



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

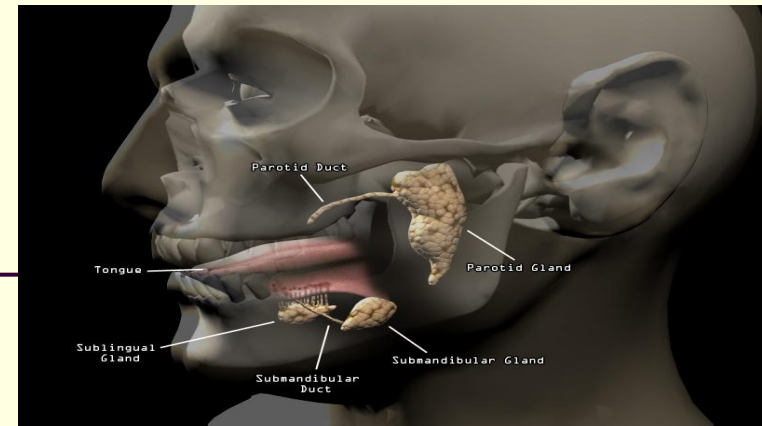
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

**ХИРУРГИК СТОМАТОЛОГИЯ ВА ДЕНТАЛ
ИМПЛАНТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

**СЎЛАК БЕЗЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ.
СЎЛАК - ТОШ КАСАЛЛИГИ.
КИЧИК СЎЛАК 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)*

Протоки подъязычной
железы

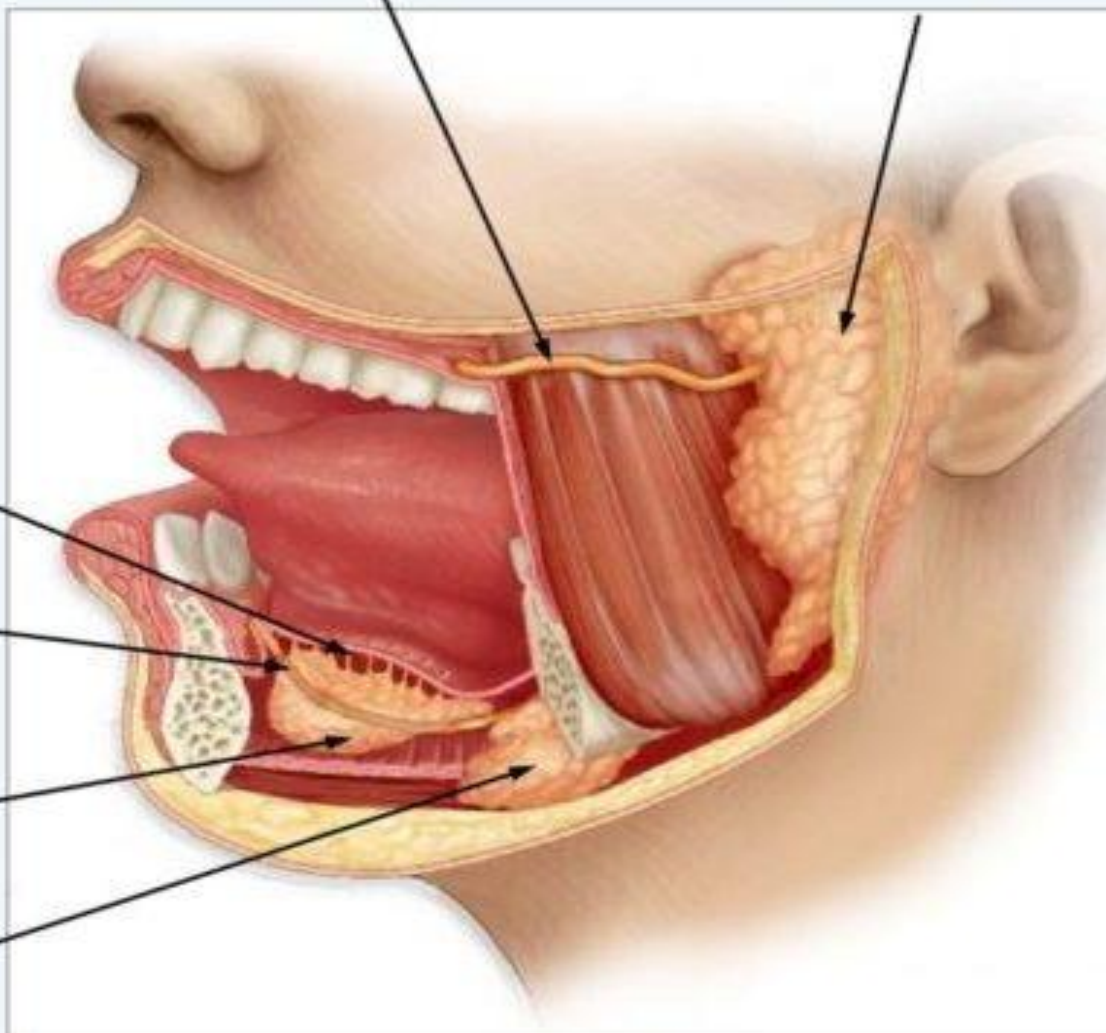
Проток
поднижнечелюстной
железы

Подъязычная железа

Поднижнечелюстная железа

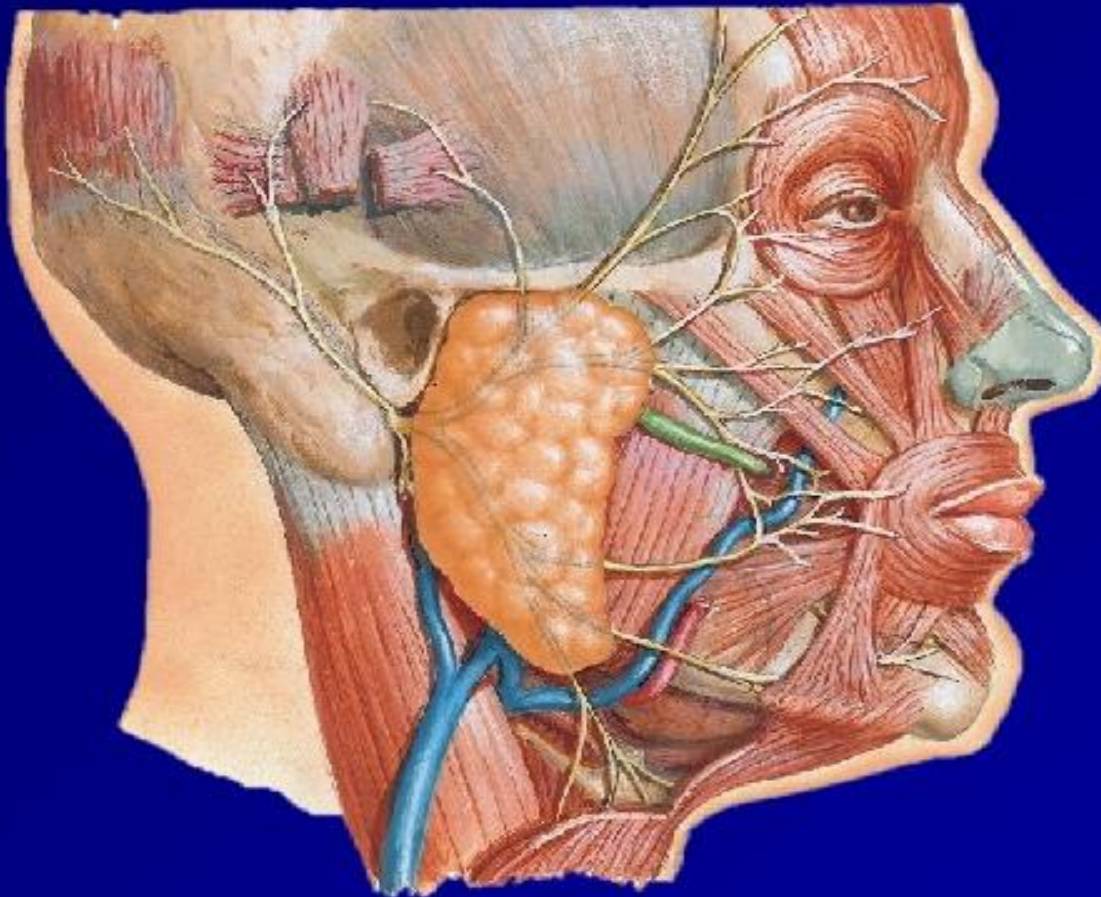
Проток околоушной
железы

Околоушная
железа



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.

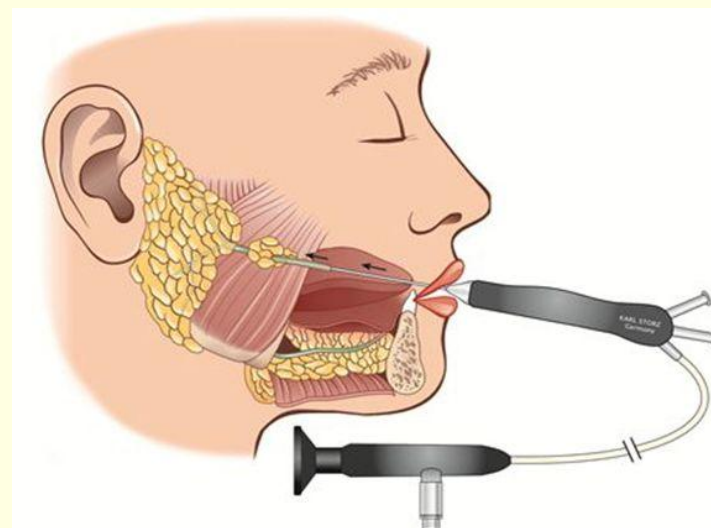
Нижний край железы закруглен и опускается на 0,5-0,8 см ниже угла нижней челюсти.

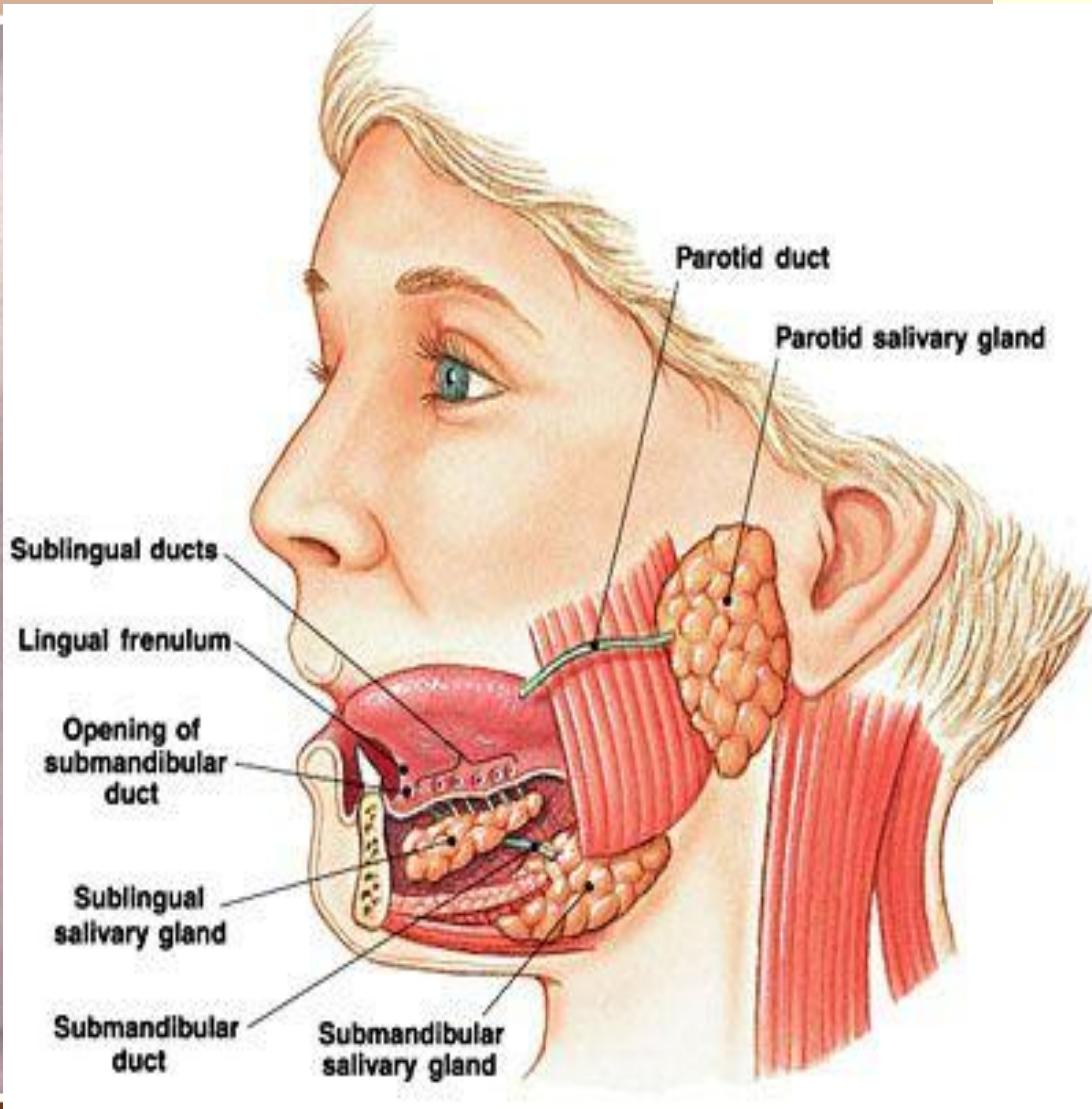
Задний отдел граничит с сосцевидным отростком и жевательной мышцей.

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.



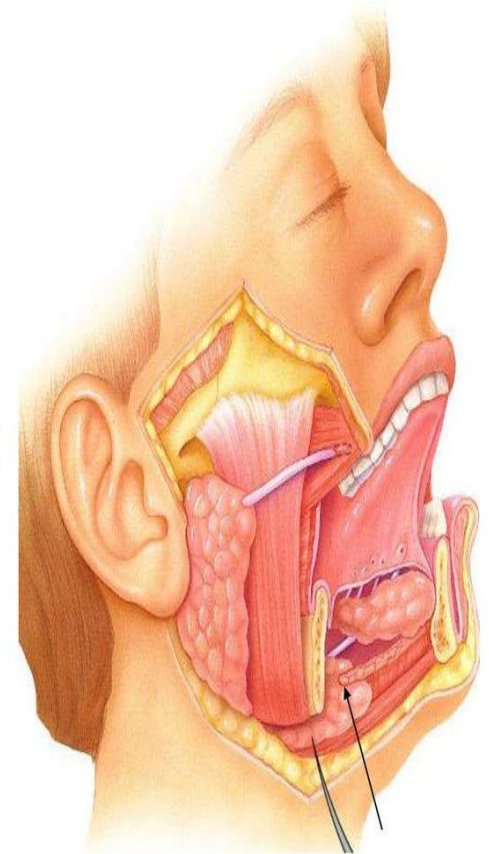


Жаг ости сўлак бези (*glandula submandibularis*) - катта сўлак безлари каторига киради.

безининг массаси 15 г атрофида.

Ташқи томонда буцин фасцияси ва тери билан туташади. Безнинг medial юзаси нутқ мушаклари билан туташган. Безнинг 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.
- Выводной проток этой железы открывается в полость рта под языком.
- Вырабатывает белково-слизистый секрет.

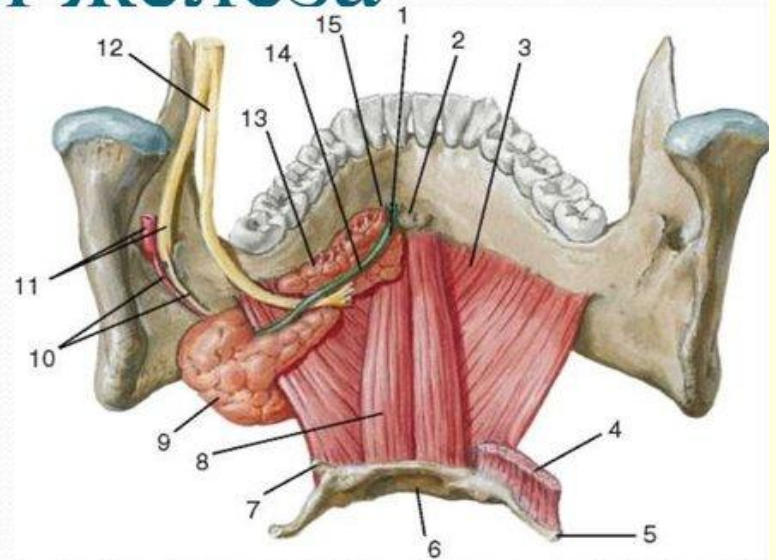


Тил ости сулак бузи

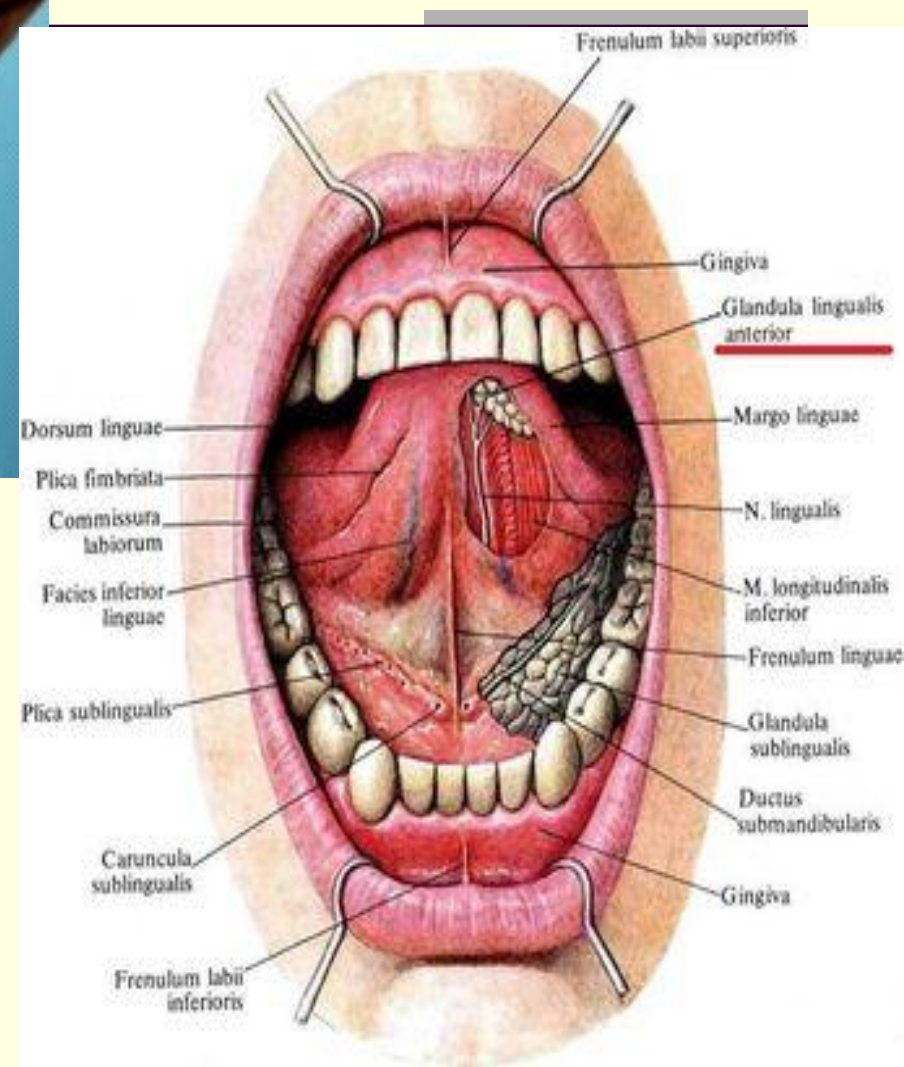
Тил ости сўлак безлари(glandula submandibularis) - "катта" сўлак безларининг енг кичиги ҳисобланади. Массаси 5 г атрофида. Узунлиги 3-4 см, У оғиз бўшлиғи тубининг шиллик қавати остида, тилнинг икки томонида, жаг тил ости мушакнинг юқори юзасида жойлашади. Латерал томондан пастки жаг танасининг ички юзаси билан тил ости чуқурчаси 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 (Wachman 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 таркибида сўлак безлари хужайраларининг парчалари ва шиллиқ қават эпителиал хужайраларидан ташкил топган оксиллар бўлади. Бир суткада ажраладиган сўлак микдори 1-2 л.

Сўлак таркиби

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

Сўлак безларининг вазифалари

- 1. **Химоя** – бир қатор ферментларнинг бактерицид фаоллиги (~~Лизозим, липаза, РНК-Аза, ДНК-Аза~~), ~~опеонинлар ва бошқалар~~) 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. **Эндокрин** - гормонларга ўхшаш моддалар - insulin каби оксил, глюкагон, паротин, еритропоедин, тимотроп ишлаб чиқариш.
- 5. **Тозалаш(Филтрлаш)** - микроорганизмларни, шиллик қават ва тишлар юзасидан озик-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 **сиалоденит** дейилади.

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

■ **Эпидемик паротит** – йирик сўлак безларининг ўткир инфекцион касаллиги.

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

И. Ф. РОМАЧЕВА ТАСНИФИ:

1.Сулак безлари яллигланиш касалликлари

Уткир силаденит.

Сурункали силаденит.

Калькуллез силаденит.

2.Сулак безлари усмалари.

Хавфсиз усмалар

Хавфли усмалар

3.Сулак безларининг туғма нуқсонлари.

4.Сулак безларининг шикастланиши (сўлак фистулалари).

СЎЛАК БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ ХАЛҚАРО ТАСНИФИ.

А. ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШ БИЛАН КЕЧАДИГАН СЎЛАК БЕЗЛАРИ

- Ўткир вирусли сиаладенит:
- Ўткир бактериал сиалоаденит:

•Б. СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ БИЛАН КЕЧАДИГАН СЎЛАК БЕЗЛАРИ :

Неспецифик:

- интерцициал;
- паренхиматоз;
- сиалодохит;

Специфик;

В. СЎЛАК ТОШ КАСАЛЛИКЛАРИ

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

А. Ўткир вирусли сиаладенит:

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

В. Ўткир бактериал сиаладенит:

- 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 беши каналларига кирса (сўлак тошларидан ташқари).

ВОЗ БЎЙИЧА СЎЛАК БЕЗЛАРИНИНГ ХАЛҚАРО КЛАССИФИКАЦИЯСИ

А Эпителиал ўсмалар

- Аденомалар
 - полиморф
 - мономорф
- 2. Мукоэпидермоид ўсма
- 3. Ациноз хужайрали ўсма
- 4. Карциномалар
 - аденокистоз
 - аденокарцинома
 - эпидермоид
 - нодифференцирланган
 - полиморф аденомадаги карцинома.

Б. Ноэпителиал ўсмалар

1. Хавфсиз – гемангиома, неврилеммома, нейрофиброма, липома

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

В. Тавсифланмайдиган ўсмалар.

Г. Кариндошлик холати

1. хавфсиз лимфоэпителиал зарарланиш

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
- Сиалогграфия
- Пантомосиалогграфия

Ташхислаш усуллари

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



Махсус Ташхислаш усуллари

- Стереорентгенография
- Сиалотомография
- Сўлак безларини контраст электрорентгенографияси
- Радиосиалогграфия
- 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.

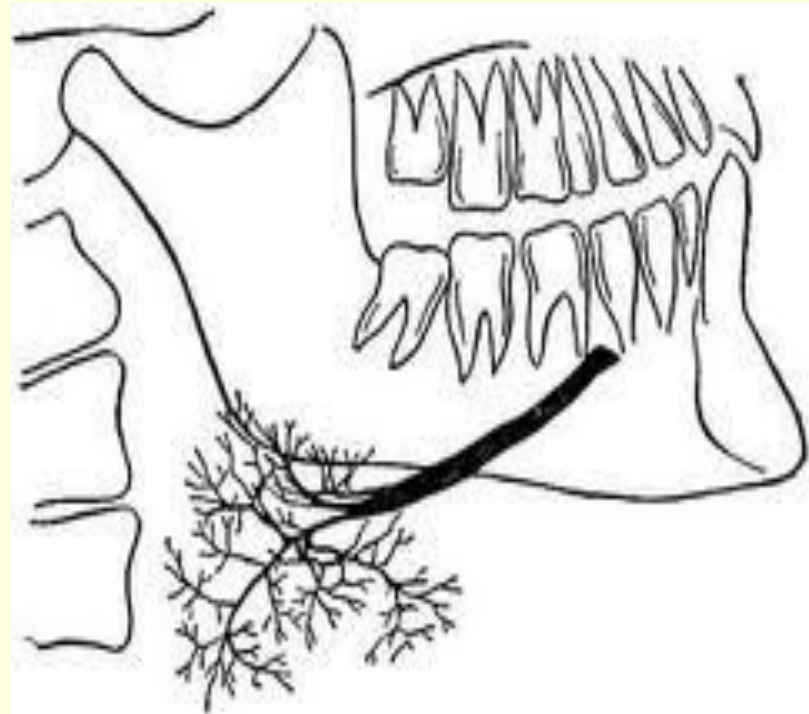


Рис. 1. Сиалогаммы в норме (околоушная железа - а, поднижнечелюстная железа - б).

Сўлак безлари МСКТ учун кўрсатмалар

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



ПАНТОМОСИАЛОГРАММА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

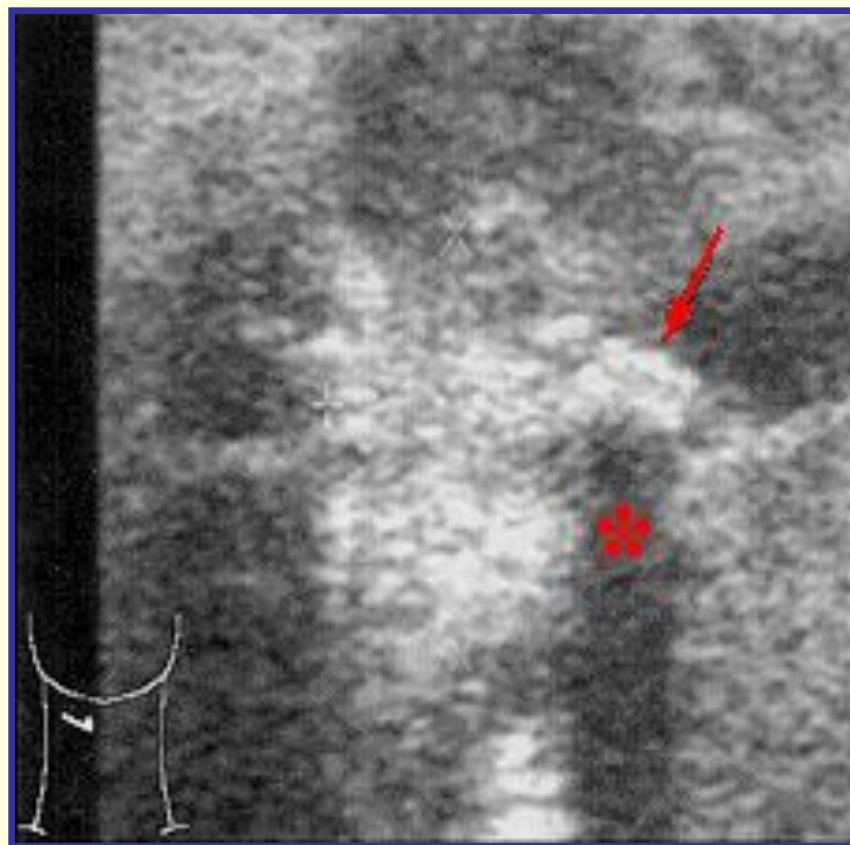


Калькулезный сиаденоит справа (→), прерывистость
основного протока, расширение и деформация протоков.
Неконтрастный слюнной камень

ЭХОГРАФИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Эхограмма правой поднижнечелюстной области.

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



КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

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



Сўлак безлари аденомасига хос клиник белгилар.

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

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

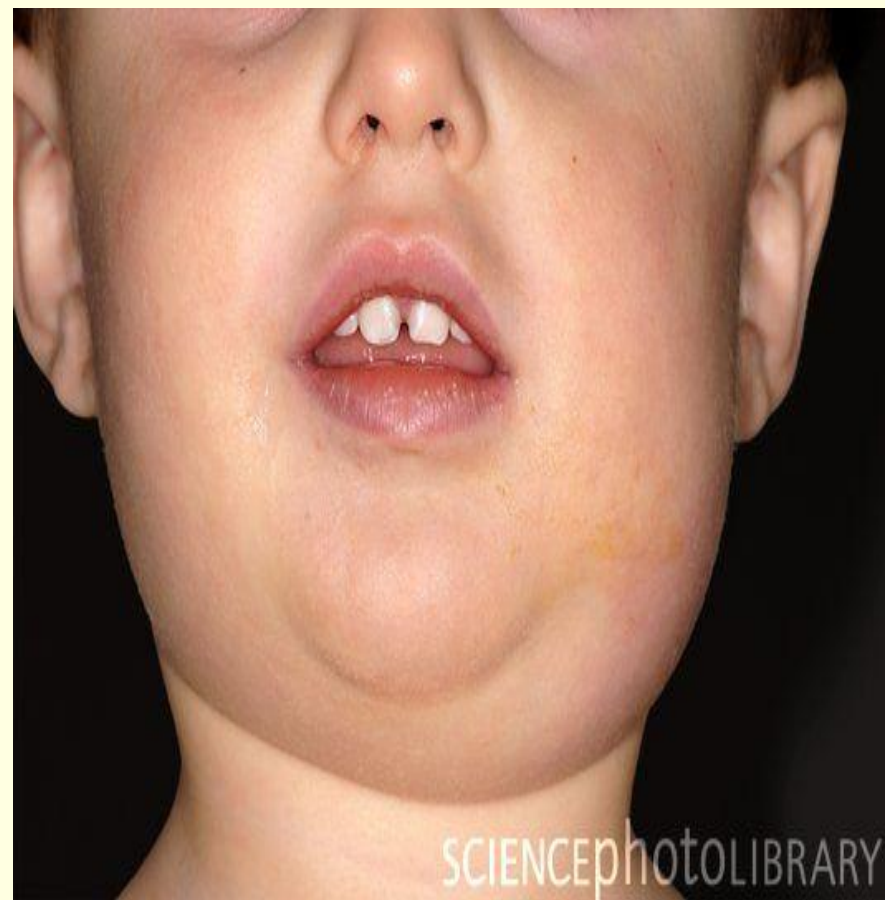
Этиология ва патогенези. Касалликнинг кузгатувчиси – филтрланувчи вирус. Касалликдан зарарланиш кўпроқ бемордан соғлом инсонга томчи-хаво йўли орқали, лекин бемор фойдаланган жихозлардан фойдаланиши натижасида ҳам юкади. Вирус дастлабки 3 кун мобайнида қулоқ олди безида пайдо бўлиб, бошқа соха тўқима ва тизимларда у камроқ учрайди. 6-7 чи кунларида антителалар ишлаб чиқарилади. Инсон танасидан вируслар сўлак орқали ажралади. **Патологик анатомияси.** Микроскопик кўринишда, вируслар билан зарарланган сўлак безларининг булакли куринишида булади. Яллиғланган сўлак безларида гиперемия ва яллиғланган шиш кузатилади Сўлак безларининг атрофлари ҳамда қон-томир тўқималарининг ирмоқларида лейкоцитар инфильтратцияси аниқланади.

Эпидемический паротит

(СВИНКА, ЗАУШНИЦА)



Джалилова РМ
31-92 А



SCIENCEPHOTOLIBRARY

Клиник кўриниши. Эпидемик паротитнинг инкубацион даври ўртача 2—3 ҳафта. Касалликларнинг оғирлигига қараб клиник кечишининг 3 хил турлари фарқланади: енгил, ўрта оғирликларда, оғир, баъзан жараёнларнинг асоратли ва асоратсиз кечиши. Паротитнинг енгил формасида клиник белгилар кучсиз намоён бўлади, тана харорати кўтарилади, қулоқ олди безларининг шиши бўлиб оғриқсиз бўлади, сўлак безларининг йўлларида маълум муддатларда тиниқ сўлак ажралиши мумкин. Баъзан фақат битта қулоқ олди бези шикастланади. Шиш ва оғриқлар бир ҳафта ичида йўқолиб кетади. Ўртача оғирликда кечишида қисқа продромал 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 ҳолларда 1-2 кундан кейин бошқа қулоқ олди бези ҳам шикастланади, тана хароратининг кўтарилиши одатда $37,5-38^{\circ}\text{C}$ атрофида бўлади, шиш тез катталашади. Бундан бу ҳолда деярли ҳар доим юзнинг бир томони бошқасига нисбатан кўпроқ ўзгаради. Баъзи беморларда қулоқ олди бези йулининг тешиги ва оғиз шиллик пардасининг гиперемияси кузатилади. Саливация одатда пасаяди. 3-4 кундан кейин яллиғланишли ўзгаришлар пасаяди.



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

Касалликнинг оғир формасида продромол даври бўлиб, ўзгаришларидан кейин, кўпинча иккала кулоқ олди беши шишади. Тез орада кулоқ атрофида коллатерал яллиғланиш пайдо бўлади. Шиш аввал пастки жағ шохининг ташқи юзасида жойланаиб, кўз косасининг юқори чегарасига тарқалади, ~~орқадан сўргичсимон ўсимталаргача боради ва жағ бурчагидан пастга~~ 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 кулоқ олди беши ширасини ташқарига итаради, босади ва баъзан ташқи эшитув йўлини сезиларли торайтиради. Баъзан оғиз очиши қийинланади. **Даволаш:**симптоматик ва асоратларни олдини олишга қаратилган бўлади. Тана ҳарорати кўтарилган даврида, яъни 7-10 кунларда, ётоқ қилиш, асосан катталар учун, кулоқ олди безлари соҳасида (кўрсатмага асосан пастки жағ ости безлари иситувчи компресслар, мазли боғламлар физиотерапевтик муолажалар қилинади: соллюкс, УВЧ, УФ-нурланиш, оғиз бўшлиғини доимо чайиб туриш зарур (чайиш, ирригация). Сўлак без йўлларида 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 қилади. 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 кулоқ атрофида, пастки жағда, тил ости ва кам ҳолларда сўлак безларида шикастланишида пайдо бўлади. Кўпинча жуфт сўлак безлари биргаликда шикастланади баъзан кулоқ олди ва пастки жағ ости сўлак безларини биргаликда шикастланади. Оғизни очганда ва бошни кимираганда оғриқ аломатлари сезилади. Шиш ёноқ соҳасига, пастки жағнинг орти ва жағ атрофи ҳамда бўйинга тарқалади. Кулоқ олди беши соҳаси анатомик чегараларида инфилтрат пайпасланади. Инфилтрат кулоқ олди безлари, унинг тўқималари атрофидаги ва кўшни соҳаларга тарқалади. Агарда бу жараён пастки жағ ости сўлак бешида бўлса, унда бемор ютинганда оғриқдан безовта бўлади, пастки жағ ости ва тил ости соҳаларини ҳамда ияк олди соҳаси, бўйин тепа қисмларини шиш қоплайди. Пастки жағ ости сўлак безлари бимануаль пайпаслаганда, жағ-тил тарновлари ва олди пастки жағ чегараларининг дистал қисмларининг шикастланиши аниқланади. Беморлар ўткир сиаладенитда тил ости бешидаги тилни ҳаракатлагандаги оғриққа ва тилдаги бурмаларни шишидан шикоят қилади. шиллик пардани кўриниши безда кўкимтир рангга эга булади. У тезда бузилади, йиринг ва некрозланган без тўқимаси ажралади. Камроқ ҳолларда катта сўлак безлари яллиғланиши кичик сўлак безларини ўзига жалб этади.



ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ СИАЛАДЕНИТ



Даволаш. 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 чиқарув йулларини чандикли деформацияси хисобига асоратлар юзага келади. Безнинг бир қисми некрозланса гипосаливация, ҳаммаси некрозланса асаливация кузатилади.

Постинфекцион ва операциядан кейинги сиаладенит (ўткир сиаладенит). Беморларда бу гуруҳда 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 ирмоқчалари бўртиб чиқади: уларнинг эгилувчанлиги сезилади, катта микдордаги микроблар (яъни коққлар) 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 кўриниши. Ўткир сизаладенит тез яллиғланиш пайдо бўлиши билан фарқланади. Асосан гангренозли паротитда 1—2 кун мобайнида безлардаги некроз жараёни юзага келади. Шунингдек, бу холатлар, шу кўринишидаги дистрофик жараённи жалб қилади ва шунда яллиғланишнинг ошиб бориши, секин – аста ҳароратлар реакция ҳам ~~бериши~~ мумкин. Йирингли паротитда яллиғланиши жараёни 10-15 кун давомида секин-аста тўхтайдди. Постинфекцион ва операциядан сўнг паротит икки тарафли бўлиши ҳам мумкин, шу холатда, бу жараённи биттаси безларда олдинроқ, кейин эса (2-3 кундан сўнг) бошқасини шикасташи мумкин.

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

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

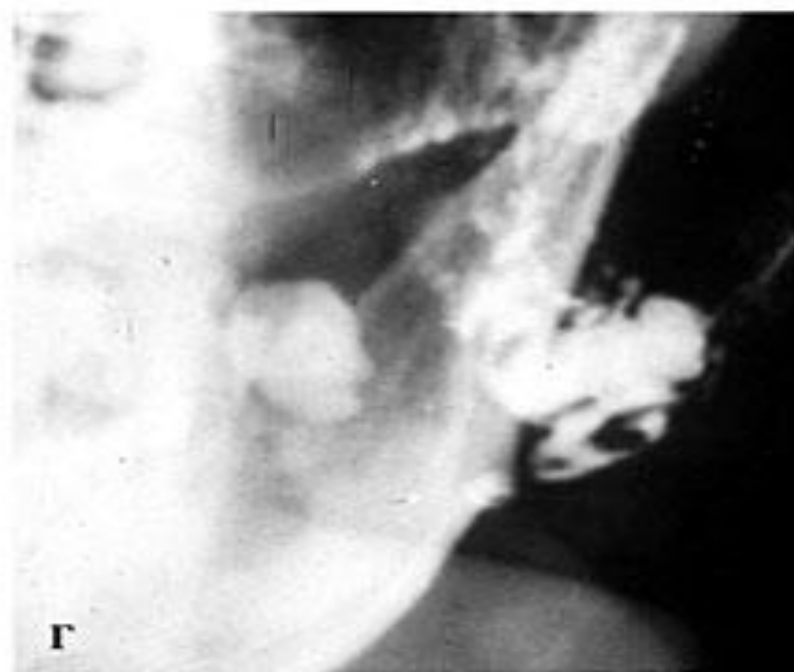
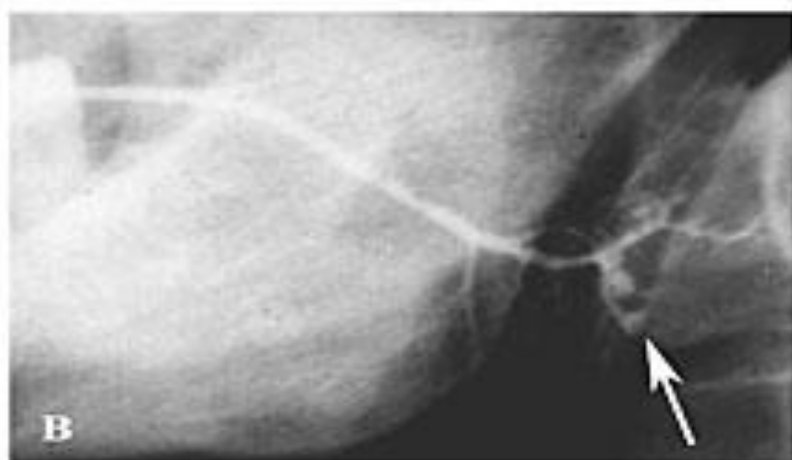
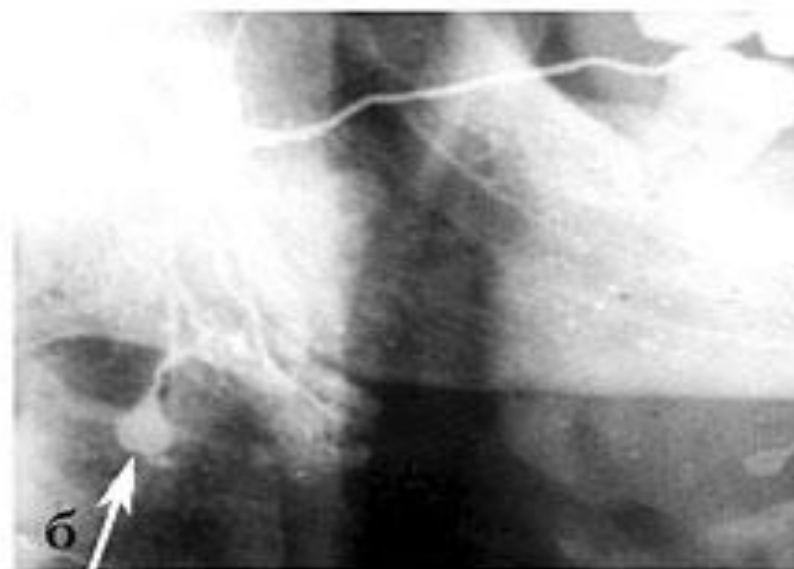
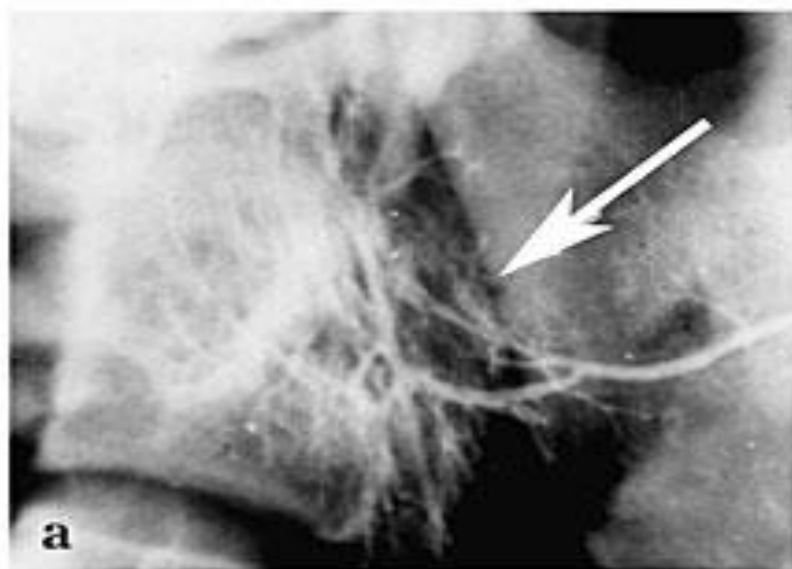


Рис. 2. Ложный паротит Герценберга (а), лимфогенный паротит (б, в). Патологический очаг указан стрелкой. Контактный сиаденит околоушной железы (г).

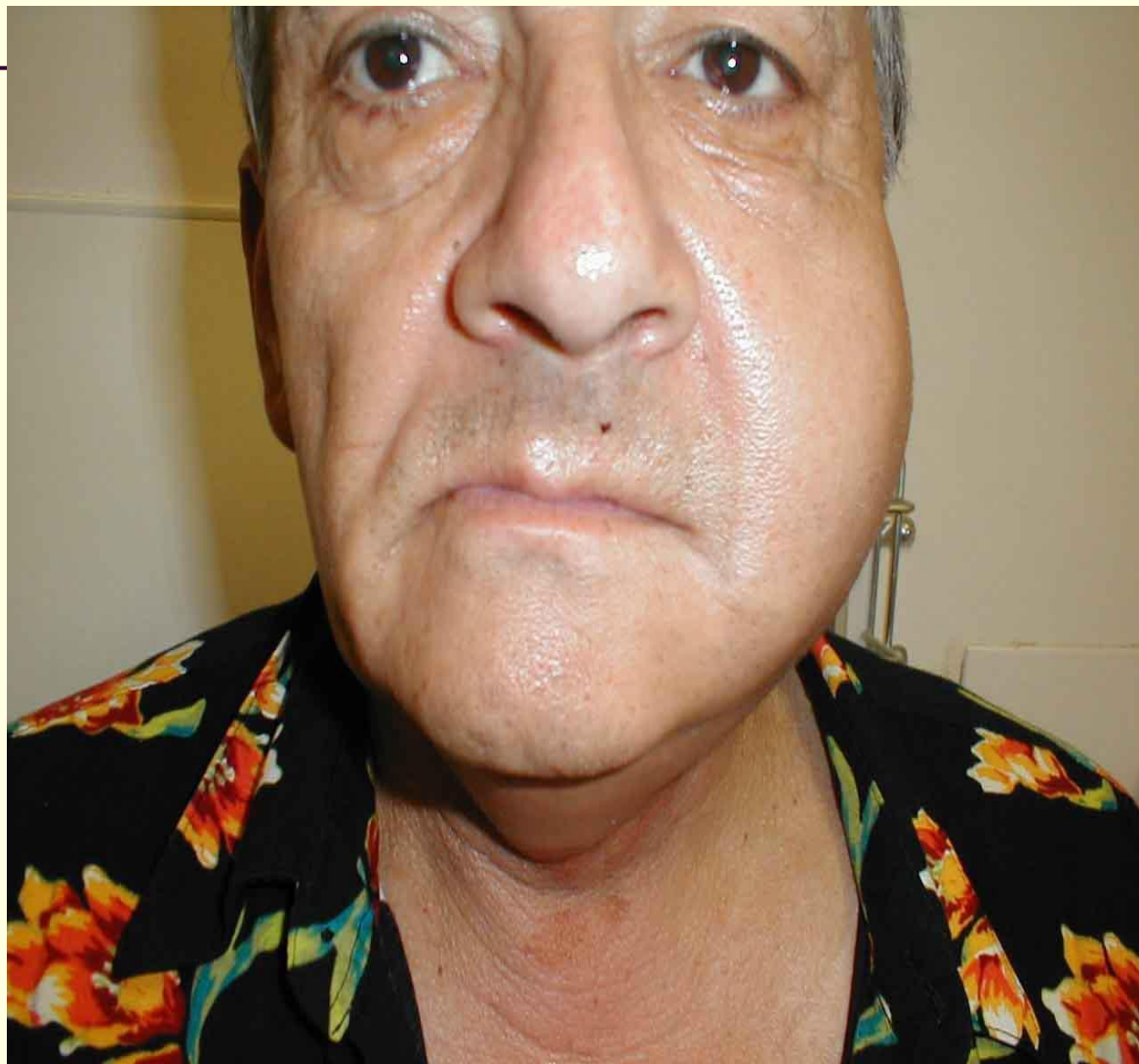
■ Кулоқ атрофийи безлари чегараларидаги кизарган шиш билан чегараланиши ва тўқимада калинлашган шиш билан кузатилади.

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

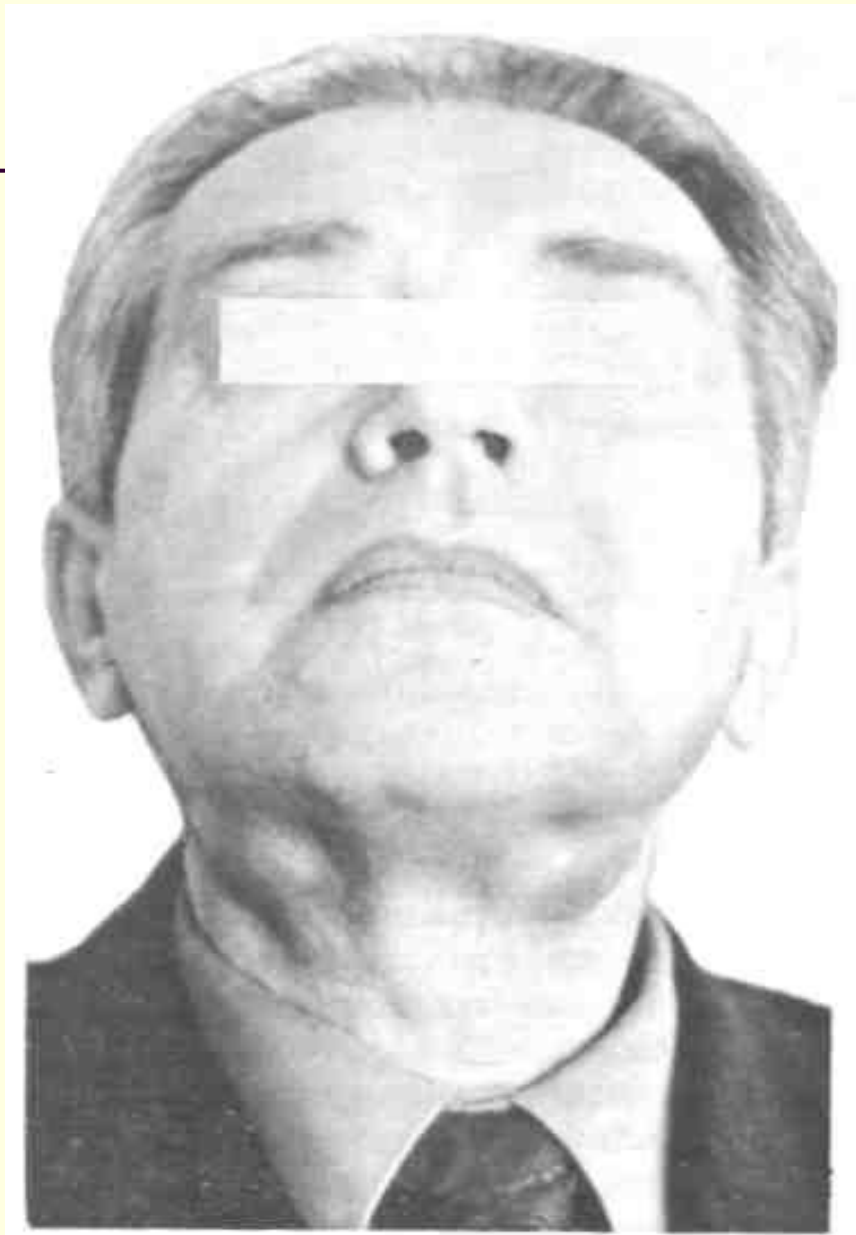
■ **Клиникаси.** харорат кўтарилади, калинлашган безлар атрофида шиш пайдо бўлади, оғриқлар кескинлашади, пульс тезлашади. Териди қизғиш ранглар безларни қоплайди, инфилтрат холатларда турли тўқималар қуюлиши билан ўзида борадиган йирингли асоратларни шимилиши кузатилади. Яллиғланган инфилтрат секин-аста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

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

Лимфоген сиаладенит (Герценберг сохта паротити).



Контакт силаденит. Касалликнинг яллиғланиш жараёни қулоқ 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 кўпчилигида контакт силаденит енгил шароитда боради, ўртача огрилик жараёнларида безлар шишини пайдо бўлиши, унинг функциясини туширади. Қулоқ атрофии, пастки жағ ёки тил чегаралари безларида шишлар оғриқли ва калинлашган бўлади. Цитологик текширувларда Сўлак безларининг секретларида силаденитнинг бўлиши изохланади. Секрет безларида йирингнинг бўлиши аниқланган. Агарда сўлак безларини функциясига, кушни флегмоноз жараёнларига моил даволаш усулларида замонавий комплексларни изохлаб беришни ва контакт силаденитда кўринишдаги асоратларнинг қолишини эслатиб утишни мақсадга мувофик деб хисоблаш керак.



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

Ёт жисимларни сўлак бези йўллариға тушиши натижасида ривожланган сиалоденит.

Оғиз бўшлиғидаги майда жисимлар (донлилар, чўп, ўсимлик парчалари) сўлак йўлиға тасодифан тушиб қолиши мумкин. Бу ҳолатни беморлар аниқ ва батафсил айтиб беришлари мумкин. Беморлар сўлак безини ўхтин-ўхтин катталашишиға, сўлак чиқиши камайишға шикоят қиладилар. Безни пайпаслаганда оғриқ бўлмайди. Айрим ҳолларда овқат еганда без тўлишиб катталашади ва яна ўз холиға келади. Вахт ўтиши билан ед жисим атрофида сўлак йўлида ва безда ўткир яллиғланиш бошланади. Ўткир йирингли яллиғланишға хос белгилар намоён бўлади. Натижада без эриб яллиғланиш атроф тўқималарға ўтади. Айрим ҳолларда йиринг билан бирга ёт жисм ажралиб чиқади.

Базан узок муддат сўлак безида қолиб кетган ёт жисм атрофида сўлак тоши ҳосил бўлишиға сабабчи бўлади.

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

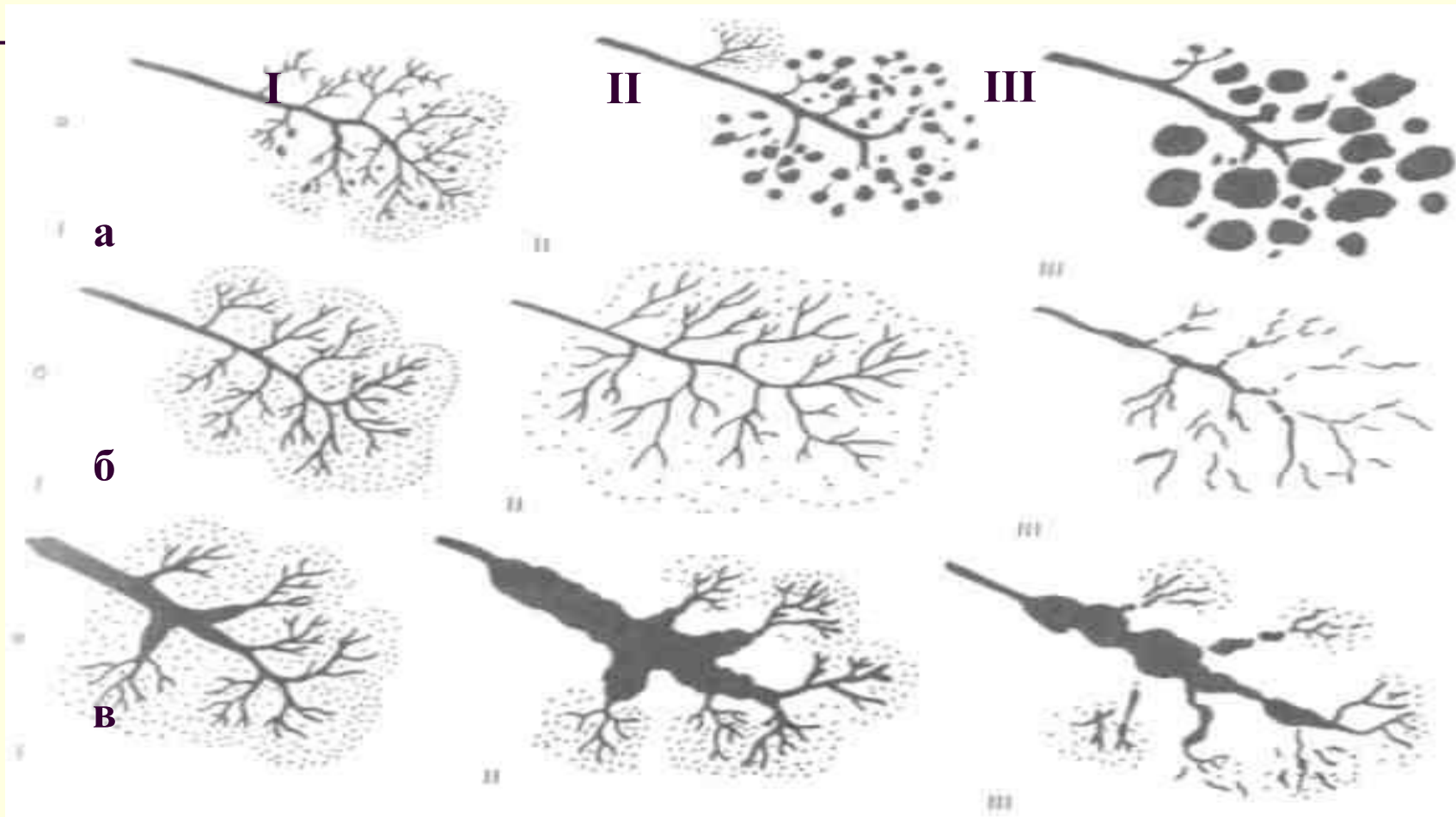
Даволаш жарроҳлик усули билан ёт жисмни сўлак йўлини очиб олиш. Паренхимада ёки майда сўлак йўлларида бўлса без бутунлай экстирпация килинади.

■ **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 ҳамда улар билан боғлиқ бўлган тизимларда касалликни юзага келишига сабаб бўлади. Бу борада патологик симптомларни бошланишини клиник кўриниши ва касалликни кечикиб, авж олиши билан қўлланилади. Сурункали сиаладенитнинг шаклларини этиологик асосда гуруҳлаш мумкин емаслиги туфайли кўпчилик муаллифлар ҳозирги кунда сўлак безининг турли анатомик қисмларининг устун зарарланиши билан сиаладенитнинг учта шаклини фарқланади: (интерстициал, паренхиматоз, ирмоқлар)

Сурункали сиаладенит

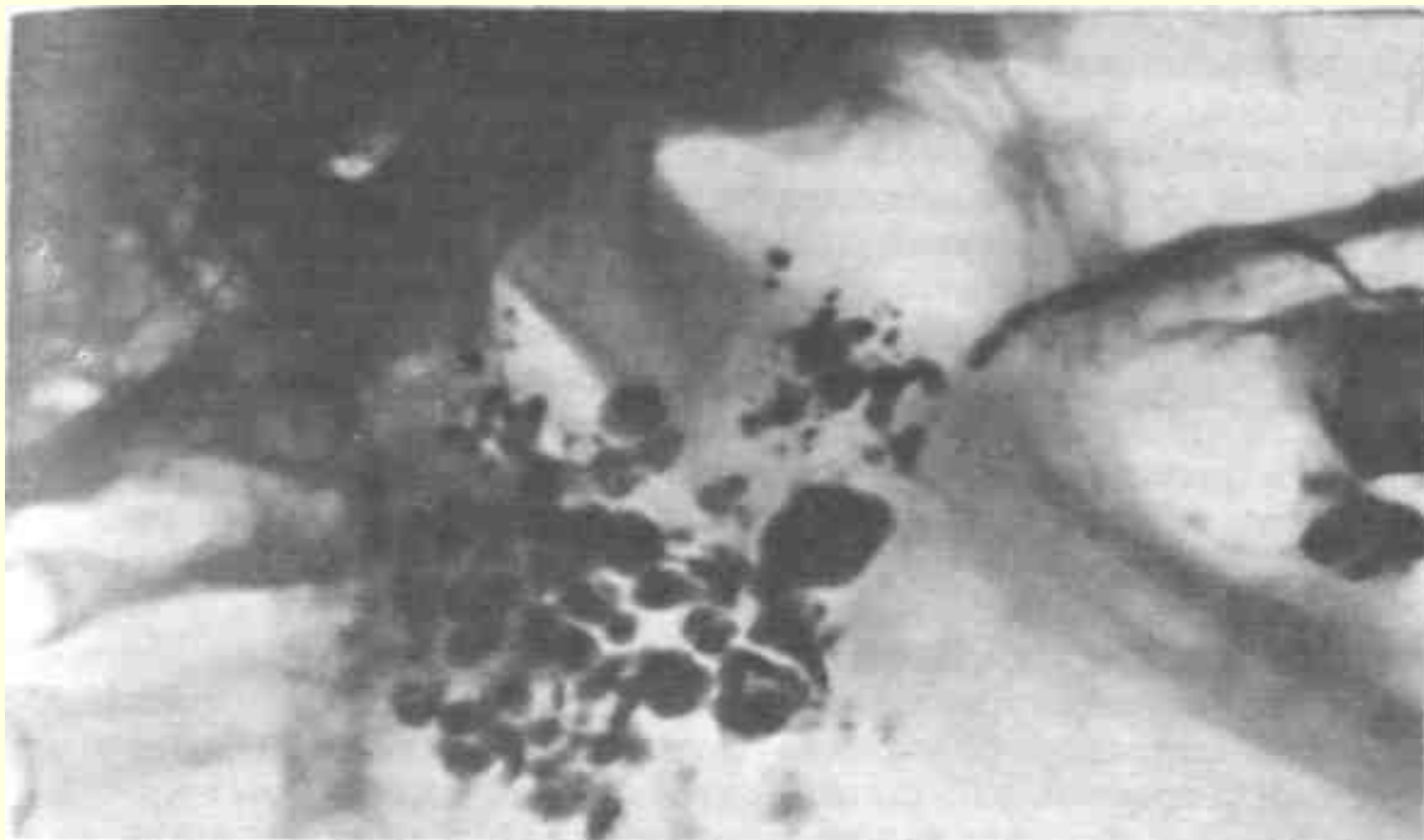


СХЕМАТИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ СИАЛОГРАММ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



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

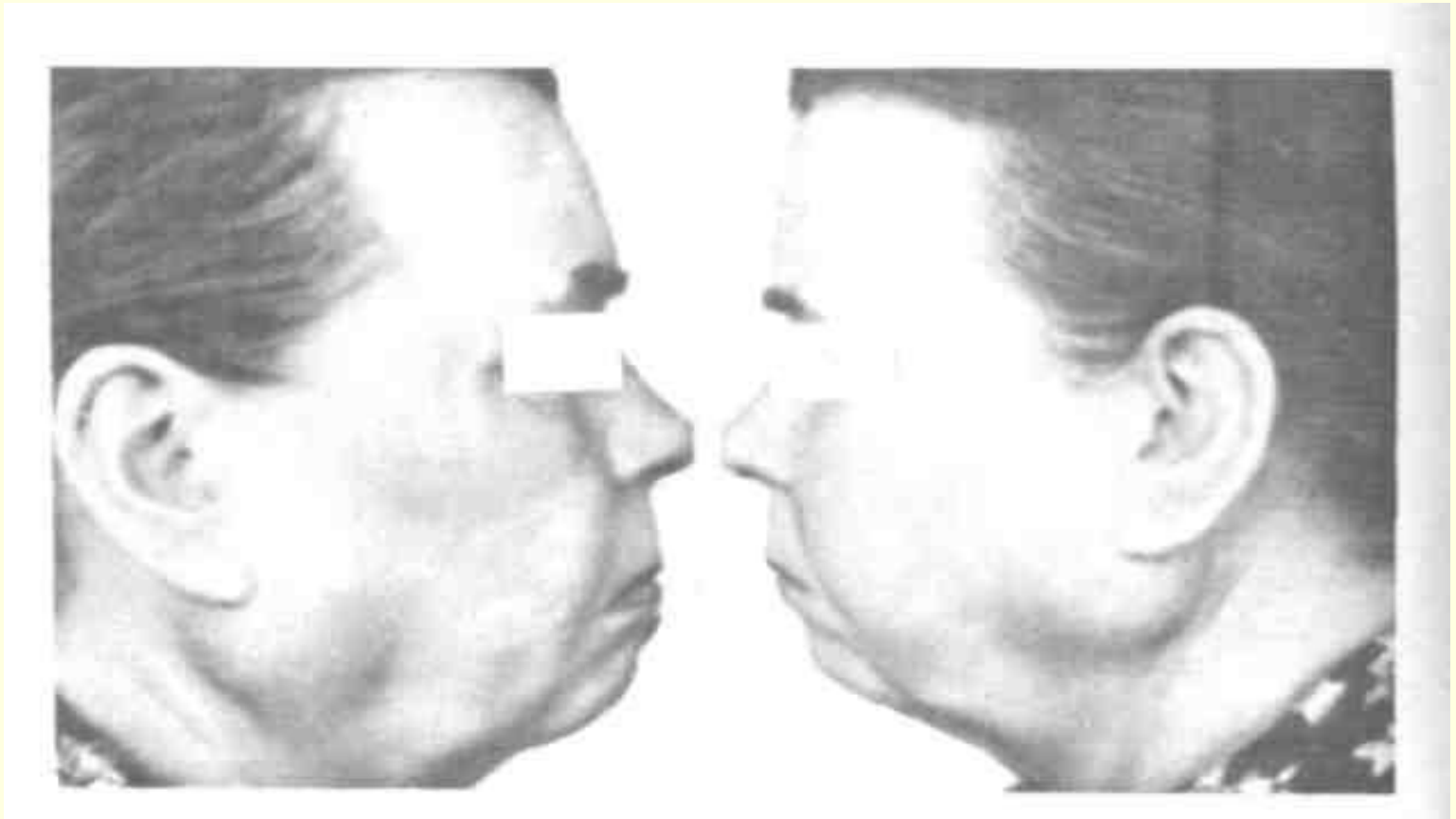
Сиалограмма правой околоушной железы больного хроническим паренхиматозным паротитом в поздней стадии. В области железы множество крупных и мелких полостей, протоки не контурируются



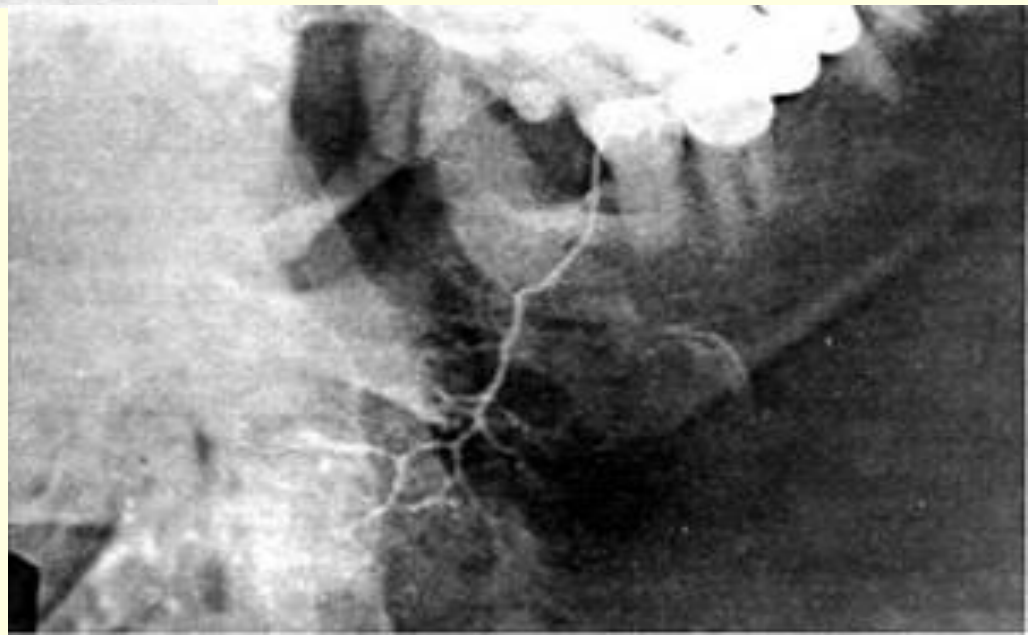
Интерстициал сиаладенит – сурункали кулоқ олди безларида оғриқсиз шишлар, кечадиган касаллик. Бу асосан доим кандли диабет, гипертония касаллиги, сурункали простатит, чайнов мушакларидаги касалликлардан келиб чиқиши аниқланилган. *Патологик анатомияси* катта ва кичик сўлак безларида тўқималар билан боғлиқ бўлган шиш ва ангиоматоз қатламлари аниқланган. Безларни каттик фиброзли тўқималарда қатламларни булиниши билан, лимфогистиоцитар инфилтратининг калинлиги билан булиниб туради.

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

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

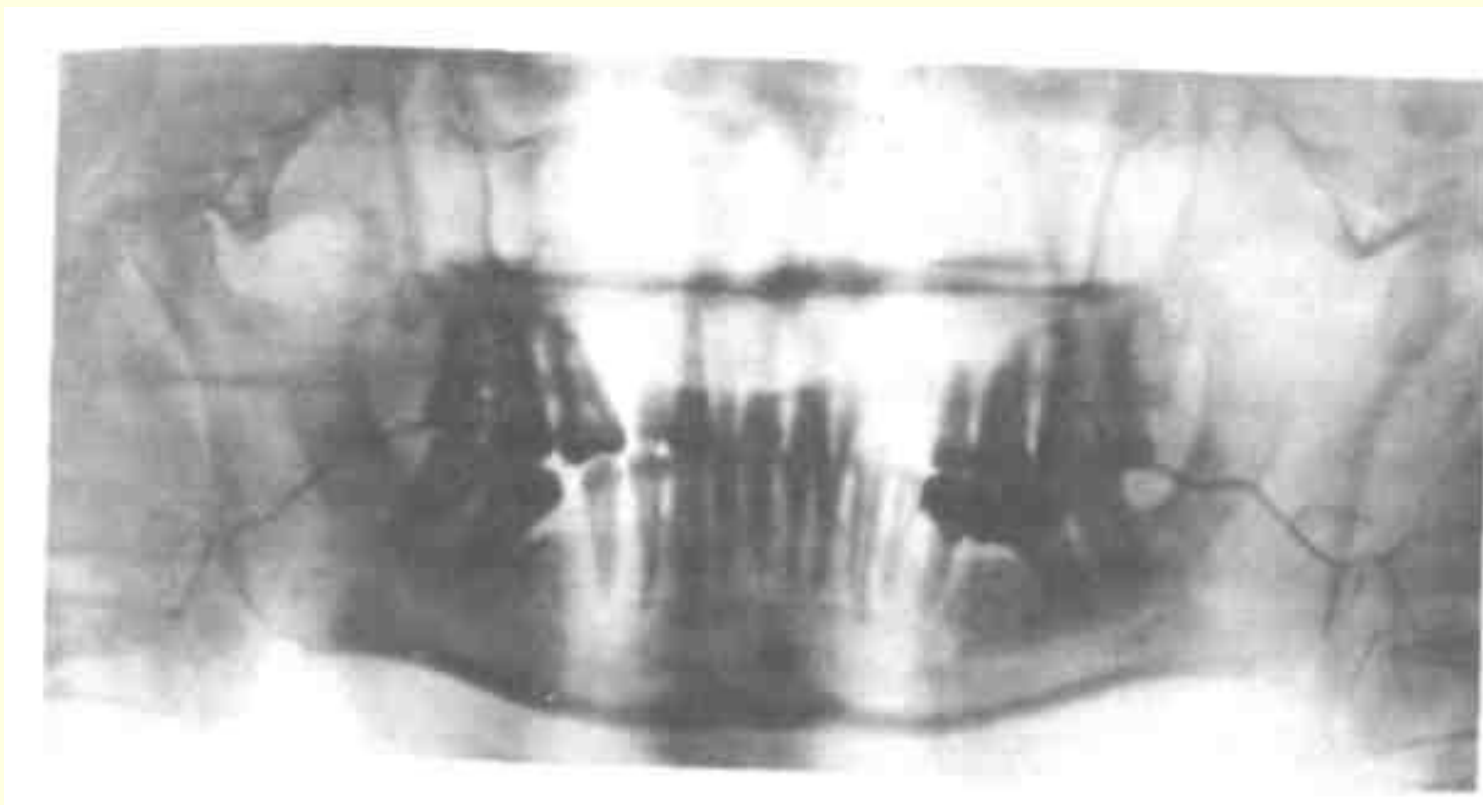


**Сиалограмма того же больного. (через 14 лет) после лечения.
Полостей в железе стало значительно меньше, определяются
внутрижелезистые протоки**



Паренхиматозли сиаладенит - сурункали қайталанувчи сулак беги паротити. Этиология паренхиматоз сиаладенитда етарли даражада урганилмаган. Сулак безларининг шиш, ангиоматозли жараёни 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* беморлар, безларнинг ирмоқларида огирлик хисси, йиринг ажралишини кузатилади. Кўпинча, безлар узаяди, йиринг эластик констистенция бўлади, пайпаслаганда оғрик 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.

Пантомоссиалограмма 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 сиаладенигда беморлар кўпроқ шишнинг атрофларида безларнинг қизариши, қулоқ олди атрофининг оғриқ сезиш, йирингли сўлак ажралишини, бир хил вақтларда оғиз бўшлиғининг қуришидан шикоят қиладилар. Шишин қулоқ олди анатомик чегаларининг оғриқсиз ва ўнқир-чўнқир бўлишига эга бўлади ёки тери шиш билан копланеди, 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. *Таъхислаш* 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 беморлар уткир таом истеъмол қилганда қулоқ олди чайнов соҳасида гоҳида пайдо бўлувчи шишга шикоят қиладилар. Гоҳида оғиз бўшлиғига кўп микдорда сўлакнинг ажралиши кузатилади. Бу қулоқ олди йўллариининг кенгайиши учун характерлидир. Жараён симптомсиз кечиб, хуруждан сўнг беморларни текширишда аникланади. Кузатувда қулоқ олди безлар соҳасида ўзгаришлар сезилмайди. Йўлларда тиник, гоҳида 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 чиқарув йўлининг ва I—II тартибдаги шохчаларнинг нотекис кенгайиши, ёки II—III ва IV тартибдаги шохларининг кенгайиши (катор холларда асосий чиқарув йўли ўзгармаганлиги қолади), ёки безнинг барча йўллари ва асосий чиқарув йўлининг кенгайиши аникланади.

Сиалодохит околоушной железы. Сиалограмма.



- Улар аниқ контурларга эга бўлиб, қайта килинган сиалограммаларда аниқланади. Паренхима яхши топилади, бўлакчалари аниқ намоён бўлади. Клиник намоён бўлган босқичларда беморлар оғиз бўшлиғига шўртангрок, шиллик булакча аралашмали секретни йуллардан доимий уз-узидан ажралишига шикоят қиладилар. Овкатланиш вақтида сўлак беши соҳасида шиш ва санчиқ пайдо бўлади, ва овкат қабул қилгандан сўнг йўқолади. Баъзида майда йўллар сиалодоҳитда эзувчи огриклар белгиланади.
- Қулоқ олди йўллари бўйича ёки безнинг қандайдир соҳасида текширувда валик кўринишидаги огриксиз юмшоқ шиш аниқланади. Унга босилганда оғиз бўшлиғига безнинг шуррок туриб қолган секретни ажралади ва шиш йўқолади. Оғиз шиллик қобиғи, қам бўлиб, ранги узгармайди. Йулларнинг киргоклари, улардан ипсимон фибриноз киритилмас йуллар қуймалари билан қучли шилликли секрет ажралади.
- Сўлакни цитологик текширишда цилиндрик эпителий хужайралари топилади, улар орасида жуда йирик, баъзида икки ядроли, шунингдек яллиғланиш метаплазия белгили қуп бўлмаган эпителиал хужайралар пластларини топадилар.

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



Сурункали сиалодохитнинг кечиккан босқичларида беморлар жараёнинг тез-тез кучайишига, йўллардан йирингли ёки шиллик-йирингли ажралмаларга шикоят қиладилар. Яллиғланган сўлак беги сохасидаги 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 охириги бўлимларини морфологик эслатувчи эпителиал комплекслар аникланади. Сиалограммада, кенгайган кулок олди йўли аниқ формага эга бўлади. *Даволаш* оғиз бўшлиғи, бурун-халкум сурункали учоклари санациясидан бошлаш мақсадга 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 туқималари трофикасини яхшилаш, унинг функциясини кутариш, строма ва паренхимадаги дегенератив узгаришларни склерозирлаш



Паренхиматоз паротит ва сиалодохитнинг кечиккан босқичларида даволашни антибиотиклар юборишдан бошлаш лозим. Буни массаж қилиб ва барча йуллари таркибидан озод қилгандан сунг, махсус қанюля ёки игна билан 2 мл 10 000 ЕД бирламчи пенициллин ва 100 000 ЕД стрептомицин 2 мл 0,5 % ли новокаин эритмасига юборилади ва безни массаж қилинади. Антибиотиклар эритмасини йулларига юборишни то барча шиллик – йиринг масса ювиб ташланмагунча давом эттирилади. Йуллари торайган беморларда протеолитик ферментларни (трипсин, химатрипсин) куллаш керак. Даволаш комплексига рибонуклеаза G—10 мгдан мушакка) инъекцияни ва дезоксирибонуклеаза G—10 сеансдан 20 мин). электрофорезни куллаш мумкин.

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

Физикавий даволаш усулларида 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 бошқ.) эритрофорезлар, магнит- ва лазеротерапия ва бошкаларни куллайдилар.

Жаррохлик даволаш усуллари гохда консерватив терапия эффе́ктивлигида, безнинг йиринглаши билан боровчи яллиғлиниш жараёнларида, сўлак бе́зи функцияларининг бузилишида, қулоқ олди ёки жағ ости йуллари структура ва атрезиялари мавжудлигида кулланилади.

Хронический сиалодохит

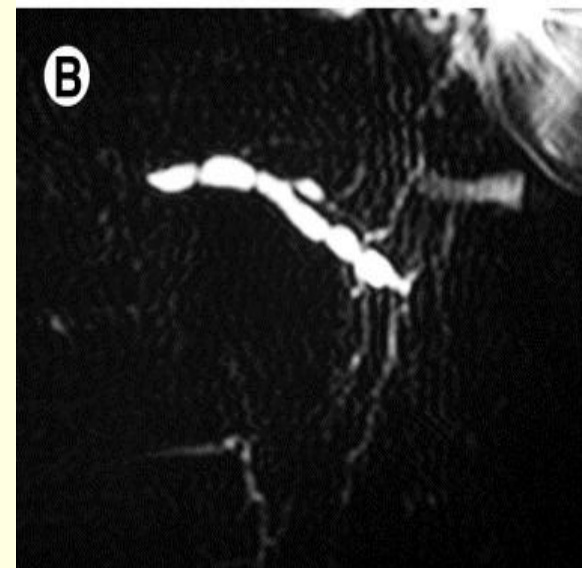
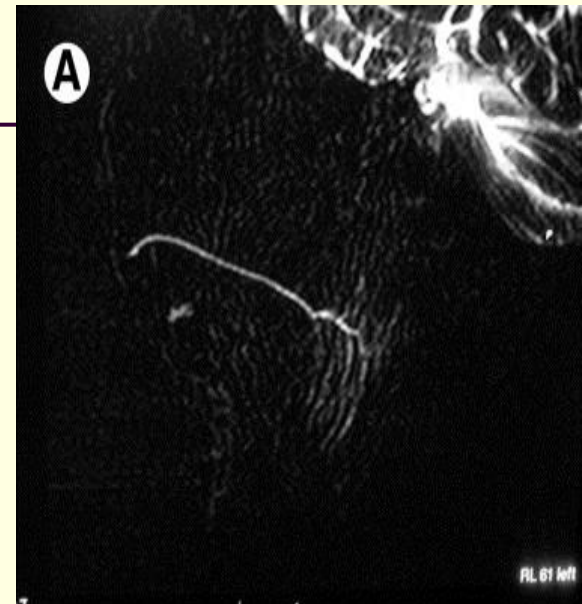




Рис. 9. Сналодохит главного и внутри-железистых выводных протоков околоушной железы.

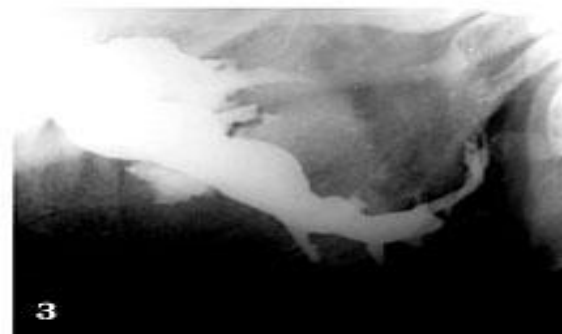
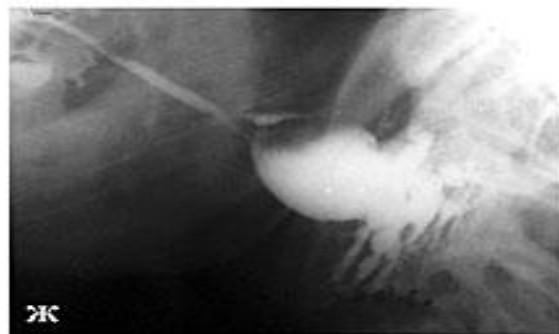
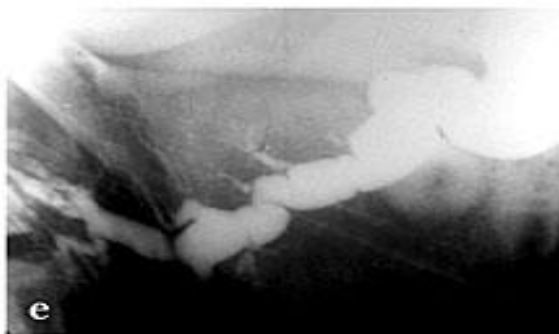


Рис. 10. Разнообразные варианты сналодохитов главных и внутрижелезистых выводных протоков околоушных желез (а, б, в, г, д, е, ж, з).

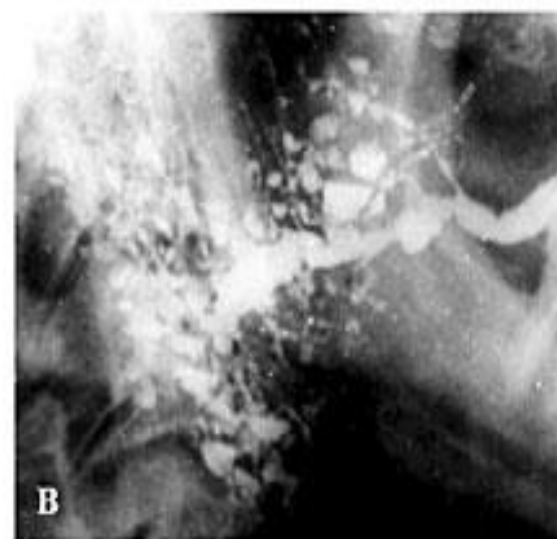
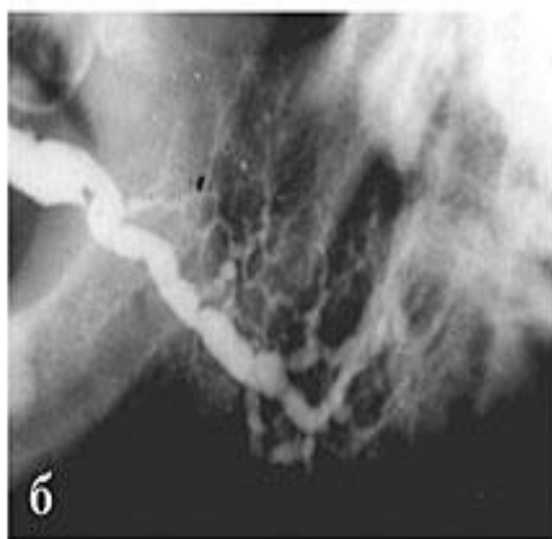
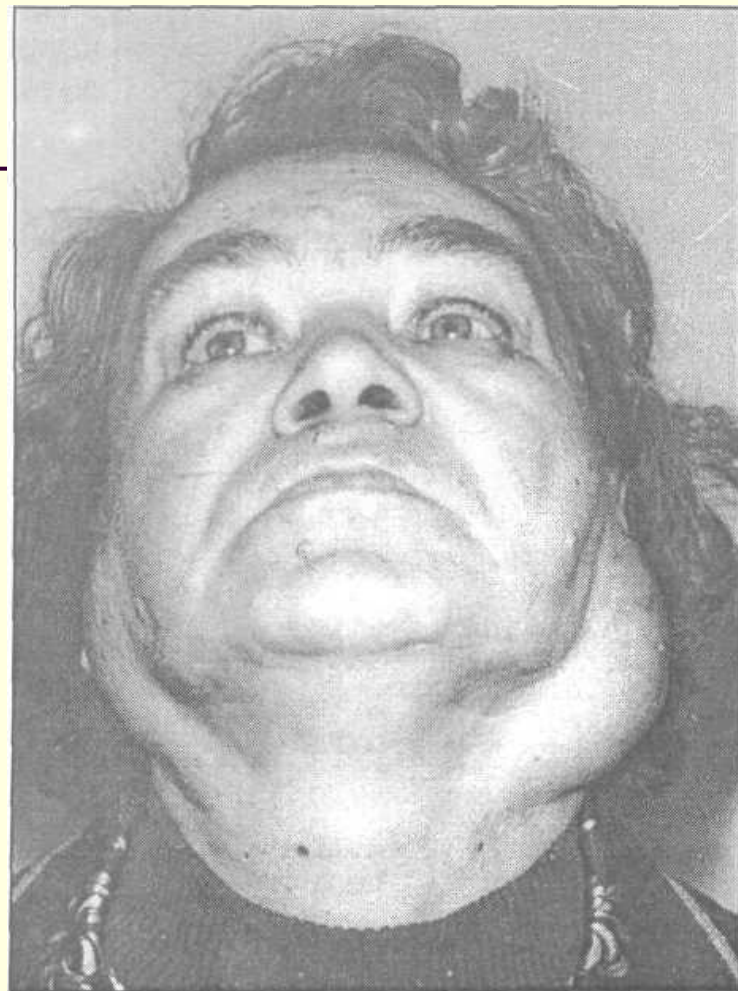


Рис. 11. Варианты слюноходов главных и внутрижелезистых выводных протоков околоушных желез (а, б, в, г, д, е).

Сиалоз - сўлак безларидаги дистрофик ўзгаришлар уларнинг катталашиши ва айирув ҳамда 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 сиалодохит ривожланади.



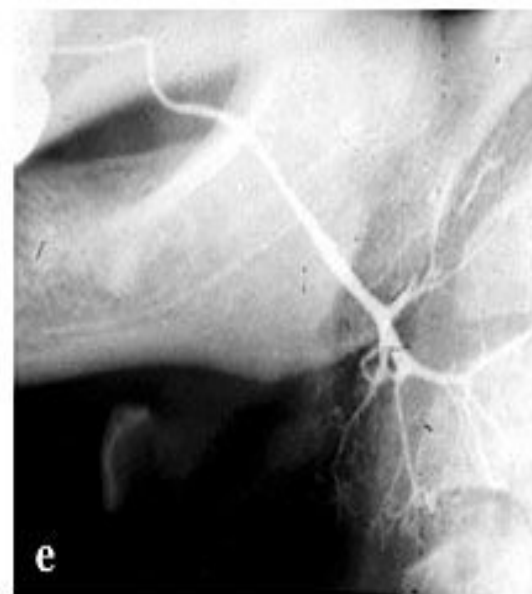
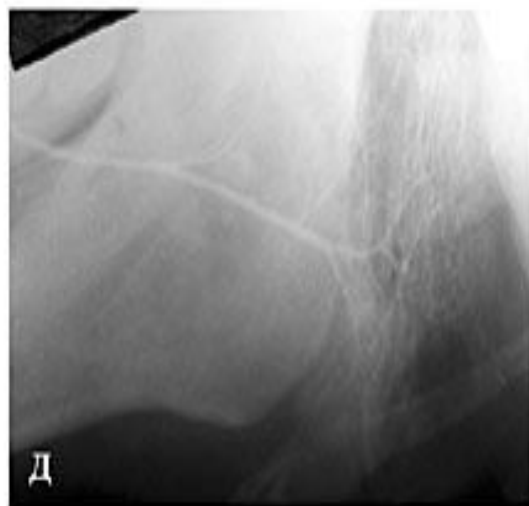
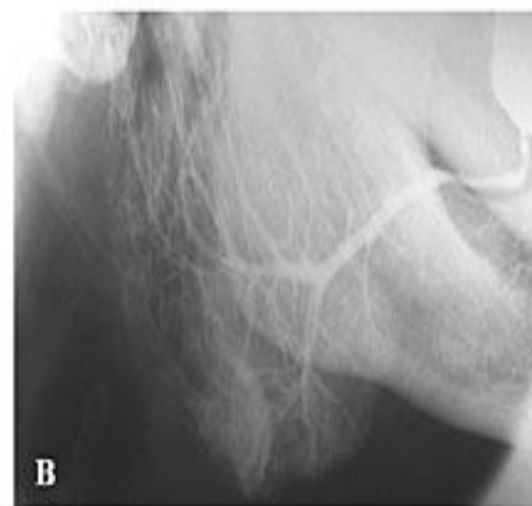


Рис. 4. Сialogраммы больных сиадозом (а, б, в, г, д, е).

Сўлак тош касаллиги - (сиалолитияз) эркаклар ва аёлларга тенг таъсир қиладиган 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 зарарланиши билан 20.5% — 60.1% ҳолатлардан келиб чиқади.

СЎЛАК ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ ДИФ. ДИАГНОСТИКАСИ

- ✓ Ўткир ва сурункали сialoadenит 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 тизимининг 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, аутоиммун 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 ғайритабiiй катталиги, сўлак безлари йўллари структурасида ва паренхима соясида ўзгаришлар йуқ. Жараённинг кучайиши натижасида паренхима сояси аниқланмаслиги, сўлак безларининг йўллари тор, тўғри контурга эгалиги намоён бўлади.

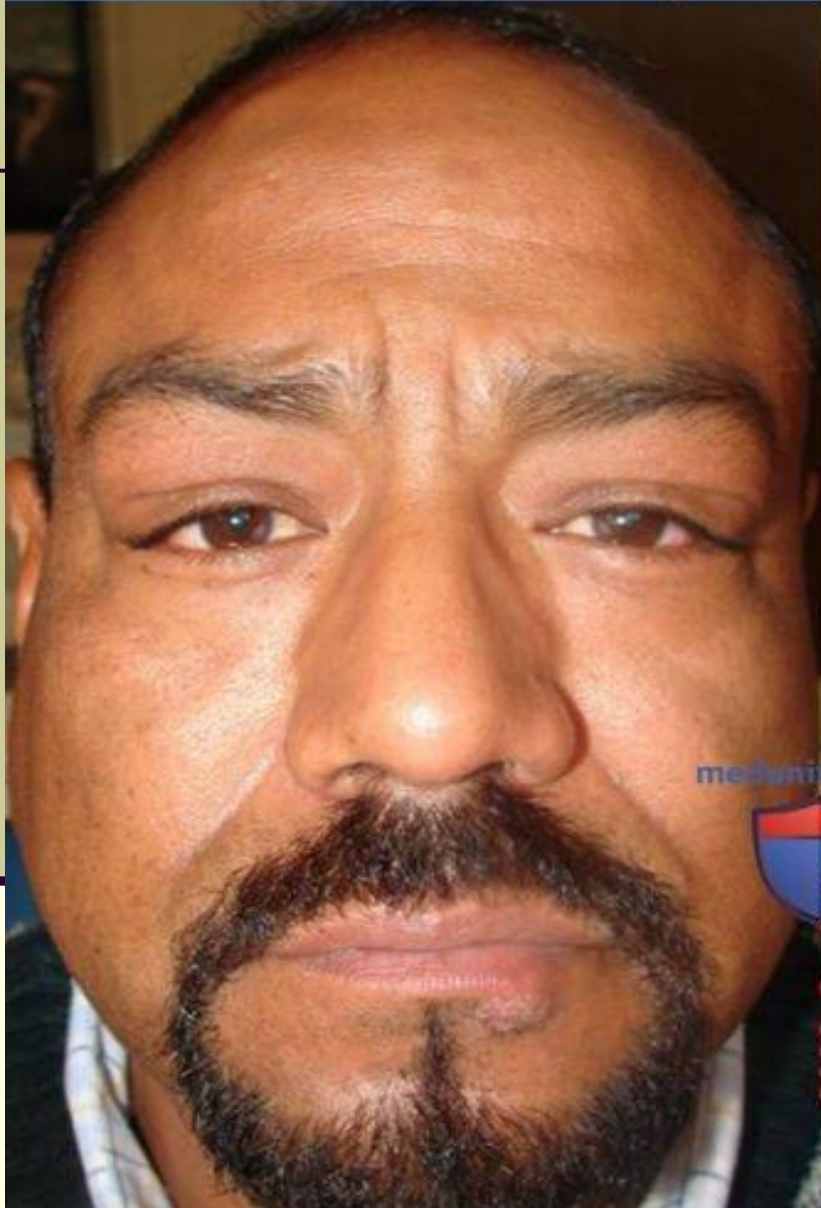
Большая с болезнью Микулича

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 яллиғланишга қарши терапия, компресс. Безлар йулларига бактериофаглар юбориш, антибиотиклар қўлланилади.

Синдром Микулича



meduniv.com



■ Гужеро-Шёгрэн 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 қизил волчанка, системали склеродермияда кечиши *Шёгрэн 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 кўрқиш, кўзда қум тиқилиш хисси, кейинчалик эса қулоқ олди, кам холларда жағ ости безларининг катталashiши пайдо бўлади. Текширишда қулоқ олди безлари ремиссия пайтида катталашган, қаттиқ. Ғадир-будир ва оғриқсиз бўлади. Одатда иккала без ҳам зарарланиб, лимфа тугунлари баъзан катталashiши мумкин. Авж олиш даври жуда қийин ўтиб, тана ҳароратини кўтарилиши, қаттиқ оғриқ ва сўлак безлари йўлларида шиллик йиринг ажралиши билан намоён бўлади. Сиалографияда безлар бўшлиғи катталашган бўлиб, контурлари ноаниқ, перенхима тузилиши аниқланмайди. Майда сўлак безлар йўллари узук-юлуқ бўлади. Бу касалликларни ўсма, сўлак безлари йўллари паренхиматози ва интерстицияли ҳамда сурункали силодохит билан дифференцияланади. **Таъхис** секретнинг цитологик текшируви, сиалометрия. Сиалография текширувлари, ксерофтальмия ва хазм қилишнинг бузилишлари белгиларига асосланади. Қонда турли хил даражадаги ўзгаришлар кузатилади: ЭЧТ ошади, лейкопения, баъзан лейкоцитоз, гипергаммаглобулинемия + ревматоид омил.

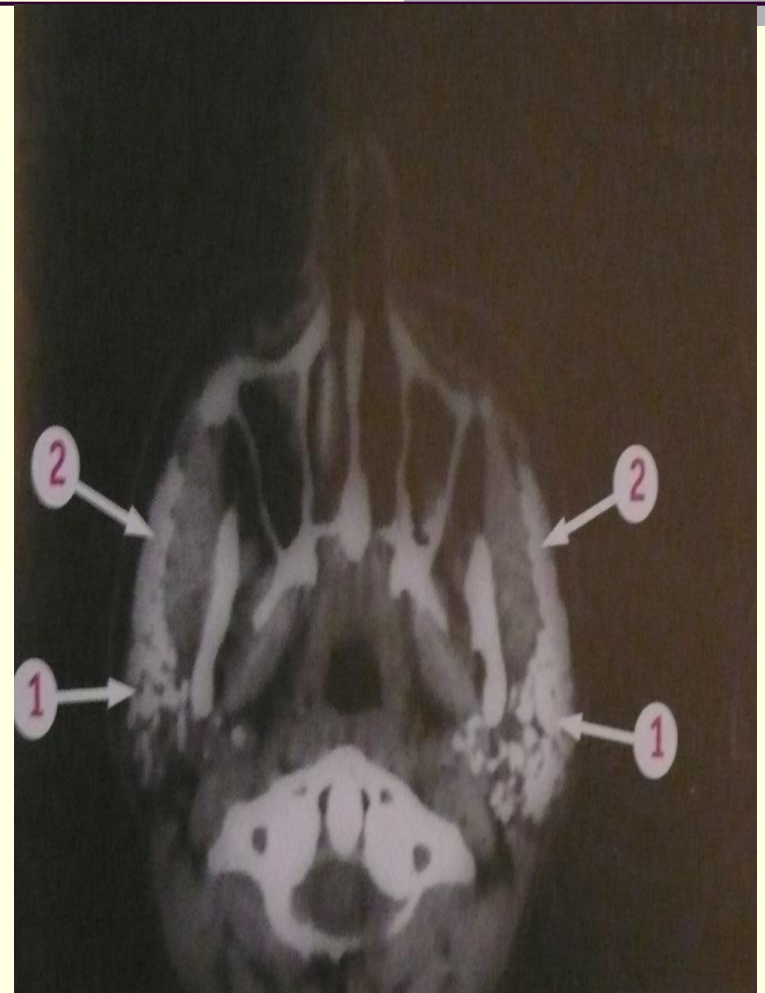
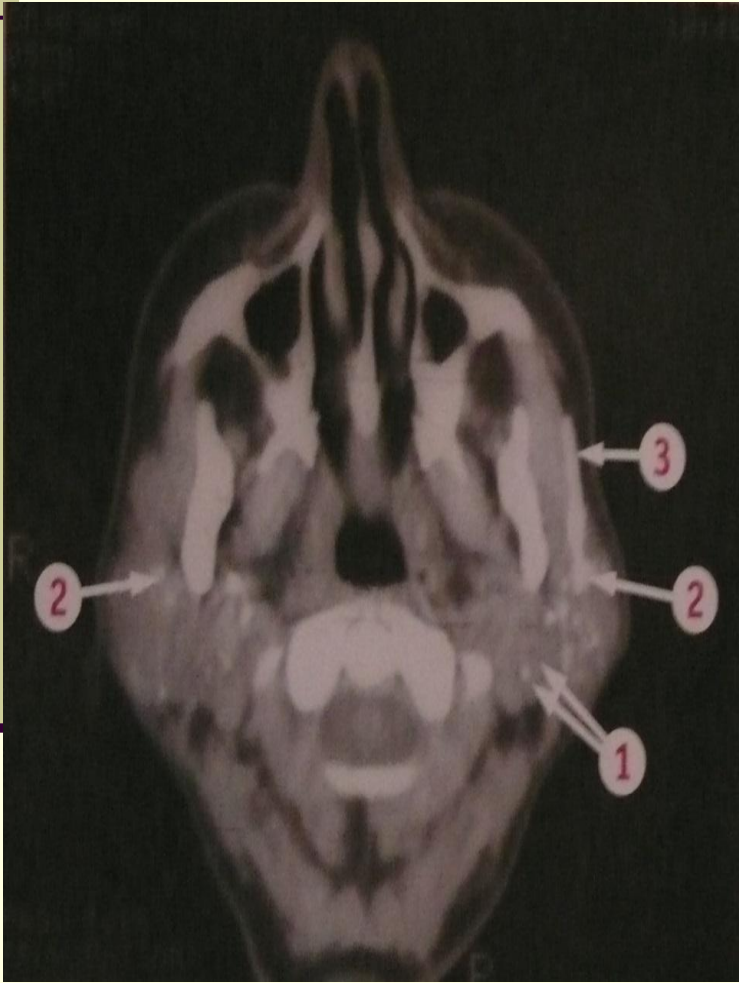
Даволаш. Касаллик шифохонанинг ревматология бўлимида даволанади. Ревматологлар аутоиммун жараённинг фаоллигига қараб асосий терапия - цитостатиклар, стероид ва яллиғланишга қарши моддалар (преднизолон, бруфен, салицилатлар, поливитаминлар, ретоболил ва бошқалар) буюришади. Сўлак безларига маҳаллий таъсир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





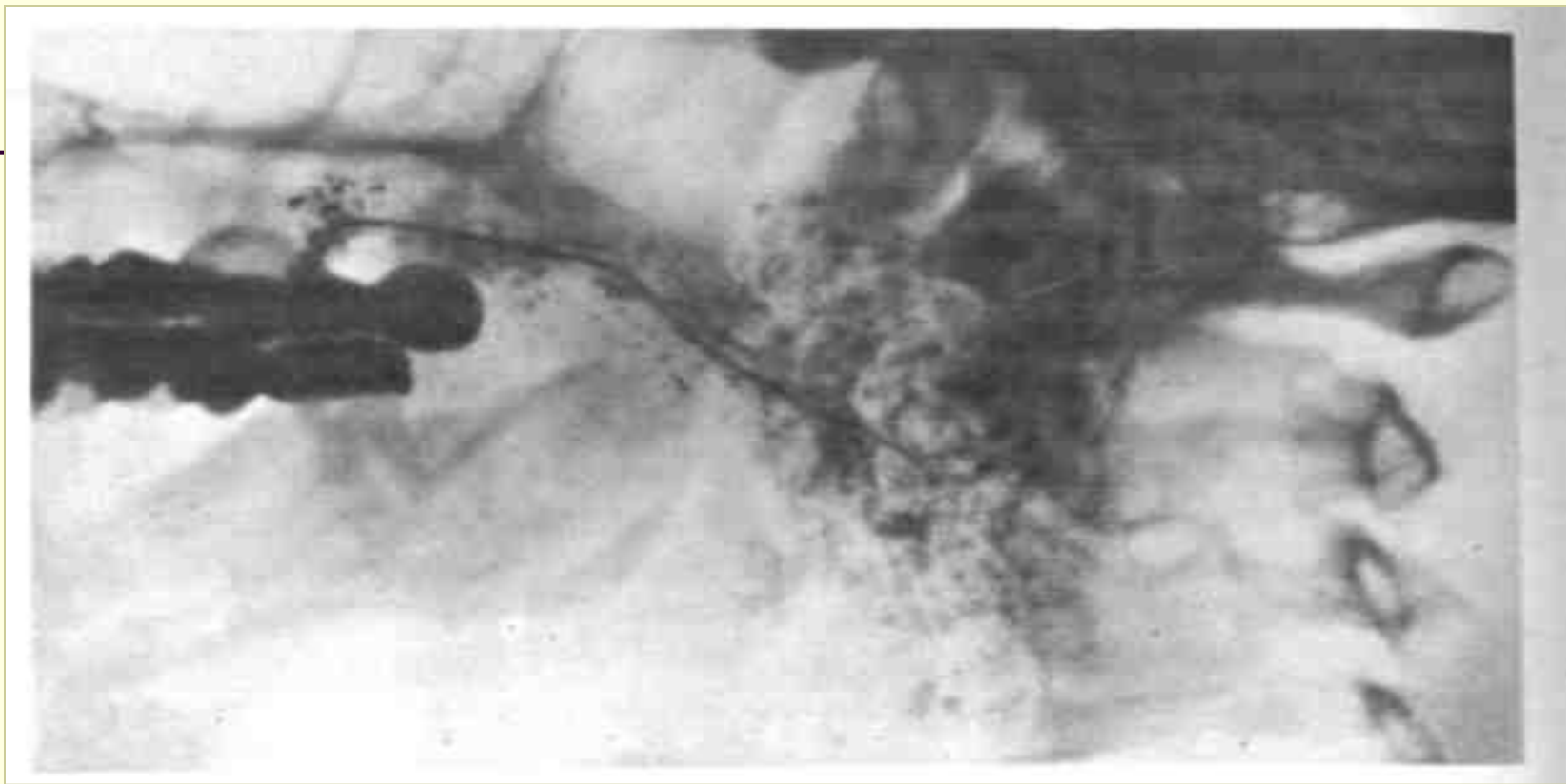
Рис. 18. Сиалогаммы околоушных желез больных с синдромом Шегрена (а, б, в, г, д).

Синдром Шегрена



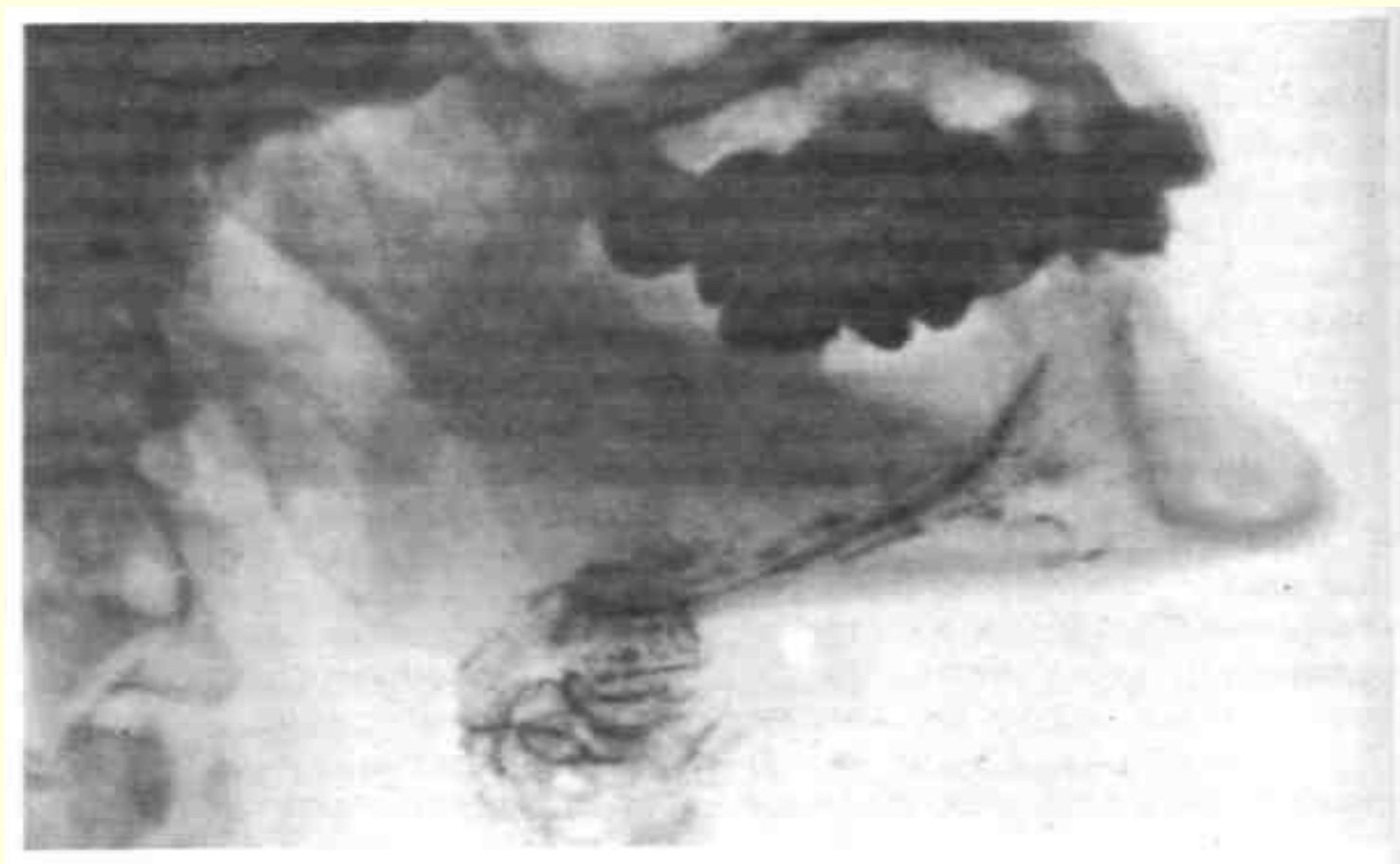


**Кулок олди сулак беги катталашган, курук
кератоконъюктивит**



Шегрен касаллиги билан чалинган беморнинг lateral проекцияси чап сулак беzi Сиалограммаси. Каналчаларнинг контурлари нотекис ва ноаниқ. Контраст модда каналчалар деворларига кириб борган ва каналчалар ташқарисидаги ноаниқ, тартибсиз жойлар сифатида аниқланган.

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



КИЧИК СЎЛАК БЕЗЛАРИ РЕТЕНЦИОН КИСТАЛАРИ

~~*Ретенционная киста*~~ – тишч чиқиши бузилиши туфайли безда ҳосил бўладиган кистадир. Бундай кисталар одатда бачадон бўйни, оғиз шиллиқ қавати, тухумдонлар ва бошқа 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

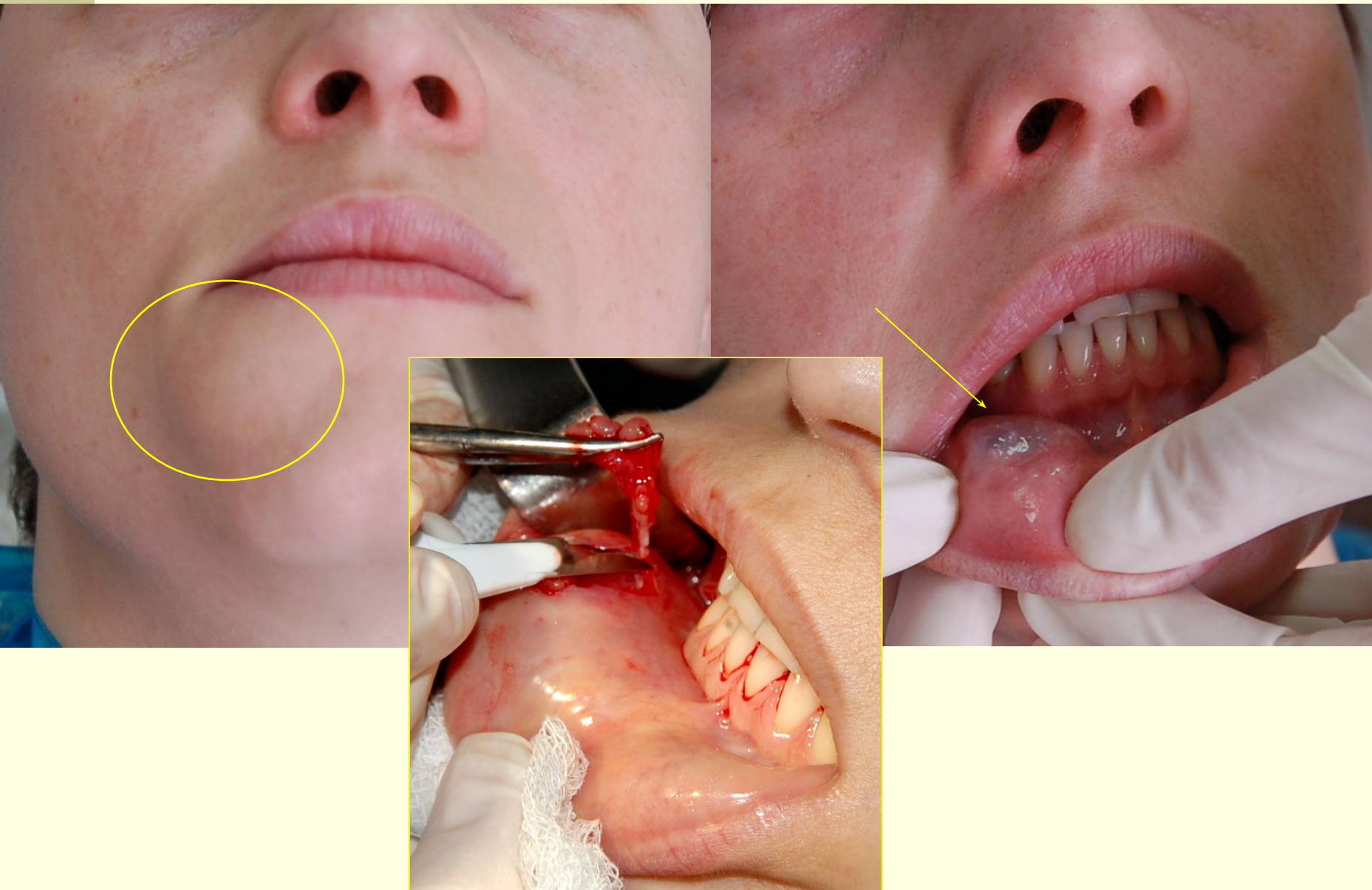


Ретенцион киста - ингичка толали капсулага эга бўлиб, таркибида ёпишқоқ оқиш-сарғиш суюқлик бор. Кист деворининг ички юзаси бириктирувчи ёки грануляцион тўқима билан қопланган бўлиб, ~~периферия бўйлаб зич толали булади. Без киста мембранаси билан~~ туташган сақланиб қолган жойларида каналчаларнинг кенгайиши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

КИЧИК СЎЛАК БЕЗЛАРИ КИСТАЛАРИНИ ДАВОЛАШ



Цистэктомия



ТИЛ ОСТИ СУЛАК БЕЗИ РЕТЕНЦИОН КИСТАНИ ДИФ. ДИАГНОСТИКАСИ

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





**Огиз бушлиги
лимфангиомаси**



**Тил ости сулак беги
ретенционна кистаси**

-
- **НООДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛАНИШ 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.

Сумбатов чипқонли беморларни урта группага

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

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

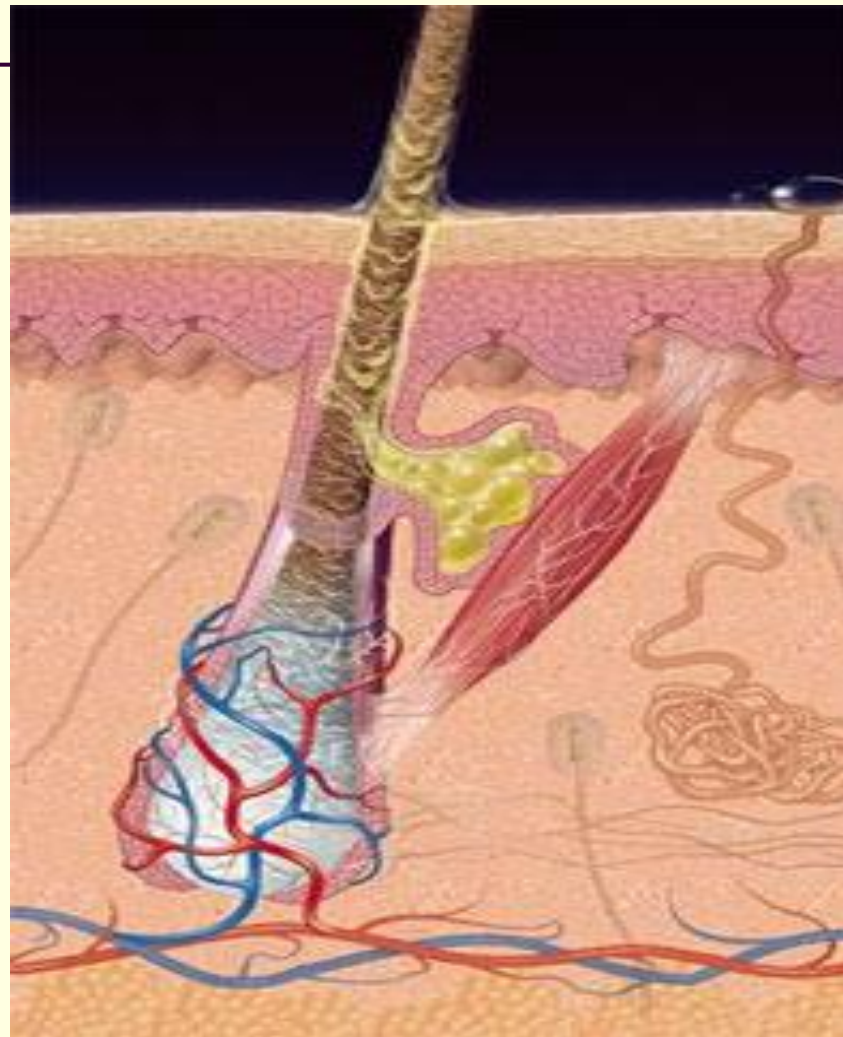
1. Уч босқичли хавфсиз : инфильтрация, йиринглаш ва некроз, регенерация ва эпителизация.
2. Хавфли ва унинг босқичлари: инфильтратив-токсик, флегмоноз, прогрессив вена томирлари тромбози билан септик.

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 чақирувчиси 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 3 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 инфилтрат пайдо бўлиб пайпаслаганда оғриқ бўлади, 3-4 кунга бориб пустула ҳосил бўлади, флуктиацияни 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 грануляциялар билан тўлади ва унча катта бўлмаган чандиқлар пайдо бўлади.



Яллигланиш жараёнида фурункул фолликулаларда ҳосил бўлиб, кейин тери ости клечаткасига тарқалади. Регионар лимфаденит ривожланиб, интоксикация натижасида умумий белгилар кузатилади: тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳолсизлик уйқунинг бузилиши иштаҳани йўқолиши билан характерланади. Кўп беморларда оғриқ асосий шикоятларидан бири ҳисобланади, айниқса бурун, пешона, лабларда фурункул бўлса жуда оғриқли кечади ва бу оғриқ 3 шохли нерв йўналиши бўйлаб ирадиация беради, юз қисмини қайси соҳаси зарарланишига қараб бир қанча вариантлар тафовут қилинади



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

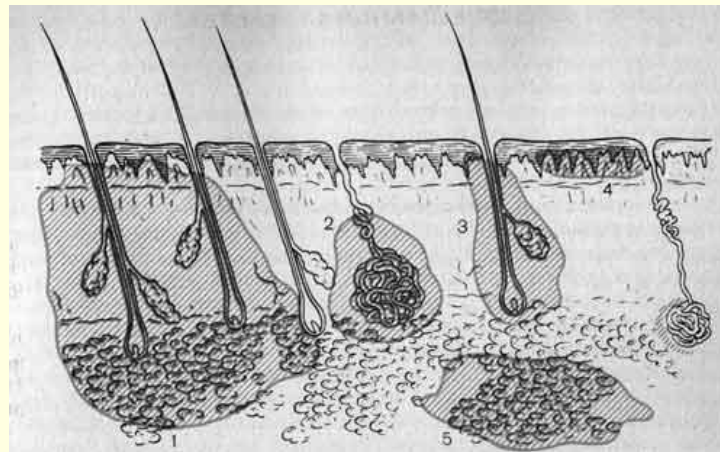
Ташқи қисмида бўлганда ташхис қўйиш унча қийин бўлмайди. Бу пайтда юқори лабни шишини кузатиш мумкин бўлади, бурун катаклари кичклашади ва нафас олиш қийинлашади .Буруннинг пастки қисми инфилтратида оғизга кириш дарвозаси бўшлиғи ва ўтиш букилганда юқори тиш фронтал қисмида бўлса ташхис қўйиш бир оз қийинчилик туғдиради. Кам ҳолларда бунда юқори жағ периостити диаг ностика килинади. Лабларда фурункул бўлганда беморлар овқат қабул қилиш вақтида оғрикнинг пайдо бўлишига шикоят қиладилар. 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 инфилтрати 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 инфилтрат лабларнинг чет қисимларини эгаллаб, инфилтрат 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 ёноқда тишлар изи шиллик қаватида шиш кузатилади.

Как выглядит фурункул



КАРБУНКУЛ – тери ва тери ости клечаткаси бир қанча халтачасидан ҳосил бўлган тер безларини тарқалган йирингли-некротик яллиғланиши ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида соч халтачаси ва тер безларига инфекцияларнинг (кўпинча стафилакок кам ҳолларда стрептокок) тушиши натижасида келиб чиқади. Кўпинча у ёши катта кишиларда учрайди, авитаминоз, диабет яна фурункулни сикқанда келиб чиқади. Болалик ёшида камроқ учрайди, бу эса тери ва тери ости клечаткасининг морфологик тузилишига боғлиқ. 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 ёноқда учраса, инфилтрат ҳисобига, юз ассиметрияси кузатилади, шиш юқори қисмларга ва соғ тўқимага қараб тарқалади. Карбункул кўпинча ўткир 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 тромбланишади, бу эса юз ва юзнинг соғлом қисмини 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 чуқурлиги фасция, мускуллар, жағ суягигача чуқурлашиши 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 оғриқли инфильтрат ҳосил бўлади. Бу даврнинг давомийлиги 1-2 кунга чўзилиши мумкин. Иккинчи даврда йиринг ажралади. Учинчи даврда битиш жараёни кузатилади. Хамма карбункуллар интоксикация билан тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриғи, умумий ҳолсизлик кузатилади. Юзда фурункуллар ва карбункулларнинг асорати кўпинча синус ва бош мия шиллиқ қаватига инфекция тушиши билан характерланади, шунингдек веноз, лимфатик ва артериал томирларга инфекция тушиши билан характерланади.



Асоратларни умумий ва маҳаллий турларга бўлинади:

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

Даволаш. Фурункул билан оғриган беморларга антимикроб даво тайинланади (антибиотик ва сульфаниламидлар), десенсибилизовчи, дезинтоксикацион ва умукувватловчи даво, гемостаз коррекцияси. Маҳаллий 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 – инфекциян касаллик бўлиб, организм умумий интоксикацияси ва терини яллиғланишли шикастланиши билан кечади. Қўзғатувчи — **рожистый стрептококк**



Шиллик каватларда кам учрайди, яллигланган соҳа соғ терига қараганда чегараланган. Юз қисмида 45% , бошнинг соч қисмида 35% учрайди . Бу касаллик Гиппократ даврида ҳам 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 экзоген 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 клеткасига кириб боришида камроқ учрайди. Десквамация кузатилади ва зарарланган жойни ўраб турган эпидермис паракератозга учрайди ва тарқалиб кетади, айрим беморларда кўп миқдорда яллиғланиш экссудати учраб, бу сарамаснинг буллез формаси ҳисобланади, кейинчалик экссудатда кўп миқдорда лейкоцитлар йиғилиб, улар суюкликка айланиб, пустила ҳосил бўлади. Кам ҳолларда беморларда экссудатда йиғилган лейкоцитлар қон айланишини ва тўқималар озиқланишини бузади, бу эса гангренали некроз сарамасига олиб келади

Юз ўнг томон сарамас яллиғланиши



Клиник ўзгаришларга кўра қуйидаги шакллари фарқланади:

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

Маҳаллий яллиғланиш кўламига кўра:

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

Умумий яллиғланиш реакцияси даражасига кўра қуйидаги 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. Маҳаллий: юз терисида географик картасига ўхшаш чизиклар пайдо бўлади, гиперэстезия кузатилади, периферияга қараб оғриқ кучайиб боради. Қизариш тезда тарқалиб кетади. 24-48 соатдан кейин регионар лимфаденит кузатилади, зарарланган соҳа четлари валик шаклида кўтарилиб қолади, бу эса сарамаснинг кўп тарқалган формаси ҳисобланади *erysipelas erythema-mafosum* (erythros-қизил, pella – тери).

■ Эритематоз формаси буллез формасига ўтади.

■ Агар жараён халта фазаси билан тугаса улар ерилиб сарик рангдаги зич коркани ҳосил қилади. Эритематоз формадан кейин тери тушиб, соч, сокол, муйловлар тукилади. Тери лимфа алмашинуви бузилганлиги учун тери калинлашади флегмоноз ва гангренали формаси юз қисмида кам ҳолларда учрайди, бу купинча еши катта кишиларда кузатилади. Бу эса типик флегмонани чакириб тери ости клеткаси тери қаватлари озикланишининг бузилиши ва чандик ҳосил қилади. Соч қисмида сарамасни пайдо бўлиши, терининг тукилиши сепсис ва менингитга олиб келади.

■ Умумий симтоматикаси:

■ Бош оғрик, қусиш, кўнгил айниши. Пульс ва нафас олиш тезлашади, тана ҳарорати кўпинча юқори бўлади. Кўпинча бу ҳолатлар продрамал синдромларсиз кечади. Кўп беморларда жигар ва талоқ катталашади.

■ 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 кувватловчи диета. Сульфаниламидлар, антибиотиклар, демидрол.

■ *Асоратлари :*

■ Соғлом тўқимага тарқалиши мумкин

■ Стрептококк инфекцияларини тарқалиши ва иккиламчи инфекцияни кўшилиши.

■ Йирингли яллиғланиши, веналарнинг зарарланиши.

■ Юқумли психозлар

■ Соч қисмида учраганда-менингит.

Нома - Оғиз ва жағнинг сувли гангренази ҳисобланади. Этиологияси аниқ эмас, нома билан кўпинча болалар касалланади, юқумли касалликдан кейин келиб чиқади. Катталарда эса юрак томир системаси касаллигидан кейин келиб чиқади, стоматит эса уни келтириб чиқарувчи касаллик ҳисобланади.

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

Ўнг томони лунж, бурунлаб бурмаси номаси



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

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

Некроз милкларга тарқалиб, тишларни қимирлаб 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 гангренали сепсис кузатилиши мумкин.



Даволаш. Биринчи ўринда организм умумий қувватини кучайтириш керак ва зарарланиш ўчоғида микрофлора ҳаёт фаолиятини тўхтатишга қаратилган муолажалар қилиш керак.

Антибиотиклар. Маҳаллий новакаин-пеницилин блокадаси ва зарарланган учок атрофига антибиотикларни тампон ёрдамида қўйиш

гангренага қарши зардоб юбориш, ярага малҳам

гемотрансфузия

аскарбин кислотаси (0.3-0.5 г 2-3 маҳал кунига)

никотин кислотаси (0.2-0.4г 2-3 маҳал кунига)

тиамин (0,01-0,015г)

пентоксил (0,02 2-3 маҳал кунига)

соматик касалликларни даволаш, стоматитларни профилактика қилиш керак.

**ЭЪТИБОРИНГИЗ УЧУН
РАХМАТ**