ткандарынын сезгенүү оорулары** – мисалы, **фурункулдар, беттин карбункулдары, кабылдама сезгенүү (рожа)** ж.б. менен ооругандар өзгөчө көңүл бурууга татыктуу. Поликлиниканын дарыгеринин алардын абалын **объективдүү баалашы** жана **өз убагында**

ооруканага жаткырышы көбүнчө стационардык шарттарда жүргүзүлүүчү дарылоонун жагымдуу натыйжасынын кепилдиги болуп саналат.

Жаак сөөктүн травматикалык этиологиядагы остеомиелити менен ооругандар салыштырмалуу кичинекей топту түзөт. Аларга **амбулатордук шартта** өз убагында жана максаттуу жардам көрсөтүү, оор татаалдашуулардын жана жагымсыз кесепеттердин: жаак сыныктарынын туура эмес биригишинин жана **жасалма муундардын** пайда болушунун алдын алат.

Спецификалык сезгенүү оорулары (актиномикоз, кургак учук, сифилис) менен ооругандар өзгөчө, салыштырмалуу аз сандагы топту түзөт. Бул топтогу оорулууларда ооруну **диагностикалоодо** өзгөчө кыйынчылыктар пайда болот.

Мындан тышкары, дарыгер жаак-бет аймагынын ткандарынын **татаалдашкан сезгенүү формалары** менен кездешиши мүмкүн. Мындай учурларда **диагноз коюу** жана оорулуунун абалын **туура баалоо** гана эмес, ошондой эле анын **өз убагында ооруканага жаткырылышы** жөнүндө маселени чечүү зарылчылыгы туулат. Себеби, бул чечим оорулуунун ден соолугунун, кээде атүгүл **өмүрүнүн сакталышынан** көз каранды болот.

Бул окуу куралынын авторлору **жаак-бет аймагынын сезгенүү ооруларынын** эң толук, рационалдуу жана практикалык классификациясы катары профессор **В.А. Козлов** сунуштаган классификацияны (8.1-таблица) эсептешет.

Таблица 8.1

Бет-жаак аймагындагы сезгенүү ооруларынын классификациясы

Оорунун этиологиясы	**Нозологиялык форма**	**Оорунун өтүшүү мүнөзү**
Одонтогенная	Периоднтит	Курч Сероздуу Ириңдүү
		Өнөкөт Фиброздуу
	Перикоронарит	Өнөкөт Гранулдашкан
	Остеомиелит	Курчугандагы грануломатозддуулук
Многофакторная		Курч
	Үстүнкү жаак	Өнөкөт Чектелген
	Синусит	Өнөкөт Курчугандагы диффуздуулук
		Курч Катаралдык Ириңдүү
	Төмөнкү чыкый жаактын муунунун артрити	Өнөкөт Катаралдык
		Өнөкөт Ириңдүү
	Кулактын жана тилдин астында жайгашкан чоң жана кичине шилекей	Курчугандагы өнөкөттүүлүк

Неодонтогенная **Иринду-сезгенүү ооруларынын өтүшүп кеткендеги татаалдашкан формалары Спецификалык**	бездери Сиалодохит Фурункул (сыздоок) Карбункул (көп ооздуу жара) Сибир жарасы Теринин сезгениши Нома (суулуу рак) Вегенера грануломатозу Флегмона, ириңдүү шишик Бет жана моюн тамырларынын тромбофлебти Ириңдүү шишик Медиатинит Менингит Актиномикоз Туберкулез (кургак учук) Сифилис (котон жара)	Полипоздуу Курч Өнөкөт Курчугандагы өнөкөттүүлүк Курч Өнөкөт Курчугандагы өнөкөттүүлүк

Одонтогендик этиологянын сезгенүү оорулары

Өлкөдө кариес оорусунун алдын алуу боюнча **мамлекеттик программанын жоктугу**, калктын тиштеринин кариес менен дээрлик **100% жабыркашы** шартында, **одонтогендик этиологиядагы** (тиштен келип чыккан) сезгенүү ооруларынын көйгөйүн өтө **актуалдуу** кылууда.

Оорунун өнүгүү механизми

Кариоздук процесс тиштин катуу ткандарын бузуп, акырындык менен тиштин жумшак ткандарынын (пульпа) жана пародонттун **сезгенүү ооруларына** алып келет.

Одонтогендик этиологиядагы инфекциялык оорунун өнүгүү механизминин айырмалоочу өзгөчөлүгү – бул **периапикалдык ткандарда** (тиштин тамырынын учундагы ткандарда) **антигендин критикалык массасынын** акырындык менен топтолушу. Мындай учурда, оорулуунун организми **тышкы кийлигишүүсүз** микробдордун тиш тамырынын каналдары аркылуу айланадагы ткандарга өтүү процессин токтото албайт.

Бара-бара **одонтогендик инфекциянын очогу** пайда болот, ал **өнөкөт түзүлүш** – **гранулёма** түрүндө, же организм менен динамикалык тең салмактуулук болбосо, ткандардын **курч сезгенүүсү** – **периодонтит** же **остеомиелит** түрүндө өнүгөт.

Бул процесс көп жагынан козгогучтун **вируленттүүлүгү** жана **уулуулугу**, ошондой эле организмдин суукка урунушу, физикалык, эмоционалдык **ашыкча чыңалуусу** жана **интеркурренттик оорулардын** (кошумча оорулардын) натыйжасында **иммунологиялык реактивдүүлүгүнүн төмөндөшү** менен шартталат.

Амбулатордук кабыл алуудагы негизги формалар

Амбулатордук кабыл алууда стоматолог кезиктирген сезгенүү ооруларынын негизги **нозологиялык формалары** болуп **периодонтит** жана **остеомиелит** саналат.

Булардын өтүшү **абсцесстин**, **флегмонанын**, **сепсистин** ж.б. пайда болушу менен **татаалданышы** мүмкүн. Мындан тышкары, айрым тиштер жарып чыгып жатканда **перикоронарит** өнүгүшү мүмкүн.

Периодонтиттер

Периодонтиттин аныктамасы

Периодонтит – бул **периодонт ткандарынын** сезгенүүсү.

Периодонт – бул тиштин тамырынын учу аймагындагы **альвеоланын** (жаак сөөгүнүн тиш жайгашкан бөлүгү) **компакттуу пластинкасы** менен **цементтин** ортосундагы мейкиндикте жайгашкан ткандардын жана клеткалардын комплекси. Анын курамына:

Кан-тамыр жана нерв түйүнү;

Тиштин байламта аппараты;

Макрофагдык катардагы клеткалык элементтер;

Эпителий клеткалары кирет.

Периодонтиттин одонтогендик инфекциянын (ООИ) клиникалык көрүнүшүнүн **өз алдынча нозологиялык формасы** катары бөлүнүп чыгышы төмөнкүдөй шарттар менен негизделиши мүмкүн.

Периодонтиттердин классификациясы

Оорунун **клиникалык өтүшүнө**, сезгенүү очогунун **жайылышына** жана **патологоанатомиялык өзгөрүүлөрдүн мүнөзүнө** жараша периодонтиттердин төмөнкүдөй формалары бөлүнөт [Лукомский И.Г., 1958]:

I. Курч периодонтиттер (Острые периодонтиты):

Сероздуу (Чектелген жана жайылган);

Ириңдүү (Чектелген жана жайылган).

II. Өнөкөт периодонтиттер (Хронические периодонтиты): Гранулдашкан (Грануляция ткани пайда болгон); **Грануломатоздуу** (Гранулёма пайда болгон);

Фиброздуу (Тутумдаштыруучу ткандын көбөйүшү менен).

Курч периодонтиттер

Курч сероздуу периодонтиттин клиникасы

Курч **сероздуу периодонтиттин** клиникасы **күчтүү эмес, локалдык ооруу** менен мүнөздөлөт. Бул оору тиштин чайноочу (кесүүчү) бетине басканда же **перкуссиялаганда** (ургулаганда), ошондой эле **ысык тамак жегенде** бир кыйла күчөйт. Оорулууга **тиши уясынан чыгып, узарып кеткендей** сезилет. Тиштерди узак убакытка бириктиргенде (жапканда) оору кыйла басаңдайт.

Тишке жакын жайгашкан **тиштин былжырлуу кабыкчасында** (деснада) сезгенүүнүн белгилери көбүнчө байкалбайт, бирок **регионардык лимфа бездеринин реакциясы** оң болушу мүмкүн: алар кармаганда (пальпациялаганда) бир аз чоңоюп, оорутат.

Рентгенографиялык жактан тиштин **периапикалдык ткандарында** (тамырдын учундагы ткандарда) көрүнгөн **патологиялык өзгөрүүлөр** аныкталбайт.

Дарылоосу: Сероздуу периодонтитти дарылоо адатта **консервативдик** (тишти сактап калуу) жол менен жүргүзүлөт. Тиштин **функционалдык баалуулугу** аз болсо жана протездөөгө колдонулбаса гана, аны **алып салуу** көрсөтүлөт.

Курч ириңдүү периодонтиттин клиникасы

Күчтүү, өзүнөн-өзү пайда болгон, пульсацияланган оору менен мүнөздөлөт. Бул оору **үч ача нервдин** (тройничный нерв) бутактары боюнча **иррадиацияланат** (таралат). Ысык тамак жегенде, оорулуу жатып калганда, тишке кичине тийгенде да күчөп, аны **перкуссиялоодо азаптуу** болуп калат. Оору **туруктуу** мүнөздө болот жана кээде гана кыска убакытка басаңдайт.

Тиштин айланасындагы **жумшак ткандар гиперемияланган** (кызарган), **шишиген** (отечны), тиш бир аз **кыймылдуу** болуп калат. **Регионардык лимфа бездери** чоңойгон, аларды **пальпациялоо** (кармап көрүү) ооруну пайда кылат. **Рентгенограммаларда** тиштин периапикалдык ткандарында көрүнгөн өзгөрүүлөр аныкталбайт.

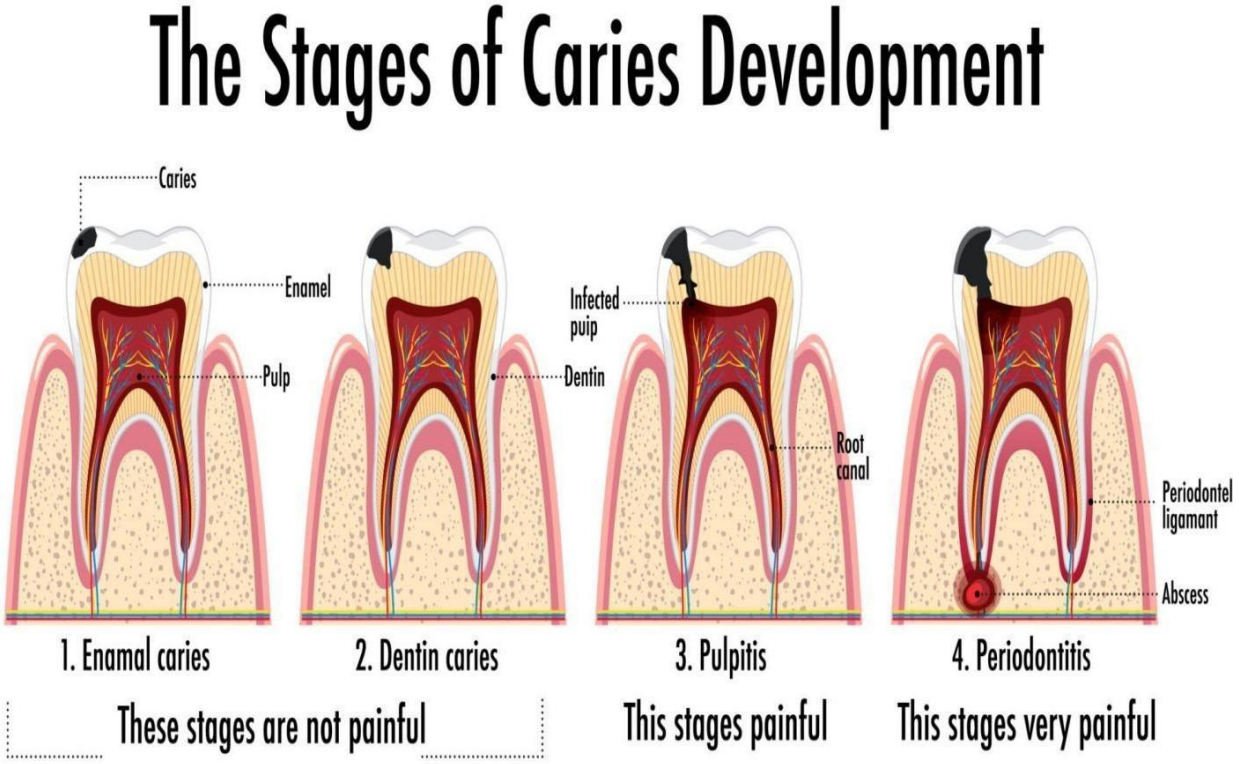
Оорулуунун **ишке жөндөмдүүлүгү төмөндөйт**, бирок курч ириңдүү периодонтиттин өнүгүшүнө организмдин **жалпы реакциясы** жекече болушу мүмкүн. Эреже катары, дене табы көтөрүлбөйт же бир нече ондон бир градуска гана жогорулайт. Канда өзгөрүүлөр болбошу мүмкүн же **таякча ядролуу лейкоциттердин** жана моноциттердин саны көбөйбөй, **анча чоң эмес лейкоцитоз** байкалат. **СОЭ** (эритроциттердин чөгүү ылдамдыгы) да норма чегинде калат. Бирок, айрым оорулууларда **гиперергиялык реакция** болгондо бул өзгөрүүлөр **күчтүүрөөк** болот.

Дарылоосу: Ириңдүү периодонтитти дарылоо, эгерде:

1. Оорулуу организмдин **иммунологиялык туруктуулугу** жетиштүү жогору болсо;
2. "Себепкер" тиштин **коронка бөлүгү** бузулбаса жана анын **функционалдык же эстетикалык баалуулугу** болсо;
3. Жүргүзүлгөн кийлигишүү – **тамыр каналын кеңейтүү** – **ириңдүү экссудаттын** (суюктуктун) **эффективдүү дренажын** камсыз кылып, анын

жайылып кетүү ыктымалдыгын жокко чыгарса, **консервативдик** болушу мүмкүн.

Тескерисинче, **тиш алынып салынат**, бул сезгенүү очогунун **кеңири ачылышына** жетишет. Мындай учурда кошумча дренаждык каражаттарды колдонуу талап кылынбайт, айрыкча оорулуу операциядан кийинки мезгилде дарыгердин көрсөтмөсүн аткарып, ооз көңдөйүн **дезинфекциялоочу эритмелер** менен кылдат чайкаса.



Өнөкөт периодонтиттер

Өнөкөт периодонтит көбүнчө **пародонт ткандарынын** микробдор менен **туруктуу жана узак убакытка созулган инфекцияланышынын** натыйжасында өнүгөт. Микробдор тамыр каналы аркылуу **периапикалдык ткандарга** таралат. Андан сейрек учурларда курч сезгенүү процессинин **натыйжасы** болуп саналат.

Мында пайда болгон **патоморфологиялык өзгөрүүлөр** тиштин периапикалдык ткандарында оорулуу организмдин **реактивдүүлүгү** (коргонуу жөндөмдүүлүгү) менен бир кыйла аныкталат.

Оорунун өтүшү көп учурда белгисиз (белгисиз симптомдор менен), башкача айтканда, белгисиз симптомсуз болот.

Диагностикасы

Диагноз рентгенологиялык изилдөөнүн натыйжалары боюнча коюлат. Рентгенде төмөнкүлөр аныкталат:

Периодонт жаракасынын кеңейиши (фиброздуу периодонтит).

Тамырдын учу аймагындагы **остеорезорбциянын (резорбциясынын) очоктору**:

Тунук же тунук эмес чек арасы менен, диаметри 5 мм (тиешелүү түрдө, гранулдашкан жана грануломатоздуу периодонтиттер).

Дарылоо Принциптери

Дарылоо ыкмасы төмөнкү факторлорго жараша тандалат:

Тиштин **сакталыш деңгээлине**;

Тамыр каналдарынын өткөрүмдүүлүгүнө;

Пациенттин **жалпы абалына**;

Дарылоо мекемесинин **техникалык мүмкүнчүлүктөрүнө**;

Ошондой эле **пациенттин каалоосуна** жараша.

Тиш:

Же **консервативдик** жол менен дарыланат.

Же **консервативдик-хирургиялык** жол менен (каналдарды **пломбалоо** менен бирге **периапикалдык ткандарды хирургиялык ревизиялоо** – **тамырдын учун резекциялоо** аркылуу) дарыланат.

Же **алып салынып**, андан кийин **протездөө** жүргүзүлөт.

Периодонтиттердин өтүшүүлөрү

Периодонтит өз убагында дарыланбаса же туура эмес дарыланса, аймактык (регионалдык) жана жалпы татаалдашууларды жаратышы мүмкүн:

1. Аймактык (Регионалдык) Татаалдашуулар

Тиштин айланасындагы инфекциянын жакынкы ткандарга жана органдарга тарашы:

Лимфаденittер (Лимфа бездеринин сезгениши)

Үстүңкү жаак синусити (Гайморит)

Абсцесстер жана **флегмоналар** (Ириңдүү сезгенүүлөр) беттин жана моюндун клетчаткалык мейкиндиктеринде

Миазиттер (Булчуңдардын сезгениши) жана **контрактуралар** (Муундардын кыймылынын чектелиши)

Патологиялык сыныктар (Сөөк ткану бузулгандыктан пайда болгон жаактын сынышы)

Тери алдындагы одонтогендик гранулёма

2. Жалпы (Общие) Татаалдашуулар

Инфекциянын кан аркылуу алыскы органдарга жана системаларга тарашы:

Одонтогендик сепсис (Кандын инфекцияланышы)

Медиастинит (Көкүрөк көңдөйүнүн сезгениши), **баш сөөк ичиндеги татаалдашуулар**, **септикалык эндокардит** (Жүрөктүн ички кабыкчасынын сезгениши)

Организмдин сенсибилизациясы (Сезимталдашуусу) жана **ЦИКтин** (Циркуляциялык иммундук комплекстердин) пайда болушу:

Курч ревматикалык ысытма (Кардит - жүрөктүн сезгениши, артрит -муундун сезгениши, тери жана неврологиялык синдромдор)

Гломерулонефрит (Бөйрөктүн сезгениши)

Одонтогендик этиологиядагы остеомиелит

Одонтогендик остеомиелит – бул жаак сөөгүнүн **инфекциялык-аллергиялык табияттагы ириңдүү-некроздук** (ириңдүү-өлүктүү) сезгенүүсү.

Остеомиелиттер төмөнкүдөй айырмаланат:

1. Өтүшү боюнча (По течению)

Курч (Острый)

Өнөкөт (Хронический)

Курчуган өнөкөт (Хронический в обострении)

2. Жайгашкан жери боюнча (По локализации)

Үстүңкү жаактын остеомиелити (Остеомиелит верхней челюсти)

Төмөнкү жаактын остеомиелити (Остеомиелит нижней челюсти)

3. Жайылышы боюнча (По распространённости)

Чектелген (Ограниченные)

Диффуздуу (жайылган)

Өнүгүүсү жана факторлору

Оорунун пайда болуу ыктымалдыгы жана анын өтүш мүнөзү оорулуу организмдин **реактивдүүлүгүнүн деңгээли** менен бир кыйла аныкталат: организмдин **иммунологиялык реактивдүүлүгү** канчалык төмөн болсо, остеомиелиттин **деструктивдүү** (бузуучу) формаларынын өнүгүү ыктымалдыгы ошончолук жогору болот.

Дал ушуну менен **грипп, тонзиллит, пневмония** сыяктуу оорулардан кийин же **диабет, өнөкөт алкоголизм** ж.б. фондо өнүккөн **иммунологиялык ареактивдүүлүк** шартында курч одонтогендик инфекциянын оор өтүшү түшүндүрүлөт.

Ооз көңдөйүнүн ткандарында жана органдарында жүрүп жаткан **патологиялык процесстерден** улам келип чыккан **жергиликтүү өзгөрүүлөр**, ошондой эле **микрофлоранын мүнөзү, анын вируленттүүлүгү жана уулуулугу** да белгилүү бир ролду ойнойт. Остеомиелиттин өтүш өзгөчөлүктөрү, мындан тышкары, жабыркаган жаак сөөгүнүн анатомиялык түзүлүшү менен да аныкталат.

Курч остеомиелит

Оору **курч** башталып, төмөнкүдөй белгилер менен мүнөздөлөт:

Күчтүү **иррадиациялануучу (таралуучу) оору**;

Жогорку температура, **чыйрыгуу**;

Баш оору, **табиттин** жана **уйкунун жоголушу**.

Оорулуу **кубарган**, **алсыз** болот. Дем алуусу жана пульсу **тездеген**, жүрөк үндөрү **бүдөмүк** угулат. Оорулуунун жалпы абалы ар кандай болушу мүмкүн (оор, орто оордуктагы, канааттандырарлык). Бул анын **иммунологиялык статусуна**, микрофлоранын **вируленттүүлүгүнө** жана **токсикалуулугуна**, оорунун өнүгүү **стадиясына** жараша болот.

Чектелген остеомиелит формаларында дене табы **субфебрилдик** (37-38°С) деңгээлде калышы мүмкүн.

Бирок **жайылган (диффуздуу)** остеомиелитте 39-40 °С чейин жетет.

Эгерде жайылган курч остеомиелитте организмдин сезгенүүгө реакциясы жок болсо (дене табы нормалдуу же анча көтөрүлбөсө), бул оорулуунун **ареактивдүүлүгүн** (коргонуу жөндөмүнүн жоктугун) көрсөтөт жана **жагымсыз прогностикалык белги** болуп саналат. Дене табынын сутка ичинде 2-3 °С чейин чейин өзгөрүшү **сепсистин** (кандын инфекцияланышы) өнүгүп жатканын билдирет.

Оорулуулардын гемограммасы төмөнкүдөй өзгөрүүлөр менен мүнөздөлөт:

Жогорку лейкоцитоз;

Лимфопения (12-15%);

Нейтрофилдердин саны 70-75% чейин, **таякча ядролуу лейкоциттер** 10-20% чейин көбөйөт.

Эозинофилдердин жана **базофилдердин** перифериялык кандан жоголушу оорунун **оор өтүшүнөн** кабар берет.

СОЭ (эритроциттердин чөгүү ылдамдыгы) адатта **25-30 мм/саатка** чейин, ал эми оор өткөндө **40-50 мм/саатка** чейин жогорулайт.

Заарада **белоктун издеринин** пайда болушу **токсикоздун** кесепети болуп саналат жана айрыкча **стафилококк инфекциясына** мүнөздүү.

Оорунун башталышында:

"**Себепкер**" тиштин жана анын жанындагы тиштердин аймагындагы **ооз көндөйүнүн былжырлуу кабыкчасынын гиперемиясы** (кызарышы), **шишиги** жана **сезгенүү инфильтрациясы** пайда болот;

Ооздон **кескин жыт** чыгат.

Тил **ак кебер** менен капталган, шилекей **коюу, чоюлма** болот.

Тиштер **кыймылдуу** болуп калат, аларды **перкуссиялоо** (ургулоо) **өтө оорутат**. Сезгенүү процесси тездик менен күчөйт. **Регионардык лимфа бездери** чоңоюп, оорутат.

Сезгенүү зонасындагы тиштерге жанаша жаткан тиштин былжырлуу кабыкчасы **цианоздуу** (көгүш тартып) болуп, жаактын **альвеолярдык өсүндүсүнөн катмарланып ажырайт**. Пайда болгон **патологиялык тиш-бүйлө чөнтөктөрүнөн ириң** бөлүнүп чыгып, **ириңдүү периоститтин** клиникалык көрүнүшү өнүгөт.

Оорунун андан аркы өтүшүндө:

Же **ириңдүү-сезгенүү процессинин генерализациясы** (жайылышы) жүрөт (**татаалдашкан формалар** өнүгөт – бир же бир нече клетчаткалык мейкиндиктердин **жаак айланасындагы флегмоналары** пайда болот).

Же курч сезгенүү көрүнүштөрү **басаңдап**, оору акырындык менен **курч алдындагы (подострый)**, андан кийин **өнөкөт** стадияга өтөт.

Төмөнкү жаактын курч остеомиелитинин клиникалык көрүнүшүнүн өзгөчөлүгү — бул оорунун **чоң азуу тиштер** аймагында жайгашкан **баштапкы очогунун тез жайылышы**. Натыйжада процесс **диффуздуу** (жайылган) мүнөзгө ээ болот.

Оорулуулар көп учурда жабыркаган төмөнкү жаактын жарымында **сезгичтиктин жоголгонун** байкашат: **Венсандын симптому** өнүгөт. Бул нерсе **инфильтраттын** (сезгенүүдөн топтолгон суюктук) **төмөнкү жаак нервин** кысып коюшунун натыйжасында физиологиялык өткөргүчтүктүн бузулушунан келип чыгат.

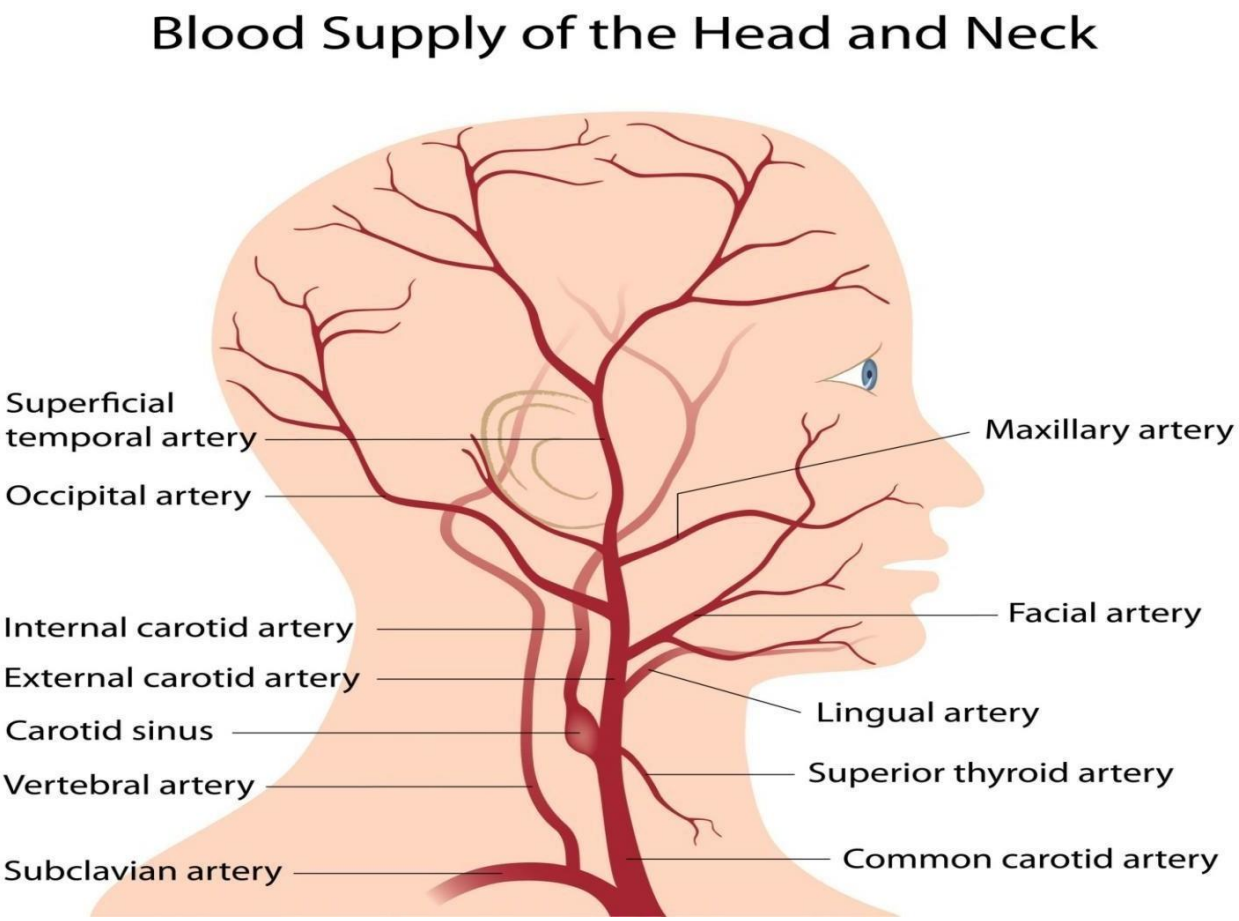
Ириңдүү процесстин **чайноочу** же **медиалдык канатча** булчуңдарынын төмөнкү жаак сөөгүнө **бекитилген** аймакка жайылышы менен анын **сезгенүү контрактурасы** өнүгөт. Бул **ооздун ачылышынын чектелиши** менен байкалат.

Моюндун клетчаткалык мейкиндиктеринде күчөгөн **жайылган сезгенүү медиастиниттин** өнүгүшү сыяктуу **коркунучтуу татаалдашууга** алып келиши мүмкүн.

Үстүңкү жаактын курч остеомиелитинде **сөөктүн жайылган (диффуздуу) жабыркашы** сейрек кездешет. Бул анын **анатомиялык түзүлүшүнүн өзгөчөлүктөрү** менен аныкталат. Ошол эле учурда, процесс төмөнкүдөй татаалдашуулар менен коштолушу мүмкүн:

Беттин клетчаткалык мейкиндиктеринин **терең флегмоналарга** өнүгүшү.

Бет жана **бурчтук** веналардын **тромбофлебити**, алар **катуу мээ кабыгынын каверноздук синусуна** чейин жайылат.



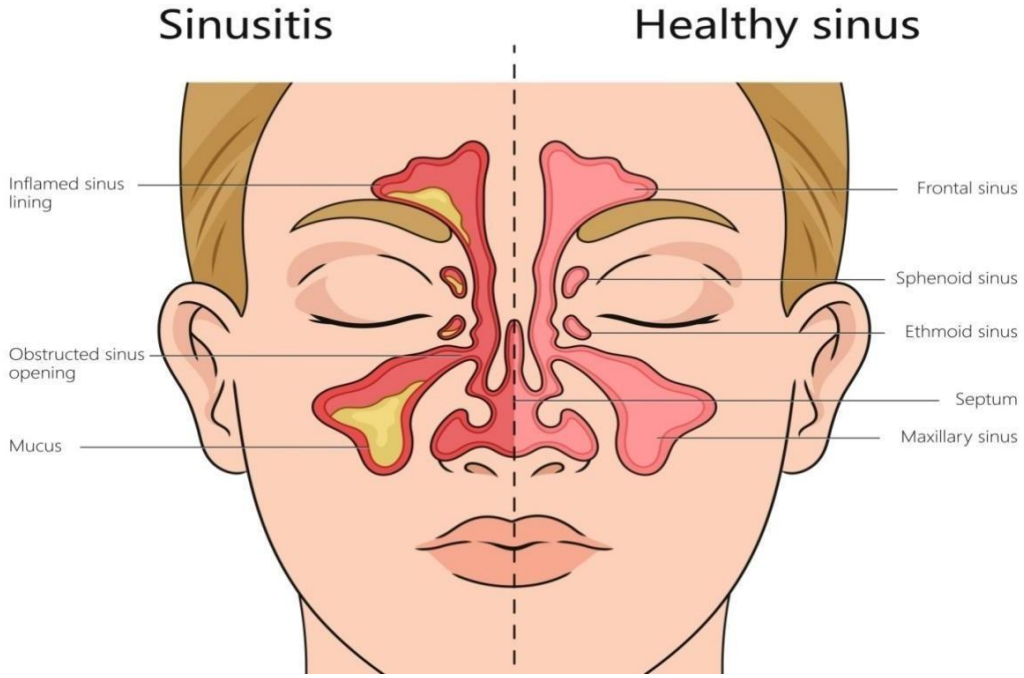
- Үстүңкү жаак остеомиелитинин дагы бир татаалдашуусу – бул **курч ириңдүү үстүңкү жаак синусити** (Гайморит). Анын клиникалык көрүнүшү оорунун бир кыйла күчөшү, тиешелүү мурун жолунан **ириңдүү агындынын** чыгышы, кээде **гаймор көңдөйүнүн эмпиемасы** (ириң толушу) менен байкалат.
- Акыркы учурда, ириңдүү экссудат **канат-таңдай чуңкуруна** (крылонёбная ямка) тарап, ал жерден тегерек тешик аркылуу **ортоңку баш сөөк чуңкурунун** көңдөйүнө өтүшү мүмкүн. Натыйжада, **коркунучтуу менингиалдык татаалдашуулар** (мээ кабыгынын сезгениши) өнүгөт.

Төмөнкү жана үстүңкү жаактын курч остеомиелити **сепсис** менен татаалданышы мүмкүн. Бул татаалдашуулардын, ошондой эле **медиастиниттин, каверноздук синустун тромбозунун, эпидуриттин** өнүгүшү кээде **жагымсыз натыйжаларга** алып келет.

Дарылоо: Одонтогендик этиологиядагы курч **инфекциялык-сезгенүү оорулары** менен ооруганларды дарылоо **хирургиялык** жана **консервативдик** ыкмалар менен жүргүзүлөт. Ошондой эле **жалпы чыңдоочу дарылоо** жана **физиотерапия** колдонулат. Аларды колдонуунун негизги максаты – **жергиликтүү сезгенүү очогун дарылоо**, **козгогучка тике таасир этүү**, **гипосенсибилизациялоо** (аллергиялык реакцияны азайтуу) жана **организмдин туруктуулугун жогорулатуу**.

Жаак-бет аймагынын көп факторлуу этиологиядагы сезгенүү оорулары Курч одонтогендик синусит

Үстүңкү жаак көңдөйүнүн (гаймор көңдөйүнүн) **курч сезгениши** ар дайым анын **шишиги** менен коштолот. Бул шишик үстүңкү жаак көңдөйүн ортоңку мурун жолу менен байланыштырган **тешиктин (ostium maxillae) куушурулушуна** же толугу менен **жабылышына** алып келет. Натыйжада, **экссудаттын** (сезгенүү суюктугунун) агып чыгышы токтойт.



Классификациясы

Этиологиясы (себеби) боюнча үстүңкү жаак синусити төмөнкүлөргө бөлүнөт:

Одонтогендик (Тиштен келип чыккан)
Травматикалык (Жаракаттан улам)
Риногендик (Мурундан келип чыккан)
Гематогендик (Кан аркылуу таралган)
Вазомотордук
Аллергиялык

Клиникалык өтүшү боюнча бир жана эки тараптуу үстүңкү жаак синусити төмөнкүлөргө бөлүнөт:

1. Курч (Острый)
Катаралдык (Сары суулуу, жеңил сезгенүү)
Ириңдүү (Гнойный)
2. Өнөкөт (Хронический)
Экссудациялык (Суюктуктун бөлүнүп чыгышы менен)
Катаралдык
Сероздуу (Сары суулуу)
Ириңдүү

Продукциялык (Ткандардын көбөйүшү менен)
Кабыкчага жанаша жайгашкан-гиперпластикалык (Пристеночно-гиперпластический)
Полипоздуу (Полиптер пайда болгон)
Кистоздуу (Кисталар пайда болгон)

3. Сезгенүү Процессинин Башталышы жана Клиникасы

Сезгенүү процесси былжырлуу кабыктагы **катаралдык өзгөрүүлөрдөн** башталат: **шишик, гиперемия** (кызаруу), **көп клеткалуу инфильтрация**. Кийинчерээк инфильтрация күчөйт: **ириңдүү ажыроонун** очоктору пайда болуп, **курч ириңдүү синусит** өнүгөт.

Оорулуулар **алсыздыкка, жыт билүү сезиминин начарлашына**, ошондой эле **интенсивдүүлүгү күчөп жаткан ооруга** даттанышат. Оору алгач **локалдуу** (бир жерде) болуп, андан кийин **маңдай, чыкый** жана **желке** аймактарына, ошондой эле үстүңкү жаактын **альвеолярдык өсүндүсүнүн** аймагына **иррадиацияланат** (тарайт). Бул көрүнүш **пульпитти** же **невритти** окшоштуруп, диагноз коюуда адаштырышы мүмкүн.

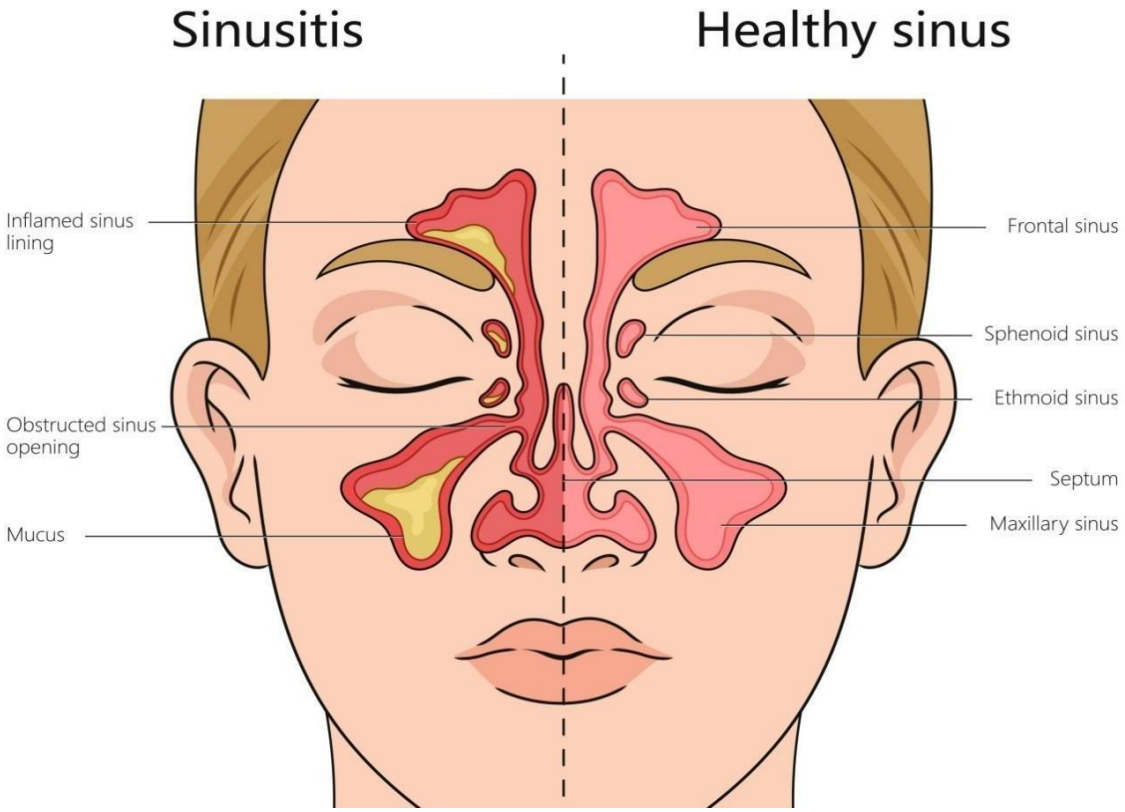
Үстүңкү жаак көңдөйүнөн (гаймор көңдөйүнөн) сезгенүү **экссудатынын** (суюктугунун) агып чыгышы токтогондуктан, **токсикоз** өнүгөт:
Дене табы **37,5–39 °C чейин** көтөрүлөт, **чыйрыгуу, баш ооруу, алсыздык, табиттин жоголушу** байкалат.
Оорулуулар беттин тиешелүү жагында **оордук, жарылуу сезимин**, **дем алуунун кыйындашын**, **уйкунун бузулушун** белгилешет.
Жарыктан коркуу (светобоязнь), жаш агуу да болушу мүмкүн.

Оорунун өнүгүүсүнүн **баштапкы этаптарында** оорулуунун бет түзүлүшүндө көрүнгөн өзгөрүүлөр байкалбайт. Теринин өңү өзгөрбөйт. Жабыркаган тараптагы **мурун жолунун былжырлуу кабыкчасы шишиген** жана **гиперемияланган** (кызарган), андан **былжыр** жана **ириң** бөлүнүп чыгат. Бул агынды **башты алдыга эңкейткенде** күчөйт. Мурун **бүтөлөт**.

Беттин алдыңкы бетиндеги терини **пальпациялоо** (кармап көрүү) жана **жаак сөөгү** (скуловая кость) боюнча **перкуссиялоо** (ургулоо) бир аз **ооруну** пайда кылышы мүмкүн. **Периостит** өнүккөндө **жаактын жана эки кабактын тең шишиги** пайда болот. Жалпы **рентгенограммаларда** жабыркаган үстүңкү жаак көңдөйүнүн аймагында **"парда" (вуаль)** аныкталат.

Ириңдүү синусит өнүккөндө бардык симптомдор **курчуп**, күчөйт. Процесс **оор инфекциялык оору** катары өтөт.
Өзүнөн-өзү пайда болгон пульсацияланган оорунун интенсивдүүлүгү кескин жогорулайт. Оору **альвеолярдык өсүндүгө** жана **көз аймагына** тарайт (**иррадиацияланат**).
Дене табы **39 °C** чейин, ал эми үстүңкү жаак көңдөйүнүн **эмпиемасы** (ириңге толушу) болгондо **40 ºC** чейин көтөрүлөт.
Жаак ткандарынын шишиги пайда болот, териси **жылтырайт**.
Беттин тиешелүү жагындагы терини **пальпациялоо** жана **жаак сөөгүн перкуссиялоо курч ооруну** пайда кылат.

Жабыркаган тараптагы, тамырлары үстүңкү жаак көңдөйүнүн аймагына **проекцияланган** тиштерди **перкуссиялоодо** да оору аныкталат.
Риноскопия (мурунду текшерүү) **былжырлуу кабыкчанын шишигин, кескин гиперемиясын** жана ортоңку **раковинанын** астында **ириңдин** бар экендигин көрсөтөт. Ошол эле учурда мурундан ириңдин бөлүнүп чыгышы көп учурда жок болушу мүмкүн.



Рентгенограммада жабыркаган көңдөйдүн **интенсивдүү көмүскөлөнүшү**, ал эми **эмпиема** өнүккөндө **айкын көмүскөлөнүү** аныкталат. Аны **пункциялаганда** (тешкенде) **ириңдүү экссудат** табылат. Канда – **формуланын солго жылышы** менен **айкын лейкоцитоз**, **СОЭ** жогорулаган.

Курч **одонтогендик гайморит** менен ооруган адамды дарылоонун максаттары:
Биринчиден, инфекциянын **очогун** жана **генераторун** – **"себепкер" тишти**, **гранулёманы, кистаны** ж.б. **жоюу**.
Экинчиден, көңдөйдө пайда болгон **экссудат үчүн агып чыгууну камсыз кылуу**.
Үчүнчүдөн, **антибактериалдык, дезинтоксикациялык, гипосенсибилизациялоочу** (аллергияны азайтуучу), **жалпы чыңдоочу** дарылоону жана **физиотерапияны** жүргүзүү. Кошумча **симптоматикалык дарылоо** дайындалат.

Оорунун **баштапкы этаптарында катаралдык гайморит** жана оорулуунун **канааттандырарлык жалпы абалы** болгондо, дарылоо

поликлиника шартында жүргүзүлүшү мүмкүн. **"Себепкер" тиш** алынып, мурундун былжырлуу кабыкчасы **кан тамырларды кууштуруучу каражаттар** менен майланат. Бул көңдөйдүн **табигый дренажынын** кайра жанданышына жетишет жана **симптоматикалык** жана **физиотерапия** дайындалат.

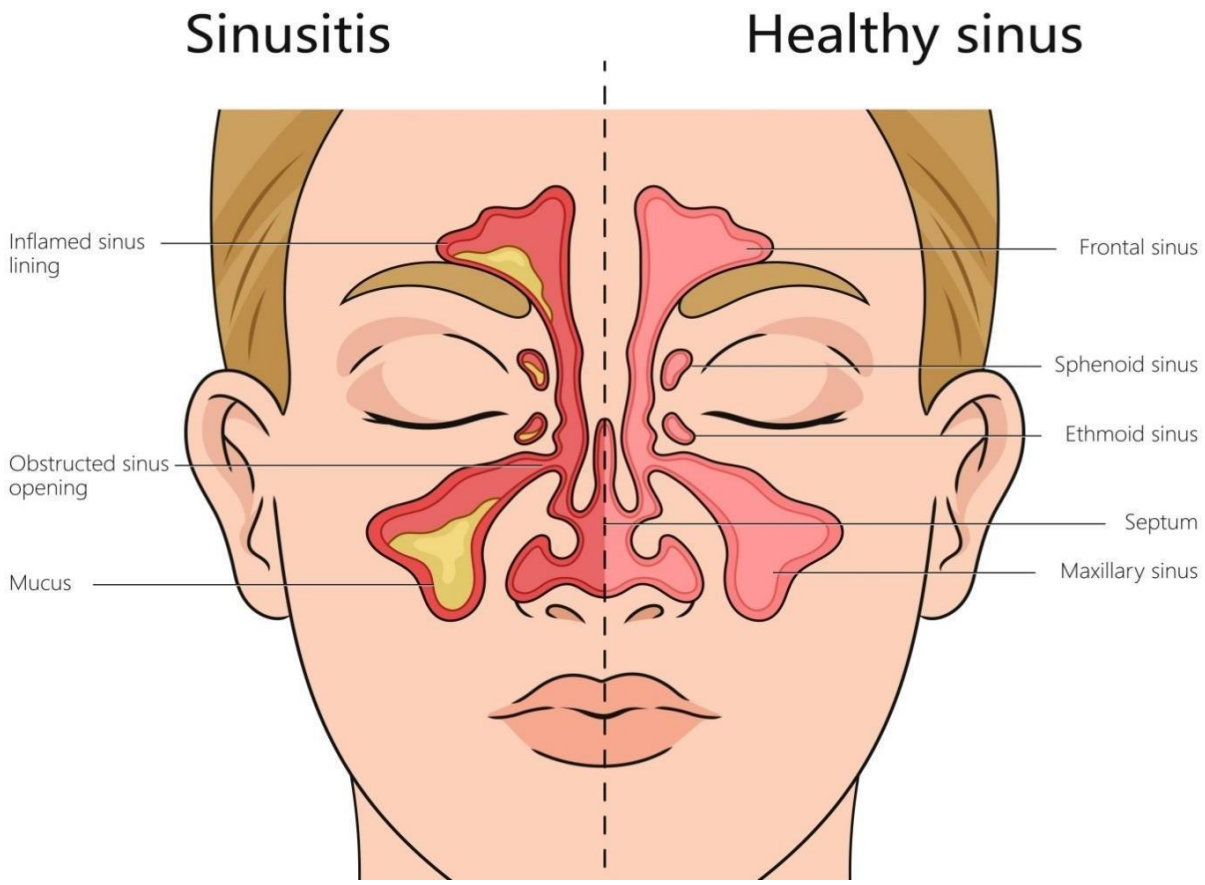
Сезгенүү көрүнүштөрү күчөгөндө жана **ириңдүү гайморитте**, кошумча **гайморотомия** (көңдөйдү ачуу), **антибактериалдык** жана **дезинтоксикациялык терапия** талап кылынса, оорулууну **ооруканага жаткыруу** (ооруканага жаткыруу) көрсөтүлөт.

Өз убагында дарылоо жүргүзүлсө, прогноз адатта жагымдуу.

Мүмкүн болгон өтүшкөн формалар: Жаак айланасындагы **абсцесстердин** жана **флегмоналардын**, **ретробульбардык** (көз артындагы) мейкиндиктин **флегмонасынын**, **бет веналарынын тромбофлебитинин**, **менингиттин** жана **сепсистин** өнүгүшү.

Өнөкөт одонтогендик оорунун үстүнкү жаактагы синусити

Өнөкөт гайморит анын курч стадияда өтүшүнүн **кесепети** же **тиш тамырынын айланасындагы** сезгенүү очокторунун **өнөкөт инфекцияланышынын** натыйжасы болушу мүмкүн.



Курч катаралдык гайморитен айырмаланып, ушундай **өнөкөт катаралдык өтүшүндө** төмөнкүлөр байкалат:

Мурун менен дем алуунун бир аз **чектелиши**;

Күндүн аягына чейин пайда болгон **алсыздык** (недомогание).

Риноскопияда (мурунду текшерүүдө) **төмөнкү мурун раковинасынын гипертрофиясы** (чоңоюшу) жана мурун жолунун былжырлуу кабыкчасынын **синюшный** (көгүш) тартышы аныкталат.

Ириңдүү жана **полипоздуу жабыркоолордо** оорулуулар **тез чарчоого**, **сасык жытка**, мурундун тиешелүү жагынан **мезгил-мезгили менен ириңдин бөлүнүп чыгышына** даттанышат.

Дене табы **37,5–37,8º С** чейин көтөрүлүшү байкалат.

Канда – **анча чоң эмес лейкоцитоз, СОЭ** жогорулаган.

Дарылоо Принциптери

Өнөкөт гайморитти дарылоо **консервативдик** же **оперативдик** болушу мүмкүн, бирок ар дайым оорулуунун **ооз көңдөйүн санациялоону** (тазалоону) камтыйт.

Өнөкөт катаралдык гайморитте көбүнчө ооз көңдөйүн санациялоо оорулуунун **айыгышын** камсыз кылуу үчүн **жетиштүү** болот.

Үстүңкү жаак көңдөйүнүн былжырлуу кабыкчасында **тереңирээк өзгөрүүлөр** болгондо, ооз көңдөйүн санациялоо жетишсиз, бирок ал кийинки **оперативдик дарылоо** шарттарында айыгуу процессине оң таасирин тийгизет. Оперативдик дарылоону **стационарда** (ооруканада) жүргүзүү керек.

Шилекей бездеринин сезгенүү оорулары

Шилекей бездеринин оорулары беш негизги топко бириктирилет:

Сезгенүү оорулары (спецификалык эмес жана **спецификалык**);

Системалык оорулар;

Шилекей таш оорусу (слюннокаменная болезнь);

Шишиктер жана шишик сымал оорулар;

Шилекей бездеринин жана алардын негизги чыгаруучу түтүктөрүнүн **жабыркашы** жана анын кесепеттери (**шилекей бездеринин фистулалары**).

Амбулатордук кабыл алууда дарыгер жогоруда аталган оорулардын кайсынысы менен болсо да кезигиши мүмкүн. Бирок, эң көп учурда **сезгенүү этиологиядагы** шилекей бездеринин оорулары менен келген пациенттерди кабыл алууга туура келет. Бул биринчи кезекте **эпидемиялык эмес паротитке** (неэпидемический паротит) жана **субмандибулитке** (жаак астындагы бездин сезгениши), бездердин **өнөкөт сезгенүү ооруларына** жана **шилекей таш оорусуна** тиешелүү.

Эпидемиялык эмес паротит төмөнкү формаларда кездешет: **катаралдык**, **ириңдүү** жана **чириктүү (гнилостная)**.

Пайда болуу себептери **жергиликтүү** да, **жалпы** да болушу мүмкүн:

Жергиликтүү себептер: Жаракат (травма), түтүк аркылуу **жогорулоочу инфекция** жана **ириңдүү лимфаденитте** контакттык жол менен жугуу.

Жалпы себептер: Инфекциялык оорулар жана **операциялардан кийин** шилекей бездеринин функциясынын **рефлектордук түрдө басаңдашы**.

Бул оорулардын **этиологиясы** (себеби) жана **патогенези** (өнүгүү механизми) ар түрдүү. Шилекей безиндеги сезгенүү процесси төмөнкү себептерден улам өнүгүшү мүмкүн:

Вирустук жабыркоонун натыйжасында;

Шилекей бөлүп чыгаруунун рефлектордук токтошу шартында (мисалы, **операциядан кийинки паротиттер**) инфекция жугузуунун кесепетинен;
Түтүктүн **кирген бөтөн дене** же **шилекей ташы** менен **механикалык тосулуп калышынан**;
Же **оор инфекциялык оорунун** фонунда.

Шилекей бездеринин ооруларынын бир себеби **гормоналдык бузулуулар** болушу да мүмкүн.

Эпидемиялык паротит

1. Классификациясы

Оордук даражасы боюнча:

Жеңил

Орто

Оор

Этиологиясы (Себеби) боюнча:

Фильтрлөөчү вирус (Вирустук козгогуч)

2. Жугуу Жолдору

Аба-тамчы жолу менен

Контакттык жол менен (оорулуунун буюмдары аркылуу)

3. Инфекциянын Безге Кирүү Жолдору

Стоматогендик (Ооз көңдөйү аркылуу, тиштерден)

Гематогендик (Кан аркылуу)

Лимфогендик (Лимфа аркылуу)

Бойлото (Инфекциянын ткандар аркылуу түздөн-түз таралышы)

4. Оорунун Жайгашуусу

Көбүнчө **кулак алдындагы бездин** сезгенүү оорулары байкалат, сейрек – **жаак астындагы бездин**. **Тил астындагы** шилекей безинин сезгенүү оорулары дээрлик кездешпейт.

5. Клиникалык Өзгөчөлүктөрү

Шилекей бездеринин сезгенүү жабыркоолорунун клиникалык, рентгенологиялык жана лабораториялык белгилерин **толук сүрөттөө** бул окуу куралынын чегинен чыгат.

Бирок, беттин жумшак ткандарында сезгенүү мүнөзүндөгү өзгөрүүлөр бар оорулууну текшерген **клиницист** жалпысынан төмөнкүлөрдү эске алышы керек:

Беттин жумшак ткандарында чоң шилекей бездеринин (**кулак алдындагы, жаак астындагы, тил астындагы**) **проекциясында** сезгенүү өзгөрүүлөрүнүн болушу, тиешелүү **түтүктөрдөн (Стенон, Вартон**) аккан **шилекейдин түрүнүн өзгөрүшү** (бүдөмүктөө, **ириңдин издеринин** пайда болушу ж.б.), же **шилекей бөлүп чыгаруунун токтошу** – **шилекей бездеринин сезгенүү жабыркоосунун типтүү белгилери** болуп саналат.

6. Дарыгердин Негизги Милдети

Дарыгердин негизги милдети – **паротиттин өнүгүү себебин** аныктоо жана көрсөтмөлөр болгон учурда оорулууну **токтоосуз госпитализациялоо**.

Себеби, оорунун өтүшү, жана көп учурда анын **натыйжасы**, **оперативдик жардам көрсөтүүнүн мөөнөтүнө** түздөн-түз көз каранды.

Төмөнкү чыкый жаак муунунун (ЧТЖМ) артриттери

1971-жылы Бүткүл Союздук Ревматологдордун Съездинде **артриттердин классификациясы** бекитилген. Учурдагы классификацияда **чыкый-төмөнкү жаак муунунун (ЧТЖМ)** ооруларынын **өз алдынча нозологиялык формалары**, башка ооруларга байланыштуу артриттер жана **травмалык артриттер** айырмаланат.

I. Өз алдынча нозологиялык формалар

Бул топко төмөнкүлөр кирет:

Ревматоиддик артрит,

Ревматикалык полиартрит,

Спецификалык артриттер,

Инфекциялык-аллергиялык полиартрит,

Рейтер оорусу ж.б.

II. Башка ооруларга байланыштуу артриттер

Бул топко төмөнкү оорулар менен байланыштуу өнүгүүчү артриттер кирет:

Аллергиялык оорулар,

Зат алмашуунун бузулушу (обмендик бузулуулар),

Бириктирүүчү ткандардын системалык жабыркоолору,

Кан, өпкө, тамак сиңирүү органдарынын оорулары,

Зыяндуу шишиктер ж.б.

III. Травмалык артриттер

Бул топ анатомиялык структуралардын **механикалык жабыркашынын** натыйжасында өнүгүүчү артриттерден турат.

Бирок, **микротравмалык таасирден** улам муунда пайда болгон өзгөрүүлөр көбүрөөк **дистрофиялык жабыркоолорго** мүнөздүү экенин эске алуу керек. Ошондуктан, артриттин бул түрү, ошондой эле **обмендик полиартрит**, **деформациялоочу артритке** (артрозго) киргизилиши керек.

Бардык оорулуулар **ар кандай интенсивдүүлүктөгү ооруга** даттанышат: жабыркаган муун аймагындагы **ыңгайсыздык** сезиминен баштап, анын **функциясынын толук жоголушуна** чейин.

Сезгенүү этиологиядагы артриттердин эң алгачкы жана туруктуу симптому – бул **эртең мененки катуулук (скованность)**. Катуулук жаак салыштырмалуу узак тынч тургандан кийин да пайда болот. Катуулуктун себеби мүндагы жана **муун айланасындагы (периартикулярдык)** ткандардагы ооруу болуп саналат. **Деформациялоочу артроздордо** да оорудан улам мүндагы кыймылдын чектелиши байкалат, бирок ал сезгенүү ооруларына караганда **анчалык айкын эмес**.

Деформациялоочу артроздор үчүн **"механикалык" типтеги оору** мүнөздүү, ал көбүнчө **көп күч келген** мүндарда өнүгүп, **күн аягында кыймыл учурунда күчөйт**.

Ревматоиддик артрит үчүн **туруктуу, өжөр** оору мүнөздүү, ал күн бою **акырындык менен күчөп**, **тынч абалда**, түнкүсүн **уйку учурунда басаңдайт**.

Эгерде сизде бул артриттердин кайсынысы (мисалы, ревматоиддик артрит же травмалык артрит) тууралуу толук маалымат керек болсо, айтсаңыз болот.

Чыкый-Төмөнкү Жаак Муунунун (ЧТЖМ) Артриттери (Уландысы)

Оорулуунун дагы бир мүнөздүү даттануусу – бул **муун ызы-чуусу**. Ал **сүрүлүү, крепитация** (кыртылдоо), **чыртылдоо** же **чыкылдоо** мүнөзүндө болушу мүмкүн.

Сезгенүү жана **травмалык этиологиядагы** муун ооруларында муун ызы-чуусу муундун **байламта аппараты** начарлаганда жана **чайноочу булчуңдардын дисфункциясынан** улам пайда болот. Мында ооз ачылганда төмөнкү жаактын башы **муун дөңсөөсүнүн** алдыңкы бетине жылып, оозду жабуунун башталышында жана ачуунун аягында **чыкылдоо** пайда кылат.

Оозду ачуунун башталышында, жабуунун ортосунда жана аягында болгон чыкылдоо **окклюзиялык бийиктиктин** азайышында жана төмөнкү жаактын башынын **дисталдык жылышында** байкалат.

Сезгенүү этиологиядагы артриттерде **кыртылдоо (хруст) экинчилик артрит** өнүккөн этапта пайда болот жана **деформациялоочу артроздордун** мүнөздүү белгиси болуп саналат.

Өмүр анамнези (Анамнез жизни) мурда өткөргөн оорулардын мүнөзүн аныктоого мүмкүндүк берет, бул **инфекциялык-спецификалык этиологиядагы** артритке шектелгенде өзгөчө мааниге ээ.

Оорунун анамнезин (Анамнез заболевания) баалоо менен, анын **узактыгын** жана **өтүш симптомдорун** тактоого болот.

Оорулууну **визуалдык текшерүү** (Осмотр) **тиштөөнүн (прикус)**, **муундардын контурларынын**, эркин жана пассивдүү кыймылдардагы төмөнкү жаактын **жайгашуусун** жана **функциясын** баалоону талап кылат.

Чыкый-төмөнкү жаак муунунун артритине шектелген оорулуу, жалпы абалына жараша, **хирург-стоматологго** же түздөн-түз **жаак-бет стационарына** (ооруканасына) жиберилиши керек. Ал жерде ага **артрологиянын** жана **ириңдүү хирургиянын** заманбап принциптерине ылайык **консультация** же **консервативдик-хирургиялык дарылоо** көрсөтүлөт.

Эгерде сизге муундардагы ызы-чуунун түрлөрү же ЧТЖМ артритинин дарылоо ыкмалары тууралуу кошумча маалымат керек болсо, кайрылсаңыз болот.

Бет-жаак аймагындагы жумшак ткандарынын неодонтогендик этиологиядагы курч сезгенүү оорулары

Жаактын жана моюндун жумшак ткандарынын **неодонтогендик** (тиштен эмес) келип чыккан курч сезгенүү ооруларынын арасында **фурункул, карбункул, кабылдама сезгенүү (рожа), нома (суу рагы)** кездешет.

Фурункул – бул **фолликулдун** же бириктирүүчү ткандын **курч ириңдүү-некротикалык** (өлүктүү) сезгениши. Ал сырттан кирген **патогендик стафилококктор** тарабынан чакырылат. Процесстин башталышы **остиофолликулит** болушу мүмкүн. Инфекциянын козгогучу 90-95% учурда **монокультура** түрүндөгү **стафилококктор** (90% – алтын түстүү, 10% – ак) жана 5-10% учурда башка микроорганизмдер менен **ассоциация** (бирикме) түрүндө болот.

Мындан кыйла сейрек **сибирь жарасынын карбункулу**, **суу рагы (нома)** жана **Вегенердин грануломатозу** кездешет. Акыркы үч нозологиялык форманын симптомдорун жана клиникалык өтүш өзгөчөлүктөрүн билүү **дифференциалдык диагностиканы** жүргүзүү зарылчылыгы менен аныкталат.

Бул топтогу оорулардын жаак-бет аймагындагы клиникалык көрүнүштөрү жалпы соматикалык (денедеги) көрүнүштөргө туура келет. Аларды дарылоо, эреже катары, **жаак-бет бөлүмдөрүндө** эмес, **ириңдүү хирургия бөлүмдөрүндө** жүргүзүлгөндүктөн, оорулууларды ооруканага жаткырууда муну эске алуу зарыл.

Дарылоо иш-чараларынын комплекси төмөнкүлөрдү камтыйт:

Ириңдүү процессти **ачуу** жана **дренаждоо**.

Антибактериалдык жана **гипосенсибилизациялоочу** (аллергияны азайтуучу) терапияны дайындоо.

Симптоматикалык дарылоону, **иммунотерапияны** жана **физиотерапияны** жүргүзүү.

Гомеостазды (организмдин ички тең салмактуулугун) **түзөтүү**.

Жаак-бет аймагынын жана моюндун ткандарынын ириңдүү-сезгенүү ооруларынын өтүшүп кеткен формалары

Жалпы мүнөздөмө

Жаак-бет аймагынын жана моюндун ткандарындагы **ириңдүү-сезгенүү процесстеринин** өтүшү оор оорулардын өнүгүшү менен **татаалданышы** мүмкүн. Бул оорулардын ар биринин **өзүнүн симптомдору**, белгилүү **клиникалык өтүшү** бар жана **өзгөчө дарылоону** талап кылат. Бул аларды **өз алдынча клиникалык формалар** катары бөлүп караого мүмкүндүк берет.

Эң көп таралган өтүшкөн оорулар

Бет-жаак аймагынын ткандарындагы, айрыкча **одонтогендик этиологиядагы** (тиштен чыккан), ириңдүү-сезгенүү процесстери эң көп **жаак айланасындагы флегмоналар** менен татаалдашат.

Сейрек **тромбофлебит** өнүгөт.

Бет жана жаак ткандарынын баштапкы ириңдүү-сезгенүү процесстеринен улам өнүгүүчү эң **оор оорулар** болуп **сепсис** (кандын инфекцияланышы), **медиастинит** (көкүрөк көңдөйүнүн сезгениши) жана **менингит** (мээ кабыкчасынын сезгениши) саналат.

Жаак-бет аймагынын жана моюндун флегмонолору

1. Классификациясы

Ириңдүү-сезгенүү процесстеринин **топографо-анатомиялык схемасы** (А.И. Евдокимов боюнча, 1958-ж.):

Абсцесстер жана **флегмоналар**, **үстүңкү жаактын** айланасында жайгашкан.

Абсцесстер жана **флегмоналар**, **төмөнкү жаактын** айланасында жайгашкан.

Абсцесстер жана **флегмоналар ооз көңдөйүнүн түбүнүн** (үстүңкү жана астыңкы бөлүктөрү).

Абсцесстер жана **флегмоналар тилдин** жана **моюндун**.

Ириңдүү-сезгенүү процесстеринин локализациясынын **анатомо-топографиялык бөлүнүшү** (Т.Г. Робустова боюнча):

Жаак айланасындагы абсцесстер жана флегмоналар

Үстүңкү жаакка жакын жайгашкан (үстүртөн жана терең)

Төмөнкү жаакка жакын жайгашкан (үстүртөн жана терең)

Бойлото таралган экинчилик абсцесстер жана флегмоналар

Тилдин абсцесстери жана флегмоналары

Бет жана моюндун жайылган (диффуздуу) флегмоналары

2. Флегмонанын мүнөздөмөсү

Жаак айланасындагы флегмона – бул **май клетчаткасынын курч жайылган ириңдүү сезгенүүсү**. Бул **одонтогендик инфекциянын** же жаак-бет аймагынын жана моюндун ткандарынын **неодонтогендик этиологиядагы** сезгенүү ооруларынын **эң оор жана көп кездешүүчү татаалдашууларынын** бири.

Флегмоналар клетчатканын **ириңдүү, анаэробдук** же **гнилосттук** микрофлора менен инфекцияланышынын натыйжасында өнүгөт. Буга жараша **ириңдүү, анаэробдук** же **чириктүү флегмоналар** айырмаланат.

Флегмоналар **тез жайылууга** жакындыгы менен мүнөздөлөт; процесс башынан эле **жайылган (диффуздуу)** мүнөздө болот. Сезгенүү ушунчалык тез күчөйт, ошондуктан **демаркациялык процесс** (очогун чектөө) артта калып, жабыркоо очогун **чектөө мүмкүн болбойт**.

3. Өнүгүү динамикасы жана клиникасы

Ириңдүү флегмонанын өнүгүшү клетчатканын **айкын шишигинин** жана **сероздуу суюктуктун (выпот)** пайда болушунан башталат. Андан кийин экссудат **ириңдүү** болуп, **клетчатканын эриши** (расплавление) жүрөт.

Процесстин динамикасы негизинен эки фактор менен аныкталат:

Оорунун козгогучунун **вируленттүүлүгү** жана **токсикалуулугу**.

Жабыркаган организмдин **каршылык көрсөтүү деңгээли**.

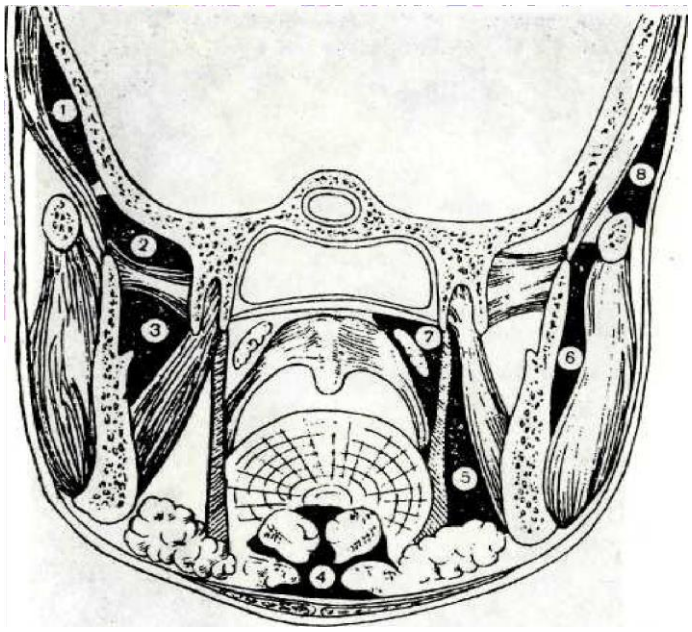
Мында оорулуунун **жалпы абалы** бир кыйла **начарлайт**. Оору **курч** башталат, дене табы **38-39ºС** чейин көтөрүлөт. Пульс жана дем алуу **тездейт**. Канда айкын мүнөздүү өзгөрүүлөр байкалат, заарада **белок** табылат.

4. Дарылоо жана дарыгердин милдети

Заманбап адистештирилген клиникада оорулууну текшерүүнүн, бактериологиялык, биохимиялык жана башка лабораториялык изилдөөлөрдүн натыйжаларын салыштыруунун негизинде **жабыркоонун деңгээли** жөнүндө

тыянак чыгарылат. Ошондой эле оорулуунун жалпы абалын баалоо менен оорунун **мүнөзү**, **өтүш өзгөчөлүктөрү**, **прогнозу** аныкталат жана буга жараша дарылоо жүргүзүлөт.

Поликлиника дарыгеринин негизги милдети – **жаак айланасындагы флегмонаны таануу**, **топикалык диагнозду** (жайгашкан жерин аныктоо) коюу жана оорулууну **токтоосуз госпитализациялоо** (ооруканага жаткыруу).



Ириндеген сезгенүү процесстеринин локализациясы жана топикалык диагнозу

1. Бет-жаак аймагындагы сезгенүү процессинин эң көп таралган жайгашуусу (8.1.-сүрөт)

Бул тизме жаак-бет аймагындагы ириндүү процесстер (абсцесстер жана флегмоналар) көп кездешүүчү анатомиялык аймактарды көрсөтөт:

Височная ямка (Чыкый чуңкурунун) **флегмонасы**;

Подвисочная ямка (Чыкый астындагы чуңкурдун) **флегмонасы**;

Канатча-жаак мейкиндигинин (Крыловидно-челюстное пространство) флегмонасы;

Корень языка (Тилдин түбүнүн) **флегмонасы**;

Окологлоточное пространство (Кекиртек айланасындагы мейкиндиктин) **флегмонасы**;

Поджевательное пространство (Чайноочу булчуң астындагы мейкиндиктин) **флегмонасы**;

Паратонзиллярный абсцесс (Таңдай бадамчасы айланасындагы абсцесс);

Височная область (Чыкый аймагынын) **флегмонасы** (үстүртөн).

2. Топикалык Диагноздун Принциптери

Жаак айланасындагы локализациядагы ириндүү флегмонанын **топикалык диагнозу** (так жайгашкан жерин аныктоо), демек, анын **оперативдик дарылоосунда** жетүү жолун тандоо – **сезгенүү процессинин**

көрүнүшү болгон жергиликтүү белгилерди баалоонун негизинде аныкталат. Бул белгилер: **кызаруу, шишик, ооруу, жабыркаган ткандарда температуранын жогорулашы** жана алардын **функциясынын бузулушу**.

Одонтогендик (тиштен чыккан) жаак айланасындагы ириңдүү флегмоналардын **топикалык диагностикасы** жүргүзүлө турган төрт жергиликтүү белги бар.

Биринчи жергиликтүү белги: "себепкер" тиштин белгиси

Бул **пульпанын гангренасынын** жана **периодонтиттин** натыйжасында пайда болгон сезгенүү өнүккөн, тиштин **периапикалдык** (тамырдын учундагы) же **маргиналдык** (четиндеги) ткандарындагы **тишти** билдирет.

Мындай тиш – ага жакын жайгашкан ткандарга таралып, жабыркаткан инфекциянын **"генератору"** болгондуктан, ал **"себепкер тиш"** деп аталат.

"Себепкер" тишти табуу адатта кыйын эмес. Ал оорулуунун **даттанууларынын**, ооз көңдөйүн **визуалдык текшерүүнүн** же **инструменталдык изилдөөнүн** жана **рентгенографиянын** негизинде аныкталат.

Экинчи жергиликтүү белги: сезгенүү инфильтратынын айкындыгы

Бул белги **жаак айланасындагы жумшак ткандардын сезгенүү инфильтратынын** (сезгенүүдөн топтолгон суюктуктун) **айкындыгын** көрсөтөт.

Бул белги **үстүртөн флегмоналарда** кескин **айкын** болот жана беттин **конфигурациясынын бузулушу** (асимметрия, шишик) менен коштолот.

Терең флегмоналарда ал **"начар"** айкын болот же **"жок"** болот, бул беттин **асимметриясынын жоктугу** менен мүнөздөлөт.

Флегмонанын бардык локализациясында интенсивдүү инфильтрация болот, бирок бул жерде **көзгө көрүнгөн** инфильтрациянын көрүнүшү жөнүндө сөз болуп жатат.

Үчүнчү жергиликтүү белги: төмөнкү жаактын кыймылдоо функциясынын бузулушу

Бул белги оорулуунун **ооз ачуу** жөндөмүн эле эмес, жаактын **капталга** жылдыруу жана **алдыга жылдыруу** мүмкүнчүлүгүн да камтыйт.

Чайноочу булчуңдардын жок дегенде биринин локализациясындагы ар кандай сезгенүү процесси төмөнкү жаактын **кыймылдоо функциясын** кандайдыр бир деңгээлде **бузат**.

Чайноочу булчуңдардын аткарган функцияларынын мүнөзүн билүү жана текшерүүдө бузулуу деңгээлин аныктоо менен, сезгенүү очогунун **жайгашкан жерин** жетиштүү **ишенимдүүлүк менен** божомолдоого болот.

Төртүнчү жергиликтүү белги: жутуунун кыйындашы

Бул белгинин пайда болушу пайда болгон **сезгенүү инфильтратынын жуткундун каптал дубалын** кысып коюшу менен байланыштуу.

Натыйжада, жутууга аракет кылганда күчөгөн оору пайда болот.

Дарылоо принциптери

Төрт жергиликтүү белгилерди салыштыруунун негизинде дарыгер жаак айланасындагы ар кандай флегмонанын **топикалык диагнозун** тез аныктай алат.

Флегмоноо менен ооругандардын баары токтоосуз ооруканага жаткырууну талап кылат.

Аларды дарылоонун негизи **оперативдик жардам** болуп саналат. Анын максаты – **ириңдүү-некротикалык сезгенүү очогун кеңири ачуу** жана **дренаждоо**.

Ачылган клетчаткалык мейкиндикти **пассивдүү дренаж** (суюк ириң болгондо, агызуучу түтүкчөлөрдү колдонуу) же **вакуумдук дренаж** (кыйла эффективдүү) аркылуу дренаждоого болот.

Ошондой эле **антибиотиктер, антисептикалык эритмелер, беттик активдүү заттар** жана **протеолитикалык ферменттер** колдонулган **чайкоо** колдонулат.

Жүргүзүлүүчү дарылоо комплексинде **антибактериалдык, дезинтоксикациялык, гипосенсибилизациялоочу** жана **иммунотерапияга** чоң роль берилет.

Мындан тышкары, **оксигенация** (кычкылтек менен каныктыруу), **гелий-неон лазери** менен таасир этүү, **ириңдүү жаранын УЗ-кавитациясы** (ультраүн менен тазалоо) колдонулат.

Абсцесстердин жана флегмоналардын татаалдашуулары

Бет-жаак аймагындагы жана моюндун абсцесстери менен флегмоналарынын өнүгүүсү өтө оор жана өмүргө коркунуч туудурган татаалдашууларга алып келиши мүмкүн:

Аррозиялык кан агуулар (Ириңдүү процесс кан тамырдын дубалын бузуп, кан агып чыгышы)

Контрактуралар (Сезгенүүдөн улам булчуңдардын же муундардын кыймылынын туруктуу чектелиши)

Курч дем алуу жетишсиздиги (Моюндун же тамактын терең мейкиндиктеринин шишигинен улам)

Чыныгы козу карын (грибковая) жана **псевдомикотикалык инфекциянын** кошулушу

Катуу мээ кабыгынын үңкүрдүү синусунун (пещеристый синус) тромбозу (кан уюп калышы)

Катуу мээ кабыгынын туурасынан кеткен синусунун (поперечный синус) тромбозу

Сепсис (Кандын инфекцияланышы, эң оор татаалдашуу)

Ички органдардын көптөгөн абсцесстери (Инфекциянын кан аркылуу таралышы)

Менингоэнцефалит (Мээ кабыгынын жана мээнин затынын сезгениши)

Медиастинит (Көкүрөк көндөйүнүн сезгениши)

Полиоргандык жетишсиздик (Бир нече ички органдын функциясынын бузулушу)

Бет жана моюн веналарынын тромбофлебити

Тромбофлебит – венанын сезгениши жана анын тромб менен бүтөлүшү – бет жана моюн ткандары аймагында салыштырмалуу көп кездешет жана ар кандай пиодермиялардын (фурункул, карбункул), курч одонтогендик инфекциялардын же мурун жана анын кошумча көңдөйлөрүнүн сезгенүү ооруларынын татаалдашуусу болуп саналат (Груздев Н.А., 1978; Бернадский Ю.И., 1998). Бул оор татаалдашуунун өнүгүшүндө негизги ролду гемодинамиканын (кан айлануунун) бузулушу жана кан уюу процессинин өзгөрүшү ойнойт. Бул өзгөрүүлөр кан тамыр дубалы жабыркаганда жана организмдин реактивдүүлүгүнүн төмөндөшүнүн шартында пайда болот.

Оорунун этиологиясы жана патогенези:

Оору инфекциянын козгогучу – стафилококк менен байланыштуу.

Жакын аймактардын ткандарындагы сезгенүү процесси кан тамыр дубалына таасир этет:

Ичинен жабыркашы (эндофлебит)

Сыртынан жабыркашы (перифлебит)

Гемодинамиканын бузулушу (кан айлануунун жайлоосу)

Кандын уюш системасынын бузулушу (уюшуунун жогорулашы – тромбо пайда болуу)

Оорунун белгилери:

Тромбофлебиттин белгилери оорунун баштапкы стадиясында, өзгөчө терең веналар жабыркаганда, анчейин билинбей калышы мүмкүн. Бейтаптар ооруну сезишет; оору күчү баштапкы сезгенүү очогунун мүнөзүнө жараша болот жана тез күчөйт. Жабыркаганя венанын багыты боюнча ткандардын шишиги жана инфильтрациясы өнүгөт. Баштапкы стадияда жабыркаган венаны кармалап сезүүгө болот: ал катуу жана ооруткан жипче сыяктуу болуп билинет.

Беттеги үстүрт жайгашкан веналардын тромбофлебитин (мисалы, бурчтук же бет венасы) тезирээк аныктоого мүмкүн, ал эми моюндун терең веналары жабыркаганда аны табуу кыйыныраак болот.

Бейтаптын жалпы абалы тромбофлебиттин баштапкы стадиясында негизги оору кандай өтүп жатканына жараша болот. Кийинки күндөрү мурда кызарган териде көк түстүү өң пайда болуп, ткандардын инфильтрациясы күчөйт, мунун натыйжасында кан тамырды кармалап билүү мүмкүн болбой калат. Шишик инфильтрат жайылган аймактан кеңири тарап кетет. Оору кескин күчөйт жана кан тамырдын багыты боюнча тарайт.

Бейтаптын жалпы абалы да өзгөрөт, бул күчөп жаткан интоксикациянын деңгээли менен аныкталат: дене табы 39–39,5°С чейин көтөрүлөт, калтыраак болот; бейтаптар уктабай калышат, тамактан баш тартышат. Канда лейкоцитоз жогорулап, формуланын солго жылышы жана СОЭнин өсүшү байкалат.

Тромбофлебитти дарылоо комплекстүү түрдө жүргүзүлөт, стационарда жүргүзүлүп, негизги ириңдүү сезгенүү очогун хирургиялык жол

менен ачып, дренаж коюуга багытталат. Ошол эле учурда консервативдик терапия жүргүзүлөт:

– антибактериалдык дарылоо
– дезинтоксикация
– гипосенсибилизация
– антикоагулянттарды (кандын уюшун азайтуучу дарылар) дайындоо
– витаминдер жана иммунотерапия.

Амбулатордук дарыгердин милдети – «себепчи» тишти өз убагында алып салуу жана бейтапты дароо стационарга жаткыртуу болуп саналат.

Тромбофлебиттин татаалдашуулары:

Ретробульбардык клетчатканын абсцесси
Сепсис
Септикопиемия, ириңдүү менингит, менингоэнцефалит
Каверноздук синустун тромбозу
Мээ абсцессери

Сепсис

Сепсис – спецификалык эмес ириңдүү-сезгенүү ооруларынын эң оор татаалдашууларынын бири. Бул – генерализацияланган инфекциялык процесс, диссеминацияланган тамыр ичиндеги кан уюу синдрому (ДВС-синдром) менен коштолуп, көп органдуу жетишсиздикке, жана жергиликтүү белгилерге салыштырмалуу жалпы бузулуулар алда канча оор өтүшү менен мүнөздөлөт.

Клиникалык формалары:

Ириңдүү-резорбтивдүү лимфаденит
Септицемия
Септикопиемия
Өнөкөт сепсис

Клиникалык көрүнүштөрүнө жараша:

Молниеносное – өтө тез (1–2 күн)
Курч (5–7 күн)
Подострое – жарым курч (7–14 күн)
Өнөкөт форма

Өнүгүү фазалары (стадиялары):

Компенсация
Субкомпенсация
Декомпенсация

Сепсис организмдин каршылык көрсөтүүсү бузулган шартта пайда болуп, жергиликтүү коргонуу тоскоолдуктарынын жетишсиздигинен улам өнүгөт. Бул бактериялык жана уулуу агрессиянын жалпыга жайылышына алып келип, организмдин инфекцияга каршы күрөшүү жөндөмүн жоготушу менен мүнөздөлөт.

Шашылыш челюстно-бет хирургиясынын практикасында көбүнчө стоматогендик сепсис кездешет — анда инфекциянын баштапкы очогу ооз көңдөйүндө болот. Ошондой эле теридеги сепсис да кайталанышы мүмкүн, ал

фурункул түрүндөгү бет же моюн терисиндеги сезгенүүдөн башталат. Мындан тышкары, остеомиелиттин оор татаалдашкан учурларында флегмона же бет менен моюндун карбункулдарынын фонунда хирургиялык сепсис да өнүгүшү мүмкүн.

Сепсистин клиникалык көрүнүштөрү көптөгөн факторлорго көз каранды: козгогучтун тибине, оорунун клиникалык формасына, метастаздардын болушуна жана алардын жайгашуусуна, организмдин коргонуу күчтөрүнүн деңгээлине жана реакциясынын өзгөчөлүктөрүнө.

Сепсисти эрте аныктоо кыйын. Биринчиден, жергиликтүү ириңдүү-инфекциялык очоктун абалы боюнча инфекциянын жалпыга жайылышын алдын ала так айтуу мүмкүн эмес. Экинчиден, сепсис башталып жаткандагы алгачкы белгилер организмдин коргонуу реакциясы катары кабыл алынып, вируленттүү жана уулуу микрофлорага жооп деп жаңылыш бааланат. Үчүнчүдөн, бактериологиялык изилдөөлөр ар дайым эле сепсистин бар экенин тастыктай бербейт.

Интоксикациялык синдром төмөнкү белгилер менен мүнөздөлөт:

Алсыздык

Тамакка табиттин жоголушу (анорексия)

Дененин жалпы оорлошу

Түшүнүксүз себепсиз фебрилитет жана субфебрилитеттин алмашуусу

Теринин кубаруусу

Ички органдар менен системалардын жабыркашына мүнөздүү белгилер

Сепсисти дарылоо комплекстүү жана сөзсүз түрдө стационарда, интенсивдүү терапиянын шарттарында жүргүзүлөт. Баштапкы милдет — жергиликтүү септикалык ириңдүү-сезгенүү очогун толук жоюу. Аны хирургиялык жол менен тазалабай туруп, оорунун жакшы жүрүшүнө же ийгиликтүү жыйынтыгына үмүт кылууга болбойт. Дарылоо сөзсүз антибактериалдык (этиотроптук), дезинтоксикациялык жана иммунотерапиялык чараларды камтыйт. Ошондой эле гипосенсибилизациялоочу, симптоматикалык жана эфференттик терапия (гемосорбция, плазмаферез) жүргүзүлөт.

Сепсистин болжолу ар дайым олуттуу. Айрыкча улгайган бейтаптарда, кошумча оорулары бар адамдарда, сепсистин козгогучу өтө уулуу жана вируленттүү болгондо жана организмдин иммунобиологиялык коргонуу күчтөрү төмөндөп турган шарттарда прогноз эң кооптуу болуп саналат.

Одонтогендик контакттык медиастиниттер

Медиастенит – бул көкүрөк көңдөйүндөгү клетчатканын (болбосо майлуу буламыктын) сезгениши.

Средостение (медиастенум) – көкүрөк көңдөйүндөгү анатомиялык мейкиндик.

Жогорку бөлүгү – көкүрөк клеткасынын апертурасы жана төштүн бурчу менен Th4–Th5 омурткаларынын ортосундагы дискти бириктирген линия менен чектелет.

Төмөнкү бөлүгү – перикарддын жогорку четинен жана диафрагмадан төмөн чектелет.

Алдыңкы бөлүгү – төштүн денеси менен кабыргалар аралык бөлүктөрдүн ага жанаша жаткан аймагына жана перикарддын алдыңкы дубалына чейин созулган тар мейкиндик.

Арттагы бөлүгү – алды жагынан трахеянын бифуркациясы, бронхоперикардиалдык мембрана жана перикарддын арткы дубалы, арка жагынан IV–XII көкүрөк омурткалары жана аларды каптаган предпозвоночная фасция менен чектелет.

Орточо бөлүгү – перикард, анын ичинде жайгашкан жүрөк жана ири кан тамырлардын перикард ичиндеги бөлүктөрү, трахеянын бифуркациясы жана башкы бронхтор, өпкө артериялары жана веналары, диафрагмалдык нервдер, лимфа түйүндөрү орун алган мейкиндик.

Одонтогендик медиастенит ар дайым экинчилик болуп эсептелет. Инфекциянын средостениеге жайылышы контакттык, лимфогендик же гематогендик жол менен болушу мүмкүн. Челюстно-бет хирургиясында эң кеңири тараган механизм – **контакттык жол**.

Бул учурда инфекция инфильтрат жана ириңдүү экссудат аркылуу мойундун биринчи жана экинчи фасцияларынын (В. Н. Шевкуненко боюнча) ортосунда жайгашкан булчуң булактарынын багыты боюнча, теринин астындагы булчуңдун жанынан, кан тамыр-нерв тутуму боюнча, трахея менен өңгөчтүн капталындагы клетчатка аркылуу жайылат.

Мындай жол менен инфекция одонтогендик келип чыккан околочелюсттук флегмоналардын аймагынан тарайт (одонтогендик контакттык остеомиелит).

Одонтогендик контакттык медиастинит

Этиологиясы жана патогенези:

Оору инфекциянын козгогучтары менен байланыштуу: стафилококк, стрептококк, көк ириң таякчасы (монокультура же алардын ассоциациялары).

Жак айланасындагы флегмоналардан чыккан ириңдүү экссудат моюндун 1-жана 2-фасцияларынын ортосунда (В. Н. Шевкуненко боюнча): теринин астындагы булчуң, кан тамыр-нерв тутуму, трахея жана өңгөч багыты боюнча тарайт.

Медиастиниттин клиникалык формалары:

Сероздук
Ириңдүү
Чирик (гнилостные)
Анаэробдук
Чирик формалары

Контакттык одонтогендик медиастиниттерде инфекциянын баштапкы булагы көбүнчө тиштин периапикалдык ткандарындагы сезгенүү же анын тонзиллярдык инфекция менен бирге жүрүшү болуп саналат. Анча көп эмес

учурларда ооз көңдөйүнүн былжыр челинин сезгенүү оорулары себеп болот, алар адатта анын жабыркашынан кийин өнүгөт.

Медиастиниттин пайда болушуна жак айланасындагы флегмона – бир же көбүнчө бир нече клетчатка аралык мейкиндиктердин ириңдүү сезгенүүсү – негиз түзөт. Дал ошол мейкиндиктерден ириң ортомчу аркылуу ортолукка өтөт.

Контакттык одонтогендик медиастиниттер клиникалык белгилеринин көп түрдүүлүгү менен мүнөздөлөт.

Медиастиниттин өнүгүшүндө **медиастеналдык синдромду** (В. А. Козлов) өзүнчө белгилеп көрсөтүүгө болот.

Оорунун симптомтору комплекси – төштүн артына жайылган оору күчөп, төмөнкү учурларда дагы да жогорулайт:

Башты артка кайрыганда (Герке симптомы)

Мойундун кан тамыр-нерв тутумун пальпациялаганда (Иванов симптомы)

Өпкөдөй согуу түрүндө согуп көргөндө, пяточная сөөккө сокку бергенде (Попов симптомы)

Токсикалык симптомокомплекс

Кан тамыр-нерв тутумунун кысылышынан пайда болгон белгилер:

Жогорку көңдөй венасынын кысылышы: моюндун жана беттин шишиги, кулакта ызы-чуу, цианоз

Диафрагмалдык нервдин кысылышы: дем алуунун начарлашы, икая

Кезме (блуждающий) нервдин кысылышы: брадикардия жана башка белгилер

Белгилердин биринчи тобу барган сайын күчөй турган төш артындагы ооруну камтыйт. Ал оору:

– башты артка кайрыганда (Герке симптому),

– моюндун кан тамыр-нерв тутумун пальпациялоодо, сылаганда же өйдө тартып көргөндө (Иванов симптому),

– жуткунганда жана анча күч эмес жөтөлгөндө күчөйт.

Жөтөл симптому – одонтогендик медиастиниттин эң мүнөздүү белгилеринин бири. Бул жумшак таңдайдын, ооз табанынын жана кулкун айланасындагы мейкиндиктин шишиги менен түшүндүрүлөт. Бул аймактардагы флегмоналар тилдин түбүн дайыма дүүлүктүрүп, рефлектордук жөтөлдү пайда кылат.

Кийинки мезгилде Равич-Щербо симптому пайда болот – дем алганда моюнтурун чуңкурунун аймагындагы теринин ичке тартылышы. Ошондой эле Штейнбергдин паравертебралдык симптому да байкалат.

Мындан тышкары, оң диафрагмалдык симптом болушу мүмкүн: кабырга алдындагы оорутуу жана ич каптал булчуңдарынын чыңалышы. Же болбосо компрессиондук симптом: согончок сөөккө жеңил сокку жасаганда төш артындагы оорунун күчөшү жана жөтөл рефлексинин пайда болушу (Попов симптому).

Артындагы (задний) медиастиниттерде оору жака сөөгүнүн ортосуна же эпигастрийге иррадиацияланып, бейтап эң жеңил кыймылдаганда да күчөйт.

Ошондой эле омурткалардын кылка сыяктуу өсүндүлөрүн, айрыкча көкүрөк бөлүгүн басып көргөндө оору күчөйт.

Медиастинити бар бейтаптарды кароодо төштүн жана кабыргалардын аймагында курч оорутуу аныкталат. Айрым учурда моюндун же көкүрөк клеткасынын теринин алдындагы клетчаткасында газ топтолсо, **крепитация** симптому байкалышы мүмкүн.

Ооруу симптомдун өнүгүшү бейтапты мажбурлап белгилүү бир абалды кабыл алууга алып келет: абалынын оордугуна карабай, ал керебетте отуруп, башын ылдый салып, кол-буттарын ичке тартып алат, же болбосо капталына жатып, денесин бүктөп, тизелерин жаакка жакындаткан «эмбриондун позасында» жатат — бул ооруну азайтып, дем алууну жеңилдетет. Түз отуруу же түз жатуу аракеттери тескерисинче, аркадагы жана көкүрөктөгү оорунун кескин күчөшүнө, анын жанга тийген түрдө желкеге, жуткунганга иррадиациясына, катуу жөтөлгө жана кусууга алып келет.

Белгилердин экинчи тобу – күчөп жаткан интоксикациянын натыйжасы. Бейтаптарда реакциясыздык, апатия, уйку басуу, аң-сезимдин тумандашы, делирий байкалат. Кээде апатиянын алдында козголуу, агрессия белгилери пайда болуп, бейтап бөлмөдөн качууга же жанындагыларга кол салууга аракеттениши мүмкүн. Сейрек учурда эйфория болуп, ал тез эле аң-сезимдин жоголушу менен алмашат — бул терминалдык абалдын белгилери.

Белгилердин үчүнчү тобу – күчөп жаткан оору жана токсикоздун фонунда кан тамырлар менен нерв стволдорунун (сөңгөктөрүнүн) кысылышынын натыйжасы. Бул белгилер көп учурда клиникалык көрүнүштү аныктайт. Көпчүлүк бейтаптарда **жогорку көңдөй венасынын синдрому** өнүгөт: дененин жогорку бөлүгүнүн, моюндун, беттин шишиши, теринин алдындагы веналардын кеңейиши. Бул баш оорунун күчөшү, кулактын ызы-чуу болушу, беттин цианозу менен коштолот. Ири кан тамырлардын жана нервдердин кысылышы тез арада жүрөк-кан тамыр жетишсиздигине алып келип, инфаркт миокарддын инфарктына клиникасына окшош көрүнүштөрдү жаратышы мүмкүн.

Диафрагмалдык нервдин кысылышы дем алуунун бузулушуна жана оор икаяга алып келет; кээ бир бейтаптарда клиника курч панкреатитке же ашказандын тешилишине окшош болуп, туура эмес диагноз коюлуп, туура эмес жардам берилгенде абалды ого бетер начарлатышы мүмкүн.

Арыбери жылып туруучу (блуждающий) нервдин кысылышы брадикардияга алып келет.

Медиастинитти тастыктоо үчүн милдеттүү түрдө **рентгенологиялык жана МРТ** изилдөөлөрү жүргүзүлүшү керек.

Контакттык одонтогендик медиастинитти дарылоонун негизги принциби — шашылыш оперативдик кийлигишүү, ириңдүү-сезгенүү очогун эртерээк ачуу, активдүү дренаж жана санация жүргүзүү. Ошону менен бирге күчтүү антибактериалдык (этиотроптук) терапия, дезинтоксикациялык жана иммунотерапия жүргүзүлөт. Мындан тышкары гипосенсибилизациялоочу,

симптоматикалык жана эфференттик терапия (гемосорбция, плазмаферез) дайындалат.

Кездешүүчү ички мээдеги татаалдашуулар төмөнкүлөр:

Уулуу-инфекциялык мээ кабыктарынын шишиги

Менингит

Менингоэнцефалит

Катуу мээ кабыгынын кан тамырларынын тромбозу

Катуу мээ кабыгынын үңкүрчөлүү синусунун тромбозу

Мээ абсцесси

Менингит жана мээ абсцесси жак-бет аймагындагы ириңдүү-инфекциялык процесстердин татаалдашкан формалары катары көбүнчө үңкүрчөлүү синустун дубалдарынын ириңдеп эрип кетишинен, же инфекциянын пер континуитатэм (жакын жайгашкан ткандар аркылуу түз тарашы) боюнча жайылышынан келип чыгат. Айрыкча флегмона канат-таңдай, чыкчыт алдындагы жана чыкчыт аймактарда локализацияланганда көп кездешет. Козгогучтар көбүнчө патогендик стафилококк же алардын ассоциациялары.

Ички мээдеги татаалдашууларда инфекциянын тарашы төмөнкү жолдор менен жүрөт:

Бет венасы → мурун бурчтук венасы → орбита веналары → катуу мээ кабыгынын үңкүрчөлүү синусу

Крылонёбное веноздук сплетение → орбита веналары → катуу мээ кабыгынын үңкүрчөлүү синусу

Менингеалдык татаалдашуулар өнүккөндө бейтаптар акырындап күчөп жаткан начарлоо, баш оорусу, алсыздык, уйку басуу, табиттин жоголушу сыяктуу даттанууларды айтышат. Бул белгилер көбүнчө баш оорунун күчөшү менен коштолгон жүрөк айлануу жана кусуу менен бирге жүрөт. Дене табы 39–40°Сге чейин көтөрүлөт.

Мээ абсцесси түзүлө баштаганда оору локалдуу болот; баш сөөктү абсцесс болгон аймакта перкуссиялаганда оору күчөйт. Кээде тырышуу (судорога) кармоолору байкалат.

Бейтапты кароодо теринин жана көрүнгөн былжыр челдердин кубарышы, эки кабак аймагында шишик, птоз аныкталат. Бейтап тынчсыз, назистүү, ыйлаакчыл болуп калат. Кийинчерээк уйку басуу жана угуу бузулуп, аң-сезим тумандашат; бейтаптын көңүл топтоо жөндөмү төмөндөйт. Сүйлөө кыйындап, түшүнүксүз болуп калат. Аң-сезимдин булуттанышы мүмкүн.

Бейтап керебетте **мажбурлаган абалда** жатат: башын ылдый каратып, жаздыкты колдонбойт. Колдун далысы мээнин жабыркаган аймагына туура келген баштын чачтуу бөлүгүндө жайгаштырылат. Пульс жай, жакшы толуктуулукта. Окулисттин кароосунда көз нервдеринин эмчекчелериндеги стаз байкалат, бул ички мээ басымдын жогорулаганын көрсөтөт. Невропатолог инфекциянын жайылышы жана локализациясына жараша очагдык белгилерди жана жабыркаган мээ бөлүктөрүнүн же өткөрүү жолдорунун функциясынын бузулушун аныктайт.

Канда лейкоцитоз, моноцитопения, лимфопения жана өсүп жаткан СОЭ байкалат. Ликвордо белоктун жогорулаган деңгээли аныкталат, көп учурда лимфоцитардык плеоцитоз менен жана аз санда нейтрофилдер менен коштолушу мүмкүн.

Эрте курч стадиясы бейтапты дарылоонун жүрүшүндө **латенттик фазага** өтүп узак убакытка созулушу мүмкүн, андан кийин кайра күчөшү мүмкүн. Мээ абсцессинде дайыма ириң мээ кабыктарынын астына агып кетүү коркунучу бар, бул ириңдүү менингиттин же ириндин мээ кулагына таралышына алып келет. Бул коматоздук абалдын өнүгүшүнө жана тез арада өлүмгө алып келиши мүмкүн.

Процесс **өнөкөт стадияга** өткөндө абсцесс көп убакытка созулуп, кысылып (осумковаться) турушу мүмкүн.

Ооруну диагноздоо клиникалык маалыматтарга негизделет. Буга симптоматиканын күчөп жаткан динамикасы, жак-бет аймагындагы ириңдүү очоктордун болушу, алардын таралышынын менингеалдык татаалдашууларга же мээ абсцессине алып келиши мүмкүн экенин баалоо кирет. Мындан тышкары, **эхоэнцефалография, электроэнцефалография, компьютердик томография** колдонулат.

Менингеалдык татаалдашууларды дарылоо **алгачкы очокту санациялоо** жана күчтүү антибактериалдык (этиотроптук), дезинтоксикациялык жана иммунотерапияны жүргүзүүгө негизделет. Мындан тышкары гипосенсибилизациялоочу, симптоматикалык жана эфференттик терапия (гемосорбция, плазмаферез) дайындалат.

Мээ абсцессин дарылоо **дайыма хирургиялык жол менен** жүргүзүлөт жана адистештирилген нейрохирургиялык стационарларда гана жүргүзүлөт.

Негизги адабияттар:

1. Боровский Е.В.. Терапевтическая стоматология. / Учебник для ВУЗов. Москва. 2011г.
2. Горячев Н.А. Консервативная эндодонтия: практическое руководство.
3. Гутман Дж.Л. Обтурация конусной системы корневого канала с Термафил Плюс».
4. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Эндодонтия плюс.
5. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 322 с.
6. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 322 с.
7. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: Учебн.пособ./ А.И.Николаев, Л.М. Цепов – 6-е изд., перераб. и доп.
8. Терапевтическая стоматология в 3-х частях: Часть 2: Болезни пародонта: учебник / под ред. Г. М. Барера. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 224 с.: 236 ил.

9. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 частях. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта, – под ред. проф. Г. М. Барера. - Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2010- - 245 с.

Кошумча адабияттар:

1. Афанасьев В.В, Барер Г.М., Ибрагимов Т.И. Запись и ведение истории болезни: Практическое руководство. – М., ФГОУ ВУНМЦ Росздрава, 2006 г., 320 с.
2. Курякина Н.В. Заболевания пародонта /Н.В. Курякина, Т.Ф. Кутепова. – М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2003. – 250с. С. 5 – 25.
3. Геронтостоматология: А.В. Алимский. (Эпидемиологические, социальные и организационные аспекты). – М., 2012. – 374 с.
4. Рациональная фармакотерапия в стоматологии: Руководство для практических врачей / Под редакцией Г.М. Барера, Е.В. Зорян. – М., Литтера, 2006 г. с 179-2036.Стоматология.
5. Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта: учебник: в 3 ч. / Под ред. Г. М. Барера. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Ч. 2. - 224 с.: ил.

9-сабак. Тиш ооруларынын алдын алуунун негизги багыттары: Биринчи, экинчи жана үчүнчү даражадагы профилактика. Балдардын жана чоңдордун тиш кариесин алдын алуу. Негизги стоматологиялык ооруларды дарылоодо жана алдын алууда ооз көңдөй гигиенасынын ролу. Тиш аномалияларынын алдын алуу. Соматикалык патологияны алдын алууда жана дарылоодо стоматологиялык ооруларга кам көрүүнүн ролу.

Стоматологиялык оорулардын алдын алуунун негизги багыттары

Эл арасында негизги стоматологиялык оорулардын кеңири таралганын эске алуу менен, стоматологиялык жактан ден соолугу чың адам катары төмөнкүлөргө ээ болгон адам эсептелет:

Тиштер кариес менен жабыркаган эмес же жөнөкөй кариес боюнча сапаттуу дарыланган (бул учурда реставрацияланган тиштердин саны аймактык орточо деңгээлден ашпайт);

Прикус нейтралдуу;

Периодонт, ооздун былжыр челдери жана жак-бет аймагындагы жумшак ткандар патологиянын белгилерин көрсөтпөйт.

Профилактиканын максаты – адамдагы бар ден-соолук деңгээлин сактоо. Бул баштапкы деңгээлге жараша профилактика үч түргө бөлүнөт:

1. **Биринчи (первичная) профилактика** – бузулбаган ден-соолукту сактоого багытталган. Бул үчүн патологиялык абалды жаратуу мүмкүн болгон табигый жана социалдык факторлордун таасирин минималдаштыруу зарыл.
2. **Экинчи (вторичная) профилактика** – ооруну эрте стадияда аныктоого, патологиялык процесстин прогрессин алдын алууга жана мүмкүн болгон асқынуулардын алдын алуу максатында жүргүзүлөт.
3. **Үчүнчү (третичная) профилактика** – оору оор формага өтпөсүн алдын алуу, рецидивдерди алдын алуу, убактылуу эмгек жөндөмдүүлүктүн төмөндөшүн, майыптык жана өлүмдү азайтуу максатында жүргүзүлөт.

Эл аралык терминологияда «профилактика» термини негизинен **биринчи профилактиканы** гана билдирет, экинчи жана үчүнчү профилактика **«ооруну контролдоо»** термини менен бириктирилет.

Медициналык профилактиканын негизги принципи – белгилүү бир оору пайда болуу коркунучун жараткан факторлорду жана зыяндан коргоочу факторлорду билүү.

Этиотроптук профилактика – оорунун себебине таасир этип, анын пайда болушун 70–100% алдын алат.

Патогенетикалык профилактика – патологиянын өнүгүү механизмдерине таасир этет жана 40–50% учурларда эффективдүү.

Практикалык профилактика багыттары жана ыкмалары жыйналган билимдерге ылайык аныкталат.

Стоматологиялык ден-соолуктун түзүлүшүнө бир катар тышкы факторлор таасир этет: экономикалык шарттар, социалдык статус, экология жана башкалар.

Экинчи топ факторлор – адамдын соматикалык абалы менен байланыштуу, алар жалпы факторлор деп аталат.

Үчүнчү багыт – ооз ичиндеги биологиялык факторлор, аларды жергиликтүү (локалдык) факторлор деп аташат. Мисалы: тиштеги таштар, эмаль сапаты, жак-бет аймагынын булчуң комплексинин функциялык өзгөчөлүктөрү ж.б.

Россияда жана айрым башка өлкөлөрдө тиш кариесинин таралышы 90–98% түзөт, ал эми өлкөнүн түндүк-батыш аймактарында балдарда 12–14 жашка жеткенде 100%ка жетет. Соңку жылдары кариес алдын алуу тажрыйбасы мамлекеттик каржылоонун жоктугуна байланыштуу ар дайым рационалдуу колдонулбай келет.

Кариесдин өнүгүшүнө негиз болгон негизги (лидерлик) факторлор бар деп эсептелет:

Ичүүчү суунун фторго жетишсиздиги;

Сахароза жана кант камтыган азыктарды ашыкча колдонуу, өзгөчө негизги тамактардын ортосунда;

Ооздун гигиенасынын начардыгы.

Кариеске каршы заманбап методдор төмөнкү талаптарга жооп бериши керек:

а) Ден соолукка толугу менен зыянсыз болушу;

б) Жакшы профилактикалык эффект көрсөтүшү;

в) Кандай гана амбулатордук шартта болбосун, жеңил жүргүзүлүшү;

г) Профилактикалык чараларды аткаруу жеңил жана көп эмгекти талап кылбоосу.

Тиш кариесине каршы жергиликтүү профилактика методдору

Эң маанилүү фактор – ооздун рационалдуу жана кылдат гигиенасы, дарылоо-профилактикалык тиш пасталарын колдонуу менен жүргүзүлөт. Бул:

Жумшак тиш бляштарын өз убагында жана кылдат тазалоону;

Ар кандай атайын дарылоо-профилактикалык пасталарды колдонууну камтыйт.

Бул чаралар пародонт ткандарындагы кан айлануу жакшыртууга жана пульпанын кан менен камсыздалышын күчөтүүгө, натыйжада одонтобласттардын трофикасын жакшыртууга жардам берет.

Жергиликтүү фторизация кеңири колдонулат жана көптөгөн ата мекендик жана чет элдик авторлордун маалыматы боюнча белгилүү натыйжа берет.

Фтор камтыган тиш пасталары, чайкоочу каражаттар, лактар колдонулуп, кариес көрсөткүчтөрүнүн өсүшүн орточо 25–30%га төмөндөтөт.

1%дан ашык фтор камтыган пасталар жана полоскалар – **контролдолгон тиш тазалоо** үчүн, медициналык кызматкерлердин көзөмөлү астында колдонулат, орточо жылына 2 жолу, 3–5 күн катарынан.
0,2–0,6% фтор камтыган пасталар – **үй шартында** күнүмдүк колдонуу үчүн (контролсуз тазалоо).

Отурган пасталардан мисалдар: Фтородент, Новый Жемчуг-Фтор, Детский Жемчуг комплекс ж.б., натрий фторун камтыган пасталар. Бирок ичүүчү сууда фтор көп болгон аймактарда бул пасталарды колдонбоо сунушталат.

Балдарга өзгөчө сунуштар:

Мектепке чейинки жана башталгыч класстагы балдар (8–9 жашка чейинкилер) күн сайын тиштерин фтор камтыган паста менен тазалоо керек, болгондо да ата-эненин көзөмөлүндө.
Щеткага чакан өлчөмдө паста чыгарыңыз (жеңил “буудай уругу” өлчөмүндө). Бул чараны аткарбаса, **флюороз** пайда болушу мүмкүн.

Фтор камтыган атайын эритмелер:

Оозду жуу үчүн жылына кеминде 2 жолу колдонулушу керек, ата-эненин жана медициналык кызматкерлердин көзөмөлүндө.
Фтор камтыган гельдер тиштерге 3–4 мүнөт ичинде сүртүлөт, андан кийин оозду чайкап тазалайт.

Фтор камтыган лактар:

Алгач тиштер тазаланып, кургатылгандан кийин, үстүңкү жана төмөнкү тиштердин бардык беттерине сүртүлөт.
Бул процедура орточо жылына 2 жолу жүргүзүлүшү сунушталат.

Тиш ткандарынын жергиликтүү реминерализациясы

Соңку жылдары стоматология практикасына тиш ткандарын жергиликтүү реминерализациялоо киргизилди.

Реминерализирленген консервативдик терапиянын принциби:

Тиш ткандары иондор жана молекулалар үчүн борборго багытталган (центростремительный) өткөргүчтүккө ээ.
Тиш эмалындагы минералдык элементтердин жоголушун баштапкы кариес стадиясында толуктоо максатын көздөйт.

Колдонулуучу каражаттар:

Кальций жана фосфат туздары, айрым учурларда фториддер жана башка микроэлементтер.
Кальций глюконатынын 10% эритмеси, 2–10% туздуу фосфат эритмелери, атайын комплекстүү эритмелер.
Аппликациялык ыкмалар менен колдонулат.
Курс: 15–20 мүнөттөн 15–20, кээде 30 процедура.

Фосфат камтылган тиш пасталары аркылуу реминерализациялоо:

Алгач тиштерди изоляциялап, тазалап, кургатып, пастаны 10–15 мүнөт калтыруу.
Процедура үйдө, үйрөтүлгөндөн кийин, өзү тарабынан да жасалышы мүмкүн.
Ыңгайлуулугун жана натыйжалуулугун жогорулатуу үчүн стандарттуу эластик (ийилчээк) спорттук же атайын коргоочу шиналарды колдонуу

сунушталат, алар тиш формасында, паста менен толтурулуп, оозго 10–15 мүнөт коюлат.

Реминерализирленген пасталардын мисалдары:

Жемчуг, Новый Жемчуг-Кальций, ROCS Medical Mineral, Tooth Mousse жана башкалар.

Процедураны биринчи айда күн сайын, андан соң 2–3 жолу жумада жасоо сунушталат.

Бул ыкма тиш кариесинин өсүшүн орточо 35–40%га төмөндөтөт.

Фиссураларды жабуу (герметизация):

Мектепке чейинки жана мектеп жашындагы балдарда эң эффективдүү профилактикалык чаралардын бири.

Жабуу тиштин жеген бетиндеги табигый ойлорду жана фиссураларды силанттар менен герметиктер аркылуу камтыйт.

Герметиктердин функциялары:

Кариес жаратуучу факторлорго каршы физикалык тоскоолдук түзөт.

Эгерде герметикте фтор иондору бар болсо, фиссура аймагында эмалга реминерализирленген таасир көрсөтөт.

Тиш кариесин алдын алуу үчүн жалпы методдор. Тамактануунуу оптималдаштыруу

Өзгөчө көңүл углеводдорго бөлүнүшү керек, анткени алар тиш кариесинин өнүгүшүнө өбөлгө түзөт. Бул жерде маанилүү болгон нерсе – рациондагы жалпы углеводдун көлөмү эмес, канттын кариес жаратуучу таасири, өзгөчө негизги тамактардын ортосунда оозго кирген учурда.

Белоктордун мааниси да чоң, алар организмге рацион аркылуу кирет, ошондой эле рациондогу витаминдер, туздар жана микроэлементтер маанилүү. Айрым авторлор атайын кариеске каршы диеталар жана режимдер түзүүнү сунушташкан, бирок кариес алдын алуу үчүн көбүнчө негизги рационго кошумча катары жеке препараттарды колдонуу жетиштүү. Рацион белокторго, туздарга, витаминдерге жана микроэлементтерге бай болушу керек.

Сууну фторлоо – дүйнөнүн көптөгөн өлкөлөрүндө тиш кариесин алдын алуунун эң заманбап массалык жолу. Ал оптималдуу дозада (1 мг/л чейин) фторду ичүүчү сууга кошууну камтыйт. Дүйнөлүк саламаттык сактоо уюмунун (ВОЗ) маалыматы боюнча, акыркы 20–30 жылда кээ бир өлкөлөрдө 230 миллиондон ашуун адам фтордолгон суу ичкен.

Бир катар авторлор белгилешкендей, системалуу фторлоонун натыйжасында тиш кариесинин жыштыгы жана интенсивдүүлүгү орточо 30–40%га азайган, ал эми пломбалардын саны 40–50%га азайтылган.

Бирок фторлоо дайыма эле ушундай жакшы натыйжа берген жок. Алдын алуучулук натыйжалардын туруктуулугу көп өлчөмдө ичүүчү сууга кальций, фосфат жана башка макро- жана микроэлементтердин болушуна көз каранды болгон. Мисалы, оптималдуу натыйжа фторлоодо сууда 50–75

мг/лден ашык кальций жана 30–36 мг•экв катуулук көрсөткүчтөрү болгондо алынган.

Сууну фторлоодон тышкары, тиш кариесин алдын алуу үчүн фтор менен байытылган тоңдурулган тузду, фтор кошулган сүттү жана минералдык сууну, ошондой эле фтор камтыган таблеткаларды колдонушат. Бул методдордун айрым артыкчылыктары бар, анткени аларды конкреттүү балдар популяциясына багыттоого болот. Бирок алардын кээ бир кемчиликтери да бар. Мисалы, фтор камтыган таблеткаларды жана сүттү балдарга жылына кеминде 300 күн берүү зарыл. Бул кантип уюштурулмакчы жана, өзгөчө, таблеткаларды күн сайын берүүнү кантип көзөмөлдөөгө болот?

Фтор менен байытылган тоңдурулган туз боюнча да маселе так эмес: канча адам аны колдонору жана кимге багытталган? Албетте, чоңдор жана кары адамдар да колдонушу мүмкүн, ал эми аларга бул кереги жок.

Витаминдерди тиш кариесин алдын алуу үчүн колдонуу узак убактан бери жүргүзүлүп келет, бирок кеңири эмес. Мисалы, балдардын рационуна B1 жана B6 витаминдерин кошуу орточо эсеп менен тиш кариесинин өнүгүшүн 30–35%га азайткан.

Башка витаминдердин ролу боюнча маалыматтар карама-каршы, бирок тиштердин калыптануу мезгилинде алардын баары тиштин өнүгүшүнө пайдалуу таасир этет деп эсептесе болот.

Фосфаттарды тиш кариесин алдын алуу үчүн колдонуу салыштырмалуу жаңы. Бул тажрыйба жетиштүү ийгиликтүү болуп, биздин өлкөдө гана эмес, Австралия, Германия, Болгария жана башка өлкөлөрдө да колдонулат. Бул учурда кариес азайышы 40–50%га жеткен.

Микроэлементтердин тиш кариесине каршы таасири узак убакыттан бери илимий адабияттарда каралууда. Тиштин ткандарынан 20дан ашык микроэлементтер табылган, алар тиштин ткандарына, анын курамына, сиңирүүчү сууга, тиштин кебээрине жана микрофлорасына түздөн-түз таасир этет, ал эми метаболизм жана ферменттик реакцияларды активдештирип же басаңдатат.

Изилдөөлөр көрсөткөндөй, кариеске каршы мааниси бар микроэлементтерге фтор, никель, мис, күмүш, темир, ванадий, титан, молибден, цинк жана башка элементтер кирет.

Бул элементтерди башка препараттар менен комплекс түрүндө колдонуу максатка ылайыктуу, анткени аларды өз алдынча колдонуу дозаларды тандоодо жана колдонууда кыйынчылыктар жаратат.

Көп жылдык эксперименталдык изилдөөлөр жана клиникалык байкоолордун натыйжасында профилактикалык чараларды уюштуруу жана жүргүзүү боюнча төмөнкү конкреттүү жыйынтыктар алынган:

а) профилактикалык чаралар комплекс түрүндө жүргүзүлүшү керек жана организмге жалпы таасир этүү менен бирге, тиштин ткандарына түздөн-түз таасир этиши зарыл;

б) профилактикалык чаралар бир гана эмес, 2–3 препаратты колдонууну камтышы керек;

в) эмаль жана дентиндеги алмашуу процесстеринин өтө жай жүрүшүн эске

алып, кариеске каршы препараттарды үзгүлтүксүз колдонуу зарыл эмес, жылына 2–3 ай менен чектелиши мүмкүн.

Мектепке чейинки курактагы балдардын тиш кариесинин алдын алуу

Сын-пикирлерден көрүнүп тургандай, 6–7 жаштагы мектепке чейинки балдардын 20–26%ында кариес бар. Мектеп жашындагы балдарда туруктуу тиштердеги кариестин жайылышы башталгыч класстарда 50–74%га жетет, ал эми өлкөнүн түндүк аймактарында бул көрсөткүч дагы жогору. Демек, тиш кариесинин алдын алуу мектепке чейинки курактан башталууга тийиш.

Балдардын убактылуу тиштериндеги түзүлүштүк бузулуулар эненин ооруларынан таасирлениши мүмкүн. Анамнезде катталган гипертония, эндокриндик жана иммундук системанын патологиялары, кош бойлуулук учурунда өткөн инфекциялар жана токсикоздор балдардын тиш ткандарына терс таасир этет. Эне сүтү менен эмизүү чоң мааниге ээ. 6 айдан 1 жашка чейинки балдарды жасалма аралашмалар менен тамактандырган учурда жасалган байкоолор алдыңкы кескич тиштердин көп жабыркаганын көрсөттү. Шекерленген аралашмалардан кийин тиш жана жаактын тегерегиндеги кебээр “бутылочный” кариесине алып келет. Убакыт өткөн сайын налет карайт, анын астында дефект пайда болот жана тиш көп учурда сынып калат.

Убактылуу тиштердеги кариес тез өнүгөт, анткени балдардын эмаль жана дентин катмарлары салыштырмалуу жука жана алардын сапаты чоң кишилердеги тиштин ткандарына окшобойт, ошондуктан кариестин татаалдашкан түрлөрү тез пайда болот.

1,5 жашка чейинки балдарда кариестин алдын алуу боюнча негизги чаралардын бири – ата-энелерди баланын гигиенасын сактоого үйрөтүү жана мотивациялоо.

Убактылуу тиштердеги кариестин жергиликтүү алдын алуу ыкмаларына тиштердин чыккандан кийин жумшак тампон же атайын тиш щеткасы менен кебээрди тазалоо кирет. 2–3 жашка чейин балага тамактан кийин оозду суу менен чайкоону үйрөтүү жана оюн формасында тишти тазалоого көндүрүү зарыл. Тиш щеткасы кызыктуу, яркий, жумшак кылдуу жана кичине өлчөмдө (1,5 см чейин) болушу керек. Алгач пастасыз тазалоого болот, 3 жаштан баштап пастаны колдонуу сунушталат. Балдардын ар кандай жашына ылайыкталган пасталар көп чыгарылат. Пастаны тандаганда анын активдүү компонентине көңүл буруу зарыл. Эгер ал фтор болсо, концентрациясы 500 ppm ашпашы керек. Сууда фтордун концентрациясы жогору аймактарда мындай пасталарды колдонууга болбойт.

Минералдык компоненттери (кальций жана фосфат) бар пасталар эмальдын минерализация деңгээлин жакшы сактайт. Алардын катарына ата мекендик «ROCS», «Сплат», «Свобода» пасталары кирет. 3 жаштан баштап алты айда бир жолу стоматологго баруу сунушталат, ал балага жеке гигиена боюнча консультация берип, профессионалдык алдын алуу ыкмаларын, мисалы, фиссураларды герметизациялоону сунуштай алат (табиатта бар

фиссура жана тешиктерди атайын материалдар менен жабуу), бул алардын инфекциялануусун жана кариеске шалыктануусун алдын алат.

Жыш катталган респиратордук жана башка оорулар балдардын тиштерине терс таасир этет. Күз-кыш мезгилинде педиатрлар мындай балдарга жаш курагы боюнча витамин-минералдык комплекс берүүнү сунушташат.

Мектеп жашындагы балдардын тиш кариесинин алдын алуу

Мектеп жашындагы балдарда комплекстүү алдын алуу жумуштары сүт тиштеринде жана туруктуу тиштерде оору деңгээлин 2 эсе же андан көп төмөндөтүүгө мүмкүнчүлүк берет.

Негизги профилактикалык чаралардын схемасы төмөнкүлөрдөн турат:

Профессионалдык ооздун гигиенасын жүргүзүү жана андан кийин баланы тишти үзгүлтүксүз карап турушуна психологиялык мотивация берүү.

Рационалдуу ооз гигиенасын үйрөтүү, аны кээде дарыгер көзөмөлдөп, мотивациялап турат.

Ар кандай биологиялык активдүү заттарды камтыган атайын дарылоочу-профилактикалык пасталар жана каражаттарды колдонуу, анын ичинде витаминдер, хлорофилл, макро- жана микроэлементтер.

Травматикалык окклюзияны жок кылуу – тиштерди жумшак жылмалоо аркылуу, ортодонттук дарылоодо.

Ооздун ткандарынын трофикасын жана микроциркуляциясын жакшыртуу – кан тамырларды массаж, активдүү чайкоо жана башка жолдор менен.

Рационалдуу тамактануу, организмге керектүү белок, углевод, витаминдер, макро- жана микроэлементтерди камсыз кылуу.

Саламат жашоо образы, саламаттыкты жана ооз ткандарынын абалын мезгил-мезгили менен текшерүү.

Эндогендик (Ички) алдын алуу мектеп жашындагы балдарда **витамин-минералдык комплекстер менен жүргүзүлөт**. Мисалы, «Мульти-табс», «Витрум», «Алфавит» жана жаш куракка ылайык келген башка препараттар.

Кошумча же өсүү мезгилинде **кальций препараттарын** колдонуу сунушталат. Күнүмдүк дозалар жашына жараша өзгөрөт:

6–12 жаш: 0,5 г/күн

12–16 жаш: 1 г/күн

16–21 жаш: 1,5 г/күн

Курс узактыгы – 1 ай. Мындай профилактикалык курстарды жылына эки жолу өткөрүү сунушталат. Белгиленген жаштык нормалар болжолдуу, анткени балага салмагы жана бою маанилүү.

Туруктуу тиштерди тазалоо үчүн **кальций-фосфат камтылган манжалар** жана **фтор камтылган пасталар менен оозду чайкоочу каражаттар** сунушталат.

Мектеп жашында **профессионалдык алдын алуу ыкмалары чоң мааниге ээ**, мисалы, фиссураларды герметизациялоо жана терең фторизациялоо.

Ооздун профессионалдык гигиенасы адатта дарыгер же гигиенист адис тарабынан жүргүзүлөт. Анын негизги максаты – атайын аспаптар жана ультраүн аппаратурасы аркылуу тиштердеги калаган таштандыларды кылдаттык менен тазалоо, өзгөчө тиштер тыгыз жайгашкан жерлерде жана башка чогулуучу участкаларда.

Тиштеги калаган таштандылар алынгандан кийин, тиштин беттери жана тамандары щеткалар, щеткачалар жана полировка пасталары менен жылмаланып, тегизделет, бул жаңы таштандылардын тез пайда болушун азайтат. Бирок профессионалдык гигиена, бейтап өз алдынча күн сайын тиштерин тазалабаса, натыйжа бербейт. Ошондуктан бейтап менен баарлашууда анын маанилүүлүгүн түшүндүрүү жана күнүмдүк колдонууга үйрөтүү психологиялык мотивация катары керек.

Гигиеналык көндүмдөрдү үйрөтүүдө, тишти эмне үчүн, кантип жана канча жолу тазалоо керектиги жашка, жыныска жана бейтаптын социалдык абалына ылайык так түшүндүрүлүшү керек.

Арнайы дарылоочу-профилактикалык каражаттарды колдонуу дарыгер тарабынан сунушталышы жана тиштердин, пародонт ткандарынын жана ооздун шырыстык мүчөлөрүнүн абалына ылайык конкреттүү болушу зарыл.

Травматикалык окклюзияны жоюу адатта биринчи этапта аяган полировка аркылуу жүргүзүлөт, суперконтакт жерлерин атайын боёк тилке менен көзөмөлдөө. Андан кийин, зарыл болсо, ортодонттук дарылоо аркылуу тиш катарын түздөө жүргүзүлөт.

Пародонт ткандарынын микроциркуляциясын жана трофикасын жакшыртуу үчүн адатта **мүлк аутомассаждоо, вакуум массаж, вакуум-дарсонваль процедуралары** колдонулат. Бул ыкмалар ооз ткандарында кан айлануусу күчөтүп, алардын каршылыгын жогорулатат.

Рационалдуу тамактануу – организмге керектүү белок, витаминдер, макро- жана микроэлементтерди берүү, мисалы, сүт-жемиш, овощтук (жашылча) диеталар аркылуу.

Сергек жашоо образы да ооз ткандарынын ооруларын алдын алууда маанилүү. Нормалдуу уйку, туруктуу жана тең салмактуу тамактануу, зыяндуу адаттардан (түтүн тартуу, алкоголдук ичимдиктер) качуу, физикалык культура жана жалпы гигиена организмдин жана ооз ткандарынын ресурстарын жогорулатат.

Ооздун күн сайынкы жана туура гигиенасы стоматологиялык ооруларды алдын алуу жана дарылоодо эң кеңири жана туруктуу таасир этүүчү фактор болуп эсептелет. Бирок анын массалык түрдө жана рационалдуу колдонулушу азыркы стоматологиянын негизги маселелеринин бири болуп турат. Бул түшүнүктүү, анткени учурда балдар жана чоңдордун айрым бөлүгү оозду гигиеналык эрежелерди туруктуу сактабайт, гигиеналык продукциянын көптүгүн туура баалай албайт жана тишти карап-текшерүүнүн маанилүүлүгү тууралуу так маалыматка ээ эмес. Стоматологдордун негизги максаты – оозду туруктуу карап-текшерүүгө мотивация берүү жана анын туура жүргүзүлүшү боюнча кеңеш берүү.

Ооздун гигиенасынын мааниси

Элдин чоң топторун (балдар жана чоңдор) текшерүүдөн алынган маалыматтарга ылайык, оозун туруктуу карап-текшергендер орточо эсеп менен 30-40% түзөт. Белгилүү болгондой, тиштердин кариеси, пародонт оору жана оозду гигиенанын сапаты арасында түз байланыш бар.

Текшерүүнүн натыйжалары көрсөтүп тургандай, туруктуу тиштерин тазалаган балдар жана өспүрүмдөрдө кариес таралышы жана интенсивдүүлүгү тишти тазалабаган же иретсиз тазалаган мектеп окуучуларга салыштырганда дээрлик 2 эсе аз болгон.

Жаш боюнча анализ көрсөткөндө, жаш курагы 7-9 жаштагы топто жеке гигиенаны сактабагандарда же иретсиз жүргүзгөндөрдө пародонттун баштапкы бузулуусу – гингивиттин таралышы 25-30% түзгөн. Ал эми 12-14 жаштагы топто бул көрсөткүч 50-69% чейин жогорулаган. Туруктуу гигиена сакталганда, ошол эле курактагы балдарда пародонт ткандарынын бузулушу 4,9% ашкан эмес.

Ушундай эле тенденция улуу курактык топтордо да (16-25 жаш, 26-30 жаш жана андан жогорку) байкалган.

Чоңдордо оозду гигиенасынын маниси пародонт ооруларын алдын алууда төмөнкү текшерүүлөрдүн натыйжалары менен ачык көрсөтүлөт. Мисалы, оозду туруктуу тазалаган адамдарда краевой пародонт оорусу 20-25% кишиде аныкталса, гигиена сакталбаганда – 65%, ал эми иретсиз тазалоодо – 55-60% адамда байкалган. Ар кандай курактагы текшерилген адамдарда пародонт оорусунун жана тиштердин кариеси таралышы белгилүү бир деңгээлде жумшак тиш ткандарынын жыйналышына байланыштуу болгон.

Белгиленгендей, тиштерди туруктуу тазалаганда, көптөгөн тиш ткандарынын жыйналышы гигиена сакталбаганда же иретсиз тазалоодо салыштырмалуу азыраак кездешет. Ошентип, тиш ткандарынын жыйналышы менен оозду карап-текшерүүнүн сапатынын арасында эч шексиз байланыш бар. Көптөгөн тиш ткандарынын жыйналышы тиш кариеси жана пародонт ооруларынын өнүгүшүнө өбөлгө түзүүчү фактор болуп эсептелет.

Туруктуу күндө бир жолу тиштерин тазалаган адамдарда тиштерде налет көп кездешсе, эки жолу тазалоодо бул көрсөткүч азыраак. Ал эми нерегулярдуу карап-текшерүү же гигиеналык көндүмдөрдүн жоктугу учурда тиш налетинин таралышы 2-4 эсе көп болот.

Учурда көп жылдык эксперименттик изилдөөлөр жана клиникалык байкоолорго таянып, оозду гигиенасынын профилактикалык маниси төмөнкүлөр менен түшүндүрүлөт:

а) Жумшак тиш ткандарын убагында жана туруктуу тазалоо эмальдын физиологиялык «өстүрүлүшүнө» жана минерализациясына шилекей аркылуу кирген элементтер менен көмөктөшөт;

б) Тиш пасталарына минералдык заттар, микроэлементтер жана башка биологиялык активдүү заттарды кошуу эмальдын «өстүрүлүшү» жана минерализация процессин күчөтүп, анын каршылыкка турушун жогорулатат;

в) Тиш пасталарындагы витаминдер, ферменттер, дары чөптөрдүн экстракттары, хлорофилл жана башка биологиялык активдүү заттар

пародонттун жумшак ткандарына зат алмашууну жакшыртып, алардын терс факторлорго туруктуулугун күчөтөт;

г) Туруктуу тиш тазалоо жана тиш эти массажы кан айланууну жакшыртып, пародонт ткандарынын зат алмашуу процессин күчөтүп, ооруларды алдын алууга өбөлгө түзөт;

д) Туруктуу тиш тазалоо жана тиш эти массажы алвеолярдык өсүмдүк үстүндөгү биологиялык активдүү чекиттерди активдештирип, организмдин жалпы абалын жакшыртууга салым кошот.

Ошентип, күнүнө эки жолу (эртең менен жана кечинде) тиштерди туруктуу тазалоо абдан маанилүү. Бул иш-чаранын эффективдүүлүгү санитардык-аңгемелешүү иштери, туура кеңештер жана оозду кароо боюнча сунуштарга байланыштуу. Бул маалыматты ар бир стоматолог билип, аткарышы керек.

Дарылоочу-профилактикалык тиш гигиеналык каражаттары жана аларды колдонуу боюнча сунуштар

Азыркы учурда бизде бир катар пайдалуу касиетке ээ тиш пасталары бар. Алардын ичинен айрымдарын, ошондой эле ички өндүрүштөгү жана чет өлкөдөн сатып алынган пасталарды көбүрөөк токтоло турган болсок.

Хлорофилл камтыган тиш пасталары — «Лесная», «Кедровый бальзам», «Лесной бальзам», «Бленд-а-мед 7 трав» жана башкалар — дем чыгышын жоюуга, кан агууну токтотууга, зат алмашууну жакшыртууга, тиш этинин шырынын айыктырууга жардам берет. Мындан тышкары, хлорофилл камтыган препараттар ичке колдонулганда же жергиликтүү түрдө жалпы тонус берүүчү таасир көрсөтүп, күчтүү биологиялык стимулятор болуп эсептелет, жаралардын айыгышын жана эпителизациясын тездетет, канга ыдыраган заттардын түшүүсүн кечеңдетет.

Мисалы, «Лесная» пастасы кедр-каротин массаны, витаминдерди, ширелүү жана бальзамдык заттарды камтыйт. Бул комплекстин аркасында ал пародонт ткандарына абдан пайдалуу таасир көрсөтүп, дезодорирлөөчү жана айыктыруучу касиеттерге ээ. Бул тиш пастасы Санкт-Петербург шаарында көп жылдан бери чыгарылып келет жана дарылоочу-профилактикалык касиеттери үчүн популярдуулугун жоготкон эмес.

«Лесной бальзам» тиш пастасына болсо антибактериалдык касиетке ээ болуп эсептелген пихта майы кошулган.

«Новый Жемчуг-экстра» тиш пастасына белгилүү пайдалуу компоненттерден тышкары (натрий монофторфосфаты жана фосфор кычкылдуу натрий) ламинария экстракты, ромашка жана кургак жалбыректын көмүр кычкылдуу экстракттары кошулган. Бул экстракттар витаминдерди, антиоксиданттарды, хлорофиллди, макро- жана микроэлементтерди, аминокислоталарды, азуленди жана башка биологиялык активдүү заттарды камтыган комплексти түзөт, алар сезгенүүгө каршы, кан токтотуучу, демди тазалоочу жана айыктыруучу таасир көрсөтөт.

Кариеске каршы профилактика үчүн ар кандай фирмалар көптөгөн фтор камтыган тиш пасталарын чыгарышат. Алардын баарын санап чыгуу

мүмкүн эмес жана эстеп калуу кыйын, анткени ассортимент чоң, аттары өзгөрүп турат жана рынок динамикалуу. Бирок төмөнкүлөрдү билүү жана эске алуу керек:

а) Фтор камтыган тиш пасталары эң эффективдүү, башкача айтканда, тиш кариесинин алдын алуу үчүн тезирээк таасир берет, өзгөчө туруктуу тиштер чыгып «чакан калыпка келүү» учурунда, башкача айтканда, 15-16 жашка чейин болгон балдар жана өспүрүмдөр үчүн; андан кийин алардын активдүүлүгү төмөндөйт.

б) Мектепке чейинки жана башталгыч мектеп курагындагы балдардын (жакынча 8-9 жашка чейин) тиш тазалоосу ата-энелердин көзөмөлүндө, ал эми бала бакчаларда медайымдар жана тарбиячылардын көзөмөлүндө жүргүзүлүшү керек.

в) Тиш щеткасына пастаны буурчак өлчөмүндө гана чыгарышы зарыл, анткени ашыкча фторду колдонсо флюороз тобокелчилиги бар.

г) 1% дан аз фтор камтыган пасталар (адатта 0,4-0,6%) күн сайын тиш тазалоо үчүн ылайыкталган, ал эми 1% дан ашык фтор камтыган пасталар болсо медициналык персоналдын көзөмөлүндө гана, контролдук дарылоочу-профилактикалык тазалоо үчүн колдонулушу керек (жылына 1-2 жолу, 4-5 күн катары менен).

Бул жана башка фтор камтыган тиш пасталарын коопсуз колдонуу боюнча сунуштарды АКШнын Мамлекеттик департаментинин атайын бөлүмү чыгарган, ал акыркы он жылдагы клиникалык байкоолордун негизинде мындай гигиеналык товарлардын сапатын жана касиеттерин көзөмөлдөйт.

Эң көп колдонулган жана жарнамаланган фтор камтыган тиш пасталарын, өзгөчө сапаты менен белгилүү өндүрүүчүлөрдүн продукциясын атай кетүү керек. Алар, биринчи кезекте, үйдө чыгарылган тиш пасталары: «Новый Жемчуг Фтор», «Новый Жемчуг-Тотал», ошондой эле «Колгейт», «Элмекс», «Сплат Арктикум», «Аквафреш со фтором».

1966-жылы альтернатива катары кариеске каршы фосфат камтыган тиш пасталары иштелип чыккан. Анын негизинде глицерофосфат кальцийдин (Федоров Ю. А., 1961, 1967) активдүү жергиликтүү реминерализациялоочу, башкача айтканда, кариеске каршы таасири эксперименталдык жана клиникалык изилдөөлөр аркылуу далилденген. Ошол кездеги белгилүү тиш пастасы – «Жемчуг» чыгарылган.

Жалгыз 20-25 жылдан кийин өндүрүш технологиясы жана сапаты жакшыртылган «Новый Жемчуг-Кальций» пастасы пайда болгон.

«Жемчуг» типтеги тиш пасталары глицерофосфат кальцийди камтыйт, ал жергиликтүү колдонууда да тиштерге тез жана оңой сиңет. Бул пасталар балдар жана чоңдор үчүн, анын ичинде дентин гиперестезиясында (сезимталдыгы жогорулаганда), кариес жана кариес эмес оорусунун алдын алуу жана дарылоо үчүн абдан эффективдүү болуп чыккан. Белгилеп кетүү керек, бул пасталардын кариеске каршы таасири үчүн жаш курак чек арасы жок, башкача айтканда, ар кандай куракта колдонууга ылайыктуу.

Эмальдагы призмалар арасындагы ультраструктуралык өзгөрүүлөр эмальдын белоктук матрицасынын функционалдык активдүүлүгүнө байланыштуу. Ал фосфаттарды жана кальцийди топтоо жөндөмүнө ээ жана кайра калыбына келүүчү касиетке ээ.

Глицерофосфатты колдонуу өзүнүн эффективдүүлүгү боюнча дикальцийглицерофосфат жана фитинден ашып түшкөн. Анын маанилүү өзгөчөлүгү – эмаль жана дентинге фосфорду сиңирүүнү күчөтүү жана пульпанын щелочтук фосфатаза активдүүлүгүн жогорулатуу, бул реминерализация процесси жакшырганын көрсөтөт.

«Ремодент» препараты да кеңири популярдуулукка ээ болгон. Анын курамына кальций, фосфор, магний, натрий, органикалык заттар жана микроэлементтер кирген. Ал ушул эле аттагы тиш пастасына кошумча катары, ошондой эле чайкоо жана электрофорез үчүн колдонулат. «Ремодент» эмальдын реминерализациясын 15%га чейин жогорулатууга жөндөмдүү болгон. Мындан тышкары, фосфаттар кариеске каршы гана эмес, эмальда фториддерди бекемдөөдө да маанилүү роль ойношкон.

Учурда фосфат камтыган тиш пасталарын колдонуу үч негизги багытта жүргүзүлөт:

кариестин алдын алуу үчүн (туруктуу тазалоо менен аппликацияларды айкалыштырып колдонуу сунушталат);

Кариес эмес оорусун дарылоодо (аппликациялар аркылуу жалпы дарылоону толуктап колдонуу);

ортодонтикалык дарылануу учурунда балдарда кариестин алдын алуу.

2005-жылдан баштап ROCS брендинин оозду карап сактоочу каражаттары чыгарылат (реминерализирлөөчү системалар). Реминерализирлөөчү системалар – бул микро- жана макроэлементтердин комплекси, ал тиш эмалын минералдар менен байытууга мүмкүндүк берет. Эң көп колдонулган комплекс – «Минералин», ага протеолиттик фермент бромелаин, глицерофосфат кальций, магний хлориди жана ксилит кирет. Ар бир компонент өз милдетин аткарып, башкаларынын эффективдүүлүгүн жогорулатат. Натыйжада, реминерализация ден-соолукка пайдалуу эмальга жана кариестин баштапкы формаларына да ишке ашат. «Минералин» системасы менен ROCS тиш пасталары чыгарылат:

«Шоколад жана Мята», «Спелый Ананас», «Роза», ошондой эле аппликация үчүн гелдер.

ROCS «Medical mineral» гели үй шартында колдонууга мүмкүн. Бул гель биодоступтук кальций, магний жана фосфордун булагы болуп саналат. Гельге кошулган ксилит тиштеги плаканы азайтып, тиш бляшкасында пайда болууга тоскоолдук кылат.

Тиш бетине аппликация жасаганда адгезивдик пленка пайда болуп, активдүү компоненттердин аракетин узак убакытка сактайт. Гель тиштерге жылтырак берип, алардын көрүнүшүн жакшыртат жана фтордун көп көлөмү бар региондордо катуу тиш ткандарынын ооруларын дарылоо жана алдын алуу үчүн тандама каражат болуп саналат.

Аппликацияларды күнүнө эки жолу, тиштерди тазалаган соң 15 мүнөт жүргүзүү сунушталат. Аппликациялар пациенттин өзүнүн каппасы бар болсо эффективдүү болот. Процедуралардын курсу – 1 ай. Натыйжаны сактоо үчүн кийинкиде ROCS тиш пасталары «Минералин» комплекси менен, ошондой эле ROCS чайкоочулары «Малина», «Грейпфрут и Мята», «Двойная Мята» жана тиш жиптерин колдонуу сунушталат.

Үйдө колдонуу үчүн ошондой эле Tooth mousse GT реминерализирлөөчү каражатты колдонуу сунушталат. Бул суу менен эригич крем Recaldent CPP-ACP (казеин фосфопептид – аморфтук кальций фосфат) камтыйт. Аппликация учурунда CPP-ACP тиштердин биопленкасына бекем тиркелип, биодоступтук кальций жана фосфорду жеткирет. Талагы (слюна) препараттын активдүүлүгүн жогорулатат. Мындан тышкары, кислотаны түзүүчү бактериялардын жашоо продуктулары нейтрализделип, тиштерге кошумча коргоо камсыздалат. Крем сүттөгү белокко аллергиясы бар пациенттерде колдонулбашы керек, себеби курамында сиңирилген сиыр казеини бар. Минималдуу аппликация убактысы – 3 мүнөт, бирок эффективдүүлүгү экспозиция убактысына пропорционалдуу жогорулайт. 2-3 мүнөттөн кийин ашыкча кремди акырын тазалап, оозду чайкап, 30 мүнөт тамактанбоо сунушталат. Курстук колдонуу минимум 1 айдан башталат.

Реминерализирлөөчү терапиянын комплекстеринде «Сплат» өндүрүүчүсүнүн тиш пасталары чоң орунду ээлейт, мисалы, «Максимум», ал наногидроксиапатит, Polydon актыгы компонент, кальций иондору жана белоктук түзүлүштөрдү ажыратуучу папаин ферментин камтыйт. «Сплат» пасталар линиясында ошондой эле «Gold» жана «Биокальций» пасталары бар, алар кальцис (жумуртка кабыгынан алынган биодоступтук кальций) камтыйт. Мусс жана чайкоочу күн бою колдонулганда оозду таза кармоого жардам берет.

«Oral Care Foam 2 in 1» муссу тиш щеткасыз жана суу колдонбостон, тамактангандан кийин колдонууга ылайыкталган. Ферменттер менен антибактериалдык заттардын активдүү айкалышы тиш кебээринин пайда болушун токтото алат жана ооздун гигиеналык абалын сактайт.

«Complete», «Active White» жана «Organic» чайкоочулар тиштерди тазалаган соң колдонулат, тиш кебээринин пайда болушуна тоскоол болуп, пастанын таасирин узартат. Бул каражаттар жакшы натыйжа көрсөтүп, колдонуучулар арасында популярдуу.

Комплексдүү реминерализирлөөчү терапияны дайындаганда ар дайым жашаган аймак, пациенттин жашы, жалпы соматикалык оорулар жана курсту көрсөтүүчү диагноз эске алынуусу керек.

Жогоруда аталган бардык тиш пасталары кариес эмес тиш ткандарынын бузулушун дарылоодо жана ошондой эле балдар менен чоңдордо, анын ичинде ортодонтиялык аппараттарды колдонгон адамдарда, кариес алдын алуу үчүн ийгиликтүү колдонулушу мүмкүн. Алар күнүмдүк тиш тазалоо үчүн да, аппликациялар үчүн да ылайыктуу.

Ошондой эле тиш эликсирлер жана чайкоочулар жөнүндө токтолуш керек, алар кошумча гигиеналык каражаттар болуп саналса да, оозду

кармоодо маанилүү роль ойнойт. Алар оозду жакшылап тазалоого жана дезодорациялоого багытталган, ошондой эле көптөгөн эликсирлер биологиялык активдүү кошумчаларды камтып, пародонт ткандарына оң таасир берет, тиштин катуу ткандарынын туруктуулугун жогорулатат.

Тиш эликсирлеринин ичинен Элам эликсирин атап кетүүгө болот. Элам эликсири ламинариянын суу экстрактын, макро- жана микроэлементтерди (кальций, фосфор, магний, никель, мис, күмүш, темир ж.б.), ошондой эле маанилүү витаминдерди жана башка табигый биологиялык активдүү заттарды камтыйт. Бул заттар сезгенүүгө каршы, айыктыруучу жана трофикалык таасирге ээ. Эликсир тиш жана пародонт ооруларын алдын алуу үчүн колдонулуп, жакшы натыйжа берет.

Оригиналдуу оозду чайкоочу курамды ЗАО «Вита» жана РАН химия-биологиялык бирикмеси иштеп чыгып, «Бальзам Весна-плюс» деген ат менен чыгарган. Бул эликсир женьшенге негизделген биологиялык активдүү комплекс камтыйт жана пародонт жана ооздун шыры тери ткандарынын ооруларын алдын алуу жана дарылоо үчүн сунушталат.

Бул каражаттарды тиштерге жана пародонт ткандарына аппликация түрүндө колдонуу сунушталат, аны дарыгер курс менен жүргүзөт, орточо 8-12 сеанс, ар бири 15 мүнөт, жарым жылда 1 жолу. Бул үчүн эликсирлерди суу менен эритип (2 мл эликсир 50 мл сууга), алынган эритмеге чакан марля тампондорду чылап, тиштерге жана тиш этине коюшат. 15 мүнөт ичинде процедураны эки жолу кайталаш керек.

Аппликация курсунан кийин бейтаптарга ушул эликсирлер менен оозду чайкоо сунушталат, 2 мл эликсир 100 мл сууга эритип, ар тамактангандан жана тиш тазалагандан кийин колдонулат. Пациент эритмени оозунда 10-12 секунд кармай тургандай сунушталышы керек, бул биологиялык активдүү компоненттердин тишке жана пародонт ткандарына таасирин жогорулатат.

Жакында бул тизмеге жаңы тиш эликсири-чайкоочу «Полион-Мирта» кошулду, ал табигый биологиялык активдүү заттарга негизделген.

«Полион-Мирта» эликсирине ромашка экстракты кирет, анын ичинде маанилүү биологиялык активдүү компоненттер: хамазулен, терпен, сесквитерпен, каприлдик, нонилов жана изовалерьянов кислоталар, азулен, холин фитостерин, салицилдик, никотиндик, аскорбин кислоталары, каротин жана башка элементтер. Эликсир кошумча чай дарагы майын камтыйт, ал микроэлементтердин (цинк, темир, күмүш ж.б.), цинеол, изоэвгенол, эвгенол, витаминдер А жана Е сыяктуу компоненттерди камтыйт.

«Полион-Мирта» чайкоочусунун маанилүү компоненти – полидон маркасындагы жогорку молекулалык поливинилпирролидон. Бул компонент курамдын тазалоочу таасирин жакшыртат, жумшак тиш кебээринен арылтат, микрофлораны жана анын жашоо продуктуларын басаңдатат, ошондой эле табигый биологиялык активдүү заттардын (БАВ) таасирин күчөтөт.

Мындан тышкары, «Полион-Мирта» эликсирине кариеске каршы компонент катары натрий фториди кошулган, ал толугу менен коопсуз концентрацияда (0,15–0,25%).

Жалпысынан алганда, түзүлгөн рецепт тиштерге жана пародонт ткандарына күчтүү дарылоочу-профилактикалык таасир көрсөтөт. Заманауи объективдүү тесттерди колдонуу менен жүргүзүлгөн изилдөөлөр көрсөткөндөй, «Полион-Мирта» эликсирин үзгүлтүксүз колдонуу ооз ткандарындагы сезгенүү процессин азайтууга, тиш эттердин кан агышын токтотууга же азайтууга, тиштин минералдашуусун жогорулатууга, тиштин сезгичтигин жана кариес көрсөткүчтөрүн төмөндөтүүгө жардам берет. Бул бардык натыйжалар тиштердин тазалыгын динамикалуу жакшыртуу фону менен жүзөгө ашат.

«Полион-Мирта» чайкоочусун ар тамактангандан кийин жана, өзгөчө, ар тишти тазалагандан кийин оозду чайкоо (орошоо) үчүн колдонуу сунушталат. Бул максатта 5–6 мл (1–2 капкак) чайкоочу 150 мл сууга эритилет. Чайкоо учурунда эритмени ооздо 10–12 секунд кармоо сунушталат, бул эликсирдеги табигый БАВдын таасирин күчөтүп, тиштерге жана ооз ткандарына жетишүүсүнө жардам берет.

Пародонттун сезгенүү ооруларынын алдын алуусунун өзгөчөлүктөрү

Көптөгөн изилдөөлөр пародонт ткандарында сезгенүүнү баштоо жана сактоо процесстеринде биопленка жана тиштеги катмардын микроорганизмдеринин түздөн-түз ролун тастыктады. Мунун негизинде патогендик микроорганизмдердин тиш бетинде топтолушун жоюуга жана алардын кайрадан колониялоо мүмкүнчүлүгүн азайтууга багытталган чаралар өтө маанилүү болуп саналат. Бул максатта пародонт ткандарына бактериялык патогендердин таасирин азайтуу боюнча профилактикалык чаралардын негизги бөлүгү – гигиеналык чаралар: жеке жана профессионалдык ооз гигиенасы.

Жеке ооз гигиенасынын учурдагы таасири көбүнчө минералдашпаган тиш катмарларына багытталган.

Врач пациентке жеке гигиенанын эрежелерин түшүндүрүп гана тим болбостон, гигиеналык чаралардын сапатын көзөмөлдөшү керек. Бул максатта, тиштердеги кебээрди текшерүүнүн кадимки ыкмасынан тышкары, тиш кебээрди көрсөткөн индикаторлорду колдонсо болот. Бул индикаторлордун жардамы менен врач гана эмес, пациент өзү да гигиеналык абалды визуалдык баалай алат.

Заманбап тиш кебээр индикаторлорунун мисалдары: Plaque Check Tablet (таблетка), Динал (таблетка), Curaprox PCA 223 (таблетка), Curaprox PCA 260 (суюк), Колор-тест №3 (суюк), Plaviso (суюк) жана башкалар.

Пациентке таблетка эритилип колдонулат же тиштин коронка беттери суюк индикатор менен иштетилет, андан кийин боёлгон аймактар бааланат. Айрым препараттар (мисалы, Plaque Check Tablet жана Curaprox PCA 260) тиштеги кебээрдин жашын аныктоого мүмкүндүк берет. Алар эки түстүү боёону көрсөтөт: жетилбеген (3 күнгө чейин) кебээр кызыл түскө боёлсо, жетилген (3 күндөн ашык) кебээр көк түскө боёлот.

Алынган маалыматтарды объективдүү баалоо жана тиштерди тазалоо сапатынын динамикасын көзөмөлдөө үчүн гигиеналык индекстерди колдонуу сунушталат (Федорова-Володкина, Грин-Вермильон, Силнесс-Лоэ ж.б.), алар ар бир врачка барган сайын гигиеналык абалды баалоого жана алынган маалыматтарды динамикада салыштырууга мүмкүндүк берет.

Пародонттун үстүңкү жана төмөнкү тиш катмарларын **профессионалдык** алып салуу химиялык жана механикалык ыкмаларды камтыйт.

Химиялык ыкма көбүнчө өтө тыгыз жана чоң көлөмдөгү үстүңкү тиш катмарларын алдын ала жумшартуу үчүн колдонулат, андан кийин аларды механикалык (аспаптык) ыкма менен алып салышат.

Механикалык ыкма пародонтит менен ооруганда төмөнкү этаптардан турат:

1. **Scaling** – үстүңкү жана төмөнкү тиш катмарларын түздөн-түз алып салуу;
2. **Root planning** – тиш тамырынын бетин тегиздөө, фуркация аймактарын иштетүү;
3. **Polishing** – тиш беттерин (коронка жана тамыр) жылтыратуу, тиш плагынын топтолушуна өбөлгө түзгөн факторлорду жок кылуу.

Бул этаптар, эгер визуалдык жана аспаптык көзөмөлдө тиштен тиш ташы табылбаса жана коронка менен тамыр беттери жылмакай болсо, толугу менен аяктады деп эсептелет.

Механикалык алып салуу ар кандай аспаптар менен жүргүзүлөт. Алар: кол менен иштелүүчү, электромеханикалык, айлануучу жана аба-абразивдик болуп бөлүнөт.

Кол менен колдонулуучу аспаптарга төмөнкүлөр кирет:

1. Кыркычтар (түз жана ийилген оюмдары бар);
2. Кюреттер (универсалдуу жана зонага тиешелүү);
3. Кичине кетмен аспаптары;
4. Рашпилдер;
5. Көзөгүч.

Электромеханикалык аспаптарга төмөнкүлөр кирет:

1. Төмөн жыштыктагы скейлерлер (үткүр үн менен иштеген) – 1,5–7 кГц жыштыкта иштейт.
2. Ультраүн скейлерлер:

а) Магнитостриктордук ультраүн скейлерлер – 25–30 кГц жыштыкта иштейт;
б) Пьезоэлектрдик ультраүн скейлерлер – 25–45 кГц жыштыкта иштейт.

Аба-абразивдик системаларды эки түргө бөлсөк болот:

1. Тиш коронкасын тазалоо жана жылтыратуу системалары;
2. Тиш тамырын тазалоо жана жылтыратуу системалары.

Айлануучу аспаптарга төмөнкүлөр кирет:

1. Резинадан жасалган жылтыратуу колпактары;
2. Айланма щеткалар;
3. Өзгөчө алмаздын майда түйүкчөлөрү бар бурлар системалары;
4. PROFIN системасы Per-IO-TOR насадкалары менен.

ПВО (пародонттун веналык оорулары) (ВЗП (венечное заболевание пародонта)) менен ооруган, өзгөчө пародонтитте, адатта, тиштеги таштарды алып салуу жана тиш тамырынын бетин тегиздөө үчүн кол менен аспаптар менен ультраүн приборлорунун айкалыштырылган ыкмалары колдонулат.

Антисептиктер – бул кең спектрдеги микробго каршы каражаттар. Алар көпчүлүк микроорганизмдерге зыяндуу таасир этет жана тандалган активдүүлүккө ээ эмес. Адамдар үчүн салыштырмалуу жогорку токсичтүүлүккө ээ болгондуктан, негизинен жергиликтүү колдонулат.

Тишти антисептик менен иштетүү (чийки менен чайкоо же ирригация) – бул тиштеги таштарды алып салуудан мурун, процесс учурунда жана кийин жүргүзүлүүчү милдеттүү процедура.

Стоматологияда жана өзгөчө пародонтологияда колдонулган антисептиктердин топтору:

Оксидаторлор: 0,5–1,5% перекиси водорода эритмеси, 0,1% калий перманганаты эритмеси;

Галоиддер: 1% йодинол эритмеси;

Детергенттер: 0,05% хлоргексидин биглюконат эритмеси, 0,025% декаметоксин эритмеси, 0,01% мирамистин эритмеси;

Фенол камтыган антисептиктер: Листерин, триклозан;

жана башка.

Индивидуалдык жана профессионалдык гигиеналык чаралардын толук жана эффективдүү болушу үчүн тиштеги бляшканы топтоого жана сезгенүү процессин колдоого шарт түзгөн жергиликтүү факторлорду аныктап, жок кылуу зарыл.

Мындай факторлорду экиге бөлсөк болот:

Туумдук факторлор: тишти кыркуудагы патологиялар, жеке тиштердин ордунан туура эмес жайгашуусу ж.б.;

Элге өткөн факторлор: кариоздук тешиктер, тиштин жарым-жартылай жоголушу, пломбалардын ашыкча четтери, жасалма коронкалардын кең четтери, туура эмес контакттык пункт, ортодонттук конструкциялардын элементтери ж.б.

Көп учурда туумдук себептерге (мисалы, тиштин жаакк аномалиялары) кошумча катары пломбалоо же каптама тиштерд сплуудан келип чыккан кемчиликтер байкалат. Тиштин клиникалык текшерүүсүндө мындай абалдарды аныктап, бейтаптарга алардын оңдолушунун маанилүүлүгүн түшүндүрүү керек.

Негизги адабияттар:

1. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. Практическое руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
2. Базикян Э.А. Пропедевтическая стоматология/ «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
3. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 322 с.

4. Профилактика стоматологических заболеваний. / Кузьмина Э.М. Учебное пособие, издательство «Поли Медиа Пресс» 2001 год. с. 216.
5. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 частях. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта, – под ред. проф. Г. М. Барера. - Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2010- - 245 с.
6. Терехов Т.Н., Попруженко Т.В. Профилактика стоматологических заболеваний. 2004.
7. Стоматология: Учебник / Под ред. Т. Г. Робустовой. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2008. - 816 с.: ил. (Учеб. лит. Для студентов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов мед. вузов).
8. Стоматология. -7-е изд. П/р. Н.Н. Бажанова + СД М.: Гэотар-Медиа, 2008.

Кошумча адабияттар:

1. Безрукава В.М., Робустова Т.Г. Том 1, 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ М.: Медицина, 2000.
2. Борисенко А.В. Кариес зубов. - Киев, Книга плюс, 2005
3. Геронтостоматология: А.В. Алимский. (Эпидемиологические, социальные и организационные аспекты). – М., 2012. – 374 с.
4. Клемин В.А., Павленко А.В., Арендарюк В.Н. и др.; под. ред. В.А. Клемина. Неотложная помощь в стоматологии / Донецк: Издатель Заславский А.Ю, 2011.
5. Кононенко Ю.Г.. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии/ М.: Книга плюс, 2004.
6. под рук.Агапова В.С. Инфекционные воспалительные заболевания чло. -М. МИА, 2004.
7. Профилактическая стоматология. Кузьмина И.Н. – Учебное пособие. – 2009. – 188 с.
8. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ М.: Медицина, 2003.
9. Средства и методы профилактики воспалительных заболеваний пародонта. Грудянов А.И. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. – 96 с.
10. Стош В. И., Рабинович С.А.. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
11. Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта: учебник: в 3 ч. / Под ред. Г. М. Барера. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Ч. 2. - 224 с.: ил.
12. Харьков Л.В. и др. Справочник хирурга стоматолога / М.: Книга плюс, 2003.

Колдонулган адабяттар

1. Аманов А.Т. Развитие терапевтической стоматологии в России // Студенческий вестник. 2022. № 41-4 (233). С. 45-46.
2. Артемова О.А. Лазерные технологии в стоматологии // Медицинская физика. 2023. № 2. С. 24-25.
3. Арутюнов С.Д., Олесова В.Н., Лебеденко И.Ю. Новая рубрика в журнале -"цифровая стоматология" // Российский стоматологический журнал. 2022. Т. 26. № 5. С. 367-369.
4. Байрамов Г., Керимли Н., Алиева Г., Алиев Г. Стеклоиономерные цементы, используемые в стоматологии // Norwegian Journal of Development of the International Science. 2022. № 99. С. 29-30.
5. Балашин Д.А., Тулянцев С.А., Земдиханов Д.Р., Осипова А.В. Некоторые аспекты онкологической настороженности в стоматологии // Проблемы научной мысли. 2022. Т. 10. № 6. С. 19-21.
6. Баран П.И., Мельник М.Я., Пулбере И.А., Чепендюк Т.А. Биологические свойства чая в стоматологии // Заметки ученого. 2022. № 3-1. С. 92-95.
7. Бимбас Е.С., Шишмарева А.С., Стати Т.Н., Меньшикова Е.В., Брусницына Е.В. Новые подходы в обучении дисциплины "профилактика и коммунальная стоматология" на кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии // Методист. 2022. № 8. С. 50-51.
8. Бобкова Т.В. Перспективы развития инфраструктуры рынка труда в здравоохранении на примере сферы стоматологии // В сборнике: Труд и вызовы современности. от уроков прошлого к перспективам будущего. Москва-Берлин, 2022. С. 38-41.
9. Богаевская О.Ю., Сохов С.Т., Косырева Т.Ф., Лазечко М.И., Гридякин И.В., Рыхлевич А.А. Оптимизация лечения осложнений местной анестезии в стоматологии // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2023. № 2-2. С. 161-164.
10. Вакушина Е.А., Брагин Е.А., Григоренко П.А., Клемин В.А., Майлян Э.А., Ворожко А.А., Кубаренко В.В. Пропедевтический курс по ортопедической стоматологии и ортодонтии. Ставрополь, 2022.
11. Васильева Е.С., Пономарёва К.С., Петрушкина М.А., Трубин В.В. Онкологическая настороженность в стоматологии // Проблемы научной мысли. 2022. Т. 2. № 3. С. 33-35.
12. Вафоева Ш.Ш., Рахматова Д.Б., Кароматов И.Д. Перспективы применения куркумы в стоматологии // Биология и интегративная медицина. 2022. № 2 (55). С. 191-208.
13. Верещагина О.В. Плазмотерапия в стоматологии - метод применения аутоплазмы для биологической стимуляции регенерации тканей // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2023. № 1 (34). С. 40-47.
14. Воронухина А.И. Рекламная деятельность в сфере услуг: состояние, проблемы и направления совершенствования на примере ООО "Белая стоматология" // Академия педагогических идей Новация. Серия: Студенческий научный вестник. 2022. № 3. С. 12-15.

15. Галонский В.Г., Радкевич А.А., Мокренко Е.В., Сурдо Э.С., Кострицкий И.Ю., Кравцов А.А., Лифляндер-Пачерских А.А., Градобоев А.В. Цифровые технологии в ортопедической стоматологии. Учебное пособие для врачей-ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.75 – «Стоматология ортопедическая». Красноярск, 2023.
16. Галонский В.Г., Радкевич А.А., Мокренко Е.В., Чернов В.Н., Галонский А.В., Кострицкий И.Ю., Сурдо Э.С. Порядок заполнения и оформления истории болезни и сопутствующей медицинской и юридической документации в клинике ортопедической стоматологии // Методические рекомендации для врачей-ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.75 – «Стоматология ортопедическая» / Красноярск, 2022.
17. Галонский В.Г., Сурдо Э.С., Чернов В.Н. Аналитический обзор современного состояния использования цифровых технологий в ортопедической стоматологии в российской федерации // В сборнике: Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера. Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 40-летию отделения челюстно-лицевой и пластической хирургии ГБУ РС (Я) "Республиканская больница № 2 - Центр экстренной медицинской помощи". Под редакцией И.Д. Ушницкого. Якутск, 2023. С. 140-160.
18. Ганеев Т.И., Аверьянов С.В., Саламова Л.Б. Цифровые технологии в ортопедической стоматологии // В сборнике: Актуальные тенденции современной стоматологии. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. Уфа, 2023. С. 93-98.
19. Давыдов Б.Н., Доменюк Д.А., Кочконян Т.С., Порфириадис М.П., Дмитриенко Д.С., Дмитриенко Т.Д., Доменюк С.Д. Особенности положения губ у людей с различными типами профиля лица в концепции эстетической стоматологии (часть II) // Институт стоматологии. 2022. № 2 (95). С. 72-74.
20. Дауров М.Г., Зангионова А.Т.Б. Заболевание губ в стоматологии. Хейлит // Научный Лидер. 2022. № 49 (94). С. 47-48.
21. Димитров А.Н. Лечение пиявками пародонтита в стоматологии // Научный Альманах ассоциации France-Kazakhstan. 2022. № 3. С. 22-30.
22. Димитров А.Н. Практика лечения кисты в стоматологии медицинскими пиявками // Научный Лидер. 2023. № 12 (110). С. 9-13.
23. Дусмухамедова Х.К., Нармахматов Б.Т., Тошпулатов Б.Б.У. Систематический обзор: костная пластика и использование фибрина, обогащенного тромбоцитами, в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // Интернаука. 2023. № 24-1 (294). С. 48-52.
24. Егоршин А.А., Ларионова Д.В., Осипова А.В., Трубин В.В. Местные осложнения и ошибки местного обезболивания в стоматологии // Проблемы научной мысли. 2022. Т. 4. № 6. С. 69-72.
25. Еричев В.В., Аюпова Ф.С., Овчаренко Е.С., Карапетов С.А., Шерматова Ю.В., Столяр Р.И. Роль информационно-образовательного интернет-пространства в обучении клинических ординаторов на кафедре стоматологии

ФПК И ППС // В книге: Инновации в образовании. Краснодар, 2022. С. 198-202.
26. Ермолаева Л.А., Туманова С.А., Михайлова Е.С., Ильин Ф.Ю., Сидоренко М.А. Лечение некариозных пришеечных поражений в клинике терапевтической стоматологии // Институт стоматологии. 2023. № 1 (98). С. 62-63.
27. Журбенко В.А., Студеникин И.А. История развития стоматологии детского возраста, вклад ученых в формирование специальности детская стоматология // В сборнике: Актуальные вопросы истории медицины в России и других странах мира. Сборник статей онлайн (и заочной части) научно-практической конференции с международным участием. В 2-х томах. Киров, 2023. С. 115-117.
28. Загорский В.А., Макеева И.М., Олесова В.Н., Левенец А.А. Основы стоматологии. Москва, 2022.
29. Закирова А.А., Гануми С.М.В., Старцева Е.Ю. Минимально-инвазивная стоматология: основы организации // Белые цветы. Сборник тезисов 96-й Международной студенческой научно-практической конференции, 28-й Международной научно-практической конференции молодых ученых, 25-й Международной медико- исторической конференции студентов. Казань, 2022. С. 564-565.
30. Захарченко И.С., Габбасова И.В., Магомедова Х.М., Кражан С.Н., Слетов А.А. Применение диодного лазера в хирургической стоматологии // В сборнике: Новое в теории и практике стоматологии. Материалы XXII Форума в рамках научно-практической конференции стоматологов Юга России «СТОМАТОЛОГИЯ XXI ВЕКА», посвященной 85-летию Ставропольского государственного медицинского университета и 65-летию стоматологического факультета. 2023. С. 140-142.
31. Зинина Э.М., Савинков В.И., Клименко Н.Н., Иванова Е.Д., Брусенцева А.Л., Бузов А.А., Чуев В.П., Сигаев В.Н. Влияние оксида бора на технологические свойства стронциевоалюмосиликатных стекол для стоматологии // Стекло и керамика. 2022. Т. 95. № 11 (1139). С. 3-8.
32. Изучение причин формирования болевых установок у пациентов с негативным опытом местного обезболивания в стоматологии // Российская стоматология. 2023. Т. 16. № 3. С. 54-55.
33. Исенгулова У.А. Стоматология в XX веке // Студенческий вестник. 2022. № 41-4 (233). С. 60-61.
34. Исмоилов А.А., Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э. Особенности эмоционально-поведенческого состояния стоматологических пациентов, имеющих имплантационными протезами разной протяженности // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. 2022. Т. 12. № 3 (43). С. 29-33.
35. Каламанова Т.И., Павлиоглу Д.И., Пулбере И.А., Лысенко О.В. Неинвазивная и малоинвазивная терапевтическая стоматология, что это? // Современная школа России. Вопросы модернизации. 2022. № 2-2 (39). С. 74-76.

36. Камнева Н.А. Особенности стиля речевого воздействия в стоматологии // Тамбовский медицинский журнал. 2022. Т. 4. № 4. С. 22-27.
37. Камнева Н.А., Камнева И.А., Свистунов С.В. Острая травма зубов в детской стоматологии системная и трансформация - основа устойчивого инновационного развития в стоматологии // Системная трансформация -основа устойчивого инновационного развития. Уфа, 2022. С. 80-106.
38. Кантемирова М.А., Авлохова Ф.В., Гуриева А.А. Проблема импортозамещения в стоматологии в период кризиса // Интернаука. 2022. № 14-3 (237). С. 56-59.
39. Кантемирова М.А., Джиоева О.Д., Бибилова Д.Г. Задача замены импортных материалов и оборудования в стоматологии России // Моя профессиональная карьера. 2023. Т. 2. № 48. С. 95-99.
40. Карапетян А.А., Уханов М.М., Ряховский А.Н. 3D-печать из металлов в стоматологии // Стоматология. 2022. Т. 101. № 5. С. 85-91.
41. Каргиева З.Р. Протезирование в детской стоматологии // Научный Лидер. 2023. № 2 (100). С. 70-72.
42. Кесаева Г.А., Токарева Ю.Е., Тадеева З.В., Фирсова А.В., Гавриленко Е.О., Мейдра Е.О., Каркусова К.Дж., Киргуева Л.В., Шамик П.В. Методика мягкотканой пластики в хирургической стоматологии // Medicus. 2023. № 1 (49). С. 49-54.
43. Киргуева Д.В., Оганесов Г.Л. Галитоз как проблема современной стоматологии // Интернаука. 2022. № 23-1 (246). С. 41-42.
44. Кирцхалия К.Т. Реализации дополненной реальности в стоматологии (обзор литературы) // Студенческий вестник. 2022. № 17-6 (209). С. 42-49.
45. Колесова В.В. Изучение аллергизирующих свойств нового антисептического средства для ветеринарной стоматологии // В сборнике: Молодые ученые в формировании приоритетов научно-технологического развития страны в условиях современных вызовов. материалы международной научно-практической конференции. 2023. С. 62-64.
46. Колесова В.В. Исследование острой токсичности нового антисептика для ветеринарной стоматологии // Нормативно-правовое регулирование в ветеринарии. 2023. № 1. С. 95-97.
47. Косенок О.В., Шац Н.А., Бондаренко Л.В., Рыбак О.Г., Тармаева С.В. Первичная профилактика стоматологических заболеваний - основное направление детской стоматологии // В сборнике: Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера. Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 40-летию отделения челюстно-лицевой и пластической хирургии ГБУ РС (Я) "Республиканская больница № 2 - Центр экстренной медицинской помощи". Под редакцией И.Д. Ушницкого. Якутск, 2023. С. 177-184.
48. Костырин Е.В., Золотницкий И.В., Багдасарян Г.Г., Стерликов П.Ф., Арутюнов С.А. Теоретические аспекты стратегического планирования в стоматологии // Российская стоматология. 2023. Т. 16. № 2. С. 3-7.
49. Кочкина Н.Н., Лебедянцев В.В., Столбова М.В., Горбатовская Н.М. Организация и проблемы практической подготовки обучающихся на кафедре

терапевтической стоматологии // Медицинское образование. Пути повышения качества. Сборник научных статей IV Всероссийской научно-педагогической конференции с международным участием. Оренбург, 2022. С. 196-201.
50. Кречина Е.К., Гусева И.Е., Погабало И.В., Марков Н.М., Абдурахманова З.У., Рассадина А.В. Современные достижения функциональной диагностики в стоматологии // Стоматология. 2022. Т. 101. № 4. С. 30-33.
51. Крихели Н.И., Позднякова Т.И., Маркова Г.Б., Рослякова О.В., Аллик Е.Л. Расширенная стоматоскопия как простой и эффективный метод онкоскрининга в стоматологии // Российская стоматология. 2023. Т. 16. № 3. С. 11-14.
52. Кузьмина Э.М., Борчалинская К.К., Беня В.Н. Практико-ориентированное обучение специалиста в стоматологии (на примере практики «стоматология профилактическая») // Dental Forum. 2023. № 2 (89). С. 34-39.
53. Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А., Сандакова Д.Ц., Пляскина Н.В., Кузнецов И.А., Мищенко М.Н., Лхасаранова И.Б. Стоматология: кариесология и болезни твердых тканей зубов. Методические рекомендации. Чита, 2022.
54. Куликова Н.Г., Жилоков З.Г., Ткаченко А.С., Чхеидзе Т. К вопросу о применении лазерной терапии в стоматологии // Физиотерапевт. 2022. № 1. С. 33-40.
55. Луницына Ю.В., Токмакова С.И., Бондаренко О.В. Применение наглядных пособий в образовательном процессе на кафедре терапевтической стоматологии // Современные проблемы науки и образования. 2023. № 4. С. 44.
56. Макоева А.Э., Киргуева Д.В. "Бутылочный кариес" как проблема детской стоматологии // Трибуна ученого. 2023. № 1. С. 201-203.
57. Мальцева А.Е. Проектная деятельность как технология повышения эффективности билингвального обучения иностранных студентов специалитета "стоматология" и "лечебное дело" // Международный научно-исследовательский журнал. 2023. № 5 (131).
58. Морозов А.Н., Чиркова Н.В., Богатырева Ю.А., Вечеркина Ж.В., Примачева Н.В., Попова Т.А., Шелковникова С.Г., Корецкая И.В., Пшеничников И.А., Евдокимова А.Ю., Попова О.Б. Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности по профилактической стоматологии. Производственная практика. Воронеж, 2022.
59. Назаров Т.А. Сложные термины и способы их использования в области стоматологии в таджикском и немецком языках // Евразийский Союз Ученых. Серия: филология, искусствоведение и культурология. 2023. № 3 (103). С. 6-11.
60. Неотложная помощь в амбулаторной стоматологии. Оренбург, 2022.
61. Обедин А.Н., Муравьёва А.А., Зинченко О.В., Фишер В.В., Волков Е.В., Яцук И.В., Владимирова О.В. Экстренная и неотложная помощь в амбулаторной стоматологии. Ставрополь, 2022.

62. Орехова Л.Ю., Улитовский С.Б., Яременко А.И., Кудрявцева Т.В., Петропавловская О.Ю., Пахомова Н.В., Кучумова Е.Д., Вашнева В.Ю., Лобода Е.С., Порхун Т.В. Стоматология профилактическая. Сер. Учебная литература для студентов медицинских учебных учреждений. Санкт-Петербург, 2023.
63. Парунов В.А., Быкова М.В., Быков Д.О. Зубопротезные сплавы драгоценных металлов и цифровая стоматология // Институт стоматологии. 2023. № 3 (100). С. 84-85.
64. Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Катман М.А., Турчина Е.В., Яшнова Н.Б. Обезболивание и анестезиология в стоматологии. Чита, 2022.
65. Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Катман М.А., Турчина Е.В., Яшнова Н.Б. Формирование практических навыков при самостоятельной работе студентов на кафедре хирургической стоматологии // В сборнике: Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера. Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 40-летию отделения челюстно-лицевой и пластической хирургии ГБУ РС (Я) "Республиканская больница № 2 - Центр экстренной медицинской помощи". Под редакцией И.Д. Ушницкого. Якутск, 2023. С. 8-14.
66. Привалова А.В., Лещева Е.А. Сравнительная оценка методов регистрации центрального соотношения челюстей с применением фронтальных депрограммирующих устройств в ортопедической стоматологии // Прикладные информационные аспекты медицины. 2022. Т. 25. № 3. С. 59-67.
67. Пузин Н.М., Гульдан В.В., Голубев М.В., Джангильдин Ю.Т., Сирота Н.А. Специфическая и неспецифическая ятрофобия в стоматологии // Вестник Медицинского стоматологического института. 2023. № 2 (65). С. 17-19.
68. Пулатов Х.Т. Роль виртуальных технологий в стоматологии // Экономика и социум. 2022. № 12-2 (103). С. 494-497.
69. Рузуддинов Н.С., Гаффоров С.А., Рузуддинов С., Фазылова А.Р., Рузуддинова К.Н. Новый прибор в стоматологии для определения болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта // Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. 2022. Т. 1. № 1. С. 100-104.
70. Рыбакова А.Е., Тамоева И.С., Попугайло М.В. Применение знаний патологической физиологии для освоения стоматологии // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. Сборник статей VII Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов . Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Научное общество молодых ученых и студентов. 2022. С. 3402-3406.
71. Салахова Л.М. Анализ рисков и угроз деятельности стоматологии "Алдент-УФА" // Аллея науки. 2023. Т. 1. № 5 (80). С. 23-29.

72. Салеева Г.Т., Юдина Г.Н. Гражданское и военное патриотическое воспитание в условиях медицинского вуза (на примере кафедры ортопедической стоматологии) // Медицинское образование: выбор поколения XXI века. сборник тезисов IX Международной учебно-методической конференции. 2023. С. 95-101.
73. Салтовец М.В., Габбасова И.В., Слетова В.А., Елисеева Е.В., Слетов А.А. Показания к применению ботулотоксина а в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // В сборнике: Новое в теории и практике стоматологии. Материалы XXII Форума в рамках научно-практической конференции стоматологов Юга России «СТОМАТОЛОГИЯ XXI ВЕКА», посвященной 85-летию Ставропольского государственного медицинского университета и 65-летию стоматологического факультета. 2023. С. 167-170.
74. Семенова Е.А., Ширяев О.Ю., Грачева Е.С., Аверина И.Р. Выявленные психические нарушения молодых пациентов в стоматологии во время коронавирусной пандемии // Многопрофильный стационар. 2022. Т. 9. № 2. С. 27-37.
75. Сибатова А.Р. Эргономика в стоматологии. Рабочий стул врача и ассистента // Проблемы современной науки и инновации. 2023. № 2. С. 49-51.
76. Сидоренко А.Ю., Соболева Н.Д.І., Скачкова А.А.І., Кухтина М.В., Федотова Н.О. Антивозрастная стоматология (anti-age стоматология) // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2022. № 1 (47). С. 63-65.
77. Ситкин С.И., Роганова А.А., Поздняков О.Б. Способ общей анестезии севофлураном в детской стоматологии // Современные проблемы науки и образования. 2022. № 4. С. 122.
78. Скрипкина Г.И., Гарифуллина А.Ж., Романова Ю.Г., Екимов Е.В., Кострубин С.А., Попова Е.В. Оформление медицинской карты стоматологического больного в клинике детской стоматологии. Омск, 2022.
79. Спиридонова О.И., Заббарова Г.А., Куприянова Л.Ю., Малов И.В. Применение ICON-системы в стоматологии // Проблемы научной мысли. 2023. Т. 6. № 3. С. 100-102.
80. Столяренко П.Ю. История развития техники местной анестезии в стоматологии, часть 3 // Danish Scientific Journal. 2022. № 63. С. 32-44.
81. Столяренко П.Ю. История развития техники местной анестезии в стоматологии, часть 2 // Danish Scientific Journal. 2022. № 62. С. 23-39.
82. Суетенков Д.Е., Фирсова И.В., Барсукова М.И., Жидовинов А.В. Способы достижения комплаенса в ортодонтической стоматологии // Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование. 2022. № 79. С. 12-16.
83. Ся Т., Афанасьев А.Г., Афанасьев Г.И. Искусственный интеллект в стоматологии // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2023. № 2-2. С. 121-127.
84. Тенчурин Т.Х., Бозо И.Я., Крашенинников С.В. Сравнительная оценка механических характеристик коммерческих мембран для стоматологии // Гены и Клетки. 2022. Т. 17. № 3. С. 228.

85. Ульянов Ю.А., Мингазова Э.Н. Реабилитационные технологии в ортопедической стоматологии с применением керамических имплантатов // Менеджер здравоохранения. 2023. № 8. С. 34-37.
86. Уруков Н.Ю., Яковлева М.В., Назаров А.В. Применение современных адгезивных систем и их роль в клинической стоматологии // Здравоохранение Чувашии. 2022. № 4. С. 83-91.
87. Усманова И.Н., Астахова М.И., Кузнецова Л.И., Шамсиев М.Р. Использование видеодемонстрации в получении практических навыков обучающимися на кафедре терапевтической стоматологии // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2022. № S7. С. 82-85.
88. Уткина Е.И., Горбатова М.А., Гржибовский А.М., Горбатова Л.Н., Симакова А.А. Возможности применения фотоактивируемой дезинфекции в стоматологии // Стоматология. 2023. Т. 102. № 2. С. 84-90.
89. Федоров К.П., Федоровский А.Ф., Коновалов В.К., Федоров В.В. Методические аспекты проведения практических занятий по лучевой диагностике у студентов института стоматологии // Межкультурная коммуникация в образовании и медицине. 2023. № 2. С. 35-40.
90. Хаитов К.А., Давлатзода П.Ш., Абдуллаев Х.И., Жирнова Я.А. Диагностика лейкоплакий в стоматологии // Проблемы научной мысли. 2022. Т. 2. № 3. С. 24-26.
91. Хайруллин А.Е. Целесообразность использования методики "окклюзионного ключа" в терапевтической стоматологии // В книге: Производственная практика в медицинском вузе. Расширение горизонтов. Сборник тезисов Одиннадцатой межрегиональной учебно-практической студенческой конференции. Казанский государственный медицинский университет. 2022. С. 271-272.
92. Халтурин Р.А., Исаков М.Е. Вклад предпринимателей и меценатов в стоматологию России (от прошлого к настоящему) // Экономика и предпринимательство. 2023. № 3 (152). С. 788-792.
93. Хетагурова Т.В., Батырова А.Т. Проблема импортозамещения в стоматологии в условиях нынешних ограничений // Аллея науки. 2022. Т. 2. № 5 (68). С. 42-46.
94. Хумаров З.Ф., Цаликова Н.А., Никольский В.Д., Медведева Т.И. Методологический анализ: интраоральное сканирование в клинике современной ортопедической стоматологии // Российская стоматология. 2022. Т. 15. № 3. С. 61-62.
95. Хутиева Л.А., Джабиева Д.У. Импортозамещение в стоматологии в условиях нынешних ограничений // Аллея науки. 2022. Т. 1. № 5 (68). С. 107-110.
96. Царев В.Н., Подпорин М.С., Царева Т.В., Кузнецова Ю.А., Вишленкова В.В., Гольдман И.Л., Садчикова Е.Р. Экспериментальное микробиологическое обоснование разработки отечественных препаратов на основе белка лактоферрина для стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // Стоматология для всех. 2022. № 4 (101). С. 4-11.

97. Чувашова А.К., Тельянова Ю.В., Коновалова Е.В., Стоматов Д.В. Внутрикостное обезболивание в клинической стоматологии // Медицинский алфавит. 2023. № 12. С. 14-17.
98. Шапиро Л.Г. Судебная стоматология // Общенациональный интерактивный энциклопедический портал "Знания". 2022. № 11.
99. Шуневич И.А., Скокова Н.Н., Зубенко И.В. Женщины в стоматологии: взгляд в глубины истории // Молодежный инновационный вестник. 2023. Т. 12. № S1. С. 271-275.
100. Юсупова С.С., Морозова Н.А., Скворцова Е.Н., Ефремова А.В. Применение аутологических препаратов в стоматологии: PRF-мембраны // Тенденции развития науки и образования. 2023. № 101-3. С. 69-72.
101. Юшманова Т.Н., Скрипова Н.В., Поливаная Е.А., Тихонов В.Н. Основы материаловедения. Вспомогательные материалы, применяемые в ортопедической стоматологии: учебное пособие для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования программы специалитета по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология». Сер. Стоматология. Архангельск, 2022.
102. Янушевич О.О., Пашков К.А., Максимов Е.С. Становление советской стоматологии: 1918-1921 годы // Стоматология. 2023. Т. 102. № 2. С. 70-76.
103. Яргин С.В. Минимально - инвазивная стоматология - теория и перспективы // Современная стоматология. 2023. № 1 (90). С. 2-6.

Мазмуну

Баш сөз 3
Киришүү 6
Практикалык сабактардын тематикасы 8
1- сабак. Стоматологиянын предмети жана милдеттери. Бет-жаак органдарынын өнүгүү өзгөчөлүктөрү. Бет-жаак органдарынын анатомиялык жана функциялык өзгөчөлүктөрү 10
Бет-жаак органдарынын калыптанышы 10
Ооз көңдөйүнүн түзүлүш өзгөчөлүктөрү 13
Бет-жаак бөлүгүндөгү сөөктөрдүн түзүлүш өзгөчөлүктөрү 17
ЧТЖМдын (чыкый төмөнкү жаак мууну) анатомиялык кызматтык өзгөчөлүктөрү 19
Бет-жаак органдарынын булчуңдары 20
Бет-жаак органдарынын кан менен камсыз болушу 21
Бет-жаак органдарынын инервациясы 22
Бет-жаак органдарынын лимфа системасы 23
Шилекей бездери 24
Бет-жаак органдарынын функциялары 26
Стоматологиялык формула 26
2- сабак. Дентофациалдык аномалиялар түшүнүгү, диагностикасы жана дарылоо принциптери. Бет-жаак органдарынын куракка байланыштуу өзгөрүүлөрү. Стоматологияда колдонулуучу заманбап диагностикалык методдор 28
Вертикалдык тегиздиктеги окклюзиянын бузулушу 29
Вертикалдык резецтик дизокклюзия 30
Туурасынан кеткен тегиздиктеги окклюзия каталары 30
Айрым тиштердин чыгышынын жана жайгашуусунун аномалиялары 31
Тиштердин ретенциясы 31
Айрым тиштердин дистопиясы 32
Дисталдуу окклюзияны дарылоо 33
Мезиалдык окклюзияны дарылоо 34
Кайчылаш окклюзияны дарылоо 35
Бет-жаак аймагындагы куракка байланыштуу өзгөрүүлөр. Эмбриондук өнүгүү мезгили жана анын бузулушу 35
Эрин жана таңдайдын тубаса жаракалары 37
Жаңы төрөлгөн (неонаталдык) мезгил 39
Сүт тиштердин калыптануу мезгили 40
Убактылуу тиштердин тиштөө патологиясы 41
Жаман адаттар 41
Убакыттуу тиштердин кариестен бузулушу 42
Аралаш тиштер мезгили 42
Туруктуу тиштин пайда болуу убактысы 44
Туруктуу тиштин мезгили 44
Стоматологияда колдонулуучу заманбап диагностикалык методдор 45

Санарип технологиялары 48
Компьютердик санариптик рентгенография (радиовизиография)..... 48
Стоматологиялык компьютердик 3D-томографиясы..... 49
Радиациялык коопсуздук. Жалпы жоболор..... 49
Натыйжалуу дозанын (чен-өлчөмдүн) эквивалентинин бирдиги..... 51
Функционалдык диагностикалык методдор 52
Лабораториялык диагностикалык методдор..... 53
3-сабак. Кариес жана тиштин катуу ткандарынын кариес эмес жаралары. Классификациясы, этиологиясы, патогенези, клиникалык жана диагностикалык өзгөчөлүктөрү, дарылоо принциптери. Соматикалык патология болгон учурда клиникалык курстун мүнөздөмөсү
. 54
Тиштердин кариеси..... 54
Биопленка..... 54
Кариестин диагнозу..... 58
4-сабак. Пародонт оорулары: классификация. Пародонттун сезгенүү ооруларынын этиологиясы жана патогенези. Клиниканын жана дартты аныктоонун өзгөчөлүктөрү, дарылоо принциптери. Соматикалык патологиянын өнүгүшүндө пародонт ооруларынын ролу 65
Пародонт ооруларынын клиникасы жана патоморфологиясы..... 65
Гингивит 66
Катаралдык гингивиттин 67
Жаралуу гингивит..... 67
Жаралуу гингивиттин маанисн жана диагностикасы 68
Дифференциалдык диагностика..... 68
Морфологиялык көрүнүш..... 68
Шишиктүү (отечная) форма 70
Продонтит..... 70
Оорунун оордук даражасын аныктоо..... 71
Агрессивдүү пародонтит..... 72
Пародонтоз 72
Пародонт ткандарында көрүнгөн синдромдор..... 75
Леттерер-Зиве оорусу..... 76
Кант диабетинин фонундагы пародонттун абалы..... 76
Курч лейкоз 77
Циклдык нейтропения..... 77
Агрнанулоцитоз 78
ВИЧ-ассциацияланган пародонтит 78
Пародонтомалар (Пародонт шишиктери) 78
Пародонт ооруларын дарылоонун жалпы принциптери..... 78
Баштапкы дарылоо (начальное лечение) 79
Медикаменттик дарылоо (дары-дармек менен дарылоо)..... 80
Бактериялык препараттар (пробиотиктер)..... 84
Стероиддик эмес сезгенүүгө каршы каражаттар (НПВС)..... 86
Башка сезгенүүгө каршы каражаттар..... 88

Узакка созулган таасирдъъ жа\ы препараттар.....89
"Солкосерил" денталдык адгезиялуу пастасы .....
90
Энзим препараттарын колдонуу (вобэнзим жана флогэнзим)..... 90
Пародонттун фенотиби.....92
Ортопедиялык дарылоо 92
Ортопедиянын маниси.....92
Ортопедиялык ыкмалар.....92
Физиотерапиялык дарылоо..... 93

5-сабак. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин (ОКБЧ) патоморфологиясы. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин ооруларынын классификациясы. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин абалы, кан ооруларынын, эндокриндик патологиянын, ашказан-ичеги трактынын ооруларынын жана башка системалык илдеттердин фонунда ооз көңдөйүнүн былжыр челинин абалың ВИЧ-маркердик көрүнүштөр ооз көңдөйүнүн былжыр челинде.

ВИЧ-маркердик көрүнүштөр ооз көңдөйүнүн былжыр челинде 94
Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин (ОКБЧ) түзүлүшү 94
Былжыр челдин өзүнүн пластинкасы (Lamina Propria)..... 96
Былжыр астындагы катмар (Submucosa) 96
Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин (ОКБЧ) патоморфологиясы 96
Вакуолдук дистрофия (Vacuolar Dystrophy) 97
ОКБЧтын жабыркашынын алгачкы элементтери 99
ОКБЧтын жабыркашынын экинчилик элементтери 101
Инфекциялык оорулар 103
Аллергиялык жана токсико-аллергиялык оорулар 103
ОКБЧтын травматикалык жабыркоолору.....104
Тамеки чегүүдөн улам келип чыгуучу ОКБЧ (Ооз көңдөйүнүн былжыр чели) жана эриндин кызыл жээгинин (ЭКЖ) оорулары.....105
Гальванизм 106
Инфекциялык оорулар СОР..... 106
Кандидоз.....108
Клиника 109
ВИЧ – инфекциясы.....110
Мерез (сифилис) 111
СОРдун аллергиялык оорулары 114
Өтө сезгич (гиперчувствительность) реакцияларынан улам келип чыккан ооруларды диагностикалоо 115
Ооз көңдөйүнүн былжырлуу кабыгынын кызыл түстүү кандын ооруларындагы көрүнүштөрү 116
Хроникалык гипоксияга байланыштуу анемиянын клиникалык көрүнүштөрү 117
Ооз көңдөйүнүн былжыр челиндеги геморрагиялык диатездердин көрүнүштөрү 119

Эндокриндик патологияларда ооз көңдөйүнүн былжыр челиндеги (СОР)

өзгөрүүлөр 120
Жүрөк-кан тамыр патологияларында ооз көңдөйүнүн былжыр челиндеги (СОР) өзгөрүүлөр 121
Ичеги-карын (ЖКТ) ооруларында ооз көңдөйүнүн былжыр челиндеги (СОР) өзгөрүүлөр 121
6-сабак. Стоматологиядагы уйкутуу (обезболивание) ыкмалары. Стоматологияда колдонулуучу уйкутуунун түрлөрү жана ыкмалары. Жергиликтүү анестетиктер, ошондой эле жергиликтүү жана жалпы уйкутуу үчүн колдонулуучу медикаментоздук каражаттар. Тишти алып салуу операциясы. Тиштерди алып салууга көрсөткүчтөр. Ар түрдүү тиш топторун алып салуу техникасы. Өтүшүп кеткендеги кыйынчылдыктар 123
Стоматологиядагы оорутпай дарылоо 123
Операция алдындагы даярдык 125
Балдардын дене салмагына жараша вазоконстрикторсуз анестетиктердин максималдуу бир жолку дозасы 129
Стоматологияда колдонулган жергиликтүү ооруну басуу ыкмалары 129
Тишти алуу операциясында ооруну басуу ыкмалары 130
Үстүнкү жаактагы анестезия 130
Инфильтрациялык анесиезия 131
Таңдай тешикчесинин анатомиялык ориентирлери 133
Инфраорбиталдык анестезия 134
Ооз сыртынан жүргүзүү ыкмасы 135
Төмөнкү жаактагы анестезия 137
Инфильтрациялык анестезия 137
Ооз сыртынан жүргүзүү ыкмасы 139
Оорутпай туруу зонасы 140
М.М. Вейсбремдин Торус анестезиясы 140
Ттишти алып салуу операциясы 144
Тишти алып салуу жана ага каршы көрсөтмөлөр 144
Тишти алуу учурунда жана кийин пайда болушу мүмкүн болгон кесепеттер.
Операциядан кийинки мезгилде бейтапка сунуштар 147
Тишти алуу операциясында колдонулуучу аспаптар 150
7-сабак. Бет-жаак аймагынын травмалык жабыркоолору: классификациясы, бет-жаак жаракаттарындагы татаалдашуулар жана аларды алдын алуу. Үстүңкү жана астыңкы жаактын сынууларын дарылоонун принциптери **157**
Бет-жаак аймагынын жабыркалоолорунун классификациясы 157
Беттин жумшак ткандарынын жабыркалоолору (көгөрүү, сыйрылуу, жара болуу) 157
Тиштердин чыгуусу (вывих) жана сынышы 161
Тиштин таажысы (коронкасы) жана тамырынын сыныктарынын схемасы .163
Бет сөөгүнүн сынуулары 163
Мурун сөөктөрүнүн сынуулары 164

Бет сөөктөрү жана бет аркасынын сыныктары 164
Жогорку жаак сөөктөрүнүн сыныктары 165
Ле Фордун (Le Fort, 1901г) классификациясы.....166
Төмөнкү жаактын сыныктары..... 168
Жаак-мурундун ткандарынын жаракат алгандан кийинки татаалдашуулары 170
Кан токтотуу ыкмалары.....171
Биринчи жардам көрсөтүүдө убактылуу иммобилизациянын ыкмалары..... 173
Бет-жаак, мурун аймагындагы жаракат алган бейтаптарды кароо..... 174
Стоматологиялык бейтаптарды тамактандыруу..... 175
Октон жабыр тарткан бет-жаак, мурун аймагындагы жаракаттардын өзгөчөлүктөрү 176
Предметке заманбап көз караш 176
8- сабак. Бет жана моюн ооруларынын одонтогендик жана неодонтогендик сезгенүү оорулары. Классификациясы, клиникалык өзгөчөлүктөрү жана диагностикасы, дарылоо принциптери. Алардын өтүшүүлөрү жана алдын алуу чаралары 180
Бет-жаак аймагындагы сезгенүү ооруларынын классификациясы 181
Одонтогендик этиологиянын сезгенүү оорулары 182
Периодонтиттер. Периодонтиттин аныктамасы..... 183
Курч периодонтиттер. Курч сероздуу периодонтиттин клиникасы.....183
Өнөкөт периодонтиттер.....185
Периодонтиттердин өтүшүүлөрү 186
Одонтогендик этиологиядагы остеомиелит.....186
Курч остеомиелит 187
Бет-жаак аймагынын көп факторлуу этиологиядагы сезгенүү оорулары. Курч одонтогендик синусит.....190
Өнөкөт одонтогендик оорунун үстүңкү жаактагы синусити.....193
Шилекей бездеринин сезгенүү оорулары 195
Эпидемиялык паротит 195
Төмөнкү чыкый жаак муунунун (ЧТЖМ) артриттери..... 196
Бет-жаак аймагындагы жумшак ткандарынын неодонтогендик этиологиядагы курч сезгенүү оорулары..... 198
Бет-жаак аймагынын жана моюндун ткандарынын ириңдүү-сезгенүү ооруларынын өтүшүп кеткен формалары. Жалпы мүнөздөмө 199
Ириңдеген сезгенүү процесстеринин локализациясы жана топикалык диагнозу
. 201
Абсцесстердин жана флегмоналардын татаалдашуулары..... 203
Бет жана моюн веналарынын тромбофлебити.....204
Одонтогендик контакттык медиастиниттер 206
Одонтогендик контакттык медиастинит..... 207
Одонтогендик контакттык медиастинит. Мээдеги ички (внутричерепные) татаалдашуулар.....210
9- сабак. Тиш ооруларынын алдын алуунун негизги багыттары:

Биринчи, экинчи жана үчүнчү даражадагы профилактика. Балдардын жана чоңдордун тиш кариестерин алдын алуу. Негизги стоматологиялык ооруларды дарылоодо жана алдын алууда ооз көңдөй гигиенасынын ролу. Тиш аномалияларынын алдын алуу. Соматикалык патологияны алдын алууда жана дарылоодо стоматологиялык ооруларга кам көрүүнүн ролу
. 213
Стоматологиялык оорулардын алдын алуунун негизги багыттары.....213
Балдарданы жана улгайган адамдардагы тиш кариесинин алдын алуу..... 214
Тиш кариесин алдын алуу үчүн жалпы методдор. Тамактанууну оптималдаштыруу..... 216
Мектепке чейинки курактагы балдардын тиш кариесинин алдын алуу.....218
Мектеп жашындагы балдардын тиш кариесинин алдын алуу 219
Ооздун гигиенасынын мааниси..... 221
Дарылоочу-профилактикалык тиш гигиеналык каражаттары жана аларды колдонуу боюнча сунуштар 222
Пародонттун сезгенүү ооруларынын алдын алуусунун өзгөчөлүктөрү 227
Пайдаланган адабияттар 132