УДК: 616.31-002.

ҚОН ТИЗИМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Мадашева Анажан Газхановна, Махмонов Лутфулло Сайдуллаевич
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ

Мадашева Анажан Газхановна, Махмонов Лутфулло Сайдуллаевич
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

CHANGES IN THE MUCOUS MEMDRANE OF THE MOUTH IN CASE OF SYSTEMIC DISEASES

Madasheva Anazhan Gazkhanovna, Makhmonov Lutfullo Saidullaevich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. *Маколада қон касалликлари ва ички аъзолар касалликларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларида ўзгаришлар этиологияси, патогенези клиник ва инструментал-лаборатор диагностикаси,клиник кўриниши акс эттирилган. Қоннинг тизимли касалликларида огиз бўшлиги шиллиқ қаватларини замонавий даволашни қўллашга асосланган ёндашувлар келтирилган. Айниқса тизимли ички касалликлар, шу жумладан қоннинг тизимли касалликларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларида кузатиладиган ўзгаришлар ва уларнинг диагностик аҳамиятига алоҳида ургу берилган.*

Калит сўзлар: *Огиз бушлиги шиллик каватини анатомияси ва кон тизимли касалликларида узгаришлари.*

Abstract. *The scientific and information part of the pathogenesis are being studied the etiology, pathogenesis, methods of clinical instrumental diagnostics, clinical manifestations of the blood system diseases and diseases of internal organs in the mucous membrane of the oral cavity. The special role belongs to the early diagnosis of the disease is changes in the mucous membrane of the oral cavity in diseases of internal organs including the blood system diseases.*

Keywords*: Anatomy and changes in the orai mucousa in systemic blood diseases.*

Кириш. Оғиз бўшлиғи аъзолари касалликлари кенг спектрли симптомлар, оғиз бўшлиғи тўқималари ва структураларнинг зарарланиши билан характерланиб, кўпинча тизим патологиянинг кўриниши сифатида намоён бўлади. Буларнинг ҳаммаси дифференциал ташхисни қийинлаштиради ва нафақат стоматологлар, балки терапевтик йўналиши бўйича мутахассислар, айниқса биринчи навбатда гематологлар олдида турган муаммоларнинг мураккаблигини тушунтиради.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги (ОБШҚ) касалликларга ёрдам бериш нормал ва патологик анатомияни билиш, синчиклаб анамнез йиғиш, оғиз бўшлиғини текшириш , мазкур клиник манзарада эҳтимоли бор бўлган касалликлар ва ҳолатларни дифференциал ташхис қилишни билишни назарда тутишни тақозо этади. Дифференциал ташҳис- ташхисни аниқлаш ва даволаш режасини тузишнинг асоси ҳисобланади. Санаб ўтилган принциплар(тамойиллар) кундалик даволаш ва реабилитация қилишда муҳим роль ўйнайди. Ташҳис қилишда муҳим босқич бўлиб, кўпинча беморни илк бор кўрикдан ўтказадиган стоматолог гигиенист ҳисобланади. Кўпинча беморларнинг шикоятлари ва уларда аникланган ўзгаришлар хавфли ўсмалар, саратон олд ҳолатлар ва юқумли касалликларга хос бўлган клиник ўзгаришларни эрта ташхис килиш ва даволаш масаласи ётади. Масалани бошқа тамони, терапевтлар, гастроэнтерологлар, педиатрлар, эндокринолог, гематологлар хам беморни кўздан кечирганда оғиз бўшлиғига аҳамият беришса мутаҳасисликларига хос белгиларни аниклашса, эрта ташхис қўйиш ва даволаш енгиллашади. Талабалар, врачлар эътиборига тақдим қилинаетган кичик рисола матни тушунарли тилда клиник тавсифга урғу берган ҳолда ёзилган, бу эса касаллик хақида туғри тасаввур қилишга имкон беради.

Маълумки, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватлари, айниқса тил шиллиқ қаватлари ички аъзоларнинг «кўзгуси» ҳисобланади. Оғиз бўшлиги аъзолари ва тўқималари одамнинг турли ички аъзолари ва тизимлари билан чамбарчарс боғланган. Шунинг учун шиллиқ қаватларнинг(ШҚ) кўп зарарланиш гуруҳлари у ёки бу ички аъзолар касалликларида ривожланади. Баъзан улар бундай касалликларнинг эрта клиник белгиси бўлиб, касалликнинг объектив белгилари ривожланишидан анча олдин намоён бўлиб беморларни врач стоматологга мурожаат қилишга мажбур қилади. Шунинг учун стоматолог зиммасига кўпинча умумий касалликларни эрта кўринишларини туғри ташҳис қилиш ва беморларни бошқа касб врачлари билан биргаликда текшириш маъсулияти ётади. Бундай кўринишлар оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларида (ОБШҚ) кўп ички касалликларнинг зарарланишида ривожланади. Айниқса улар меъда ичак тракти, қон ва эндокрин, юрак томир касалликларида учрайди. Маколада ОБШҚ да кўп учрайдиган ўзгаришларнинг рангли расмлари билан безатилган.

Оғиз бўшлиғи анатомияси

Лаблар: Лаблар оғиз бўшлиғини ташқаридан чегаралайди. Лабларнинг ички қисми тери типидаги шиллиқ қават билан қопланган. Унинг остида фибровваскуляр тўқима жойлашган бўлиб, структурасида соч илдизлари, ёғ ва тер безлари йўқ. Чуқуррок лабларни ҳаракатга келтирувчи мушаклар (оғизнинг айлана мушаги, юқори лабни кўтарувчи мушак,

пастки лабни пастга туширувчи мушак) жойлашган. Лаблар ранги эпителий ҳужайраларида пигмент миқдорига боғлиқ. Лаблар ёпилиши ҳўл чизиқ деб аталадиган чизиқ бўйлаб юз беради. Ҳул чизиқдан ташқарида лаблар қизил мағзида жойлашган. Оғиз бўшлиғини текшириш вақтида лабларни бураш ва пайпаслаш керак. Уларнинг юзаси меъерда, қипиқлашмайди, гомоген ранга эга ва чегараси текис, аниқ, устида ёрилиш, яралар, тугунчалар ва ўсма ҳосилалар бўлмаслиги керак.

Лаблар ва лунжлар шиллиқ қаватлари: Лабларнинг ва лунжларнинг ички юзаси юпқа пушти рангли шох парда билан копланмайдиган эпителий билан қопланган. Шиллиқ қават пушти олча рангида ёки қўнғир пушти рангда, юзасида уни қон билан таъминлайдиган капиллярлар кўринади. Шиллиқ қават юзасида майда сўлак безлари чиқариш шахобчаси очилади. Лабларни бураганда сўлак ажратиш ўзакларининг нуқтасимон тешигидан сўлак безларининг шиллиқ секрети ажралиши кўринади. Лаблар шиллиқ қаватлари икки томондан лунжларнинг ички юзасига давом этади ва пастки жағ ретромоляр бўшлиққа ва пастки жағ қаноти ўтади. Лунжларнинг бириктирувчи тўқимасида ёғ мавжудлиги шиллиқ қаватларга сариқ ёки сарғиш кўнғир жило беради. Унда қўшимча сўлак безлари мавжуд. Бурчак тепачаси (тугунчаси) [Colliculis angularis]

Пушти ранг папула лунжлар шиллиқ қаватида лаблар чандиғи яқинида жойлашган.

Қулоқ олди бези чиқариш йўли: – бу қулоқ олди безининг секрет ажратиш шахобчаси (Стенон шахобчаси). Учбурчак пушти ранг папула кўринишига эга бўлиб, лунжлар шиллиқ қавати иккинчи юқори моляр тиш даражасида кўринади. Чиқариш йўли ўтказувчанлигини текшириш учун уни қулоқ, тампон билан ботириш ва қулоқ олди безини қисиш ҳаракатлари билан пастки жағдан юқори йўналишда массаж қилиш керак. Агар шахобча ўтказувчан бўлса, уни шахобчасидан сўлак ажралиб чиқади.

Оғиз бўшлиғи туби: Оғиз бўшлиғи туби деб тил олдинги ярми остидаги соҳа тушунилади. У юпқа пушти рангли шох пардасиз эпителий билан қопланган, остида бириктирувчи тўқима, сўлак безлари, шунингдек қон ташувчи томирлар ва нервлар мавжуд. Оғиз бўшлиғи туби тақасимон шаклга эга, олдинда ва латерал у пастки жағ альвеоляр ўсимтасини қоплайдиган шиллиқ қаватлар билан ҳосил бўлади, орқа чегарасини тилнинг пастки юзаси ҳосил қилади. Огиз бўшлиғининг олдинги қисми текис ва бир хил, орқа қисми тил юганчаси билан бўлинган, бу иккита қисмлар орасида тепача мавжуд бўлиб, унинг остида жағ ости бези, сўлак бези, чиқариш протоки жойлашган (Вартан шоҳоби). Шохоб унча катта бўлмаган папула кўринишидаги тил ости сўрғиччасига очилади. Ундан сўлак ажралиб чиқади, тепачанинг орқа чегараси бўйлаб тил ости сўлак безининг кўп сонли майда сўлак ажратиш жойлари (Равинив шоҳоби). Санаб ўтилган ҳосилалар остида жағ тил ости мушаклари жойлашган.

Қаттиқ танглай: қаттиқ танглай оғиз бўшлиғини юқори деворини хосил қилади. У ясси эпителий билан қопланган. Остида бириктирувчи тўқима, майда сўлак безлари ва уларнинг шахобчаси (орқа учдан икки қисмида) суяк усти тўқимаси ва юқори жағ танглай ўсимтаси жойлашган. Қаттиқ танглай устида бир нечта анатомик ҳосилалар жойлашган. Юқори қозиқ тишлар орасида қозиқли сўрғичлар жойлашган бўлиб, улар қозиқ тишлари устида пушти рангли овоид шаклдаги тепачалардан иборат. Қозиқ сўрғичлари орқасидан қаттиқ танглай олдинги учдан бир қисмида ўрта чизиқдан латерал бир неча миллиметр олдинги тишларнинг қимирламайдиган милкларигача етмасдан кўндаланг бурмалар жойлашган. Ён тишларнинг танглай юзасини суяб турган алвеоляр ўсимта қисмининг латерал гумбази деб аташади. Қаттиқ танглай ўртасида сариқ-оқ чизиқ кўринишида, у бўйлаб юқори ўнг жағ ўсимтаси чап томон ўсимтаси билан бирлашади. Юмшоқ танглай : Юмшоқ танглай майда сўлак безлари лимфоид ва ёғ тўқимаси қаттиқ танглайга нисбатан кўпроқ сақланади. Унда суяк асоси йуқ. Юмшоқ танглай ютиш актида қатнашади. У танглай пардасини кўтарувчи мушак ва кучлантирадиган тил ҳалқуми ва адашган нервни ҳаракат қилдирадиган нерв толалари билан иннервация қилинадиган мушак қисқарганда кўтарилади. Ўрта чок юмшоқ танглайда қаттиқ танглайга нисбатан яққол намоён бўлади. Ундан латерал томонда танглай чуқурчалари мавжуд. Уларга майда сўлак безлари шахобчалари очилади. Жойлашиши тахминан қаттиқ ва юмшоқ танглай орасидаги чегарага туғри келади. Юмшоқ танглайнинг дистал қисми ўртасида танглай тилчаси жойлашган.

Оғиз, халқум ва бодом безлари: Оғиз ҳалқумда икки танглай ёйчалари ва ҳалкум орқа деворини ажратадилар. Танглай тилчаси (uvula) унинг орқа деворини ташкил этади. Танглай тил ёйчаси тилнинг асосига пастдан ташқарига ва олдинга йўналган танглай тил мўшаги билан ҳосил бўлган. Танглай ҳалқўм ёйчаси катта ўлчовга эга бўлиб, пастдан ташқари ва орқага йўналган. Танглай ёйчалари орасидаги чуқурликда лимфоид тўқимадан тащкил топган бодом безлари жойлашган. Бу ярим сферадан иборат ҳосила бўлиб юзасида шиллиқ қаватлар чуқурликлар ҳосил қилиб, крипталар деб аталади. Бу чуқурлар микроорганизмларни ушлаш учун хизмат қилади. Меъёрда бодом безлари танглай ёйлари қиррасидан ташқарига чиқмайди. Ўсмирлик ёшда лимфоид тўқима ўсиш вақтида, бодом безлари сезиларли катталашади. Ундан ташқари бодом безлари улчовларнинг катталашиши, юқумли касалликларда, яллиғланиш жаарёнларида ва ҳавфли ўсмаларда юз беради. Лимфоид тўқима оролчаларини ҳалқумнинг орқа деворида ҳам куриш мумкин. Лимфоид туқиманинг тил, халқум ва бодом безларини шакллантирувчи тўпламлари лимфоид ҳалқум Вальдер халқасига бирлашади.

Тил анатомияси. Тилнинг меёрда тузилиши. Тил – мушак тўқимаси ва кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган компакт аъзо. У асосан ютиш, таъм сезиш сезгиси ва оғзаки нутқ актида қатнашади. Тил орқачасини коплайдиган шиллиқ қавати устида куп сонли сурғиччалар хосил қилувчи ўсимталар мавжуд. Бундан сурғичларининг туртта тури

фарқ қилинади: ипсимон, замбуруғсимон, тарновсимон ва баргсимон. Ипсимон сурғичлар энг кичик улчовли, аммо сон жиҳатдан бошқа сурғиччалар туридан устун туради. Улар юпқа сочни эслатувчи шох пардалари. Шиллиқ қаватлар ўсимталари булиб. Кузга шиши шиддатига боғлик ҳолда қизил, ним пушти, оқ рангда булиши мумкин. Огиз бушлиғи яхши парвариш қилинган холларда ипсимон сурғиччалар ним пушти рангда товланади. Замбуруғли орқасида ипсимон сурғиччаларига нисбатан камроқ. Улар анча кенг, ёркин рангда ва шиллиқ қават юзаси устида сал юксалиб турувчи юмалоқ шаклдаги ёки замбуруғни эслатувчи хосилалардан иборат. Замбуруғсимон сурғиччалар шохмодда билан копланмайди ва ичида таъм сезувчи куртакларни сақлайди. Замбуруғсимон сурғиччалари айниқса тилнинг қирралари ва унинг учида купроқ учрайди. Улар баъзан кунғир рангли пигмент сақлайди, айниқса мелланодермияда.

Тарновсимон сўрғиччалар энг йирик бўлиб тор, чуқур тарновча билан қуршалган улчови 2 дан 4 мм гача ним пушти рангли папуляр куринишга эга. Тарновсимон сурғиччалар V – шаклида терминал эгат бўйлаб тил орқасининг орқа қисмида жойлашган бўлиб тилни икки баравар бўлмаган қисмларга бўлади: олдинги учдан икки ва орқа учдан бир. Тарновсимон сўрғичларда ҳам шунингдек таъм сезиш куртаклари мавжуд.

Тилнинг орқа кисми қирраларини синчиклаб кўздан кечирганда баргсимон сурғичларни куриш мумкин. Бу вертикал йўналган шиллиқ каватларининг бурмаси. Баргсимон сўрғиччалар болалар ва ёш одамларда яққол намоён бўлади. Тил илдизи соҳасида жойлашган тил орқасигача етиб келган, бодом безининг гипертрофияга учраган лимфоид тўқимаси, рифланган (чугир) юзаси туфайли адашиб баргсимон сурғиччалар ўринда қабул қилинади. Тилнинг пастки юзасида юганчадан латерал попук бурмалар жойлашган. Улар баъзан кўнғир рангда таркибида пигмент бўлгани учун жилоланади.

Бурма ёки скроталли тил:- қат-қат, бурма тил-меёрий вариант тилнинг олдинги учдан икки қисмида бурмалари эгатлар (чуқур марказий эгат, икки хиссали эгат ёки куп сонли эгатлар) мавжуд. Эгатлар чуқурлиги ва улар ҳосил қилган манзара турли хиллиги билан фарқланади.

Бурма, қат-қат тил 1-5% одамларда, эркак ва аёлларда бирдай аниқланади. Уни купинча Даун касаллигида, географик тил билан биргаликда кузатишади. Бурма тил- Мелькерсон – Розенталь синдромининг клиник кўринишларидан биридир (бурма тил, гранулематоз хейлит ва юз нервининг) бир томонлама шикастланиши қолдиқ овқатларнинг бурмаларда тўпланиб қолиши яллиғланиши жараёни ривожланиши ва оғиздан ёқимсиз ҳид пайдо бўлишига сабаб бўлади. Шунинг учун тилнинг орқасини щетка билан тозалаш тавсия этилади. Бурма тил соғлик учун хавф туғдирмайди.

Анкилоглоссия: Тил юганчаси меъёрда тилнинг пастки юзасига ва пастки жағнинг илк тепачасига боғланади. Юганчанинг, масалан тил учининг пастки юзасига ва оғиз бўшлиғи тубига ёки альвеолалар ўсимтанинг тил юзаси томондан милкга нотуғри боғланиши анкилоглоссияга олиб келади. Бу ривожланиш аномалияси тил юганчасининг патологик қисқалиги ва унинг меъёр холатдан силжиши билан характерланади, бу тил ҳаракатланишини чеклайди. Анкилоглоссия тўла ва қисман бўлиши мумкин. Қисман анкилогласияни кўп учратишади. Тўла анкилоглассияда оғзаки нутқ бузилиши мумкин. Нутқ бузилганда ва пастки қатор тишларни протезлаш олдидан жарроҳлик коррекция ва логопед билан машғулот ўтказишга кўрсатма бор. Анкилоглоссияни тарқалиши тахминан 1:1000.

Веналарнинг варикоз кенгайиши: Оғиз бўшлиғи веналарининг варикоз кенгайиши кўпинча қари одамларда учрайди. У периферик веналар варикоз кенгайиши ёки юрак етишмовчилиги туфайли димланиш билан бирор бир алоқаси йуқ. Унинг сабаби одатда веналардан қон оқиш қийинлашиши, венанинг қайси бир патологик ҳосила билан, масалан пилакча билан ёки вена деворининг эластиклиги қариш натижасида камайиши билан боғлик бўлади. Одатда варикоз кенгайган веналар купинча тилнинг олдинги учдан икки қисми, шунингдек унинг четларида ва оғиз бўшлиғи туби шиллиқ қаватларида жойлашади. Оғиз бушлиғи веналарининг кенгайиши эркакларда ва аёлларда бирдай кузатилади кенгайган веналар кўкимтир қизил ёки флюктуация этувчи тугунлари, баъзан жуда майда, баъзан беморларда веналарининг... кузатилади. Босганда тугунчалар оғримайди ва одатда текислашади. Диаскопия вақтида оқаради. Агар варикоз кенгайган веналар кўп бўлса, шиллиқ қаватлар юзаси донадор бўлади ва балиқ увулдиғини эслатади. Варикоз кенгайган веналарнинг кўп локализация қиладиган жойи лаблар ва лаб чоки. Даволаш талаб этилмайди.

Периодонт анатомияси.

Периодонт: Периодонт деб тишларни бевосита ҳамма томондан ўраб олган тўқималар аталади. У ўз ичига альвеолаларни суяк тўкимаси, суяк ости тўқимаси, периодонтал боғлама, милклар эгати ва милкларни олади. Альвеолалар компакт суяк пластинкалари билан чегараланган губкасимон суякдан иборат бўлиб ичида қон томирлар ва қизил кўмикни сақлайди. Суяк усти тўқимаси альвеола ташқи юзасига бирикган зич бириктирувчи туқимадан таркиб топган. Тишлар тиш цементи ва суяк усти тўқимасига альвеолаларга периодонтал боғлама билан фиксация қилинади. Периодонтал боғлама тиш илдизини камраб олади ва милк эгати асосига етиб боради. Милк эгати ичкаридан периодонтал тирқишга микроорганизмларни киришига йул бермайдиган барьер бўлиб хизмат қиладиган юпка эпителий (тиш милк эпителийси) билан қопланган. Меъёрда милк эгати чуқурлиги 3 мм дан ошмайди. Бу эгатда яшайдиган бактериялар яллиғланиш жараёнини чақиради ва эпителий бутунлигини бузади. Милк эгати чуқурлигининг катталашиши (3 мм дан купроқ) масалан яллиғланишининг қайта эпизотларда ёки оғиз бўшлиғи тўла парвариш килинмаганда периодонтал чўнтак хосил бўлади. Периодонт зарарланишининг асосий фактори бўлиб кўп сонли бактерияларини сақлайдиган тиш гарди бўлса хам, бунда роль шунингдек тишлар жойлашишининг аномалияси, тишлов аномалияси, зарарли одатлар, баъзи дорилар билан даволаниш лаблар ва тил юганчаларининг бирикиш аномалияси рол ўйнайди.

Расм 1. Витамин В 12 дефицит анемиясида тил куриниши. (Гунтер глассити), лакланган малинасимон

Расм 2. Ўткир лейкозда геморрагик синдром

Альвеоларни шиллиқ қават ва юганчалар. Альвеолалар шиллиқ қават, ёки милкнинг ҳаракатчан қисми, периодонт апикал қирраси билан чегараланади. Унинг ҳаракатчанлиги, унинг жағ альвеолалар ўсимтаси билан боғланганлиги билан тушунтирилади. Альвеолалар шиллиқ қаватида кўп томирлар мавжудлиги туфайли унга ним пушти қизил, қизил ёки оқ жило беради.

Қон ва қон яратиш тизими касалликларида ОБШҚ ўзгаришлар. Қамқонликлар. Темир танқислиги анемияси - энг кўп тарқалган камқонлик шакли. Асосан келиб чиқиши иккиламчи (қон кетиши натижасида) турли физиологик ва патологик жараёнларда кузатилади.

Умумий шикоятлар: тез чарчашга, астения, ҳансираш, тўш суяги ортида оғирлик сезгиси, ютиш вақтида, халқумда ёт жисм борлиги сезгиси дисфагия. Таъм сезиш сезгисининг бузилиши, тилда санчиқ куйишиш,тил сурғичларининг яссиланиши, айниқса тил учида тортишиш сезгиси, лаб қирраларининг ёрилиши. Лаборатор текширишлар гемоглобин миқдорининг камайиши, ранг курсатгичининг (0,7-0,5) ва эритроцитларда гемоглобиннинг ўртача концентрациясининг камайиши (гипохромия). Эритроцитлар улчовининг камайиши (микроцитоз), периферик қонда анулоцитлар (узуксимон) ўртаси бўш эритроцитлар пайдо бўлади. Биокимёвий текширишда гипосидеремия гипоферритинемия кузатилади.

Фоли кислота ва витамин В12 (цианокобаламин). Нуклеин кислота моддаси алмашинувида муҳим омил хисобланади. Улар танқислиги натижасида пернициоз анемия ривожланади. (оғиз бўшлиги шиллиқ қаватида бу касалликда ўзгаришлари қон касалликларидагидек намаён булади). Тил лакланган, тўқ қирмизи рангда ёки геграфик тусга киради (Гунтер глассити) дейилади.

Қоннинг витамин В12 билан тўйинганлиги нормада 118-700 моль\л. Витамин В12 -фоли кислота танқислиги камконлиги мустақил касаллик (Пернициоз Аддисон Бирмер камқонлиги) бўлиб, бу касалликда витамин В 12 ни ўзлаштириш меъдада атрофик гастрит ёки бошқа патологик жараёнлар туфайли гастромукопротеид ишлаб чиқарилиши йўқлиги туфайли камаяди.

Беморлар иштаха камайиши, баъзи овқат махуслотларига нисбатан кўнгил айнишга (масалан, гўштга, нонга) шикоят қилади. Баъзи беморларда анемия ривожланган қадар тил ачишиш ва оғриши сезгиси пайдо бўлади. Худди шундай сезгилар милклар, лаблар, туғри ичак шиллиқ қаватларида кузатилади. Беморлар ранги оқ сариқ тусда. Сочлари эрта оқаради. Текширилганда кўп беморларнинг оғиз бўшлиғида, яллиғланиш атрофик ўзгаришлар тилнинг шиллиқ қаватида, ёрқин қизил йўл-йўл чизиқлар аниқланади. Сўргичлар атрофияси туфайли тилни баъзи участкалари лакланган кўринишга эга бўлади. Анча оғир ҳолларда тилнинг бирданига хамма юзаси ва четлари ёрқин қизил йўл-йўл чизиқлар ва доғлар кўринишида яллиғланиш участкалари билан қопланган бўлади. Расм-1 (Гунтер Миллер глоссити). Тил яраланиши кузатилган. Худди шундай, аммо унчалик яққол намоён бўлмайдиган атрофик ва яллиғланиш ўзагришлар оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватларининг бошқа сохаларида, томоқ ва халқумда кузатилади, бичилади. Ташхис қилиш учун лаборатор текширишлар шарт. Периферик қон таҳлили бу касалликга хос ҳисобланади. Эритроцитлар миқдори баъзи ҳолларда 0,5-0,2 10 г\л гача камаяди. Камроқ даражада гемоглобин миқдори камаяди, ранг кўрсатгичи ҳамма вақт бирдан ошган, баъзан 1,4-1,6 гача етади. Гемоглобин концентрацияси эритроцитларда ошади, гемоглобинга тўйинган катта эритроцитлар пайдо бўлади. Периферик қонда макро ва мегалоцитоз, Жолли таначалари, Кэбот халқаси нейтрофилларнинг гиперсегментацияси кузатилади. Огир холатларда панцитопения (анемия, лейкопения, тромбоцитопения) қайд қилинади. Қонда В12 ва фолот кислота миқдори камаяди. Миелограммада мегалобластик қон яратиш тури аниқланади.

Панцитоз анемияга шубҳа қилинганда меъда рентгендиагностика ЭГДС видео, биопсия, қилиб, гистологик текшириш ва меъда шираси текширилади.

Иммуноаллергик агранулоцитоз клиникаси ўткир ёки ўткир ости кечади, аммо баъзан сурункали кечиши ҳам кузатилади. Касаллик ўрта ёшдаги шахсларда, кўпроқ аёлларда учрайди. Организм сенсибиллашган дори ёки кимёвий модда организмга тушгандан кейин, иситма совқотиш билан, камдан-кам эшак еми, Квинке шиши пайдо бўлади. Беморлар лабларида некроз ва яралар пайдо бўлади. Кўшимча некротик ўзгаришларга замбуругли инфекция кўшилади. Махаллий периферик тугунлар: айниқса бўйин лимфа безлари, чунки улар ярали некротик жараён билан боғлик. Беморлар тўгри ичак, атроф тўкималарида ривожланган ярали некротик жараёнлар, айниқса парапроктит жуда азоб беради.

Шу билан бир вақтда қонда кескин гранулоцитопения (нейтропения) ривожланади. Хатто нейтрофил хужайралар умуман бўлмаслиги кузатилади. (нейтропения синдроми) ривожланади. Текширганда қонда фақат лимфоцитлар ва моноцитлар аниқланади. Баъзан ёш нейтрофиллар пайдо булади. Беморлар агар тезда реанимацион чоралар кўлланилмаса сепсисдан ўлиши мумкин.

Иммунологик, серологик, аллергологик тестлар касаллик сабабини аниқлашга ёрдам беради. (дори-дармон ёки кимёвий модда).

Гемостаз тизимидаги ўзгаришлар организм аъзолари ва тизимларининг оғир зарарланиши билан кузатилади. Бу юкумли касалликлар, сепсис, генерализациялашган инфекцияда, миокард инфарктда кузатилади.

Қон анализлари ҳамма тромбоцитопениялар учун тромбоцитлар миқдорининг кескин камайиши 100х10 ^{9}\л характерлидир.

Қон суртмасида Фонио усули билан текширилганда препаратда якка-ягона тромбоцит 1000 та эритроцитга нисбатан оғир шаклларида кузатилади. Одатда тромбоцитлар сони 30х10 ^{9}\л гача камайса кон кетиши мумкин.

Лаборатор ташхис скрининг тестларни ўз ичига олади. Улар қон ивиш тизими патологияси сабабини аниқлайди. (қисман активация қилинган тромбопластин вақти)ни аниқлашади. КАКТ узайиши плазма омилларидан бири танқислигини курсатади. Протромбин тест (ПТ) қон плазмасининг ивиш вақти тўқима тромбопластин иштирокида ўлчаниши, протромбин вақтини (секундларда) аниқлашда, протромбин индекси (фоизларда) аниқлаш имконини беради. Соғлом одамларнинг ҳалқаро сезгирлик индекси (ҲСИ) 0,8-1.2 ХНМ (халқаро нормаллашган муносабат)ни ташкил қилади. Тромбин вақти қон қуйқуми ҳосил бўлишни характерлайди. Фибриноген қон ивишининг 1 омилини миқдорини акс эттиради.

Қон ивиш тизими патологияси. Тромбоцитопения геморрагик диатезларни энг кўп тарқалган шаклидир. Турли генезли тромбоцитопеник пурпуранинг асосий клиник симптомларига шиллиқ қаватлардан қон кетиш ва петехиялар кўринишида тошмалар киради. Тромбоцитопенияга мўл ва узоқ давом этадиган ҳайз кўришлар, милклар ва бурундан профуз қон кетишлар характерлидир.

Ҳаётга хавф солувчи қон кетишлар хатто кичик операция, масалан тиш экстракциясидан кейин хам кузатилади. Тромбоцитопеник пурпура холатларида теридаги геморрагияларнинг ўзига хослиги шундаки улар қондан сабабсиз нуқтасимон характерга эга бўлиб, тез фурсатда тишлар атрофида ёки бошқа участкаларда эпителиал парда дефектлари кир кулранг гард рангида пайдо бўлади. Бу гард ҳиди ёқимсиз қўланса характерга эга. Оғриқли яралар тишлар қатори бўйлаб оғиз бўшлиғи эшиги олдигача, тил соҳаси, танглай,тилча қўшни тукималар остига тарқалади. Жароҳат айниқса тиш узилиши кучли қон кетишга, кейинчалик чуқур пайдо бўлишига олиб келади.

Ўткир лейкозда милкларнинг бириктирувчи тўқимаси миелоид хужайралар билан инфильтрацияси ривожланади, натижада милкларнинг шишгандай кўриниб тиш коронкасининг 3\2 қисмини қоплайди. Милклар гиперплазияси ҳам бўлиши мумкин. Гиперплазия участкаларини ва инфильтратларни жарроҳлик усули билан кесиб олиб ташлашга уриниш дархол қон кетишига кейинчалик, яра ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Тўкималарнинг чуқур инфильтрацияси пародонтит зарарланиши ва тишларнинг қимирлашига сабаб бўлади. Лейкоз ташҳиси қонни лаборатор таҳлили билан тасдиқланади: лейкемик шаклида лейкоцитлар сони 20-40 минг 1 мм^{3}да (40-10^{9}\л) ёки алейкемик шаклида (4х10 ^{9}\л камрок). Лейкоформулада лейкоформуланинг кескин чап томонга бласт хужайраларгача силжиши кузатилади. Етилган хужайралар камлиги (лейкемик бўшлик) мавжудлиги яхши прогноздан дарак бермайди. Оғир метапластик анемия эритроцитлар миқдори камайишига учрайди. Айниқса оғир даражадаги тромбоцитопенияда, геморрагик синдром беморнинг ўлимига сабаб бўлади. Лейкозлар қонда прогрессиялашган лейкоцитлар миқдорининг ошиши уларнинг морфологик ва физиологик ҳосилаларининг нормага нисбат ўзгариши билан характерланади.

Ёш одамларда ва болаларда кўпроқ ўткир лейкозлар, катта ёшдаги шаҳсларда сурункали лейкозлар кузатилади. Этиологик омил бўлиб ҳавфли ўсма жараёни ионизация этувчи радиация токсинлар, цитостатиклар, ядохимикатлар хизмат қилади. Касалликни вируслар чақириши кўриб чикилмоқда.

Ўткир лейкознинг бошланиши умумий симптомлар билан намоён бўлади: чарчаш, холсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши, томоқда оғриқлар. Оғиз бўшлиги шиллиқ қаватлари томонидан симптомлар: геморрагиялар, ярали шикастланишлар, гиперплазия ва инфильтрация милклар шиллиқ қаватлари шишган, гиперемиялашган, тезда қонайди, (расм-2). Некроз кўшилиб, оғриқли яраларга айланади. Қон кетиш ва ярали некротик ўчоклар тилда ва оғизнинг бошқа участкаларида пайдо бўлади(расм-3а,б,в). Жароҳатланиш, шикастланиш элементларида пайдо бўлишига сабаб бўлади. Ўткир лейкозда яра кичик некроздан бошланиб, оқарган шиллиқ қаватлар фонида кўк рангли тожча билан ўралган кўринишда бошланади. Жараён қизғин тарқалади ва баъзан кичик қон талашлар сифатида намоён бўлади. Уларнинг ранги пайдо бўлиш вақтига қараб, элементлар ранги қирмизи қизилдан секин кўк зангори, сариқ рангга айланади. Миелограммада оғир ҳолларда тотал 90% гача бласт инфильтрацияси кузатилади. Лейкознинг турли вариантлари

цитокимёвий текширишлар билан, цитогенетик ўзгаришлар ПЦР билан иммунологик вариантлар - иммунотипик анализлар билан амалга оширилади.

Сурункали лейкозлар анча енгил кечади. Сурункали миелоид лейкоз аста-секин, билдирмай ривожланади. Кейинчалик қорин оғриклар пайдо бўлиб, талоқ жуда катталашади, тери қопламалари оқаради, ҳолсизлик, терлаш, кескин озайиш пайдо бўлади.

Оғиз бўшлиғи: оғиз бўшлиғидан яққол ривожланган симптомлар милклар геморрагик шиллиқ қаватларнинг кукаришига ёки оқариб шишиши фонида бошқа участкалардан яллиғланиш бўлмаса ҳам қонаши қўшилади. Некротик ярали жараёнларнинг қўшилиши манзарани чуқурлаштиради. Қон анализида баланд лейкоцитоз аниқлайди (50дан 500 минг хужайра 1 мм^3 ёки 100.10 ^{9}\л).

Қон суртмасида турли етилмаган оқ кон элементлари миелобластлардан -миелоцитларгача. Базофил ва эозинофил лейкоцитларнинг бирга миқдорининг ошиши (базофил - эозинофил ассоциацияси) кузатилиши мумкин. Бу белги сурункали миелолейкозга хос ҳисобланади. Эритроцитлар ва тромбоцитлар миқдори секин-аста камаяди. Метапластик анемия бемор холатининг барометри ҳисобланади.

Беморни юзаки кўздан кечиргандаёқ тери қопламалари ва ОБШҚнинг оқарганлиги аниқланади. Тилнинг шиллиқ қаватларида атрофия ўзгаришлар характерлидир, унинг ичида ва четларида ёриқлар, жуда оғир холатларда нотуғри шаклдаги қизариш участкалари ва афталар пайдо бўлади. Дистрофик жараёнлар лаблар ва оғиз бўшлиғининг бошқа бўлимларини эгаллайди. Лаблар қизил мағзида ва оғиз бурчакларида ёриқлар пайдо бўлади. Оғиз бурчаклари бичилади. Шиллиқ қаватлар қуруқ, осонгина жароҳатланади.

Сурункали лимфолейкоз лимфатик тугунларнинг анча катталашиши, шунингдек чекланган ўсмасимон тугун, ёки инфильтратлар, танглай, тил, танглай ёйчаларида ҳосил қилади. Лимфотугунлар юмшоқ, атрофдаги тўқималар билан бирлашмайди, йирингламайди, мутаносиб катталашади. Инфилтрация қилинган милклар улчови шундай катталашадики ҳатто ҳамма тишлар коронкаларини қоплайди. Ярали некротик жараёнлар, ўткир лейкозга нисбатан камроқ кузатилади. Тишларни олиб ташлаш, агар тромбоцитопения мавжуд бўлса оғир қон кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Лаборатор текширишлар ўтказилганда лейкоцитлар миқдори 100х10^9 г\л гача ошиши мумкин, уларни асосини 70-90% лимфоид хужайралар ташкил этади. Суртмалар лимфоцитларнинг кўланкалари, лейколиз хужайралари (Боткин Гумпрехт соя хужайралар) миқдори ошади. Бу белги сурункали лимфолейкозга хос хисобланади.

Иммуноаллергик агранулоцитоз клиникаси ўткир ёки ўткир ости кечади, аммо баъзан сурункали кечиши хам кузатилади. Касаллик ўрта ёшдаги шахсларда, кўпроқ аёлларда учрайди. Организм синсибиллашган дори ёки кимёвий модда организмга тушгандек кейин, иситма совқотиш билан, камдан-кам эшак еми, Квинке шиши пайдо бўлади. Беморларда лабларида некроз ва яралар пайдо бўлади. Кўшимча некротик ўзгаришларга замбуруғли инфекция кўшилади. Махаллий периферик лимфа тугунлар: айниқса бўйинларники чунки улар ярали некротик жараён билан боғлик. Беморлар тўғри ичак, атроф тўқималарида ривожланган ярали некротик жараёнлар, айниқса парапрактит жуда азоб беради.

Шу билан бир вақтда қонда кескин гранулоцитопения (нейтропения) ривожланади. Ҳатто нейтрофил хўжайралар умуман бўлмаслиги кузатилади. (нейтропения синдроми) ривожланади. Текширганда қонда фақат лимфоцитлар ва моноцитлар аниқланади. Баъзан ёш нейтрофиллар пайдо бўлади. Беморлар сепсисдан, агар тезда реанимацион чоралар қўлланилмаса ўлим билан тугалланиши мумкин.

Иммунологик, серологик, аллергологик тестлар касаллик сабабини аниқлашга ёрдам беради. (дори-дармон ёки кимёвий модда).

Эритроцитозлар. Полицитэмия (эритремия, Вакез касаллиги). Бемор тез чарчашга, иш қобилияти пасайиши, бошида оғирлик ва қийновчи бош оғриқларга, тери қопламаларининг қичишига шикоят қиладилар. Юрак сохасида суяклар ва бўғинларга оғриклар характерлидир. Хасталарнинг ташқи қиёфаси типик ўзига хосдир: Тери қопламалари ва шиллиқ қаватлар қизил кўкимтир. Айниқса лунж (ёноқлар), қулоқлар учи лаблар ва конъюктива, тил, юмшоқ танглай ранги яққол ўзгаради. Склера қон томирлари қизаради (инъекция, товушқон кўзи симптоми). Юмшоқ танглай ва қаттиқ танглай оқариши кузатиалди. («Куперман» симптоми).

Қизил қон кўрсатгичлари ўзгаришлари (эритроцитлар миқдорининг, гемотокрит ва гемоглобин даражаси ошиши). Эритроцитоз (полицитемия, Вакез касаллиги ва иккиламчи эритроцитозга хос). Чин полицитемияда ЭЧТ секинлашади 2-5мм атрофида бўлади. Касалликни бошида периферик қон тахлилида (эритроцитоз, гемоглобиноз, тромбоцитоз, лейкоцитоз характерлидир).

Кимётерапиянинг асоратлари. Қоннинг хавфли ўсма касалликлари, онкологик ва баъзи иммуннодепрессантларни қўллаш рухсат берилган касалликларда кимётерапевтик цитостатик дориларни қўллаш оғиз бўшлиғи томонидан ўзгаришлар кузатилади. Хавфли ўсмаларга қарши воситалар организмнинг метаболик эффекти умумий резистентлигини пасайтиради, ОБШҚ хужайраларига ўсиш, етилиш ва алмашиниш ДНК ва РНК таъсир қилиш орқали оқсил синтезини тўхтатади. Бу препаратларга адриамицин, метотрексат, цитазар, винкристин, циклофасфан, 6 меркаптопурин, винбластин, рубомицинлар киради. Махаллий ҳимоя қилиш воситалари суссайиши фонида, қон айланишнинг бузилиши натижасида оғиз бўшлиғи, шиллиқ қаватлари хавфли ўсмаларга қарши дориларнинг токсик таъсирига, инфекция ва бошқа таъсир этувчи омилларга сезгиси ошади. Кимётерапевтик дориларни юборгандан кейин кўп беморларда оғиз бўшлиғида ачишиш ва қаватларнинг қалинлашиши дискомфорт, таъм сезиш қобилиятини бўзилиши каби субъектив сезгилар 3-5 кунда бошланади. Шиллиқ қаватларнинг талай зарарланиши, эпителиал қопламаларининг яхлитлигини бузиши билан

характерланади, лаблар, тилнинг шиллиқ қаватларида кескин оғриқлар чақиради, оғиз очишга қўймайди, овқатланишга азоб беради, натижада беморнинг аҳволи ёмонлашади.

Даволашда асосий касалликни бартараф қилиш мухим роль ўйнайди. Асосий касалликни даволаш билан бирга оғиз бўшлиги шиллик қавати дезенфекцион суюқликлар, қон тўхтатувчи препаратлар,оғриқ қолдирувчи дори воситалари ва витаминлар билан чайқаб турилади. Оғиз бўшлиги шиллиқ қаватида қон тизимли касалликларидан хосил бўлган некротик яраларни жуда, авайлаб парвариш қилиш зарур хисобланади, чунки тозалаб ёки яраларни кўчириб олишга уринилганда кучли кон кетишлар кузатилиши мумкин. Кон тизимли касалликларида оғиз бўшлиги шиллиқ қаватида пайдо бўладиган қўланса хидлар узоқ вақт сақланиб, беморга ва айланадагиларга нохушликлар туғдиради, бунинг олдини олиш учун, дезенфекцион суюкликлар билан кунига 3-5 марта чайқаб туриш ва хар сафар овқатлангандан сўнг хам чайқаш таъвсия этилади. Асосан олганда қон тизимли касалликларида, оғиз бўшлиги шиллиқ қаватида пайдо бўладиган ўзгаришларни гематолог ва стоматологлар билан бирга даволаш тавсия этилади.

Адабиётлар:

1.Терапевтическая стоматология: учебник\ ред. Е.В.Боровский. М. МИА 2009-840 с.

2.Терапевтическая стоматология: национальное руководство \под. ред Л.А.Дмитриева – М. ГЭОТАГ-Меда. 2009г -912 с. Национальные руководство СД-

3.Терапевтическая стоматология: В 3х частях: 4 часть. Заболевание слизастой оболочки рта: учебник \ Под.ред. Г.М.Барера,- М. ГЭС-ТАР. Медиа,2010 г -216 с.

4.Клиническая фармакология: учебник для вузов. Под. Редакцией. В.Г.Кукеса 4-е издание, перероб и дол. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2009г -1056 с.

5.Стоматология. Запись и ведение истории болезни: Руководство. Под.ред. проф. Афанасьева, Проф О.О. Янушевича – 2е изд., исправ. И дол. М. ГЭОТАР. Медиа, 2012г-160 с.

ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ

Мадашева А.Г., Махмонов Л.С.

Резюме. *В настоящей обзорной статье рассматривается анатомия полости рта, этиология, патогенез, методы клинической инструментальной диагностики, слизистой оболочки полости рта при системных заболеваниях крови и заболеваний внутренних органов. Особая роль принадлежит ранней диагностике и лечение изменений слизистой оболочки полости рта при заболеваний системы крови.*

Ключевые слова: *Анатомия и изменения слизистой оболочки полости рта при системных заболеваниях крови.*