

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

**YUZ-JAG‘ JARROHLIGI (CHAKKA-PASTKI JAG‘ BO‘G‘IMINING
SHIKASTLANISHI VA KASALLIKLARI)**

O‘quv qo‘llanma

(Yuz-jag‘ jarrohligi fanidan)

Bilim sohasi: 900000 - Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta’minot

Ta’lim sohasi: 910000 - Sog‘liqni saqlash

Ta’lim yo‘nalishi: 60910100 – Stomatologiya

2026-yil

Tuzuvchilar:

Narmaxmatov Bayramali Toshpulatovich - tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent davlat tibbiyot universiteti, dotsent.

Tufliyev Azimjon Abdiraximovich - tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent davlat tibbiyot universiteti, katta o'qituvchi.

Taqrizchilar:

A.M. Azimov – Toshkent davlat tibbiyot universiteti Jarrohlik stomatologiyasi va dental implantologiya kafedrası mudiri, t.f.d., dotsent

Z.K. Raximov – Buxoro davlat tibbiyot instituti xirurgik stomatologiya kafedrası mudiri, t.f.d., dotsent.

O'quv qo'llanma "Yuz-jag' jarrohligi" fanini o'rganish uchun qo'yilgan talablarga mos xolda tayyorlandi.

O'quv qo'llanma CHPJB patologiyasiga ega bo'lgan bemorlarni tashxislash, uning klinikasi, davolash va reabilitatsiyasi, ushbu sohaning anatomik tuzilishini o'ziga xosliklarini hisobga olish bilan "Chakka-pastki jag' bo'g'imining kasalliklari va shikastlanishlari" mavzusini har tomonlama qamrab olgan, shuningdek mazkur guruh kasalliklarini oldini olish masalalari ko'rib chiqilgan. Qo'llanma shuningdek klinik fikrlashni shakllantirish va o'qilgan ma'lumotlarni mustahkamlash uchun ko'rgazmali materiallar, testlar va vaziyatli masalalarni o'z ichiga olgan.

O'quv qo'llanma 14.00.21-Stomatologiya mutaxassisligi bo'yicha oliy o'quv yurti talabalari uchun mo'ljallangan.

1. CHAKKA –PASTKI JAG‘ BO‘G‘IMI KASALLIKLARINING TASNIFI

Mahalliy va xorijiy ilmiy adabiyotlarda CHPJBkasalliklarini tasniflashda turli atamalardan foydalanish davom etmoqda, bu esa mutaxassislarni bir birini tushunishini turli qiyinchiliklarga olib keladi. KXT-10 ga mos xolda CHPJBning ikkita mustaqil guruhlarini farqlanadi:

► XII sinf. Yuz-jag‘ anomaliyalari (tishlam anomaliyalarini ham o‘z ichiga oladi).

- 6 bo‘lim. Chakka-pastki jag‘ bo‘g‘im kasalliklari.

1. Chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imidagi og‘riqli sindrom.

2. Qarsillovchi jag‘lar.

3. Chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imini chiqishi va chiqish osti holati.

4. Boshqa ruknlar ostida tavsiflanmaydigan, chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imidagi og‘riqlar.

5. Boshqa ruknlar ostida tavsiflanmaydigan, chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imi qiyin harakatlanishi.

6. Chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imidagi osteofitlar.

7. Chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imidagi boshqa aniqlashtirilgan kasalliklar.

8. Aniqlashtirilmagan chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imi kasalliklari.

► XIII sinf. Biriktiruvchi to‘qima va suyak-mushak tizim kasalliklari.

- Artropatiyalar.

1. Infektsion artropatiyalar: piogenli artritis, reaktiv artropatiya, Reyter kasalligi.

2. Yallig‘lanishli poliartropatiyalar: seropozitiv revmatoidli artritis, Felti sindromi, boshqa revmatoidli artritlar, o‘smirlar artrit.

3. Shikastlanish artropatiyasi.

- Artrozlar.

1. Poliartroz.

2. Osteoartroz.

3. Birlamchi artroz.

Shunday qilib, hozirgi vaqtda CHPJBda ikkita mustaqil kasalliklar guruhi: bo'g'im to'qimasini shikastlanishi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar (XIII sinf) va tish-jag' tizimini tuzilishi xamda chaynov mushaklarining patologiyasi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar (XII sinf) aniq tafovut qilinadi.

Mahalliy va xorijiy adabiyotlarda turli atamalardan foydalanish davom etmoqda, bu esa tashxis qo'yish va patologik jarayon mohiyatini o'zaro tushunib yetishda mutaxassislar orasida turli qiyinchiliklarga olib kelmoqda. 1997-yilda rossiyalik olimlar (Sisolyatin P.G., Bezrukov V.M., Ilin A.A.) yetakchi mutaxassislar tomonidan nisbatan muvaffaqiyatli deb tan olingan va tashxislashning zamonaviy imkoniyatlariga moslashtirilgan, CHPJB shikastlanishlari va kasalliklarini yangi tasnifini taklif etdilar.

Artikulyar kasalliklar.

- 1. Yallig'lanishli (artritlar).
- 2. Yallig'lanishli bo'lmagan.

◇ 2.1. Ichki buzilishlar.

- pastki jag' boshchasining surunkali chiqishi;
- bo'g'im diskini chiqish osti xolati;
- bo'g'im diski chiqish osti xolati bilan pastki jag' boshchasini surunkali chiqishi;
- CHPJBni surunkali chiqishi;
- CHPJBni odatiy chiqishi;
- bo'g'im diskini takrorlanuvchi chiqishi;
- bo'g'im diskini surunkali chiqishi;
- bo'g'im diskini surunkali chiqishi, osteoartroz (ikkilamchi);

- bo'g'im diskini surunkali orqa chiqishi.

◇ 2.2. Osteoartrozlar:

- CHPJBni ichki buzilishlari bilan bog'liq bo'lmagan (birlamchi yoki generallashtirgan);

- CHPJBni ichki buzilishlari bilan bog'liq bo'lgan (ikkilamchi).

◇ 2.3. Ankilozlar.

◇ 2.4. Tug'ma anomaliyalar.

◇ 2.5. O'smalar.

Noartikulyar kasalliklar.

- 1. Bruksizm.
- 2. CHPJB disfunktsiyasidagi og'riqli sindrom.
- 3. Jag'lar kontrakturasi.

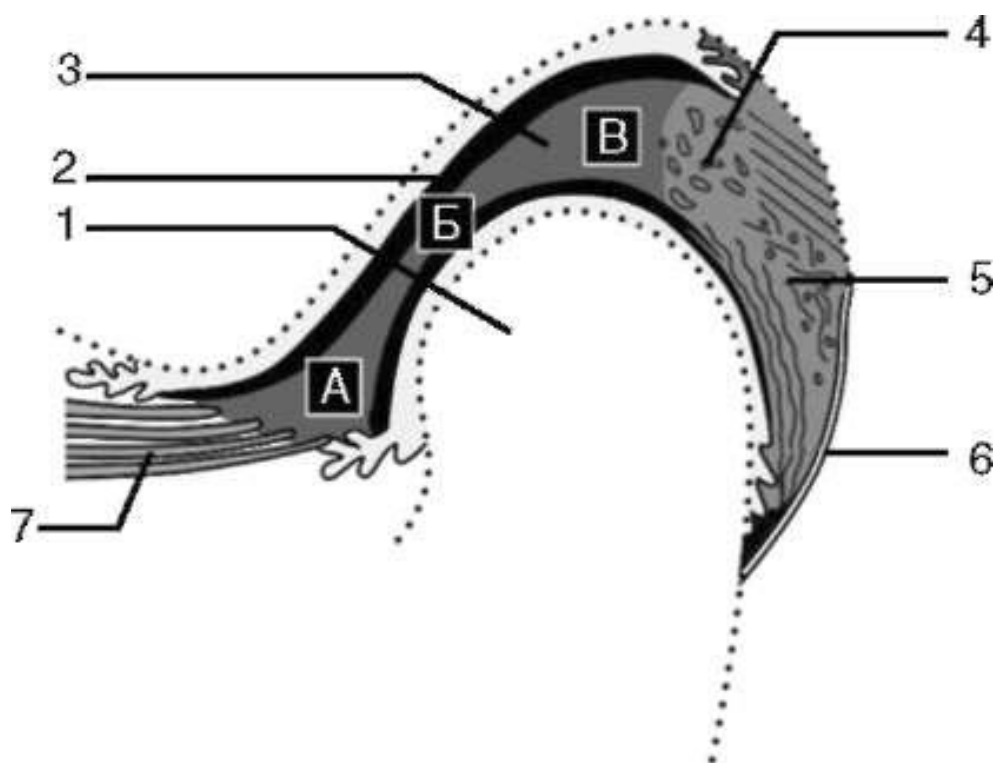
2. CHAKKA-PASTKI JAG' BO'G'IMINING TUZILISHI VA VAZIFASI

Chakka-pastki jag' bo'g'imi (CHPJB) o'zining tuzilishi va bajaradigan vazifasi bo'yicha odam tanasidagi boshqa bo'g'implardan sezilarli farq qiladi. Butun hayot davomida bu bo'g'imda nafaqat gaplashish va ovqat iste'moli vaqtida, balki yuzda his-tuyg'ularni namoyon bo'lishi, so'lakni yutish, tilni harakatlantirish, mushaklarni zo'riqishi va hatto uyqu vaqtida ham bo'g'im doim xam tinch holatda bo'lmasligi bilan birga uning tarkibiy qismida surilishlar doimiy ravishda yuzaga keladi. CHPJBni patologiyasini tashxislash va davolash bu bo'g'imning funksiyalari va anatomik tuzilishi to'g'risidagi yetarli bilimlarsiz imkonsizdir.

Pastki jag' boshchasi (caput mandibulae). Pastki jag'ning bo'g'imli o'sig'i uzunligi 20 mm gacha va kengligi 10mm gacha bo'lgan ellipssimon shakldagi boshcha bilan yakunlanadi (1 rasm). Boshchaning fibrozli tog'ay bilan qoplangan yuqorigi yuzasi bo'g'im yuzasini tashkil etadi. Tog'ay to'qimasi ostida kortikal suyakning yupqa qatlami joylashgan, uning ostida esa trabekulyar suyakning uncha katta bo'lmagan xajm birligi mavjud bo'ladi. Pastki jag' boshchasining butun yuzasi

ma'lum vazifani bajaradi, ya'ni: pastki jag'ni harakatlanishi vaqtida disk yordamida boshchani qaysidir yuzasi doimiy ravishda bo'g'im do'mboqchasining qismi bilan muloqatda bo'ladi. Bo'g'im o'sig'ining old yuzasida qanotsimon chuqurcha mavjud bo'lib, bu yerga tashqi qanotsimon mushaklarning pastki bog'lami birikadi. Bu mushakning yuqorigi (kichikroq) bog'lami bo'g'im kapsulasi va diskka birikadi. Pastki jag' boshchasi va pastki jag' chuqurchasining inkongruentligi (o'lchami bo'yicha bo'g'im yuzalarini mos kelmasligi) bo'g'im ichi o'zaro muloqatini doimiy bo'lmasligi, tish qatorlarini bir biriga tegib turishiga bog'liqligi va chaynov mushaklarining holatiga to'liq bog'liq bo'ladi.

Pastki jag' chuqurchasi (fossa mandibularis) old tomondan yonoq o'sig'ining asosi va orqa tomondan tashqi eshitish teshigi o'rtasida joylashgan va chakka suyagidagi oval chuqurchadan tashkil topgan. Chuqurchaning old qismi sohasida chaynash bosimini qabul qilish uchun moslashgan, 5 dan 25 mm gacha balandlikdagi zich xosila –bo'g'im do'mbog'i joylashgan bo'lsa, chuqurchaning orqa tomonida pastki jag' chuqurchasini chanoqning o'rta chuqurchasidan ajratib turuvchi qalinligi 0,5-2 mm bo'lgan, yupqa suyak plastinkasi mavjud bo'ladi. Bu plastinka bir vaqtning o'zida eshitish trubkasining lateral devori, nog'ora bo'shlig'i va tashqi eshitish yo'lining old xamda pastki devori bo'lib xizmat qiladi, u orqali o'rta quloq ventilyatsiyasi amalga oshadi. Toshli-nog'ora yorig'i tahminan o'rtadan pastki jag' chuqurchasini kesib o'tadi va shunday qilib chuqurchani old, bo'g'im bo'shlig'ida yotuvchi kapsula ichi qismi va orqa, bo'g'im bo'shlig'ida yotmaydigan kapsuladan tashqarigi qismlarga ajratadi.



1 Rasm. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimi anatomiyasi: 1 – pastki jagʻ boshchasi; 2 – chakka suyagining pastki jagʻ chuqurchasi; 3 – boʻgʻim diski [A – boʻgʻim diskining asosi (oyoqchalari); B – diskning yupqa qon bilan taʼminlanmaydigan qismi; V – diskning orqa, qalin qismi]; 4 – bilaminar zona (diskning orqa yostiqligi); 5 – yumshoq biriktiruvchi toʻqima, qon tomirlar va nervlar; 6 – boʻgʻim kapsulasi; 7 – lateral qanotsimon mushaklarning yuqorigi qismi

Pastki jagʻ chuqurchasi jagʻlar bir biriga yopilganida pastki jagʻ boshchasi uchun joylashish qismi boʻlib xizmat qiladi. Chuqurchaning orqa yarmi ish bajarmaydi va bilaminar diskning yuqorigi qatlamiga birikish zonasini tashkil etadi. Asosan chuqurchaning ish bajaruvchi qismi boʻgʻimning koʻtarilish qismini orqa yuzasi sohasida boʻladi. Tolali boʻgʻim togʻayi boʻgʻim doʻmbogʻini butunlay va pastki jagʻ chuqurchasini esa faqat toshli-nogʻora parda yorigʻining old tomonidan qoplaydi. Boʻgʻim suyaklari yuzasidagi togʻay gialinli emas, balki biriktiruvchi toʻqimali, yupqa va mustahkam emas. Togʻayli qatlam yuzasi sinovial suyuqlik bilan muloqatda boʻladi, u surtma sifatida boʻgʻim diskini bir maromida sirpanuvchi harakatini taʼminlaydi.

Pastki jagʻ boshchasi va pastki jagʻ chuqurchasining inkongruentligi shu bilan bartaraf etiladiki, boʻgʻim yuzalari oʻrtasidagi ikki tomonga bukilgan plastinkalar koʻrinishida joylashib, pastki jagʻ boshchasi shakliga yanada koʻproq mos keladigan, oʻzining pastki yuza chuqurchasini xosil qiladi. Bundan tashqari, boʻgʻim kapsulasi xuddi boshqa boʻgʻimlarda boʻlgani kabi chuqurchadan tashqariga emas, balki ichki tomoniga - toshli-nogʻorali (glazerli) yoriqning old qirrasiga birikadi, bu esa boʻgʻim boʻshligʻini torayishiga olib keladi.

Boʻgʻim doʻmboqchasi. Pastki jagʻ chuqurchasining old tomonida – chakka suyagining yonoq oʻsigʻi asosida silindrsimon shakldagi turtib chiqqan qism - boʻgʻim doʻmboqchasi (*tuberculum articulare*) joylashgan. Boʻgʻim doʻmbogʻi – zich skyakli xosila, u chaynov harakatlarini his etilishini taʼminlaydi va disk bilan birga ogʻiz ochilganda pastki jagʻ boshchasini surilish uchun yoʻnaltiradi. Boʻgʻim doʻmbogʻi ikkita nishablikka ega. Old nishablik boʻgʻim uchidan old tomonda, orqa nishablik esa pastki jagʻ chuqurchasidan orqa tomonda joylashgan. Nishabliklar fibroz togʻay bilan qoplangan va boʻgʻimning funksional boʻgʻimlaridan tashkil topgan.

Chaqaloqlarda doʻmboqcha boʻlmaydi, murgʻak holatda bola hayotining 7-8 oyligida paydo boʻladi. U doimiy tishlarni yorib chiqishining boshlangʻich davrida toʻliq shakllanadi. Boʻgʻim doʻmboqchasidagi eng kuchli rivojlanish intakt tish qatorlariga ega boʻlgan oʻrta yoshdagi shaxslarda erishiladi. Yoshni kattalashib borishi va tishlarni yoʻqotilishi bilan boʻgʻim doʻmbogʻining balandligi kamayib boradi.

Boʻgʻim diski. Suyak elementlari oʻrtasidagi kongruentlikka boʻgʻim diski (*discus articularis*) hisobiga erishiladi. U old va orqa qalinliklari (qutblari) bilan ikki tomonga egilgan plastinkadan tashkil topadi va togʻay hujayralarini saqlagan xamda togʻayga oʻxshagan zich fibroz biriktiruvchi toʻqimadan iborat boʻladi. Uning pastki qismi boshcha shaklini, yuqorigisi esa pastki jagʻ chuqurchasini takrorlaydi. Tishlar bir biriga tegib turganida disk qalpoqcha koʻrinishida boshchani qoplab turadi. Uning orqa boʻlimi boshchani boʻgʻim maydonini orqa qismi xamda

chuqurchaning orqa bo'limlarini bog'lab turuvchi biriktiruvchi to'qimali bilaminar zonaga tomon davom etadi. Bo'g'im diski bo'g'im kapsulasi bilan butun davomiyligi bo'yicha birga o'sib ketadi va ikkita, bir biri bilan aloqada bo'lmagan bo'limlar o'rtasida bo'g'im bo'shlig'ini ajratib turadi. Yuqorigi bo'lim diskning yuqorigi yuzasi, bo'g'im do'mboqchasi va pastki jag' chuqurchasi o'rtasida joylashadi. Katta odamlarda uning xajmi 1-1,5 ml dan oshmaydi. Bo'g'imning pastki qismi diskning yuqorigi yuzasi va pastki jag' boshchasidan tashkil topadi. Uning xajmi yuqorigi bo'lim xajmidan sezilarli darajada kam va 0,5-0,8 mldan oshmaydi. Bo'g'imning yuqorigi va pastki bo'shliqlarida sinovial suyuqlik saqlanadi. Bo'g'im bo'shlig'ini ikkita qismga bo'linishi juda katta kompensator imkoniyatlarni yaratadi: bo'g'imdagi harakatlarni sezilarli chegaralanishidiskni buzilishi bilan birga kuzatiladigan, faqat og'ir shikastlanishlardagina yuzaga keladi. Bo'g'imning faqat bitta qismini shikastlanishida doim bo'g'imning boshqa qismi harakatlanish imkoniyatiga ega bo'ladi.

Diskning old qirrasiga tagqi qanotsimon mushakning yuqorigi boshchasi birikadi. Bo'g'im diskining orqa qismi biriktiruvchi to'qimadan iborat bo'ladi va venoz chigalining yuqorigi va pastki qatlamlari bilan chegaralangan bo'ladi. Yuqorigi qatlam ko'proq darajada elastik tolalardan tashkil topadi va yuqorigi qatlamni pastki jag' chuqurchasining orqa qismiga birikish bilan yuqorigi kameraning orqa chegarasini shakllantiradi. Pastki qatlam asosan kollagen tolalardan tashkil topadi va bo'g'im kapsulasining orqa qismiga va pastki jag' bo'yinchasiga birikish bilan pastki kameraning orqa chegarasini xosil qiladi. Qon tomirlari faqat diskning old va orqa qismlarida mavjud bo'ladi, oraliq zonani oziqlanishi limfa va to'qima suyuqligi hisobiga amalga oshiriladi. Diskning yuqorigi yuzasidan pastki jag' chuqurchasigacha bog'lamlarning elastik bog'i ketadi, pastki qismidan esa – qalin fibroz biriktiruvchi to'qima ketadi. Yuqorigi qatlam yuqori darajada elastik tolalardan tashkil topadi va yuqorigi qatlamni pastki jag' chuqurchasining orqa qismiga mustahkamlash bilan yuqori kameraning orqa chegarasini shakllantiradi. Pastki qatlam asosan kollagen tolalardan tashkil topadi va bo'g'im kapsulasining

orqa qismiga xamda pastki jag‘ bo‘yniga birikish bilan pastki kamerani orqa chegarasini shakllantiradi. Qon tomirlari faqat diskning old va orqa qismlarida mavjud bo‘ladi, oraliq zonani oziqlanishi limfa va to‘qima suyuqligi hisobiga amalga oshadi. Diskning yuqori yuzasidan pastki jag‘ chuqurchasigacha elastik bog‘dan iborat bo‘lgan bog‘lamlar, pastki qismdan esa yo‘g‘on biriktiruvchi to‘qimali fibroz tolasi ketadi. Yuqorigi elastik bog‘lamlar uni oldinga surilishida, diskni yana oldinga qaytaradi, pastki elastik tolalar esa qo‘pol bo‘lib, uni oldinga surilishini ushlab turishga yordam beradi.

Bo‘g‘im kapsulasi (capsula articularis) CHPJBni o‘rab turgan konussimon shakldagi biriktiruvchi to‘qimadan tashkil topadi. Bu elastik, ammo yetakchi darajada mustahkam bo‘lgan xosila bo‘lib, u hatto bo‘g‘im chiqqan holatlarda ham yirtilib ketmaydi, boshqa bo‘g‘imlarda shunday holat yuz bersa ko‘pincha kapsulaning yirtilishi kuzatiladi. Bo‘g‘im kapsulasi tashqi –fibroz va ichki – endotelial qatlamlardan tashkil topadi. Ichki qatlam sinovial suyuqlik ajratib chiqaruvchi endotelial hujayralar qavati bilan qoplangan bo‘ladi, u bo‘g‘im yuzalarini ishqalanishini kamaytiradi va bo‘g‘imlarni infeksiyalardan himoya qilish uchun immunobiologik muhitni yaratadi. Bo‘g‘im kapsulasining qalinligi turli bo‘limlarda bir xilda bo‘lmaydi va 0,4-1,7mm chegarasida o‘zgarib turadi. Xaltaning oldingi va ichki qismlari yupqa, uning orqa qismi esa qalinlashgan. Xaltaning eng uzun qismi bo‘lib old va tashqi tomonlari hisoblanadi, shuning uchun pastki jag‘ boshchasining old tomondan chiqishi orqa tomonga nisbatan nisbatan ko‘proq kuzatiladi. Bo‘g‘im kapsulasi bo‘g‘im diski bilan butun atrofdagi to‘qimalarga shunday o‘sib kirganki, bunda bo‘g‘im bo‘shlig‘i bir biridan aloxida bo‘lgan ikki qavatga ajralgan bo‘lib qoladi.

Yuqori tomondan xalta chakka suyagiga, pastdan esa – pastki jag‘ning bo‘g‘im o‘sig‘iga birikadi. Xalta chakka suyagida old tomondan bo‘g‘im do‘mboqchasining old qirrasiga, orqa tomondan esa – toshli-nog‘orali yoriqning old qirrasiga birikadi. Bo‘g‘im o‘sig‘ida xalta old tomondan boshchaning chetlari bo‘ylab biriksa, orqa tomondan esa – pastki jag‘ boshchasining orqa qirralaridan 0,5sm pastga birikadi.

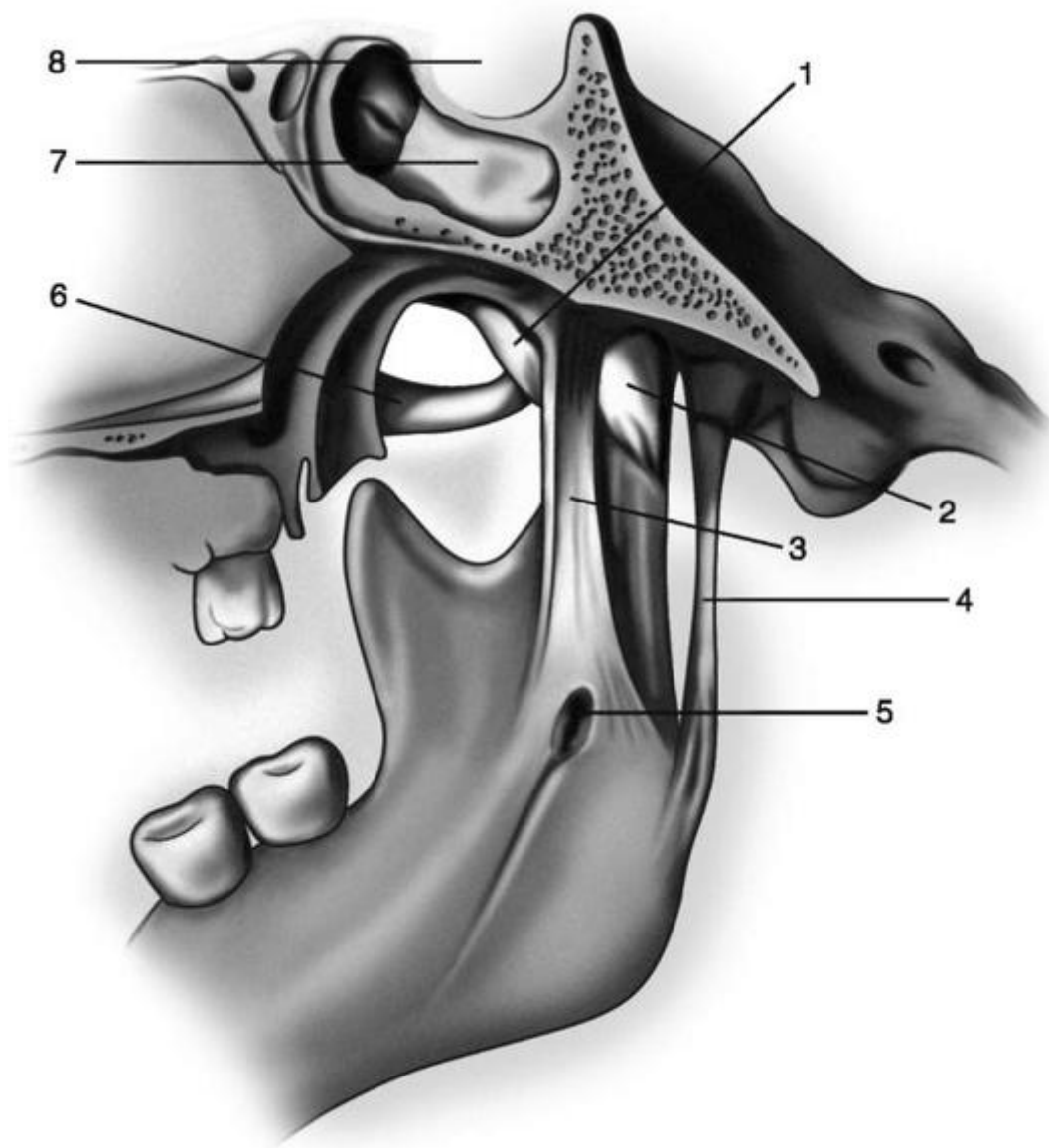
Diskning xalta va orqa qutb o'rtasidagi bo'g'imning orqa bo'limida trapetsiya shaklidagi yumshoq biriktiruvchi to'qima mavjud bo'ladi, uning asosi esa xaltaning ichida, uchki qismi bo'g'im ichida bo'ladi. Ushbu anatomik xosila disk orti yostiqchasi yoki bilaminar zona nomini olgan, u bo'g'im diskini bayon etish vaqtida eslatib o'tilgan edi. CHPJBning ba'zi turdagi patologiyalarida, pastki jag' boshchasini orqa tomonga surilishi natijasida disk orti yostiqchasining shikastlanishi oziqlanishni buzilishiga va bo'g'im to'qimasining degeneratsiyasiga olib keladi.

CHPJB bog'lamlarini (2 rasm) uchta guruhga ajratish mumkin: 1) ichki-kapsulyar, 2) kapsulyar ichi va 3) bo'g'im kapsulasi bilan bog'lanmagan, ammo ushbu bo'g'imga ta'luqli bo'lgan bog'lamlar. Kapsulyar ichi bog'lamlariga ikki juft bog'lamlar kiradi. Bir juft bog'lamlar old va orqa tomondan disk va chakka suyagiga birikadi, ikkinchi jufti xam bo'g'im ichi kapsulasiga yonma-yon bo'lgan tolalardan tashkil topadi, ammo ular diskning yonbosh qirrasidan pastki jag'ning bo'g'im o'sig'i bo'ynining yonbosh yuzasiga o'tadi.

Bo'g'im boylamlari, ayniqsa ekstrakapsulyarlar, bo'g'im kapsulasini cho'zilishiga qarshilik ko'rsatadi. Lateral chakka-pastki jag' bog'lami bo'g'im kapsulasidan tashqarida lateral joylashadi va bo'g'imning yagona xususiy bog'lami bo'lib hisoblanadi. makroanatomik jihatdan bo'g'im kapsulasini bog'lamdan ajratish yetarli darajada murakkab, ammo gistologik jihatdan bunday ajratishni amalga oshirish uncha qiyin emas, chunki mazkur tuzilmalar o'rtasida qon va asab tomirlari joylashadi. Bog'lamlar yonoq o'sig'iga birikadi, pastga va orqa tomonga yo'naladi, xamda boshqa uchi bilan pastki jag'ning bo'yin yuzalarini tashqi va orqa yuzasiga birikadi. Bog'lam bo'g'imda yuzaga kelgan zo'riqishni ushlab turish uchun yetarli darajada mustahkamdir. U pastki jag' boshchasini lateral surilishini oldini oladi va uni oldinga va orqaga harakatlanishini chegaralaydi.

Bo'g'im kapsulasi bilan bog'lanmagan, ammo CHPJB bo'g'imiga ta'luqli bo'lgan bog'lamlarni, shuningdek qo'shimcha deb nomlanadi. Bu ponasimon –pastki jag' va bigizsimon – pastki jag' bog'lamlaridir.

Ponasimon pastki jag' bog'lamlari ponasimon suyak qiltig'i va toshli-nog'orali riqdan chetlashadi. Birikkan joydan bog'lam tolalari yelpig'ichsimon tarqaladi va pastga xamda lateral yo'nalishlarda ketadi, shundan keyin pastki jag'ning tilchasi sohasidagi uchastkaga birikadi. Bog'lamni yuqorigi jag' arteriyasi va venasi kesib o'tadi, bog'lamning o'zi esa quloq-chakka nervi va quloq oldi bezlari o'rtasidan o'tadi.



2 rasm. Chakka-pastki jag' bo'g'imi bog'lami. Medial tomondan ko'rinishi: 1 – lateral bog'lam; 2 – chakka-pastki jag' bo'g'im kapsulasi; 3 – ponasimon-pastki jag' bog'lami; 4 – bigizsimon-pastki jag' bog'lami; 5 – pastki jag' teshigi; 6 – Yonoq yoyi; 7 – ponasimon bo'shliq; 8 – gipofizar chuqurcha (turk egarining qismi).

Bigizsimon-pastki jag‘ bog‘lami chakka suyagining bigizsimon o‘sig‘idan chiqadi va pastki jag‘ shoxining orqa qirrasini pastki qismi va pastki jag‘ burchagiga o‘sib kiradi.

Bu bog‘lamlar pastki jag‘ harakatlanishini chegaralaydi deb hisoblanadi. Biroq ularning funksional ahamiyati uncha katta emas, chunki ular bo‘g‘imlardan ma‘lum darajada masofa saqlab joylashgan va ushbu bog‘lamlarning tolalari yetarli darajada baquvvat emas. Bundan tashqari, shuni yodda tutish lozimki, CHPJBbog‘lamlari elastik bo‘lmagan fibroz biriktiruvchi to‘qimadan tashkil topadi, shuning uchun qayta cho‘zilib ketganida ularning dastlabki uzunligi tiklanmaydi.

Undagi vazifalarni amalga oshirishda bevosita ishtirok etadigan va pastki jag‘larga birikkan **mushaklarni** old va orqa guruhlariga ajratish qabul qilingan. Oldingi guruhga pastki jag‘ni tushiruvchi mushaklar, orqa guruhga esa uni ko‘taruvchi mushaklar kiradi. Pastki jag‘ni tushiruvchi guruh mushaklari til ostining ustidagi va til ostining ostidagi guruh mushaklariga ajratiladi. Chakka suyagiga yoki pastki jag‘ga birikadigan jag‘-til lsti, ikki qorinchali va soqol lsti-til osti mushaklari til osti suyaklari bilan birikadi va til ostining ustidagi guruh mushaklarini tashkil etadi.

Jag‘-til osti mushaklari (musculus mylohyoideus) – silliq, noto‘g‘ri uchburchak shaklda bo‘ladi. Pastki jag‘ning linea mylohyoidea dan boshlanadi. Mushak bog‘lamlari yuqoridan pastga, orqadan oldinga ketadi va qarama-qarshi tomondagi shu nomdagi mushak bog‘lamlari bilan uchrashgan xolda - raphe m. Mylohyoidei choklarini xosil qiladi, u esa og‘iz bo‘shlig‘i tubini shakllantiradi xamda shu bilan birga og‘iz bo‘shlig‘i diafragmasi nomini oladi. Mushaklarning orqa bog‘lamlari til osti suyagining tana yuzasini oldiga birikadi.

Ta’siri: pastki jag‘ fiksatsiyalanganda mushaklar til osti suyagini yuqori va oldinga tortadi, til osti suyagini fiksatsiyalab - pastki jag‘ni pastga tushishida ishtirok etadi.

Innervatsiyasi: n. mylohyoideus ot n. trigeminus.

Qon ta’minoti: a. sublingualis, a. submentalis.

Bag‘baqaosti – til osti mushaklari (m. geniohyoideus) pastki jag‘ning bag‘baqa ostidan boshlanadi, pastga tushadi va m. mylohyoideus mushagi ustida joylashgan xolda bir necha marta ortga suriladi xamda til osti suyagining old yuzasiga birikadi.

Ta’siri: til osti suyagini oldinga va yuqoriga tortadi; harakatsiz til osti suyagi pastki jag‘ni pastga tushishida ishtirok etadi.

Innervatsiyasi: n. hypoglossus, nn. cervicales I, II (C₁-S₂).

Qon ta’minoti: aa. sublingualis, submental.

Ikki qorinchali mushaklar (m. digastricus) ikkita - old va orqa qorinchalarga ega, ular bir biri bilan paylar orqali bog‘langan. Old qorincha (venter anterior) fossa digastrica mandibulae dan boshlanadi, orqa va oldinga ketadi xamda payga o‘tadi, u esa bo‘yinning o‘rta fassiya o‘sig‘i bilan til osti suyagining tanasiga birikadi. Bu paylar orqa va yuqoriga egiliborqa qorinchaga (venter posterior) o‘tadi, u esa chakka suyagining *incisura mastoideaga* birikadi.

Ta’siri: til osti suyagiga fiksatsiyalanganda pastki jag‘ni tushiradi; pastki jag‘ fiksatsiyalanganda esa til osti suyagini yuqoriga ko‘taradi.

Innervatsiyasi: old qorincha - n. trigeminus (uchinchi shox), orqa - n. facialis.

Qon ta’minoti: old qorincha - a. submental, orqa - aa. occipitalis, auricularis posterior.

Kurak-til osti, ko‘krak-til osti, qalqonsimon-til osti va ko‘krak-qalqonsimon mushaklar til osti tagidagi mushaklar guruhini tashkil etadi, ular ko‘krak suyagi, kurak yoki qalqonsimon tog‘aydan boshlanadi va qalqonsimon tog‘ay yoki til osti suyaklariga birikadi.

Pastki jag‘ harakatlenganda buni amalga oshiruvchi til usti va til osti mushaklari birgalikda o‘z vazifasini bajaradi. Til usti mushaklarini qisqarishi quyi jag‘ni pastga va til osti suyagini orqaga suradi, til osti mushaklar guruhi esa til osti suyagi holatini fiksatsiyalaydi.

Pastki jag‘ni ko‘taruvchi mushaklar guruhi chakka, chaynov, medial va lateral qanotsimon mushaklarni o‘z ichiga oladi, ular esa bosh miya chanoq suyaklaridan boshlanadi va pastki jag‘ga birikadi.

Chakka mushaklari (m. temporalis) asosiy suyakning katta qanotlarining chakka yuzasidan boshlanadi va chakka suyagining qanotlari yakunlanib, chakka chuqurchasida joylashadi. Chakka suyaklari uchta: old, o‘rta va orqa komponentlarga ajratilgan bo‘lishi mumkin. Mushak bog‘lamlari pastga yo‘nalgan xolda konvergatsiyalanadi va baquvvat pay xosil qiladi, u yonoq yoyining ichidan o‘tadi xamda pastki jag‘ning tojsimon o‘sig‘iga (harakatlanuvchi nuqta yoki punctum mobile) birikadi.

Harakatlanishi: barcha mushaklarni qisqarishi pastga tushgan jag‘ni ko‘taradi; orqa bog‘lamlar esa oldinga chiqqan pastki jag‘ni orqaga tortadi.

Innervatsiyasi: nn. temporales profundi (n. trigeminus).

Qon ta‘minoti: aa. temporales profunda et superficialis.

Chaynov mushaklari (m. masseter) yonoq yoyining ikkita yuza va chuqur qatlamlarini pastki qirrasidan boshlanadi. Yuza qismi (pars superficialis) yonoq yoyining old va o‘rta bo‘limlaridan pay bog‘lari bilan boshlanadi; chuqur qismi (pars profunda) old va yon tomonga qiyshiq ketgan xolda, yonoq yoyining o‘rta va orqa qismlaridan bevosita mushak to‘qimalaridan boshlanadi. Har ikki qism pastki jag‘ning tashqi yuza tarmoqlari va uning tuberositas masseterica sohasidagi burchagiga birikadi.

Harakatlantiradi: pastki jag‘ni tushgan holatini ko‘taradi; mushakning yuza qismi jag‘ni oldinga harakatlantirishda ishtirok etadi.

Innervatsiyasi: n. massetericus (n. trigeminus).

Qon ta‘minoti: aa. masseterica, transversa faciei.

Medial qanotsimon mushak [m. pterygoideus medialis (interna)], asosiy suyakning fossa pterygoidea devoridan boshlanadi, pastki jag‘ning tuberositas pterygoidea qismiga birikkan xolda orqaga va pastga yo‘naladi.

Harakatlantirishi: ikki tomonlama qisqarganida pastga tushgan jag‘ni ko‘taradi va oldinga suradi; bir tomonlama qisqarganida esa jag‘ni qarama qarshi tomonga suradi.

Innervatsiyasi: n. pterygoideus internus (n. trigeminus).

Qon ta‘minoti: aa. alveolares, buccalis, facialis.

Lateral qanotsimon mushak [m. pterygoideus lateralis (externus)], ikkita qism bilan boshlanadi: mushakning yuqorigi boshchasi facies infraorbitalis va asosiy suyakning katta qanotidan crista infratemporalis boshlanadi va bo‘g‘im diski xamda pastki jag‘ bo‘g‘imining bo‘g‘im kapsulasiga birikadi. Pastki boshchasi asosiy suyakning tashqi boshchasi lamina lateralis processus pterygoideus dan boshlanadi, orqaga yo‘naladi va pastki jag‘ning fovea pterygoidea ga birikadi.

Harakatlantirishi: pastki jag‘ni qarama qarshi tomonga suradi. Mushaklarni ikki tomonlama qisqarishi pastki jag‘ni oldinga suradi.

Shuni ta‘kidlab o‘tish lozimki, lateral qanotsimon mushakning yuqorigi va pastki boshchalari o‘z vazifasini bajaradi. Yuqorigi boshcha diskning holati bilan bog‘liq bo‘lgan o‘ziga xos bo‘lgan vazifani bajaradi. Odatda barcha tananing ko‘ndalang tasmali mushaklariga yoki boshqa mushaklar, yoki gravitatsiya qarama qarshi ta‘sir ko‘rsatadi.

Mazkur mushakning yuqorigi boshchasining qarama qarshi ta‘siri esa pastki jag‘ chuqurchasidagi disk ortida bo‘lgan, ikki qavatli zonalarga elastiklik beradi, bunda markaziy asab tizimi bu qarshi ta‘sirni nazorat qilmaydi, shuning uchun uni to‘xtatolmaydi, bu boshqa mushaklarga antagonist bo‘lgan mushaklarda ham sodir bo‘ladi.

Odatda mushakning asosiy harakati deb, yo‘nalish yuklamasiga qarama qarshi ta‘sirda kaltalashishi bilan uni qisqarishi hisoblanadi (kalta bo‘luvchi qisqarishlar).

Lateral qanotsimon mushakning yuqorigi boshchasining qisqarishi esa uni tortilishini sekinlashishiga qaratilgan (uzaytiruvchi qisqarishlar) va bundan kelib chiqadiki, uning dastlabki holatida bo'g'im diskini qaytishini boshqarishga shuningdek pastki jag'ning boshchasi bo'g'im do'mboqchasining orqa nishabi ostiga suriladi. Bunday ushlab turuvchi vazifa tanani oldinga egilganidagi umurtqa oldi orqa mushaklarining funksiyalari bilan o'xshash bo'ladi. Shunisi muximki, lateral qanotsimon mushaklarning tonusi ko'pincha tish qatorlarining okklyuziyasiga bog'liq bo'ladi.

Lateral qanotsimon mushaklarning innervatsiyasi: n. pterygoideus externus (n. trigeminus).

Qon aylanishi: a. facialis.

CHPJBNi qon bilan ta'minlanishi yonoq-ko'z arteriyasi, chakkaning o'rta arteriyasi va ko'ndalang yuz arteriyasini o'z ichiga olgan, yuza chakka arteriyalarining tarmoqlari yordamida tashqi uyqu arteriyasining havzasi, shuningdek chaynov arteriyasi, chuqur chakka arteriyasining orqa tarmog'i va o'rta meningial arteriya, oldingi nog'ora arteriyasi, chuqur quloq arteriyalarini o'z ichiga olgan yuqorigi jag' arteriyalarining tarmoqlari tomonidan amalga oshiriladi. Bu qon tomirlar bo'g'im sohasiga kirib boradi va bo'g'im kapsulasi atrofida arterial to'rni shakllantiradi. Qon tomirlari diskka chetdan, o'rtadar va orqadan kirib boradi, bunda orqa tomonda joylashgan qon tomirlari ayniqsa yaxshi rivojlangandir. Shuni ta'kidlab o'tish muximki, diskning oraliq qismi vaskulyarizatsiyalanmaganligicha qoladi.

Venoz to'r yaxshi namoyon bo'lgan, o'rta quloq, tashqi eshitish yo'li, eshitish trubkasi va qanotsimon venoz chigalining venalari bilan keng anastamozlarga ega bo'ladi. Venoz to'ri kapsula atrofi va uning ichida keng to'rni xosil qiladi. Venoz qonini qayta xaydalishi yuz venasi havzasida amalga oshadi.

Bo'g'im innervatsiyasi. CHPJBinnervatsiyasining asosiy manbasi bo'lib quloq-chakka nervi xizmat qiladi. Mustaqil 4-7 nerv tolalari quloq-chakka nervidan chiqib

ketadi va bo'g'im kapsulasining ichki, tashqi, orqa yuzalari va pastki jag' suyak usti pardasining unga yaqin turgan qismlarini boshqaradi. Mazkur bo'g'im innervatsiyasida yuz, chakkaning orqa chuqur tarmoqlari, shuningdek uch shoxli nervning uchinchi shoxi ishtirok etadi. Uch shoxli nerv bo'g'im kapsulasining ichki, tashqi va orqa yuzalarini innervatsiyasini amalga oshiradi. Bundan tashqari, bo'g'im kapsulasini perivaskulyar chigallik shoxlari, simpatik tugun va yuqorigi bo'yin shoxlari, jumladan chakka arteriyasi atrofidagi chigallik innervatsiyalaydi. Natijada kapsulaning periferik bo'limlarida asab chigalliklari xosil bo'ladi, undan chiqqan shoxlar esa bo'g'imning ichki yuzasiga kirib boradi, bunda diskning markaziy bo'limlari va bo'g'imning suyak elementining tog'ayli qoplamasi deyarli asab tolalarisiz bo'ladi. Nerv tolalari faqat diskning tashqi qatlamiga, uni bo'g'im kapsulasiga birikkan joylari uchun joriy etiladi. Bo'g'im diski ortida joylashgan, klechatka qatlamini quloq-chakka nerv shoxlari bilan juda kuchli bo'lgan innervatsiyasini aloxida ta'kidlab o'tish lozim.

Innervatsiya elementov VNCHS v osnovnom chuvstvitelnaya i uchastvuyet v formirovanii variantov bolevogo sindroma v oblasti VNCHS i irradiatsii boli. Slojnaya innervatsiya kapsuli i oblasti raspolojeniya VNCHS obuslovlivayet trudnosti differentsialnoy diagnostiki sindroma bolevoy disfunktsii (SBD) i drugix bolevix sindromov litsa i shei.

3. CHAKKA PASTKI JAG' BO'G'IMI KASALLIKLARINI ETIOPATOGENEZI

CHPJB disfunktsiyasining asosiy sababi bo'lib, okklyuziyani buzilishi hisoblanadi. Tish-jag' tizimi nuqsonlari, tish qatorlarining deformatsiyasi, muddatidan oldingi okklyuzion muloqatlar, tishlarni qisman yo'qotilishi, alveolyar balandliklarni

pasayishi – CHPJBning funksiyalariga ta'sir etuvchi eng keng tarqalgan omillardir. O'z vaqtida bartaraf etilmagan, bo'g'im funksiyalarini buzilishi, bo'g'im yuzasida degenerativ o'zgarishlarni yuzaga keltirishi mumkin.

Tish qatorlari deformatsiyasi bilan asoratlangan, tishlarni qisman yo'qotilishi, pastki jag'ni distal surilishiga yoki uni yonboshga siljishlariga olib kelishi mumkin. Pastki jag'ning distal surilishida lateral qanotsimon mushakning reflektor qisqarishi yuzaga keladi. Bunda disk o'zining dastlabki holatida qoladi. Disk va pastki jag' boshchasining asinxron surilishi bo'g'imda patologik shovqinlar va pastki jag' harakatlanishini bloklanishini yuzaga keltiradi. pastki jag' boshchasining distal holati Glasser yorig'i sohasidagi nerv bog'lami va qon tomirlarini ezilishini yuzaga keltiradi. Bu bilan quloq oldi sohasidagi og'riqlar, parasteziya va shikastlangan bo'g'im tomonidagi eshitish qobiliyatini pasayishi tushuniladi (sindrom 1962-yilda D.B.Kosten tomonidan bayon etilgan).

Bir tomondagi muddatidan oldingi okklyuzion kontakt qarama qarshi tomonga pastki jag'larni surilishiga olib keladi. Bu chaynov mushaklari funksiyasini izdan chiqaradi. Ayniqsa yon tomondagi tishlarni qisman yo'qotilishi, bo'g'imga bo'lgan yuklamani oshiradi. Bo'g'imda (premolyarlar va molyarlar) uzoq vaqt yon tomonlarni himoyani mavjud emasligi, bo'g'im yuzasini sklerozlanishini, disk perforatsiyasi yoki displaziyasi, bo'g'im yuzasini sidirilishini chaqirishi mumkin. Bu uzur, suyak bo'rtiqlarini xosil bo'lishiga olib keladi, pastki jag' boshchasi patologik (tumshuqsimon) shaklni oladi.

Bo'g'im disfunktsiyasini chaqiruvchi, juda muxim sabab bo'lib, chaynov mushaklarining kasalliklari hisoblanadi. Ular ham periferik, ham markaziy genezli bo'lishi mumkin. Chaynov mushaklarining spazmi bemorning umumiy holati bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Isteriya, stress, bruksizm, tutqanoq xurujlari chaynov mushaklarini, ayniqsa lateral qanotsimon mushaklar gipertonusining sababi bo'lib hisoblanishi mumkin. Bu diskni oldinga surilishini chaqiradi, ba'zi holatlarda esa uning orqa qutbini kapsulaga birikishini uzilishiga olib keladi. Chaynov mushaklarining gipertonusi bilan og'izni ochishdagi qiyinchiliklar, yuzdagi og'riqli nuqtalar, bo'g'imdagi biomexanikani buzilishi va CHPJB elementlaridagi

yuklamaning ortishi bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Moyil omillarga sportning ba’zi turlari (cho‘milish, boks), og‘irlikni ko‘tarish va tebranish bilan bog‘liq kasbda ishlash, tanani noto‘g‘ri qo‘yish, ayniqsa ish vaqtida boshni noto‘g‘ri ushlash (skripkachilarda), tez tez kasallanish (angina, gripp), aql tishini uzoq vaqt juda qiyinchilik bilan olib tashlash, ovqatdan katta bo‘lakni tishlab uzib olish, og‘izni katta ochib esnash, uyqu vaqtida noto‘g‘ri holatda bo‘lishlarni kiritiladi.

Oqilona tashkil etilmagan protezlash okklyuziyani buzilishini, pastki jahni bo‘shliqdagi holatini o‘zgarishlari va buning oqibatida CHPJBishidagi disfunksiyalarni yuzaga keltirishi mumkin. Bo‘g‘imlarning tizimli kasalliklarida, turli genezdagi quloq oldi yallig‘lanish jarayonlari xam shuningdek chakka pastki jag‘ bo‘g‘imiga jalb etilishi mumkin.

Shunday qilib, CHPJB suyak va yumshoq to‘qima tuzilmalaridan tashkil topgan, murakkab anatomik va funksional xosila bo‘lib hisoblanadi. undagi harakatlar mushaklarning kelishib ishlashida pastki jag‘ni surilishi vaqtida amalga oshadi, u pastki jag‘ harakatiga aloqasi bo‘lgan, to‘qimalarning butun majmuasidagi retseptor apparatidan ma’lumotlarni oluvchi, MAT bilan koordinatsiyalanadi. Ortirilgan moyil omillar bilan birgalikda bo‘g‘imning anatomi-fiziologik o‘ziga xosliklari asimptomli patologiyalarni keyinchalik esa yaqqol namoyon bo‘lgan klinik simptomlarga olib keladi, u esa qiyosiy tashxislashni, qo‘shimcha tekshirish usullarini va o‘z vaqti, mos bo‘lgan davolashni talab etadi.

4. CHAKKA-PASTKI JAG‘ BO‘G‘IMI PATOLOGIYASI BO‘LGAN BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI

4.1. KLINIK TEKSHIRISH USULLARI

CHPJB kasalligi bilan og‘rigan bemorlarni tekshirish usullari umumiy tibbiyot tamoyillari asosiga qurilgan.

So‘rab-surishtirish.

1. **Bemor shikoyatlari.** Odatda bemordan so‘rab surishtirish shikoyatlarni

aniqlashtirishdan boshlanadi. Bemorlar ko‘pincha pastki jag‘ni harakatlantirganda CHPJB sohasidagi og‘riqqa, bo‘g‘imdagi g‘ichirlash yoki qirsillashga, og‘izni ochgandagi chegaralanishlarga shikoyat qiladilar. Ko‘plab bemorlar bo‘g‘imdagi noqulaylikni, mushaklardagi va uch shoxli nerv tarmog‘i bo‘ylab og‘riqqa, quloqdagi shovqin, eshitishni buzilishi, bosh aylanishi, umumiy xolsizlikka, ovqatni chaynashdagi qiyinchiliklarga, tez-tez bosh og‘rishiga, ta’sirchanlik, umumiy noqulaylik hissi, ish qobiliyatini pasayishi va buning natijasida o‘zining kasbiy majburiyatlarini barajaolmaslikka (ayniqsa agar ular nutqqa bo‘lgan sezilarli yuklamalar bilan bog‘liq bo‘lsa), salbiy emotsional fon va boshqa ularni bezovta qilish holatlariga shikoyat qiladilar.

Faol shikoyatlarni mavjud emasligi bo‘g‘imda patologiyalarni mavjud emasligidan guvohlik bermaydi. Garchi rengenologik tekshirishlar va magnit-rezonans tomografiya (MRT) tekshiruvlari, ularda bo‘g‘im ichi bog‘lamlarini cho‘zilishi, diskni surilishi va xatto uning deformatsiyasi ko‘rinishidagi CHPJBning yumshoq to‘qimalar tuzilmasida sezilarli patologik o‘zgarishlarni aniqlashi mumkin bo‘lsa ham, ko‘plab odamlar o‘zlarini bemor deb hisoblamaydilar. Aynan shuning uchun bemordan unda CHPJB ning bir yoki ikki tomonida ham ovozni chiqishi yuzaga kelmaydimi (g‘ichirlash, qarsillash), ularni qanday namoyon bo‘lishi, ular qachon yuzaga keladi (og‘iz ochilganda boshidami yoki oxiridami), pastki jag‘ning majburiy qiyshiq chiziqli harakatini yuzaga kelish holatlari to‘g‘risida so‘rab surishtirish kerak. Og‘riq xissiga shikoyatlar bo‘lganida ularning tavsifi va jadalligini, joylashgan o‘rni, tarqalish sohasi, og‘riqni pastki jag‘ni harakatlanishi bilan bog‘liqligi, kunning qaysi vaqtida yuzaga kelishi, unga ta’sir etuvchi omillarni aniqlashtirish kerak. Albatta og‘izni ochishdagi qiyinchiliklar va chegaralanishlarning mavjudligi, uni bo‘g‘imdagi mexanik qarshiliklar his etilishi yoki og‘riq bilan bog‘liqligini aniqlashtirish kerak.

2. **Kasallik anamnezi.** Quyidagilarni aniqlashtirish zarur: 1) kasallikni boshlanish vaqti (yil, oy); 2) kasallikni tahminiy sababi (shikastlanishlar, sovuq qotish, gripp, otit, bodomcha bezlarini tez tez yallig‘lanishi, og‘izni katta ochish, qattiq ovqatni chaynash, stress va h.k.); 3) boshlang‘ich belgilar (og‘izni ochishni

chegaralanishi, g'irchillash, qirsillash, og'riq); 4) ilgari o'tkazilgan davolash usullari; 5) davolash natijalari; 6) umumiy holati; 7) bemorning ruhiy-emotsional holati.

3. **Hayot anamnezi.** Bemor ko'rikdan o'tkazilganda uning yashash sharoiti, boshidan o'tkazgan kasalliklari to'g'risidagi batafsil ma'dumotlar to'planadi. Ko'pincha CHPJBni shikastlanishi tizimli patologiyalarning belgisi bo'ladi, shuning uchun boshqa: tizza, tirsak, qo'l va oyoq barmoqlari bo'g'imlarini bezovta qilmayotganligi bilan qiziqish kerak. Bu ma'lumotlar revmatolog yoki bunday holatlarda zarur bo'lgan boshqa mutaxassislar maslahatlari uchun asos bo'ladi. Bemorni boshidan o'tkazgan yoki mavjud bo'lgan kasalliklari haqidagi ma'lumotlar hech qachon ortiqcha bo'lmaydi, chunki uni tashxis qo'yish va davolash usullarini tanlab olishda kerak bo'ladi, masalan ba'zi kasalliklarda fizioterapiyani qo'llashga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'ladi. Bundan tashqari, dori vositalari buyurilganida boshqa vrachlar tomonidan tavsiya etilgan, bemor tomonidan hozirgi kunda qabul qilayotgan dorilarni hisobga olish kerak. Poliorgan patologiyasiga ega bo'lgan bemorlarda anamnezni puxta to'plash, zaruriy mutahassislar guruhini aniqlashga imkon beradi, ularning maslahati tashxis qo'yish va davolashni buyurish uchun zarur. Ayniqsa allergik anamnezni to'plashga juda katta e'tibor bilan yondoshish zarur.

So'rab-surishtirgandan keyin bemor **ko'rikdan** o'tkaziladi. Tashqi ko'rikdan o'tkazilganda, terining holati, shishlarni mavjudligi yoki mavjud emasligi, kerkishlar, yuz asimmetriyasi baholanadi. Suyak tuzilmalari asimmetriyasini yuzning o'ng va chap yarmi asosiy o'lchamlarini, uning yuqorigi, o'rta va pastki bo'limlarini o'zaro mosligini aniqlash uchun antropometrik tekshirishlarni shtangensirkul yordamida o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Me'yorda jag'lar yopilganda yuzning pastki bo'lim balandligi, o'rta va yuqorigi bo'limlarga mos keladi, okklyuzion balandlik esa fiziologik tinch holat balandligiga nisbatan 2-3 mmga kam bo'ladi. Yuzning markaziy chizig'ini pastki bo'limda surilishi yuqorigi va pastki jag'larning tish qatorlarini kengayishi yoki bir tomonlama qalinlashishida, molyarlar va premolyarlar sohasida muddatidan oldin kontakt yuzaga kelganida,

pastki jag‘lar shoxini bir tomonlama rivojlanmay qolishi yoki haddan tashqari rivojlanib ketishi, ankilozda, bo‘g‘im o‘sig‘ining sinishi, jag‘larni shikastlanishlardan va jarrohlik amaliyotidan keyingi deformatsiyalarida kuzatilishi mumkin. Kuzatish jarayonida pastki jag‘ni harakatlanish xajmini baholash zarur.

Me’yorda og‘iz katta ochilganida yuqorigi va pastki oziq tishlarning kesuvchi qirralari orasidagi masofa 40-55 mm ni tashkil etadi. Og‘izni kichik kattaliklarda ochish og‘iz ochilishini u yoki bu darajadagi chegaralanishidan guvohlik berishi mumkin. Agar og‘iz maksimal ochilganida bu kattalik 50 mm dan ortiq bo‘lsa, demak bunda bo‘g‘imning gipermobilligi mavjud bo‘ladi (bu gipermobillik sindromi, CHPJBning biriktiruvchi to‘qimali displaziyasi sindromi, pastki jag‘ni chiqish osti va chiqish holatlarida uchraydi). Og‘izni ochish darajasi yuqorigi va pastki markaziy oziq tishlarining kesuvchi qirralari o‘rtasidagi millimetrlar yoki santimetrlarda o‘lchanadi. Bu masofani ko‘z bilan emas, balki chizg‘ich yoki sirkul yordamida o‘lchab baholash tavsiya etiladi. Bu ayniqsa og‘izni ochishdagi qiyinchiliklarda davolash samaradorligini nazorat qilish uchun muximdir. Yon tomonga harakatlanish xajmi markaziy pastki oziq tishlarga nisbatan markaziy yuqorigi oziq tishlar o‘rtasidagi nuqtani surilish kattaligi bilan aniqlanadi. Pastki jag‘ni yon tomonga surilishi, har ikki tomonda bir xilda bo‘lishi va o‘rtacha 7 mm ni tashkil etishi lozim. Biroq bu ma’lumotlar individual, chunki ular yuz skeletining o‘lchamlariga bog‘liq va rentgenologik tekshirishlarda bo‘g‘im do‘mboqchasi va pastki jag‘ boshchasining nisbati bilan nazorat qilinishi kerak.

Pastki jag‘da harakatlanishni buzilishi pastki jag‘ni transversal, sagittal va vertikal yo‘nalishlarda surilishi, og‘izni chegaralangan xolda yoki xaddan tashqari katta ochilganida paydo bo‘lishi mumkin. Pastki jag‘ tushganida odatda bo‘g‘im diskklarini chiqishi va chiqish osti holati yoki pastki jag‘ boshchasining surunkali chiqishi, shuningdek bo‘g‘imdagi boshqa morfologik o‘zgarishlar bilan bog‘liq bo‘lgan, yetarli darajada ko‘p uning deviatsiyasi yoki qiyshiq chiziqli harakatlanishi kuzatiladi (uni qimirlatish vaqtida o‘rta chiziqdan siljishi). Harakatlar xajmini kamayishi bo‘g‘imdagi o‘tkir va surunkali yallig‘lanish holatlari, artrozda,

CHPJBDagi ichki buzilishlarda, ankilozda, chaynashda ishtirok etuvchi mushaklar spazmida, mushak kontrakturalarida yuzaga keladi.

Og'iz bo'shlig'i tekshirilganida tishlam o'rganiladi, tish qatorlaridagi nuqsonlar, tishlar, shilliq qavatlar, suyak va yuzning yumshoq to'qimalari kasalliklari aniqlanadi. Tishlamni baholashga, zarurat bo'lganida tish qatorlari, tishlam holatiga aloxida e'tibor qaratish zarur va okklyuzion kontaktlarni artikulyatorda jag'larning gipsli modellarida baholanadi. Tish-jag' sohasi mushaklaridagi morfofunktsional o'zgarishlar bilan bir qatorda okklyuzion o'zaro munosabatlarni buzilishi, shuningdek tish-jag' yuz tizimidagi jarohatlarni mutaxassislar CHPJB disfunktsiyasining eng asosiy sabablari qatoriga kiritadilar.

Shifokor tashxislash uchun eng katta obyektiv ma'lumotlarni pastki jag'ni harakatlanishida ishtirok etuvchi **mushaklar va CHPJB ning palpatsiyasida** oladi. Palpatsiyani ham og'izni ochgan holatda, ham yopgan holatda o'tkazish kerak, chunki og'riq beruvchi nuqtalar yoki sohalar ko'pincha og'izni ochiq holatida ham, yopiq xolatida ham aniqlanadi. Bo'g'im palpatsiyasi quloq osilchog'ining oldida va tashqi eshitish yo'lining old devori terisi orqali amalga oshiriladi. Tashqi va ichki palpatsiya yordamida pastki jag' boshchasining ekskursiyasi, ularning shakli, og'riqliligi, sinxronligi va harakatlar xajmi aniqlanadi. Chaynov mushaklarining holati ish vaqtida va tinch holatda yuza va chuqur palpatsiya qilish usuli bilan baholanadi. Chaynov mushagi tashqaridan va bimanual palpatsiyalanadi. Chaynov mushagining old qirrasini bimanual palpatsiya qilishda vrach bir qo'lining ko'rsatkich barmog'ini uning old qirrasi proyeksiyasi bo'ylab og'iz bo'shlig'ining old qismiga kiritadi, ikkinchi qo'lining ko'rsatkich barmog'ini esa shu mushakning tashqi yuza old qirrasi ustiga joylashtiradi. O'ng va chap tomondan chakka mushagining tashqi yuzasi o'ng va chap qo'lining ko'rsatkich va o'rta barmoqlari yordamida bir vaqtda palpatsiya qilinadi. Tojsimon o'simta asosidan boshlab chakka mushaklari payining ichki yuzasi ko'rsatkich barmoq yordamida palpatsiyalanadi.

Ichki qanotsimon mushakning yuqorigi yarmi asosiy suyakning qanotsimon o'sig'ini ilgagidan boshlab, to pastki jag'ning alveolyar o'sig'igacha, qanotsimon-

jag' burmasi bo'ylab ko'rsatkich barmoq bilan palpatsiya qilinadi. Ichki qanotsimon mushakning pastki bo'limi pastki jag' burchagi ostini tashqi tomonidan va og'iz bo'shlig'i tomonidan palpatsiyalanadi.

Tashqi qanotsimon mushak pastki boshchasining og'riqliligini aniqlash uchun ko'rsatkich barmoq yuqorigi jag' do'mboqchasi ortidagi og'iz bo'shlig'ini ochilish joyiga kiritiladi va asosiy suyakning qanotsimon o'sig'i tashqi plastinkasining pastki bo'limiga yumshoq to'qimalarni siqiladi.

CHPJBning SBDsida og'riqni to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushaklar, ikki qorinchali mushakning orqa qorinchasi va yuqorigi trapetsiyasimon bog'lar sohasiga tarqalishi mumkin.

Har ikki to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushaklarni bir vaqtning o'zida palpatsiya qilish mumkin. Buning uchun bemor boshini salgina old tomonga egadi, vrach uning orqa tomonida turib, har ikki qo'lining bosh barmog'ini to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning mos bo'lgan orqa qirralariga qo'yadi, qolgan barmoqlarni esa pastki jag' burchagi darajasida xuddi shu mushaklarning old qirrasiga joylashtiradi va barmoqlari bilan mushaklarni siqadi. To'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushaklarning old qirrasini old tomondan katta, ko'rsatkich yoki o'rta barmoqlar bilan palpatsiya qilish mumkin. trapetsiyasimon mushaklarning yuqorigi bog'ini palpatsiyalashni o'mrov suyagi ustidan o'tkaziladi. Ikki qorinchali mushakning orqa qorinchasi til osti suyagi va so'rg'ichsimon o'simtalar o'rtasida palpatsiyalanadi.

CHPJB patologiyasi bo'lgan bemorlar palpatsiyasida tekshirishlarning umumqabul qilingan sxemalariga rioya etish zarur, unda nafaqat bo'g'im va u bilan bog'liq bo'lgan mushaklar palpatsiyalanadi, balki shuningdek yuz-jag' sohasidagi barcha, jag', so'lak bezlari, limfa tugunlari va boshqa suyak xamda yumshoq to'qima tuzilmalari xam o'z ichiga olgan anatomik xosilalar palpatsiyalanadi.

Funksional sinamalar. Gerberning elastiklikni aniqlash uchun taklif etgan sinamasi (1970) pastki jag' boshchasining me'yoriy holatida, bo'g'im to'qimasini cho'zilishi

va kompressiyasi aniqlanadi. Barcha yo'nalishlarda bo'g'im to'qimasining elastikligi 1 mm chegarasida bo'ladi. Bo'g'im patologiyasida, agar bo'g'im yorig'i toraysa, to'qima kompressiyasi, agar oshgan bo'lsa, bo'g'im to'qimalarini cho'zilishi qayd etiladi.

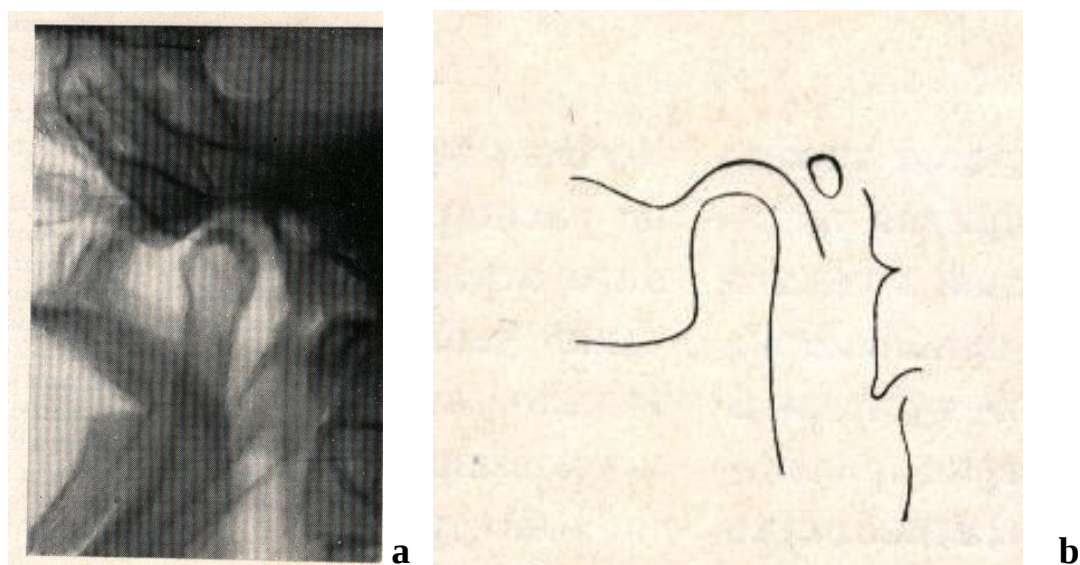
Sinama quyidagilardan iborat: sog'lom tomondagi tishlarga qalinligi 0,3-0,4 mm li qalinlikdagi folga tasmasi joylashtiriladi, me'yorda qarama qarshi tomonda, bo'g'im to'qimasining elastikligi tufayli tishlar o'rtasida qalinligi 0,1 mmli folga ushlab turiladi. Agar yupqa folga ushlab turilmasa (uni tortish mumkin), bo'g'im to'qimalarining kompressiyasi qayd etiladi. Bo'g'im to'qimasi tortilganda, agar hatto qarama qarshi tomonda folga qalinligini 0,8 mm gacha oshirilganda ham, tishlar o'rtasida yupqa parda ushlab turiladi.

4.2. QO'SHIMCHA TEKSHIRISH USULLARI

Rentgenografiya. Bo'g'implarni tekshirishning eng keng va hammabop bo'lgan usuli – nurli davolash, jumladan rentgenografiyadir. CHPJB kasalliklarini tashxislashda rentgenologik tekshirish usullari juda muxim o'rinni egallaydi va amaliy jihatdan ularsiz bo'g'implarning har qanday patologiyasida tashxisni aniqlashtirishning imkoni mavjud emas. To'g'ri proyeksiyada bo'g'implarning rentgenologik vizualizatsiyasi frontal yuzalar bo'ylab bo'g'im yorig'ining kattaligi to'g'risida va pastki jag' chuqurchasi xamda pastki jag' boshchasining o'lchamlari va shakli to'g'risida ma'lumotlarni taqdim etadi.

CHPJBni tekshirish uchun Pordes-Parm usuli bo'yicha olib boriladigan rentgenologik usul yaxshi ma'lum (3 rasm). Mazkur usulda bajarilgan rentgenogrammalarda, qarama qarshi bo'g'imning proyeksion qatlamlanishini bartaraf etish mumkin, suyak elementlari yetarli darajada yaxshi ko'rinadi, ammo bo'g'im yorig'i aniq ko'rinmaydi. CHPJBni vizualizatsiyasining eng keng tarqalgan usullaridan biri Shyuller bo'yicha rentgenografiya usulidir. Tasvirlarda ochiq va yopiq og'izda bo'g'im do'mboqchasi va pastki jag' chuqurchasi, pastki jag'

boshchasi aniq ko‘rinadi. Biroq bu usulda shuningdek kamchiliklar ham mavjud, ularga bo‘g‘im elementlarining haqiqiy o‘zaro munosabatlarining tavsirini o‘zgartiruvchi, proyeksion torayishni, bo‘g‘im to‘qimasidagi qatlamlanish, so‘rg‘ichsimon o‘simta va chakka suyaklari piramidalarini kiritish mumkin. Proyeksion qatlamlanishni yanada zamonaviyroq usul – tomografiyani qo‘llash bilan kamaytirish mumkin, bunda 3-4 mm qalinlikdagi kesmalar bilan qatlamli tekshirishlar, amalga oshiriladi shuningdek zonografiya usuli xam qo‘llaniladi, u odatiy rentgenografiya va tomografiya o‘rtasidagi oraliq holatni egallaydi, chunki ajratib olinadigan qatlam qalinligi 20-25 mm gacha chegaralangan. Bu rentgenologik tekshirishlar miqdorini kamaytirish hisobiga nurli yuklamani kamaytirishga imkon beradi, chunki bu usulni qo‘llab olingan bitta tasvirdan tomogrammani bir nechta seriyasida olingan ma’lumotlarga teng bo‘lgan informatsiyaga ega bo‘lish mumkin.



3 Rasm. Me'yoriy CHPJB rentgenogrammasi: a –Pordes-Parma usuli; b – rentgenogramma sxemasi.

CHPJB patologiyasini rentgenodiagnostikasi sohasidagi mutaxassislarni hisoblashicha, bo‘g‘im elementlarining o‘zaro munosabati va suyakdagi o‘zgarishlarni yanada to‘liq aniqlash uchun, bo‘g‘imlarni tasvirlash uchun avtomatlashtirilgan dasturlarga ega bo‘lgan, “Zo-nark” maxsus ortopantomografda

olingan zonogrammalar eng samaralidir. Bunda bitta olingan tasvirda har ikki bo'g'im tasvirlarini olish mumkin, bu yonbosh tasvirlar bo'lib, bu ularni qiyoslash uchun ham juda qulaydir. Shunisi muximki, zonogrammalar pastki jag'ni turli holatlarini tasvirlarini olish imkonini beradi, yana shunisi ham borki, zonogrammalarda elementlar nisbati, bo'g'im qismlarining shakli va o'lchamlari xamda bo'g'im yorig'i haqiqiy o'lchamlarga to'liq mos keladi.

So'nggi yillarda yuz-jag' sohasini tekshirish uchun barcha tomonidan tan olingan usul maqomini ortopantomografiya usuli oldi, u shuningdek bitta plenkada har ikki CHPJB tasvirlarini olishga imkon beradi, bunday tekshirishlarda bo'g'img'lar sohasidagi kesma qalinligi 16-20 mm ni tashkil etadi, asl mohiyatiga ko'ra, har ikki bo'g'imning zonografiyasi olinadi.

Ortopantomografiya usulini qo'llanilishi maxsus murakkab tartibni talab etmaydi, bu esa yuz-jag' sohasining boshqa rentgenologik usullaridan ijobiyligi bilan farq qiladi. Ortopantomograf usuli qo'llanilganida bemorga ko'rsatiladigan nur yuklamasi sezilarli darajada pasayadi. Bundan tashqari, bir vaqtning o'zida jag'lar, tishlar, yuqorigi jag' bo'shliqlarining holati to'g'risidagi ma'lumotlar taqdim etiladi, bu esa surunkali og'rig'i bo'lgan bemorlarni tekshirishda juda ham muxim, u ko'pincha CHPJB patologiyasini chaqiradi. Agar bayon etilgan zamonaviy rentgenologik usullar qo'llanilganda bemorlarga ta'sir etadigan nur yuklamasi solishtirilganida, u tomografiya tekshirish usullarida eng yuqori, zonografiyada tahminan 2 marta kam va ortopantomografiyada nisbatan ko'p emas, bu esa ushbu usulni CHPJBni tekshirish uchun eng jozibador etib belgilaydi.

Bo'g'im ichi o'zgarishlarida patologik jarayonga asosan bo'g'imning yumshoq to'qimalari jalb etiladi, ular odatiy rentgenologik tekshirishlarda aniqlanmaydi. Qo'shimcha rentgenologik usullarni qo'llamasdan yumshoq to'qima elementlarining holati va joylashgan o'rnidagi o'zgarishlarni aniqlashning amaliy jihatdan imkoni mavjud emas. Ko'pincha rentgenologik tekshirishlar natijasida olingan ma'lumotlar tahlil qilinganda, vrach tavsirlarda patologik o'zgarishlarsiz bo'lgan bo'g'imni aniqlaydi. Shu bilan bir vaqtda bo'g'im disfunktsiyasi

sindromining klinik belgilari mavjud bo'ladilar, u esa ko'p holatlarda rentgenologik ko'rinishga mos kelmaydi.

Bo'g'im diskidagi morfologik o'zgarishlar va holatini aniqlash maqsadida artrografiya, ya'ni bo'g'im bo'shlig'iga kontrast moddasini kiritish bilan olib boriladigan rentgenologik usullarni qo'llash mumkin. CHPJB disfunksiyasi bo'lgan bemorlarda artrografiya usuli yordamida bo'g'im diskida perforatsiyaning mavjudligini yoki uning noodatiy surilishini aniqlash mumkin. CHPJB bo'shlig'iga kontrast modda kiritilganida olingan tomogrammani kompyuterli qayta ishlaniishi, olingan tasvirlar sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi. Chiziqli tomografiya (artrotomografiya) li birga qo'llaniladigan artrografiya usuli, tasvirda bo'g'im diski, uning shaklidagi va holatidagi o'zgarishlarni ko'rish orqali yanada sifatli va ma'lumotli tasvirlarni olishga hamda buning natijasida yanada aniq tashxis qo'yishga imkon beradi.

Tekshirish natijalarini yuqori ma'lumotlilik darajasiga qaramasdan, kontrast artrografiya usuli o'zining jiddiy kamchiliklari tufayli keng ko'lamda qo'llanilmaydi. Ularga kontrast moddani bo'g'im bo'shlig'iga kiritilganda hatto u zararlanmagan bo'lsa xam va hatto unda patologik jarayon ketayotgan bo'lsa ham yallig'lanish tavsifidagi asoratlarning ehtimolliligini kiritish mumkin. Artrografiya masalan artritlar, shuningdek ablastiklik tamoyilining buzilishi tufayli bo'g'im sohasida o'smalari bo'lgan bemorlarda tavsiya etilmasligi bilan CHPJBning ba'zi kasalliklariga uchragan bemorlar uchun qarshi ko'rsatmalari mavjud. Bundan tashqari, allergik reaksiyalar rivojlanishi mumkin. Ba'zi bemorlarda tekshirilgandan keyin 1-2 kun davomida bo'g'im sohasida og'riqlar qayd etilishi mumkin. Shuni yodda tutish lozimki, kontrast moddani nazoratsiz kiritilishi xattoki mulojani o'tkazilishini yaxshi ko'nikmalarida ham xatoliklarni istisno etmaydi, shuning uchun artrografiyaning nurlanish tekshirish usullari, jumladan ultratovushli tekshirishlar (UTT) bilan bajarish maqsadga muvofiqdir.

Kompyuter tomografiyasi. CHPJB disfunksiyasini rentgenologik tashxislash nafaqat suyak elementlarini, balki bo'g'imning yumshoq to'qimali tuzilmalarini

aniq va xatosiz tasvirini talab etadi, bu esa faqat MRT yoki kompyuterli tomografiyadagina to'laqonli ravishda amalga oshadi. KT odam tanasining har qanday qismi, jumladan CHPJB nini ko'ndalang qatlam tasvirini olishga imkon beradi. Bu tekshirishda trubkani aylanishida turli burchak ostida o'rganilayotgan to'qima orqali rentgen nurlari o'tadi va yuqori sezuvchanlikka ega bo'lgan datchiklar yordamida qayd etiladi. So'ngra ma'lumotlar kompyuterga o'tadi, bu yerda maxsus dastur har bir voksel (qatlamning xajm birligi) zichligini hisoblashga yordam beradi va uni displey ekranida mos bo'lgan yorug'likdagi piksel ko'rinishida namoyon etadi. Kontrast to'qimani kuchaytirish uchun kontrastni kuchaytirish usuli qo'llaniladi. Ko'ndalang kesmalar seriyasi har qanday yuza bo'ylab xajmli tasvirlar yoki yuzalarga transformatsiyalanishi mumkin.

Tibbiy amaliyotga KTni joriy etilishi CHPJBni tekshirish imkoniyatini sezilarli kengaytirdi, bo'g'im elementlarining tuzilishidagi juda kichik buzilishlarni ham aniqlash imkoniyati paydo bo'ldi. Zarurat bo'lganda uchta yuzadagi atrofni o'rab turgan to'qimalar va bo'g'imning xajmli tasvirlarini olib, an'anaviy rentgenologik tadqiqotlarga nisbatan yanada mayda qismlargacha bo'g'im diski konturlarini ko'rish, bo'g'im yorig'i o'lchovlaridagi o'zgarishlarni yanada aniq bayon etish, bo'g'imni o'rab turgan mushaklar xajmidagi o'zgarishlar, bo'g'imning suyakli tuzilmalaridagi patologik o'zgarishlarni aniqlash mumkin.

Sagittal proyeksiyada olingan, CHPJBning KT tahlil qilish uchun I.I. Ujumetsken (1981) usulidan foydalaniladi, u bo'g'im yorig'ining old, o'rta va orqa qismlari kengligini, bo'g'im chuqurchasining chuqurligi va kengligini aniqlashga imkon beradi. Sog'lom odam KTsin baholash mezonlari №1 jadvalda taqdim etilgan.

Shunisi muximki, KTni paydo bo'lishi bilan bir nechta proyeksiyalarda pastki jag' boshchasini bir nechta proyeksiyalarda baholash (to'g'ri va rekonstruktiv kesmalar), o'sma chegarasini aniqlash, boshcha va chanoq asosi o'rtasidagi kontakt zonalar, masalan keskin namoyon bo'lgan deformatsiyalanuvchi artrozdan o'smalarni (osteoma) differentsiatsiyalashni imkoniyati yuzaga keldi.

Bir qator mualliflarning qayd etishicha, KTda ma'lum darajada nafaqat suyak

tuzilmalari, balki yumshoq to'qimalarni ham ko'rish imkoniyati mavjud. Jumladan, millimetrlarning yuzdan bir ulushigacha bo'lgan aniqlikda sog'lom odamlardagi va CHPJ B patologiyasiga ega bo'lgan bemorlarda lateral qanotsimon mushaklarning qalinligi aniqlandi, bu pastki jag' boshchasi holatida olingan ma'lumotlarni o'zaro qiyoslanishi tashxis qo'yishga yordam berdi. Biroq CHPJBdagi barcha yumshoq to'qima elementlarini ishonchli vizualizatsiyasi KT tekshirishlarida imkonsiz bo'lib chiqdi.

1 Jvdval. Sog'lom odamdagi kompyuter tomogrammasini baholash mezonlari

CHPJ B KT parametrlarini baholash	Sog'lom odamning CHPJB
Bo'g'im yuzalarining shakli	Bo'g'im yuzalari tekis
Bo'g'im yuzalarining bilateral simmetrikligi	Bo'g'im yuzalari har ikki tomondan simmetrik
Bo'g'im yorig'ini old, markaziy va orqa bo'limlarining o'lchamlari	Old bo'lim - 1,4 mm; markaziy bo'lim - 1,8 mm; orqa bo'lim - 2,2 mm
Bo'g'im elementlarining suyak tuzilmasidagi patologik o'zgarishlar	Bo'g'im elementlarining suyak tuzilmasidagi patologik o'zgarishlar aniqlanmadi
Pastki jag' chuqurchasi va pastki jag' boshchasining o'zaro munosabatlaridagi o'zgarishlar	Markaziy okklyuziya: o'ng va chap CHPJB pastki jag'larining boshchasi ppastki jag' chuqurchasida joylashadi. Og'iz bo'shlig'ini maksimal ochilishi: o'ng va chap CHPJB pastki jag'larining boshchasi bo'g'im do'mboqchasining orqa uchdan bir qismida yoki uchida joylashadi

KT va CHPJBnini sun'iy kontrastlanishini birga kelishi tashxislash sifatini oshirdi, turli modifikatsiyalardagi (kontrast moddasiz, CHPJBning bir yoki ikki bo'g'imini kontrastlanishi bilan) usullari ishlab chiqildi, CHPJBdagi ichki buzilishlarning turli shakllarida va bo'g'im shikastlanishidagi bo'g'im ichi boylamlarida xamda bo'g'im diskidagi o'zgarishlar batafsil bayon etildi.

Magnit-rezonansli tomografiya. CHPJB elementlarini vizualizatsiyasi va uning patologiyasini tashxislashdagi sezilarli yutiqlar bo'lib, MRTdan foydalanish hisoblanadi. Nurli tashxislashning ushbu usulida ularni dastlabki qo'zg'atilgan xolatidan qaytishida odam tanasidagi ichki muhit vodorod yadrosini protonlari tomonidan chiqariladigan, energiyasini qayd etish o'tkaziladi. Yadro va orqa samaraning rezonans qo'zg'aluvchanligi qo'shimcha yuqori chastotali g'altaklar va statik magnit maydoni tomonidan yaratilgan magnitning o'zaro ta'sirida generallanuvchi, radiochastota impulslarining ta'siri ostida yuzaga keladi, uning yordamida signallarni qayd etish yuzaga keladi. Kompyuter yordamida signallarni maxsus qayta ishlash ekranda o'rganilayotgan obyekt tasvirini olishga imkon beradi.

Stomatologlar va yuz-jag' jarrohlarining klinik amaliyotiga MRT usulini joriy etilishibo'g'im kapsulasi, bo'g'im diski, bo'g'im ichi bog'lamlari, CHPJBning yumshoq to'qima tuzilmalaridagi patologik o'zgarishlarning, shuningdek pastki jag' chuqurchasi va pastki jag' boshchasi sohasidagi suyak o'zgarishlarining butun majmuasini aniqlash imkonini beradi, ularni barchasi noinvaziv va nurli yuklamalarsiz amalga oshiriladi. Elektromagnit (radiochastota) to'lqinlarini tashkil etilishi rentgen va radioizotoplardan sezilarli darajada past, shuning uchun salbiy nojo'ya samara eng past darajagacha tushirilgan. Usulning xavfsizligi va uning yuqori ma'lumotlilik davolashni nazorat qilish va CHPJB patologiyalarini aniq tashxislashni amalga oshirishga imkon beradi.

MRTda "osterartroz" ni klinik va rentgenologik tashxisi bo'lgan bemorlarda bo'g'im yuzalarini deformatsiyasi, bo'g'im yorig'i balandligini kamayishi, subxondrial skleroz aniqlanadi. O'tkir artritli bemorlarda o'ng va chap tomonda CHPJB nisbatidagi asimmetriya, bo'g'im bo'shliqlarida suyuqliklar aniqlanadi.

Garchi MRTda suyak to'qimasi tuzilmasini baholash qiyin bo'lsa ham, bo'g'im yuzalaridagi suyak konturlari (boshchasi, pastki jag' chuqurchasi, bo'g'im do'mbog'i) yaxshi ko'rinadi. MRTni shikastlanishlar va CHPJBdagi ichki buzilishlarda, o'smalarda, yallig'lanishlarda, degenerativ-distrofik shikastlanishlarda, shuningdek bo'g'imning noartikulyar kasalliklari xamda uni tug'ma anomaliyalarida muvaffaqiyatli qo'llaniladi.

CHPJJB kasalliklari va shikastlanishlarni tekshirish uchun KT va MRTdan foydalanish patologiyaning mazkur turlarini tashxislash darajasini sezilarli oshiradi. Amaliyotni ko'rsatishicha, MRT sezilarli darajadagi afzalliklarga ega, chunki u nafaqat suyakning tarkibiy qismlarini ko'rishga, balki uning kapsulasi, paylari va bo'g'im diskini ham ko'rish imkonini beradi. Bu anatomik xosilalarni nafaqat ochilgan yoki yopiq og'iz xolatida, balki pastki jag' harakatining turli fazalarda ko'rish mumkin.

Elektron aksiografiya. Stomatologiyadagi funksional tashxislashning asosiy vazifalaridan biri – chaynov funksiyasidagi buzilishlarni aniqlashdir, shu bilan bog'liq xolda pastki jag' harakatini qayd etish natijalarining tahlili katta ahamiyatga ega bo'ladi. Hozirgi vaqtda elektron aksiografiya usuli ishlab chiqildi va qo'llanilmoqda. Uning mohiyati shundan iboratki, pastki jag' va bo'g'im boshchasining harakatlanishi uch o'lchamli proyeksiyada kompyuter displeyida xosil qilinadi, so'ngra aniq matematik hisoblashlar bajariladi, bunda vaqt sarfi ham uncha ko'p emas, bor-yo'g'i bir necha daqiqa vatni oladi.

Hozirgi kunda tibbiyot va texnikaning so'nggi yutuqlarini qo'llash bilan yangi oksioografiya usullarini ishlab chiqish davom etmoqda. Ultratovushli datchiklar taklif etilgan bo'lib, ular tufayli o'lchashning aniqligi mikrongacha ortishi mumkin. Pastki jag' harakatlanishini qayd etish bilan bir vaqtda bo'g'im diskini ko'rish uchun yadro-magnit rezonans usuli ham qo'llaniladi, bunda har soniyada kesmalarni ko'rish va chaynashning barcha bosqichlarida tish-jag' tizimi ishini tahlil qilish imkoniyati mavjud. Zamonaviy elektron texnologiyalar pastki jag'ning harakat trayektoriyasini yuqori aniqlikda belgilashga, virtual (kompyuterda) yoki bevosita

artikulyatorlarda qayd etilgan harakatlarni takrorlashga, okklyuziyaning har xil turlarini va buzilgan okklyuziyani to'g'rilash uchun tayyorlangan shinalar sifatini aniqlashni nazorat qilishga imkon beradi.

Elektromiografiya. CHPJB patologiyali bemorlarni majmuaviy tekshirilganda ko'pincha – chaynov mushaklarining bioelektrik faolligini yozuvchi, elektromiografiyani (EMG) qo'llaniladi. CHPJB disfunktsiyasida chaynov mushaklarining funksional holatini tavsifi, ushbu kasalliklarni etiologiyasi va patogenezini, shuningdek davolashning natijasiyligini nazorat qilishni aniqlash uchun muxim ahamiyatga ega bo'ladi.

Me'yorda chaynov, qanotsimon va chaynov mushaklarining simmetrik faolligi, bioelektrik faollikning fazalarini aniq almashinuvi va dam olish davrlari, mushaklarni bo'shashish vaqtida biopotensiallarni mavjud bo'lmashligi kuzatiladi. Qayd etiladiki, CHPJB kasalliklari va disfunktsiyalarida EMGda o'zgarishlar yuzaga keladi: chaynov davri uzayadi, mushaklar faolligining asimmetriyasi yuzaga keladi, og'iz bo'shlig'i tubidagi mushaklar faolligi ortadi. EMGda faol va tinch davrlar aniq chegaraga ega bo'lmaydi: faollik cho'qqilari orasida aloxida past voltli potensiallar kuzatiladi. Bu o'zgarishlar bir tomonlama va ikki tomonlama tishlar yo'qotilganida, shuningdek tish qatorlari nuqsonlari kiritilganida aniqlanadi, ammo eng katta o'zgarishlar surunkali artrit va artrozlarda, CHPJB disfunktsiyasida aniqlanadi: chaynov, qanotsimon va chaynov mushaklari biopotensiallari amplitudasini pasayadi, chaynov davri uzaygan, shu nomdagi mushaklar faolligining asimmetriyasi kuzatiladi. Mushak funksiyasini buzilishi nafaqat CHPJBning shikastlangan tomonida, balki patologik o'zgarishlar aniqlanmagan tomonda ham qayd etiladi, bu chaynov mushaklarining har ikki guruhini birgalikda harakat qilishi to'g'risida guvohlik beradi. Bundan tashqari, bemorlarda yuz-jag' sohasini birgalikda shikastlanishi ko'pincha uchraydi, buning natijasida esa pastki jag'ni harakatlanishida ishtirok etuvchi, mushaklar faoliyati buzilishi mumkin, shuning uchun EMGda aniqlangan o'zgarishlarni faqat qandaydir bitta patologiyaga kiritish juda ham qiyin. CHPJBdisfunktsiyasining o'ziga xos bo'lgan

belgilaridan biri bo'lib, chaynov mushaklarining (fiziologik tinchlik davridagi biopotensiallar) o'z o'zidan yuzaga keluvchi faolligi xizmat qiladi. Tinch holatda chaynov mushaklarini o'z o'zidan yuzaga keluvchi faolligi shuningdek yuz-jag' sohasidagi yallig'lanish jarayonlarida, okklyuzion balandlikning pasayishida, ikkilamchi qisman adentiyada qayd etiladi. Shunday tasdiqlangan ma'lumotlar borki, CHPJB disfunktsiyali barcha bemorlarda shu nomdagi mushaklarning bioelektrik faolligini asimmetriyasi kuzatiladi, pastki jag'ni harakatlanishida ishtirok etuvchi, funksional holatini yomonlashishi, bioelektrik faollik vaqtini ortishi va chaynov harakatlarining bitta fazasida tinch vaqtning kamayishi, fiziologik tinch holatda mushaklarning o'z o'zidan yuzaga keluvchi faolligi, antagonist-mushaklar diskoordinatsiyasi yuzaga keladi.

EMG natijasida chaynov muskulaturasining elektrik mushak potensiallarini baholash va qayd etishdagi erishilgan yutuqlarga qaramasdan, bemorlarni faqat majmuaviy tekshirish ma'lumotlari bilan birga baholash kerak.

Auskultatsiya. Bo'g'imdagi tovushli holatlar stomatologga yordam uchun murojaat qilgan bemorlarda va aholi orasida keng tarqalgan va u CHPJBning ichki buzilishini dastlabki belgilaridan biri bo'ladi. Pastki jag'ni harakatlantirish vaqtida CHPJBda yuzaga keladigan tovushli holatlar: krepatatsiya, bo'g'im yuzalarini ishqalanishidagi shovqin, qirsillash, shiqillash kabi bir qancha turlarining xilma xilligi bilan farq qilishi mumkin. Bo'g'im shovqini garchi, artroz bo'g'imda shovqinni yuzaga keltirmasligi mumkin bo'lsada, deformatsiyalanuvchi artrozning belgisi bo'lib xizmat qiladi. Bo'g'imdagi tovushlar bo'g'imning suyakli yuzalarini deformatsiyasida, sinovial bo'g'im suyuqligini ishlab chiqarilishini buzilishida yoki pastki jag' boshchasining haddan tashqari ko'p harakatlanishida va bog'lov apparati bo'shashganida yuzaga kelishi mumkin. Bo'g'imni qirsillashi bo'g'im diskini oldinga surilishidagi deformatsiyalanuvchi artrozida, pastki jag' boshchasi old yuzasidagi suyakni chiqqan joyini xosil bo'lishida yuzaga keladi, bunda bu sharoitlarda og'izni ochgan vaqtidagi pastki jag' boshchasi diskning orqa qutbi orqali sakrab ketadi.

Bo'g'im shovqinini barmoqni pastki jag'ning turli harakatlarida tashqi eshitish yo'lining old devorini palpatsiya qilib, quloq osilchog'ining old tomoni yoki tashqi eshitish yo'li old devori terisiga qo'yib, shuningdek fonendoskop yordamida o'rganish mumkin.

Fonoartrografiya. Bo'g'im ichi tovushlarini o'rganish, qayd etish va eshitish natijasida tekshirishning yangi usuli – CHPJBning fonoartrografiya paydo bo'ldi. Aniqlandiki, me'yorda bo'g'im shovqinining balandligi 2-2,5 dBdan oshmaydi, surunkali artritda esa u - 2,5-3 dBdan ko'p bo'lmasligi kerak. Artrozning dastlabki bosqichida bo'g'im shovqinining darajasi 3,6 dan 4,5 dBni, artrozning rivojlanayotgan bosqichida esa (bo'g'imning suyakli yuzalarida aniq rentgenologik o'zgarishlar mavjud bo'lganida) - 6,1 dan 7,5 dBgachani tashkil etadi. Bundan tashqari, aniqlandiki, bo'g'im shovqini ko'pincha eshitish bo'sag'asidan tashqarida bo'ladi va faqat audiogramma tahlilidagina aniqlanishi mumkin.

Shunday qilib, CHPJBdagi tovushli holatlarni disk, bo'g'im ichi bog'lamlari va bo'g'im yuzalariga funksional ta'sirning ko'rsatkichi sifatida baholashda qo'llanilishi mumkin. Biroq bo'g'imdagi shovqin nafaqat CHPJBdagi patologik holatlarda, balki ular mavjud bo'lmaganda ham kuzatilishi mumkin, shuning uchun CHPJB kasalliklarini tashxislash uchun fonoartrografiya natijalarini ham, tekshirishlarning boshqa usullarini natijalarini ham bo'g'imning vizualizatsiya ma'lumotlari bilan o'zaro solishtirish kerak.

Artropunksiya. Mahalliy va xorijiy adabiyotlarda, garchi qayd etilganidek uni tashxislash maqsadida tekshirish katta ahamiyatga ega bo'lsada, Umumiy oqsil, IL-1, IL-6, IL-8 interleykinlar konsentratsiyasi bilan birga yiring miqdorini korrelyatsiyasi baholandi. CHPJB patologiyasiga ega bo'lgan bemorlarda yiring mavjud bo'lganida, me'yorga nisbatan umumiy oqsillar va yallig'lanish mediatorlarining sezilarli darajadagi katta konsentratsiyasi qayd etiladi.

Isbotlandiki, CHPJBda ichki buzilishlar bo'lgan bemorlardagi bo'g'im og'riqlari sinovit bilan birga kuzatiladi, u bo'g'im yiringini xosil bo'lish patogeneza ma'lum rol o'ynaydi, sinovitni tashxislash esa mos xoldagi davolashni buyurish uchun juda

muximdir. CHPJB va unga dori moddalarini yuborishning inyeksiya usullari ishlab chiqildi, ammo uning patologiyasida tashxislash uchun CHPJBni bo'g'im ichi suyuqligini olishning umumqabul qilingan usuli xonuzgacha mavjud emas va sinovial suyuqlikni olish uchun stomatologiyadagi artropunksiya amaliy jihatdan qo'llanilmaydi. Sinovial suyuqlikni olishning qiyinchiligi asosan shu bilan bog'liqki, u juda ham qovushqoq, bundan tashqari, CHPJB tuzilishi va joylashishiga ko'ra yetarli darajada murakkab xamda uning o'lchamlari juda xam kichik va uning yuqorigi va pastki bo'g'im bo'shliqlariga igna yordamida shunchaki punksiya qilish xatto tajribali shifokor uchun ham ma'lum qiyinchiliklarni tug'diradi. Aynan shuning uchun nazorat ostida bo'g'im punksiyasini nazorat amalga oshirish mumkin bo'lgan, CHPJBni vizualizatsiyalashning zamonaviy usullarini qo'llash ayniqsa juda dolzarbdir.

CHPJB artroskopiya. CHPJB shikastlanishlari va bo'g'im ichi buzilishlarini tashxislash uchun oxirgi o'n yilliklarda artroskopiya foydalanilmoqda. Mahalliy va xorijiy adabiyotlarda ushbu usulga bag'ishlangan nashrlar tobora ko'proq paydo bo'lmoqda, artroskopiya, tashxislashda aniqlangan CHPJB diskini oldinga surilish mezonlari, bo'g'imlar artroskopiya uchraydigan tuzilmalarni bayon etish uchun anatomik nomenklatura ishlab chiqildi, uni qo'llashga ko'rsatmalar aniqlandi.

Artroskopik tashxislash bo'g'im o'sig'ini surilishi bilan birga kuzatiluvchi, bo'g'im shikastlanishida, ba'zi holatlarda jarrohlik amaliyotidan oldin bemorlarni tekshirishda qo'llaniladi. CHPJB artroskopiya bemorlarda ham tashxislash, xam davolash maqsadida qo'llanilishi mumkin, jumladan ushbu usulni CHPJB ni ichki buzilishi bo'lgan bemorlarda yuqori samaradorligi va mazkur usulning juda keng ko'lamdagi ta'siri isbotlandi. Tashxislovchi artroskopiya jarayonida muolaja davolashga o'tkazilishi mumkin, bu unga tekshirishning boshqa usullari oldida o'ziga xos bo'lgan afzalliklarni beradi.

CHPJB patologiyasiga ega bo'lgan aksariyat bemorlarni davolashda dori vositalari bilan, ratsional, ortopedik davolash, fizioterapevtik muolajalar, davolovchi jismoniy

tarbiya kabi konservativ usullarni yetarli darajada qo'llash bilan birga amalga oshiriladi. Biroq bemorlarning aksariyat katta qismi bo'g'imlarida morfologik o'zgarishlar mavjud bo'ladi va xatto mos bo'lgan konservativ davolash o'tkazilgandan keyin ham juda ko'p simptomlar saqlanib qoladi, bu bo'g'im ichi buzilishlarini rivojlanganligidan guvohlik beradi va pastki jag' tarmoqlari sohasidagi to'qimalarni kesish bilan birga jarrohlik aralashuvlari uchun xizmat qilishi mumkin. Ko'plab holatlarda CHPJBda endoskopik aralashuv usulini amaliyotga joriy etilishi jarrohlik usuli bilan davolashdagi yuqori darajada jarohatlar yetkazilishidan xalos etishi va shu yo'l bilan chandiqlarni xosil bo'lishi, yuz nervi shoxlarini, so'lak bezlarini shikastlanishlarini oldini olishi mumkin.

Endoskopik texnikadan foydalanish CHPJBdani uncha katta bo'lmagan bo'g'im ichi elementlarini vizual tekshirish imkonini beradi va ularning patologiyasida rekonstruktiv endoskopik aralashuvlarning kelgusida istiqbolli takomillashishini ochib beradi.

5. CHAKKA-PASTKI JAG' BO'G'IMI KASALLIKLARINI KLINIKASI, TASHXISLASH VA DAVOLASH

5.1. CHAKKA-PASTKI JAG' BO'G'IMI ARTRITLARI

Tasnifi. Artrit —bo'g'im elementlarini yallig'lanishi.

Etiologiyasi bo'yicha infeksiyon va noinfeksiyon (travmatik) artritlar farqlanadi.

Yuqumli artritlar maxsus va nomaxsusga ajratiladi.

Nomaxsus artritlarga revmatik va revmatoidli artritlar kiradi. Maxsusga – silli, so'zakli, zaxmli, aktinomikotik artritlar kiradi. Nomaxsus va travmatikka nisbatan maxsus artritlar kam uchraydi.

Bo'g'im to'qimasiga yuqumli omilni tarqalish (kirib borish) yo'li:

- kontaktli (o'rta otitlarda, mastoiditlarda, quloq oldi-chaynov sohasi absesslari, pastki jag' shoxining osteomiyelitlarida) ;

- gematogen va limfogen (mikroblarning “metastatik” tarqalishi natijasida bodomcha bezlarining yallig‘lanishi, skarlatina, faringit va boshqa kasalliklardan keyin).

Travmatik artritlar tishlam potologiyasi va tish-jag‘ nuqsonlarida bo‘g‘imga bo‘lgan yuklama oshirilganidagi surunkali mikrojarohatlarda yoki CHPJBning o‘tkir shikastlanish natijasida yuzaga keladi.

Bo‘g‘im ichidagi ekssudatning tavsifiga ko‘ra:

- serozli;
- yiringli;
- gemorragik.

Tavsifi va kechish vaqti bo‘yicha:

- o‘tkir (kasallik boshlanish vaqtidan to ikki haftagacha);
- o‘tkir osti (kasallik boshlanishining ikkinchi xaftasigacha);
- surunkali (o‘rtacha kasallik boshlanishidan to‘rt xaftadan so‘ng);
- surunkali holatni kuchayishi.

CHPJB o‘tkir artritlarini klinik ko‘rinishi etiologiyasidan qat’iy nazar

kasallikning birinchi kunlarida quyidagi shikoyatlar bilan tavsiflanadi:

- yuz va boshning boshqa bo‘limlariga tarqaluvchi, pastki jag‘ning harakatlanishida kuchayadigan, shikastlangan bo‘g‘im sohasidagi doimiy og‘riqlar;
- pastki jag‘da harakat xajmini chegaralanishi.

Ekssudat tavsifi (***seroz yoki yiringli***) va yallig‘lanishning namoyon bo‘lishiga bog‘liq xolda bemorning o‘zini xis etishi yomonlashadi: xolsizlik, tana haroratini ko‘tarilishi yuzaga keladi. Eng og‘ir klinik ko‘rinish CHPJBning yiringli yallig‘lanishi bilan tavsiflanadi (tana haroratini yuqoriligi, qaltirash, pastki jag‘ harakatlanishining keskin chegaralanishi).

Ko‘rik vaqtida quyidagilar qayd etiladi:

- bo‘g‘im usti terisida giperemiya va shu sohadagi bosim xissi, bo‘g‘im sohasidagi yallig‘lanishli shish hisobiga yuz shaklidagi o‘zgarishlar;
- shikastlanish tomonida tashqi eshitish yo‘lini torayishi;
- CHPJBning palpatsiyasining keskin og‘riqligi;

- Qonning klinik tahlilida leykotsitoz, ECHT ortishi aniqlanadi. Ko‘pincha o‘tkir yiringli jarayon ko‘pincha tashqi eshitish yo‘lida, kam holatlarda – quloq oldi sohasida yiringni chiqish yo‘li paydo bo‘lishi bilan to‘xtaydi. Keyinchalik jarayon o‘tkir osti va surunkali bosqichlarga o‘tishi mumkin.

O‘tkir travmatik artrit og‘izni xaddan tashqari katta ochish (tishlarni olib tashlash va davolashda), pastki jag‘ni shikastlanishida yuzaga keladi va pastki jag‘ harakatlanganida, chaynash vaqtida, periartikulyar to‘qimalarni shishida, og‘izni ochishdagi chegaralanishlar bilan CHPJBning bir yoki har ikki tomonida klinik namoyon bo‘ladi. O‘tkir travmatik artrit odatda bo‘g‘im bo‘shlig‘idagi seroz ekssudatsiya bilan asoratlanadigan, bo‘g‘im bo‘shlig‘i va atrof to‘qimaga qon quyilish bilan birga kuzatiladi, buning natijasida keyinchalik unda pastki jag‘ harakatini chegaralaydigan, fibroz chandiqlar xosil bo‘ladi.

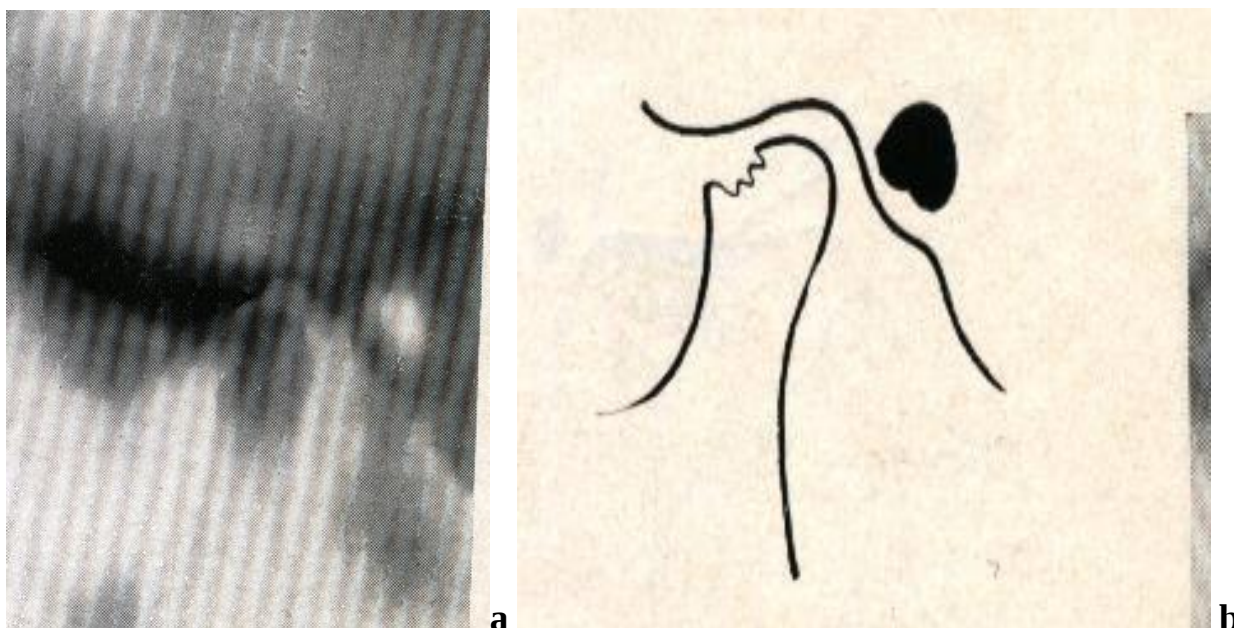
O‘tkir travmatik artritning boshlang‘ich davridagi rentgenogrammada odatda bo‘g‘im yorig‘ini kengayishi, ba’zida esa eshitish yo‘lining old suyak devori va bo‘g‘im o‘sig‘ining kortikal plastinkasini butunligini buzilishi qayd etiladi.

Birlamchi surunkali travmatik artrit tishlarni yo‘qotilishi natijasida bo‘g‘imga tushadigan yuklamalar ortganida, ularni patologik yemirilishida, protezlashdagi tishlamni ortishi yoki pasayishida va okklyuziyaning boshqa o‘zgarishlarida yuzaga keladi. Natijada pastki jag‘ chuqurchasida bo‘g‘im o‘sig‘ining noto‘g‘ri holati yuzaga keladi. Bu dastlab bosh aylanishi, bosh og‘rishi, eshitishni pasayishi, quloqda shovqin, og‘izni qurishi, tilni achishishi bilan namoyon bo‘ladi. CHPJBning surunkali artritlarida o‘rtacha darajadagi og‘riqlar, ayniqsa ertalab, bo‘g‘imni qiyinchilik bilan harakatlanishi, pastki jag‘ harakatlantirilganda unda ovozni (qirsillash) paydo bo‘lishi odatiy xoldir. Og‘iz ochilganida oxirgisi kasal bo‘g‘im tomoniga suriladi, uni palpatsiyasi bir necha marta og‘riqlidir. Og‘riq nafaqat bo‘g‘imga tegishli bo‘lishi, balki chaynov mushaklarida ham kuzatilishi mumkin. Odatda bo‘g‘im shakli o‘zgarmaydi.

Shikastlovchi sabablarni uncha katta bo'lmagan muddatlarda ta'sir ko'rsatishini istisno etish, odatda bo'g'im funksiyasini me'yorlashishiga va ko'rsatilgan belgilarni bartaraf etilishiga olib keladi.

O'tkir artritlarni kuchayishi sovuq qotganda, umumiy yuqumli kasalliklarda yuzaga keladi.

Artritlarni tashxislash xos bo'lgan simptomlar majmuasi, puxtalik bilan to'plangan anamnez va obyektiv tekshirishlarga asoslangan. Artritlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar va ko'pincha uni asoslanmagan tashxislanishi shu bilan tushuntiriladiki, artritda boshqa kasalliklarga xos bo'lgan belgilar xam uchraydi. Ularga mahalliy va aks etgan og'riqlar, bo'g'im funksiyasidagi chegaralanishlar (pastki jag' harakatidagi o'zgarishlar), chaynov mushaklarining spazmi kiradi. Tashxislovchi chora-tadbirlar majmuasida klinikdan tashqari albatta rentgenologik tekshirishlar ham kiradi. O'tkir artritda bo'g'im yorig'ini kengayish ko'rinishidagi CHPJB shikastlanishlarining rentgenologik belgilari CHPJB bo'shlig'ida yiringni to'planishi natijasida paydo bo'ladi. Surunkali artritda bo'g'im yorig'ini torayishi torayishi aniqlanadi. Keyinchalik jarayon jadallashganda bo'g'im do'mbog'i va boshchasida destruktiv o'zgarishlar yuzaga keladi, destruksiyaning chegaralangan uchastkalari, sklerotik o'zgarishlar. Bo'g'im qismlarining deformatsiyasi qayd etilishi mumkin. MRTdan foydalanish kasallikning yanada erta muddatlarida o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi (4 rasm).



4 rasm. CHPJB tomogrammasi: a – artrit. Bo‘g‘im o‘sig‘i boshchasining notekis, noaniq bo‘lmagan konturlari bilan suyak to‘qimasining chetki destruksiyasi; b – tomogramma sxemasi.

Revmatoidli artrit bilan CHPJB ning revmatoidli artritini **qiyosiy tashxislash** quyidagicha bo‘lgan klinik belgilarni o‘xshashligi: har ikki jarayonni o‘tkir boshlanishi; CHPJBda o‘z o‘zidan yuzaga keluvchi doimiy og‘riqlarni paydo bo‘lishi, bu og‘riqlarni og‘izni ochganda kuchayishi; bo‘g‘imlarda shishni paydo bo‘lishi va boshqalar tufayli o‘tkazilishi zarur (2- jadval).

2 Jadval. O‘tkir revmatoid bilan CHPJBning o‘tkir revmatik artritini farqli belgilari.

Belgilar, simptomlar	Revmatik	Revmatoidli
Tarqalishi	<i>Har ikki CHPJB</i>	<i>Ko‘pincha bir tomon</i>
Og‘riq tavsifi	<i>Tinch holatda keskin o‘z o‘zidan yuzaga keluvchi og‘riq</i>	<i>Tinch holatdagi o‘rtacha og‘riqlar</i>

Klinikasining o'ziga xosliklari	<i>Revmatizm fonida kechadi</i>	<i>Revmatizm belgilarisiz kechadi, simmetrik emas, sinovial suyuqlik va qonda revmatoidli omil</i>
Qo'shimcha sinamalar	<i>Revmatik sinamaning davriy musbat ko'rsatkichiga ega bo'lgan natijalarida: sialli, difenilaminli, revmatik jarayonni faolligi to'g'risida guvohlik beruvchi qondagi S-reaktiv oqsil va boshqa sinamalar</i>	<i>sinovial suyuqlik va qonda revmatoidli omil</i>
Yakun	<i>Ta'sir ko'rsatilmaganda izsiz o'tadi</i>	<i>Qiyin davolanadi</i>
	<i>Revmatik xurujlar; simmetrik</i>	<i>Boshqa bo'g'imlar shikastlanadi;</i>

	<i>Boshqa, asosan yirik bo‘g‘imlarni shikastlanishi; Yurakda patologik o‘zgarishlar kuzatiladi</i>	<i>Qoidaga ko‘ra yurakda patologik o‘zgarishlar qayd etilmaydi.</i>
	.	

◇ O‘tkir o‘rta otitdan CHPJB o‘tkir artriting farq qiluvchi belgisi bo‘lib, o‘rta quloqdagi patologik o‘zgarishlarning mavjud emasligi hisoblanadi. bunda eshitish aziyat chekmaydi. O‘tkir o‘rta otitda eshitishning pasayishi uning doimiy belgisi bo‘lib hisoblanadi. shuningdek havo o‘tkazuvchanlikni xam yaqqol namoyon bo‘lgan buzilishi qayd etiladi. O‘tkir o‘rta otitning doimiy va eng ishonchli belgisi bo‘lib, nog‘ora pardani giperemiyasi va shishi bilan namoyon bo‘luvchi yallig‘lanishli o‘zgarishlari hisoblanadi.

◇ Boshqa o‘tkir artritlardan CHPJBdagi o‘tkir kontaktli artritning farqli tomoni shundaki, kontaktli artritda CHPJB atrofidagi to‘qimalarda mahalliy yiringli o‘choqlarga (absess, flegmona, pastki jag‘ shoxlarining osteomiyeliti, furunkul) ega bo‘ladi, ular esa butun davomiyligi bo‘yicha infeksiyani tarqalishi natijasida bo‘g‘imda yallig‘lanishni yuzaga keltiradi.

◇ Maxsus zaxmli artrit uchun quyidagilar xos:

- Zaxm kasalligi to‘g‘risidagi anamnestik ma’lumotlar;
- Infeksiyaning yakuniy o‘chog‘ini aniqlash (uretrit, vezikulit, prostatit va boshqalar);
- CHPJBning periartikulyar to‘qimalarini yaqqol namoyon bo‘lgan shikastlanishi (zaxmli periartrit, bursit va boshqalar);
- Borde — Jang-u, antigenli, zaxmli vaksinaga teri ichi sinamasi va boshqalar kabi sinamalarga musbat reaksiya.

Aynan ushbu belgilar maxsus artritlarning (sil, aktinomikoz) boshqa nozologik

shakllaridan ajratib turadi, ular qoidaga ko'ra, tarqalishning kontakt turlari natijasida yuzaga keladi.

◇ Silli chakka-pastki jag' artriti boshqa bo'g'imlarning sil bilan shikastlanishiga nisbatan sezilarli darajada kam kuzatiladi va silli jarayonni pastki jag' shoxidan chakka suyagiga, o'rta quloqqa va yuzning yumshoq to'qimalari tomoniga o'tishi natijasida yuzaga keladi. Bemorlar yallig'lanishning mahalliy belgilarini sezilarsiz namoyon bo'lishida ham kuchli og'riqni qayd etadilar. Asta sekinlik bilan yallig'lanishning mahalliy belgilari ortib boradi va uzoq vaqt bitmaydigan oqma yaralarni xosil bo'lishi bilan bo'g'im to'qimasini yiringli yumshashi yuzaga keladi. Jarayon juda uzoq vaqt davom etadi, bo'g'im asta sekin yemirilib boradi, ankiloz yuzaga keladi. Eng yakuniy tashxis yumshoq yoki suyak to'qimalarining biopsiyalangan bo'laklarini morfologik tekshirish asosida aniqlanadi.

◇ Zaxmli chakka-pastki jag' artriti zaxmning uchlamchi davrida kuzatilishi mumkin. Kechishi juda sekin, surunkali, o'rtacha og'riq bilan kuzatiladi. Bunda pastki jag'ning harakati og'riqsiz, ammo ma'lum darajada chegaralanishga ega. Garchi rentgenogrammada bo'g'im sohasida suyak to'qimasi sezilarsiz shikastlansa ham, bo'g'im sohasida periostal qalinlashish kuzatiladi. Maxsus davolash va mexanoterapiyadan keyin bo'g'imdagi harakat deyarli to'liq tiklanadi. Yakuniy tashxis serologik tadqiqotlar va anamnez asosida qo'yiladi.

◇ Aktinomikozli chakka-pastki jag' artriti yuz-jag' sohasi aktinomikozini bo'g'im kapsulasiga o'tishi natijasida muloqat yo'li bilan yuqadi. Jarayon chaynov mushaklari atrofiga tarqaladi, buning natijasida esa og'izni ochishni chegaralanishi qayd etiladi. Jarayon juda sust kechadi, og'riq kuzatilmaydi. Modomiki jarayon bo'g'im kapsulasini shikastlar ekan, kasallik davolanganda og'izni ochishni o'rtacha chegaralanishi qolishi mumkin. Yakuniy tashxis morfologik tekshirishlar, serologik yoki immunologik reaksiyalar asosida qo'yiladi.

◇ CHPJBning o'tkir travmatik artritini qiyosiy tashxislashni bo'g'im o'sig'ining bo'g'im ichi sinishi bilan birga o'tkazish zarur. Bunda asosiy farq shundan iboratki, sinish bo'lganida rentgenogrammada – bo'g'im o'sig'i sohasida

suyak to'qimasi butunligining buzilishi kuzatiladi. Pastki jag' bo'laklarining surilishi hisobiga ta'm bilishdagi o'zgarishlar kuzatiladi.

Shunday qilib, ularning turli tuman etiologiyasidagi o'tkir bosqichda CHPJBartritlarining klinik ko'rinishi kasallikning birinchi kunlarida ko'p jihatdan bir xilda bo'ladi.

Pastki jag'ning harakatlanish xajmini chegaralanishi, shikastlangan bo'g'imlar sohasida o'z o'zidan yuzaga keluvchi doimiy og'riqlar paydo bo'ladi. Bo'g'im sohasida shish va bosim xissi, bo'g'im ustidagi terini qizarishi va bo'rtib qolishi qayd etiladi. Yallig'lanish jarayonining namoyon bo'lishiga bog'liq xolda umumiy axvol yomonlashadi: xolsizlik seziladi, tana harorati ko'tarilishi mumkin. Eng yaqqol namoyon bo'lgan va og'ir klinik ko'rinish CHPJBning yiringli yallig'lanishi bilan tavsiflanadi. Bunday holatlarda kasallik tanadagi yuqori harorat, titrash, pastki jag' harakatini keskin chegaralanishi bilan kechadi.

O'tkir yallig'lanish jarayonining boshida yallig'lanish jarayonlari periartikulyar to'qimalar va bo'g'im kapsulasida joylashadi, so'ngra sinovial qobiq, bo'g'im yuzasidagi tog'ayli qismlar, shuningdek suyak to'qimasining yuza qatlamlarida paydo bo'ladi. Bularning barchasi tog'ayning yumshashi va tolalarga ajralishiga xamda bo'g'im bo'shlig'ida yirik tolali biriktiruvchi to'qimaning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Yuqumli artritlar ko'pincha CHPJBning fibroz yoki suyak ankilozi bilan yakunlanadi. Yengil holatlarda jarayon to'liq ortga qaytadi yoki artroz bilan yakunlanadi. Ko'pincha o'tkir chaqnashdan keyin yallig'lanish kasalliklari surunkali shaklga o'tadi, ba'zida esa zudlik bilan cho'zilgan shaklga o'tadi. Surunkali kechish uchun pastki jag' harakati bilan bog'liq bo'lgan, bo'g'imdagi bir kuchayuvchi, bir pasayuvchi doimiy kechadigan lg'riqlar xosdir. Quloq osilchog'ining oldi palpatsiya qilinganida kuchsiz namoyon bo'luvchi og'riq aniqlanishi mumkin, ammo terining rangi o'zgarmaydi. Keyinchalik esa unga og'iz ochilganida yoki yopilganida pastki jag'ni to'g'ri va bir tekisda harakatlanishini buzilishi xamda shikastlangan bo'g'imda qirsillash ko'rinishida bo'lgan tovushli

holatlar jarayonga qo'shilishi mumkin. Surunkali artritlarda yallig'lanish jarayonni kuchayishi organizmni qizishi yoki sovuq qotganida, umumiy yuqumli kasalliklarda, shuningdek CHPJBning mikrojarohatlarida yuzaga kelishi mumkin.

Davolash. Kasallik sababiga bog'liq bo'ladi. CHPJBning shikastlanish holatlari tizimli kasalliklarning belgisi bo'lganida, maxsus davolashni amalga oshiruvchi, zaruriy bo'lgan boshqa mutaxassislar bilan maslahatlar o'tkaziladi. Biroq umumiy holatlar ham mavjud bo'lib, ulardan davolash chora-tadbirlarini o'tkazishda qo'llanma sifatida foydalaniladi.

Konservativ davolash etiotrop, yallig'lanishga qarshi va og'riq qoldiruvchi davolash usullarini qo'llashdan iborat bo'ladi. Bakterial artritda antibiotiklar bilan davolashni o'tkazish kerak, unda ta'sir ko'lamini keng bo'lgan preparatlarga ko'proq urg'u beriladi. Maxsus va reaktiv artritlarda asosiy kasallikni davolash zarur. Yallig'lanishning umumiy belgilarini olib tashlash uchun salitsilatlarini, nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalarni (NYAQV) buyuriladi. Bundan tashqari, desensibilizatsiyalovchi davolash, antigipoksantlar, antioksidantli davolash va immunoterapiya ko'rsatilgan. CHPJB artritlarini mahalliy davolashda ko'rsatmalar bo'yicha keyinchalik antibiotiklarni bo'g'im ichiga kiritish; gidrokortizon mazi, NYAQV asosidagi mazlar, gidrofil antibiotikli mazlar bilan birgalikdagi dimetilsulfoksidning 20%li eritmasi (Dimeksid) bilan jarrohlik usulini davolashda ko'rsatmalar bo'yicha qo'llaniladi. Har qanday etiologiyadagi artritlarda birinchi navbatda eng muximi pastki jag' funksiyasini chegaralagan xolda bo'g'im uchun tinch sharoitni yaratishdir. U bilan bir vaqtda og'iz bo'shlig'ining sanatsiyasi va surunkali infeksiya o'choqlarini bartaraf etish uchun otolaringologlarda davolash, tishlam balandligini me'yorlashtirish uchun tishlarni ratsional protezlash o'tkaziladi.

Davolashning juda muxim komponenti bo'lib fizioterapiya xizmat qiladi. O'tkir yallig'lanishni davolash uchun ultrabinafsha nurlar (UBN), ultrayuqori chastotali tok (UYUCH) (isitmaydigan dozalar) qo'llaniladi. O'tkir ko'rinishlar olib tashlangandan keyin diadinamoterapiya, sinusoidal modulirlangan toklar, NYAQVli elektroforez qo'llash maqsadga muvofiqdir. Qoldiq holatlarda UTT yoki fonoforez

gidrokortizondan foydalaniladi. Remissiya bosqichida barcha isituvchi muolajalar, parafin-, balchiq bilan davolash, ozokerit, gialuronidaza (Lidaza[®]), tripsin – fermentlari bilan elektroforez qo'llaniladi.

Shikastlantiruvchi artritlarda shikastlangan elementlar tavsifini hisobga olish zarur. Bo'g'im diski va bog'lov-kapsulyar apparati shikastlanganida, konservativ davolash usullari (jag'larni shinalashni har xil turlari) qo'llaniladi, bo'g'imning suyak tuzilmalari shikastlanganida davolashning jarrohlik usullari (bo'g'im bo'shliqlarini natriy xloridning izotonik eritmasi bilan yuvish orqali gemartrozni istisno etish uchun CHPJBning artro-punksiyasi), bo'g'im o'sig'i yoki boshchasining osteosintezi, pastki jag' boshchasi yoki bo'g'im o'sig'ining replantatsiyasi, kondilektomiya, auto yoki allotransplantant bilan birgalikdagi artroplastika, CHPJBni endoprotezlash, CHPJBni rekonstruksiyasidan foydalaniladi. Shuni ta'kidlab o'tish lozimki, ushbu uslubiy tavsiyanomada artritlarni davolashga faqat prinsipial yondoshuvlar ko'rsatilgan. CHPJB artritini davolash kasallikning etiologiyasiga bog'liq xolda qiyosiy yondoshuvni talab etadi. Artritning har bir turini davolash sxemasi va dori preparatlari maxsus adabiyotlarda yanada batafsil yoritilgan.

Yakunlar. O'z vaqtida va samarali davolash albatta shifo topishga olib keadi. Ko'pincha yallig'lanish o'tkir fazadan keyin surunkaliga o'tadi. Agar yallig'lanish jarayonida bo'g'imning tog'ay to'qimasini nekrozi, rezorbsiyasi yoki tolalarga ajralishi yuzaga kelsa, bo'g'im ichida qalin tolali biriktiruvchi to'qima – **fibrozli ankiloz** yoki bo'g'im yuzalarining birga o'sishi CHPJBning –**suyakli ankilozi** rivojlanadi.

5.2. CHAKKA-PASTKI JAG' BO'G'IMINING OSTEOARTROZLARI

Osteoartroz — bo'g'imlarning degenerativ-distrofik kasalligi bo'lib, ulardagi birlamchi o'zgarishlar keyinchalik suyak to'qimasi ostida yotuvchi bo'g'im tog'ayida yuzaga keladi. Bu eng ko'p uchraydigan bo'g'im patologiyasidir:

Yevropa, AQSH va Rossiya revmatolog tadqiqotchilari olib borgan tadqiqotlarga mos xolda, uning ulushiga barcha bo'g'im kasalliklarining 60-70%gacha bo'lgan qismi to'g'ri keladi. Boshqa statistik ma'lumotlarga ko'ra, artrozli o'zgarishlar 50 yoshdan katta aholining 50%da va 70 yoshdagilarning 90%da mavjud bo'ladi. Osteoartritda bo'g'im tog'ayining degeneratsiyasi, bo'g'im yuzalarining o'zgarishi, qirra osteofitlarini rivojlanishi va bo'g'im deformatsiyasi paydo bo'ladi. Artritlardan farqli ravishda osteoartrozda uncha katta bo'lmagan sinovit reaktivligini paydo bo'lishi tog'aydagi degenerativ o'zgarishlarga nisbatan ikkilamchi bo'ladi, bunda yallig'lanish komponenti doimiy emas, epizodik va kam namoyon bo'lgan.

Osteoartrozlar birlamchi va ikkilamchi guruhlariga ajratiladi. Birlamchi osteoartrozda degenerativ o'zgarishlarni shakllanishi bu paytgacha sog' bo'lgan bo'g'im tog'ayida yuzaga keladi; ikkilamchi degeneratsiya esa bo'g'imni jarohatlanishi, bo'g'im ichi sinishlari, artritlar, osteonekroz, metabolik, asab, endokrin va qon tomir o'zgarishlaridan keyin sodir bo'ladi.

Bo'g'imning suyak to'qimasi mushak va bog'lamlarning birikish joylarini ossifikatsiyasi va subxondral sklerozi yo'li bilan fiziologik va funksional o'zgarishlariga kompensator reaksiya qiladi. Bu jarayonlarni namoyon bo'lishiga bog'liq xolda **sklerozlanuvchi va deformatsiyalanuvchi** osteoartrozlar farqlanadi. Sklerozlanuvchi turida bo'g'imning g'ovaksimon suyak elementlarini sklerozlanishi, deformatsiyalanuvchida esa – suyakda do'mboqlarni (tikonlar) xosil bo'lishi bilan bo'g'im do'mbog'i va pastki jag' chuqurchasi yoki pastki jag' boshchasining deformatsiyasi shakllanadi.

Etiologiyasi. CHPJB osteoartrozi ko'proq ushbu bo'g'imdagi yallig'lanish kasalliklarida uchraydi. CHPJB osteoartrozidagi etiologik omillar mahalliy va umumiy turlariga bo'linadi.

Umumiy omillarga metabolizmni buzilishlari; endokrin kasalliklar; og'irlashgan irsiyat; mahalliy va umumiy qon aylanishini buzilishi; tog'ay to'qimasining tug'ma shakllanmaganligi; ko'proq mushaklar gipertonusi bilan markaziy nerv tizimi va periferik nervlarning patologiyalari va boshqalar kiradi. *Mahalliy* omillargauzoq

vaqt mavjud bo'lgan patologik okklyuzion kontakt kiradi, unda pastki jag' boshchasining surilishi yuzaga keladi va bo'g'im yuzalarining ma'lum yuzalariga nisbatan yuqori darajadagi yuklama paydo bo'ladi. Patologik okklyuziyaning sababi: tishlarning patologik yemirilishi hisobiga tishlamdagi o'zgarishlar, bir guruh tishlarni yo'qotilishi, ortopedik davolash nuqsonlari, noto'g'ri, bir tomonlama chaynashlar bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, mahalliy omillarga bo'g'im jarohatlari (lat yeyish, chiqish, sinish), bemor boshidan o'tkazgan artritlar, pastki jag'larning giperfaolligi (uning boshchasini odatdagi chiqishlari), CHPJBning ichki buzilishlari, chaynash vaqtida uni haddan tashqari katta ochilishi, tishlarni olib tashlash va davolash, pastki jag'ni keskin va noodatiy harakatlanishi, chaynov mushaklarining turg'un kontrakturasi, zararli odatlar sabab bo'lishi mumkin.

Deformatsiyalanuvchi osteoartrozning **klinik ko'rinishi** bo'g'imning suyak elementlaridagi deformatsiya darajasi va xajmiga bog'liq bo'ladi va CHPJBdagi harakatlar xajmini kamayishi bilan tavsiflanadi. Sklerozlanuvchi osteoartrozni namoyon bo'lishi kamroq yuzaga keladi. Bemorlar ko'pincha bo'g'im sohasidagi o'rtacha kuchga ega bo'lgan og'riqqa shikoyat qiladilar.

CHPJBning almashinuv-distrofik osteoartrozi tog'ay to'qimasini shikastlantiruvchi podagraning belgisi bo'lib hisoblanadi, unda siydik kislota tuzlari to'planadi. CHPJBni **podagralli** osteoartrozi o'tkir va surunkali shaklda kechishi mumkin. O'tkir paytida quyidagilar yuzaga keladi:

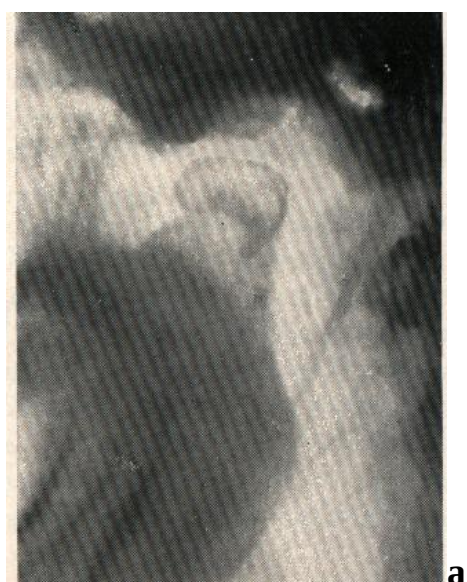
- Bo'g'imlardagi kuchli og'riq;
- O'rab turgan yumshoq to'qimalarning shishi;
- Bo'g'im usti terisining qizarishi.

Bo'g'im simptomlaridan tashqari tana haroratini ortishi, umumiy xolsizlik, uyqusizlik, peshob miqdorini kamayishi va boshqalar yuzaga keladi.

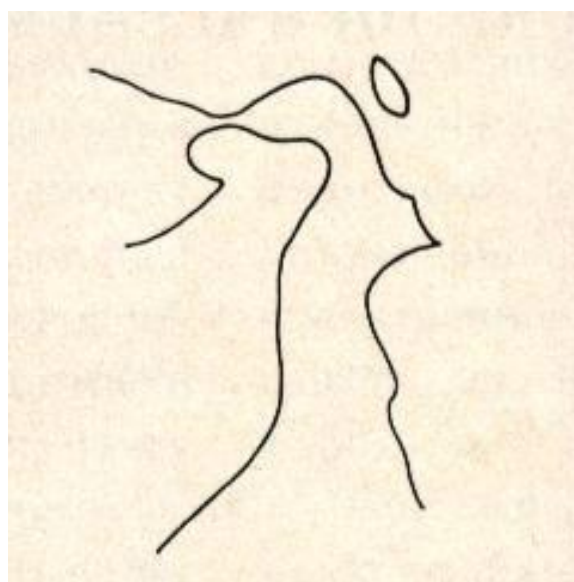
O'tkir xuruj bo'g'im funksiyasi uchun og'ir asoratlarsiz yakunlanishi mumkin. Jarayon uzoq vaqt kechganida va takroriy xurujlarda bo'g'imlarda deformatsiyalanuvchi artroz bilan yakunlanuvchi qaytmas o'zgarishlar rivojlanadi.

CHPJBni rentgenologik tekshirish.

CHPJB ni rentgenologik tekshirilganida ko‘pincha bo‘g‘imning do‘mboqchasi, chuqurchasi va boshchasi yuzasining suyak qirralarining zichlashganligi aniqlanadi, bo‘g‘im maydonlarining subxondral sklerozi, barcha bo‘limlarda bo‘g‘im yorig‘ini asta sekin torayishi, bo‘g‘im o‘sig‘ining kuchayuvchi chegaralangan ekskursiyasi kuzatiladi. Rentgenogrammalardagi DOAda boshchaning old-yuqorigi yuzasini qalinlashganligi, mazkur qism shaklini o‘zgarishi bilan old bo‘limda ekzofitlarni paydo bo‘lishi kabi bo‘g‘im elementlarining yanada qo‘pol morfologik o‘zgarishlari aniqlanadi, bunda pastki jag‘ning boshchasi ba’zida to‘g‘nog‘ich shakliga kiradi. Shuningdek bo‘g‘im do‘mboqchasi sohasida uning orqa bo‘g‘im maydonining yemirilishi, uchini qalinlashishi yoki unda ekzofitlarni paydo bo‘lishi kabi deformatsiyalar yuzaga keladi. Shuni ta’kidlab o‘tish lozimki, CHPJBdagi rentgen-morfologik o‘zgarishlarni namoyon bo‘lishi kasallikni subyektiv belgilari bilan doim xam mos tushmaydi. Tasvir bo‘yicha bo‘g‘imdagi kam darajadagi o‘zgarishlar bemorlarni ko‘proq bezovta qiladi. Bu shundan guvohlik beradiki, og‘riq belgilari nafaqat bo‘g‘imdagi yuzaga keladigan bevosita o‘zgarishlarga, balki mushak tonusidagi buzilishlarga ham bog‘liq bo‘ladi (5 rasm).



a



b

5 rasm CHPJB rentgenogrammasi: a – osteoartroz. Bo‘g‘im boshchasining qo‘ziqorinsimon deformatsiyasi. Bo‘g‘im chuqurchasi uzunligi bo‘yicha cho‘zilgan; b –rentgenogramma sxemasi.

Osteoartrozlarni **qiyosiy tashxislashni** anamnez va rentgenologik tasvirlar asosida surunkali shikastlanuvchi osteoartrozlar va “harakatsizlik natijasidagi artrozlar” bilan birga o‘tkaziladi.

CHPJB shikastlanuvchi artritlarida jarohatlovchi omil aniqlanadi, bo‘g‘im elementlarida degenerativ o‘zgarishlar mavjud bo‘lmaydi.

Pastki jag‘ning harakatlanishidagi chegaralanishlar (“harakatsizlik tufayli yuzaga kelgan artroz”) pastki jag‘ning uzoq davom etuvchi immobilizatsiyasida, masalan, biriktiruvchi ilgakli ikkita jag‘ shinalari va jag‘lar o‘rtasidagi rezinali tortmalar ta’sirida yuzaga keladi. Ular klinik jihatdan og‘izni ochishga urinishlar bo‘lganida bo‘g‘im sohasidagi og‘riqlar bilan namoyon bo‘ladi.

Bo‘g‘imlar shakli klinik va rentgenologik jihatdan o‘zgarishlarga uchramagan, ular ustidagi teri qoplamasi patologiyasiz. Bo‘g‘imlarning mexanik va fizioterapevtik harakatidan keyin u to‘liq tiklanadi.

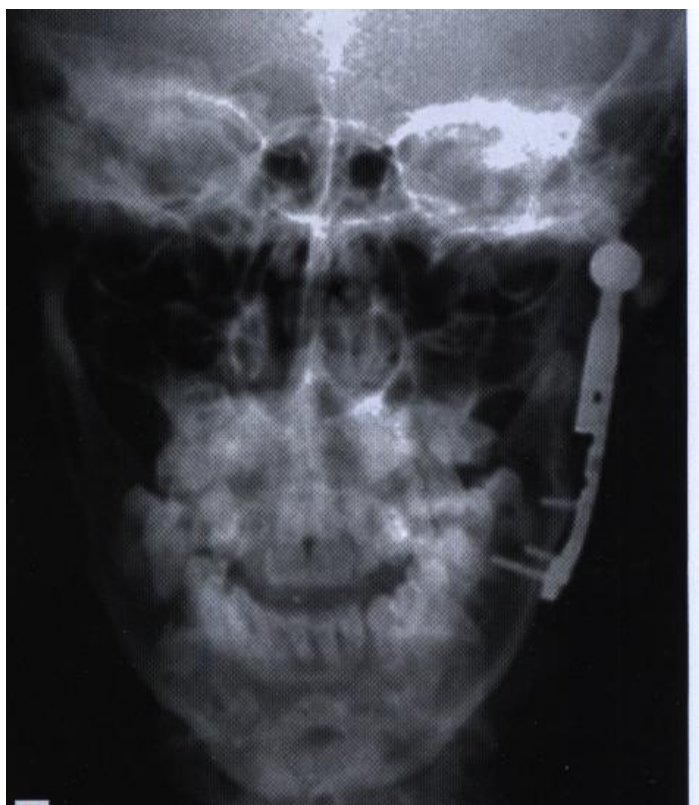
Osteoartrozlarni **davolash** birinchi navbatda etiologik omillarni aniqlashga va ularning ta’sirini kamaytirish yoki bartaraf etishga qaratilgan. Shu bilan bog‘liq xolda aksariyat holatlarda CHPJB osteoartrozining sababi bo‘lib, chaynov tishlarini yo‘qotilishi tufayli okklyuziyaning buzilishi natijasida bo‘g‘im elementlarini mikroshikastlanishi bo‘ladi va bunda eng birinchi ratsional protezlash masalasini xal etish zarur. Agar bemorda boshqa bo‘g‘imlarda ham shikastlanish elementlari mavjud bo‘lsa, albatta revmatolog maslahati buyuriladi va mos bo‘lgan davolash o‘tkaziladi. Bo‘g‘im elementlaridagi jarayonlarni bartaraf etish uchun tog‘ay reparatsiyasini tezlashtirish qobiliyatiga ega bo‘lgan, xondroprotektiv ta’sir ko‘rsatuvchi, bo‘g‘im funksiyalarini yaxshilovchi, og‘riqni yo‘qotuvchi yoki uni namoyon bo‘lish darajasini kamaytirilishini ta’minlovchi, ya’ni anabolizm va katabolizm jarayonlari o‘rtasida doimiy kechadigan muvozanatni qo‘llab quvvatlovchi dori vositalari bilan davolashdan foydalaniladi. Bunday preparatlarga glyukokortikoidlar va NYAQV, xondroprotektorlar kiradi. Osteoartroz bilan birga kechuvchi yallig‘lanish jarayonlari belgilarini kamaytirish maqsadida fizioterapevtik muolajalarni (magnitoterapiya, gidrokortizonlar bilan ultrafonoforez va boshqalar) qo‘llash samaralidir. DOAda pastki jag‘ funksiyasini keskin buzilish

holatlarida disk plastikasi va deformatsiyalanuvchi qismlarni olib tashlash yo‘li bilan pastki jag‘ boshchasini modellashtirishdan iborat bo‘lgan, jarrohlik usuli ko‘rsatilishi mumkin.

Deformatsiyalanuvchi osteoartrozda pastki jag‘da harakat funksiyalarini keskin buzilish holatlarida CHPJB ni endoprotezlash yoki disk plastikasi, deformatsiyalanuvchi qismlarni olib tashlash yo‘li bilan pastki jag‘ boshchasini modellashtirishdan iborat bo‘lgan jarrohlik yo‘li bilan davolash ko‘rsatildi (6: a, b rasmlar).



6 (a) rasm. CHPJB endoprotezlangandan keyingi yonbosh proyeksiyada pastki jag‘ rentgenogrammasi.



6 (b) rasm. CHPJB endoprotezlangandan keyin to‘g‘ri proyeksiyada bemorlardagi rentgenogramma tasviri.

Endoprotezlash baxs-munozaraga ega bo‘lmaydigan bir qator afzalliklarga ega. Bunda patologik o‘choq olib tashlanadi, bo‘g‘im funksiyasi amaliy jihatdan to‘liq tiklanadi. Afsuski, uning ba‘zi salbiy tomonlari CHPJB osteoartrozida davolashning ushbu turini keng ko‘lamda qo‘llash uchun to‘siq bo‘ladi. Bunga jarohatlovchi aralashuvlarni, erta va kechki asoratlarni rivojlanish xavfi, implantantni qimirlab qolishi va buni oqibatida uni almashtirish zaruriyati kabi vaziyatlarni kiritish mumkin.

5.3. CHAKKA-PASTKI JAG‘ BO‘G‘IMIDAGI CHIQISHLAR

CHPJB elementlari va pastki jag‘ boshchasining chiqishi, CHPJB ning ichki buzilishlari sifatida tavsiflanadigan kasalliklar guruhiga kiradi, ularda bo‘g‘imning (bo‘g‘im diski, bo‘g‘im ichi bog‘lamlari, kapsulalar) yumshoq to‘qima elementlarining patologiyasi va ularning anatomik xamda funksional o‘zaro munosabatlaridagi o‘zgarishlar mavjud bo‘ladi. Chiqishlarning yuzaga kelishida yetakchi etiologik omil bo‘lib – CHPJB bog‘lov apparatining cho‘zilishi hisoblanadi.

“CHPJBning ichki buzilishlari”-yig‘indi atamasi shunday holatni bildiradiki, bunda bo‘g‘imning (bo‘g‘im diski, bo‘g‘im ichi bog‘lamlari, kapsulalar) yumshoq to‘qima elementlarining patologiyasi va ularning anatomik xamda funksional o‘zaro munosabatlaridagi o‘zgarishlar mavjud bo‘ladi. Adabiyot ma’lumotlariga ko‘ra, ular CHPJB patologiyasi bilan klinikaga murojaat qilgan bemorlarning 89%ni tashkil etadi..

Ko‘pchilik mutaxassislarning hisoblashicha ushbu turdagi patologiyaning eng keng

tarqalgan sababi, majburiy okklyuziyani shakllantiruvchi, tish-jag‘ tizimidagi uzoq vaqtdan beri mavjud bo‘lgan o‘zgarishlar deb hisoblaydilar. Bunda mushak tizimida disbalans yuzaga keladi, u dastlab klinik jihatdan namoyon bo‘lmasligi va kompensator tavsifga ega bo‘lishi mumkin. Mushaklarning turg‘un disbalansi bo‘g‘im kapsulasining cho‘zilishiga, pastki jag‘lar boshchasini surilishiga olib keladi. Disk orti bog‘lamini cho‘zilishi va lateral qanosimon mushaklarning diskordinatsiyasida orqa tomondan bo‘g‘im diskining qaytish imkoniyati yo‘qoladi va u vaqtinchalik (to‘g‘irlanadigan suyak chiqishida), yohud doimiy (to‘g‘irlanmaydigan disk chiqishida) bo‘g‘im do‘mboqlari orqa nayzasi sohasida joylashadi. Surilgan disk bilan pastki jag‘ boshchasi orqaga chekinadi hamda disk orti zonasiga bosim ko‘rsatadi va bu og‘riq sindromini hosil qiladi. Bundan tashqari pastki jag‘ harakatlengandagi bo‘g‘imli o‘simta doim bo‘g‘im diski va atrofdagi paylarni jarohatlaydi, natijada sinovid simptomlari jarayonga tez tez qo‘shiladi, u esa bo‘g‘im palpatsiyasi va pastki jag‘lar boshchasining ekskursiyasida og‘riq bilan namoyon bo‘ladi. Pastki jag‘ boshchasi va bo‘g‘im diskining uzoq vaqt surilishini mavjud bo‘lishi bo‘g‘im yuzasining alohida qisimlariga yuqori darajadagi funksional yuklamalarni hosil qiladi, bu esa CHPJBning ikkilamchi osteoartrozidagi birlamchi belgi – tutashuvchi plastinkalarning kompensator subhondreal sklerozining sababi bo‘lib qoladi. Shunday nuqtayi nazar keng tarqalganki, unga mos holda okklyuziya patologiyasi mavjud bo‘lmagandagi CHPJBda ichki buzilishlarning yuzaga kelishi, chaynashda ishtirok etadigan mushaklarning holati bilan tushuntiriladi buning oqibatida esa neyromushak buzilishlari yuzaga keladi.

Neyrofiziologik nazariyaga mos holda, stress organizimning psixovegetativ stimulyatsiyasini chaqiradi bu esa chaynov mushaklarining tonusini ortishiga olib keladi va ularning spazmiga sabab bo‘lishi mumkin. Bu holatda pastki jag‘ boshchasiga nisbatan bo‘g‘im diskining oldinga surilishiga lateral qanosimon mushaklar boshchasini gipertonusiga olib keladi, uning mushak bog‘lami bo‘g‘im va disk kapsulasi bilan o‘ralashadi. Bunda diskni oldinga surilishi yuzaga keladi va orqa disk birikmalarini keskin tortilishi hosil bo‘ladi.

Ko'p holatlarda ichki buzilishlarni yuzaga kelishida yetakchi etiologik omil bo'lib CHPJB bog'lov apparatinig cho'zilishi bo'ladi. Masalan agar orqa chakka disk bog'lami cho'zilishi yoki uzilishi yuzaga kelsa u holda og'iz yopilganida u pastki jag' boshchasiga nisbatan diskning turg'unlik qobiliyatini yo'qotadi va pastki jag' boshchasi diskning orqa qutbiga surilib ketadi va bilaminar zonalaridagi qon tomir va nervlarni bosadi. Pastki jag' boshchasining ko'rsatilgan bog'lam ishida buzilishlar yuzaga kelsa bu orqa tomondan diskning harakatlanishidan o'zib ketadi va uning oldinga surilishi yuzaga keladi. Tabiiyki CHPJBdagi ichki buzilishlarning paydo bo'lishi uning yumshoq to'qimali tuzilmalarini dastlabki holati bilan bog'liqdir. Tadqiqotlar natijasida aniqlandiki, biriktiruvchi to'qima displaziyasi va CHPJBda ichki buzilishlari bo'lgan bemorlar uchun tayanch harakat apparati kasalliklariga yuqori darajadagi moyillik xos.

Nozologik birlik bo'lmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi irsiy bog'liq bo'lgan tizimli jarayondan tashkil topadi, u irsiy patalogiyaning asosi bo'lib xizmat qiladi hamda bog'lov apparatlari va tayanch harakat patalogiyalari bilan namoyon bo'ladi, bu esa bu guruh shaxslaridagi CHPJBning ichki buzilishlarining og'irligi va katta sonda bo'lishini taxmin qilish uchun asos bo'ladi.

Biriktiruvchi to'qima displaziyasida bog'lov apparatining to'laqonli bo'lmasligi mavjud bo'ladi, bu esa pastki jag' harakatlanishining erta diskordinatsiyasiga, bo'g'im ichi elementlarining o'zaro munosabatlarini buzilishiga, og'izni ochishdagi turg'un to'siqlarni rivojlanishiga (ba'zida qisqa muddatlarga) va CHPJBning ikkilamchi osteoartroziga olib keladi.

Shunday qilib CHPJBdagi ichki buzilishlar-rivojlanishning murakkab va ko'p qirrali mexanizmlariga ega bo'lgan polietologik kasallik, shuning uchun mos holdagi davolashni buyurish uchun har bir aniq holatda patalogik jarayonni rivojlantiruvchi yetakchi omilni aniqlash zarur.

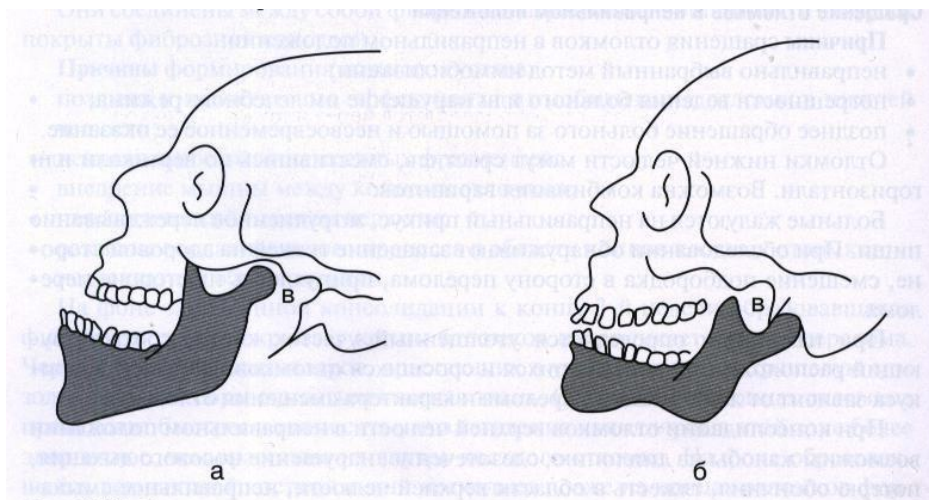
Qayt etib o'tilganidek CHPJBning ichki buzilishlarini 9 ta klinik shakli farqlanadi. Asosiy klinik shakllar, sindromlar va ularning klinik ko'rinishlari 3 jadvalda taqdim etilgan.

Pastki jag'larning chiqishi bilan bo'g'imning uchlarini bloklanishi va to'liq turg'un

surilishiga aytiladi. To'liq bo'lmagan surilish va bloklanish chiqish osti holati deb aytiladi.

Pastki jag' chiqishi quyidagilarga ajratiladi:

- old va orqa
- bir tomonlama va ikki tomonlama
- o'tkir va surunkali (odatiy, oldin chiqqan) (7-rasm) ko'proq old chiqishlar kuzatiladi.



7 rasm. CHPJB chiqishining sxemasi: a – old tomoni; b – orqa tomoni; v – bo'g'im chuqurchasi.

Pastki jag'ning old chiqishi. Chiqishga olib keluvchi omillar: bog'lov apparatining va chakka - pastki jag' bo'g'imi kapsulasining patologik elastikligi; bo'g'im do'mbog'i balandligining pasayishi; bo'g'im o'lchami va shaklida aks etuvchi bo'g'im diskidagi o'zgarishlar.

Chiqishga olib keluvchi bevosita sabablar – tish olinganida og'izni uzoq muddat va haddan tashqari katta ochish, qolip olish, me'dani zondlash, traxeya intubatsiyasi, bronxoskopiya, esnaganda, ovqat bo'lagidan katta uzub olish shuningdek og'izni ochish yoki yopish vaqtida dahan osti sohasiga kuchli zarba berish va boshqalar.

Klinik ko'rinish. Ikki tomonlama jag'i chiqqan bemorlar og'zini yopolmaydi gapirishga qiynaladi. Ularni quloq oldi sohasining yuqori bo'limidagi og'riqlar, so'lak oqishi bezovta qiladi. Ko'rik vaqtida yuzning pastki uchdan bir qismining

uzayganligi hisobiga shaklini o'zgarishlari qayd etiladi. Lablar bir biri bilan to'qnashmaydi. Og'izdan so'lak ajraladi, til quruq. Chaynov mushaklari tarang tortilgan va valik ko'rinishida yaxshi konturlanadi. Yonoqlar silliqlashgan. Quloq chig'anoqlaridagi osilchoqlar yonida to'qimalarning pastga tushishi aniqlanadi. Pastki jag' boshchasi bo'g'im do'mboqlari oldida palpatsiyalanadi. Bemor og'zini dahan ni bosib yopishga urinish foydasiz va keskin og'riqni yuzaga keltiradi. Palpatsiyada og'iz bo'shlig'ida oldinga surilgan tojsimon o'simta aniqlanadi. Chakka-pastki jag' bo'g'imi **rentgenogrammasida** bo'g'im do'mbog'ining old nayzasida yoki uning orqa tomonida pastli jag' boshchasi aniqlanadi. Bo'g'im chuqurchasi erkin.

Bir tomonlama chiqishda bemorlardagi shikoyatlar va belgilar huddi shu kabi bo'ladi faqat o'zgarishlar bir tomonda aniqlanadi. Yuz shakli o'zgarishga uchragan- dahan oldinga va shikastlanmagan tomonga surilgan.

Pastki jag' chiqishini bo'g'im o'sig'ining sinishi bilan qiyoslash kerak. Singan hollarda pastki jag'ning dahan bo'limi orqaga suriladi, pastki jag'ning harakat amplitudasi tepaga ham pastga ham bir xil ahamiyatli o'zgaradi. Tishlar bir biriga tegmaydi. Dahan ni yuqoriga bosish (yuklama sinamasi) frontal tishlarning bir biriga tegishiga olib keladi va ikki tomonlama quloq suprasi osilchoqlarini old tomonida yaqqol namoyon bo'lgan og'riq bilan kuzatiladi.

Ikkita proyeksiyadagi pastki jag'lar rentgenogrammasida bo'g'im o'sig'ining bo'yin sohasi yoki asos sohasida sinish yorig'i ko'rinadi.

Pastki jag'ning orqa chiqishi, juda kam uchraydi, yopilgan tishlarda engak sohasiga zarba berilganda sodir bo'ladi. Jag' boshchasi orqaga suriladi. Bu ko'pincha eshitish yo'li suyak devorining sinishi va bo'g'im kapsulasining yorilishi bilan birga kechadi, buning natijasida esa tashqi quloqdan qon ketishi mumkin.

Odatiy chiqish, ko'pincha bo'g'im haltasining cho'zilishi va bo'g'imning bog'lov apparatlarining bo'shashishi, jag'ning yon bo'limlaridagi ikkilamchi adintiyali kekxa odamlarda, shuningdek bo'g'im yuzasining silliqlashishida ko'p uchraydi. Bunday hollarda chiqish CHPJBdagi quyidagi: esnash, aksirish, yo'tal vaqtida

yuzaga kelishi mumkin. Qoidaga ko'ra jag'ida odatiy chiqishi bo'lgan bemorlar uni o'zi mustaqil to'g'irlashi mumkin.

Pastki jag'ning chiqish oldi holati ("qirsillovchi CHPJB", bo'g'im diskining chiqishi-miniska) neyromuskulyar va/yoki okklyuzion-artikulyatsion genez, CHPJBning og'riqli disfunktsiya sindromida ko'pincha yuzaga keladi.

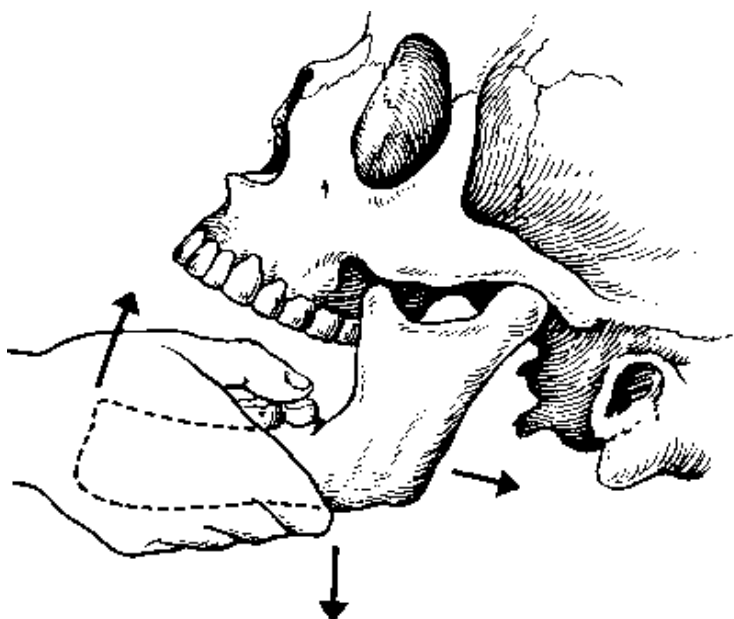
Disko-temporal (yuqorigi) chiqish osti va disko-kondelyar (pastki) chiqish osti turlari mavjud. Birinchi holatda pastki jag' bo'g'imining boshchasi bo'g'im ichi diski bilan birga oldinga suriladi va bloklanadi. Pastki chiqish holatida esa-pastki jag' boshchasi diskdan o'tib va usiz oldinga suriladi. Bunda disk dastlab bukiladi, so'ngra to'g'irlanadi, bu esa bo'g'imdagi qirsillash (shaqillash) birga kuzatiladi.

Klinik ko'rinish. Miniskaning chiqishi CHPJBdagi to'sattan yuzaga keladigan bloklanishdan boshlanadi. Bloklanish og'izni ochish yoki yopishda, jag'ning yonga harakatlanishida yoki tish qatorlarining zich yopilishida yuzaga kelishi mumkin. Miniskaning chiqishi bo'g'im ichida qandaydir qattiq narsani keskin surilishi kabi his etiladi, bemorlar og'zini to'la ocholmaydi va shu bilan bir vaqtda tishlarni ham zich yopa olmaydi. Tishlarni kuch bilan yopishga urinish bo'g'im yuzalari o'rtasidagi miniskaning ezilishi oqibatida bo'g'imda keskin og'riq bilan birga kuzatiladi. Barcha miniskasida chiqishi bo'lgan bemorlar og'riq va bloklanishdan halos bo'lishga urinib, uni to'g'irlashga urinib ko'radilar ularning aksariyati bo'g'im sohasiga barmoqlari bilan bosadi va qo'li bilan bo'g'imda erkin harakatlanish yuzaga kelguncha jag'ni har tomonga suradi.

Pastki jag'ning chiqishini shoshilinch davolash ma'lum bo'lgan usullar bilan to'g'ri holatda pastki jag' boshchasini to'g'rilashdan iborat bo'ladi.

Gippokrat usuli. Old chiqishi bo'lgan bemorni shunday o'tkazish kerakki uning pastki jag'i shifokorning osilib turgan qo'llarini tirsak bo'g'imi darajasida yoki undan ozgina pastda turadi. Oldindan doka bilan o'ralgan shifokor qo'llarining katta barmog'i, katta ildiz tishlarining pastki chaynov yuzasiga qo'yiladi qolgan barmoqlar bilan esa pastki jag' engak ostidan ushlanadi. Pastki jag'ning to'g'irlanadigan boshchasi uning chiqish holatiga teskari bo'lgan: pastga, orqaga va yuqoriga yo'l bilan harakatlantiriladi. Buning uchun shifokor katta barmoqlari

bilan asta sekin kuchaytirgan holda, pastga bosimni amalga oshiradi. Bu chaynov mushaklari tolasini og‘riqsiz cho‘ziltirishga imkon beradi. Bir necha vaqtdan so‘ng, bir vaqtning o‘zida jag‘ning orqa bo‘limini pastga bosgan holda dahan ni tepaga ko‘tarish kerak. Bu ikkita qarama qarshi yo‘nalishlarni kuchaytirishni birga olib borib, jag‘ boshchasini pastga tushirishga erishiladi. Do‘mboqchaning orqa nayzasi bo‘ylab boshchani chuqurchaga sirpantirish tishlarning tezkor birikishi bilan birga kuzatiladi, shuning uchun chaynov vestibulyar yuzalar bilan barmoqlarni o‘z vaqtida surish kerak (8-rasm).



8 rasm. CHPJB old chiqishi yo‘nalishining sxemasi (Gippokrat bo‘yicha): ko‘rsatkichlar bilan dahan osti sohasida pastki jag‘larni pastga, orqaga, yuqoriga surilishi ko‘rsatilgan.

Chiqish to‘g‘irlangandan so‘ng bemorga 3-5 kun davomida engak osti elastik valigini qo‘yish, suyuq taomlarni istemol qilish tavsiya etiladi va 7-10 kun davomida og‘izni katta ochish taqiqlanadi.

G. L. Blexman usuli. Shifokor og‘iz bo‘shlig‘ining oldi qismida shoxsimon o‘simtalar holatini aniqlaydi. Ko‘rsatkich barmog‘i bilan ularni orqa va pastga bosadi. Bu chaynov mushaklarining bo‘shashishiga va pastki jag‘ boshchasini to‘g‘ri holatga o‘tishiga olib keladi. Bu muolajani yonoq suyagi ostidagi

shoxsimon o'simalarni palpatsiya qilish usuli bilan aniqlab og'izdan tashqari usulda o'tkazish mumkin (Yu. D. Gershuni) ushbu usul bo'yicha chiqishni to'g'irlash uchun yonoq to'qimalari orqali shoxsimon o'simalarga katta barmoqlar bilan pastga va orqaga bosish bilan amalga oshiriladi.

V. Pepesku usuli ilgari qo'llanilgan usullar bo'yicha to'g'rilashning imkoni bo'lmagan, eski chiqish (4-5 hafta) da qo'llaniladi. Bu muolajani mahalliy yoki umumiy og'riqsizlantirish bilan o'tkaziladi.

Bemor orqasi bilan yotadi. Og'izni maksimal darajada ochadi, katta ildiz tishlar o'rtasiga 1,5-2 sm dametrdagi qattiq dokali valiklar kiritiladi. Engak pastga-yuqoriga bosiladi, bu pastki jag' boshchasini pastga surilishiga olib keladi. So'ngra orqa yo'nalishda bo'g'im chuqurchasiga boshchani joylashtirib engakka bosiladi. Chiqish to'g'rlangandan so'ng 2-3 hafta davomida pastka jag'lar immobilizatsiyasi o'tkaziladi.

Orqa chiqish to'g'irlanganida shifokor qo'lining katta barmoqlari oxirgi katta ildiz tishlardagi ko'ndalang chiziq va pastki jag'ning alveolyar qism vestibulyar yuzasi o'rtasiga qo'yiladi. Qolgan barmoqlar bilan huddi oldingi chiqishni to'g'irlagan kabi pastki jag' tanasi qamrab olinadi. Katta barmoqlar bilan pastki jag' pastga suriladi qolganlari bilan esa oldinga o'tkaziladi. Bu boshchani to'g'ri holatda joylashtirishga imkon beradi. 2-3 haftaga engak elastik valigi qo'yiladi.

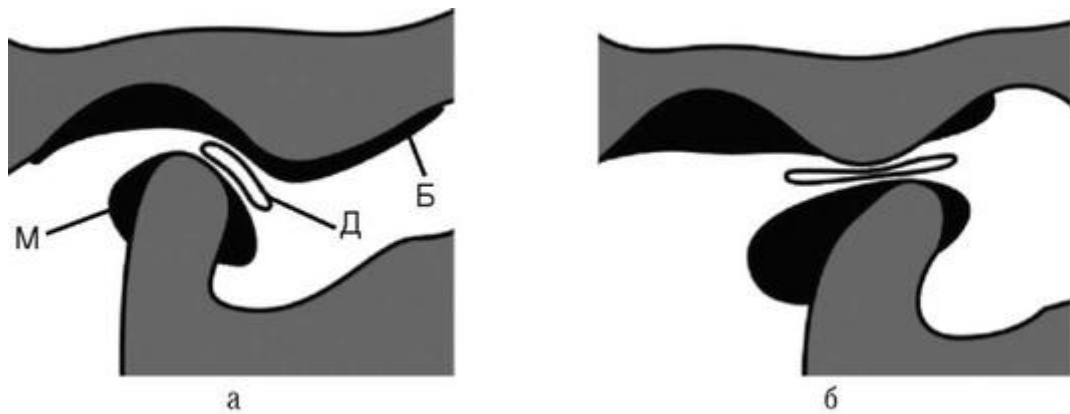
Pastki jag' boshchasining surunkali chiqishi. Nisbatan patologiyaning yengil shakli. Odatda bemorlar shikoyat qilmaydilar, ba'zi bemorlar pastki jag' harakatida buzilishlarni qayd etadi. Odatda, CHPJB funksiyasining buzilishi stomatolog qabulida aniqlanadi. Pastki jag' boshchasining (boshchalarining) erkin surilishi og'iz ochilganida (3.1 rasm) qoziq tishlardan 40 millimetrdan ko'proq masofada bo'g'im chuqurchasi chegarasida mavjud bo'ladi. Pastki jag' to'liqsimon harakatlarni amalga oshiradi, ammo bo'g'imda shovqinlar mavjud emas. Pastki jag' boshchasi palpatsiya qilinganida deformatsiya aniqlanmaydi.

MRT ma'lumotlari: uning barcha harakatlanish bosqichlarida pastki jag' boshchasiga nisbatan bo'g'im diskining me'yoriy holati qayd etiladi.

3 Jadval. Chvkka-pastki jag' bo'g'imidagi ichki buzilishlar tasnifi

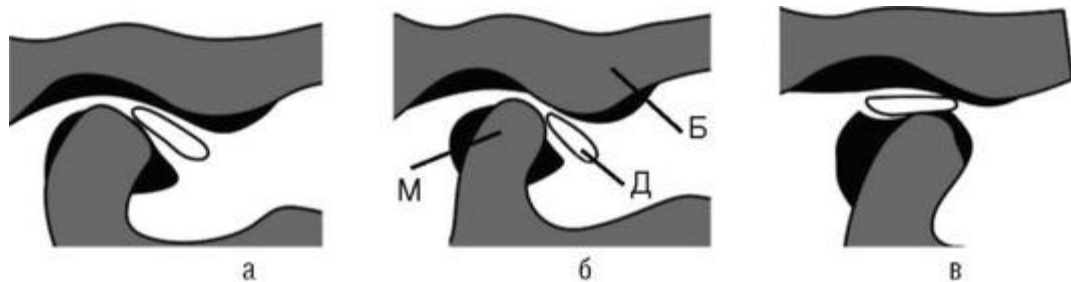
Klinik shakllar	SindromLAR	Asosiy klinik belgilar
Pastki jag‘ boshchasining surunkali chiqishi	Bo‘g‘im diskining surilishsiz pastki jag‘ boshchasining chiqishi	Qirsillashsiz, to‘g‘rilashni talab etmaydigan pastki jag‘ boshchasining chiqishi
Bo‘g‘im diskining chiqish oldi holati	Surilishni old tomondan erta to‘g‘rilanishi	Pastki jag‘ boshchasini chiqishini mavjud emasligi, bo‘g‘im chuqurchasi chegarasidagi qirsillash
Bo‘g‘im diskining chiqishi bilan, pastki jag‘ boshchasini surunkali chiqishi	Bo‘g‘im diskini old erta to‘g‘rilash bilan, pastki jag‘ boshchasini chiqishi	Bo‘g‘im chuqurchasi chegarasidagi qirsillash, to‘g‘rilashni talab etmaydigan pastki jag‘ boshchasining chiqishi
CHPJBNi surunkali chiqishi	Bo‘g‘im diskining old kechki to‘g‘rilanuvchi surilishi bilan pastki jag‘ boshchasini chiqishi.	Chiqish vaqtida qirsillash, to‘g‘rilashni talab etmaydigan, pastki jag‘ boshchasining chiqishi
CHPJBNi odatiy chiqishi	Bo‘g‘im diskini old kechki to‘g‘rilanib surilishi, pastki jag‘ boshchasini chiqishi	Chiqish vaqtida qirsillash, to‘g‘rilashni talab etadigan, pastki jag‘ boshchasining chiqishi

Bo‘g‘im diskini qaytalanuvchi chiqishi	Bo‘g‘im diskini doimiy bo‘lmagan old to‘g‘rilanmaydigan surilishi	To‘g‘rilashda bo‘g‘im diski holatini turdli variantlari bilan CHPJBni tranzitor bloklanishi
Bo‘g‘im diskini surunkadli chiqishi	Bo‘g‘im diskini doimiy old to‘g‘rilanuvchi surilishi	CHPJBni doimiy bloklanishi
Bo‘g‘im diskini surunkali chiqishi, osteoartroz (ikkilamchi)	Bo‘g‘im diskini old doimiy to‘g‘rilanmaydigan surilishi, uni adgeziyasi, pastki jag‘ boshchasidagi tog‘ay qoplama butunligining buzilishi va boshqalar. . Osteoartrozning rentgenologik belgilari	CHPJBni doimiy bloklanishi
Bo‘g‘im diskini orqa surunkali chiqishi	Bo‘g‘im diskini doimiy to‘g‘rilanmaydigan orqaga surilishi	Og‘riq, shikastlanish tomonida disklarni jipslashishini buzilishi.



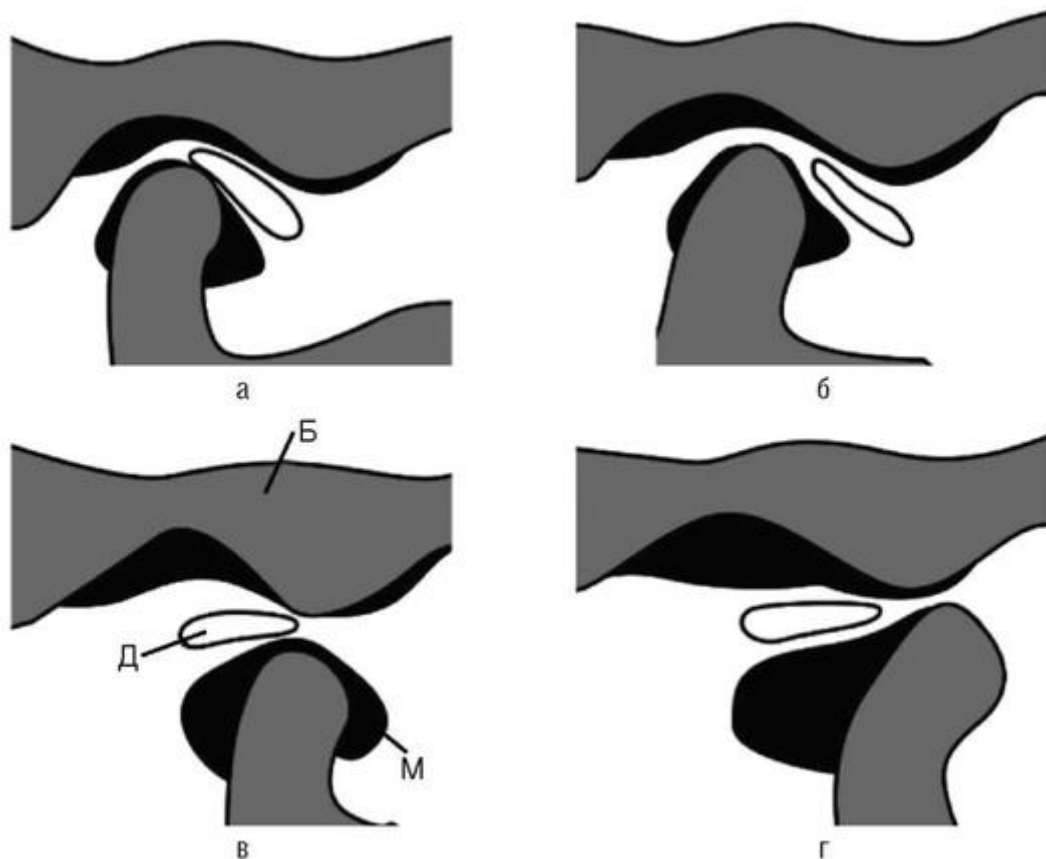
3.1 Rasm pastki jag‘ boshchasining surunkali chiqishi (sxema); chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imi asosiy elementlarini o‘zaro joylashishi: a-og‘iz ochilguncha; b-og‘iz ochilgan holat. B-chakka suyagining bo‘g‘im do‘mbogi; D-bo‘g‘im diski; M-pastki jag‘ning bo‘g‘im o‘sig‘i. Bu yerda va keyingi o‘rinlarda ichki buzilishlar bayon etilganida Sesolyatin P.G., Ilina A.A., Dergileva A.P. (2001) lar monografiyasidan olingan tasvirlar (bazi o‘zgarishlar bilan) foydalaniladi.

Bo‘g‘im diskining chiqish oldi holati bo‘g‘im diski surilishini boshlang‘ich shakli hisoblanadi (9-rasm). Bemorlar og‘zi ochilganida va yopilganida qirsillashni paydo bo‘lganligini qayd etadilar, bunda pastki jag‘ning harakati to‘liq saqlanib qoladi. Pastki jag‘ boshchasi harakatlantirilganida qirsillash pastki jag‘ chuqurchasi chegarasida ham yuzaga keladi, odatda bu og‘iz ochilganida va yopilganida namoyon bo‘ladi. Pastki jag‘ boshchasi og‘izning maksimal ochilish holatida pastki jag‘ chuqurchasidan chiqmaydi. Pastki jag‘ chuqurchasi chegarasida to‘g‘irlanish bilan birga bo‘g‘im diskining oldinga surilishi yuzaga keladi. Bu surilishni faqat dinamikada MRT tekshiruvida qayd etilishi mumkin. Ochiq va yopiq og‘izda o‘tkazilgan artrografiya, kompyuterli artrotomografiya va MRT pastki jag‘ boshchasining me‘yoriy holati to‘g‘risida guvohlik beradi.



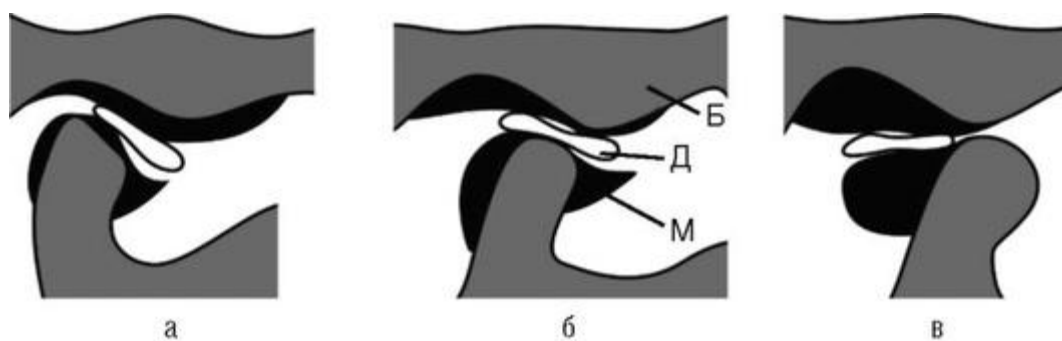
9-rasm. Bo‘g‘im diskining chiqish osti holati (sxema): a-og‘iz ochilguncha; b-og‘iz ochilish jarayonida; v-og‘iz ochilgan holatda; B-chakka suyagining bo‘g‘im do‘mbog‘i; D-bo‘g‘im diski; M-pastki jag‘ning bo‘g‘imli o‘sig‘i.

Bo‘g‘im diski chiqish osti holati bilan pastki jag‘ boshchasining surunkali chiqishi. Bo‘g‘im diskining surilishi huddi chiqish osti holati darajasidek yuzaga keladi. Klinik jihatdan bo‘g‘im chuqurchasi chegarasidagi “erta” qarsillash bilan kuzatiluvchi, bo‘g‘im do‘mbog‘ining uchi orqasidagi pastki jag‘ boshchasining erkin chiqishi bilan belgilanadi (10-rasm). Rengenologik jihatdan pastki jag‘ boshchasi chiqishi fonidagi bo‘g‘im diskining old to‘g‘irlanuvchi surilishini erta aniqlanadi.



10-rasm. Bo‘g‘im diski chiqish oldi holati bilan pastki jag‘ boshchasining surunkali chiqishi (sxema): a-og‘iz ochilguncha; b-og‘izni ochish jarayonida bo‘g‘imdagi harakatlarning boshlanishi; v-bo‘g‘imdagi harakatni davom etishi; g-og‘iz ochilgan holat; B-chakka suyagining bo‘g‘im do‘mbog‘i; D-bo‘g‘im diski; M-pastki jag‘ning bo‘g‘imli o‘sig‘i.

CHPJBning surunkali chiqishi. Bo‘g‘im diskining surilishi ortadi. Boshchani chiqishi vaqtida bo‘g‘im chuqurchasida og‘izni yopganda takrorlanuvchi qirsillash aniqlanadi. Bu holatda pastki jag‘ boshchasidagi harakatning kuchayishibog‘in diskining kechikkan old surilishi bilan birga keladi, bu pastki jag‘ boshchasini surilish vaqtida bo‘g‘im do‘mbog‘ining old qirrasida hosil bo‘ladi.



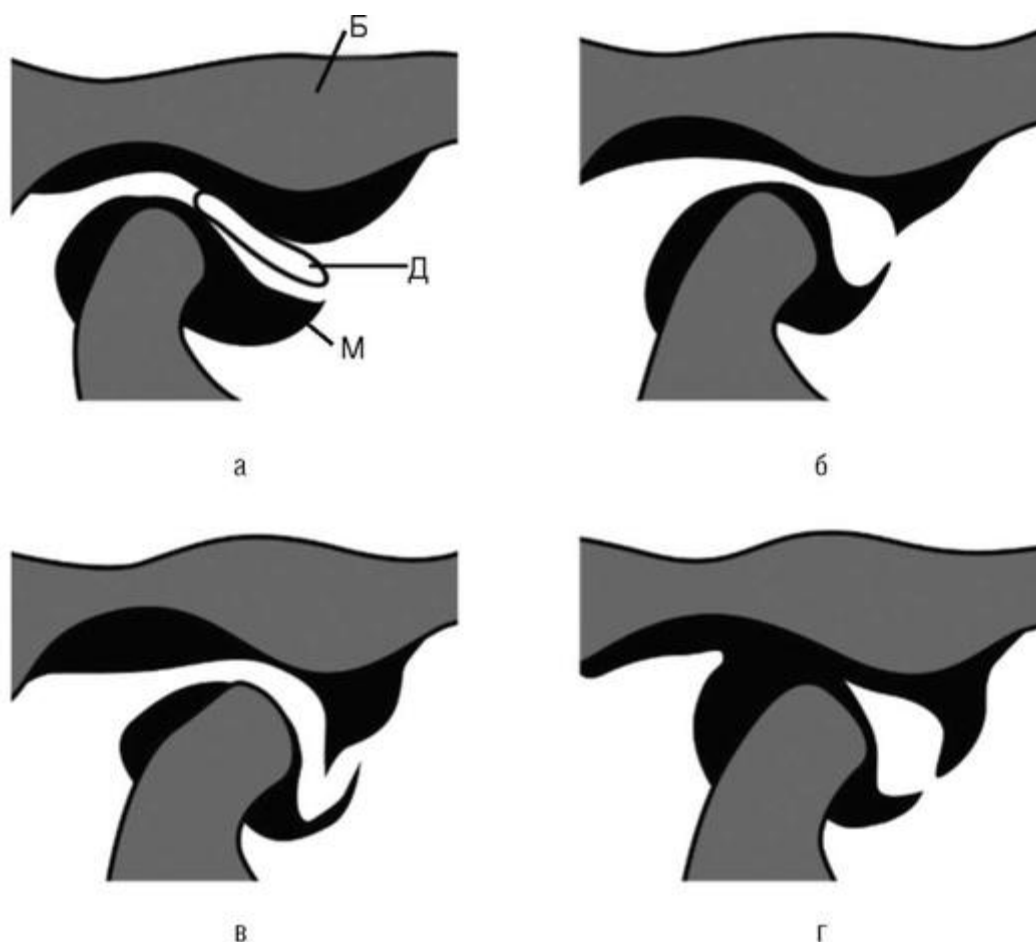
11-rasm. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimining surunkali chiqishi (sxema): a-ogʻiz ochilguncha; b-boʻgʻindagi harakatlanish jarayonida; v-ogʻiz ochilganida; B-chakka suyagining boʻgʻim doʻmbogʻi; D-boʻgʻim diski; M-pastki jagʻning boʻgʻimli oʻsigʻi.

CHPJBning odatiy chiqishi. Bu shakl oʻzining oʻziga hos klinik koʻrinishi bilan ajralib turadi. Garchi patologiyaning ushbu turida huddi avvalgidek yaʼni CHPJBning surunkali chiqishida boʻlgan holatlar mavjud boʻlsada, odatiy chiqish undan klinik jihatdan sezilarli farq qiladi. Birinchidan odatiy chiqishda bemor anamnezida doim oʻtkir chiqish holati qayd etiladi. Ikkinchidan unda doim toʻgʻirlash talab etiladi, uni shifokor yoki bemorning oʻzi bajaradi, pastki jagʻ boshchasining surunkali chiqishida esa ogʻiz ochilganida hech qanday qiyinchiliksiz jagʻ boshchasi pastki jagʻ chuqurchasidan chiqib ketadi va orqaga oson qaytadi.

Boʻgʻim diskining qayta chiqishi. Boʻgʻim diskining surilishi yanada koʻproq ortadi va vaqti vaqti bilan orqa boʻgʻim ichi bogʻlamlari uni oʻz oʻrniga qaytarish qobiliyatini yoʻqotadi. Disk maʼlum bir vaqtda ogʻiz ochilganida va pastki jagʻ boshchasiga nisbatan oʻzining oldingi holatini egallaydi. Bu klinik jihatdan bir nrcha daqiqadan bir necha soatgacha davom etuvchi pastki jagʻ harakatini bloklash davrlari bilan namoyon boʻladi. Surilgan boʻgʻim diski pastki jagʻ boshchasining harakatini va pastki jagʻni toʻgʻri holatni egallashini bloklaydi, u mustaqil ravishda sodir boʻladi yoki bemorning oʻzi tomonidan turli yoʻnalishlarda jagʻni harakatlantirib hosil qilinadi. Disk toʻgʻirlangandan soʻng funksiyalarning avvalgi ichki buzilishlari klinik koʻrinishini: pastki jagʻ boshchasining chiqishi yoki usiz

bo'lgan fonda bo'g'im diskining to'g'irlanib surilish variantlarini kuzatish mumkin.

Bo'g'im diskining surunkali chiqishi – CHPJBning ichki buzilishlarini rivojlanish bosqichi. Bilaminar zo'na bog'lamlari bo'g'im diski holatini boshqarish qobiliyatini to'liq yo'qotadi. Bu vazifani tashqi qanosimon mushakning yuqorigi boshchasi bajaradi, aynan u diskni doim medial oldi holatida ushlab turadi (12-ras). Bemorlar og'riqqa, og'izni ochganida CHPJB sohasidagi qarshilikni his etishiga shikoyat qiladilar. Anamnezda bo'g'im shovqinlari qayd etiladi. Tashqi ko'rikdan o'tkazilganda CHPJB sohasi palpatsiya qilinadi va odatda u og'riqsiz. Noxush hislar, diskomfort va og'riqlar reaktiv sinovit qo'shilgan holatlarda kuzatiladi, bu CHPJBni uzoq vaqt bloklanishida yuzaga keladi. Yuqorigi va pastki oziq tishlarning kesuvchi qirralari o'rtasida 2,5 smdan kam bo'lgan holda og'izni ochilishi; og'izni kelgusida ochilish holatlarida CHPJBda to'siqlar va og'riq his etiladi, pastki jag' oldingi holatiga qaytadi. Qarama qarshi tomonda yon tomonga harakatlanish chegaralangan og'riqli. Og'riq bilan pastki jag'ning oldinga harakatlanishi kuzatiladi. MRTda bo'g'im diskining oldinga noto'g'ri surilishi uning shaklidagi o'zgarishi bilan (qisilish yoki egilib qolish ko'rinishidagi deformatsiyalar) aniqlanadi.



12-rasm. Bo‘g‘im diskining surunkali chiqishi (sxema): a-bo‘g‘im diskining to‘g‘irlanmaydigan chiqishi; b-diskning siqilishi; v-diskning bukilishi; g-diskning uzilib tushishi; B-chakka suyagining bo‘g‘im do‘mbog‘i; D-bo‘g‘im diski; M-pastki jag‘ning bo‘g‘im o‘sig‘i.

Bo‘gin diskining surunkali chiqishi, ikkilamchi osteoartroz – CHPJBning ichki buzilishlari bosqichining yakuniy rivojlanishi. Odatda olti oydan uzoq bo‘lgan muddatlarda, CHPJBning bloklanishini kech muddatlarida kuzatiladi. Bo‘g‘im ichi chandiqli jarayonlari oqibati sifatida uning adgeziyasi, bo‘g‘im diskining deformatsiyasi yuzaga keladi. Deformatsiyalangan disk bo‘g‘im do‘mbog‘ining orqa nayzasi va boshchaning bo‘g‘im yuzasini tashqi bo‘limi bilan birikib ketadi. Osteofitlar, suyak tuzilmasining deformatsiyasi, tog‘ayli qoplamaning nuqsonlari paydo bo‘ladi (13-rasm). CHPJBning ichki buzilishlarini bu shakli uchun boshcha ekskursiyasini keskin chegaralanishidan tashqari hatto tinch paytda ham

shikastlangan bo'g'im sohasidagi og'riqlar hos, ular pastki jag' harakatlanishida

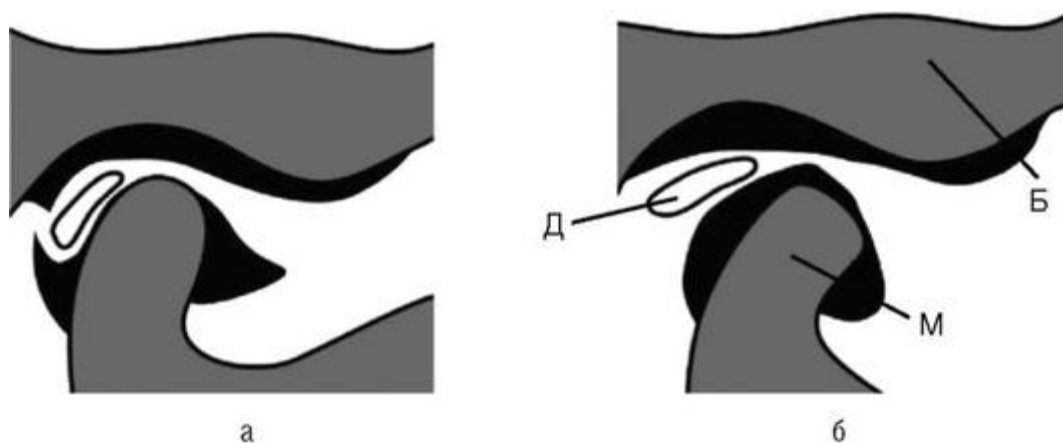
kuchayadi.



13-rasm. Bo'g'im diskining surunkali chiqishi, ikkilamchi osteoartroz (sxema): B-chakka suyagining bo'g'im do'mbog'i; D-bo'g'im diski; M-pastki jag'ning bo'g'im o'sig'i.

Shuni ta'kidlab o'tish lozimki CHPJBdagi ichki buzilishlarning har qanday klinik shaklida reaktiv sinovit birga kuzatilishi mumkin, u bo'g'im ichi bog'lamlarining zo'riqishi va bo'g'im to'qimasining surunkali shikastlanishi sababli yuzaga keladi.

Bo'g'im diskining surunkali orqa chiqishi. Juda kam uchraydi. Ilmiy adabiyotlarda mazkur patologiyaaning xususiyatlari yakka holda yoritilgan. Bo'g'im diskining orqa chiqishini klinikasi quyidagi belgilar bilan namoyon bo'ladi: 1) yuqorigi va pastki jag'larni maksimal yopish qobiliyatini birdan buzilishi; molyarlar o'rtasidagi elastik materialni his etilishi; 2) ayniqsa yuqoridagi va pastki jag'lar tishlarini zich yopishga urinishda shikastlangan bo'g'imdagi og'riq; 3) shikastlanmagan tomonga dahan ni surilishi va old yo'nalishda premolyarlarning kengligini yarmisiga yoki taxminan 4 millimetrga shikastlangan tomonga pastki jag'ni surilishi; 4) pastki jag'ni shikastlangan tomonga yon tomondan harakatlanishi yoriqli yoki chegaralangan; 5) og'izni ochishda kuchsiz chegaralanish yoki chegaraning mavjud emasligi. Tashxislash uchun MRTni qo'llash tavsiya etiladi. Tekshiruvlarda pastki jag' chuqurchasining orqa yuzasi pastki jag' boshchasi o'rtasidagi diskning lat yeyishi aniqlanadi (14-rasm).



14-rasm. Bo‘g‘im diskining surunkali orqa chiqishi (sxema): a-yopilgan og‘izda; b-bo‘g‘im harakati boshlanganda B-chakka suyagining bo‘g‘im do‘mbog‘i; D-bo‘g‘im diski; M-pastki jag‘ning bo‘g‘im o‘sig‘i.

CHPJBda ichki buzilishlar bo‘lgan bemorlarni davolash majmuaviy bo‘lishi va ortoped-stomotolog, ortodont, jarroh-stomotologlar ishtirokida o‘tkazilishi lozim. Ko‘rsatmalar bo‘yicha tishlarni ratsional protezlash, tishlarni to‘g‘rilash amalga oshiriladi, okklyuzion shinalar, davolovchi kaplar, teyneylar qo‘llaniladi. Agar jarayonga sinovid ham qo‘shilsa diklofenak, nimesulid (Nayz) yoki ko‘rsatmalar bo‘yicha Traumel S, Tsel T kabi NyaQVlardan foydalaniladi, fizioterapevtik mualajalar qo‘llaniladi. Yallig‘lanish olib tashlangandan so‘ng miyegimnastika kursi o‘tkaziladi. CHPJBning ichki buzilishlarining erta bosqichlaridagi konservativ davolashning samaradorligi yetarli darajada yuqori.

Tranzit bloklangan CHPJB holatlari yuzaga kelganida, CHPJBning bo‘g‘im diskini qaytalanuvchi diskini davolashda uch shoxli nervning harakat shoxlarini bloklashdan foydalaniladi.

Agar CHPJBdagi potologik jarayon chaynashda ishtirik etuvchi mushaklarning og‘riqliligi va spazmi bilan birga kuzatilsa teri orqali elektroneyrostimulyatsiya (TOYENS) usulini qo‘llash maqsadga muvofiqdir.

Bo‘g‘im diski surilishi yaqqol namoyon bo‘lganida ayniqsa pastki jag‘ boshchasining ekskursiyasi vaqtida uning repozitsiyasi yuzaga kelmaganda MRT ma’lumotlari, funksional buzilishlarni hisobga olish bilan davolash usulini tanlab

olishga qiyosiy yondoshuv zarur.

CHPJB bo'g'im diskining surunkali chiqishida jarrohlik bo'lmagan davolash usullarining majmuasi bo'g'imdagi harakatni bloklanishini bartaraf etishga va diskni to'g'irlanishiga olib kelishi mumkin. Biroq bo'g'im diski holatini me'yorlashtirishga doim ham erishib bo'lmaydi bu birinch navbatda bo'g'im diski shaklini o'zgarishi va chandiqli hosil bo'lishi hamda uni atrofdagi to'qimalar bilan birga o'sib ketishi bilan bog'liq, bu nazorat MRTsi ma'lumotlari bilan tasdiqlanadi. Ammo mos holdagi majmuaviy davolash o'tkazilganda doim CHPJB funksiyasi yaxshilanadi, sinovit belgilari yo'qoladi, og'riq sindromi bartaraf etiladi. Noinvaziv davolash chora tadbirlarining samaradorligi yetarli bo'maganida kasalxona sharoitida CHPJBning artroskopiya va lavaji bajariladi. Lavaj o'tkazish maqsadida mahalliy og'riqsizlantirish bilan bo'g'imning yuqorigi qavatida punksiya bajariladi va uni maxsus eritma bilan tomchili yoki oqimli yuvilishini o'tkaziladi. Bu bilan bo'g'im yorig'ini kengaytirishga, agar ular bo'lsa chandiqlarni parchalanishiga erishiladi, fibroz iplar hamda yallig'lanish mahsulotlaridan bo'g'im bo'shlig'i tozalanadi. Bularning barchasi bo'g'im diskini to'g'irlash uchun to'g'ri holat yaratib beradi. Artroskopiya uchun ko'rsatma bo'lib CHPJBdagi aksariyat ichki buzilishlarning katta qismi xizmat qiladi, ularni konservativ yo'l bilan davolab bo'lmaydi.

5.4 CHAKKA-PASTKI JAG' BO'G'IMINING ANKELOZLARI.

CHPJB ankelozi – fibroz va suyak to'qimasini o'sishi va pastki jag' boshchasi o'rtasidagi birikishlar natijasida bo'g'imdagi harakatni chegaralanishi yoki to'liq harakasizlik hamda chakka suyagi yuzasi bo'g'imini hosil bo'lishi. Fibroz va suyak ichi, bo'g'imdan tashqari ankelozlar (oxirgisi faqat suyakli bo'lishi mumkin) farqlanadi.

Tasnifi. Ankelozlarning eng to'liq tasnifi G.P.Ioannidis (1974) tomonidan yaratilgan bo'lib uning asosiga klinik-anatomik o'zgarishlar qo'yiladi. Ankelozlarning quyidagi klinik shakllari farqlanadi.

- Etiologiyasi bo'yicha: yuqimli, shikastlangan va boshqalar.

- Jarayondagi morfologik substrat bo'yicha: suyakli (ko'proq bolalar va yoshlarda), fibrozli (katta yoshli shaxslarda).
- Jarayonning joylashgan o'rni bo'yicha: bir tomonlama va ikki tomonlama.
- Chandiqlarni tarqalish darajasi bo'yicha: to'liq bo'lmagan yoki qisman, to'liq keng tarqalgan.
- Yuz suyaklaridagi yo'ldosh o'zgarishlarning tavsifi bo'yicha: mikrogeniya bilan, mikrogeniyasiz.

Etiologiya va patogenez. Infeksiyalarda CHPJBning shikastlanishi gemotogen yoki kontakt yo'li bilan sodir bo'ladi. Pastki jag' osteomiyelitida CHPJBga yallig'lanish jarayoni tarqalgan holatlarda bo'g'im diski va bo'g'im yuzasi nekrozga uchraydi, tog'ayda tolalar o'sadi va so'rilib ketadi. Javob reaksiyasi sifatida suyak, suyak ustunlarini suyak bo'rtmasi ko'rinishida ajratadi, ular bir biri bilan o'sib ankelozga olib keladi. O'rta yiringli otitda ham ankeloz huddi shu tartibda sodir bo'lishi mumkin. CHPJB ankelozini sababi bo'lib ko'pincha jag' osteomiyeliti bo'ladi.

Ko'pincha CHPJB ankeloziga bolalik davridagi pastki jag'ning bo'g'im o'sig'ining shikastlanishi olib keladi. Aksariyat bolalarda ankeloz ushbu lokalizatsiyadagi sinishlarni noto'g'ri davolash yoki bolalarni umuman davolamaslik oqibatida yuzaga keladi. Bo'g'im o'sig'i bo'ynini sinishida pastki jag' boshchasi odatda lateral qanotsimon mushaklarning tortuvchi ta'siri ostida odatda ichga suriladi va pastki fragmentning jarohatli yuzasi ochiq qoladi. Qoidaga ko'ra o'sish zonalar shikastlanmaydi va o'z vazifasini bajarishda davom etadi. Shoxlarni o'sishi bo'laklar oxirida yalpi suyak massasini xosil bo'lishiga olib keladi bunda pastki jag' chuqurchasini asta sekin to'lishi sodir bo'ladi, suyak massasi bosh chanog'i asosiga zich yopishadi va u bilan birga o'sib ketadi. Aynan shu sababli ayniqsa bolalarda aniq repozitsiya va pastki jag'ning bo'g'imli o'sig'ini sinishida bo'laklarni yaxshi immobilizatsiyasi zarur.

Ankelozning rivojlanish tezligi va jarayonning tavsifi bemor yoshiga bog'liq bo'ladi, u bir necha oy yoki yil davomida kechadi. Aksariyat holatlardagi fibrozli ankelozlarda boshcha o'chamlari qisqaradi bo'yin esa qalinlashadi. Suyak

ankelozida bo'g'im o'sig'ining turli tuman deformatsiyalari kuzatiladi.

Agar ankeloz osteomiyelit natijasida yuzaga kelsa u holda suyakli va fibrozli chandiqlar nafaqat bo'g'im ichida balki atrofdagi to'qimalarda ham bo'lishi mumkin. Ko'pincha suyakni o'sishi nafaqat chakka suyagi bilan balki yonoq yoyi bilan ham sodir bo'ladi.

Bolalik davrida pastki jag'ning sinishi oqibatida ankeloz yuzaga kelsa shoxning uzunlik darajasi pastki jag' shoxi va surilgan bo'g'im o'sig'ini birga tasirlanuvchi maydoniga bog'liq bo'ladi.

Maydon qancha katta bo'lsa jag'ning o'smay qolishi shuncha kam namoyon bo'ladi. Bolalardagi sezilarsiz surilishlar bilan yoki surilishlarsiz bo'yinning sinishida pastki jag'ning o'sishi me'yorda davom etadi. Suyak qadog'i uncha katta bo'lmagan o'lchamlarda bo'ladi, bu esa ankelozni chaqiradi. Ankelozda tojsimon o'simta ham kattalashishi mumkin u ba'zida juda katta o'lchamlarga ega bo'ladi.

Butun pastki jag' bo'ylab va bo'g'im o'sig'ining yanada jadal o'sishi 9 yoshgacha davrda kuzatiladi, shundan so'ng o'sish jadalligi pasayadi. Jag' o'sishining buzilishi natijasida uning shoxi sog'lomlar bilan solishtirilganda 2-2,5 smga qisqaradi va pastki jag'ning tanasi ham taxminan shu o'lchamlarda qisqaradi.

Umuman yuz shakli o'zgaradi, qush yuzi nomi bilan ataluvchi holat yuzaga keladi.

Oldingi tishlar bilan birga alveolyar o'simta oldinga egiladi. Burchak oldidagi pastki jag'ning pastki qirrasi juda chuqur kesmaga ega. Pastki jag'ning sog'lom tomoni yanada yassi bo'ladi va huddi ichga tortilganday ko'rinadi. Shuningdek sog'lom tomonda yonoq suyagini bosilishi kuzatiladi. Pastki jag'ning rivojlanmaganligi sababli shikastlangan tomonda pastki jag' balandligining kamayishi kuzatiladi u yonoq suyagi bilan birga odatdagidan ko'ra oldinga ko'proq chiqib qoladi.

Bo'g'imni o'rab turuvchi chaynov mushaklaridagi o'zgarishlar juda kam kuzatiladi bunda asosan mushak to'qimalari biriktiruvchi to'qimalarni hosil qiladi. Biroq mushaklar atrofiyasi yuzaga kelgandek ko'rinsa ham bu jarayon sodir bo'lmaydi bo'g'im funksiyasi va anatomiyasi tiklangandan so'ng mushaklar yetarli kuchga ega bo'ladi. Pastki jag'ning harakatsizligi boshqa bo'g'imni harakatsizlanishiga

ham olib keladi ammo ular ish qobiliyatini saqlab qoladi.

Klinik ko‘rinish va tashxislash. CHPJB ankelozida og‘izni ochish imkonsizligi, ovqat istemolining qiyinligi, aniq bo‘lmagan nutq, tishlarni davolashni imkonsizligi, og‘iz bo‘shligidan noxush hid va boshqalar qayd etiladi. Shu bilan bog‘liq holda ovqat hazm qilishni buzilishi, ovqatlanishni pasayishi, nafas o‘zgarishlari, nutqni buzilishi, ruhiyatda o‘zgarishlar yuzaga keladi. Burun yo‘llarining torayishi va burun to‘sig‘ini qiyshiqqligi natijasida burundan nafas olishning buzilishi yuzaga kelishi mumkin. Ayniqsa yaqqol namoyon bo‘lgan mikrogeniyada nafas buziladi (15-rasm). Bunday bemorlarning uyqusi tini orqaga ketib qolishi tufayli havotirli bo‘ladi va nafas yo‘llaridan havoning kelishi vaqti vaqti bilan to‘xtaydi. Shuni ta’kidlab o‘tish lozimki pastki jag‘ suyak to‘qimasining elastikligi hisobiga suyak ankelozida og‘izni 0,2-1 smgacha ochishning imkoni mavjud.

Og‘izni ochishdagi chegaralanishlar (0.1-0.4 sm) yoki pastki jag‘ning to‘liq harakatsizligida bemorlar odatda og‘zini ochishga uringanida bo‘yin mushaklarini zo‘riqtiradi va yuzdagi yumshoq to‘qimalarni cho‘zilishiga sabab bo‘ladi. Bir tomonlama ankelozda pastki jag‘ning yon tomonga harakatlanishi odatda saqlanib qoladi, bunda pastki jag‘ yon tomonga suriladi, sog‘lom tomonda esa harakat chegaralangan yoki mutlaqo mavjud emas. Ikki tomonlama ankelozda yon tomonga harakatlanishlar va jag‘larni oldinga surilishi mavjud bo‘lmaydi yoki keskin chegaralangan bo‘ladi.

Shikastlangan tomonda jag‘ shoxi va tanasini torayishi, engakni shikastlangan bo‘g‘im tomoniga va orqaga surilishi, shikastlabgan tomonda yuzdagi yumshoq to‘qimalarning bo‘rtib qolishi, shuningdek ularni yuzning sog‘lom tomoniga o‘tib qolgandek tuyulishi kuzatiladi. Jag‘ni nosimmetrik rivojlanganligi engakni shikastlangan bo‘g‘im tomoniga surilishiga olib keladi, ammo u shuningdek orqaga ham suriladi va bu “qush yuzi” ko‘rinishini beradi. Agar surilish deformatsiyaning og‘ir ko‘rinishlarida engakning o‘rtasida 2-2,5 smga yetsa, pastki lab gardishi 1 smni tashkil etsa pastki jag‘ga nisbatan tish qatorining o‘rtasini surilishi hech qachon 5-7 mmdan oshmaydi. Bir tomonlama ankelozda sog‘lom bir

tekis tomondagi to'qimalarning kamchiligi bemor tomondagi (bo'rtib chiqqan) tomonga nisbatan ko'zga yaqqol tashlanadi.

Qoziq tishlardan boshlab pastki jag'ning alveolyar o'sig'i asta sekin ko'tarilib boradi, bunda balandlik old tishlar soxasida uncha katta bo'lmagan o'lchamlarga yetadi, uning kesuvchi qirralari esa molyarlarning chaynov yuzasidan sezilarli balandlikda bo'ladi, ya'ni: odatda koronkaning yarmigacha bazida esa butun koronka bo'ylab yuzaga keladi. Alveolyar o'simta uzunligini ortishiga qaramasdan pastki tishlar aksariyat holatlarda antagonistlarga baribir yeta olmaydi, chunki yuqorigi tishlar oldinga chiqqan bo'ladi. Pastki oziq tishlarning kesuvchi qirralari yuqorigi markaziy oziq tishlarning bo'yni, alveolyar o'simtaning shilliq qobig'i bilan bir biriga tegib turadi yoki umuman ularga yetib bormaydi. Bunda bir biriga tegib turgan tishlarda yoriq mavjud bo'ladi (ochiq tishlam).

Ko'pincha CHPJB ankelozida tishlarni yorib chiqishi va almashishi buziladi. Shikastlangan tomondagi tishlar yoyining yarmisi sog'lom tomonga nisbatan yanada qisqa va bo'rtib chiqqan. Agar mikrogeniya mavjud bo'lgan artikulyatsiyada rivojlansa kelgusida pastki jag' tishlari doimiy tish antagonistlari bilan muloqatga kirganligi uchun kuchli surilishdan keyinchalik ushlab qolinadi. Agar mikrogeniya antagonistlar bilan muloqatga kirishguncha rivojlansa, tishlamning dezartikulyatsiyasi yuzaga kelishi mumkin.

CHPJBda harakatni tashqi eshitish yo'li tomonidan yoki quloq osilchog'i old tomonidan palpatsiya usulida aniqlash mumkin. Quloq osilchog'ining old tomoni palpatsiya qilinganida pastki jag' harakatlanishi doim ham aniqlanmaydi. Biroq bazida chaynov mushaklarini bo'shashishini bo'g'imning harakati sifatida qabul qilib hatoga yo'l qo'yish mumkin. Harakatlanishning eng yaxshisi tashqi eshitish tomonida barmoqlar yordamida aniqlash kerak. To'liq ankelozda harakatlar aniqlanmaydi, qisman ankelozda esa ularni yetarli darajada aniq sezish mumkin. Shuni yodda tutish kerakki bazida pastki jag' chuqurchasi suyak massasi bilan to'lgan hollarda ham va hattoki bu suyak massasi yonoq yoyi bilan birikkan hollarda ham sezish mumkin. Doim bir tomonlama ankelozdagi yon tomonga harakatlar faqat ankrloz tomonidagina imkoni bor va sog'lom tomonda u keskin

chegaralangan yoki mutlaqo imkonsiz. Ikki tomonlama pastki jag‘ boshchasining harakatsizligi to‘liq ikki tomonlama ankelozda, bir tomonlamada esa hatto u to‘liq bo‘lsa ham sog‘lom tomonda harakatlarni yuzaga kelishi qayd etiladi.



15 rasm. Pastki mikrogeniyali bemorning ko‘rinishi.

Rentgenologik tashxislash.

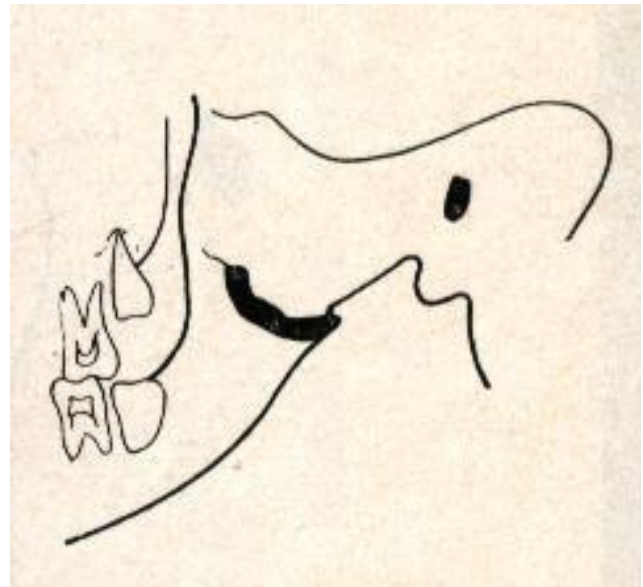
Fibrozli ankelozda rentgenogrammada pastki jag‘ boshchasining yassiligi va deformatsiyasini, uning bo‘ynini qisqarishi va qalinlashishini, tojsimon o‘simtani uzayishi va qalinlashishini ko‘rish mumkin. Ba’zida bo‘g‘im yorig‘ini boshchaning deformatsiyasi tufayli aniqlashni imkoni bo‘lmaydi.

CHPJBning *qisman suyakli ankelozida* bo‘gin yorig‘i bir nechta yoki bitta qismda yo‘qoladi va kuzatiladi, to‘liqda esa deformatsiyalanmaydi. Agar ankeloz bolalik davrida yuzaga kelsa u holda pastki jag‘ tanasi va shoxini qisqarishi mavjud bo‘ladi, jag‘ burchagida chuqurcha va suyak pixi aniqlanadi.

Suyak ankelozida rentgenogrammada shuningdek turli o‘lchamdagi yoki hatto bir nechta suyakli massivlarning turli shakldagi yoki dumaloq suyak o‘sig‘ini aniqlanadi. Suyak massasini ikkiga ajralishi yuzaga kelishi mumkin, uning bitta qismi tashqarida qoladi va chanoq asosiga yetib bormaydi, ikkinchi qismi esa – chakka suyagi bilan birikib ketadi (16-rasm)



a



b

16-rasm. CHPJB tomogrammasi: a-to'liq suyak ankelozi. Suyakni yalpi o'sib ketishi. Deformatsiyalangan ko'tariluvchi shox chakka suyaklarining qismlari bilan qo'shilib ketadi. Chegaralangan osteoskleroz tasmasi; b-tamogramma sxemasi. CHPJB ankelozini **qiyosiy tashxislashni** mushak kontrakturasi bilan o'tkazish lozim.

Fibrozli ankelozni **davolashni** konservativ chora tadbirlar bilan boshlanadi. Kasallikning erta bosqichida fizioterapevtik usullar (fonoforez, UTT) so'riluvchi dori vositalari bilan davolash (kaliy yodid eritmasi, geoluronidaza, (lidaza), gidrokortizon va boshqalar) samarali bo'lishi mumkin. Fibrozli ankelozlarda shuningdek ortopedik davolash, fibrozli chandiqlarning redressatsiyasi, undan tashqari va og'iz ichi apparatlari bilan faol mexanoterapiya, tishlarni ortopedik to'g'irlash o'tkaziladi. Samara yetarli bo'lmaganida mexanoterapiya va davolashning ko'rsatilgan usullari bilan mahalliy yoki umumiy og'riqsizlantirishni qo'llash orqali og'iz bo'shlig'ini kuch bilan ochishni (redressatsiya) o'tkazish mumkin. Shuni yodda tutish lozimki og'iz bo'shlig'ini kuch bilan ochish faqat qisman ankelozlarda va u ham ma'lum tushuntirishlardan so'ng amalga oshiriladi chunki buning natijasida to'qimalarning uzulishi hosil bo'ladi bu esa chandig'lanishga va ankelozga olib keladi. Bo'g'im ichidagi chandiqlarni olib tashlashning jarrohlik usuli mavjud ammo u malum sabablarga ko'ra kam samara beradi va bunda uni o'simtalardan halos etgan holda yanada yaxshisi uni taxrirlab

pastki jagʻ boshchasini madellashtirish kerak.

Shunday qilib fibrozli ankelozning turgʻun shakllari va suyak ankelozlarini davolash faqat jarrohlik yoʻli bilan bajariladi. U soxta boʻgʻimni yaratish yoʻli bilan pastki jagʻ funksiyasini tiklashga qaratilgan. Buning uchun pastki jagʻ shoxidan osteotomiya oʻtkaziladi. Osteotomiyaning eng ratsional joyi – pastki jagʻ shoxining yuqorigi va oʻrta uchdan bir qismi oʻrtasidagi chegara hisoblanadi. Ammo faqat chiziqli osteotomiya amalga oshirilganda qaytalanishlar juda koʻp yuzaga keladi, chunki osteotomiyalangan yuzalarda yopiluvchi plastinkalar hosil boʻlishga ulgurmaydi va ularni oʻsib ketishi sodir boʻladi. Suyak fragmentlarini birga oʻsib ketmasligini oldini olish uchun turli toʻqima va materiallar bilan interpozitsiya qoʻllaniladi, jagʻlarning erta mexanoterapiyasidan foydalaniladi. Mexanoterapiyani eng yaxshisi buning uchun maxsus yaratilgan apparatlar bilan oʻtkazish kerak.

Bir necha oʻn yilliklarda ankelozni davolashning jarrohlik masalalari qarori pastki jagʻ shoxi osteotomiyasini usullarini ishlab chiqishga olib keldi.

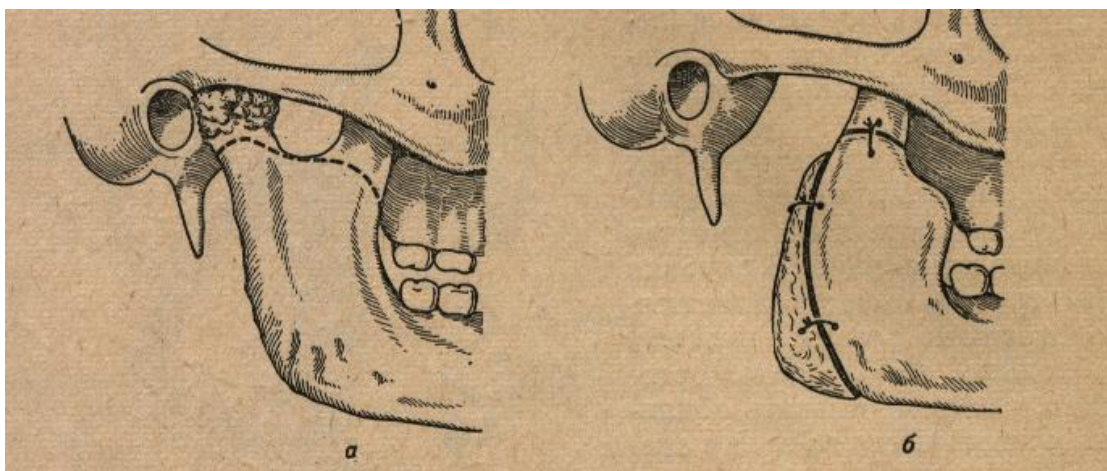
Osteotomiyalangan yuzalarni birga oʻsishini oldini olish uchun soxta boʻgʻim shakillantirish maqsadida turli materiallardan foydalanildi. Keyinchalik bu patalogiyani davolashda avto- va allo- transplantantlardan foydalanildi.

Transplantant sifatida autosuyaklar (qovurgʻa, koʻtariluvchi suyak tarogʻi va hokazo), farmalizlangan, muzlatilgan, leofilizlangan, gamma nurlangan suyaklarni qoʻllash yanada samarali boʻlib chiqti. Ammo shunga qaramay mazkur usullarni qoʻllanilishida malum qiyinchiliklar mavjud. Autotransplantlardan foydalanilganda bemorga qoʻshimcha jarrohlik jarohati yetkazilishi kerak, allotransplantantlarni qoʻllanilishi esa qattiq toʻqimalarning hammabop boʻlgan bankini mavjudligini koʻzda tutadi. Soʻnggi yillarda organizm toʻqimalari uchun indifirent boʻlgan jumladan titan va uning qotishmalari, tantal va boshqa materiallar kabi uglerodli kompozitlar va metallardan tayyorlangan implantantlar ishlab chiqildi va muvafaqiyatli qoʻllanilmoqda. Rossiyaning “Konmed” firmasi tomonidan CHPJB yarim boʻgʻimining endoprotezlarining ikkita varianti ishlab chiqildi.

Endoprotezlar, shruplar, ularni mustahkamlash uchun asboblari yevropa standarti

bo'yicha maxsus titandan tayyorlanadi.

Bolalarda ankeloz yuzaga kelganida shikastlangan bo'g'imda harakat tiklangandan so'ng jag'lar deformatsiyasini bartaraf etish muammosi qoladi. Hozirgi vaqtda bu masalalar ortodontik davolash va kompression-destraksion apparatlarni qo'llash bilan yetarli darajada muvafaqiyatli hal etilmoqda. CHPJB ankelozida jarrohlik aralashuvlari texnikasi va uning turi maxsus adabiyotlarda bayon etilgan (17-rasm).



17-rasm. V.S.Yovchevu bo'yicha CHPJB ankelozida jarrohlik amaliyoti sxemasi; a-pastki jag' shoxining osteotomiyasi; b-shoxni tojsimon o'simtaga tikilishi.

5.5 CHAKKA PASTKI JAG' BO'G'IMINING TUG'MA ANOMALIYALARI

CHPJBning tug'ma anomaliyalari mustaqil kasallik sifatida juda kam uchraydi. CHPJBning tug'ma patologiyalari asosan tug'ma chanoq-yuz deformatsiyalari bilan bog'liq. Bunday deformatsiyalarni yuzaga keltiruvchi sabablar shikastlanishlar, onaning kasalliklari, homiladorlik vaqtida ona o'tkazgan kasalliklar, endokrin va almashinuvlarning buzilishi, osteogenezning tug'ma buzilishlari jumladan homilaga homiladorlik vaqtida zaxarlarning irsiy tasir ko'rsatishi, chanoqning o'sish zo'nalarini shikastlanishi bo'ladi. Bunda oyquloq apparatlari – yuz –jag' sohasidagi organ va to'qimalarni shakillanishi buziladi. Eng ko'p yuz-chanoq dizostozlari uchraydi, ular shuningdek I va II oyquloq yoyi sindromi sifatida malumdur. Tashxis qo'yilganda kasalliklarning xalqaro tasnifi

(KXT-10) dan foydalanish tavsiya etiladi, ammo u tugʻma deformatsiyalarning barcha koʻp qirrasini hisobga olmagan, shuning uchun mahalliy olimlar tomonidan quyidagi tashxis ishlab chiqildi.

- Jagʻlar deformatsiyasi:
- Makrognatiya: yuqoriga, pastga, simmetrik, nosimmetrik, butun jagʻ yoki uning alohida qismlari uchun;
- Mikrognatiya: yuqoriga, pastga, simmetrik, nosimmetrik, butun jagʻ yoki uning alohida qismlari uchun;
- Prognatiya: yuqoriga, pastga, funksional, morfologik;
- Retrognatiya: yuqoriga, pastga, funksional, morfologik;
- Jagʻlarning birga keluvchi deformatsiyasi (simmetrik, nosimmetrik);
- Yuqorigi mikro va retrognatiya, pastki makro va prognatiya;
- Yuqorigi makro va prognatiya, pastki mikro va prognatiya;
- Yuqorigi va pastki makrognatiya
- Jagʻlar deformatsiyasi va tish anomaliyasining birga kelishi.
- Tish anomaliyalari, jagʻlar deformatsiyalarini birga kelishi va yuz skeleti:
- Simmetrik jagʻ- yuz dizostozi (Tricher Kollinz-Franchesketi)
- Kraniyostenozlar (aper, Kruzon sindromlari)
- Nosimmetrik koʻz, quloq otokraniyostenozlarining 1-3 darajasi (gemifassial mikrosomiya) umurtqa displaziyasi, goldenhar sindromi;
- 1-3 chi darajali gippertelozizm.

Tashqi koʻrik vaqtida eng avvalo funksional buzilishlar va yuz shaklining oʻzgarishlariga eʼtibor qaratiladi. Tishlamning buzilishi tufayli ovqat qabul qilishdagi qiyinchiliklarga boʻlgan shikoyatlar qayd etiladi qoidaga koʻra bunday bemorlarda nutq, nafas buziladi, CHPJB disfunksiyasi qayd etiladi, chaynov mushaklarining funksiyasi aziyat chekadi. Atrofdagi toʻqimalar va pastki jagʻ deformatsiyasining tavsifiga bogʻliq holda CHPJB potologiyasining klinik namoyon boʻlishi oʻziga hos boʻladi.

Bunday bemorlarni davolash asosan ortodontik va ortopedik usullar bilan

birgalikda jarrohlik yo'li bilan bajariladi. Suyak rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlari: pastki jag' shoxining yassi osteotomiyasi, bo'g'im o'sig'ining alloplastikasi, bosqichli genioplastika, ortotopik transplantant bilan pastli jag' tanasi shoxini alloplastikasi amalga oshiriladi.

5.6 CHAKKA PASTKI JAG' BO'G'IMINING O'SMALARI

CHPJJB va uning tuzilmaviy elementlarini xavfli o'sma jarayonlari bilan alohida shikastlanishi juda kam uchraydi va ham havfli ham havfsiz bo'lishi mumkin.

CHPJJB sohasidagi havfsiz o'smalardan eng ko'p pastki jag' boshchasida hosil bo'ladigan osteomalar uchraydi. Ular odatda keng oyoqchaga va to'g'ri trabekulyar tuzilmaga ega bo'ladi. CHPJJBdagi havfsiz hosilalar shuningdek osteoblastoklastomalar, adamantinomalar, miksomlar, gigromlar, xondromlar tashxislanishi mumkin. Pastki jag'da havfsiz o'smalar rivojlanganda uni bo'g'im o'sig'iga tarqalishi ko'p qayd etilmaydi.

CHPJJB sohasidagi havfli o'smalardan suyak to'qimalarini so'rilishini chaqiruvchi sarkoma va hondrosarkomalar uchraydi.

Bundan tashqari ular suyak hosil qilish qobiliyatiga ega bu o'steosarkomada suyakli bo'rtiqlarni shakllanishiga yoki hondrosarkomada suyak to'qimasida hosilalarni haotik to'planishiga olib keladi. Pastki jag' saratoni, fibrosarkoma,

xondrosarkoma, yaqin turuvchi anotomik hosilalar va yuzalardagi osteogen sarkomalar kabi havfli o'smalar keng tarqalishi mumkin. CHPJB to'qimasi metastatik shikastlanishi ham mumkin. Metastazlanish xususiyatiga ega bo'lgan saratonlarga sarkoma, silindroma, melanoma, gipernefroma va boshqalar kiradi.

CHPJJB saratonining dastlabki belgilari shundan iboratki kasallikni rivojlanish boshida ular klinik jihatdan surunkali artrozla, artritlar yoki fibrozli ankelozlarga o'xshash bo'ladi. Tinch va pastki jag'ning harakatlanish vaqtidagi og'riqlar, yuz assimetriyasi, og'izni ochisgdagi chegaralanishlar, limfotit tugunlarining kattalashishi sezilarli darajada kech paydo bo'ladi. Aynan shu sababli bunday kasalliklarda bemorlarni shifokorlik yordamiga kech murojad etishi xosdir.

CHPJJB saratoni bilan og'rigan bemorlarni davolash majmuaviy bo'lib u jarayon tavsifi va jarrohlik aralashuvi, nurli davolash, kimyoviy davolashlarni o'z ichiga

olgan kasallik bosqichlariga bog‘liq holda o‘tkaziladi. Jarrohlik aralashuvining tavsifi va davolash chora tadbirlarining ketma ketligi o‘sma jarayonining joylashgan o‘rni va tarqalganligi bilan bog‘liq.

Bunday bemorlarni muvafaqiyatli davolash uchun CHPJB sohasidagi o‘smi o‘z vaqtida tashxislash zarur. Buning uchun CHPJB kasalligiga chalingan barcha bemorlarda jag‘larni rentgenologik tekshiruvdan o‘tkazish kerak, turli hosilalarga juda kichik shubxa uyg‘onganda ham tomografiya, KT yoki MRT ni qo‘llash bilan juda mayda qismlargacha tekshiruvlarni o‘tkazish va onkolog maslahati buyiriladi.

5.7CHAKKA PASTKI JAG‘ BO‘G‘IMIDAGI OG‘RIQLI DISFUNKSIYA SINDROMI

Sinonimlar: CHPJBning mushak-bo‘g‘im disfunktsiyasi; kosten sindromi; CHPJB nevrалgiyasi; CHPJB artropotiyasi; pastki jag‘ diskiniziyasi.

KXT-10 ga asosan stomatologik kasalliklarning xalqaro tasnifiga mos holda CHPJB SBDsi biriktiruvchi to‘qima va suyak- mushak tizim kasalliklaridan farqli ravishda tishlam anomaliyasini o‘z ichiga olgan yuz-jag‘ anomaliyasi guruhiga kiradi, u artropatiya va bo‘g‘imning boshqa kasalliklarini o‘z ichiga oladi ammo ko‘plab mualliflar va amaliyotchi shifokorlar ushbu nozologiyani CHPJB kasalliklariga kiritadi. Bu shu bilan tushuntiriladiki: 1) og‘riq pastkin jag‘ning harakati bilan bog‘liq; 2) ko‘plab mualliflarning ko‘rsatishicha hozirgi kumgacha CHPJB potologiyasining klinik qulay, patogenetik va morfologik aniq tasnifi ishlab chiqilmagan.

CHPJB disfunktsiyasining namoyon bo‘lishi turli tumandir. Ularga bo‘gindagi tovush holati (qirsillash, qarsillash) pastki jag‘da harakat hajmining chegaralanishi, og‘iz ochilganida devitsiya (yon tomonga surilish) yoki uni S simon harakatlanish, yuz sohasidagi noqulaylik hissi, chaynov mushaklarining tarangligi, palpatsiyada va pastki jag‘ osiltirilganda og‘riqlilik, chaynashda va og‘iz katta ochilganida bo‘g‘imning o‘zida va mushaklarida og‘riq hissi kiradi. CHPJB patologiyasi bilan chaynov mushaklari holatidagi o‘zgarishlar o‘rtasidagi aloqa allaqachon malum. Hozirgi vaqtda “CHPJBdagi miofassial og‘riqli disfunksional sindrom” turli interpretatsiyalarda (miofassial og‘riq sindromi, mushak bo‘g‘im

disfunksiyasi, mushak disbalansi) qo'llanilmoqda. Ammo shunga qaramay bazi mualliflar haqqoniy ravishda qayd etadilarki "miofassial og'riq sindromi" oddiy tashxisga nisbatan juda keng tushunchaga ega chunki turli patologik holatlar (yuqorigi "aqil tishi" yorib chiqishdagi qiyinchilikdan to tish protezlarini noratsional oqibatlarigacha) huddi shu nom bilan ataladi.

Chaynov mushaklarining spazmi va undagi og'riqlar CHPJBda patologiyalar mavjud bo'lmaganda ham kuzatilishi mumkin va "CHPJB SBD" tashxisini bu bo'gindagi rengenogrammalarda destruktiv o'zgarishlar mavjud bo'lmaganda ham qo'yiladi. CHPJB kasalliklari to'g'risidagi fanning rivojlanishi va stomatologik amaliyotga tashxislashning yuqori texnologik usullarini joriy etilishi tufayli shu narsa ko'rsatildiki, mushak og'riqlarida pastki jag'ning harakatlanishi bilan bog'liq bo'lgan CHPJBdagi yumshoq to'qima elementlarida morfologik o'zgarishlar oldingiga nisbatan ishonchli ravishda ko'p uchraydi.

Barchaga malumki CHPJB patologiyasi ayollarda sezilarli ravishda ko'p (barcha kuzatishlarning 70-82%) uchraydi. Nashrlarga mos holda yuz og'rig'i bo'lgan bemorlarning 30%dan ko'pini SBDli bemorlar tashkil etadi, ulardan 80%ga yaqini ayollarga to'g'ri keladi. Bu faktlar steroidli disbalans va bunday holatlarda qonuniyatlo bo'lgan fosfor-kalsiy buzilishlari, oqsil metabolizmi hamda "lipidlar-antioksidantlarni perikisli oksidlanishi", shuningdek ayollardagi bo'g'implarning gippermobilligi bilan tushuntiriladi.

CHPJB SBDning etiologiyasi va patogeniziga taluqli bo'lgan adabiyot malumotlari juda ham turli tumandir. Aksariyat mualliflar CHPJB SBDni rivojlanishibi tish jag' tizimi potologiyalari jumladan tishlamni buzilishi bilan bog'laydilar. Amaliyotni ko'rsatishicha bemorlarning aksariyat katta qismida CHPJB SBDning yuzaga kelish sababi bo'lib tish-jag' tizimidagi turli buzilishlar hisoblanadi ular protezlashdan keyin tishlamning buzilishida, tishlarni plombalash yoki olib tashlash, og'izni katta ochgan holdagi og'iz ichi jarrohlik amaliyotlari, tishlarni potologik yemirilishi, shuningdek jag'larni rivojlanishidagi tug'ma anomaliyalar oqibatida yuzaga keladi. Qayd etilishicha, okklyuziyada tezda yuzaga keladigan o'zgarishlar ko'pincha chaynashda ishtirok etadigan mushaklarni og'rishiga olib keladi, bu

vaqtda esa tishlamda asta sekin yuzaga keladigan o'zgarishlar doim ham bu holat bilan birga kuzatilmaydi. Kasallikni sababi sifatida neyromushak buzilishlarning ahamiyati to'g'risida guvohlik beruvchi nashrlar mavjud bo'lib, ularning asosida psixogen, somatik, endokrin va patologiyaning boshqa turlari yotadi. Ko'p sonli tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, kasallik polietiologik va CHPJB ODSni yuzaga kelishiga ko'plab omillarning birgalikda ta'sir ko'rsatishi sabab bo'ladi. Turli sabablar ta'siri ostida paydo bo'ladigan chaynov mushaklari faoliyatidagi diskoordinatsiya, aloxida mushaklarning giperfaolligi, ularning siqilishi, bu patologiyaning klinik namoyon bo'lishida yetakchi qilib qo'yadi.

Mahalliy va xorijiy adabiyotlarda ko'p sondagi nashrlarning mavjudligiga qaramasdan, CHPJB ODS ni klinik tashxislashda ma'lum qiyinchiliklar mavjud. CHPJBning boshqa kasalliklari ko'rinishi bilan CHPJB ODSning klinik ko'rinishini o'xshashliklari noto'g'ri tashxisga olib keladi va buning oqibatida noratsional davolash buyuriladi. Bu kasallik kechishini og'irlashtiradi va CHPJBning suyak tuzilmalarida organik o'zgarishlarga olib keladi.

CHPJB ODS uchun turli jadallikdagi yuz-jag' sohasidagi og'riqlar xos. Ba'zida bosh va yuzning bir tomonida noxush xis va noqulaylik xolati yuzaga keladi xolos. Ammo odatda bemorlar ba'zi holatlarda CHPJB, bosh, bo'yinga tarqaluvchi og'riqqa shikoyat qiladilar. Aksariyat bemorlar faqat pastki jag' harakatlantirilgandagina og'riqni xis etadilar, ammo ko'pincha og'riq doimiy, simillab turuvchi tavsifda bo'ladi. Shuningdek og'izni ochish va yopishda pastki jag'larning S-simon harakatlanishida, og'riq tufayli og'izni ochishdagi chegaralanishlar xos bo'lib, bu bir yoki har ikki bo'g'imda qarsillash yoki qirsillash bilan birga kuzatilishi mumkin. Ba'zida bemorlar og'izni qurishi yoki gipersalivatsiya, og'iz bo'shlig'ini achishishi, eshitishni pasayishiga shikoyat qiladilar. Sanab o'tilgan simptomlar doim ham bir vaqtda kuzatilmaydi. Kasallik bo'g'implarda tovushlar bilan monifestatsiyalanishi mumkin, og'riq esa keyinchalik qo'shiladi yoki aksincha, birinchi bo'lib yuzning mos bo'lgan tomonida og'riq xissi paydo bo'ladi.

CHPJb ODSsida, ayniqsa pastki jag‘ tushgan xolatlarida chaynov mushaklari yoki uning aloxida qismlarini palpatsiya qilishda og‘riqlidir. Shuni yodda tutish lozimki, pastki jag‘ni ko‘taruvchi barcha mushaklar ham og‘riqli bo‘lmashligi mumkin, faqat ularning ba‘zilari, masalan shikastlangan tomondagi chin chaynov mushaklari yoki faqat medial qanotsimon mushaklargina og‘riqli bo‘ladi.

Davolash CHPJB ODS bemorlarini davolash barcha kerakli mutaxassislar ishtirokida majmuaviy bo‘lishi kerak. Eng avvalo tishlam buzilishini aniqlash uchun ortodont yoki stomatolog-ortoped maslahati kerak. Ma‘lumki, xatto plombani noto‘g‘ri qo‘yilishi yoki protezlash natijasida tishlamni uncha katta bo‘lmagan ortishi yoki kamayishi, mazkur og‘riq sindromini yuzaga kelishiga olib kelishi mumkin. Shunday qilib, barcha holatlarda CHPJB ODSsi bo‘lgan bemorlarni davolash ratsional protezlashni yohud plombba yoki protezni korreksiyasida tishlamni me‘yorlashtirishni o‘z ichiga olishi kerak. Bunday bemorlarni ortopedik davolash ayniqsa CHPJB ODSuzoq vaqt kechgan holatlarda sezilarli qiyinchiliklarni tug‘diradi, chunki atrofdagi to‘qimalarda o‘zgarishlarga olib keluvchi, mushaklarning turg‘un diskordinatsiyasi tishlamni tiklanishiga qarshilik ko‘rsatadi. Bunday bemorlarda bir martani o‘zida protezlash yo‘li bilan tishlamdagi buzilishlarni bartaraf etilishi odatda axvolni og‘irlashishiga olib keladi, chunki bu yerda bo‘lak usti plastinkalari yoki bir nechta protezlarni ketma ket tayyorlash yo‘li bilan okklyuziyani ko‘p marta tayyorlash talab etiladi.

Og‘riq sindromini bartaraf etish va mushaklardagi taranglikni olib tashlash uchun stomatolog-jarroh chakka usti tarog‘ida Bershe yoki Yegorov bo‘yicha, ham davolash, ham tashxislash vositasi sifatida blokadadan foydalanadilar. O‘tkazilgan blokadadan keyin og‘izni ochish darajasini ortishi va og‘riqni yo‘qolishi holatlarida «ODS CHPJB» tashxisi tasdiqlanadi, chunki mushak og‘riqlari emas, masalan bo‘g‘im tavsifidagi og‘riqlarda, og‘riqsizlantirishlar CHPJB to‘qimalariga hech qanday ta‘sir ko‘rsatmaydi va bemorning umumiy ahvoli yaxshilanmaydi.

Blokada qoidaga ko‘ra, 3,0 ml miqdordagi 0,5-1,0% lidokain eritmasi bilan shikastlangan tomonda amalga oshiriladi. Bunday blokadalar haftada o‘rtacha 2

marta o'tkaziladi, davolash kursi davomida -4-6 blokada amalga oshiriladi. Har bir blokadan keyin 1,5-2 soatdan to bir sutkagacha og'riq kamayadi yoki bartaraf etiladi, mushaklarni zo'riqishi pasayadi, pastki jag'ning harakatlanish xajmi ortadi, bunda ba'zi bemorlarda og'iz ochilganida uni S-simon surilishi yo'qoladi.

Og'riq sindromini yengillashtirish va chaynov mushaklarinir relaksatsiyasi uchun refleksoterapiyaning bir turi bo'lgan, CHENS usuli muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. Buning uchun elektor impulsining davomiyligi va ma'lum shakllarini ishlab chiqaruvchi, CHENS uchun maxsus yaratilgan apparatlardan qo'llaniladi. Elektrodlar yuz terisidagi mushaklarning og'riydigan qismlariga yoki uch shoxli nerv shoxining chiqish proyeksiyalaridagi nuqtalarga qo'yiladi. Seansning davomiyligi 30-40 daqiqa. Bemor mustaqil ravishda shifokor nazorati ostida, o'zining xis etish sharoitiga asoslangan xolda elektrostimulyatsiya darajasini boshqaradi. Qoidaga ko'ra, birinchi seansdan keyin, og'riqni kamayishi va pastki jag'ning harakat xajmini ortishi qayd etiladi. CHENSning 5-6 seansidan tashkil topgan davolash kursidan so'ng og'riq sindromi yoki to'liq bartaraf etiladi yoki og'riq darajasini xis etilishi sezilarli pasayadi. Albatta mazkur usul patogenetik davolashga qo'shimcha sifatida davolash majmuasidagi vositalardan biri sifatida qo'llanilishi kerak. CHENS usuli nafaqat samarali, balki noinvaziv bo'lib, allergiya va toksik reaksiyalarni chaqirmaydi.

CHPJB BSD davolashda quyidagi fizioterapevtik muolajalardan foydalaniladi: har ikki tomonga 10ta muolajadan chaynov mushaklari sohasiga anestetiklar bilan elektroforez; flyuktuorizatsiya, magnitoterapiya va boshqalar o'tkaziladi. Bemorlarga CHPJB bog'lov apparati, chaynov mushaklarining nisbatan tinch holatda bo'lishi uchun sharoit yaratish, ehtiyotlash tartibi buyuriladi. Buning uchun ba'zida palaxmonsimon bog'lam qo'yiladi ammo doim pastki jag'ni yon tomonga surilishi va bo'g'imni qirsillashi xamda shaqillashi paydo bo'lguncha, og'izni ochishni chegaralanishi, qattiq bo'lmagan taomlarni iste'mol qilish tavsiya etiladi.

Og'riq sindromining o'tkirligi pasaygandan keyin davolash gimnastikasi buyuriladi, unda: pastki jag' harakati bir tekisda harakatlanishini kuzatgan xolda, bemor kuniga

3 marta ko'zgu oldida turib, har tomonga surilishlarsiz, og'zini ochib yopadi, bunda bemor ko'rsatkich barmog'ini pastki jag'ning boshchasida ushlab turadi, boshqa barmog'i bilan esa pastki jag'ni ushlab turadi. Chaynov mushaklarini zo'riqishini oldini olish uchun – pastki jag'ni to'g'ri chiziqli harakatlanishiga rioya etilganida og'izni ochish kattaligini asta sekinlik bilan ortib borish zaruriyatiga bemor tomonidan aloxida e'tibor qaratishlari zarur.

Ba'zi bemorlarga asab-ruxiy fonga ta'sir etuvchi dori vositalari: trankvilizatorlar, miorelaksantlar, analgetiklar: diazepam (Seduksen), tolperizon (Midokalm), xlordiazepoksid (Elenium), oksazepam (Tazepam) va boshqalarni buyurish maqsadga muvofiq.

Sanab o'tilgan chora-tadbirlar davolash boshlangandan keyin 3-4 hafta o'tib, o'zining ijobiy natijalarini beradi, ya'ni og'riq kamayadi yoki yo'qoladi, pastki jag' harakatining xajmi ortadi. Biroq bu yaxshilanish vaqtinchalik bo'lishi mumkin, shuning uchun uni takrorlash ortiqcha bo'lmaydi, bunda bemorni davolash uchun, tishlamni me'yorlashtirish zarur.

CHPJB ODS oldini olish tishlamni o'z vaqtida me'yorlashtirishdan, juda katta va qattiq taomlarni iste'mol qilish, tishlarni olib tashlash va davolash, esnashda og'izni xaddan tashqari katta ochishni istisno etish yo'li bilan chaynov mushaklari va bo'g'imlarning bog'lov apparatlarini zo'riqishini oldini olishdan iborat bo'ladi.

5.8. JAG'LAR KONTRAKTURASI

Chaynov mushaklarining kontrakturasi — bu pastki jag'larda yoki uni o'rab turgan to'qimalarda patologik jarayonni yuzaga kelishi oqibatida pastki jag'lar harakatini keskin chegaralanishidir. Chaynov mushaklarining kontrakturasi sabablari turli tuman: u jag' oldi yumshoq to'qimalaridagi yallig'lanish jarayonlari (abscess, flegmona, perikoronit), gematoma xosil qiluvchi, inyeksiya yoki jarohatlar natijasidagi mexanik shikastlanishlar, xavfli o'smalardagi infiltrativ o'sish va boshqalar sabab bo'lishi mumkin. Tishlarni davolashda o'tkazuvchi anesteziya

bajarilgandan keyin kontrakturali bemorlar soni oshdi. Bunday bemorlar nafaqat poliklinikada zaruriy yordamni olmaydilar, balki maslahat-davolash yordamini ko'rsatish uchun yetakchi klinikalarga ham o'z vaqtida yo'naltirilmaydilar.

Kontrakturalar quyidagi etiologik belgilar bo'yicha tasniflanadi:

- ▶ yallig'lanishli;
- ▶ chandiqli;
- ▶ inyeksiyadan keyingi.

Biroq shuni ta'kidlab o'tish lozimki, inyeksiyadan keyingi kontraktura inyeksiyadan keyingi gematomalarni chandiqlanishi natijasida yoki inyeksiyani yallig'lanish tavsifidagi asoratlari oqibatida yuzaga kelishi mumkin. Ammo shunga qaramay, tasnif juda qulay, chunki u patologik jarayonning sababi va tavsifini aks ettiradi. "Chaynov mushaklarining kontrakturasi" tashxisini qo'yishdagi etiologik omillar juda xam muxim va kasallikni paydo bo'lishiga olib kelgan, hodisalarni mayda detallargacha aniqlashtirish zarur.

Klinik ko'rinish va tashxislash. Mushak kontrakturasining sababiga bog'liq bo'lmagan xolda, klinik namoyon bo'lishi o'xshashdir. Bunday bemorlarning barchasida og'izni ochilishini yaqqol namoyon bo'lgan chegaralanishi (1-1,5 sm gacha) mavjud bo'ladi. Tashqi ko'rinish ko'rikdan o'tkazilganda odatda yuz assimmetriyasi qayd etilmaydi, tishlam buzilmagan bo'ladi. Pastki jag'ning yon tomonga harakatlanishi shikastlangan tomonda ma'lum chegaralanishlarga ega bo'ladi. CHPJB palpatsiya qilinganida unda patologik o'zgarishlar aniqlanmaydi – pastki jag' boshchasining shakli va joylashgan o'rni buzilmagan, og'riq mavjud emas, faqat pastki jag' chuqurchasida ularning uncha katta bo'lmagan harakatlanishigina aniqlanadi. Pastki jag' sohasidagi kontrakturali bemorlarni ko'rikdagn o'tkazish va tekshirish vaqtida birinchi navbatda o'tkir yallig'lanish jarayonini va xavfli onkologik kasalliklarni istisno etish zarur. O'tkir yallig'lanish jarayonini istisno etish uchun og'riqli infiltratni aniqlash maqsadida og'iz bo'shlig'i tomonidan va tashqi tomondan jag' oldi to'qimalari palpatsiyalanadi. Yallig'lanish

jarayonlari chuqur joylashgan xolatlarda, masalan, chakka osti chuqurchasi yoki qanotsimon-jag‘ osti bo‘shlig‘ida joylashgan bo‘lsa, yuqori jag‘ do‘mboqchasi, chakka sohasi yoki qanotsimon-pastki jag‘ burmasi sohasida og‘riqlilik qayd etiladi. Quyidagi laborator tekshirishlarni o‘tkazish shart: qonning kengaytirilgan tahlili, peshob tahlili, rentgenologik tekshirishlar. Agar bu tashxis qo‘yish uchun yetarli bo‘lmasa, zudlik bilan KT yoki MRT o‘tkazilishi kerak. Saratonni istisno etish uchun chuqur joylashgan to‘qimalar xajmini ortishi, shuningdek infiltratlaning mavjudligi yoki mavjud emasligini tekshirish lozim, onkolog maslahati, nurli tashxislashni o‘tkazish majburiydir.

So‘ngra agar o‘tkir yallig‘lanish jarayoni va saraton istisno etilsa, pastki jag‘ harakatlanishini chegaralanishi CHPJB patologiyasi bilan bog‘liq emasligini aniqlashtirish lozim. Masalan, bo‘g‘im diskini surunkali chiqishida, bo‘g‘im sohasidagi klinik va rentgenologik o‘zgarishlar yuzaga kelmasligi mumkin va bunda MRT zarur, kontrakturalarda uni nafaqat CHPJB sohasida, balki chakka osti chuqurchasi sohasida ham maqsadli o‘tkazish maqsadga muvofiqdir. Bunday tekshirishlarda mushaklar xajmi yoki ularni qismlarini oshiruvchi, chandiqlar ko‘p uchraydi. MRTda og‘izni ochishni yaqqol namoyon bo‘lgan qiyinchiligi va yetarli darajada uzoq vaqt saqlanib qoladigan, o‘tkazuvchi anesteziyadan keyin yuzaga keladigan, qanotsimon mushaklardagi mikroabsesslar (diametri 1-3 mm) juda kam hollarda aniqlandi.

Davolash. Kontrakturalarni davolashda mushaklarni to‘liq xajmda qisqarishiga yo‘l qo‘ymaydigan, sababni bartaraf etish zarur. Yallig‘lanish jarayonida, infiltratni so‘rilishiga olib keluvchi, o‘choqni ochish va davolashni o‘tkazish zarur. Xavfli o‘smalarda – xosilani olib tashlash va ixtisoslashtirilgan kasalxonada davolanish. Jag‘ sinishi va jarohatlardan, shuningdek o‘qotar qurollardan keyin yuzaga keladigan, chandiqli kontrakturalarda dastlab mexanoterapiya o‘tkaziladi, u samarali bo‘lmagan xolatlarda esa chandiqlarni kesish bilan birga jarrohlik usuli bilan davolash bajariladi. Bunday jarrohlik amaliyotlaridan keyin mushaklar ishini chegaralovchi chandiqlar yana paydo bo‘lishi mumkin, shuning uchun jarrohlik

amaliyotidan keyingi davrda mexanoterapiyani o'tkazish zarur. Inyeksiyadan keyingi kontrakturadli bemorlarda davolash asosan ambulatoriya sharoitida o'tkaziladi. Redressatsiya tipi bo'yicha jag'larni mexanik ajratish 2%li lidokain eritmasi bilan Bershe-Dubov usuli bo'yicha anesteziyaning ta'siri vaqtida amalga oshiriladi. Bunday muolajalarni odatda 2-3 haftada o'tkaziladi, tannafuslarda esa bemorlar mustaqil ravishda, chaynov mushaklarini bo'shashtirish uchun parafinli applikatsiyalardan keyin maxsus apparatlarni qo'llash bilan amalga oshiradilar. Garchi og'riq qoldiruvchining ta'siri tugagandan keyin og'izni ochishni yaxshilanish samarasini pasayishi yuzaga kelsa xam, ammo shunga qaramay, har safar ijobiy dinamika qayd etiladi. Bunda davolash davomiyligi odatda odatda 2-3 haftadan, 1-2 oy oralig'ida o'zgarib turadi. Turli genezdagi chandiqli kontrakturalarda ambulator davolash samarasiz o'tkazilganda, bu xolatda kasalxonaga yotish uchun ko'rsatma beriladi. Kasalxonada shuningdek jarrohsiz usullar bilan pastki jag'ni harakatini tiklashga urinib ko'rish kerak. To'laqonli ravishda shuni aytish mumkinki, bemor xatto mahalliy og'riqsizlantirish fonida ham mexanoterapiya bilan bog'liq bo'lgan hislarga chidolmaydi, shuning uchun keyinchalik mexanoterapiyani qo'llash bilan narkoz ostidja redressatsiyaga urinib ko'rish mumkin. Faqat muvaffaqiyatsiz konservativ chora-tadbirlardagina, chandiqlarni kesish va bo'laklarga ajratish bilan jarrohlik usuli orqali davolash o'tkaziladi.

5.9. BRUKSIZM

Bruksizm – davriy ravishda tunda yuzaga keladigan tishlarni g‘ichirlatish holati. Turli adabiyot ma’lumotlariga ko‘ra, u 1-3% odamlarda qayd etiladi. Kasallik bolalarda ham, kattalarda ham paydo bo‘lishi mumkin. Bruksizmni yuzaga keltiruvchi sabab aniq belgilanmagan. Ichaklarning parazit gijja invaziv kasalliklari kam holatlarda bruksizm sababi bo‘lishi mumkin, ammo ko‘pchilik o‘rtasida keng ko‘lamda tarqalgan fikrlarga qaramasdan, yetakchi etiologik omil bo‘lib xixmat qilmaydi. Bruksizm ko‘pincha yuz skeletini tuzilishidagi nuqsonlari, CHPJB patologiyasi xamda tishlam buzilishlari bo‘lgan bemorlarda kuzatiladi va garchi uni o‘zi bo‘g‘im kasalligi bo‘lib hisoblanmasada, ODS CHPJB xolatiga olib kelishi mumkin. Bruksizmni harakat yoki nevrologik buzilishlar bilan bog‘liqligi tahmin qilinadi. Ehtimol mazkur patologiyada ruhiy-fiziologik omillar ahamiyatga ega bo‘ladi, biroq bu aniq ravishda isbotlanmadi. Agar katta yoshli odamda bruksizm birdaniga rivojlansa, tutqanoqning mavjudligi yoki uni istisnosiga tekshirishlarni o‘tkazish zarur.

Odatda tashxis anamnez asosida qo‘yiladi. Tishlarni tortilishidan tashqari bemorlar CHPJB va chaynov mushaklaridagi og‘riqlarga shikoyat qilishi mumkin. Bruksizmni yuzaga kelishini izohlovchi qandaydir buzilishlar ko‘rikdan o‘tkazilganda, qoidaga ko‘ra, aniqlanmaydi, ammo kasallikning og‘ir shakllarida ko‘pincha tishlarning yemirilishi va mushaklarning spastik qisqarishida tishdagi bosim natijasi sifatida parodontit holati kuzatiladi.

Davolash aniq mbir bemordagi bruksizm sababini aniqlash va uni bartaraf etishga qaratilgan. Nevropatolog maslahati buyuriladi; uyquda chaynov mushaklarining titrash faolligini kamaytirish uchun magniy, kalsiy va V guruh vitaminlarini qabul qilish tavsiya etiladi. Tishlam patologiyasida ratsional protezlash va okklyuzion shinani qo‘llash o‘tkaziladi, CHPJB ODS rivojlanganida ushbu patologiyani ham davolanadi.

6. ASOSIY O‘QUV MATERIALI VA QO‘SHIMCHA AXBOROT MANBALARINI O‘ZLASHTIRISHNI O‘Z-O‘ZINI NAZORAT QILISH UCHUN TOPSHIRIQLAR.

6.1. TEST TOPSHIRIQLARI

To‘g‘ri javobni tanlab oling.

1. PASTKI JAG‘ BOSHCHASI QANDAY SHAKLGA EGA:

1. sharsimon
2. oval
3. ellipssimon
4. silindrik
5. disk shaklida

Javob: 3.

2. PASTKI JAG‘NING BO‘G‘IM O‘SIG‘INI OLD YUZASI SOHASIGA QANDAY MUSHAK BIRIKADI:

1. Chakka mushagi
2. Chaynov mushagi
3. Medial qanotsimon mushak
4. Lateral qanotsimon mushaning pastki bog‘lami
5. Lateral qanotsimon mushakning yuqorigi bog‘lami

Javob: 4.

3. CHPJBNING BO‘G‘IM DISKI QUYIDAGI SHAKLGA JEGA BO‘LADI:

1. Ikki tomoni egilgan oval shaklida
2. Ikki tomoni egilgan aylanav
3. Bo‘g‘im o‘sig‘i tomonidan oval shaklida egilgan
4. Bo‘g‘im o‘sig‘i tomonida aylana shaklida egilgan
5. Bo‘g‘im o‘sig‘i tomonidan ellipssimon shaklda egilgan

Javob : 1.

4. CHPJBNING YUQORIGI QAVAT XAJMI (o'rtacha kattalikka eng yaqin bo'lgan ko'rsatkich):

1. 0,5 ml
2. 0,9 ml
3. 1,2ml
4. 1,7 ml
5. 2,2 ml

Javob: 3.

5. CHPJBNING PASTKI QAVAT XAJMI (o'rtacha kattalikka eng yaqin bo'lgan ko'rsatkich):

1. 0,5 ml
2. 0,9 ml
3. 1,2ml
4. 1,7 ml
5. 2,2 ml

Javob: 2.

6. QUYIDA KELTIRILGAN MATNGA MOS KELUVCHI, CHPJB KASALLIGINING NOZOLOGIK SHAKLINI AYTING:

«Kelgusida suyak to'qimasining proliferatsiyasi bilan birga bo'g'im tog'ayini birlamchi shikastlanishi orqali bo'g'imning degenerativ-destruktiv kasalligi»:

1. revmatoidli artrit
2. revmatik artrit
3. osteoartroz
4. ankiloz
5. o'tkir reaktiv artrit

Javob: 3.

7. YALLIG'LANISH TAVSIFIDAGI CHPJB KASALLIKLARI BO'G'IMNING QUYIDAGI TO'QIMALARINI SHIKASTLANISHIDAN BOSHLANADI:

1. Suyak yuzasida

2. Bo'g'im diskida
3. Bo'g'im ichi bog'lamlari
4. Sinovial qobiq
5. Bo'g'im oldi bog'lamlari va mushaklar

~~Ad4~~

8. KASALLIK KUCHAYGAN PAYTDA YUQUMLI ARTRIT UCHUN XOS BO'LGAN RENTGENOLOGIK BELGILAR (dastlabki 10 kunda):

1. bo'g'im yorig'ining kengligi keskin toraygan, pastki jag' boshchasining funksiyasi keskin buzilgan
2. bo'g'im yorig'ining kengligi yaqqol namoyon bo'lgan torayishda, pastki jag' boshchasining funksiyasi keskin buzilgan
3. bo'g'im yorig'ining kengligi sezilarsiz kengaygan, pastki jag' boshchasining funksiyasi keskin buzilgan
4. bo'g'im yorig'ining kengligi yaqqol namoyon bo'lgan kengayishda , pastki jag' boshchasining funksiyasi keskin buzilgan
5. bo'g'im yorig'ining kengligi o'zgarishlarsiz, pastki jag' boshchasining funksiyasi keskin buzilgan.

Javob: 1.

9. O'TKIR YUQUMLI ARTRITNI DAVOLASHDA FIZIOTERAPEVTIK MUOJALAR QANDAY SAMARAGA EGA BO'LISHI KERAQ (dastlabki 10 kun davomida):

1. so'rib oluvchi
2. og'riqsizlantirish
3. yallig'lanishga qarshi
4. og'riqsizlantirish va yallig'lanishga qarshi
5. qizdiruvchi

Javob: 4.

10. BO'G'IMDA O'TKIR YALLIG'LANISH BARTARAF ETILGANDAN KEYIN FIZIOLOGIK DAVOLASHDAN MAQSAD:

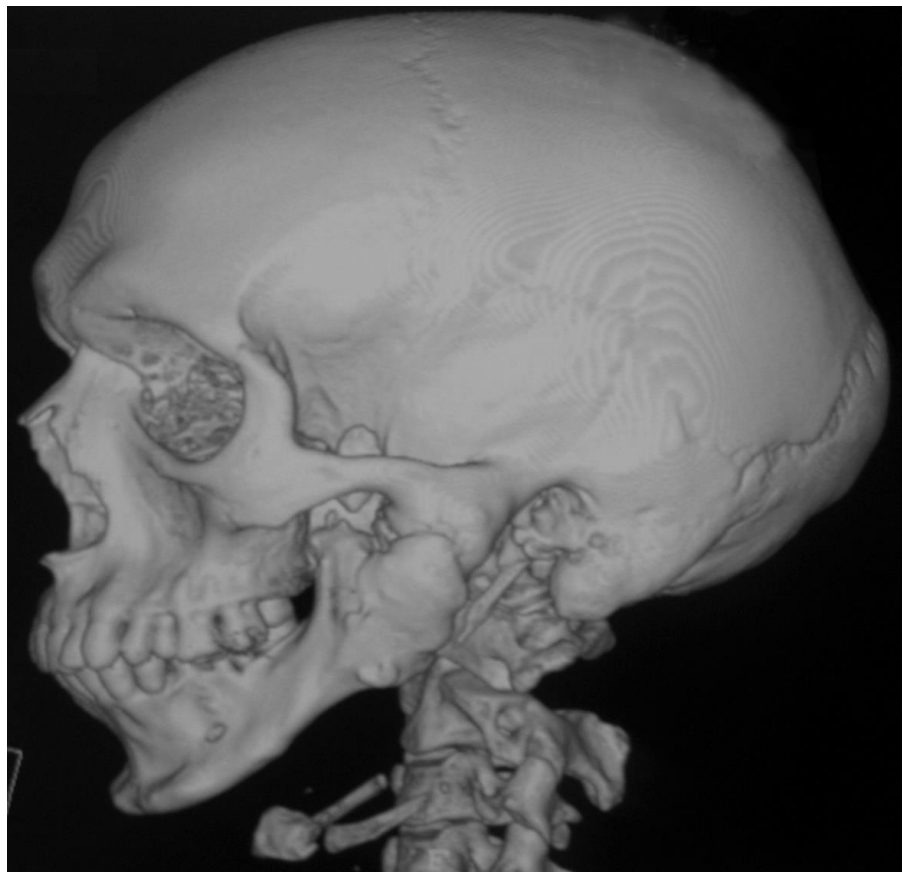
1. Mikrotsirkulyatsiyani tiklash, so'rdiruvchi ta'sirlar

2. og'riqsizlantirish
3. qaytalanishni oldini olish
4. chaynov mushaklarining relaksatsiyasi
5. yallig'lanishga qarshi ta'sirlar

Jadl

11. CHPJB KOMPYUTER TOMOGRAFIYASIDA CHAP TOMONDA QUYIDAGI RENTGENOLOGIK TASHXISNI QO'YISH MUMKIN:

1. CHPJBning o'tkir artriti



2. CHPJBni to'liq chiqishi
3. CHPJBni suyak ankilozi
4. CHPJBni me'yoriy tuzilishi
5. CHPJB bo'g'im o'sig'ini sinishi

Javob: 3

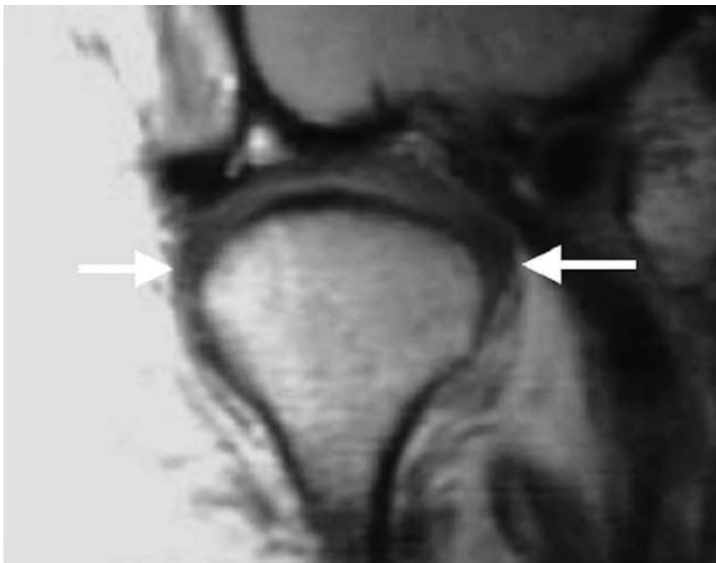
12. MAGNIT-REZONANS TOMOGRAMMANING QUYIDAGI TASVIRIDA

KO'RSATKICHLAR

BILAN

NIMA

TASVIRLANGAN:



1. Bo'g'im diski
2. Bo'g'im boshchasi
3. Bo'g'im do'mboqchasi
4. Bo'g'im chuqurchasi
5. Tashqi eshitish yo'li

Javob: 1

13. CHPJBNING IKKI TOMONLAMA SUYAK ANKILOZI BO'LGAN BEMORLARINING TASHQI KO'RINISHI QUYIDAGILAR BILAN



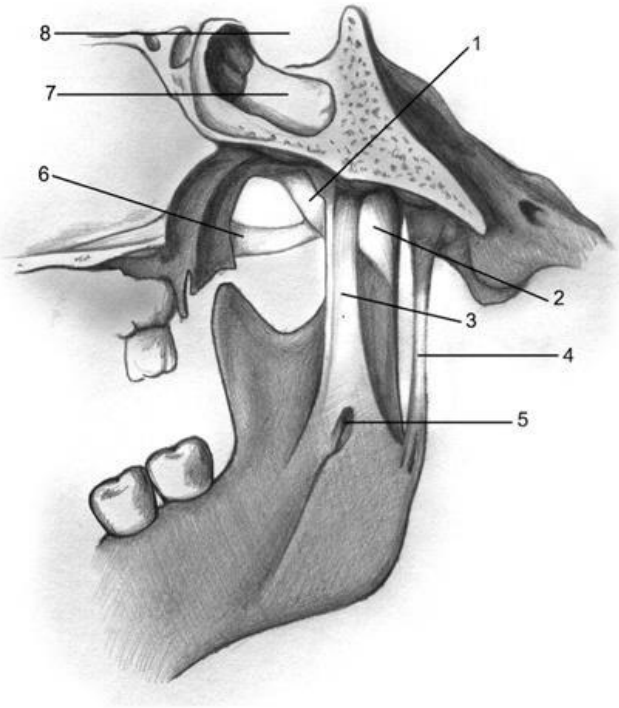
TAVSIFLANADI:

1. Pastki makrognatiyali
2. Yuqori mikrognatiyali
3. Yuqori retrognatiyali
4. "qush yuzi" profili bilan

5. nosimmetrik-gipertrofirlangan chaynov mushaklari bilan birga

Javob: 4

14. CHPJB NING LATERAL BOG'LAMI QUYIDAGI TASVIRDA QAYSI RAQAM OSTIDA KO'RSATILGAN:



1. 1

2. 2

3. 3

4. 4

5. 5

Javob: 1

15. CHPJB NING PONASIMON-PASTKI JAG' BOG'LAMI QUYIDAGI TASVIRDA QAYSI RAQAM OSTIDA KO'RSATILGAN:

1. 1

2. 2

3. 3

4. 4

5. 5

Javob: 3

16. CHPJB NING BIGIZSIMON-PASTKI JAG' BOG'LAMI QUYIDAGI TASVIRDA QAYSI RAQAM OSTIDA KO'RSATILGAN:

1. 1

2. 2

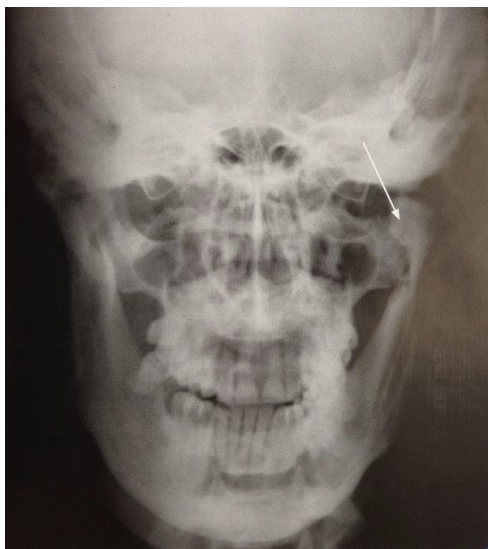
3. 3

4. 4

5. 5

Javob: 4

17. MAZKUR RENTGENOGRAMMA MA'LUMOTLARIDA, BOSH CHANOG'INING PESHONA-BURUN PROYEKSIYASIDA, CHAP TOMONDA CHPJBDA ANIQLANADIGAN PATOLOGIYALARNI KO'RSATING



1. artrit

2. to'liq chiqish

3. suyak ankilozi

4. bo'g'im o'sig'ining sinishi

5. bo'g'im o'sig'i suyagining saratoni (osteomalar)

Javob: 5

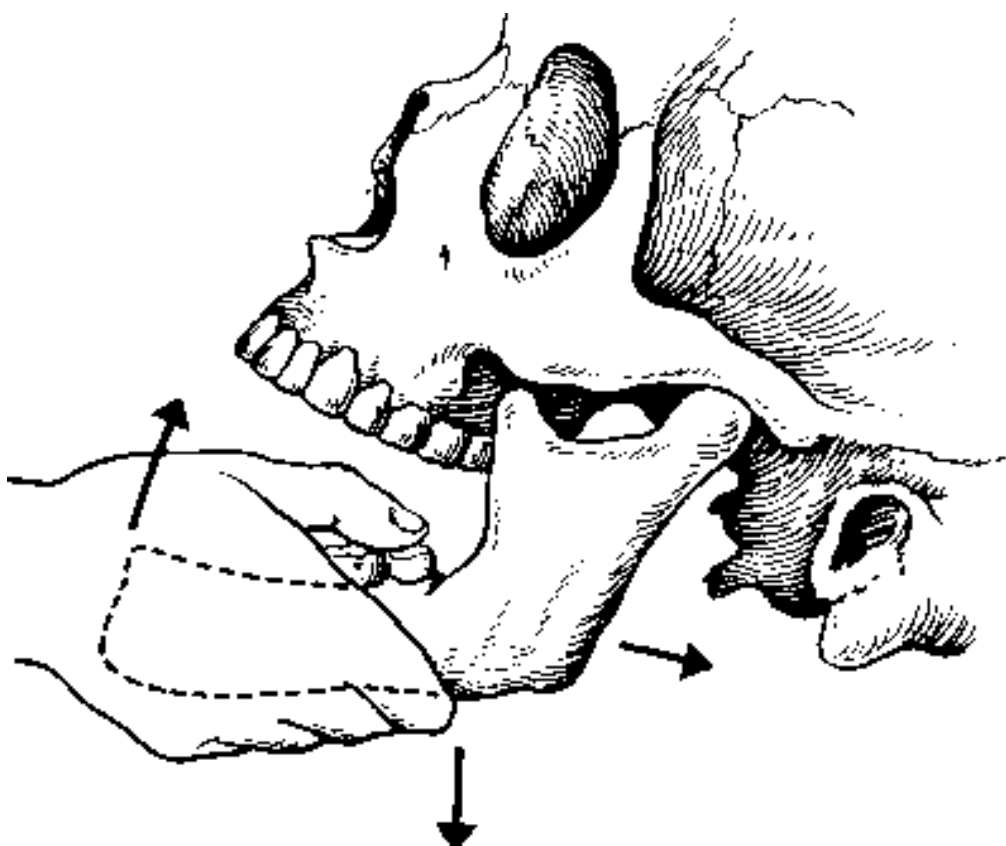
18. MAZKUR RENTGENOGRAMMADAGI TASVIRGA MOS BO'LGAN
CHPJBDADA ANIQLANADIGAN PATOLOGIYA:



1. artrit
2. osteoartroz
3. suyak ankilozi
4. to'liq chiqish
5. bo'g'im o'sig'ining sinishi

~~Ad2~~

19. PASTKI JAG'NING OLD CHIQISHINI TO'G'RILASH USULI:



1. V. Popesk bo'yicha
2. Gippokrat bo'yicha
3. Yu.D. Gershun bo'yicha
4. G.L. Blexman bo'yicha
5. P.V. Xodorovicha bo'yicha

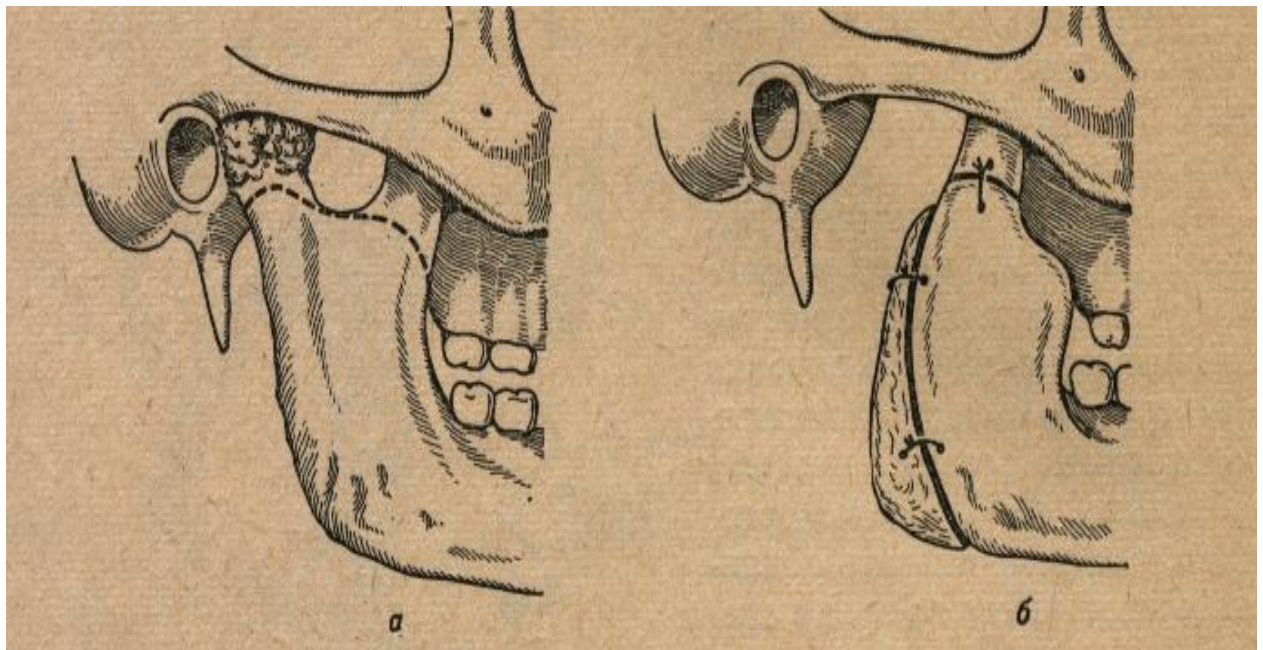
Javob: 2

20. PASTKI JAG' CHIQISHINI TO'G'RILASHDA NARKOZ O'TKAZISH UCHUN KO'RSATMALAR:

1. Odatiy chiqishda
2. Kuchaygan gipersalivatsiyada
3. Burchak venasi tromboflebitiga shubha tug'ilganida uglovoy veni
4. Chaynov mushaklarining kontrakturasija
5. So'lakni oqishida

Javob: 4

21. MAZKUR RASMDA CHPJB SUYAK ANKILOZINI DAVOLASHDAGI
JARROHLIK AMALIYOTI TAQDIM ETILGAN:



1. redressatsiya
2. soxta bo'g'imni yaratish
3. pastki jag' osteotomiyasi
4. osilib turuvchi artroplastika

Javob: 4

6.2. VAZIYATLI MASALALAR

1-vaziyatli masala. Bemor A, 37 yoshda, chakka-pastki jag' bo'g'ining (CHPJB) o'ng tomoni sohasidagi o'tkir og'riq bilan murojaat qildi, u og'zini katta ochishga uringanida keskin og'riq xissi yuzaga keladi.

Kasallik tarixi. Uch kun oldin mushtlashish vaqtida pastki jag'iga zarba olgan, bemor xushini yo'qotmagan, ko'ngil aynishi, qusish bo'lmagan. So'ngra ikki kun davomida og'zini ochgan vaqtida og'riqni xis etgan. Uchinchi kuni og'riq va pastki jag' harakatidagi chegaralanishlar zo'raydi, og'riq CHPJBning o'ng tomonida ko'proq kuzatildi. Uncha sezilmaydigan titrashlar, haroratni ko'tarilishi kuzatildi. Mustaqil davolanmagan. Bemor boshidan o'tkazgan kasalliklar orasida ko'kyo'tal,

bo'g'ma va O'RKlarni qayd etdi.

Ko'rik vaqtida: umumiy axvol qoniqarli, tananing teri qoplamasi nam, tana harorati 37,5⁰S. Yuz shakli o'ng quloq oldi sohasidagi yumshoq to'qimalarning posttravmatik shishi hisobiga o'zgargan. O'ng quloq chig'anog'i osilchog'iga yaqin joyda yallig'lanish belgilariga ega bo'lmagan, o'lchami 1,0x1,5 sm ga teng bo'lgan, terida tinalgan joylari, chegaralangan qon quyilish joylari mavjud. Mazkur sohani palpatsiyasi keskin og'riqli.

Og'iz bo'shlig'ida: ortognatik tishlam. Yuqorigi va pastki jag'larning oziq tishlari o'rtasida og'iz bo'shlig'ini ochilishi 1,5 sm gacha chegaralangan, og'riqli. Pastki jag'dagi yuklama simptomi musbat: og'riq o'ng CHPJB sohasida ko'proq kuzatiladi. Alveolyar o'simtalar butunligi buzilmagan.

Rentgenologik tadqiqotlarda (ortopantomogrammada) yopiq xolatdagi jag'ning o'ng tomonida bo'g'im yorig'ining kengayishi qayd etildi. Bo'g'imni tashkil etuvchi, suyak tuzilmalari me'yorda.

1. Tashxis qo'ying va asoslang.
2. Davolash rejasini belgilang.

1 – vaziyatli masalani javob etaloni.

1. O'ng tomonlama o'tkir travmatik artirit. Tashxis kasallik anamnezi va klinik-rentgenologik ma'lumotlarni hisobga olib qo'yildi.

2. Bemorga **pastki jag'ni immobilizatsiya qilish** (tepa–engak bog'lami) **5–7 kun davomida**, shu jumladan tungi vaqtda ham, **chakka–pastki jag' bo'g'imida (VNCHS)** tinchlikni ta'minlash maqsadida tavsiya etiladi. **Suyuq diyeta** (jag' uchun stol), ichga **nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar** (Ibuklin, Nayz) va **antibiotikoterapiya** buyuriladi. **5–7 kundan so'ng**, mahalliy to'qimalar shishi kamayganda, **pastki jag' harakatlarini faollashtirish (LFK)** hamda **fizioterapiya muolajalari** (quruq issiqlik, UVCH, lazer-magnitoterapiya) o'tkazilishi

ko'rsatiladi.

3. **2-vaziyatli masala.** Bemor B, 57 yoshda, quloq oldi sohasidagi og'riqlar va og'zini yopolmasligidan shikoyat qilib, tibbiy yordamga murojaat etdi.

Kasallik tarixi. Tongda, bemor olmadan katta tishlamni uzib olishga uringanida quloq oldi sohasida og'riqni xis etdi va og'zini yopolmadi. Bunday holat unda birinchi marta yuzaga kelgan. Yo'ldosh kasalliklar: poliartrit.

Ko'rik vaqtida: engakni oldinga surilishi va yuzning pastki uchdan birini uzayishi hisobiga yuz shaklidagi o'zgarishlar aniqlanadi. Og'izni yopishni imkonsizligi tufayli undan so'lakni oqishi qayd etiladi. Palpatsiya qilinganida xususiy chaynov mushaklarini tarangligi aniqlanadi, ular valik ko'rinishida namoyon bo'ladi. Quloq chig'anog'ining oldingi osilchoq to'qimasi o'ng va chap tomonda botib turibdi. Har ikki tomondagi yonoq yoyi ostida bo'g'im o'sig'ining surilgan boshchasi palpatsiya qilinadi. Agar og'izni kuch bilan yopishga urinishlar bo'lsa, pastki jag' prujina kabi qarshilik ko'rsatadi, bu esa og'riq bilan birga kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'i: pastki jag' shoxining old qirrasi palpatsiya qilinganida oldinga surilgan shoxsimon o'simta aniqlanadi. Tishlam ochiq. Yonbosh proyeksiyalardagi pastki jag' rentgenogrammasida bo'g'im do'mbog'ida oldinda joylashgan pastki jag' boshchasi aniqlanadi. Suyak tuzilmasining butunligi buzilmagan.

1. Tashxis qo'ying va asoslang.
2. Davolash rejasini belgilang.

2-vaziyatli masalaning javob etaloni.

1. Pastki jag'ning ikki tomonlama o'tkir old chiqishi. Tashxis kasallik anamnezi, klinik-rentgenologik ma'lumotlarni hisobga olgan xolda qo'yildi.
2. Gippokrat usuli bo'yicha pastki jag'ni to'g'rilash va tepa-engak bog'lamini qo'yish. Bemorga og'izni katta ochmaslik, yarim suyuq holatdagi ovqatlarni iste'mol qilish (jag' parhezi) va hafta davomida bog'lamni taqib yurish tavsiya etiladi. Dastlabki ikki sutka davomida ichga noseroid yallig'lanishga qarshi preparatlarni qabul qilish (ibukliye, nayz) buyuriladi.

3 -Vaziyatli masala. Bemor V, 27 yoshda, quloq oldining yuqori bo'limlari sohasida shish va og'riq, og'izni ochishdagi qiyinchilik va og'riqlilik, tishlarni bir biriga tegib turmasligi va ovqatni chaynashdagi qiyinchiliklar bilan tibbiy yordamga murojdaat qildi.

Kasallik tarixi. Ikki kun oldin yiqilib, to'siq devorga engagi bilan urilgan. Xushini yo'qotmagan, ko'ngil aynishi, qusish kuzatilmagan. Uyda tishlari to'liq bir biriga tegib turmasligini sezgan, ovqatni chaynash vaqtida esa, har ikki tomondagi CHPJ bo'g'imida og'riq yuzaga kelgan. Jarohatdan olganni ertasi kuni shifokor travmatologga murojaat qilgan. Boshidan o'tkazgan kasalliklarini ko'rsatmadi.

Ko'rik vaqtida: quloq oldi sohalaridagi yumshoq to'qimalarning jarohatdan keyingi o'rtacha darajada namoyon bo'lgan shishi hisobiga yuz shaklini buzilishi. Bu sohadagi terining rangi o'zgarmagan. Engakda kesilgan joylar mavjud. Og'iz yarim ochiq holatda. Pastki jag'lar tomoniga tushish, ko'tarilish va surilish vaqtida tashqi eshitish yo'llarini old devori palpatsiya qilinganida, bo'g'im boshlarining harakati sezilarli chegaralangan, bunda bemor mazkur sohalardagi og'riqqa shikoyat qiladi. Bo'g'im o'sig'ini sohasida pastki jag'ga yuklama belgisi musbat holatda. Og'iz bo'shlig'ida: tishlamni buzilishi qayd etiladi: frontal bo'limda tishlarni bir biriga tegishi mavjud emas, faqat molyarlar har ikki tomondan bir biriga tegib turadi. Og'iz bo'shlig'ining shilliq qavati och pushti rangda, yaxshi namlangan, shilliq qavatda shikastlanish qfayd etilmaydi.

O'ng va chap tomon yonbosh proyeksiyalarda va to'g'ri proyeksiyalarida pastki jag'larning rentgenogrammasida: bo'laklarni ichga surilishi bilan har ikki tomonda bo'g'im o'sig'ini suyak to'qimasini butunligi aniqlanadi.

1. Tashxis qo'yning va uni asoslang.
2. Qanday davolash usullaridan foydalanish mumkin?
3. Ushbu klinik holatda Davolashni optimal usulini ko'rsating.

3 vaziyatli masalaning javob etaloni.

1. Surilish bilan bo'g'im o'sig'ini sohasida pastki jag'larni ikki tomonlama sinishi. Tashxis kasallik anamnezi, klinik-rentgenologik ma'lumotlarni hisobga olish asosida

qo'yildi.

2. Qo'llash mumkin bo'lgan davolash usullari. Ortopedik davolash: o'rab oluvchi ilgaklar bilan Tigershted shinalari bo'yicha ikkala jag'ni shinalash. Molyarlarga to'shamalar, 4-6 haftada jag'lararo rezinali tortmalar qo'yidladi, so'ng fizioterapiya buyuriladi. Jarrohlik usuli bilan davolash: bo'laklarni titanli miniplastinkalar bilan fiksatsiyalash orqali bo'g'im o'sig'i sohasining osteosintezi. Jarrohlik amaliyotidan keyin zudlik bilan jag'lararo rezinali tortma yordamida bemor uchun odatiy bo'lgan tishlam fiksatsiyasi va tiklanishi o'tkaziladi. Dori vositalari bilan davolash buyurildi (dastlabki ikki sutkada yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar, 7 sutka davomida ko'proq osteotrop bo'lgan antibiotiklar, keyinchalik vitaminlar, kalsiy preparatlari). Fiziodavolash jarrohlik amaliyotidan keyin 7-10 sutkadan so'ng bajarildi.

3. Mazkur holatda narkoz ostidagi jarrohlik usuli bilan davolash afzal bo'lib hisoblanadi.

4-Vaziyatli masala . Bemor G, 48 yosh, pastki jag'ning harakatlanish xajmini chegaralanishi, har ikki tomonidan chakka-pastki jag' bo'g'imi (CHPJB) sohasida doimiy og'riqlarga shikoyatlar bilan murojaat qildi.

Kasallik tarixi. Og'riq murojaatdan uch kun oldin yuzaga kelgan. 2 hafta oldin yuqori harorat bilan kechuvchi O'RVI ni boshidan o'tkazgan. O'zi mustaqil davolangan. Bemor boshidan o'tkazgan kasallari orasida bodomcha bezlarini yallig'lanishini qayd etadi.

Ko'rik vaqtida: umumiy holat qoniqarli, tanadagi teri qoplamalari nam, tana harorati $37,3^{\circ}\text{S}$. Yuz shakli quloq oldi sohaslarining o'rtacha namoyon bo'lgan yallig'lanishli shishi hisobiga o'zgargan. Quloq oldi sohasida teri qizargan. CHPJB palpatsiyasi keskin og'riqli. Har ikki tomonda tashqi eshitish yo'llari toraygan. Har ikki tomonda CHPJ bo'g'imidagi og'riqni kuchaytirgan xolda bo'g'im boshchasining harakatchanligi aniqlanadi. Og'riq tufayli pastki jag'ning harakatlanishi chegaralangan: pastki jag' konturi ikkinchi darajali Eshitish buzilmagan.

Rentgenologik tekshirishlarda (Shyuller usuli bo'yicha: CHPJ bo'g'imining har ikki tomonida bo'g'im yoriqlarini kengayishi qayd etiladi, suyak tuzilmalarini xosil

qiluvchi bo'g'imlar o'zgarishga uchramagan. Qoning klinik tahlilida: o'rtacha leykotsitoz, ECHTni ortishi.

1. Tashxis qo'yning va uni asoslarini keltiring..
2. Davolash rejasini tuzing.

4 Vaziyatli masalaning javob etaloni.

1. Ikki tomonlama CHPJBning o'tkir serozli nomaxsus artriti. Tashxis o'tkir yallig'lanishning klinik belgilari, kasallik anamnezi va rentgenologik ma'lumotlar: ikki tomonlama CHPJ bo'g'im yorig'ini kengayishi.
2. Davolash – antibakterialyallig'lanishga qarshi, desensibilizatsiyalovchi davolash. Issiqlik bilan bog'liq bo'lmagan fiziomuolajalar yumshoq to'qimalarning shishini kamayishi va tana harorati me'yorlashganidan keyin buyuriladi. CHPJ bo'g'imi fibroz ankilozini oldini olish maqsadida tashkil etiladigan DFK 1,5-2 haftadan keyin tashkil etiladi.

5 Vaziyatli masala. Bemor D, 57 yosh, ikki tomonlama chakka –pastki jag'bo'g'im sohasida (CHPJB) kuchsiz og'riq va uncha katta bo'lmagan og'riqqa shikoyatlar bilan murojaat qildi.

Kasallik tarixi. Ikki yil oldin bemor ayol pastki jag'da harakatlanish xajmini kamayishi va “torayish” xissini, CHPJBning har ikki tomonida qirsillash va g'irchillashni paydo bo'lganligini qayd etadi, bemor bunga jiddiy e'tibor qaratmagan. Bir yildan keyin CHPJB sohasida og'riq paydo bo'ldi, va unga “tinch” holatda chidasa bo'ladigan darajada namoyon bo'ldi.

Qattiq ovqat iste'mol qilganida og'riq zo'raydi. Bemor ayol boshidan o'tkazgan kasalliklardan kalkulezli xoletsistit, surunkali kolit, kistozli mastopatiyagni qayd etadi.

Ko'rikda aniqlandi: bemorning umumiy ahvoli qoniqarli. Yuz shakli o'zgarmagan. Yuzning teri qoplamalari toza. Tana harorati me'yorda. CHPJB sohasi palpatsiya qilinganida og'riq bilan kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'ida: og'iz bo'shlig'ining shilliq qavati och pushti rangda og'izini

ochganida pastki jagʻlarning harakati zigzagsimon, qirsillash bilan birga kuzatiladi. Tishlam chuqur oziq qoplamasiga ega, jagʻdashgi tish qatorlarida yakuniy nuqsonlar mavjud.

Ikki tomondan CHPJBni rentgenologik tekshirilganda: kortikal, bir biriga tutashuvchi plastinkalarni zichlashishi, pastki jagʻning boʻgʻim oʻsigʻini boʻgʻim boshchasining old-yuqori boʻgʻimida suyak toʻqimasini sklerozlanishi aniqlanadi. CHPJBning orqa tomonidagi boʻgʻim yoriqlari toraygan.

1. Tashxis qoʻying va tekshirishlardan oʻtkazing.
2. Davolashning yuzaga kelishi mumkin boʻlgan variantlarini taklif eting.

5 masalaning javob etaloni.

1. CHPJBning ikki tomonlama sklerozlanuvchi artirozi. Ushbu xolatda CHPJB osteoartrozi rivojlanishining birinchi sababi boʻlib, tish qatorlari oxirida nuqsonlarning mavjud boʻlishi xizmat qildi. Yon tomondagi tishlarni qisman yoʻqotilishi tishlam balandligini pasayishiga olib keladi. Boʻgʻim elementlariga yuklamani uzoq vaqti davomida tushishi natijasida pastki jagʻning boʻgʻim oʻsigʻi boʻgʻim boshchasining kortikal plastinkasidaskleroz yuzaga keladi.
2. CHPJBning ushbu patologiyasi nafaqat simptomatik davolashnip (ogʻriqsizlantirish), balki davolashning birinchi bosqichida CHPJB yukini kamaytirish uchun jagʻ parhezini xam talab etadi. Tez muddatlarda ortopedik davolashni oʻtkazish koʻrsatilgan boʻlib, unga: tishlam balandligini meʼyorlashtiruvchi ratsional protezlash kiradi. Artroz kuchayganida jarrohlik yoʻli bilan davolash usuli (artroskopik usullar, CHPJ boʻgʻimida ochish operatsiyalari) talab etiladi.

6 vaziyatli masala. Bemor P, 55 yosh, stomatologga chakka-pastki jagʻ boʻgʻimi sohasidagi (CHPJB) ikki tomonlama simmillovchi ogʻriq bilan murojaat qildi. CHPJBdagi ogʻriq ogʻizni ochishni va pastki jagʻning harakatidagi chegaralanishlar bilan birga kuzatiladi.

Kasallik tarixi. Bemorni oʻzini bir necha yillardan beri kasal deb hisoblaydi (aniq

vaqtini aytolmaydi). Asosiy kasallik – yurakda mitral revmatik porok. Rевmatik anamnez: birinchi revmatik xujum o‘n yil oldin yuzaga kelgan, so‘ngra bunday xujumlar bir necha marta takrorlandi. Xurujlar vaqtida bo‘g‘imlar sohasida kuchli og‘riq sezildi, yuqori harorat va bo‘g‘imlarda shish qayd etildi. Keyinchalik jismoniy yuklama kuchaytirilganida yurak sohasida og‘riqlar, xansirash paydo bo‘ldi. Dastlab oyoq bo‘g‘imlariga og‘riq, shish, qirsillash, harakatlantirganida og‘riqlilik paydo bo‘ldi. Bir necha yil o‘tib xuddi shu simptomlar CHPJBga xam qo‘shildi. Bemor revmatologda davolanish olmoqda, aynan ularning tasiyasiga ko‘ra, bemor ayol stomatolog maslahatiga kelgan.

Ko‘rikda: bemorning umumiy holatini qoniqarliligi aniqlandi. Yuz shakli o‘zgarmagan. Yuzning teri qoplamasi toza. Tana harorati me’yorda. Har ikki tomonda CHPJBsohasida uncha ko‘p bo‘lmagan shish qayd etiladi. CHPJB sohasi palpatsiya qilinganida og‘riqli.

Og‘iz bo‘shlig‘ida: og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq qavati patologik o‘zgarishlarsiz, och pushti rangda. Og‘iz ochilganida pastki jag‘ harakati og‘riqli, bir tekis emas. Jag‘lar yon tomonga surilganida bo‘g‘im boshchalarining harakatida chegaralanishlar aniqlanadi, bu qirsillash, g‘irchillash va og‘riqni kuchayishi bilan birga kuzatiladi. Bemor ayol oxirgi 8-yil davomida yechiladigan plastinkali protezlardan foydalanadi, protez og‘iz bo‘shlig‘ida mustahkam o‘rnashmagan. Protez o‘rnini yaqqol namoyon bo‘lgan atrofiyasi mavjud.

CHPJBni rentgenologik tekshirilganida: ikki tomonlama bo‘g‘im yoriqlarining kengayishi, ko‘zga ko‘rinmaydigan patologik o‘zgarishlar bilan bo‘g‘im xosil qiluvchi tuzilmalar qayd etiladi.

1. Tashxis qo‘ying va asoslang.
2. Stomatologik maqomdagi qanday o‘zgarishlarni kasallikni so‘nggi vaqtlari davomida CHPJB sohasidagi og‘riqlarni kuchayishi bilan tushuntirish mumkin.
3. Stomatologik davolash rejasini tuzib chiqing.
4. Asosiy kasallik kuchayganida CHPJB kasalligi boshlanishi mumkin?

6 vaziyatli masalaning javob etaloni.

1. CHPJBning ikki tomonlama revmatik surunkali artriti. Tashxis yoʻldosh shikastlanishlarga (revmatizm) ega boʻlgan, klinik-rentgenologik maʼlumotlar, kasallik anamnezini hisobga olish bilan qoʻyiladi.
2. CHPJB sohasidagi ogʻriqni kuchayishi okklyuzion buzilishlar bilan tushuntiriladi, ular CHPJB elementlariga boʻladigan yuqori darajadagi yuklama natijasida tishlam balandligini pasayishiga olib keluvchi, ogʻiz boʻshligʻidagi yechiladigan ortopedik konstruksiyalarni xaddan tashqari koʻp qoʻllanilganligi natijasida yuzaga keladi..
3. Davolash revmatolog va stomatolog bilan hamkorlikda amalga oshirilishi kerak. Protezni (ogʻiz boʻshligʻini ratsional protezlash) almashtirish talab etiladi. Stomatologik davolash (ogʻriqsizlantirish, nosteroid yalligʻlanishga qarshi dori vositalari), davolashning birinchi bosqichida CHPJB yukini kamaytirish uchun jagʻ parhezi.
4. Asosiy kasallik kuchayganida CHPJB artrozini xosil boʻlishi va boʻgʻim sohasida sklerotik va destruktiv oʻzgarishlar yuzaga kelishi mumkin.

7 Vaziyatli masala. Bemor P, 72 yoshda, stomatologga 3 oy davomida ogʻzini ochishdagi qiyinchiliklar tufayli shikoyatlar bilan murojaat qildi.

Kasallik tarixi. Bemorni yoʻnaltirgan davolash muassasasining tashxisi: chap tomon chakka-pastki jagʻ boʻgʻimi artriti. Bemor boshidan oʻtkazgan kasalliklar orasida adenokarsinoma tufayli besh yil oldin mastektomiyani oʻtkazilganligini qayd etadi (onkologik dispanserda hisobda turadi). Ogʻizni ochishdagi chegaralanishlar yuir necha oy davomida asta sekin ortib bordi.

Koʻrik vaqtida aniqlandi: bemorning umumiy ahvoli qoniqarli. Yuz shakli oʻzgarmagan.. Yuzning teri qoplamasi toza. Tana harorati meʼyorda. Pastki jagʻ shoxi sohasida chap tomonda yumshoq toʻqimalarning zichlashganligi palpatsiya qilinadi, u paypaslab koʻrilganida ogʻriqsiz, aniq chegalarga ega emas. CHPB boʻgʻimi sohasida oʻtkir yalligʻlanishning klinik belgilari mavjud emas.

Og'iz bo'shlig'ida: og'iz bo'shlig'ini shilliq qobig'i och pushti rangda, patologik o'zgarishlar mavjud emas. Old tishlar o'rtasida og'izni ochish 1 sm gacha chegaralangan. Pastki jag'larni yon tomonga harakatlanishi erkin va og'riqsizdir. Tishlar to'liq yo'qotilgan. Protezirlash o'tkazilmadi.

CHPJbni rentgenologik tekshirilganida, pastki jag'ning tashqi kortikal plastinkasini noaniq konturli o'lchami 2,5-2,0 sm li, chap tomonda bo'g'im o'sig'ining asosiga tarqalishi bilan pastki jag' shoxi sohasidagi suyak to'qimasida destruksiya o'choqlari aniqlanadi.

1. Tashxis qo'yning va uni asoslang.
2. Qanday qo'shimcha tekshirish usullarini qo'llash mumkin?
3. Davolash usulini taklif eting.

№7 vaziyatli masalaning javob etaloni.

1. O'ziga xos bo'lgan klinik belgilar – yumshoq to'qimalar yallig'lanishini mavjud emasligi va kontraktura, bemor boshidan o'tkazgan mastektomiyasi pastki jag'larni xavfli o'sma bilan ikkilamchi shikastlangan bemorlarda mavjudligi to'g'risida tahmin qilishga asos bo'lib xizmat qiladi. Rentgenologik tekshirishlar klinik-anatomik ma'lumotlarni tasdiqladi.

2. Tashxislash masalasini yakuniy xal etish uchun sitologik tadqiqotlar (punksiya yordamida) yoki gistologik tadqiqotlar (trepanbiopsiya usuli yordamida) o'tkazish zarur.

3. Davolash majmuaviy bo'lishi lozim, ya'ni: kimyoviy davolash, nur yordamida davolash, jarrohlik usuli bilan davolash esa onkologlarning konsiliumi bilan hal etiladi, bu qoidagi ko'ra birlamchi o'sma qaytalanmaganida va boshqa bo'limlarga metastaz bermaganida bajariladi.

№8 masala. Bemor V, 20 yosh, yuz-jag' jarrohligi klinikasiga og'iz bo'shlig'ini ochishni chegaralanishi shikoyati bilan murojaat qildi, u uch yilcha oldin og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini kislota bilan kuyganidan keyin yuzaga kelgan. Stomatolog

og'iz bo'shlig'i sanatsiyasini o'tkazolmaydi.

Ko'rik vaqtida aniqlandi: Bemorning umumiy holati qoniqarli. Tana harorati me'yorda. Yuz shakli o'zgarmagan. Yuzning terni qoplamalari toza.

Og'iz bo'shlig'ida: o'ng va chap tomon lunjlar sohasidagi shilliq qavatlarining ko'p sonli chandiqlari hisobiga old tishlar o'rtasida og'iz bo'shlig'ini ochish, 1 sm gacha chegaralangan. Lablarning chandiqli tortmalari qalin, zich, yallig'lanishli o'zgarishlarsiz. Og'iz bo'shlig'i gigiyenasi yomon holatda, tishlarning aksariyat qismi kariyes bilan zararlangan, kataral gingivit. CHPJB rentgenogrammasida patologiya aniqlanmadi.

1. Taqdim etilgan ma'lumotlarga ko'ra tashxis qo'ying.
2. Jarrohlik usuli bilan davolash va bemorni jarrohlik amaliyotidan keyin yuritish rejasini tuzing.

№8 masalaning javob etaloni.

1. Pastki jag'ning mukozogen kontrakturali chandiqlanishining 3-darajasi.
2. Pastki jag'ning mukozogen kontrakturali chandiqlanishi terini (shilliq qavatni) erkin ko'chirib o'tkazish bilan chandiqlarni kesish yo'li bilan bartaraf etiladi yoki yuza va qimirlaydigan chandiqlarni mahalliy to'qimalar: Limberg bo'yicha bir biriga to'g'rilangan uchburchakli quroq to'qimalar bilan amalga oshirish imkoniyati mavjud. Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda mexanoterapiya, fizioterapiya muolajalarini o'tkazish tavsiya etiladi.

9 masala. Bemor M, 25 yosh, bir necha yil davomida og'zini ochishdagi imkonsizlik shikoyati bilan murojaat qildi.

Kasallik tarixi. Bemor erta bolalik davrida pastki jag' o'ng tomonida osteomiyelit kasalligini boshidan o'tkazgan, shundan keyin asta sekin og'izini ochishda chegaralanishlar rivojlanishini boshlagan. Mexanoterapiya, gidrokortizon va lidaza yordamida fizioterapiya usuli orqali davolandi. Bemor axvolini yaxshilanishi kuzatildi, biroq og'iz asta sekinlik bilan butunlay yopilib qoldi. Bemor tish

qatoridagi nuqson orqali suyuq ovqat ichishga urinib ko'rdi.

Ko'rik vaqtida deformatsiya hisobiga yuz shaklidagi buzilishlar va pastki jag' o'ng yarmi o'lchamlarini kamayishi qayd etiladi. O'ng tomondagi past jag' osti soha terisida bir qator cho'zilgan chandiqlar mavjud. Engakning o'rta chizig'i o'ng tomonga surilgan. Og'izni ochishga bo'lgan urinish hech qanday natija bermadi. Tishlam kesishgan. Tashqi eshitish yo'llari orqali pastki jag' bo'g'im o'sig'ini bo'g'im boshchasi harakati tekshirilganda: chap tomonda harakatni kuchsizligi, o'ng tomonda esa g'harakatni mutloq mavjud emasligi qayd etiladi.

1. Tashxisni aniqlashtirish uchun qanday qo'shimcha tekshirish usullaridan foydalanish lozim?
2. CHPJB suyak ankilozini o'ziga xos bo'lgan rentgenologik ko'rinishini bayon eting?
3. Davolash rejasini tuzib chiqing.
4. CHPJB ankilozi bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik amaliyotidan keyin davolashning qanday o'ziga xosliklari mavjud?

9 masalaning javob etaloni.

1. CHPJB ankilozi tashxisini aniqlashtirish uchun o'ng va chap tomonda CHPJBni rentgenologik tekshirishdan o'tkazish zarur, optimal xolda esa yuz chanog'ini, kompyuter tomografiyasi kerak bo'ladi. Bunda pastki jahning o'ng va chap tomonlari o'lchamini chiziqli o'lchash kerak (shoxlari, pastki jag' tanasi).
2. Rentgenologik tadqiqotlarda CHPJBni suyak ankilozida pastki jag'ning bo'g'im o'sig'ining bo'g'im boshchasi, bo'g'im chuqurchasi va chakka suyagining bo'g'im do'mboqchasini yagona butun suyak massasiga birikishi qayd etiladi, pastki jag' shoxining yarimoysimon kesmasi keskin toraygan, jag' shoxi qisqargan, jag' burchagi pix ko'rinishida deformatsiyalangan.
3. Jarrohlik usuli bilan davolash: CHPJ bo'g'imini titanli endoprotezlash yoki pastki jag' shoxi bilan birga bo'g'im o'sig'ining bo'g'im boshchasi bilan birga, pastki jag'ning ortotopik gomotransplantanti bilan artroplastikasini o'tkazish, bu bir vaqtda pastki jag' shoxini uzaytirish va CHPJBni tiklashga imkon beradi.

4. Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda (1,0-1,5 oydan keyin), jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan kundan boshlab bir yildan kam bo'lmagan muddat davomida pastki jag' uchun mexanoterapiya tavsiya etiladi.

10 masala. Bemor A., 46 yosh, CHPJ o'ng tomonida doimiy simillab turuvchi tavsifidagi og'riqqa shikoyatlar bilan murojaat qildi. Pastki jag'ning harakatlanishida boshning o'ng tomonida noxush xis va noqulaylikni sezilishi. Kasallik tarixi. Og'riqlar tishlarni protezlashdan keyin, 3 hafta oldin paydo bo'ldi. Ko'rik vaqtida: bemorning umumiy holati qoniqarli. Ruxiy-emotsional statusda: yig'loqilik, ta'sirchanlik, faqat og'riq xissiga e'tiborni qaratish kabi o'zgarishlar qayd etiladi. Yuz shakli o'zgarmagan. CHPJ bo'g'imlari palpatsiya qilinganida o'ng bo'g'im sohasida og'riqlilik qayd etiladi. Bemor og'zini ochganida bo'g'imda og'riq kuchayadi, o'ng tomonda qirsillash, o'ng CHPJ bo'g'im boshchasi tashqariga suriladi va quloq chanog'ining osilchog'ini old tomonidagi terisi ostida palpatsiyalanadi. Ayniqsa pastga tushirilgan pastki jag'lardagi chaynov mushaklarining palpatsiyasi og'riqlidir. Og'iz bo'shlig'ida: og'iz bo'shlig'ining shilliq qavati och-pushti rangda, patologik o'zgarishlarsiz. Og'izni ochib va yopganida S-simon harakatlarni bajarish, og'riq tufayli og'izni ochganidagi harakatlarning chegaralanishi qayd etiladi. Pastki jag'ning yon tomonga harakatlanishi erkin, ammo o'ng tomonga harakatlanganida og'riqli. Yuqorigi va pastki jag'larning o'ng tomonidagi birinchi premolyarlar va ikkinchi molyarlarida tayanchli ko'pritksimon protezlar mavjud. Molyarlar sohasida tishlar bir biriga tegib turadi, frontal qismda yuqorigi va pastki tishlar o'rtasida o'lchami 2 dan 4 mm gacha bo'lgan gorizontal yoriqqa ega.

1. Dastlabki tashxisni qo'ying.

2. Bemorni tekshirish va davolash rejasini tuzing.

№10 masalaning javob etaloni.

1. CHPJB disfunksiyasidagi og'riq sindromi (okklyuzion-artikulyatsion sindrom). 2. CHPJBni rentgenologik tekshirish (dastlabki vaqtda

ortopantomografiyani o'zi yetarli hisoblanadi). CHPJBdagi ODSda bo'g'im yuzasida patologik o'zgarishlar aniqlanmaydi. Pastki jag' boshchasining holati me'yoriy, orqa va chuqur bo'lishi mumkin. Davolash birinchi navbatda protezlash bilan bog'liq bo'lgan buzilishlarning oqibati bo'lgan okklyuziyani to'g'rilashga qaratilgan bo'lishi lozim. Ehtimol og'riqli simptomlar mavjudligida mavjud bo'lgan ko'priksimon protezlar olib tashlangandan keyin bemor ayolga okklyuzion shina (bo'g'im boshchalarini joylashishi, chaynov mushaklari funksiyasini me'yorlashtirish uchun), ignarefleksoterapiya talab etiladi. Yakuniy protezlash shikastlantiruvchi okklyuziyani bartaraf etishi lozim. Davolash majmuasida shuningdek bemorning ruxiy emotsional maqomini ham korreksiyalash zarur.

7.TAVSIYA ETILGAN VA QO'SHIMCHA ADABIYOTLAR:

7.1. ASOSIY ADABIYOTLAR:

1. Хирургическая стоматология: учебник / В.В. Афанасьев [и др.]; под общ. ред. В.В. Афанасьева. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 792 с.: ил.

7.2. QO'SHIMCHA ADABIYOTLAR :

2. Бугровецкая О.Г., Юров В.В., Василенко А.М. и др. Функциональная анатомия и биомеханика височно-нижнечелюстного сустава. Патобиомеханические изменения при дисфункции и их лечение методами мануальной терапии: Учебное пособие. — М.: Медпрактика, 2006.

3. Бургенер, Франсис А. Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов : руководство : атлас : пер. с англ. Франсис А. Бургенер, Мартти Кормано, Томи Пудас ; ред. С. К. Терновой, А. И. Шехтер . – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017 . – 540 с. : ил.

4. Гринин В.М., Максимовский Ю.М с соавт. Клиника и диагностика патологии височно-нижнечелюстного сустава при системных ревматических заболеваниях: Учебно-методическое пособие. — М.: МГМСУ, 2002. — 28 с.

5. Кац, Я.А. Ревматоидный артрит : учебно-метод. пособие / Я. А. Кац, В. А. Митрофанов . – М. : ВУНМЦ, 2000 . – 80 с.
6. Коротких Н.Г., Морозов А.Н., Аникеев Ю.М. Артроскопия височно-нижнечелюстного сустава. — Воронеж, 2007. — 88 с.
7. Котельников, Геннадий Петрович. Остеоартроз : [руководство] / Геннадий Петрович Котельников, Юрий Васильевич Ларцев . – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 . – 208 с. : рис.
8. Мазур, Вера Вячеславовна. Лечение ревматоидного артрита: учебно-методическое пособие / Тверская гос. мед. акад. / Вера Вячеславовна Мазур . – Тверь : ТГМА, 2006 . – 23 с. : табл. + Дискета.
9. Носков, С. М. Консервативное лечение остеоартроза / С. М. Носков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 . – 226 с. : табл., рис.
10. Петросов Ю.А. и др. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.
— Краснодар: «Советская Кубань», 1996. – 352с., ил.
11. Писаревский Ю.Л., Семенюк В.М. Хышиктуев Б.С., Белокриницкая Т.Е. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин (клиника, диагностика, лечение). — М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003.
12. Семкин В.А., Волков С.И. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 178 с.: ил.
13. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии: Руководство. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. – 276с., 108 ил.
14. Хватова В.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. — М.: Медицина, 1982. – 160с., ил.

7.3. ELEKTRON VA INTERNET RESURSLARI:

15. Universitet bibliotekasi online
16. Ilmiy elektron biblioteka **eLIBRARY.RU**
17. Informatsion-qidiruv bazasi **Medline**

7.4. JURNALLAR:

«Institut stomatologii», «Novoye v stomatologii», «Vladikavkazskiy mediko-biologicheskiy vestnik», «Klinicheskaya stomatologiya», «Sovremennaya ortopedicheskaya stomatologiya», «Uralskiy meditsinskiy jurnal», «Stomatologiya», «Stomatologiya dlya vsekh», «Verxnevoljskiy meditsinskiy jurnal», «Maestro stomatologii», «Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika», «Rossiyskiy stomatologicheskiy jurnal», «Stomatolog», «Dental Forum», «Cathedra».

MUNDARIJA

1. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimi kasalliklarining tasnifi—	3
2. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimining tuzilishi va vazifasi —	5
3. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimi kasalliklarining etiopatogenezi —	19
4. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimi patologiyasi boʻlgan bemorlarni tekshirish usullari	— 22
4.1. Klinik tekshirish usullari	— 22
4.2. Qoʻshimcha tekshirish usullari —	28
5. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimi kasalliklarining klinikasi, diagnostikasi va davolash	— 41
5.1. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimi artritlari	— 41
5.2. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimi osteoartrozlari	— 52
5.3. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimining chiqishlari	— 58
5.4. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimining ankilozlari	— 76
5.5. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimining tugʻma anomaliyalari	— 85
5.6. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimi oʻsmalari	— 86
5.7. Chakka-pastki jagʻ boʻgʻimining ogʻriqli disfunksiya sindromi	— 88
5.8. Jaglar kontrakturasi	— 94
5.9. Bruksizm —	97
6. Asosiy oʻquv material va qoʻshimcha axborot manbalarini oʻzlashtirish uchun oʻz-oʻzini nazorat qilish topshiriqlari	— 98
6.1. Test topshiriqlari	— 98
6.2. Vaziyatli masalalar —	108
7. Mavzu boʻyicha tavsiya etilgan adabiyotlar va qoʻshimcha tibbiy axborot manbalari	— 122
7.1. Asosiy adabiyotlar	— 122
7.2. Qoʻshimcha adabiyotlar	— 122
7.3. Elektron resurslar va internet-resurslar	— 123
7.4. Jurnallar —	123