



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

ХИРУРГИК СТОМАТОЛОГИЯ ВА ДЕНТАЛ
ИМПЛАНТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

СҮЛАК БЕЗЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ.

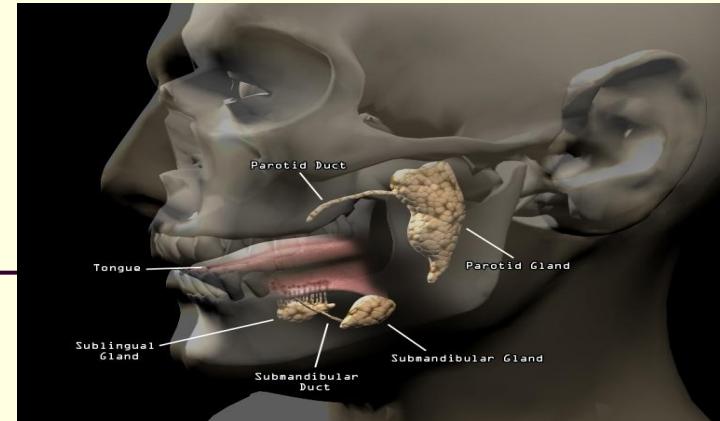
СҮЛАК - ТОШ КАСАЛЛИГИ.

КИЧИК СҮЛАК БЕЗЛАРИ РЕТЕНЦИОН КИСТАЛАРИ.

НООДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

ДОЦЕНТ Х.К.САДИКОВА

РЕЖА:

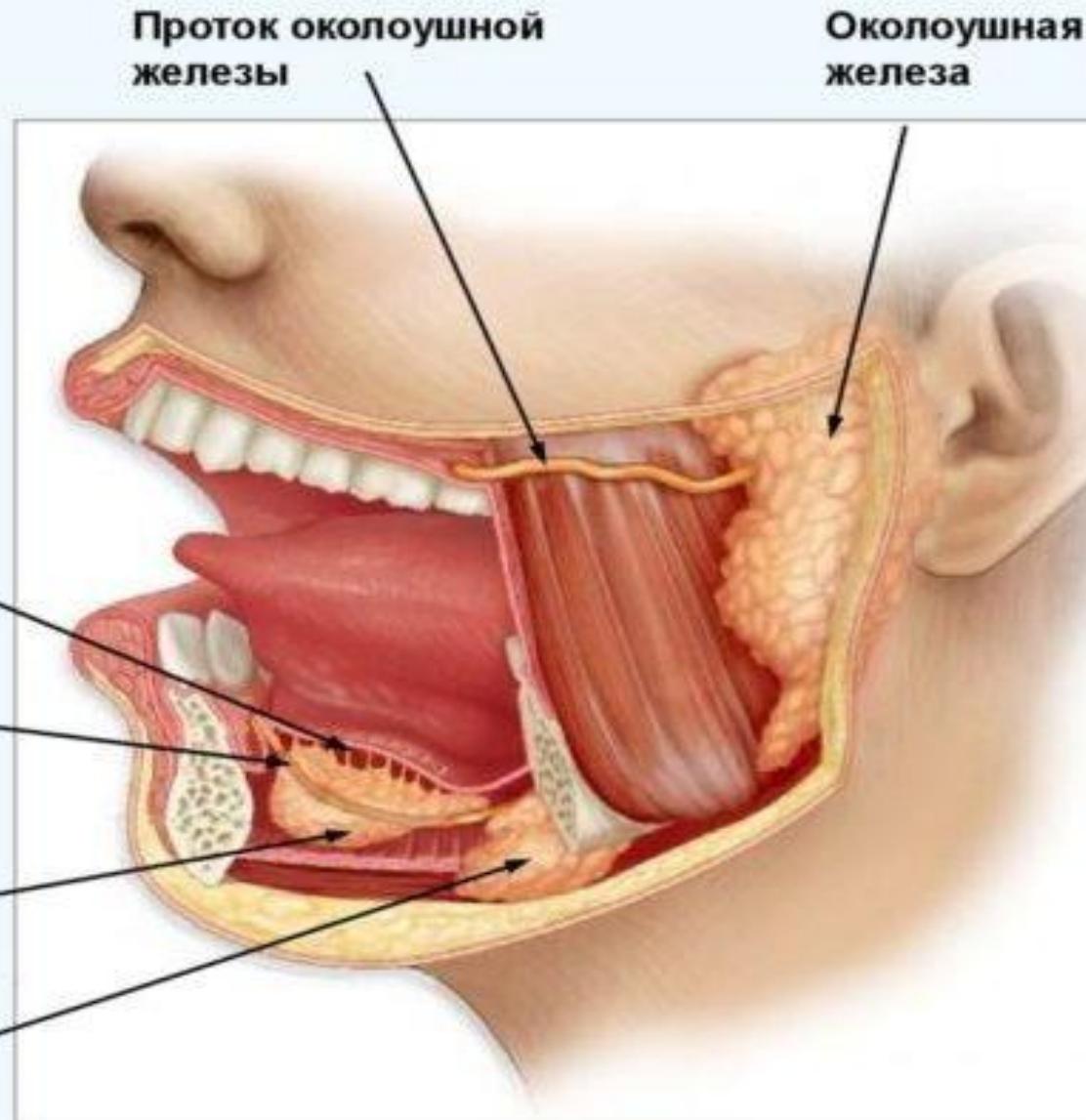


1. Сўлак безларининг яллиғланиш касалликлари ва сўлак тош касаллигини этиологик омиллари;
2. Сўлак безларининг ўткир яллиғланиш касалликлари , сўлак тош касаллигини текшириш ва ташхис қўйиш усуллари;
3. Сўлак безларининг ўткир яллиғланиши ва сўлак тош касаллигини клиник кўриниши;
4. Кичик сулак безлари ретенцион кисталари этиологияси, ташхислаш усуллари ва клиник кўриниши.
5. Ноодонтоген яллиғланиш касалликлар этиологияси, ташхислаш усуллари ва клиник кўриниши.

Слюнные железы

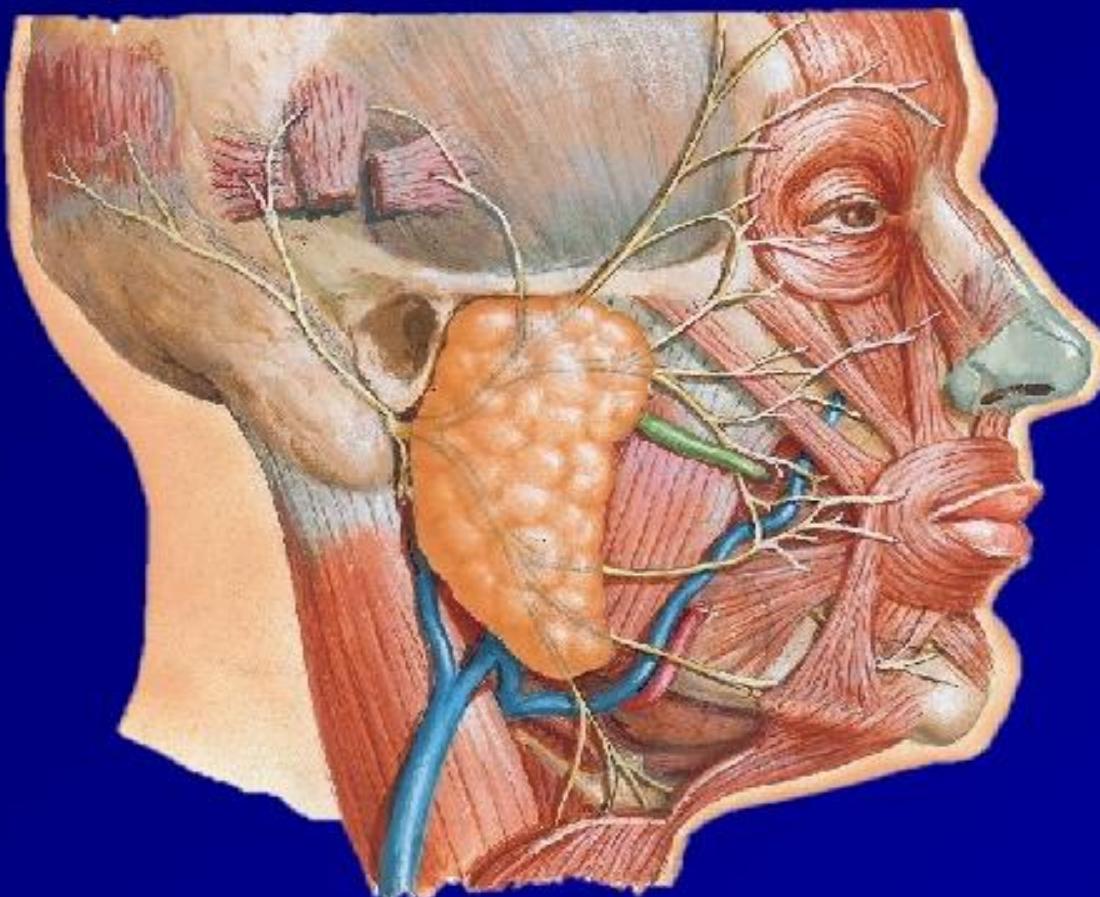
Состав слюны:

- амилаза
- лизоцим
- слизь (муцин)



Околоушная СЖ (ОСЖ) – самая большая из СЖ:

ОКОЛОУШНАЯ СЛЮННАЯ ЖЕЛЕЗА



Самая крупная из слюнных желез. Масса её составляет 20-30 г.

Большая часть железы расположена в позадичелюстной ямке.

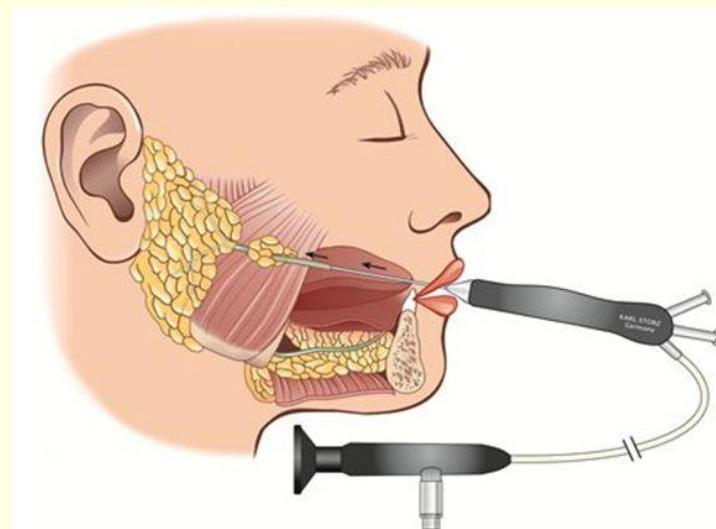
Нижний край железы закруглен и опускается на 0,5-0,8 см ниже угла нижней челюсти.

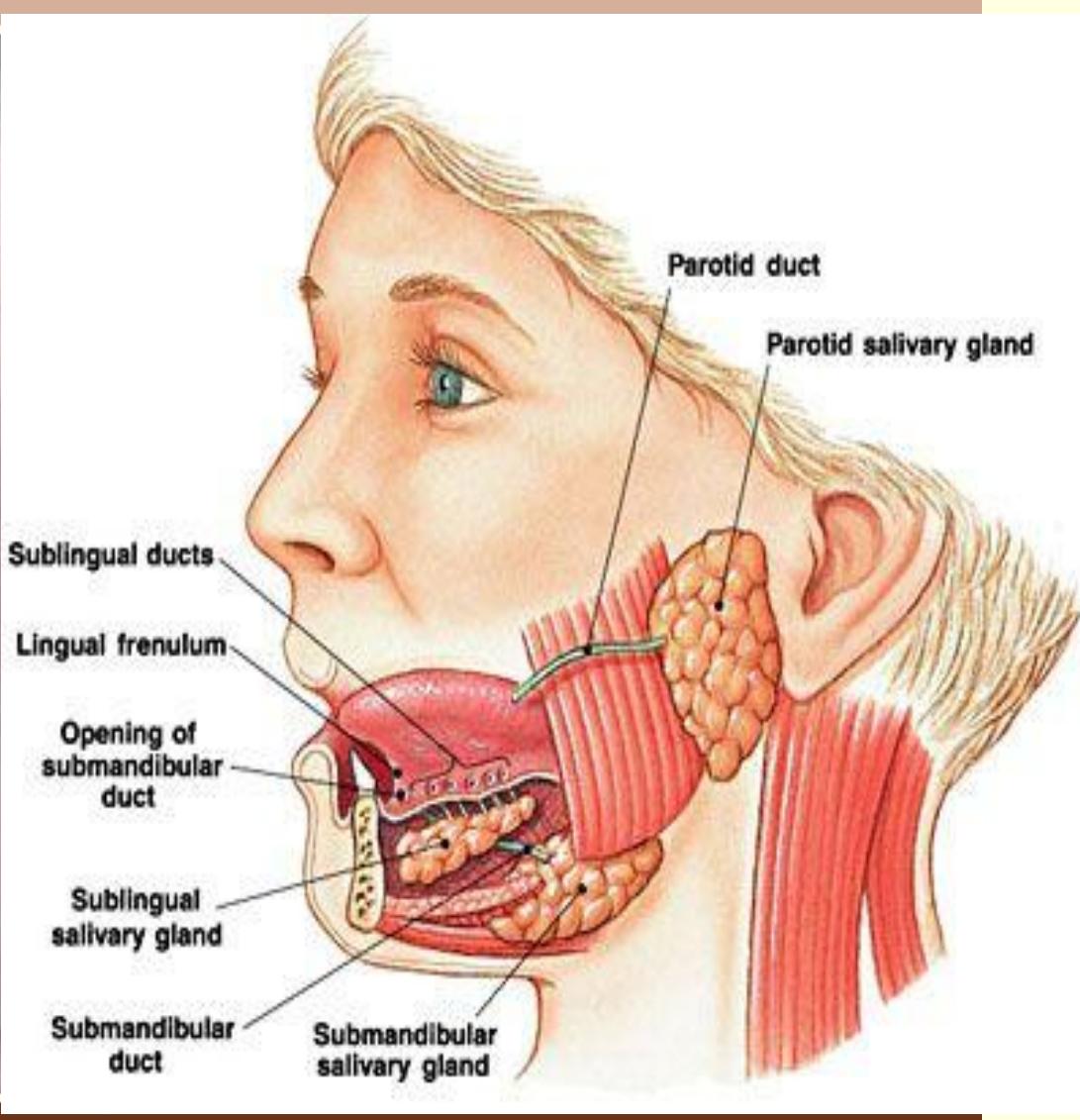
Задний отдел граничит с сосцевидным отростком и кивательной мышцей.

Верхний край доходит до уровня скуловой дуги или на 0,5-1 см ниже её.

Впереди железа перекрывает заднюю часть жевательной мышцы на 4-20 мм.

■ Кулок олди сулак безлар(**Glandula parotis**) - кулранг-пушти рангга эга. Массаси 20-30 г атрофида: бу энг катта сўлак безидир. Унинг чиқарув (Стенонов ёки Стенсон) канали безнинг олдинги чеккасидан чиқиб, чайнов мушагининг ташқи юзаси бўйлаб ўтади, унинг атрофини олд томонга ўрайди, букувчи мушакни тушади ва оғиз бўшлиғининг иккинчи юқори катта моляр (моляр) сатҳидаги вестибуласининг ён деворида очилади. Баъзан сўлак безининг чиқарув каналидан юқорида қўшимча сўлак бези мавжуд бўлиб, унинг чиқарув канали билан бирлашади.

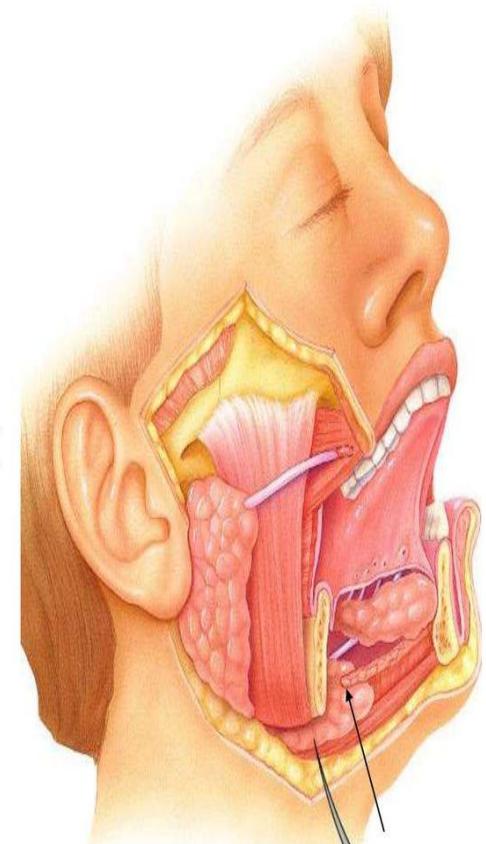




■ **Жаг ости сўлак бези (glandula submandibularis) - катта сўлак безлари каторига киради.**
безининг массаси 15 г атрофида.

Ташқи томонда буцин фасцияси ватери билан туташади. Безининг medial юзаси нутқ мушаклари билан туташган. Безининг устки қисми пастки жаг билан туташиб, пастки қисми унинг пастки қирраси остидан чиқади. lateral юзаси юз артерияси ва венасига бирикиб, лимфатик тугунлар билан туташади. Бездан чиқарув канали-(Вартонов канали)оғиз пастки қисмига жойлашган тил тарновига ва тил сургичига тешик очилади.

- **Поднижнечелюстная слюнная железа (2) - вторая по величине слюнная железа, её масса составляет 15 г.**
- **Расположена в поднижнечелюстной ямке.**
- **Выходной проток этой железы открывается в полость рта под языком.**
- **Вырабатывает белково-слизистый секрет.**

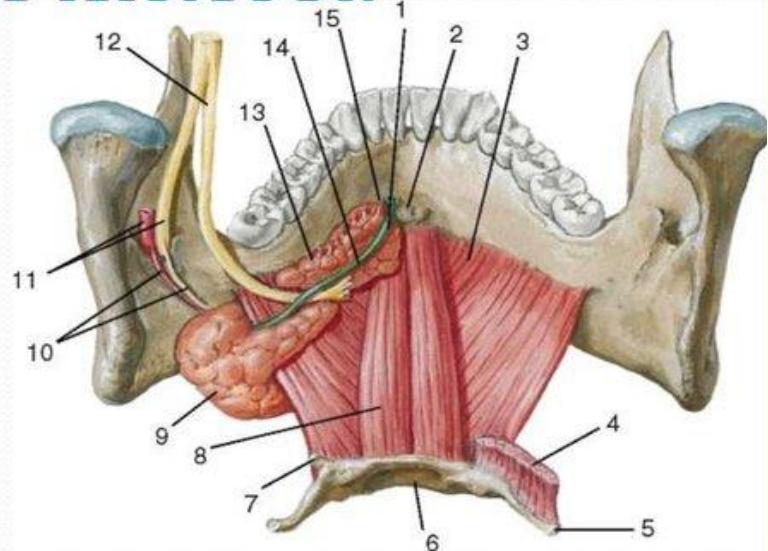


Тил ости сулак бузи

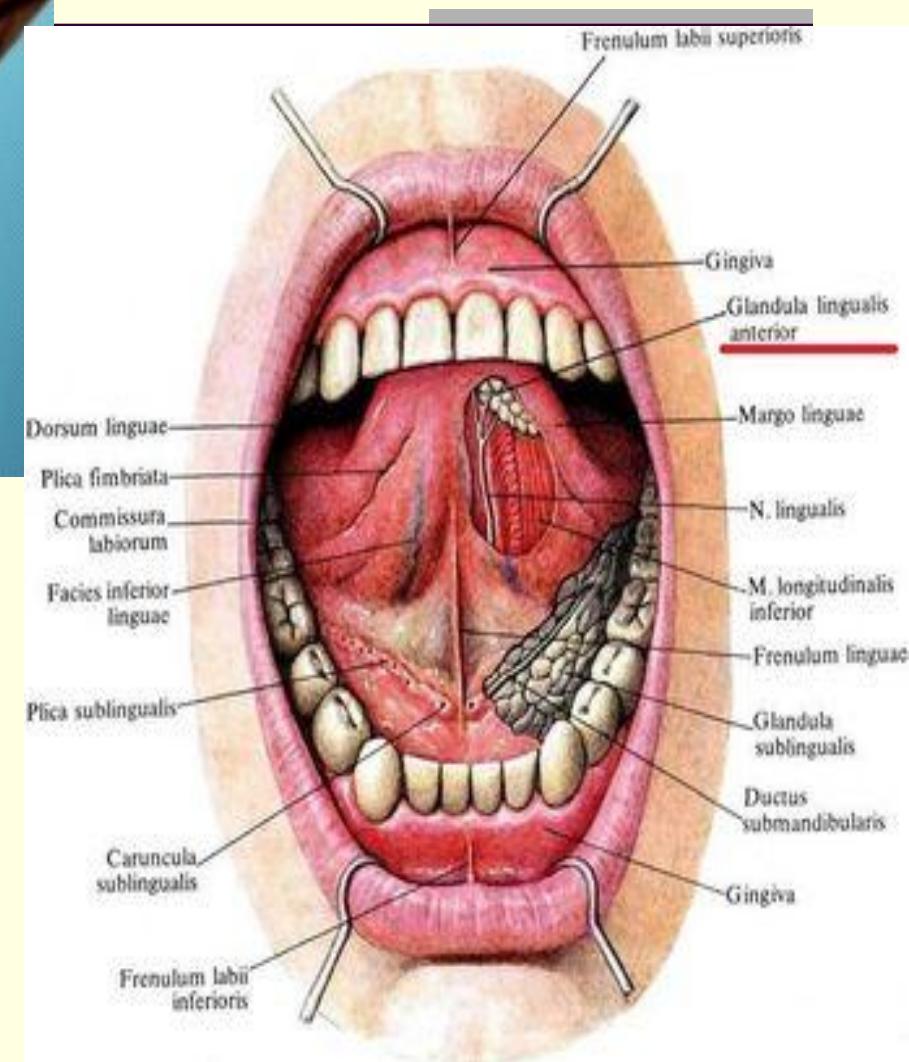
Тил ости сўлак безлари(*glandula submandibularis*) - "катта" сўлак безларининг енг кичиги ҳисобланади. Массаси 5 г атрофида. Узунлиги 3-4 см, У оғиз бўшлиғи тубининг шиллик қавати остида, тилнинг икки томонида, жаг тил ости мушакнинг юқори юзасида жойлашади. Латерал томондан пастки жаг танасининг ички юзаси билан тил ости чукурчаси билан алоқада. Тил ости сўлак безининг ҳар биридан катта тил ости канали (бартолин канали деб ҳам аталади) чиқиб, у тил ости сургичига устида очилади ёки жаг ости сулак безнинг чиқарув канали билан битта умумий очилади. Бундан ташқари, бу безлардан бир қатор кичик каналлар (Bachman каналлари деб аталади) чиқиб, уларнинг аксарияти тил ости бурмасига очилади.

Подъязычная железа

- Подъязычная слюнная железа (*glandula sublingualis*) является смешанной и выделяет серозно-слизистый секрет. Выводной проток открывается на подъязычном сосочке.



подъязычная киста сж(ранула)



■ Аралаш сўлак таркибига 3 чи жуфт ва майда сўлак безлари (секретор) киради. Аралаш сўлак таркибидаги сўлак безлари ҳужайраларининг парчалари ва шиллиқ қават эпителиал ҳужайраларидан ташкил топган оқсиллар бўлади. Бир суткада ажраладиган сўлак микдори 1-2 л.

Сўлак таркиби

-  Сув (99,5%),
-  Органик компонентлар ва минераллар (0,5%).
-  Сўлакнинг органик моддалари – оқсил (1-4 г/л)
-  Гликопротеинлар (муцин и IgA)
-  Лизоцим
-  Фловопротеин (сўлакда Ca ни боғлайди), фосфопротеин (кальций боғловчи оқсил)
-  Мочевина, сийдик кислота, моносахаридлар, эркин аминокислоталар, нуклеотидлар
-  Микроэлементлар (магний, рух, натрий, мис, фосфор, кальций)

Сўлак безларининг вазифалари

- 1. **Ҳимоя** – бир қатор ферментларнинг бактерицид фаоллиги (~~Лизозим, липаза, РНК-Аза, ДНК-Аза, опсонинлар ва бонқалар~~) билан таъминланади.
- 2. **Овқат ҳазм қилиш** - сўлак қизилўнгач орқали овқат ҳазм қилиш ва сурилиши учун зарур шароит яратади.
- 3. **Трофик** - шиллик қаватнинг доимий физиологик регенерацияси ва метаболик жараёнлар юқори даражада сақлаб қолиши.
- 4. **Ендокрин** - гормонларга ўхшаш моддалар - insulin каби оқсил, глюкагон, паротин, еритропоетин, тимотроп ишлаб чикариш.
- 5. **Тозалаш(Філтрлаш)** - микроорганизмларни, шиллик қават ва тишлар юзасидан озиқ-овқат қолдиқларини тозалаш ва ювиш.
- 6. **Минерализация** - Сўлак тиш эмалидаги коллаген барьерларни шишириб ёки бужмайтириб таъсир кўрсатади. Натижада эмалнинг ўтказувчанлиги оширишига ёрдам курсатади.

Сўлак безларининг яллиғланиш касалликлари сиаладенит дейилади.

Кўп холларда клиник амалиётда сўлак безларининг яллиғланиш (ўткир ва сурункали сиалоаденит) ва дистрофик касалликлари (сиалозлар) учраб туради.

Эпидемик паротит – йирик сўлак безларининг ўткир инфекцион касаллиги.

Гриппоз **сиалоаденит** - грипп эпидемияси пайтида ривожланувчи касаллик бўлиб, кўпинча иккала жуфт сўлак безлари зарарланади

И. Ф. РОМАЧЕВА ТАСНИФИ:

1. Сулак безлари яллигланиш касалликлари

Уткир сиаладенит.

Сурункали сиаладенит.

Калькуллез сиаладенит.

2. Сулак безлари усмалари.

Хавфсиз усмалар

Хавфли усмалар

3. Сулак безларининг туғма нүқсонлари.

4. Сулак безларининг шикастланиши (сўлак фистулалари).

СҮЛАК БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ ХАЛКАРО ТАСНИФИ.

А. ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШ БИЛАН КЕЧАДИГАН СҮЛАК БЕЗЛАРИ

• Ўткир вирусли сиаладенит:

• Ўткир бактериал сиалоаденит:

Б. СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ БИЛАН КЕЧАДИГАН СҮЛАК БЕЗЛАРИ :

Неспецифик:

- интерцициал;
- паренхиматоз;
- сиалодохит;

Специфик;

В. СҮЛАК ТОШ КАСАЛЛИКЛАРИ

ЕТИОЛОГИК ВА ПАТОГЕНЕТИК ОМИЛЛАРГА КҮРА, ЎТКИР СИАЛАДЕНИТНИНГ ҚУЙИДАГИ КЛИНИК ШАКЛЛАРИ:

A. Ўткир вирусли сиаладенит:

1. Эпидемиологик паротит вируси оқибатида;
2. Грипп вируси оқибатида;
3. Вируснинг бошқа турлари (цитомегалия, герпес ва бошқалар.)

B. Ўткир бактериал сиалоаденит:

1. Умумий ўткир юқумли касалликлар оқибатида;
2. Операциядан кейинги даврда;
3. Кахексия, юрак-қон томир етишмовчилиги ва тўқималар озикланишини бузувчи бошқа кенг тарқалган сурункали касалликлар оқибатида;
4. Лимфоген (паротит Герценберга);
5. Контакт
6. Агар бегона жисм сўлак бези каналларига кирса (сўлак тошларидан ташқари).

ВОЗ БҮЙИЧА СҮЛАК БЕЗЛАРИНИНГ ХАЛКАРО КЛАССИФИКАЦИЯСИ

1. Эпителиал үсмалар

Аденомалар

полиморф

мономорф

2. Мукоэпидермоид үсма

3. Ациноз хужайралы үсма

4. Карциномалар

аденокистоз

аденокарцинома

эпидермоид

нодифференцирланган

полиморф аденомадаги карцинома.

■ Б. Ноэпителиал ўсмалар

1. Хавфсиз – гемангиома, неврилеммома,
нейрофиброма, липома

2.Хавфли – аниоген саркома,
рабдомиосаркома, веретен хужайрали саркома

В. Тавсифланмайдиган ўсмалар.

Г. Кариандошлик холати

1. хавфсиз лимфоэпителиал заарланиш

2. Сиалоз

3. онкоцитоз.

СЎЛАК БЕЗИ ЎСМАЛАРНИНГ В. ПАНИКАРОВСКИЙ БЎЙИЧА ТАСНИФИ

А. Эпителиал ўсмалар

■ Хавфсиз:

- 1)аденома,
- 2)аденолимфома,
- 3)аралаш ўсмалар

■ Хавфли:

- 1) мукоэпидермоид ўсма.
- 2) цилиндрома
- 3) рак

Б. Ноэпителиал ўсмалар.

Хавфсиз:

- 1) ангиома
- 2) невринома
- 3) липома.

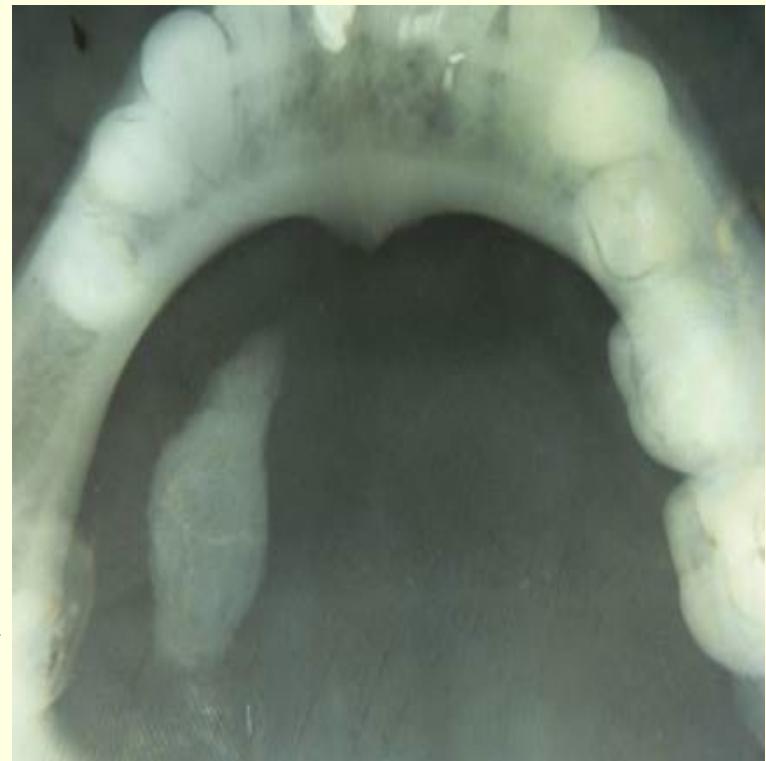
Хавфли: саркома.

Ташхислаш усуллари

- Зондлаш
- Рентгенография
- сўлак без таркибини тахлил қилиш
- Цитологик текширув
- Сиалография
- Пантомосиалография

Ташхислаш усуллари

- Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ)
- Магнитно-резонансная томография (МРТ)
- Ультразвуковая диагностика (УЗИ)
- Радионуклидная диагностика (ПЭТ)



Махсус Ташхислаш усуллари

- Стереорентгенография
- Сиалотомография
- Сўлак безларини контраст
электрорентгенографияси
- Радиосиалография
- Сўлак безларини сканерлаш
- Сцинтиграфия
- Термовизиография
- Функционал биопсия

Сиалография



Сиалография - бу сўлак безлари ва уларнинг каналларини тасвирга олиш имконини берувчи визуал диагностика усулидир. Бунда сўлак йўли яллиғланишини ва безлари торайиши куриш мумкин.

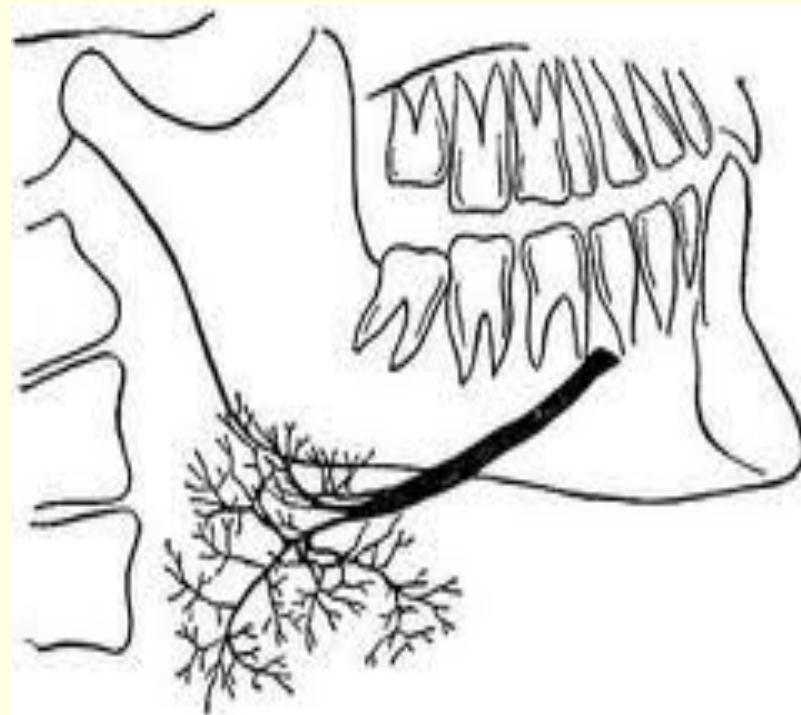
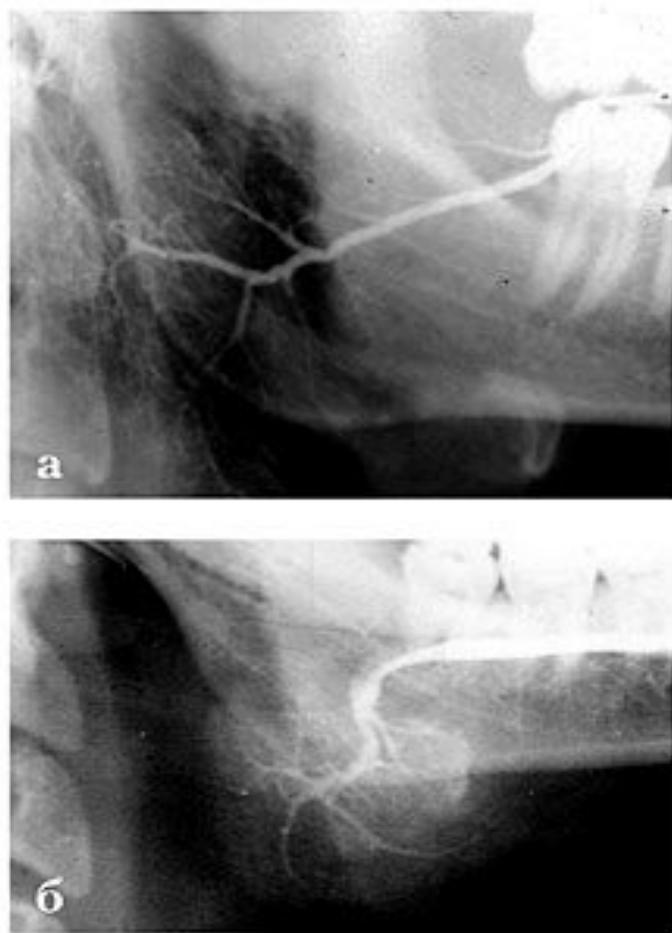
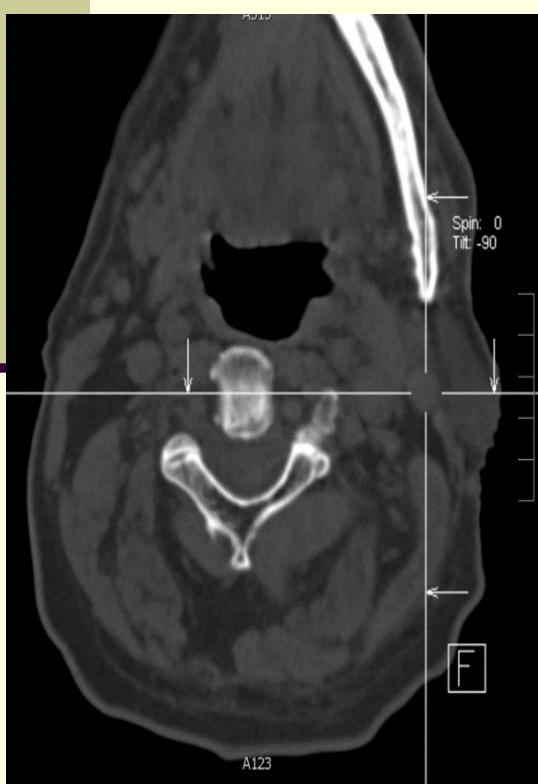


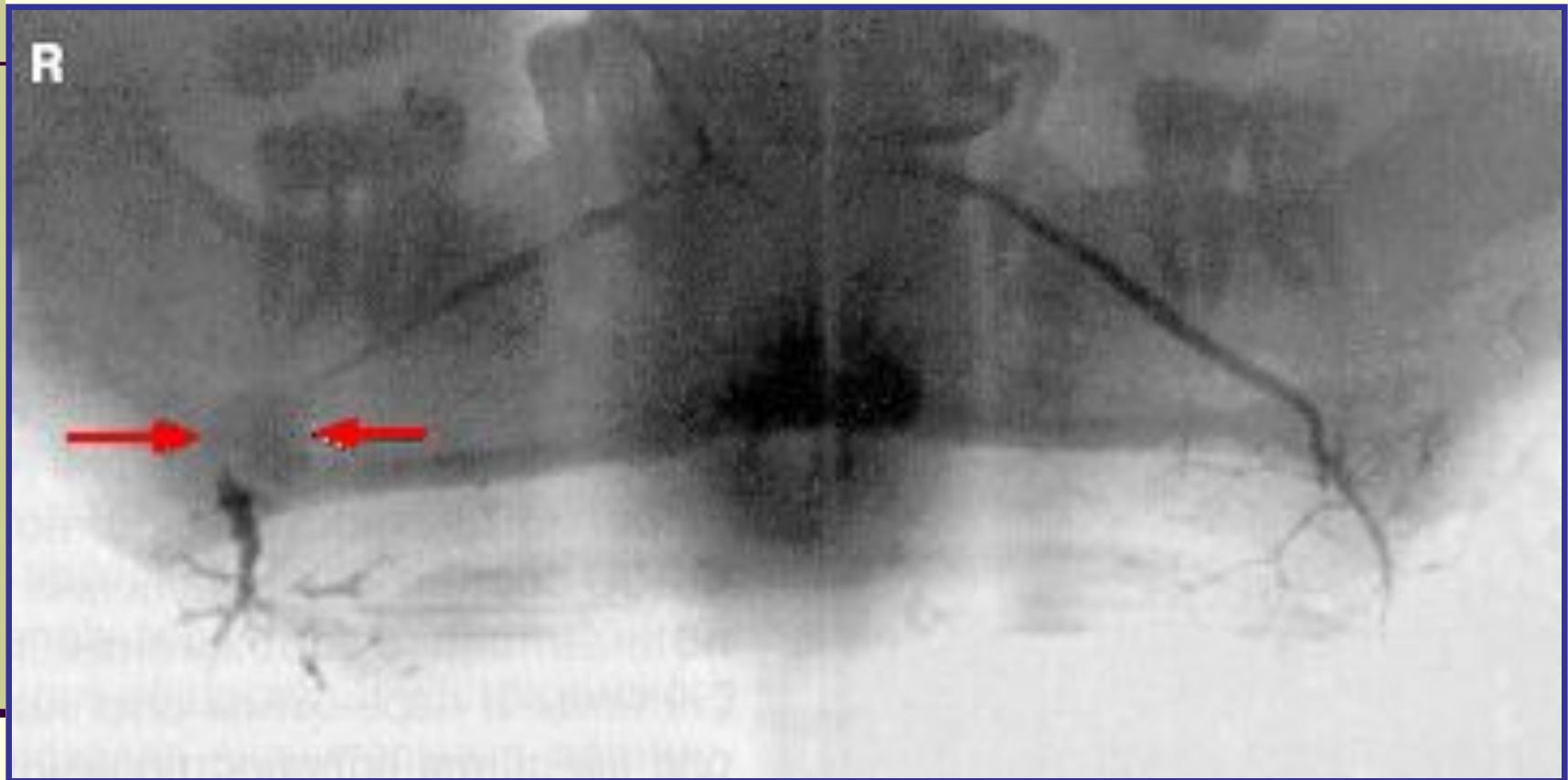
Рис. 1. Сиалограммы в норме
(околоушная железа – а,
поднижнечелюстная железа – б).

Сүлак безлари МСКТ учун күрсатмалар

- сүлак безлари касалликлари мавжудлигини истисно қилиш ёки тасдиқлаш;
- ~~анатомик ва морфологик хусусиятлар қуриш;~~
- даволашни режалаштириш ва касалликнинг кечишини кузатиш;
- даволаш самарадорлигини баҳолаш;
- биопсия натижалари ахборот етарли бўлмаса килиниади



ПАНТОМОСИАЛОГРАММА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

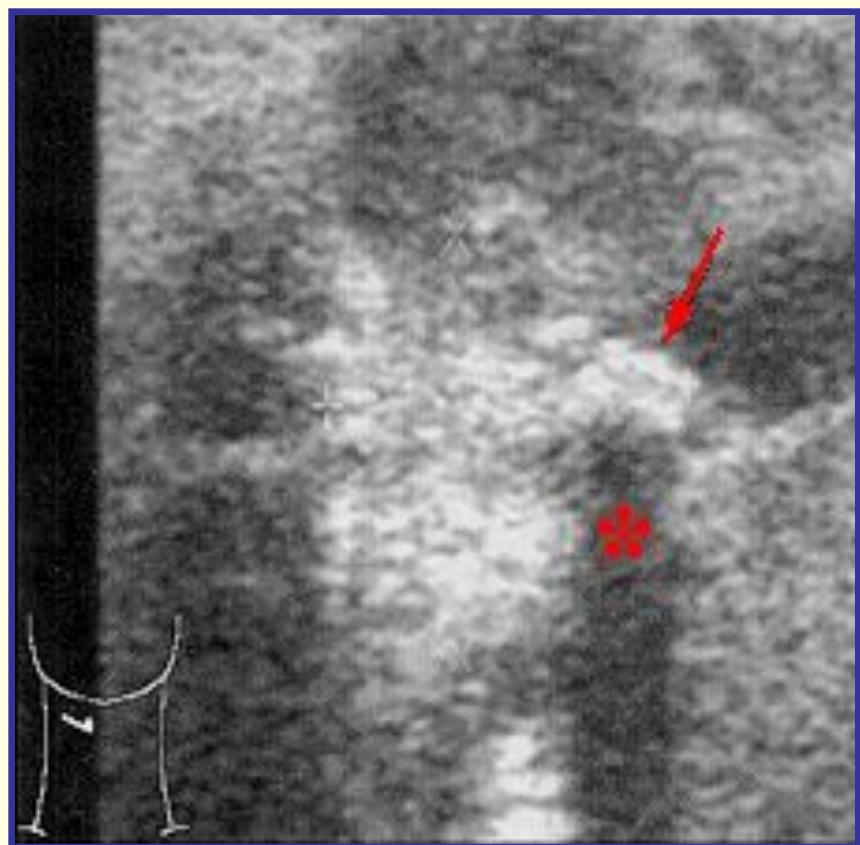


Калькулезный сиалоаденит справа (\rightarrow), прерывистость основного протока, расширение и деформация протоков.
Неконтрастный слюнной камень

ЭХОГРАФИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Эхограмма правой поднижнечелюстной области.

Калькулезный сиалоаденит. В зоне соединения протока с железой имеется конкремент (\rightarrow) с «акустической тенью» (*)



КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

Калькулезный сиалоаденит

Конкремент (1), расположенный в протоке левой поднижнечелюстной слюнной железы, вызывает видимый застой слюны (2). Железа (3) имеет нечеткие контуры.



Сўлак безлари adenomasiga хос клиник белгилар.

- 1. Қаттиқ консистенция.
- 2. Оғриқсиз
- 3. Секин ўсиш.
- 4. Юзаси силлик
- 5. Атроф тўқималар билан битишмаган, капсулага эга.

Эпидемик паротит. Ўткир инфекцион касаллик, катта сўлак безларининг яллиғланиши билан характерланади. Одатда, қулоқ олди сўлак бези заарланади, кам ҳолларда – жағ ости 2,1 % ва тил ости 4,9 % сўлак безлари заарланади. Яллиғланиш бошқа безларни хам заарлаши мумкин. Шунингдек, асаб тизимларини ҳам шикастлаши мумкин. Эпидемик паротит кўпроқ совук ва паст об-ҳаволи юртларда учрайди. Бу касалликлар билан кўпроқ болалар азият чекишиади. Эпидемик паротит ҳозирги вактда баъзан кам учрайдиган касаллик сифатида эътироф этилса баъзан эпидемик жараённинг ошиши билан болалар бўлимини ёпилишига сабаб бўлиши кўрсатилган. Бу касаллик 7 ёшдан дан 10 ёшгacha учраши аникланган. Буларнинг аксариятини кўпроқ аёллар ташкил этади. .

Этиология ва патогенези. Касалликнинг кузгатувчиси – фильтрланувчи вирус. Касалликдан заарланиш кўпроқ bemордан соғлом инсонга томчи-хаво йўли орқали, лекин bemор фойдаланган жихозлардан фойдаланиши натижасида хам юкади. Вирус дастлабки 3 кун мобайнида қулоқ олди безида пайдо бўлиб, бошқа соҳа тўқима ва тизимларда у камрок учрайди. 6-7 чи кунларида антителалар ишлаб чиқарилади. Инсон танасидан вируслар сўлак орқали ажралади. **Патологик анатомияси.** Микроскопик кўринишда, вируслар билан заарланган сўлак безларининг булакли куринишида булади. Яллигланган сўлак безларида гиперемия ва яллигланган шиш кузатилади Сўлак безларининг атрофлари ҳамда қон-томир тўқималарининг ирмоқларида лейкоцитар инфильтратцияси аниқланади.



Эпидемический паротит
(свинка, заушница)



SCIENCEphotOLIBRARY

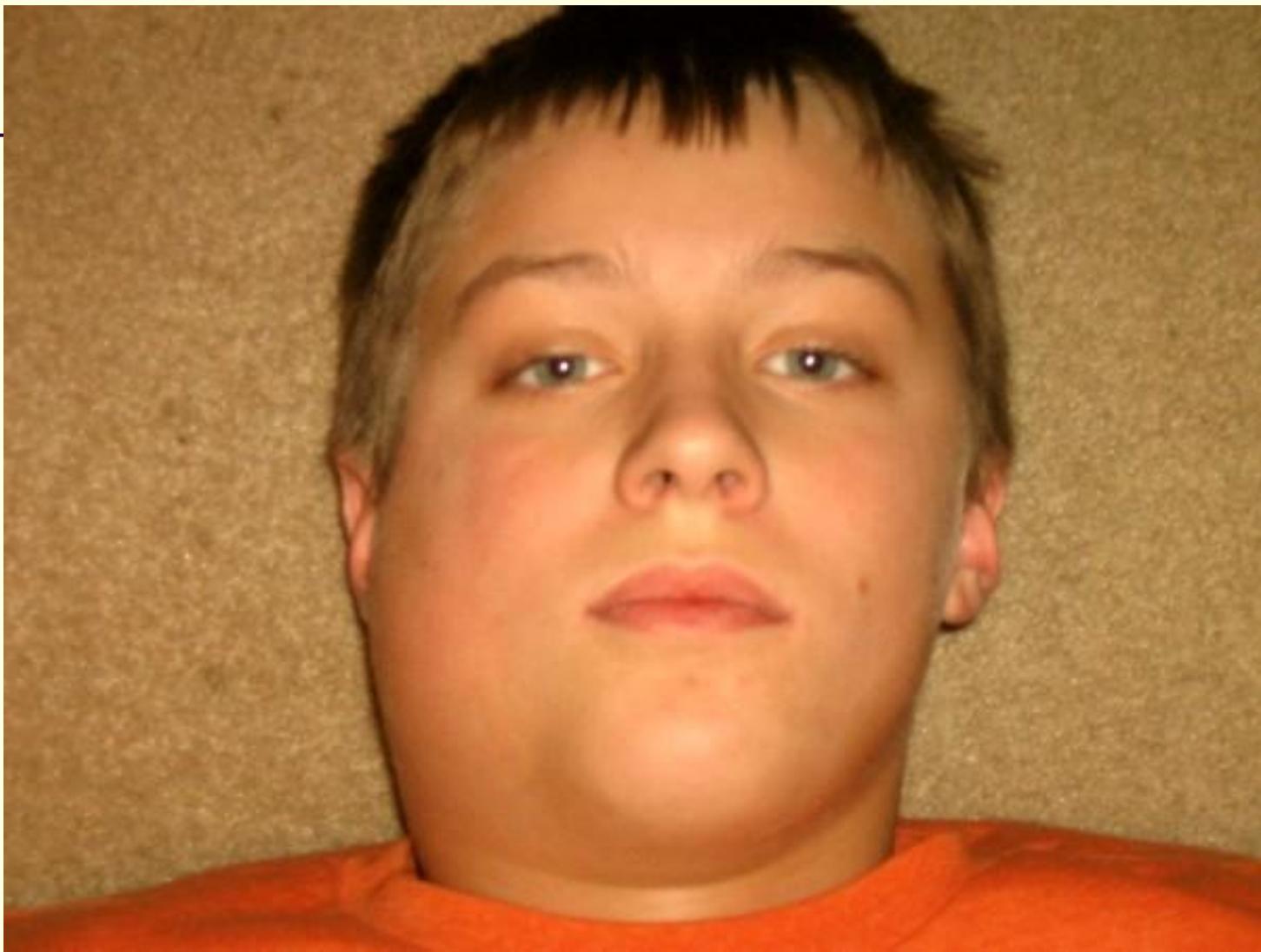
Клиник күриниши. Эпидемик паротитнинг инкубацион даври ўртача 2—3 хафта. Касалликларнинг оғирлигига қараб клиник кечишининг 3 хил турлари фарқланади: енгил, ўрта оғирликларда, оғир, баъзан жараёнларнинг асоратли ва асоратсиз кечиши. Паротитнинг енгил формасида ~~клиник белгилар кучеиз намоён бўлади, тана харорати~~ кўтарилади, қулоқ олди безларининг шиши бўлиб оғриқсиз бўлади, сўлак безларининг йўлларида маълум муддатларда тиник сўлак ажралиши мумкин. Баъзан фақат битта қулоқ олди бези шикастланади. Шиш ва оғриқлар бир хафта ичида йўқолиб кетади. Ўртача оғирликда кечишида қисқа продрамал даврдан кейин (1-2 кун), кўнгил айниши, иштаҳасизликдан, қалтираш, бош оғриғи, бўйин соҳасида оғриқ, мушак бўғим соҳасида оғриқ, баъзан тана хароратининг кўтарилиши ва оғиз қуриши, қулоқ олди безининг оғриқли шиши кузатилади. Кўп холларда 1-2 кундан кейин бошқа қулоқ олди бези хам шикастланади, тана хароратининг кўтарилиши одатда $37,5\text{--}38^{\circ}\text{C}$ атрофида бўлади, шиш тез катталашади. Бундан бу холда деярли хар доим юзнинг бир томони бошқасига нисбатан кўпроқ ўзгаради. Баъзи bemорларда қулоқ олди бези йулининг тешиги ва оғиз шиллик пардасининг гиперемияси кузатилади. Саливация одатда пасаяди. 3-4 кундан кейин яллиғланишли ўзгаришлар пасаяди.



Рис. 1. Сналограммы в норме
(окколоушная железа – а,
поднижнечелюстная железа – б).

Касалликнинг оғир формасида продромол даври бўлиб, ўзгаришларидан кейин, кўпинча иккала қулок олди бези шишади. Тез орада қулок атрофида коллатерал яллиғланиш пайдо бўлади. Шиш аввал пастки жағ шохининг ташқи юзасида жойланайб, кўз косасининг юқори чегарасига тарқалади, ~~орқадан сўртичимон ўсимталарагча боради ва жағ бурчагидан наетга тушиб~~, баъзан ўмров суягигача тушади, шиш юзасида ранги ўзгармаган, аммо тортилган бўладиган жараёнга пастки жағ ости ва тил ости безлари қўшилганда шиш бўйинга тарқалади. Пальпацияда оғриқли, катталашган қулок олди бези ширасини ташқарига итаради, босади ва баъзан ташқи эшитув йўлини сезиларли торайтиради. Баъзан оғиз очиши қийинланади.

Даволаи: симптоматик ва асоратларни олдини олишга қаратилган бўлади. Тана ҳарорати кўтарилиган даврида, яъни 7-10 кунларда, ётоқ қилиш, асосан катталар учун, қулок олди безлари соҳасида (кўрсатмага асосан пастки жағ ости безлари иситувчи компресслар, мазли боғламлар физиотерапевтик муолажалар қилинади: соллюкс, УВЧ, УФ-нурланиш, оғиз бўшлигини доимо чайиб туриш зарур (чайиш, ирригация). Сўлак без йўлларига 0,5 млгача антибиотик (50000 – 100 000 бирлик. пенициллин ва стрептомицин 1 млдан 0,5 новокаин эритмаси юборилади). Йирингли яллиғланиш жараёни кучайса ва шикастловчи ўчоқлари пайдо бўлса стационар шароитда оператив муолажа қилиш зарур.



Гриппоз сиаладенит. Грипп даврида сўлак безларининг ўткир сиаладенити белгилари билан мурожат қиласди. Ўткир сиаладенит кўпинча битта безда бошланади, аммо бу орада иккинча безга ҳам ўтади.

Клиник кўриниши. Яллиғланишнинг тез ривожланишининг кўриниши: 1—2 кунда безларда йиринглаш кузатилади. Кейин кетма-кет бошқа катта ва кичик сўлак безларининг некрозланиши кузатилади. Кўпчилик касалликларда гриппозли сиаладенит инфекциясининг қулоқ атрофида, пастки жағда, тил ости ва кам холларда сўлак безларида шикастланишида пайдо бўлади. Купинча жуфт сўлак безлари биргаликда шикастланади баъзан қулоқ олди ва пастки жағ ости сўлак безларни биргаликда шикастланади. Оғизни очганда ва бошни кимирлатганда оғриқ аломатлари сезилади. Шиш ёноқ соҳасига, пастки жағнинг орти ва жағ атрофи ҳамда бўйинга таркалади. Қулоқ олди бези соҳаси анатомик чегараларида инфильтрат пайпасланади. Инфильтрат қулоқ олди безлари, унинг тўқималари атрофидаги ва қўшни соҳаларга тарқалади. Агарда бу жараён пастки жағ ости сўлак безида бўлса, унда бемор ютинганда оғриқдан безовта бўлади, пастки жағ ости ва тил ости соҳаларини ҳамда ияқ олди соҳаси, бўйин тепа қисмларини шиш коплайди. Пастки жағ ости сўлак безлари бимануаль пайпаслагандан, жағ-тил тарновлари ва олди пастки жағ чегараларининг дистал қисмларининг шикастланиши аниқланади. Беморлар ўткир сиаладенитда тил ости безидаги тилни харакатлагандаги оғриқка ва тилдаги бурмаларни шишидан шикоят қиласди. шиллиқ пардани кўриниши безда кўқимтири рангга эга булади. У тезда бузилади, йиринг ва некрозланган без тўқимаси ажралади. Камроқ холларда катта сўлак безлари яллиғланиши кичик сўлак безларини ўзига жалб этади.



ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ СИАЛАДЕНИТ



Даволаи. 1 суткада 4-5 марта интерферон билан оғиз бўшлигини чайиш буюрилади. Сўлак безларига антибиотик воситалари юборилади. Яллиғланган тўқималарда новокаин блокада қўллаш яхши натижа беради, йирингли-некрозли жараёнида эса капсулани кесиш яхши натижа беради. Безларнинг чикарув йулларини чандикли деформацияси хисобига асоратлар юзага келади. Безнинг бир кисми некрозланса гипосаливация, хаммаси некрозланса асаливация кузатилади.

Постинфекцион ва операциядан кейинги сиаладенит (ўткир сиаладенит). Беморларда бу гурухда қулоқ олди безлари шикастланади. Пастки жағ, тил ости сўлак безлари яллиғланиш жараёнини ўзига жалб этади.

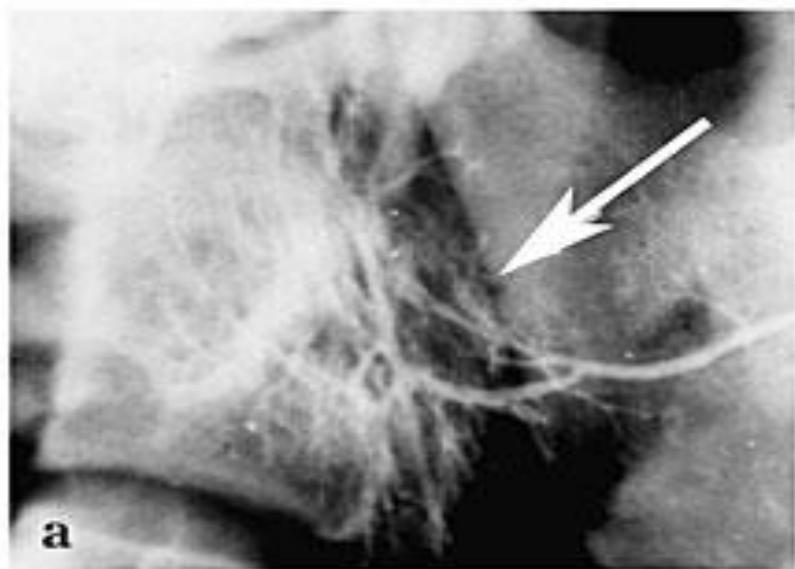
Этиологияси. Ўткир сиаладенит (ёки паротит) турли хил оғир касалликларда вужудга келиши мумкин: кўпроқ у тифда булади. У стоматоген, гематоген ва лимфоген йўллар билан таркалади. Без ирмоқларида аралашган микрофлора стафилококк, пневмококк, стрептококк, ичак таёқчалари яъни доначалари ва бошқалар кузатилади.

Патологик анатомияси. Серозли яллиғланишда, гиперемия, шиш ва ўлган лейкоцитлар инфильтрацияси безларнинг тўқималарида кузатилади. Эпителий безлари ирмокчалари бўртиб чиқади: уларднинг эгилувчанлиги сезилади, катта микдордаги микроблар (яъни коқклар) ~~эпителий тўқималарида аниқланади~~. Енгил клиник кечадиган касалликларда олдинги холатдаги жараён яъни бунда: шиш камаяди, инфильтратнинг сўрилиши, доимий яллиғланишнинг пайдо бўлишини тўхтатиши кузатилади. Дегенератив эпителийда кичик ва урта диаметрдаги лейкоцитлар учраши мумкин(микроабцесслар).

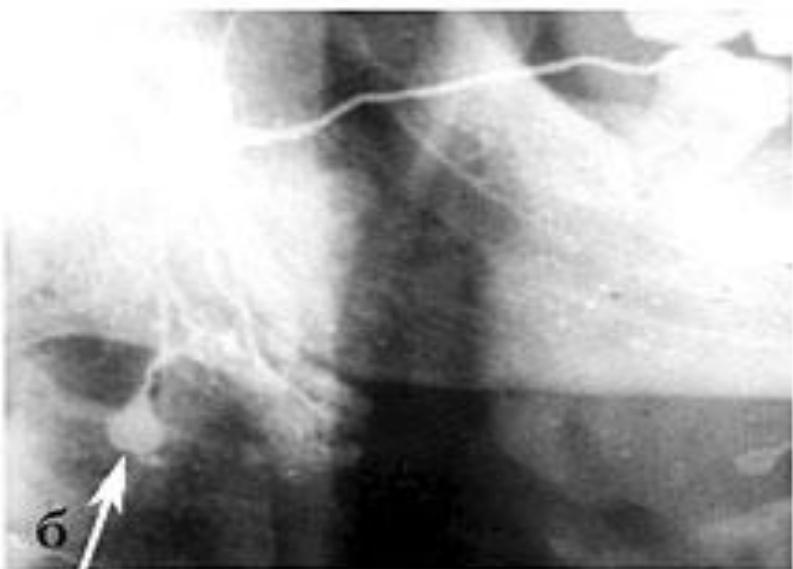
Клиник кўрининши. Ўткир сиаладенит тез яллиғланиш пайдо бўлиши билан фарқаланади. Асосан гангренозли паротитда 1—2 кун мобайнида безлардаги некроз жараёни юзага келади. Шунингдек, бу холатлар, шу кўринишидаги дистрофик жараённи жалб қиласи ва шунда яллиғланишнинг ошиб бориши, секин – аста ҳароратлар реакция хам ~~бериши~~ мумкин. Йирингли паротитда яллиғаниши жараёни 10-15 кун давомида секин-аста тўхтайди. Постинфекцион ва операциядан сўнг паротит икки тарафли бўлиши хам мумкин, шу холатда, бу жараённи биттаси безларда олдинроқ, кейин эса (2-3 кундан сўнг) бошқасини шикастаси мумкин.

Диагностикаси. Цитологик текширувларда, нейтрофил ирмоқчаларида тўпланиш билан боғлик бўлган, улардан сўнг камроқ сонга эга бўлган лимфоцит, ретикуляр катаклар ва макрофаглар уларга ташхис қўйишга ёрдам беради. Бу белгилардан эпителиал ирмокка катта бўлмаган микдордаги цилиндрик ва қорин катакларда, ягона кубик шаклдаги эпителия катагидан куюлиши кузатилган.

Лимфоген сиаладенит (Герценберг сохта паротити). Кулок безларининг лимфатик таркалиши кузатилади. Яллиғланиш жараёни халқумда хам, бурун ва томоқ, тилда, тишнинг апикаль тўқималарида, чакка пешона терисида, кулокда бурун, ковокда бўлиши хам инфекциянинг манбаси хисобланади. Оддий холатларда кўпинча кулок атрофи безларининг периферик холатларда улар 6 дан 13 смгача бўлиши кузатилган. Алоҳида холатларда, лимфатик тугунлар **ацитар бўғимларда**, уларнинг хамма ирмоқлари сўлак безларини қисқаришига сабаб бўлади. Бу асослар безларининг тузилишидаги қулок атрофи безларидаги лимфатик тугунларни касалланган аъзоларида авж олишига имконият яратади.



а



б



в



г

Рис. 2. Ложный паротит Герценберга (а), лимфогенитный паротит (б, в). Патологический очаг указан стрелкой. Контактный сиаладенит околоушной железы (г).

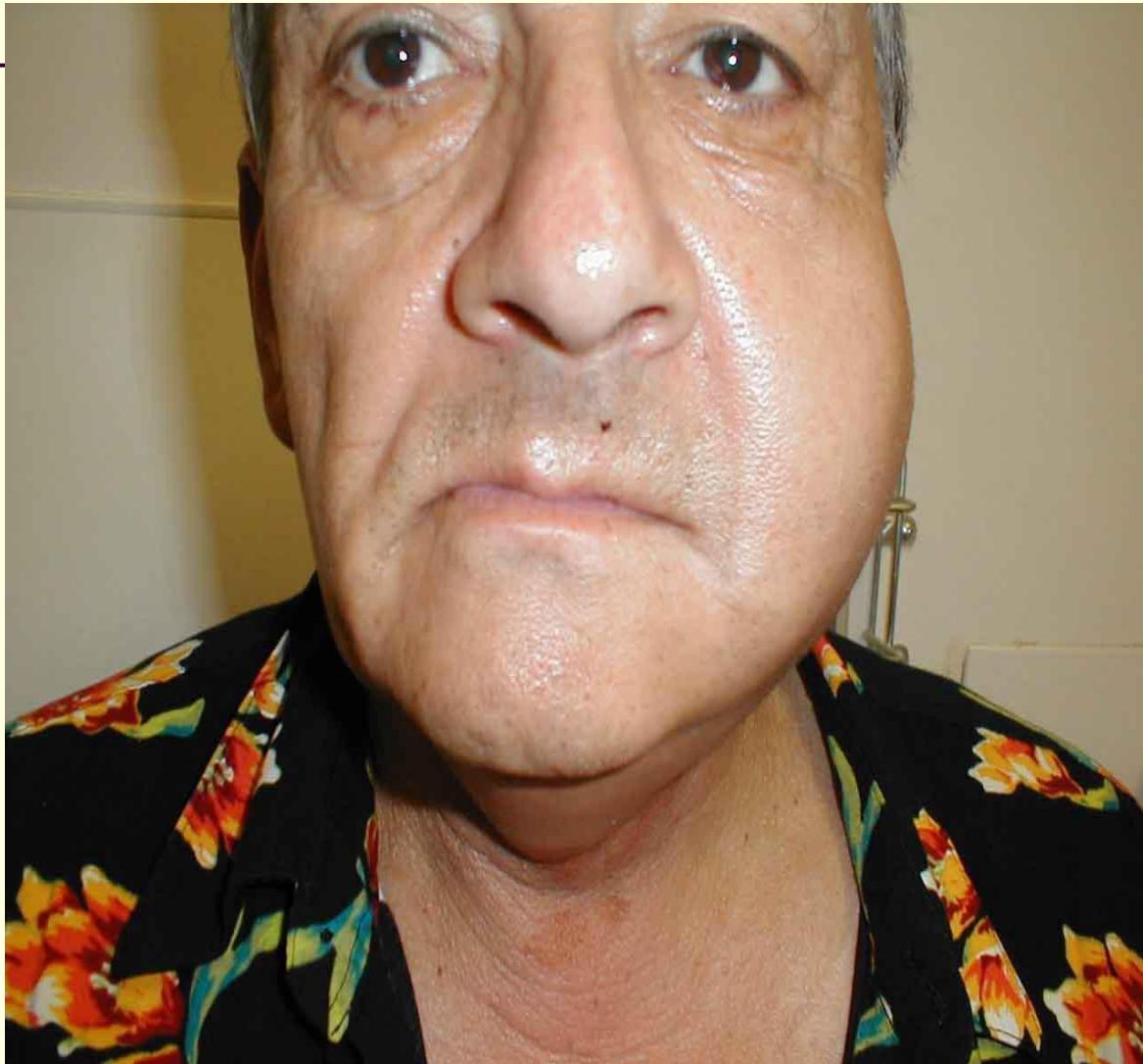
■ Кулок атрофии безлари чегараларидаги кизарган шиш билан чегараланиши ва тўқимада калинлашган шиш билан кузатилади.

■ Цитологик текширувларда тўқима безларида катакчалардаги яллигланган қатламлари (нейтрофил лимфоцит, гистиоцит, макрофаг ва плазматик ҳужайралар) пайдо бўлган кубик шаклдаги эпителийни калинлашган катакларида цилиндрик эпителийни учраши аниқланган.

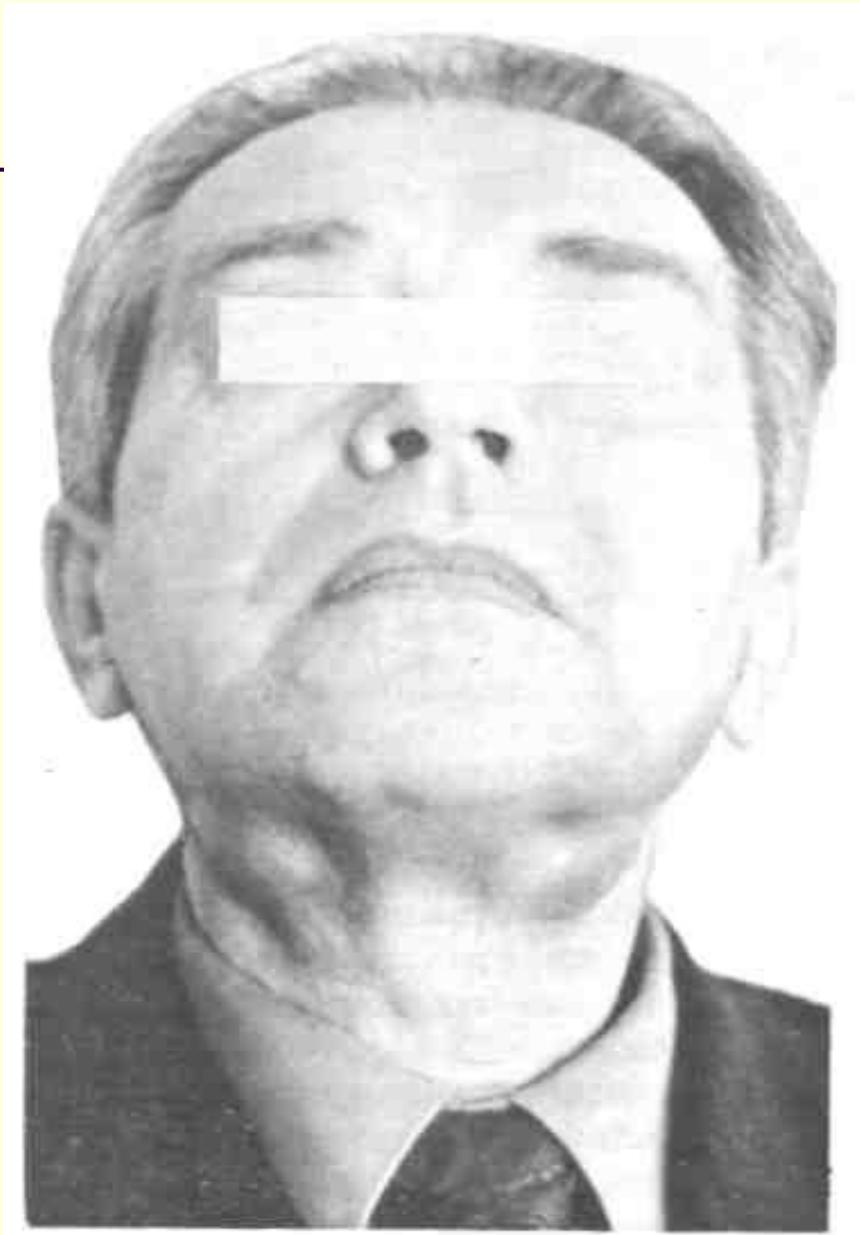
■ **Клиникаси.** харорат кўтарилади, калинлашган безлар атрофида шиш пайдо бўлади, оғриклар кескинлашади, пульс тезлашади. Терида қизғиш ранглар безларни қоплайди, инфильтрат холатларда турли тўқималар қуюлиши билан ўзида борадиган йирингли асоратларни шимилиши кузатилади. Яллигланган инфильтрат секин-аста сўрилади, фақатгина, калинлашган тугунлар без атрофида бир неча хафталарда ўз ўрнини қолдириши мумкин. Микроскопияда ўзгармаган сўлак ирмокларини аниқлаш мумкин.

■ Огир жараёнларда яъни лимфоген паротитларда касалликларда биринчи кўринишдаги пайдо бўлган қулок атрофидаги чегаралангандан сўлак безларидаги яллиғланиш жараёни тезда бошланиб тугайди. Бундай жараён абцесс ва ёки флегмона билан тугаллаши мумкин.

Лимфоген сиаладенит (Герценберг сохта паротити).



Контакт сиаладенит. Касалликнинг яллиғланиш жараёни кулок олди- чайнов соҳаси флегмонасида, пастки жағ ва тил атрофида кузатилади. Яллиғланиш жараёнида катак бўшлиқларида ва сўлак безларида яширинган флегмонанинг яллиғланишини ажралиши ва доимо бир тарафлама бўлиши билан кузатилади. Беморларнинг кўпчилигига kontakt сиаладенит енгил шароитда боради, ўртача оғрилик жараёнларида безлар шишини пайдо бўлиши, унинг функциясини туширади. Кулок атрофии, пастки жағ ёки тил чегаралари безларида шишлар оғрикли ва калинлашган бўлади. Цитологик текширувларда Сўлак безларининг секретларида сиаладенитнинг бўлиши изохланади. Секрет безларида йиригнинг бўлиши аниқланган. Агарда сўлак безларини функциясига, кушни флегмоноз жараёнларига моил даволаш усулларида замонавий қомплексларни изохлаб беришни ва kontakt сиаладенитда кўринишдаги асоратларнинг қолишини эслатиб утишни мақсадга мувофик деб хисоблаш керак.



**Фотография
больного интерсти-
циальным сиаладени-
том поднижнечелюст-
ных желез.
Поднижне-
челюстные железы
увеличены.**

Ёт жисимларни сўлак бези йўлларига тушиши натижасида ривожланган сиалоденит.

Оғиз бўшлиғидаги майда жисимлар (донлилар, чўп, ўсимлик парчалари) сўлак йўлига тасодифан тушиб қолиши мумкин. Бу ҳолатни беморлар аниқ ~~ва батағсил гайтиб беришлари мумкин. Беморлар сўлак безини ўхтин-~~ ўхтин катталashiшига, сўлак чиқиши камайишга шикоят қиласидар. Безни пайпаслаганда оғриқ бўлмайди. Айрим ҳолларда овқат еганда без тўлишиб катталашади ва яна ўз холига келади. Вахт ўтиши билан ед жисим атрофида сўлак йўлида ва безда ўткир яллиғланиш бошланади. Ўткир йирингли яллиғланишга хос белгилар намоён бўлади. Натижада без эриб яллиғланиш атроф тўқималарга ўтади. Айрим ҳолларда йиринг билан бирга ёт жисм ажралиб чиқади.

Базан узоқ муддат сўлак безида колиб кетган ёт жисм атрофида сўлак тоши ҳосил бўлишига сабабчи бўлади.

Диагноз асосан клиник белгилар, анамнез ва сиалография натижалари асосида қўйилади.

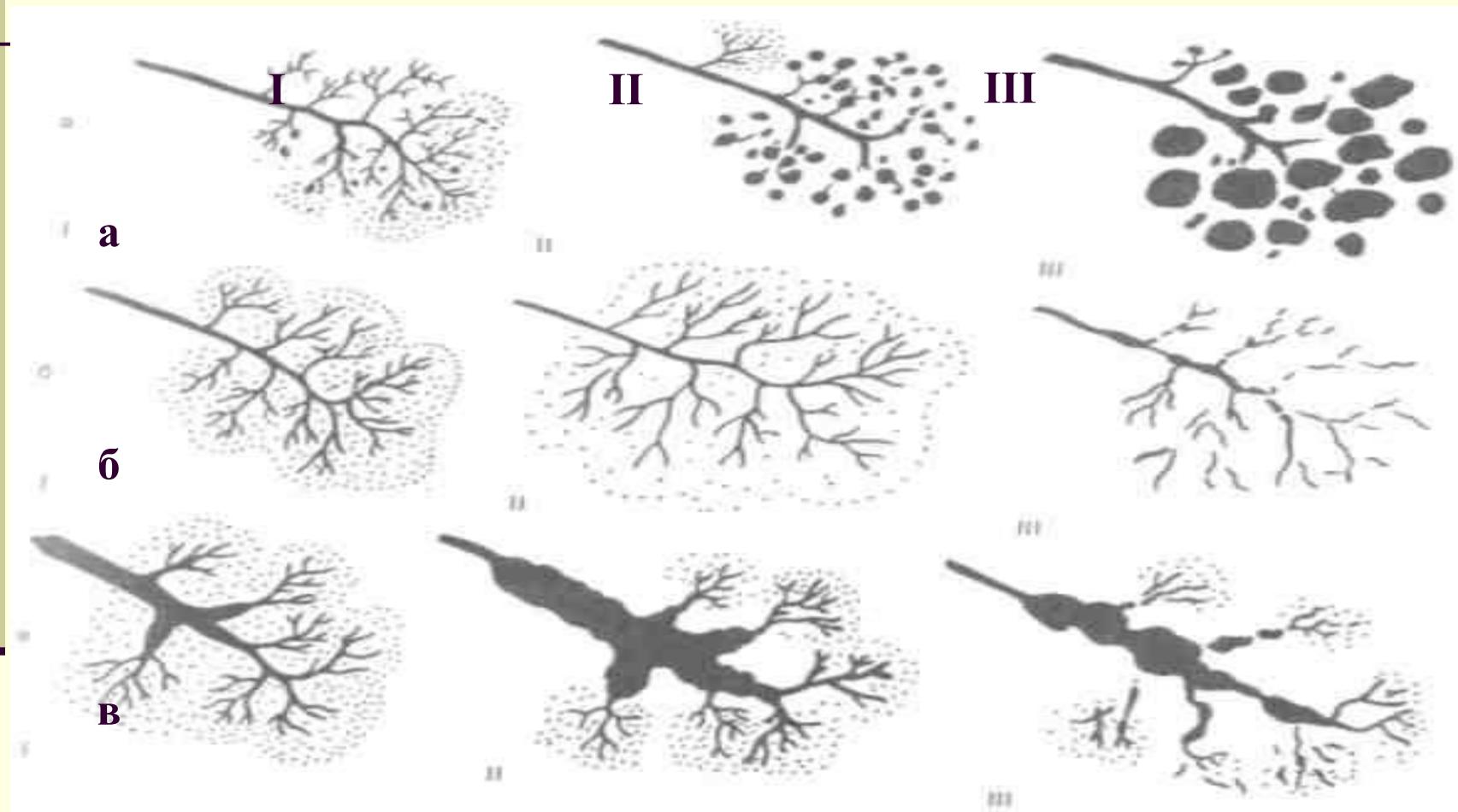
Даволаи жарроҳлик усули билан ёт жисмни сўлак йўлинни очиб олиш. Паренхимада ёки майда сўлак йўлларида бўлса без бутунлай экстирпация килинади.

■ Сурункали сиаладенит — сўлак безларининг яллиғланиш касалликларидан бири, этиология ва патогенези етарли даражада ўрганилмаган. Сурункали сиаладенитда инсон танасидаги химоялаш аъзосининг пасайиши натижасида гомеостазга алоқа бўлган касалликларни ажратиб беради. Иммунитетнинг пасайиши сўлак безларида хамда улар билан боғлиқ бўлган тизимларда касалликни юзага келишига сабаб бўлади. Бу борада патологик симптомларни бошланишини клиник кўриниши ва касалликни кечикиб, авж олиши билан кўлланилади. Сурункали сиаладенитнинг шаклларини этиологик асосда гурухлаш мумкин емаслиги туфайли кўпчилик муаллифлар ҳозирги кунда сўлак безининг турли анатомик қисмларининг устун заарланиши билан сиаладенитнинг учта шаклини фарқланади: (интерстициал, паренхиматоз, ирмоқлар)

Сурункали сиаладенит



СХЕМАТИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ СИАЛОГРАММ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



при хроническом паренхиматозном паротите (а), хроническом интерстициальном паротите (б) и хроническом сиалодохите (в) в начальной (I), клинически выраженной (II) и поздней (III) стадиях.

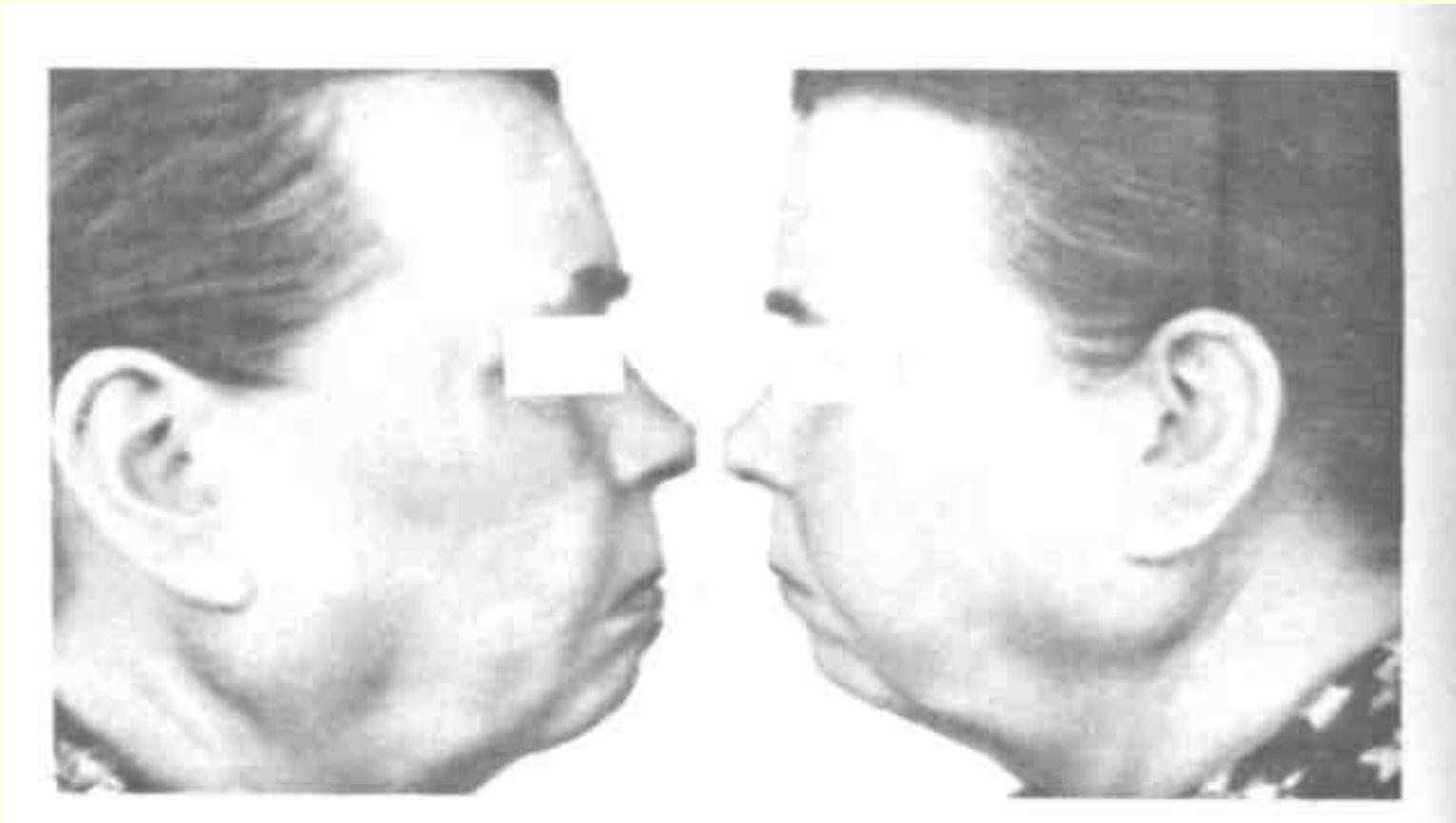
Сиалограмма правой околоушной железы больного хроническим паренхиматозным паротитом в поздней стадии. В области железы множество крупных и мелких полостей, протоки не контурируются



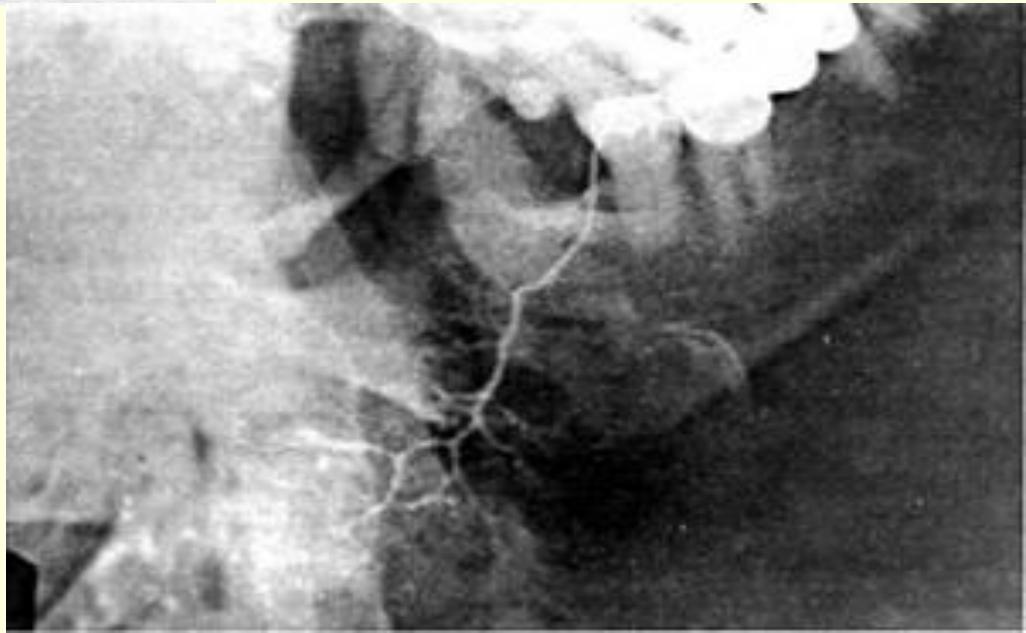
Интерстициал сиаладенит – сурункали қулоқ олди безларида оғриқсиз шишлар, кечадиган касаллик. Бу асосан доим кандли диабет, гипертония касаллиги, сурункали простатит, чайнов мушакларидаги касалликлардан келиб чиқиши аниқланылған. **Патологик анатомияси** катта ва кичик сұлак безларида түқималар билан боғылған бүлгін шишиш ва ангиоматоз қатламлары аниқланған. Безларни каттык фиброзли түқималарда қатламларни булиниши билан, лимфогистиоцитар инфильтратининг калинлиги билан булиниб туради.

Клиникаси: Беморлар сұлак безларининг даврий шишишидан, оғиз куришидан шикоят қиласылар. Пайпаслаганда – без түқимасининг инфильтрацияси, пайпаслашнинг зўраймасдан оғриши келиб чиқмайди. Каналчаларнинг оғзи ўзгармаган, сұлак ажралиши кескин камайган, сұлак шаффоф, баъзан сұлак бўлмайди. Сиалографик текширишда каналчаларнинг ингичкалиги аниқланганда каналчалар ажратилади, ҳамма каналчалар ҳам тўлмайди. Дастребки босқичда bemorлар камдан-кам даволанади, жараённинг кучайиши қисқа муддатли бўлади. Ремиссия пайтида сұлак безлари одатда меъёрлашади ва сұлак яхшиланади. Аниқ белгилар даврида, зўрайгандан кейин безлар катталашади, лекин бироз катталашади, сұлак ажралиши камаяди, кейинги босқичларда барқарор ўсиш аниқланади, оғиз бўшлиғининг куруқлиги ортади, сұлак ажралиши кескин камаяди ёки бутунлай йўқ бўлади

**Фотография больной хроническим
интерстициальным паротитом в поздней стадии.
Околоушные железы увеличены.**

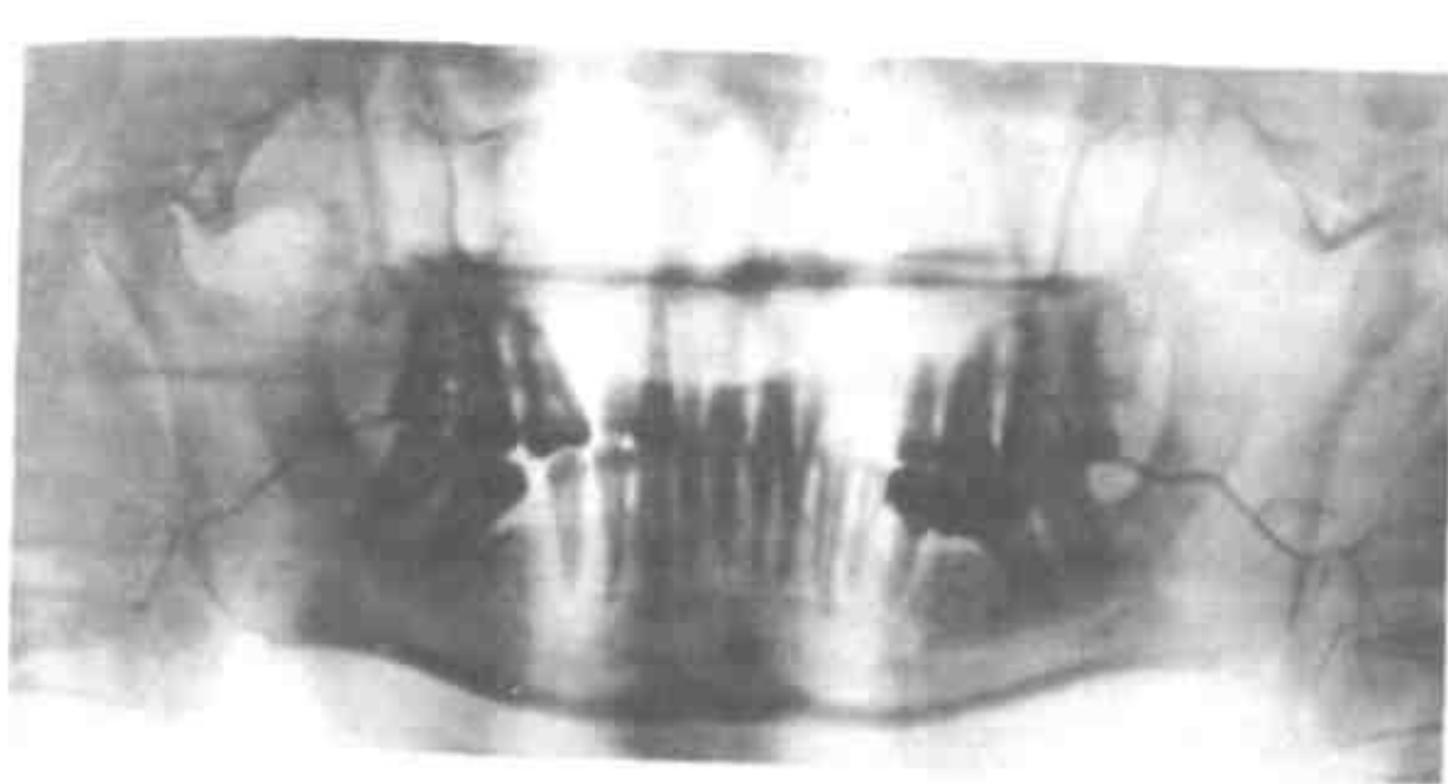


**Сиалограмма того же больного. (через 14 лет) после лечения.
Полостей в железе стало значительно меньше, определяются
внутрижелезистые протоки**



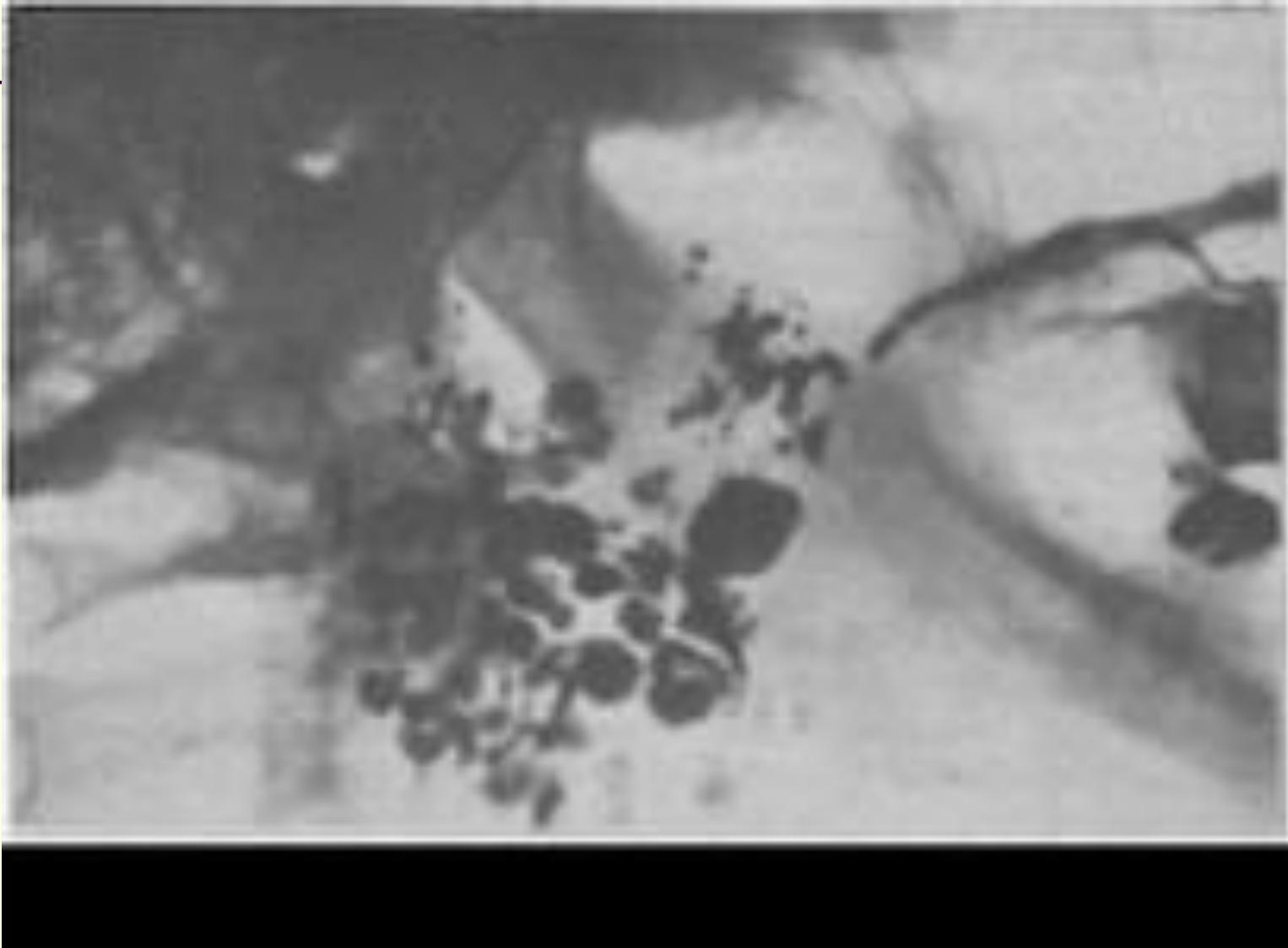
Паренхиматозли сиаладенит - сурункали қайталанувчи сулак бези паротити. Этиология паренхиматоз сиаладенитда етарли даражада урганилмаган. Сүлак безларининг шиш, ангиомотозли жараённи алохида ирмоқлари да кенгайиши характерлидир. Шу жойи атрофини қалин лимфогистоцитар инфильтрат, диффузларни пайдо бўлиши изохланади. Кўп чегараларини фиброзли тўқималар: тор кўринишдаги қатламларга таркатади. Алохида ирмоқларнинг оч пушти рангдаги туслари, эпителиал катакларда ацидоз цилиндрик формасидан тузилган шаклда бўлиши: цитоплазма оқ рангдаги тусда бўлиши кузатилади. **Клиникаси** bemorlar, безларнинг ирмоқларида оғирлик хисси, йиринг ажралишини кузатилади. Кўпинча, безлар узаяди, йиринг эластик констистенция бўлади, пайпаслагандага оғриқ зўрайиши булади. Яллиғланишда экссудатив белгиларнинг авж олиши учратиш мумкин. Сиало ва пантомосиалограм-мада паренхима чегараларида катта микдордаги 2—3 мм диаметрли каторлари кўринади. Паренхима ва ирмоқ безлари III, IV ва V тартибларда бузилиши аниқланган. Ирмоқлар I тартибида узилишида қулоқ олди ирмоқларининг ўзгармаслиги, балки курук ва чегараларда тўғри контурларни кенгайишига сабаб бўлади.

Пантомосиалограмма больного хроническим интерстициальным паротитом в клинически выраженной стадии. Паренхима железы определяется неравномерно, протоки IV–V порядка не видны, II и III порядка определяются не везде



Кечки босқичларда паренхиматозли сиаладенитда беморлар кўпроқ шишнинг атрофларида безларнинг қизариши, қулоқ олди атрофининг оғриқ сезиш, йирингли сўлак ажралишини, бир хил вақтларда оғиз бўшлиғининг куришидан шикоят қиласидилар. ~~Шинниш қулоқ олди анатомик чегаларининг~~ оғриқсиз ва ўнқир-чўнқир бўлишига эга бўлади ёки тери шиш билан копланади, бир хил вақтларда юпкалашади ва унда абсцесс авж олишида оборилган кесмалардан кейинги чандиқнинг қолиши кузатилган. Сиалометрияда безларда функция жараёни пасаяди. Цитологик текширувларда ширанинг кўп шилимшиклари кўринади. Қулоқ олди ирмоқлари деформацияси контурлари билан кенгаяди. Даволашда яллиғланиш тезда тугатилади яъни тўхтайди. Беморларда фаоллик давомида касаллик тана харорати 38—39[°]Сга боради, СОЭ ошади, лейкоцитоз аниқланади. **Ташихислаш** паротит цитологик ва сиалографияда тасдиқланган.

Паренхиматозли сиаладенит

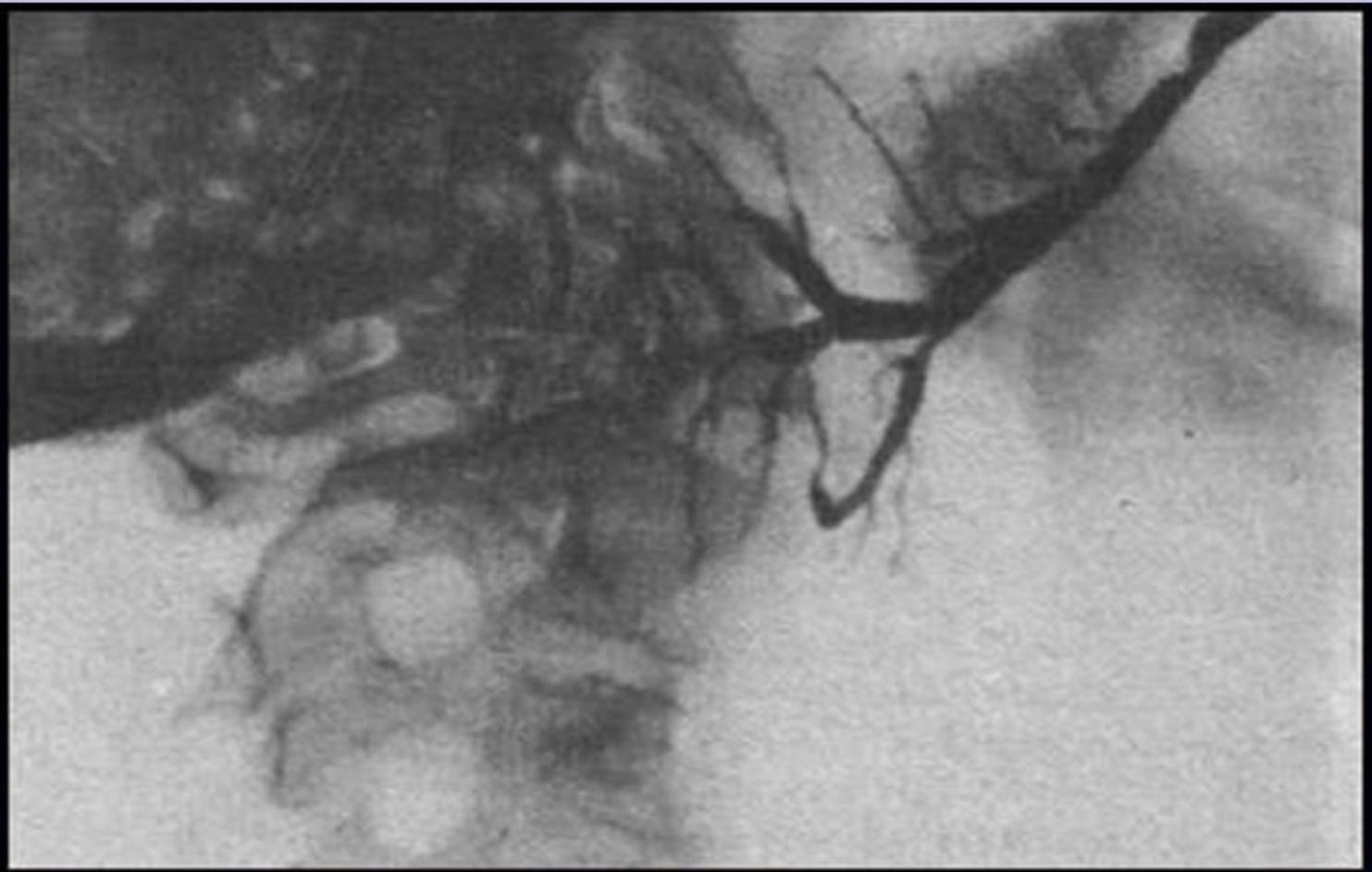




■ Сурункали сиалодохит - сўлак безларининг асосий каналчаларининг яллиғланиши. Сиалодохит ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Сиалодохитнинг сабаблари юқумли касалликлар, қорин бўшлиғидаги жарроҳлик аралашувлар, оғиз бўшлиғидаги инфекция ва бошқалар.

Бошлангич босқичларда bemорлар уткир таом истеъмол килганда қулоқ олди чайнов соҳасида гохида пайдо бўлувчи шишга шикоят қиласадилар. Гохида оғиз бўшлиғига кўп микдорда сўлакнинг ажралиши кузатилади. бу қулоқ олди йулларининг кенгайиши учун характерлидир. Жараён симптомсиз кечиб, хуруждан сўнг bemорларни текширишда аникланади. Кузатувда қулоқ олди безлар соҳасида ўзгаришлар сезилмайди. Йўлларда тиник, гохида шиллик бўлакчали секрет ажралади. Сўлак безлар функцияси норма атрофида булади. Секретни цитологик текширишда онда-сонда нейтрофиллар ва йўлларнинг эпителиал ёзилган хужайралари учрайди. Сиало- ва пантомосиалограммада асосий чикарув йўлининг ва I—II тартибдаги шохчаларнинг нотекис кенгайиши, ёки II—III ва IV тартибдаги шохларининг кенгайиши (катор холларда асосий чикарув йўли ўзгармаганлиги колади), ёки безнинг барча йўллари ва асосий чикарув йўлининг кенгайиши аникланади.

Сиалодохит околоушной железы. Сиалограмма.



■ Улар аник контурларга эга бўлиб, қайта килинган сиалограммаларда аникланади. Паренхима яхши топилади, бўлакчалари аник намоён бўлади. Клиник намоён бўлган босқичларда bemорлар оғиз бўшлиғига шўртсангрок, шиллик булакча аралашмали секретни йуллардан доимий уз-узидан ажралишига шикоят қиласдилар. Овкатланиш вактида сўлак бези соҳасида шиш ва санчиқ пайдо бўлади, ва овкат кабул қилгандан сўнг йўқолади. Баъзида майда йўллар сиалодохитда эзувчи оғриклар белгиланади.

■ Кулок олди йўллари бўйича ёки безнинг кандайдир соҳасида текширувда валик кўринишидаги оғриқсиз юмшоқ шиш аникланади. Унга босилганда оғиз бўшлиғига безнинг шуррок туриб колган секрети ажралади ва шиш йўқолади. Оғиз шиллик кобиғи, кам булиб, ранги узгармайди. Йулларнинг киргоклари, улардан ипсимон фибриноз киритилмас йуллар куймалари билан кучли шилликли секрет ажралади.

■ Сўлакни цитологик текширишда цилиндрик эпителий хужайралари топилади, улар орасида жуда йирик, баъзида икки ядроли, шунингдек яллигланиш метаплазия белгили куп бўлмаган эпителиал хужайралар пластларини топадилар.

**Пантомосиалограмма больного хроническим сиалодохитом левой
окколоушной железы в клинически выраженной стадии. Значительное
неравномерное расширение околоушного протока. Контуры его
неровные, четкие. Чередуются суженные и расширенные участки.**



Сурункали сиалодохитнинг кечиккан босқичларида bemорлар жараёнининг тез-тез кучайишига, йўллардан йирингли ёки шиллик-йирингли ажралмаларга шикоят қиласидар. Яллиғланган сўлак бези соҳасидаги шиш унча катта эмас, ўртача ва нотекис зичлашган; кулок олди йўллардан йирингли ва фибриноз киритмали ёпишкок шиллик секрет мум(лойка) ажралади. Сўлак секрецияси бир мунча пасаяди. Секретни цитологик текширишда унинг қуюқлашиши белгиланади, унда кўп микдорда йирингли тошлар булади. Нейтрофиллар билан бир каторда препаратларда эозонофилларнинг тўпланишлари учрайди. Йирик ва икки ядроли цилиндрик хужайраларнинг, шунингдек яллиғланган метаплазирланган эпителий пластларнинг мавжудлиги характерлидир. Сўлак безларининг охирги бўлимларини морфологик эслатувчи эпителиал комплекслар аникланади. Сиалограммада, кенгайган қулок олди йўли аник формага эга бўлади. *Даволаи* оғиз бўшлиғи, бурун-халкум сурункали учоклари санациясидан бошлаш максадга мувофик. Комплекс медикаментоз даволашда натрий нуклеинатни [Оглазова Н.М., 1982] 0,2 г дан суткасига 3 махал 14 кун давомида берилади. Системали касалликларда сўлак безлари тукималари трофикасини яхшилаш, унинг функциясини кутариш, строма ва паренхимадаги дегенератив узгаришларни склерозирлаш



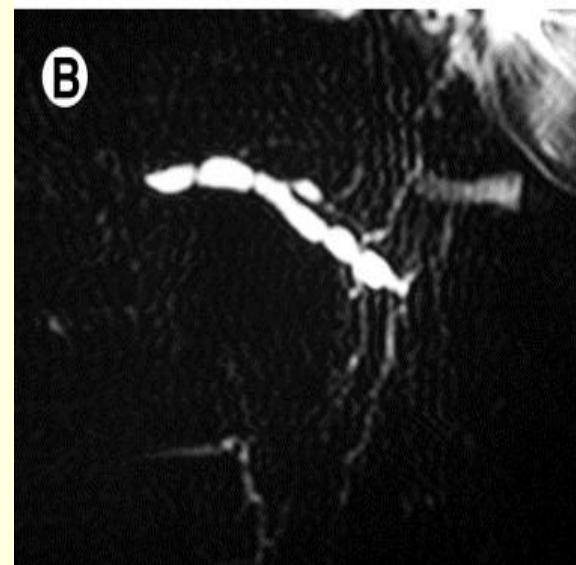
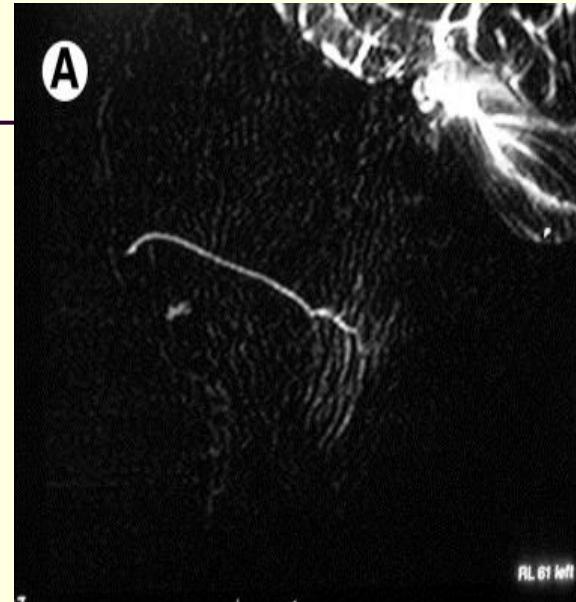
Паренхиматоз паротит ва сиалодохитнинг кечиккан босқичларида даволашни антибиотиклар юборишдан бошлаш лозиим. Буни массаж килиб ва барча йулларни таркибидан озод ~~килгандан сунг, махсус канюля ёки игна билан 2 мл Е0 000 ЕД~~ бирламчи пенициллин ва 100 000 ЕД стрептомицин 2 мл 0,5 % ли новокаин эритмасига юборилади ва безни массаж килинади. Антибиотиклар эритмасини йулларга юборишни то барча шиллик – йиринг масса ювиб ташланмагунча давом эттирилади. Йуллари торайган bemорларда протеолитик ферментларни (трипейн, химатрипсин) куллаш керак. Даволаш комплексига рибонуклеаза G—10 мгдан мушакка) инъекцияни ва дезоксирибонуклеаза G—10 сеансдан 20 мин). Электрофорезни куллаш мумкин.

Сўлак бези соҳасига 30% ли димексид эритмаси ва 5000 ЕД гепарин билан компрессни смуткасига 2 маҳалдан 8-10 кун давомида куллаш яхши эффект беради. Шунингдек, безлар йулига йодолипопни ёки бошка ёғли моддаларни: облепиха, наъматак, А витаминнинг ёғли эритмасини юбориш эффективдир.

Физикавий даволаш усулларидан сўлак безлари соҳасига ЭНГ куп гальванизацияни, турли доривор моддали (0,5 новокаин эритмаси, 0,5-1% ли галантамин эритмаси, 5% ли витамин С эритмаси ва бошк.) эритрофорезлар, магнит- ва лазеротерапия ва бошқаларни куллайдилар.

Жаррохлик даволаш усулларини гохида консерватив терапия эфектисизлигига, безнинг йиринглаши билан борувчи яллигланиш жараёнларида, сўлак бези функцияларининг бузилишида, қулоқ олди ёки жаг ости йуллари структура ва атрезиялари мавжудлигига кулланилади.

Хронический сиалодохит



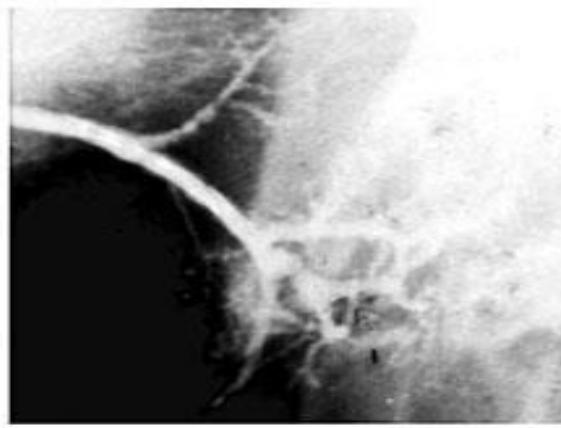


Рис. 9. Сиалодохит главного и внутрижелезистых выводных протоков околоушной железы.

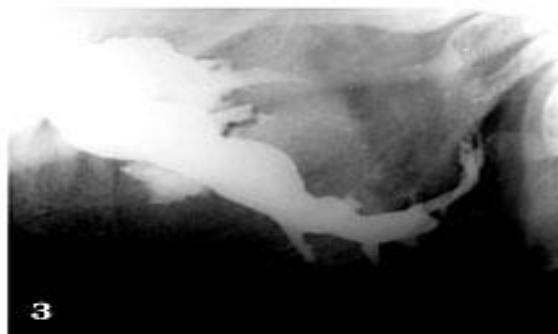
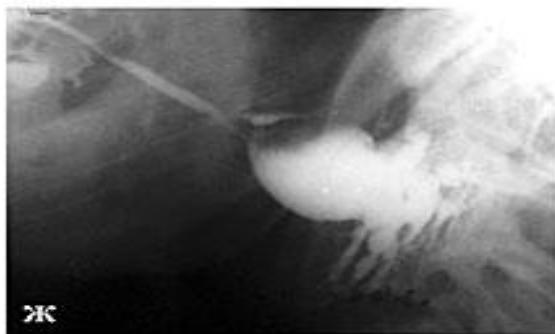
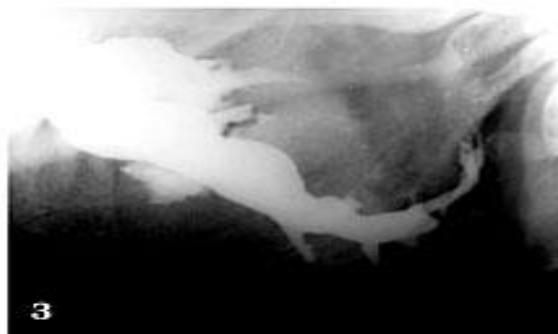
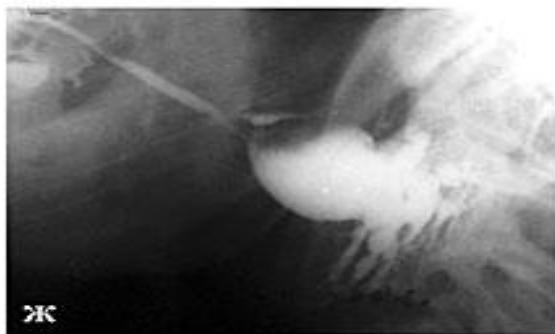


Рис. 10. Разнообразные варианты сиалодохитов главных и внутрижелезистых выводных протоков околоушных желез (а, б, в, г, д, е, ж, з).

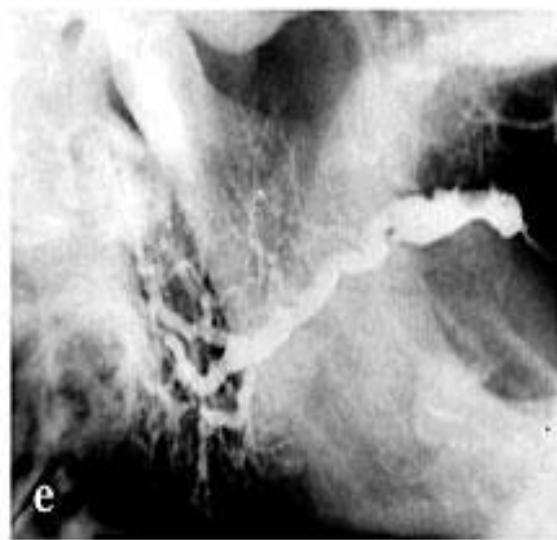
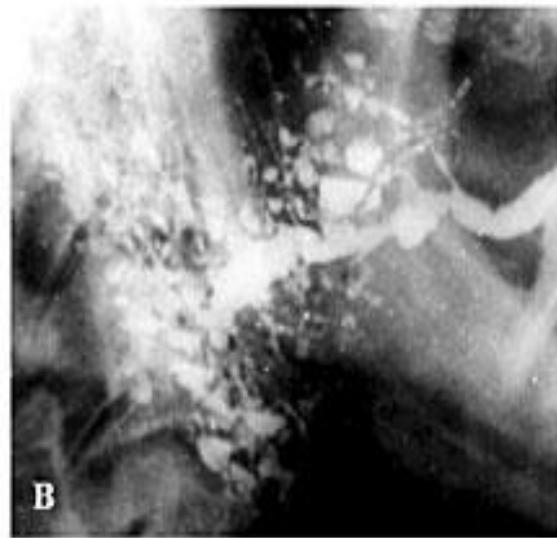
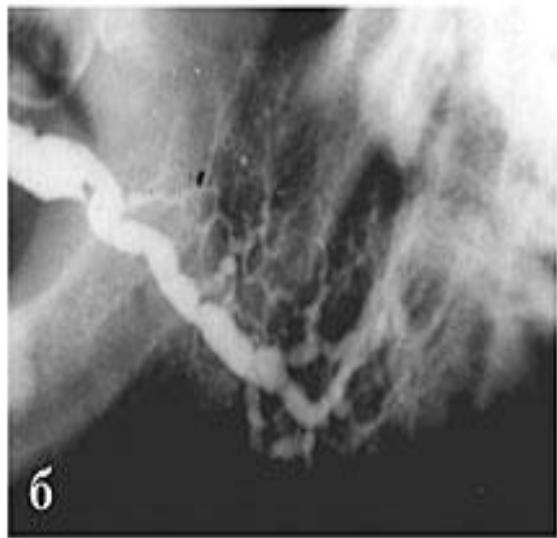
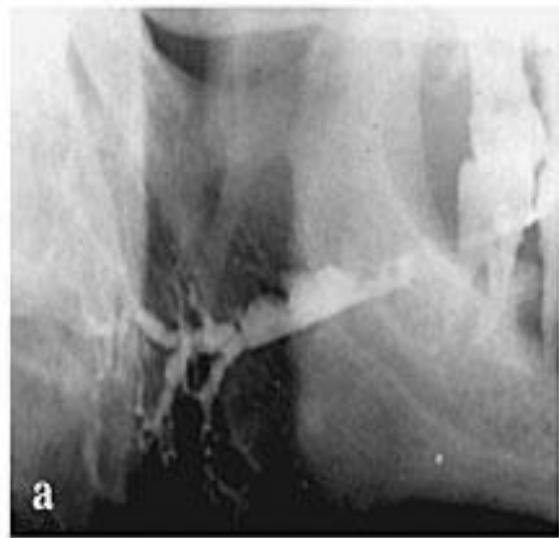
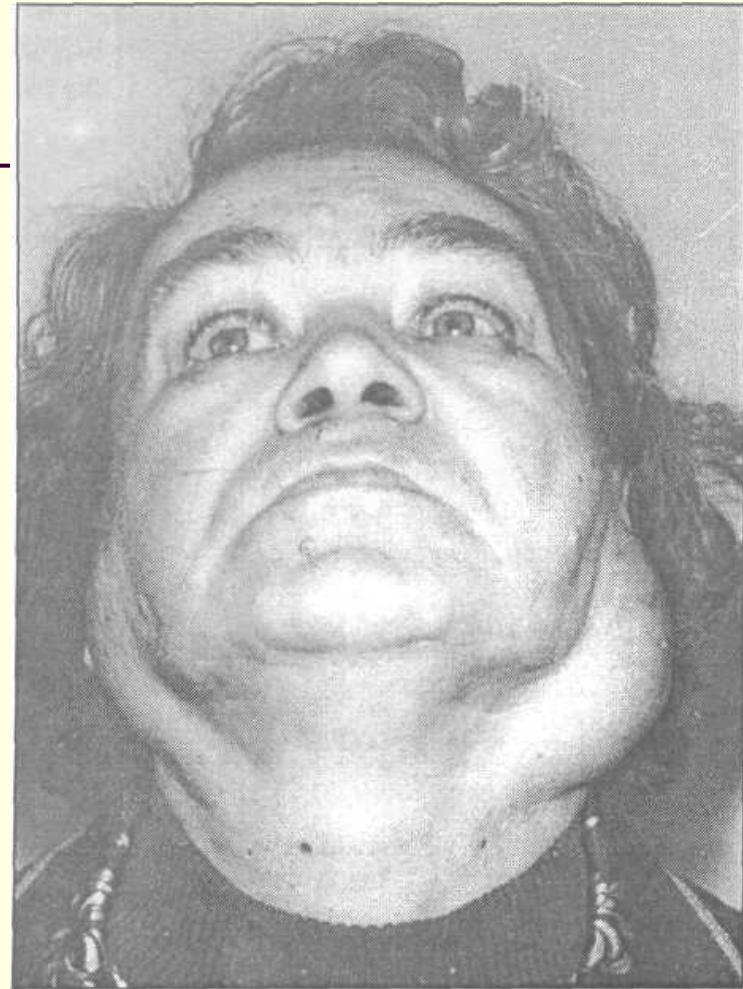


Рис. 11. Варианты сиалодохитов главных и внутрижелезистых выводных протоков околоушиных желез (а, б, в, г, д, е).

Сиалоз - сўлак безларидағи дистрофик узгаришлар уларнинг катталашиши ва айирув хамда секретор функциялари бузилиши билан кечадиган касаллик. У кичик ва катта каналчаларнинг торайиши, без паренхимаси катталашуви билан характерланади. Барча чиқарув каналчаларининг торайишига без паренхима хужайраларининг гипертрофияси ва гиперплазияси туфайли уларнинг сиқилиши сабаб бўлади. Агар сиалоз фонида безда яллиғланиш ўзгаришлари ривожланса, у ҳолда асосий чиқарув канали ва каналларини деформациялаш мумкин, яъни сиалодоҳит ривожланади.

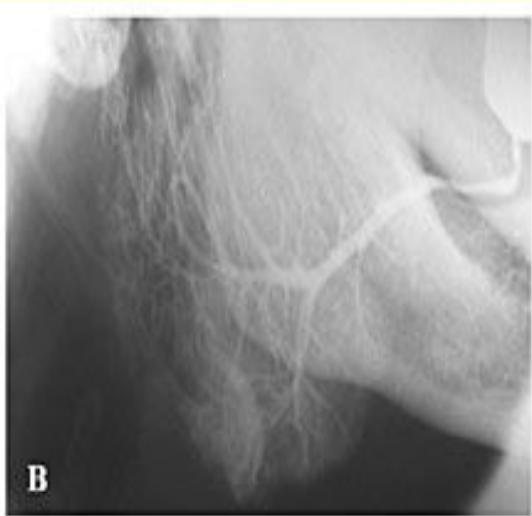




а



б



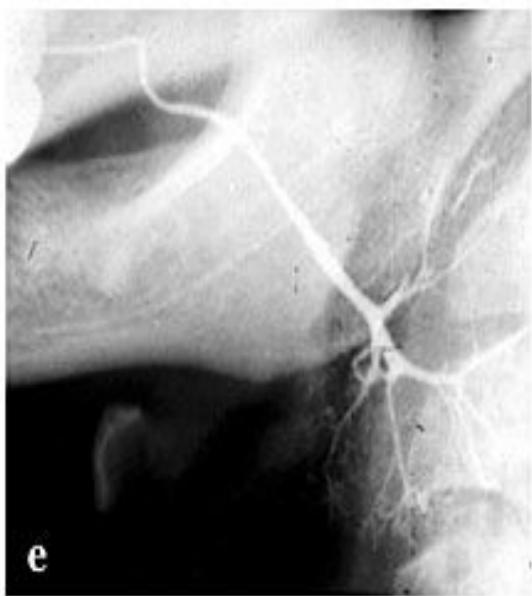
в



г



д



е

Рис. 4. Сиалограммы больных сиалозом (а, б, в, г, д, е).

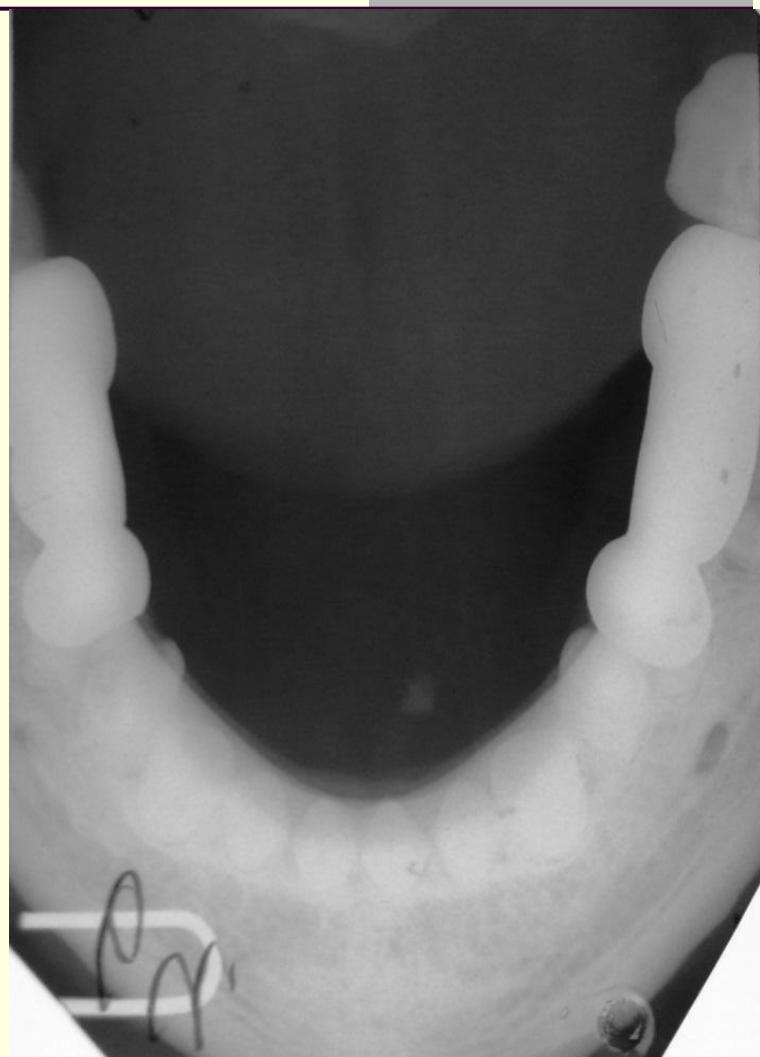
Сўлак тош касаллиги - (**сиалолитияз**) эркаклар ва аёлларга тенг таъсир қиласиган касалликдир. Шу билан бирга, сўлак тош касаллиги учун ёш чегаралари жуда кенг: сўлак тош касаллиги ҳолатлари болаларда ҳам, ўрта ва кекса ёшдаги болаларда ҳам содир бўлади. Умуман олганда, сўлак тош касаллигининг бутун патологияси субмандибуляр сўлак безининг устун заарланиши билан 20.5% — 60.1% ҳолатлардан келиб чиқади.

СҮЛАК ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ ДИФ. ДИАГНОСТИКАСИ

- ✓ Ўткир ва сурункали сиалоаденит билан
- ✓ Лимфаденит билан
- ✓ одонтоген яллиғланиш жараёнлари билан



Сиалолитиаз



Сиалолитиаз



Сиалограммаларда сўлак тошлари юмалоқ (безда жойлашганда) ёки овал шаклдаги (чиқарув каналчаларида локаллашганда) ҳосилалар сифатида аниқланади. Дастлабки босқичда асосан каналчаларнинг кенгайиш ҳодисалари кузатилади, паренхима юмшоқ диффуз соя шаклида бўйлаб кузатилади. Клиник ифодаланган босқичда дилатациядан ташқари каналчаларнинг деформасияси ривожланади, без паренхимаси фақат маълум соҳалардагина куринади. Енг аниқ ўзгаришлар каналларни дилатасён ошириш, касалликнинг кеч босқичида кузатилади, деформациялари кенгайтириш ва қисқариш (мунчоқлар шаклида) борлиги билан намоён бўлади, каналларда контурлари хира бўлиб, паренхиманинг сояси аниқ куринади.

Гиперсаливация

- Сўлак ажралишининг кўпайиши. Турли касалликлар билан бўғлиқ холда учрайди: стоматитларда, одонтоген яллиғланиш касалликларида, ошказон ичак тизимишинг ярали касалликларида

Гипосаливация

- Сўлак ажралишининг камайиши. Касалликларни ўткир босқичлари билан бирга кечада: Ўткир инфекцион касалликлар, корин тифи, дизентерия ва бошқалар. Кўпинча ксеростомияга олиб келади.

Микулич касаллиги ва синдроми

Кўз ёш ва сўлак безларининг биргаликда катталашиши. Агар бу касаллик лейкоз, лимфогранулематоз, захм, сил, эндокрин бузилишларда учраса, *Микулич синдроми* деб аталади. Этиология ва патогенези аниқланмаган. Бу касалликнинг сабаби нейротрофик, гуморал, атоиммун бузилишлар деб тахмин қилинади.

Клиникаси: Бунда безларнинг шишганлиги, қаттиқлиги, оғриқсизлиги, улар устидаги тери рангининг ўзгармаслиги кузатилади. Ҳамма безларнинг (катта, кичик) шиши кузатилади. Буларга яллиғланиш жараёни қўшилиб, сиалоз, сиалоденитга ўтиши мумкин. Сиалограммада безнинг ғайритабиий катталиги, сўлак безлари йўллари структурасида ва паренхима соясида ўзгаришлар йук. Жараённинг кучайиши натижасида паренхима сояси аниқланмаслиги, сўлак безларининг йўлларини тор, тўғри контурга эгалиги намоён бўлади.

Больная с болезнью Микулича

**Увеличение слезных желез,
околоушных и поднижнечелюстных
слюнных желез.**



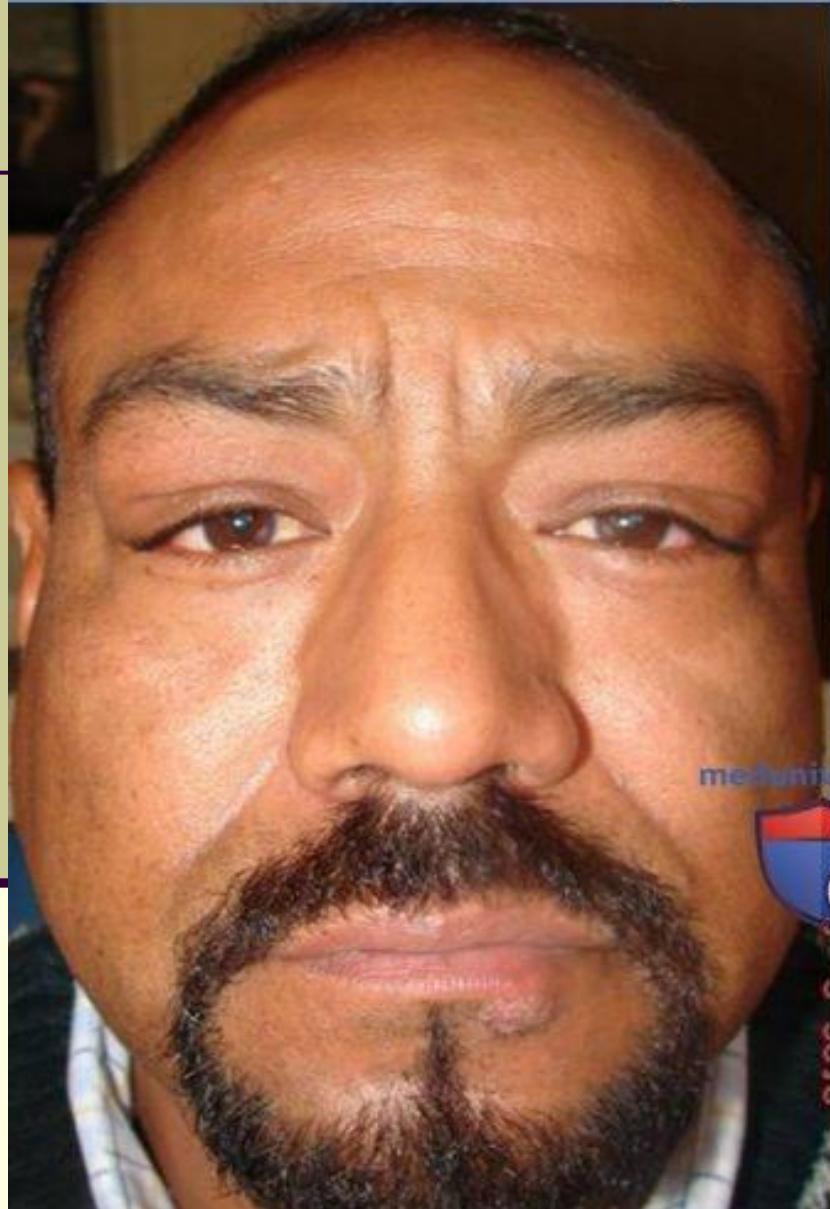
■ Кечки босқичда безлар паренхима сояси периферияда кузатилади. Лимфа

системасининг

генерализацияланган

шикастланишида Микулич синдроми лимфа ретикуляр системасининг ўсмага айланишидир. Даволаш қийин кечади. Рентгенотерапия ўтказилади, аммо натижаси доимий эмас. Новокаинли блокада ва галантамин қилинади. Сурункали кечишда яллигланишга қарши терапия, компресс. Безлар йулларига бактериофаглар юбориш, антибиотиклар қўлланилади.

Синдром Микулича



Гужеро-Шёгрен касаллиги ва синдроми.

Бу касаллик ташқи секреция безларининг: кўз ёш, сўлак, тер ва ёғ безларининг биргаликдаги етишмовчилиги билан характерланади.

Этиология ва патогенези кам ўрганилган. Касалликнинг ривожланишида асосан инфекция, эндокрин бузилишлар, вегетатив нерв системаси ва иммун статусни бузилиши эгаллайди деб тахмин қилинади. Барча ташқи секреция безлари бузилишининг системали системали склеродермияда кизил волчанка, кечиши *Шёгрен синдроми* деб аталади.

Клиникаси. Клиник кечиши турли хил. Беморлар оғиз қуришига, вақти-вақти билан пайдо бўлувчи қулоқ олди сўлак безларининг яллиғланишига, умумий холсизликка, тез чарчашга шикоятлар қилишади. Баъзан бошланишда кўзнинг шиллик қаватини қуриши, ёруғликдан қўрқиши, кўзда қум тиқилиш хисси, кейинчалик эса қулоқ олди, кам холларда жағ ости безларининг катталлашиши пайдо бўлади. Текширишда қулоқ олди безлари ремиссия пайтида катталашган, қаттиқ. Ғадир-будир ва оғриқсиз бўлади. Одатда иккала без ҳам заарланиб, лимфа тугунлари баъзан катталлашиши мумкин. Авж олиш даври жуда қийин ўтиб, тана ҳароратини кўтарилиши, қаттиқ оғрик ва сўлак безлари йўлларидан шиллик йиринг ажралиши билан намоён бўлади. Сиалографияда безлар бўшлиғи катталашган бўлиб, контурлари ноаник, перенхима тузилиши аниқланмайди. Майда сўлак безлар йўллари узук-юлук бўлади. Бу касалликларни ўсма, сўлак безлари йўллари паренхиматози ва интерстицияли ҳамда сурункали силодохит билан дифференцияланади. **Ташихис** секретнинг цитологик текшируви, сиалометрия. Сиалография текширувлари, ксерофталмия ва хазм қилишнинг бузилишлари белгиларига асосланади. Конда турли хил даражадаги ўзгаришлар кузатилади: ЭЧТ ошади, лейкопения, баъзан лейкоцитоз, гипергаммаглобулинемия + ревматоид омил.

Даволаи. Касаллик шифохонанинг ревматология бўлимида даволанади. Ревматологлар аутоиммун жараённинг фаоллигига қараб асосий терапия - цитостатиклар, стероид ва яллиғланишга қарши моддалар (преднизолон, бруфен, салицилатлар, поливитаминалар, ретоболил ва бошқалар) буюришади. Сўлак безларига махаллий таъсир этувчи димиксид, новокаинли блокада, физиковий усуллар буюрилади.





а



б



в



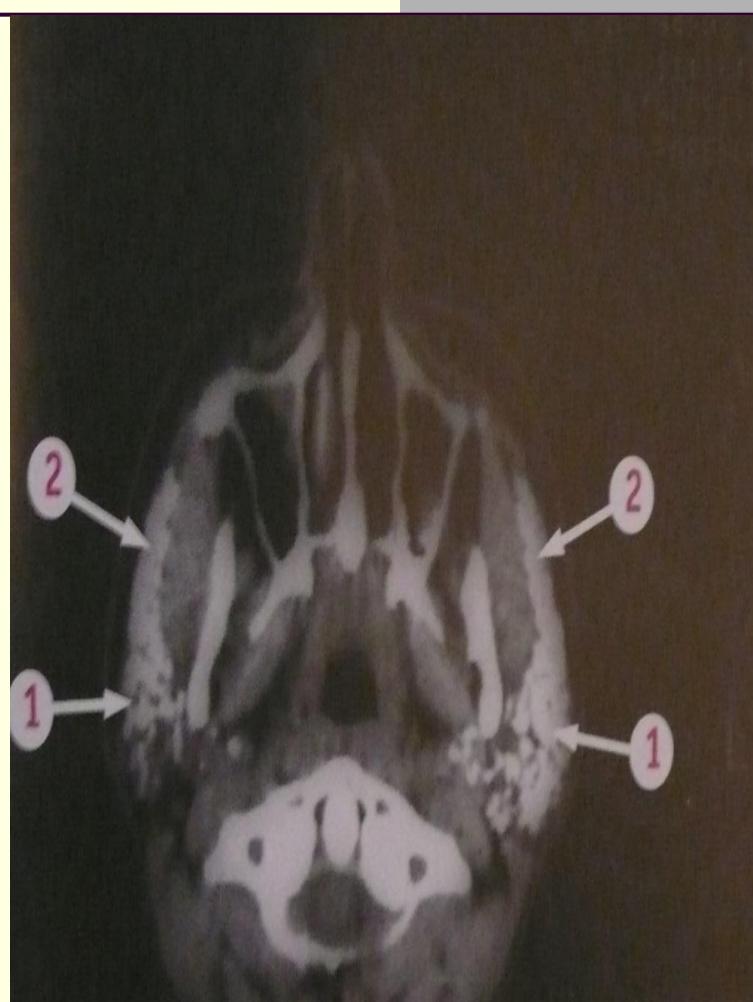
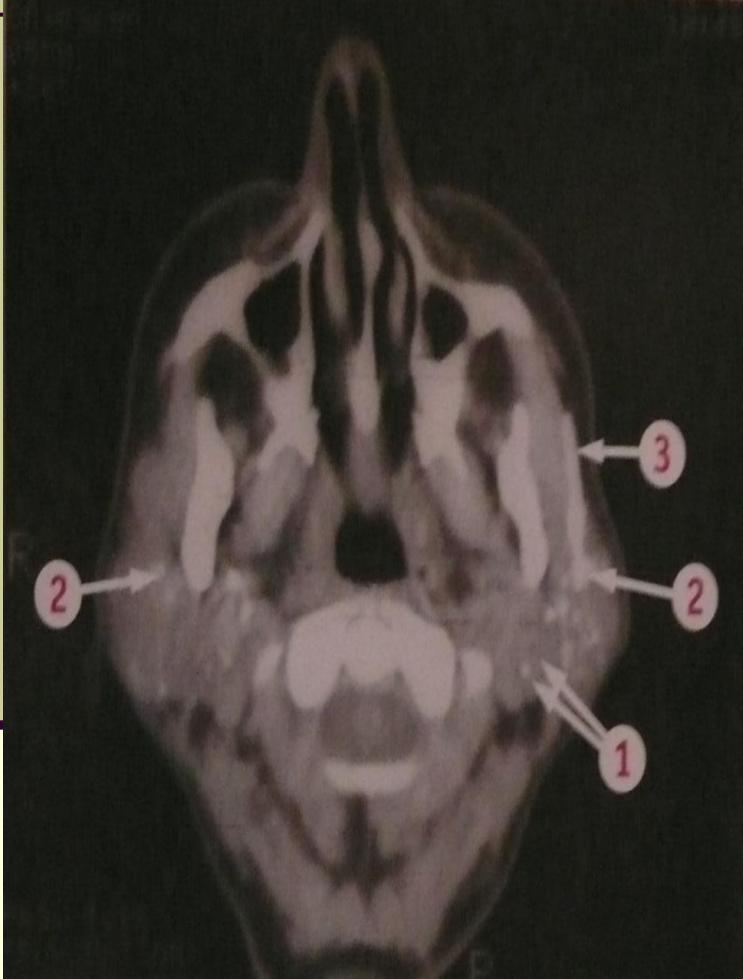
г



д

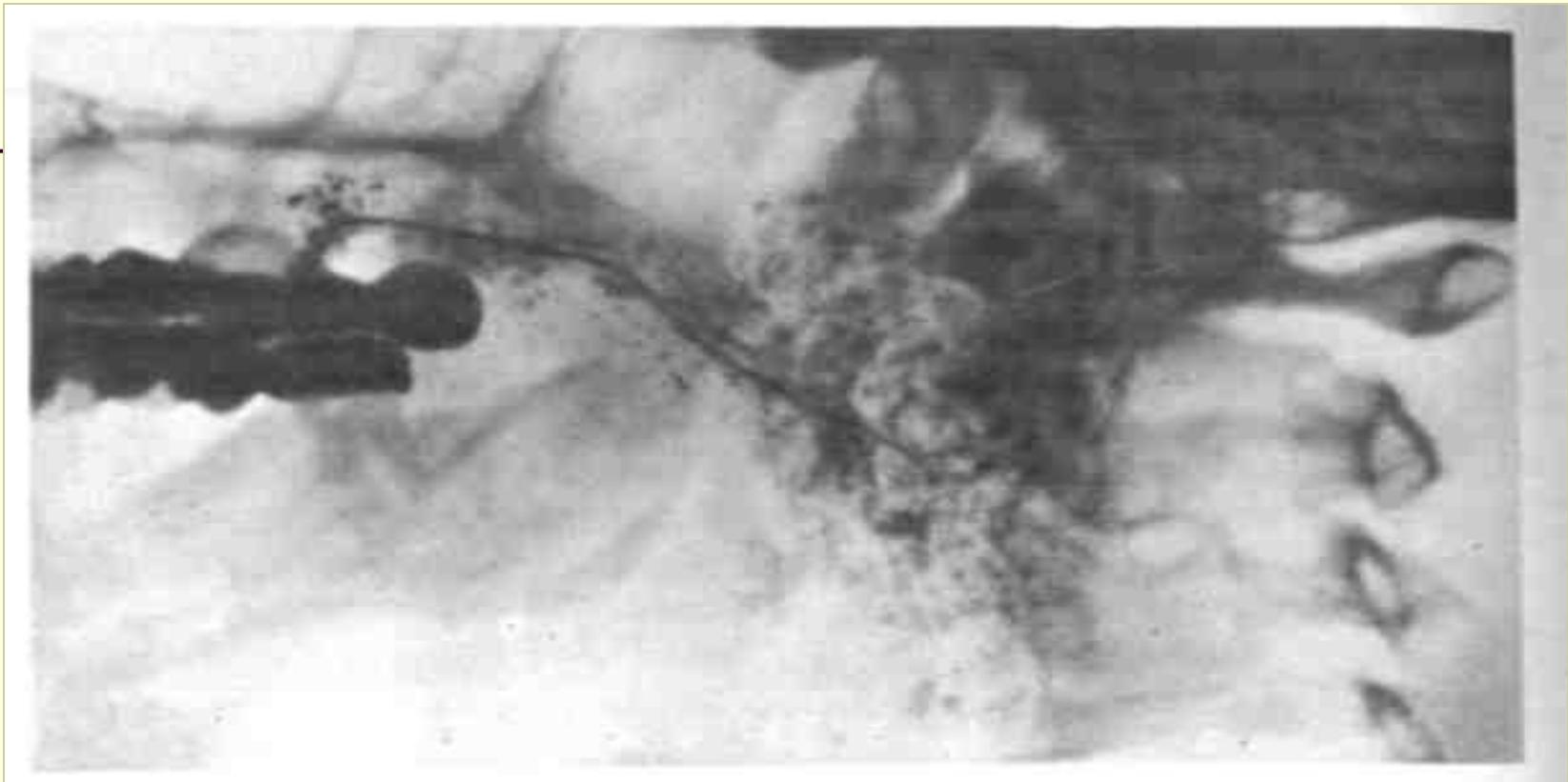
Рис. 18. Сиалограммы околоушных желез больных с синдромом Шегрена (а, б, в, г, д).

Синдром Шегрена



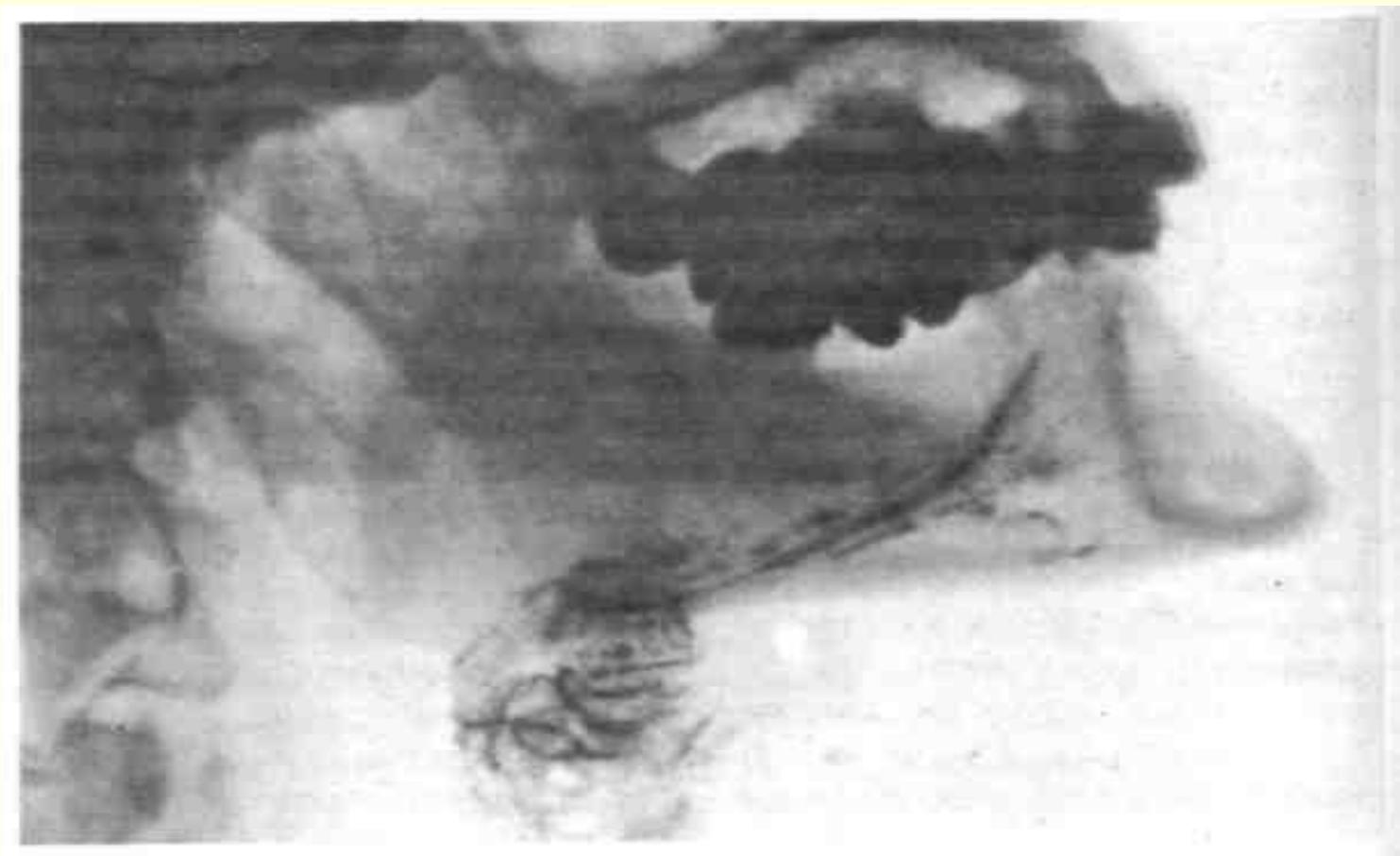


**Кулок олди сулак бези катталашган, курук
кератоконъюктивит**



Шегрен касаллиги билан чалинган беморниң lateral проекцияси чап сулак бези Сиалограммаси. Каналчаларнинг контурлари нотекис ва ноаниқ. Контраст модда каналчалар деворлариға кириб борган ва каналчалар ташқарисидаги ноаниқ, тартибсиз жойлар сифатида аникланган.

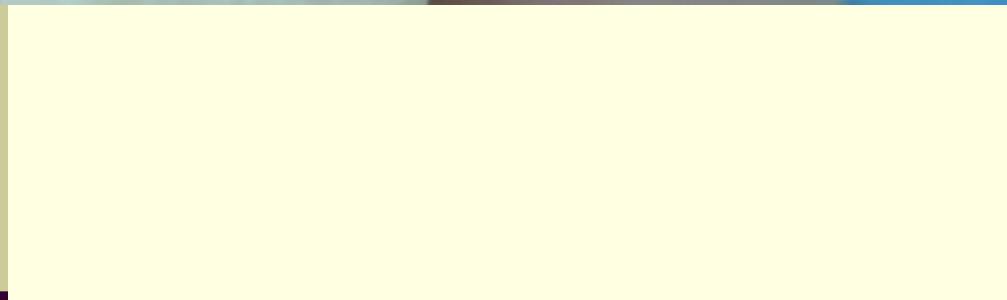
**Сиалограмма правой поднижнечелюстной железы той же больной.
Изменения в поднижнечелюстной железе сходны с таковыми в
околоушной.**



КИЧИК СҮЛАК БЕЗЛАРИ РЕТЕНЦИОН КИСТАЛАРИ

Ретенционная киста – тиң чиқиши бузилиши туфайли

безда ҳосил бўладиган кистадир. Бундай кисталар одатда бачадон бўйни, оғиз шиллик қавати, тухумдонлар ва бошка жойларда куп учрайди. Кўпчилик мутахассисларнинг айтишича, бу кисталарда ўсмани очишда яқин атрофдаги аъзоларни келтириб чиқарадиган ва юқтирадиган инфекцион воситалар мавжуд. Шунинг учун, кўп муаммоларни олдини олиш мақсадида, деярли ҳар бир шифокор ўз вақтида даволаш ва кистани олиб ташлаш зарур.



Маша, 2 года,

Диагноз: ретенционная киста нижней губы, справа

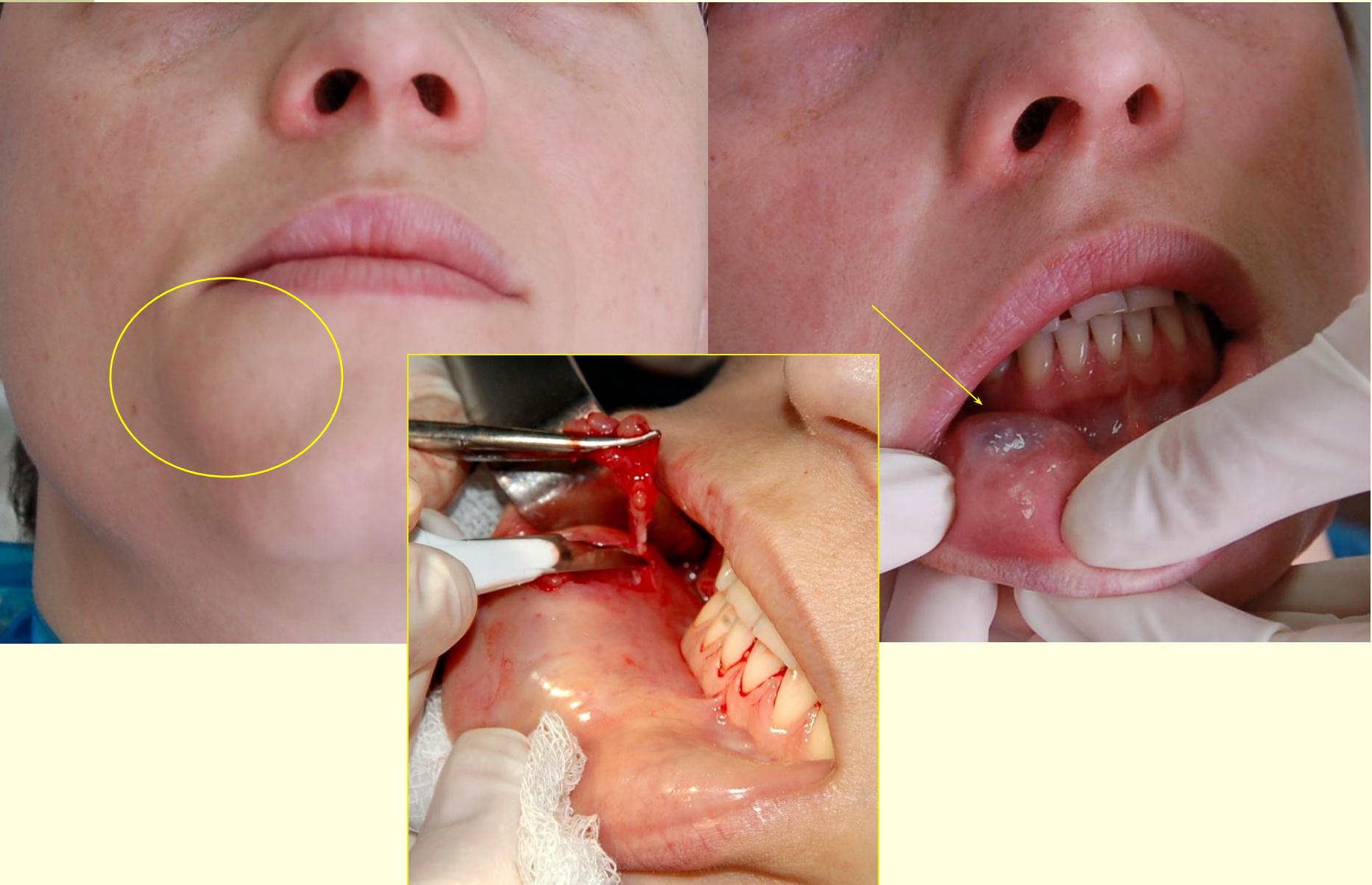


Ретенцион киста - ингичка толали капсулага эга бўлиб, таркибида ёпишқоқ оқиши-сарғиш суюқлик бор. Кист деворининг ички юзаси бириктирувчи ёки грануляцион тўқима билан қопланган бўлиб, периферия бўйлаб зич толали булади. Без киста мембранаси билан туташган сақланиб қолган жойларида каналчаларнинг кенгайиши ва паренхимада атрофик ўзгаришлар кузатилади. Беморлар оғиз шиллиқ қавати соҳасида лабнинг оғриқсиз аста-секин катталашади Диаметри 1-1.5 см га етади. Кист катта бўлса, лабда конфигурация бузилган бўлиши мумкин. Баъзан шиллиқ пардадан ёпишқоқ суюқлик чиқади. Оғиз бўшлиғи яъни лабда, ёнокда ёки танглайдага булганда атроф тўқималардан ажралган зич ёки юмшоқ эластик консистенсияли, ҳаракатчан, ўзгармаган шиллиқ парда билан қопланган юмалоқ шакл хосил бўлиши билан характерланади. Ретенцион киста катта бўлганда, унинг устидан шиллиқ парда юпқалашади, одатда, кўқимтири туслага киради. Даволаш жарроҳлик усули ҳисобланади.

КИЧИК СҮЛАК БЕЗЛАРИ КИСТАЛАРИНИ ДАВОЛАШ



Цистэктомия



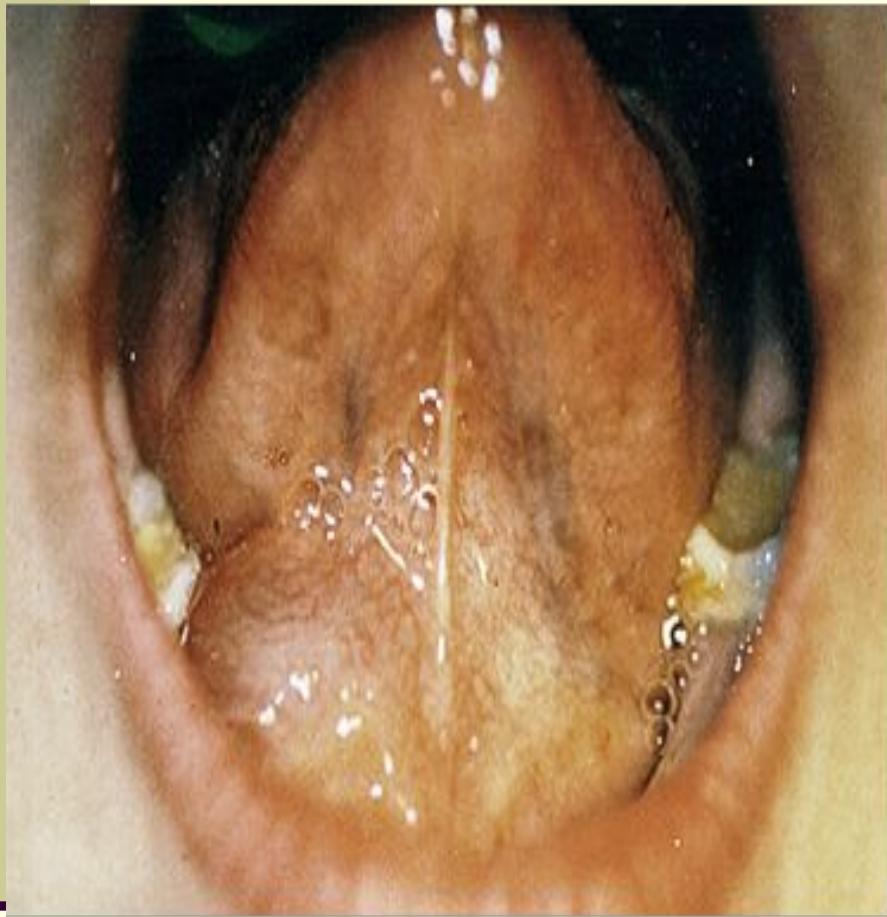
ТИЛ ОСТИ СУЛАК БЕЗИ РЕТЕНЦИОН КИСТАНИ ДИФ. ДИАГНОСТИКАСИ

- ✓ кистоз лимфангиома билан
- ✓ дермоид ва эпидермоидн киста билан

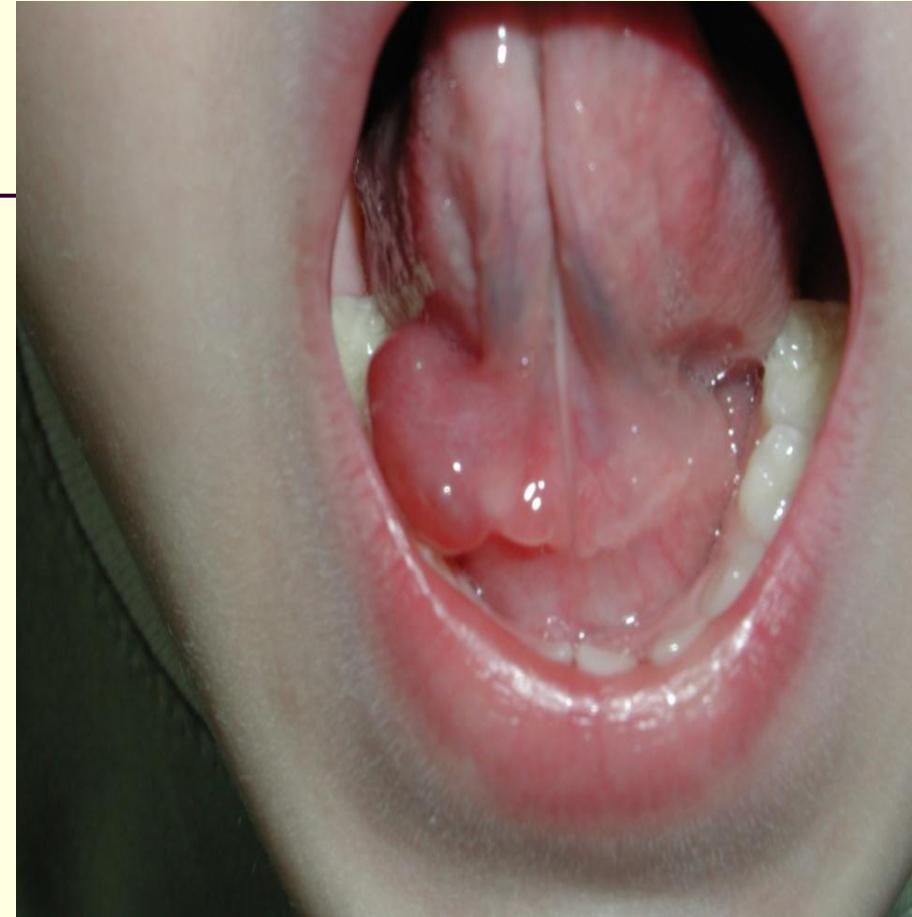


РИС. 1





Огиз бушлиги
лимфангиомаси



Тил ости сулак бези
ретенционная киста

- **НООДОНТОГЕН ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ.
ФУРУНКУЛ, КАРБУНКУЛ, САРАМАС.
ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ, КЛИНИКАСИ, ТАШХИСИ, ҚИЁСИЙ
ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШ.**

ФУРУНКУЛ(ЧИПҚОН)

М.Г. Шрайбер бўйича :

- ҳавфсиз
- ҳавфли чипқонлар бўлади.

М.В. Костылев бўйича :

- прогрессив
- нопрогрессив кечишга эга.

Сүмбатов чипқонли беморларни учта гурұхга

- 1) Енгил клиник кечадиган bemорлар
- 2) Ўртача оғирликда кечадиган bemорлар
- 3) Оғир кечадиган bemорлар.

**Л.Ю.Дамарский ва Н.С.Тимофеев чипқонларни
клиник кечишини икки турга ажратиб, яна
яллиғланиш жараёнигининг бир нечта босқичи
борлигини таъкидлайдилар:**

1. Уч босқичли хавфсиз : инфильтрация, йиринглаш ва некроз, регенерация ва эпителизация.
2. Хавфли ва унинг босқичлари: инфильтратив-токсик, флегмоноз, прогрессив вена томирлари тромбози билан септик.

С.Т.Павлов чипқонларнинг бўйича клиник кўринишига қараб таснифи

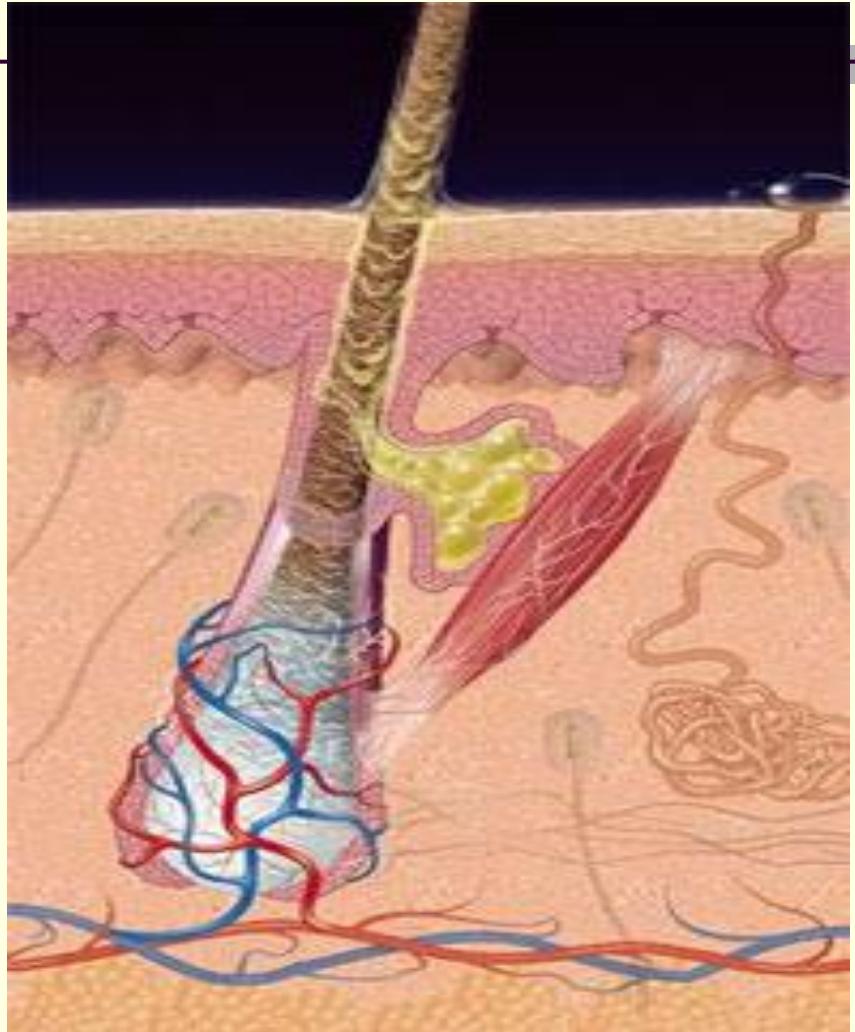
1. Биттали (ягона) чипқон;
2. Қайталовчи биттали (ягона) чипқон

3. Махаллий жойлашган фурункулезлар
 - а) ўткир,
 - б) сурункали

4. умумий фурункулез:
 - а) ўткир
 - б) сурункали.

Фурункул

Фурункул – соч фоликулини ва унинг атрофидаги тери ва клетчаткани ўткир йирингли-некротик яллиғланиши



Касалликни чакирувчиси кўпинча тилла ранг стафилакокклар, кам ҳолларда оқ рангдаги стафилакокклар чақиради. Экзоген омил: юз соҳасига хар хил машина ёғларининг ёки чанг тушиши натижасида пайдо бўлади, яна хуснбузарларга текканда чиқиши мумкин.

Кечиши З даврга бўлинади
инфилтрация
йирингли ва некроз
битиш даври



Патологик жараённинг бошланиши дермада унча катта бўлмаган остеофоликулит тугуннинг пайдо бўлиши билан бошланади 1-2 кундан сўнг шу қисмда чегарали инфильтрат пайдо бўлиб пайпаслаганда оғриқ бўлади, 3-4 кунга бориб пустула ҳосил бўлади, флюктиацияни аниклаш мумкин, яширин пустулалар ҳосил бўлиб, оз микдорда йиринг ажралиб туради ва яшил рангдаги некроз кўзга кўриниб туради. Йиринг оқиши кўпайиб некротик ўзак йирингдан бўшаб гранулиациялар билан тўлади ва унча катта бўлмаган чандиқлар пайдо бўлади.



Яллигланиш жараёнида фурункул фолликулаларда ҳосил бўлиб, кейин тери ости клечаткасига тарқалади. Регионар лимфаденит ривожланиб, интоксиация натижасида умумий белгилар кузатилиди: тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳолсизлик уйқунинг бузилиши иштаҳани йўқолиши билан характерланади. Кўп bemорларда оғриқ асосий шикоятларидан бири ҳисобланади, айниқса бурун, пешона, лабларда фурункул бўлса жуда оғриқли кечади ва бу оғриқ З шохли нерв йўналиши бўйлаб ирадиация беради, юз қисмини қайси соҳаси заарланишига қараб бир қанча вариантлар тафавут қилинади



Фурункулда бурун соҳаси : оғрик синдроми билан боғлик бўлиб bemорлар касаллик бошлангич даврида шифокорларга мурожат қилишган . фурункул бурун қанотларида бурун учидаги чиқиши мумкин. Буруннинг ташқи ёки ички қисмида пайдо бўлиши мумкин.

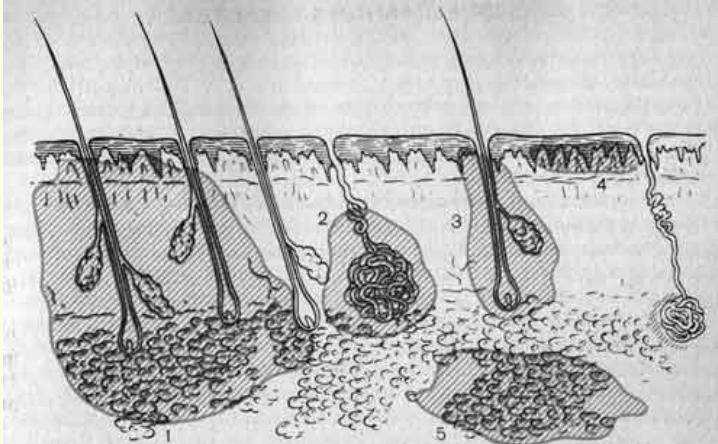
Ташқи қисмида бўлганда ташхис қўйиш унча қийин бўлмайди.Бу пайтда юқори лабни шишини кузатиш мумкин бўлади, бурун катаклари кичклашади ва нафас олиш қийинлашади .Буруннинг пастки қисми инфильтратида оғизга кириш дарвозаси бўшлиғи ва ўтиш букилганда юқори тиш фронтал қисмида бўлса ташхис қўйиш бир оз қийинчилик туғдиради. Кам ҳолларда бунда юқори жағ периодити диагностика килинади. Лабларда фурункул бўлганда bemорлар овқат қабул килиш вақтида оғрикнинг пайдо бўлишига шикоят қиласилар. Бу ҳолларда жойлашишига кўра юқори лаб, пастки лабда бўлиши мумкин. Кўпинча фурункул юқори лабга чиққанда оғир кечади ва бу оғирлик тушиши натижасида хавфли характерда кечишига олиб келиши мумкин, шиш ва уни ўраб турган тўқима инфильтрати кузатилади ва юз веналарида йирингли тромбофлебит кузатилади . бу эса менингит , сепсис ёки септикопиемия, абсцесс ва гемотоген остеомиелит ўчоқларини пайдо бўлишига олиб келади.

Фурункул юқори лабда бўлса инфильтрат лабларнинг чет қисимларини эгаллаб, инфильтрат бутун лаб бўйича тарқалиб ўлчами жиҳатдан катталашиб кетади. Шиш бурун –лаб бурмаси, тўсик ва қанотларига ўтади. Абсцессланиш натижасида йиринг оғиз бўшлиғи шиллик қаватига ёрилиши мумкин, оғиз бурчакларида фурункул бўлганда унинг осилиб туриши бурун-лаб бурмасида ёнокда тишлар изи шиллик қаватида шиш кузатилади.

Как выглядит фурункул



КАРБУНКУЛ –тери ва тери ости клечаткаси бир қанча халтасидан ҳосил бўлган тер безларини тарқалган йирингли-некротик яллиғланиши ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида соч халтаси ва тер безларига инфекцияларнинг (кўпинча стафилакок кам ҳолларда стрептокок) тушиши натижасида келиб чиқади. Кўпинча у ёши катта кишиларда учрайди, авитаминоз, диабет яна фурункулни сикқандаги келиб чиқади. Болалик ёшида камрок учрайди, бу эса тери ва тери ости клечаткасининг морфологик тузилишига боғлик. Болаларда тери ва тери ости клечаткасида эластик толаларнинг йўқлиги, тери безлари унча чуқур жойлашмаганлиги ва юзларда соқолларнинг йўқлиги бунга сабаб бўлади.



Турли сохаларда учраши



Агар карбункул лабда ёки ёнокда учраса, инфильтрат ҳисобига, юз асимметрияси кузатилади, шиш юқори қисмларга ва соғ түқимага қараб тарқалади. Карбункул күпинча үткир лимфангит ва регионар лимфаденит клиникаси сингари кечади. Аста-секин соч халтачаларида, тер безларида, тери ва тери ости ёғ клечаткаларида некроз ривожланади. Вена томирлари қон билан тўлиб тромблашади, бу эса юз ва юзнинг соғлом кисмини шишишига олиб келади. Артериал томирлар экссудат билан босилади. Циркулятор бузилишлар натижасида, томирлар деоврига токсин ва эндотоксинлар некроз зонага кириши кўпаяди, некротик жараён йирингдан устун келади. Охири дисциркуляция, некроз ва яллиғланиш терида тешиклар ҳосил қилиб, улардан қон рангидаги йиринг-некротик масса ажралади. Некроз чукурлиги фасция, мускуллар, жаг суюгигача чукурлашиши мумкин. Регионар лимфаденит ва интоксикация кузатилиши мумкин. Асорати эса юз веналари тромбофлебити, мия синуси тромбози, менингит, сепсис ҳисобланади.

Клиник кечиши 3 та босқичга бўлинади. Шунингдек, фурункул, карбункул кўпинча юзаки пустула ҳосил бўлиши, кейинчалик зич оғрикли инфильтрат ҳосил бўлади. Бу даврнинг давомийлиги 1-2 кунга чўзилиши мумкин. Иккинчи даврда йиринг ажралади. Учинчи даврда битиш жараёни кузатилади. Хамма карбункуллар интоксиация билан тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриғи, умумий ҳолсизлик кузатилади. Юзда фурункуллар ва карбункулларнинг асорати кўпинча синус ва бош мия шиллик қаватига инфекция тушиши билан характерланади, шунингдек веноз, лимфатик ва артериал томирларга инфекция тушиши билан характерланади.



Асоратларни умумий ва махаллий турларга бўлинади:

1. Махаллий : регионар лимфа тугунларининг ялиғланиши, юз экземаси.
2. Умумий : а) ретробулбар клечатка флегмонаси, каверноз синуси тромбози (7,1% беморларда) ва йириングли менингит (2,8%).
б) тарқалган пневмония ва йириングли плевритлар (14%) булар менингитнинг асорати хисобланади.
в) буйраклар абцесси (7,1%) юмшоқ тўқималарга тарқалган абцесси, йириングли артритлар (21,4%).

Даволаи. Фурункул билан оғриган bemорларга антимикроб даво тайинланади (антибиотик ва сульфаниламиидлар), десенсибилизловчи, дезинтоксикацион ва умуқувватловчи даво, темостаз коррекцияси. Махаллий давода пенициллин-новокаинли блокадалар ўчоқ атрофига инфильтрацион ва ўтказувчи анестезия сифатида қилинади, гипертоник эритмали боғламлар қўйилади, ферментлар, антисептик эритмалар ва физитерапевтик муолажалар берилади. Баъзида некротик ўзакни хирургик йўл билан ҳам олиш мумкин. Ўчоқни очиш керак, чунки флебит, юз веналари ва бош мия томирлари тромбофлебити каби асоратлар ривожланиши мумкин. Даволашда ёндош касалликларга аҳамият бериш керак. Профилактика: тери гигиенасига аҳамият бериш керак.

САРАМАС – инфекцион касаллик бўлиб, организм умумий интоксикацияси ва терини яллиғланишли шикастланиши билан кечади. Кўзғатувчи — **рожистый стрептококк**



Шиллик қаватларда кам учрайди, яллигланган соҳа соғ терига қараганда чегараланган. Юз қисмида 45% , бошнинг соч қисмида 35% учрайди . Бу касаллик Гиппократ даврида ~~хам аниқ бўлган.~~ Статистик маълумотларга қараганда касаллик ҳозирги вақтда кўпроқ учрамоқда . Сарамасни қўзгатувчиси (гемолитик стрептакок) биринчи бўлиб 1874 й Р. Билроф тамонидан аниқланган, ва у лимфа томирларида, терини юқори қаватларида ва тери ости асосида жойлашиб олади. Бирламчи ва иккиламчи сарамас тафовут қилинади. Қўзгатувчиси терига эндоген ва эгзоген омиллар орқали киради, патоген стрептакок терига лимфоген йўл орқали тушади. Патогенезида эса организмнинг аллергияга мослашиб тузилиши муҳим аҳамиятга эга . Кам ҳолларда организм реактивлиги рол уйнайди, ёш ўтган сари бу касалликга чалиниш кучаяди. Бошқа томондан қаралганда вегетатив реактивликнинг ошиши муҳим аҳамиятга эга.



Сарамасни бошланиши қизариш пайдо бўлиши билан бошланади, бунда қизариш чегаралари аниқ кўриниб туради, микраскопик текширувда ўша соҳада серозли яллиғланиш кузатилади , дерманинг ретикуляр қаватида жойлашган бўлади. Лимфа томирлар тери ости клечаткасига кириб боришида камроқ учрайди. Десквамация кузатилади ва заарланган жойни ўраб турган эпидермис паракератозга учрайди ва тарқалиб кетади, айрим bemорларда кўп микдорда яллиғланиш экссудати учраб , бу сарамаснинг буллез формаси ҳисобланади , кейинчалик экссудатда кўп микдорда лейкоцитлар йиғилиб , улар суюкликка айланиб, пустула ҳосил бўлади. Кам ҳолларда bemорларда экссудатда йиғилган лейкоцитлар қон айланишини ва тўқималар озиқланишини бузади, бу эса гангренали некроз сарамасига олиб келади

Юз ўнг томон сарамас яллиғланиши



Клиник ўзгаришларга кўра қўйидаги шакллари фарқланади:

- Эритематоз
- ~~Эритематоз-буллёз~~
- Эритематоз-геморрагик
- Буллёз-геморрагик шакли

Махаллий яллиғланиш кўламига кўра:

- Локализацияланган
- Яқинлашган (Блуждающую)
- Тарқалган
- Метастатик шакли

Умумий яллиғланиш реакцияси даражасига кўра қўйидаги шакллари фарқланади:

- А) енгил
- Б) ўрта оғирликдаги
- В) оғир
- Г) бирламчи – рецидивланувчи
- Д) кайталанган

Яширин даври 24-72 соат. Ҳамроҳ касалликлари бор беморларда шиш, қичишиш ва ачишиш, тана хароратининг 39-40С ва юқорилиги кузатилади. Махаллий: юз терисида географик картасига ўхшаш чизиқлар пайдо бўлади, гиперэстезия кузатилади, периферияга қараб оғриқ кучайиб боради . Қизариш тезда тарқалиб кетади .24-48 соатдан кейин регионар лимфаденит кузатилади , заарланган соҳа четлари валик шаклида кўтарилиб қолади,.бу эса сарамаснинг кўп тарқалган формаси хисобланади erysipelas eryfhe-mafosum (eryfros-қизил, pella –тери).

Эритематоз формаси буллез формасига ўтади .

Агар жараён халта фазаси билан тугаса улар ерилиб сарик рангдаги зич коркани хосил килади. Эритиматоз формадан кейин тери тушиб, соч, сокол, муйловлар тукилади. Тери лимфа алмашинуви бузилганлги учун тери калинлашади флегмоноз ва гангренали формаси юз қисмида кам холларда учрайди, бу купинча еши катта кишиларда кузатилади.бу эса типик флегмонани чакириб тери ости клечаткаси тери каватлари озикланишининг бузилиши ва чандик хосил килади. Соch қисмида сарамасни пайдо бўлиши, терининг тукилиши сепсис ва менингитга олиб келади.

■ **Умумий симтоматикаси:**

Бош оғриқ, қусиши, күнгил айниши. Пульс ва нафас олиш тезлашади, тана ҳарорати күпинча юқори бўлади. Кўпинча бу ҳолатлар продрамал синдромларсиз кечади. **Кўп bemорларда жигар ва талоқ катталашиди.**

Кон: гипохромли камқонлик, лейкоцитоз, эозинопения.

Дифференциал диагностикаси. Эритема ва дерматитлардан фарқли ўларок, бир қанча характерли клиник кэга.

Яллиғланган четлари чизиқли бўлиб валикка ўхшаб кўтарилиб туради. Тана ҳарорати доим юқори бўлади.

Даволаш Алоҳида палатага жойлаштириш. Тинчлик. Умумий қувватловчи диета. Сулфаниламиidlар, антибиотиклар, демидрол.

■ ***Асоратлари :***

Соғлом тўқимага тарқалиши мумкин

Стрептококк инфекцияларини тарқалиши ва иккиламчи инфекцияни қўшилиши.

Йирингли яллигланиши, веналарнинг зарарланиши.

Юқумли психозлар

Соч қисмида учраганда-менингит.

Нома - Оғиз ва жағнинг сувли гангренаси хисобланади. Этиологияси аниқ эмас, нома билан кўпинча болалар касалланади, юқумли касалликдан кейин келиб чикади. Катталарда эса юрак томир системаси касаллигидан кейин келиб чикади, стоматит эса уни келтириб чикарувчи касаллик хисобланади.

Касаллик бошланишида шиш ва ҳужайралар инфильтрацияси кузатилади, микроскоп остида некротик тўқималар ва кичик дон шаклидаги детрит кўриниб туради

Үнг томони лунж, бурунлаб бурмаси номаси



Клиник манзараси Оғиз шиллик каватида гангренали стоматит пайдо бўлади ва некрозга учраб, шиллик ости ёғ клечаткасига мимика мушаклари тери ости клечаткаси ва терига тарқалади, кўпинча стоматит оғиз бурчагида бошланади . Яра бироз вақт туриб кейин прогрессивланиб кетади . Юз шишиб боради , яра бўлган жойда аввал сарик кейин қора доғлар ҳосил бўлади .

Касаллик бошланганини 2-3-5 куни лунж тўқималари лаб ва оғиз бурчаклар тўқималарида перфорация(тешилиш) пайдо бўлади.

Некроз милкларга тарқалиб, тишларни қимиirlаб қолишига олиб келади ҳамда юқориги ва пастки жағгача, томоқ ва оғиз бўшлиғи охирига тарқалиши мумкин. Касаллик бошида тана ҳарорати 38-40 С гача кўтарилади умумий ҳолсизлик кузатилади, ич кетиши, алаҳсираш, пневмония. Ўпка гангренаси. сепсис кузатилиши мумкин.



Даволаш. Биринчи ўринда организм умумий қувватини күчайтириш керак ва заарланиш ўчоғида микрофлора ҳаёт фаолиятини тұхтатишига қаратылған муолажалар қилиш керак.

Антибиотиклар. Махаллий новакайн-пеницилин блокадаси ва заарланган учок атрофига антибиотикларни тампон ёрдамида қўйиш

гангренага қарши зардоб юбориш, ярага малҳам гемотрансфузия

аскарбин кислатаси (0.3-0.5 г 2-3 махал кунига)

никотин кислатаси (0.2-0.4г 2-3 махал кунига)

тиамин (0,01-0,015г)

пентоксил (0,02 2-3 маҳал кунига)

соматик касалликларни даволаш, стоматитларни профилактика қилиш керак.



ЭЪТИБОРИНГИЗ УЧУН РАХМАТ