

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA’LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

**OG‘IZ BO‘SHLIG‘I SHILLIQ QAVATIDA BAKTERIAL VA
ZAMBURUG‘LI STOMATITLAR.**

O‘quv qo‘llanma

Bilim sohasi:	900000 -	Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot
Ta'lim sohasi:	910000 -	Sog‘liqni saqlash
Ta'lim yo‘nalishi:	60910100 -	Stomatologiya(yo‘nalishlar bo‘yicha)

ISBN-978-9910-8429-6-2

UDC- 616.31-002.1(075.8)

BBK-56.6

Mualliflar:

Komilov X.P.- Toshkent davlat tibbiyot universiteti, gospital terapevtik stomatologiya kafedrasi mudiri t.f.d. professor

Daminova N.R.- Toshkent davlat tibbiyot universiteti, gospital terapevtik stomatologiya kafedrasi t.f.n., dotsent

Mahkamova O.A.- Toshkent davlat tibbiyot universiteti, gospital terapevtik stomatologiya kafedrasi t.f.n., dotsent

Ubaydullaeva N.I.- Toshkent davlat tibbiyot universiteti, gospital terapevtik stomatologiya kafedrasi t.f.n., dotsent

Taqrizchilar:

Shukurova U.A. – Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Terapevtik stomatologiya propedevtikasi kafedrasi mudiri, dotsent, tibbiyot fanlari doktori.

Xazratov A.I. – Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Og'iz bo'shlig'i xirurgiyasi va dental implantologiya kafedra mudiri, dotsent, tibbiyot fanlari doktori.

Ushbu o'quv qo'llanma og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida bakterial va zamburug'li stomatitlar lab qizil xoshiyasi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida namoyon bo'lishi, ularning sabablari, rivojlanish mexanizmlari, tashxislash, davolash usullari va oldini olish tadbirlari haqida ma'lumot beradi va terapevtik stomatologiya kafedrasiga tadbiq qilingan zamonaviy texnika va texnologiya usullar orqali olingan natijalar yoritilgan. O'quv qo'llanma "Stomatologiya" mutaxassisliklari bo'yicha 5-kurs talabalari uchun.

Kirish

Mazkur infeksiyalarning og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida namoyon bo‘lishi juda xilma-xil bo‘lishi mumkin. Ayniqsa, kasallik boshlang‘ich bosqichlarida ularning ko‘rinishi boshqa oddiy yallig‘lanishlar yoki patologik jarayonlarga o‘xshab ketishi mumkin. Bu esa stomatologdan yuqori malaka va diqqat-e'tiborni talab qiladi. Bu guruhga strepto-stafilokokkli, eroziv, yarali-nekrotik, gangrenoz stomatitlar, noma, sil, zaxm, mohov (lepra) va shankrsimon piodermiya kiradi. Ularning og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida namoyon bo‘lishi juda xilma-xil va ayniqsa, kasallik rivojlanishining boshlang‘ich bosqichlarida bir qator tipik patologik jarayonlarga o‘xshaydi. Bu esa stomatologdan bakterial infeksiyalar klinikasi, ularning epidemiologiyasi, diagnostikasi, terapiya va profilaktika prinsiplarini yaxshi bilishni talab qiladi.

Bunday infeksiyalarni aniqlashda anamnez (kasallik tarixi) yig‘ish muhim ahamiyat kasb etadi. Bemorning umumiy sog‘lig‘i holati, oldin o‘tkazgan kasalliklari, kasbiy xavflar va infeksiya manbai to‘g‘risidagi ma'lumotlar to‘liq o‘rganilishi kerak. Shuningdek, maxsus laboratoriya usullari — bakteriologik ekish (posev), mikroskopik tekshiruv, serologik tahlillar (masalan, zaxm uchun) va polimeraza zanjir reaksiyasi (PZR) — to‘g‘ri tashxis qo‘yish uchun ajralmas hisoblanadi. Faqatgina etiologik omil (qo‘zg‘atuvchi) aniqlangandan so‘ng samarali davolash rejasini tuzish mumkin.

Bakterial infeksiyalarni davolash kompleks yondashuvni talab etadi. Asosiy davo chorasi qo‘zg‘atuvchiga qarshi yo‘naltirilgan bo‘lib, ko‘pincha antibiotiklarni qo‘llashni o‘z ichiga oladi. Antibiotik tanlashda mikroorganizmning sezuvchanligini inobatga olish o‘ta muhimdir. Mahalliy davo sifatida og‘iz bo‘shlig‘ini antiseptik eritmalar bilan chayish, nekrotik to‘qimalarni olib tashlash va yara yuzasiga malhamlar qo‘llash tavsiya etiladi. Profilaktika esa shaxsiy gigiyena qoidalariga qat’iy rioya qilish, umumiy immunitetni mustahkamlash va surunkali kasalliklarni o‘z vaqtida davolashni o‘z ichiga oladi.

I. BAKTERIAL STOMATITLAR

1. Eroziyali stomatit

Eroziv stomatit (Stomatitis erosiva) – bu qo‘zg‘atuvchisi diplokokk bo‘lgan infeksion kasallikdir. Kasallikning infeksion tabiati 1938-yilda I. O. Novik va Ye. V. Skrotskiy tomonidan tasvirlangan.

Eroziv stomatit qo‘zg‘atuvchisi qisqa tayoqchalar shaklida bo‘lib, ularning uchlari yumaloq, ba‘zan cho‘ziqroq kokklarga o‘xshaydi. Ular juft-juft bo‘lib joylashadi, ko‘pincha epitelial hujayralar ichida va atrofida to‘planadi. Bu mikroorganizmlar grammanfiy bo‘lib, spora hosil qilmaydi, ba‘zan esa kapsula bilan o‘ralgan bo‘ladi.

Eroziv stomatit har xil yoshdagi odamlarni (ko‘pincha 20-40 yoshdagilar), erkak va ayollarni teng darajada, bolalarni esa kamroq zararlaydi. Kasallik ba‘zan epidemiya tusini oladi, garchi u kam yuqumli bo‘lsa-da. Aksariyat hollarda eroziv stomatit gripp, angina yoki boshqa infeksiyadan keyin rivojlanadi. Issiqlik yoki kimyoviy ta’sirotlar, jarrohlik aralashuvlari kasallikning rivojlanishiga yordam beradi. Inkubatsion davri 2-6 kunni tashkil qiladi.

Klinikasi

Eroziv stomatitda bemorlar og‘iz bo‘shlig‘ida qichishish, yonish, ba‘zan ovqatlanish paytida yengil og‘riqdan shikoyat qiladilar. Yengil hollarda shikoyatlar bo‘lmaydi. Eroziv stomatit uchun ikki turdagi shikastlanish elementlari – eroziya va eritema xosdir.

Eroziv stomatit lablarning shilliq qavatida (ko‘pincha pastki labda), qattiq tanglayda (qattiq tanglayning yumshoq tanglayga o‘tish zonasida), kamroq hollarda yonoqlar va tilda aniq chegaralangan, mayda eritematoz dog‘lar paydo bo‘lishi bilan boshlanadi. Ushbu joylardagi shilliq qavat shishgan, epiteliy ba‘zan deskuvamatsiya (to‘kilish) hosil qilib, yuzaki erozilarni shakllantiradi. Tanglay tiqin va tangiz qizarib ketishi mumkin.

Qizarib ketgan shilliq qavatda joylashgan erozilar dumaloq shaklda bo'lib, diametrlari 2-3 mm dan oshmaydi. Keyinchalik ular birlashib, 20 mm yoki undan ko'proqqa yetishi mumkin. Eroziv stomatitdagi shikastlanish elementlarining o'ziga xos aniqlash xususiyati – erozilar yuzasida to'planma va pardalarning yo'qligi. Erozilar doimo toza, olovdek qizil rangda bo'lib, aniq chegaralangan. Erozilarni o'rab turgan shishgan epiteliy mexanik ishqalashda oson ko'chib tushadi. Epitelizatsiya erozining chetidan boshlanadi.

Eroziv stomatitda teri hech qachon jarayonga jalb qilinmaydi. Mintaqaviy limfa tugunlari yengil kattalashadi yoki o'zgarmaydi. Kasallikning davomiyligi 4-10 kunni tashkil qiladi, lekin ba'zan jarayon cho'zilishi mumkin. Bundan tashqari, eroziv stomatit takrorlanishi mumkin, lekin prognoz doimo ijobiy bo'ladi.

Qiyosiy tasxislash

Eroziv stomatitni gripp va gerpetik stomatitdan farqlash lozim. Tashxisni yengillashtiradigan omillar: anamnezda pufakchalarning yo'qligi, kuchli og'riqning mavjud emasligi, eroziyalar yuzasida karashning yo'qligi va ularning kichik o'lchamlari. Eroziya yuzasidan olingan surtmalarda qo'zg'atuvchini (diplokokk) aniqlash mumkin.

Davolash

Ko'pincha mahalliy etiotrop terapiya (og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini antiseptiklar yoki ularni mahalliy og'riqsizlantiruvchi vositalar bilan birga qo'llab davolash: sulfanilamid preparatlar pasta yoki sepma holida) va patogenetik terapiya (yallig'lanishga qarshi vositalar va keratoplastik preparatlar) yetarli bo'ladi. Zarur bo'lgan hollarda umumiy etiotrop (antibiotiklar yoki sulfanilamid preparatlar), patogenetik (yallig'lanishga qarshi vositalar) va simptomatik terapiya tayinlanadi.

2. Yarali-nekrotik stomatit

Vensan yarali-nekrotik stomatiti (stomatitis ulcero-necrotica Vincenti; sinonimlari: yarali stomatit, fuzospiroxetli stomatit, "transhey" og'iz, Vensan stomatiti) – bu og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining infeksiy, alterativ-yallig'lanish

kasalligi bo'lib, organizm reaktivligining pasayishi va og'iz bo'shlig'idagi noqulay sharoitlar fonida yuzaga keladi. Bu kasallik anaerob fuzospirillyar mikroflora bilan og'iz shilliq qavati to'qimalarining sezgirlashuviga javoban Artyus fenomeni tipidagi immun reaksiyasi sifatida rivojlanadi va nekroz hamda yaralanish bilan xarakterlanadi.

Bu kasallikning infeksiyon tabiatini birinchi bo'lib Berjeron (1889) qayd etgan. Undan biroz keyinroq nemis shifokori Plaut (1894) va fransuz bakteriologi Vensan (1895) bu fikrni tasdiqladilar. Stomatologik kasalliklar orasida yara-nekrotik stomatit 3-5% ni tashkil etadi (Ye.V.Borovskiy, N.F.Danilevskiy, 1981).

Etiologiya

Kasallik fuzospirillyar infeksiya – Vensan spiroxetasi va urchuqsimon tayoqchanning simbiozi ta'sirida yuzaga keladi. Bu simbioz odatiy sharoitda og'iz bo'shlig'ining saprofiti hisoblanadi va tishlar orasidagi bo'shliqlarda, periodontal cho'ntaklarda, karioz bo'shliqlarning chuqurligida, tishlarning ildiz kanallarida va bodomcha bezlarining kriptalarida joylashadi.

Fuzospirillyar infeksiya yallig'lanish jarayonlarida sezilarli darajada faollashadi va anaerob hamda serofil bo'lgani uchun to'qimalarning 300 mkm chuqurligigacha kirib borishga qodir.

Vensan stomatiti ko'pincha sovqotish, stresslar, jarohatlar va jarrohlik aralashuvlari fonida rivojlanadi. Kasallikning rivojlanishi buzilgan tishlarning o'tkir qirralari, chuqur o'rnatilgan sun'iy qoplamalar va tishlarning qiyin chiqishi kabi mahalliy qo'zg'atuvchilar bilan ham bog'liq. Shuningdek, og'iz bo'shlig'ining noto'g'ri gigiyenasi, ayniqsa, sanatsiyalanmagan bo'lsa, chekish, sanoat muhitining changli sharoitida ishlash kabi omillar yara-nekrotik stomatit rivojlanishiga sharoit yaratadi.

Yarali-nekrotik stomatit qon kasalliklari, xususan, leykos, og'ir metallar tuzlari bilan zaharlanish, oshqozon-ichak trakti patologiyalari, oziq-ovqat toksikoinfeksiyalari, endokrin tizimi, buyrak, jigar kasalliklari, radiatsion

shikastlanishlar, immun tanqisligi, singari va OIV infeksiyasining belgisi bo'lishi mumkin.

Patogenez

Og'iz bo'shlig'ining qoniqarsiz gigiyenasi sharoitida, yig'ilgan qatlamda immunitet va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining to'siq funksiyasi pasaygan fonida gramm-manfiy bakteriyalar (*B.vincenti*, *B.fusiformis*, *B.buccalis*) va bakteroidlar (*B.melaninogenicus*, *veillonellae*) ko'payadi. Mikroorganizmlar va ularning toksinlari asta-sekin og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va milkning biriktiruvchi to'qimasiga kirib boradi, u yerda qo'zg'atuvchilar ko'payishda davom etadi. Agar bu holat bir necha hafta yoki oy davom etsa, surunkali kataral stomatit yoki gingivit rivojlanadi, bu og'iz shilliq qavatining sekin kechuvchi immun shikastlanishi hisoblanadi.

Agar bu mo'tadil muvozanatli kurashga yanada ko'proq bakteriyalar kirib kelsa, gingivit kuchayadi: qatlam va mikroflora aloqa joyida ko'proq kichik limfotsitlar, plazmatik hujayralar va nospesifik yallig'lanish infiltrati hujayralari to'planadi. Plazmatik hujayralar IgM va IgG hosil qiladi, ular komplementni bog'laydi. Komplement tizimi faollashadi, bu qonning ivishiga, stazga, trombozga va mintaqaviy nekrozga olib keladi. Antigenning IgM va IgG bilan o'zaro ta'siri 3-toifa to'qima immun shikastlanishiga – Artyus reaksiyasiga sabab bo'ladi: yuzaki vaskulit, tromboz, nekroz.

Bu hodisalarga bakterial toksinlar sabab bo'ladigan Sanrelli-Shvartsman hodisasi ham qo'shiladi.

Tasnifi. Kasallikning kechish xususiyatiga ko'ra o'tkir, yarim o'tkir, surunkali yara-nekrotik stomatit va retsidiv (qaytalanuvchi) turlari ajratiladi; og'irlik darajasiga ko'ra esa yengil, o'rta va og'ir shakllari farqlanadi.

Klinik belgilari

Yarali-nekrotik stomatit o'z kechishi davomida bir qator tipik infeksiyon kasallik belgilariga ega. Prodromal davrda bemorlarni holsizlik, bosh og'rig'i,

subfebril tana harorati va bo'g'implarda qaqshab og'riq bezovta qiladi. Og'iz bo'shlig'ida milklarning qonashi, achishish hissi va shilliq qavatning quruqligi kuzatiladi. Klinik kechish shakliga qarab, bu davr yengil shaklda bir necha kun, og'ir shaklda esa bir necha soat davom etishi mumkin, shundan so'ng kasallikning to'liq klinik ko'rinishlari fazasiga o'tadi.

Bu bosqichda bemorlar umumiy holsizlikning kuchayishi, tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i va ish qobiliyatining pasayishidan shikoyat qiladi. Og'iz bo'shlig'idagi og'riq eng kichik teginishda ham keskin kuchayadi, gaplashish vaqtida til kam harakatchan bo'ladi. Ovqatlanish va og'iz bo'shlig'iga gigiyenik ishlov berish deyarli imkonsiz bo'ladi. So'lak ajralishi ko'payadi, mintaqaviy limfa tugunlarining kattalashishi va og'riq paydo bo'ladi, og'izdan kuchli chirigan hid kelishi bemorlarning ruhiyatiga juda salbiy ta'sir qiladi. Agar shikastlanish retrolyar sohada joylashgan bo'lsa (bu asosan 8-tishlarning chiqishi buzilishi natijasida yuzaga keladi), yuqorida sanalgan shikoyatlarga og'izning cheklangan ochilishi – trizm ham qo'shiladi.

Ko'pincha yaralar milklardan boshlanadi, ayniqsa mahalliy qo'zg'atuvchi omillar mavjud bo'lgan joylarda: tish toshlari, chuqur o'rnatilgan sun'iy qoplamalar yoki gangrenoz tishlarning buzilgan tojchalari, chuqur periodontal cho'ntaklari bor joylar. Keyinchalik, yara paydo bo'lgan birlamchi o'choqqa qo'shni bo'lgan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatiga (tilning yon yuzalariga, tishlar birikish chizig'i bo'yicha lunj shilliq qavatiga, yumshoq tanglayga, bodomchalarga) tarqaladi.

Aksariyat bemorlarda yara-nekrotik stomatit o'rtacha og'irlik darajasida kechadi: tana harorati mo'tadil yuqori ($37,5 - 38^{\circ}\text{C}$) bo'ladi va umumiy intoksikatsiya belgilari mo'tadil darajada namoyon bo'ladi. Shu bilan birga, bemorlar umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, uyqusizlik, tana haroratining ko'tarilishi, bo'g'im va mushaklarda qaqshab og'riq, ishtahaning yo'qolishidan, shuningdek, kuchli og'riq va milklarning yaqqol qonashidan, og'izdan keskin chirigan hid kelishidan, ovqatni tishlab olish va chaynashning imkonsizligidan, ba'zan trizmdan va og'iz bo'shlig'ini gigiyenik parvarish qila olmaslikdan shikoyat qiladi.

Umumiy ko'rik

Ko'rikdan o'tkazilganda, odatda, bular yoshlar (19-27 yosh) bo'ladi, ularning kayfiyati tushkun. Yuz terisi oqarib, ba'zan mayda ter tomchilari bilan qoplangan bo'ladi. Lablarning qizil chegarasi quruq, ba'zan qurigan qon izlari ko'rinadi. Bunday bemorlar sekin gaplashadi, shikastlangan tilni tishlariga yoki shikastlangan milklarga tekkizishdan saqlanadi. Hatto ma'lum masofadan ham bemorning og'zidan chirigan hid keladi. So'lak ko'p miqdorda ajraladi va og'iz bo'shlig'idan o'z-o'zidan oqib chiqadi. Mintaqaviy limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar. Milkning marginal zonasi va tishlar orasidagi so'rg'ichlar (papilla) alohida o'zgarishlarga uchraydi. Milklar shishgan, bo'shashgan, giperemiyalangan (qizargan), keskin og'riqli va eng kichik teginishda ham oson qonaydi. Avval nekroz tishlar orasidagi so'rg'ichlarning uchini shikastlaydi, keyin uning tanasini va marginal zonani qamrab oladi. Vaqt o'tishi bilan nekrotik massalar oq-kulrang, kulrang-jigarrang yoki kulrang tusga kiradi va o'lgan so'rg'ichlar yuzasida ancha mustahkam ushlanib turadi. So'rg'ichlar o'zlariga xos festonli shaklini yo'qotadi (kesilgan konusga o'xshab qoladi) (rasm 1). Ba'zi bemorlarda yaralar yuzasidan o'z-o'zidan qon ketishi kuzatiladi. Ko'p miqdorda ajralayotgan so'lak quyuv, yopishqoq bo'lib, tarkibida qon tomchilari bor va yoqimsiz hidga ega.

Rasm-1. O'tkir nekrotik-yarali gingivit.



Kasallikning shakllari

Yengil shakli uchun jarayonning cheklangan tarqalishi xarakterlidir. Ko‘pincha faqat ma’lum bir guruh tishlarining tishlararo so‘rg‘ichlarining uchlari nekrozga uchraydi. Umumiy ahvol sezilarli darajada o‘zgarmaydi. Ish qobiliyati, odatda, buzilmaydi.

Yengil va o‘rta shakllardan farqli o‘laroq, nekrotik-yarali stomatitning (gingivostomatitning) og‘ir kechishi bemorning umumiy holati yuqori harorat ($38,5-40^{\circ}\text{C}$) va umumiy intoksikatsiyaning yaqqol belgilari bilan xarakterlanadi. Yaralar og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining katta qismiga tarqaladi, chuqurlashib esa mushak to‘qimasi, paylar va suyakka yetib borishi mumkin, ko‘pincha alveolyar o‘simtaning osteomiyelit shikastlanishi rivojlanadi.

Nekrotik-yarali shikastlanish ko‘pincha lunjlarning retromolyar sohasida va tishlar yopiladigan chiziq bo‘ylab, tilda (asosan uning yon yuzalarida, jarohatlovchi omil ta’sirida), lablar va og‘iz bo‘shlig‘i tubi shilliq qavatida joylashadi (rasm 2). Yarali-nekrotik o‘choq tanglay va bodomchalarga tarqalganda stomatit Simonovskiy-Plaut-Vensan anginasi deb ataladi.

Rasm-2. Pastki lab shilliq qavatidagi o‘tkir yarali-nekrotik stomatit.



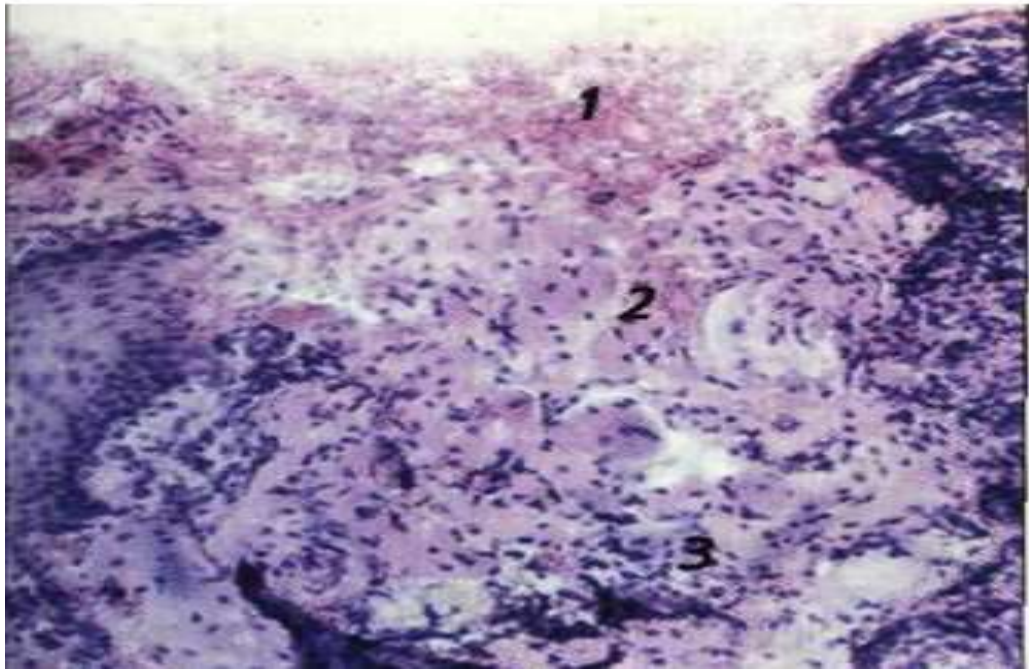
Surunkali yara-nekrotik stomatitga o'tish va patologik anatomiyasi

Agar o'tkir nekrotik-yarali stomatit yetarlicha davolanmasa va reabilitatsiya tadbirlari o'tkazilmasa, u qaytalanishi va surunkali shaklga o'tishi mumkin. Bu o'tish ko'pincha surunkali somatik patologiya fonida, shuningdek, og'iz bo'shlig'i sanatsiya qilinmagan hollarda kuzatiladi.

Patologik anatomiya. Patogistologik tekshiruvlarda nekrotik-yarali stomatitda shikastlanishning 2 zonasi aniqlanadi: yuzaki nekrotik va chuqur yallig'lanish zonasi. Yuzaki nekroz qatlami mikroflora (spiroxetalar, fuzobakteriyalar, tayoqchalar, kokklar) bilan to'yingan; tirik to'qimalarga tutashgan chuqurroq qatlamlarda esa fuzospirillyar mikroflora ustunlik qiladi. Ostdagi to'qimalar o'tkir yallig'lanish holatida bo'lib, u yerda mikroflora kam bo'ladi, faqat tirik to'qima ichiga kirib boradigan spiroxetalar uchraydi (rasm 3).

Rasm-3. Yarali-nekrotik stomatitning patogistologik manzarasi:

- 1. Nekroz zonasi**
- 2. Yallig'lanish infiltratsiyasi zonasi**
 - 1. Granulyatsion to'qima**



Surunkali yarali-nekrotik stomatit asosan milklar hududida rivojlanadi, bu yerda "eski" tish toshlari yoki boshqa surunkali mahalliy tirnash xususiyatini beruvchi omillar aniqlanadi. U ko‘pincha o‘tkir yallig‘lanishning natijasi sifatida, mahalliy davolash samaradorligi past bo‘lganda yuzaga keladi. Aksariyat bemorlarda yengil shakl kuzatiladi. Faqat zo‘rayish paytida ba’zi umumiy simptomlar paydo bo‘ladi va stomatit o‘rtacha og‘irlikdagi kasallik belgilarini namoyon etadi. Surunkali kechuvchi stomatit uchun og‘ir shaklning yo‘qligi xarakterlidir. Ko‘pincha jarayon milklar, xususan, 32, 12, 3 va 8-tishlar atrofida cheklangan hududda joylashadi. Yaxshi kechuvchi jarayonlarga qaramay, surunkali yarali-nekrotik stomatit uchun milk chetining valiksimon qalinlashuvi, tishlararo cho‘ntaklarning hosil bo‘lishi (tishlararo so‘rg‘ichlarning yo‘qolishi natijasida) va yaralar xarakterlidir. Og‘riq va qonash mo‘tadil. Yaralar oz miqdorda nekrozlangan to‘qimalar bilan qoplangan. Yara sohasida alveolyar o‘simtaning cheti reabsorbsiyasi (yemirilishi) kuzatiladi. To‘g‘ri davolanganda yaralar chandiq hosil bo‘lib bitadi (rasm 4).

Rasm -4. Surunkali yarali-nekrotik stomatit chandiq hosil bo‘lib bitishi.



Davolash

Yarali-nekrotik stomatitning qo'zg'atuvchisi, rivojlanish mexanizmi va simptomlari ma'lum bo'lganligi sababli, mahalliy va umumiy (etiotrop, patogenetik va simptomatik) terapiya to'liq o'tkazilishi va to'liq tuzalishni ta'minlashi mumkin. Biroq, bu kasallikni davolash samaradorligini asosan mahalliy terapiya belgilaydi, u yuqumli jarohatlarni jarrohlik yo'li bilan tozalash tamoyillari asosida amalga oshiriladi. Shu sababli, yarali-nekrotik stomatitda davolash taktikasi quyidagi ketma-ketlikda bo'ladi:

a) Gidratatsiya fazasida:

- Operatsiya maydonini og'riqsizlantirish (dikain, anestezin, lidokain, pirokain, PDD (propolis-dikain-dimetilsulfoksid) – aplikatsiyalar, og'iz vannalari, aerosol).
- Og'iz bo'shlig'i va shikastlangan o'choqlarni anaerob mikrofloraga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi vositalar (vodorod peroksidi, kaliy permanganat, metronidazol, metrogil, trixopol, trixomonatsid, dioksidin) yoki proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin, terrilitin) bilan birgalikda antibiotiklar (penitsillin, gentamitsin va b.) bilan antiseptik ishlov berish.

- Operatsiya maydonini jarrohlik yo‘li bilan tozalash: nekrotik to‘qimalarni olib tashlash (ilgak, skalpel, ekskavator bilan) va mahalliy qo‘zg‘atuvchi omillarni yo‘qotish (buzilgan tishlarning ildizlarini olib tashlashdan tashqari) operatsiya maydonini doimiy ravishda anestetiklar bilan birgalikda antiseptik eritmalar bilan yuvib turish orqali amalga oshiriladi.
- Nekrolitik vositalar keng spektrli antibiotiklar bilan birgalikda qo‘llaniladi.
- Yallig‘lanishga qarshi vositalar (mefenaminat natriy, piramidant).
- Proteoliz fermentlari ingibitorlari (trazilol, kontrikal, pantripin, amben).
- Osmotik ta’sirga ega vositalar (nitazol, natriy gidrokarbonat va natriy xloridning gipertonik eritmalar).
- Sorbtion terapiya vositalari (regenkur, PMs, silard va b.).

b) Degidratatsiya fazasida:

- To‘qimalarda reparativ jarayonlarni rag‘batlantiruvchi va keratoplastik ta’sirga ega preparatlar (solkoseril, erbisol, askol, tezan linimenti, A vitamini, chakanda, na’matak yog‘i, olazol, romazulan, tsitral, mefenaminat natriy, metatsil, piramidant, kalanxoe, aloe sharbati).
- Og‘iz bo‘shlig‘ini sanatsiya qilish.

Umumiy terapiy

Yarali-nekrotik stomatitning umumiy terapiyasi ham xuddi shu maqsadlarga bo‘ysunadi:

Etiotropik davolash – fuzospirillyar mikroflorani bostirish uchun antibakterial vositalar: a) antibiotiklar (penitsillin, sefaloridin, kloferan, ampitsillin, ampioks, karbenitsillin, tetratsiklin, morfotsiklin, metatsiklin, neomitsin, monomitsin, kanamitsin, gentamitsin, eritromitsin, oleandomitsin, oletetrin, linkomitsin va b.); b) antiprotozoy preparatlar (tiberol (ornidazol), fazijin, metronidazol, trixopol, klion va b.).

Patogenetik davolash. Kasallikning rivojlanishidagi patogenetik mexanizmlarni tartibga solish maqsadida quyidagilar buyuriladi: a) yallig‘lanishga qarshi vositalar (aspirin, butadien, mefenamin kislotasi); b) giposensibilizatsiya qiluvchi vositalar (kalsiy preparatlari – glyukonat, xlorid; antigistaminlar – fenkarol, tavegil, pipolfen, dimedrol, loratidin); v) vitaminlar (askorbin kislotasi, askorutin); g) dezintoksikatsiya terapiyasi vositalari (gemodez, enterodez, enterosorbentlar).

Simptomatik davolash – og‘riq qoldiruvchi, isitma tushiruvchi, kardiotonik va boshqa vositalar.

3.Simonovskiy-Plaut-Vensan anginasi

Simonovskiy-Plaut-Vensan anginasi (angina Simanovski-Plaut-Vincenti) bodomchalarda yara-nekrotik jarayonning rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Unga fuzospirillyar infeksiya sabab bo‘ladi. Bu, asosan, mustaqil kasallik bo‘lsa-da, Vensan yara-nekrotik stomatiti bilan bir vaqtda yoki undan keyin ham kechishi mumkin.

Vensan anginasi uchun shikastlanishning bir tomonlama bo‘lishi xarakterlidir. Yaqinda o‘tkazilgan holdan toydiruvchi kasalliklar, gipovitaminozlar, alimentar distrofiyalar, bolalar infeksiyalari va ichak kasalliklari uning paydo bo‘lishiga yordam beradi. Og‘iz bo‘shlig‘ining sanitatsiya qilinmaganligi va gigiyenik holatining yomonligi ham kasallikning rivojlanishiga sharoit yaratadi.

Klinikasi

Vensan anginasi yarali va soxta pardali (difteroid) shakllarda uchrashi mumkin. Simonovskiy-Plaut-Vensan anginasi uchun yutish paytida og‘riq va og‘izdan yoqimsiz hid kelishi xarakterlidir. Bemorlarning aksariyatida umumiy holat odatda buzilmaydi.

Ko‘rikdan o‘tkazilganda, yallig‘langan va shishgan bodomchada sarg‘ish-oq yoki kulrang-iflos rangli karash yoki qalin sarg‘ish-qora parda (difteroid shakli) aniqlanadi. Ular olib tashlanganda yarali sirt ochiladi. Parda o‘z-o‘zidan ajralib tushganda, granulyatsiyalar qoladi, ular sekin-asta epitelizatsiyalanadi.

Mintaqaviy limfa tugunlari kattalashgan va palpatsiya qilinganda og'riqli bo'ladi. Qonda leykotsitoz va EChT (eritrotsitlar cho'kish tezligi) oshishi kuzatiladi. Kasallikning davomiyligi 2-3 hafta.

Tashxis va qiyosiy tasxislash

Vensan anginasi tashxisi klinik ko'rinish va yallig'lanish o'chog'ida fuzospirillyar infeksiyaning topilishi asosida qo'yiladi.

Differensial diagnostikada uni difteriya va qon kasalliklari (leykozlar, agranulotsitoz) dan farqlash lozim.

Davolash

Davolash uchun mushak ichiga antibiotiklar yuborish, vitaminlar va oqsillarga boy parhez buyurish, shuningdek, ko'p miqdorda vitaminli damlamalar va sharbatlar ichish tavsiya etiladi. Mahalliy davolash yara-nekrotik stomatit terapiyasiga o'xshash usullar bilan amalga oshiriladi.

4. Noma (Yemiruvchi, tarqaluvchi yara)

Noma — bu og'iz bo'shlig'i, yuz va jag' sohasidagi to'qimalarning nam gangrenasi (chirishi)ning alohida shakli. Bu kasallikning aniq sababi to'liq o'rganilmagan. Nekrozga uchragan joylarda fuzospirosetalar va boshqa chirish chaqiruvchi anaerob mikroblar topiladi. Kasallik ko'pincha zaiflashgan bolalarda, masalan, infeksiyon kasalliklar, ovqatdan zaharlanish (toksik dispepsiya) yoki uzoq muddat ochlikdan keyin rivojlanadi. Shuningdek, u tugallanmagan qizamiq yoki dizenteriya kabi kasalliklar fonida, kattalarda esa yurak-qon tomir kasalliklari natijasida paydo bo'lishi mumkin.

Patologik xususiyatlari

To'qimalarning patologik tahlili shuni ko'rsatadiki, shikastlangan joyda o'lik to'qima qoldiqlari (detrit) va hujayralar o'limi (nekrobioz) kuzatiladi. Sog'lom to'qima bilan zararlangan qism o'rtasida oq qon tanachalarining to'planishi (leykotsitar infiltratsiya) va mikroblarning kuchli ko'payishi (xususan, *B. perfringens*) aniqlanadi. Atrof to'qimalarda esa shish, qonning turib qolishi (staz)

va qon tomirlari bekilib qolishi (tromboz) ro'y beradi. Organizmni himoya qilish reaksiyasi deyarli kuzatilmaydi, bu bemor immunitetining juda past ekanligidan dalolat beradi.

Klinik kechish

Noma odatda avvaliga og'iz burchagi, yonoq yoki lab shilliq qavatida paydo bo'lgan qonli dog' yoki pufakcha shaklidagi gangrenoz stomatitdan boshlanadi. Bu o'choqlar osonlik bilan yaraga aylanadi. Nekroz jarayoni chuqurga, ya'ni shilliq osti yog' qatlami, mushaklar va jag' suyaklariga ham tarqaladi. Yara kattalashib, yuzda shish paydo bo'ladi. 2-4 kun ichida yara joylashgan terida kulrang, so'ngra qora dog' paydo bo'lib, to'qimalarning bir vaqtda teshib o'tishi (perforatsiya)ga olib keladi.

Zararlanish og'iz bo'shlig'ining boshqa qismlariga (tish atrofidagi to'qimalar, til, tanglay) tarqaladi. Bu tishlarning qimirlab tushishiga va jag' suyaklarining bo'laklarga ajralishiga (sekrestratsiya) sabab bo'ladi. Zararlangan to'qimalar yumshoq, sassiq, iflos-kulrang va asta-sekin qorayib boruvchi massaga aylanadi. Teshikdan juda ko'p miqdorda sassiq so'lak oqadi. Ayrim hollarda zararlanish quloq, bo'yin, son, jinsiy a'zolar va anal teshigi sohasiga ham o'tishi mumkin. Bemorlarning ahvoli nihoyatda og'ir bo'lib, tana harorati 38-40°C gacha ko'tariladi. Diareya, qusish, ich ketishi, zotiljam, o'pka gangrenasi va sepsis kabi xavfli holatlar rivojlanishi mumkin.

Davolash taktikasi

Nomani davolash mikroblarni yo'q qilish, organizmning zaharlanishini bartaraf etish va uning himoya kuchini oshirishga qaratilgan. Etiotropik mikrobg qarshi terapiya doirasida 4-6 soatda bir marta mushak ichiga 100 000 birlik antibiotik yuboriladi. Zararlangan joy atrofidagi to'qimalarga infiltratsion og'riqsizlantirish usuli bilan ham antibiotiklar kiritiladi. Shuningdek, zararlangan to'qimalar atrofidagi joylarga gangrenaga qarshi zardob (1500 AB) yuborish ham juda muhimdir.

Davolash usullari: mahalliy va umumiy terapiya

Shikastlangan joylar (nekrotik to‘qimalar olib tashlangandan so‘ng) antibiotiklar, antiseptiklar va proteolitik fermentlar eritmasi bilan ishlanadi. Organizmning chidamliligini oshirish uchun 50-100 ml yangi sitratli qon, dezintoksikatsion vositalar, askorbin kislotasi, tiamin, levamizol, T-aktivin va boshqalar yuboriladi. Bundan tashqari, gemodez (200-400 ml), insulinli glyukoza (6 birlik insulin bilan 500 ml), kokarboksilaza (0,1 g), 2% li dimedrol eritmasi (1 ml), 3% li tiamin bromid, 5% li piridoksin gidrokslorid eritmasi (1 ml), 5% li askorbin kislotasi eritmasi (1 ml), 50% li analgin eritmasi (2 ml) va 40% li geksametilentetramin buyuriladi.

Gipoksiya (kislorod yetishmovchiligi) va atsidozni kamaytirish maqsadida mahalliy va umumiy oksigenoterapiya qo‘llaniladi: namlangan kislorodli ingalyatsiyalar, yara yuzasini ishlov berish vaqtida aeratsiya (H_2O_2 va $KMnO_4$ eritmalaridan foydalanib), shuningdek, nekroz o‘chog‘i atrofidagi yog‘ qatlamiga teri ostiga kislorod kiritish (ishlovdan so‘ng). Septik hodisalar va intoksikatsiya kuchayganida, jarrohlik amaliyotidan so‘ng giperbarik oksigenatsiya o‘tkazish maqsadga muvofiqdir. 10-12 seansdan iborat kurs to‘qimalardagi gipoksiyani sezilarli darajada kamaytiradi, moddalar almashinuvi va trofika jarayonlarini normallashtiradi, mikrofloraga bakteriostatik ta’sir ko‘rsatadi va reparativ jarayonlar uchun sharoitni yaxshilaydi.

Difteriya

Difteriya (diphtheria) — bu havo-tomchi yo‘li orqali yuqadigan o‘tkir yuqumli kasallikdir.

Etiologiya: Difteriyaning qo‘zg‘atuvchisi Leffler tayoqchasidir.

Klinikasi: Difteriya halqum va bodomchalarni zararlaydi. Bunda halqum, tanglay ravoqlari, kichik tilcha shilliq qavatining kataral yallig‘lanishi, bodomchalarning shishi kuzatiladi. Ular ustida zich fibrinli oq yoki kulrang-oq rangdagi pardasimon karashlar hosil bo‘ladi, ular burun-halqum, qattiq tanglay, ravoqlar va yumshoq tanglay shilliq qavatiga tarqaladi. Bu pardasimon karash ostidagi to‘qimalarga qattiq yopishgan bo‘ladi va juda qiyinlik bilan ko‘chiriladi,

ko‘chirilganda esa qonaydigan yuzani ochib beradi. Pardalarning paydo bo‘lishi yallig‘lanishning fibrinli shakli bilan bog‘liq bo‘lib, bu Leffler tayoqchasi va uning toksinlariga mahalliy reaksiyadir. Kasallikning rivojlanishi bilan karash tarqaladi va qalinlashadi, uning rangi iflos-kulrang tusga kiradi. Agar pardalar olib tashlansa, ular yana qaytadan paydo bo‘ladi. Og‘iz bo‘shlig‘ida bu pardalar milklarda va tilda ham bo‘ladi. Jag‘ osti limfa tugunlari kattalashgan va og‘riqlidir.

Differensial diagnostika

Difteriyani skarlatina, infeksiyon mononukleoz, leykemiya, Vensan anginasi kabi kasalliklardan farqlash lozim.

- Zich iflos-kulrang pardalarning o‘ziga xos shirin hidi, limfa tugunlari reaksiyasi, shuningdek, bakteriologik tekshiruv natijalari infeksiyon mononukleozni istisno qilishga imkon beradi.
- Qon tahlilida xarakterli o‘zgarishlarning yo‘qligi, bodomchalarning va ko‘pincha og‘iz bo‘shlig‘ining orqa qismlarining shikastlanishi leykemiyalarni istisno qilish uchun asos beradi.
- Vensan anginasida mikroskopik tekshiruvda fuzospirillyar simbioz xarakterli bo‘lsa, difteriyada esa Leffler tayoqchasi topiladi.

Davolash

Mahalliy davolash: Og‘iz bo‘shlig‘ini 2% borat kislotasi eritmasi, antibiotiklar, fermentlar, sun‘iy lizotsim, oksidlovchilar, 1% galaskorbin eritmasi, kalanxoe sharbati bilan chayish. Yuqorida sanab o‘tilgan dori vositalari kasallikning bosqichiga qarab qo‘llaniladi (gidratatsiya yoki degidratatsiya). Difteriyaning oldini olishda anatoksin bilan vaksina muhim ahamiyatga ega.

5. Skarlatina

Skarlatina (scarlatina) — bu rivojlanishida asosiy rolni gemolitik streptokokk o‘ynaydigan o‘tkir yuqumli kasallik. Skarlatina infeksiyasi uchun kirish eshigi tanglay va burun-halqum bo‘lib, limfa tugunlari ham jarayonga jalb qilinadi.

Klinikasi

Skarlatinada og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatidagi o‘zgarishlar ko‘pincha kasallikning erta va xarakterli belgilari hisoblanadi. Muhim belgi — diffuz kataral stomatit — teridagi toshmalar paydo bo‘lishidan bir kun oldin yoki ular bilan bir vaqtda yuzaga keladi. Bodomcha va yumshoq tanglay shilliq qavati yorqin qizil rangga kiradi, giperemiya (qizarish) chegarasi aniq ajralib turadi. Ikkinchi kuni mayda nuqtali enantema paydo bo‘lib, u yonoq va milklar shilliq qavatiga tarqaladi. Ayni paytda yuzning eritematoz terisida mayda nuqtali yorqin qizil toshma paydo bo‘ladi. Iyak va og‘iz bo‘shlig‘i atrofidagi teri esa oqarib qoladi va Filatovning burun-lab uchburchagi deb ataluvchi sohani hosil qiladi.

2-3 kunlarda kataral, lakunar yoki nekrotik angina rivojlanishi kuzatiladi. Jag‘ osti limfa tugunlari kattalashgan va og‘riqli bo‘ladi. Tilning usti oqish-kulrang karash bilan qoplanadi. 3-4 kundan boshlab til yuzasi karashdan tozalanib, yorqin qizil rangga kiradi, quruq va yaltiroq bo‘lib qoladi. Ipsimon so‘rg‘ichlar yo‘qolib boradi; tilning butun yuzasi bo‘ylab kattalashgan zamburug‘simon so‘rg‘ichlar ko‘rinadi, ular malina donalarini eslatadi, shu sababli skarlatinada til "malina tili" deb ataladi (rasm 5).

Rasm-5. skarlatinada "malinali" til.



Teridagi toshmalar yo‘qolganidan keyin til yuzasi oqaradi, zamburug‘simon so‘rg‘ichlarning shishishi yo‘qoladi va til yangi epiteliya qatlami bilan qoplanadi. Kasallik ko‘pincha lablar shilliq qavatining shikastlanishiga olib keladi. Lablar shishgan, yorqin qizil yoki purpur rangda bo‘ladi. Ba‘zan ularda yoriqlar va yaralar paydo bo‘ladi.

Qiyosiy tasxislash

Skarlatinani difteriya, qizamiq, angina va qon kasalliklaridan farqlash lozim.

- Yuz va tanada toshmalar mavjudligi, bodomchalarda qalin pardalarning yo‘qligi, limfa tugunlarining reaksiyasi va bakteriologik tekshiruvlar difteriyani inkor etishga imkon beradi.
- Anginaning teridagi toshmalar, malina tili va lablardagi yoriqlar bilan bir vaqtda paydo bo‘lishi kataral va nekrotik anginalarni istisno qilish uchun asos beradi.
- Yuzdagi toshmalar va o‘tkir yallig‘lanish jarayoni uchun xarakterli qon tahlili manzarasiga ko‘ra, qon kasalliklarini istisno qilish mumkin.

Davolash

- Mahalliy-simptomatik: Og‘izni sun‘iy lizotsim, moychechak damlamasi bilan chayish, novokainli mikrosid bilan aplikatsiyalar qilish.
- Lablardagi yoriqlar uchun kalanxoe sharbati, karatolin (na‘matak mevasidan olingan karotinoidlarning moyli ekstrakti), shuningdek, shaftoli yog‘idagi anestezin qo‘llaniladi.
- Umumiy: V, C va P vitaminlari, streptosil, giposensibilizatsiya qiluvchi vositalar buyuriladi.

6. Sil kasalligi (Tuberkulyoz)

Sil (tuberculosis) — bu Kox tayoqchasi deb ataluvchi mikobakteriyalar sabab bo‘ladigan surunkali yuqumli kasallik. U og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatiga

gematogen (qon orqali), limfogen (limfa orqali) yoki ekzogen (havo-tomchi yoki alimentarn) yo'llar bilan kirib, infektsiyaning birlamchi va ikkilamchi ko'rinishlariga sabab bo'ladi.

Sil bilan kasallanganlarning 1%ida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida kasallik asosan ikkilamchi (o'pka, bo'g'imlar, terining silidan keyin) shaklda sil volchankasi, milliar-yarali sil va juda kam hollarda kollikvativ sil – skrofuloderma ko'rinishida namoyon bo'ladi.

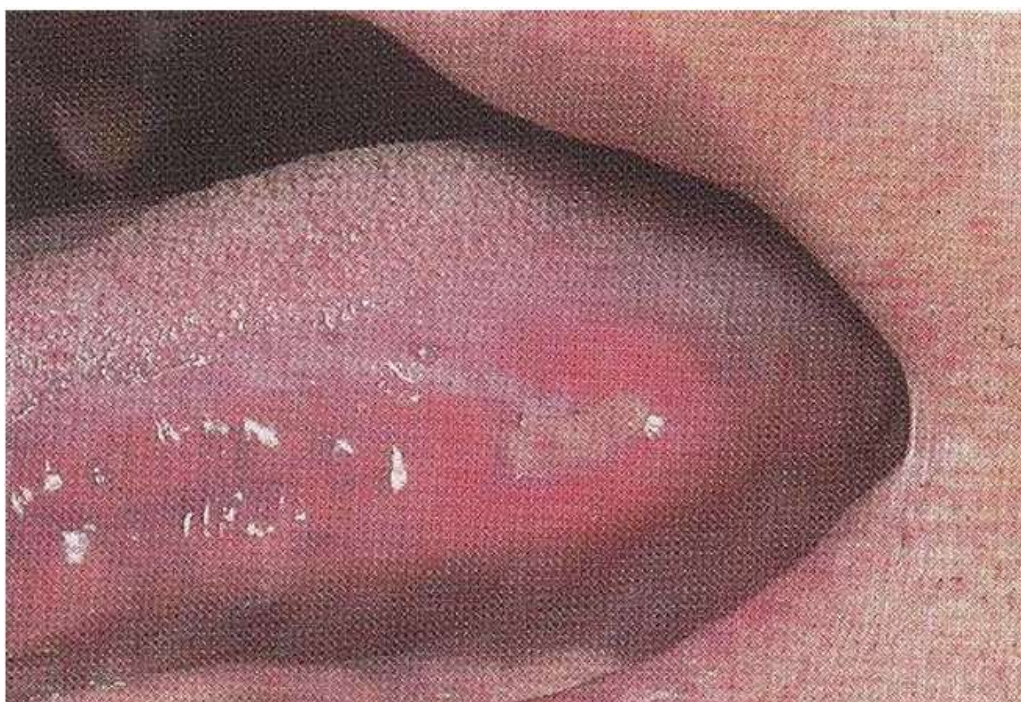
Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va lablarning birlamchi sili (izolyatsiyalangan sil shikastlanishi) deyarli uchramaydi, chunki og'iz shilliq qavati sil mikobakteriyalariga nisbatan kam sezuvchan. Garchi ba'zi tadqiqotlar natijalari hatto shikastlanmagan og'iz shilliq qavati ham Kox tayoqchasi bilan aloqa qilganda yuqishi mumkinligini ko'rsatsa-da.

Birlamchi sil kompleksining rivojlanishi bolalarda qo'zg'atuvchi kirib kelgan joyda mumkin. 8-30 kunlik inkubatsiya davridan so'ng, 10-15 mm kattalikdagi og'riqli yara paydo bo'ladi. Bu yaralarning chetlari notekis, tubi iflos-kulrang bo'lib, limfadenit (limfa tugunlarining yallig'lanishi) bilan birga kechadi. Limfa tugunlari yiringlashi va yorilishi mumkin. 2 hafta 1 oydan so'ng yara o'z-o'zidan, davolanmasdan ham asta-sekin yo'qoladi.

Sil volchankasi (lupus vulgaris) yuz-jag' sohasida ikkilamchi sil shikastlanishlarining eng keng tarqalgan shaklidir. Og'iz shilliq qavatidagi sil shikastlanishining asosiy birlamchi elementi lyupoma – diametri 1-3 mm, yumshoq konsistentsiyali, qizil yoki sarg'ish-qizil rangli o'ziga xos sil do'mboqchasidir (tuberculum) (rasm 6). Ular guruh-guruh bo'lib joylashadi: yangilari chekka qismda hosil bo'ladi, markazda joylashganlari esa tvorogsimon yemirilishga va qo'shni do'mboqchalar bilan birlashishga moyil bo'ladi. Bu jarayonda yumshoq, notekis, yemirilib turuvchi chetli chuqur bo'lmagan yaralar hosil bo'ladi. Ularning tubi yorqin qizil yoki sarg'ish-qizil rangli papilomatoz, malinaga o'xshash o'smalar bilan qoplangan bo'ladi. Bu o'smalar sarg'ish karash bilan qoplangan va oson qonaydi.

Sil volchankasi o'zining uzoq davom etadigan klinik kechishi bilan ajralib turadi va infiltrativ, do'mboqchali, yarali hamda chandiqli bosqichlardan o'tadi. Sil volchankasining shikastlanishlari asosan yuz terisida ("kapalak" shaklida) joylashadi (rasm 7), yuqori labga va uning qizil chegarasiga tarqaladi. Kamroq hollarda esa milklarning shilliq qavati va yuqori jag'ning old tishlari sohasidagi alveolyar o'simtada, yuqori lab, yonoqlar, qattiq va yumshoq tanglayda uchrashi mumkin. Bu joylarda shikastlanish ko'pincha chetlari yemirilib turuvchi, notekis shakldagi yara ko'rinishida bo'ladi, uning tubi qonayotgan granulyatsiyalar bilan to'lgan bo'ladi.

Rasm-6. Sil yarasi.



Rasm-7. «Kapalak» shaklida joylashgan domboqchalar.



Ba'zan jarayon faqat labning qizil chegarasida joylashadi. Bunda lab shishdan kattalashib, qattiqlashadi, unda yoriqlar va yaralar paydo bo'lib, ular qonli-yiringli po'stloqlar bilan qoplanadi.

I. G. Lukomskiy milklarning shilliq qavatidagi joylashuviga ko'ra sil shikastlanishining 4 turini ajratadi:

1. *Marginal*: Bu turda shikastlanish avval milkning chekka qismini infiltratsiya shaklida qamrab oladi, so'ngra do'mboqchali-eroziv shaklga o'tadi. Milkning shilliq qavati yorqin qizil tus oladi, milk cheti va tishlar orasidagi so'rg'ichlar qattiq shishadi, milk chetining konturlari silliqlashadi. Milklar xuddi igna sanchilgandek og'riqli, xira tusda va oson qonaydi.

2. *Supramarginal*: Infiltrativ yoki do'mboqchali-yarali shikastlanish milkning chetiga tarqalmaydi. Yaralar bitgan joyda yangi lyupomalar, so'ngra esa tubi kulrang-sarg'ish karash bilan qoplangan notekis shakldagi yaralar paydo bo'ladi.

3. *Total*: Ba'zan butun milk yuzasi infiltrativ, ko'pincha esa eroziv yoki yarali xarakterdagi jarayonga jalb qilinadi. Bunda alveolyar o'simtaning suyak to'qimasi ham shikastlanib, tishlar qimirlab, tushib ketishi mumkin, shuningdek, "gipertrofik lyupoz gingivit" manzarasi rivojlanishi mumkin. Mintaqaviy limfa tugunlari kattalashgan va qattiqlashgan bo'ladi.

4. *Bilateral*: Shikastlanish yara volchankasi shaklida rivojlanadi, bunda ko'pincha milklar, tanglay, til va lablarning kombinatsiyalangan

shikastlanishi kuzatiladi, bunda sil shikastlanishi uchun xos bo'lgan dinamika: do'mboqchalar - parchalanish - yara - chandiq ketma-ketligi kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va lablarning qizil chegarasidagi volchanka yaralari 1-10% hollarda xavfli o'smaga aylanishi mumkin.

Tashxis. Kasallikning klinik tashxisi sil volchankasiga xos bo'lgan "olma jelesi" (diaskopiya bilan) va zondning botib ketishi (Pospelov) kabi simptomlar mavjudligi bilan osonlashadi. Predmet oynasi bilan teri yoki labning qizil chegarasiga bosilganda, zararlangan to'qima qonsizlanadi va lyupomalar sarg'ish-jigarrang tugunchalar ko'rinishida yaqqol ko'rinadi ("olma jelesi"ni eslatadi) (rasm 8). Do'mboqchaga tugmacha shaklidagi zond bilan bosilganda esa zond lyupomaning ichiga botib kiradi (Pospelov fenomeni).

Rasm-8. "Olma jelesi" sinamasi.



Mintaqaviy limfa tugunlari kattalashgan, xamirsimon konsistensiyaga ega va do'mboqsimon paketlarga yopishgan bo'ladi. Pirketa reaksiyasi odatda ijobiy. Kox tayoqchalari juda kamdan-kam hollarda aniqlanadi.

Patogistologik tekshiruv tipik sil do'mboqchalarini, epiteliotsit hujayralarini, Pirogov-Langxans gigant hujayralarini va chekka qismda limfotsitlarni aniqlaydi. Kazeoz nekroz (tvorogsimon yemirilish) kuchsiz ifodalangan yoki butunlay yo'q. Yallig'lanish infiltrati limfotsitlar va plazmotsitlardan iborat. Kox tayoqchalari oz miqdorda uchraydi.

Differensial diagnostika. Sil volchankasini uchlamchi zaxmning do'mboqchali shikastlanishidan (bunda do'mboqchalar qattiq bo'ladi va sil volchankasidan farqli o'laroq, chandiqlar ustida qayta paydo bo'lmaydi; Pospelov fenomeni manfiy), moxov va qizil volchankadan farqlash lozim. Oxirgi kasallik lyupomalarning yo'qligi, eritema, giperkeratoz va chandiqli atrofiya mavjudligi bilan farqlanadi.

Milliar-yarali sil (tuberculosis milliaris ulcerosa)

Milliar-yarali sil og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining ikkilamchi sil shikastlanishi variantidir. U immunitet pasaygan fonida rivojlanadi.

Og'ir va progressiv kechuvchi jarayonda sil mikobakteriyalari avtoinokulyatsiya (o'z-o'zini emlash) natijasida ochiq infektsiya o'choqlaridan (ko'pincha o'pka kovernalaridan) ko'p miqdorda balg'am bilan ajralib, yonoq shilliq qavatiga (odatda, jarohat joylarida), tishlar yopiladigan chiziq bo'ylab, tilning usti va yon yuzalariga, yumshoq tanglayga kirib boradi.

Bu joylarda tipik sil do'mboqchalari rivojlanadi, ularning keyingi rivojlanishi markazda yemirilishga va chuqur bo'lmagan, avvaliga kichik, chetlari notekis, yemirilib turuvchi va juda og'riqli yaraning hosil bo'lishiga olib keladi. Bu yara suruvchi xarakterga ega. U chekka qismdan kattalashib, ba'zan katta o'lchamlarga yetadi. Yara tubi va chetlari donador xususiyatga ega (do'mboqchalar hisobiga), sarg'ish-kulrang karash bilan qoplangan. Yarani o'rab turgan to'qimalar shishgan bo'ladi. Yara yuzasining chetida mayda abstsesslar, ya'ni Trelya donachalari yoki tanachalari (rasm 9) topish mumkin. Yara uzoq vaqt mavjud bo'lganda ikkilamchi infektsiya qo'shiladi, natijada yaraning chetlari va tubi qattiqlashadi. Til va o'tish burmalarida yaralar chetlari yemirilib turuvchi yoriqlar shaklida bo'ladi.

Kasallik boshida limfa tugunlari paypaslanmasligi mumkin, keyinchalik esa kattalashib, zich-elastik konsistensiyaga ega bo‘ladi va og‘riqli bo‘ladi.

Rasm-9. Trel donachalari (mikroabstsesslar).



Tashxis. Milliar-yarali silni tashxislashda bemorning umumiy holatini baholash (holsizlik, ozib ketish, terining oqarishi, tana haroratining biroz ko‘tarilishi, kuchli terlash va b.) muhim ahamiyatga ega.

Sitologik tekshiruv va farqlash. Yaradan olingan materialning sitologik tahlili yallig‘lanish belgilari va turli mikroblar orasida Pirogov-Langxans gigant hujayralari va epiteliotsit hujayralarini aniqlashga imkon beradi. Garchi kam uchrasa-da, ba‘zan sil mikobakteriyalarini ham ko‘rish mumkin. Bemordagi immunitetning pastligi sababli, teri sinamasi (Pirke) ko‘pincha salbiy natija beradi.

Milliar-yarali silni boshqa kasalliklardan farqlash juda muhim. U jismoniy shikastlanishdan yoki to‘qimalar oziqlanishining buzilishidan kelib chiqqan yaralardan, shuningdek, infeksiya bilan asoratlangan zaxmning ikkilamchi yoki uchlamchi yaralaridan ajratiladi. Shuningdek, Vensan stomatiti va og‘iz bo‘shlig‘i saratonidan farqlash lozim.

Kollikvativ sil (Skrofuloderma)

Kollikvativ sil sil kasalligining kamdan-kam uchraydigan, asosan bolalarda kuzatiladigan shaklidir. Bu kasallikning asosiy xususiyati og‘iz shilliq qavatining chuqur qatlamlarida tugunlarning shakllanishidir. Ular vaqt o‘tishi bilan parchalanib, chetlari yemirilib turuvchi va tubi sust granulyatsiyalar bilan qoplangan, yumshoq va notekis yaralarga aylanadi. Bu yaralar deyarli og‘riqsiz bo‘ladi. Bitish jarayonidan so‘ng, yuzasi notekis, “yirtiq” ko‘rinishidagi chandiqlar qoladi.

Davolash va qiyosiy tashxislash. Kollikvativ silni gummoz yaradan farqlash zarur. Gummoz yarasining chetlari zich va og‘riqsiz bo‘ladi, bitgandan so‘ng esa yulduzsimon chandiq qoldiradi. Aktinomikozdan farqi shundaki, unda tugunlar doskasimon darajada qattiq bo‘ladi va oqma yaralar hosil qiladi, yiringida esa aktinomitsetlar topiladi. Saraton yarasi esa odatda keksa yoshda paydo bo‘lib, zich, og‘riqli va chetlari tashqariga qayrilgan bo‘ladi. Sitologik tahlilda atipik hujayralar aniqlanadi.

Sil shikastlanishlarini davolash stomatolog tomonidan ftiziatr buyurgan umumiy davolash (dorilar bilan) fonida amalga oshiriladi. Mahalliy davolash uchun og‘iz bo‘shlig‘ini tozalash (sanatsiya), shikastlovchi omillarni bartaraf etish va tish hamda milk kasalliklarini davolash shartdir. Bu maqsadlarda antiseptiklar, nekrolitik vositalar va silga qarshi maxsus dorilar (izoniazid, ftivazid, metazid) qo‘llaniladi. Shuningdek, og‘riq qoldiruvchi va to‘qimalarning tiklanishiga yordam beruvchi preparatlar ham buyuriladi.

7. Moxov (Hansen kasalligi)

Moxov (lepra) — bu Hansen kasalligi deb ham ataluvchi, lepra mikobakteriyalari chaqiradigan yuqumli kasallik. U terining, yuqori nafas yo‘llari va og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatlarining, periferik asab tizimi, ko‘zning turli klinik ko‘rinishlarga ega granulomatoz shikastlanishlari bilan xarakterlanadi. Kasallik kech aniqlanganda esa ichki organlar va suyak-mushak tizimi ham zararlanadi.

Moxovga chalingan bemorlar ko‘pincha dermatologga murojaat qilishadi. Biroq, bu kasallikning xavfi shundaki, teridagi shikastlanishlar uzoq vaqt davomida og‘riq keltirmaydi. Shu sababli bemorlar ko‘pincha kasallikning ancha rivojlangan bosqichida shifokorga (nevropatolog, terapevt, ba‘zan jarroh, oftalmolog, otolaringolog, stomatolog) birinchi shikoyatlar bilan kelishadi.

Moxov bilan kasallanganlarga tibbiy yordam ko‘rsatish samaradorligi va unga qarshi kurash muvaffaqiyati barcha soha shifokorlarining kasallikning dastlabki belgilarini bilishi va moxovga qarshi tadbirlarni tashkil etish prinsiplaridan xabardor bo‘lishiga bog‘liq.

Etiologiyasi

Moxovning qo‘zg‘atuvchisi Hansen-Neisser gram-musbat, kislotaga chidamli mikobakteriyasi bo‘lib, u retikuloendotelial tizim (makrofaglar tizimi) hujayralarining obligat (majburiy) hujayra ichi parazitidir. Moxov mikobakteriyalari o‘zining mikrobiologik xususiyatlari, o‘lchamlari va tashqi ko‘rinishi bo‘yicha sil qo‘zg‘atuvchisiga o‘xshashdir.

Klinik shakllari va simptomlari

Moxovning klinik ko‘rinishlari xilma-xil bo‘lib u immunitetning holatiga qarab ikki asosiy qutbiy shaklga bo‘linadi: tuberkuloid (TT) va lepromatoz (LL). Shu bilan birga oraliq (chegaraviy) shakllar ham mavjud.

Tuberkuloid moxov (TT)

Bu shakl kasallikning nisbatan yengil ko‘rinishi hisoblanadi. Bemorning hujayraviiy immuniteti (T-limfotsitlar) faol bo‘lib, bu mikroblarni nazorat qilishga yordam beradi. Natijada:

- Teri shikastlanishi: Terida yaxshi ajralib turadigan, ba‘zan qizarib chiqqan, quruq va aniq chegaralarga ega dog‘lar yoki blyashkalar paydo bo‘ladi.
- Nerv tizimining zararlanishi: Asosiy xususiyati shikastlangan joydagi taktil (teginish), og‘riq va harorat sezuvchanligining yo‘qolishi. Bu

sezuvchanlikning yo‘qolishi jarohatlanishga, hatto chuqur kuyishlarga olib kelishi mumkin.

- Bakterial yuk: Mikroblar organizmda juda kam bo‘ladi va ularni topish qiyin. Teri qirindilarida odatda topilmaydi.
- Asab shikastlanishi: Ba’zi nervlar (masalan, tirsak nervi) qalinlashadi va palpatsiya qilinganda seziladi.

Lepromatoz moxov (LL)

Lepromatoz moxovning teridagi dastlabki toshmalari ko‘pincha ko‘plab eritematoz-pigmentli yoki eritematoz-gipopigmentli dog‘lar shaklida bo‘ladi. Ularning xarakterli belgilari simmetrik joylashuvi, kichik o‘lchamlari va aniq konturlarning yo‘qligi hisoblanadi. Bu dog‘larning sirti silliq va yaltiroq bo‘ladi. Ular ko‘pincha yuzda, bilak, tirsak, boldir va dumba qismlarining bukilmaydigan yuzasida joylashadi. Vaqt o‘tishi bilan dog‘larning dastlabki rangi jigarrang yoki sarg‘ish (mis rangli, zang rangli) tus oladi. Dog‘lar joylashgan joyda sezuvchanlik va terlash buzilmaydi.

Terining infiltratsiyasi yog‘ bezlarining faoliyatini kuchaytiradi, natijada dog‘lar va infiltratlar joylashgan teri “yog‘li”, yaltiroq bo‘lib, kengaygan follikulalar ("apelsin po‘stlog‘i" ko‘rinishi) ga ega bo‘ladi. Yuz terisining diffuz infiltratsiyasida boshning sochli qismi odatda zararlanmaydi, ammo tabiiy ajinlar va burmalar chuqurlashadi; qosh usti yoylari keskin bo‘rtib chiqadi, burun qalinlashadi, yonoq, lablar va iyak bo‘lakli ko‘rinishga ega bo‘ladi ("sher yuzi") (rasm 10). Infiltratlar “immun zonalar” deb ataladigan joylarda, ya’ni tirsak va tizza ichki yuzalarida, ko‘z qovoqlarining ichki qismida va qo‘ltiq ostida rivojlanmaydi.

Infiltratlar joylashgan sohada, kasallikning erta bosqichlarida ham yakka yoki ko‘plab do‘mboqchalar va tugunlar (lepromalar) paydo bo‘ladi, ularning o‘lchami 1-3 mm dan 2-3 sm gacha bo‘ladi. Lepromalar ko‘pincha yuzda (qosh usti yoylari, peshona, burun qanotlari, iyak, yonoqlar), quloq supralarida, shuningdek, qo‘llar, bilaklar, boldirlar terisida, kamroq hollarda esa son, dumba va orqa qismida joylashadi. Lepromalar atrofdagi teridan aniq ajralib turadi va og‘riqsizdir.

Infiltratning joylashish chuqurligiga qarab, lepromalar dermal (teri) yoki gipodermal (teri osti) bo'lishi mumkin. Ko'pincha (maxsus terapiya bo'lmasa) lepromalar yaralanadi. Yaralar bir-biriga qo'shilib, katta yarali sirtlarni hosil qilishi mumkin.

Rasm -10. Lepromatoz moxovning yuz terisid ko'rinishi.



Infiltratlar joylashgan sohada, kasallikning erta bosqichlarida ham yakka yoki ko'plab do'mboqchalar va tugunlar (lepromalar) paydo bo'ladi, ularning o'lchami 1-3 mm dan 2-3 sm gacha bo'ladi. Lepromalar ko'pincha yuzda (qosh usti yoylari, peshona, burun qanotlari, iyak, yonoqlar), quloq supralarida, shuningdek, qo'llar, bilaklar, boldirlar terisida, kamroq hollarda esa son, dumba va orqa qismda joylashadi. Lepromalar atrofdagi teridan aniq ajralib turadi va og'riqsizdir. Infiltratning joylashish chuqurligiga qarab, lepromalar dermal (teri) yoki gipodermal (teri osti) bo'lishi mumkin. Ko'pincha (maxsus terapiya bo'lmasa) lepromalar yaralanadi. Yaralar bir-biriga qo'shilib, katta yarali sirtlarni hosil qilishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining zararlanishi. Lepromatoz moxov tipida har doim burun shilliq qavati, rivojlangan hollarda esa og'iz bo'shlig'i shilliq qavati (milklarga, tanglayga, tilning ustiga, lablarning qizil chegarasiga, hiqildoqqa) zararlanadi. Xuddi teridagi kabi, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi belgilar ham

xilma-xil va rivojlanish bosqichlari bilan xarakterlanadi: infiltratsiya – do‘mboqcha – yara – chandiq.

Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatidagi lepromatoz infiltrat kulrang-oq, ba‘zan to‘q ko‘k rangli bo‘lib, atrofdagi shilliq qavat ustidan biroz ko‘tarilib turadi. Keyinchalik, infiltrat fonida tizimsiz ravishda yakka yoki ko‘plab xira-pushti yoki kulrang-pushti rangli do‘mboqchalar paydo bo‘lib, ular chetga qarab o‘shishga va bir-biriga qo‘shilishga moyil bo‘ladi. Avvaliga ular zich, ammo vaqt o‘tishi bilan yumshaydi. Oradan bir muncha vaqt o‘tgach, do‘mboqchalarda tubi do‘mboqli va chetlari notekis, biroz ko‘tarilgan kichik yaralar paydo bo‘ladi, ya‘ni yara tubi nekrotik massalar bilan qoplanib, keyin granulyatsion to‘qimaga o‘tadi. Yaralar bitganda, o‘rnida dumaloq yoki nurlangan, silliq, yaltiroq, oq rangli chandiqlar qoladi, ular yumshoq tanglay va tilning deformatsiyasiga olib kelishi mumkin. Shu bilan birga, yangi infiltratlar, do‘mboqchalar va yaralar paydo bo‘ladi. Ba‘zan do‘mboqchalar yara bosqichini chetlab o‘tib, to‘g‘ridan-to‘g‘ri chandiqlanishi mumkin.

Lab va milklar zararlanishining xususiyatlari lab shilliq qavatida dastlab diffuz qizarish, ko‘kimtir dog‘lar va epiteliyning qalinlashuvi kuzatiladi. Lablarning qizil chegarasida kuchli ifodalangan lepromatoz tugunchalar, ularning ichki yuzasida esa kamroq uchrab, shilliq osti qatlamida joylashadi. Tugunchalar uzoq vaqt o‘zgarmay turadi, ammo vaqt o‘tishi bilan ular og‘riqsiz, yuzaki yaralarga aylanishi mumkin. Bu yaralardan ajralgan suyuqlik qurib, och sarg‘ish po‘stloqlarni hosil qiladi. Yaralarning chandiqlanishi lablarning deformatsiyasiga olib keladi.

Milklarda lepromatoz zararlanish infiltratsiya bilan boshlanadi. Shishgan milklar bo‘shashgan, qizil, ba‘zan ko‘kimtir tusda bo‘ladi, qonaydi va og‘riqsizdir. Shilliq qavat yuzasida eroziyalar hosil bo‘ladi, ular chandiqlanib, milk chetining tortilishiga olib keladi. Natijada milklar qisqaradi va tish ildizlari ochilib qoladi.

Periferik nerv tizimi va tirnoqlarning o‘zgarishlari

Barcha lepra shakllarida periferik nerv tizimi va tirnoqlarning o‘zgarishi odatiy hol hisoblanadi. Tirnoqlar xira, kulrang, qalinlashgan, bo‘ylama chuqurliklar bilan qoplangan, mo‘rt, sinuvchan va oson qatlamlarga ajraluvchan bo‘lib qoladi.

Lepromatoz nevrirlarning o'ziga xos xususiyati ularning ko'tariluvchi xarakteri va sezuvchanlikning "orolcha" (rimuskulyar) tipdagi buzilishi hisoblanadi. Bu, avvalo, toshmalar o'chog'idagi nerv oxirlarining, teri shoxobchalarining va alohida nerv magistrallarining zararlanishi bilan bog'liq. Odatda, nerv magistrallari avval ma'lum joylarda zararlanadi, ular mikobakteriyalar uchun eng zaif deb hisoblanadigan joylar (predilektsiya zonalari) dir. Ko'pincha moxovda nogironlik aynan periferik nerv tizimining zararlanishi (shu jumladan, trofik yaralar ham) tufayli yuzaga keladi.

Tashxis qo'yish usullari

Moxovni to'g'ri tashxislash uchun kasallikning klinik ko'rinishlarini bilish va baholash, shuningdek, funksional va laboratoriya tekshiruvlari ma'lumotlari muhimdir. Anamnez (endemik hududda yashash, moxov bilan kasallanganlar bilan aloqada bo'lish) katta ahamiyatga ega. Mavjud toshmalar va dog'larning yoshi, bemorlarning qo'l va oyoqlarda paresteziya (hissizlanish), oyoq-qo'llarda nevrologik va artraljik og'riqlar, terining ayrim joylarida sezuvchanlikning buzilishi, noma'lum sababli kuyishlar va teri chandiqlari, burun nafasining yomonlashuvi, tez-tez burundan qon ketishi kabi shikoyatlari hisobga olinishi kerak.

Moxovda terining zararlanish xususiyatlari

Moxovda terining zararlanishi uning joylashuviga qarab o'ziga xos xususiyatlarga ega. Lablar shilliq qavatida dastlab diffuz qizarish, sianotik dog'lar va epiteliyning qalinlashishi kuzatiladi. Lablarning qizil chegarasida kuchli ifodalangan lepromatoz tugunchalar, ularning ichki yuzasida esa kamroq uchraydi va shilliq osti asosida joylashadi. Tugunchalar uzoq vaqt o'zgarmay qoladi, ammo vaqt o'tishi bilan ular og'riqsiz, yuzaki yaralarga aylanishi mumkin. Yaralardan ajralmalar qurib, och sarg'ish korokalar hosil qiladi. Yaralarning chandiqlanishi lablarning deformatsiyasiga olib keladi.

Milklar lepromatoz zararlanishi infiltratsiya bilan boshlanadi. Shishgan milklar bo'shashgan, qizil, ba'zan sianotik (ko'kimtir) tusda, qonaydi va og'riqsiz bo'ladi. Shilliq qavat yuzasida eroziyalar paydo bo'ladi, ular chandiqlanib, milk chetining

tortishishiga olib keladi. Bu esa milkar retrosiyaga uchrab, tish ildizlarining ochilib qolishiga sabab bo‘ladi.

Periferik nerv tizimi va tirnoqlardagi o‘zgarishlar

Moxovning barcha shakllarida periferik nerv tizimi va tirnoqlarning o‘zgarishi odatiy hol hisoblanadi. Tirnoqlar xiralashgan, kulrang, qalinlashgan, bo‘ylama chuqurchalar bilan qoplangan, mo‘rt, qattiq bo‘lmagan va oson qatlamlanadigan bo‘lib qoladi.

Leproznei nevrirlarning o‘ziga xos xususiyati ularning ko‘tariluvchi xarakteri va sezuvchanlikning "orolcha" (rimuskulyar) tipdagi buzilishidir. Bu, asosan, nerv oxirlarining toshmalar o‘choqlarida, teri shoxobchalarining va alohida nerv magistrallari zararlanishi bilan bog‘liq. Odatda nerv magistrallari avvaliga ma’lum joylarda zararlanadi, ular moxov mikobakteriyalari uchun eng zaif bo‘lgan joylar (predilektsiya sohalari) hisoblanadi. Ko‘pincha moxovdagi nogironlik aynan periferik nerv tizimining zararlanishi (shu jumladan, trofik yaralar ham) bilan bog‘liq bo‘ladi.

Tashxislash

Moxovni to‘g‘ri tashxislash uchun kasallikning klinik ko‘rinishlarini bilish va baholash, shuningdek, funksional va laboratoriya tekshiruvlari natijalari hal qiluvchi ahamiyatga ega. Anamnez (endemik hududda yashash, moxov bilan kasallanganlar bilan aloqada bo‘lish) muhim rol o‘ynaydi. Qonda mavjud toshmalarning davomiyligi, bemorning qo‘l va oyoqlarda paresteziya (hissizlanish), nevrologik va artralgiya (bo‘g‘im og‘riqlari) belgilari, tananing ma’lum qismlarida sezuvchanlikning buzilishi, kelib chiqishi noma’lum bo‘lgan kuyishlar va chandiqlar, burun nafasining buzilishi, tez-tez burundan qon ketishi kabi shikoyatlarni hisobga olish kerak.

Funksional sinamalar (nikotin kislotasi, xantal plastiri, terlashga, gistamin va boshqa sinamalar) yordamida TT tipdagi lepra uchun xarakterli bo‘lgan periferik nerv tizimining nisbatan erta zararlanishini aniqlash mumkin.

Bakterioskopik tekshiruv. Surmalar nafaqat zararlangan joylardan, balki qosh usti yoylari, quloq supralari, iyakdan olingan teri qirindilaridan, burun shilliq qavatidan, og‘iz bo‘shlig‘i yaralarining tubi va chetlaridan tayyorlanadi. Tsilyu-Nilsen usuli bilan bo‘yaladi. Moxov mikobakteriyalari epiteliysning chuqur va yuzaki qatlamlarida, epiteliya hujayralarining sitoplazmasida joylashgan bo‘ladi.

Bemor organizmining moxov qo‘zg‘atuvchisiga nisbatan immun reaktivligining asosiy ko‘rsatkichi — teri ichiga kiritiladigan lepromin sinamasi (Mitsuda reaksiyasi).

Qiyosiy tasxislash

Uni og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining nospetsifik yaralaridan va sil, zaxm, o‘smalar kabi kasalliklardagi zararlanishlardan farqlash kerak.

Moxov bilan kasallanganlar uchun davolash, odatda, maxsus moxovga qarshi muassasada statsionar sharoitda boshlanadi. Birinchi marta aniqlangan barcha bemorlar, yashash joyidan qat‘iy nazar, chuqurlashtirilgan tekshiruv, jumladan, immun statusni batafsil aniqlash va individual davolash uchun statsionar davolashga yotqizilishi lozim.

Bugungi kunda moxovni davolashning asosiy vositalari sulfon qatori preparatlari (diaminodifenilsulfon, dapson, avlosulfon, sulfatron, sulusulfon, diutsifon va boshqalar) hisoblanadi. Ular bilan birga rifampitsin, lampren, protionamid va etionamid kabi dorilar qo‘llaniladi.

Davolash

Bemorlarni kompleks davolash bir vaqtning o‘zida 2-3 ta moxovga qarshi preparatni rag‘batlantiruvchi, vitaminli va umumiy quvvatlovchi vositalar bilan birga qo‘llashni nazarda tutadi. Hujayraviy immunitet reaksiyalarini kuchaytirish maqsadida sulfonlar bilan birga turli immunoterapiya preparatlari, leykotsitar "uzatish omili", allogen leykotsitlar suspenziyasi, timogen va boshqalar qo‘llaniladi.

Kasallikning shakli va bosqichiga qarab, zamonaviy sharoitlarda bemorlarni davolash 3 yildan 10 yilgacha davom etadi. Lepromatoz moxov tipida

qaytalanishning oldini olish uchun davolash ko'p hollarda umr bo'yi davom ettiriladi.

JSST (Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti) tavsiyasiga ko'ra, so'nggi paytlarda og'iz orqali ofloksatsin va rifampitsin kabi ikkita kuchli vosita buyurilmoqda. Davolash kursi 4 hafta.

Profilaktika

Moxov profilaktikasi individual va ijtimoiy chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi. Eng muhim ahamiyatga ega bo'lgani umumiy sog'lomlashtirish tadbirlarini o'tkazishdir: aholining turmush sifatini oshirish, yashash sharoitlarini yaxshilash, sog'lom turmush tarziga rioya qilish.

Bemorning oila a'zolari va tibbiyot xodimlari uchun hech qanday maxsus xatti-harakat qoidalari mavjud emas. Statsionardan chiqarilgan bemorlar, agar ularda birga keluvchi kasalliklar bo'lsa, umumiy va ixtisoslashtirilgan tibbiyot muassasalariga hech qanday cheklovlarsiz yotqizilishi mumkin.

Moxovning oldini olishda, bemorlarni kasallikning eng erta bosqichlarida aniqlash maqsadida, bemorlarning oila a'zolarini va moxov endemik bo'lgan hududlarning barcha aholisini muntazam ravishda tekshiruvdan o'tkazish o'ta muhim chora hisoblanadi.

8. Zaxm (Sifilis)

Zaxm (syphilis, lues) — bu rangsiz spiroxeta deb ataluvchi qo'zg'atuvchi sabab bo'ladigan surunkali yuqumli kasallik. U teri, shilliq qavatlar, ichki organlar va asab tizimini shikastlaydi. Kasallikning orttirilgan va tug'ma turlari farqlanadi. Orttirilgan zaxm infeksiyon kasallik sifatida inkubatsion, birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi davrlarga ega bo'lsa, tug'ma zaxm erta va kechki davrlarga bo'linadi.

Orttirilgan zaxm bilan zararlanish, asosiy – jinsiy yo'ldan tashqari, umumiy foydalanishdagi ifloslangan buyumlar, shu jumladan stomatologik asbob-uskunalar orqali ham sodir bo'lishi mumkin, agar qo'zg'atuvchi shikastlangan teri yoki shilliq qavatga tushsa. Garchi ba'zi mualliflar rangsiz spiroxetaning shikastlanmagan og'iz

bo'shlig'i shilliq qavatiga ham o'tishga qodirligini ta'kidlasalar-da. Tug'ma zaxmda esa qo'zg'atuvchi homilaga kasal onadan yo'ldosh orqali o'tadi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va lablarning qizil chegarasi kasallikning barcha bosqichlarida shikastlanadi, o'rtacha 3-4 hafta davom etadigan va hech qanday klinik belgilarga ega bo'lmagan inkubatsion davrda bundan mustasno.

8.1 Zaxmning birlamchi davri

Zaxmning birlamchi davri rangsiz spiroxeta kirib borgan joyda qattiq shankr (ulcus durum) yoki birlamchi sifiloma paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Ko'pincha birlamchi sifiloma lablarda, milklarda, tilda va bodomchalarda joylashadi.

Qattiq shankrning rivojlanishi cheklangan qizarish paydo bo'lishi bilan boshlanadi, uning markazida 2-3 kun ichida infiltrat hisobiga qattiqlashish yuzaga keladi. Infiltratning markaziy qismida nekroz rivojlanadi va yorqin qizil rangli eroziya, kamroq hollarda esa yara hosil bo'ladi. Eroziya yumaloq yoki oval shaklda, o'lchami 3 mm dan (mitti shankrlar) 1,5 sm gacha bo'ladi, chetlari biroz ko'tarilgan va tekisdir. U og'riqsiz bo'lib, paypaslanganda tog'aysimon infiltrat seziladi. Dastlab tubi go'sht rangli-qizil, zich, yaltiroq, sklerozlashgan, keyinchalik esa "yog'li" (rasm 11) karash bilan qoplangan kulrang-oq rangga kiradi. Ko'pincha bitta qattiq shankr, kamroq hollarda esa ikkita yoki undan ko'p shankr rivojlanadi. Agar ikkilamchi infeksiya qo'shilsa, eroziya chuqurlashib, tubi iflos-kulrang nekrotik karashli yaraga aylanadi (rasm 12).

Rasm-11. Birlamchi zaxmning qattiq shankri tilning yon yuzasida.



Rasm-12. Birlamchi sifiloma pastki labning qizil chegarasida joylashgan.



Birlamchi sifiloma paydo bo'lganidan 5-7 kun o'tgach, shikastlangan tomondagi mintaqaviy limfa tuguni kattalashadi (bubon yoki mintaqaviy skleradenit). Ko'pchilik bemorlarda qattiq shankr butun birlamchi va ikkilamchi davrning boshida saqlanib qoladi. Birlamchi davrning oxirgi haftasida barcha yoki aksariyat limfa tugunlarining poliadenti — no'xat o'lchamigacha kattalashishi rivojlanadi. Tugunlar zich-elastik konsistensiyaga ega, og'riqsiz, harakatchan

bo‘ladi va ularning ustidagi teri o‘zgarmaydi. Poliadenti 2-3 oy davomida saqlanib turadi.

Birlamchi zaxmning subyektiv belgilari va o‘ziga xos xususiyatlari.

Birlamchi zaxmning subyektiv belgilari zaif ifodalangan. Ba‘zan bemorlar shikastlangan joyda, ayniqsa, lab yoki tilda joylashganda, taranglik hissi borligidan, gaplashish va ovqatlanishda noqulaylikdan shikoyat qilishadi.

Birlamchi sifiloma joylashuviga qarab ba‘zi o‘ziga xos xususiyatlarga ega bo‘ladi. Masalan, lablarda shankr odatda yakka (kamdan-kam hollarda simmetrik joylarda uchraydi), to‘g‘ri yumaloq shaklga ega bo‘ladi. Doimiy ta’sirlanish tufayli yara qonli po‘stloq bilan qoplanadi, ko‘pincha sezilarli shish kuzatiladi, natijada lab osilib qoladi. Lablardagi shankr boshqa joylashuvlarga qaraganda uzoqroq saqlanib qoladi. Labdagi birlamchi sifiloma bitgandan so‘ng, uzoq vaqt saqlanib qoladigan qattiq chandiq hosil bo‘ladi.

Birlamchi sifilomaning atipik shakllari qattiq shankr og‘iz burchaklarida, milklarda, o‘tish burmasida yoki tilda joylashganda uchraydi va bu yerda yoriq ko‘rinishini oladi. Og‘iz burchagida u klinik jihatdan "zayedaga" (og‘iz burchagi yorig‘iga) o‘xshab ketadi, ammo oddiy zayedadan farqli o‘laroq, tagida qattiqlashish (infiltrat) mavjudligi va og‘riqsizligi bilan ajralib turadi.

Tildagi birlamchi sifiloma yuzasi giperemiyalangan va yaralangan, qalin, sezilarli darajada bo‘rtib turadigan infiltratsiya ko‘rinishiga ega (tepasiga o‘girilgan likopchani eslatadi). Ba‘zan tilda shankr eroziya yoki yarasiz, faqatgina cheklangan qattiqlashish (infiltrat) sifatida paydo bo‘ladi.

Shankr tilning burmalarida joylashganda yoriq shaklida bo‘ladi. Milklarda esa qattiq shankr bir yoki ikkita tishni yarim oy shaklida o‘rab turadigan yorqin qizil rangli eroziya ko‘rinishiga ega bo‘ladi.

Bodomchalar zararlanganda shankr uchta shakldan birida bo‘lishi mumkin: yarali, anginasimon (amigdalit) va aralash (rasm 13). Zararlanish bir tomondagi bodomchada kuzatiladi. Yarali shaklda bodomcha kattalashgan va qattiqlashgan

bo'ladi. Uning fonida go'sht rangli-qizil, tekis chetli oval yara kuzatiladi. Yara atrofidagi shilliq qavat giperemiyalangan. Anginasimon shankrda eroziya yoki yara bo'lmaydi, bodomchaning bir tomonlama kattalashishi kuzatiladi, u mis-qizil rangda, og'riqsiz va zich bo'ladi, bu esa uni oddiy anginadan farqlaydi. Umumiy belgilar yo'q, tana harorati me'yorda bo'ladi.

Rasm-13. Shankr-amigdalit.



Birlamchi zaxmning diagnostikasi ko'pincha qiyin bo'ladi, chunki serologik reaksiyalar qattiq shankr paydo bo'lganidan keyin faqat 3 hafta o'tib ijobiy bo'ladi. Muhim dalil birlamchi sifilomadan olingan ajratmada yoki mintaqaviy limfa tuguni (bubon) punktatida rangsiz treponemani topish va rangsiz treponemalarni immobilizatsiya qilish reaksiyasining natijalaridir.

Differensial diagnostika. Labdagi qattiq shankrni oddiy herpesdan farqlash kerak. Oddiy herpesda qattiq shankrdan farqli o'laroq, toshmalar paydo bo'lishidan oldin kuydirish va qichishish seziladi; keyin pufakchalar paydo bo'ladi, ular yorilib, eroziyalar hosil qiladi. Eroziyalar giperemiyali (qizargan) taglikda joylashadi, mayda-politsiklik shaklga ega, tezda po'stloq bilan qoplanadi, u kasallikning 5-8-kunida tushib ketadi. Bunda mintaqaviy limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli bo'ladi.

Qattiq shankrning yarali shakli klinik ko'rinishi bo'yicha oddiy yaraga juda o'xshaydi. Diagnostikani yengillashtiradigan omillar jag' osti sohasida bubon

mavjudligi, shankr atrofida yallig'lanish belgilarining yo'qligi, uning og'riqsizligi va yaradan olingan ajratmada rangsiz treponemani topishdir.

Lab va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi yarali shankr parchalangan saraton o'smasini eslatishi mumkin. Biroq, shankrdan farqli o'laroq, saraton o'smasi chuqurroq joylashadi, uning chetlari juda qattiq, notekis, ko'pincha kemirilgandek ko'rinishda, qayrilgan bo'ladi, tubi notekis va oson qonaydi.

Travmatik eroziyalar va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi yaralar, pufakchalar va aftozlar bilan bog'liq eroziyalar qattiq shankrdan og'riqli ekanligi va tagida xarakterli tog'aysimon qattiqlashishning yo'qligi bilan farqlanadi. Keratozlar (qizil yassi temiratki, leykoplakiya, qizil volchanka) bilan bog'liq eroziyalar esa bu kasalliklarga xos bo'lgan ko'pburchakli papulalar yoki blyashkalar kabi shikastlanish elementlari mavjudligi bilan farqlanadi. Birlamchi sifilomani shankrsimon piodermiyadan farqlash juda murakkab, chunki ularning klinik belgilari deyarli bir xil bo'ladi. Ammo shankrsimon piodermiya juda kam uchraydi. Bu jarayon yiringli pufakcha (pustula) paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Yaradan olingan materialning mikroskopik tahlili streptokokk-stafilokokk assotsiatsiyalarini aniqlaydi. Serologik reaksiyalar (yaraning paydo bo'lish muddatini hisobga olgan holda) va yara bitganidan keyin 6 oy davomida o'tkazilgan serologik nazorat salbiy natija beradi. Ko'p vitaminli terapiya fonida antiseptiklar, antibiotiklar va keratoplastik vositalar qo'llanilishi ijobiy samaralar beradi.

8.2 Zaxmning ikkilamchi davri

Zaxmning ikkilamchi davri og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida rozeolalar, papulalar va pustulalar (yaralar) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ikkilamchi sifilidlar bir qancha umumiy belgilarga ega:

- Toshmalar asosan to'qimalarga shikast yetkazmaydi.
- Ular deyarli hech qachon subyektiv hislar bilan birga kechmaydi.
- Ikkilamchi sifilidlar paydo bo'lganda serologik reaksiyalar (RW, RI BT) deyarli 100% hollarda ijobiy bo'ladi.

- Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining zararlanishi bilan birga (ayniqsa, yangi ikkilamchi zaxmda) terida rozeoloz, papulyoz va pustulyoz toshmalar kuzatiladi.

- Ikkilamchi sifilidlar poliadenti (limfa tugunlarining yallig‘lanishi) bilan birga kechadi.

Rozeoloz (dog‘li) toshmalar og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida asosan tanglay, yumshoq tanglay va bodomchalarda simmetrik joylashadi, u yerda ular alohida sohalarga qo‘shilib ketishga moyil bo‘ladi (eritematoz angina). Ular turg‘un qizil, ba‘zan mis rangli tusga ega va aniq chegaralari bor. Shilliq qavat biroz shishgan bo‘ladi. Ba‘zan bemorlar yutish vaqtida noxush hislar va hatto og‘riqdan shikoyat qiladilar.

Ikkilamchi, ayniqsa, qaytalanuvchi zaxmning og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatidagi eng tez-tez uchraydigan ko‘rinishi papulyoz toshmalardir. Ular asosan bodomchalarda, tanglay arkalarida, yumshoq tanglayda joylashadi va u yerda qo‘shilib, butun shikastlanish o‘choqlarini hosil qiladi (papulyoz angina), shuningdek, tilda, yonoq shilliq qavatida (ayniqsa, tishlarning yopilish chizig‘i bo‘ylab) va milklarda ham paydo bo‘ladi.

Avvaliga papula - asosida kichik infiltratga ega bo‘lgan, diametri 1 mm gacha bo‘lgan qorong‘i-qizil rangli aniq chegaralangan shikastlanish o‘chog‘idir. Vaqt o‘tishi bilan bu shikastlanish zich, dumaloq, o‘lchami 3-10 mm ga yetadigan, og‘riqsiz bo‘lib qoladi. U normal shilliq qavatdan giperemik infiltratsiyalangan hoshiya bilan ajralib turadi va shilliq qavat yuzasidan biroz yoki sezilarli darajada bo‘rtib chiqadi. Ba‘zan papula shilliq qavat yuzasidan bo‘rtib chiqmaydi. Papulalar yuzasida epiteliyning yumshashi tufayli ular oqish tus oladi va ularning atrofida yallig‘lanish hoshiyasi saqlanib qoladi, bu aftalarni eslatadi. Bunday papulalarning yuzasini shpatel bilan qirilganda yumshagan epiteliy osonlikcha qirilib, go‘sht rangli-qizil eroziya hosil bo‘ladi. Bu eroziyalardan olingan ajratmani tekshirganda rangsiz treponema aniqlanadi (rasm 14).

Rasm-14. Ikkilamchi zaxm.



Sanatsiyalanmagan og‘iz bo‘shlig‘ida yoki og‘iz bo‘shlig‘ining qoniqarsiz holatida ikkilamchi infeksiya qo‘shilishi natijasida papulalar yaralanishi mumkin. Sezilarli og‘riq paydo bo‘ladi va papulalar atrofidagi giperemiya zonasi kengayadi. Jarayonga fuzospiraxta infeksiyasi qo‘shilishi bilan klinik manzara yarali-nekrotik stomatit yoki Vensan anginasining belgilarini oladi.

Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida, qoida tariqasida, turli rivojlanish bosqichlarida (soxta polimorfizm) bo‘lgan papulalar paydo bo‘ladi. Avvaliga papulalar fokusli joylashadi, ammo doimiy ta’sirlanish tufayli periferik o‘shishga va qo‘shilib, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati ustida bo‘rtib turadigan blyashkalarni hosil qilishga moyil bo‘ladi. Ikkilamchi zaxm blyashkalari jinsiy bo‘lmagan yo‘l bilan infeksiyani yuqtirishning eng xavfli manbai hisoblanadi. Papulalar eroziyalanganda, ayniqsa, og‘iz burchaklarida (sifilitik zayeda) joylashganda og‘riq paydo bo‘lishi mumkin. Og‘iz burchaklarida, o‘tish burmalarida, yonoqlarda tishlarning yopilish chizig‘i bo‘ylab, tilning yon yuzasida papulalarning uzoq vaqt travmatizatsiyasi natijasida ular gipertrofiyalanishi mumkin.

Til papulalari va ularning differensial diagnostikasi. Tildagi papulalar katta, halqasimon disklar shaklini oladi. Ularning yuzasidagi ip-simon so‘rg‘ichlar yo gipertrofiyalanadi, yo atrofiyaga uchraydi. So‘rg‘ichlar atrofiyaga uchraganda,

shilliq qavat yuzasidan pastroq joylashgan, silliq, yaltiroq, xuddi sayqallangandek oval yuzalar hosil bo'ladi ("yaltiroq" papulalar yoki "kesilgan o'tloq" belgisi).

Papulyoz sifilidlar ko'pincha hiqildoqqa ham tarqaladi, bu esa ovozning bo'g'ig'ligiga (sifilitik disfoniya) olib keladi. Bunda subyektiv hislar kuzatilmaydi.

Kasallikning xavfli kechishi zaiflashgan bemorlarda yumshoq tanglay, bodomchalarda (kamdan-kam hollarda og'iz bo'shlig'ining boshqa qismlarida) yarali sifilidlarning paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Ular avvaliga shishgan infiltratlar shaklida bo'ladi, tez orada ular parchalanib, yiring va nekrotik to'qimalar bilan qoplangan chuqur og'riqli yaralarga aylanadi. Yaralar yumshoq tanglayning katta qismini yo'q qilishga olib kelishi mumkin. Yaralarning paydo bo'lishi yutishning qiyinlashishi va isitma bilan birga kechadi.

Ikkilamchi zaxmning differensial diagnostikasi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi rozeoloz toshmalarni dori-darmon ta'siridan yuzaga keladigan dog'lardan farqlash lozim. Turli o'lchamdagi qizil dog'lar dorilarni qabul qilish natijasida paydo bo'lishi mumkin (masalan, "fiksatsiyalangan sulfonamid eritemasi") va eritematoz sifilidlarni eslatadi. Sifilitik eritematoz anginani oddiy kataral anginadan farqlash zarur, chunki oxirgisida tana harorati ko'tarilishi, og'riq, ikkala bodomchaning shishishi va yorqin-qizil eritema rangi xarakterlidir.

Kataral stomatit eritemaning rangi, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida kuyish hissi va salbiy serologik reaksiyalar bilan farqlanadi. Allergik kataral stomatit uchun esa qonda eozinofiliya, ijobiy allergik sinamalar va boshqalar xosdir.

Sifilitik papulalarni keratozlar ko'rinishlaridan farqlash kerak. Agar sifilitik papula yuzasidagi oqish karash osongina qirilsa, leykoplakiya, qizil yassi temiratki, qizil volchanka kabi kasalliklarda uni olib tashlab bo'lmaydi. Bundan tashqari, keratozlarda infiltratsiya va yallig'lanish hoshiyasi bo'lmaydi, ular yumshoq tanglay va bodomchalarda joylashishi xarakterli emas.

Sifilitik papulalar og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kandidozidan farqlanadi, chunki shikastlangan joylardan kulrang-oq karash olib tashlangandan so'ng, mis-qizil, eroziyalangan va og'riqsiz sirt ochiladi.

Eroziyalangan sifilitik papulalarni ko'p shaklli ekssudativ eritema, pufakcha, oddiy herpes, gerpetik va surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitlardagi eroziyalardan farqlash lozim. Bu kasalliklarda eroziyaning tagida zich infiltratsiya bo'lmaydi, toshmalar og'riq bilan birga kechadi va yorqin-qizil rangga ega bo'ladi.

Yarali sifilidlarni yarali-nekrotik stomatit va Vensan anginasidan farqlash kerak.

"Yaltiroq" papulalar ("kesilgan o'tloq blyashkalari") deskvamativ glossit (geografik til) ko'rinishlarini eslatishi mumkin. Oxirgisi sifilitik shikastlanishdan deskvamatsiya joylarining yorqin-qizil rangi, ularning chetidagi oq hoshiya, festonli konturlar, tagida qattiqlashishning yo'qligi, naqshning tez-tez migratsiyasi va surunkali kechishi (yillar, hatto o'n yillar) bilan farqlanadi.

Ikkilamchi zaxm tashxisi klinik simptomatika va laboratoriya tadqiqotlari (shikastlanish elementlarida rangsiz treponema aniqlanishi, Vasser-man reaksiyasi, cho'kma reaksiyalari va RIFTning ijobiy natijalari) asosida qo'yiladi.

8.3 Zaxmning uchlamchi davri

Zaxmning uchlamchi davri kasallik boshlanganidan 4-6 yil o'tib boshlanadi va o'nlab yillar davom etishi mumkin. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shikastlanishi parchalanishga moyil bo'lgan yallig'lanishli infiltratlarning (gumma va do'mboqchalar) rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Uchlamchi zaxm toshmatalari kam yuqumli hisoblanadi, chunki ularda deyarli rangsiz treponemalar bo'lmaydi.

Gummoz sifilis og'iz bo'shlig'ining istalgan qismida joylashishi mumkin, lekin ko'pincha yumshoq va qattiq tanglayda, tilda uchraydi. Ko'pincha gumalar yakka holda bo'ladi. Avvaliga shilliq qavat qalinligida og'riqsiz qattiqlashish (tugun) paydo bo'ladi, u asta-sekin kattalashib, ba'zan yong'oqdek hajmga yetadi; keyin uning markazi nekrozga uchraydi. Gummoz yadrosi ajralib chiqqandan so'ng, chuqur yara hosil bo'ladi. U kraterga o'xshash shaklga ega, chetlari zich, og'riqsiz, tubi granulyatsiyalar bilan qoplangan. Yara sekinlik bilan, yulduzsimon, ichiga tortilgan chandiq hosil qilib bitadi. Tanglayda joylashganda, gumma o'rnida ko'pincha perforatsiya (teshik) paydo bo'ladi(rasm 15).

Rasm-15. Zaxmning uchlamchi davri.



Tilning gummoz shikastlanishi alohida gumalar (tugunli glossit) yoki kamroq hollarda diffuz gummoz skleroz (diffuz sklerozlovchi glossit) shaklida kechishi mumkin. Bu shaklda tilning butun qalinligida doimiy diffuz chuqur infiltratsiya yuzaga keladi, bunda ip-simon soʻrgʻichlar atrofiyaga uchraydi. Til qizil, yaltiroq, silliq boʻlib qoladi. Keyin infiltrat fibroz toʻqima bilan almashinadi va skleroz rivojlanadi. Til oʻlchami kichrayadi, qattiq va kam harakatchan boʻlib qoladi. Uning yuzasida koʻpincha ogʻriqli yoriqlar va trofik yaralar paydo boʻladi, ular baʼzan xavfli oʻsmaga aylanishi mumkin.

Doʻmboqchali zaxm (Tuberkulyar sifilis)

Doʻmboqchali zaxm asosan lablar, alveolyar oʻsimtalar va tanglayda joylashadi. Uning uchun qattiq konsistensiyali, toʻq qizil yoki qizgʻish-jigarrang doʻmboqchalarning paydo boʻlishi xarakterlidir. Ular infiltratlangan asosda joylashadi, bir-biri bilan qoʻshilmaydi va tezda parchalanib, notekis tubli chuqur yaralar hosil qiladi. Bitgandan soʻng, fokusli joylashgan, uyasimon tuzilishga va festonli chetlarga ega boʻlgan chandiqlar qoladi. Chandiqlar ustida doʻmboqchalar qayta paydo boʻlmaydi.

Uchlamchi zaxmda mintaqaviy limfa tugunlari oʻzgarmasligi mumkin.

Diagnostika va differensial diagnostika. Uchlamchi zaxm tashxisi klinik ko‘rinishlar va laboratoriya ma’lumotlari (RIF va RIFT reaksiyalari 100% hollarda ijobiy; Vasser-man reaksiyasi va cho‘kma reaksiyalari 50-80% hollarda ijobiy) asosida qo‘yiladi. Zaxmga shubha qilinganda, bemorni venerologga yuborish zarur.

Gummoz yarani milliar-yarali sil, tbc volchanka, saraton va qattiq shankr kabi kasalliklardan farqlash lozim.

- Milliar-yarali silda yara og‘riqli, chetlari yumshoq, kemirilgan, yemirilib turuvchi bo‘ladi; tubi so‘rg‘ichsimon o‘smalar bilan qoplangan.
- Saraton yarasi keskin qattiqlashgan, chetlari qayrilgan va qonaydi. Sitologik tekshiruvda atipik hujayralar topiladi.
- Qattiq shankrda har doim mintaqaviy limfadenit (bubon) kuzatiladi, birlamchi sifiloma yuzasidan olingan materialning mikroskopik tahlilida esa rangsiz treponema aniqlanadi.

Sil volchankasining o‘ziga xos xususiyatlari kasallikning sekin kechishi (yillar davomida), lyupomalarning yumshoq konsistensiyasi va ularning o‘rnida hosil bo‘ladigan chandiqlar ustida yana do‘mboqchalar (lyupomalar) paydo bo‘lishidir. Lyupomalar parchalanishi natijasida hosil bo‘lgan yaralar notekis, yumshoq chetlarga va donador tubga ega bo‘ladi.

Davolash

Zaxmga chalingan bemorlar teri-tanosil kasalliklari statsionarlari va dispanserlarida davolanadi. Og‘iz bo‘shlig‘idagi sifilitik shikastlanishlarni mahalliy davolash uchun 8% biyoxinol suspenziyasi, 7% bismoverol suspenziyasi, miarsenol eritmasi, glitserindagi 10% novarsenol suspenziyasi, shaftoli yog‘idagi 10% osarsol suspenziyasi va simptomatik vositalar qo‘llaniladi.

8.4 Tug‘ma zaxm (sifilis)

Agar homiladorlik davrida zaxm onadan homilaga o‘tsa, tug‘ma zaxm rivojlanadi. Agar kasallik belgilari bolaning hayotining 2-yili oxirigacha paydo

bo'lsa, bu tug'ma zaxmning erta davri deyiladi, barcha kechki belgilar esa tug'ma zaxmning kechki davriga mansubdir.

Erta tug'ma zaxm

Tug'ma zaxmning erta davrida og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kamdan-kam hollarda zararlanadi, ko'pincha burunning shilliq qavati sifilitik rinit shaklida shikastlanadi. Rinit natijasida burun to'sig'i buzilishi mumkin, bu esa ko'p marotaba ta'riflangan "egarsimon burun" holatiga olib keladi.

Rinit tufayli ko'p miqdorda sekret ajralishi natijasida (sekretida juda ko'p qo'zg'atuvchi bo'lib, u yuqori darajada yuqumli hisoblanadi) og'iz atrofida qobiqli, qizg'ish-jigarrang infiltratlar yoki Xoxzinger infiltratsiyasi (Hochsinger) rivojlanadi. Shundan so'ng Parro radial chandiqlari (rus tilidagi adabiyotlarda Robinson-Furnye chandiqlari yoki strialari) qoladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida ikkilamchi zaxmni eslatuvchi belgilar, xususan, dog'lar, papulyoz infiltratlar va eroziyalar paydo bo'lishi mumkin. Bunday papulalar hiqildoqda rivojlansa, bolaning ovozi o'zgacha bo'g'iq, past bo'lib qoladi, afoniya (ovoqsizlik) rivojlanadi.

Tug'ma zaxmning boshqa belgilari qatoriga tana vaznining pasayishi, shuningdek, papulalar, yoriqlar, keng kondilomalar va chaqaloqlar sifilitik pufakchasi shaklidagi teri belgilari kiradi. Boshqa belgilar sifilitik osteopatiyalarga taalluqli bo'lib, ko'pincha gepatosplenomegaliya (jigar va taloqning kattalashishi), ba'zan esa interstitsial pnevmoniya ham kuzatiladi.

Simptomatik tug'ma zaxmda serologik testlar har doim ijobiy bo'ladi, bolalarda antitelalarning serologik titrlari onadagidan baland yoki undan ham yuqori bo'ladi.

Kechki tug'ma zaxm

Kechki tug'ma zaxm uchlamchi zaxmni eslatadi. Kechki tug'ma zaxmda 5 yoshdan 16 yoshgacha bo'lgan davrda gumma va tugunli-yarali o'choqlar rivojlanadi, shuningdek, interstitsial keratit va boshqa belgilar qatorida suyaklar va yurak-qon tomir tizimining shikastlanishi kuzatiladi.

Kechki tug'ma zaxm belgilari qatoriga tishlardagi o'zgarishlar ham kiradi. Kechki tug'ma zaxmda sut tishlari kariesga yuqori moyil bo'ladi, ammo boshqa jihatdan normal ko'rinishda bo'ladi. Shaklning xarakterli o'zgarishi doimiy tishlarda namoyon bo'ladi va kurak tishlar hamda molyarlarga tegishlidir. Kurak tishlardagi o'zgarishlar tug'ma zaxm bilan kasallangan barcha bemorlarning yarmida kuzatiladi, bunday tishlar Getchinson tishlari deb ataladi (rasm 16).

Rasm-16. Getchinson tishlari.



Odatda o'zgarishlar ikkala o'rta yuqori kurak tishlarga, kamdan-kam hollarda pastkilarga ta'sir qiladi. Bu o'zgarishlar tug'ma zaxm uchun patognomonik hisoblanadi. Tishlarning distal va medial yuzalari qavariq bukilgan bo'ladi. So'ngra tishlar kesuvchi qirraga tomon torayib boradi.

Tut mevasi shaklidagi molyarlar deb birinchi pastki molyarlar aytiladi, ular oddiy tishlardan kichikroq bo'lib, iflos-sariq rangda bo'ladi va kichik gumbazsimon bo'rtmalarga ega bo'ladi, shu sababli tut mevasiga o'xshab ketadi. Bunday ko'rinish tug'ma zaxm mavjudligini deyarli isbotlaydi. Umuman olganda, biroq, kurak tishlar molyarlarga qaraganda ancha tez-tez zararlanadi.

Asosan suyaklanishi hayotning 1-yilida boshlanadigan tishlar, ya'ni yuqori kurak tishlar, shuningdek, doimiy tishlarning barcha birinchi molyarlari zararlanadi. Kamdan-kam hollarda pastki kurak tishlar va barcha doimiy tishlarning qoziq

tishlari shikastlanadi. Doimiy tishlar bundan tashqari gipertrofiyalangan bo'lishi ham mumkin.

Getchinson triyadasini (Hutchinson) parenximatoz keratit, Getchinson tishlari va labirint karining birikmasi deb atashadi. Ko'p hollarda faqat interstitsial keratit va Getchinson tishlari mavjud bo'ladi. Getchinson triyadasi kechki tug'ma zaxm uchun patognomonikdir.

9. Gonoreyali stomatit

Gonoreya jinsiy yo'l bilan yuqadigan eng keng tarqalgan kasalliklardan biridir. *Neisseria gonorrhoeae* qo'zg'atuvchisining kislorod va quritishga yuqori sezuvchanligi tufayli kasallik deyarli faqat jinsiy yo'l orqali yuqadi.

Klinik ko'rinishi

Eraklarda o'rtacha 3 kunlik inkubatsiya davridan so'ng o'tkir gonoreya uretriti, gomoseksualistlarda esa proktit rivojlanadi.

Ayollarda gonoreya ko'pincha asimptomatik kechadi, ammo gonoreya uretriti, servisit yoki bartolin bezlarining absessli infeksiyasi rivojlanishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi simptomlar

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi gonoreya o'zgarishlari unchalik tez-tez kuzatilmaydi, ammo ularning chastotasi ortib bormoqda. Adabiyotlarga ko'ra, heteroseksual erkaklarning 3-7%, heteroseksual ayollarning 10-20% va gomoseksual erkaklarning 10-25% da orofaringeal sohadagi simptomlar kuzatiladi. Tegishli jinsiy amaliyotda birlamchi og'iz bo'shlig'i infeksiyasi ham mumkin. U ko'pincha halqum va bodomchalarda rivojlanadi, bunda kasallikning eng keng tarqalgan, ammo odatda zaif va deyarli sezilmaydigan ko'rinishi gonoreya faringitidir.

Gonoreya bir vaqtning o'zida og'iz bo'shlig'i va jinsiy a'zolar shilliq qavatida rivojlanishi mumkin, ammo ko'pincha gonoreya jinsiy a'zolar sohasidan boshlanib, bir necha kundan so'ng og'iz shilliq qavatida rivojlanadi. Shunga qaramay, teri va shilliq qavatlarning bir nechta joyida gonoreya mavjud bo'lganda, alohida ekzogen

infeksiyalar haqida gap ketadi. Gonoreya stomatitining gonoreya uretriti fonida ikkilamchi infeksiya bo'lib kirganligi hali bir xil isbotlanmagan, bu fakt gonoreya kon'yunktivitida esa aniqlangan.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati infeksiyasining eng tez-tez uchraydigan ko'rinishi gonoreya faringitidir. Bodomchalar va kichik tilchada qizil dog'lar va chegaralangan shishlar, ba'zan alohida pufakchalar paydo bo'ladi. Ko'pincha og'iz shilliq qavatida sezilarli o'zgarishlarsiz, faqat yengil faringitdan shikoyatlar kuzatiladi. Anamnez va klinikaga qo'shimcha ravishda tashxis gonokokklarni kultural usul bilan oziq muhitga (shokoladli agar) ekish yoki spetsifik antitelalar bilan to'g'ridan-to'g'ri floresan testining ijobiy natijasi asosida qo'yiladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi gonoreyaning boshqa belgilari juda kam uchraydi, ular xos emas va juda o'zgaruvchan. Simptomlarning diapazoni yengil enantemadan (shilliq qavatdagi toshma) yarali-membranoz stomatitgacha bo'ladi.

Odatda butun og'iz shilliq qavati yoki faqat halqum sohasi yallig'lanish tufayli giperemiyalangan (qizargan) bo'ladi. Ko'plab eroziyalar bilan aftoid manzara ham kuzatilishi mumkin, ular sariq soxta parda bilan qoplangan va qizil hoshiya bilan o'ralgan. Ko'rinadigan o'choqlar paydo bo'lishidan bir necha kun oldin og'izda yengil og'riqli achishish va qizish hissi paydo bo'lishi mumkin, toshma paydo bo'lishidan bir kun oldin esa kuchli og'riqlar sezilishi mumkin. Yallig'lanish giperemiyasidan tashqari, shish va qisqa muddatli pufakchalar paydo bo'lishi kuzatiladi. Soxta membranali karashlar oq, sariq yoki kulrang tusga ega bo'ladi. Karashni ajratishga urinilganda o'choqlar qonaydi. Ko'pincha gonoreya stomatitining aftoid yaralari milkar, til, yonoq shilliq qavati, qattiq va yumshoq tanglayda, shuningdek, halqum devorida kuzatiladi.

Gonoreyaning birinchi belgisi sifatida og'iz dahlizi yonoq sohasida abscess hosil bo'lishi ham kuzatilgan, abscessda gonokokklar aniqlangan. Biroq, halqum devoridan tashqari, og'iz bo'shlig'ining undan oldinda joylashgan qismlari gonokokk infeksiyasiga ancha chidamli ekanligi ma'lum.

Spetsifik faringit doirasida o'tkir gonoreya tonzilliti ham yuzaga kelishi mumkin.

Diagnostika

Gonoreya stomatitining klinik manzarasi tashxis qo'yish uchun yetarlicha spetsifik emas. Og'iz bo'shlig'ining saprofit bakterial florasida *Neisseria catarrhalis*, *Neisseria meningitidis* va *Neisseria lactamica* kabi boshqa *Neisseria* turlari mavjudligi sababli, Gram bo'yicha bo'yalgan surtmaning mikroskopik tekshiruvi tashxisni aniqlashga yordam bermaydi. *Neisseria gonorrhoeae* kulturasining tahlili hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Davolash

Antibiotiklar bilan terapiya gonoreya stomatitida ham samaralidir. Biroq, antibiotiklarning davolash samaradorligi uretraning yoki boshqa organlarning gonoreya infeksiyasiga qaraganda pastroq, shuning uchun boshqacha davolash sxemalari talab qilinadi. Masalan, spektinomitsin gonoreya stomatiti bilan kasallangan bemorlarning 50%ida samarasiz bo'lib chiqqan, holbuki genital gonoreya infeksiyasida bu antibiotik samarali hisoblanadi. Seftriakson 1,0 g (bir marta) mushak ichiga yoki spektinomitsin 2,0 g (bir marta) mushak ichiga tavsiya etiladi. Muqobil ravishda siprofloksatsin 500 mg ichga yoki sefeksim (bir marta) qo'llanilishi mumkin.

II. ZAMBURUG'LI SHIKASTLANISHLAR

Kandidoz yoki og'iz bo'shlig'i kandidozi (kandidomikoz) – bu og'iz bo'shlig'ining saprofit zamburug'lari (*Candida albicans*, *C. pseudotropicalis*, *C. tropicalis*, *C. guilliermondi*) tomonidan chaqiriladigan kasallik. Organizmning himoya kuchlari va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining to'siq funksiyasi pasayganda, shuningdek, disbakterioz rivojlanganda bu zamburug'lar patogen (kasallik chaqiruvchi) holga keladi.

Immunitetning pasayishiga antibiotiklar, kortikosteroidlar va sitostatik vositalarni qabul qilish, nurlanish, xavfli o'smalarning rivojlanishi, qon kasalliklari,

oshqozon-ichak trakti patologiyalari, moddalar almashinuvining buzilishi (diabet, gipovitaminozlar), OITS va boshqalar sabab bo'lishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'i kandidozi paydo bo'lishining muhim shartlaridan biri og'iz bo'shlig'ining ma'lum holatidir: namlik, harorat, aeratsiya va ayniqsa, muhit pH darajasining kislotalik tomoniga o'zgarishi (og'iz bo'shlig'ining gigiyenasiga rioya qilmaslik, asosan uglevodli ovqatlanish, shakarli mahsulotlarni so'rish, yechib olinadigan plastinkali protezlardan foydalanish qoidalariga rioya qilmaslik, og'iz bo'shlig'ining sanatsiyalanmaganligi, karies, parodontal cho'ntaklar va og'iz bo'shlig'ining surunkali kasalliklari, kataral stomatit, qizil yassi temiratki, sil va boshqalar).

Klinik ko'rinishlariga ko'ra kandidozlar quyidagilarga bo'linadi:

1. Tashqi qoplamalar (teri va shilliq qavatlar) shikastlanishi, ular ichida yuzaki (ta'sirlanish), chuqur (nekroz va skleroz), temiratki turlari farqlanadi.

2. Ichki organlar shikastlanishi.

3. Allergiyalar.

4. Zaharlanishlar.

5. Intoksikatsiyalar.

Kechishiga ko'ra og'iz bo'shlig'i kandidozlari o'tkir (pseudomembranoz va atrofik) va surunkali (giperplastik va atrofik) turlarga bo'linadi.

A. I. Marchenko va M. M. Rudenko (1972) og'iz bo'shlig'i kandidozlarini quyidagilarga ajratadi:

1. Kandidoz xeylit.

2. Kandidoz zayedalar.

3. Kandidoz glossit (eroziv, infiltrativ, deskvamativ, eritematoz, gipertrofik shakllari).

4. Kandidoz stomatit shaklida shilliq qavatning keng tarqalgan shikastlanishi. Kechishi: o'tkir, surunkali.

1. O‘tkir kandidoz

O‘tkir psevdomembranoz kandidoz (molochnitsa)

O‘tkir psevdomembranoz kandidoz (candidosis acuta, soor) chaqaloqlarda, infeksiyon kasalliklar, bronxit, dispepsiyalar bilan zaiflashgan bolalarda, shuningdek, chala tug‘ilgan chaqaloqlarda rivojlanadi. Kattaroq bolalarda esa raxit, ekssudativ diatez, gipovitaminozlar va boshqalarda uchraydi.

"Molochnitsa" qo‘zg‘atuvchisi *Candida albicans* hisoblanadi. Avtoinfeksiyadan tashqari, yuqish onaning so‘rg‘ichi, ifloslangan so‘rg‘ich va idishlar orqali ham sodir bo‘lishi mumkin.

O‘tkir psevdomembranoz kandidoz

Kasallik yengil kechganda blyashkalar osongina qiriladi va o‘rnida giperemiya (qizarish) o‘chog‘ini qoldiradi (rasm 17). Og‘ir kechganda esa karash o‘choqlari qo‘shilib, butun og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatini qoplaydigan bir butun pardali sirtlarni hosil qiladi. Bunday karashni qirish qiyin bo‘ladi, uning ostida eritema, ba’zan esa qonayotgan eroziyalar aniqlanadi.

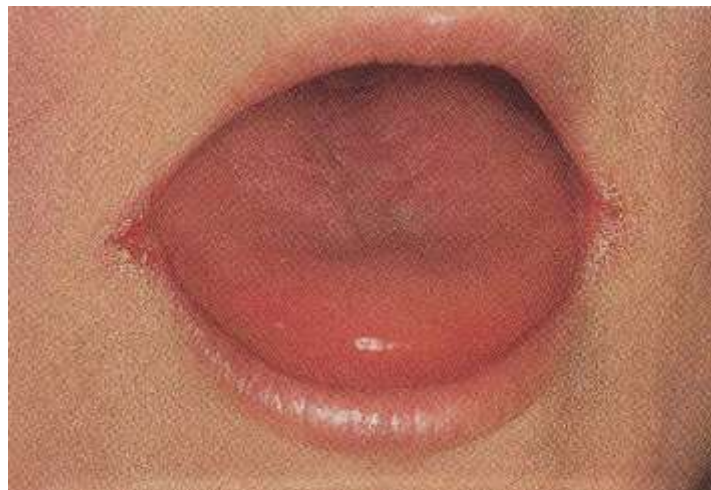
O‘tkir atrofik kandidoz

O‘tkir atrofik kandidoz (candidosis acuta atrophica) og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining *Candida* zamburug‘lariga yuqori sezuvchanligi tufayli rivojlanadi. Klinik ko‘rinishi kserostomiya (og‘iz qurishi), og‘iz shilliq qavatining yorqin qizil rangi, kuyish hissi va karashning yo‘qligi bilan tavsiflanadi (rasm 18). Ba’zan lablarning qizil chegarasida oz miqdorda po‘stloqlar hosil bo‘ladi. Agar o‘tkir kandidoz davolanmasa, u surunkali (giperplastik yoki atrofik) kandidozga aylanadi.

Rasm-17. O‘tkir psevdomembranoz kandidoz.



Rasm-18. O‘tkir atrofik kandidoz.



2. Surunkali kandidoz

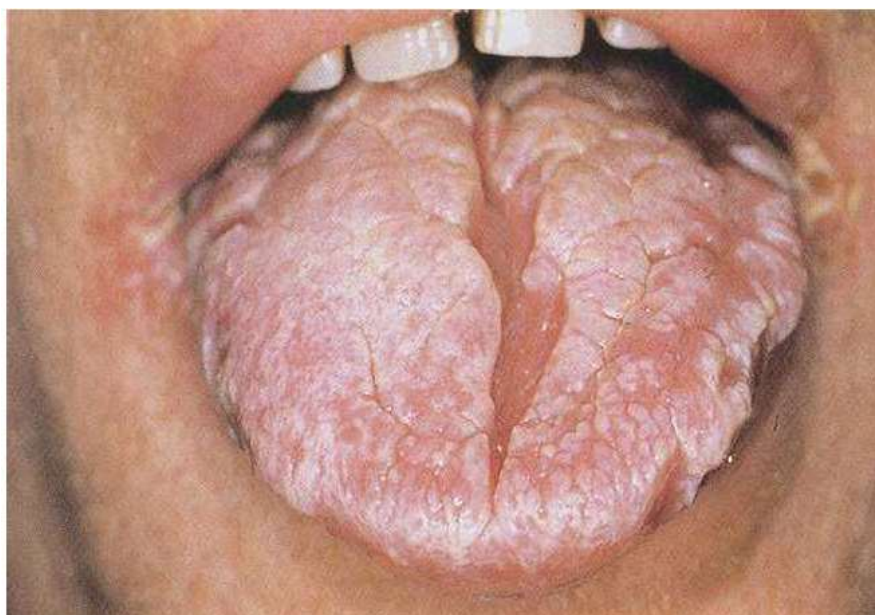
Surunkali giperplastik kandidoz (candidosis chronica hyperplastica)

Bu turi sitostatiklar, antibiotiklar qabul qiladigan, sil, qon patologiyalari, OITS bilan kasallangan odamlarda rivojlanadi. U oq blyashkalarning paydo bo‘lishi bilan

xarakterlanadi, ular bir-biriga qo‘shilib, tvorogsimon qatlamlar hosil qiladi. Vaqt o‘tishi bilan bu qatlamlar qalinlashib, sarg‘ish rangga kiradi.

Shikastlanish joylashuviga qarab, kandidoz glossit (til), xeylit (lablar), angulyar xeylit (zayedalar), palatinit (tanglay) va pareit (yonoqlar) turlari farqlanadi (rasm 19). Bu kasallik ko‘pincha og‘iz burchaklarida, tilning orqa qismida, yumshoq tanglayda uchraydi. Surunkali giperplastik kandidozning kechishi og‘iz qurishi, giperemiya va shish bilan birga kechadi, ba’zi hollarda til so‘rg‘ichlarining gipertrofiyasi (kattalashishi) ham kuzatilishi mumkin.

Rasm-19. Surunkali giperplastik kandidoz.



Surunkali atrofik kandidoz (candidosis chronica atrophica)

Bu tur ko‘pincha yechib olinadigan plastinkali protezlardan foydalanadigan odamlarda uchraydi va shilliq qavatning qizarishi, shishi, qurishi va kuyishi, shuningdek, yopishqoq, cho‘ziluvchan so‘lak ajralishi bilan tavsiflanadi (rasm 20). Surunkali atrofik kandidozning keng tarqalgan shakli kandidoz xeylit (cheilitis candidosa) hisoblanadi. Bunda butun lab yuzasi yoki uning burchak qismi zararlanadi. Kandidoz xeylit shish, giperemiya, yupqalashish, quruqlik, ko‘ndalang joylashgan egatlarning biroz chuqurlashishi, turli o‘lchamdagi qipiqning paydo bo‘lishi va to‘kilishi bilan xarakterlanadi.

Kandidoz zayeda uchun og‘iz burchagidagi terining namlanishi, oq karash bilan qoplangan yoriqlar, shuningdek, og‘izni ochganda kuyish va og‘riq xarakterlidir.

Rasm-20. Protez tagining shilliq qavatida atrofik kandidoz.



Diagnostika

Og‘iz bo‘shlig‘i kandidozi tashxisi anamnez, kasallikning klinik kechishi va laboratoriya mikrobiologik tekshiruvlari asosida qo‘yiladi. Ba‘zan boshqa mutaxassislarning maslahati zarur bo‘ladi.

Shuni ta’kidlash kerakki, kandidoz OIV-infeksiyasining turli bosqichlari uchun marker sifatida qabul qilinadi. Kandidoz tashxisini qo‘yishda karashning sitologik tekshiruvi muhim ahamiyatga ega, unda epiteliyning to‘kilgan hujayralari, leykotsitlar, ovqat qoldiqlari va turli mikroorganizmlar assotsiatsiyalaridan tashqari, ko‘p miqdorda psevdomitseliy yoki zamburug‘ hujayralari aniqlanadi. O‘tkir kandidozda ko‘p miqdorda bo‘linayotgan zamburug‘ hujayralari, surunkali kandidozda esa psevdomitseliy iplari ustunlik qiladi.

Kandidozning ekspress-diagnostikasi maqsadida 1:100 nisbatda Candida zamburug‘lari epiteliya hujayralari bilan termostatda 1,5-2 soat davomida inkubatsiya qilinadi. Agar bitta epiteliya hujayrasiga 16 yoki undan ko‘p zamburug‘ hujayrasi yopishsa, kandidoz tashxisi qo‘yiladi.

Kandidozda turli zamburug‘larning polisaxarid antigenlari bilan o‘tkazilgan teri ichi allergik sinamasi ijobiy natija beradi. Shu maqsadda, ta’sir etuvchi moddasi

zamburug‘ hujayra devorining yuqori molekulyar glikosteroidlari bo‘lgan, xamirturushsimon *Candida albicans* zamburug‘ining diagnostik allergenidan ham foydalaniladi.

Qiyosiy tasxislash

Kandidoz bir qator boshqa kasalliklardan farqlanadi: keratozlar (leykoplakiya, qizil yassi temiratki), Fordays sindromi, ekzema, aktinik, eksfoliativ xeylitlar, streptokokk yoki stafilokokkli angulyar xeylit, sifilitik zayedada, papulyoz sifilidlar, aftoz stomatit, deskvamativ glossit.

3. Mikoza (achitqi) zayedada

Mikotik (achitqi) zayedada asosan yoshi katta odamlarda, noto‘g‘ri protezlash, tishning qattiq to‘qimalarining kuchli yemirilishi yoki tishsizlik (adentiya) natijasida pastki yuz balandligining pasayishi tufayli kuzatiladi. (rasm 22). Og‘iz burchaklarida chuqur burmalar mavjudligi va bu teri sohalarining doimiy ravishda so‘lak bilan maceratsiyasi (ivishi) kandidoz zayedada paydo bo‘lishi uchun qulay sharoit yaratadi.

Bemorlar og‘iz burchaklarida achishish va og‘riqdan shikoyat qiladilar. Kasallik og‘iz burchaklarida kulrang, shaffof tangachalar, nozik qobiqlar yoki oson ko‘chadigan karash paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Karash olib tashlangandan so‘ng quruq va bir oz ivigan eroziyalar yoki yoriqlar ochiladi (rasm 21).

Rasm-21. Mikotik (achitqi) zayedada.



Og‘iz burchaklari shikastlanishi bilan birga jarayon lablarning qizil chegarasi shilliq qavatiga o‘tishi mumkin, natijada kandidoz xeylit rivojlanadi. U giperemiya (qizarish), shish, kulrang tusdagi tangachalar va mayda ko‘ndalang yoriqlar mavjudligi bilan tavsiflanadi. Lablarning qizil chegarasi cho‘zilganda og‘riq paydo bo‘ladi.

Rasm-22. Mikotik (achitqi) zayeda.



Differensial diagnostika:

- leykoplakiya
- oq g'ubchali nevus
- allergik stomatit
- medikamentoz stomatit
- streptokokkli zaeda
- sifilitik papulalar
- qattiq shankr
- gipovitaminoz va avitaminoz B2

Diagnostika: Tashxis bemorning odatiy shikoyatlari, klinik ko'rinish va laboratoriya tekshiruvlari (og'iz bo'shlig'i shilliq qavati yuzasidan olingan qirindining mikroskopik tekshiruvi, mikologik tekshiruv va boshqalar) ma'lumotlariga asoslanadi. Shuningdek, qonning klinik tahlili va qon zardobidagi glyukoza miqdorini tekshirish zarur. Teri va tirnoqlarni ko'rikdan o'tkazish ham amalga oshiriladi. Ko'rsatmalar bo'yicha mikolog, endokrinolog, ginekolog maslahati talab qilinishi mumkin.

Davolash

Og'iz bo'shlig'i kandidozini davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Kasallikning klinik belgilarini yo'qotish.
- Zamburug'larning rivojlanishi va kandidozning paydo bo'lishiga olib keluvchi shart-sharoitlarni bartaraf etish.
- Organizmning qarshiligini oshirish.

Shu maqsadda kandidozni etiotrop, patogenetik va simptomatik terapiyaning kompleks usullari bilan davolash, shuningdek, mahalliy va umumiy ta'sirga ega vositalarni qo'llash zarur. Albatta, kandidoz terapiyasida asosiy o'rinni zamburug'larga qarshi vositalar egallaydi. Og'iz bo'shlig'i kandidozining etiotrop terapiyasi samarali bo'lishi uchun bir qancha shartlarga rioya qilish kerak:

1. Antibiotiklar, sulfanilamid va kortikosteroid preparatlarni qabul qilishni to'xtatish, imkoni bo'lmasa, ularni yuborish shaklini o'zgartirish va zamburug'ga qarshi preparatlarni majburiy ravishda buyurish.

2. Bemorning umumiy tekshiruvini o'tkazish va tegishli mutaxassisda aniqlangan birga keluvchi kasalliklarni davolashni boshlash.

3. Uglevodlarni cheklash yoki ularni ratsiondan chiqarib tashlashni tavsiya qilish.

4. Umumiy quvvatlovchi vositalar: adaptogenlar, biostimulyatorlar, vitaminlar, ayniqsa B guruhi (tiamin bromid, nikotin kislotasi, piridoksin, kalsiy pantotenat yoki "Kvadevit", "Dekamevit", "Gentavit" kabi polivitamin komplekslari, pivo achitqisi) buyurish.

5. Ichak mikroflorasi tarkibini korreksiya qilish (ichakda bifido- va laktobakteriyalar sonining keskin kamayishi va vitaminlar sintezining pasayishi eubiotiklar – koli-bakterin, laktobakterin, bifidum-bakterin, bifikal kabi preparatlar bilan o'rin bosuvchi etiopatogenetik terapiyani talab qiladi).

6. Giposensibilizatsiyalovchi terapiyani buyurish.

7. Immunitetni modulyatsiyalovchi vositalarni (aralash va umumiy turlarda) qo'llash.

Agar og'iz bo'shlig'i kandidozi ichki organlarning shikastlanishi bilan birga bo'lsa yoki antibiotiklar, sitostatik preparatlar yoki kortikosteroidlarni qabul qilish natijasida paydo bo'lgan bo'lsa, umumiy zamburug'ga qarshi terapiya ko'rsatiladi. Bugungi kunda kandidoz terapiyasining eng nufuzli vositalari zamburug'ga qarshi antibiotiklar (diflyukan, orungal, ketozol, nistatin, amfoglukamin, amfoteritsin V, mikogeptin) va mikroba assotsiatsiyalariga ta'sir qiluvchi preparatlar (klotrimazol, levorin, dekamin, pimafutsin) hisoblanadi. Ba'zi Candida zamburug'lariga nisbatan 8- va 4-oksixinolin hosilalari ham samarali: xinol, xiniofon, nitrokso-lin va enteroseptol. Umumi terapiyaga yordamchi vosita sifatida yod preparatlari – natriy yodid va kaliy yodid qo'llaniladi.

Surunkali kandidoz kechishida g-globulin kursi, mono- va polivalent vaksinalar, avtovaksinalar kiritish tavsiya etiladi. Bunday vaksina 1 ml da 70°S da 1 soat davomida o'ldirilgan 200 mln xamirturush hujayrasi mavjud. Vaksinalar teri ostiga (0,1, 0,2, 0,3, 0,5, 0,8, 1,0 ml) yoki mushak ichiga (0,1, 0,3, 0,5, 0,8, 1,0, 1,2, 1,4, 1,8, 2,0 ml) haftasiga 2 marta yuboriladi. Kurs – 10 ta inyeksiya.

Og'iz bo'shlig'i kandidozining mahalliy terapiyasidan maqsad zamburug'larning mavjudligi va ko'payishi uchun qulay sharoitlarni bartaraf etish, zamburug' florasini bostirish va og'iz bo'shlig'i mikroflorasi tarkibidagi biologik muvozanatni tiklashdan iborat. Bunga og'iz bo'shlig'ining ratsional gigienik parvarishi, maxsus zamburug'larga qarshi vositalarni qo'llash va og'iz bo'shlig'i muhitining pH darajasini normallashtirish orqali erishiladi.

Shu sababli, davolash davrida va kandidozning qaytalanishining oldini olish maqsadida, pHni normallashtirish uchun ishqoriy eritmalar (natriy gidrokarbonat yoki natriy tetraborat) bilan tez-tez chayib turish tavsiya etiladi. Mahalliy davolashning muhim sharti og'iz bo'shlig'ini sinchkovlik bilan sanatsiya qilishdir. Chunki karies bo'shliqlarida, parodontal cho'ntaklarda va buzilgan tish ildizlarida zamburug'lar ko'payishi uchun qulay sharoit topadi.

Sanatsiya jarayonida kandidoz stomatitining faol fazasida tishlarni olib tashlash xavfli ekanligini hisobga olish lozim, chunki bu infeksiyaning tarqalishiga va hatto kandidoz sepsisining rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Tishlarni parvarish qilish uchun "Boroglitserinovaya" pastasidan foydalaniladi. Plastinkali tish protezlari har bir ovqatlanishdan so'ng yaxshilab yuviladi, kechasi esa 1-2% natriy gidrokarbonat eritmasiga solib qo'yiladi. Og'iz bo'shlig'ida ishqoriy muhitni saqlash uchun chayishlardan so'ng shilliq qavat yuzasiga glitserindagi 20% natriy tetraborat (bura) eritmasini surtish mumkin.

Mahalliy qo'llaniladigan preparatlar

Etiotrop ta'sirga ega preparatlardan mahalliy ravishda quyidagilar qo'llaniladi:

- Zamburug‘ga qarshi antibiotiklar: nistatin, levorin, amfoteritsin-B, klotrimazol, dekamini va boshqalar.
- To‘rtlamchi ammoniy birikmalari va yog‘ kislotalari tuzlari: 0,5% etoniy, 1-2% natriy kaprilat va ammoniy kaprilat, 1-2% karbalkinatning suvli eritmasi.
- 8- va 4-oksixinolin hosilalari: xinozol, xiniofon, nitrokso-lin.
- Tabiiy kelib chiqishga ega preparatlar va dorivor o‘simliklar: 1% sangvirinirinin suvli eritmasi, 4% propolis, 1% yuglon, rus torontarog‘i nastoyi, 2% qirqbo‘g‘in damlamasi.

Zamburug‘ga qarshi faollikka, shuningdek, benzoy kislotasi kukuni, 3-5% rezorsin eritmasi, 1-2% metilen ko‘ki va brilyant yashili eritmasi, Kastellani suyuqligi, yod preparatlari (yodinol, Lugol eritmasi) va tsitral ham ega.

Lablarning qizil chegarasi va yuz terisidagi kandidoz shikastlanishlarini davolash uchun krem, malham va liniment shaklidagi zamburug‘ga qarshi preparatlar qulayroq hisoblanadi (Mifungar, Ekzoderil, Lotseryl, Tolmisen, nistatin malhami 1%, amfoteritsin V 0,3%, mikogeptin malhami 0,15%, klotrimazol 1%, dekamini 0,5-1,0%, levorin 5%, propotseum 30%, riodoksol 0,25, 0,5 va 1%, dermosolon 0,5%, xinozol 0,5-1,0%, "Sangvirin" linimenti 1%). Malhamlar va linimentlar tozalangan teri yoki shilliq qavat yuzasiga kuniga 3-4 marta yupqa qatlam qilib surtiladi. Davolash kursi 6-14 kun bo‘lib, so‘ngra bakteriologik nazorat o‘tkaziladi. Agar kerak bo‘lsa, zamburug‘ga qarshi vositalar almashtirilib, davolash kursi davom ettiriladi.

Profilaktika

Profilaktika chora-tadbirlari quyidagilarni o‘z ichiga oladi: antibiotiklarni ratsional qo‘llash, og‘iz bo‘shlig‘ining sanatsiyasi, uning gigienasiga va plastinkali protezlardan foydalanish qoidalariga rioya qilish, ovqatlanish gigienasi va bolani parvarish qilish qoidalariga amal qilish. Og‘iz bo‘shlig‘i kandidozi bilan kasallangan

bemorlarning alohida idish-tovoq, qoshiq, sochiq va boshqalardan foydalanishlari maqsadga muvofiqdir.

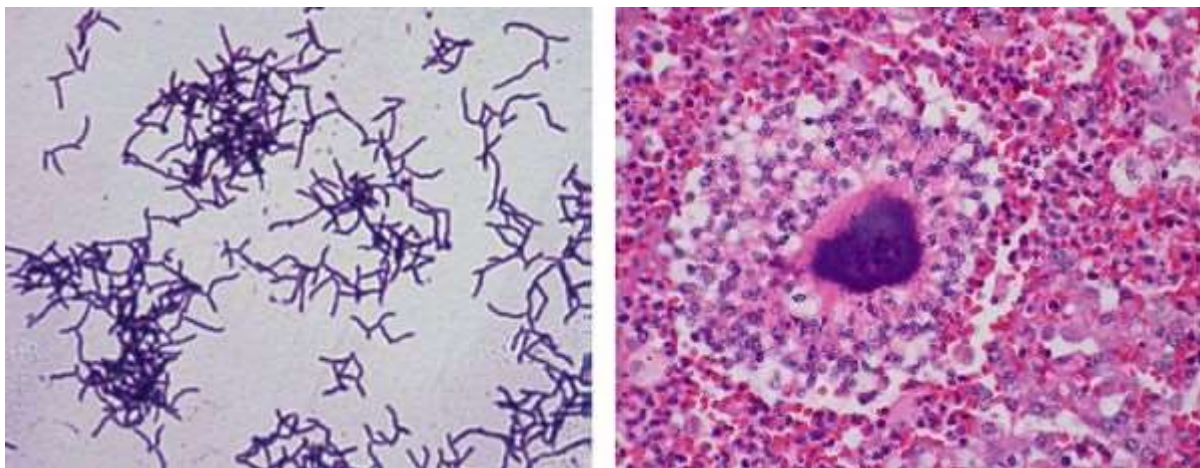
4. Aktinomikoz

Aktinomikoz (actinomycosis) — bu anaerob "nursimon zamburugʻ" – aktinomitset tomonidan chaqiriladigan surunkali chuqur toʻqimali zamburugʻ kasalligi. U zararlangan toʻqimalarda infeksiyon granulyoma hosil boʻlishiga, yiringli oʻchoqlarda esa druzalarning shakllanishiga olib keladi.

Nursimon zamburugʻlar doimiy ravishda ogʻiz boʻshligʻida, tish qatlamida, tish toshlarida, parodontal choʻntaklar va karies boʻshliqlarining mikroflorasi tarkibida boʻladi. Ogʻiz boʻshligʻi aktinomikozining rivojlanishi uchun asosiy yoʻl endogen boʻlib, bunda nursimon zamburugʻlar parazitlik xususiyatlarini orttiradi. Ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavatining shikastlanishi va oddiy yalligʻlanish jarayonlari ham aktinomikozning paydo boʻlishida maʼlum ahamiyatga ega. Aktinomikoz patogenezida organizmning reaktivligi hal qiluvchi rol oʻynaydi. Bu jarayonda spetsifik (nursimon zamburugʻning takroriy kirib kelishida) va nospetsifik sensibilizatsiya (yiringli yalligʻlanish jarayonlari tufayli) muhim oʻrin tutadi.

Kasallikning dastlabki belgisi spetsifik aktinomikotik granulyoma — aktinomitsetlarning mitseliy (tolalar) va druzalari atrofida yuzaki qattiq infiltratning paydo boʻlishidir (rasm 21). U nozik devorli mayda tomirlarga boy granulyatsion toʻqimadan tashkil topgan boʻlib, leykotsitlar, limfotsitlar, plazmatik, epiteliysimon, ksantom hujayralar, fibroblastlar va yakka gigant hujayralar bilan infiltratsiyalangan boʻladi.

Rasm-21. Aktinomitset druzalari.



Vaqt o'tishi bilan granulyomaning markazida makrofaglarning aktinomitset druzalariga tomon sezilarli migratsiyasi kuzatiladi, ular koloniyaning tanasiga kirib, mitseliyni ushlab oladi. Aktinomitset druzalarining to'liq yoki qisman lizisi (erishi) sodir bo'ladi. Aktinomikoz o'chog'ining chetida biriktiruvchi to'qima o'sib chiqadi, bu esa jarayon uzoq davom etganda qo'pol skleroz qatlamlarini hosil qiladi. Granulyomaning parchalanishi chetida giperkeratoz va epiteliy akantoz, ko'pincha soxta-epitelial giperplaziya belgilari kuzatiladi.

Rasm-22. Aktinomikoz.



Infiltrat ustidagi teri va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati giperemiyalangan bo'lib, ayrim joylarda to'q qizil-siyohrang tus oladi. Ma'lum vaqt o'tgach, granulyomada yumshash o'choqlari paydo bo'ladi: yiringli o'choqlar paydo bo'lib, ular oqma yollar hosil qilib bo'shashadi. Bu yo'llardan teri yoki og'iz bo'shlig'i yuzasiga oz miqdorda maydalangan yiring ajraladi, unda nursimon zamburug' druzalarini topish mumkin. Agar nursimon zamburug' kirib borgan joy og'iz bo'shlig'i shilliq qavati

bo'lsa, shikastlanish ko'pincha tilda, milklarda, tish olingan joydagi yarada joylashadi (rasm 22).

Birlamchi og'iz bo'shlig'i aktinomikozi

Birlamchi og'iz bo'shlig'i aktinomikozining rivojlanishi ko'pincha uning o'simlik poyalari va boshhoqlari, tishlarning o'tkir qirralari, baliq suyagi yoki boshqa o'tkir narsalar bilan travmatik shikastlanishi bilan bog'liq. Klinik kechishi sekin, sokin, tana harorati ko'tarilmaydi, ozgina og'riqlar bilan kechadi. Aktinomikozning eng erta klinik belgilaridan biri chaynash mushaklarining yallig'lanishli kontrakturasidir (trizm), keyin esa atrofidagi o'zgarmagan to'qimalardan deyarli ajralmagan zich infiltrat paydo bo'ladi.

Infiltratning joylashuviga qarab o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'ladi: pastki lab yoki yonoqlarda u aniq chegaralangan, ko'pincha yumaloq shaklda bo'ladi va ostki to'qimalarga yopishgan bo'ladi; til osti sohasida, tilning pastki va yon yuzalarida infiltrat kengroq, ammo yuzakiroq bo'ladi. Ba'zan zararlangan og'iz bo'shlig'i shilliq qavati quruq, xira yoki oqish tusda bo'ladi. Keyinchalik infiltrat asta-sekin yumshab, chegaralanadi, shilliq qavat rangi to'yinganroq bo'ladi, ozgina og'riqlar paydo bo'ladi.

Agar jarayon lablar yoki yonoqlarda rivojlansa, abscesslar paydo bo'ladi, ular yorilgandan so'ng granulyatsiyalar bilan to'lgan bo'shliq hosil bo'ladi, shundan so'ng jarayon chekinadi va yallig'lanish belgilari asta-sekin pasayadi. Tilning pastki va yon yuzalarida hamda til osti sohasida aktinomikoz shikastlanishlari sekin va sust kechishi bilan xarakterlanadi, shilliq qavat yupqalashadi, alohida mayda oqma yollar hosil bo'ladi, ulardan granulyatsiyalar chiqadi va ichida mayda qattiq zarralar bo'lgan seroz yoki seroz-yiringli suyuqlik ajraladi.

Ikkilamchi og'iz bo'shlig'i aktinomikozi

Og'iz bo'shlig'ining aktinomikoz bilan ikkilamchi zararlanishi unga ostki chuqur to'qimalardan aktinomikoz jarayonining tarqalishi natijasida yuzaga keladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi yallig'lanish belgilari ko'pincha jarayonning qo'zish davrida kuzatiladi, bunda u ostki spetsifik infiltrat bilan birlashib, fistulalar

hosil qiladi, ular teridagi fistulalardan farqli o'laroq tezda chandiqlanadi. Shu bilan birga, atrofdagi shilliq qavatda sklerotik o'zgarishlar paydo bo'ladi. To'qimalarning qattiqlashishi ba'zan tog'aysimon konsistensiyaga yetadi, ularning sohalari sklerozlangan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining sohalari bilan almashinib turadi.

Og'iz bo'shlig'i aktinomikozining diagnostikasi juda murakkabdir. Klinik tashxisni oqma yo'ldan ajralgan suyuqlikning mikrobiologik tekshiruvi, aktinolizat bilan o'tkaziladigan teri-allergik reaksiya va zararlangan to'qimaning biopsiyasining gistologik tekshiruvi bilan tasdiqlash kerak.

Differensial diagnostika

Yonoqlarda va tilning yon yuzasida zararlanish joylashgan bo'lib, butun bir infiltrat hosil bo'lganda, uni qattiq shankr, sil volchankasi va gummoz infiltratidan farqlash zarurati tug'iladi.

- Birlamchi zaxmda infiltrat qattiq, tog'aysimon konsistensiyada bo'ladi, uning markaziy qismida tezda og'riqsiz eroziya yoki yara hosil bo'ladi, 5-7 kundan so'ng esa kattalashgan, juda zich, to'qimalarga yopishmagan, og'riqsiz limfa tuguni – mintaqaviy limfadenit paydo bo'ladi. Aktinomikozda esa limfa tugunlari o'zgarmaydi.

- Sil volchankasida infiltrat yumshoq bo'ladi, parchalanganda yumshoq, notekis, yemirilib turuvchi chetlarga ega yara hosil bo'ladi, uning tubi granulyatsiyalar bilan qoplangan. Aktinomikozda esa infiltrat zich bo'ladi, vaqt o'tishi bilan yumshab, abscessga aylanadi va keyin oqma yollar hosil qiladi, ular bir oz vaqtdan so'ng chandiqlanadi.

- Lablar, tilning yon va pastki yuzalari aktinomikozini shankrsimon piodermiya va piogen granulyomadan farqlash kerak, ular ham sust, surunkali kechadi va og'riqsiz bo'ladi. Ular uchun oqma yo'llardan o'sib chiqqan ko'p miqdorda granulyatsiyalar xarakterlidir, ammo piogen granulyoma yorqin-qizil rangda, poyada joylashgan va oson qonaydi. Shankrsimon piodermiyada yonoq, til, labda yakka, yumaloq yoki oval shakldagi yara hosil bo'ladi, uning chetlari tekis, zich, tubi pushti rangda, shishgan zich asosga ega, ammo

aktinomikozdan farqli o'laroq, sust, siyohrang granulyatsiyali oqma yo'li, granulyatsiyalar bilan to'la bo'shliq va ostki zich to'qimalar mavjud emas.

Davolash

Aktinomikozda abscesslarni jarrohlik yo'li bilan ochish, granulyatsiyalarni qirib tashlash, abscess bo'shlig'ini nigrofuran preparatlari eritmaları bilan yuvish va 1,2-5,0% yodning spirtli eritmasini kiritish qo'llaniladi. Qolgan infiltratga yod, lidaza bilan elektroforez, fluktuorizatsiya buyuriladi. Aktinomikozni umumiy davolashda umumiy quvvatlovchi (B1, B6, B12, C vitaminlari), rag'batlantiruvchi (FIBS, shishasimon tana, prodigiozan va boshqalar) va immunoterapiya (aktinolizat 3 ml dan teri ichiga haftasiga 2 marta, kurs 20-30 inyeksiya; aktinomitset polivalent vaksina (APV) teri ostiga yoki mushak ichiga, 0,1 ml dan boshlab har bir keyingi inyeksiya dozasi 0,1 ml ga oshirib, 1 ml gacha yetkazish; keyingi 10-15 inyeksiya 1 ml dan) usullari birlashtiriladi. Bir oylik tanaffusdan so'ng immunoterapiya kursi takrorlanadi.

Ushbu matnlar, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining bir qator jiddiy infeksion kasalliklarini, xususan, Vensan stomatitis, sil, moxov, zaxm (sifilis), kandidoz, aktinomikoz va gonoreyani tahlil qiladi. Ularning har biri o'ziga xos klinik xususiyatlar, diagnostika usullari va davolash yondashuvlariga ega bo'lsa-da, ba'zi umumiy jihatlari ham mavjud. Bu kasalliklar ko'pincha tashxis qo'yishda qiyinchilik tug'dirishi mumkin, chunki ularning belgilari boshqa kasalliklar bilan o'xshash bo'lishi mumkin, bu esa differensial diagnostika zaruratini keltirib chiqaradi. Shuningdek, matnlar og'iz bo'shlig'i kasalliklarining nafaqat mahalliy, balki organizmning umumiy holati bilan bog'liqligini ham ta'kidlaydi.

Vensan stomatitis

Vensan stomatiti (Akut nekrotik yarali gingivit) — bu og'riqli, yuqumli bo'lmagan milklar infeksiyasidir. U anaerob bakteriyalar, asosan *Fusobacterium* va *spiroxetalar* (*Treponema denticola* kabi) sinergetik assotsiatsiyasi tomonidan chaqiriladi. Ko'pincha mahalliy milk infeksiyasi bo'lsa-da, u og'iz bo'shlig'ining boshqa qismlariga tarqalib, stomatitga olib kelishi mumkin.

- Belgilari: Eng xarakterli belgi – og‘riqli, qonayotgan milklarning tez rivojlanishidir. Asosiy belgi – tishlar orasidagi milk so‘rg‘ichlarini qoplagan nekrotik soxta parda (o‘lik to‘qimaning kulrang yoki sarg‘ish qatlami) mavjudligidir. Og‘izda yomon, metall ta‘mi va juda yoqimsiz hid bo‘lishi mumkin. Isitma, holsizlik va mintaqaviy limfa tugunlarining kattalashishi tez-tez kuzatiladi.
- Diagnostika: Tashxis og‘riq, yara va qon ketishining klassik klinik triadasiga asoslanadi. Soxta pardaning Gram bo‘yicha bo‘yalgan surtmasi tekshirilganda, fusiform bakteriyalar va spiroxetalarning ustunligi aniqlanadi.
- Differensial diagnostika: Vensan stomatitini gerpetik gingivostomatit (pufakchalar bilan namoyon bo‘ladi), streptokokkli stomatit va aftoz stomatit kabi boshqa yarali holatlardan farqlash kerak. Vensan stomatitidan farqli o‘laroq, aftoz yaralar oldidan parda bilan qoplanmaydi va bunday ekstremal tizimli reaksiya bilan bog‘liq emas.



Sil (Tuberkulyoz)

Sil (*Mycobacterium tuberculosis*) bakteriyasi keltirib chiqaradigan surunkali yuqumli kasallikdir. U asosan o'pkalarni zararlasa ham, boshqa organlar va to'qimalarda, shu jumladan og'iz bo'shlig'ida ham namoyon bo'lishi mumkin. Og'iz bo'shlig'i sil kasalligi kam uchraydi va odatda o'pkadan infeksiyalangan balg'am orqali tarqalib, ikkilamchi infeksiya sifatida yuzaga keladi.

- Belgilari: Og'iz bo'shlig'idagi sil shikastlanishlari yara, granulyoma yoki tuguncha shaklida bo'lishi mumkin. Eng keng tarqalgan ko'rinishi sil yarasi bo'lib, u ko'pincha til, milkar yoki yonoqlarda uchraydi. Bu yaralar odatda og'riqli, notekis, yumshoq chetlarga va sarg'ish yoki kulrang donador tubga ega bo'ladi. Ularni oqargan, yallig'lanmagan shilliq qavat o'rab turadi.
- Diagnostika: Tashxis qo'yish murakkab bo'lib, shifokorning shubhasiga asoslanadi. Bu biopsiya materialining gistologik tekshiruvi orqali tasdiqlanadi, bunda markaziy nekrozli xarakterli granulyomalar aniqlanadi. Ijobiy tuberkulin sinamasi va ko'krak qafasi rentgenogrammasidagi topilmalar tashxisni qo'llab-quvvatlaydi.
- Differensial diagnostika: Sil yaralarini sifilis yaralari, travmatik yaralar va og'iz saratonidan farqlash kerak. Sifilitik shankrdan farqli o'laroq, sil yarasi og'riqli va uning tubi qattiq emas, yumshoqdir. Og'iz saratonidan farqli o'laroq, uning chetlari odatda ko'tarilgan yoki qayrilgan bo'lmaydi.

Moxov (Lepra)

Moxov (Xansen kasalligi) — bu *Mycobacterium leprae* bakteriyasi keltirib chiqaradigan surunkali yuqumli kasallikdir. U asosan teri, periferik nervlar, yuqori nafas yo'llari, ko'zlar va moyaklarni shikastlaydi. Og'iz bo'shlig'i shikastlanishlari kam uchraydi, ammo hujjatlashtirilgan.

- Belgilari: Og'iz bo'shlig'idagi namoyon bo'lishi kasallikning lepromatoz shaklida ko'proq uchraydi. Ular lepromalar (lepromas) deb ataluvchi zich,

qizg'ish-jigarrang tugunchalar shaklida bo'ladi, asosan qattiq va yumshoq tanglay, til va milkda joylashadi. Bu tugunchalar yaraga aylanib, ayniqsa tanglayda deformatsiyalarga olib kelishi mumkin. O'ziga xos belgisi — shikastlanishlar va nerv shikastlanishi tufayli og'izni to'liq yopa olmaslik hisoblanadi.

- Diagnostika: Og'iz bo'shlig'i shikastlanishi yoki boshqa zararlangan to'qimalardan olingan biopsiyada *Mycobacterium leprae* ni aniqlash orqali tashxis qo'yiladi.
- Differensial diagnostika: Og'iz moxovini sil va sarkoidoz kabi boshqa granulomatoz kasalliklar, shuningdek, sifilis va gistoplazmoz kabi zamburug'li infeksiyalardan farqlash kerak.

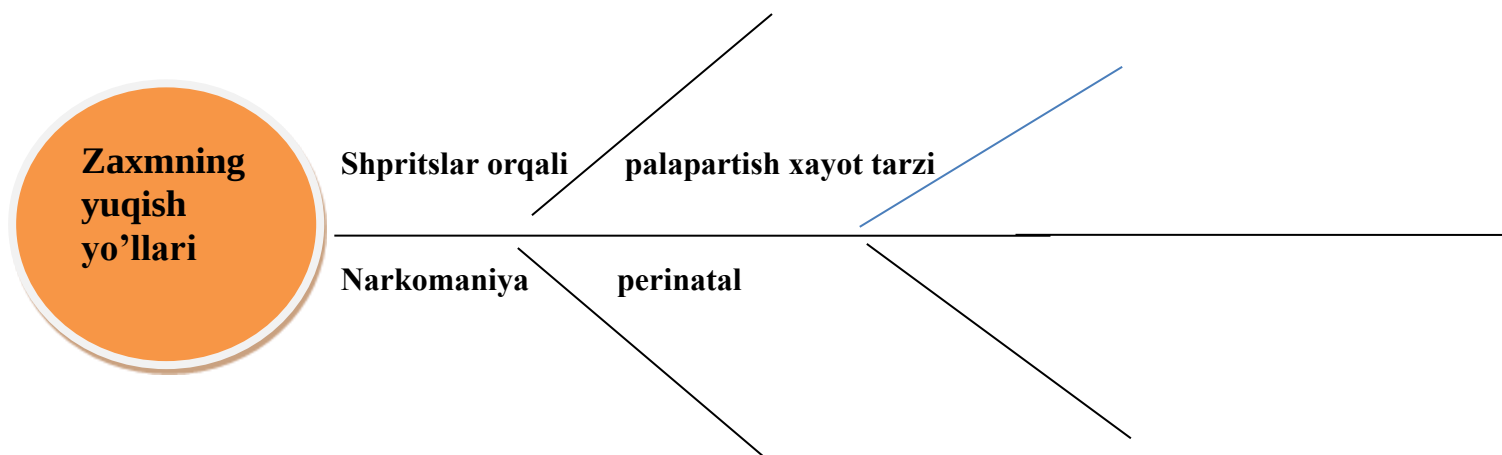
Zaxm (Sifilis): Simptomlar va differensial diagnostika murakkabligi

Zaxmning, ayniqsa, og'iz bo'shlig'idagi namoyon bo'lishi klinik jihatdan juda xilma-xil bo'lib, uni boshqa kasalliklardan farqlash ko'p hollarda qiyin kechadi. Birlamchi zaxm qattiq shankr bilan tavsiflanadi, u og'riqsiz va zich bo'ladi. U oddiy herpes, oddiy yara va hatto saraton bilan ham o'xshash bo'lishi mumkin. Diagnostikaning asosiy dalili serologik reaksiyalar ijobiy bo'lmagan dastlabki davrda rangsiz treponemani aniqlashdir.

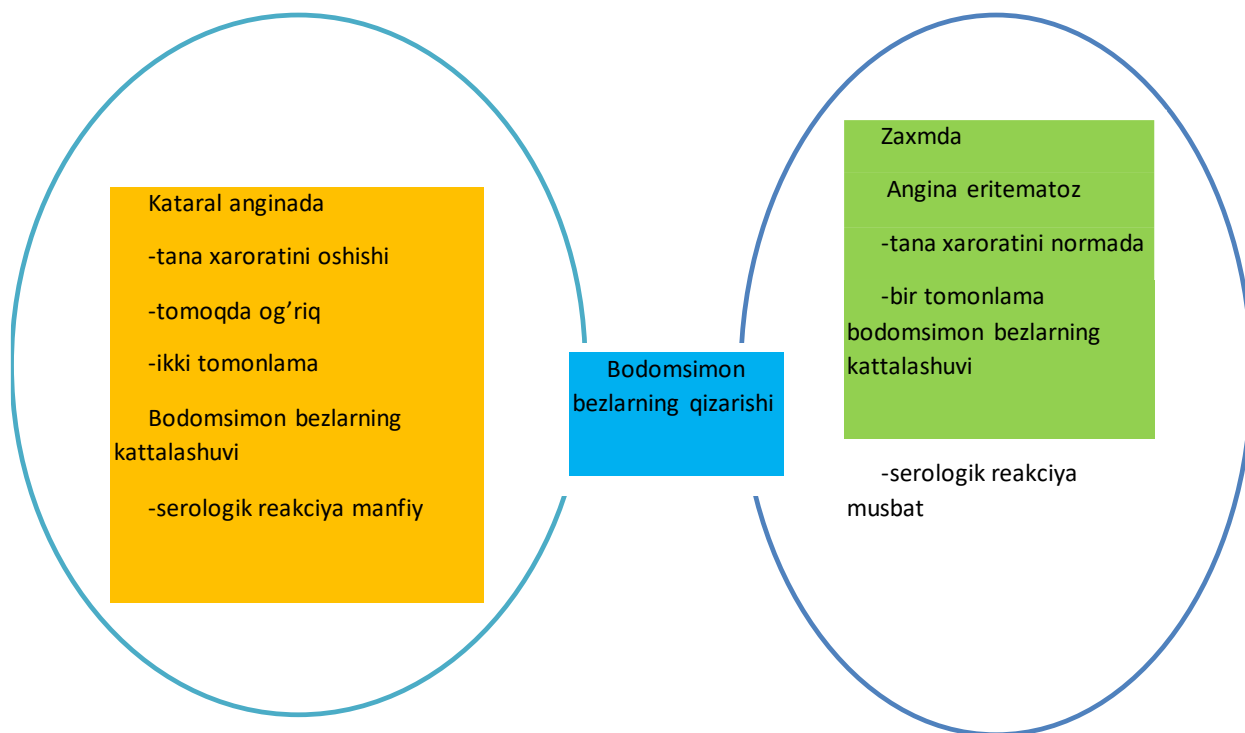
Ikkilamchi zaxm o'zining polimorfizmi bilan ajralib turadi. Bu davrda papula va rozeolalar kabi toshmalar asosan og'riqsiz bo'ladi va ko'pincha boshqa kasalliklar, masalan, keratozlar (leykoplakiya, qizil yassi temiratki), kandidoz, eksudativ eritema va aftoz stomatitlar bilan adashtirilishi mumkin. Ammo zaxmning asosiy belgilaridan biri poliadenti (limfa tugunlarining kattalashishi) hisoblanadi.

Uchlamchi zaxm esa gumma va do'mboqchalar hosil bo'lishi bilan tavsiflanadi. Uning shikastlanishlari chuqur yaralarga aylanadi va bitgandan keyin chandiq qoldiradi. Bu yaralar sil, saraton o'smalari va boshqa kasalliklar bilan adashtirilishi mumkin. Ayniqsa, tildagi gummoz o'zgarishlar "geografik til" yoki deskvamativ

glossitni eslatishi mumkin. Tashxisni tasdiqlash uchun serologik testlar hal qiluvchi ahamiyatga ega.



Venna Diagrammasi



Kandidoz: Opportunistik infeksiya

Kandidoz, og'iz bo'shlig'ida doimiy mavjud bo'lgan Candida zamburug'lari tufayli kelib chiqadigan kasallik bo'lib, u immunitetning pasayishi yoki og'iz bo'shlig'idagi mahalliy sharoitlarning o'zgarishi (masalan, pH darajasining kislotalanishi) natijasida faollashadi. Matnda kasallikning o'tkir va surunkali, atrofik

va giperplastik shakllari ta'riflangan. Kandidoz tashxisida sitologik va mikrobiologik tekshiruvlar muhim o'rin tutadi.

Differensial diagnostika zaxm, keratozlar va boshqa stomatit turlari bilan o'tkaziladi. Kandidoz, ayniqsa, VICH-infeksiyasining markerlaridan biri hisoblanishi uning organizmning umumiy holati bilan bog'liqligini ko'rsatadi. Davolash zamburug'ga qarshi preparatlar, immunitetni kuchaytiruvchi vositalar va og'iz bo'shlig'i gigiyenasini normallashtirishni o'z ichiga olgan kompleks yondashuvni talab qiladi.

Aktinomikoz: Surunkali va chuqur shikastlanish

Aktinomikoz — narsimon zamburug'lar tufayli kelib chiqadigan chuqur infeksiya bo'lib, u og'iz bo'shlig'ida uzoq vaqt davomida rivojlanishi mumkin. Kasallik to'qimalarda zich infiltrat hosil bo'lishi, keyinchalik yumshab, oqma yollar hosil qilishi bilan xarakterlanadi. Uning sekin kechishi va klinik belgilari ko'pincha boshqa kasalliklar, xususan, zaxm, sil va piogen granulyoma bilan o'xshash bo'lishi mumkin. Diagnostika klinik belgilardan tashqari, mikrobiologik, serologik va gistologik tekshiruvlarni talab qiladi. Davolash murakkab bo'lib, jarrohlik aralashuv, antibiotiklar va immunoterapiyani o'z ichiga oladi.

Gonoreya stomatiti: Kam uchraydigan, ammo xavfli infeksiya

Gonoreya stomatiti Neysser gonokokki tufayli kelib chiqadi. U kam uchraydigan, ammo xavfli kasallik bo'lib, ko'pincha jinsiy yo'l bilan yuqadi. Simptomlari asosan og'iz bo'shlig'ining pastki qismlarida yiringli karash va yorqin giperemiya bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning birinchi belgilari halqum va bodomchalarda faringit shaklida kuzatilishi mumkin. Gonoreya stomatitining tashxisi ekssudatni mikroskopik tekshirish orqali gonokokklarning aniqlanishi bilan tasdiqlanadi. Davolash tizimli va mahalliy antibiotikoterapiyadan iborat.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Vensanning yarali-nekrotik gingivostomatiti qanday kasalliklar guruhiga kiradi?
2. Qanday mikroorganizmlar ushbu kasallikning asosiy qo'zg'atuvchilari hisoblanadi?
3. Qanday omillar Vensan gingivostomatiti rivojlanishiga olib keladi?
4. Kasallikning asosiy klinik belgilari nimalardan iborat?
5. Vensan gingivostomatitida og'iz bo'shlig'ining qaysi sohalari ko'proq zararlanadi?
6. Ushbu kasallikning differensial tashhisi nimalarga asoslanadi?
7. Diagnostika tasdiqlash uchun qanday laborator tekshiruv usullari qo'llaniladi?
8. Yarali-nekrotik gingivostomatitni davolash taktikasi nimalardan iborat?
9. Davolashda qanday antiseptik va antibakterial preparatlar ishlatiladi?
10. Ushbu kasallikning oldini olish uchun qanday profilaktik choralar ko'riladi?
11. Sil qanday kasalliklar guruxiga kiradi.
12. Silni kelib chikish sabablari.
13. Sil infeksiyasini yuqish yo'llari.
14. Silni qiyosiy tashxislash
15. Silni klinik ko'rinishi.
16. Silni davolash.
17. Silni profilaktikikasi.
18. Candida zamburug'larini patogenligi kachon namoyon buladi?
19. Kandidoz kimlarda uchrashi mumkin?
20. Kandidozni klinik kurinishlari nimaga bog'lik?
21. Kandidozli stomatit kuprok kimlarda uchraydi?

22. Kandidozli stomatitini ogiz bushligida joylashishi?
23. Kandidoz nima bilan xarakterlanadi?
24. Mikotik bichilish kimlarda uchraydi?
25. Mikotik bichilishni kiyosiy tashxisi.
26. Zaxm va so‘zak kaysi kasalliklar guruxiga kiradi?
27. Zaxm etiologiyasi.
28. So‘zak etiologiyasi
29. Zaxmni klinik belgilari
30. So‘zakni klinik belgilari

Vaziyatli masalalar va testlar kompleksi

Vaziyatli masala №1

4 eshli bola, rangi okish, apatik xolda. Ogiz bushligini ob'OBShK chukur kavatlarida tugunlar kuzatiladi. Tugunlar yumshagan, yaralangan, bosib kurgunda kon aralash yiring ajraladi. Yaralar notekis shaklda, chetlari uyilgan, kam ogrikli. Yaralar bir birlari Bilan fistulyoz yullar Bilan kushilmagan.

Tashxis kuying. Kasallik shaklini aniklang.

1. Silni chakiruvchisi:

- a) Kox tayekchasi*
- b) streptokokk
- c) stafilokokk
- d) Ganzen mikobakteriysi

2. Ogiz bushligida sil kuprok buladi:

- a) birlamchi
- b) ikkilamchi *
- c) uchlamchi
- d) tugma

3. Ogiz bushligi silida birlamchi element xisoblanadi:

- a) pufak
 - b) pustlok.
 - c) dumbokcha*
 - d) erilma
4. Ogiz bushligida kuprok uchraydi:
- a) lab va shillik kavat sili
 - b) sil yuggurugi *
 - c) kollikvativ sil
 - d) miliarno-yarali sil

Vaziyatli masala №2

47 eshli bemor, ogizdagi yaraga shikoyat kiladi.

Anamnezdan ma'lum bulishicha bemor sil dispanserida ruyxatda turadi.

Ob'ektiv xolatda : Yara yuzaki joylashgan, kam ogrikli, tubi sargish eki sargish-kizil karash Bilan koplangan, usib ketgan granulyasiya tukimasi kuzatiladi ,kurinishi malinani eslatadi.Tugmali zond Bilan boskanda zont chukib ketadi.

1. Kaysi birlamchi element yaradan avval paydo buladi :

- a) dog'
- b) dumbokcha *
- c) tuguncha *
- d) kista
- e) pufak

2. Kaysi simptom tugmali zond Bilan aniklanadi.Bu simptom kanday nomlanadi:

- a) Nikolskiy simptomi
- b) «olmali jele» simptomi
- c) Pospelov simptomi *
- d) vazopareza simptom
- e) granulyoma titrash simptomi

3. Kushimcha kaysi tekshirish usulini utkazish mumkin:

- a) EOD
- b) termometriya
- c) Nikolskiy simptomi
- d) «olmali jele» simptomi *
- e) perkussiya

Vaziyatli masala №3

Stomatolog qabuliga 19 yoshli bemor pastki labida ogriqsiz yumalok qizil rangdagi yara borligiga shikoyat bilan keldi .

1. Taxminiy tashxisni quying .

- a)sifilis*
- b)tuberkulyoz
- c)kandidoz
- d)kpl
- e)leykoplakiya

2.Qiyosiy tashxis utqaziladi:

- a)travmatik yara*
- b)SKAS*
- c)qizamik
- d)kandidoz
- e)leykoplakiyaa

Vaziyatli masala №4

19 yoshli bemorda pastki lab kizil xoshiyasida kattik shankr tashxisiga shubxa qilinmoqda. Tashxisni aniqlashtirish uchun qaysi tekshiruv usuli utqazish kerak .

- a)serologik*
- b)funksional
- c)rentgenologik
- d)gistamin probasi
- e)rotter probasi

Vaziyatli masala №5

Bemor N. 35 yoshda. Vrachga tana xarorati 38,5 S gacha ko'tarilganiga, xolsizlikka, bosh ogrishiga, tana suyaklardagi ogrikka shikoyat qiladi. Ob'ektiv ko'rganda teri qoplamlari oqish, jag osti va daxan osti bezlari noxot o'lchamida, zich elastik konsistensiyada, ogriqsiz. Qonda: biroz anemiya, leykositoz, EChT oshishi ko'rinadi. Og'izda tilning yonboshida o'lchami 1sm gacha, ogriksiz, kizil rangdagi eroziya aniklanadi. Eroziya ogriksiz, tubida zich elastik infil'trat bilan.

Tashxis qo'ying. Javob: Birlamchi zaxm.

Sizning taktikangiz Javob: Bemorni teri-tanosil dispanseriga yuborish lozim.

Vaziyatli masala №6

Stomatolog ko'rigidan o'tganda bemor D. 28 yosh, bir tomonlama murtagi qizarganligi shikoyat qiladi. Ob'ektiv ko'rganda o'ng tomonlama murtagi kattiklashgan va kattalashgan, qizil mis rangida. Ogriksiz. Tana xarorati 36,7 S. Regionar skleradenit, poliadenit kuzatiladi.

Tashxis qo'ying. Javob: Birlamchi zaxm.

Sizning taktikangiz. Javob: Bemorni teri-tanosil dispanseriga yuborish lozim.

Vaziyatli masala №7

Shifokor stomatologga 8 oyli bolani onasi ishtaxaning yomonligiga va tilning uzgarishiga shikoyat qildi. Kurikda til, lunj, tanglay, milk, shillik qavatida ok tvoroksimon karash kurinadi..Karashlar olinganda sillik biroz shishgan qizargan yuza aniqlanadi.

1. Taxminiy tashxis.

- a) Molochnisa*
- b) Qizamik
- c) Difteriya

- d) Skarlatina
- e) Kukyotal

2. Profilaktikasi uz ichiga olmaydi:

- a) Vaksinasiya*
- b) Ogiz bushligiga nistatin suzpenziyasini tomchilatish.
- c) Qul va uyinchoqlarga antiseptik ishlov berish
- d) Idish tavoqlarga ishlov berish.
- e) Ota-onalarga tushintirish ishlarini olib borish.

Vaziyatli masala №8

Stomatologga 8 oylik bolaninig onasi bolada ishtaxaninig yukligi va tilni uzgarishiga shikoyat kilib keldi. Ob'ektiv kurilganda til, lunj, tanglay va milk shillik kavatida okish tvorogsimon karash borligi kurildi. Karash kirib olinganda sillik, giperemiyalangan va ozgina shishgan yuza ochildi.

1.Taxminiy tashxis quying:

- a) kandidozli stomatit *
- b) qizil yassi temiratki
- c) leykoplakiya
- d) allergik stomatit
- e) sil yuguriki

2.Qiyosiy tashxis utkazing:

- a) leykoplakiya
- b) qizil yassi temiratki
- c) allergik stomatit
- d) sifilitik papula
- e) barcha javob tugri *

3.Kandidozli stomatit tashxisi topilganda kuyiladi:

- a) candida urugiga mansub zamburuglar yakka xolda bulishi
- b)kup mikdorda candida zamburuk xujayralarini koloniyalar tuplami
(buraksimon kupayishi) *

- c) Vensona spiroxeta koloniyalari
- d) oqish treponema
- e) Tsank xujayralari

Vaziyatli masala №9

68 yoshli bemor ogzini ochganda ogrishiga, ogiz burchaklarini achishishiga shikoyat qiladi. Ob'ektiv kurilganda: ogiz burchaklarida oson olinadigan oqish karash bilan qoplangan eroziyalar aniqlanadi. Lablarninig jipslashtirganda eroziyalar kurinmaydi. Lab shillik qavatida epiteliy maserasiyasi aniklanadi. Taxminiy tashxis kuying. Tashxisni tasdiklash uchun kandy qushimcha usullari utkazishsh mumkin?.

1. Taxminiy tashxis kuying

- a) kandidoz*
- b) allergik stomatit
- c) qizil yugurigi
- d) leykoplakiya
- e) KYaT

2. Tashxisni tasdiklash uchun kandy kushimcha usullari utkazishsh mumkin?.

- a) mikrobiologik*
- b) gistamin proba
- c) til osti probasi
- d) immunologik
- e) serologik reaksiya

Vaziyatli masala №10

Stomatolog kabuliga 30 yoshli bemor ogiz bushligida kuyish shikoyati bilan murojaat qildi. Anamnezidan bemor pnevmaniya bilan kasallangan, gentamisin ineksiyasini qabul qilgan.Ogiz bushlig'i kurig'ida giperemiya ,engil kuchadigan ok karashni kurish mumkin .

1. Taxminiy tashxisni kuying.

- a)kandidoz*

- b)allergik stomatit
- c)qizil yassi temratki
- d)leykoplakiya
- e)kpl

2. Kandidoz tashxisini tasdiqlash uchun surtmada nima aniklanadi?

- a) miseli va candida albicans zamburug kaloniyasi *
- b) candida albicans zamburugi
- c) ok treponema
- d) kox tayokchalari
- e) lefyor tayokchalari

Vaziyatli masala №11

Bemor 72 yoshda. 2 oy davomida ogʻiz burchaklarida vaqti-vaqti bilan qobiqchalar paydo boʻlishidan, ogʻizni ochishda achishish va ogʻriqdan shikoyat qiladi.

Anamnezida – gipertonik kasallik; 5 yildan beri yuqori va pastki jagʻda olinadigan plastinkali protezlarni taqib yuradi.

Pastki yuz uchdan bir qismining balandligi kamaygan. Oʻng va chap ogʻiz burchaklarida chuqur teri burmalarida biroz namlanib turgan eroziyalar, ularni oʻrab turgan yupqa kulrang tangachalar mavjud. Lablarning qizil chekkasi quruq.

Yuqori jagʻdagi protez oʻrni shilliq qavati giperemiyalashgan, quruq, biroz ogʻriqli. Qoplama yoʻq. Olinadigan protezlarning gigiyenik holati qoniqarsiz. Davolash uchun romashka va shalfey damlamalari qoʻllanilgan, ammo samarasi boʻlmagan.

Differensial diagnostika oʻtkazing, tekshiruv va davolash rejasini belgilang.

Vaziyatli masala №12

Bemor 23 yoshda, ogʻiz boʻshligʻida keskin ogʻriq, ogʻizdan yoqimsiz hid kelishi, soʻlak ajralishining ortishi haqida shikoyat qilib murojaat qildi. Umumiy

ahvoli yomonlashganini, holsizlik, bosh og'rig'i, tana haroratining yuqoriligi (38,5°S), ishtaha va uyquning yo'qligini qayd etadi. O'zini 3 kundan beri xasta hisoblaydi.

Ko'rikda: teri qoplamlari oqarib ketgan, o'ng tomondagi mintaqaviy limfa tugunlari kattalashgan, harakatchan, og'riqli. Tishlarda mo'l yumshoq qoplama mavjud. Milk shishgan, giperemiyalangan. Yumshoq qoplama olib tashlanganda pastki jag'ning old tishlari sohasidagi tish oralig'idagi milk so'rg'ichlari chetida nekrotik qirra aniqlanadi.

Topshiriq:

- Kasallik tashxisini qo'ying.
- Kasallik sabablarini ko'rsating.
- Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

Vaziyatli masala №13

Bemor 66 yoshda, stomatologga tilida “yara”, ovqatni chaynashning qiyinlashuvi haqida shikoyat bilan murojaat qildi. So'nggi 10 yil davomida vaqti-vaqti bilan og'iz bo'shlig'ida “yaralar” paydo bo'lishini qayd etadi. Tibbiy yordamga murojaat qilmagan.

Pastki yuz qismi balandligi kamaygan, burun orqa qismi cho'kkan – egarsimon burun. Pastki jag' osti limfa tugunlari biroz kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan. Lablarning qizil chekkasi o'zgarishsiz. To'liq adentiya.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati oqish-pushti rangda, o'rtacha namlangan. Tilning ustki qismida dumaloq, kraterga o'xshash shakldagi yara mavjud, qattiq, ko'tarilib turgan chetlari bor, palpatsiyada og'riqli. Yumshoq tanglay sohasida chandiqli o'zgarishlar aniqlanadi, kichik tilchasi yo'q.

Topshiriq:

- Dastlabki tashxisni qo'ying.
- Differensial diagnostika o'tkazing.
- Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

Vaziyatli masala №14

Bemor 45 yoshda, og‘iz bo‘shlig‘ida kuchli og‘riq, milklarning shishishi va qonashi, og‘izdan yoqimsiz hid kelishi haqida shikoyat qiladi.

Anamnez: 5 yildan beri chekish bilan shug‘ullanadi, muntazam stomatologik ko‘rikdan o‘tmagan. Og‘iz gigiyenasiga yetarli e‘tibor bermagan.

Ko‘rikda: milklar shishgan, qizargan, palpatsiyada og‘riqli. Tishlarda ko‘p miqdorda yumshoq va qattiq qoplamalar bor. Pastki old tishlar sohasida milk cho‘kishi va yiringli ajralma kuzatiladi. Tishlar biroz harakatchan.

Topshiriq:

- Tashxis qo‘ying.
- Kasallikning asosiy sabablarini ko‘rsating.
- Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

Vaziyatli masala №15

Bemor 57 yoshda, tilida paydo bo‘lgan oq dog‘lar va ovqat chaynashdagi qiyinchilik haqida shikoyat qiladi. Yaqinda tilida biroz achishish sezgan.

Anamnez: 20 yildan beri surunkali gastrit bilan og‘riydi. Spirtli ichimlik iste‘moli bo‘ladi. Stomatologga oxirgi marta 3 yil oldin murojaat qilgan.

Ko‘rikda: tilning yon qirrasida oqish rangdagi, biroz ko‘tarilgan, aniq chegaralangan dog‘lar aniqlanadi, palpatsiyada biroz og‘riqli. Lablarning qizil chekkasi va milklar deyarli o‘zgarishsiz. Submandibulyar limfa tugunlari kattalashmagan.

Topshiriq:

- Dastlabki tashxisni qo‘ying.
- Differensial diagnostika o‘tkazing.
- Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

Testlar

1. Silni nima chakiradi
 - A. kox tayokchasi*
 - B. kandida urugidagi zamburugsimon xujayralar
 - C. striptakokklar
 - D. stafilakokklar

2. Ogiz bo‘shligining shillik kavatidagi sil ko‘pincha:
 - A. ikkilamchi*
 - B. birlamchi
 - C. uchlamchi
 - D. tugma bo‘ladi

3. Sil yugirigidagi birlamchi element:
 - A. do‘mbokcha*
 - B. pufak
 - C. kipikcha
 - D. yorik

4. Lyupomani tashxis ko‘yishda kaysi usullar ko‘llaniladi:
 - A. zondalash va diaskopiya*
 - B. rentgen va ultratovush izlanish
 - C. radioizlanish
 - D. diaskopiya

5. Lyupus- karsinoma bu:
- A. sil yarasidan xosil bo'lgan saraton*
 - B. saraton shishi parchalangan joyda xosil bo'lgan yara
 - C. lyupoma o'rnida xosil bo'lgan yara
 - D. surunkali yorik o'rinda xosil bo'lgan saraton
6. Trel donachalari kachon aniklanadi:
- A. miliar yarali silda*
 - B. birlamchi sil kompleksida
 - C. sil yugirigida
 - D. kolikvativ silda
7. Miliar yarali sil sil rivojlanadi:
- A. sil reaksiyasi musbat bo'lganda*
 - B. sil reaksiyasi manfiy bo'lganda
 - C. sil reaksiyasi musbat va manfiy bo'lganda
 - D. sil reaksiyalari axamiyatga ega emas
8. Sil yugirigi kaysi kasalliklar bilan takkoslanadi:
- A. do'mboksimon zaxm, moxov, kizil yugirik bilan*
 - B. kizil yugirigi, kizil yassi temiratki, leykoplakiya bilan
 - C. do'mboksimon zaxm, Vensan yarali-nekrotik stomatiti bilan
 - D. kandidoz, moxov, zaxm bilan
9. Sil chakiruvchisi:
- A. Kox tayokchasi*
 - B. spiroxetalar
 - C. oddiy virus
 - D. zamburug

E. fuzospirosetalar

10. Ogiz bushligida sil kuprok namoyon buladi:

- A. Sil yugurgi*
- B. OBShK va lab birlamchi sili
- C. kollikvasion sil
- D. milliar yarali sil
- E. gummoz sil

11. Silda birlamchi patologik elementlar:

- A. dumbokcha*
- B. pufak
- C. tangacha
- D. yorik
- E. afta

12. Silda kaysi birlamchi element yaradan oldin paydo buladi:

- A. dumbokcha*
- B. dog
- C. kista
- D. pufakcha
- E. yiringcha

13. Tugmachasimon zond bilan kaysi sinama aniklanadi:

- A. Pospelov*
- B. olma jelesi
- C. Nikolskiy
- D. vazaporetz
- E. granulema titrashi

14. Sildagi yarani korinishi:

- A. diametri 1-1,5 sm emirilish*
- B. cheti kazilgan, notekis*
- C. tubi kattiklashgan, kir kul rang karash*
- D. chetlari anik, dumalok
- E. paypaslaganda ogriksiz
- F. chukur joylashgan

15. Sildagi yarani joylashgan soxasi:

- A. tanglay shillik kavatida*
- B. til yuzasida*
- C. lunj shillik kavatida*
- D. milkda
- E. tish milk chuntaklarida
- F. til ostida

16. Sil davolanadi:

- A. sil dispanserlarida*
- B. ftiziatrlar bilan*
- C. sil ilmiy tekshirish institutlarida*
- D. teri tanosil dispanserlarida
- E. gastroenterologlar bilan
- F. infeksiyalar bilan

17. Silni umumiy davolashda ishlatiladi:

- A. ftivazid*
- B. streptomisin*
- C. vitamin D*
- D. prednizolon
- E. suprastin

F.aspirin

18.Silga kanday simptomatika xarakterli:

A.Pospelov sinamasi*

B.Trel donachalari*

C.Olma jelesi*

D.Nikolskiy sinamasi

E.Grinshpan

F.Ramzana-Xunta

19.Silda maxalliy davo:

A.Ftivazid malxami*

B.fermentlar*

C.streptomisin malxami*

D.florenal

E.gerpevir

F.gossipal

20.Sil tashxislanadi:

A.papulyoz sifilis*

B.moxov*

C.kizil yugurik*

D.kizil yassi temiratki

E.kup shaklli ekssudativ eritema

F.suzakli stomatit

21.Lyupoma-bu:

A.Chegaralangan element*

B.avval tekis element*

C.tunogich boshchasi kattaligida*

D.paypaslaganda kattik

E.jigar rang

F.ogrikli

22.Lyupomaga xos belgilar:

A.periferik usish*

B.Yonidagi elementlar bilan kushilish*

C.blyashkalar xosil kilish*

D.aftalar paydo buladi

E.yiringcha buladi

F.kavarchik buladi

23.Sil patogenezida muxim axamiyatga ega bulgan omillar:

A.organizmning umumiy xolati*

B.ovkatlanish xarakteri*

C.uy ruzgor sharoiti*

D.ichkilik

E.allergiya

F.virus tashuvchi

24.Sildagi umumiy xolat:

A.ozib ketish*

B.terlash*

C.xansirash*

D.bezovta kilmaydi

E.konikarli

F.axvoli yaxshi

25.Zaxmning kelib chiqish sababchisi:

A) oqish treponema*

- B) gonokokklar
- C) ogʻiz trixonomadasi
- D) Kox tayoqchalai
- E) fuzospiroxeta

26. Boshsizlantirilgan zaxm oqish treponema qaerga tushsa rivojlanadi:

- A) birlamchi qonga tushganda*
- B) jinsiy aloqa yoʻli sababli
- C) yoʻldosh orqali onadan bolaning organizmiga
- D) uy roʻzgʻor buyumlaridan
- E) ona sutidan

27. Zaxmni oʻrtacha inkubasion davri:

- A) 3-4 hafta*
- B) 5-6 kun
- C) 5-6 yil
- D) 7-8 oy
- E) 6-7 oy

28. Zaxmni ikkilamchi davri qaysi belgilar bilan boshlanadi:

- A) rozeolez-papulez toshmalari bilan*
- B) regionar skleradenit bilan
- C) qattiq shankr paydo boʻlishi bilan
- D) poliadenit
- E) limfadenit

29. Shankr-amigdalit kaysi belgi bilan kechadi:

- A) angina shaklida*
- B) yara shaklida
- C) yorik shaklida

- D) pufakchali temiratki shaklida
- E) papula shaklida

30. Birlamchi zaxmda regional limfa bezlari:

- A) kattalashgan, ogʻriqsiz*
- B) kattalashgan, engil ogʻriqli
- C) kattalashgan, atrof toʻqima bilan tutashgan
- D) kattalashgan, xarakatchan
- E) kattalashmagan

31. Zaxmga qarshi emlash:

- A) qoʻllanilmaydi*
- B) qilish shart
- C) qilinadi
- D) mumkin emas
- E) taqiqlanadi

32. Zaxmni uchlamchi davriga xos:

- A) uzoq vaqt kechishi *
- B) gummalar xosil boʻlishi*
- C) doʻmbokchali yalligʻlanish*
- D) tez kechishi
- E) pufaklar xosil boʻlishi
- F) aftalar boʻlishi

33. Uchlamchi zaxm qieslanadi:

- A) milliar- yarali sil bilan*
- B) ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavati saratoni bilan*
- C) sil yugurigi bilan*
- D) poʻrsildoq bilan

- E) ko‘p shaklli ekssudativ eritema bilan
- F) surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit bilan

34. Zaxmda vrach stomatolog taktikasi:

- A) bemorni teri tanosil dispanseriga yuborish*
- B) asboblarni sterilizatsiyasni kuchaytirish*
- C) ximoya vositalaridan foydalanish*
- D) bemorni sil dispanseriga yuborish
- E) sterilizatsiya muxim emas
- F) ximoya vositasi shart emas

35. Qattiq shankr atipik shakllarini ko‘rinishi:

- A) shankr-yorik*
- B) shankr-bichilish*
- C) anginaga uxshash*
- D) kistali
- E) milliar- yarali
- F) aftali

36. Qattiq shankrda kuzatiladi:

- A) diametri 1-2 sm li eroziya*
- B) eroziya o‘rtasi qizil go‘sht rangida*
- C) chetlari likobchasimon*
- D) o‘rtasi do‘mboqchali
- E) atrofi qazilgan
- F) tubi yumshoq

37. Qattiq shankr atipik ko‘rinishi:

- A) anginaga uxshash*
- B) yarasimon *

- C) shankr bichilish *
- D) aftali
- E) kistoz
- F) milliar-yarali

38. Zaxmni klinik davrlari bo'lad:

- A) birlamchi*
- B) ikkilamchi*
- C) uchlamchi*
- D) visseral
- E) meningial
- F) tug'ma

39. Birlamchi zaxmni davrlari:

- A) seronegativ*
- B) seropozitiv*
- C) serologik reaksiya utkazilmaydi
- D) serologiyani axamiyati yuk

40. Oqish treponemani yukish yullari:

- A) jinsiy*
- B) tugma*
- C) xavo -tomchi
- D) alimentar

41. Ikkilamchi zaxmga patologik elementlar:

- A) razeola*
- B) papula*
- C) blyashka
- D) pufakcha

42. Suzak ogiz bushligida namoyon buladi:

- A) suzakli stomatit*
- B) suzakli gingivit*
- C) suzakli uretrit
- D) suzakli miningit

43.Kandidozni chaqiradi:

- A) Candida zamburug‘lari *
- B) Kox tayoqchasi
- C) Vensan spiroxetasi
- D) streptokokklar
- E) oqish treponema

44.Kandidozni eng ko‘p uchraydigan shakli:

- A) kandidozli stomatit*
- B) visseral kandidoz
- C) xiqildok kandidozi
- D) til kandidozi
- E) lab kandidozi

45.Kandidozli stomatit qaysi kasallikni belgisi bo‘lib xisoblanadi:

- A) qandli diabetni yashirin turi*
- B) zaxm
- C) oshqozon – ichak trakti patologiyasi
- D) jigar patologiyasi
- E) sil

46.Kandidozli glossitda tildagi karash bo‘ladi:

- A) oson olinadigan oq rangli*

- B) olinmaydigan kulrang
- C) oqish qipiqchalar
- D) qiyin olinadigan kulrang
- E) oqish papulalar

47.Kandidoz tashxisi qo'yiladi:

- A) yakka joylashgan Candida zamburug' xujayralari aniqlanganda*
- B) kokk mikroflorasi
- C) Vensan spiroxetalari koloniyalari aniqlanganda
- D) ko'p miqdordagi oqish treponemalar aniqlanganda
- E) Kox taekchalari aniqlanganda

48.Kandidozli stomatitda oqish karash olingandan so'ng qanday yuza ochiladi:

- A) eroziv, qonab turuvchi*
- B) zich, og'riqsiz
- C) rangsiz, siyrak
- D) patologik o'zgarmagan
- E) zich, kulrang

49.Mikotik bichilishda eroziyalar joylashadi:

- A) og'iz burchaklarida*
- B) lab qizil xoshiyasida
- C) og'iz shilliq qavatida
- D) tilda
- E) tanglay shilliqqavatida

50.Kandidozni davolashda qo'llaniladi:

- A) kanesten*
- B) vitamin D
- C) geparin

D) sanorin

E) lidokain

51. Kandidozga qarshi preparat bo'lib xisoblanadi:

A) flyukanozol*

B) vitamin D

C) geparin

D) sanorin

E) lidokain

52. Molochnisa ko'proq uchraydi:

A) chaqaloqlarda*

B) yoshlarda

C) bog'cha yoshidagilarda

D) maktab o'quvchilarida

E) gipertoniklarda

53. Kandidozni maxalliy davolash uchun qo'llaniladi:

A) dekamin*

B) analgin

C) aspirin

D) lidokain

E) sanorin

54. Kandidoz ko'proq uchraydi:

A) chaqaloqlarda*

B) qandli diabet kasalligida*

C) keksa madorsiz kishilarda*

D) anemiyada

E) gipertoniklarda

F) gipotoniklarda

55.Oʻtkir psefdomembranoz kandidoz qaysi kasallik bilan taqqoslanadi:

A) qizil yassi temiratki*

B) leykoplakiya*

C) glossalgiya*

D) yuz nervi nevriti

E) aktinik xeylit

F) qizil yuguruk

56.Kandidoz maxalliy davolanadi:

A) ishqorlar bilan chayish*

B) ogʻiz boʻshligʻi sanasiyasi*

C) zamburugʻga qarshi malxamlar*

D) antibiotiklar

E) kortikosteroidlar

F)virusga qarshi preparatlar

57.Kandidozli karashda aniqlanadi:

A) epiteliy deskvamasiyasi*

B) ovqat qoldiqlari*

C) zamburugʻlar*

D) spiroxetalar

E) viruslar

F) kokklar

58.Kandidozda maxalliy davo:

A) levorin*

B) dekamin*

C) nistatin*

- D) gentamisin
- E) gerpevir
- F) oksolin

59. Kandidozi bo'lgan bemorlar ko'proq shikoyat qilishadi:

- A) og'iz bo'shlig'i shilliq qavatni rangini o'zgarishiga*
- B) achishishga*
- C) og'iz qurishiga*
- D) og'riqqa*
- E) og'iz bo'shlig'i shilliq qavati o'zgarishsiz
- F) og'riq yo'q
- G) shikoyat yo'q
- H) bosh og'rig'i

60. Mikotik bichilish ko'proq bo'ladi:

- A) keksalarda*
- B) adentiyada*
- C) patologik edirilishda*
- D) progeniyada*
- E) yoshlarda
- F) xarbiylarda
- G) sportchilarda
- H) ortognatik prikusda

61. Zamburug'ga qarshi preparatlar:

- A) levorin*
- B) nizoral*
- C) flyukanozol*
- D) gerpevir
- E) asiklovir

F) karotolin

62.Kandidozda umumiy davo:

- A) levorin*
- B) flukanazol*
- C) nistatin*
- D) selkoseril
- E) gerpevir
- F) analgin

63.Kandidozli stomatit qaysi kasallik bilan taqqoslanadi:

- A) leykoplakiya *
- B) qizil yassi temiratki*
- C) oq nevus*
- D) ko‘p shaklli ekssudativ eritema
- E) allergiya
- F) ximik jaroxat

64.Kandidoning klinik ko‘rinishida kuzatiladi:

- A) oq karash*
- B) karash olinadi*
- C) karash olinganda giperemiyalangan yuza*
- D) karash kulrang
- E) karash olinmaydi
- F) ko‘p pilakchalar bor

65.Kandidozda vrach stomatolog taktikasi:

- A) og‘iz bo‘shlig‘i sanasiyasi*
- B) rasional ortopedik davo*
- C) zamburug‘ga qarshi preparatlar*

- D) sil dispanseriga yuborish
- E) antibiotiklar buyurish
- F) analgetiklar buyurish

66. Mikotik bichilish kuprok uchraydi:

- A) keksalarda*
- B) adentiyada*
- C) patologik emirilishda*
- D) yoshlarda
- E) chala tugʻilgan goʻdaklarda
- F) sportchilarda

67. Candida zamburugʻi patogenlikka oʻtish sharoiti boʻlishi mumkin:

- A) gipovitaminoz V2, V6*
- B) uglevod almashinuvining buzilishi*
- C) antibiotiklarni uzoq muddat ichish*
- D) stress
- E) uy sharoitlari
- F) fizik jaroxat

68. Kandidozni tekshirish uchun material olinadi:

- A) ertalab qorin ochida*
- B) tish yuvilmaydi*
- C) tish yuviladi
- D) antibiotik ichiladi

69. Kandidoz sababchisi:

- A) disbakterioz*
- B) uglevod almashinuvi buzilishi*
- C) stress
- D) sovuk qotish

70. Kandidozli stomatit qaysi kasallik bilan taqqoslanadi:

- A) leykoplakiya *
- B) qizil yassi temiratki*
- C) oq nevus*
- D) streptokokkli bichilish*
- E) ko'p shaklli ekssudativ eritema
- F) allergiya
- G) ximik jaroxat
- H) qattik shankr

Adabiyotlar ro'yxati

1. Kamilov X.P. Ibragimova M.X., Taxirova K.A., Kadirbaeva A.A., Og'iz bo'shlig'iva lablar shilliq qavatining kasalliklari/ darslik 2022yil
2. Kamilov X.P., Axmedov K.R. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklari. O'quv kullanma. - Toshkent. Turon zamin ziyo. 2016 y.
3. Jean M. Bruch.Nathaniel S. Treister. Clinical Oral Medicine and Pathology. Springer International Publishing. Darslik. 2- chi nashr. Amerika Qo'shma Shtatlari (AQSH). 2016 y.
4. Kamilov X.P., Ibragimova M.X., Taxirova K.A., Кадырбаева А.А. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklari: Darslik. Toshkent. 2023y.
5. Kamilov X.P., Axmedov K.R. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklari, O'quv qo'llanma. Toshkent. 2016 y.
6. Jean M. Bruch.Nathaniel S. Treister. Clinical Oral Medicine and Pathology. Springer International Publishing, 2016. 2- chi nashr. Amerika Qo'shma Shtatlari (AQSh). 2016y.
7. Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta : ucheb.-metod. posobie dlya studentov Tatyana Nikolaevna, Borisenko, Lyudmila Grigorevna, Semchenko, Irina Mixaylovna - Minsk : BGMU, 2022.
8. Xargrivz, Kennet M. Endodontiya / Xargrivz, Kennet M., Berman, Luis G. ; veb- I. Rotshteyn ; nauch. red. per. A. V. Mitronin. - Moskva : Geotar-Media, 2022. - 1030
9. Terapevticheskaya stomatologiya : uchebnik / Yanushevich, Oleg Olegovich, Maksimovskiy, Yuriy Mixaylovich, Maksimovskaya, Lyudmila Nikolaevna, Orexova, Lyudmila Yurevna. - Moskva : Geotar-Media, 2016.
10. Rogatskin D.V. Luchevaya diagnostika v stomatologii - 2D/3D : ucheb. posobie / Rogatskin, Dmitriy Vasilevich ; red. M. B. Priyampolskaya, M. Ya. Gurdji. - Moskva : 2021.
11. Bork K., Burgdorf V., Xede N. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari. 2020 yil- 149-180

GLOSSARIY/ГЛОССАРИЙ/ GLOSSARY

Aktinomikoz – turli to‘qima strukturasi va a‘zolarining surunkalispesifiyallig‘lanish kasalligi bo‘lib, to‘lqinsimon kechishi bilan ajralib turadi.	Актиномикоз - хроническое специфическое воспалительное заболевание с поражением различных тканевых структур и органов, характеризующееся волнообразным длительным течением.	Actinomycosis is a chronic specific inflammatory disease with damage to various tissue structures and organs, characterized by a long-term, wave-like course.
Afta – shilliq qavatning diametri 1-5 mm , oq-sarig‘ish karash bilan qoplangan va atrofida giperemiyalangan gardishi bor yumaloq yoki oval shakldagi yuza nuqsoni, yaralanishi.	Афты - поверхностные болезненные изъязвления слизистой оболочки, реже кожи, округлой формы, диаметром 1-5 мм, покрытые беловато-желтым налетом и окруженные красным ободком гиперемии.	Aphthae are superficial painful ulcers of the mucous membrane, less often of the skin, round in shape, 1-5 mm in diameter, covered with a whitish-yellow coating and surrounded by a red rim of hyperemia.
Aftoz stomatit – og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatning surunkali yallig‘lanishi, natijada vaqti vaqti bilan qaytarilib va remissiyada turuvchi aftalar paydo bo‘lishi.	Афтозный стоматит - хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующиеся возникновением афт, протекающие с периодическими обострениями и ремиссиями.	Aphthous stomatitis is a chronic inflammatory disease of the oral mucosa, characterized by the occurrence of aphthae, occurring with periodic exacerbations and remissions.
Biopsiya (biopsia). Tashxislash maqsadida organizmdan to‘qima olib, patologiyani aniqlash uchun (yallig‘lanish, o‘sma va b.) uni mikroskopik tekshirish.	Биопсия (biopsia). Метод исследования для установления диагноза, предполагающий забор кусочка ткани организма и последующее его микроскопическое исследование на выявление патологии (воспаления, опухоли и пр.)	Biopsy (biopsia). A method of research for establishing a diagnosis, which involves taking a piece of body tissue and its subsequent microscopic examination to identify pathology (inflammation, tumor, etc.)
Glossit – yallig‘lanish oqibatida til to‘qimalarining patologik holatga kelishi, ko‘pincha infeksiya tabiatlichaqirilgan bo‘lganda generalashgan stomatit ko‘rinishida, yoki organizmning boshqa kasalliklari simptomi bo‘lishi mumkin.	Глоссит - патологическое состояние тканей языка воспалительного характера, представляющее собой либо генерализованный стоматит, чаще инфекционной природы, либо симптом общего заболевания организма.	Glossitis is a pathological condition of the tissues of the tongue of an inflammatory nature, which is either generalized stomatitis, often of an infectious nature, or a symptom of a general disease of the body.
Limfadenit - limfatiktugun yallig‘lanishi.	Лимфаденит - воспаление лимфатического узла.	Lymphadenitis is an inflammation of the lymph node.

Limfangit - regional limfadenit bilan birga kechuvchi limfa tomirlarni yalligʻlanishi.	Лимфангит - воспаление лимфатических сосудов, которое обычно сочетается с регионарным лимфаденитом.	Lymphangitis is an inflammation of the lymphatic vessels, which is usually combined with regional lymphadenitis.
Mikoz(kandidoz) - Candida achitqisimon zamburugʻ bilan chaqirilgan shilliq qavat kasalligi.	Микозы (кандидозы) - заболевания слизистой оболочки, вызванные дрожжеподобными грибами рода Candida.	Mycoses (candidiasis) are diseases of the mucous membrane caused by yeast-like fungi of the genus Candida .
Yara – bu toʻqimalarning mexanik zararlanishi natijasida teri, shilliq qavat, koʻzning shox qavati, sklera butunligi buzilishiyuzaga kelishi mumkin	Рана - это механическое повреждение тканей с нарушением целостности покровов (кожа, слизистая оболочка, склера, роговица).	Wound - this is mechanical damage to tissues with disruption of the integrity of the integument (skin, mucous membrane, sclera, cornea).
Eroziya – tish toʻqimalarini (emal, dentin) progresslanuvchi kamayishi.	Эрозия - прогрессирующая убыль тканей зубов (эмали и дентина) недостаточно выявленной этиологии.	Erosion is a progressive loss of dental tissue (enamel and dentin) of insufficiently identified etiology.
Etiologiya – kasallikni rivojlanish sabablari zabolevaniya.	Этиология - причины возникновения заболевания	Etiology - causes of the disease

MUNDARIJA

	Kirish.....	3
I BOB	BAKTIERIAL STOMATITLAR.....	
1.1	Eroziyali stomatit.....	4
1.2	Vensan yarali-nekrotik stomatit.....	5
1.3	Simonovskiy-Plaut-Vensan anginasi.....	15
1.4	Noma.....	16
1.5	Skarlatina.....	19
1.6	Sil kasalligi (Tuberkulyoz).....	21
1.7	Moxov (Hansen kasalligi).....	28
1.8	Zaxm (Sifilis).....	36
1.9	So'zak stomatiti.....	50
II	ZAMBURUG'LI STOMATITLAR	52
BOB		
2.1	O'tkir kandidoz.....	54
2.2	Surunkali kandidoz.....	55
2.3	Mikotik zayeda.....	58
2.4	Aktinomikoz	64
	NAZORAT SAVOLLARI.....	73
	VAZIYATLI MASALALAR.....	75
	TESTLAR	84
	GLOSSARIY.....	102
	ADABIYOT RO'YHATI	105