

Темуров Ф.Т.

ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ

Оқулық стоматология факультетінің талапкерлеріне, клиникалық ординатура және аспирантурада оқитын ғылыми қызметкерлерге, жас стоматолог мамандарға арналған.

I бөлім

Түркістан-2014 жыл

УДК 616.3 (075.8)

ББК 56.6

Т-33

Оқулық хирургиялық стоматология пәні бойынша типтік сабақ жоспарына сай 051104-«Стоматология» мамандығы үшін дайындалған. Қазақстан Республикасының медицина саласы бойынша жоғарғы оқу орындарының оқу-әдістемелік бірлестігі және Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ - Түрік Университеті Сенатының шешімімен (28.10.2011 жылғы №2 хаттама) типографиялық әдіспен баспадан шығаруға рұқсат етілген.

Оқулық иесі:

Темуров Ф.Т. медицина ғылымдарының кандидаты, доцент міндетін атқарушы, хирургиялық стоматология бөлімінің меңгерушісі.

Пікір жазғандар:

Оразалин Ж.Б. – медицина ғылымдарының докторы., профессор С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті Стоматология департаментінің директоры, хирургиялық стоматология кафедрасының меңгерушісі.

Жұмаділләев Ж.Н. – медицина ғылымдарының докторы., профессор Қазақстан Республикасы Медицина Ғылым Академиясының корреспондент мүшесі, С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті ортодонтия курсы кафедрасының меңгерушісі.

Темуров Ф.Т.

Т-33 Хирургиялық стоматология: Оқулық, бірінші бөлім. Түркістан: «Тұран», баспаханасы 2014.-584 бет.

ISBN 978-601-243-609-9

Оқулықтағы тақырыптар қазіргі заман білім беру саласының талаптарына және науқастың клиникалық жағдайына байланысты сарапталынып алынған. Әрбір аурудың түрлеріне күрделі де ғылыми тұрғыда, оның клиникалық көріністеріне, нақтамасына сонымен қатар емдеу ерекшеліктеріне сүйене отырып талдау жасалған. Шет ел сөздері арнайы аударылған және аударылған сөздердің қасына қосымша ретінде қойылған. Аудармасын іздеп жатудың қажеті болмайды. Бұйрықтар мен хаттамалардың үлгілері мысал ретінде келтірілген.

УДК 616.3 (075.8)

ББК 56.6

Қадірлі оқырман қауым!

*Күллі адам баласын қор қылатын үш нәрсе бар:
Біріншісі-надандық, екіншісі-еріншектік, үшіншісі-залымдық.
Надандық –білім-ғылымның жоқтығы, дүниеден еш нәрсені
оларсыз біліп болмайды. Білімсіздік-Хайуандық болады.
Еріншектік-күллі дүниедегі өнердің дұшпаны. Талапсыздық,
жігерсіздік, ұятсыздық, кедейлік-бәрі осыдан шығады.
Залымдық-адам баласының дұшпаны. Адам баласына
дұшпан болса, адамнан бөлінеді, бір жыртықши хайуан
хисабына қосылады. Осы аталғандардан қашпақ керек.....
Абайдың қара сөздерінен*

АЛҒЫ СӨЗ

Тәуелсіз Қазақстан Республикасының 20 жылдығына арналып бүгінгі таңда жаңа Хирургиялық стоматология оқулығы жарық көруде. Оқулықтың Мемлекеттік тілде жарық көруі оқулыққа деген сұраныс себеп болып отыр. Бұл оқу құралының өзегін қамтитын көкей кесті мәселердің бірі бет-жақ аймағына байланысты.

Оқу құралы көп жылдық ерен еңбектің жеміс болып, оқулық иесінің клиникалық ординатурада, аспирантурада Украина дәрігерлер білімін жетілдіру институтында Харьков қаласы және Ресейдің Новокузнецк қаласындағы дәрігерлер білімін жетілдіру институтының Хирургиялық стоматология кафедрасында оқып жүрген кездерінде өткізген ғылыми-зерттеу клиникалық тәжірибесінің негізі алынып, зерттеу және емдеу әдістерінің заман талабына сай болуы үшін Мәскеу, Санкт-Петербург, Киев, Новосібір, Новокузнецк және де басқа көптеген аты әлемге әйгілі мектептердің тәжірибелері сарапталып алынды. Оқу құралындағы мәліметтер ғылыми-тәжірибелік дамудың соңғы оқу бағдарламасына сәйкес ықшамдалып берілді. Халыққа хирургиялық стоматология көмегін көрсету бөлімінде хирург-стоматологтың күнделікті жұмысына керекті басты құжаттары, бұйрықтарымен қатар хирургиялық деонтологияның негізі берілді.

Оқу құралында бет-жақ аймағына айрықша көңіл бөлініп, оның анатомиялық құрылымы, физиологиялық атқаратын қызметі мен қатар қан-тамырлар мен қамтамасыз етілуі және жүйкеленуіне оқулық иесі көп деректер келтірген.

Оқулық ХХІ-тараудан тұрады және тарау аяқталуымен тапсырманы қайталауға арналған естемелік (еске алу) жаттығу сұрақтары мен қортындылап отырылады. Жаңадан көптеген тараулар енгізілген.

Оқулықтың тағы бір жаңалығы Еліміз Тәуелсіздік алған күннен бастап, стоматология саласын жақсарту мақсатында Үкіметіміз бен Республика Денсаулық сақтау Министрлігінің қолданыстағы қаулылары мен бұйрықтар тізімін үлгі ретінде арнайы және қосымша мәліметтер

есебінде кітапқа енгізілген.

Оқулықты баспаға дайындау кезінде оқулық иесі өзінің көп жылдық бай клиникалық ғылыми-зерттеу тәжірибелерінің қортындыларын жария ету мен қатар соңғы жаңа ғылыми әдебиеттік деректерге сүйене отырып кең ауқымда оқырмандарға жеткізсем деген ой-талабы болған.

Оқулық стоматология факультетінің талапкерлеріне, клиникалық ординатура және аспирантурада оқитын ғылыми қызметкерлерге, жас стоматолог мамандарға арналған.

Оқулық иесі жіберген кемшіліктері болса, қадірменді оқырмандар сіздерден кешірім сұрай отырып, сын-ескертпелеріңізді және де тиімді де құнды ұсыныстарыңызды шын жүректен құрметпен қабылдайды, соны мен қатар өзінің шексіз алғысын айтады.

Сіздерге деген құрмет ізгі ниетпен оқулық иесі медицина ғылымдарының кандидаты, жоғарғы санатты дәрігер Фазладин Темуров.

I ТАРАУ

ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ПӘНІНІҢ ДАМУ ТАРИХИ ЖӘНЕ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ДАМУ ЖОЛДАРЫ

Хирургиялық стоматология – стоматология саласының дербес клиникалық пәні ретінде тіс аурулары мен жарақаттарын, ауыз қуысының, беттің және мойын, бассүйек қаңқасының бет бөлігін зерттеп үйренетін ғылым болып табылады. Әдістерінің ішінде ең басты да маңызды бағыты болып, ол науқасты ота (хирургиялық) жолмен емдеу негізінде жүзеге асырылады.

Хирургиялық стоматология жалпы стоматология саласының тіс хирургиясы мен ауыз қуысы хирургиясының бірігу негізінен дамыса, ал жақ-бет хирургиясы жалпы хирургиядан бөлініп қосылды.

Бұл медицина салаларының қосылуына бір жағынан бет-жақ аймағында орналасқан мүшелер мен тіндердің анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктерінің біртұтас болуы үлкен себебін тигізсе, екінші жағынан бұл маңда кездесетін дерттердің клиника-диагностикалық әдістерінің бірлестігімен қатар емдеу тәсілдерінің ерекшеліктері дәнекер болды.

Сонымен, қазіргі кезде хирургиялық стоматология және бет-жақ аймағының хирургиясы – жалпы хирургия мен стоматологиядан тұратын медицина ғылымының дербес саласы болып есептелініп, бет-жақ аймағында орналасқан хирургиялық дерттермен қатар, бейбіт және соғыс уақыттарындағы жарақаттарын, ақаулар мен деформацияларын зерттеп, олардың алдын алу, асқынуларын, диагностикалық әдістерін, хирургиялық емдеу жолдарын одан әрі жақсарту мәселелерін қарастырады.

Хирургиялық стоматология және бет-жақ аймағының хирургиясы басқа стоматология салаларымен тығыз байланысты. Мысалы, көптеген стоматологиялық дерттерді терапевтік, ортопедиялық, ортодонтиялық және хирургия әдістерін қолдану арқылы нақтама қойып кешенді емдеу жүргізіледі.

Сонымен қатар хирургиялық стоматология және бет-жақ аймағының хирургиясы жалпы медицинаның емдеу, хирургия, оториноларингология, офтальмология, неврология, рентгенология және радиология салаларымен тығыз байланысты. Бұл жағдайда қазіргі кездегі биология, физика, химия ғылымдарының және қалыпты, топографиялық, патологиялық анатомиялар, микробиология, фармакология т.б. медицинаның негізгі салаларының жетістіктерін өзінің дамуына тірек етеді.

Бұл аймақта кездесетін аурулардың келіп шығу тарихын, патогенезі, патоморфологиясы, клиникалық көрінісі және емдеу әдістерінің ерекшеліктеріне байланысты келесі топтарға бөлінеді:

1. Тіс, жақ сүйектері, бет-мойын тіндері және ауыз қуысы мүшелерінің қабыну аурулары. Оларға одонтогенді қабыну кезеңдері (жедел және созылмалы периодонтиттер, жақтың жедел периоститі, жақтардың жедел

және созылмалы остеомиелиттері, абсцесстер, флегмоналар, лимфадениттер), тістің жарып шығу аурулары, одонтогенді гайморит, инфекциялық аурулар — арнайы (актиномикоз, туберкулез, мерез, АҚТҚ), арнайы емес (сыздауық, шиқан, тілме, сібір жарасы, жегі) сілекей бездерінің қабынулары.

Бұл аталған аурулар бет-жақ аймағында өте жиі кездеседі.

2. Бейбітшілікте кездесетін ауыз қуысы мүшелерінің, беттің, мойынның, бет қаңқасы сүйектерінің жарақаттары, сәулемен зақымдану, қызу және химиялық заттармен күйюлер, үсулер.

3. Бет-жақ аймағының, ауыз қуысының, бет қаңқасы сүйектерінің оқпен және оқсыз жарақаттануы, қосарланған және аралас жарақаттары. Оларға көрсетілетін алғашқы және арнайы хирургиялық көмекті ұйымдастырудың өзіндік ерекшеліктері.

4. Бет-жақ аймағы жүйке жүйесінің жарақаттар мен самай-төменгі жақ буынының аурулары.

5. Бет-жақ аймағында кездесетін ісіктер мен ісік тәріздес аурулар. Олардың Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының халықаралық, жіктелуіне сай зерттеу және анықтау мен емдеу әдістерінің ерекшеліктері.

6. Бет-жақ аймағында іштен туа пайда болған және жүре пайда болған ақаулары мен бет әлпетінің өзгерістері.

6. Пластикалық (қалпына келтіру) және эстетикалық хирургияның негіздері.

Хирургиялық стоматологияның даму жолы барлық медицина саласының өсу жолдарымен байланыса отырып әрбір кезеңнің әлеуметтік құрылысы, экономикалық деңгейі, ғылым мен мәдениеттің өркендеуімен сәйкес жүрді.

Тіс емдеу саласы ерте ғасырлардан басталып, жалпы медицина саласынан тыс дамыды. Онымен өз бетімен үйренгендер, шаштаразышылар, тіпті жендеттер де айналысқан. Өзгерісті жағдай тек, XVIII ғасырдың бас кезінде Францияда тіс ауруларын емдейтін дәрігерлерге арнаулы сараптамадан өткеннен соң жаңа атақ — дантист-хирург дәрежесі беріле бастады. Бұл атақ кейін Еуропа және Америка мемлекеттеріне де кеңінен тарала бастады. Осының нәтижесінде жалпы медицина мен стоматологияның қосылуына жол ашылып, стоматологияның теориясы мен тәжірибесі дами бастады. XVI ғасырда **атақты француз хирургі Амбруаз Паре** алғаш рет тіс жұлу аспаптарын ойлап тауып, тіс жұлу операциясының көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштерін анықтады, кейбір операциялардың, соның ішінде реплантацияның жасалу жолын көрсетті.

Атақты француз хирургі және стоматолог Пьер Фаухард дүние жүзінде алғашқы болып «Хирург-дантист немесе тіс емдеу» деген еңбегін жазды. **1892 ж. Партч цистотомия және цистэктомия, ал 1896 жылы тіс түбірінің кесу оталарын ұсынды.** Бұл оталар ауыз қуысы

хирургиясы мен жақ-бет аймағы хирургиясының қосылуына дәнекер бола тұра, тіс хирургиясының соңғы сатысы болып есептелді.

Бірақ, Ресейде тіс емдеу саласы өте баяу дамыды, Ресейде ең бірінші тіс дәрігері 1730 жылы пайда болды. Олардың барлығы шет ел азаматтары болатын. І-ші Петр Петербург қаласында тіс дәрігерлік саласын өркендетуге жол ашып берген. Оның өзі тіс жұлу әдістерін өте жақсы меңгерген және әрдайым өзімен бірге құрал-саймандарын алып жүрген. Тіс дәрігерлері ХІХ ғасырда қолмен жұмыс істеу әдістерін жақсы меңгеріп, металдардан, каучуктен және фарфордан қолданып тіс емдеуді және тіс салуды игерген. Бірақ ғылыми мәселерді шешуде тіс дәрігерлері қауқарсыз күйінде қалады да жоғарғы медициналық мектеп тәжірибесіне жүгінеді.

ХІХ ғасырдың екінші жартысында сол кездегі белгілі (Н.В. Склифасовский, А.А.Лимберг, Н.Н.Знаменский) медицина қайраткерлерінің күшімен Ресейде тіс емдеу мектебі ашылды, 1883 жылы алғашқы дантистер қоғамы ұйымдастырылды.

Бет хирургиясы медицина саласының ертеден дамыған тарауы. Бірнеше мың жылдар бұрын Индияның киелі кітабында бет аймағының қабыну кезеңдері баяндалған. Гиппократқа жақ сүйектерінің абсцесстері және сілекей тастары мәлім болған. Ол сүйек сынықтарын екі белдік арқылы бекіту тәсілін ұсынған. 1807 жылы профессор Буш өзінің хирургиялық нұсқауында тістердің қиын жарып шығуының асқынуы, паротиттер мен эпуплис ауруларының клиникалық көрінісін мен емдеу әдістерінің ерекшеліктері туралы жазған және оның адам организмінде болған күрделі бұзылыстар мен байланыста екендігін дәлелдеген.

1829 ж. Заболоцкий-Десятковский жақ сүйектерінің остеомиелиттері мен ісіктердің, жоғарғы еріннің екі жақты жырықтарының емдеу тәсілдерінің негізін жасады.

1820 жылы Москвалық профессор А. И. Польш жақ сүйегіне резекция жасады. Осы жылдары И.В. Буяльский жоғарғы жақ сүйегіне резекция жасады. Н.И. Пирогов уранопластика жөнінде лекциялар оқумен қатар, бас-бет топографиясы туралы еңбектер жазды. Ол оқтан пайда болған жараларды алғаш хирургиялық емдеу кезінде пластикалық операцияларды қолдануды ұсынды.

1865 жылы О.К.Шимановский (Киев) «Адам денесінің сыртқы беткейлерінде жасалатын пластикалық операциялар» деген еңбегі осы уақытқа дейін жалпы хирургтарға негізгі нұсқау болып келе жатыр. Жоғарғы айтылғандарға қарағанда бет хирургиясының зерттелуі және операция тәсілдерімен тек жалпы хирургтар айналысып келген.

Кеңес дәуіріндегі және кеңес дәуіріндегі кезеңнен кейінгі хирургиялық стоматологияның даму жолдарын Ю.И.Бернадский келесі кезеңдерге бөледі:

I—1918-1920 жылдар аралығы — азамат соғысы кезеңі — тіс емдеу саласын ұйымдастыру. В. И. Ленин денсаулық сақтау

комиссариатын құру туралы қаулыға қол қойып, оның басшысы етіп М.А.Семашконы, ал коллегияның мүшесі етіп тіс дәрігері П.Г. Даугені сайлады. Осы кісінің есімі Кеңес стоматологиясы тарихымен тығыз байланысты.

II—1921-1930 жж. Бұл кезеңде стоматология ғылыми қалыптасып, халыққа стоматологиялық көмек мемлекет тұрғысынан көрсетілді.

Медицина институттарында стоматологиялық факультеттер ашылды. Мәскеуде, Санкт-Петербуркте, Нижний Новгородте (Горький), Пермде, Одесса стоматология институттарымен қатар ғылыми зерттеу институттары ашылды. Кеңестер Одағы кезінде енді ғана одонтология және стоматология саласының ірге тасы қаланған кезде салыстырмалы түрде терапиялық, хирургиялық, ортопедиялық және балалар жасындағы стоматология мен ортодонтия мамандықтары бойынша қызмет-көмек көрсетуге кең жол ашылды.

1923 жылдан бастап «Одонтология және Стоматология», ал 1937 жылдан бастап «Стоматология» журналы шыға бастады.

III—1931-1940 жылдар. Стоматологияның ұйымдастыру және ғылыми жолдарының нығаю кезеңі болып есептеледі. Бұл жылдары хирургиялық стоматологияның өсу қарқыны жеделдеп, зерттеу саласының шеңбері кеңейіп жаңа тәжірибелік еңбектерге талдау жасалынып, осы тарау бойынша көптеген күрделі де маңызды еңбектер жазылды және өсу жолдары белгіленді.

Бұл кезеңде А.И. Евдокимов, А.Э. Рауэр, А.А. Лимберг, Н.М. Михельсон, Г. А. Васильев т. б. ғалымдардың еңбектері жоғары баға алды.

IV — 1941-1945 жылдар. Ұлы Отан соғысы кезеңі ауыр жағдайда болғанымен стоматология саласы табыспен аяқтады. Егер, Орыс-түрік соғысында жарақаттардың тек 9,7% қатарға қосылса, бірінші дүниежүзілік соғыста 21%, Ұлы Отан соғысында Д.А. Энтин, А.Э. Рауэр, Г.А. Васильев, Ф.М. Хитров т. б. үлкен ғалымдар өз үлестерін қосты. Әсіресе Д.А. Энтиннің «Военно-полевая челюстно-лицевая хирургиясы» және А.Э. Рауэр, Н.М.Михельсонның «Пластическая операция лица» атты еңбектері осы күнге дейін хирургтердің негізгі нұсқауы ретінде пайдаланылып келеді.

V — 1946-1958 жылдар. Хирургиялық стоматологияның ғылыми даму кезеңі. Қазақстанда медицинаның стоматология саласы жас, кейінгі жылдары ойдағыдай өркендеп келеді. 1913 жылы бүкіл елде 48 тіс дәрігері болса, 1940 жылы 248, оның 5 ғана стоматолог 1941 жылы Алматы мемлекеттік медицина институтында доценттік курс ашылып оны П. Т. Сулова, одан кейін проф. Чернов Е. Ф. басқарды. Осы кезде үкімет басшыларының алдына мамандар дайындау мәселесі қойылды. Ресей үкіметімен келісім бойынша 1958-1959 жылдары Пермь, Омбы, Калинин, Казан медицина институттерінің стоматологиялық факультеттеріне Қазақстаннан 80 студент жіберілді. Олардың ішінде профессорлар Ж. Б. Оразалин, К. Т. Төлеуов, доценттер М. Б. Суманов, Е

Т. Еслямғалиев, Р. Ш. Шаймерденова, Г.Т.Телебаева, С. Ж. Байгурина т.б. ғалымдар болды. Олар Қазақстан стоматологиясының ғылыми өсуіне, мамандар дайындау саласында елеулі жұмыстар атқарды.

VI-1959-1962 жылдар. Осы жылдарда хирургиялық стоматологияның даму сатысы жоғарылап, көптеген Ғылыми-Зерттеу институттары пайда болды. 1959 жылы Алматы мемлекеттік медицина институтында стоматология факультеті ашылды. Осы факультет Республикада мамандар дайындау, халыққа стоматологиялық көмек көрсету, ғылыми жұмыстар орталығы болып есептеледі.

Хирургиялық стоматология кафедрасының меңгерушісі проф. Чернов Е. Ф., одан кейін профессорлар Ж.Б. Оразалин, К.Т. Төлеуов болды.

VII-1963-1990 жылдар. Соғыс салдарынан жоқ болған емханалар мен оқу орындары қайта қалпына келтірілді және стоматология саласы жаңа бағытта дами бастады. Кафедраның негізгі ғылыми бағыты — пластикалық хирургияны дамыту, жарақаттарды, одонтогенді қабыну кезеңдерін және бет-жақ аймағындағы ісіктерді емдеу жолдарының негізін салу.

VIII-1991-1998 жылдар. Кеңестер Одағының ыдырауы және Егеменді Тәуелсіз Қазақстан Республикасының пайда болу және стоматология саласының жекешеленуі. 1978 жылы Қарағанды, 1991 жылы Семей, 2003 жылы Шымкентте мемлекеттік медицина институттарында стоматологиялық факультеттер ашылды. Мамандар дайындауда дәрігерлер білімін жетілдіру институтының (Алматы) стоматологиялық кафедралары үлкен үлес қосты. Қазақстан Республикасындағы барлық медицина институттарында доценттік курстар ашылды.

Республиканың барлық облыстық емханаларында жақ-бет хирургиялық бөлімшелер жұмыс істейді. Қазақстанда хирургиялық стоматология мен бет-жақ хирургиясының ғылыми сала болып өсуіне Ресей ғалымдары Н. М. Михельсон, А.М. Евдокимов, А.И. Рыбаков, В.С. Дмитриева, В.В.Паниковский, А. С. Григорян, В. В. Безруков үлкен үлестерін қосты.

Республикада стоматология саласынан бірінші съезд 1969 жылы, екінші – 1979 ж, үшінші – 1980 жылдары өтті. Съездер жұмысына біздің елдің ғалымдарынан басқа бүкіл одақ ғалымдары да белсене қатысты. Ал 1996 жылдың маусым айында Қазақстан Республикасы Үкіметінің кезектегі **№ 240-241-ші** қаулысы шықты. Осы қаулы негізінде барлық облыстық стоматологиялық емханалар мен қатар бірнеше балалар жасындағы емханалар жекеменшікке өтті. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігінің стоматологиясы саласы жаңа-нарықтық заманға көшті. Қазіргі кезде Республикада осы саланың 95-98%-ы жекеменшік тұлғалар еншісінде. Ата заңымыздың талаптарына сай әрбір Қазақстан Республикасының азаматы ұлтына, жынысына, дініне, тегіне және т.б. жағдайларына байланысты медициналық көмек соның ішінде әсіресе стоматологиялық көмекке жалпы халықтың қолы жетімді болуға тиіс. Сол үшін барлық жекеменшікке өткен емханаларды халық игілігіне қайтару керек екендігі – бұл заман талабына айналып отыр. Көзін ауырса қолыңды тый, ішің ауырса аузыңды тый – деген халық мақалына сүйенсек, деннің

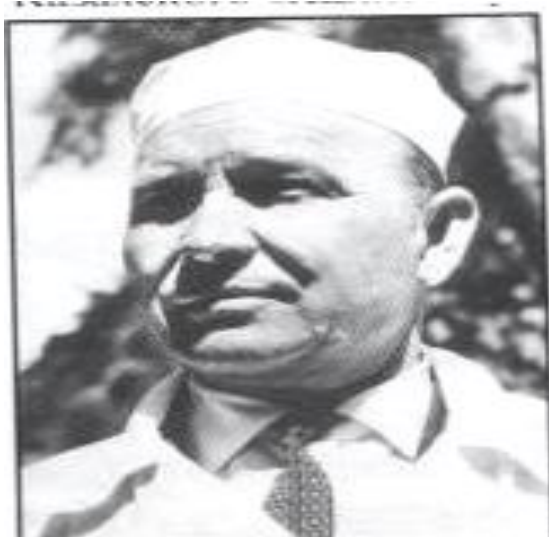
саулығы үшін ауыздың соның ішінде тістің алатын орны бір бөлек. Сонымен қатар Егемендік алғаннан кейін әр жыл сайын мамыр айының екінші жартысында Алматы мен Астана қалаларында және облыс орталықтарында Халықаралық конференциялар (мәжілістер), съездер, көрмелер өткізіліп тұрады.

Қазақстан Республикасында Хирургиялық стоматология саласын дамытуда қажырлы еңбек еткен көрнекті және танымал ғалымдар:

Қазақстан Республикасында хирургиялық стоматология және бет-жақ аймағы хирургиясы саласының дамуы мен өркендеуі XX ғасырдың 60-шы жылдарының басынан басталады,-деп санауға болады. Себебі осы аталған жылдары кең байтақ қазақ даласында бірінші болып медицина мамандарын дайындайтын жоғары оқу орны астанамыз Алматы қаласында ашылды және оның құрамына жоғары дәрежелі дәрігер-стоматолог мамандарын дайындайтын -стоматология факультеті інеді.

Хирургиялық стоматология кафедрасы 1962 жылы құрылады, оның бірінші меңгерушісі болып медицина ғылымдарының кандидаты, доцент Чернов Евгений Феофанович тағайындалады.

Е.Ф.Чернов Қазақ медицина институтының емдеу факультетін 1941 жылы бітірген. Ұлы Отан соғысының ардагері. Е.Ф.Чернов бет-жақ аймағының ақауларын зерттеуге өте көп көңіл бөлген. Көп зерттеулерінің нәтижесінде 1955 жылы «Эпулидтер» деген тақырыпта кандидаттық диссертация қорғайды. Сонымен қатар 1961-1963 жылдары арасында стоматология факультетінің деканы қызметін атқарады.



**Медицина ғылымдарының докторы,
профессор Е.Ф.Чернов
бірінші кафедра меңгерушісі.
(1962-1974 ж.ж.)**



**Медицина ғылымдарының кандидаты,
доцент М.П.Осколкова
екінші кафедра меңгерушісі.
(1974-1980 ж.ж.)**

Ал 1967 жыл Чернов Е.Ф. «Филатов сабақшасымен қосарланған ақауларды жою» деген тақырыпта докторлық диссертациясын қорғады, ал 1968 жылы Чернов Е.Ф.-қа профессор атағы беріледі. 1958 жылдан бастап

Чернов Е.Ф. қалалық, кейіннен Республикалық стоматологтар ұйымының ұйымдастырушысы және төрағасы, сонымен қатар Қазақ ССР Денсаулық Сақтау Министрлігінің бас стоматологы болып қызмет атқарды.

1974-1980 жылдар арасында кафедраны медицина ғылымдарының кандидаты, доцент Мария Павловна Осколкова басқарады.

Мария Павловна Осколкова Пермь стоматология институтының түлегі, оны 1948 жылы бітірген. 1961-1963-ші жылдары Мәскеу қаласында аспирантурада оқиды. Ал 1963 жылы «Туа пайда болған ерін жырықтарына жасалған операциядан кейінгі мұрын және жоғарғы ерін ақаулары» атты тақырыпта кандидаттық диссертация қорғайды.

1974-1980 жылдары Мария Павловна Осколкова Республикалық стоматологтар ұйымының ұйымдастырушысы және төрайымы және Бүкілодақтық стоматологтар ұйым басқармасының мүшесі болды.

1980 жылдан бастап дәл қазіргі кезге дейін Хирургиялық стоматология кафедрасын медицина ғылымдарының докторы, профессор, «Алтын қандауыр» жүлдесінің иегері Жақсылық Бекбатырұлы Оразалин басқарады.



**Медицина ғылымдарының докторы.,
профессор Оразалин Жақсылық Бекбатырұлы
(кафедра меңгерушісі 1980 жылдан бастап)**

Жақсылық Бекбатырұлы Оразалин – Пермь стоматология институтының түлегі, оны 1964 жылы бітірген. Республикалық

стоматологиялық емхананың бас дәрігері және Қазақ ССР Денсаулық Сақтау Министрлігінің бас стоматологы болып қызмет атқарды. 1970 жылы «Жарақатты оқтан болған төменгі жақ сүйегінің қабынуының клиникасы мен емі» атты тақырыпта кандидаттық диссертация қорғайды. 1977-1980 жылдары арасында стоматология факультетінің деканы, ал 1989 жылдан бастап 1999 жылға дейін ҚазММУ-дің клиникалық жұмысы жөнінде проректор қызметін атқарады. 1986 жылы «Төменгі жақ сүйегі сынығын емдеу көмегін жетілдіру сұрақтары» атты тақырыпта докторлық диссертация қорғайды. Көп жылдар бойы профессор Жақсылық Бекбатырұлы Оразалин Республикалық стоматологтар ұйымының төрағасы және Бүкілодақтық стоматологтар ұйым басқармасының мүшесі болды.

Кафедрада медицина ғылымдарының докторы, профессор, Төлеуов Қалдан Төлеуұлы, медицина ғылымдарының докторы, профессор, Русанов Владимир Петрович, медицина ғылымдарының докторы, доцент, Ибрагимова Роза Сафиулина, медицина ғылымдарының докторы, доцент, Мырзақұлова Ұ.Р. және көптеген медицина ғылымдарының кандидаттары, доценттер мен білімді де білікті ұстаздар қауымы қызмет атқарады.



**Медицина ғылымдарының докторы.,
профессор Төлеуов Қ.Т**



**Медицина ғылымдарының докторы.,
профессор Русанов В.П.**

Біздің елімізде Тәуелсіз Қазақстанда тістік имплантацияны бірінші болып Республикалық Ғылыми Клиникалық Стоматология Орталығы, ҚазҰМУ-нің хирургиялық және ортопедиялық стоматология кафедралары профессорлар Ж.Б.Оразалин мен Қ.Т.Төлеуов басшылығында клиникаға енгізе бастады.

Тістік имплантацияның Тәуелсіз Қазақстанда дамуында ғылыми-өндірістік бірлестік Импланттың көмегі мен қолдауы орасан күшті болды. Бұл сала бойынша ғылыми-өндірістік бірлестік Импланттың алатын орны

айрықша және мәртебелі. Тістік имплантация еліміздің үлкен қалаларында: Алматы, Астана, Қарағанды, Өскемен, Тараз және Шымкент жақсы жолға қойылған. Қазақстан Республикасында 2010 жылы сәуір айының 16-17-ші жұлдызында тістік имплантология бірлестігінің І-ші құрылтайы өтті. Қазақстан Республикасында тістік имплантология бірлестігінің президенті болып медицина ғылымдарының докторы., профессор **Жартыбаев Рахмет Нөкейұлы** сайланды.

Осы жылдар арасында Қазақстан Республикасында хирургиялық стоматология және бет-жақ аймағы хирургиясы саласының дамуында өзінің елеулі еңбегімен танылған тұлғалардың көшін бастайтын білікті маман-ғалым бұл **медицина ғылымдарының докторы, профессор, Сағатбаев Жамбыл Сағатбайұлы.**

Ол көп жылдары бойы Алматы дәрігерлер білімін жетілдіру институтында хирургиялық стоматология және бет-жақ аймағы хирургиясы басқарды.



Медицина ғылымдарының докторы.,
профессор **Жартыбаев Р.Н.**

...ауларды пластикалық жолмен қалына келтіру саласында қолданған әдістері әлемде теңдесі жоқ жетістік болып саналуда. Қазақстан Республикасында хирургиялық стоматология және бет-жақ аймағы хирургиясы саласының дамуында атақты ғалым ретінде танылған тұлғаның бірі **медицина ғылымдарының докторы, профессор, Құраш Аманкелді Ғалымжанұлы.**



**Медицина ғылымдарының докторы., Медицина ғылымдарының кандидаты.,
профессор Құраш А.Ғ.**



доцент м.а. Темуров Ф.Т.

Қарағанды мемлекеттік медицина академиясының хирургиялық стоматология және бет-жақ аймағы хирургиясы кафедрасын басқарды.

250-ден астам ғылыми еңбегі жарық көрген. Бет-жақсүйек аймақтары ауруларын нақтамалау және хирургиялық емдеу әдістерінің 21 патентінің иесі.

Бет-жақсүйек аймақтарын қалпына келтіру және пластикалық хирургиясының еліміздегі білікті де тәжірибелі мамандардың бірі.

Қазақстанның орталық аймағында хирургиялық стоматологиялық көмекті ұйымдастыру өте маңызды және күрделі мәселелер болып бүгінгі күннің күн тәртібіне түспей тұр. Бұл маңызды мәселелерді шешуде белсенді қызмет атқарып жатқан ғалымдардың бірі Астана Медицина Университетінің хирургиялық және терапиялық стоматология кафедрасының доценті медицина ғылымдарының кандидаты **Батыров Төлеутай Оралбайұлы**. Оның 70-ден астам ғылыми еңбегі жарық көрген. Бет-жақ сүйек аймақтары ауруларын нақтамалау және хирургиялық емдеу әдістерінің 2 патентінің иесі.

Оңтүстік өңірде хирургиялық стоматологиялық көмекті ұйымдастыру және сапалы мамандар дайындау 2003 жылы Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Медицина Академиясының құрамында Хирургиялық стоматология кафедрасының ашылуымен байланыстыруға болады.

Кафедраның алғашқы ірге тасын қалаған медицина ғылымдарының кандидаты, жоғары санатты бет-жақ аймағы хирургі, І-ші Ташкент Мемлекеттік Медицина Институтының түлегі **Темуров Фазладин Тұрабайұлы**.

Ол Орта Азия және Қазақстан Республикасына біріншілерден болып бет-жақ аймағының сынықтарында және де пластикалық оталарда өз қалпын сақтап қалатын никелид-титан қоспасынан жасалған бекіткіштерді енгізу арқылы емдеудің заманауи түрлерін қолданып толағай табыстарға қол

жеткізді. Ғылыми-зерттеу нәтижесінде 70-тен астам еңбегін жария етті, 2 авторлық куәлікке, 2 патентке ие. Қазіргі кезде хирургиялық стоматологиялық көмекті ұйымдастырудың жаңаша заман талаптарына жауап беретін әдістерін енгізіп оны докторлық диссертация күйінде қорғау үстінде. Жекешелендіруге халқымыз өте үлкен үміт атқан еді, бірақ бұл үміт ақталмады. Қарапайым халық қол жетім көмекке мұқтаж болып қалды. Жекешеленген мекемелердің қызмет көрсету ақысы артып, қызмет сапасы өте төмендеп кетті. Қазіргі кезде стоматологиялық көмекке 15 млн халқымыздың 75-85%-ы мұқтаж жандар. Осындай көптеген әлеуметтік қайшылық жағдайларға байланысты жекешеленген мекемелерді мемлекетке қайтару мәселелері туындауда және көтеріліпте жатыр. Ауылдарда, аудан орталықтарында кеңес алатын стоматологиялық мекемелер жоқтың қасы.

Солардың 80-85%-ы халық тығыз жайласқан мекен-жайларда орналасқан. Сондықтан бұл көтерілген мәселелер өте көкейкесті мәселелердің өзектісі, әрине шешімі өте күрделі, оны шешу Мемлекетіміз және Үкімет басшыларының құзырында. Жекешеленіп кеткен облыстардағы облыстық стоматологиялық емханаларды мемлекет меншігіне қайтару және Үкімет басшысының 1996 жылғы шыққан № 240-241 бұйрықтардың өз күшін жою мақсатында көптеген қоғамдық және мемлекеттік мекемелермен бірлесіп жұмыс атқаруда.

Кафедра меңгерушісі болып медицина ғылымдарының кандидаты, бірінші санатты хирург-стоматолог **Кенбаев Валихан Омарханұлы тағайындалды.**



**медицина ғылымдарының кандидаты.,
кандидаты., доцент БатыровТ.О.**



**медицина ғылымдарының
доцент Кенбаев В.О.**

Кафедрада көптеген талантты жастар ғылыми-зерттеу жұмыстарын жүргізіп кандидаттық диссертациялар қорғауда.



**медицина ғылымдарының кандидаты.,
жоғары санатты дәрігер, ШЖЖА,
БЖА бөлімінің меңгерушісі,
Дюсупов К.Б.**

**медицина ғылымдарының кандидаты.,
жоғары санатты дәрігер, Облыстық
стоматология емханасының
бас дәрігері Орманов Е.К.**

Солардың бірі Шымкент жедел жәрдем ауруханасында Бет-жақ аймағы бөлімін басқара отырып ғылыми-зерттеу жұмыстарын ойдағыдай нәтижелі жүргізіп 2009 жылы кандидаттық диссертация қорғап медицина ғылымдарының кандидаты ғылыми атағын алған жоғары санатты бет-жақ аймағы хирургі **Дюсупов Кенжебек Бөкейұлының** және 2010 жылы кандидаттық диссертация қорғап медицина ғылымдарының кандидаты ғылыми атағын алған жоғары санатты дәрігер стоматолог, Областық стоматология емханасының бас дәрігері **Орманов Ерғали Керімбекұлы**, сонымен қатар медицина ғылымдарының кандидаты, жоғары санатты дәрігер стоматолог, Облыстық Денсаулық сақтау басқармасының бас стоматологы **Шоқпаров Асылбек Баяділұлының** айрықша еңбектерін атауға болады.

Хирургиялық стоматологиялық көмекті ұйымдастыру және халыққа заман талабына сай қызмет ету мақсатында жаңадан бет-жақ аймағы хирургиясы стационарлық бөлімшелерін ашу жоспарлануда.

Шет елдік озық тәжірибелерді, инновациялық жаңалықтарды пайдалану нәтижесінде Тәуелсіз Қазақстан халқына мүлтіксіз қызмет ету және заман талабына жауап беретіндей ұлтшыл жас қазақ мамандарын дайындау негізгі мақсатымыз болып қалуда.

II ТАРАУ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ КӨМЕГІН ҰЙЫМДАСТЫРУ.

Жаңа нарықтық заманда орталықтан басқару жүйесі әлсіреп аймақтық стоматология қызметінің ролі күшеюде. Қазіргі кезде Дүние жүзілік стоматологтардың қауымдастығының ұйғарымына сай үш деңгейлік стоматологиялық қызмет көрсетілуде. Олар: білікті, арнайы, жіті арнайы. Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрінің бұйрығы бойынша республикалық, облыстық, қалалық, аудандық стоматологиялық емханаларда хирургиялық стоматология бөлімшесі немесе бөлмесі болуы тиіс. Қалаларда, қалалық аудандарында стоматологиялық емханалар немесе жалпы емханалар құрамында хирургиялық стоматология бөлмелері болуы керек. Олардың жұмыс негізі тұрғылықты халықтың санына байланысты. Жедел медицина көмегін көрсететін бөлімшелер мен ауруханалардың құрамында стоматология бөлімшелері көзделінген.

Ауруханаларда, медико-санитарлық бөлімдерде, балалар ауруханаларында, диспансерлерде, госпитальдарда хирургиялық стоматология көмегі бет-жақ хирургия бөлмелерінде көрсетіледі, олар дерттің алдын алуға бағытталған. Бұл бұйрықта ауылдық жерлерде, ауданның орталық ауруханаларына қарайтын стоматология бөлімшесі (бөлмесі) ашылуы тиіс.

Бұл бөлімшелерде (бөлмелерде) барлық стоматологиялық науқастармен қоса хирургиялық науқастарға да көмек көрсетіледі.

Стоматология емханаларында хирургия бөлімшесін (бөлмесін) ұйымдастыруда келесі жағдайлар ескерілуі тиіс: халықтың саны, ауданның көлемі, тұрғындардың ерекшеліктері, бөлмелердің санитарлық және гигиеналық нормалары, штат кестесі, емханалар санаты-дәрежесі, ауруханалар мен емханалардың құрал-саймандарының тізімі.

Бөлімшелер (бөлмелер) дұрыс және жақсы жұмыс істеу үшін мамандарды өз орындарына қою, әрбір қызметкерлерге белгілі талаптар мен міндеттер, бөлімше (бөлме) жұмысының жалпы көлемін анықтау, хұжаттар жүргізу сияқты талаптар қойылады.

Стоматология емханаларында хирургия бөлімшесін ұйымдастыруда «стоматологияны мамандандырылған мекемелерде ұйымдастыру, жабдықтандыру және пайдалану санитарлық ережелерін» қолдану керек.

Стоматология емханаларында хирургия бөлімшесінің керекті хұжаттары мыналар:

- 1). Стоматологиялық науқастар үшін емханалық сырқатнама Ф.№ 043/у.
- 2). Дәрігер-стоматологтың күнделікті есеп кітабы Ф.№ 39

- 3). Ауруханаға жатқандығы туралы сырқатнамадан көшірме Ф.№ 027/у
- 4). Кеңес алуға және қосымша зерттеу жүргізу үшін басқа бөлімдерге жолдама қағазы Ф.№ 028/у
- 5). Отаның нобайын жазу журналы Ф.№ 069/у
- 6). Бақылау-сараптама комиссиясының журналы
- 7). Жарақат алған науқастарды есепке алу журналы
- 8). Жедел түрде тырыспаға қарсы алдын алу шараларын жүргізуге арналған журнал
- 9). Дәрі-дәрмектерді есепке алу журналы
- 10). Гистологиялық, цитологиялық зерттеу және басқада емдеу мекемелеріне кеңес алу үшін берілетін жолдама
- 11). Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама Ф.№ 094-1/у және 095-1/у
- 12). Науқастарды диспансерлік есепке алу және бақылау журналы Ф. № 030/у.

Ереже бойынша хирургия бөлімшесін ашу үшін кемінде 5 бөлме керек.

Олар:

1). Дәрігер қабылдауын күтетін бөлме (көлемі бір ауруға 1,2 м² орта есеппен 4 ауруға арналуы керек). Аурулар дәрігер қабылдауын емхананың жалпы дәлізінде күтулеріне болады.

2). Ота алдындағы бөлме (көлемі 10 м²).

3). Ота бөлмесі (бір орындыққа немесе бір ота жасайтын орындыққа 23 м², ал келесі әрбір орындық немесе стол қою үшін 7 м² қосылады).

4). Залалсыздандыру жасайтын бөлме (көлемі 8 м²).

5). Отадан кейін аурулар уақытша жататын бөлмесі.

Стоматология емханаларында тек хирургиялық бөлімше болса, оған 3 бөлме керек:

1). Дәрігер қабылдауын күтетін бөлме.

2). Залалсыздандыру жасайтын, қол жуатын, материал дайындайтын көлемі кемінде 10 м² ауа соратын шкафпен жабдықталған бөлме.

3). Ота жасайтын бөлменің көлемі бір орындыққа 14 м², ал келесі қойылатын әрбір орындыққа 7 м² болуы қажет.

Сонымен қатар қазіргі кезде шығарылып жатқан құрал-саймандардың көлемі ауқымды болуы мен бірге бірнеше бөлшектерден тұратыны барлық медицина қызметкерлеріне белгілі. Сол үшін ота жасайтын бөлменің көлемі бір орындыққа 20 м², ал келесі қойылатын әрбір орындыққа 10 м² болуы қажет.

Құрамдарында стоматология бөлімшелеріндегі хирургия бөлмелерінің қабырғалары тегіс, полихлорвинилді немесе әшекейленген жылтырайтын тақтамен (плиткалармен) жабылған, еденіне линолиум немесе керамикалық тақталар (плиткалар) төселуі қажет. Бөлме төбелері сулы эмульсиямен немесе майлы бояулармен боялуы керек. Есік-терезелер майлы бояулармен сырланып, әрі тегіс болулары қажет. Хирургия

бөлмелері ыстық-суық сумен және орталық жылыту жүйесімен қамтамасыз етіледі.

Хирургиялық бөлмелердің температурасы 18-25° болып, олар ауа сорғыштар, фромуга және форточкалармен қамтамасыз етілулері қажет.

Хирургиялық стоматология бөлімшесінің (бөлмесінің) жабдықталуы.

Хирургиялық стоматология бөлімшесі (бөлмесі) Кеңес Одағы Денсаулық сақтау Министрінің 12.06.1984 жылғы № 670-ші бұйрығын негізге ала отырып жабдыкталады.



Сурет-1. Ота бөлмесінің жалпы көрінісі

Хирургиялық стоматология бөлімшесінде (бөлмесі) төмендегі құрал-саймандар болуы шарт:стоматологиялық орындық, қабырғасыз шырақ, құрал-саймандар үшін үстелдер, дөңгелек айналмалы орындық, ұштығы бар электрлі бормашина, бактерицидті және ультракөгілдір шырақтар; **стоматологиялық құрал-саймандар:** бір рет қолданылатын дәрі жіберетін инелер, шымшуыр-стоматологиялық, хирургиялық, анатомиялық, көздік; стоматологиялық айна, қалақша, қысқыштар мен элеваторлар жиынтығы, қандауыр және оның тұтқасы, өткір және өтпес ілгек, қырып тазалауға арналған қасық, сүйек тістеуігі, қайшы, қан тоқтататын қысқыш және т.б.

Барлық бөлмелер жарық болу керек. Қолдан жасалатын жарықтың екі түрі пайдаланылады: жалпы жарық жүйесі, көлеңке түсірмейтін электр жарығы. Бөлмелердегі жиһаздар нитроэмальды ашық бояулармен боялынып, жұмыс столдары шынымен жабылу керек.

Бөлімшелерді (бөлімдерді) тәулігіне екі рет ылғалды тазалап турады: аусым аралығында, жұмыс күнінен кейін. Жиһаздардың қабырғасының төменгі жағын, терезе алдын, еденді ыстық сумен жауады. Барлық бөлмелерді, тәулігіне 1 рет бактериоцитті шаммен өңдейді. Бөлімшені

(бөлмеде) жетісіне бір рет жалпы тазартудан өткізеді. Бактериялық бақылау, бөлімшелердің (бөлмелер) санитарлық жағдайының сыншысы (Кеңес Одағы Денсаулық сақтау Министрінің 31.06.1978 жылғы №720-ші бұйрығы) болып есептеледі.

Стоматологиялық емхана ғимаратында аурулардың (жұқпалы) алдын алу мақсатында залалсыздандыру шаралары мынандай топтарға бөлінеді.

1. бөлмелерді, бөлме қабырғаларын, санитарлық-техникалық құрал-жабдықтарды залалсыздандыру үшін қолданылатын тазалағыш заттар.

2. медициналық бұйымдарды залалсыздандыру үшін қолданылатын тазалағыш заттар.

3. медициналық құрал-саймандарды залалсыздандыруға дейінгі қолданылатын тазалағыш заттар.

4. қолдағы микробтарды жою үшін қолданылатын заттар.

5. шығындыларды залалсыздандыру үшін қолданылатын тазалағыш заттар.

6. кіші-гірім медициналық бұйымдарды залалсыздандыру үшін қолданылатын тазалағыш заттар.

Стоматологиялық емханада аталған тазалағыш заттардан басқада әмбебап көптеген тазалағыш заттар шығарылуда. Олар қолдануға қолайлы және санитарлық ережелер мен талаптарға толық жауап береді. Стоматологиялық емханада әр түрлі залалсыздандыру үшін қолданылатын тазалағыш заттардан қолдануға болмайды.

Стоматологиялық науқастарды қабылдаған кезде және медициналық көмек көрсетуде жұқпалы аурулардың алдын алу мақсатында дәрігер стоматологтың жеке гигиенасы (қолы) басты да маңызды қызмет атқарады. Ғылыми тұрғыда дәлелденгендей, дәрігер стоматологтың қолынан бірнеше микроорганизмдердің іздер табылған. Осыған байланысты стоматологиялық емханада жұмыс атқаратын медицина қызметкерлерінің 2/3-сінде кәіптік аурулар бар екендігі анықталған. Медицина саласында қызмет атқаратын қызметкерлердің қолын өңдеу жүйесі 3 сатыдан тұрады: қолды жай жуу, қолды гигиеналық өңдеу, қолды хирургиялық жолмен өңдеу.

Науқасты дәрігер зерттеп көргенде және дәрігерлік әрекет жасағанда бет перде, көзді қорғайтын көзілдірік, резеңке қолғап, ал ота кезінде залалсыздандырылған халат және аяғына бахила киюі шарт.

2.1. Стоматология емханаларындағы медицина қызметкерлерінің штаттық нормативі

Қазақ Республикасының денсаулық сақтау министрінің бұйрығы бойынша 10000 тұрғынға 4 дәрігер-стоматолог бөлінген.

Стоматология емханаларында 7-12 штаттан тұратын хирургия бөлімшелерінде 0,5 ставкаға бөлім меңгерушілері тағайындалады. Егер бөлім 12 штаттан тыс болса, онда оған қосымша меңгеруші

тағайындалады. Хирург-стоматолог бөлім меңгерушісіне немесе емдеу-профилактикалық бөлімінің меңгерушісіне бағынады.

Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы бойынша 20 дәрігерге 1 дәрігер-анестезиолог, 25 дәрігерге 1 дәрігер-рентгенолог тағайындалған. Бір дәрігерге бір медбике және бір санитарка тағайындалады.

Бөлімдерді (бөлімшелерді) керекті құралдар, төсек-орындар, жиһаздармен жабдықтауда, «ауруханалар және емханалар жабдықтау тізімі» және «Бір дәрігер-стоматолог және тіс техникіне жұмсалатын стоматологиялық материалдардың уақытша мөлшері» туралы бұйрықтарды нұсқау етіп алған жөн.

2.2. Хирургия бөлімінің еңбек жұмысын ұйымдастыру

Хирургия бөлімінің жұмыс нәтижесі тәжірибесі мол мамандармен қамтамасыз етілуіне және олардың еңбегінің дұрыс ұйымдастырылуына байланысты. Жұмыс кестесін әрбір кезекте бір тәжірибесі мол дәрігермен бір жас дәрігерді қосып жасаған дұрыс.

Себебі жас дәрігер тәжірибелі дәрігерден оқып үйренеді. Егер кезекте бір дәрігер-хирург істейтін болса, онда тәжірибелі дәрігерді науқастар көп келетін кезекке қойған абзал.

Емдеу жұмысын ұйымдастыру. Хирургиялық оталардың мөлшері мен түрі — дәрігер-хирургтің тәжірибесіне байланысты.

Ота емханалық жағдайларда, тек қана отадан кейін үйіне өз бетімен немесе біреудің көмегімен кететін науқастарға жасалады. Жасалатын оталар ішінде тіс жұлу отасы көбірек кездеседі.

Емханада жасалатын ауыр оталар қатарына: дистопия, жартылай ретенция, ретенция болған тістерді алу, периостит, лимфаденит кезіндегі іріңді шығару, жұмсақ тіндердің жарақатын тігу, жақ сүйектері сынғанда, шығып кеткенде орнына салу жатады. Бұл оталар жоспарланбаған топқа жатады.

Емханаларда жоспарлы түрде жасалатындарға оталарға: тісті реплантация, трансплантация, имплантация жасау, тіс түбірінің ұшын кесу, жақ-бет аймағындағы жұмсақ тіндерде, сүйектерде кездесетін кішігірім қатерсіз ісіктерді, биопсия, сары сулы ісіктерді, сілекей бездерінің түтіктерінде орналасқан тастарды алу, сонымен бірге кішігірім ақауларға пластика жасау, секвестрэктомия және пародонтит ауруларын хирургиялық әдіспен емдеу жатады.

Бөлімнің (бөлімшенің) жұмысы бөлмелерді науқас қабылдауға дайындықтан бұрын басталады. Бөлменің санитарлық жағдайын тексереді күнделікті әрбір кезек басталар алдында мейірбике екі залалсыздырылған үстел дайындайды. Оның бірі құралдарға арналса, екіншісі таңу жабдықтарына арналған. Егер бөлмеде екі мейірбике болса, бірі залалсыздырылған үстелді қолмен жасақтау әдісімен айналысып, екіншісі дәрігерге науқастарды қабылдауға көмектеседі.

Мейірбике жалпы жағдайлары ауыр науқастарды дәрігерге бірінші кезекпен кіргізеді, қалғандарын дәрігерге жазылу уақытына байланысты кезекке қояды. Науқастарды дәрігерге тек сыртқанамамен ғана кіргізу

керек. Қабылданғаннан кейін дәрігер науқастарды зерттеп, нақтамасын қойып, емдеу кезегін белгілейді.

Жоспармен жасалатын оталарды арнайы кітапшаға тіркеп, олардың күндерін белгілейді. Барлық қорытындылар және дәрігер нұсқаулары мекеменің арнайы іс қағазына жазылады. Науқасты зерттеу нәтижесінің мәліметтері, дәрігердің іс-қимылдары, нұсқаулары және ем нәтижесі сырхатнамаға жазылып, науқасты қайта қарау керек болса, уақыты, күні, бөлменің саны және дәрігердің аты-жөні көрсетіледі. Осы науқастардың сырхатнамасы дәрігер бөлмесінде сақталады.

Үйінде көмек көрсетілетін науқасқа, дәрігер мейірбике бөледі.

Ота жасалатын бөлменің жұмысын ұйымдастыру. Ота алдында дәрігер медбикені жасалатын оталардың тізімімен таныстырып, оған керекті құралдар мен материалдарды дайындауға тапсырма береді. Залалсыздандырған заттарды екі үстелге бөледі, бірі таңу жабдықтары, екіншісі құралдар үшін. Хирургке ота жасауға көмекші қажет. Оның қызметін тәжірибелі мейірбике, дәрігер немесе жоғары курс студенттері атқарады. Отадан кейін науқасты 30 минуттан 1 сағатқа дейін уақытша демалатын бөлмеге жатқызған жөн.

Әдетте мамандандырылған стоматология емханалары кеңес беру - методикалық орталық болып есептеледі. Оларға басқа мекеме, аудан дәрігерлері науқастарды кеңес алу үшін жібереді. Бұл емханаларда кеңес беруші болып ғылыми атағы бар дәрігерлер істейді. Осымен қатар оларға облыстық, аудандық, емханалар бекітіледі.

Әрине, хирургия бөлімдері жұмысының ішінде аурудың алдын алу қызметі жоғары орында болуы қажет.

Денсаулық сақтау министрлігінің бұйрығында «Дәрігер-стоматологтың бақылауында болатын науқастардың диспансерлік үлгісінің жобасы» берілген.

Хирургиялық стоматология ауруханасы жұмысын ұйымдастыру. Қазіргі хирургиялық стоматология мен жақ-бет хирургиясы ауыз қуысына жасалатын оталардан бастап, өте қиын қатерлі ісікті алу және күрделі пластикалық оталармен айналысады.

Осыған байланысты хирургиялық аурулар ауыз қуысында, жақ сүйектерде, бетте, мойында орналасқан науқастарға толық көмек көрсету үшін облыстық, қалалық, аудандық ауруханалардың құрамында жақ-бет хирургиясының бөлімдері жұмыс істеуі қажет.

Ота бірлестігінің санитарлық-гигиеналық талаптары. Ота бірлестігінің (көлемі, едені, қабырғалары, есік-терезелері, жарықтығы температурасы және т.б.) тиісті құжаттарға сәйкес

болуы тиіс. Ота бірлестігі ота жасайтын, ота алдындағы, залалсыздандыру жасайтын, ұйықтату арналған, құрал-саймандар тұратын, құралдар сақталған, хирург және мейірбике отыратын, материалдар тұратын, гипс салатын, душ қабылдайтын бөлмелерден тұрады.

Мүмкіндігіне қарай ота жасайтын екі бөлме болуы қажет. Бірі жақ-бет аймағында пластикалық оталар, екіншісі ауыз қуысына және іріңді оталар жасайтын бөлме. Оларға кіретін есіктер бөлек болуы қажет. Егер екі бөлме болмаған жағдайда, бірінші кезекте «таза» ота жасалынып, екінші кезекте іріңді оталарды жасауға болады. Осыдан кейін бөлмені, ондағы жиһаздарды антисептикалық (хлорамин, лизол, сулема т.б.) ерітінділерімен тазалап жуғаннан кейін, бактериоцидтік шаммен тазартады. Клиникадағы ота бөлмесіне көп студенттер, курсанттар кірмеуі үшін, отаны теледидар арқылы алыстан көрсететін бөлме дайындаған жөн немесе оталық бөлменің төбесін (күмбезін) жақсы көрінетін әйнекпен жабу қажет.

Жақ-бет бөлімінде науқастарды таңатын екі бөлме қажет. Олардың бірінде «таза» оталардан, екіншісінде іріңді оталардан кейінгі науқастарға жәрдем көрсетіледі.

Бөлімде ота бірлестігі, таңу бөлмелерінен басқа, тіс және ауыз қуысын емдеу, дәрігер-протезист, ауыз қуысын тазалайтын бөлмелер болулары қажет. Осымен қатар шағын (1-2 орынға) тіс-техникалық лабораториясы болғаны жөн. Егер ауруханада кино-фото лабораториясы болса, оны жақ-бет хирургиялық бөлімі кеңінен пайдалануы қажет.

Әрбір бөлімде, оның мүмкіншілігіне қарай, отадан кейін науқастар жататын екі (ер, әйелдер) бөлме, төсек басында оттегін, азот қышқылың жіберетін бөлмелі қалқанша және сорғыш резервуармен қосылатын штуцер болуы керек.

Жақ-бет аймағындағы аурулардың ауруханалармен қамтамасыз ету үшін (Ф.А.Любилов, Г.А.Попов, Т.М.Лурье зерттеулері бойынша) 10000 тұрғынға 1,7 төсек керек.

Республикалық, облыстық, қалалық, ауруханалардағы жақ-бет хирургиялық бөлімдер сол жерлердегі орталық ұйымдастыру және әдістемелік орын болып табылады. Олар студенттер және курсанттар оқытатын орталық клиника болып саналады. Бөлмелер штатына сол ауруханаларда жұмыс істейтін стоматологтардың барлығы кіреді.

2.3. Бөлімдер алдына қойылатын негізгі міндеттер

1. Науқастарға хирургиялық, емдік жоғары мамандандырылған көмек көрсету және күрделі ота жасау мен

жақ протездерін салу.

2.Бөлім меңгерушісі немесе оның көмекшісі ауруханадағы барлық стоматологиялық науқастарға көмек көрсетулері тиіс.

Бөлім жұмысының сапасын тексеру.

3.Ауруханалар мен емханалардағы науқастарды қарау және кейбір науқастарды диспансерлік бақылауға қою.

Хирургиялық науқастарды емдеу нәтижесін көрсету және дұрыс нақтама қою үшін консилиум ұйымдастыру немесе оған қатысу.

4.Стоматологтардың, орта медицина қызметкерлерінің білімдерін жетілдіру қызметін ұйымдастыру (курстар, тематикалық семинарлар жұмыс орнында т. б.).

5. Дәрігер-хирургтердің, травматологтердің, учаскеде істейтін дәрігерлердің, орта білімді медицина қызметкерлерінің стоматологиялық науқастарға жедел көмек көрсету және жақ-бет аймағында орналасқан ісіктерге нақтама қоюында білімдерін көтеру жұмысына белсенді қатысу.

Ұйымдастыру-әдістемелік жұмыс. Жергілікті жердегі стоматологиялық науқастарға нақтама қою және емдеу нәтижелеріне күнделікті сараптау, бөлімге жіберілген науқастардың нақтамасын клиникада қойылған нақтамасымен үйлесуі және үйлеспейтін тексеру.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Хирургиялық стоматологиялық бөлменің көлемі:

- / бір орындыққа 14 м² және 7 м² әрбір қосымша орындыққа
- / бір орындыққа 7 м² және 5 м² әрбір қосымша орындыққа
- / бір орындыққа 17 м² және 7 м² әрбір қосымша орындыққа
- / бір орындыққа 10 м² және 7 м² әрбір қосымша орындыққа
- / бір орындыққа 25 м² және 10 м² әрбір қосымша орындыққа

2. Хирургиялық операциялық бөлмесінің қабырғасы немен қапталады:

- / сулы эмульсиялы бояумен
- / қағазбен
- / ағашпен
- / торкөз қышпен
- / майлы бояумен

3. Хирургиялық бөлмеде ылғалды жинау неше рет жүргізіледі:

- / 2 рет
- / 5 рет
- / 6 рет
- / 10 рет
- / Жүргізілмейді

4. Хирургиялық науқастарды тексеру қай жерде жүргізіледі:

/стоматологиялық орындықта

/ егу бөлмесінде

/ дәлізде

/ ота бөлмесінде

/ тексеру қажет емес, бірден емдейді

5. Хирургиялық стоматология бөлімшесінің (бөлмесінің) жабдықталуы Денсаулық сақтау Министрлігінің _____санды бұйрығы негізінде іске асырылады?

/ 12.06.1984 жылғы № 670-ші бұйрығы

/ 25.12.1987 жылғы № 432-шы бұйрығы

/ 25.11.1997 жылғы №735-ші бұйрығы

/15.01.1983 жылғы №513-ші бұйрығы

/05.03.1988 жылғы №153-ші бұйрығы

6. Ота жасайтын бөлменің көлемі:

/ Ота жасайтын бөлменің көлемі бір орындыққа 14 м², ал келесі қойылатын әрбір орындыққа 7 м² болуы қажет.

/ Ота жасайтын бөлменің көлемі бір орындыққа 17 м², ал келесі қойылатын әрбір орындыққа 11 м² болуы қажет.

/ Ота жасайтын бөлменің көлемі бір орындыққа 18 м², ал келесі қойылатын әрбір орындыққа 3 м² болуы қажет.

/ Ота жасайтын бөлменің көлемі бір орындыққа 11 м², ал келесі қойылатын әрбір орындыққа 8 м² болуы қажет.

/ Ота жасайтын бөлменің көлемі бір орындыққа 15 м², ал келесі қойылатын әрбір орындыққа 2 м² болуы қажет.

7. Дәрігер қабылдауын күтетін бөлменің көлемі:

/ бір ауруға 1,2 м² орта есеппен 4 ауруға арналуы керек.

/ бір ауруға 1,5 м² орта есеппен 3 ауруға арналуы керек.

/ бір ауруға 0,2 м² орта есеппен 7 ауруға арналуы керек.

/ бір ауруға 0,7 м² орта есеппен 5 ауруға арналуы керек.

/ бір ауруға 0,9 м² орта есеппен 8 ауруға арналуы керек.

8. Хирургия бөлімшесін ашу үшін кемінде бөлме керек. Олар:

/ Дәрігер қабылдауын күтетін бөлме, Ота алдындағы бөлме, Ота бөлмесі, Залалсыздандыру жасайтын бөлме, Отадан кейін аурулар уақытша жататын бөлмесі.

/ Дәрігер қабылдауын күтетін бөлме, Залалсыздандыру жасайтын бөлме, Отадан кейін аурулар уақытша жататын бөлмесі.

/ Ота алдындағы бөлме, Ота бөлмесі, Залалсыздандыру жасайтын бөлме,

/ Дәрігер қабылдауын күтетін бөлме, Залалсыздандыру жасайтын бөлме,

/ Ота алдындағы бөлме, Залалсыздандыру жасайтын бөлме,

9. Хирургиялық бөлмелердің қолайлы температурасы болып табылады.

/18—25°

/12-17°

/15-17°

/15-17°

/27-33°

10. Бөлімшені (бөлмені) жетісіне неше рет жалпы тазартудан өткізеді?

/ бір рет жалпы тазартудан

/ екі рет жалпы тазартудан

/ үш рет жалпы тазартудан

/ бес рет жалпы тазартудан

/ жеті рет жалпы тазартудан

11. Науқасты дәрігер зерттеп көргенде және дәрігерлік әрекет жасағанда міндетті түрде пайдалануы тиіс.

/ бет перде, көзді қорғайтын көзілдірік, резеңке қолғап

/ көзді қорғайтын көзілдірік, резеңке қолғап, халат

/ бет перде, көзді қорғайтын көзілдірік, бахила

/ көзді қорғайтын көзілдірік, резеңке қолғап, бахила

/ бет перде, көзді қорғайтын көзілдірік, халат

12. Дәрігер ота кезінде киюі шарт.

/ залалсыздандырылған халат, аяғына бахила

/ аяғына бахила, көзді қорғайтын көзілдірік, резеңке қолғап,

/ залалсыздандырылған халат, бет перде, көзді қорғайтын көзілдірік

/ аяғына бахила, бет перде, көзді қорғайтын көзілдірік

/ залалсыздандырылған халат, көзді қорғайтын көзілдірік, резеңке қолғап

13. Қазақ Республикасының Денсаулық сақтау Министрінің бұйрығы бойынша бөлінген.

/10000 тұрғынға 4 дәрігер-стоматолог

/15000 тұрғынға 8 дәрігер-стоматолог

/20000 тұрғынға 7 дәрігер-стоматолог

/25000 тұрғынға 5 дәрігер-стоматолог

/30000 тұрғынға 9 дәрігер-стоматолог

14. Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы бойынша қанша дәрігерге 1 дәрігер-анестезиолог тағайындалған

/ 20

/ 10

/ 15

/ 12

/ 14

15. Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы бойынша қанша дәрігерге 1 дәрігер-рентгенолог тағайындалған

/25

/12

/15

/18

/20

16. Емханаларда жасалатындарға оталар болып бөлінеді:

/ жоспарлы, жоспарсыз

/ жоспарсыз, арнайы

/ жоспарлы, арнайы емес

/ жоспарсыз, арнайы емес

/ жоспарлы, арнайы

17. Залалсыздандырған заттарды бөлінеді.

/ екі үстелге

/ үш үстелге

/ бес үстелге

/ төрт үстелге

/ жеті үстелге

18. Залалсыздандырған заттар болып үстелдерге бөлінеді.

/ таңу жабдықтары, құралдар үшін.

/ таңу жабдықтары, кеңсе заттары

/ құралдар, зертхана заттары

/ таңу жабдықтары, зертхана заттары

/ құралдар, кеңсе заттары

19. Жақ-бет бөлімінде науқастарды таңатын болуы қажет.

/ екі бөлме

/ төрт бөлме

/ бір бөлме

/ бес бөлме

/ үш бөлме

20. Жақ-бет бөлімінде науқастарды таңатын бөлмелер қажет.

/ таза, ірінді

/ ірінді, жоспарлы

/ таза, жоспарсыз

/ ірінді, жоспарсыз

/ таза, жоспарлы

21. Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы бойынша қанша тұрғынға қанша төсек-орын болуы керек?

/10000 тұрғынға 1,7 төсек керек.

/15000 тұрғынға 1,5 төсек керек.

/20000 тұрғынға 2,1 төсек керек.

/25000 тұрғынға 2,2 төсек керек.

/30000 тұрғынға 2,3 төсек керек.

22. Отаның нобайын жазу журналының үлгісін көрсетіңіз.

/ Ф.№ 069/у

/ Ф.№ 094-1/у

/ Ф.№ 095-1/у

/ Ф.№ 043/у.

/ Ф.№ 030/у.

23. Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтаманың үлгісін көрсетіңіз.

/ Ф.№ 094-1/у, 095-1/у

/ Ф.№ 030/у, 069/у

/ Ф.№ 043/у, 069/у

/ Ф.№ 069/у, 028/у

/ Ф.№ 030/у, 027/у

24. Науқастарды диспансерлік есепке алу және бақылау журналының үлгісін көрсетіңіз.

/ Ф.№ 030/у.

/ Ф.№ 069/у

/ Ф.№ 095-1/у

/ Ф.№ 028/у

/ Ф.№ 027/у

25. Стоматологиялық науқастар үшін емханалық сырқатнама үлгісін көрсетіңіз.

/ Ф.№ 043/у.

/ Ф.№ 027/у

/ Ф.№ 028/у

/ Ф.№ 030/у.

/ Ф.№ 069/у

III ТАРАУ

БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ АНАТОМИЯЛЫҚ, ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ

Бет-жақ аймағы бала іште пайда болған 12-ші күнінен басталады, алдыңғы ми күлдіреуік (пузырь) пен жүректің дөңесінің арасында эктодерманың түсуімен бірінші ауыз қуысы пайда болады.

Бет сүйек қаңқасы әр адамның бет бейнесіне бірегей де өзіндік, қайталанбайтындай сипат беретін және бастың көптеген сүйектерімен бірігіп, ауыз қуысының (тіл асты сүйегі), мұрын қуысы қабырғаларының (тор және таңдай сүйектері, кеңсірек желбезегі), ми сүйек қаңқасының (қанат тәрізді немесе негізгі, шеке, шүйде сүйектері) негізін құрайтын тіректік құрылым болып саналады.

Пайда болған баланың бет құрылымы 5 өсіндіден өседі, пайда болады. Олар жоғарғы және төменгі (жұп) және маңдай. Осы аталғандардың барлығы ауыз шұңқыры мен шектеліп, біріншілік желбезек доғадан тарайды.

Бассүйек қаңқасы. Ол екі бөлімнен тұрады: бас миы (церебралды) және ішкі (висцералды). Басқа тіршіліктер мен салыстырғанда, адамның бас сүйек қаңқасында (жануарларда да) пайда болған жаңа құрылым-таңдай болып табылады. Ол ауыз қуысын мұрын қуысынан бөліп, ауыз қуысы ішінде вакумды-сорғыштықты қалыптастырады, сөйтіп сорғанда және тағам шайнағанда тыныс алуға кедергі тудырмайтындай жағдай жаратады.

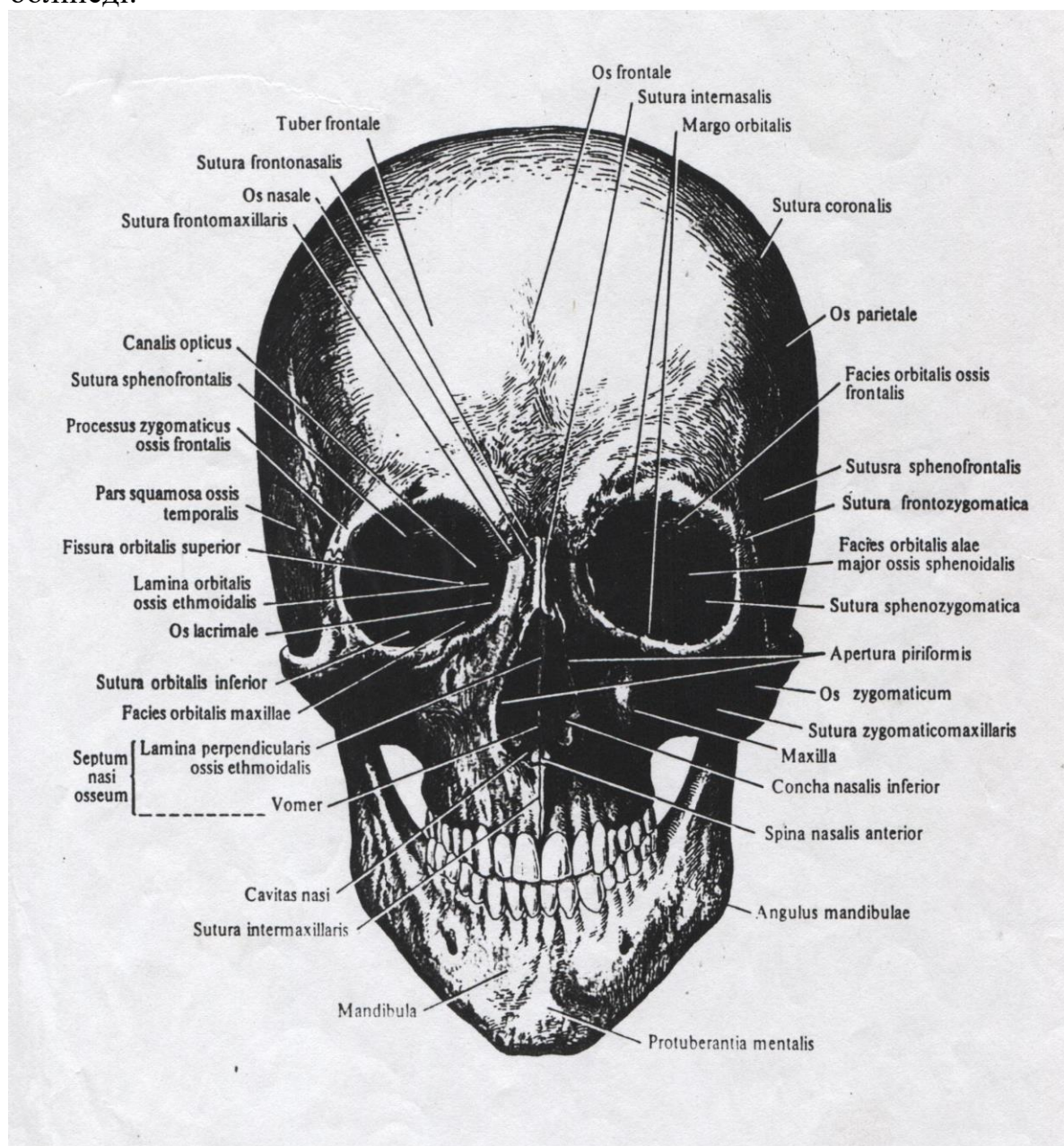
Беттің сүйектік негізін қалайтын біріншілік, яғни дәнекер тінді жарғақтың орнында қалыптасатын құрылымдар: маңдай және таңдай сүйектері, кеңсірік және төменгі жақсүйегі. Тор сүйегі мен мұрынның төменгі қалқаны біріншілік мұрын қапшығының шеміршегінен, ал маңдай және жоғарғы жақ сүйектері ұрықтық дәнекер тінінен, тіласты сүйегі әр келкі ұрықтық табақшалардан дамиды.

Алғашқыда адам ұрығының (эмбрион) бас жағы яғни нейрокраниалдық бөлімі қалыптасады, содан кейін болашақта беттің негізін қалайтын висцералды доғалар дами бастайды. Мерзімі үш апталық ұрықтың бас жақ бөлімінде қалыңдау болып көрінетін жүйке табақшасы-алдыңғы ми пайда болады. Жүйке табақшасының астыңғы жағында біріншілік ауыз қуысы-stomadeum, немесе ауыз үңгірі қалыптасады.

Барлық сүйектер, соның ішінде бет және бассүйектері жұмсақ тіндерге тіректік және қорғаныс қызметін атқарады. Сүйектің жасушалық элементтері коллагенді және минералды заттардың қоры болуы, оның бейімділік қасиетін арттырады да көптеген сыртқы және ішкі тітіркендіргіштерге жауап қайыра алатындай мүмкіншілік туғызады.

Бас сүйегі қаңқасы бас ми және бет жақ болып бөлімдерге бөлінеді. Олардың шекарасы көзұясының жоғарғы қыры мен, маңдай-бетсүйек жігі

мен, бет-сүйек доғасы бойы мен сыртқа есту өтісі мен сорушы-еміздік өсіндінің үстінгі деңгейі мен өтеді. Бас мидың сүйек құрылымы оның күнбезіне (төбесіне) *fronix crani*, және оның негізіне (түбіне) *basis crani*-ға бөлінеді.



Сурет-2. Бас қаңқасы

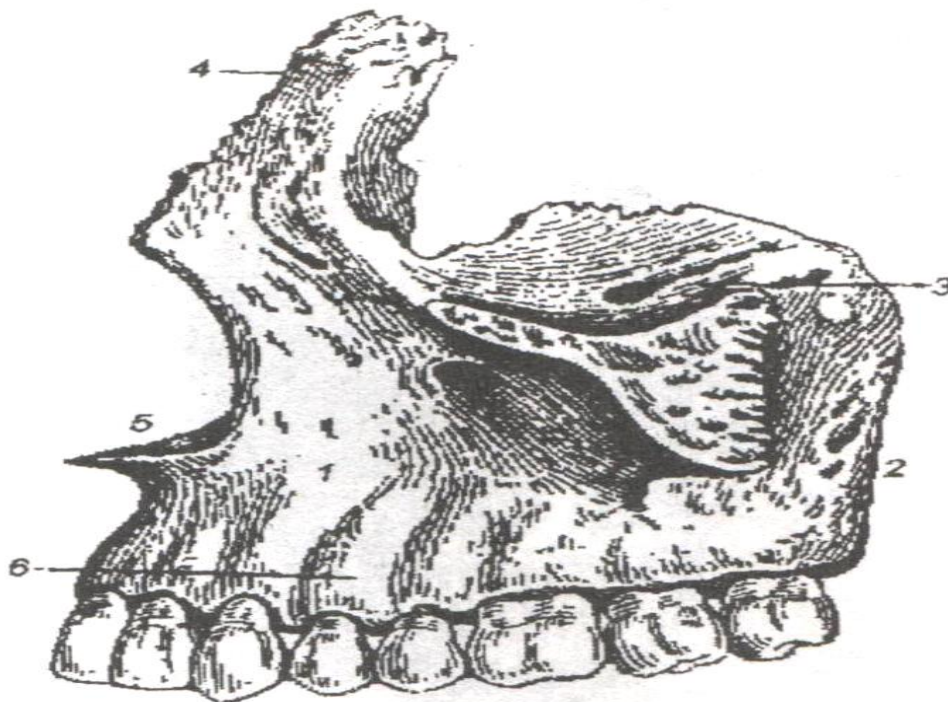
Бассүйек қаңқасы, *cranium*, 2-бөлімнен: ми сауытының қақпағы-*calvaria*, және оның түбі-*basis*-тен тұрады. Ол бас миы мен сезім мүшелері орналасқан және де ас қорыту мен тыныс алу жолдарының бастапқы бөлімдерін қоршап, қорғайтын тіректік құрылым болып саналады.

Бассүйегін құрайтын сүйектер: даралары-қарақұс, сына тәрізді, маңдай және тор сүйектері, жұптары-жоғарғы жақсүйек, төменгі мұрын қалқаны, бет, мұрын, көзжас сүйектері мен төменгі жақ және тіласты сүйегі.

3.1. Жоғарғы жақсүйек

Жоғарғы жақсүйегі, maxilla – жұп сүйек; қасындағы сүйектер мен қозғалыссыз бекіген. Бұл сүйектің құрылысы-өте күрделі болғандықтан және де ол қуысты сүйектер қатарына жатқандықтан сырттан келетін әртүрлі қысым күштеріне беріктілігі де - өте жоғары.

Жоғарғы жақсүйегі - оның денесі-corpus maxilla және төрт жаққа қараған өсінділері бар. Олар: маңдай-processus frontalis, бетсүйектік-processus zygomaticus, тіс ұяшықтық немесе альвеолярлық- processus alveolaris және таңдай- processus palatinus.



Жоғарғы жақсүйектің беттері

1 - алдыңғы беті, *facies anterior*; 2 – самай астының беті, *facies infratemporalis*; 3 - көзұялық беті, *facies orbitalis*; 4 - маңдай өсіндісі, *processus frontalis*; 5 – мұрын ойығы, *incisura nasalis*; 6-альвеолалық өсінді; *processus alveolaris*

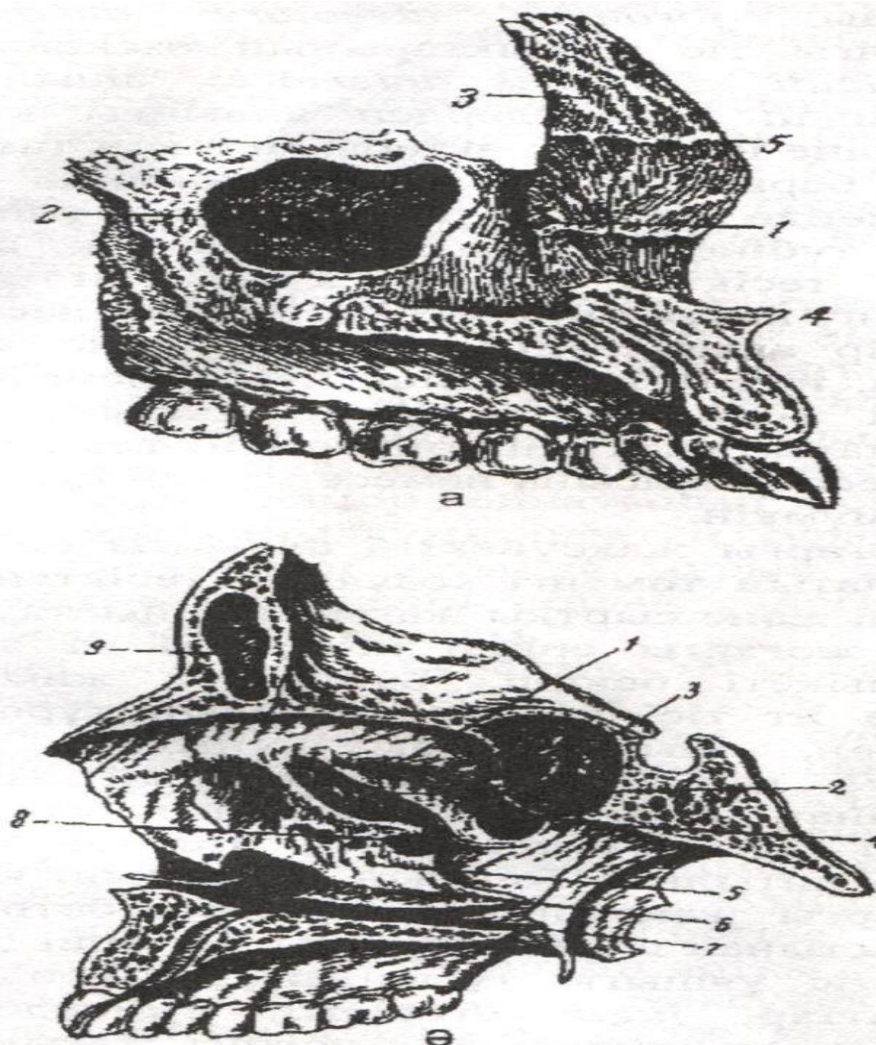
Маңдай өсіндісі-**processus frontalis**, жоғарғы жақсүйектің алдыңғы бетінің ішкі қыры бойы мен жоғары көтеріліп, маңдай сүйегімен (*sutura frontomaxillaris*), мұрын сүйегімен (*sutura nasomaxillaris*) жік құра бітіседі. Маңдай өсіндісінің сыртқы (латералды) және ішкі (медиялды) беттерін ажыратуға болады. Сыртқы бетінен өтетін көзжас қыраты оны алдыңғы және артқы бөлімдеріне бөледі.

Артқы бөлімі көзжас жүлгесіне жалғасады. Жоғарғы жақсүйегінің маңдай өсіндісінің ішкі бетінен екі қырат өтеді. Олар: тор сүйектік-*crista ethmoidalis* және мұрынның төменгі қалқан қыраттары-*crista conchalis*.

Жоғарғы жақсүйектің қалған өсінділері денесінің төменгі бөлімінен шығып, тіс ұяшықтық (альвеолярлық) өсіндіге- *processus alveolaris* және ішіне қарай, жазықтық бағытта жатқан таңдай өсіндіге- *processus palatinus*-

қа жалғасады.

Көздік, алдыңғы және самайасты беттері қиылысатын тұстан бетсүйек өсіндісі- processus zygomaticus басталады.

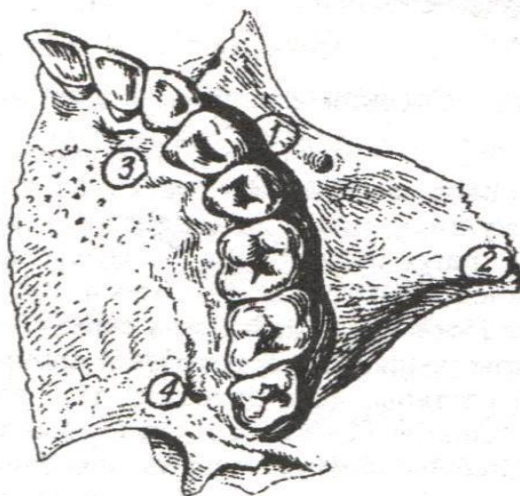


Жоғарғы жақсүйек (көрінісі ішкі жағынан)

а – мұрын қуысының ішкі беті; 1 - crista conchalis, мұрын қыраты; 2 - hiatus maxillaris, мұрын үңгірі (қойнауы); 3 – processus frontalis, маңдай өсіндісі; 4 - spina nasalis, мұрын ұштығы; 5 - crista ethmoidalis, торша қыраты
 б – мұрын қуысының сыртқы беті (оң жағынан).
 1 - жоғарғы мұрын қалқаны; 2 - ортаңғы мұрын қалқаны; 3 - сына тәрізді қойнау; 4 - жоғарғы мұрын жолы; 5 - ортаңғы мұрын жолы; 6 - төменгі мұрын қалқаны; 7 - төменгі мұрын жолы; 8 - жоғарғы жақсүйектік саға; 9 - маңдай қойнауы; 10 - қанат тәрізді өсіндінің сыртқы табақшасы; 11 - қанат тәрізді өсіндінің ішкі табақшасы мен ілмегі, hamulus; 12 - күрек тістік өзек

Жоғарғы жақсүйектің денесін- көзұялық беті-facies orbitalis, яғни көзұясының төменгі, мұрын беті- facies nasalis мұрынның бүйір, сондай-ақ самайасты беті- facies infratemporalis және ауыз қуысының қабырғаларын құрайды. Жоғарғы жақсүйектің денесінде жоғарғы жақсүйек қойнау-sinus

maxillaris s. antrum Highmori болғандықтан, оның салмағы өте жеңіл.

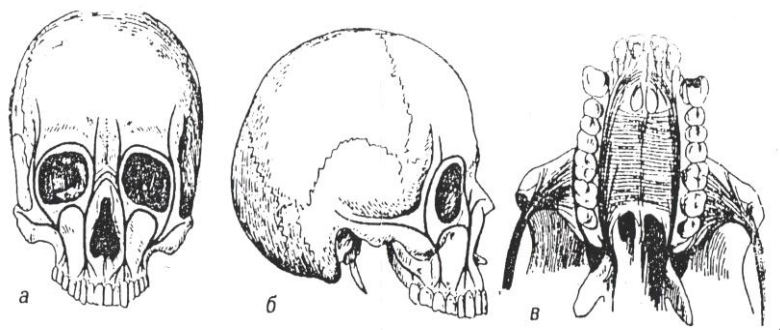


Жоғарғы жақсүйек (көрініс астынан)

1 - foramen infraorbitale, төменгі көзұя тесігі; 2 – processus zygomaticus, бетсүйек өсіндісі; 3 - processus palatinus -тандай өсінді; 4 - foramen palatinum majus, тандайдың үлкен тесігі

Жоғарғы жақсүйек қуысы-Гаймор қуысының анатомиялық құрамы тұрғысынан алғанда 3 топқа бөлінеді. Олар: пневматикалық, беріштену және аралас. Гаймор қуысы деп аталу себебі ең алғаш рет **1651 жылы ағылшын дәрігері Гаймор** жоғарғы жақсүйегіндегі осы қуыс туралы толық мәліметтер таратты.

Корнинг және тағы да басқа ғалымдар Гаймор қуысын төртқырлы пирамидаға ұқсатады. Гаймор қуысының бет-әлпеті құрылысы мен салыстырғанда 6 қабырғаға бөлінеді: жоғарғы, төменгі, алдыңғы, бүйір, артқы және ішкі (медиалды).



Сурет-6. Жоғарғы жақ контрфорстары

Жоғарғы жақсүйектің төрт қабырғасы бар: алдыңғы, артқы, жоғарғы және ішкі. Алдыңғы қабырғасының беті тері сыртынан жақсы сипап анықтауға болады. Оны жоғарғы жағынан-көзұясының төменгі қыры, төменгі жағынан-тіс ұяшықтық (альвеолярлық) өсінді, ішкі жағынан-

алмұрт тесігінің жиектері, сыртқы жағынан-бетсүйек-тіс ұяшықтық (альвеолярлық) қыраты- *crista zygomaticoalveolaris* өтеді. алдыңғы қабырғасын құрайтын сүйектік табақша жұқа. Сол себептен, жоғарғы жақсүйегінде кездесетін ірінді қабыну аурулары, әдетте оның осы сүйектік қабырғасын тез бұзып, даму барысында айтарлықтай ауыр дәрежелі сүйектік құрамның өзгеруіне өз әсерін тигізбейді, сонымен қатар қиыншылықтарды тудырмайды.

Жоғарғы жақсүйектің жоғарғы қабырғасының-ішкі қыры маңдай өсіндісіне, оның сыртқы қыры-бетсүйегіне, ал оның төменгі қабырғасы-тіс ұяшықтық-альвеолярлық өсіндіге ауысады. Жоғарғы жақсүйектің артқы қабырғасы самайасты беті деп аталып, самайастын және қанат-таңдай шұңқырларын шектеп тұрады және жоғары қарай бетсүйек өсіндісіне, ал төменге қарай тіс ұяшықтық-альвеолярлық өсіндінің ішкі бетіне ауысады. Оған латералды қанат тәрізді бұлшықетінің талшықтары бекиді. Жоғарғы жақсүйектің дене-сі күрделі призмалық құрылым, түбі артқа, сәл сыртқа және самайастының бетіне- *facies infratemporalis*-ке қарайды. Аталған бет яғни самайастының беті- *facies infratemporalis* біршама дөңестеу, шығыңқы құрам болып жоғар-ғы жақсүйектің төмпешігін-*tuber maxillarae*-ны құрайды.

Төмпешіктің жоғарғы және ішкі тұсынан самайасты бетінің мұрын және көзұялық беттеріне ауысатын жерде таңдай ұшбұрышын-*trigonum palatinum*-ды көруге болады. Осы арада жоғарғы жақсүйек таңдай сүйектің көзұялық өсіндісі мен қосылады. Жоғарғы жақсүйектің төмпешігі жергілікті-өткізгіштік жансыздандыру үшін ең басты нысана болып саналады және инені төмпешіктің сыртқы беті бойы мен жылжыту әдістің дұрыс орындалуының басты талабы. Сондықтан осындай өткізгіштік жансыздандыру әдісін қолдану кезінде төмпешіктің маңындағы қан тамырлар өрімі кейде иненің ұшымен жарақаттанады, сонда жарақат орнынан лезде қан кетуінен, зақымданған жерде қан ұйып, жұмсақ тіндері ісініп ұлғаяды. Осындай кездейсоқ асқынулардың алдын алу үшін ине шаншылған жерді біршама уақыт жұдырықты бет-әлпеті сүйегінің төменгі беттінен төменге қарай аздаған қысым мен басып жоғары қарай біршама көтерген күйде басып тұру қажет.

Жоғарғы жақсүйектің бетсүйектік өсіндісіне- ***processus zygomaticus***, оның көлемі әр адамда әртүрлі болып негізінен беттің енін көрсетеді.

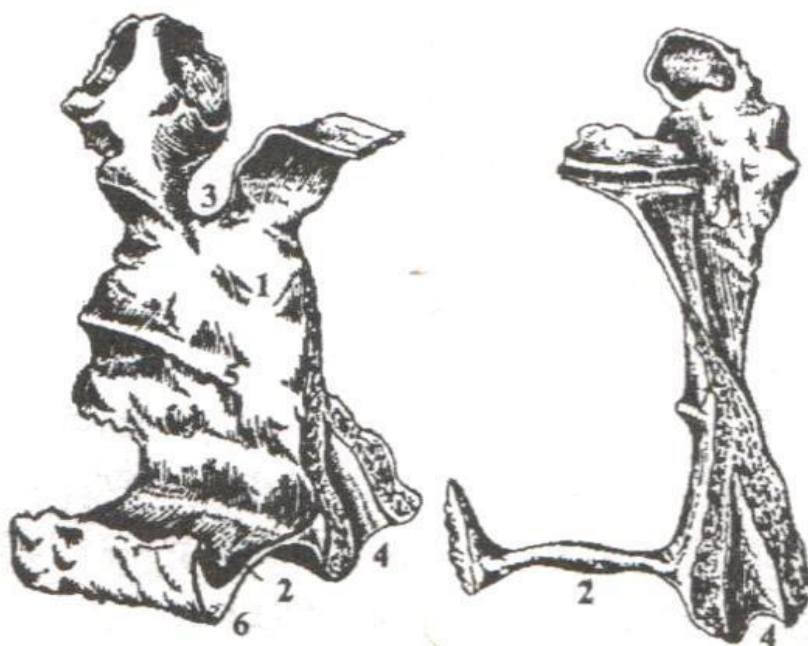
Жоғарғы жақсүйектің таңдай өсіндісіне - ***processus palatinus***, жазықтық бағыттағы, жоғарғы жақсүйектің мұрын жақ бетін қамтитын, екі жағы ойыстанған сүйектік табақша. Таңдай өсіндінің ауыз қуысына қарасты беті сәл ойыстау және біркелкі емес, бұдырлы болып, осы беттен ашылатын көптеген ұсақ тесіктерден қан тамырлар мен жүйке жүйесінің тармақтары өтеді. Оң және сол жағынан келіп қосылатын саңылаулар таңдай өсіндісінің алдыңғы бөлімінде күрек тістік тесігіне-*foramen incisiva*-ға ашылады.

Тіс ұяшықтық немесе альвеолярлық өсінді- ***processus alveolaris***, доға

пішінді, алдыңғы жағынан едәуір иіліп, жартылай эллипс құрайды. Сол және оң жағының тіс ұяшықтық немесе альвеолярлық өсіндісі- *processus alveolaris* өзара жоғарғы жақсүйек аралығының жігі - *sutura intermaxillaris* арқылы бірігіп, толық эллипсті альвеолярлық доға-*arcus alveolaris superiorer* -ді құрайды. Тіс ұяшықтық немесе альвеолярлық өсіндінің екі беті бар: сыртқы және ішкі. Ауыз қуысының кіреберісіне қарасты сыртқы беті- *facies vestibularis*-дөңестеу (тістер мен қызыл иек және ерін мен ұрт аралықтары), ал тілге қарасты ішкі беті - *facies lingualis*-ойыс.

Тіс ұяшықтық немесе альвеолярлық өсіндінің екі сүйектік табақшалары аралығында тіс ұяшықтары-*alveoli dentalis* орналасады. Оның ауыз қуысы кіреберісіне қарасты қабырғасын-*pars vestibularis*, ал тіл жағындағы қабырғасын-*pars lingualis* деп атайды. Тіс ұяшықтық немесе альвеолярлық өсіндінің тіс ұяшықтары аралығы сүйектік кемікті зат пен толған.

Таңдай сүйегі - **os palatinum** жұқа сүйек болып қатты таңдайдың артқы бөлімін және мұрын қуысының қабырғасын құрайды да, мұрын қуысының қабырғасын қанат-таңдай шұңқырынан бөліп тұрады.



Таңдай сүйегі (оң жақ)

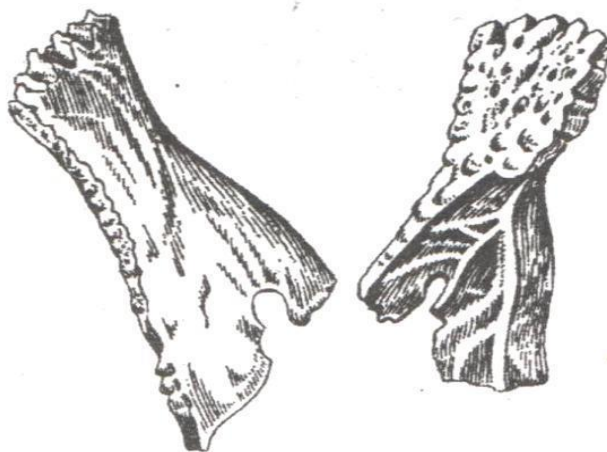
- 1 - перпендикулярлы табақша, *lamina perpendicularis*;
- 2 — жазықтық бағыттағы табақша, *lamina horizontalis*;
- 3 — *incisura sphenopalatina*; 4 - пирамидальды өсінді, *processus pyramidalis*; 5 - *crista conchalis*; 6 - артқы мұрын ұштығы, *spina nasalis posterior*

Сурет-7. Таңдай сүйегі (оң жақ)

Олар бір-бірімен тік бұрыш құрап өтетін екі табақшадан тұрады: перпендикулярлы-lamina perpendicularis және горизонталды-lamina horizontalis. Сүйектің ауыз қуысына қарасты бетінің артқы шетінен сүйектік қырат-crista palatina-ны көруге болады.

Бетсүйек-**os zygomaticus**- геометриялық төрт бұрышты, қисық пішінді, жұп сүйектік табақша болып саналады. Ол жоғарғы жақсүйек, маңдай, сына және самай сүйектерінің аралығында орналасып, шайнау қысымының күшін жан-жаққа таратып, теңестіріп теппе-теңдікті сақтап тұрады. Бұл сүйектің үш бетін атап көрсетуге болады: ең үлкені-ұрт жақ беті-facies molaris бұдырлы. Көзұясына қарасты беті- facies orbitalis тегіс және сәл ішке қарай кірінкі, ал самай ойығына қарасты беті- facies temporalis дөңестеу болып келеді. Бетсүйектің екі өсіндісі бар: Оның бірі маңдай өсіндісі-processus frontalis,s. frontj-sphtnoidalis-ең ірісі болып саналады. Яғни, маңдай өсіндісі бетсүйегін маңдай сүйегінің бетсүйектік өсіндісімен және сына сүйектің үлкен қанатымен біріктіреді. Бетсүйектің екіншісі-самай өсіндісі-processus temporalis артқа қарай самай сүйектің бет өсіндісіне қарай өтеді. Өсінді өте қысқа және шеттері өткір.

Мұрын сүйегі-**os nasale** -пішіні төрт бұрышты, жұп сүйек. Екі мұрын сүйегі беттің ортаңғы деңгейінде өзара бірігіп, мұрынның қыры мен қабырғаларын құрайды да жоғарғы жақсүйектің маңдай өсінділері аралығында орналасады. Сүйектің маңдай өсіндіге қараған бөлігі-қалың да қатты, үлкендеу, дөңестеу және бетінде кішігірім тесіктеді-foramen nasale-ні көру болады, ал оның мұрын тесігіне қараған бөлігі-жіңішке және жұқа.



Оң жақ мұрын сүйегі

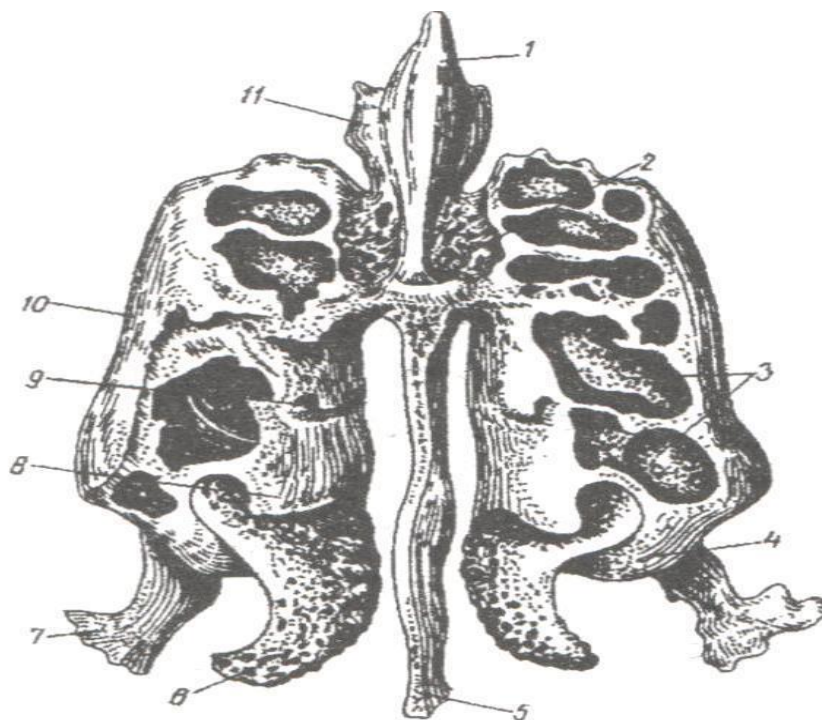
сол жағында - сыртқы көрінісі;

оң жағында - ішкі жағынан қарағандағы көрінісі

Сурет-8. Оң жақ мұрын сүйегі

Тор сүйегі-**os ethoidale** дара сүйек. Оның басым бөлігі бет сүйек қаңқасының құрамына кірсе де, негізінен ми сүйек сауытын құрайды. Ол бет сүйектерінің ортасында орналасып, кеңсірік пен көзұясының

құрамына кіреді және бассүйектің көптеген сүйектерін бір-бірі мен байланыстырып тұрады. Тор сүйектің перпендикулярлы- *Lamina perpendicularis* және горизонталді- *Lamina cribrosa* табақшалары өзара бір-бірімен қарап Y-әріпі тәрізінде орналасады.



Тор сүйегі (көрінісі артынан)

1 - әтеш айдаршығы, *crista galli*; 2 - торлы табақшасы, *lamina cribrosa*; 3,4 - тор ұяшықтары, *cellulae ethmoidalis*; 5 - перпендикулярлы табақша, *lamina perpendicularis*; 6 - ортаңғы мұрын қалқаншасы, *conchae nasi media*; 7 - ілмек тәрізді өсінді; 8 - жоғарғы мұрын қалқаны, *conchae nasalis superior*; 9 - тор лабиринті, *labyrinthi ethmoidalis*; 10 - көзұялық табақша, *lamina orbitalis*; 11 - әтеш айдаршығының қанаты, *minora crista galli*

Сурет-9. Тор сүйегі (көрінісі артынан)

Тор сүйектің төрт жақ беті бар:

1. Торлы табақша- *Lamina cribrosa* маңдай сүйектің ***incisula ethmoidalis***-ке бекиді. Табақшаның ұсақ тесіктерінен иіс сезу жүйкесінің тармақтары (орташа шамамен 30-ы) өтеді. Осы табақшаның ортасында әтеш айдаршығын-***crista galli***-ді көруге болады.

2. *Lamina perpendicularis*-кеңсірік бөлімі.

3. *Labyrinthi ethmoidalis*-көзұясының ішкі қабырғасын құрайды.

4. *Lamina orbitalis*- Көзұялық табақша.

Көзұялық табақша жоғарғы жиегі мен маңдай сүйектің көзұялық бөлімі мен, алдыңғы жағынан-көзжас сүйегімен, артқы жағынан-сына тәрізді

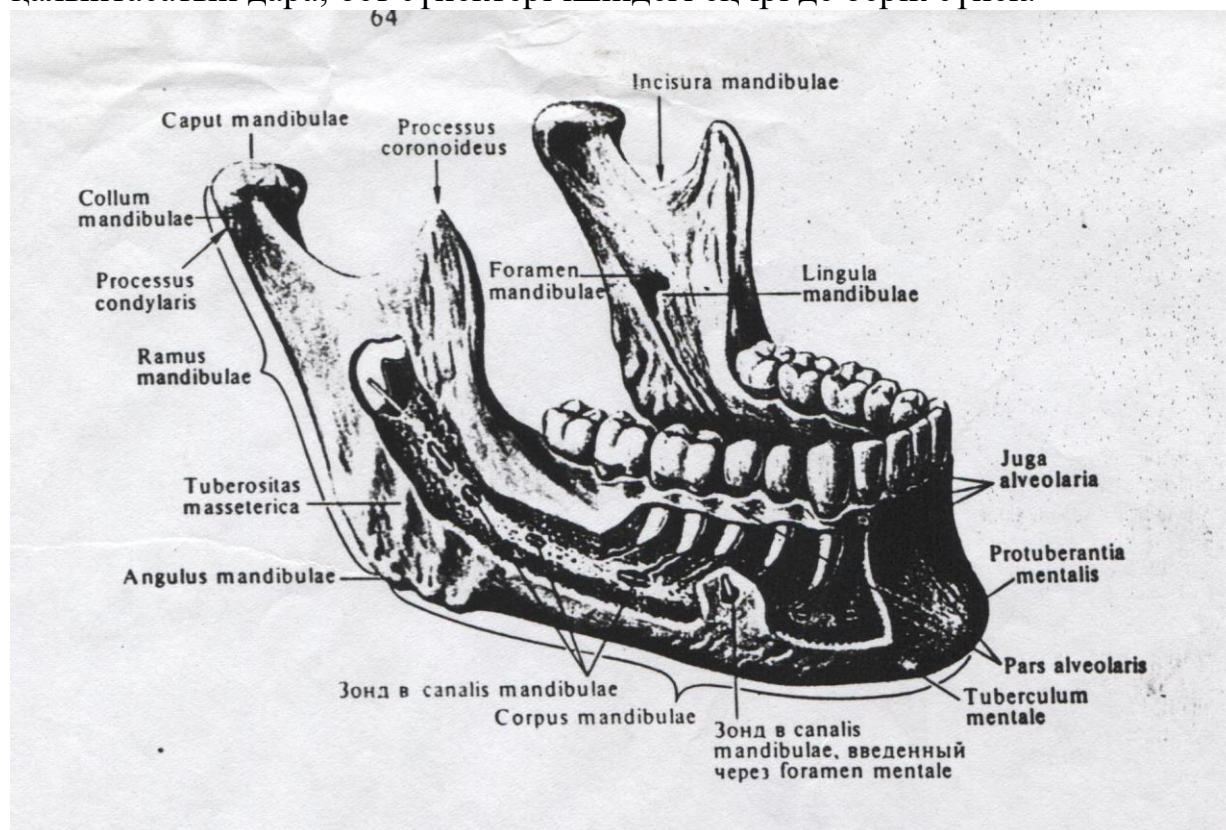
сүйекпен және маңдай сүйектің көзұялық өсіндісі мен, ал төменгі жағынан–жоғарғы жақсүйекпен бірігеді.

Көзжас сүйегі - **os lacrimale** - жұп, төрт бұрыш пішінді геометриялы құрылым, жұқа сүйектік табақша тәріздес. Көзұясының ішкі қабырғасының құрамына кіреді, жоғарғы жақсүйекке таяу, оның маңдай өсіндісінің артқы тұсында орналасады. Көзжас сүйектің жоғарғы шеті маңдай сүйекпен, артқы шеті-торлы сүйектің көзұялық табақшасы мен- lamina orbitalis s. paryugasea- ға қосылады.

Төменгі мұрын қалқаны-**concha nasalis inferior** алдыңғы шеті жоғарғы жақсүйектің мұрын жақ бетімен, артқы шетітаңдай сүйегімен бітіседі, ортаңғы бөлігі гаймор қойнауының кіреберісін шектеп тұрады.

3.2. Төменгі жақсүйек

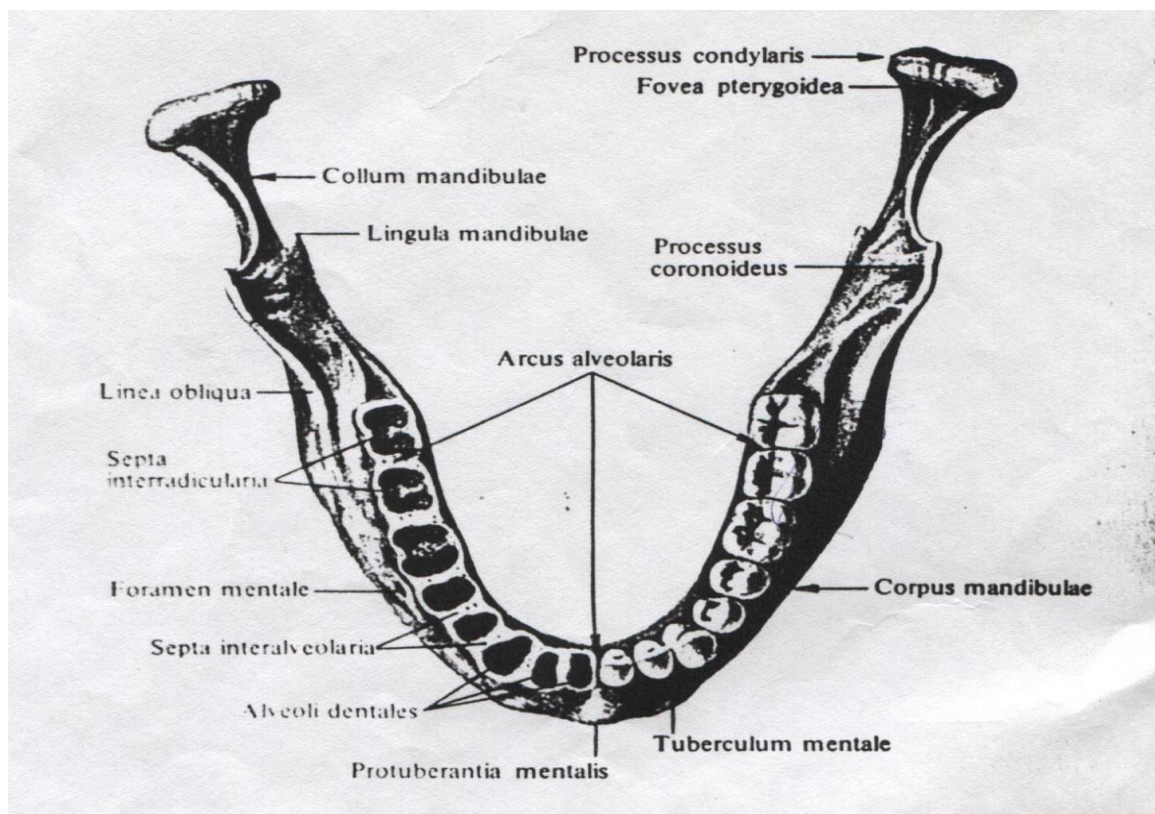
Төменгі жақсүйек-mandibula сәбидің 1-2 жас аралығында екі симметриялы сүйектің ортаңғы деңгейде қосылып бітісуінен қалыптасатын дара, бет сүйектері ішіндегі ең ірі де берік сүйек.



Сурет-10.

Төменгі жақсүйек доға тәріздес екі жаққа қарай иіліп өтетін денесінен- corpus mandibulae-дан және жоғарыға тік көтерілген екі бұтақтан- rami mandibulae тұрады. Денесінің астыңғы қыры қайырыла иілген түбінен-basis mandibula, жоғары қараған-альвеолярлық өсіндіден- processus alveolaris-тен құралған.

Төменгі жақсүйектің денесі мен бұтақтарының бір-бірімен қиылысатын жерін төменгі жақсүйегінің бұрышы- angulis mandibulae деп атайды.



Сурет-11.

Бұрышының өлшеміне қарай төменгі жақсүйегі кең немесе тар болып қалыптасады. Төменгі жақсүйектің бұтағы үстіңгі жағында жарты ай тәрізді ойықпен-(айшық) біріккен екі өсіндімен аяқталады. Алдыңғысы тәж тәрізді өсінді - processus coronoideus, ал артқысы буын өсінді-processus articularis,- деп аталады. Төменгі жақсүйектің иіліп қосылған жерінің және оның түбінің (денелерінің ортаңғы тұсынан қиылысқан жері) жоғары қараған бетінде екі үшбұрышты төмпешікті-protuberantia mentalis, ал олардың төменгі тұсында бұдырларды-tubercula mentalia-ны және сыртқы жағынан екі кіші азу тістері ұяшықтарының аралығынан иек тесігі-foramen mentalis-ті көруге болады. Иек тесігі-foramen mentalis дөңгелек пішінді, оған енгізілген сүңгі төмен және артқа, иек төмпешігіне қарай өтеді. Иек тесігінен сәл төмендеу тұста қиғаш сызық-Linea obliqua басталады. Сызық білік тәрізді артқа және жоғары қарай тарыла иіліп өтіп, жақсүйек бұтағының алдыңғы қырына барады. Төменгі жақсүйектің бұрышындағы сүйектік бұдырға меншікті шайнау бұлшықеті-m.masseter бекиді. Бұтақтың екіге ажырайтын ішкі беткейінде сүйектік көтеріңкі жерде-torus mandibulae-ны және torus mandibulae-ның сәл төменгі тұсында төменгі жақсүйектің үлкен тесігі-foramen mandibulae-ны анық көруге болады. Сүйектік төмпешіктің алдыңғы жиегі тәж тәрізді өсіндінің ішкі бетімен жоғары көтеріліп, самай қыраты-crista temporalis-ке ауысады және ол самай бұлшықетінің терең талшықтары бекітін жер болып саналады. Тесік төменгі жақсүйек өзегіне-canalisis mandibulae-мен жалғасып, оның кіреберісін төменнен жоғары және артқа қарай қараған сүйектің тілшігі-linguala mandibulae жабады. Төменгі жақсүйек өзегі- canalis mandibulaeris,

тіс ұяшықтарымен қатынас құрып, иек тесігі-foramen mentale арқылы сыртқа ашылады. Оның сыртқы беті ұрттық қыратына-crista buccinatriae-ға жалғасады да оған ұрт бұлшықеттің талшықтары бекиді. Самай қыратының медиалды және латералды (ішкі және сыртқы) аяқшалары аралығында үшінші үлкен азу тістің артында үшбұрышы-trigonum retromolare жайласады.

Төменгі жақсүйек бұтағының тәж тәрізді өсіндісі үшбұрышты пішін тәріздес, оның алдыңғы қыры өткір, дөңестеу, артқы жағы сәл ойыстау. Сыртқы беті тегіс, ішкі бетінен самай қыраты өтеді.

Төменгі жақсүйек бұтағының буын өсіндісі де үшбұрышты пішін тәріздес, алдыңғы қыры дөңестеу және жіңішке, артқы қыры-тік, алдыңғысынан жалпақтау. Өсіндінің үстіңгі жағы буын басына жалғасады.

Төменгі жақсүйектің ұяшық (альвеолярлық) өсіндісі- processus alveolaris параболаалы доға тәрізді, өсіндінің жоғарғы қырынан 16 тіс ұяшығын-alveoli dentales-ті көруге болады, ал төменгі қыры жоғарғы қырына қарағанда сәл жалпақ.

Жоғарғы жақсүйегімен салыстырғанда, төменгі жақсүйектің алдыңғы тіс ұяшықтарының сыртқы және ішкі сүйек қабырғалары өте жұқа, бүйір жақтарынан қысыңқы болып келеді.

Төменгі жақсүйек күрделі қызмет атқаратын, анатомиялық құрылысы ерекше, қозғалмалы сүйек болғандықтан, оның ұйысқан (компактілі) және кемікті заттарының қалыңдығы әр жерлерінде әркелкі.

Төменгі жақсүйек артериялық қанмен төменгі ұяшық артериясы арқылы қамтамасыз етіледі. Сондықтан төменгі жақсүйек өзегінен өтетін төменгі ұяшық артериясы төменгі жақсүйектің ұяшықты (альвеолярлы) өсіндісі мен тістерді қанмен қамтамасыз ететін негізгі және бірегей сүйекішілік (интраоссалды) қан тамыры болып табылады. Сонымен қатар төменгі жақсүйегін басқада көптеген артериялық қан тамырларынан қоректенуі, оның эмбриогенездік бітімі мен құрылымына байланысты.

Төменгі жақсүйекті қанмен сүйектің сыртынан қамтамасыз ететін (экстраоссалді) қан тамырлары қатарына мына артериялар: меншікті шайнау бұлшықетіне баратын артерия төменгі жақсүйектің тәж тәрізді өсіндісін қамтамасыз етеді, төменгі жақсүйек астыңғы бөлімін қанмен қоректендіретін бет артериясының бұтағы, төменгі жақсүйектің буын өсіндісі мен буын басын қанмен қоректендіретін жақсүйек және қанат тәрізді артериядан бөлінетін бұтақ, иектің ішкі бетін қанмен қоректендіретін тіл артерияның бұтағы, төменгі жақсүйектің бұтағын жәнебұрышын қанмен қоректендіретін беттің көлденең бұтағы, құлақтың тереңдегі артериясының бұтағы жатады.

Төменгі жақсүйектің бірнеше қан тамырларынан қоректенуі оған ұтымды жағдай тудырады; біріншіден, сүйек миының қабыну кезеңдерінде (остеомиелиттік кезеңдерде-секвестрленген кезде) сүйектің белгілі бір бөлімі ғана өлеттенеді; екіншіден, төменгі жақсүйектің қайта қалпына

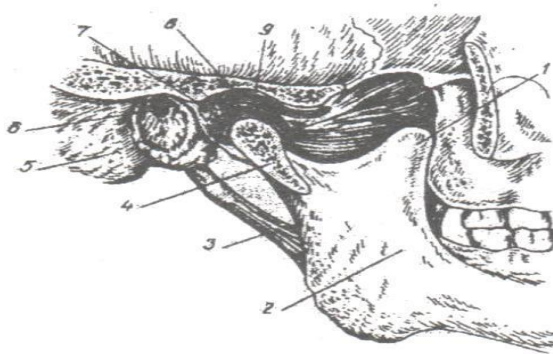
келуіне қолайлы жағдай жасайды. Төменгі жақсүйектің қызыл иегі төменгі ерін және тіласты артерияларынан қоректенеді.

Төменгі жақсүйектің ішкі құрылысының күрделі және ерекше қалыптасуына, оның атқаратын қызметі және маңындағы анатомиялық құрылымдар үлкен ықпалын тигізеді. Сыртқы және ішкі кортикалды сүйек табақшаларының - *substantia corticalis* аралығы кемікті заттан-*substantia spongiosa*-дан тұрады. Төменгі жақсүйектің құрылысының күрделілігіне байланысты, оның биомеханикалық қасиеттері де ерекше. Олай болуының бірден-бір себебі, оның анатомиялық пішініне, атқаратын қызметтерінің ерекшеліктеріне (сөйлеу, тағам ұсақтау, жұту, тыныс алу, мимикалық және т.б.)-ға байланысты.

Төменгі жақсүйек бет сүйек қаңқасы ішіндегі жалғыз қозғалмалы сүйек. Сондықтан ол тыс жақтан келіп түсетін салмақты және соққыларды түтікше сүйектердей ұзына бойымен емес, қырынан қабылдауы биомеханикалық тұрғыдан оған көптеген қолайсыз жағдай жаратады. Төменгі жақсүйекке түсетін күштің қабылдануы және оның жан-жаққа таралуы (механизмі) бірінші реттілік шиыршық (рычаг) заңына сәйкес жүзеге асады.

3.3. Самай-төменгі жақ буыны

Самай-төменгі жақ буыны-СТЖБ – төменгі жақсүйектің буын басы мен самай шұңқырының буын беттерінен құралған жұп анатомиялық құрылым болып табылады. **СТЖБ** – төменгі жақсүйектің буын өсіндісінің басынан, самай сүйектің буын шұңқырынан, буын төмпешігінен, екі жағы ойық талшықты шеміршектік табақшадан (мениск немесе диск), буын қапшығы мен буын байламдарынан тұрады.



Самай-төменгі жақсүйек буыны (оң жағы)

1 - тәж тәрізді өсінді, *processus condylaris*; 2 - төменгі жақсүйектің бұтағы, *ramus mandibulae*; 3 - біз-төменгі жақсүйек байламы, *lig. stylomandibulare*; 4 - буын өсіндісі, *processus condylaris*; 5 - самай сүйектің еміздік өсіндісі, *processus zygomaticus*; 6 - сыртқы есту өтісі, *meatus acusticus externa*; 7 - буын қапшығы, *capsula articularis*; 8 - төменгі жақсүйектік шұңқыр, *fossa mandibularis*; 9 - буын шеміршегі, *discus articularis s. meniscus articularis*

Сурет-12. Самай-төменгі жақсүйек буыны (оң жағы)

Төменгі жақсүйектің буын өсіндісі және самай-төменгі жақсүйек буынының басқада анатомиялық құрылымдары құлақ маңы сілекей безіне өте жақын жатады. Сол себептен, буын басын буын шұңқырынан шығару (оталар) кезінде сілекей безі және қатарлас жататын, өтетін артериялар мен жүйке тармақтары зақымданбауы-жарақаттанбауы тиіс. Буын басының артында (оның мойны тұсында) сыртқы ұйқы артериясы өзінің соңғы екі бұтағына тарайды. Бірі-жақсүйек артериясы, буын басы мойнының ішкі жағынан, ал екіншісі-беткей самай артериясы буын өсіндісінің сыртқы жағынан өтіп, құлақ маңы сілекей безіне терең бойлайды. Буын басы мойнының ішкі жағынан құлақ-самай жүйкесі өтеді, ал оның артқы және төменгі бөліміне таяу жерде біз-еміздік өсінді тесігінен бет жүйкесі шығады.

3.4. Тіласты сүйегі

Тіласты сүйегі – құмау - os hyoideum, мойын аймағында, тіл түбірі астында орналасады. Оның денесі мен екі мүйізі бар: кіші және үлкен.

Тұжырым: жоғарғы және төменгі жақсүйектің биомеханикасына сәйкес оның ішкі кіші құрамдық құрылысы да және жеке бөлімдерінде туындайтын әркелкі сүйекішілік ширығу күштері де остеотомия (сүйек кесу), остеосинтез (сүйек сынықтарын бекіту) сияқты көптеген оталарда ескеріліп отырады және олар отаның нәтижелі өтуіне жағдай туғызады да, сонымен қатар сүйектердің тез қалпына келуіне өзінің оңды септігін тигізеді.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. бет және бассүйектері жұмсақ тіндерге қандай қызметін атқарады?
 - А) бет және бассүйектері жұмсақ тіндерге тіректік және қорғаныс қызметін атқарады.
 - Б) бет және бассүйектері жұмсақ тіндерге қоректену қызметін атқарады.
 - В) бет және бассүйектері жұмсақ тіндерге жарақаттау қызметін атқарады.
 - Г) бет және бассүйектері жұмсақ тіндерге ішке ыдырау қызметін атқарады.
 - Д)) бет және бассүйектері жұмсақ тіндерге сыртқа шығару қызметін атқарады.
2. Бас сүйегі қанқасы болып бөлімдерге бөлінеді.
 - А) Бас сүйегі қанқасы бас ми және бет жақ болып бөлімдерге бөлінеді.
 - Б) Бас сүйегі қанқасы қол сүйегі және бет жақ болып бөлімдерге бөлінеді.
 - В) Бас сүйегі қанқасы бас ми және бұғана болып бөлімдерге бөлінеді.
 - Г) Бас сүйегі қанқасы бас ми және жамбас болып бөлімдерге бөлінеді.
 - Д) Бас сүйегі қанқасы бас ми және қабырға болып бөлімдерге бөлінеді.
3. Бассүйегін құрайтын сүйектер мыналар:
 - А) даралары-қарақұс, сына тәрізді, маңдай және тор сүйектері, жұптары-жоғарғы жақсүйек, төменгі мұрын қалқаны, бет, мұрын, көзжас сүйектері мен төменгі жақ және тіласты сүйегі.

Б) даралары-бұғана, сына тәрізді, маңдай және тор сүйектері, жұптары-жоғарғы жақсүйек, төменгі мұрын қалқаны, бет, қол сүйектері, көзжас сүйектері мен төменгі жақ және тіласты сүйегі.

В) даралары-шынтақ, сына тәрізді, маңдай және тор сүйектері, жұптары-жоғарғы жақсүйек, тобық, бет, мұрын, көзжас сүйектері мен төменгі жақ және тіласты сүйегі.

Г) даралары-бас бармақ, сына тәрізді, маңдай және тор сүйектері, жұптары-жоғарғы жақсүйек, төменгі мұрын қалқаны, бет, мұрын, балан үйрек мен төменгі жақ және тіласты сүйегі.

Д) даралары-қарақұс, сына тәрізді, кәрі жілік және тор сүйектері, жұптары-жоғарғы жақсүйек, тоқпан жілік, бет, мұрын, көзжас сүйектері мен төменгі жақ және тіласты сүйегі.

4. Жоғарғы жақсүйегінің құрамына мынандай сүйектер кіреді:

А) денесі және оның төрт өсінділері бар.

Б) байламы және оның бес өсінділері бар

В) өсінділері мен шұңқырлары бар

Г) шұңқырлары мен бұрыштары бар

Д) байламдар мен шұңқырлары бар

5. Жоғарғы жақсүйегінің маңдай өсіндісінің ішкі бетінен қандай қыраттар өтеді?

А) тор сүйектік, мұрынның төменгі қалқан қыраттары

Б) көз сүйектік, мұрынның төменгі қалқан қыраттары

В) мұрынның төменгі қалқан қыраттары, көз сүйегінің төменгі қыраты

Г) көз сүйегінің төменгі қыраты, тор сүйектік

Д) тор сүйектік, мұрынның төменгі қалқан қыраттары

6. Жоғарғы жақсүйектің қабырғаларын атаңдар:

А) алдыңғы, артқы, жоғарғы және ішкі.

Б) ортаңғы, алдыңғы, артқы, жоғарғы

В) артқы, жоғарғы, алдыңғы, артқы

Г) сыртқы, ортаңғы, алдыңғы, артқы

Д) алдыңғы, артқы, сыртқы, ортаңғы

7. Тіс ұяшықтық немесе альвеолярлық өсіндінің беттерін атаңдар:

А) сыртқы, ішкі.

Б) алдыңғы, артқы

В) сыртқы, ортаңғы

Г) артқы, жоғарғы

Д) ішкі, алдыңғы

8. Бетсүйек-**os zigomaticus**- геометриялық төрт бұрышты, қисық пішінді, жұп сүйектік табақша болып саналады. Оның атқаратын қызметін атаңыз.

А) теппе-теңдікті сақтап тұрады.

Б) ешқандай қызмет атқармайды

В) коректендіру қызметін атқарады

Г) тыныс алу қызметін атқарады

Д) жұту қызметін атқарады

9. Бетсүйектің неше беті бар? және оны атап көрсетіңіз:

- А) ұрт жақ беті, көзұясына қарасты беті, самай ойығына қарасты беті
- Б) көзұясына қарасты беті, самай ойығына қарасты беті, таңдай беті
- В) ұрт жақ беті, көзұясына қарасты беті, тіл беті
- Г) ұрт жақ беті, самай ойығына қарасты беті, жақасты беті
- Д) самай ойығына қарасты беті, жақасты беті, тіл беті

10. Тор сүйектің беттерін атаңыздар:

- А) торлы табақша, кеңсірік бөлімі, көзұясының ішкі қабырғасын құрайды, көзұялық табақша.
- Б) кеңсірік бөлімі, көзұясының ішкі қабырғасын құрайды, көзұялық табақша, маңдай бөлімі.
- В) торлы табақша, кеңсірік бөлімі, иек бөлімі, көзұялық табақша.
- Г) торлы табақша, кеңсірік бөлімі, құлақ маңы бөлімі, көзұялық табақша.
- Д) торлы табақша, тіл бөлімі, көзұясының ішкі қабырғасын құрайды, көзұялық табақша.

11. Төменгі жақсүйек доға тәріздес екі жаққа қарай иіліп өтетін тұрады.

- А) денесінен, жоғарыға тік көтерілген екі бұтақтан
- Б) бұтақтан, буынның денесінен
- В) денесінен, буынның басынан
- Г) буынның басынан, бұтақтан
- Д) буынның басынан, буынның денесінен

12. Төменгі жақсүйектің денесі мен бұтақтарының бір-бірімен қиылысатын жерін..... деп атайды.

- А) төменгі жақсүйегінің бұрышы
- Б) төменгі жақсүйегінің жазығы
- В) төменгі жақсүйегінің негізі
- Г) төменгі жақсүйегінің түбі
- Д) төменгі жақсүйегінің ойығы

13. Төменгі жақсүйектің бұтағы үстіңгі жағында жарты ай тәрізді ойықпен-(айшық)..... аяқталады.

- А) біріккен екі өсіндімен
- Б) иілген өсіндімен
- В) жазық жердегі өсіндімен
- Г) тоғысқан өсіндімен
- Д) қиылысқан өсіндімен

14. Төменгі жақсүйектің бұрышындағы сүйектік бұдырға..... бекиді.

- А) меншікті шайнау бұлшықеті
- Б) ымдау бұлшықеті
- В) самай
- Г) көкірек бұлшықеті
- Д) сан бұлшықеті

15. Torus mandibula-ны..... көруге болады

- А) бұтақтың екіге ажырайтын ішкі беткейінде сүйектік көтеріңкі жерінде

- Б) бұтақтың екіге ажырайтын сыртқы беткейінде сүйектік жерінде
В) бұтақтың біріккен сыртқы беткейінде сүйектік көтеріңкі жерінде
Г) бұтақтың қосылмайтын сыртқы беткейінің сүйектік көтеріңкі жерінде
Д) бұтақтың қосылатын ішкі беткейінің сүйектік көтеріңкі жерінде
16. Самай бұлшықетінің терең талшықтары бекитін жері ... болып саналады.
А) самай қыраты
Б) мұрын сүйегінің жоғары қыраты
В) төменгі жақсүйегінің алдыңғы қыраты
Г) маңдай қыраты
Д) тіласты қыраты
17. Төменгі жақсүйек өзегі тіс ұяшықтарымен қатынас құрып арқылы сыртқа ашылады.
А) иек тесігі
Б) сопақша тесігі
В) дөңгелек тесігі
Г) қосалқы тесігі
Д) құлақ тесігі
18. Ұрттық қыратына бұлшықеттің талшықтары бекиді.
А) ұрт бұлшықеттің
Б) ерін бұлшықеттің
В) тіл бұлшықеттің
Г) тіласты бұлшықеттің
Д) екі қарыншалы бұлшықеттің
19. Төменгі жақсүйек бұтағының тәж тәрізді өсіндісінің ішкі бетінен өтеді.
А) самай қыраты
Б) төменгі жақсүйегінің алдыңғы қыраты
В) тіласты қыраты
Г) маңдай қыраты
Д) мұрын сүйегінің жоғары қыраты
20. Төменгі жақсүйекке түсетін күштің қабылдануы және оның жан-жаққа таралуы (механизмі) заңына сәйкес жүзеге асады.
А) бірінші реттілік шиыршық (рычаг)
Б) екінші ретсіздік шиыршық (рычаг)
В) бірінші ретсіздік шиыршық (рычаг)
Г) екінші реттілік шиыршық (рычаг)
Д) ешқандай заңға бағынбайды
21. Сүйек кесу-отасы дегеніміз не?
А) остеотомия
Б) тракция
В) экстерпация
Г) ампутация
Д) ротация

22. Сүйек сынықтарын бекіту- отасы дегеніміз не?

- А) остеосинтез
- Б) биосинтез
- В) краниосинтез
- Г) синостоз
- Д) экзостоз

23. Буын басының артында (оның мойны тұсында) сыртқы ұйқы артериясы өзінің соңғы бұтағына тарайды.

- А) жақсүйек артериясы, беткей самай артериясы
- Б) жақсүйек артериясы, мойын артериясы,
- В) беткей самай артериясы, мойын артериясы
- Г) жақсүйек артериясы, көкірек артериясы
- Д) беткей самай артериясы, көкірек артериясы

24. Тіласты сүйегі – құмау - os hyoideum құрылымын атап көрсетіңіз.

- А) денесі, екі мүйізі бар
- Б) денесі, мойны бар
- В) екі мүйізі, басы бар
- Г) денесі, басы бар
- Д) екі мүйізі, мойны бар

25. Гаймор қуысының бет-әлпеті құрылысы мен салыстырғанда қабырғаға бөлінеді:

- А) жоғарғы, төменгі, алдыңғы, бүйір, артқы және ішкі (медиалды).
- Б) артқы және ішкі (медиалды) төменгі, алдыңғы, бүйір
- В) төменгі, алдыңғы, бүйір, жоғарғы, ішкі (медиалды)
- Г) артқы және ішкі (медиалды) төменгі, алдыңғы, бүйір
- Д) төменгі, алдыңғы, бүйір, жоғарғы, ішкі (медиалды)

IV ТАРАУ

БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНА ЖАСАЛАТЫН ОТАЛАРДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Бет-жақ аймағына жасалатын оталар науқастардың орналасуына байланысты болып, көпшілік жағдайларда, оларды стоматологиялық немесе оталар жасайтын орындықта жатқызып, оталар жасалады. Тек тіс жұлу отасында, ғана науқас орындыққа отырған немесе жатқан күйінде және де кездейсоқ клиникалық жағдайлардан тыс кездерде тіс жұлынады. Ота өткізуден бұрын науқас тыңғылықты мұқият медициналық тексеруден өтуі шарт. Ескеретін жағдайлар: патологиялық жағдайларға байланысты, отаның күрделілігі, науқастың жасы және жалпы жағдайы, сонымен қатар науқас бұрын ауырған болса, аурудың түрі мен дәрежесі, осылардың барлығын оташы-дәрігер білуі керек. Барлық жағдайда тек қана жеделден басқа кездерде науқастың ауыз қуысын тазартуды қажет етеді. Ота емханада немесе ауруханада жасалатын болсын, ол жергілік немесе жалпы жансыздандыруды қолдану арқылы жүргізіледі. Ота жасау кезінде барлық жауапкершілікті сезінуді, сонымен қатар бет-жақ аймағының анатомиялық және физиологиялық құрылымының күрделі және оған қойылатын талаптардың жоғары, отаның нәтижелі болуы осылардың айғағы екендігін естен шығармау керек. Отаның мақсаты-патологиялық ошақты алып тастау, зақымданған дене мүшелерінің функционалдық және эстетикалық қызметін қалпына-орнын келтіру болып саналады. Атақты нейрохирург Н.Н.Бурденко ота жасаудың негізгі ережелері, - деп мыналарды санайды:

1. Нақты жолы, патологиялық ошаққа тіндерді ашу арқылы өмірлік маңызды мүшелерді жарақаттамай алып тастау.

2. Физиологиялық еріктілік, маңызды хирургиялық өңдеуден кейін органдарды және органдардың қызметін барынша сақтап қалу.

3. Отаның мүмкіншілігі, ота жасау кезінде механикалық және тағы басқада қосымша жаңалықтарды енгізу болып табылады.

Академик Ю.М.Лопухин (2001) ота жасауды 3 кезеңге бөледі:

1. Ота мүмкіншілігі, мейлінше жеңіл жарақат нәтижелі әдістеме және мейлінше жақсы жағдай жарату болып саналады, оны жақсы қолжетімділік пен мейлінше жарақат әдістемесін қолдану деп атайды.

2. Ота жасауда барынша нәтижелі әдістемені қолдану.

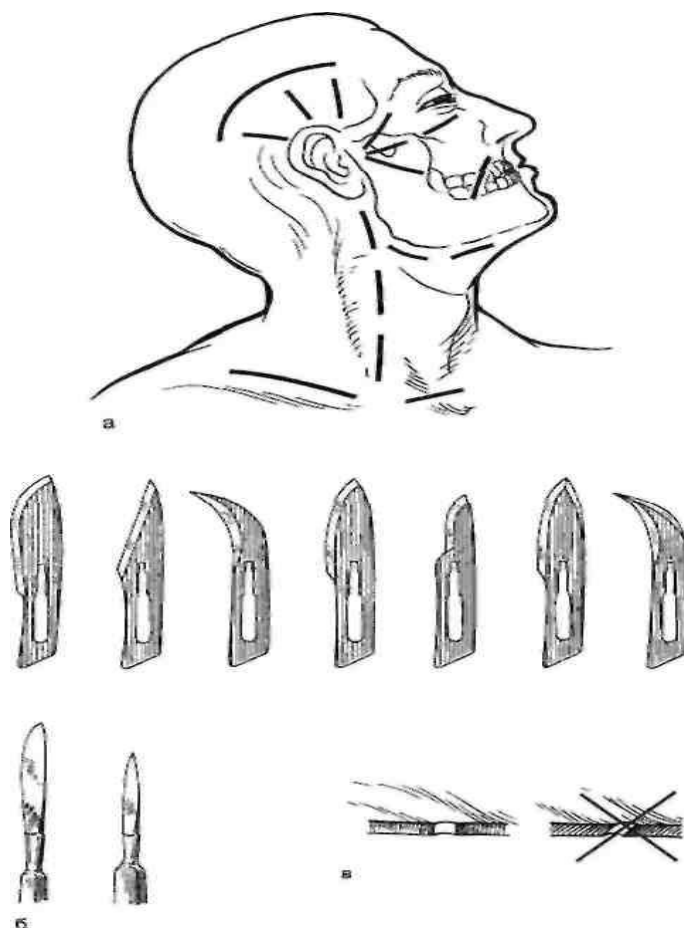
3. Ота бітісімен тіндермен орган мүшелерінің бүтіндігінің бірден қалпы келуі.

Ота жасау кезінде көптеген қимыл іс-әрекеттер жасалады. Олар: тілу (incisio)-көлбеу, бойымен, көлденең, қисық, бұрышты, аралас; жару, қақ айыру (tomia)- тіндерді немесе орган мүшелерін; тесік жасау-тесік (stomia); қима (sectio); тесіп, шаншу (punctio); алып тастау (ectomia); кесіп тастау (resectio); қырку-қырқып алу (amputatio);

бөліктерге бөлу (exarticulatio); тігіс салу (rhapia). Ю.М.Лопухин ота жасалу кезінде қан ағуына байланысты-қанда және қансыз деп бөледі. Бет-жақ аймақта жасалатын оталардың көбі-қансыз болып саналады.

Оталар жасалу мақсатына және өткізілу жағдайына байланысты бөлінеді; **Түбегейлі** – патологиялық ошақтың барлығы алынып тасталады. **Уақытша жеңілдік беретін шара** – патологиялық белгілерді жоғалту немесе патологиялық ошақты жартылай алып тастау. Сонымен қатар оталар бірімзеттік, екімзеттік және көпмзеттік болып бөлінеді. Оталардың жасалу мерзіміне байланысты-жедел, қауырт және жоспарлы деп бөлінеді. **Жедел ота** – трахеотомия, қан тоқтату, ауыз қуысынан немесе жұтқыншақтан бөгде денелерді, заттарды алу. **Қауырт ота**-нақтама қойылған мезетте жасалады. Бұл жағдайда- іріңдік ошақтарына және оның асқынуларына (абсцесс, флегмона, лимфаденит, периостит, остеомиелит және т.б.) тілік салынады. **Жоспарлы ота** – науқасты толық клиникалық және зертханалық зерттеулерден, ота жасауға дайындық шараларынан кейін жасалады. Оталар өзінің мақсатына сай **емдік** (патологиялық ошақтарды алып тастау, органдардың қызметін және сыртқы көрінісін қалпына келтіру) және **нақтама қою үшін** (тесіп, шаншу және патологиялық өзгерістерге ұшыраған тіндер кесіп алынады). Бет-жақ аймағына жасалатын әрбір ота өзінің ерекшеліктеріне сай арнайы құрал-саймандары болады. Олар мыналар: 1. кесуші-ұндауыр, қайшы; 2.бұрғылаушы-аралаушы – сүйекті кесетін ара, борлар, фрездер мен дрейлер; 3. қырушы-қырушы қасықтар, қашау, дөңес егеу; 4. шанышпалы-шаншатын және тігетін инелер, троакарлар; 5.өзінен алыстатын-жара орнын кеңейтетін, айналар, қалақша, ілмектер, элеваторлар, күрекшелер, диссекторлар; 6. қысқыштар-қан тоқтатын (Кохер, Пеан, Бильрот), тіндермен орган мүшелеріне арналған ұстайтын қысқыштар, ине ні ұстуға арналған қысқыштар, киімдерге арналған қысқыштар, қанды тоқтатуға арналған қысқыштар, тігіс салуға арналған қысқыштар, жақ сүйектеріне арналған тістеуік, шымшуыр, іскек - (анатомиялық, хирургиялық, стоматологиялық, кіші мөлшердегі-көздік анатомиялық, хирургиялық); 7.сүңгі мен қақтап-кептіру құралдары-сілекей бездеріне арналған сүңгі құралдары, қан тамырларға жіптерді енгізуге арналған Кохер сүңгі құралы; 8. тістерді жұлуға арналған стоматологиялық құрал-саймандар-қысқыштар мен элеваторлар; 9. бет-жақ аймағына арналған механикаландырылған құрал-саймандар-дерматомдар әртүрлі пішіндегі, сүйекке ота жасау үшін қолданылатын құрал-саймандар-сүйек қысқыштары, клеммалар; (Рудько, Збаржа, Пенн-Брауна, Бернадский, Любарский, Уваров, Панчохи аспаптары, Ермолаев, Кулагин, Маслов Осипов – тіс өзегіне енгізетін таяқша аспаптары, Жадовский, Карапетян-сүйек тіндеріне тігіс салатын аспаптар, Коганович, Соловьев, Магарилла, Бадзошвили, Чудаков-езілу-сығу аспаптары, Скагер, Швырков, Шамсутдинов, Рогинский, Мелкий, Куцевляк-езілу-сығу және қарама-қарсы тарту арқылы созу аспаптары.

Бет-жақ аймағына ота жасау кезінде әр түрлі заттар қолданылады: дәке тазалағыш майлықтар, мақта тығындар, әртүрлі пішінді жолақтар, йодоформды сұйықтыққа малынған дәкелер, тігіс салуға қолданылатын жіптер.



**Сурет -13. Бет-жақ аймағына жасалатын тіліктердің ережесі
а)-беттегі тіліктер сызығы. б)- қандауырдың түрлері.
в)- тіндерге дұрыс және дұрыс емес жасалған тіліктер**

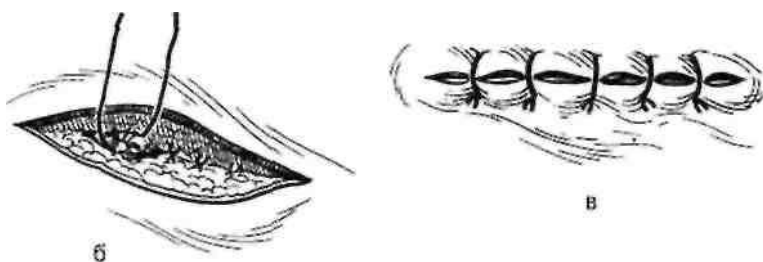
Тігіс жіптерінің-заттарының 2 түрі бар. Сорылатын және сорылмайтын. Ота жасау 3 кезеңнен тұрады. Өткір және өтпейтін жолдармен тіндерді қабат-қабатымен ашу, патологиялық ошаққа хирургиялық әдістер қолдану және тіндер мен органдардың анатомиялық, қызметтік жағдайларын қалпына келтіру. Ескерте кететін жағдай: бет-жақ аймағында көптеген қан тамырлар мен жүйке жүйесі шоғырланған-жайласқан аймақ. Сондықтан тілік жасағанда бет жүйкесінің және үлкен-үлкен қан тамырлардың жайласқан орындарын білу қажет.

Бет-жақ аймағы және ауыз қуысында тігіс салу кезінде, тігіс салу ережелеріне қатаң түрде бағынған жөн.

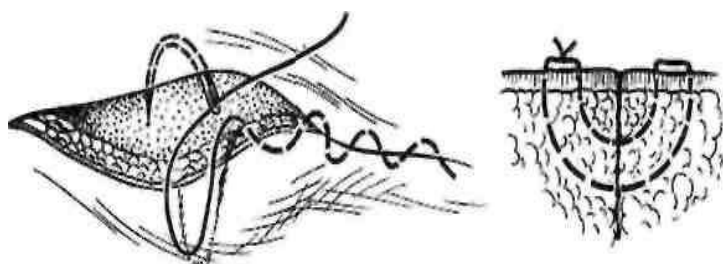
Тігіс салудың түрлері:



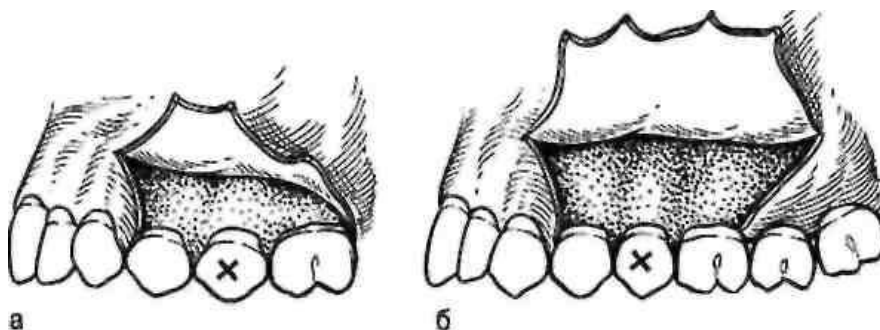
Сурет-14. Тігу кезінде иненің жобасы



Сурет-15. б-батырып тігу, в-түйін тәрізді тігіс



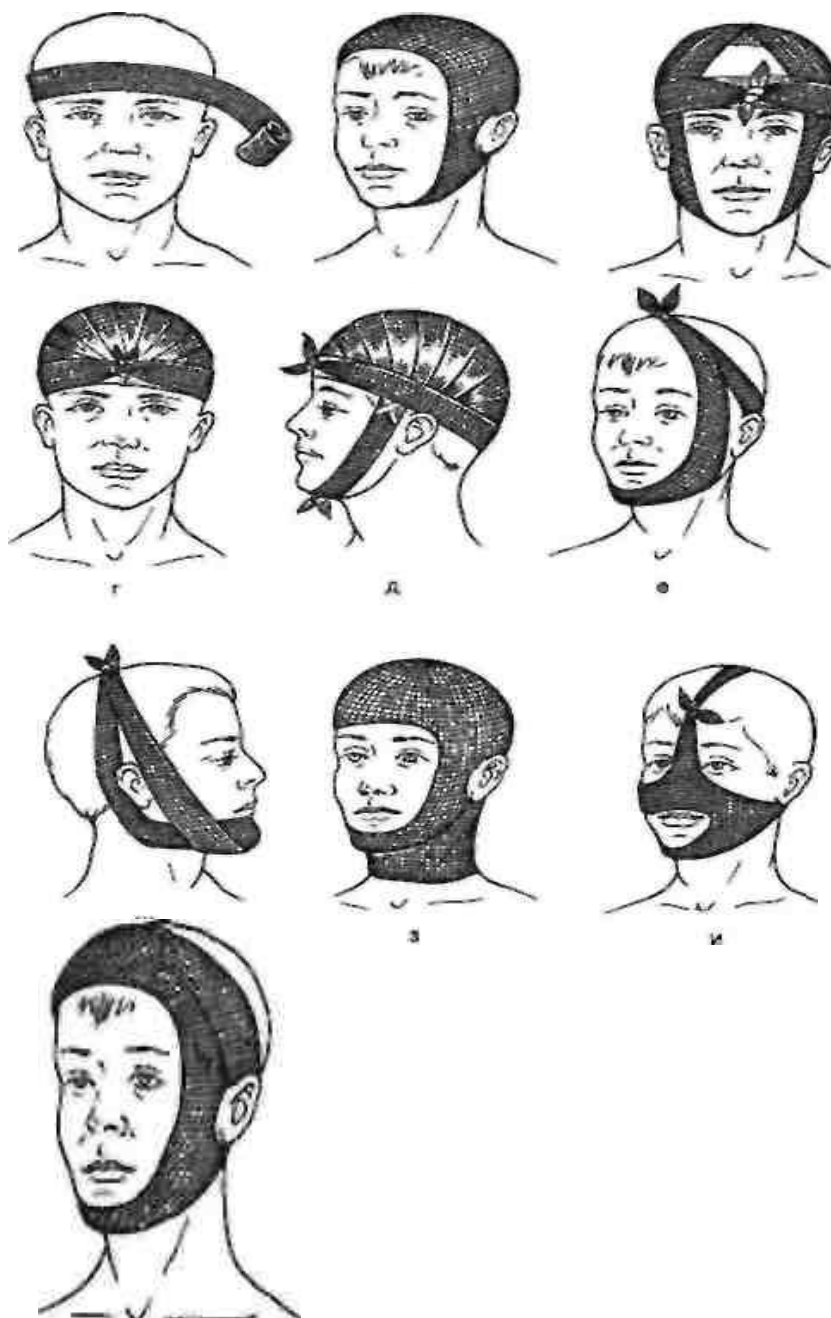
Сурет-16. г-үзіліссіз тігіс, д-терең (матрас) тігіс



Сурет-17. Ауыз қуысының шырышты қабатына тігіс салу түрлері:

Шырышты-сүйек үсті қиындысын қалыптастыру-а-бұрышты, б-трапеция түрі.

Бет-жақ аймағын таңу түрлері:



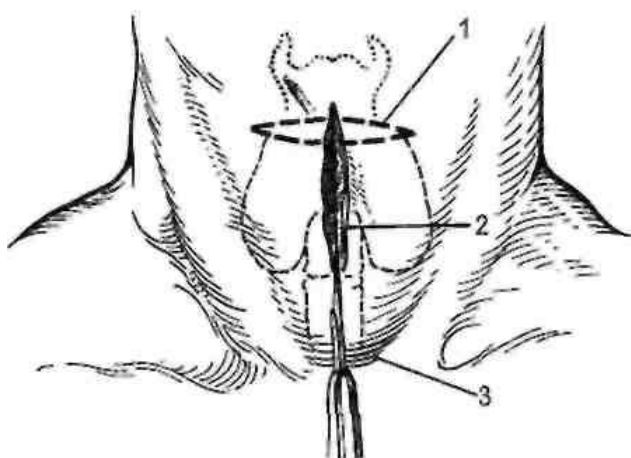
Суреттер-18. Байламдардың түрлері

а — қоршамалы-циркулярная; б — айналдыра-круговая;
в — айқыш-ұйқыш-крестообразная; г — Гиппократ телпегі-«шапка Гипократа»;
д — телпек тәрізді- «чепец»; е, ж — сақпанша-пращевидная;
з—м — толық, жаппай, қызметтік-тотальные, функциональные

Жедел ота есептелінетін трахеотомияны дәрігер-стоматолог жасай білуі қажет. Трахеотомия жедел және жоспарлы болып бөлінеді.



Сурет- 19. Трахеотомия отасын жасауда науқастың орналасуы.
Иығының астына білікше қойылған



Сурет-20. трахеаны ашу мүмкіншілігінің түрлері.
1 — тіндерді көлденең тілу. 2 — тіндерді бойлай тілу.
3 — мойынтырық ойығы-яремная вырезка



Сурет-21. тіндерді тілу бағдары-тұспалы
1 — қосқарыншалы бұлшықеттің алдыңғы қарыншасы; 2 — тік тілу;
3 — қосқарыншалы бұлшықеттің алдыңғы қарыншасына саусақтарды бекіту



Сурет- 22.Трахеотомия отасын жасауға арналған құрал-саймандар жиынтығы.

**а — қандауыр; б — бір тісті ілмек;
в —Труссоның трахеаны кеңететін аспабы ;
г — Пеана қысқышы; л — трахеостомиялық түтік;
е — Цвейфелдің ине ұстағышы және кескіш инесі**

Трахетомия жасалғаннан кейін болатын асқынулар: қан кету, өкпенің қабынуы, тіндер өлеттенеді, тері астын ауаның кеулеуі, трахеаның шырышты қабат асты тініне түтікшенің түсіп кетуі, өңеш пен трахеаның артқы қабырғасын жарақаттау, тыныс алмауы.

Тұжырым: Хирургиялық ота жасаудан бұрын біріншіден науқасты толық медициналық тексеруден өткізіп, дәрігер анестезиологтің көрсетпелерін мұқият орындап, ота жасалатын бөлмені залалсыздандырып, отаға керекті құрал-саймандарды дайындап, ота ережелеріне бағына отыра жасаған жөн.

V ТАРАУ №8-дәріс

ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ БЕТ-ЖАҚ АУРУЛАРЫН ТЕКСЕРУ

Адам денесіндегі ауруды және оның клиникалық көрінісін білу мен қатар, тек соған организмдегі өзгерістерді анықтап тауып, екеуін байланыстыру арқылы білуге болады.

Медицина ғылымының адам денесіндегі ауруларды айырып білу саласын нақтама-диагностика деп атайды (грек сөзінің diagnosis— анықтау).

Ауруды бақылап дұрыс нақтама қойып, алдын алу, ем тағайындау, дәрігер пікірін қорыту диагностика саласының алдына қойған мақсаты болып есептеледі.

Нақтама ғылыми тұрғыда негізгі үш тараудан тұрады:

1) Ауруды бақылау және тексеру әдістерін зерттеу немесе дәрігерлік нақтамалық техника;

2) Ауру белгілерінің нақтамалық маңызын зерттеу-симптоматология немесе семиология;

3) Ауруларды ажырату жолында ойлау ерекшеліктерін зерттеу немесе нақтама қою әдістемесі.

Бұл үш тараудың мүддесі субъективті, объективті және қосымша әдістер қолдану арқылы шешіледі.

Томография — тіндердің қабаты бойынша жасалатын рентгенография. Әрбір тереңдікте түсірілген томографияда бөтен заттар, ісік аумағы, шықшыт буындағы өзгерістерді көруге болады.

Науқаспен танысу, оның сырқат жайындағы мәліметін тарихын-анамнезін сұрап білуден басталады. Өйткені, дұрыс жиналған сырқат жайындағы мәлімет дұрыс нақтама қоюға себепші болады.

Егер науқас аурудың неден басталғанын және өз шағымын дұрыс жеткізе алмаса, дәрігер жетекші және қосымша төмендегідей сұрақтар беру арқылы, науқасқа көмектесуі керек. Мысалы: аурудың бірінші белгілері қашан пайда болады, бұрын дәрігерге көріндіңіз бе, қандай ем алдыңыз, оның нәтижесі қалай болды?

Науқас шағымы әртүрлі болуы мүмкін. Жетекші сұрақтар арқылы дәрігер оларды мұқият анықтайды. Егер де пайда болған аурудың белгілері, ауырсыну сезімімен байланысты болса, онда «ауру ұдайы ма, жоқ ұстама тәрізді ме, қатты иә болмаса сыздап ауыра ма, бір жерде ме, әлде иррадиациялы ма, тамақ ішумен байланысты ма, жоқ па, өз бетімен бе, әлде қол тигізгенде ауыра ма?» — деген сұрақтарды шешу қажет.

Ал науқас, бет әлпетінің бір жерінде ісік барына шағымдansa, оның қашан пайда болғанын, тез әлде баяу үлкейгенін, тамақ ішкенде ғана пайда бола ма, әлде ылғи бір қалыпта өзгермей тұра ма, ауыру сезімін тудыра ма, жоқ па, ол функционалдық өзгеріске байланысты ма (яғни

ауыздың ашылуына, жұтынуына, тілдің қимылына кедергі бола ма, жоқ па?) деген сұрақтарды анықтау қажет.

Дәрігерге қаралуға келген науқас, бет сүйектерінің, ернінің, қабағының, ұртының, құлақ қалқанының ақаулары мен деформацияларына шағым жасаса, олардың пайда болуына не себеп болғанын анықтау қажет (жарақаттың, қабынудың, күюдің әсері ме, әлде туа біткен кемтарлық па?).

Бет-сүйек аймағының жарақатында оның қашан және қандай жағдайда болғанын, есі танып қалды, ма, жоқ па, мұрыннан, құлағынан қан кетіп, құсты ма? — деген сұрақтарға жауап алу қажет.

Ауыз қуысының шырышты қабығында, таңдайда, қызыл иекте, ерінде жазылмайтын жара пайда болса, оның туберкулезбен, мерез ауруымен байланысы бар-жоғын анықтау керек.

Анамнезді жинағанда, науқастың қалай тамақтанатынын, дем алуын, тұратын жерін, жұмыс істейтін орнын, зиянды әдеттерінің бар-жоғын білу де қажет болып табылады.

Науқастарды клиникалық, лабораториялық жолмен тексеруді жалпы хирургия мен терапияның талабы бойынша барлық мүшелер мен жүйелерде жүргізеді. Содан кейін ғана жақ-бет аймағын екжей-тегжейлі (толық) тексеруге кіріседі.

5.1. Науқасты зерттеп-тексерудің нобайы:

Негізгі зерттеу әдістері		Қосымша зерттеу әдістері
Сұрау-жауап	Тексеріп көру және	Термометрия
Шағымы	зерттеудің объективті	Электроодонтометрия
Аурудың келіп	түрлері	Сәулелі, Цитологиялық
шығу тарихы	Бет-жақ аймағының	Морфологиялық
Кәсіптік зияндылық	сыртқы көрінісі	Сиалография, Сиалометрия
Кейбір заттарға	Сипап тексеру	Микробиологиялық
ағзаның ерекше	Ауыз қуысын	Биохимиялық, Иммунологиялық
сезімталдығы	тексеру-зерттеу	Қызметтік нақтама қою
Науқастың өмір	Ауыз қуысының	мақсатында зерттеу әдістері:
тарихы	негізгі бөлігін	реография, полярография,
Науқастың ауырған	тексеру-зерттеу	миография, доплерлік
ауруының түрлері	сүңгі құрал мен	сәулеліфлуометрия,
	тексеру-зерттеу	мастикациграфия,
	тісті тықылдатып	термовизиография,
	тексеру-зерттеу	жақтардың қалыптарын дайындау,
		бетті компьютерлі мүсіндеу,
		Зертханалық зерттеу әдістері:
		Қанның және басқада биологиялық
		сұйықтықтардың құрамын зерттеу

Қарап-байқау. Мұнда науқастың сыртқы бет-пішініне, тері қабатының түсіне, көзге көрінетін шыршы қабығына және ақаулар болса, оларға назар аударылады. Бет-әлпетінің ісінуі – домбығудан, қабыну инфильтратынан, ісіктен, гематоманың және сынған жақ сүйегінің орнынан жылжуынан пайда болуы мүмкін.

Сондай-ақ бет мүшелерінің ақаулары мен деформацияларында да бет құрылысы өзгереді.

Тері қабаты қызарып (қабыну кезеңдерінде), көкшіл тартып (қан тамырларынан пайда болған ісіктерде, жүрек-қан тамыр жүйесінің жұмысы бұзылғанда) шектен тыс және жеткіліксіз пигменттелуі мүмкін (туа біткен пигментті дақ, жүкті кезде пайда болатын дақтар, тыртық жердің дақтануы). Сонымен бірге тері қабатында пайда болған патологиялық өзгерістерге (жаралар, тыртықтар, жыланкөздер, жырылған жаралар сияқты) назар аудару керек.

Көру мүшелерін тексергенде – көз симметриялығына, тығыз жабылуына, қабақтың қимылына, көз алмасының өзгерістеріне (мүлдем жоқ болуы, деформациясы, шарасынан шығып тұруы немесе ішке кіруі), көздің қарашығының формасынан, жарыққа реакциясына, конвергенциясына, аккомодациясына назар аударған жөн. Саусақтардың көмегімен көздің өткірлігін тексеріп, оның шұғыл төмендегіндігін немесе мүлдем жоқтығын анықтауға болады. Сондай-ақ, заттың көз алдында қосарлануы байқалса, ол көзді (қимылдататын) кері тартатын немесе шығыршықты жүйкелер қызметтерінің жетіспеушілінен және жоғарғы жақ сүйегінен-көз саңылауына еніп, өсіп бара жатқан ісіктің әсерінен, көз алмасының жоғары қарай жылжып кетуінен болады.

Мұрынды тексергенде-оның пішіміне, сүйекті-шеміршекті бөлігінің өзгерістеріне (ақауы мен деформациялары), мұрын қуысының шырышты қабықтарының түрін және бөліп шығаратын затының сипатын анықтайды.

Бет жүйкесі бұтақтарының зақымдануы ымдау бұлшықеттерінің қызметі бұзылып, шала салдану-парез немесе сал ауруы-паралич түрінде андай тереңдікте орналасқанын, көлемін, ауыру сезімін сипау арқылы білуге болады. Егер бет тіндеріндегі өзгеріс беткей орналасса, сипалауды оң қолдың саусақтарымен, өзгеріске ұшырамаған тұстан бастайды. Терең сипап қарау-пальпацияда - бұлшықеттердің немесе бет-жақ аймағындағы мүшелердің жағдайын анықтайды. Ол үшін тері қабатын немесе бұлшықетті қатпарға жинап, олардың қалыңдығын, жиырылғыштығын және созылғыштығын бақылайды. Сондай-ақ сипап қарау арқылы жақасты, иек, құлақарты, мойын лимфа түйіндерінің санын, көлемін, тығыздығын, ауыратын ауырмайтындығын, жылжығыштығын да білуге болады.

Егер лимфа түйіндері үлкейген және ауыратын болса, ол қабыну кезеңдеріне тән. Ал үлкейген, тығыз, аз қимылдайтын лимфа түйіндері, көбінесе қатерлі ісіктердің әртүрлі даму кезеңінде пайда болуы мүмкін.

Жақасты, иек және жақ артындағы лимфа түйіндерін сипап қарағанда дәрігер науқастың оң жағында болып бір қолымен оның басын ұстап; келесі қолының 2, 3, 4 саусақтарын жақ астына орналастырады да, айналдыра сипалау арқылы лимфа түйіндерінің жағдайын анықтайды. Иек астындағы түйіндерді оң қолдың үш саусағымен сипап қарайды да, мойын, лимфа түйіндерін 2-3-4 саусақтарымен төс-бұғана-емізікше бұлшықетінің алды-артындағы және бұғанаүсті аймағында тексереді.

Бет сүйектерінің құрылысын, сырт көзбен ғана қарап қоймай, сипап та қарау керек. Бұл жағдайда, сүйек өзгерістерін (жуандағанын, ісінгенін, сынып төмен түскенін), ақаудың бар-жоғын, қозғалысын, сықырлауын анықтауға болады. Бұл өзгерістер – сүйек дамуындағы кемістіктер мен жарақаттардың әсерінен, жақ сүйегінде ісікті заттың болуынан пайда болуы мүмкін.

Төменгі жақ буыны қызметінің бұзылу дәрежесін ауызды ашып-жауып, жан-жаққа қимылдату арқылы анықтайды.

Төменгі жақ сүйегінің буын басының қимылын құлақалды өсіндісінің маңынан сипалап немесе екі қолдың сұқ саусақтарын науқастың сыртқы есту тесігінің ішіне кіргізіп анықтайды. Қалыпты жағдайда, науқас аузын 4,5-5 см ашуы тиіс. Ал егер буында патологиялық өзгеріс болса (қабыну, буын анкилозы, жақ контрактурасы төменгі жақ сүйегінің буындық өсіндісінің сынуы) онда ауыздың ашылуы жартылай немесе мүлдем шектеліп, жақ сүйек жан-жаққа қимылдамай қалады).

Ауыз қуысын тексеруді қызыл еріннен бастайды, өйткені онда ақ дақтар, жарылған жерлер, жаралар болып, эпителийдің қабыршықталуы байқалуы мүмкін. Ауыз қуысын стоматологиялық айнаның, қалақшаның, шымшуырдың, сүнгі құралдың көмегімен тексереді.

Ауыз қуысының кіреберісін тексергенде, еріннің, жақ шоқтығының шырышты қабығына назар аударған жөн.

Онда төмендегідей өзгерістер болуы мүмкін: а) бояудың түсінін, өзгеруі, пигменттік дақ, сұр немесе қоңырқай түсті дақтар (организмге қорғасын, висмут, сынап түскен жағдайда) және қабыну процестерінің әсерінен қан кернеп қызаруы; б) шырышты қабықтың құрылысының өзгеруі (папуланың, дөңестіктің, гиперкератоздың пайда болуынан); в) шектелген сұйықтықтың жиналуы (пустула, іріңдік, шырышты қабықтағы бездің сарысулы ісігі); г) шырышты қабық бүтіндігінің бұзылуы (эрозияның, жараның, жыланкөздің болуынан).

Сонымен бірге шырышты қабықтың кеуіп солғанын да байқауға болады. Шырышты қабықпен бірге, өтпелі қатпардың жағдайына, жақ шоқтығының биіктігіне (әсіресе тіс жоқ жағдайларда) қызыл иекке назар аудару керек.

Тілді тексергенде, оның қалпына, мөлшеріне, түсіне, ылғалдығына, жараның, жолақтанып қызарудың, жұқа жараның, тыртықтың бар-жоғына және қалыңдығына (жуандығына) көңіл бөледі.

Туа біткен патологияларда, қабыну кезеңдерінде, ісік тілдің құрылысын өзгертіп, салмағы артуы мүмкін. Ал тіласты жүйкесінің салдануында, керісінше тіл кішірейеді. Тілді тексерудің негізгі әдісі — сипап көру. Оны жүргізу үшін сол қолдың екі саусағымен тілді сыртқа тартып ұстап тұрады да, оң қолдың екі саусағымен сипап көреді.

Тамақ астын тексергенде, оның шырышты қабығына, жақ және жақ асты сікелей бездерінің өзегіне, одан бөлінген сілекейдің түр-түсіне назар аударған жөн.

Осы аталған бездердің қызметін білу үшін, екі қолды сипап көру-екі қолды (бимануальды) сипау жүргізеді, яғни сұқ саусақты ауыз қуысына кіргізіп, келесі қолдың саусақтарын жақ астына орналастырып, бір-біріне тақай сипалай қимылдатады. Сонда ғана бездің құрылысын байқап білуге болады.

Қатты және жұмсақ таңдайды тексергенде, олардың шырышты қабықтарына ғана емес, сонымен бірге туа және жүре пайда болған ақаулардың, ісік тәрізді заттардың бар-жоғына, жұмсақ таңдай қимылына да назар аудару керек (тыртықтанып тартылу, ымдау еттің парезі немесе параличі, жұмсақ таңдайдың жарылуы т.б.). Сонымен бірге бадамша бездеріне, жұтқыншақтың артқы және бүйір қабырғаларында өзгерістің бар-жоғын да қарау керек.

Тіс қатарын тексергенде, олардың дұрыс жабылуын қадағалайды, өйткені жақ сынғанда, шығып кеткенде, әртүрлі ақауларда ол өзгеруі мүмкін. Тіс жанындағы тіндерді тексергенде қызыл иектің шырышты қабығына, онда терең қалталардың, іріңді заттың бар жоғына, тістің қызыл иек тінінен жалаңаштанбағанына және қанайтын-қанамайтындығына назар аудару керек. Егер тіс босаған болса, себебін анықтайды (ісіктің, жарақаттың салдарынан, парадонтоз т. б.).

Әсіресе тіс сауытының бүтіндігіне, түсін, егер сауытта қуыс болса, оның тереңдігіне, сүңгі құралмен тексергенде ауыратын-ауырмайтындығына көз жеткізу қажет. Периодонттың жағдайын тісті аспаппен жайлап соғып тексереді. Егер жедел ағымды қабыну кезеңі болса, тісті аспаппен соққанда ауырады.

Науқастарды қосымша тексеру әдістері – клиникалық нақтаманы-диагнозды толық қою үшін қажет. Емдеудің әр сатысында нәтижесінің дұрыс екенін анықтау үшін стоматологияда көбінесе рентгенография әдісі қолданылады (ауыз қуысы ішінен және сыртынан). Көбіне ауыз қуысы арқылы жасалатын рентген әдісі жиі қолданылады. Өйткені бұл тіс пародонтының жағдайын анық көрсетеді. Ол үшін рентген пленкасын қатты таңдайдың шырышты қабығына немесе төменгі жақ сүйегінің ішкі бетіне қапсыра ұстайды. Егер ауыз ашылуы шектелген болса, жұқа қабықты-пленканы тістетіп қойып түсіреді.

Ауыз сыртынан жасалатын рентген суретін көбінесе жоғарығы жақ сүйегін, мұрын қуыстарын, шығыңқы бет сүйегін, оның доғасын, бас, мұрын сүйектерін, шықшыт, сілекей бездерін және жұмсақ тіндерді

тексергенде қолданады. Рентгенография арқылы сүйек тініндегі өзгерістерді, жақтың сынған жерлерін, шықшыттың жағдайын, ісіктің немесе қабыну процестерінің шегін, жұмсақ тіндерде жатқан бөгде заттың орнын, сілекей бездерінде немесе өзегінде жатқан «тастардың» өлшемін анықтауға болады.

Бет сүйектерінің құрылысын, қуысты денелерді, сілекей бездерін толық тексеру үшін арнайы рентгенографиялық әдістерді қолданады.

Томография – арқылы әртүрлі тереңдікте жатқан бөгде заттардың орнын, ісіктердің кеңістікте орналасқан шегін шықшыттығы өзгерістерді түрлі тереңдікте «кесіп» көрсетуге болады. Панорамды рентген суреті - бүкіл тіс қатарын, жоғарғы және төменгі жақ сүйектерінің шоқтықтарын көруге мүмкіншілік береді. Телерентген үлкен фокусты ара қашықтықтағы рентген суреті (150 см) тексерілетін сүйек затының анық өлшемін білуге мүмкіншілік береді (бас, бет сүйектерінің, оларды қоршап жатқан жұмсақ тіндердің жиектерін). Телерентгенограмада бұрыштық және сызықтық, өлшемдер жүргізеді.

Сілекей бездеріндегі, қуысты денелердегі патологиялық өзгерістерді анықтау үшін – контрасты рентгенография әдісі қолданылады. Ол сілекей безінің өзегіне және Гаймор қуысына контрасты (йодолипол) зат енгізу арқылы жүргізіледі.

Ауыз қуысындағы шырышты қабықта кездесетін өзгерістерді анықтау үшін стоматоскопия әдісін қолданады.

Ол үшін арнайы 28-30 есе үлкейтіп көрсететін аспап арқылы, шырышты қабықтың өзгерген жерін қарайды. Бұл әдіс пен өзгеріске ұшыраған шырышты қабықтың шегін, түсін, қабыну кезеңінің бар-жоғын анықтауға мүмкіншілік туады. Сондықтан стоматология, стоматологиялық алғашқы қарау бөлмелерінде, алдын алу мақсатында-профилактикалық тексеру кездерінде шырышты қабық ауруларын гистологиялық тексеруге дейін анықтау қажет. Кейбір патологиялық кезеңдерде, ісіктердің нақтамасын анықтау үшін морфологиялық әдіс қолданады. Қазіргі кезде кең тараған әдіс - цитология болып табылады. Ол жасуша бөлшектерін-клетка элементерін, олардың құрылысының ерекшелігін, шоғыр жинақ-конгломераттарын зерттеу арқылы жүргізіледі.

Тексеру заттары-материалы ретінде бетте, ауыз қуысында орналасқан жолақтанып қызарудың-эрозияның не жараның бетінен тырнап немесе «дақ» ретінде және жыланкөзден, күдікті денелерден, қабынған мүшенің тінінде жасушалардың ұйыспасынан-инфильтраттан, ісіктен алынған заттар қолданылады. «Дақты» тексергенде, майдан әбден тазартылған шыны қолданылады. Оны тексеретін жерге бірнеше рет басу арқылы жүргізеді.

Биопсия - кесіп алынған тірі тінді тексеру әдісі дұрыс нақтама қоюға бағытталған. Гистологиялық тексеру – емнің тиімді әдісін қолдануға, нәтижесін, отаның көлемін анықтауға, отадан кейінгі емдік шараларын дұрыс жүргізуге көп көмек тигізеді.

Биопсияның төмендегідей түрлері бар: инцизиялық, пункциялық, аспирациялық.

Инцизиялық биопсияда (ауруға) патологияға ұшыраған тіндер аумағы түгел кесіліп алынады. Яғни, өзгеріске ұшыраған тіндермен қатар, сырт көзге өзгеріссіз көрінетін тіндер де (әсіресе терең қабаттағы) кесіліп алынып, 10-20% формалин ерітіндісі құйылған ыдысқа салынуы тиіс. Содан кейін дәрігер биопсияға алынған не зат екені туралы қағаз толтырады.

Пункциялық биопсияда — әртүрлі диаметрдегі торакарлармен бірнеше миллиметр қалыңдықтағы тіндерді алып, парафин немесе целлоидин ерітіндісін құйып тексереді.

Аспирациялық биопсияны — жіңішке иненің көмегімен, аз ғана мөлшерде материал алып тексереді. Функционалдық диагностикалық тәсілдердің ішінде мастикоциография (шайнау қимылын жазу) миотонография, (шайнау еттерінің тонусын анықтау) электромиография (бұлшықеттердің электрофизиологиялық жағдайын білу үшін биопотенциалдарды тіркеу) тәсілдері кеңінен қолданылады. Тістерді тексеру үшін электроодонтодиагностика тәсілінің мәні зор. Бұл тәсілде сау тістер 2-6 мкА ток күшіне сезімталдығы болады. Парадонтоз ауруында тіс ұлпасының қозуы артады да (2 мкА тоқтан төмен), тіс сауытының ұлпасы үлкен болса, оның ток, күшіне сезімталдығы төмендейді (60 мкА күшіне дейін).

Хирургиялық стоматологияда, соңғы кездері функционалдық нақтама әдістерінің ішінде - реография кеңінен қолданылады. Бұл организмдегі тірі тіндердегі қан толу-қан айналу кезеңдерін, тіндердің электр тогына қарсылығы арқасында пайда болатын, пульсті тербелуді жазу (тіркеу) арқылы жүргізіледі.

Тіндердегі қан тамырларын, қан айналу процестерін білудің маңызы зор. Өйткені бұл жағдайлар-факторлар тіндердің қоректенуі мен қайта қалпына келтіру мүмкіншіліктерін анықтайды. Ал бұл өз алдына, жақ-бет аймағында ауыз қуысында жүргізілетін хирургиялық емнің күрделілігін алдын ала анықтауға мүмкіндік тудырады, фотоплетизмография әдісінде де, тіндердегі қан толу кезеңі анықталады. Егер реография әдісінде қанның толуын электрометриялық әдіспен тіркесе, фотоплетизмографияда тіндердің оптикалық тығыздығы өзгерісінің негізінде тіркейді.

2. Стоматологиядағы деонтология қағидалары

Стоматолог әр уақытта аурудың түрін емес, науқас адамды емдеп отырғанын ұмытпауы қажет. Өйткені ауыз қуысы бүтін организмнің бір бөлігі, яғни ол қоршаған ортамен тығыз байланыста және оған тәуелді де.

Науқастың психикасын қорғау емхананың барлық сатысында да жүргізілуі тиіс. Бұл дәрігердің науқастың сеніміне ие болуы деген сөз. Дәрігердің науқасқа селқос қарауы, асығыстығы, тітіркенгіштігі, науқасты тексеріп жатып бөтен затқа алаңдауы, ұмытшақтығы, орынсыз және абайсыз жасалған ескертулері, ойланбай айтылған қорытындылары, оның науқаспен арасындағы қарым-қатынасын бұзады. Яғни дәрігер жағынан ешқандай айқай, науқастармен, қызметкерлермен ұрысу деген мүлде

болмау керек.

Емхананың емдеу бөлмелерінің санитарлық тазалығы жоғары деңгейде болуы тиіс. Науқастар кезек күтетін бөлмеде дұрыс жағдай жасалып, тыныштық бұзу, қатты сөйлеу, әртүрлі дыбысты тітіркеніштер болмауын қарағылау қажет. Әсіресе жұбату сөздің тіс жұлу, іріңді қабынған жерлерді кесіп-тілу алдында маңызы зор. Науқас, дәрігерге өзіне қарағанда өз ісін жақсы білетіндігіне сенуі керек.

Дәрігерге тәжірибе мен білім әр уақытта аз, онымен бірге онда сезім мен өз мамандығына деген үлкен махаббат болуы қажет. Көптеген дәрілерге қарағанда дәрігердің жылы сөзі мен сыпайы күлкісі ем екені ертеден белгілі. Сондықтан, мұндай қасиеттерді студенттік жылдардан жинақтау қажет, өйткені кейін оны бойға сіңдіру өте қиын болады.

Тұжырым: дәрігерге келген әрбір науқасқа медициналық көмек көрсету үшін, ол науқасты мұқият, тиянақты заман талабына сай тексеру және зерттеу қажет. Ол үшін дәрігер науқастың шағымынан бастау керек. Ең басты да маңызды рөл ойнатыны аурудың келіп шығу тарихы яғни анамнезі, жасы, әлеуметтік жағдайы, қоршаған ортасы болып есептелінеді. Сондықтан әрбір науқаспен жеке сөйлесу ауруға қатысты барлық мәліметтерді алу дәрігердің міндеті және аса жауапты қызмет болып саналады. Науқасқа жүргізілетін әрбір емдеу және зерттеу амалдарын дәрігер жоспарлы түрде науқасқа мәлімет түрінде айтып жеткізіп тұру қажет. Нақтама қою үшін, дәрігер барлық әдістерден пайдалануы және оны дәрігер жоғары деңгейде білуі керек. Бет-жақ аймағы хирургіне келген науқастардың 90-95% -на ота жасалады. Сол себепті дәрігер субординация мен деонтологияға бағынуы шарт.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Медицина ғылымының адам денесіндегі ауруларды айырып білу саласын деп атайды .

А) нақтама-диагностика

Б) Пункциялық биопсия

В) Томография

Г) Сипап қарау

Д) миография

2) Бет-жақ аймағын зерттеуде қосымша тексеру тәсіліне жатады.

А) Сипап қарау (пальпация)

Б) тыңдап көру

В) сүйекті кесу

Г) сүйекті бекіту

Д) құрсау салу

3) Ауыз қуысындағы шырышты қабықта кездесетін өзгерістерді анықтау үшін әдісін қолданады.

А) стоматоскопия

Б) рентгеноскопия

В) телескопия

- Г) томография
Д) миография
- 4) Бет-жақ аймағындағы ақауларын зерттеу үшін контрасты зат енгізу арқылы жүргізіледі.
А) йодолипол
Б) новокаин ерітіндісі
В) дикаин ерітіндісі
Г) хлорлы кальций ерітіндісі
Д) тұз ерітіндісі
- 5) Ауызды ашып-жауып, жан-жаққа қимылдату арқылы анықтайды.
А) төменгі жақ буыны қызметінің бұзылу дәрежесін
Б) самай сүйегінің қызметінің бұзылу дәрежесін
В) төменгі жақ сүйегі денесінің қызметінің бұзылу дәрежесін
Г) жоғарғы жақ сүйегі денесінің қызметінің бұзылу дәрежесін
Д) бет-әлпеті сүйегінің қызметінің бұзылу дәрежесін
- 6) Бет-жақ аймағында арқылы бұрыштық және сызықтық өлшемдер жүргізіледі.
А) Телерентгенограмма
Б) миография
В) Сипап қарау
Г) телескопия
Д) стоматоскопия
- 7) Тілді тексерудің негізгі әдісі атаңыз.
А) сипап көру
Б) тыңдап көру
В) қарап-байқау
Г) ине шаншу
Д) сүйекті бекіту
- 8) Ауыз қуысын көмегімен тексереді.
А) стоматологиялық айнаның, қалақшаның, шымшуырдың, сүңгі құралдың
Б) стоматологиялық айнаның, шымшуырдың, балғашаның
В) қалақшаның, шымшуырдың, балғашаның
Г) стоматологиялық айнаның, шымшуырдың, қайшының
Д) қалақшаның, шымшуырдың, қайшының
- 9) Периодонттың жағдайын тісті жайлап соғып тексереді.
А) аспаппен
Б) қайшымен
В) балғашамен
Г) қысқышпен
Д) инемен
- 10) Томография - арқылы..... түрлі тереңдікте «кесіп» көрсетуге болады.
А) әртүрлі тереңдікте жатқан бөгде заттардың орнын, ісіктердің кеңістікте орналасқан шегін, шықшыттығы өзгерістерді

- Б) әртүрлі жазықтықта жатқан бөгде заттардың орнын, ісіктердің кеңістікте орналасқан шегін, шықшыттығы өзгерістерді
- В) әртүрлі биіктікте жатқан бөгде заттардың орнын, ісіктердің кеңістікте орналасқан шегін, шықшыттығы өзгерістерді
- Г) әртүрлі көлденең жатқан бөгде заттардың орнын, ісіктердің кеңістікте орналасқан шегін, шықшыттығы өзгерістерді
- Д) әртүрлі тігінен жатқан бөгде заттардың орнын, ісіктердің кеңістікте орналасқан шегін, шықшыттығы өзгерістерді
- 11) Панорамды рентген суреті арқылы көруге мүмкіншілік береді.
- А) бүкіл тіс қатарын, жоғарғы, төменгі жақ сүйектерінің шоқтықтарын
- Б) бүкіл тіс қатарын, дененің жоғарғы бөлігін
- В) төменгі жақ сүйектерінің шоқтықтарын, дененің төменгі бөлігін
- Г) бүкіл тіс қатарын, дененің төменгі бөлігін
- Д) төменгі жақ сүйектерінің шоқтықтарын, дененің жоғарғы бөлігін
- 12) Контрасты рентгенография әдісі анықтау үшін қолданылады.
- А) Сілекей бездеріндегі, қуысты денелердегі патологиялық өзгерістерді
- Б) сүйек сынықтарында
- В) бұлшықеттер жарақаттанған кезде
- Г) шырышты қабаттың қабынуында
- Д) дененің төменгі, жоғарғы бөлігін
- 13) Цитология зерттеу арқылы жүргізілетін әдісі .
- А) жасуша бөлшектерін-клетка элементерін, олардың құрылысының ерекшелігін, шоғыр жинақ-конгломераттарын
- Б) жақтың дене құрылысын
- В) адам денесінің сүйектерін
- Г) түтікше сүйектер құрылысын
- Д) сопақша ми құрылысын
- 14) Биопсия тексеру және дұрыс нақтама қоюға бағытталған әдіс болып саналады.
- А) кесіп алынған тірі тінді
- Б) кесіп алынған өлеттенген тінді
- В) тілінген өлеттенген тінді
- Г) шабылған сүйек тінді
- Д) ойылған өлеттенген тінді
- 15) Биопсияның түрлерін атаңыз:
- А) инцизиялық, пункциялық, аспирациялық,
- Б) пункциялық, аспирациялық, мекен-жайлық
- В) аспирациялық, инцизиялық, мекен-жайлық
- Г) пункциялық, инцизиялық, қақпақты
- Д) аспирациялық, пункциялық, қақпақты
- 16) Инцизиялық биопсияда тіндер аумағы кесіліп алынады.
- А) ауруға ұшыраған тіндер аумағы түгел кесіліп алынады.
- Б) ауруға ұшыраған тіндер аумағы жартылай кесіліп алынады.
- В) ауруға ұшыраған тіндер аумағы 2/3 бөлігі кесіліп алынады.

- Г) ауруға ұшыраған тіндер аумағы 4/5 бөлігі кесіліп алынады.
Д) ауруға ұшыраған тіндер аумағы мүлдем кесіп алынбайды.
- 17) Пункциялық биопсияда қалыңдықтағы тіндер алынады.
А) әртүрлі диаметрдегі торакарлармен бірнеше миллиметр
Б) бірнеше торакарлармен әртүрлі диаметрдегі
В) торакарлармен әртүрлі диаметрдегі бірнеше
Г) бірнеше миллиметр әртүрлі диаметрдегі
Д) торакарлармен әртүрлі диаметрдегі бірнеше
- 18) Аспирациялық биопсияда..... материал алып тексереді.
А) жіңішке иненің көмегімен аз ғана мөлшерде
Б) жуан иненің көмегімен көп мөлшерде
В) жіңішке иненің көмегімен көп мөлшерде
Г) жуан иненің көмегімен аз ғана мөлшерде
Д) түтікшенің көмегімен, көп мөлшерде
- 19) Функционалдық диагностикалық әдістерінің түрлерін атаңыз.
А) мастикоциография, миотонография, электромиография
Б) миотонография, электромиография, томография
В) электромиография, рентгенография, сиалоскопия
Г) мастикоциография, томография, электрокардиография
Д) электромиография, рентгеноскопия, сиалография
- 20) Мастикоциография әдісі дегеніміз
А) шайнау бұлшықеттерінің қимылын жазу
Б) сүйек тіні құрамындағы жасушаларының талшықтарын зерттеу
В) бұлшықеттердің жасушаларының талшықтарын зерттеу
Г) ми жасушаларының талшықтарын зерттеу
Д) адам денесіндегі жасушаларының талшықтарын зерттеу
- 21) Миотонография әдісі дегеніміз
А) шайнау еттерінің тонусын анықтау
Б) адам денесіндегі жасушаларының талшықтарын зерттеу
В) бұлшықеттердің жасушаларының талшықтарын зерттеу
Г) ми жасушаларының талшықтарын зерттеу
Д) сүйек тіні құрамындағы жасушаларының талшықтарын зерттеу
- 22) Электромиография әдісі дегеніміз
А) Бұлшықеттердің электрофизиологиялық жағдайын білу үшін биопотенциалдарды тіркеу
Б) шайнау еттерінің тонусын анықтау
В) бұлшықеттердің жасушаларының талшықтарын зерттеу
Г) ми жасушаларының талшықтарын зерттеу
Д) адам денесіндегі жасушаларының талшықтарын зерттеу
- 23) электроодонтодиагностика әдісін қолданамыз
А) тістердің ток күшіне сезімталдылығын тексеру үшін
Б) тістердің жәй төзімділігін тексеру үшін
В) тістердің ток күшіне қимылын тексеру үшін
Г) тістердің жәй қимылын тексеру үшін

Д) тістердің ток күшіне төзімділігін тексеру үшін

24) Сау тістердің ток күшіне сезімталдылығы тең болады.

А) 2-6 мкА

Б) 25-30 мкА

В) 15-20 мкА

Г) 45-50 мкА

Д) 10-15 мкА

25) Реография әдісінде қанның толуын негізінде тіркейді.

А) электрометриялық

Б) оптикалық

В) сығымдау

Г) тығыздығына байланысты

Д) сәулелік

VI ТАРАУ

ЖАНСЫЗДАНДЫРУ ЖӘНЕ ЖАЛПЫ ЖАНСЫЗДАНДЫРУДЫҢ ЖАҚ-БЕТ АЙМАҒЫНДАҒЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Хирургиялық ота кезінде ауыру сезімін жоюға бағытталған шаралардың жинағын жансыздандыру деп атаймыз.

Ауыру сезімін жою жолдарын зерттейтін медицина ғылым саласын анестезиология (гректің «а» — жоқ, aestesis - сезім, logus — сөз, ілім) дейміз. Анестезия терминін 1846 жылы Мортон енгізді. Жалпы жансыздандыруға келесі талаптар қойылады: барынша ауыру сезімін жою,

науқасқа қауыпсыз болу, хирургке мол ыңғайлы жағдай тудыру.

Қазіргі кездегі жалпы жансыздандыру жетістігінің арқасында жақ-бет аймағындағы барлық оталарды толық жасауға мүмкіндік болып отыр.

Жансыздандыру жалпы, жергілікті, аралас, болып бөлінеді. Аралас жансыздандыруға жергілікті жансыздандыру мен жалпы жансыздандыру, жергілікті жалпы жансыздандыру мен нейролептаналгезия, жалпы жансыздандыру мен нейролептаналгезияның түрлері кіреді.

6.1. ЖАЛПЫ ЖАНСЫЗДАНДЫРУ

Жалпы жансыздандыру немесе наркоз (грек narcosis - естен айырылып сіресіп қалу) организмге наркотикалық дәрілер енгізу арқылы орталық жүйке жүйесінің жұмысын терең тежеу: наркозға ауру енгенде біртіндеп есінен айырылып, ауыру сезімі жойылып, бұлшықеттер босаңсып қозғалу және рефлексдер бәсеңдейді.

И.П.Павловтың теориясы бойынша наркоз «Орталық жүйке жүйесінің уақытша жұмысының салдануы (паралич)».

Наркотикалық дәрілерді организмге ендіру жолдарына байланысты жалпы жансыздандыру – наркоз тыныс жолдары арқылы және тыныс жолдары арқылы емес болып екіге бөлінеді.

Организмге әртүрлі наркотиктердің буы тыныс жолдары арқылы енгізілсе оны ингаляциялық немесе масканы наркоз дейді.

Егер бу және газ кеңірдекке түтік арқылы енгізілсе бұндай наркозды эндотрахеалды, интратрахеалды немесе интубациялық наркоз деп атайды.

Бұл атаулардың ішінде тек «эндотрахеалды» деген терминді халықаралық анестезиологтар федерациясы дұрыс деп тапты.

Қазіргі кезде тыныс жолдары арқылы жалпы жансыздандыру беру үшін көптеген наркотиктер қолданылады. Оларға келесі талаптар қойылады: кең терапевтік әсерлі, паринхиматозды мүшелердің жұмысына қатерлі болмау, жалпы жансыздандыруға ену өте жұмсақ және тіндерді тітіркендірмеу, организмнен тез шығу, жарылудан қауыпсыз, арзан болуы тиісті.

Жалпы жансыздандыруға негізінде келесі наркотиктер пайдаланылады: оттекті азот, хлорлы этил, этилді эфир, фторотан. Бұл дәрілердің физико-химиялық және басқа қасиеттері фармакология, клиникалық фармакология, анестезиология және жалпы хирургия пәндерінде кеңінен талқыланады.

6.1.1. Тыныс жолдары арқылы емес жалпы жансыздандыру - Ингаляциясыз наркоз

Организмді ұшпайтын (буланбайтын) наркотиктерді (тыныс жолдары арқылы емес) енгізу арқылы жалпы жансыздандыру әдісін ингаляциясыз наркоз деп атайды. Ол көк тамыр (вена) арқылы және көк тамыр (венасыз) арқылы емес болып екіге бөлінеді (И.С.Жоров), көк тамыр (венасыз) арқылы емес жалпы жансыздандыруды организмнің тіндері мен

қуыстарына наркотиктерді енгізу арқылы орындауға болады. Мысалы ішу, тік ішекке, бұлшықетке жіберу.

Осы айтылған жалпы жансыздандырудың ішінде көк тамыр-венаға енгізу арқылы жасалатын жалпы жансыздандыру-наркоз көп қолданылады. Ол көпкомпонентті жалпы жансыздандыру-наркоз ішіне кіруімен қатар, жеңіл және қысқа уақыт ішінде жасалатын оталарда дербес түрде пайдаланылады. Бұл жалпы жансыздандыруға-наркозға келесі анестетиктер кіреді: тиопентал, гексенал, виадрил, натрий оксибутераты, сомбровин, кетамин т.б. Анестетиктер қанмен араласып, организм жалпы жансыздандыруға-наркозға тез арада енеді.

6.1.2. Нейролептаналгезия

Нейролептаналгезия деп жансыздандырудың (анестезияның) көк тамырға- венаға ауыру сезімталдығын жоятын (аналгезия) күшті анестетик (фентанил) және адамның айналасындағы болып жатқан жағдайға талғаусыздықпен (нейролепсия) қарататын нейролептик (дроперидол) енгізу арқылы болатын әдісін айтады. Нейролептаналгезияның бірнеше әдістері бар. 1972 жылдан бастап Де Кастро мен Мунделлер (1969 ж.) әдістерінің өзгертілген түрі қолданылып келеді. Бұның негізінде тыныс жұмысын бәсеңдетіп фентанил мөлшерін-дозасын мейлінше азайтып, дроперидол мөлшерін-дозасын көбейту жатады. Фентанилдің аз аналгетикалық әсерін, көк тамырға-венаға 33% спирт енгізу мен жергілікті жансыздандыру әдісін қолдану арқылы толықтырады. Нейролептаналгезия ота болатын түнде байырғы дәрі демеуден-премедикациядан басталады. Оталық үстелде-столда көк тамырға- венаға 0,25% 0,5 мл атропин, 2 мл пипольфен, 10 кг салмаққа 1 мл дроперидол, 2,4% 5 мл эуфилин және 1 кг салмаққа 33% 2 мл спирт енгізіледі. Осымен қатар жергілікті жансыздандыру жасалады. Отаның алдында көк тамырға-венаға 1 кг салмаққа 0,025 мг фентанил көк тамырға- венаға жіберіледі. Ота барысында фентанил қайталанылады, бірақ бірінші енгізгеннен 12-15 минуттан кейін.

Жоғарыдағы аталған дәрілерді көк тамыр-вена арқылы жібергеннен 5 минут уақыт өткеннен кейін ауру тынышталып ұйқысұрай бастайды. Бұл кезде, ол айтқанға тез көніп, барлық бұйрықты орындауға әзір болады. Шын көңілімен аузын ашып ауыз қуысын тексертеді, дәрігердің не істеп жатқанын байқап, бірақ оған көңіл аудармайды. Жансыздану қабілеті жақсы болғанымен, жергілікті жансыздандыру әдісін қолданбай отаны жасауға болмайды. Ота кезінде қанның қозғалыс құрамы-гемодинамика көп өзгермейді.

6.2. Жақ-бет аймағын жалпы жансыздандырудағы ерекшеліктер

«Әрбір аурудың өзіне тән жансыздандыру әдісі бар» және «жансыздандыру әдісі отадан ауыр болмауы қажет» деген жалпы қағидаға сүйене отырып жақ-бет аймағына қолданылатын жансыздандыру әдістерін

белгілеу қажет.

Жақ-бет аймағы хирургиясында өте жақсы танымалы жергілікті жансыздандыру әдістерімен қатар жалпы жансыздандыру (наркоз) әдістері кеңінен қолданылады. Көбіне ауруханаларда эндотрахеалды, ал емханаларда көк тамырға-венаға енгізу әдістері.

Эндотрахеалды жалпы жансыздандыру (наркоз) жақ-бет аймағында жасалатын ауыр қиын оталарда қолданылады. Оларға И. Н. Мусовозов келесі оталарды жатқызады:

1. Жоғарғы жақ сүйегінде жасалатын оталар:

- а) Жоғарғы жаққа толық кесіп алу-резекция жасау;
- б) Жоғарғы жақты кесіп алумен- резекциясымен қатар шандыр-бұлшық еттің шелді қабығы мен қаптамасымен-фациалды-футлярлы ота жасау;
- в) Жоғарғы жақты жарым-жартылай кесіп алуы-резекциясы;
- г) Ауыр жарақатталған жоғарғы жақты бірінші хирургиялық өңдеу әдісі және оның зардабын оталық емдеу.

2. Төменгі жақ сүйегінде жасалатын оталар:

- а) Төменгі жақтың жартысын кесіп алу немесе оны резекция жасау;
- б) Кесіп алу-резекция немесе жартысын алып оны сүйекпен жамау салып қалпына келтіру-пластика жасау;
- в) Кесіп алу-резекция немесе төменгі жақтың жартысын алып шандыр-бұлшық еттің шелді қабығы мен қаптамасымен-фациалды-футлярлы ота жасау;
- г) Төменгі жақ ақауын және жалған буындарды сүйекпен жамау-пластикасы арқылы орнына келтіру;
- д) Төменгі жақтың қатерсіз ісіктерін алу;
- е) Шықшыт буынының анкилозында, прогнатияда, прогенияда, микрогнатияда төменгі жақты остеотомия жасау;
- ж) Төменгі жақтың ауыр жарақатын бірінші хирургиялық өңдеу әдісі.

3. Ауыз қуысдағы оталар:

- а) Уранопластика;
- б) Ауыз қуысындағы ісіктерді алу;
- в) Ауыз қуысының үлбір қабығындағы көлемді тыртықты алу;
- г) Ауыз қуысының жарақатын тазарту.

4. Мойын мен бет аймағының жумсақ тіндеріндегі оталар:

- а) Мойын мен бет аймағындағы үлкен қатерсіз және қатерлі ісіктерді алу;
- б) Бет пен мойындағы үлкен ақауларды бітеу;
- в) Бет пен мойындағы грануляциялық жараларды пластика әдістерін қолдану арқылы бітеу;

5. Балалар және ересек адамдардың жалпы жүйке жүйесінің, жұмысы өзгерген кезде эндотрахеалды жалпы жансыздандыру-наркоз арқылы ота жасау.

6. Жергілікті дәрілерге сезімталдықтың артуы-анестетіктерге

идиосинкрозия болғанда отаны жалпы жансыздандыру – наркоз арқылы жасау.

Жалпы жансыздандыруға қарсылық. Жалпы жансыздандыруға абсолюттік қарсылық жоқ, егер жоғарғы тыныс жолдарының, өкпенің жедел ағымды қабынуы және геморрагиялық диатездер болмаса. Басқа ағзалар мен жүйелер дерттерін жалпы жансыздандыру-наркоз берер алдында және жалпы жансыздандыру-наркоз кезінде қатты ескеру қажет.

6.3. Ауруларды жалпы жансыздандыру-наркозға және отаға-операцияға дайындау

Ота алдындағы дайындық келесі шараларды қолданудан басталады:

а) Жүрек-тамыр, тыныс алу, жүйке т. б. жүйелер жұмысын тұрақты ету үшін дәрілер қолдану;

б) Организмнің кернемесін-тонусын көтеру шараларын қолдану.

Ауруды жалпы жансыздандыру-наркоз және ота-операция алдында тікелей фармакологиялық дайындау дәрі демеу-премедикация деп аталады.

Дәрі демеуде-премедикацияда қолданылатын дәрілер келесі мақсаттарға жету үшін беріледі: а) жалпы жансыздандыру-наркоз және ота-операция алдында ауру организміне жан дүниесі мен көңіл күйіне-психо-эмоционалды тыныштық жасау; б) жалпы жансыздандыруға-наркозға енуге жеңілдік жасаумен қатар наркотиктердің мөлшерін-дозасын кеміту; в) жалпы жансыздандыру-наркоз және ота-операция барысында артық рефлекторлық серпіліс (реакция) болдырмау.

Ғалымдар дәрі демеудің-премедикацияның бірнеше нобайларын-схемаларын ұсынды. Бірақ онда симпатолитикалық, ұйықтататын, аналгетикалық, дәрілер қосындысын кіргізу қажет.

Дәрі демеуді-премедикацияны ота болар алдындағы түннен бастайды. Түнгі 22 сағатта люминал 0,1%, дипразин 0,05% (балаларға 0,025%) беріледі. Отаға 2 сағат қалғанда осы дәрілерді қайта беру қажет. Ал, отаға 40 минут қалғанда 1,0-2% промедол, 0,5-1,0мл атропин ерітінділерін бұлшықетке жіберу қажет.

Осындай дәрі демеу-премедикация нобайы-схемасы толық деп есептелгенімен барлық ауруларға қалыпты-стандарт болуы тиісті емес.

6.4. Жалпы жансыздандырудың-наркоздың стоматологиядағы ерекшеліктері

Жалпы жансыздандырудың-наркоздың клиникалық ағымы көптеген себептерге байланысты. Олардың ішінде: науқастың жалпы жағдайына, жасына, ауруға, наркотиктерге, анестезиологтар мен хирургтардың өнеріне т.б. жағдайларға байланысты.

Бірақ, барлық жалпы жансыздандыру-наркоз түрлеріне тән жалпы клиника бар. **Жалпы жансыздандырудың-наркоздың жалпы үш клиникалық кезеңі болады.**

- 1) Жалпы жансыздандыруға-наркозға ену: а) ауырғанды сезбеу-аналгезия сатысы-фазасы; б) қозу сатысы-фазасы.
- 2) Жалпы жансыздандыру кезеңі.
- 3) Жалпы жансыздандырудан-наркоздан шығу:
 - а) ота бөлмесінде ояну;
 - б) отадан кейінгі ұйқы.

Хирургиялық - бірінші, екінші, үшінші деңгейде жүреді.

Бұл кезеңдер жақ-бет аймағындағы оталарда осы тәртіппен өтуімен қатар бірнеше ерекшеліктері бар. Олар патологиялық кезеңдердің анатомия-физиологиялық орналасуы; жақ-бет аймағының осыған байланысты өзгеруі; ота ерекшеліктері. Хирург пен анестезиологтың бір жерде жұмыс істейтіндіктеріне байланысты бір-біріне кедергі келтіру мүмкіндігі туады. Осыған байланысты құрал-саймандар-аппараттар мен көмекшілер орнын тағайындау қажет. Мысалы көмейге түтік орнату-интубацияны ауыз арқылы жасағанда анестезиолог пен құрал-маймандар-аппаратуралар аурудың бас жағында, мұрын қуысы арқылы жасаса хирургтың артында, ал кеңірдек-трахеостома арқылы жасалғанда аурудың кеуде тұсында орналасқандары дұрыс.

Бет-жақ аймағында орналасқан патологиялық кезеңтер жоғарғы тыныс жолдарының топографиясын өзгертеді. Осыған байланысты көмейге түтік орнатудың-интубация жасаудың өзіндік ерекшеліктері болады. Әдетте жалпы хирургияда көмейге түтік орнату-интубация ауыз қуысы арқылы жасалынса, ал жақ-бет хирургиясында бұл тәсілді ауыз толық ашылғанда, ауыз қуысында көмейге түтік орнату-интубация жасауға кедергі болмайтын патологиялық кезеңдер жоқ болса ғана пайдалануға болады. Көп жағдайларда көмейге түтік орнату-интубация мұрын қуысымен «көзсіз» және кеңірдек-трахеостомия арқылы жасалынады. Көмейге түтік орнатуды-интубацияны мұрын қуысы арқылы жасауға ауыз қуысында болатын оталар, төменгі жақта орындалатын сүйек табақшалары-пластикалары, сынық бекіту ота-операциялары негізгі көрсеткіш болып есептеледі.

Ауыз ашылымы шектелгенде қауыпты ісіктер, буынның қозғалмауы-тасбуын-анкилоздар, қарысу-сіресу-контрактуралар, өте кіші ауыз-микростома болған жағдайларда көмейге түтік орнатуды-интубацияны мұрын қуысы арқылы «көзсіз» жасауға болады. Бірақ бұл әдісті көмекей ісіктері, тыртықтар әсерінен жоғарғы тыныс жолдарының орны өзгергенде қолдануға болмайды. Оның себебі өкпені сірі-маска арқылы дем алдыру өте қиындыққа соғады. Егер ауыз ашылмаса (анкилоздар, контрактуралар), мұрын қуысы тарылса көмейге түтік орнатуды-интубацияны кеңірдек-трахеостома арқылы жасайды. Хирург-стоматологтар жұмысында аурулар (көмекейін алған, көмекей-кеңірдектің зақымдануы) трахеостомамен келулері мүмкін. Бұл жағдайда наркозды осы трахеостома арқылы беруге болады. Көмейге түтік орнатудан-интубациядан кейін жұтқыншақты фурациллин ерітіндісімен суланған дәкемен (бинтпен) жақсылап, ауыз

қуысынан өңешке қан бармайтын етіп жабу, жақ-бет аймағындағы жасалатын оталарда өте маңызы зор деп есептеледі.

Анестезиологтарға жалпы жансыздандырудың-наркоздың қандай тереңдік деңгейде жүріп жатқанын көз қарашығы арқылы тексеру өте қиын.

Өйткені көз қарашығы залалсыздандырған-стерилді жапқыш астында қалып, ол жерде хирург жұмыс жүргізеді.

6.5. Емханаларда берілетін –жалпы жансыздандыру-наркоз

Емханаларда жалпы жансыздандыру-наркоз балаларға, психикасы (есі) бұзылған адамдарға, жергілікті анестетиктерге сезімтал (идиосинкрозия) науқастарға, бір уақытта терапевтік, ортопедиялық, хирургиялық санация жасағанда беруге болады. **Жалпы жансыздандыру-наркоз** беру үшін 11,7% Шейн-Амман (1949) немесе 400 мл циклопропан + 58,9% оттегі +1000 мл 29,4% азотты оттегі қосындылары қолданылады. Жалпы жансыздандыру-наркоз науқас орындықта-креслода отырғанда беріледі.

Жалпы жансыздандыру-наркоз деңгейі бірінші хирургиялық деңгейде жүргізіледі. Егер ота көлемі кіші және аз уақыт ішінде жасалынатын болса рауш-наркоз (жалпы жансыздандыру-наркоздың 1 кезеңінің екінші сатысы-фазасы – аналгезия) қолдануға болады. Қазіргі кезде емханаларда жалпы жансыздандыру-наркоздың тыныс алу жолдары арқылы емес-ингаляциясыз көк тамыр арқылы (вена) түрі көп қолданылып жүр.

Жалпы жансыздандыру-наркоздың асқынулары. Барлық жалпы жансыздандыру кезінде кездесетін асқынуларды негізгі үш топқа бөлуге болады:

- 1) жалпы жансыздандыруға;
- 2) жақ-бет аймағындағы патологиялық кезеңдерге, науқастың жалпы жағдайына, ота ерекшеліктеріне;
- 3) анестезиолог пен хирург жіберген техникалық қателіктерге байланысты асқынулар.

Клиникалық көрінісіне байланысты асқынулар 4 топқа бөлінеді:

- 1) механикалық жарақаттану; 2) сыртқы тыныс бұзылысы; 3) жүрек-қан жүйесі жұмысының жедел жетіксіздігі; 4) тағы басқа жағдайларға байланысты асқынулар.

6.6. Кенеттен өлген кездегі реанимация (қайта тірілту — «жан шақыру»)

Организмнің клиникалық өлуі кезінде қайта тірілту үшін қолданылатын шараларды реанимация (латынша *re* — қайта, *animal* — жан, өмір).

Әрине, реаниматология — кенеттен өлген ағза, мүшелердің жұмысын

қайта жалғастыру және жедел нашарлаған организмді қайта орнына келтіру ілімі болғандықтан, оның принциптері мен тәсілдері арнайы анестезиолог-реаниматолог тағайындайтын орындарда оқытылады. Бірақ барлық медицина мамандары реанимацияның негізгі тәсілдерін, ерекше кездесетін сын жағдайларда қолдануын білуі қажет. Осындай ерекше сын жағдайларда тыныс алу және жүрек жұмыстарының жедел ағымды тоқтауларына байланысты кездеседі.

Кенеттен өлудің негізгі себептері жүрек аурулары, нәрестенің тұншығуы, сәтсіз оқиғалар, жалпы жансыздандырудың-наркоздың асқынулары. Сафардың зерттеулеріне қарағанда осы жағдайларда қайта тірілтуге болады.

Өмірдің барлық сыртқы белгісі тоқталып, бірақ қайта тірілтуге болатын организм жағдайын клиникалық өлім дейміз. Ол жүрек жұмысы тоқтағаннан кейін басталып 4-5 минутқа созылады. Егер осы уақыт ішінде тиісті шаралар қолданылмаса ми, содан кейін биологиялық өлім келеді.

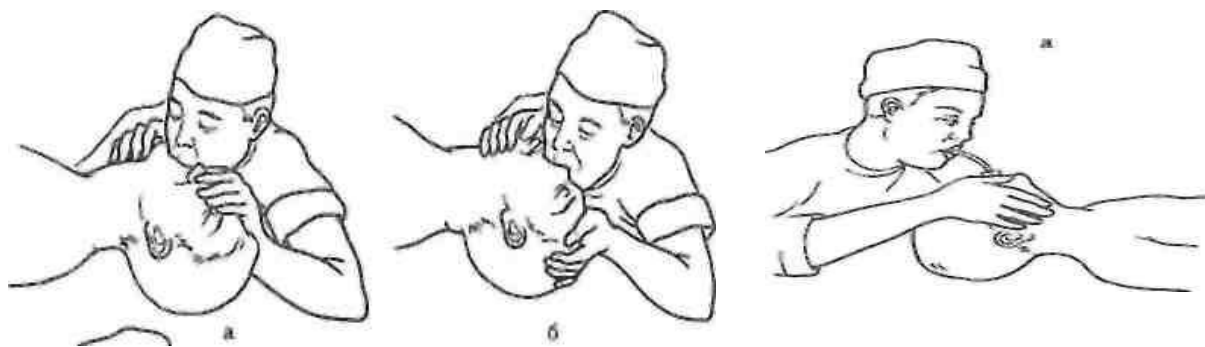
Жүрек жұмысының тоқтау салдарынан қан қозғалысы және, тыныс алу тоқтайды, оларға байланысты, сыртқы және ішкі газ айналымы тоқтайды. Гипоксия және гиперкапния (тыныс алу ацидозы) кезеңдері-процестері басталады. Жүрек тоқтағаннан соң 1-2 минуттан кейін организмде болған гипоксияның әсерінен метаболдық ацидоз (толық қышқылданбаған заттардың жиналуы) пайда бола бастайды.

Жүрек тоқтауының (клиникалық өлімнің) белгілері: 1) тамыр соғуының тоқтауы; 2) дем алу жоқ немесе соңғы тыныстар; 3) көз қарашығының толық кеңуі (жүрек тоқтағанынан 1 минуттан кейін) және қозғалмауы; есінің жоғалуы; тері түсінің бозаруы немесе көгеруі, егер жара болса, одан қан ағуының тоқтауы.

Жүрек тоқтағанда қолданылмайтын әрекеттер (4-5 минуттан кейін ми өлетін болғандықтан, секундпен саналатын қымбат уақытты өткізіп алмау керек); Қан қысымын өлшеу мен кеуде тынысын тыңдауға уақыт жібермеу; Электрокардиограмма жазудың (бұны реанимациялық шараларды бастағаннан кейін) қажеті жоқ; Қан жүрісі тоқтауына байланысты дәрілер енгізудің қажеті жоқ; Ерітінділер және қан құю үшін көк тамыр арқылы-система қоюдың қажеті жоқ. Оны реанимация басталғаннан кейін қоюға болады; Жәрдем шақыруға жүгірмеген абзал.

Жүрек тоқтағанда қандай шаралар қолдану қажет? Тездетіп, жалғыз нәтиже беретін реанимациялық шара қолдануға кірісу керек. Яғни жүректі массаждау арқылы қолдан дем алдырып және қан айналымын жақсарту. Бұл шаралар гипоксия және гиперкапнияны азайтып, миды өлімнен сақтап, клиникалық өлім уақытын ұзартады.

Қолдан дем алдырудың ауызбен ауыз арқылы әдісі.



Сурет-23. Алғашқы жәрдем түрлері

а- бір қолмен маңдайды басып, екінші қолды мойын астына жіберіп аурудың басын барынша артқа қарай шалқайту керек. б-маңдайдағы қолмен мұрынды қысып жабады, ал өз аузымен аурудың аузын толық қамтиды; в- ауызбен ауаны аурудың өкпесіне кеудесі көтерілгенше үрлейді;

Реанимация кезеңдері:

I - орталық жүйке жүйесіне жедел ауа (газ) жеткізу (оксигенация);

II - қан айналысын қалпына келтіру;

III - қалпына келтірілген кезеңдерді әрі қарай жалғастыру.

I. Қолдан дем алдыру (жедел түрде кірісу қажет), оның екі әдісі бар:

1. Экспираторлы: ауызбен ауыз, мұрын, түтік арқылы (1 сурет).

2. Аппараттық: дем алдыратын немесе наркоз беретін аппараттар арқылы

Аппараттық дем алдыру әрқашан жақсы нәтиже береді, бірақ барлық жағдайда дем алдыруды экспираторлық әдістен бастайды. Өйткені бұны ұйымдастыруға ешқандай уақыт кетпейді.

Қолдан дем алдырудың ауызбен ауыз арқылы әдісі. 1) Бір қолмен маңдайды басып, екінші қолды мойын астына жіберіп аурудың басын барынша артқа қарай шалқайту керек. Бұл тілдің көмейге жылжымауын қамтамасыз етеді; 2) Маңдайдағы қолмен мұрынды қысып жабады, ал өз аузымен аурудың аузын толық қамтиды; 3) Ауызбен ауаны аурудың өкпесіне кеудесі көтерілгенше үрлейді; 4) Ауыз бен мұрынды босатқанда еріксіз дем шығады; 5) Бір минут уақытта 12-15 рет ауыз арқылы өкпені үрлейді;

Ауыз-мұрын арқылы қолдан дем беру әдісі. 1) Бір қолмен маңайдан ұстап, екінші қолды төменгі жақастына жіберіп ауызды жабады; 2) Ерінмен мұрынды жақсылап жабады, төменгі жақты сол қалпында ұстайды; 3) Ауызбен ауаны аурудың өкпесіне мұрын арқылы кеудесі көтерілгенше үрлейді; 4) Ерінді мұрыннан алып, төменгі жақты ұстап тұрған қолымен ауызды ашқанда еріксіз дем шығады; 5) Бір минут уақыт ішінде 12-15 рет өкпені осылай үрлейді.

Жоғарғы тыныс жолдарын тазарту. Ауыз қуысы және жоғарғы

тыныс жолдары құсық, қан, тағы басқа заттармен бітеліп қалған жағдайда, оларды реанимация жасаудан бұрын алып тазалау қажет. Ол үшін ауруды етпеттен жатқызып қолмен жауырын аралығынан ұрады, саусақтарды орамалмен немесе басқа шүберекпен орап ауыз қуысын тазалау керек. Егер кішкене бала болса, оның аяғынан бір қолымен ұстап басын төмен жіберіп ауыз қуысын тазалап, көмекейі мен тамақта тұрған заттарды бос қолдың саусақтары арқылы жауырын ортасынан ұрып түсіруге болады.

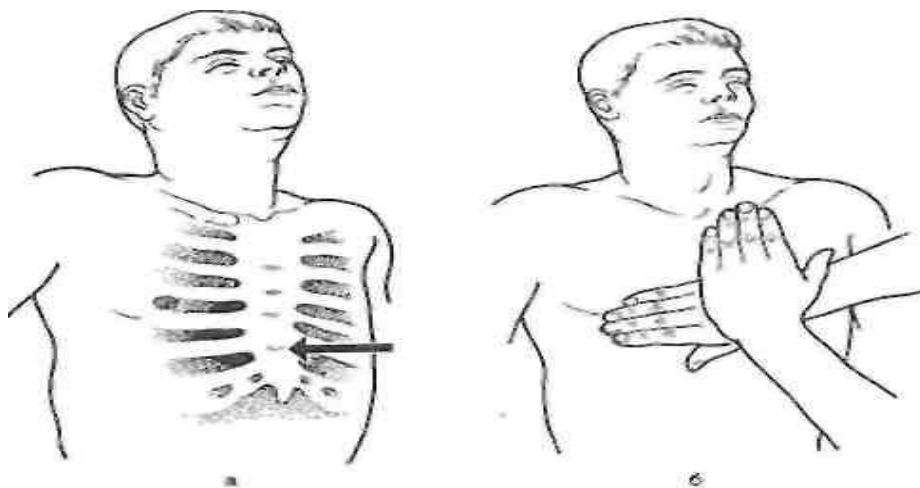
Дем алдыратын немесе наркоз аппараттарымен дем беру кеңірдекке түтік жіберу арқылы жасалады. Оны тек анестезиолог-реаниматолог жасаған жөн.

II. Жүрекке массаж жасау (уқалау, сығу)

Бұл қан айналымын қолдан қалпына келтіріп, газдарды ағзалар мен жүйелерге тарату.

Жүректі сырттан сығу. Жүректі кеуде мен омыртқа желісінің аралығына қысу. Аурудың клиникалық өлу уақытында кеудені омыртқа желісіне қарай 4-5 см тереңдікке қысып жылжытуға болады (2 а, б-сурет).

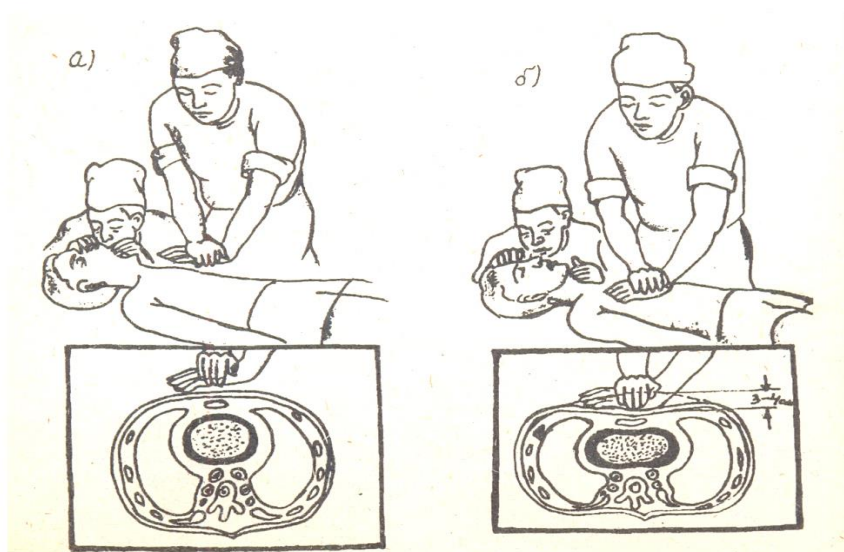
Әдісі. 1) Ауруды шалқасынан қатты нәрсеге (жерге, еденге, столға, арбаға) жатқызады. 2) Реаниматордың алақаны кеуденің төменгі 1/3 орналасып, кеудеге тек білезік сүйегі тиюі қажет. 3) Төсте жатқан алақанның сыртқы жағына екінші қолдың алақаны қойылып кеудені омыртқа желісіне қарай, шынтак буынын сәл бугіп, кеуденің жоғарғы жағынан барлық салмағымен бір ырғақпен қысу қажет. 4) Ересек ауруларға 1 минут уақыт аралығында 50 рет кеудені басу керек, ал балалар кеудесін бір қолмен немесе саусақпен 1 минут уақытта 100-120 рет басу қажет. 5) Жүрек массажы (қысу) қолдан дем берумен қатар жүргізіледі. Егер реанимацияны бір адам жасайтын болса, онда 2-3 рет ауыз немесе мұрын арқылы дем бергеннен кейін кеудені 15 рет басу қажет. Ал екі адам жасаған уақытта бірі дем салып, ал екіншісі кеудені басады. Бұл жерде айтатын өте қажет жағдай, өкпені үрлеу мен кеудені басу бір-бірімен қатар болмай, бірінен соң бірі жасалуы керек.



Сурет -24. Жүрекке массаж жасау (уқалау, сығу)

а — реаниматордың алақаны кеуденің төменгі $\frac{1}{3}$ орналасып, кеудеге тек білезік сүйегі тиюі қажет. б — төсте жатқан алақанның сыртқы жағына екінші қолдың алақаны қойылып кеудені омыртқа желісіне қарай, шынтақ буынын сәл бугіп, кеуденің жоғарғы ағынан барлық салмағымен бір ырғақпен қысу қажет.

2. Жүрекке ашық немесе тікелей массаж (уалау) жасау. Жүректі сырттан сығу тәсілі 1-2 минут ішінде нәтиже бермеген жағдайда, кеудені ашып оны тікелей сығу тәсілі қолданылады. Ол үшін асептиканы ескермей, қолға түскен өткір пышақпен, төстің сол жағынан бір елі қалдырып кеудені IV-V қабырға аралығымен жұмсақ тіндерді орталық қолтықтасты сызығына дейін кесіп кеудені және жүрек қабын ашады. Осыдан кейін жүректі екі алақан арасына салып минутына 60-80 рет бір қалыпта қысады. Бұл әдісті жүрек жұмысы қалпына әкелгенше жасайды.



Сурет-25 . Жүрекке сыртынан жабық массаж жүргізу

Содан кейін жүрек қабын жиналған сұйықтан босатып оны тігеді, Кеуде тіндері қат-қабат тігіледі.

3. Жүрек массаждарының (сыртқы, ішкі) нәтиже көрсеткіштері. Егер қан айналымын қалыпты жағдайға келтірсе (әсіресе мидың) жүрек массажы жақсы нәтиже берген болып есептеледі. Массажды 5 секундтан (Гордан) артық уақытқа тоқтатуға болмайды. Оны үзіліссіз жасау қажет, Жүрек массажының нәтижесі болған жағдайда оның соғуы және дем алуы қалпына келгенімен, мидың толық тірілуі болмайды. Сондықтан жүрекке массаж жасағаннан соң бірден оның жұмыс нәтижесін тексеру керек.

Жүрекке массаж нәтижесінің көрсеткіштері: 1. Кеудені басқанда

немесе жүректі қысқанда ұйқы тамырларының соғуы білінеді.

2. Егер атропин, эфедрин, адреналин сияқты, көз жанарын қысатын дәрілер енгізілмесе ол кішірейеді. Сонымен қатар бетке және ерінге қан жүгіріп, олардың түсі жақсарады.

3. Көбінесе, сфигмометр арқылы қан қысымын анықтауға болады. Әдетте оның деңгейі сынап бағанасымен 70-80 мм жетеді. Бірақ, көп жағдайда қосымша ем тәсілдері қолданылады.

Жүрек жұмысын қалпына келтіру. Қолдан дем беріп, жүрек массажын бастағаннан кейін бірден миокард және қан тамырлары жұмысын көтеретін шаралар қолдану қажет. Олар үшін:

а) Миокардтың күшін көбейтетін дәрілер қолдану. Норадреналин - 0,5 мл немесе адреналин— 0,5 мл. Қосымша - 5,6 мл 10% кальций, 1 мл 0,1% атропин ерітінділерін бір шприцпен ұзын ине арқылы төс сүйегінің сол жағасынан 1 елі алып IV-V қабырғалар арасымен, жүректің сол жақ қарыншасынан енгізу керек. Енгізер алдында поршенді сыртқа қарай тартқанда шприцке қан құйылуы қажет. Егер массаж бен қолдан дем беру нәтижелі болса, онда бұл дәрілерді вена ішіне жіберуге болады.

б) Метаболды ацидозбен күресу. Ол үшін венаға— 75 мл 5% бикорбонат ерітіндісін әрбір 5 минут сайын жіберіп отыру керек (Сафар). Бір тәулік ішінде 200-600 мл бикорбонат құюға болады (Неговский). Ерітіндіні дайындау әдісі: 5 г соданы 100 мл ыстық стерилді дистилляциядан өткен сумен араластырады. Тығыз тығынмен аузы бекітілген, ішінде 5% бикорбонаты бар флаконды 30 минутқа автоклавқа салып стерилизация жасау керек.

в) Жүректі электр тогымен дефибриляция жасау. Егер массаж, қолдан дем беру нәтижелі бола тұрып және жоғарғы айтылған дәрілерді енгізгеннен кейін жүрек жұмыс істемесе, онда жүрек қарыншаларының фибриляциясы (дірілдеуі) болғаны. Онда жүрекке электр тогын жіберу арқылы дефибриляция жасау қажет. Дефибрилятордың электродтарын хлорлы натрийдің изотониялық ерітіндісімен ылғалданған дәкемен бірін оң жақ жауырын астына, екіншісін жүрек ұшына қатты басып ұстайды.

Дефибриляцияны 3,5 Ку ток күшінен бастап, әр бірінде 0,5 Ку қоса отырып 6 Ку дейін апарады. Дефибриляция жасаған кезде ауруға ешкім жанаспау қажет.

г) Глюкокортикоидтарды енгізу. Ол үшін келесі дәрілерді қолдануға болады: преднизолон 30-60 бірлік, 150-300 мг (ерітінді ампулада 25 мг, оны енгізу алдында 5 мл бикорбонат ерітіндісімен қосу қажет); 150-300 мг гидрокортизон ацетатын 5% глюкоза ерітіндісінің 250-500 мл қосады. Осы айтылған дәрілерді венаға енгізеді.

д) Жүрек энергетикасының қорын молайту үшін: 30% глюкоза +12 бірлік инсулин; 1% глюкоза + 2 мл АТФ; В витамині,

кокарбоксилаза ерітінділерін венаға құю қажет.

з) Жүректің тоқтау себебін жою. Жоғарыда айтылған реанимациялық шаралармен бірге, жүректі тоқтатқан себептермен күресу қажет. Мысалы: қан азаюымен күрес, организмді удан тазарту т.б.

Есте сақтайтын негізгі қағидалар; 1) Жүрек жұмысы өз бетімен дұрысталмағанша жүрек массажын және қолдан дем беруді тоқтатпау қажет. Үзіліс тек жүрек ішіне дәрілер енгізу және дефибриляция жасау уақытында ғана; 2) Жоғарыда айтылған барлық ем жүрек уқалауын-массажын және қолдан дем берумен қатар орындалады.

III. Қалпына келтірілген кезеңдерді әрі қарай жалғастыру.

Жүрек жұмысы өзі бетімен қалыптасқаннан кейін реанимацияның үшінші кезеңі басталады. Егер жүректің уақыты қысқа болып, қан айналымын аз уақытта өз қалпына келтірсе ауру бір сағат ішінде есіне келуі мүмкін. Ал аурудың жалпы жағдайы, жүрек тоқтау алдында ауыр болса реанимациялық шаралар көп уақытқа созылып, орталық нерв жүйесі жұмысының қалыпқа келуі бірнеше сағаттан тәуліктерге созылады.

Орталық нерв жүйесінің жұмысын қалыпқа келтіру, реанимациялық бөлімшелер немесе интенсивті терапия бөлмелерінде дәрігер-анестезиолог-реаниматологтар міндеті болып есептеледі. Бұл бөлімшелер барлық ауруханаларда болуы тиіс.

6.7. ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯДАҒЫ ЖЕРГІЛІКТІ ЖАНСЫЗДАНДЫРУ

Науқастың есі қалпында бола тұра, оның денесінің белгілі бір жерінде ауырғанды сездірмеуге бағытталған іс-шаралар жергілікті жансыздандыру-анестезия деп аталады.

Ота-операция болатын жердің ауырғанын сездірмеуге әрекет ерте кездерден-ақ белгілі. Мысалы, египеттіктер ота-операцияның алдында теріні крокодилдің майымен сылаған, мемфис тасын сірке суымен араластырып теріге таңып қойған. Орта ғасырларда теріге меңдауана араласқан май жаққан. Аталған әдістер жөнді нәтиже бермеген соң жансыздандыру-анестезия үшін механика, физика әдістерді қолданыла бастады. Жүйке- нерв талшықтарын қысу, мұз басып мұздату 16 ғасырда қолданылса, бертін келе 19 ғасырдың 70 жылдарында жергілікті жансыздандыру-анестезия үшін эфир, хлороформ, бромэтил жиі қолданылды. Стоматологияда тек хлорэтил ғана кеңінен пайдаланылды. Ол негізінен абсцестерді, флегмоналарды тілуде, тіс жұлуда әжептәуір нәтиже береді. Жансыздандыру-анестезия үшін суықты пайдалануды С.Е.Березовский ғылыми еңбектерінде арқау етті.

1843 жылы Воод үшкіл жүйкенің ұстамалы ауруын (нервтің невралгиясын) емдеуге алғаш рет морфин мен апиын ерітіндісін екті.

Әйтседе жергілікті жансыздандырудың-анестезияның тарихы 1879 жылы фармаколог В. К. Анрептің кокаинды қолдануынан басталады. Алғаш рет оны 1884 жылы Австрияда көзге ота-операция жасағанда (Коллер) қолданды. Кейінірек жергілікті жансыздандыруда-анестезияда жақ-бет оталарында-операцияларында қолданыла бастады. 1885 жылы Голдстадт астыңғы жақ қуысына кокаин енгізіп алғаш рет тіс жұлды. Бірақ кокаинмен улану, тыныс, жүрек орталықтарының салдануы (параличі), науқас өліміне соқтыруы бұл саладағы ізденістерді жалғастыруға мәжбүр етті.

1905 жылы Эйнгорнның новокаинды ашуы үлкен жаңалық болып, жергілікті жансыздандыруда-анестезияда жаңа дәуір басталды.

Содан бері жергілікті жансыздандырудың-анестезияның үлкен бір тармағы қалыптасты.

6.8. ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯДА ЖЕРГІЛІКТІ ЖАНСЫЗДАНДЫРУҒА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ДӘРІЛЕРГЕ КЛИНИКА-ФАРМАКОЛОГИЯЛЫҚ ТАЛДАУ ЖАСАУ

Сезімтал жүйке (нерв) талшықтарына (афферентті) жанасқанда ондағы жүйке серпінін (нерв импульсін) тоқтататын дәрілерді жергілікті жансыздандыру дәрілері немесе анестетик деп атайды. Олар кейде жүйке (нерв) сабақтарына, яки оны қоршаған тінге енгізілсе тағы бірде ерітінді, май күйінде кілегей қабыққа жағу арқылы әсер етеді.

Хирургиялық стоматологияда көбірек қолданылатын жансыздандыру дәрілері немесе анестетиктер: новокаин, тримекаин, лидокаин, бенкаин және дикаин. Химиялық құрылымы жағынан олар екі топқа бөлінеді.

1. Күрделі эфирлер, 2. Амидтер тобы.

Жансыздандыратын дәрі-дәрмектердің молекулалық құрамы 3 бөлімнен тұрады:

- Липодильді- майлы (хош иісті топ)
- Гидрофильді- сулы (аминді топ)
- Аралық қоспалар (эфир және амид қоспалары)

Күрделі эфирлер тобы. Күрделі эфирлердің құрамы өте тұрақсыз болғандықтан, олар қанның плазмасында тез ыдырайды, өте улы емес, эфирлік байланысы тұрақсыз және нашар болғандықтан суда тез ериді, сондықтан жансыздандыру уақыты ұзақ емес, қысқа. Кокаин өте улы болғандықтан қазір қолданылмайды. Новокаин, дикаин, анестезин.

Новокаин (пирокаин, аллокаин) күрделі эфирлердің хлорсутекті тұзы. Ол түссіз, иіссіз қырлы біртекті қатты зат (кристал). Суда (1:1), спиртте (1:8) оңай ериді. Хлорлы натрий изотоник ерітіндісінде (100°) 30 минут қайнатып дайындауға болады. Новокаин сілтіде тез суға ыдырайды, гидролизге ұшырайды. Улылығы аз, қолдануға ыңғайлы болғандықтан басқаларына қарағанда новокаин көбірек қолданылады. Жергілікті жансыздандыруға (инфильтрацияға)-0,25-0,5-1,0%

ерітінділері, жақ пен тіске өткізгіш, Жергілікті жансыздандыруға (инфильтрация анестезиясына)- 2% ерітінді қолданылады. Терминальды (беткей) Жергілікті жансыздандыруға (анестезияға) әсерінің аздығынан қолданылмайды. Құрғақ новокаинның бір реттік жоғары мөлшері 1 грамм. Ересек адамға бір ретте 1% новокаиннен 75-100 мл-ден, ал 2% ерітіндіден 50 мл-ден артық енгізуге болмайды.

Дикаин (тетракаин) де күрделі эфирдің хлорсутекті тұзы, түссіз, иіссіз, кристалды ұнтақ. Суда, спиртте оңай ериді. Дикаин новокаинге қарағанда 10-15 есе күшті жансыздандыру дәрілері немесе анестетик, соған қарай оның улағыш әсері де соншама рет артық. Кілегей қабықтан оңай өтіп әсер етуі мүмкін, оның 1-3% ерітінділерін терминальды (беткей) жансыздандыру дәрілері немесе анестетик ретінде пайдалануға болатындығының дәлелі. Жоғары улағыштығын ескеріп оны 10 жасқа толмаған балаларға қолдануға, инъекция (егу) жасауға болмайды. Бір реттік жоғары мөлшері ересек адамға 0,09 г құрғақ зат (немесе 3% ерітіндіден 3 мл).

Амидтер тобы. Бұлар күрделі эфир тобымен салыстырғанда ұзағырақ уақыт әсер ететін жаңа жансыздандыру дәрілері немесе анестетиктер, құрамы тұрақты, РН-тың төмендеуіне төтеп бере алатын, тіндерге ену дәрежесі жоғары (қабыну кезеңдерде), жансыздандыру нәтижесі өте жоғары. Сол үшін заманауи хирургиялық стоматологиялық көмек көрсетуде көпшілік жағдайларда негізінен амидтер тобына жататын жансыздандыру дәрі-дәрмектерінен қолданылады.

Олар: лидокаин (сикоин, лигноспан, ксилонол, ксилодонт, ксилокаин), мепивакаин (карбокаин, мепивастезин, скандонест), артикаин (ультракаин, септонест, альфакаин, убистезин, **суперкаин**), бупивакаин (маркаин, дуракаин).

Лидокаин (ксилокаин, ксикаин, лагнокаин) - бұл да хлорсутекті тұз. Ақшыл-сары кристалды ұнтақ. Суда, спиртте ериді. Дым тартқыш. Жарықта ұзақ тұрса сарғаяды. Ерітіндісін суда (100°) 30 минут қайнатып дайындайды. Новокаиннен 2,5 еседей күшті жансыздандыру дәрілері немесе анестетик, әсері ерте басталып ұзақ жалғасады. Улағыштығы аз, 0,5% ерітіндінің улағыштығы новокаинмен тең түссе, 1-2% ерітінділері новокаиннен 40-50%-тей артық. Терминальды өткізгіш және жансыздандыру дәрілері-инфильтрация анестезиясына ыңғайлы. Бір ота-операцияға 0,25% ерітіндінің 1000 мл-ден, ал 0,5% 500 мл-ден аспауы керек. Стоматологияда қолданылатын 1-2% ерітіндінің бір рет пайдалануға 20-30 мл-ге дейін ғана жұмсалады.

Тримекаин (мезокаин) — химиялық құрамы лидокаинге ұқсас. Ақ, сарғыш, ащы ұнтақ. Суда, спиртте жақсы ериді. Оның ерітіндісін хлорлы натрийдің изотоникалық ерітіндісіне (100°) 30 минут қайнатып дайындайды. Аппликация ретінде де әсері бар. Улағыштығы дикаиннен 16 есе аз десек те, оның 1% ерітіндісі новокаиннен 1,2-1,6 есе улағыш, тінді тітіркендірмейді. Стоматологияда 1-2% ерітінділері жиі қолданылады,

жансыздандыру дәрілері-инfiltrацияға 0,25-0,5% ерітіндісі жарайды. Бір мезгілде 0,25%-800 мл, 0,5% -400 мл 1%-100 мл және 2% ерітіндіден 20 мл дейін енгізуге болады. «Б» тізімінде (дикаин «А» тізімінде) аузы тығыз жабылған, жарық түспейтін жерде сақталады. Дәріханада даярланған ерітіндіні 2-3 күннен артық сақтауға болмайды. Дәрі-дәрмек (фармацевтика) өндірісінде даярланған ампулаларды қолдану мерзімі көбірек. Ерітінді шартты түрде түссіз, мөлдір болуы керек. Қолдану алдында жаңылыстан

сақтану үшін тексеріп көрген абзал. Бұл үшін Лукомскийдің новокаинге арналған сынағын жасауға болады. Сынақ өткізу үшін 2 пробирка алып, біреуіне реактив 1:1000 2 мл марганец қышқыл калий құйып, оған 2 мл тексерілетін ерітіндіні құяды. Екінші пробиркаға реактив құйып 1-2 минуттан соң оларды салыстырады. Бірінші пробиркада сарғыш түстің пайда болуы ерітіндінің новокаин екендігін дәлелдейді.

Мепивакаин (карбокаин, скандикаин) – амидтер тобына жатады. Әсер ету жағынан лидокаинге жақын, бірақ оған қарағанда әсер ету мерзімі ұзақ, улылау. Мепивакаин сорылуы баяу, сонымен қатар қан-тамырларды кеңейтпейді. 2%-3%-ды ерітінділері жергілікті және өткізгіштік жансыздандыруда қолданылады. Ең жоғарғы мөлшері-4,4мг/кг.

Мепивакаиннің 3%-ды ерітіндісі қолдануға ең тиімді болып саналады.

Артикаин-Суперкаин - Жергілікті жансыздандыру үшін қолданылатын амидтер тобының тиофендер топшасына жатады. Әсер ету механизмі нейрондар мембранасының босаңсуымен және жүйке талшықтарының қозғалыстарының пайда болуымен және олардың өтуін тоқтатуымен байланысты болады. Әсер етуі тез пайда 1-3 минутта болады да ұзақтығы 45-75минутқа созылады. Дәрі қан-тамырларға және тіндерге кері әсерін тигізбегендіктен жараның біту мерзімі қысқарылады. Плазма протеиндері мен 95% байланыста болады. Бұл дәріні Өзбекістан Республикасы мен Түркия Республикасының біріккен фармацевтикалық «Тошкент-Samsung LTD» бірлестігі жасап шығарады. **Суперкаиннің** фармакологиялық қасиеттерін және нарықтық жағдайын егжей-текжей зерттеп үйренген ғалым медицина ғылымдарының кандидаты, жоғары санатты бет-жақ аймағы хирургі, І-ші Ташкент Мемлекеттік Медицина Институтының түлегі **Темуров Фазладин Тұрабайұлы**. 2006 жылдан бері Қазақстан Республикасында тіркеуден өту үшін хұжаттар Фармация комитетіне тапсырылған.

Бупивакаин – амидтер тобына жатады, жансыздандыру әсері жағынан новокаиннан 6 есе, ал улылығы жағынан 7 есе асып түседі. Ең жоғарғы мөлшері-175мг.

6.9. ЖЕРГІЛІКТІ ЖАНСЫЗДАНДЫРУДЫҢ (АНЕСТЕЗИЯНЫҢ) КҮШІН АРТТЫРЫП, ӘСЕРІН ЖӘНЕ

МЕРЗІМІН ҰЗАРТАТЫН ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕР

Жергілікті жансыздандыруды (анестезияны) күшейту және ұзарту үшін тамыр тарылтқыш заттар (адреналин, норадреналин, вазопрессин) аз мөлшерде жансыздандыру дәрілеріне (анестетиктерге) қосылады.

Адреналин гидрохлоридінің 0,1% ерітіндісі бір ретік жоғары мөлшері тері астына жібергенде 1мл, яки 16-20 тамшы. Адреналинді жансыздандыру дәрілеріне (анестетикке) қосқанда мынадай қатынасты сақтау қажет: 5-10 мл жансыздандыру дәрілеріне (анестетикке) -1 тамшы. 100 мл анестетикке-2-3 тамшы. Жансыздандыру дәрілеріне (анестетикке) қосылған адреналин тіндегі капилляр мен майда қан тамырларын тарылтып, жансыздандыру дәрілерінің (анестетиктің) тез тарап кетуін баяулатады.

Сонымен қатар ота (операция) кезінде қан ағу азаяды. Жансыздандыру дәрілерінің (анестетиктің) күшін арттырғанмен адреналин қан қысымын көтеріп жіберуі мүмкін, бронх бұлшықетінің кернемесін (тонусын) босатып еңтігу, жүректің жұмысын тездетіп, жүрек аритмиясына әкеп соқтырады. Қан қысымы жоғары, жүрегі, бүйрегі ауыратын адамдарға адреналинді қолданбаған жөн.

Адреналиннен уланған адамға фентоламин (ол эндо-экзогендік адреналинді тежейді), диурезді арттыратын дәрілер (Рингер ерітіндісі, лазекс), нитроглицерин қолданылады.

Соңғы кездері улағыштығы аз, тамырларды тарылтқыш жаңа дәрілер алынды. Олар: норадреналин, мезатон, вазопрессин. Олар жансыздандыру дәрілерінің (анестетиктердің) күшін, мерзімін арттырғанымен, қан ағуын онша азайта алмайды.

6.9.1.Жергілікті жансыздандырудың (анестезияның) түрлері

Жергілікті жансыздандыру (анестезия) инемен дәрі құю (инъекциялы) және инемен дәрі құю емес (инъекциялы емес) болып бөлінеді. Инемен дәрі құюға (инъекциялыға)-ішке сіңу (инфильтрациялық), өткізгіштік, А.В. Вишневскийдің «жылжушы ұйыспасы (инфильтраты)», инемен дәрі құю емес (инъекциялы емеске)-химиялық, физикалық, физика-химиялық, инесіз инъектор, инерефлексанестезия жатады. Қазіргі кезде дәрігер-стоматологтар жергілікті жансыздандыру әдістері-нің жіктелуі бойынша мынандай сызба түрінде қолданылуда (Супиев Т.Қ.2006).

Жергілікті жансыздандыру әдістерінің жіктелуі.

(А.А.Вишневский 1974; А.Ф.Бизяев 1998)

Жергілікті жансыздандыру

Ішке сіңу (инфильтратты)

жабыстыру-аппликация

аймақтық-регионарная

соңғы-терминальная

беткей-поверхностная

өткізгіштік-проводниковая

Жергілікті жансыздандырудың ішке сіңу (анестезияның инъекциялы) емес түрлері. Аппликация жансыздандыруы (сыртқы-терминальды, химиялық түрі) жансыздандыру дәрісін-анестетикті белгілі бір жерге жағу немесе басып тұру. Жансыздандырудың бұл түрі ауыз қуысы мен мұрынның кілегей қабығына қолданылады (дикаин, лидокаин, анестезин).

Кілегей қабықты сілекейден құрғатып, мақталы тампонды жансыздандыру дәрісіне-анестетикке батырып немесе ұнтағын сеуіп жансыздандыру-анестезия жасалатын жерге 2-3 минутке қояды.

Химиялық түріне көз ауруларында қолданылатын тамшыларды (инстиляция) айтуға болады.

Физикалық түріне өте төмен температурамен мұздату (хлорэтил) жатады. Себілген дәрі тез буланып тін салқындап барып мұздайды, нәтижеде сыртқы жүйке-нерв талшықтарының өткізгіштігі тоқтатылады.

Хлорэтил (қайнау температурасы 12-13°) шиша ыдыста-ампуладан 30-35 см қашықтықтан жансыздандыру-анестезия жасалатын жерге шапшып ағады. Бұл тәсіл қазір стоматологияда қолданылмайды.

Физика-химиялық түрі — бұл электрофорез арқылы жансыздандыру дәрісін-анестетикті тінге енгізу. Үшкіл жүйкенің-нервтің невралгиясын емдеуге, тістің қатты тіндерін жансыздандыру-анестезия жасауға қолданылады.

Соңғы кездегі стоматологияда жансыздандырудың-анестезияның жаңа түрлері рефлекстерапия, инешаншу, электроakupунктура - аналгезия өріс алды.

Жергілікті жансыздандырудың ішке сіңу (инъекциялы) түрлері. Жансыздандыру дәрісін-анестетиктің тінге ине немесе жоғары қысым арқылы енгізілуі ішке сіңу- инъекция түріне жатады. 1853 жылы Вудтың іші қуыс ине арқылы ота жасалатын жерге әртүрлі дәрілерді енгізуі ішке сіңу жансыздандыруына-инъекциялы анестезияға жол ашты. Шприц пен инеге мынадай талаптар қойылады: поршеньнің шприцке дәл келуі, иненің ұзындығы 4-5 см-дей болуы, тиісті тереңдікке енгізілген соң да иненің 1-1,5 см-дейі қалуы керек, иненің түбі таттанбаған, ұшы қайырылмаған, ұшы 45° бұрышпен өткір болуы шарт. Ең дұрысы бір-ақ рет қолданылатын шприц.

Аспаптарды залалсыздандыру. Ыдысты шприц пен инені мұқият жуады, сонан соң биолот (1 литр суға 5 г биолот) ерітіндісі немесе 3% сутегі тотығына (H_2O_2) 0,5% синтетикалық жуатын ерітіндімен тазартады. Тағы да суға жуып 45 минут бойы тазартылған суда қайнатады. Шприцтерді шынысын дәкеге орап, поршенін бөлек алып салқын суға салып қайнатады. Инелерді мандрендерімен қайнатады. Шприцтер мен

инелерді арнайы ыдыстарда-стерилизаторда, дайындайды.

Жансыздандырудың ішке сіңу-анестезияның инъекциялы түрлерін дәл орындау үшін, жақ пен беттің анатомиясын, жақ сүйектердің құрылысы мен кілегей қабықтың жылжымалы, жылжымайтын бөліктерін білу, тістердің жүйке талшықтарымен-иннервациясы, жақ айналасындағы тіндер жайлы мәліметтерді жете білу қажет.

Жансыздандырудың ішке сіңу-анестезияны орындауда мынадай реттілік шараларды есте сақтаған абзал. Олар нысана жансыздандыру дәрісін- анестетиктің жіберілетін жері, нысананы анықтайтын белгілер (нысана маңындағы анатомиялық құрылымдар), ине шаншитын нүкте (ине бағытының қиылысы), бағыт, шаншу тереңдігі, жансыздандыру-анестезия жасайтын жүйке-нерв, жансыздандыру-анестезия аймағы.

6.10. Жақ пен жақ айналасының жүйкеленуі

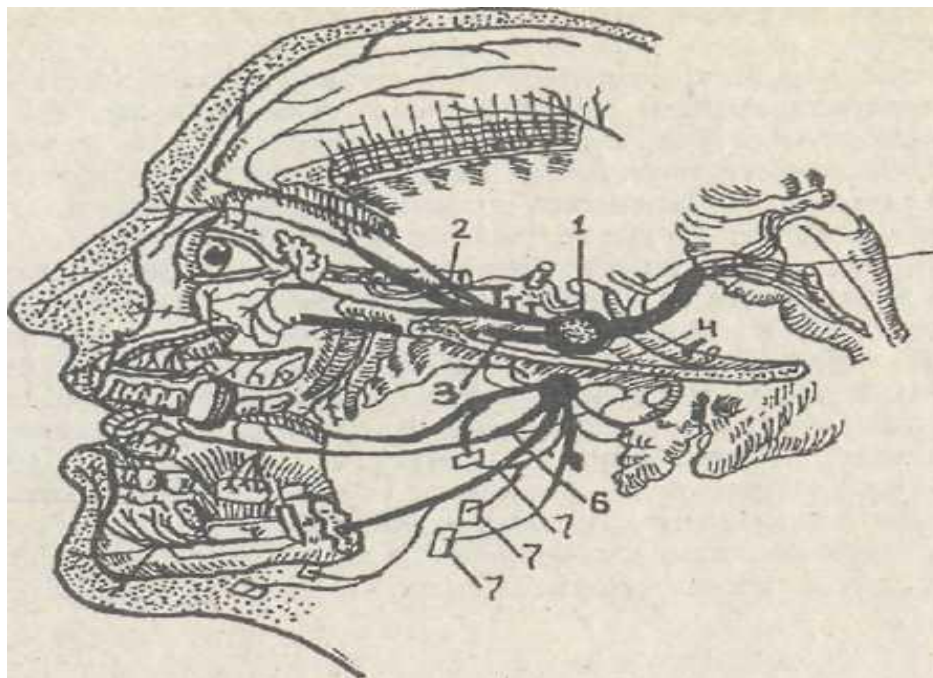
Тістер, жақ, ауыз бен беттің жұмсақ тіндері, көз, сезу мүшелері түгелімен дерлік үшкіл жүйке (5 жұп) арқылы жүреді. Үшкіл жүйке (n.Trigeminus) — аралас жүйке, оның жуан түбіршегі — сезу, жіңішке түбіршегі- қимыл жүйкелері (26-сурет).

Сезу түбіршегі самай сүйегінің пирамида ойығында (Мекель қуысы) Гассердің жарты ай түйінін құрайды да негізгі үш тарамға бөлінеді.

1) көз жүйкесі (n.ophtalmicus), 2) жоғарғы жақ жүйкесі (n.maxilaris), 3) төменгі жақ жүйкесі (n.mandibularis). Төменгі жақ жүйкесіне Гассер түйінін құрауға қатыспайтын қимыл түбіршегі келіп қосылып, ол аралас жүйкеге айналады.

Көз тарамы жоғарғы көз саңылауы арқылы көз шарасына енеді. Оның алдында ол көз жасы (r.lacrimalis), маңдай (n.frontalis), мұрын-кірпік (n.nasociliaris) жүйкелеріне бөлінеді. Мұрын-кірпік жүйкесі көз шарасында медиальды орналасқан, оның тармақтары қабақ, көз жасы қалтасы, сына тәрізді қуыстың артқы тор ұяларының, мұрынның алдыңғы, бүйір бөліктерінің кілегей қабықтарын, сонымен қатар көз алмасын, мұрынның шеміршегін, жанын, ұшының біразын жүйкелендіреді.

Маңдай жүйкесі көз шарасының жоғарғы қабырғасының ортасымен жүріп үшке бөлінеді: 1) Көзүсті жүйкесі (n.supraorbitalis); 2) Маңдай бұтағы (r.frontalis); 3) Шығыршақүсті жүйкесі (n.supratrochlearis) сурет-26.



Сурет -26. Үшкіл жүйкесінің құрылысы:

1-үшкіл түйіні; 2-көз жүйкесі; 3-жоғарғы жақ жүйкесі;

4-төменгі жақ жүйкесі; 5-IV қарыншаның түбі; 6-тіл жүйкесі;

7-шайнау бұлшықет жүйкесі

Көзүсті жүйкесі — ең негізгісі -ол көзүсті ойындысынан шығып маңдай терісіне ұласады. Маңдай бұтағы да алдыңғы жүйкеден медиальдау келіп маңдай терісін жүйкелендіреді. Шығыр-шықүсті жүйкесі өз шарасының ішкі бұрышынан шығып жоғарғы қабақ терісіне, кеңсірік пен маңдайдың өзіне қараған бөлігіне ұласады.

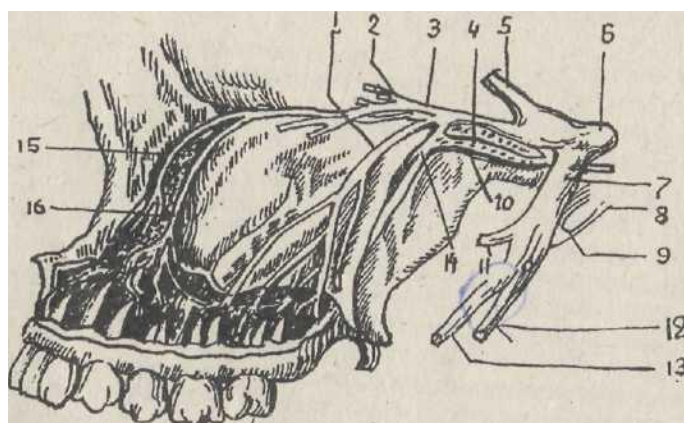
Көз жасы жүйкесі латеральды жүріп жас безін, жоғарғы қабақтың сырт жағын жүйкелендіреді.

Жалпы көз жүйкесі жақ пен ауыз қуысын қоректендіруге қатыспайды.

Жоғарғы жақ жүйкесі (maxilaris). Сезу жүйкесі альвеола өсінділерін жауып тұрған жұмсақ тін, жоғарғы жақ, тістер, мұрын қуысы, жоғарғы жақ қуысы, танаулар, жоғарғы ерін, астыңғы қабақ пен көзасты тіндеріне тармақ береді. Жоғарғы жақ жүйкесі ми сауытынан дөңгелек тесік (foramen rotundum) арқылы шығып, қанат-таңдай ойықта (fossa terygopalatina): а) Бет жүйкесіне бөлініп (n.zygomaticus), ол әрі қарай бет-самай (n. zygomaticotemporalis) және бет (n. zygomaticofacialis) жүйкесі болып тарайды да аталған аумақты қамтиды. б) Қанат-таңдай жүйкелері (n.n.pterygopalatini) қанат-таңдай түйініне келіп қосылады. Одан кейін жоғарғы артқы в) альвеола тармақтары (n.alveolaris superior posterior) 3-4 талшық болып жоғарғы жақ төмпешігімен алға, төмен қарай жалғасып үстіңгі тістер өрімінің артқы бөлігін құрайды. Жоғарғы жақ жүйкесі көз шарасына көзасты саңылауымен еніп,

көзасты жүйкесі деген атпен көзасты сайында жатады. Бұл арада одан жоғары орта тіс ұяшық-альвеола тармақтары сүйек өзектерін бойлап алға, төмен қарай сабақтасып жоғарғы тістер өрімінің орта бөлігін құрайды.

Көзасты жүйкесі енді көзасты өзегіне еніп, одан тараған тармақтар үстіңгі тістер өрімінің алдыңғы бөлігін құрайды, әрі қарай көзасты тесігінен шығып **кіші қаз табанына** (pes anseris minor) жалғасқан жүйке талшықтары жоғарғы ерін, төменгі қабақ, мұрын қанатының, кеңсірік пердесі терісінің өзіне тиісті бөлігін жүйкелендіреді (сурет-27).



Сурет - 27. Жоғарғы жақ жүйкесі

Қорыта айтқанда, артқы, орта, алдыңғы жүйке тармақтары бір-бірімен араласып, жоғарғы тіс өрімін құрайды (plexus dentalis).

Аталған оң жақ пен сол жақ өрімдері өзара бір-бірімен байласып-анастомоз түзеді, олардан жоғарғы тістерге, қызыл иекке, кілегей қабық пен жақ қуыс қабырғаларына жүйке тармақтары тарайды. Артқы өрімнен тараған тармақтар үлкен азу тістерге, орта өрімнен — кіші азу тістерге, ал алдыңғы өрімнен күрек, сүйір тістерге барады.

Таңдайдың кілегей қабығын қанат-таңдай түйінінен тараған талшықтар жүйкелендіреді. Бұл түйін парасимпатикалық жүйке жүйесіне жатады.

Ол парасимпатикалық талшықтарды 13 жұпқа жататын сілекей бөлетін ядросының преганглиондар тармағынан алады. Түйінге жүйке талшықтары үлкен тасты жүйке (n.petrosus major) деген атпен келеді.

Симпатикалық постганглиондар талшықтары терең тасты жүйкенің (n. Petrosus profundus) құрамында жоғарғы мойын түйінінен келеді. Сезу талшықтары үстіңгі жақ жүйкесінен келеді. Түйін парасимпатикалық нейрондардан құралған.

Қысқасы, қанат-таңдай түйінінен тарайтын жүйке талшықтары үш түрлі талшықтардан тұрады. Олар вегетативті парасимпатикалық, симпатикалық және сезімтал талшықтар. Түйіннен сезу жүйкелері мұрын, қатты және жұмсақ таңдайдың кілегей қабықтарына, көз жасы безіне тарайды.

Түйіннен мынадай жүйке талшықтары тарайды: 1. Жоғарғы артқы латеральды және медиальды мұрын талшықтары мұрын қуысына еніп

жоғарғы, ортаңғы мұрын кеуілжірін, мұрын пердесін жүйкелендіреді. Жүйке тармағының ең ірісі мұрын пердесін бойлай төмендеп мұрынтаңдай жүйкесі деген атпен күрек тіс өзегіне кіреді. Сол жерде ол қарсы жақтың жүйкесімен байлам-анастомоз түзіп күрек тіс тесігінен шығады да қатты таңдайдың алдыңғы бөлігінің кілегей қабығын жүйкелендіреді.

2. Төменгі артқы мұрын тармақтары мұрынның төменгі кеңсірігінің кілегей қабығына тарайды.

3. Таңдай жүйкелері, төмен қарай қанат-таңдай өзегімен бойлап, таңдай өзегінде үш тармаққа бөлініп ауыз қуысына шығады. Олардың ең үлкені — үлкен таңдай жүйкесі қатты таңдайға шығады. Онда ол таңдай сайына орналасып алға қарай тарайды да қатты таңдайдың кілегей қабығының 2/3 бөлігін жұмсақ таңдайдың біраз жерін жүйкелендіреді. Таңдай жүйкесінің орта, артқы талшықтары майда таңдай тесіктерінен шығып жұмсақ таңдайдың кілегей қабығы мен бадамша без аумағына тарайды.

Төменгі жақ жүйкесі қозғау мен сезу талшықтары бар аралас жүйке.

Сезу талшықтары төменгі жақ пен оның буынын тістер, қызыл иек ерін, иек, самай, шықшыт пен алқым бездерін, ауыз түбінің кілегей қабығын түгелімен, ұрт, құлақ қалқаны мен тесігі қабырғасының біразын, тілдің алдыңғы 2/3 бөлігін жүйкелендіреді.

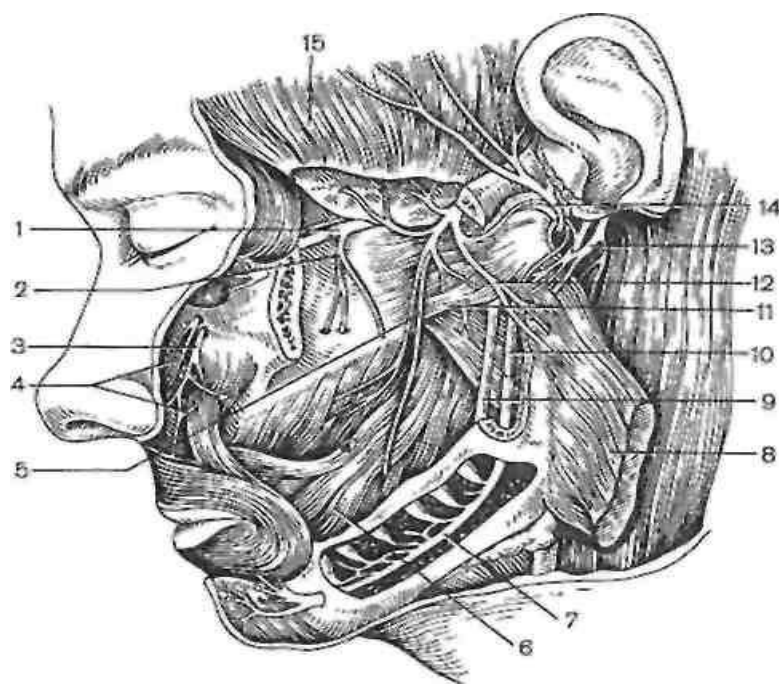
Жүйке сабағы ми сауытынан сопақ тесік арқылы шығып екіге блінеді:

оның алдыңғы бөлігі кішірек көбінесе қимыл, ал артқы үлкенірегі сезу бөлігі.

Қимыл бөлігі шайнау бұлшықеттеріне тарап: шайнау, самайдың терең, латеральды және медиальды, қанат тәрізді таңдай пердесік керу, дабыл жарғағын керу жүйкелеріне бөлінеді. Осы аталғандардан басқа ұрт жүйкесі де алдыңғы бөліктен тарайды.

Артқы сезу бөлігі құлақ түйінімен, бет жүйкесімен байланысады да, құлақ-самай, төменгі альвеола және тіл жүйкелерін береді. Олардан басқа артқы бөліктен тағы бірнеше қимыл жүйкелері тарайды.

Ұрт жүйкесі сопақ тесіктен төменірек алдыңғы тармақтан бөлініп төмен, алға және сыртқа қарай созылып латеральды қанат тәрізді ет бастарының арасынан өтеді де ұрт етінің сыртында жатады. Соңғы тармақтары ұрттың терісі мен кілегей қабығын, қызыл иекті 54/45 тістер мен 7/7 тістер ортасына дейінгі аралықты жүйкелендіреді. Төменгі альвеола жүйкесі төменгі жақ жүйкесінің ең үлкен тармағы. Ол аралас және тіл жүйкесімен бірге төмен қарай қанат тәрізді, латеральды және медиальды еттер арасынан өтіп төменгі жақ тесігі арқылы төменгі жақ өзегіне кіреді (сурет-28).



Сурет-28. Төменгі жақ жүйкесі

- I — жоғарғы жақ жүйкесі; 2 — жоғарғы, артқы ұяшық тармағы; 3, 4 — көз асты жүйкесі; 5 — ұрт жүйкесі; 6 — ұрт бұлшықеті; 7, 10 — төменгі ұяшық жүйкесі; 8 — шайнау бұлшықеті (кесілген және қайырып қойылған); 9 — тіл жүйкесі; II — қанат тәрізді бұлшықеттің артқы бөлігі; 2 — шайнау жүйкесі; 13 — бет жүйкесі; 14 — құлақ-самай жүйкесі; 15 — самай бұлшықеті

Тесікке кірер алдында одан жақ-тіласты жүйкесі бөлініп жақ-тіласты еті мен қос қарыншалы еттің алдыңғы қарыншасын жүйкелендіреді. Одан басқа сезу тармақтары иек терісінен төменгі жаққа тарайды. Төменгі тіс ұяшық жүйкесі өзек ішінде төменгі тістер өрімін құрайды. Өрімнен тіс ұшы саңылауларына, тіс ұяларына, қызыл иекке тарайды. Иек тесігіне жетіп, иек жүйкесі болып аталып жақ сыртына шығады. Әрі қарай иек тармақтары иек терісіне, төменгі ерін тармақтары төменгі еріннің терісі мен қабығына, және альвеола тармақтары қызыл иектің сырт жағына таралады. Төменгі жақ өзегіндегі жүйкенің жалғасы күрек тістер жүйкесі сүйір тіс пен күрек тістерді, кіші азу тістің бөлігін жүйкелендіреді, сонымен қатар қарсы беттің күрек тістер жүйкесімен байлам-анастомоз құрайды.

Тіл жүйкесі доғаша иіліп төменгі тіс ұяшық-альвеола жүйкесінің алдыңғы жағында, медиальды орналасып қанат тәрізді бұлшықет пен төменгі жақ тарамының арасын бойлап алға, төмен қарай жалғасады. Өзіне дабыл шегін қосқан ол тілдің дәм сезуін қамтиды. Одан әрі жүйке ауыз түбінің кілегей қабығы алдында орналасады да жақасты, тіласты, сілекей бездерінің, тіласты кілегей қабығын, қызыл иек пен жақтың тіл жағындағы кілегей қабығын, тілдің бұлшықетін, оның алдыңғы 2/3 бөлігінің кілегей қабығын жүйкелендіреді.

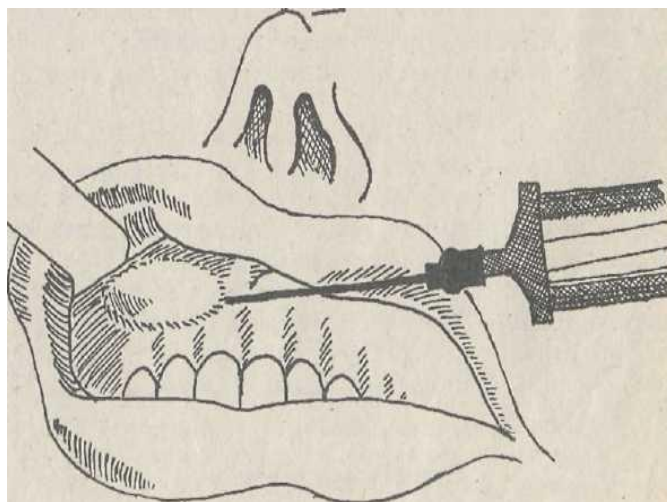
Құлақ-самай жүйкесі өз тармақтарымен беттің терісін шайнау еттерінің алдыңғы шетіне дейін, төменгі жақ буынын, шықшыт безін, құлақтың сыртқы тесігінің терісін, дабыл жарғағын, самай мен құлақ қалқанының алдыңғы жағының терісін жүйкелендіреді.

6.11. Ішке сіңу жансыздандыруы-инфильтрациялы анестезия

Ішке сіңу жансыздандыруы тіс жұлғанда, альвеола өсіндісіндегі шағын оталарда, кілегей қабықты тілгенде, шағын қатерсіз өскіндерді алғанда, жараны алғаш хирургиялық емдеп-өңдеу кезінде қолданылады.

Тіс ұяшық өсіндісінің бөлігін жансыздандыруды плексуал-өрімді ішке сіңу жансыздандыру дейді. Мұнда тіс өрімі жансызданады. Бұл тәсілдің мәнісі — дәріні өтпелі қыртысқа енгізгенде, оның борпылдақ шелге сіңіп жақ сүйектің майда тесіктері арқылы кемікке жетіп, ондағы тіс өрімдеріне әсер етуіне негізделген. Үстіңгі жақта жиі, төменгі жақта сирек қолданылады. Оның себебі жақ сүйектердің құрылысындағы айырмашылыққа байланысты.

Жоғарғы жақтың сыртқы тұтас қабаты жұқа әрі көптеген майда тесіктері бар. Тек орта сызық пен бет тұсы тіс ұяшығы ғана қатты болып келеді. Төменгі жақта, керісінше, иек тұсынан басқа жерінің бәрінде де сыртқы тұтас қабат болады. Осы ерекшеліктерді ескерсек, үстіңгі жақтың барлық тістерін, астыңғы жақтың алдыңғы тістерін ішке сіңу жансыздандыру арқылы жұлуға болады (сурет-29)



Сурет-29.
жансыздандыруы
Жас

тұтас нәзік болуы, олардың төменгі тістерінің бәріне жансыздандыруды қолдануға мүмкіндік береді.

Ішке сіңу

балалардың
қабатының

ішке сіңу

Жалпы ереже: Ине қатпардың кілегей қабығына 40-45 градус бұрышпен (жылжымайтын кілегей қабықтың жылжымалы бөлігіне жалғасқан жері) жұлынатын тіс түбірінің ұшына таман енгізіледі. Дәріні жібере отырып инені тіс ұяшығы-альвеола қырымен жылжытып, жұлынатын тістен қасындағы тістің тұсына дейін апарады. Иненің қиығы сүйекке қарауы шарт. Нәтижеде қатарынан үш тістің тұсына дәрі енгізіледі. Нәтижесі — 7-10 минуттан кейін болады (29-сурет).

Жансыздандыру аймағы: жұлынатын тіс тұсындағы тіс ұяшығы-альвеола өсіндісі мен кілегей қабықтың кіреберіс жағы. Жұлынбайтын тістердің де тұсы аздап жансызданады. Қатты таңдайдың кілегей қабығын жансыздандыру үшін қызыл иектің шетінен 1 см-дей жерге, тіс түбірінің ұшына шамалап екінші рет иненің айналасындағы тін бозарғанша дәрі енгізу керек.

А.В.Вишневскийдің ішке сіңу жансыздандыруының жылжитын ішке сіңу әдісі. Бұл әдіс хирургиялық стоматологияның жұмсақ тінге, әсіресе пластикалық оталарда сабақты қиық дайындағанда қолданылады. **Жалпы ереже:** 0,25-0,5% жансыздандыратын дәрі-анестетик ерітіндісін тілінетін теріге лимон қабығы тәрізді сарғайғанша ендіреді. Келесі рет инені жансызданған жерге кіргізіп, әрі қарай жылжыта береді. Теріасты тіні мен еттері де ұзын ине арқылы аталған тәсілмен қабат-қабат жансызданады. Жансыздану аймағы ота жасалатын жерден едәуір көбірек жерді қамтуы шарт.

6.12. Инесіз жансыздандыру жасау

Инесіз дәрі құю аспабын-иньектор қолданғанда дәрі кілегей қабықтан өтіп барып сүйек қабығына сіңеді. Сүйектен өте алмаса да ерітінді оның майда тесіктері арқылы қан тамыры арқылы жүйкелер өрімдеріне жетеді.

Инесіз жансыздандыру қажеттілігі ішке сіңу жансыздандыруының инемен дәрі енгізгендей қолданады:

1. Жоғарғы жақтың тістері мен төменгі жақтың бір түбірлі тістерін жұлу; 2. Тіс ұяшығы өсіндісі мен жақ сүйектеріндегі оталар (цистотомия, цистэктомия, түбір ұшын кесу); 3. Периостотомия; 4. Қатерсіз ісіктерді алу; 5. Жараны алғаш хирургиялық өңдеу; 6. Тіс ұяшығы қабынған-альвеолитте ұяшықты қырып тазалау-кюретаж.

Жұмсақ тінде, тіс пен тіс ұяшығы өсіндісінде толыққанды жансыздандыру ішке сіңу жансыздандыруын қолданғанда ғана болады. Жоғарғы жақта күрек тіс пен таңдай тесіктері тұсынан өткізгіш жансыздандыру жасаған дұрыс.

Төменгі жақтың тістері мен тіс ұяшығы өсіндісі 5/5 тістер аралығында ғана толық жансызданады. Азу тістері үшін қосымша жансыздандыру қажет. Ол үшін инесіз дәрі құю аспабымен жасалатын жерді жансыздандырып, мандибуляр жансыздандыру жасайды, ұрт жүйкесі инесіз дәрі құю аспабымен жансызданады.

Жалпы ереже: дәрі құю аспап ұшын кілегей қабыққа тигізіп перпендикуляр ұстайды. Шамамен тіс түбірінің тұсына 0,2 мл-дей, 1- 2 мл/г дәрі ауыз кіреберісінен, одан соң 1-2 дәрі таңдай немесе тіл жағынан жасалады. Іс-қимылды бірден бастай беруге болады.

6.13. Өткізгішті жансыздандырулар (анестезиялар)

Ішке сіңу жансыздандыруынан өткізгіш жансыздандырудың бірнеше артықшылығы бар (С. Н. Вайсблат). Олар:

1. Инені бір шаншығанның өзінде-ақ көп аймақты жансыздандырады.
2. Жұмсалатын жансыздандыратын дәрі-анестетик мөлшері аз.
3. Қабынған тіннен аулақ қадалған ине індет- инфекция тарау мүмкіндігін болдырмайды.
4. Қабынған сүйек қабығынан ішке сіңу жансыздандыруы жақсы нәтиже бермейді, оның үстіне тіннің қышқыл реакциясы новокаин әсерін төмендетеді. Өткізгіш жансыздандыруда бұл кемшіліктер жоқ.
5. Хирургиялық іс-қимыл үшін толық жансыздандыруға мүмкіндік туады.
6. Бірнеше тісті қатарынан жұлуға болады.
7. Төменгі жақтың, азу тістерін жұлуға ыңғайлы.
8. Жансыздандыру ұзақ уақыт әсерін сақтайды.
9. Жақ сүйектеріне ота жасауға болады.
10. Тістің ұлпасы мен қатты тіндерін жақсы жансыздандырады.
11. Ота жасалатын тіннің көлемі өзгермейді, себебі жансыздандыратын дәрі-анестетик ол жерден аулақ жерге енгізіледі.
12. Жақ қарысып қалғанда өткізгіш жансыздандыруны қолдану тиімді.
13. Егде жастағы адамдарға қолдануға болады.
14. Ауыз рефлекстерінің төмендеуі хирургке ота жасауға қолайлы жағдай туғызады.
15. Сілекей бөлінуі азаяды.
16. Қан тамырларының жүйкелері де жансызданғандықтан, ота кезінде қан ағуы азаяды.

6.13.1. Жоғарғы жақты өткізгішті жансыздандыру.

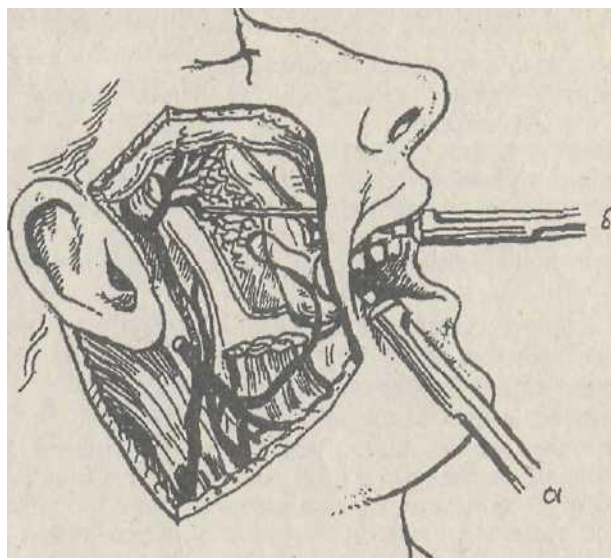
Төмпешік-тубералды жансыздандыру.

Нысана жоғарғы жақтың төмпешігі. Онда жоғарғы тістер өрімінің, артқы бөлігіне кіретін көптеген тесіктер бар. Нысана белгілері: 8 7 6 / 6 7 8 тістер, өтпелі қатпар мен шықшыт-тіс ұяшығы-альвеола қыры. Ақыл тіс ұясының шетінен тесіктеріне дейін 2,0-2,5 см-дей.

Ішкі әдіс — Ауызды сәл ашылған қалпында езу мен ұртты стоматологиялық айнамен сыртқа тартады. Инені шықшыт- тіс ұяшығы -

альвеола қырының артын ала 2 азудың немесе 2-3 азудың арасына шамалап өтпелі қатпарға қадайды. Сүйекті жағалай отырып жоғары, артқа, ішке қарай бағытталған ине жоғарғы жақ төмпешігін айналып өтеді. Ине жылжыған сайын аздап жансыздандыратын дәрі-анестетик жіберіп отырады, бұл қан тамырларын инемен жарақаттанудан сақтайды. Шаншу тереңдігі 2,0-2,5 см 10-12 мин соң жоғарғы артқы тіс ұяларының жүйкесі жансызданады (30-сурет).

Жансыздандыру аймағы. Үш азу мен оның тұсындағы тіс ұяшығы өсінді, кіреберістегі кілегей қабық, жоғарғы жақ дөңесі, гаймор қуысының артқы қабырғасының кілегей қабығы.



Сурет-30. Төмпешіктік жансыздандыру

Сыртқы әдіс — Науқастың басын қарсы жаққа бұрып сол қолмен шықшыт- тіс ұяшығы қырын белгілейміз. Оң жақтан ине шаншығанда сол қолдың сұқ саусағы мен бас бармақты жоғарыдан төмен қарай ұстаймыз. Мұнда сұқ саусақ қырдың иілген жеріне тіреледі. Бет сүйегі мен шықшыт- тіс ұяшығы қыры арасында үлкен бұрыш пайда болады. Жұмсақ тіндер саусақпен сүйекке қарай сығылады. Инені аталған бұрышқа шаншып, ерітінді жібере отырып жоғары, ішке, артқа қарай 2,0-2,5-дей тереңдікке бойлатады. Сол жақтан ине шаншығанда бас бармақ шықшыт-тіс ұяшығы қырының алдында, ал сұқ саусақ шықшыт-тіс ұяшығы бұрышы мен қырдың арт жағын ұстайды.

Көзасты-инфраорбиталды жансыздандыру. Нысана - көзасты тесігі, көз шарасының төменгі қырынан 0,5-0,75 см-дей төмен жүргізілген сызық пен 2-ші жоғарғы кіші азулар мен иек тесігі арқылы жүргізілген тік сызықтар қиылысында немесе тік алға қарап тұрған көз қарашығы арқылы жүргізілген тік сызықтар қиылысында орналасқан.

Іс кезінде көз шарасының төменгі қырындағы жоғарғы жақ пен бет сүйегінің бірігуінен пайда болған бұдырдан 0,5-0,75 см төмен алады. Өзек алға, ішке төмен қарай бағытталған. Олардың жалғасы орта күрек

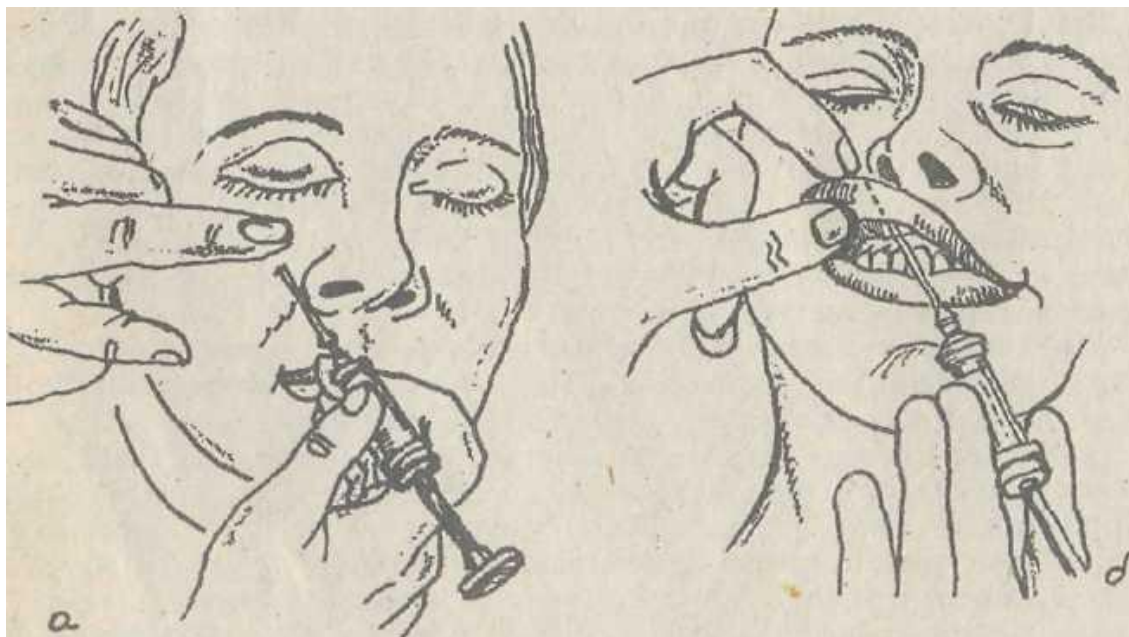
тістердің арасындағы қызыл иектен сәл жоғарылау жерде қиылысқан болар еді.

Сурет -31. Көзасты жансыздандыру

Ішкі тәсіл — көзасты тесігінің проекциясын анықтаған соң сол қолдың сұқ саусағымен жұмсақ тіндерді сүйекке баса ұстап, бас бармақпен жоғарғы ерінді жоғары, сыртқа қарай ысырады. Бұл кезде ауыз жабық болады. Инені орта және шеткі күрек тістер аралығынан өтпелі қатпарға шаншиды. Көзасты тесігіне бағытталған инені сүйекке тигенге дейін бойлатып, біраз анестетик жібереді. Енді инені әрі қарай жылжытқанда ауырмайтын болады. Ине сұқ саусақ тұсына жеткен кезде, оны жайлап жылжытып көзасты тесігін табады. Инені өзекке кіргізбей-ақ тесіктің алдында 0,5-0,75 мл-дей анестетик жібереді. Инені өзекке кіргізіп әрі қарай жылжытып жансыздандырғыш дәрі жіберу көзасты нервсінің жарақаттануына әкеліп соғады.

Орта, алдыңғы тіс өрімдерінің анестезиясы 5-7 минуттан кейін пайда болады.

Сыртқы әдіс— Жоғарғы күрек тістердің тұсындағы тіс ұяшық-



альвеола өсіндісінде қабыну кезеңі-процесі болса, сыртқы тәсілді қолдануға болады. Сұқ саусақпен көзасты тесігін белгілеп ұстап жіңішке инені сол жерден 0,5 см-дей төмен және ішке таман теріге шаншиды. Ине жоғары, арт, сырт бағытта болып, көзасты тесігіне барып кіреді.

Жансыздандыру аймағы — жоғарғы алдыңғы альвеола жүйкелері мен көзасты жүйкесінің соңғы бұтақтарына дейін, күрек, сүйір тістер, тіс ұяшық-альвеолды өсінді мен кілегей қабықтың босаға тұсы, төменгі қабақ пен жоғарғы жақтың алдыңғы және бүйір тұсы, көзасты тіндері,

мұрынның бір беткейі мен жоғарғы ерін, жансыздандыратын дәрі-анестетик тереңдеп сіңіп кеткен жағдайда орта тіс ұяшығы-альвеоляр өрімге де әсер етіп кіші шайнау тістері мен оны қоршаған тін де жансызданады.

Таңдай жансыздандыру (32-сурет). Нысана - таңдайдың үлкен тесігі, ол тіс ұяшық-альвеола өсіндісінің ішкі жағына үшінші азудың тұсында, егер үшінші азу әлі шықпаған болса, екінші азудың артына таман ішке қарай орналасады.

Тіс жоқта басқа белгілер есепке алынады. Тесік А сызығынан (қатты таңдайдың шетінен) 0,5 см-дей алға қарай, қызыл иек пен таңдайдың орта сызығының ортасында деп белгілейді.

Жалпы ереже. Инені ауызды мүмкіндігінше қаттырақ ашып тесік тұсынан 1 см-дей алға, ішке қарай шамалап шаншиды. Ине жоғары, артқа және сыртқа қарай бағытталады да сүйекке дейін енеді. 0,5 мл-дей жансыздандыратын дәрі-анестетик жіберіледі. Жансыздандыру-анестезия 3-5 мин кейін білінеді.

Жансыздандыру аймағы. Қатты таңдайдың артқы 2/3 бөлігінің кілегей қабығы сүйір, тістің тұсына дейін, аздап жұмсақ таңдай жансызданады.



Сурет -32. Таңдай жансыздандыру

Күрек тіс жансыздандыру. Нысана - күрек тіс тесігі. Ол таңдайдың орта сызығының бойында ортаңғы күрек тістердің арасындағы қызыл иек шетінен 7-8 мм-дей қашықтықта орналасқан. Тесіктің сәл алдыңғы жағында күрек тіс бүртігі бар.

Ішкі әдіс. Ауызды кере ашып инені күрек тіс бүртігіне немесе оның бір шетін ала шаншиды да сүйекке жеткенге дейін ендіреді. 0,25-0,5 мл ерітінді жіберген соң 3-5 мин уақыт күтеді.

Жансыздандыру аймағы. Сүйір тістерді қосатын сызықтың алдыңғы жағындағы таңдайдың кілегей қабығы. Инені өзекке 0,5-0,75 см-дей ендіріп дәрі жібергенде жансыздандыру анестезия толығырақ болады, себебі, мұнда жансыздандыратын дәрі-анестетик байламға-анастомозға да

әсер етеді. Күрек тіс бүртігіне ине шаншудан бұрын 2-3% дикаин ерітіндісін жағамыз.

Сыртқы (мұрын іші) әдіс. Мұрын төменгі қуысы мен мұрын пердесі түбіне инемен жансыздандыратын дәрі-анестетик жіберіледі немесе 2-3% дикаинмен суланған тампон қойылады.

6.13.2 Төменгі жақтың өткізгіш жансыздандырулары.

Мандибулярлы (төменгі жақ) жансыздандыру.

Нысана - төменгі жақ тесігі. Ол төменгі жақ бұтасының ішкі жағында орналасып, алдыңғы ішкі жағынан кішкене томпақ — төменгі жақтың тілшесімен қалқаланған. Орташа алғанда тесік жақ бұтасының алдыңғы шетінен 15 мм, артқы шетінен 13 мм, төменгі жақ ойығынан 22 мм, төменгі жақтың астыңғы қырынан 27 мм қашықтықта орналасқан. Томпақ, иненің тесікке жетуіне мүмкіндік бермейді. Сондықтан дәрі тесіктен жоғары жіберіледі. Жүйкенің-нервтің тесікке жетпей сүйек науасында жатуы жансыздандыратын дәрі-анестетикті тесіктен 0,75-1 см-дей биігірек жерге енгізудің сәтті болатынын дәлелдейді. Бұл жерде орналасқан борпылдақ тін ерітіндіні өзіне жақсы сіңіреді. Ақыл тістің артқы жағында төменгі азу тіс артында үлкен және кіші үшбұрыштары жатады.



Сурет-33. Мандибулярлы жансыздандыру
(А. Е. Верлоцкий бойынша саусақсыз)

Кіші үшбұрыш самай қырының екіге бөлініп тіс ұяшық- альвеола өсіндісінің ішкі және сыртқы жағына қарай жалғасуынан пайда болады. Самай қыры мен төменгі жақ бұтасының алдыңғы шетінің арасын ретромолар шұңқыры немесе азуарты үшбұрышы деп атайды. Төменгі жақ бұрышының ішкі жағына қанат тәрізді ішкі бұлшықеттің сіңірі келіп бекиді. Аталған ет пен төменгі жақ тармағының ішкі жағының арасы қанат-төменгі жақ кеңістігі болып табылады. Кеңістік жоғары жағынан қанат тәрізді сыртқы бұлшықетпен қоршалған. Төменгі жақ тесігін табу үшін бұл кеңістікті жақсы білу керек. Нысананы дәл

анықтауда қанат-жақ қатпарының маңызы зор. Қатпар берік шандыр бұлшық еттің шелді қабығы-фасцияны қаптаған кілегей қабықтан құралып қанат тәрізді өскіннің ілмегі мен самай жотасының артқы шетін ала керіліп тұрады.

Төменгі жақ жансыздандыруын-анестезиясын ішкі және сыртқы әдістермен жасауға болады.

Ішкі әдіс. *Ішкі әдістің саусақпен анықтау түрі.* Науқас аузын кере ашады. Сұқ саусақпен төменгі жақ бұтасының алдыңғы қырын, одан кейін самай қырын анықтайды. Бұл екеуінің арасында ретромоляр үшбұрышы бар. Саусақ шұңқырға орналасып, оның ұшы самай жотасына бағытталады. Шприц қарсы жақтың кіші азу тістерінің тұсына кілегей қабыққа саусақ ұшына жақын, төменгі азу тістердің шайнау бетінен 0,75-1,0 см-дей биіктікке шаншылады. Ине самай қырына тіреледі. Шамамен 0,75 см тереңдікте 0,5 мл жансыздандыратын дәріні-анестетикті жібереді де шприцті жансыздадыратын-анестезия жасайтын бетке қарай жылжытады. Әрі қарай самай жотасын иненің ұшымен айналып өтіп, сүйек бойымен сырғып тағы да 1,5-2,0 см бойлайды. Шприцтің бағыты бастапқы жағдайға жақындайды, ал ине төменгі жақ, тесігінен жоғары сүйек науасына тіреледі. Мұнда 1,5-2,0 мл-дей жансыздандыратын дәріні-анестетик жіберіп 15-10 мин уақыт күтеді.

Жансыздандыру аймағы. Төменгі жақ жүйкесі жүйкелендіретін аймақ түтел жансызданады: барлық тістер, тіс ұяшығы-альвеола өсіндісі, төменгі жақ, денесі, төменгі ерін, тері, иек, тіс ұяшығы-альвеола өсіндісін жабатын жұмсақ тіндер (кіші азу тістен 2-ші азу тіске дейінгі аралық, ауыз босағасының кілегей қабығынан басқа, ұрт жүйкесімен жүйкелендіреді). Тіл жүйкесі де жансызданады: тіс ұяшығы-альвеола өсіндісінің ішкі жағының кілегей қабығы, ауыз түбі мен тілдің алдыңғы 2/3 бөлігі.

Күрек пен сүйір тістер қарсы беттен келген анестомоздары болғандықтан толық жансызданбауы мүмкін. Соны ескеріп, алдыңғы тістерді, 5, 6, 7-ші тістерді жұлғанда қосымша ішке сіңу жансыздандыруын-инфильтрация жасау керек.

Ішкі әдістің саусақсыз (аподактил) түрін А. Е. Верлоцкий жете талдаған. Ауыз әдеттегідей қатты ашылады. Шприц ауыздың қарсы бұрышында, инені қанат-жақ қатпарының сыртын ала жоғарғы және төменгі азулардың шайнау бетінің орта тұсынан 1,5- 2,0 см тереңдікте сүйекке тіреп, жансыздандыратын дәріні-анестетик жібереді. Егер иненің ұшы сүйекке тимесе оны біраз суырып, қарсы бетке көбірек бұрып сүйекке тигенше шаншу керек.

Қанат-жақ қатпары жалпақ болса инені оның орта тұсына, жіңішке болса қатпардың ішкі жағына шаншиды.

Торусалды жансыздандыру (М. М. Вейсбрэм бойынша). Нысана — төменгі жақ үстірті. Ол тәж және буын өсінділеріне жалғасқан қыраттардың қосылуынан пайда болып, төменгі жақ тармағының ішкі

жағында төменгі жақ тесігінің аздап жоғары, алдыңғы тұсында орналасқан. Төменгі жақ үстірті тұсында сезу жүйкесінің үшеуі де қатар өтеді. Олар; төменгі тіс ұяшығы-альвеола, тіл және ұрт жүйкелері. Үстірттегі борпылдақ тінге енгізілген жансыздандыратын дәрі үш жүйкені түгел жансыздандырады.

Нысана көзі ретінде қанат-жақ қатпарының сыртқы бөлігі мен ұрттың кілегей қабығы арасында орналасқан ұрт сызаты есептеледі.

Жалпы ереже: Ауызды кере ашып инені ұрт сызатының кілегей қабығына тік жоғарғы 3-ші азудың шайнау бетінен 0,5 см-дей төменірек шаншиды. Шприц пен инені көлденең бір деңгейде ұстап, сүйекке дейін енгізіп төменгі жақ үстіртіне жетіп, 1,25-1,5 мл жансыздандыратын дәріні жібереді. Ине шамамен 0,25-тен 1,5-2,0 см бойлайды, бұл әркімнің жеке анатомиялық ерекшеліктеріне байланысты.

Жансыздандыру аймағы: Мандибулярлы жансыздандыру мен ұрт жансыздандыруының қосындысындай. Барлық тістер, тіс ұяшығы-альвеола өсіндісі, жақ денесі, тіс ұяшығы-альвеола өсіндісін жапқан кілегей қабық, төменгі ерін, иек, ауыз түбінің кілегей қабығы мен тілдің алдыңғы 2/3 бөлігі.

Мандибуляр анестезиясының сыртқы тәсілі (С.Н.Вайсблаттың жақасты жолы). Нысана- төменгі жақ тесігі. Инені төменгі жақтың төменгі қырының бұрышынан артқа қарай 1,5-2,0 см қашықтықта шаншиды. Сол жаққа анестезия жасаған сол қолдың бармағын төменгі жақтың артқы қырына басып ұстап, сұқ саусақ жақтың төменгі қырының сыртына, оның артқы қырынан 1,5-2,0 см жерде орналасады да саусақ ұшы ине шаншатын орынды меңзейді.

Оң жаққа ине шанышқанда сол қолдың бас бармағы ине шаншатын жерді, сұқ саусақ иненің бағытын көрсетеді. Иненің жуандығы 0,8 мм-дей, ұзындығы 5 см-ден кем болмағаны жөн.

Инені теріге саусақтың алдынан жақтың бұрышының артқы шетінен 1,5-2,0 см-дей жерге шаншиды. Ине ұшы төменгі жақ тесігіне жеткенге дейін сипап жүруі керек. Жақтың тесігі мен төменгі қырының арасы 27 мм, бұған жақты орай орналасқан жұмсақ тін қалыңдығын қоса есептейміз. Жалпы алғанда инені жақ бұтасына параллель 35-40 мм-дей тереңдікте 4,0 мл жансыздандыру дәрісін жібереміз.

Жансыздандыру аймағы: Төменгі жақ пен оны қоршаған тінді жүйкелендіретін үш жүйке (төменгі тіс ұяшығы, тіл және ұрт жүйкелері).

Берше-Дубов әдісі бойынша жансыздандыру. Жақ қарысып қалғанда шайнау еттерін босаңсыту үшін Берше жансыздандыруын қолданамыз. Ол үшкіл жүйкенің үшінші тармағының қимыл талшықтарын жансыздандырады (шайнау, самайдың терең және қанат тәрізді жүйкелері) да науқастың аузында ота іс-қимылын жасауға мүмкіндік береді.

Жалпы ереже. Бет сүйегі доғасының астына құлақ түйінінен 2 см

алға қарай теріге перпендикуляр ине шаншып, оны жақ ойығымен 2,0-2,5 см-дей тереңдікке ендіріп 3-4 мл жансыздандыратын дәріні жібереміз. Дәрі осы арадан өтетін төменгі жақ жүйкесінің қимыл тармақтарына әсер етеді. 10-15 мин соң еттер босаңсып, ауызды жайлап ашу мүмкін болады.

Берше жансыздандырын М.Д.Дубов әрі қарай жетілдірді. Ол сезу талшықтарын жансыздандыру үшін инені 3,0-3,5 см-дей тереңдікке енгізіп сыртқы қанат тәрізді еттің ішкі жағындағы қимыл жүйкелерінен басқа төменгі ұяшыққа, тіл жүйкелеріне әсер етіп жақтың қарысқанын жояды, сонымен бірге ауру тісті жұлуға да мүмкіндік болады.

В.М.Уваров инені 4,5 см-ге дейін терең ендіріп, сопақ тесіктен шығатын төменгі жақ жүйкесін түгелімен жансыздандыру жолын ұсынды.

Иекті жансыздандыру. Нысана - иек тесігі. Тесік жақ денесінің орта тұсында 1-2-ші кіші азу тіс түбірлерінің астында орналасады (балаларда сәл алға қарай орналасқан). Тістер жоқ болса тесікті анықтау жолы мынадай: жақтың орта сызығы мен шайнау етінің алдыңғы жағына дейінгі аралықты тік сызықпен дәл екіге бөледі. Көлденең сызық жақтың төменгі қырынан 12 мм жоғары алынады. Сызықтардың қиылысқан жерінде тесік орналасады. Оның аузы артқа, сыртқа, жоғары қараған.

Ішкі әдісі. Ауыз жабық, төменгі ерін мен ұртты кере тартып инені өтпелі қатпарға 1-ші азу тұсынан шаншиды. Одан әрі инені алға, төмен, ішке қарай 0,75-1,0 см-дей енгізіп иек тесігіне тақайды. Ине ұшымен сүйекті сезіп тұрған жөн. 0,5-2,0 мл ерітінді жіберіп көреді. Ине ұшының тесікке түскендігі еріннің аздап ауырғаны арқылы білінеді.

Сыртқы әдісі. Иек тесігін анықтаған соң, жұмсақ тіндерді сол қол саусақтарымен сүйекке баса ұстайды. Инеге ішкі тәсілдегідей бағыт беріп, оны сәл жоғары және артқа таман шаншиды. Сүйекке жеткен соң аздап анестетик жіберіп ине ұшымен тесікті тауып, инені аздап енгізіп жансыздандыратын дәріні жібереміз. Жансыздандыру 3-5 мин соң білінеді.

Жансыздандыру аймағы. Иек пен еріннің жұмсақ тіндері, күрек, сүйір, кіші азу тістер, тіс ұяшық өсіндісі мен еріннің кілегей қабығы 2-ші кіші азудан орталық күрек тіске дейінгі аралық.

Ұрт жүйкесін жансыздандыру. Оны жасау үшін инені төменгі жақ тармағының алдыңғы қырына, жоғарғы азу тістердің шайнау беті деңгейіне шаншып 1 см-дей тереңдікке ендіреді. Бұл жансыздандыру сирек қолданылады. Төменгі жақтың тіс ұяшық өсіндісінің босаға жағындағы кілегей қабығын жансыздандыру үшін жансыздандыраты дәріні жұлынатын тістің тұсындағы өтпелі қатпарға ендіреді.

Тіл жүйкесін жансыздандыру. Ол үшін ерітіндіні төменгі жақтың самай қырының ішкі жағына төменгі тіс ұяшығы жүйкесінің жансыздандыруымен бірге ендіреді. Инені аталған жерге не бары 0,75 см ғана ендірсе тек қана тіл жүйкесі жансызданады.

Тіл жүйкесі 3-ші азудың тұсынан жансыздандыратын тіс ұяшығы өсіндісінің ішкі жағынан ауыз түбінің кілегей қабығы астына инемен 0,5-

1,0 мл енгізгенде де жансызданады. Бұл арада тіл жүйкесі тек кілегей қабық астында жатады.

Жансыздандыру аймағы. Тілдің алдыңғы 2/3 бөлігі, жақтың ішкі бөлігінің қабығы мен ауыз түбінің кілегей қабықтары.

Үшкіл жүйкенің 2--3-ші тармақтарын бас қаңқасының түбінен жансыздандыру (орталық жансыздандыру). Үшкіл жүйкенің негізгі тармақтарын дөңгелек немесе сопақ тесіктерден шығаберісте жансыздандыруды орталық, яғни сабақ жансыздандыруы деп атайды.

Орталық жансыздандырудың әсері толық және ұзақ болады. Инені бір рет қана шаншып көптеген аймақты жансыздандыру оның өткізгіш жансыздандыру алдында артықшылығының анағұрлым айқын екендігін дәлелдейді.

Жансыздандыру қатал залалсыздырылған жағдайда ғана жасалады.

Қажеттілігі:

1. Шеткі жансыздандыруды жасауға кедергілердің (қабыну, ісік, жара, жақтың қарысуы) болуы.

2. Патологиялық кезеңдерге байланысты жақ сүйегінің нысана белгілерін анықтай алмау.

3. Жақ сүйектеріндегі аймақты оталар: үлкен ісікті, кистаны, секвестрді алу, пластикалық ота, остеосинтез, жақ сүйегін кесу.

4. Жақ-беттегі үлкен жарақатты емдеу.

5. Үшкіл жүйкенің 2-3 тармақтар салдануын емдеу.

Үшкіл жүйкенің 2-ші тармағын жансыздандыру. Нысана- қанат-таңдай шұңқыры. Жоғарғы жақ пен қанат тәрізді өсінділер арасында самайасты шұңқырының ішкі жағында орналасқан. Самайасты шұңқырымен қанат-таңдай немесе орақ тәрізді саңылау арқылы байланысады. Шұңқырдың алдыңғы жағын - жоғарғы жақтың артқы бетінің медиальды шеті мен таңдай сүйегінің көз өсіндісі, артқы жағынан - сына тәрізді сүйектің үлкен қанаты мен қанат тәрізді өсіндінің алдыңғы беті, ішкі жағын - таңдай сүйегінің перпендикуляр табақшасының сыртқы беті, жоғарғы жағын-сына тәрізді сүйектің төменгі беті мен үлкен қанаты.

Төменгі көз саңылау арқылы шұңқыр көз шарасымен, беттің алдыңғы жағымен байланысады. Негізгі таңдай тесігі арқылы- мұрын қуысымен, дөңгелек тесік арқылы ми сауытымен, ал қанат-таңдай өзегінің, жалғасы таңдайдың үлкен тесігі арқылы ауыз қуысымен байланысады.

Қанат-таңдай жансыздандыруының түрі көп. Жансыздандыратын дәріні енгізудің мынадай жолдарын таңдауға болады:

1. Бет сүйекасты-қанат тәрізді сүйек жолы- беттің бүйір жағынан бет сүйегі доғасының, асты.

2. Бет сүйекасты-беттің алдыңғы бүйір жағы — бет сүйегінің төменгі бұрышы.

3. Көз жолы — алдыңғы жағынан, көз шарасы арқылы.

4. Ауыз жолы — төменгі жағынан, ауыз қуысындағы қанат-таңдай өзегі арқылы.

Бет сүйекасты-қанат тәрізді сүйек жолы (С.Н.Вайсблат ұсынған)

басқаларынан жиірек қолданылады. Нысана белгісі ретінде құлақ түйінінен алға қарай жүргізілген сызығының орта тұсы алынады. Бұл сызық «құлақ-көз», немесе, «трагоорбитал» сызығы деп аталады. Сызықтың алдыңғы жағы көз шарасының сыртқы қыры мен бет сүйегінің төменгі бұрышын қосатын сызықтың ортасына дейін тіреледі. Тұжырымдап айтқанда: траго-орбитал-ангуляраралық деген жөн (10-сурет.).

Жалпы ереже: Ұзындығы 6-7 см-дей инені бет доғасының астына траго-орбитал-ангуляр сызығының ортасына тік шаншып 2,7-5,5 см-дей тереңдікте сына тәрізді сүйектің қанат тәрізді өсіндісінің сыртқы жағына тақайды. Алдын ала инеге кигізілген тығын арқылы бұл тереңдікті белгілеп иненің жарымынан астам бөлігін суырып алады, Енді иненің ұшын 15-20 градусқа алға қарай бұрып жаңағы белгіленген тереңдікке шаншып 2-3 мл анестетик жібереді. Ине ұшы қанат-таңдай шұңқырының кіреберісіне жетеді, ал шұңқырдың көлемі небәрі 2 см³ болғандықтан жансыздандыратын дәрі-анестетик борпылдақ тінге сіңіп мұндағы үшкіл жүйкенің екінші тармағын жансыздандырады.

Бет сүйегі асты жолы. Алдын ала сол қолмен анықтап алған бет-альвеоляр қырының арт жағына инені шаншып ішке және жоғары бағыттап жоғарғы жақтың бұдырына жетеді. Сүйекті жағалай отырып 4,5-5,5 см тереңдікке қанат-таңдай шұңқырының кіреберісіне 2-3 мл жансыздандыратын дәріні жібереді.

Көз жолы (*В.Ф. Войно-Ясенецкий ұсынған әдіс*). Инені көз шарасының-төмен — сыртқы бұрышының үстін ала бет доғасының жоғарғы қыры тұсына, яғни одан 2-3 мм-дей жоғары горизонталь бағытта шаншиды. Инені көз шарасының сыртқы қабырғасымен жағалай жылжытып 4,5 см тереңдікте дөңгелек тесікке жетеді. Сол араға 2-3 мл жансыздандыратын дәріні жібереді.



Сурет-34. С.В.Вайсблат бойынша траго-орбитальды сызық ортасынан ине шаншатын нүкте

Көз жолының Вайсблат бойынша әдісі. Инені көз шарасының

төменгі қырының ортасынан бірнеше мм-дей ішке таман шамалап шаншиды. Ұзындығы 5-6 см ине кигізілген шприцті оң қолмен, ал көздің астыңғы қырының терісін сол қолдың сұқ саусағымен басып ұстайды. Әрі қарай инені сүйекті жағалай жылжытқан сайын үнемі аздаған жансыздандыратын дәріні жіберіп отырады. Иненің ұшындағы жансыздандыратын дәрі көз алмасын, қан тамырлары мен жүйкелерді ығыстырып оларды жарақаттан сақтайды. 3,0-3,5 см тереңдікте 2-3 мл жансыздандыратын дәріні жібереді. Барлығы 5 мл дейін ендіруге болады.

Ауыз (таңдай) жолы. Инені таңдайдың үлкен тесігінің тұсына шаншиды. Ине шаншитын кілегей қабыққа иод тұнбасын жағады. Ауызды мейлінше кере ашып инені таңдайдың үлкен тесігіне енгізеді. Тесікті бірден таба алмаған жағдайда аздап жансыздандыратын дәріні жіберіп, сүйекті жағалай жылжытып барып тесікті табады. Әрі қарай өзек ішімен 2,5-3 см жоғары, артқа жылжып барып 1,5-2,0 мл жансыздандыратын дәрі жібереді. 10-15 мин соң 2-ші тармақтың аймағы түгел жансызданады.

Үшкіл жүйкенің үшінші тармағын жансыздандыру (бетасты-қанат тәрізді жол). Нысана-сопақша тесік. Инені траго-орбитал-ангуляр сызығының ортасына шаншиды. Тік шаншылған инені 2,7-5,5 см-дей тереңдікке жеткенде, сына тәрізді сүйектің қанат тәрізді өсіндісінің сыртқы жағында, тереңдікті белгілеп алып, инені жарымынан астам бөлігін кері суырып, оның бағытын 15-20 градус артқа қарай бұрып, жаңағы белгіленген тереңдікке қайта шаншып 2-3 мл жансыздандыратын дәріні енгізеді, 10-15 мин соң үшкіл жүйкенің үшінші тармағы жүйкемен қамтамасыз ететін аймақ жансызданады.

6.14. Жергілікті жансыздандырудан кейінгі асқынулар

Асқынулар жалпы және жергілікті болып бөлінеді.

Жалпы асқынулар: талу, коллапс, шок, аллергиялық реакциялар, жансыздандыратын дәріден улану. Жалпы асқынулар дәріні көтере алмаудан немесе уланудың салдарынан болады.

Талу - мидың қан айналысының бұзылуынан (анемиядан) аяқ астынан болатын жағдай. Оның себептері науқастың хирургия аспаптарын, қанды, мамандардың қимылын көргеннен, алдағы болатын іс-шараларды ойлап қатты қорқуы. Бейбімдейтін жайлар: қалжырап шаршау, ұйқының қанбауы, жүйкенің жұқаруы, аштық, улану т.б.

Клиникалық көрінісі. Бет куқыл тартып көз қарауытады, әлсіреп басы айналып, лоқсып, құлағы шулайды, қол-аяғы мұздап, салқын тер шығады. Көзі аларып, қарашықтары улғайып науқас естен танып, қолдары еріксіз салбырап, орындықтан сырғып немесе құлап түсуі мүмкін. Тамырдың соғуы жиілеп, білінер-білінбес болады. Бұл көрініс бірнеше минутқа созылады, сосын барып науқас есін жияды. 20-40 мин

уақыт бойы ол әлсіреп, басы ауырады.

Емі. Отаны шұғыл тоқтатып, басты төмендету, орындықтың арқасын түсіру немесе науқасты төсекке (тіпті еденге) жатқызу. Терезені ашып, тыныс алуға кедергі жасайтын, белдік, іш-киім ілгектерін босату. Мүсәтір спиртін иіскету. Егер бұл шаралар нәтиже бермесе, жүрек пен тыныс қызметін жақсартатын дәрілер егу керек (10% кофеин, 10-20% камфора майы, 1% лобелин, цититон ерітінділері).

Алдын алу. Бейімдейтін жайларды болдырмау, ал олар белгілі болса, кіші транквилизаторларды алдын ала егу-медикация жасау керек.

Коллапс — организм қызметінің күрт бұзылып нашарлауы. Талудан күрделірек асқыну.

Бейімдейтін жайлар. Ол көп қан жоғалтқан, жарақат алған жүйкенің қалжыраған, уланған, жұқпалы аурумен ауырған кездерінде болуы мүмкін.

Клиникалық көрінісі. Күтпеген жерден науқастың өңі бозарып, құрғайды (кейде қызарып, терлейді-вазомотор). Ақыл-есі қалпында, көруі нашарлайды. Жүрек қызметі бұзылады (жүрек соғуы нашарлайды, тамыр соғуы әзер білінеді, аритмия, қан қысымы 60/30 мм с.б.аздап қолаяқ тырысуы сезіледі).

Емі. Науқасты көлденең жатқызып, жайғастырып, аяқ-қолды көтеріңкі етіп ұстаған жөн. Қымтап жылытып, ыстық шай немесе кофе ішкізеді. Содан соң тамыр тарылтқыш (адреналин, мезатон), глюкокортикоид (преднизолон, гидрокортизон), жүрек (0,5-1,0 мл 0,5% строфантинді 10-20 мл 40% глюкоза немесе физиологиялық ерітіндіге араластырып егеді) дәрілерін егеді. Коллапс кезінде науқасқа керекті әрекеттер жасалынып, тез жәрдем көрсетілмесе өлім қаупі төнеді.

Кейбір заттарға ағзаның ерекше сезімталдығы (аллергиясы) бар науқастарға қолданылатын алдын алу шаралары:

Алдын алу шарасының негізі - емханада мұқият жиналған сырқат жайындағы мәліметпен танысу (анамнез) және оны талдаудан басталады.

А.С. Лопатиннің (1983) пікірінше барлық науқастарды екі топқа бөлуге болады.

1). **Кейбір заттарға ағзаның ерекше сезімталдығы жеңіл түрдегі** жиналған сырқат жайындағы мәліметпен танысу-аллергиялық анамнезді.

2). **Кейбір заттарға ағзаның ерекше сезімталдығы ауыр түрдегі** жиналған сырқат жайындағы мәліметпен танысу-аллергиялық анамнезді.

Екінші топ тәуекел тобы болып есептеледі. Бұлар 3 дәрежеге бөлінеді, оларды емдеу күрделірек.

I дәрежелі тәуекел - жиналған сырқат жайындағы мәлімет-анамнезінде дәріден ағзаның ерекше сезімталдығы-аллергия болмаған,

бірақ түрлі жұқпалы аурулармен (экзема, ревматизм, тыныс демікпесі, коллагеноз, поллиноздар) ауырғандар. Анафилактикалық шоктың алдын алу үшін бұларға скарификация, содан соң теріаралық нақтамалы-диагностикалық сынақ жасалады. Нәтиже теріс болса

жансыздандыратын

дәрі-анестетик терапевтік мөлшерде қолданыла береді.

II дәрежелі тәуекел — жиналған сырқат жайындағы мәлімет-анамнезінде тамақ пен химиялық заттардың, дәрілердің кейбіріне ағзаның ерекше сезімталдығы-аллергиялық реакциясы бар адамдар. Оларға нақтамалы-диагностикалық сынақтың тамшы, скарификация, теріаралық түрлерін бір-бірлеп қолданып көреді. Нәтиже теріс болса жансыздандыратын дәрі-анестетиктің терапевтикалық мөлшерін қолдана беруге болады.

III дәрежелі тәуекел — көптеген дәрілерді көтере алмай ағзаның ерекше сезімталдығы-аллергиялық реакциясы ауыр түрде болған адамдар. Оларды тексеруді иммунологиялық лабораториядан бастау керек.

Нақтамалы-диагностикалық сынақтар стоматология емханасына немесе стационарда өткізіледі. Ол үшін анафилактикалық шоққа қарсы шаралар жүргізуге сақадай сай тұру керек. Жиналған сырқат жайындағы мәлімет-анамнезінде жергілікті жансыздандыратын дәріге-анестетикке ағзаның ерекше сезімталдығы-аллергиясы бар науқастың аллерголог-дәрігерге көрінуі шарт. Аллергологиялық анамнезі ауыр науқасқа эфир тобындағы (новокаин) жергілікті анестетиктерді қолданбау керек. Оған жалпы жансыздандыру-наркоз қолдануға болады.

Аллергиялық реакция беретін жансыздандыратын дәріні-анестетикті қолданудан 2-3 күн бұрын гистаминге қарсы, стероид дәрілерімен алдын алу емі жүргізіледі (кетотифен, циметидин, фенкарол). Эпсилон аминокaproн қышқылының 0,1 г/кг мөлшері ағзаның ерекше сезімталдығы-аллергияға қарсы жақсы нәтиже береді. Бір тәулікте оның 15-16 г емдеу курсына 45-80 Б. жұмсап, үнемі каогулограмманы қадағалап отыру шарт.

Кейбір заттарға ағзаның ерекше сезімталдығы серпілісі-аллергиялық реакциялар:

Есекжем. Жүйке жүйесінің қызметінің-функциясы бұзылған кезде пайда болады. Жансыздандыратын дәрі-анестетик енгізген соң аяқ астынан терінің әр жері күлдіреп, қатты қышып, ашып мазалайды. Кейде күлдіреген жерде торсылдақ пайда болады. Жұтқыншақ пен көмейдің кілегей қабығының күлдіреуі салдарынан жөтел мен тұншығу мазалайды. Ауру жедел ағымды, көп күндер ішінде күлдіреу бір жерде жоғалса басқа жерде пайда болып жалғасып отырады. Есекжемнің созылмалы қайталанатын түрі де бар (35-сурет).

Емі. Димедрол, бром ішу күн сайын 0,1 % 1 мл-ден тері астына адреналин егу. Жағдай ауырласа суда ерігіш гормондар (преднизолон, гидрокортизон) қолданылады.



Сурет-35.

Квинке ісігі теріде, кілегей қабықта болатын шектелген, жедел ағымды ісік. Жұтқыншақ, көмекей ісігі тыныс алу мен жұтуды қиындатады. Ісіктер қышымайды, ауырмайды, тек бозарып тұрады. Аймақтық лимфа түйіндері өзгермейді. Квинке домбығуы қалқанша безі қызметі нашарлаған адамдарда жиірек болады.

Емі. Тері астына атропин, көк тамырға-венаға 10% хлорлы кальций ерітіндісі енгізіледі. 6-8 күндей димедрол не супрастин ішу керек.

Шок – барлық маңызды ағзалар қызметінің күрт төмендеуі. Х.П.Шустердің (1989) қорытындылауы бойынша: а) науқас жағдайының қиындағаны туралы хабар; б) шығу себебі мен бейімдейтін жағдайларға қарамастан, организмнің өте қиын халде болуы; в) жарақат ауруының басталуы; г) организмнің жарақатқа жауап әрекеті. Даму себептеріне байланысты шок: геморрагиялық, анафилактикалық жарақаттық, кардиогендік, психогендік т.б. болып жіктеледі. Іс жүзінде стоматологияда анафилактикалық шок жиі кездеседі. Новокаиннің анафилактикалық шок тударатын дәрілердің ішінде 4-ші орында екендігін есте ұстаған абзал. Бұл асқыну өзінің ағзаның ерекше сезімталдығы-аллергиялық ауруы бар немесе жақын туыстарының бірінің жиналған сырқат жайындағы мәлімет-аллергиялық анамнезі ауыр болған науқастарда жиі кездеседі. Анафилактикалық шоктың белгілі кардиальды, астмоидты, церебральды, абдоминальды түрлері бар. Ол жай түскендей, ауыр, орташа, жеңіл болып бөлінеді. Белгілі түрінде — кейбір адамдар дәріні енгізген соң біраздан кейін мазасызданып, қорқып беті мен қол-аяғы қышып, жыбырлап құлағы шулап басы ауырады, терлейді. Беті бозарып тамырлары тартылып, естен тануы мүмкін. Көз қарашығы ұлғайып, жарыққа қимыл әсері сақталады. Төс тұсы ауырып, ол жүрекке қарай жылжиды. Тамыр соғуы жиілеп, қан қысымы төмендейді.

Эпигастрия аймағындағы сезілген ыңғайсыз жағдай іштің шаншуына ұласып, лоқсу күшейіп науқас құса бастайды. Кейбіреулердің іші кеуіп, еріксіз зәрі мен нәжісі шығып кетеді. Кейде тыныс тарылса, кейде тыныс алуы-асфиксия болады.

Шоктың басқа түрлерінде бір ағзаның жаралануы айқын білінеді. Шок жай түскендей немесе ауыр жүрген жағдайда науқасты тез арада жоғалтып алу қаупі төнеді. Ал шоктық орташа, жеңіл өткен түрлерінде жаңағы аталған белгілер білінеді.

Емі. Жағдайға байланысты түрліше әрекеттер жасалады. Науқастың басын бүйіріне қарай бұрып, тілін шығарып, аузын құсықтан тазалап, төменгі жақты алға қарай жылжытып, жоғарғы тыныс жолдарын ашып күштеп (жасанды) тыныс алдыру керек. Антигеннің қанға тарап кетуін әрі қарай тежеу үшін ине шаншылған жерді айналдыра 0,1% 0,5 мл адреналинді 5-10 мл-дей натрий хлорлы изотоник ерітіндісіне араластырып егеді. Бұлай ету мүмкін болмаса 1 мл-дей адреналинді жансыздандыратын дәрі-анестетик жіберген жерге енгізеді. Гистаминге қарсы дәрілер (1% 2-4 мл димедрол, 2,5% 2-3 мл супрастин, 2,5% 2 мл пипольфен, 3% 3-5 мл преднизолон, 0,1% 0,5 мл гидрохлорид адреналин венаға, бұлшықетке) қолданады. 5% 100-120мл эпсилон-аминокапрон қышқылын қолдану жақсы нәтиже береді. Бронхоспазм күшейе бастаса 2,4% 10 мл эуфиллин немесе 0,5% 2 мл изадрин жібереді. Жүрек қызметін қалыптастыру үшін диуретиктер, жүрек глюкозидтерін 2-4 мл лазикс, 0,06% 0,5-1,0 мл коргликон егеді. Дәрілер көк тамырға-венаға жіберіледі. Бұлшықетке егілген дәрілер жақсы әсер бермейді. Сонымен қатар оттекті ішке жұту- ингаляциясы жасалады.

Жағдай жөнделмесе дәрілерді қайтадан қолданамыз. Қажет болған кезде жүрек-өкпе жүйесі реанимацияланады. Анафилактикалық шокты бастан кешкен науқастар жүрек, бүйрек, асқазан-ішек жолдарынан болатын асқынулардың алдын алу үшін арнайы бөлімдерде жатады. Мұқият зерттеп талданған жиналған сырқат жайындағы мәлімет-аллергологиялық анамнез асқынулардың алдын алуға жол ашады.

Идиосинкразия. Қазір жергілікті жансыздандыратын дәрілерге-нестетиктерге идиосинкразия көбірек ұшыраса бастады. Оның белгілері: теріде қызыл дақтардың пайда болуы, қышу, ыстықтап барып терлеу, кейде бет-ауыздың көгеруі, талу.

Аталған жайларды жою үшін көк тамырға венаға 1% 1-2 мл димедрол, яғни 2,5% 1-2 мл пипольфен, супрастин ерітінділерін 10% - 10,0 мл хлорлы кальцийге араластырып жібереді. Науқасты жатқызып, оның тамырын, қан қысымын, тыныс алуын қадағалайды. Жағдайы нашарлай бастаса жедел реаниматорды көмекке шақырады, себебі, организмнің жансыздандыратын дәріге-анестетикке сезімталдығы өте жоғары болса, алғашқы белгілер өрістеп коллапс, анафилактикалық шокқа жалғасуы ықтимал. Терідегі қызыл дақтар жайлап өшіп науқас жағдайы қалыптаса бастаса 1 сағаттың ішінде үйіне қайтаруға болады.

Науқасқа қай жансыздандыратын дәріге-анестетикке реакция болғандығы жайлы ескертеді. Сырқатнамасының бірінші бетіне жаңағы жансыздандыратын дәріні-анестетикті көтере алмайтыны жайлы белгі қояды.

Алдын алу. Науқасқа бір кездерде жағымсыз әсер еткен дәрілерді сынап көру. Бірнеше рет жансыздандыратын дәрі-анестетик қолданылатын науқастарға алдын ала (3 күн бұрын) гистаминге қарсы дәрілермен (пипольфен, димедрол, супрастин) алдын ала егу-премедикация жасалады.

Новокаинмен, тримекаинмен улану. Организмге новокаин мен тримекаинді белгілі мөлшерден артық ендіру улануға соқтырады.

Улану орталық жүйке жүйесін қоздырады, содан кейін оның қызметін тежеп қоллапса, тыныс алу мен жүрек қызметін тоқтатуға соқтырады. Уланудың жеңіл түрінде науқас лоқсып, басы айналады, ыстықтап, аяқ-қолының еті тартылады. Уланудың ауыр түрінде бұл аталған жайларға жүйке жүйесінің қозуы, тырысу қосылады. Көп кешікпей қозу тоқтап, тежеу басталып тыныс алу тоқталады. Қозу мен тежеудің тез алмасуы бірнеше минут ішінде болуы (кейде сағаттарға созылуы) мүмкін.

Емі. Уланудың жеңіл түрінде науқасты жатқызып, мүсәтір спиртіні иіскетіп тыныс халде қалдырған жеткілікті. Уланудың ауыр түрінде көк тамырға-венаға тез әсер ететін барбитураттар (13% 1-2 мл тиопентал натрий) жібереді. Барбитураттар жансыздандыратын дәрінің-анестетик күшін азайтып оның улау әсерін тежейді. Қажет жағдайда 10-20 минуттан соң барбитураттарды қайтадан көк тамырға-венаға жіберуге болады. Тыныс алу нашарлағанда (респиратор арқылы) күштеп тыныс алдыру керек. Онымен қатар тырысуға қарсы кураре тәрізді дәрілерді қолданамыз. Қажет болса жүрек, қантамыр дәрілері де қолданылады. Уды организмнен айдап шығу үшін тездетілген сідікті шығару-диурез (маннитол, лазикс) жасау қажет.

Емханада уланудың белгілері сезіле бастағаннан-ақ оған қарсы күрес шараларын жүргізіп, жедел жәрдем шақыру керек. Улануға қарсы қолданылатын дәрілер емханада дайын тұруы қажет.

Жергілікті асқынаулар. Иненің сынуы. Үстіңгі жақ пен төменгі жақ анестезиясының кез келген түрінде ине сынуы мүмкін. Ине көбіне канюляның түбінен сынады. Ол коррозияға ұшыраған, тозған инені қолданғанда немесе анестезияны инені күштеп жылжытып жасағанда сынады.

Алдын алу. Иненің бүтін жаңа екендігін тексеріп отыру, нысанаға жеткенде сыртта 1 см-дей қалатындай ұзынырақ инені қолдану, жансыздандыру әдісін-анестезия техникасын дәл және бұлжытпай орындау.

Емі. Иненің орналасқан жерін дәл анықтау үшін бірнеше проекцияда рентген суреттері түсіріледі. Ине ешқайда жылжымай бір орында қалып,

тұрған жері ауырмаса аса қауіп тудырмайды уақыт өте келе капсулаланып қалып қояды. Олай болмаса, оны стационарда хирург ота кезінде алып тастайды.

Қан тамырлары мен оның тармақтарының жаралануы. Өтпес, ұшы майысқан инелерді қолданғанда, жансыздандыру әдісін-анестезия техникасын дәл ұстамағанда болуы мүмкін. Тубералды жансыздандыру-анестезиясы кезінде қанат тәрізді көк тамыр-вена өрімдері жараланып, тез арада қанның ұюы-гематома пайда болады, ұрттың жұмсақ тіндері ісіп шыға келеді. Қанның ұюы-гематома өздігінен ыдырап тарайды немесе іріңдейді.

Алдын алу. Жақсы инелерді пайдалану, инені жылжытқанда сүйекті жағалап ине алдына жансыздандыратын дәріні-анестетик жіберіп отыру. Бұл асқыну тубералдыжансыздандыруда-анестезияда жиі кездесетіндігін ескеріп, оны толық қажеттілік туғанда ғана жасау.

Емі. Қанның ұюы-гематома пайда бола бастаған сәтте, ол жерді басып тұрып, қысып таңып, бір тәулік бойы мұздатып ұстаған жөн. Іріңдеп кетпеуі үшін алғаш қабынуға қарсы дәрілер, кейінірек оны ыдырату үшін УЖЖ, құрғақ ыстық қолданылады. Іріндеген қанның ұюын-гематоманы тіліп, қабынуға қарсы, десенсибилизация дәрілерін тағайындайды.

Бет терісінің ишемиясы. Осы жерді қамтамасыз ететін қан тамырының тарылуынан болады, сондықтан бет терісі тез ағарып кетеді. Бірақ бұл көрініс көп ұзамайды. Емнің қажеті жоқ. Инфраорбиталды, менталды жансыздандыруда-анестезияларында жиі кездеседі.

Жүйкенің жаралануы. Жансыздандыру әдісін-анестезия техникасын бұзған кезде нысанадағы жүйке пен бірге оның маңындағы жүйкелер жаралануы мүмкін. Жүйке ішілік жансыздандыру – Эндоневрал анестезиясы кезінде ине жүйке талшықтарын үзіп, жыртып кетуі белгілі белгілер-симптомдар (парестезия, ауыру, температура, тактильді сезімдердің төмендеуі) арқылы білінеді. Кейде көп мөлшірдегі жансыздандыру дәрілерін-анестетикті жылдам енгізгенде де жүйке талшықтары жарақаттанады. Мандибулярлы жансыздандыру-анестезия кезінде инені шектен тыс терең бойлатып жіберсе бет жүйкелері жансыздану салдарынан ымдау етінің салдануы-парезі пайда болады. Осы сияқты инфраорбиталды жансыздандыруы кезінде бет жүйкесінің ұрт пен бет тармақтары жансызданады. Үшкіл жүйкенің жарақаты күннен айларға созылатын сезімталдығы жоғалып-парестезия мен невралгия түрінде болып, оның тармақтарының тітіркенуі бет жүйкесі мен симпатикалық жүйкелерге тарауы мүмкін.

Алдын алу. Үшкіл жүйке пен оның маңындағы жүйкелердің жақ пен бет аймағында жайласуын-топографиясын жете білу, жақсы инелерді қолданып, жансыздандыру әдісін-анестезия техникасын мүлтіксіз орындау.

Жүйке ішілік-Эндоневральды жарақаттарда невритке қолданылатын

ем (физиотерапия - УЖЖ, соллюкс, аналгетиктер, витаминдер) жасалады. Дәрінің әсерінен болған салданулар-парез өзінен-өзі кетеді, оған ем қажет емес.

Ауа эмболиясы. Шприцте ауа қалып, оның жансыздандыру дәрісі мен-анестетикпен бірге қантамырға түсуі. Бұл асқыну дәрігердің олақтығының салдары болып табылады.

Жаңылысып басқа дәрілерді (спирт, сілті, сутегінің қостотығы т. б.) қолдану. Ауыр асқынулар қатарына жатады. Бұл дәріханадан жаңылысып басқа дәрі беру немесе емханада жансыздандыратын дәрі-дәрмектерді-анестетиктерді басқа дәрілермен аралас сақтау, дәрігерлердің ұқыпсыздығының салдары.

Бұл қателіктің алғашқы белгісі -дәріні ендіре бастағанда-ақ қатты ауыру.

Алдын алу. Жансыздандыратын дәрі-дәрмектерді-анестетикті басқа дәрілерден бөтен сақтап, қолданар алдында қолдану нұсқасына-этикетикасына назар аударып, органолептикалық тексеру (дәмі, иісі, түсі), новокаинге Лукомский сынағын жасау.

Емі. Жаңылыс жіберілген дәрінің мөлшерін-концентрациясын төмендету үшін жедел түрде сол аймаққа 0,25% новокаин, физиологиялық ерітіндімен (80-120-150 мл) қоршау-блокада жасалады. Содан соң барып тілу керек. Іріндеп шіріп кетпеуі-некроз болмауы үшін антибиотиктер қолданып, жараны гипертоник ерітіндісімен жуып, қадағалап тұрады.

Инфекция ендіру. Асептика ережелері бұзылғанда (анестетик, ине, шприц залалсыздандырылмаған болса) абсцесс, флегмона, қан тамыры және жүйке жараланғанда қабынудың бастапқы кезеңі басталады.

Алдын алу. Асептика шарттарын қатаң түрде сақтау (ерітінді, инструменттер, дәрігердің қолы, ота аймағы залалсыздандырылған болуы керек). Ине шаншудан бұрын ауызды әлсіз антисептик ерітіндісімен шайып, ине шаншитын жерді йод ерітіндісімен залалсыздандырады.

Емі. Қабыну кезеңдерінде жалпы ем жүргізіледі.

Бұлшықет жарақаты (жақтың, қарысуы). Мандибулярлы, торусалді жансыздандыруда кездеседі. Асқыну қанат тәрізді етті өтпес немесе ұшы майысқан инемен жаралау, бұлшықетке шектен тыс көп жансыздандыратын дәрілерді-анестетик енгізуден болады.

Клиникалық көрінісі. Ауырсынып, ауызы жақсы ашылмайды.

Емі. Ауызды сода ерітіндісімен шаю, жақ астына жылу қою, қарысыпқалуды-контрактураны тарататын терапия, механикалық ем.

Таңдайдың кілегей қабығының өлеттенуі. Жаңылысып басқа ерітінділер енгізумен бірге, жансыздандыратын дәріні-анестетикті көп мөлшерде (1,0 мл-ден артық) жіберсе де (кілегей қабық сүйек қабығымен бірге сүйектен ажырап кетуі мүмкін) болады. Сүйек қабығының ажырауы тіндердің қоректенуін бұзып жұмсақ таңдаймен сүйектің өлеттенуіне әкеп соқтыруы мүмкін.

Алдын алу. 0,5-0,75 мл-ден артық жансыздандыратын дәріні-анестетик жібермеу, ине ұшы кілегей қабық астында болуы керек.

Жұмсақ таңдайдың салдануы. Таңдай-палатиналді жансыздандыру- кезінде дәріні таңдайдың үлкен тесігінен артқа енгізгенде шектен тыс көп мөлшерде жансыздандыратын дәріні-анестетик жібергенде пайда болады. Науқас лоқсып, құсып, жөтеліп, таңдайда бөгде зат бар сияқты сезінеді.

Алдын алу. 0,5-0,75 мл-ден артық жансыздандыратын дәріні-анестетик жібермеу, жансыздандыру әдісін-анестезия техникасын бұзбау.

Емі. Жұмсақ таңдай тілшесін, тілдің түбіне тимейтіндей етіп ауызды кере ашып, терең тыныс алу, отаны тез аяқтау.

Мұрын түбінің кілегей қабығының жаралануы. Күрек тістер жансыздандыруында-анестезиясында инені 0,3-0,5 мм-ден терең енгізгенде болады. Қан ағуы мүмкін.

Диплопия. Қосарланып көріну инфраорбиталды жансыздандыру-анестезия кезінде инені тереңдетіп сұғудан, көп мөлшерде жансыздандыратын дәріні-анестетик жіберуден келіп шығады.

Алдын алу. Инені өзек ішінде 7-10 мм-ден артық сұғуға, 0,5-0,75 мм-ден артық жансыздандыратын дәріні-анестетик жіберуге болмайды.

Емі. Асептика бұзылмаса ешқандай емнің қажеті жоқ.

Көз алмасының жаралануы. Инфраорбиталды жансыздандыру-анестезиясы кезінде инені өзекке тым терең бойлата сұққанда немесе инені өзекке емес, көз шарасының төменгі қырынан жоғары сұққанда болады.

Ішке сіну жансыздандырудан кейінгі ісік пен аурулар. Дәрінің дұрыс даярланбауынан (ерітіндіні изотоник емес жай суда даярланғанда), жансыздандыратын дәріні-анестетикті сүйек қабығының астына жібергенде, ұзақ уақыт тұрып қалған жансыздандыратын дәріні-анестетиктерді қолданудан келіп шығады.

Алдын алу. Жансыздандыратын дәріні-анестетиктер жаңадан даярланған болуы, анестезия кезінде сүйек қабығын жараламау, иненің сүйекке жанап қозғалуы қажет.

Жансыздандыратын дәрінің-анестетиктің жергілікті зиянды әсері (ісік, дерматит) жиі және ұзақ уақыт теріге жансыздандыратын дәрінің-анестетиктердің әсерінен туады (медицина мамандарында кездеседі). Кейбір тым сезімтал науқастарда новокаин жіберген жерде дерматит байқалуы мүмкін егер жиналған сырқат жайындағы мәлімет-анамнезде жансыздандыратын дәріні-анестетиктерді көтере алмайтыны белгілі болса, онда алдын ала организмнің жансыздандыратын дәріні-анестетикке сезімталдығын анықтап алған жөн. Содан кейін қажет болса басқа жансыздандыратын дәріні-анестетикті қолданылады.

Тұжырым: Науқасқа жансыздандыру үшін, науқасқа бірнеше сұрақтар беріп оның жауабын күту керек. Мысалы: Сіз соңғы-ақарғы кезде дәрігер-

стоматологта болып көмек алдыңыз? немесе қашан?. Сіз тісіңізді жақын арада дәрігер-стоматологта болып, тісіңізді жұлдырдыңыз ба? немесе емдеттіңізбе? және т.б. Осындай сауал-жауаппен жансыздандыратын дәріні қолдану керек пе немесе тағыда қосымша зерттеу шараларын өткізу керектігі және тағы басқада жағдайларды анықтауға болады. Жансыздандыратын дәріні тағдай білу керек. Дәріні қолданудан бұрын аңдатпасына, қысқаша мазмұнына көңіл аударумен қатар оны мұқият оқып көру керек. Жансыздандыру жасалатын аймақтың анатомиялық және орналасу құрылымын (бұлшықетті, қан-тамырлар және жүйке жүйесін) жақсы білу қажет. Бұл жергілікті және жалпы асқынудың алдын алудың алғашқы шараларының бірі болып саналады.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Хирургиялық стоматологияда көбірек қолданылатын жансыздандыру дәрілері немесе анестетиктер химиялық құрылымы жағынан олар бөлінеді.

- А) екі топқа
- Б) үш топқа
- В) бес топқа
- Г) жеті топқа
- Д) төрт топқа

2. Хирургиялық стоматологияда көбірек қолданылатын жансыздандыру дәрілері немесе анестетиктер химиялық құрылымы жағынан олар болып бөлінеді.

- А) күрделі эфирлер, амидтер тобы
- Б) амидтер тобы, тотықтар тобы
- В) күрделі эфирлер, металлдар тобы
- Г) амидтер тобы, металлдар тобы
- Д) күрделі эфирлер, тотықтар тобы

3. Жергілікті жансыздандыруды (анестезияны) күшейту және оның уақытын ұзарту үшін тамыр тарылтқыш заттар.....аз мөлшерде жансыздандыру дәрілеріне (анестетиктерге) қосылады.

- А) адреналин, норадреналин, вазопрессин
- Б) вазопрессин, димедрол, супрастин
- В) норадреналин, тималин, строфантин
- Г) вазопрессин, хлорлы натрий, хлорлы кальций
- Д) норадреналин, тетрациклин, белсендірілген көміртек

4. Тістер, жақ, ауыз бен беттің жұмсақ тіндері, көз, сезу мүшелері түгелімен дерлік (5 жұп) арқылы жүреді.

- А) үшкіл жүйке
- Б) қол жүйке
- В) мойын жүйке
- Г) арқа жүйке
- Д) бел жүйке

5. Үшкіл жүйке (n.Trigeminus)..... жүйке болып есептелінеді,

- А) аралас жүйке
 - Б) қосымша жүйке
 - В) жанама жүйке
 - Г) бүйір жүйке
 - Д) көлденең жүйке
6. Үшкіл жүйкен жуан түбіршегі...., жіңішке түбіршегі жүйкелері.
- А) жуан түбіршегі — сезу, жіңішке түбіршегі- қимыл жүйкелері
 - Б) жуан түбіршегі — көру, жіңішке түбіршегі- қимыл жүйкелері
 - В) жіңішке түбіршегі- қимыл, жуан түбіршегі — ымдау жүйкелері
 - Г) жуан түбіршегі — сезу, жіңішке түбіршегі- есіту жүйкелері
 - Д) жіңішке түбіршегі- қимыл, жуан түбіршегі — жұту жүйкелері
7. Сезу түбіршегі самай сүйегінің пирамида ойығында (Мекель қуысы) түйінін құрайды .
- А) Гассердің жарты ай
 - Б) Анреп
 - В) Воод
 - Г) Кулаков
 - Д) Сағатбаев
8. Гассердің жарты ай түйінін құрайды да бөлінеді.
- А) үш тарамға
 - Б) бес тарамға
 - В) төрт тарамға
 - Г) жеті тарамға
 - Д) тоғыз тарамға
9. Үшкіл жүйкенің (n.Trigeminus) тармақтарын атаңыз.
- А) көз, жоғарғы жақ, төменгі жақ
 - Б) төменгі жақ, көз, құлақ
 - В) жоғарғы жақ, төменгі жақ, негізгі
 - Г) төменгі жақ, көз, мұрын
 - Д) жоғарғы жақ, төменгі жақ, желке
10. Кіші қаз табанда (pes anseris minor) жалғасқан жүйке талшықтары өзіне тиісті бөлігін жүйкелендіреді
- А) жоғарғы ерін, төменгі қабақ, мұрын қанатының, кеңсірік пердесінің
 - Б) төменгі қабақ, мұрын қанатының, төменгі ерін, иектің
 - В) жоғарғы ерін, мұрын қанатының, құлақ терісінің
 - Г) кеңсірік пердесінің, төменгі қабақ, иектің терісінің
 - Д) төменгі қабақ, мұрын қанатының, құлақ терісінің
11. Таңдайдың кілегей қабығын талшықтар жүйкелендіреді.
- А) қанат-таңдай түйінінен тараған
 - Б) төменгі жақ бұрышы түйінінен
 - В) қолдың ұзын сүйектерінен
 - Г) жамбас сүйектерінен
 - Д) мойын сүйектерінен

12. Қанат-таңдай түйіні жүйесіне жатады.

- А) парасимпатикалық жүйке
- Б) сезімтал
- В) көру
- Г) иіс сезу
- Д) есіту

13. Қанат-таңдай түйінінен тарайтын жүйке талшықтарын атаңыз.

- А) вегетативті парасимпатикалық, симпатикалық, сезімтал талшықтар.
- Б) сезімтал, көру, иіс сезу
- В) вегетативті парасимпатикалық, сезімтал, көру
- Г) симпатикалық, иіс сезу, сезімтал
- Д) сезімтал, вегетативті парасимпатикалық, есіту талшықтары

14. Қанат-таңдай түйінінен тарайтын жүйке талшықтарының неше түрі бар.

- А) үш түрі
- Б) бір түрі
- В) екі түрі
- Г) төрт түрі
- Д) бес түрі

15. Жоғарғы жақты өткізгішті жансыздандыру түрлерін атаңыз.

- А) төмпешікті, көз асты, таңдай, күрек тістік
- Б) көз асты, таңдай, мандибулярлы, иек асты
- В) төмпешікті, күрек тістік, иек асты, торусалды
- Г) күрек тістік, мандибулярлы, иек асты, торусалды
- Д) таңдай, самай, иек, мойын

16. Төмпешікті жансыздандыруды жасау әдістерін атаңыз

- А) ішкі, сыртқы
- Б) сыртқы, артқы
- В) ішкі, алдыңғы
- Г) сыртқы, алдыңғы
- Д) ішкі, артқы

17. Көз асты жансыздандыруды жасау әдістерін атаңыз

- А) ішкі, сыртқы
- Б) ішкі, артқы
- В) сыртқы, алдыңғы
- Г) ішкі, алдыңғы
- Д) сыртқы, артқы

18. Таңдай жансыздандыруды жасау әдістерін атаңыз

- А) ішкі
- Б) сыртқы
- В) алдыңғы
- Г) артқы
- Д) таңдай сызығының бойымен

19. Күрек тістік жансыздандыруды жасау әдістерін атаңыз

- А) ішкі, сыртқы
 - Б) сыртқы, артқы
 - В) ішкі, алдыңғы
 - Г) сыртқы, алдыңғы
 - Д) ішкі, артқы
20. Төменгі жақты өткізгішті жансыздандыру түрлерін атаңыз.
- А) торусалды, мандибулярлы, иекті
 - Б) төмпешікті, көз асты, таңдай, күрек тістік
 - В) симпатикалық, иіс сезу, сезімтал
 - Г) таңдай, самай, иек, мойын
 - Д) сезімтал, вегетативті парасимпатикалық, есіту талшықтары
21. Торусалды жансыздандыруды жасау әдістерін атаңыз
- А) ішкі, сыртқы
 - Б) сыртқы, артқы
 - В) ішкі, алдыңғы
 - Г) сыртқы, алдыңғы
 - Д) ішкі, артқы
22. Иектік жансыздандыруды жасау әдістерін атаңыз
- А) ішкі, сыртқы
 - Б) сыртқы, артқы
 - В) ішкі, алдыңғы
 - Г) сыртқы, алдыңғы
 - Д) ішкі, артқы
23. Мандибулярлы жансыздандыруды жасау әдістерін атаңыз
- А) ішкі, сыртқы
 - Б) сыртқы, артқы
 - В) ішкі, алдыңғы
 - Г) сыртқы, алдыңғы
 - Д) ішкі, артқы
24. Бет сүйекасты-қанат тәрізді сүйек жолы жансыздандыру (С.Н.Вайсблат ұсынған) әдісінде нысана белгісі ретінде алынады.
- А) құлақ-көз, трагоорбитал сызығы
 - Б) көз асты, жақасты маңы
 - В) мойынның ымдау бұлшықеттері, құлақ-көз
 - Г) трагоорбитал сызығы, жақасты маңы
 - Д) мойынның ымдау бұлшықеттері, көз асты
25. Үшкіл жүйкенің 2-ші тармағын жансыздандыру әдісінде нысана белгісі ретінде алынады..
- А) қанат-таңдай шұңқыры.
 - Б) көз асты, жақасты маңы
 - В) мойынның ымдау бұлшықеттері, құлақ-көз
 - Г) трагоорбитал сызығы, жақасты маңы
 - Д) мойынның ымдау бұлшықеттері, көз асты

VII ТАРАУ

ТІС ЖҰЛУ ОТАСЫ

Адамзат арасында тіс жұлу отасы ең көп жасалатын ота. Басқа оталармен салыстырғанда тіс жұлу отасының біраз ерекшеліктері бар. Ол кейде оңай және тез болғанымен, кейде өте күрделі болып ұзаққа созылуы да мүмкін. Онда дәрігерге көмекші, көптеген аспаптар қажет болады. Күрделі оталар аурухананың арнайы бөлімшелерінде көпке созылған жалпы жансыздандыру арқылы жасалады.

Жалпы тіс жұлу ауыр ота болып есептеледі, себебі, тіс өз ұясынан күштеп жұлынып алынады. Тіс жұлынған кезде дөңгелек сіңір, периодонт, сүйек қабығы қан тамырлары мен жүйке талшықтары үзіледі, тіс ұясы да жараланады, оған ауыздағы заттар түседі. Ауыз қуысының адам организміндегі микробқа ең бай жері екендігін, онда залалсыздандыруды жүргізу өте қиын екендігі және мүлдем мүмкін еместігін еске алсақ, онда тіс ұясындағы жарақатқа инфекцияның енуі түрлі қабыну кезеңдеріне жол ашу қаупін арттыра түседі.

Тіс жұлу кезіндегі науқастың уайым-қайғысын (тыныс алу мен тамыр соғуының жиілеуі, қан қысымының көтерілуі, кейбір ағзалар қызметінің бұзылуы) жаңағы аталған жарақатқа қоса есептесе жергілікті немесе жалпы асқынуға себептің жеткілікті екендігін анық түсінуге болады.

Тіс жұлу отасы көне замандардан белгілі (Эскулаптан). Ол туралы алғашқы жазба мағлұматтар Гиппократқа тиесілі (Р. Бауме, 1899).

Алғашқы қорғасын қысқыштардың үлгісі Дельфит храмында сақтаулы. Темірден жасалған қысқыштар жайлы Аристотель жазып қалдырған.

Тістердің анатомиялық ерекшеліктері есепке алынбаған көне дәуірде тіс жұлу күрделі ота болып саналған. 1826 ж. Гаррис Фай тістердің анатомиялық ерекшеліктерін есепке ала отырып қысқыштар үлгісін ұсынған, ол сол үшін күміс жүлденің иегері атанды. Кейінірек 1841 ж. Джон Томс анатомиялық қысқыштар жасады, олар көп өзгеріссіз күні бүгінге дейін қолданылуда.

7.1. ТІС ЖҰЛУ ОТАСЫН ЖАСАУҒА БОЛАТЫН ЖӘНЕ БОЛМАЙТЫН ЖАҒДАЙЛАР

Тіс жұлу отасы белгілі бір қажеттіліктермен шектелген. Емдік стоматологияның дамып емнің жаңа түрлерін қолдануы периодонттағы қалыпты жағдайлардан ауытқуын тоқтатуға жол ашты. Ертеректе тазарту-санация кезінде жұлып тастайтын түбірлер мен бұзылған тістер, алмалы-салмалы протездерді ұстату үшін пайдаланылатын болды. Гемисекция, реплантация, түбір ұшының резекциясы тістерді сақтап қалуға жағдай жасады. Тіс жұлынған соң тек сол тістің ғана емес, оған көрші, қарсы орналасқан тістердің (конвергенция, дивергенция, орнынан өсіп шығуы) айналасында да көп өзгерістер болады. Бұл шайнау

жүйесіндегі өзгеріске әкеледі. Бірнеше тістің жұлынуы сөздің, бет-әлпетінің сырт пішінінің бұзылуына әкеліп соқтыруы мүмкін.

Сөйте тура тісті жұлмай қалдырған кезде одан пайда болатын өзгерістерді ескеріп (организмнің сенсбилизациясын, күшінің азаюын, жүйке талшықтарының тітіркенуін, кілегей қабықтың жаралануы мен инфекцияның тарауын), тісті жұлу алдында отаға тиісті қажеттіліктерді анықтап алған абзал.

7.1.1. Тіс жұлу отасын жасауға болатын жағдайлар

Қажеттіліктер толық (абсолюттік) және жартылай (салыстырмалы) Танфильев Д. Е, (1966) жалпы және жергілікті (Бернадский Ю.И., 1970), жедел (срочное п.) және жоспарлы (плановое п.), (Заусаев В.И., 1981) болып жіктеледі.

Жедел және толық қажеттілікке жедел ағымды одонтогендік инфекция (остеомиелит, абсцесс, флегмона, периостит) жатады. Қабыну кезеңі басталуынан көп кешікпей ауру тіс жұлынса, онда инфекцияның әрі қарай тарауы тоқтатылып, тезірек оң нәтижеге қол жетеді. Қабыну кезеңі ұлғайып кетсе, тіс жұлу отасы жеткіліксіз деп табылады. Қосымша көшпелі қатпар, басқа да жақ айналасындағы жұмсақ тіндерді тіліп, жалпы ем жүргізу қажет.

Емдік шаралар нәтижесіз болса, қабыну кезеңі асқынып кетсе, одонтогенді хронический кезінде ауру тіс шұғыл түрде жұлынады.

Жоспарлы қажеттіліктер мыналар:

- 1) Сауыты түгел бұзылып, түбірі протез салуға пайдалануға жарамай қалған тіс;
- 2) Түбірі қисық, өзегі бітеу болып, реплантация мен түбір ұшының резекциясын жасауға, емдеп жазуға болмайтын тіс;
- 3) Гаймор қуысындағы қабынуға себепкер тіс;
- 4) Ішкі ағзалардың ауруына себепкер тіс;
- 5) Пародонтоздың III дәрежесінде босап қалған тіс;
- 6) Ортодонтиялық ем кезінде басқа тіске орын босату үшін;
- 7) Қарама-қарсы-антагонист тістерін ерте жоғалтып, орнынан мейлінше шығып кеткен (Попов-Годон феномені), протезге пайдалануға жарамсыз күйге жеткен конвергенция, алынатын протездің орнықты тұруына кедергі жасайтын соңғы тіс;
- 8) Жақ сүйегі сынғанда сынық сызығында қалып инфекцияны әрі қарай тарататын, сынықтардың репозициясына кедергі жасайтын, сынған, мейлінше босаған тіс;
- 9) Сауытын тегістеп жонса да тіл, ерін қанат-жақ қатпарын жаралайтын тіс;
- 10) Ортодонтиялық емге келмейтін, тіс доғасынан тыс (жоғарғы сүйір тістер) тіс (косметикалық пайымдау негізінде жұлады);
- 11) Ретенцияға, дистопияға ұшыраған қиыншылықпен шығатын (ақыл тістер) тіс;

12) Тіс ұяшық-альвеола өсіндісіндегі киста мен ісікті радикалды ота жасап алып тастағанда жыланкөздің шығуына кінәлі тіс.

Сүт тістерді жұлу қажеттілігі балалар стоматологиясында айтылады.

Жоспарлы жағдайда жұлуды (жартылай қажеттілік) 1-2 күн кейінге қалдырғанмен науқастың денсаулығына пәлендей нұқсан келмейді.

Қорыта айтқанда, қажеттілік бар кезде тісті мүмкіндігінше ертерек жұлу дұрыс болып табылады.

7.1.2. Тіс жұлу отасын жасауға болмайтын жағдайлар (жартылай)

Тіс жұлуға толық қарсылық жоқ. Жартылай жұлуға болмайтын жағдайлар жалпы және жергілікті деп бөлінеді.

Жалпы жұлуға болмайтын жағдайлар:

1) Қан аурулары (гемофилия, геморрагиялық диатез, анемия, лейкопения);

2) Жүрек-қан тамырлары аурулары (миокард инфаркты, декомпенсациялы жүрек ақауы т.б.);

3) Жұқпалы аурулар;

4) Жүйке жүйесінің аурулары (эпилепсия, психоз т.б.);

5) Екіқабат кезде, етеккір келгенде (Верльгоф ауруы, гемофилия).

Қан ауруларымен ауырған науқастың тісін жұлған соң тіс ұясынан аққан қан көпке дейін тиылмауы мүмкін. Сондықтан науқасты стационарға жатқызып гематологтың қатысуымен емдеп, содан соң тісін жұлуға болады.

Науқасты дайындау кезінде оған күнделікті көк тамырға-венаға 10%-10 мл хлорлы кальций, тері астына 1,0 мл сарысу 50-75-100 мл көк тамырға-венаға бөлшектеп қан құяды. К витамині мен аскорбин қышқылын ішу қажет.

Күнделікті бақылау кезінде қанның ұюы 4-5 минутке жеткенде (қалыпты жағдайдың жоғарғы шегі) тісті жұлуға болады. Әйтседе антигеморрагиялық емді жарақат жазылғанша жүргізу керек.

Лейкемия ауруы кезінде ауызда жара, өлеттенген-некроз болатындығын ескеріп, тіс жұлғанда, оның айналасындағы тіндерді қорғау керек. Етеккір келгенде әйелдердің қан ұюы нашарлайды. Сондықтан егер аса қажеттілік болмаса, тісті етеккір тоқтаған соң 2-3 күннен кейін жұлуға болады.

Жүрек-қан тамырлары бұзылыстарына байланысты болмайтын жағдайлар. Жалпы дәрігерлік дайындықтан соң тісті емханада немесе стационарда жұлуға болады.

Ауыр науқастардың тісін жұлуға болмайтын жағдайларды А. И. Рыбаков (1962) тым артық айтылған деп есептейді. Шұғыл қажеттілік кезінде (жедел ағымды одонтогенді инфекция) асқынудың алдын алып, абайлап, тісті жұлудың еш қиындығы жоқ. Тіс жұлудың алдында терапевтпен кеңескен дұрыс.

В. З. Скоробогатьконың (1966) мәліметі бойынша, тіс жұлған соң

кейбір аурулардың асқынуы мүмкін (қан қысымы көтеріліп, жалпы әлсіздік, тамыр соғуы жиілеп, төс қыры, жүрек тұсы сыздап ауырады).

З.М.Миканба (1958) жүрек-қан тамырлары ауыратын науқастарды жете зерттеп, олардың тісін жұлуға толық қарсылық жоқ деп табады. Ол өзінің әдістемелік хатында (1963) ауруларды **3 топқа** бөледі.

I топ. Қарсылықтары жартылай, тістерін емханада жұла беруге болатын аурулар түрлері: 1) Жүректің органикалық ақауы; 2) Кардиосклероз; 3) Кризге ұшырамаған I-II-III дәрежелі гипертония; 4) Қан айналымының I-II дәрежелі созылмалы кемшілігі; 5) Ревматизмнің өршу фазасындағы жүректің органикалық ақауы; 6) Жүрек астамасы мен стенокардия ұстамалары жоқ жүрек инфарктына үш айдан астам уақыт өтсе.

II топ. Қарсылықтары толық аурулар түрлері: 1) Жедел ағымды миокард инфарктының алғашқы күндері; 2) Инфарктының асқынулары - жиі қайталайтын коллапс пен жүрек қарыншаларының жедел ағымды аневризмасы; 3) Гипертониялық криздер.

III топ. Жартылай қарсылықтары бар аурулар. Жиі стенокардия ұстамасы бар созылмалы жүрек кемшілігі бар аурулар. Жеделдеу септикалық эндокардит пен жүрек қарыншасының созылмалы аневризмасы бар аурулар терапевтикалық стационарда емделіп болған соң терапевтің кеңесімен тіс жұлу мәселесі шешіледі.

Барлық жүрек-қан тамырлары ауруларымен ауырған науқастарды психика-эмоциональды, гормональды дайындықтан (алдын ала дайындау-премедикация, тиянақты анестезия) өткізеді. Жансыздандыру дәрілерге-анестетиктерге адреналин қосылмайды. Триоксазин, андоксин т.б. қорқу, қобалжуды болдырмайтын дәрілер беріледі. Жүрек-қан тамырларының қызметі дұрыс жүріп тұруы үшін жүрек гликозидтері, тіндегі зат алмасуын жақсартатын, антиаритмикалық дәрілер береді.

Қашау мен балғаны қолданбай тісті өте мұқият, абайлап жұлған жөн.

Жұқпалы аурулар кезінде науқас организмінің қорғаныс күштері әлсірейді, соны ескеріп, тиісті қажеттілік болмаса тіс жұлуға болмайды. Жартылай қарсылықтарға жүйке жүйесінің аурулары жатады (истерия, эпилепсия, психозда т.б.) Маман дәрігермен кеңесіп, кіші-гірім дайындықтан соң олардың тістерін жұлуға болады.

Жүйке жүйесі ауруына тістің жұлынуы дұрыс әсер етеді.

Екіқабат әйелдердің емдеуге болмайтын тістерін, ауыз қуысын тазалау-санация кезінде жұлу қажет. Әйтпесе, тісті жұлудан бұрын акушер-гинекологпен кеңесіп алу керек. Екіқабат әйел сырқат болса тіс жұлу кезінде бала тастап қою қаупі бар. Ауыз қуысын тазалау-санация жасауға ең қолайлы мезгіл үшінші айдан сегізінші айға дейінгі аралық. Себебі, 1-2 ай ішінде лоқсу, сілекей шұбыру, тағы сол сияқты ыңғайсыз жайлар мазаласа, 8-9 айларда әйелдің дәрілерге қатынап, тістерін емдетуі де біраз қиыншылық тудырады.

Жаралы-некроз стоматиті мен гингивит тіс жұлуға жергілікті жартылай қарсылық болып саналады. Жалпы алғанда ауыз қуысында жараның пайда болуы кілегей қабықтың иммунитетінің төмендеп микрофлораның күшеюінің дәлелі. Сондықтан, шұғыл қажеттілік болмаса тіс жұлуды жара беті қабыршақтанып жазыла бастаған кезге дейін қалдыра тұрған жөн. Төменгі жақтың аздап қозғалған соңғы тісін жұлуды кейінге қалдыра тұру, оны аз уақыт болса да алынбалы протездің қалыптасуына септігін тигізетін мүмкіндігіне байланысты.

Қатерлі ісік аймағандағы тісті жұлудың қажеті жоқ, ол ісікті ота жасап алған кезде бірге кетеді. Олай етпегенде, тіс жұлу, ісіктің тез өсуіне әкеліп соқтырады.

Қорыта айтқанда, атап өткен аурулар мен жедел ағымды сәуле ауруы, бүйректің жұқпалы ауруы т.б. тіс жұлуды жартылай қарсылық болып саналады. Толық қажеттілік (жедел ағымды қабыну процесі) болмаса, дәрігер-стоматолог тиісті мамандармен ақылдасып, науқасты дайындап болған соң барып тіс жұлады. Науқастың халі-жағдайы қиын болса, бұл жұмыстардың бәрі стационарда жасалады. Асқынып кетудің алдын алу үшін лейкоз, агранулоцитоз, сәуле ауруы, септикалық эндокардит, ревматизм, нефрит ауруларына антибактериялды-терапия жүргізу қажет.

Науқас тарихына байланысты мәліметтер, тіс жұлу отасы қысқа да дәл түрде құжаттарда жазылып отырылуы шарт.

7.2. Тіс жұлу отасының әдістері

Тіс жұлу операциясы қызыл иек пен периодонт тіндердері мен тіс ұясынан тісті немесе түбірді зорлап шығарып алу қимылдарынан тұрады. **Емханада өткізілетін оталардың 90%-ы тіс жұлу отасымен байланысты.**

Тіс түбірлері алшақ орналасқан болса тіс ұясы күштеп кеңейтіледі. Тістерді арнайы қысқыштар мен элеваторлар арқылы жұлады.

Кейбір кездерде тіс жұлуды бормашина, қашау, балға қолданылады. Бұл аспаптармен тісті жұлуды кедергі жасайтын сүйек алынып тасталады. Әрине, бұл оталар науқастарға біршама қиындықтар туғызады. Тісті жұлудан бұрын анатомиялық ерекшеліктерді ескерген жөн. Мысалы: түбірдің саны, түрі, үлкендігі, қисаюы, түбірлер далдасы, ұя қабырғасының қалыңдығы, гаймор қуысының жақындығы, төменгі жақ өзегінің жақындығы, жүйке жүйесімен қамтамасыз етілуі т.б. Бұл керекті мәліметтер анатомиядан белгілі.

Тісті жұлудың қиындығы алдын ала белгілі болса (төменгі ақыл тістерді жұлу) рентген жасау қажет. Жұлынатын түбірден басқа тістерге қарап та бірталай мәлімет алуға болады. Мысалы: жалпақ және төмен тіс сауыты оның түбірлерінің алшақ орналасқанының дәлелі. Тіс жұларда науқастың жалпы жағдайын есепке алып, дәрілеп жансыздандыру-

анестезия жасап психологиялық дайындықтан өткізу керек.

Науқасқа тіс жұлу кезіндегі кейбір жайлар туралы біршама түсінік берсе, ол тіс жұлған кездегі ыңғайсыз жағдайларға онша назар аудармайды.

Тіс жұлу кезіндегі науқас пен дәрігердің орналасуы. Жоғарғы тістерді жұлғанда науқас биік орындықта басын шалқайтып отырады. Жұлатын тіс дәрігердің иығы деңгейінде болу керек. Сол жақтың тістерін жұлғанда науқастың басы дәрігерге қарай, ал оң жақтың тістерін жұлғанда әрі қарай бұрылады.

Төменгі жақтың тістерін жұлғанда орындық шынтак деңгейіне дейін төмендетеді. Науқастың басы тік орналасады. Төменгі күрек, сол жақ кіші, үлкен азу тістерін жұлғанда дәрігер науқастың қарсы алдында, оң жағында тұрады, ал оң жақтың сүйір, кіші және үлкен азу тістерін жұлғанда ол сол қолымен науқастың басын құша оң жағында немесе арт жағында тұрады тіс жұлу қиын болатын болса науқасты жатқызады.

Ота алаңын дайындау. Ауыз қуысын асептикалық жағдайға келтіру мүмкін емес. Әлсіз антисептиктер микрофлораны жоя алмайды, ал күштілері кілегей қабықты жаралайды. Сондықтан ауыз қуысын дайындауды тамақ қалдықтарынан тазалап, оның микрофлорасын азайту деп түсінуге болады. Ол үшін ауызды калийдің марганец қышқылы, хлорамин, фурацилин, ас содасы т.б. әлсіз ерітінділермен шаю керек. Жұлынған тістің ұясына түсіп кетпес үшін жақын тұрған тістерді тастардан калий перманганаты, сутегі тотығымен малынған тампонмен тазарту керек.

Ине шаншитын нүкте мен жұлынатын тіс аумағын йодтың 1- 2% спиртті ерітіндісімен өңдеу керек.

Тіс жұлу аспаптары. Негізгі тіс жұлу аспаптары анатомиялық қысқаштар, элеваторлар. Қысқаштар үш бөліктен тұрады:

1) Жақтары- тістердің анатомиялық құрылысын есепке алып ішін ойық етіп бедерлеп жасалған. Тіс сауытын, немесе түбірдің қалған бөлігін қыса ұстайды.

2) Саптары (сабы, браншы)-дәрігер ұстайтын бөлігі.

3) Құлыбы -қысқаштың екі бөлігін бір-бірімен бекітеді (36 - 37 - 38 - 39 - 40 -сурет).

Тұрақты тістер мен сүт тістерді жұлатын қысқаштар тобы бөлек болады. Олардың басқа жоғарғы, төменгі жақ тістерін, сауыты сақталған тістер мен түбірлерді жұлатын қысқаштар да бір-бірінен өзгеше. Белгілі бір тістерді жұлатын арнайы қысқаштар да бар.

Қысқаштарды таңдағанда төменгідей белгілеріне назар аударады. Бұрыш белгісі – жоғарғы жақ тістерін жұлатын қысқаштардың жақтары мен саптары бір түзудің немесе параллель (параллельге жақын) түзудің бойында орналасады.

Төменгі жақ тістерін жұлатын қысқаштардың жақтары мен саптары бір-бірімен 90° (яғни соған жақын) бұрыш түзеді. Бұлардың

барлығы дерлік сапты бойлай иілген (саптары бір-бірінің үстіне орналасады), содан соң кейбіреулері (негізінен ақыл тістерді жұлу үшін) саптың қырына қарай иілген (горизонталь) саптары қатар орналасады. Саптың иілу

белгісі: жоғарғы күрек, сүйір тістерді жұлу үшін тік қысқыштар, ал кіші, үлкен азу тістерге S-тәрізді иілген қысқыштар қолданылады, олардың сабы бері орналасқанмен жақтары тісті дәл ұстайды. Жоғарғы ақыл тіске арнайы - немесе байонет (штык тәрізді) қысқыштар қолданылады.



Сурет-36. Жоғарғы жақтағы тістерді жұлу үшін қолданылатын қысқыштар



Сурет-37. Жоғарғы жақтағы азу тістерді жұлу үшін қолданылатын сауытты қысқыштар

Төменгі жақ тістері қысқыштарының жақтары мен саптары 90° бұрыш түзгендіктен, оларды құстұмсық деп те атайды.

Оң мен солдың белгісі; Жақтарының екеуі де бірдей қысқыштар оң, сол екендігіне қарамай қолданыла береді. Олар тік, тәрізді жақтары жұмыр, байонет, құстұмсықты қысқыштар. Жоғарғы 6-7-ші тістерді жұлатын қысқыштар жақтарындағы өсінділеріне байланысты оң, сол болып бөлінеді. Өсінді тістің ұрт (вестибуляр) жағына орналасып, ұрт түбірлерінің арасына қарай бойлайды. Сондықтан ол қысқыштың сол

жағына орналасса оң, ал керісінше сол жақты болып саналады.

Жақтардың түйісуі мен еніне қарай белгілері. Сауыттары сақталған тістерге жақтары түйіспейтін, түбірлерді жұлуға жақтары түйісетін қыс-қыштар қолданылады. Ыңғайлырақ болуы үшін сауыт және түбір

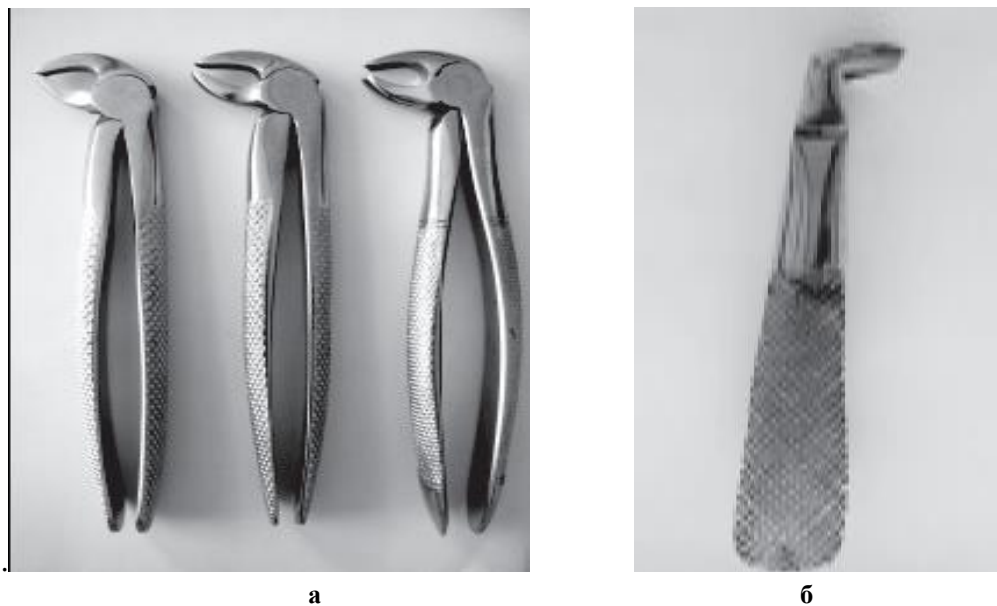
қысқыштары десек те болады. Сауыт және түбір қысқыштары жақтарының еніне қарай жалпақ орта, жіңішке болады. Тіс сауыты немесе түбірінің жуан, жіңішкелігіне байланысты жалпақ, орта, жіңішке жақты қысқышты таңдап алуымызға болады.



Сурет-38. Төменгі жақтағы тістерді жұлу үшін қолданылатын қысқыштар



Сурет-39. Төменгі жақтағы күрек және кіші азу тістерді жұлу үшін қолданылатын қысқыштар



Сурет-40.Төменгі жақтағы үлкен азу (а) және ақыл тістерді(б) үшін қолданылатын қысқыштар

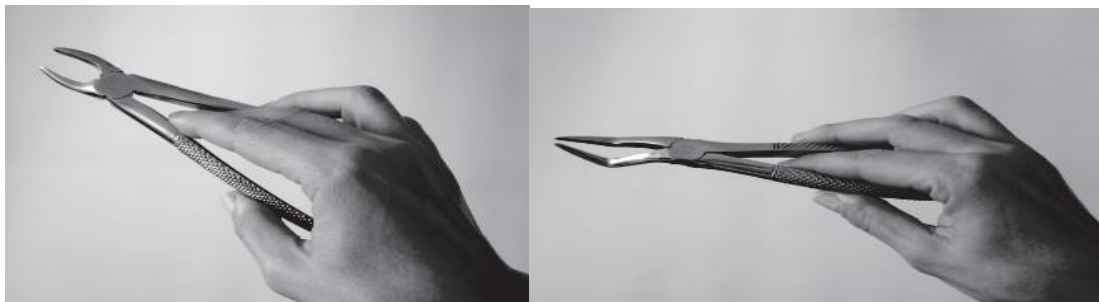
Қысқыштарды ұстау әдістері. Мамандар қысқыш ұстаудың екі әдісін ұсынады. Оны оң қолмен ұстайды.

I әдіс: Саптарының (бранштардың) арасына IV-V саусақтарды кіргізіп I саусақтың ұшын тірей бір сапты ұстайды. II-III саусақтар екі сапты қоса ұстайды. Осы жағдайдай бір сап I саусақ, алақан, II-III саусақтардың негізгі буынымен қыса ұсталады. Екінші сапты IV-V саусақтармен жылжытып қысқышты ашамыз. Әрі қарай IV-V саусақтар саптар арасынан шығып екі сапты қоса қыса ұстайды.

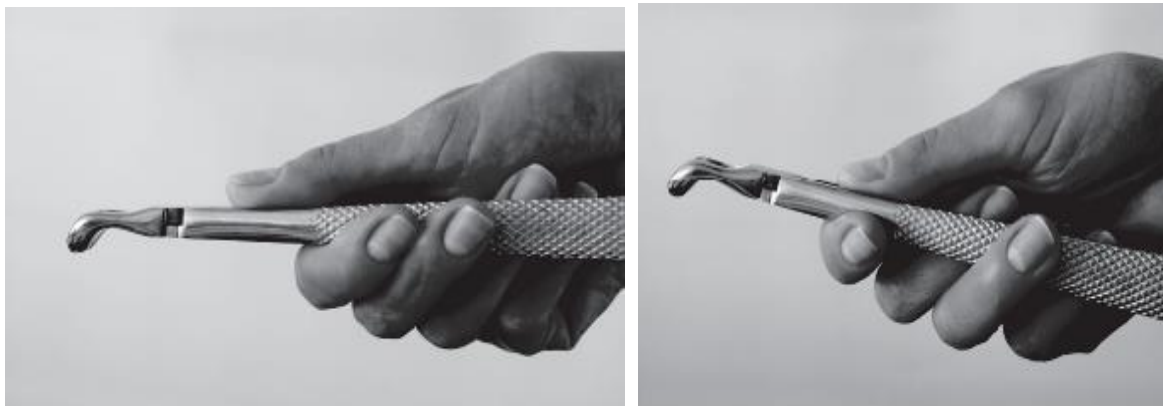


Сурет-41. (а,б) Қысқыштарды ұстау әдістері, қабырға бойынша иілген

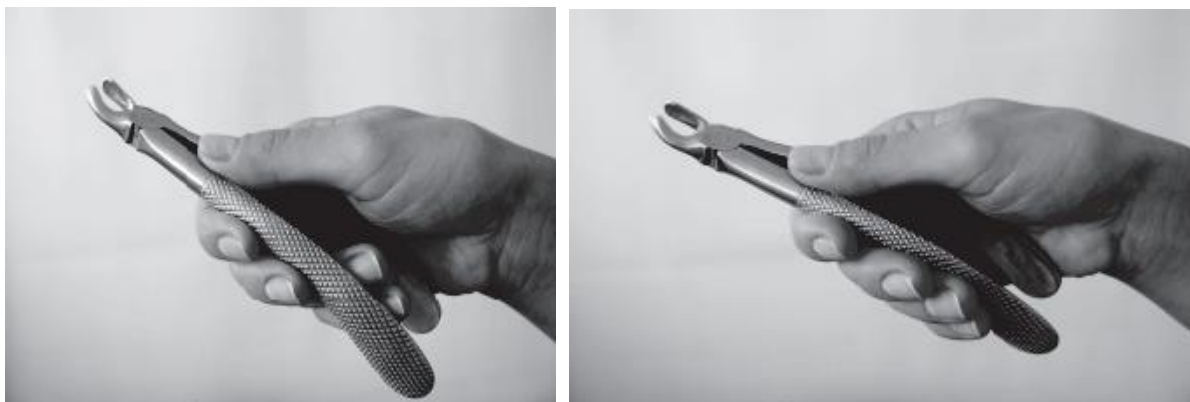
II әдіс: Саптар арасында II-III саусақтар. I саусақ бір сапты, IV-V саусақтар екіншісін ұстайды. III саусақты жазғанда қысқыш жақтары ашылады, IV-V саусақтарды жұмғанда жабылады. Қысқыш орналасқан соң саптар арасындағы саусақтар шығарылып, барлық саусақтар мен алақанға қыса ұстаймыз (40 а, б-сурет).



Сурет-42 ысқыштарды ұстау әдістері, жазықтығы бойынша іілген.



Суреттер-43. Қысқыштарды ұстау әдістері, жазықтығы бойынша іілген (төменгі жақтағы ақыл тістерді үшін қолданылатын қысқыштар).



Суреттер-44. Қысқыштарды ұстау әдістері

Қысқыштармен жұл қимылдары. Тісті (түбірді) жұлудан бұрын қызыл иек пен дөңгелек сіңірді тістен ажыратады. Сонда қысқышты тіс-қызыл иек қалтасына бойлата жылжытуға, кілегей қабықтың жыртылмай аман қалуына мүмкіндік туады. Тісті жұлуда арнайы әдістерге бағыну шарт.

Біздің кафедра оқытушысы І-ші санатты дәрігер стоматолог Шораев Б.И.-тың әдісі бойынша (Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік Университеті) ол 9 сатыдан тұрады.

Тегістегіш (гладилка) аспаптың ұшын иектің астына 1-2 см-дей бойлатып сүйек қырына дейін жетіп, тіс сауытын айналдыра кіреберіс пен ауыз қуысы жағындағы иекті тістен ажыратады. Егер жұлынатын тіс жеке дара тұрған болса, онда оны шыр айналдыра қызыл иектен ажыратады.

Қызыл иекті тістен ажыратпай тұрып тіс жұлуды бастасақ, кілегей

қабықтың біраз бөлігі сүйектен сылынып, жыртылып тіспен бірге жұлынады. Жарақат орны қанап, жалаңаштанып қалған сүйекке инфекция оңай еніп қабыну басталуы әбден мүмкін. Жыртылған кілегей қабықты орнына орналастырып тігіп қою керек.

Жоғарғы тістерді жұлғанда, қызыл иекті ажырату үшін сол қолдың үлкен, сұқ саусақтарымен альвеола өсіндісін сыға ұстайды. Нәтижесінде иек аздап ғана қанайды. Қысқышты да тіске (түбірге) дәл бағыттап, тісті жұлған кезде қысқышпен альвеола өсіндісін сындырмай аман сақтауға болады.

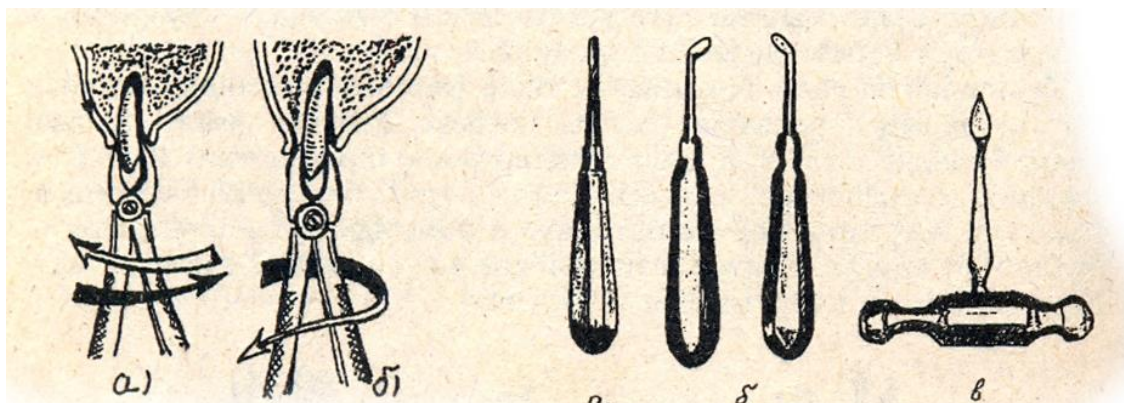
Төменгі тістерді жұлғанда сол қолдың II-III саусақтарын ауыз қуысына енгізіп, бас бармақпен сыртынан төменгі жақты сыға ұстаймыз. Бұл төменгі жақтың буынын жарақаттан сақтайды. II саусақ ұртты ығыстырып тұрады. Төменгі оң жақтың тістерін жұлғанда сол қолдың I-II саусақтары ауыз қуысына орналасады.

Тісті жұлу үшін бір-бірімен ұштасып жатқан бірнеше шартты қимылдарды орындау қажет. 1) қысқышты салу; 2) қысқышты жылжыту; 3) қысқышты сыға ұстау; 4) тісті (түбірді) ырғау (немесе айналдыру); 5) тісті ұясынан жұлып шығару.

Қысқышты салу. Қысқышты тіске (түбірге) салғанда, тіс оның екі жағының арасында болуы керек. Қызыл иекті қысып қалмайтындай етіп қысқыш жақтарының бірімен тісті ішкі (тіл, таңдай), екіншісімен сыртқы (ерін, ұрт) беттерінен ұстайды. Қысқыш жақтары мен тіс бір түзудің бойында орналасуы шарт – бұл негізгі ереже. Қысқыш тіс бойына дәл салынбай қисық түссе, онда тіс сынып кетуі мүмкін.

Қысқышты жылжыту. Қысқыш жақтары тісті бойлай сырғып қызыл иек астынан сүйекке барып тіреледі. Бұл кезде олар тістің мойнынан да әрі асып түбірді ұстауға ыңғайлы болады. Егер жұлынатын түбір биіктігі қызыл иекпен бірдей немесе одан төмен орналасса, онда қысқыш жақтарын әрі қарай альвеола өсіндісінің үстіне бойлата жылжытады. Олай етпесек тереңде қалған түбірді жұлу қиын болады. Қысқыш жақтары альвеола өсіндісінің үстіне түскенде сүйектің де кішкене бөлігі жаншылып түбірмен бірге жұлынады. Әдетте бұл жарақат тіс ұясының жазылуына залалын тигізбейді. Қызыл иекте иілгіштік-эластикалық талшықтар жоқ, сондықтан, қысқыш жақтарын тереңдете жылжытқанда, қызыл иектің жиегі жыртылады. Түбір жұлынған соң қызыл иек орнына қайта келеді.

Қысқышты сыға ұстау. Қысқыш саптарының арасындағы саусақтарды шығарып, қолды саптардың ұшына таман жылжытып сыға ұстайды. Мұнда ескеретін жай: асқан ептілекпен қимылдау мысалы; қатты сыға ұстағанда тіс сынып, ұсатылып кетуі мүмкін. Бос ұстаса тіс сырғып шығып кетуі мүмкін. Сондықтан сыға ұстау кезінде қол күшін мұқият сезімталдықпен реттеп отырған абзал.



Сурет-45. Тістерді босату әдістері.

Сурет-45а. Тіс жұлатын элеваторлар

Тісті ырғау (45-сурет). Түбір мен тіс ұясының арасындағы байланысты тісті ырғау арқылы үзеді. Тісті кіреберіс пен ауыз қуысына қарай әрлі-берлі ырғайды (люксация). Одан басқа тісті өз орнынан айналдыра (ротация) қозғап та ұясынан босатады. Ротация тек бір түбірлі тістерді немесе жеке түбірді босату үшін қолданылады. Жеке түбірге айналдыра қозғағанда (ротация) жасағанда абай болған жөн. Өйткені, кейде түбір ұшы имек болып келеді. Айналдыра қозғағанда (ротация) кезінде ол сынып, қалып қоюы мүмкін. Ырғау (люксация) барлық тістер мен түбірлерді босату үшін қолданылады. Алғашқы ырғау тіс ұясының әлсіз тұсына қарай жасалады. Көбінесе ауыз, кіреберісіне қарай. Жоғарғы 6-шы тісті жұлғанда ырғау (люксация) таңдайға қарай басталады.

Төменгі жақ тістерінен 7-8-ші тістерді жұлғанда ырғау (люксация) тілге қарай басталады.

Жалпы, ырғау (люксация) тіс орнынан түгел босағанға дейін өте ұқыптылықпен байыппен жасалады.

Тісті ұясынан жұлып алу. Тісті ұясынан әбден босатқан соң оны жұлқымай, жайлап суырып алады. Тісті жұлған кезде оны алғашқы ырғау-люксация қимылы бағытына қарай суырамыз. Жалпы қимылдар сыртқа қарай бағытталған. Жоғарғы тістерді төмен қарай, төменгі тістерді жоғары қарай жұлады. Тісті, жұлқып тартқанда қысқыш қарсы тұрған тістерге соғылатындығын ескерген жөн.

Жоғарғы жақ күрек тістерін жұлу. Орталық күрек тістің түбірі жуан, ұшы артқы-дистал бағытқа қарап аздап иілген. Бүйірдегі күрек тістің түбірі жіңішке, оның ұшы таңдайға қарай әжептеуір иілген.

Тік қысқыштың бір жағы күрек тістің таңдай бетін, екінші жағы кіреберіс бетін ұстайтындай етіп салады. Одан соң қысқышты жылжытып, сыға ұстайды.



Сурет-46. Жоғарғы жақ күрек тістерді жұлу үшін қолданылатын қысқыштар

Кейінгі қимыл айналдыра қозғау-ротация мен ырғау-люксация. Ырғау-люксация алғаш сыртқа, сосын тандайға қарай. Сол бүйірдегі күрек тісті жұлғанда науқастың басы аздап оңға қарай бұралады (немесе керісінше). Сол қолдың I-II саусақтарымен альвеола өсіндісін сыға ұстап, II саусақ жоғарғы ерінді ығыстырады. Жалпы күрек тістерді жұлу аса қиын емес.

Жоғарғы сүйір тісті жұлу. Науқастың басы аздап қарсы жаққа бұрылады. Тік қысқашты күрек тістегідей етіп саламыз. Сүйір тістің тамыры жуан, ұзын болғандықтан оны жұлу үшін де едәуір күш жұмсауға тура келеді. Ырғау-люксация мен айналдыра қозғау-ротацияны кезек-кезек қолданады.

Жоғарғы кіші азу тістерді жұлу. 4-ші тістің кейде 2 түбірі болады, бір түбір болған кезде де оның ұшы екіге ажырап барып бітеді. Түбірлер жіңішке; ұзын болады. Сондықтан айналдыра қозғау-ротация жасауға болмайды. 5-ші тістің түбірі біреу-ақ, оның екі бүйірі сығылған. Оны жұлғанда айналдыра қозғау-ротация, ырғау-люксация жасауға болады.

Жалпы 4-5-ші тістің түбірлері артқа-дистальды бағытқа қарай иілген.

4-5-ші тістерді жұлу үшін S - тәрізді сауытты қысқыштары (жақтары жұмыр) қолданылады. Қысқышты тіске салғанда оның бір жағы тістің тандай, екінші жағы ұрт беттерінде орналасады. Алғашқы ырғау сыртқа қарай бағытталады. Түбір ұштарын (әсіресе 4-ші тістің түбірлерінің) сындырып алмау үшін қимыл дәл, байыпты болуы керек.

Жоғарғы үлкен азу тістерді жұлу. Жоғарғы үлкен азу- моляр тістердің 3 түбірі болады. Олардың біреуі тандай, екеуі ұрт түбірлері. Ұрт түбірлері бір-біріне жақын, ал тандай түбірі олардан алшақ, оқшау орналасқан. 3-ші үлкен азу-молярдың түбірлері түрліше болып келеді, олар кейде бірігіп те кетеді. 6-7-ші тістерді 5-тәрізді жағының бірінде қылқаны бар қысқышпен жұлады. Оның қылқаны тістің ұрт түбірлерінің арасына кіріп, қылқанның екі жағындағы ойықтар сол ұрт түбірлерін ұстап, ал тандай түбірін қысқыштың жұмыр жағы ұстайтындай етіп салады.

Анатомиялық ерекшеліктерін ескеріп, алғашқы ырғауды 6-шы тісті

жұлғанда ішке қарай, ал 7-8-ші тістерді жұлғанда сыртқа қарай бастайды. 6-7-8-ші тістерге айналдыра қозғау-ротация жасауға болмайды, тек түбірлер бөлінген соң таңдай түбірді ғана айналдыра қозғау-ротация жасауға болады.



Сурет-47. Жоғарғы жақ кіші азу тістерді жұлу үшін қолданылатын қысқыштар

8-ші тістің басқалардан өзгеше құрылысы оған арнайы қысқыш қолдануды қажет етеді. Ол қысқыштардың оң солы бірдей, байонетке ұқсас, бірақ одан айырмашылығы жақтары жалпақ және түйіспейді.

Жоғарғы жақтың бұдыры сынып кетпес үшін сол қолдың I-II саусақтарымен альвеола өсіндісін ұстап тұру керек.

Төменгі күрек тістерді жұлу.

Төменгі күрек тістердің түбірлері біреу, бүйірлері сығыңқы, альвеолының сырт қабырғасы жұқа.

Оларды жұлу үшін құстұмсық, сауытты, жақтары жұмыр, сапты бойлай иілген (изогнутые по ребру) қысқыштар қолданады. Сауыттары мен түбірлері жіңішке болғандықтан қысқыш жақтары олардан жіңішкерек болуы керек. Олай болмаса көрші тістерді босатып алуымыз әбден мүмкін. Қысқыш жақтарының бірі тістің тіл, екіншісі кіреберіс жағына салынады. Айналдыра қозғауға-ротация жасауға болмайды, алғашқы ырғау-люксация сыртқа қарай жасалады.



Сурет-48. Төменгі жақ кіші азу тістерді жұлу үшін қолданылатын қысқыштар

Айналдыра қозғауға-ротация кезінде қысқышпен көрші тісті босатып немесе жұлынатын тіс түбірін сындырып алуымыз мүмкін. Ұясынан жұлып алған кезде абай болған жөн. Орынсыз, дөрекі қимыл жоғарғы күрек тістердің сауытын сындыруы мүмкін.

Төменгі сүйір тістерді жұлу. Төменгі сүйір тістің ұзын, жуан түбірі бар. Оның қабырғасы жұқа. Бұл тісті жұлу күрек тіс сияқты, тек қысқыштың жағы жалпақ болуы керек. Ырғау-люксация сыртқа қарай басталады, ұядан шығарар кезде біршама айналдыра қозғауға-ротация жасауға болады.

Төменгі кіші азу тістерді жұлу. Төменгі кіші азу тістердің-премолярлардың түбірлері біреу, бүйірлері сығыңқы. Ұясының қабырғалары қалың болғандықтан, қысқышты салу, жылжыту қиындау. Бұл тістерді жұлу үшін күрек тістер мен сүйір тістерді жұлатын қысқаштар қолданылады. Ырғау-люксация сыртқа қарай басталады. Кіші азу тістердің-премолярлардың ұяда мықты тұрғанын ескеріп, көрші тістерді жарақаттап алмау жолдарын есте сақтау керек.

Төменгі үлкен азу тістерді жұлу. Төменгі үлкен азу тістердің-молярлардың алдыңғы-медиальды, артқы-дистальды орналасқан екі түбірі болады. Кейде үш түбірлі. Үшінші түбір артқы-дистальды түбірдің тіл, ұрт түбірлеріне бөлінуінен 7-8-ші тістердің түбірлері бірігіп кетуі, 8-ші тістің түбірінің ұшы жуан болып келуі ықтимал 6-шы тістің альвеола қабырғасының екі жағы бірдей, ал 7-8-ші тістердің сыртқы қабырғасы қалың. Демек, 6-шы тісті жұлғанда ырғау-люксация сыртқа қарай, 7-8-ші тістерді жұлғанда ішке қарай басталады, тіс те ұясынан сол бағытқа қарай шығады. 8-ші тістің күрделі орналасуы, толық өсіп шықпауы т.б. ерекшеліктері рентген суретін қажет етеді. Төменгі үлкен азу-моляр тістерді жұлуға құстұмсық- сауытты қылқаны бар және өз бойымен иілген қысқыштардың екі түрі де қолданылады. Сапты бойлай, қырына қарай иілген қысқыштар жақтарында қылқандары бар. Қылқандар тіс сауытын орай айналып түбірлердің біріккен жеріне-бифуркациясына кіріп қысқышты нық ұстайды.



Сурет-49. Төменгі жақ сол жағындағы ақыл тісті жазықтығы бойынша иілген қысқыш көмегімен жұлу



Сурет-50. Төменгі жақ сол жағындағы үлкен азу тісті қысқыш көмегімен жұлу

8-ші тісті жұлуға сапты бойлай иілген қысқыш жарамайды, себебі езу мен ұрт кедергі жасайды. Қырынан иілген (горизонталь) қысқыштармен барлық төменгі молярларды жұлуға болады, 6-7-ші тістерді сапты бойлай иілген қысқыштармен жұлған ыңғайлы. Көлденең-горизонталь қысқыш жұлынатын, одан бері орналасқан тістерді жауып, көзден таса қылады, тісті ырғау кезінде де қолайсыздық туғызады.

Бұл қысқыш негізінен науқастың жағы қарысып, аузы ашылмай қалғанда таптырмайтын құрал. 8-ші тісті жұлу кейде едәуір қиындық туғызады. Оны ырғап, босату үшін элеваторлар қолданылады. 8-ші тісті жұлу жайлы толығырақ «тіс жару аурулары» деген тақырыпта айтылады. Кейде тіс пен түбірлерді жұлғанда белгіленген ережелерден ауытқуға тура келеді. Мысалы: түбірді бүтін қалған қырын ұстай ырғап мұжылған жағына қарай босату, тістің қай тұсқа қарай оңай босайтынын есепке алу. Тіс сауыты сынған кезде сауыт қысқышының орнына, түбір қысқышын қолдану. Бұл ерекшеліктерді игеру, қолдану үшін, мұқияттық қажет.

Түбірлерді жұлу. Тістерге қарағанда, түбірлерді жұлу қиындау. Себебі қысқыш жақтарымен түбірді сыға ұстау оңайға түспейді. Азу тістердің-моляр түбірлерін жұлу үшін оларды бормен ажыратып, элеватормен ырғау қажет.

Жалпы алғанда түбірді жұлмас бұрын, оның беріктігіне түбір далдасына, альвеола қалыңдығына, көрші тістер жайлы мәліметтерге баса назар аудару, қажет болса рентген суретін жасау керек.

Түбірлерді қысқышпен жұлу. Жоғарғы түбірлерді жұлу үшін байонет, түйісетін қысқыштар қажет. Бұл қысқыштар әмбебап деп те аталады, себебі жақтары саптарынан едәуір алшак, орналасқан. Бұларды азу-моляр тістерге қарай апару оңай, жақтарын терең бойлата жылжытуға тіпті түбір ұясына кіргізуге де болады. Байыптап қолданса байонет (универсал) қысқыштар төменгі 8-ші тістерді жұлуға да жарайды. Азу тістердің-моляр түбірлерін жұлғанда қысқыш жақтарын салады. Егер түбірлер бір-бірімен берік орналасқан болса, олар бірге жұлынады. Сынып кеткен жағдайда жеке дара жұлынады. Түбірлер бөлек болса, таңдай түбірін айналдыра қозғау-ротация жасап жұлады. Содан соң қысқыштың бір жағын босаған таңдай түбірдің ұясына жылжытып, екінші жағын қалған ұрт түбірлерінің біріне салады.



Сурет-51. Бормашинамен тіс түбірлерін бір-бірінен ажыратып бөліп алу

Қысқышты түбірге салғанда ол сүйектен сырғанап, сыға ұстау мүмкін болмаса, онда түбірлерді бормен ажыратып, жекелеп жұлады. Түбірлерді шар, фиссур борлармен ажыратады.

Борды түбір далдасына дейін бойлатып әрлі-берлі жылжыта отырып, таңдай түбірін басқа түбірден ажыратып тік элеватормен, түбірлер арасындағы жікке қадап, әрлі-берлі айналдыра отырып бойлатып жұлып алады. Қалған түбірлерді байонет қысқашпен жекелеп жұлады.

8-ші тістің түбірлері бір-бірімен жапсарлас келеді, сондықтан оны байонет қысқышпен жұлып алу онша қиын емес.

Төменгі тістердің түбірлерін жұлуға жақтары түйісетін, сапты бойлай иілген, құстұмсық қысқыштар жарайды. Бұл аспаптарды 8-ші тістің түбірлеріне салуға мүмкін болмағандықтан (себебі бұрын айтылған) элеваторларды қолданады.

Қысқыш жақтары түбірдің ішкі, сыртқы беттерінде салынады. Азу тістердің-моляр түбірлерін жұлғанда қысқышты жұлынуға оңай түбірге салады. Біріккен жері-бифуркация мықты болса екі түбір бірге жұлынады, осал болса бөлініп шығады. Екінші түбір соңынан жұлынады.

Егер қысқышты түбірге салу қиын, біріккен жері-бифуркация мықты болса, онда түбірлерді бормен ажыратады. Жеке түбірлер қысқыш, элеваторлармен жұлынып алынады.

Тіс пен түбірді элеватормен жұлу (52-сурет). Тіс пен түбірге қысқыш салу мүмкіндігі жоқ болса (тістің бұзылуы, түбірдің тереңде қалуы) тік, бұрыш элеваторларды қолданамыз.

Элеватордың сабы, қасықша тәрізді жұмысшы бөлігі және оларды жалғастырып тұрған орта бөліктен тұрады.

Тік элеватордың жұмысшы бөлігі науа тәрізді. Онымен үстіңгі жақтың түбірлерін, төменгі 8-ші тісті жұлады.



Сурет-52. Тік элеватордың көмегімен төменгі жақ кіші азу тісті жұлу

Найза тәрізді (тік-штыковидный, Леклюз элеваторы) *элеватордың* сабы орта бөлігіне көлденең бекітілген. Жұмысшы бөлігі сүңгі сияқты үшкірленіп барып бітеді. Жұмысшы бөлігінің бір беті тегіс екінші беті жұмыр. Найза тәрізді жұмысшы бөлігі орта бөлігіне параллель тұрады.

Леклюз элеваторы төменгі үшінші азу-моляр (ақыл) тістерді, соңғы тістерді жұлуға қолданылады.

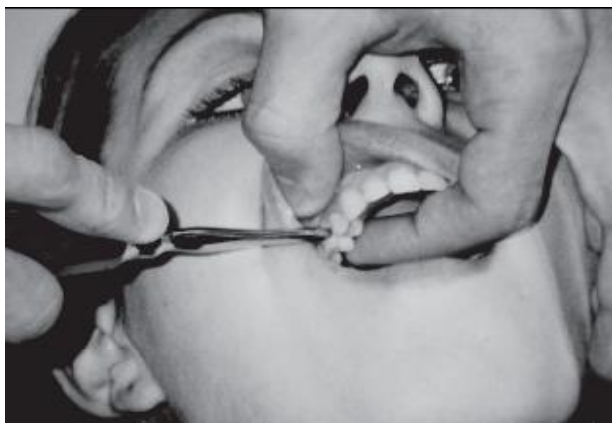
Бұрыш (бүйір) элеватордың құрылысы тік элеватор сияқты, айырмашылығы, жұмысшы бөлігі орта бөлігімен 90-120° бұрыш құрап қасықша тәрізді, үшкірленіп барып бітеді. Бұл элеватордың оң («өзіне»), сол («өзінен») екі түрі бар. Элеватордың қасықша беті жұлынатын тіске (түбірге) қарап салынады. Бұл аспаппен төменгі жақтың тіс түбірлерін жұлады.

Тік, найза элеваторлардың сабын оң қолмен ұстағанда II саусақты оның орта бөлігінен асыра қасықша бетіне жапсыра ұстайды. Сонда сұқ саусақ аспаптың тайып кетуінен сақтайды.

Элеваторды периодонт саңылауына кіргізу үшін оңды-солды қозғап түбірді (тісті) ұяның қарсы бетіне қарай ығыстырып барып шығарады. Элеватордың (жұмысшы) қасықша бетінде өте үлкен иін күші пайда болады. Ол тек жұлынатын түбір емес, тіреп тұрған көрші тісті де орнынан босатуы мүмкін. Соны ескеріп, сол қолдың саусақтарымен тіреп тісті ұстап тұру керек. Қатардан тыс тұрған тістерді де осылайша жұлады.

Жалпы элеваторды қолданбас бұрын оның ұшын кіргізетін орнын, тірек болатын тіс жағдайын жете бағалау керек. Бұрыш элеваторды да оң қолмен ұстап сұқ саусақты оның қасықша бөлігіне жақын ұстап, сол қолдың, бас бармағымен оның қасықша тұсынан басып тереңдете ендіреміз де оң қолмен элеватор сабын қапсыра ұстап өз өсінің бойында айналдырады. Нәтижеде оның қасықшасы түбірді ұядан ығыстырып шығарады.

Егер элеватор қасықшасы төменгі моляр түбірінің босаған ұясына кіргізілген болса, оның ойық жағы жұлынатын түбірге қарай бағытталады.



Сурет-53. Тік элеватордың көмегімен жоғарғы кіші азу тісті жұлу

Ұясының қабырғасы мен көрші тіске сүйеніп элеваторды айналдыра бұрағанда алғаш түбір далдасы, соңынан екінші түбір де жұлынып шығады.

Есте сақтайтын жәйт, кез келген элеватормен жұмыс істегенде оның сабы ұрт жақта тұрады. Оны ешқашан ауыз қуысының ішінен, қарсы жақтан салып қолдануға болмайды. Бұл кезде аспаптың тайып кетуі, айналасындағы жұмсақ тіндерге қадалып қалу қаупі бар!

Тереңде қалған түбір сынықтарын жұлу. Толық немесе жартылай шықпай қалған-ретенциялы тістерді, сынып қалған түбірлердің ұштарын жұлуға қысқыштар жарамайды, тіпті элеваторлармен де жұлу оңайға түспейді. Мұндай кезде атипиялық оталар жасау керек: кесу мен қашау.

Шықпай қалған-ретенирленген тістер үшін бұл оталар қалыпты жағдай. Оларды белгіленген ота күнінде жасайды. Оған дәрігер мен мейірбике мұқият дайындалады. Ота жергілікті немесе жалпы жансыздандыру (наркоз) арқылы жасалады.

Кесу мен қашау отасы. Тіс ұясының босаған тұсынан шықпай қалған-ретенирленген тістердің сауытына жақын тұстан сүйек қабаты арнайы құрал-сайман арқылы тесіледі (трапеция) немесе ойық тәрізді етіп тінді, сүйек қабығын сүйекке дейін кеседі. Кесілген кілегей мен сүйек қабығының құрағы көрші тістердің тұсына дейін қамтитын үлкен болғаны дұрыс. Себебі сүйекті тесіп, қашап, оятын алаңқай жаңағы құрақтың ортасында орналасады. Құрақтың табаны көшпелі қатпарға бағытталады, сонда одан келген қан тамырлары арқылы қоректенуі сақталады.

Оташының көмекшісі ілгекпен құрақты ығыстырып ұстап тұрады. Домалақ бормен түбірдің немесе шықпай қалған-ретенирленген тістің тұсынан бірнеше тесік жасалады, Фиссур бор арқылы ол тесіктер арасы біріктіріледі. Сонан соң сүйекті элеватормен алып тастайды. Аршылған тіс пен түбірді элеватормен босатып орнынан шығарады. Түбірдің ұшын тегістегіш, тіс тастарын алатын ілгекпен немесе жіңішке қашаумен алуға болады. Шықпай қалған-ретенирленген тістің сауытын бормен аршылған соң оған байонет қысқыш салып белгілі қимылдар арқылы жұлуға да болады.

Тіс пен түбір ұяларынан өткір қыру-кюретаж қасықшасымен жазыла бастаған дәнекер тіндерді-грануляциялар, аналық бездің көпіршік жасушасының-фолликул қабығы қырып алынады. Сүйек ұнтақтарын залалсыздандыратын-антисептик ерітіндісімен жуып шығарады.

Кейбір мамандар сүйек жарақатына антибиотик, сульфаниламид дәрілер мен сүйек ұнтағымен толтыруды ұсынады. Әрине, жарақат үлкен болса олай етуге да болады, бірақ көбінесе сүйектің өткір қырларын тегістеп, құрақты орнына келтіріп кетгутпен тігіп қойса, жарақатқа қан ұйысып, жара жазылып кетеді.

Кейбір ғалымдардың пікірінше, қашау мен балғаны қолданып сүйекті ойып алуға болады. Оларды қолданудың науқасқа қалай әсер

етері белгілі. Оның үстіне балғамен соққылап, қашаумен ойып жарақатты ұлғайтып алуға болады. Сондықтан, оларды бормашина жоқ кезде ғана, онда да асқан ептілікпен қолдану керек. Науқасқа жағдайды түсіндіріп, қашауды өткірлеп, балғаны байқап соғып, сүйекті кішкене бөлшектеп алу қажет.

Төменгі үлкен азу-моляр тістердің түбірін жұлғанда жақ өзегінің, ал жоғарғы тістерді жұлғанда гаймор, мұрын қуысының жақын екендігін есте сақтаған абзал.

7.3. Тіс жұлғаннан соң жараны өңдеу, күтім

Тіс жұлу кезінде тіс, түбір т.б. алынған заттар табакшаға жиналуы керек. Отадан соң жиналған заттарды зерттеп, егер бітеле бастаған жара ісігі-гранулема қалып қойса оны қырыу-кюретаж қасықшасымен тазалайды. Түбір, сүйек сынықтарын да ұядан шығарады.

Тісті ырғағанда орнынан сырғыған ұя қырларын, саусақпен немесе тампонмен басып орнына келтіреді. Сүйек пен далданың үшкір қырларын қысқыштармен тістеп тегістейді. Дөңгелек сіңір де қалыпты жайына жақындайды. Қиын жұлынған тіс, қатарынан жұлынған тістер орнына кетгут жіптер салынады. Кілегей қырлары бір-біріне жақындаса да жеткілікті, олар сүйекке жабысып, ұядағы ұйысқан қанды ұстап қалады. Ауызды шаю керек емес. Сонан соң залалсыздандырылған-стерилді тампонды ұя үстіне қойып 10-15 минуттай ұстау керек.

Қан тамырларының тарылып, тромбпен бітеліп қалуынан кейде ұя бос қалады. Бұл дұрыс емес, себебі бос ұяға сілекей, тамақ қалдығы кіріп оның қабынуына себеп болады. Бұл кезде хирургиялық қасықшасымен ұя қырларын, түбін қырып, майда тромбтарды алып, науқастың басын төмен салбыратып ұяға қан толтыру жолын қарастырады.

Тіс жұлдырған күні ыстық, қатты тамақ ішуге, ауыр жұмыс істеуге ыстық суға түсуге, ішкілік ішуге болмайды. Бұлар ұядағы ұйысқан қанды шайып, қан тамырларын кеңейтіп ұядан тоқтамай қан ағуына себеп болады. Тамақ жылы, жұмсақ болғаны жөн.

Ертеңінде тамақтан соң ғана жайлап ауыз шаюға болады. Тіс жұлдырған соң бірнеше сағат кейде 1-2 күн бойы ұя орнында ауырсынған сезім бірте-бірте азайып барып жоғалады. Осы мерзім ішінде шыққан қан аралас түкірік бастапқы түсіне қайта оралады.

Периодонт пен жақ сүйектегі жедел ағымды қабыну кезеңі болса, жараны тігу мен ұяны қыруға-кюретаж жасауға болмайды. Кескен жерден, тіс ұясынан ірің шықса ауызды залалсыздандырылған-антисептик ерітінділерімен шаю керек. Тіс ұясынан қан тыйылмаса, 1-2 күн ішінде тіс орнының ауырғаны қоймаса, тіпті күшейіп кетсе, кейінге қалдырмай дәрігерге қаралу қажет.

7.4. Тіс ұясының жазылуы

Тіс ұясы ұйысқан қанмен бітеледі. А.Е.Верлоцкийдің итке жасаған тәжірибесі бойынша, ұя түбі мен бүйірлерінен ұядағы тромбқа қарай грануляция тіні өсіп 7-8 күн ішінде кілегей қабықтан өскен эпителий тромбты түгел жабады. Ол 12-14 күннен соң бекиді, үш аптадан соң барып қалыпты жағдайға келеді. 7-8 күннен бастап ұя түбіндегі бітеле бастаған дәнекер тін-грануляция остеоид тіндермен алмаса бастайды. Жараланған өткір сүйек қырлары да ыдырайды. 4 аптадан соң ұяда сүйек нұсқасы пайда болды. 2-3 ай өткен соң ұядағы остеоид тін мен оның айналасында айырмашылық негізінен жоғалады, альвеола қыры $1/3$ биіктігіне отырады, айналасы жұмырланады. Ал 6-ай өткен соң ұядағы сүйек жақ сүйегімен бірдей болып қалыптасады.

Адамда бұл аталған жайлар біршама баяу болады. Ұяда қалған түбір сүйекке де сіңбейді, ығыстырылып та шығарылмайды, Созылмалы қабыну кезеңі тоқтамай жалғаса береді. Ұя жазылып бітелгенімен қызыл иекте жыланкөз пайда болып, қабыну оқтын-оқтын асқынып тұрады.

7.5. ТІС ПЕН ТІС ТҮБІРЛЕРІН ЖҰЛУ КЕЗІНДЕ ЖӘНЕ ЖҰЛЫНҒАННАН КЕЙІН БОЛАТЫН АСҚЫНУЛАР

Тісті жұлу кезінде болатын асқынуларды жалпы және жергілікті асқынулар деп бөледі. Жалпы асқыну жағдайлары: естен тану, коллапс, шок, жұлынған тістің тампонның, ұйыған қанның, тыныс жолына өтіп кетіп кептеліп қалу нәтижесінде болатын тұншығу жатады. Олардың пайда болуына - ота алдында қорқу, құрал жабдықтардың, түкіргіштегі қанның көрінісі, дәрігердің науқасқа селқос қарауы әсер етеді.

Сонымен бірге организмнің қажуы, аштық, жүрек қан тамырларының зорығуы, жұқпалы аурулар себепші болуы мүмкін. Жансыздандырудың толық әсер етпеуі, науқастың ауруды сезінуі тыныс және жүрек қан тамыр орталықтарының жұмысына әсер етіп оларды әлсіретеді.

7.5.1. Жалпы асқынулар

Естен тану. Орталық жүйке жүйесінде мидың қан айналысының бұзылуынан (анемиядан) аяқ астынан болатын жағдай болып саналады және қанның келмеуі нәтижесінде ауру адам есінен танады. Мұндай кезде әлсіздік, құлағы шуылдап, көзі қарауытып, басы айналуы, аяқ-қолы мұздауы мүмкін. Естен тану кезінде денеден суық тер шығып, көз қарашықтары кеңейеді. Ауру адамның денесі босап, қолдары төмен салбырап түсіп кетеді. Тамыр соғысы жиілеп әлсірейді. Мұндай жағдайда науқас бірнеше минуттан соң қалпына келеді.

Алғашқы әрекеттер мидың қан айналымын жақсартуға бағытталуы

тиіс. Ота жедел түрде тоқтатылып, аурудың басын тізесінен төмен қарай еңкейту немесе орындық-креслоның сүйенішін төмен түсіріп оның денесін көлденең күйге келтіру қажет.

Терезелерді ашып, түймелерін, белбеуін ағытып, тыныс алуды қиындататын кедергілерді жояды. Тыныс алу орталығын қоздыру үшін мұрынға мүсәтір спиртімен ылғалданған мақта иіскетеді. Бұл іс-әрекеттер жеткілікті нәтиже бермеген жағдайда тері астына 1 мл 10% кофеин ерітіндісі, кордиамин, коразол егіледі, оттегімен тыныс алдырады. Лобелиннің немесе 1% цититонның 1 мл егіледі. Аурудың аяқтары бас деңгейінен жоғары көтеріледі.

Есі танған аурудың жағдайы жақсарған соң, отаны жалғастыруға болады. Мұндай жағдайды болдырмау үшін, алдын ала сақтық шараларын қолдану қажет.

Коллапс. Жүрек-қан-тамырының қызметінің күрт бұзылып нашарлауы. Тіс жұлу кезіндегі ауру жағдайының қиындауының ауыр түрлерінің бірі болып есептеледі. Бұл жағдай жүрек қан тамырлары жұмыстарының әлсіреуі нәтижесінде шығады.

Коллапстың негізгі себептері-үлкен жарақат және аурудың қансырауы. Науқастың бет-аузы бозарып, аяқ-қолы мұздап, қан қысымы төмендейді, басы айналып көру қабілеті нашарлайды. Тыныс алуы әлсіреп жиілейді. Емдеудің негізгі мақсаты қансырауды тоқтатуға, қан қысымын қалпына келтіруге бағытталады, отаны тоқтатып, жарақатты тампонмен жуып, ауруды көлденең жатқызып 40-60мл 40% глюкоза ерітіндісін, физиологиялық ерітіндіні көк тамырға-венаға жібереді. Сондай-ақ қан немесе плазма құйылады. Тері астына жүрекке әсер ететін дәрілер салынады. Аяққа ыстық су құйылған резеңке қыздырғыш қояды.

Шок. Организмдегі барлық маңызды ағзалар қызметінің күрт төмендеуі. Даму себептеріне байланысты шок: геморрагиялық, анафилактикалық жарақаттық, кардиогендік, психогендік т.б. болып жіктеледі.

Тіс жұлу кезінде ауруда шок дамуы өте сирек кездеседі. Кей жағдайларда отадан соң болуы мүмкін. Шоққа алып келетін жағдайлар - естен тану, коллаптағыдай.

Негізгі себептері: ұзақ уақытқа созылған ота, көп мөлшерде қан жоғалту, жансыдандырудың жеткілікті дәрежеде болмауы.

Бұл жағдай өмірлік маңызы зор дене мүшелері қызметінің нашарлауына әкеліп соғады және орталық жүйке жүйесінің шамадан тыс әлсіреуінің нәтижесінде болады. Алғашында қозу, оның артынан іле сала тежелу кезеңі жүреді. Ауру адам айналасына қатыссыз қарайды, ақыл есі жайында, тері қабаты көгеріп-бозарған, көз қарашығы кеңейіп, қан қысымы төмендеп, тамыр соғысы әлсірейді. Тыныс алуы-беткейлі, көз алмасы үңірейіп қозғалыссыз болады. Дене қызуы төмендейді. Шок жағдайында емдеу-физиологиялық ерітінді, глюкоза, морфин егу, қан құю, ысытқыштармен ысыту оттегі мен көмір қышқылының 3-5%

қоспасымен тыныс алдыру.

Қанды шокқа қарсы бағытталған сұйықтармен (Ц.И.П.К.Ц.О.Л.И.П.К.- 5, Петров ерітіндісі) кезектестіріп құю қажет. Полиглюкин немесе поливинил, пирамидон қабылдаған да пайдалы.

Алдын алу шаралары қансыратпау, жеткілікті дәрежеде жансыздандыру, отаның алдында алдын ала дәрі демеу-премедикация жасау.

Тыныс алудың бұзылуы. Тыныс жолдарына - жұлынған тістің, тампонның немесе ұйыған қанның түсуінің нәтижесінде, науқас тұншығуы мүмкін. Мұндай жағдайда жедел трахеостомия жасау қажет.

Егер де тыныс жолдарына жұлынған тістің жарықшақтары түссе бұл тыныс алуды шұғыл өзгертпейді. Алайда, кейін өкпенің ірінді қабынуына әкеліп соғады. Сондықтан ауруды рентгендік зерттеуден өткізу және пульмонологтың кеңесі қажет.

7.5.2. Тісті немесе түбірді жұлу кезінде болатын жергілікті асқынулар

Тіс жұлу кезінде, тіс сауытының немесе түбірдің сынуы салыстырмалы жиі кездесетін құбылыс. Бұған себеп көбінесе тіс сауытының қатты бұзылуы, түбірлердің қисық болуы немесе гиперцементоз, көп емделген тіс. Тіс жұлу әдістерін жеткілікті дәрежеде меңгермеу де, көп жағдайда оның сынуына алып келеді. Мысалы, қысқыштың ұрттарын терең енгізбеу, жақсы қысып ұстамау, дөрекі қозғалыстармен босаңсыту (қозғалту) немесе бұрау. Мұндай асқынуларда отаны элеваторды қолданумен немесе түбірлерді бормен кесіп алумен аяқтайды. Мұндай жағдайды болдырмау үшін, тіс жұлу әдісін дұрыс тандап алу және оны дұрыс өткізу керек.

Төменгі жақ денесінің сынуы. Аз кездесетін жағдай. Ол сүйекте болатын қандайда бір патологиялық кезеңдер нәтижесінде (ісік, сүйек кемігінің қабынуы, киста) немесе тістің дөрекі жұлынуы, сол сияқты қашаумен балғаны қолданып жұмыс істегенде болуы мүмкін.

Емдеуі — шеңдеуіш салу.

Алдын алу — тісті жұлардан бұрын науқасты жан-жақты тексеру.

Тіс ұясы, сүйек өсіндісінің сынуы. Қысқыштың жақтарын терең енгізіп қашаумен жұмыс істегенде кездеседі, жоғарғы жақтың денесі қоса жұлынуы мүмкін, дөңестің сынықтары қозғалмалы болып, ауа көпіршіктері аралас қан кетеді.

Емдеу — дөңестің бос жатқан сынықтарын жұлып алып тастап, қан тоқтату және тігу. Керек жағдайда — шеңдеуіш салу қажет.

Төменгі жақ буынының шығып кетуі. Өте сирек кездеседі. Бұл асқыну түрі самай-төменгі жақ сүйегі буынында патологиялық кезең болғанда немесе сау буынға мөлшерден тыс күш салғанда, қысқышты төмен зорлықпен итергенде, егде-ұлғайған адамдардың тісін жұлу ұзақ

уақытқа созылған жағдайларда болуы мүмкін.

Емдеу. Буынды өз қалпына келтіру. Төменгі жақты қозғалтпастай етіп, байлап таңу, 3-4 күндей диета сақтау.

Бет және ауыз қуысы тіндерінің жарақаттануы тіс жұлу тәртібін бұзу нәтижесінде болады. Шырышты қабықтың жарылуы, қан кетуі, тіл, ерін, ұрт және ауыз түбі тіндерінің жарақаттануы.

Емдеуі — ауыз қуысындағы барлық жарақаттар тігіледі.

Алдын алу шаралары. Тіс жұлу кезінде периодонттық айналма байламдарын ұзу үшін шырышты қабықты тістен ажырату, отаны тәртіп бойынша дұрыс жүргізу. Көршілес тістердің сынуы және босап қалуы элеватормен, қашаумен, ұрттары кең қысқыштармен дұрыс жұмыс істемеу нәтижесінде болады.

Босап қалған тіс қайтадан өз орнына қондырылуы қажет. Қарама-қарсы тістердің жарақаттануы, тісті жұлып шығару кезіндегі дөрекі қимыл іс-әрекеттердің нәтижесінен туады. Мұнда тіс сауытының сынуы, эмальдан ажырауы, ұрылу нәтижесінде периодонттың жарақаты пайда болуы мүмкін.

Сақтық шаралары: жұлынған тісті ұясынан дұрыстап шығару, қозғалыс әдетте жанына сосын жоғарыға немесе төменге жүргізілуі керек. Тістерді немесе тіс түбірлерін, ауыз қуысы түбі тіндеріне, ақыл азу тістер арты кеңістігіне, ауыз кіреберісі жанындағы шырышты қабыққа өткізіп жіберу элеватормен, қашаумен дөрекі жұмыс істеу нәтижесінде болады.

Емі. Тіс түбірлері немесе тіс әдетте аурухана жағдайында жұлынуы керек. Екі бағытта (проекция) рентген суреті болуы қажет. Сақтық шаралары: элеватормен байқап жұмыс істеу, сол қолдың саусақтарымен тісті немесе түбірді тежеп ұстап тұру.

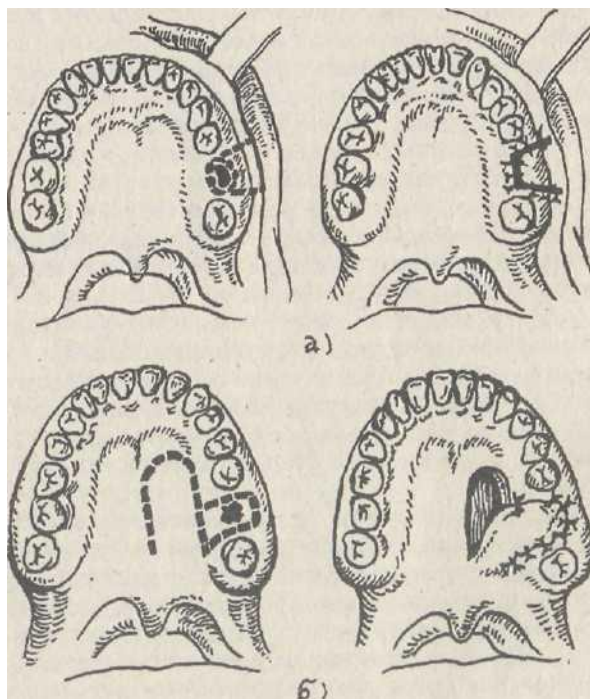
Гаймор қуысының тесілуі. Мұндай жағдай жоғарғы жақ азу тістерінің анатомиялық орналасуына байланысты. Тіс түбірлері гаймор қуысына жақын немесе қандайда бір қабыну кезеңдері, ісіктер болса тік элеваторды абайлап пайдаланбаса кездеседі. Мұнда, мұрын қуысынан ауыз қуысына ауа ағымы еркін өтіп, одан жұлынған тіс ұясынан ауа көпіршіктері аралас қан кетеді. Ауру адам ұртын томпайта алмайды, себебі ауыз қуысын мұрын қуысынан бөліп, ажыратып тұратын тосық (герметизация) жоқ.

Мұндай жағдайды анықтау үшін саусақтармен мұрынды қысып ұстап, мұрын арқылы тыныс алуды сұрайды, ауа көпіршіктері аралас қан сырылдап тесік арқылы шығады. Осындай жағдайда гаймор қуысын жуу немесе оны құралдармен зерттеу жақсы нәтиже бермейді, қосымша жарақаттануы және ыластануы мүмкін. Түбір гаймор қуысының шырышты қабығы астында оған зиянын тигізбей орналасуы мүмкін. Егер тіс толығымен жұлынып, жақ қуысында қабыну кезеңі болмаса, тіс ұясында ұйыған қанның жиналуын қадағалап, оны жарақаттанудан және жуылып кетуден сақтау қажет. Осы мақсатпен, тіс ұясының үстіне

йодоформға малынған тампон көршілес тістерге бекітіледі. Тампонды айналадағы шырышты қабыққа тігу де мүмкін. Тіс қабырғаларында едәуір үлкен жарақат болса, оны тігу керек. Шырышты қабық шеттерінің тіс ұясы үстінде бір-бірімен жанасуы үшін қосымша қиықтар кесіледі. Ауыз қуысы кіреберісінің шырышты қабығын трапеция тәрізді тіліп, сүйекке дейін тіс ұясы жағына жылжытады. Ал кейде оны таңдай жағынан жасайды, негізін үлкен таңдай тесігіне қаратып, содан кейін тігіс салады. Тіс немесе түбір гаймор қуысына итеріліп өтіп кеткен, бірақ қабыну кезеңі дамымаған жағдайлар да кездеседі (54-сурет).

Тіс немесе түбірде қабыну кезеңі болса, оны қуыстан шығарып алып тастамайынша, гаймор қуысының созылмалы қабынуы дамиды.

Сол себепті түбірлерді, тістерді шығарып тесікті неғұрлым тезірек жабу керек. Мұндай жедел ота, әдетте аурухана жағдайында, тіс жұлынған соң 1-2 күн аралығында жасалады. Ота Колуэлл-Люктің әдісі бойынша гаймор қуысын тесу арқылы өткізіледі. Тіс жұлынған соң, гаймор қуысы, төменгі тыныс жолы арқылы қатпардағы кесілген жарақат тігіледі. Қажетті дәрі-дәрмектер тағайындалады.



Сурет-54. Гаймор қуысы тесілгенде, тесікті пластикалық әдіспен жабу:

- а) ұрттан алынған трапециялы қиындымен;**
- б) қатты таңдайдан алынған тіл тәрізді қиындымен**

Кей жағдайда тіс жұлынғаннан кейін, гаймор қуысынан тіс ұясы арқылы көп мөлшерде іріңді экссудат ағады, бұл қуыста қабыну кезеңінің жүріп жатқандығының айғағы.

Мұндай жағдайда қуысты, тіс ұясы арқылы антисептикалық ерітінділермен жуып, тіс ұясын ашық күйінде қалдырады.

Жоғарыда аталған немесе келтірілген мәліметтерге және өзіміздің көп жылдық тәжірибемізге сүйене отырып Гаймор қуысының тесілуі

көпшілік жағдайда оның анатомиялық құрылымының ерекшелігіне байланысты екендігін естен шығармау керек. Себебі алғашқы көмек көрсетілетін кезде осындай кедергілер өте маңызды және шешуші тіректердің бірі болып саналады. Тағыда ескерілетін жағдай, ол науқастың көңіл-күйі мен дәрігерге деген көзқарасына байланысты. Егер қуыстың тесілуі бір тістің айналасында болса, оны жергілікті тіндерді ығыстыру арқылы тігіс салып қорғаныш табақшасымен жабады. Бұл іс-қимыл әрекеттер науқасты толық тексеруден өткеннен кейін жасалатын көмек түрлеріне жатады. Жоғарғы жақ қуыстарына белгіленген арнайы әдістер бойынша ота жасалады (гаймор қуысына ығысып өскен ісіктерге ота жасау әдістері оқулықтың арнайы бөлімінде қаралады).

7.5.3. Тіс жұлынғаннан кейін кездесетін асқынулар

Қан кетуі. Тіс жұлынуы басқа оталар сияқты қан кетумен өтеді. Қан 4-5 минут шамасында өздігінен немесе тампон жәрдемімен тоқтайды.

Алайда кейбір жағдайларда қан кетуі тез арада тоқтай қоймайды, мұндайда біріншілік қан кету немесе отадан бірнеше сағат, бірнеше күн өткен соң екіншілік қан кету деп аталады.

Қан кету мерзімі, оның сипаты жергілікті және жалпы себептерге байланысты. Жергілікті себептердің бірі шырышты қабаттың жырылуы болып есептеледі, мұнда ірі артерия, көк тамыр-вена, қан тамырлары (таңдай, тіл, иек-менталь т.б.) жарақаттануы мүмкін.

Сүйек тінінің зақымдануы (тіс ұясы қабырғасының жарықшағы, тіс ұясы өсіндісінің өткелдері) көп мөлшерде қан кетуіне алып келеді, себебі сүйек қан тамырлары үңірейіп тұрады.

Өте сирек жағдайларда тіс жұлынғаннан кейін-ақ қан кетеді, бұл түбір гемангиомаға жақын жайласқанда болады. Мұндай жағдайда сыртқы ұйқы артериясын байламай немесе ісікті толығымен алып тастамай қан тоқтауы мүмкін емес.

Тіс ұясын тампондап, төменгі жақты жоғарғы жаққа қысып бинтпен таңып байлап ауруды ауруханаға жібереді.

Тіс ұясынан қан кетуіне алып келетін жалпы жағдайлар қанның ұю қасиетінің нашарлауы, қан тамырларының өткізгіштік қасиетінің ұлғаюы. Олардың қатарына: гемофилия, Верльгоф ауруы, цинга, лейкоз жатады. Жұқпалы аурулар (безгек, скарлатина, эндокардит).

Сондай-ақ қан қысымы жоғары немесе антикоагуланттар қабылдап жүрген адамдарда қан кетуі байқалуы мүмкін.

Қан кетуді болдырмаудың алдын алу үшін дәрігер науқастан бұған дейін тіс жұлдырғанда қан кетудің болған-болмағанын анықтап алуы керек. Анықтау барысында науқасты арнайы дайындау керек болса, операцияны ауруханада өткізген тиімді болады.

Жергілікті себептермен болатын қан кетулерді болдырмау үшін пародонт тіндерін көп жарақаттамай, тіс жұлу отасының барлық

ережелерін мұқият сақтау қажет.

Жедел ағымды қабыну кезеңінде тіс ұясынан қан кетуі, қан тамырларының кеңеюі мүмкін. Ал кешеуілдетіп қан кетуі, тромбтың бұзылуынан (тіс ұясының қабынуы) болады. Жергілікті жансыздандыруда-анестезияда ерітіндіге адреналин қосылса, қан тамырлары тарылып ота кезінде оның тыйылуына ықпал жасайды, ал 1-2 сағаттан соң тамырлар кеңейіп ұйыған қанды ығыстырып шығарады. Осындай жағдайда қан кетуі мүмкін.

Б.Л. Павлов, В.В. Шашкин (1987) тіс түбірінің ұяшығынан қан кету кезеңін үш сатыға бөледі:

- Бірінші сатысы – қанның кету 20 минутқа созылады, қан сілекей түріне ұқсайды және ол қойылған тампонға сіңеді.

- Екінші сатысы- қанның кету 40 минутқа созылады, сілекей көп мөлшерде қан мен араласады.

- Үшінші сатысы - қанның кету бір сағат немесе оданда көп уақытқа созылады, ауыз қуысы қан мен толады.

Тіс жұлынғаннан кейін бірден пайда болса, онда оны біріншілік-деп атайды. Егерде қан кетуі отадан кейін (бірнеше сағат немесе тәуліктен) пайда болса, онда оны екіншілік-деп атайды.

Ересек адамда қанның мөлшері 4,5-6 литрге, немесе 6-8% және дене салмағының 1/16 бөлігіне тең.

С.И. Лысенко (1991) тіс жұлынғаннан кейін қан кетуді үш дәрежеге бөледі:

- I дәрежесі – қан кету аз мөлшерде, қанды жоғалту қарқыны-15 мл/сағ дейін;

- II дәрежесі – қан кету орташа мөлшерде, қанды жоғалту қарқыны-15-тен 30 мл/сағ дейін;

- III дәрежесі – қан кетуі үдемелі, қанды жоғалту қарқыны-30 мл/сағ.

Ғалымдар Бельдюкевич М.А., 1978; Cheraskin E., 1979, ауыз қуысынан қан кетуді идиопатиялық және и ятрогенді-деп екі топқа бөледі.

Идиопатиялық қан кету – бірден, кездейсоқ, Мысалы: ісік, қан ауруларында және пародонтоз ауруларының кейбір түрлерінде.

Ятрогенді – хирургиялық отадан кейін пайда болады.

Тіс жұлынған соң қан кетуін тоқтату әдістері. Әдебиеттерде қан тоқтатудың физикалық, биологиялық және химиялық әдістері баяндалған. Олар әдетте бірлесіп қолданылады.

Көрінуге келген науқастан алдымен қан кетудің себептерін анықтау қажет. Тіс ұясы ұйыған қаннан тазартылып, ауыз қуысы шайылып, қан кетіп жатқан орын анықталады. Қан жұмсақ тіндерден кетіп жатса,

оның қан тамырлары байланады немесе тігіледі, жарақаттанған шырышты қабатына тігіс салынады.

Қан тамырын байлауға мүмкіншілік болмаған жағдайда, жарақатты құрғатып, тамырды гальванокаутермен немесе қыздырылған құралмен күйдіру арқылы немесе калий перманганатының ұнтақтары- кристалдары себілген тампон қою арқылы тоқтатады. Қан сүйектен кеткен кезде қысқыштармен оның қан ағып жатқан бөлігін қысып жұмсақ тіндермен жауып, шырышты қабатының шеттерін тігеді. Тіс ұясын кетгүт түйінімен немесе қан тоқтатқыш губкамен толтыру арқылы қанды тоқтатуға болады. Осы айтылған әдістердің барлығы нәтиже бермеген жағдайда тіс ұясын 4-5 күнге тампондауға болады. Тампонды тіс ұясына орналастыруды оның түбінен бастайды, йодоформ қоспасына малынған ұзынша дәкені, қатпарлап нығыздап үстін 1-2 тігіспен тігеді. Тігістерді 4-5 күннен соң алады, сол кезде тампонды тіс ұясынан бітісе бітетін дәнекер-грануляциялық тін ығыстырып шығарады. Қан тоқтату үшін дәрі-дәрмектер қолданылады. 5-10 мл 10% хлорлы кальцийдің ерітіндісін, көк тамырға-венаға аскорбин қышқылы, күніне 2 мезгіл, 0,015-0,02 викасол немесе 1-1,5 мл 1% викасол ерітіндісін бұлшықетке жібереді.

Кейбір қан аурулары бар науқастарды тез уақытта ауруханаға жатқызып гематологпен немесе терапевтпен кеңесу қажет болады. Алдын ала қан кетіп жатқан тіс ұясын тампондап, қанның талдауын-анализін зерттеп және коагулограмманы анықтау керек. Көп кешіктірмей қажеттілігіне қарай қанды тромбоциттерді, антигемофилді плазманы, изогенді сарысуды құю керек. Қан беретін адамнан-донордан қансыраған науқасқа-реципиентке тікелей қан құю өте тиімді болады. Қан құю екі мақсатты көздейді: біріншіден — қанды тоқтату, екіншіден қанды толықтау үшін.

Жергілікті жасалатын шаралар — ұяшықты гемостатикалық губкамен, биологиялық антисептикалық, тромбинді тампондармен, аминокапрон қышқылымен, гемофобинмен тығындау қанды тоқтату мақсатына бағытталады.

Қан тоқтату үшін қолданатын дәрі-дәрмектерге қысқаша мінездеме беру біздің пікірімізше артықшылық етпейді деген ниеттеміз.

Гемофобин – мөлдір-тұнық және бұлдырлау сұйықтық, қоңыр немесе сары-қоңыр түсті өзіндік айрықша иіске ие.

Құрамы: Пектиндер (3%) және оған кальций хлорид (1%) пен хош иісті заттар қосылған Шиша ыдыстарда шығарылады. Қолдануы жергілікті және ішу үшін 2-3 шәйн қасық күніне 1-3 рет.

Аминокапрон қышқылы - фибриндердің ыдырауна қарсы-фибринолиз қолданатын және кининдерді тежегіш зат ретінде пайдаланады. Адам ағзасынан 4 сағаттан кейін кіші дәрет арқылы шығады. Қолдануы жергілікті, көк тамыр арқылы және ішу үшін. Фибриндердің ыдырау қарқыны көбейсе, онда 2-3 гр-нан күніне 3-5 рет

(тәулік мөлшері - 10-15 грамм) 6-8 күн бойы. Ал көк тамырға 5%-ды ерітіндісі 100 мл-дейін. Егерде дәріні қайталап енгізу керек болған жағдайда - 4 сағаттан кейін пайдаланса болады.

Амбен (Памба) - фибриндердің ыдырауна қарсы-фибринолиз қолданатын зат. Өзінің химиялық құрамы және әсер етуі жағынан аминаокапрон қышқылына ұқсас, айрықша белсенді. Қолдануы жергілікті, көк тамыр арқылы және ішу үшін. Дәрі көк тамыр арқылы ағым түрінде 1% ерітіндісі 5-10 мл (50-100 мг) 4 сағат арылығында енгізіледі.

Амбен қосылған гемостатикалық губка – құрамы-қан беретін адам қанының плазмасы мен амбен және кальций хлоридтен тұрады. Кеуекті сорғыш зат ақ сары түстес.

Тромбин – дәрінің белсенділігі белсенділік бірлігі мен белгіленген. Тромбин ерітіндісін қолдану түрі тек жергілікті. Тромбин ерітіндісі залалсыздандырылған дәкелі тампонға немесе гемостатикалық губкаға сіңген күйінде қан кеткен тіс ұяшығына қойылады. Тромбин сіңген гемостатикалық губканы, тіс ұяшығына қалдырылады, ол кейіннен өз-өзінен сорылып кетеді.

Коллагенді гемостатикалық губка - коллагенді массадан дайындалған және оған фурацилин мен борды қышқыл қосылған. Құрғақ кеуекті масса сары түсті, тығыздығы жұмсақ, сұйықтық жақсы сіңіріледі. Тіс ұяшығында қалдырылған коллагенді гемостатикалық губка өз-өзінен толығымен сорылып кетеді.

Желатинді губка - құрғақ кеуекті масса ақ түсті, құрамында фурациллин бар. Тіс ұяшығында қалдырылған желатинді губка өз-өзінен толығымен сорылып кетеді.

Фибриноген –қанның табиғи құрамы болып саналады. Қолдануы жергілікті және сонымен қатар көк тамыр арқылы. Дәріні суда ex tempore ерітіп ине арқылы +25°C-тен +35°C-ға дейін жылытып енгізеді. Ерітіндіні дайын болғаннан кейін 1сағат аралығында қолдану керек. Көк тамыр арқылы енгізген кезде мөлшері 0,8г-нан 8,0 г және оданда көп. Тәулік мөлшері - 2-4 грамм.

Изогенді фибрин жұқа қабығы – адам қанының плазмасынан алынған фибриноген және оған сіңген глицериннің сулы ерітіндісі. Тіс ұяшығында қалдырылған изогенді фибрин жұқа қабығы өз-өзінен толығымен сорылып кетеді.

Изогенді фибрин губкасы - кеуекті фибрин, адам қанының плазмасынан алынған. Құрғақ кеуекті масса ақ немесе қоңырлау түсті. Тіс ұяшығында қалдырылған изогенді фибрин губкасы өз-өзінен толығымен сорылып кетеді.

Канамидин қосындысы бар антисептикалық губка – құрамында желатин, канамидин сульфат қосындысы, фурацилин, кальций хлорид бар. Егерде тіс ұяшығында қабыну кезеңі болса, губканы күнделікті ауыстырып тұру керек. Тіс ұяшығында қалдырылған канамидин қосындысы бар антисептикалық губка өз-өзінен толығымен сорылып кетеді.

Желпластан – құрамы-мүйізді малдардың құрғатылғанқан плазмасы, канамидин моносульфат және ас желатинасынан тұрады. Ұнтақ түрінде шығарылып, оны дәке орамаға жағады.

Өсімдік түрлерінен келіп шыққан гемостатикалық заттар

Олар: қалақай жапырағы- листья крапивы,, шәңкіш миы- кора калины, мыңжапырақ шөбі- трава тысячелистника, және т.б.

Атақты ғалым С.И. Лысенконың (1991) мәліметі бойынша, қан кетуді тоқтату үшін жараға капроферді енгізгенде науқастың 68,6%-ның қан кетуін толық тоқтатқан, ал егерде қан кетуі белсенді түрде болатын болса, науқастың 73,3% -на тіс ұяшығының шырышты қабатына тігіс салуды қажеттілігі туындаған.

Тіс жұлғаннан кейінгі асқынулардың салдарынан пайда болатын ұяшықтың әртүрлі аурулары. Оларға мыналар жатады: альвеолит, неврит, ұяшық остеомиелиті жатады.

Альвеолиттің келіп шығу себептері: тісті жұлу кезінде ұяшыққа инфекцияның түсуі, тіс жұлудан кейінгі түбір ұшы маңындағы қабыну кезеңдерінің өршуі, ота жасау кезінде ұяшықтың жарақаттануы.

Ауру сезімі тісті жұлғаннан соң 3-4 күннен кейін басталады. Үнемі тоқтамай сыздап, науқас жатқан кезде, дене қызуы-температура көтеріліп, механикалық тітіркендігіштерден үдейтін ауыру сезімі осы ауруға тән белгі. Ауыру сезімі аурусыздандыратын дәріні-аналгетиктирді ішіп, ыстық басқанға да тоқтамайды. Аздап дене қызуы көтеріліп (37-37,5), ұрт тіндерінің ісінгені байқалады. Тексеру барысында ауыз қуысынан жағымсыз иіс, ұяшық бос немесе сұр түсті ұйыған қан, кейде тамақ қалдықтары анықталады. Қоршаған қызыл иек қызарып ісінген, басып тексергенде ауыру сезімі жоғары.

Емі: жергілікті жансыздандыру жасалып, өткір қасықпен ұяшық тазаланып, риванолдың (1:1000), фурацилиннің (1:5000), асқын сутегінің (2%), калий перманганатының (1:5000) жылы ерітінділерімен жуылады. Содан кейін ұяшықта жаңадан қан ұйығы түзіледі немесе антибиотиктер мен сульфаниламидтерден дайындалған сықпа-пастамен толтырып, 1/2 сағатқа дәке тампонмен жауып қояды. Егер ауыру сезімі жоғары болса осы аталған сықпаға-пастаға анестезин қосуға болады. Ұяшыққа камфорфенолға малынған тампон қоюға болады және жергілікті жансыздандыру тәсілімен новокаин-пенициллин блокадасын жасауға болады.

Кейбір авторлардың айтуы бойынша ұяшыққа йодоформға және протеолитикалық ферменттерге малынған тампондарды қоюға болады.

Үйде аурусыздандыратын дәріні-аналгетиктерді ішу мен ауыз қуысын шайқау үшін жылы ас содасынан дайындалған-жасалған ерітінділер пайдаланады.

Физиоөмдер: УЖЖ, Бернар тогы, соллюкс пайдаланылады. Ауыру сезімі 1-3 күннің аралығында басылады. Альвеолиттің ағымы ауыр кезде ұяшықты тазалап өңдеу бірнеше рет жүргізілуі мүмкін. Науқас альвеолит кезінде 2-3 күнге еңбектен босатылады.

Ұяшық остеомиелиті альвеолитке қарағанда кешірек дамиды.

Ағымы созылмалы. Ұяшықтан ірің шығып, жазыла бастаған дәнекер тін-грануляцияның өсуімен ерекшеленеді.

Тексеру барысында ұяшық бос немесе онда аздаған жазыла бастаған дәнекер тін-грануляцияның, іріңнің барлығы анықталады. Жараның жазылу нышаны байқалмайды, 12-15 күннен кейінгі рентген суретінде ұяшықтың сүйек тіні бұзылғаны, кейінірек майда секвестрлердің барлығы анықталады.

Емі. Кешенді десенсибилизациялық қабынуға қарсы емдеу шаралары мен секвестр болса ұяшыққа қырыу-кюретаж жасау.

Ұяшық жүйкесінің қабынуы-невриті тісті жұлғаннан соң шеттерінде өткір қырлардың қалуынан пайда болады. 3-4 күннен кейін ұяшықта невралгиялық ауыру сезімі пайда болып, тамақ жегенде, ұяшықты механикалық тітіркендіру кезінде үдей түседі. Ауыру сезімі шырышты қабық сүйектің өткір қырын жауып тұрғандықтан пайда болады. Ұйыған қан сақталады. Ұяшық жазылғаннан кейін шетіндегі өткір қыр шырышты қабықты тесіп шығуы мүмкін, бірақ айналасындағы шырышты қабықта қабыну кезеңі байқалмайды. Кей кездері ұяшықтың өткір қыры 1-2 айдан соң сорылып кетеді. Өте ұзақ әрі қиын емделетін, өзінен-өзі әрі сыртқы тітіркенулерден де пайда болатын ұстамалы ауыру сезімі бар дерт. Ұяшықта қабыну белгілері жоқ, іші қан ұйығымен толған.

Аурудың келіп шығу себептері. Жүйке талшықтарының тіс жұлу кезінде қысылып қалуы, езілуі, ұяшыққа түскен сүйек сынығының жүйкені тітіркендіруі және т.б. Науқастың ауруына бұдан басқа себептер де болуы мүмкін. Мысалы: ұяшықтың өткір қырларының және түбіаралық сүйек пердесінің қалып қоюы. Бұл жағдайда ауыру сезімі осы өткір сүйек қырларының үстіндегі шырышты қабықтың тітіркенуінен пайда болады. Кейде жара толық жазылған кезде олар сүйекті тесіп шығады.

Өткір қырды саусақпен сипап анықтау қиын емес. Шырышты қабықтың сүйекке тиген жерінің ауыру сезімі жоғары, қабыну кезеңінің белгілері байқалмайды. Ауыру сезімі біртіндеп азайып, кейін 1-3 айдан соң ұяшық толық сүйекпен толғанда өткір қыр мұқалып сорылып кеткен соң мүлдем қойып кетеді.

Осыған байланысты науқасты ертерек қатарға қосу мақсатымен

альвеолоэктомия отасы жасалады. Сүйекті тесу-трапеция тәрізді тіліктер жасап, шырышты қабықты жалаңаштайды. Сүйектің өткір қырларын түбірлік қысқыштармен алады немесе фрезбен, бұрғымен тегістейді. Тілікті қайта орнына тігеді. Ұяшықтың өткір қырлары науқастың ауыз қуысына протез салу кезінде де тегістеледі.

Егер өткір қырлар болмай, тіс түгел жұлынып, қабыну дерті болмаса да ауыру сезім пайда болса физиоом мен ауыз ішіне жылы бұлау-ванночкалар тағайындайды. Кейде ауыру сезімі көрші тістер әсерінен болатынын есте сақтау керек.

Бет жүйкесінің шала салдануы-нервінің парезі. Өте сирек кездесетін асқыну, тісті жұлғаннан кейін жүйкенің оталық жарақатқа рефлекторлы тітіркеніп жауап беруіне байланысты бірден немесе бірнеше сағаттан соң дамуы мүмкін. Бірнеше күннен бірнеше апта аралығында із-түссіз кетеді. Құрғақ жылу, физиоомдер (УЖЖ, соллюкс, ионогальванизация) тағайындалады.

Төменгі ерін мен иек аймағында шала салдануы-парезі төменгі тістерді жұлғаннан кейін пайда болады. Бұл асқыну төменгі тіс ұяшық жүйкесінің тіс жұлу, ұяшықты кюретаж жасау, жансыздандыру кезінде (немесе остеомиелиттің дамуынан) жарақаттануынан пайда болады. Төменгі тіс ұяшық жүйкесінің жүйке жүйесімен қамтамасыз ететін аймақтарда сезімталдықтың төмендеуі, мүлдем жоғалып кетуі мүмкін. Ол 1-3 айдың көлемінде қалыпқа келеді.

Қабыну кезеңдері - абсцесс, флегмона, остеомиелит түбір ұшы маңындағы созылмалы кезеңдердің қабынуы салдарынан дамиды. Абсцесс пен флегмона тісті дөрекі жұлып, асептика және антисептика талаптарын дұрыс сақтамаған кезде де дамуы мүмкін. Емдеу жолдары оқулықтың арнайы тарауында айтылған. Көрші тістердің жарақатты периодонтиті, тісті элеватормен дөрекі жұлу себебінен болады.

Алдын алу. Элеватормен жұмыс істеу техникасын жетік меңгеру.

Тұжырым

Келтірілген мәліметтер мен атақты ғалымдардың және өз тәжірибеміздің нәтижелерін қортындылай отырып, мынандай тұжырым жасағым келеді.

Қазіргі таңда тіс жұлу отасы – заманауи стоматологияда тісті және оның құрамдық бөлшектерін қайта орнына келтіруге болмайтын жағдайда, ол тіс айналасындағы жүйке жүйесін немесе ұрт, тіл аймақтарын зақымдайтын болса, жоғарғы және төменгі жақтар тістерінің қалыпты тістесуіне айтарлықтай кедергі, нұқсан келтіретін болса-ең соңғы және шешуші әдіс болып табылады. Сонымен қатар ауыздағы шырышты қабаттың ұзаққа созылған аурулары егде жастағы адамдардың тісін жұлу мәжбүрлейді. Бұл ауруларды емдеу әдістерімен қалпына келтіруге болмайды, себебі олар асқынып сүйекке өтіп, қабыну кезеңдерінің ауыр сатысына әкеп соқтыруы мүмкін. Кейбір кезде тіс алмалы-салмалы

протездерді салып жүруге кедергі береді, сондықтан тісті жұлу отасына жүгінеді. Сол үшін тісті жұлу отасы өте маңызды да күрделі көкейкесті мәселелер қатарында болған және болып қалуда. Тіс жұлу отасы жалпы және жергілікті жансыздандыру көмегімен жүргізіледі. Ота жасау алдында, тісті жұлу отасы кезінде науқасты толық медициналық тексеруден өткізу (рентген сурет және т.б) керек.

Тіс жұлу отасын жасау үшін көрсеткіштерге, қарама-қарсы көрсеткіштерге, науқастың жағдайына, науқасқа тіс жұлу отасы туралы түсіндіру шараларын, кездесетін асқынулар туралы түсініктеме беру, тіс жұлу отасын нәтижелі орындағаннан кейін күтімі және кейбір кезде болатын асқынудың алдын алу шараларын түсіндіру керек екендігін естен шығармау қажет. **Жұлынған тістердің орнын толтыру керек. Егер орнын толтырмайтын жағдайда сыртқы келбеті (бет-жақ аймағы) өзгеріп, шайнау, сөйлеу құбылыстарының өзгеруіне әкеп соқтыруы мүмкін.** Соңында айта кететін нәрсе, тіс жұлу отасы жақсы жетілген ота. Бірақ, кей жағдайда оның орындау техникасы тәжірибелі хирургтің өзіне де қиынға соғады. Бұл жағдайлар анатомиялық ерекшеліктерге, қарысу мен қабыну кезеңінің болуымен түсіндіріледі. Тіс жұлу отасы кезінде және одан кейін әртүрлі өмірге қауіпті асқынулар кездесуі мүмкін. Сондықтан емханада хирургиялық оталар тәжірибелі хирургқа беріледі.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1.Тістердің анатомиялық ерекшеліктерін есепке ала отырып қысқыштар

үлгісін ұсынған ғалымның аты мен жылы.

А) Гаррис Фай, 1826 ж.

Б) Эскулап, 1862 ж.

В) Пирогов Н.И, 1855 ж.

Г) Рудько, 1954 ж.

Д) Гунько, 1958 ж.

2.Тістің анатомиялық ерекшеліктерін есепке ала отырып қысқыштарды жасаған ғалымның аты мен жылы.

А) Джон Томс, 1841 ж.

Б) Анреп, 1832 ж.

В) Эйнгорн, 1865 ж.

Г) Уразалин, 1965 ж.

Д) Бернадский, 1943 ж.

3.Тісті жұлу отасын өткізу үшін көрсеткіштер мыналар:

А) Қажеттіліктер толық (абсолюттік) және жартылай (салыстырмалы),

жалпы және жергілікті, жедел (срочное п.) және жоспарлы

(плановое п.).

Б) Қажеттіліктер толық (абсолюттік), жергілікті, жоспарлы (плановое п.), мүлдем қажеттілік жоқ, ауыз қуысының тазалығы, бас ауруы.

В) Жартылай (салыстырмалы), жалпы, ауыз қуысының тазалығы, бас ауруы, жедел (срочное п.)

Г) мүлдем қажеттілік жоқ, жергілікті, жоспарлы (плановое п.),

Д) Жартылай (салыстырмалы), жедел (срочное п.), мүлдем қажеттілік жоқ, жергілікті, жоспарлы (плановое п.),

4. Тіс жұлға болмайтын көрсеткіштер мыналар:

А) Қан аурулары, жүрек-қан тамырлары аурулары, жұқпалы аурулар; жүйке жүйесінің аурулары, екіқабат кезде, етеккір келгенде.

Б) Верльгоф ауруы, гемофилия, артроз-артрит, дене жарақаты.

В) эпилепсия, психоз, құлақтың есітпеуі.

Г) миокард инфаркты, декомпенсациялы жүрек ақауы, көздің көрмеуі.

Д) гемофилия, геморрагиялық диатез, анемия, лейкомия, аяқ ауруы.

5. Тіс жұл ережесіне байланысты жоғарғы тістерді жұлғанда жұлатын тіс дәрігердің деңгейінде болу керек.

А) иық деңгейінде

Б) бас деңгейінде

В) шынтақ деңгейінде

Г) сирақ деңгейінде

Д) тобық деңгейінде

6. Тіс жұл ережесіне байланысты төменгі жақтың тістерін жұлғанда орындық дейін төмендетеді.

А) шынтақ деңгейіне

Б) иық деңгейіне

В) бас деңгейіне

Г) тобық деңгейіне

Д) сирақ деңгейіне

7. Қысқаштардың құрамы бөліктен тұрады:

А) үш бөліктен (басы, сабы, құлыбы)

Б) екі бөліктен (басы, құлыбы)

В) төрт бөліктен (басы, сабы, мойны, ұшы)

Г) бес бөліктен (басы, мойны, ұшы, сабы, құлыбы)

Д) бір бөліктен (құлыбы)

8. Қысқаштарды ұстау әдістерінің түрлерін атаңыз.

А) екі түрі

Б) бес түрі

В) төрт түрі

Г) үш түрі

Д) жеті түрі

9. Жоғарғы үлкен азу тістерді, яғни 6-шы тісті жұлғанда оның анатомиялық ерекшеліктерін ескеріп отырып, алғашқы ырғау қарай жасалады.

- А) ішке
- Б) алдына
- В) артқа
- Г) сыртқа
- Д) жанына

10. Жоғарғы үлкен азу тістерді, яғни 7-8-ші тістерді жұлғанда оның анатомиялық ерекшеліктерін ескеріп отырып, алғашқы ырғау қарай жасалады.

- А) сыртқа
- Б) жанына
- В) артқа
- Г) ішке
- Д) алдына

11. Төменгі күрек тістерді жұлғанда оның анатомиялық ерекшеліктерін ескеріп отырып, алғашқы ырғау қарай жасалады.

- А) сыртқа
- Б) алдына
- В) артқа
- Г) ішке
- Д) жанына

12. Төменгі азу тістерді, яғни 6-шы тісті жұлғанда оның анатомиялық ерекшеліктерін ескеріп отырып, алғашқы ырғау қарай жасалады.

- А) сыртқа қарай
- Б) ішке қарай
- В) жанына қарай
- Г) артқа қарай
- Д) алдына қарай

13. Төменгі азу тістерді, 7-8-ші тістерді жұлғанда оның анатомиялық ерекшеліктерін ескеріп отырып, алғашқы ырғау қарай жасалады.

- А) ішке қарай
- Б) артқа қарай
- В) ұртқа қарай
- Г) алдына қарай
- Д) артқа қарай

14. Төменгі үлкен азу-моляр тістерді жұлуға қысқыштардың түрі қолданылады.

- А) екі түрі (құстұмсық- сауытты қылқаны бар және өз бойымен иілген)
- Б) үш түрі (байонет, тік)
- В) төрт түрі (тік, құстұмсық, иілген)

Г) бір түрі (тік)

Д) бес түрі ((тік, құстұмсық, иілген, байонет)

15. Жоғарғы азу тістердің түбірлерін жұлу үшін қысқыштар қажет.

А) байонет, түйісетін

Б) тік, түйіспейтін

В) байонет, түйіспейтін

Г) түйіспейтін, иілген

Д) байонет, құстұмсық

16. Төменгі азу тістердің түбірлерін жұлуға қысқыштар жарайды.

А) жақтары түйісетін, сапты бойлай иілген, құстұмсық

Б) құстұмсық, байонет, S-тәрізді

В) сапты бойлай иілген, құстұмсық, байонет

Г) жақтары түйісетін, құстұмсық, тік

Д) құстұмсық, S-тәрізді, сапты бойлай иілген,

17. Төменгі үшінші азу-моляр (ақыл) тістерді, соңғы тістерді жұлуға..... элеваторы қолданылады.

А) Леклюз элеваторы

Б) Бобров элеваторы

В) Смирнов элеваторы

Г) Давыдов элеваторы

Д) Шораев элеваторы

18. Тісті жұлу кезінде болатын асқынуларды деп бөледі.

А) жалпы, жергілікті асқынулар

Б) жергілікті, созылмалы, кеуде асқынулар

В) жалпы, жедел, бас асқынулар

Г) жергілікті, іріңді, өршу асқынулар

Д) жалпы, өршу, жедел асқынулар

19. Естен тану дегеніміз

А) орталық жүйке жүйесінде жеке ми қыртыстарында қанның келмеуі

Б) сапты бойлай иілген, құстұмсық, байонет

В) жүрек қан тамырлары жұмыстарының әлсіреуі

Г) жақтары түйісетін, құстұмсық, тік

Д) жақтары түйісетін, сапты бойлай иілген, құстұмсық

20. Коллапс дегеніміз

А) жүрек қан тамырлары жұмыстарының әлсіреуі

Б) жалпы, өршу, жедел асқынулар

В) орталық жүйке жүйесінде жеке ми қыртыстарында қанның келмеуі

Г) жақтары түйісетін, сапты бойлай иілген, құстұмсық

Д) жергілікті, іріңді, өршу асқынулар

21. Шок дегеніміз

А) өмірлік маңызы бар дене мүшелері қызметінің нашарлауына әкеліп

соғуы және орталық жүйке жүйесінің шамадан тыс әлсіреуін

Б) жергілікті, іріңді, өршу асқынулар

В) жүрек қан тамырлары жұмыстарының әлсіреуі

Г) орталық жүйке жүйесінде жеке ми қыртыстарында қанның келмеуі

Д) жалпы, өршу, жедел асқынулар

22. Науқастың тұншығуы дегеніміз.....

А) жұлынған тістің, тампонның немесе ұйыған қанның тыныс жолдарына түсуін

Б) орталық жүйке жүйесінде жеке ми қыртыстарында қанның келмеуі

В) жүрек қан тамырлары жұмыстарының әлсіреуі

Г) жалпы, өршу, жедел асқынулар

Д) жергілікті, іріңді, өршу асқынулар

23. Гаймор қуысының тесілуі .. анатомиялық орналасуына байланысты.

А) жоғарғы жақ кіші және үлкен азу тістерінің

Б) жоғарғы жақ кіші азу тістерінің

В) жоғарғы жақ үлкен азу тістерінің

Г) төменгі жақ кіші және үлкен азу тістерінің

Д) төменгі жақ үлкен азу тістерінің

24. Б.Л. Павлов, В.В. Шашкин (1987) тіс түбірінің ұяшығынан қан кету кезеңін бөледі:

А) үш сатыға

Б) бір сатыға

В) екі сатыға

Г) бес сатыға

Д) төрт сатыға

25. Біріншілік қан кету деп атайды.

А) Тіс жұлынғаннан кейін бірден пайда болса

Б) төменгі жақ кіші және үлкен азу тістерінің

В) жоғарғы жақ үлкен азу тістерінің

Г) екі сатыға

Д) төрт сатыға

26. Екіншілік қан кету деп атайды.

А) отадан кейін бірнеше сағат немесе тәуліктен пайда болса

Б) Тіс жұлынғаннан кейін бірден пайда болса

В) бес сатыға

Г) екі сатыға

Д) төрт сатыға

27. С.И. Лысенко (1991) тіс жұлынғаннан кейін қан кетуді бөледі:

- А) үш дәрежеге
- Б) төрт дәрежеге
- В) бес дәрежеге
- Г) жеті дәрежеге
- Д) тоғыз дәрежеге

28. Бельдюкевич М.А., Cheraskin E ауыз қуысынан қан кетуді деп екі топқа бөледі

- А) идиопатиялық, ятрогенді
- Б) идиосинкразия, ятрогенді
- В) ятрогенді, синергизм
- Г) идиосинкразия, бес сатыға
- Д) синергизм, тоғыз сатыға

29. Ауыз қуысынан идиопатиялық кету дегеніміз

- А) бірден, кездейсоқ,
- Б) бірден, отадан кейін
- В) отадан кейін, кездейсоқ,
- Г) кездейсоқ, төрт дәрежеге
- Д) отадан кейін, жеті дәрежеге

30. Ауыз қуысынан ятрогенді кету дегеніміз

- А) хирургиялық отадан кейін пайда болады.
- Б) бірден, кездейсоқ,
- В) отадан кейін, кездейсоқ,
- Г) отадан кейін, жеті дәрежеге
- Д) синергизм, тоғыз сатыға

VIII ТАРАУ

БЕТ- ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ

Бет-жақ аймағының қабыну кезеңдері хирургиялық емдеуді қажет ететін көп таралған ауруларға жатады. Олар басқа стоматологиялық ауруларға қарағанда жиі еңбекке қабілетін төмендетуге, науқасты ауруханаға жатқызуға себепкер болып, адам өміріне қауіп туғызады. Соңғы жылдары медицинаның жетістіктеріне қарамастан бұл аурулардың ауыр түрлері жиі кездесіп жүр. Біздің зерттеулеріміздің қортындысы жәнede Қазақ Ұлттық Медицина Университеті хирургиялық стоматология кафедрасының мәліметтері бойынша осы аурулар 30-40%-дан 60-65%-ға дейін (Оразалин Ж.Б., Мырзабеков О.М., Сабданадиев А.М., 2003), ММСИ клиникасында 6-8%-ке (Васильев В.А. Анастасов К, 1964), Киев клиникасында 15-25% (Бернадский Ю.И. 1970) т. б. кездеседі.

Көптеген ғалымдар мұның себебін жиі қолданылып жүрген антибиотиктерге қабыну қоздырғыштары төзімділігінің жоғарылауымен түсіндіреді. Жиі қоздыратын ауыз қуысындағы микроорганизмдер ішінде іріңді кокктар, сирек-анаэробтар, саңырауқұлақтар, туберкулез микобактериясы, бозғылт трепонема т.б. болып табылады. Қоздырғыштар түріне қарай арнайы емес (іріңді) және арнайы (актинамикоз, туберкулез, сифилис, сібір жарасы) болып бөлінеді.

Инфекция көзі мен таралу жолына қарай одонтогенді, одонтогенді емес деп бөлінеді. Одонтогенді емес қабыну кезеңдері тонзилгенді, риногенді, отогенді, травмалық (зақымдау), гематогенді, лимфогенді, контактылы (жанама) болып бөлінеді.

Фурункул, карбункул, тілме бөлек бір топ құрайды. Қабыну кезеңдерінің келіп шығу себептері-этиологиялық факторы көп жағдайда (96-98%) одонтогенді инфекция, яғни микроб агенті инфекциялы тіс қуысынан алдымен түбір ұшы периодонтына, содан соң көптеген майда тесіктер арқылы тіс ұяшығы қабырғаларынан тіс ұяшығы-альвеолды өсінді мен жақ сүйегі кемігіне тарайды. Сонымен қатар сүйек тіндеріне инфекция түсу көзі болып тіс маңы іріңді кисталары, альвеолит, маргиналдык периодонтиттер т.б. табылады. Тек 2-4% жағдайда одонтогенді емес инфекция болады, яғни гематогенді, лимфогенді, контактылы т. б. (М. А. Груздев, 1979).

Жедел ағымды одонтогенді инфекцияны жиі ақ не алтын түсті стафилококк өз бетімен немесе басқа кокктармен қосыла отырып қоздырады. Одонтогенді қабыну кезеңі көптеген жағдайларға-факторларға тығыз байланысты, жекелеген түрде күрделі дамиды.

Соңғы кездегі зерттеулер бойынша остеомиелит дамуында жүйке-нерв жүйесінің, организм сенсбилизациясының, эндокринді жүйе мен циркуляторлық бұзылыстардың маңызы бар. Тағы да организмнің арнайы реактивтілік деңгейі маңызды жағдай-фактор болып табылады.

Одонтогенді остеомиелиттің келіп шығуы-патогенезі арнайы бөлімде талданған.

Одонтогенді қабыну кезеңдерінің келіп шығуы-патогенезімен қоса жіктелуі туралы сұрақ та қаралған. Жедел ағымды қабыну кезеңдерін

жіктеу жөнінде 3 негізгі көзқарас бар.

Бірнеше зерттеушілер (С. Н. Вайсблат, А.Е. Верлоцкий, В.И. Лукьяненко, П. П. Львов, А. А. Лимберг, В. М. Уваров т. б.) периодонтит, периостит, остеомиелит, жұмсақ, тіндер флегмонасы жақ сүйектері остеомиелитінің, яғни бір ғана аурудың кезеңі деп санайды. Бұл ғалымдардың пікірі бойынша периодонт, сүйек қабығы, сүйек кемігін қоршаған тіндер бір-бірімен физиологиялық және анатомиялық тығыз байланысты болғандықтан одонтогенді жедел ағымды периодонтит, периостит, флегмона деп бөлуге негіз жоқ. Олар жедел периодонтитті жақ сүйегінің одонтогенді остеомиелитінің бастапқы сатысы деп қарайды.

Екінші бір топтағы ғалымдар (Б.Б.Брандебург, И.Г.Лукомский т.б.) периодонтит пен остеомиелитті жедел ағымды одонтогенді қабыну кезеңі қатарынан бөледі. Периостит пен қоршаған тіндер флегмонасын остеомиелиттік кезеңінің құрама компоненті деп қарайды. И. Г. Лукомский периоститті төменгі ақыл тістердің қиналып шығуынан немесе периосттың жарақат-травма алуынан дамиды деп анықтайды.

Үшінші топтағы ғалымдар (В.Ф. Войно-Ясенецкий., А.В. Евдокимов., Г.А. Васильев., И.М. Старобинский т.б.) қазіргі клиникалық, морфологиялық, анықтауларға орай және емдеу әдісін анықтау мақсатында нақты барлық жедел ағымды одонтогенді инфекциялардың салыстырмалы-нақтамасын-дифференциалдық диагностикасын жүргізуді ұсынады.

А.И. Евдокимов, Г.А. Васильев (1964) жеке жедел ағымды одонтогенді іріңді периодонтит, жедел ағымды іріңді периостит, жақ сүйектер остеомиелиті, остеофлегмона деген сияқты нозологиялық формаларды қарайды. Олар жедел ағымды іріңді қабыну кезеңінің пайда болуы инфекциялық локустың периодонттан басқа тінге көшуіне байланысты деп санайды, мысалы: сүйек қабығына, сүйекке, жақ сүйектері маңындағы басқа тіндерге ауысады. Сонда одонтогенді кезеңдердің барлығы бір-бірімен тікелей байланысты, яғни сандық өзгерістермен қоса сапалық өзгерістер де туындайды. Осының бәрі ауру көрінісі мен табылған патологиялық өзгерістерден өз бейнесін табады.

8.1. ПЕРИОДОНТИТ

Бұл тіс ұяшығы мен тіс түбірі арасындағы жұмсақ тіндерде (периодонт, түбір қабығы, тіс байламы) жүретін қабыну ауруы.

Периодонтит инфекциялық және инфекциялық емес болуы мүмкін. Инфекциялық емес түріне жедел ағымды немесе созалмалы жарақаттан - жарақаттық, тіс емдегенде қойылған дәрі-дәрмектен болған медикаментоздық периодонтиттер жатады.

Инфекцияның ену жолы мен патологиялық ошақтың орнына байланысты түбір ұшының және маргиналдык периодонтиттер болады.

Инфекция периодонтқа әртүрлі жолмен енеді. Жиі инфекция көзі

өлген ұлпа тіндері болады. Яғни тамақты шайнағанда немесе асқынған тісжегіні емдеу кезінде түбір инесімен іріңді әрі қарай периодонтқа итеріп жіберуден микрофлора периодонтқа өтеді де периодонтит дамиды.

Сирек жағдайда инфекция қызыл иек жиегінен, яғни қызыл иек қалтасының түбінен еніп маргиналды периодонтит тудырады. Кейбір ғалымдар бұл кезеңді парадонт ауруларына жатқызады.

Сонымен қатар инфекция гематогенді және лимфогенді жолмен (грипп, ангина, тиф т.б.) енеді.

Төртінші жағдайда гайморит, остеомиелит, гингивостоматит, перикоронариттің жалғасы болып дамиды.

И.Г.Лукомский клиникалық көрінісі, таралу дәрежесі және патологиялық сипатына қарай 3 түрін ажыратады.

I. Жедел (экссудативті) ағымды периодонтит:

а) серозды (шектелген және жайылған);

б) іріңді (шектелген және жайылған);

II. Созылмалы (пролиферативті) периодонтиттер:

а) фиброзды;

б) гранулденген; в) гранулематозды;

III. Созылмалы периодонтиттің өршуі.

А.И.Евдокимов (1958) созылмалы периодонтиттің гиперцементозбен қосылған түрін ажыратады.

8.1.1. Жедел ағымды серозды периодонтит

Жедел ағымды периодонтиттің біріншілік кезеңі болып табылады. Науқас тісінің өздігінен қатты ауыратынына, тісті басқанда ауыру сезімі күшейіп, басқа тістерден биіктеген сезіміне шағымданады. Ауру сезімі таралмайтындықтан науқас ауырған тісін дәл көрсете алады. Ал шайнағанда ауыру сезімі күшейетін болса да, егер науқас тісін тістестіріп біраз уақыт тұрса ауырғаны жайлап басылады.

Нысаналы зерттегенде-объективті: жақасты немесе иекасты лимфа түйіндері өзгермеген, кейде сәл үлкейіп ауыру сезімі болуы мүмкін. Ауырған тіс маңындағы тіндер өзгермейді. Тісте жиі тісжегі қуысы, кейде бітеме-пломба болады. Ұрып тексергенде-перкуссия тіке ауыру сезімін туғызады, ал бүйірден қағып тексергенде ауырмайды.

Патологиялық анатомиясы: түбір ұшы, периодонт қызарып қалындаған. Микроскопта гиперемия, ісіну және сәл лейкоцитарлық инфильтрация көрінеді.

Емі — отасыз емдеу-консервативті.

8.1.2. Жедел ағымды іріңді периодонтит

Жедел ағымды іріңді периодонтит серозды периодонтит немесе

іріңді пульпитен кейін дамиды. Науқастар жедел, ұдайы, солқылдап тұратын ауру сезіміне шағымданады, ол үшкіл жүйке-нерв бойымен таралады (кұлақ, самай, көзге). Ауыру сезімі суық әсерінен азайып, жылыда және жатқанда күшейе түседі. Периодонтта жиналған қан тамырлар сыртындағы қабыну сұйықтығы-экссудат өсіп кеткен тіс әсерін тудырады. Ауру тіске антогонист тіс тиіп немесе тіл тиіп кетсе, ауыру сезімі күшейіп кетеді, сондықтан науқас аузын ашып отырады. Қатты ауыратындықтан ауру ұйықтамайды, сондықтан жалпы әлсіздікке, басының ауырғанына шағымданады. Дене қызуы әдетте көтерілмейді, кейде субфебрилді болады.

Клиникалық көрінісі. Сырт бейнесін қарағанда өзгерістер жоқ, кейде жақ аймағы жұмсақ тіндері бүйір тармақтар-коллатеральды ісінуі мүмкін. Аймақтық- регионарлық лимфа түйіндері үлкейген, сипап тексергенде ауырады. Ауыздың ашылуы еркін. Жарақаттанған тіс түбірі проекциясында өтпелі қатпардың шырышты қабығы қызарған, қызыл иек ісінген, ұяшықтық-альвеолярлық төмпешіктер тегістелген. Осы аймақтағы ұяшықтық-альвеолды өсіндіні сипап тексергенде ауырады. Тісте тісжегі қуысы немесе бітеме-пломба бар, сирек сау тіс. Тісті ұрып-қағып тексергенде көлденең және тік бағытта да күшті ауыру сезімі анықталады, тіс қозғалмалы болады (себебі кезең-процесс тез арада таралған-диффузды сипат алады). Қанда аз мөлшерде лейкоцитоз, сегментті ядролық және таяқша ядролық нейтрофилдер саны көбейеді, ЭТЖ 20-30 мм/сағ көтерілуі мүмкін.

Рентген көрінісінде біріншілік жедел ағымды периодонтитте еш өзгеріс болмайды. Кейде 3-5 күндері альвеола қабырғасы аймағындағы көрінісі айқын болмауы мүмкін.

Патологиялық анатомиясында лейкоцитарлық инфильтрация, периодонт тіндерінің аутолитикалық еруі, ірің ошақтары. Ұяшықтың сүйек тіндерінде реактивтік қабыну және дистрофиялық өзгерістер дамиды. Сүйек тіндерінде сорылу басым болғандықтан, қайта құрылу кезеңі-процесі жүреді. Қабыну процесі меншікті сүйек тіндерімен шектелмейді, әрі қарай сүйек кемігіне таралады да оның ісінуі және нейтрофилді лейкоциттермен айқын инфильтрациясы анықталады, бірақ ешуақытта сүйек тінінің өлеттілігі-некрозы байқалмайды.

Емдеу негізі іріңді экссудатты қабыну ошағынан шығару болып табылады. Ол үшін ұлпалық-пульпалық камераны ашып, өлеттенген-некрозға ұшыраған заттардан тазартып, түбір өзегін кеңейтіп, жиналған қан тамырлар сыртындағы қабыну сұйықтығы-экссудаттың шығуына мүмкіншілік тудырады. Қабыну кезеңдері-процестері бәсеңдеген соң тісті пломбылайды. Егер тіс қызметін атқара алмайтын болса, оны жұлады.

Жедел ағымды іріңді немесе өршіген созылмалы периодонтит кезіндегі инфекцияның **таралу жолдары** және **аяқталуы**. Белгілі бір уақыттан кейін тіс түбірін қоршаған іріңді жиналған қан тамырлар

сыртындағы қабыну сұйықтығы-экссудат өзіне бір қолайлы (ықпайлы) жол тауып периодонт сыртына шығады, осыдан кейін қабыну кезеңі-процесі кейін қайтады. Іріңді жиналған қан тамырлар сыртындағы қабыну сұйықтығы-экссудат түбір өзегінен шығуы да мүмкін (өздігінен немесе дәрігер әрекетінің нәтижесінде).

Периодонттың біртіндеп өршуі нәтижесінде ірің тіс түбірі ұшынан, мойнына таралып, осы жерден сыртқа шығуы мүмкін.

Кей жағдайларда іріңді жиналған қан тамырлар сыртындағы қабыну сұйықтығы-экссудат, сүйектің ыдырауы және альвеола қабырғасының сол бөлігінде сіңуі-резорбция болса, кеңейген фолькман және гаверс өзектері арқылы сүйек қабына өтеді. Осының нәтижесінде ұяшықты-альвеолды өсіндінің бетінде немесе жақ сүйегінің денесінде жедел іріңді периостит дамиды.

Сирегірек ірің ұяшықты-альвеолды өсінді мен жақ сүйегі кемігінің аралығымен жүреді, бұл кезде сүйек тіні өледі, яғни жедел ағымды остеомиелит дамиды.

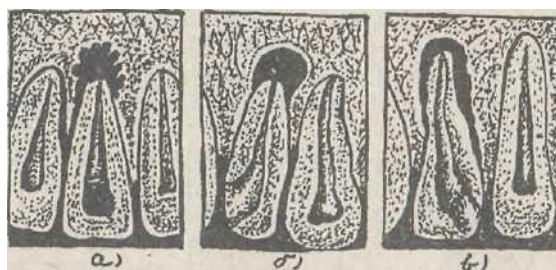
Көп жағдайда қабыну кезеңі-процесі созылмалы ағымға өтіп созылмалы периодонтит дамиды.

8.2. Созылмалы периодонтит

Әдетте, жедел ағымды периодонтиттер ұзақ уақыт және үздіксіз түбір өзегінің микрофлорасы инфекциясымен қозған жағдайда дамиды, кейде жедел ағымды периодонтиттен кейін дамуы мүмкін.

Клиникалық байқаулар бойынша, жедел ағымды периодонтитке қарағанда, созылмалы периодонтиттер жиі кездеседі, себебі жедел ағымды периодонтит деп нақтама-диагноз қойылғандардың көпшілігі мұқият тексеріп қарағанда созылмалы периодонтиттің өршуі болып табылады.

Фиброзды созылмалы периодонтит созылмалы периодонтиттің жеңілдеу түрі. Өзінше дамиды, сирек гранулденген және гранулематозды периодонтиттердің кері дамуы нәтижесінде дамиды.



Сурет-55. Созылмалы периодонтиттің рентгенологиялық суреті (жоба):
а) гранулденген; б) гранулематозды; в) фиброзды.

Кейде гиперцементоз — түбір ұшы көп мөлшерде қалыңдайды

Әдетте науқастардың шағымы болмайды. Тек өршігенде, шайнаған уақытта ауру сезімі байқалады. Қарап тексергенде, тісте тісжегі қуысы

немесе бітеме-пломба болуы мүмкін, сирек тіс сау болады. Ұрып-қағып тексергенде ауырмайды. Рентгенологиялық - тіс түбірі ұшында периодонт саңылауы кеңейген және түбірде көп мөлшерде цемент жиналуы нәтижесінде периодонт шеттері (линия) тегіс емес.

Кеңейген периодонт саңылауын шектейтін сүйек табақшасы-пластинкасы қалыңдаған, қатаю-склерозға ұшыраған, рентгенограммада қалыпты жағдайға қарағанда тығыз көлеңке береді.

Патологиялық анатомия: макроскопияда — периодонт не түбір ұшы бөлігінде, не барлық түбір бойында қалыңдаған, микроскопияда — дәрекі талшықты дәнекер тіндердің шоғырлары арасында сирек дөңгелек жасушалы ұйыспа-клеткалы инфильтрация ошақтары орналасқан.

Фиброзды периодонтит отасыз-консервативті түрде емделеді. Оған көнбесе тіс жұлынады немесе реплантация жасалады.

Созылмалы гранулематозды периодонтиттің клиникалық-субъективті көрінісі айтарлықтай дамымаған болмауы мүмкін.

Кейде науқас тістескенде болатын ауру сезіміне шағымданады. Ауру тарихын зерттегенде -анамнезінде тіс тұсындағы қабынудың жиі қайталанып өршіп тұрғаны анықталады. Қарап тексергенде тісте тісжегі қуысы болады. Кейде бітеме-пломба бар, рентгенге түсіргенде тіс өзегі ұшына дейін түгел бітеме-пломбамен толтырылмаған. Ұрып тексергенде-перкуссияда ауырмайды. Тіс тұсындағы қызыл иектің шырышты қабығы өзгермеген.

Рентген суретінде сүйек тіні дөңгелек, жиегі тегіс, көлемі дәннен ас бұршағына дейін ыдыраған жерін көруге болады. Кейде осы ыдыраған аймақта сүйек қатаюы аймағы-остеосклероз зонасы көрінеді. Гранулема тіс түбірінің ұшында түзіледі. Осы созылмалы қабыну ошағы жиі ауыз қуысына кіреберіс-вестибуляр жағынан көлемін үлкейтетін гранулема түбір ұшында сана емес одан бүйірлей де орналасады. Бұл кезде ұяшықты-альвеолды өсіндінің бетінде, түбір ұшы тұсында кішкене домбығу (шекарасы айқын емес) болады. Сирек жағдайда гранулема түбір қосылған-бифуркациясында түзіледі (55-сурет).

Патологиялық анатомиясы. Түбір ұшы маңында орналасқан грануляциялық тін фиброзды капсуламен жабылып периодонтпен тығыз байланысқан. Осы ұшына жақын түбірдің цементі, кейде дентині де ыдыраған. Гранулема шеттерімен түбірдің гранулема қабығының жанасқан жерінде цемент ісігі болуы мүмкін.

Құрылысына қарай: 1) жай дәнекер тін элементтерінен тұрады; 2) эпителиальды, ортасында эпителий тартпалары бар; 3) киста тәрізді, эпителиймен қапталған қуыстан тұратын гранулемалар. Эпителиальды қуыстар біртіндеп жойылып, қабыну экссудаты мен май детриттеріне толып кистогранулема, содан кейін киста түзеді.

Емі. Отасыз емдеу-консервативті болуы мүмкін. Ол тиімсіз болса хирургиялық ем жүргізіледі.

Созылмалы гранулденген периодонтит. Бұл созылмалы периодонтиттердің ең белсенді түрі. Аурулар қатты немесе ыстық тағам жегенде тістегі күшті ауру сезіміне және қызыл иекте жиі ашылып, жабылып тұратын жыланкөзге шағымданады. Кейде аурулар қызыл иектерінің ісініп, қызарғанына шағымданады. Кейбір жағдайларда дәрігерге көрінгенде клиникалық-субъективті көрінісі айтарлықтай дамымаған болмауы мүмкін, шағымы болмайды.

Қарап тексергенде жегімен бұзылған тісті көруге болады, аздап ауырады. Тіс деңгейіндегі қызыл иек қызарып, ісінген, сирегірек өзгеріссіз.

Егер оны қысқышпен (пинцет) немесе шұқығышпен басып көрсе, осы құралдардың ізі қалады және қызарады, бұл сау шырышты қабыққа қарағанда ұзақ уақыт сақталады. Жиі-жиі созылмалы гранулденген периодонтит өршіп тұрса қызыл иекте ісінген грануляциясы бар жыланкөздерді көруге болады.

Осы өршулер нәтижесінде гранулденуші периодонтит ошағы біртіндеп ұяшықтың жаңа бөліктеріне таралады, көбінесе ауыз қуысына кіреберіс-вестибулярлық жағына, нәтижесінде ұяшық-альвеолды өсіндінің сүйек қабырғасында өрнектер түзіледі. Егер осы кезеңге-процесске қоршаған жұмсақ тіндер қосылатын болса, онда қызыл иекте жыланкөз пайда болады (нүктелік тесіктер немесе ісініп шыққан грануляциялар түрінде). Ауру бетінің қайтуы-ремиссия кезеңінде қызыл иектегі жыланкөз белгілі бір уақытта жабылады. Бірақ кезекті өршу кезінде бұрын болған жыланкөз орнында шырышты қабық ісініп, қызарады да жыланкөз қайта ашылып, одан ірің бөлінеді.

Кей кезде созылмалы гранулденуші периодонтит ошағы үлкейіп жақ маңындағы жұмсақ тіндерге өтеді, осы кезде беттің теріасты одонтогенді гранулемасы дамиды.

Рентгенологиялық көрінісінде созылмалы гранулденуші периодонтитте тіс түбірі ұшының сүйек тінінде шекарасы анық емес, шеттері тегіс емес бүлінуі-деструкция ошағы анықталады.

Патологиялық анатомиясы. Түбір ұшы аймағында грануляциялық тін периодонт сыртына шығып өсіп кеткен. Осылай созылмалы гранулденуші периодонтит ошағының өсуі қабыну аймағындағы сүйек тінінің сорылуына және сүйек кемігінің грануляциялық тінмен ауысуына әкеліп соғады. Осымен бірге түбір дентині және цементінің кейбір бөліктерінің сорылуы-резорбциясы анықталады. Грануляциялар арасында лейкоциттер, гистиоциттер шоғырлары, плазматикалық, эпителиоидты клеткалар болады. Кей жағдайларда ошақтың шет жақтарында сүйек тінінің жаңа түзілуі жүреді.

Емі. Отасыз емдеу-консервативті. Егер нәтижесіз болса, хирургиялық ем жүргізіледі.

8.3. Беттің одонтогенді теріасты гранулемасы

Әдетте, созылмалы гранулденуші периодонтиттің өршуі, асқынуы болып табылады. Бұл кезде түбір маңындағы грануляциялық тін теріасты май қабатына таралады да осы жерде ұзақ уақыт бойы ауру сезімсіз сақталады. Бұл аз мөлшерде ірің жиналып грануляция түзетін теріасты май қабатындағы баяу өтетін қабыну процесі. Кейбір ірің ошақтары өз бетінше ашылып, теріде қанды немесе қанды іріңді заттар бөлетін терең емес жыланкөздер түзіледі. Олардың кейбіреулері жабылады, бірақ көршілес жерден жаңа жыланкөз пайда болуы мүмкін.

Беттің одонтогенді теріасты гранулемасының даму кезеңін 2-ге бөлуге болады: 1) жасырын кезең — мұнда бет терісінде еш өзгеріс болмайды (процестің біріншілік сипаты) және 2) тері көріністері кезеңі, мұнда бет терісінде өзгерістер пайда болады. Осы кезеңдердің 4 клиникалық түрі бар (біріншілік, стационарлық, жылжымалы, іріңдеуіш).

1. Біріншілік түрі: ауыру сезіміне шағым жоқ. Сырттай қарағанда бет терісінде өзгеріс жоқ. Сипап тексергенде тері астында ауру тіс деңгейінде мөлшері бұршақтай, ауырмайтын ұйыспа-инфильтрат (тығыз жер) анықталады. Ауыз еркін ашылады. Ауыз қуысында: сол тіс аймағындағы шырышты қабық түсі өзгермеген, бірақ шырышты қабық астында тісте теріасты майлы қабатындағы ісік тәріздес затқа бағытталған тығыз таспа (тяж) анықталады.

2. Стационарлық түрі: ауыру сезіміне шағым жоқ. Бетінде ауру тіс маңында кішкентай шектелген ұйыспа-инфильтрат бар, оның үстіндегі тері жұқарған, қоңыр-көкшіл түсті, кейбір жерлерінде қатпарланған болбыр, кейде ұйыспа-инфильтрат үстінде жыланкөз қалыптаса бастаған, одан қанды немесе қанды іріңді зат бөлініп тұрады. Осы күйінде гранулема бірнеше жылдар бойы тұруы мүмкін. Ауру аузын еркін ашады. Ауыз қуысы шырышты қабығында өзгеріс жоқ.

3. Жылжымалы түрі: жарақаттанған аймақта бір уақытта әртүрлі патологиялық ошақ элементтері — ұйыспа-инфильтрат, жыланкөз, тыртық болады. Бұл түрінде ұйыспа-инфильтрат кері дамып, жаңындағы аймақта кезең- процесс өршіп, жаңа ұйыспалар-инфильтраттар мен жыланкөздер пайда болады. Осы жердің терісі жұқарып, болбыр, әлсіз, қатпарлы, көкшіл-қоңыр түсті болады. Өзгерген тері астында теріасты майлы қабатының орнына құрамында аз мөлшерде іріңі бар грануляциялық тін пайда болады. Жыланкөздерден қанды-іріңді сұйық ағып тұрады. Осындай жылжымалы түрі кейде терінің көп жерін қамтып, адамның беті ұсқынсыз болып көрінеді. Кезең-процесс барлық ұртты, жақасты аймағын мойынның бүйір бөлімін, тіпті бұғанаға дейін қамтыған кездері болғаны жазылған.

Осындай клиникалық көрініске ие болған теріасты одонтогенді гранулемасы 3 белгі-симптоммен сипатталады: бұзылған тіс, ұйыспа-инфильтратқа созылған таспа (тяж) және гранулема.

4. Іріңдеген түрі: бұл жиі стационарлық және жылжымалы түрлерінің соңғы кезеңі болып табылады, сирек теріасты гранулемасы

бірден іріндеген түрінен басталуы мүмкін. Бұл үшін түрі өзгермеген сау тері бетінде дөңгелек немесе сопақ пішінді томпайып тұратын шектелген түзілім тән. Ауру жарақаттанған жеріндегі ауру сезіміне, қыштынына шағымданады, дене қызуы $37-37,2^{\circ}\text{C}$.

Іріңдік не өз бетінше бір немесе бірнеше жыланкөз түзіп ашылуы, не созылмалы ағым алуы, мөлшері үлкеймеуі болмаса баяу таралуға ыңғай алуы мүмкін. Шырышты қабық түсі өзгермеген, оның астында білінер-білінбес таспа (тяж) анықталады.

Еске сақтайтын жай, клиникасында әртүрлі өзіне тән ерекшелігі болғанымен бәрінде де 3-белгінің болуы тән - ауру тіс, гранулема және ауру тістің альвеоласынан теріасты гранулемасына созылған таспа.

Ажырату нақтамасы-диагностикасы. Одонтогенді теріасты гранулемасының нақтамасы-диагностикасы қиын еместігіне қарамастан, кейде нақтама-диагноз қоюда дәрігерлер қателеседі. Осыған байланысты оны төменгі ұқсас дерттерден ажырату керек болады.

Актиномикоз. Қоздырғышы — сәулелі саңырауқұлақ. Бұл ауру түріде ұзаққа созылады, мұнда да жыланкөздер, ұйыспа-инфильтрат болып, тері жұқарады. Бірақ одонтогенді теріасты гранулемасына қарағанда актиномикоз кезінде ұйыспа-инфильтрат қатты, тығыз, ағаш сияқты, жыланкөздер тұрақты, ауыз шектеліп ашылады, кейде жақ сүйектері тырысып қалады (соңғы құбылыс беттің одонтогенді гранулемасында ешқашан болмайды). Қорыта келе бөлінген іріңнен сәулелі саңырауқұлақты табу талассыз актиномикоз екенін дәлелдейді.

Жақ сүйектерінің созылмалы остеомиелиті. Бұл кезде ауыз қуысының ішінен немесе сыртынан жыланкөз пайда болады, одан күшті грануляцияны және іріңді көруге болады. Жыланкөзді шұқып тексергенде жылжымалы сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестр анықталады. Остеомиелит аймағында тістер қозғалмалы. Рентгенограммада әртүрлі мөлшерде сүйек тінінің бүліну-деструкция ошақтары байқалады. Жақ сүйектерінің остеомиелитімен салыстырғанда беттің теріасты гранулемасында түсі көкшіл тартып, жұқарған тері аймақтары болады, бір немесе бірнеше жалынкөздерден қанды сұйықтық бөлініп тұрады, жыланкөзді шұқып тексергенде сүнгі-зонд жұмсақ тіндерге тіреледі. Теріасты гранулемасына тән 3 белгі-симптом болады (ауру тіс, таспа, гранулема). Рентгенограммада созылмалы гранулденген периодонтитке тән өзгерістер болады.

Шиқан (фурункул). Түк қапшықтары мен май бездерінің қабынуы. Беттің одонтогенді теріасты гранулемасынан айырмашылығы теріде қызғылт түсті қабыну тәжі қоршаған, көлемі түйрегіштің басындай кішкентай іріңдік пайда болады. Мұндай аурулардың келіп шығу тарихында-анамнезінде тіске байланысты шағым жоқ, олар шиқан аумағындағы ауыру сезіміне, дене қызуының көтерілуіне, әлсіздікке, жалпы жағдайының нашарлағанына шағымдайды, Беттің одонтогенді теріасты гранулемасына қарағанда кезең-процесс тез дамиды және оған

тән 3 белгі-симптом болмайды.

Емі. Беттің одонтогенді теріасты гранулемасының біріншілік түрінде ауру тісті жұлып, ұяшықты қырып тазалайды. Ауру тісті жұлғаннан кейін жұмсақ тіндегі патологиялық кезең-процесс кері дамиды, ұйыспа-инфильтрат жойылып, адам сауығады. Ал стационарлы және жылжымалы түрлерінде ауру тіс жұлынып, ұяшықты қырып тазалайды, өзгерген тері сау тіндердің деңгейінде кесіледі және теріасты грануляциялары алынып тасталынады. Абсцесстік түрінде тіс жұлынады абсцесс ашылып, гранулема қуысындағы және тіс ұяшығындығы грануляциялар алынады.

8.4. Жедел ағымды жақ сүйегі периоститі

Жедел ағымды одонтогенді жақ сүйегі периоститі деп ұяшықты-альвеольды өсіндінің немесе жақ сүйегі сыртқы қабығының (көбінесе вестибулярлық, тандай немесе тіл-жақ бетіндегі) жедел ағымды іріңдеп қабынуын айтады. Бұл өте жиі кездесетін ауру. ҚазҰМУ хирургиялық стоматология кафедрасының бақылауы бойынша, барлық амбулаториялық аурулардың 5,2% периоститпен емделеді (А.Н.Фокина, Ж.С.Сағатбаев, 1967), оның-ішінде жастар мен орта жастағы адамдардың үлесі үлкен.

Я. М. Биберманның бақылауы бойынша бұл аурудың 71%-ы 16 мен 40 жастағы адамдарға тиесілі екен. Аурудың келіп шығу тарихында мынандай жағдайлар-факторлар өте маңызды қызмет атқарады:

1. Жедел ағымды іріңдеген периостит — қайта қозған созылмалы периодонтиттің немесе жедел ағымды іріңді периодонтиттің асқынуы.
2. Сонымен бірге маргиналды периодонтитпен, іріңді пародонтит формаларынан да пайда болуы мүмкін.
3. Кейбір жағдайда жедел ағымды іріңдеген периостит тіс жұлғанда, оның жанындағы жұмсақ тіндер көп зақымданғанда немесе альвеолиттің әсерінен дамуы мүмкін.
4. Ақыл азу тістің қиналып жаруы асқынып периоститке айналуы және тіс түбірі фолликулярлық кисталарының іріңдеуі де периоститке әкеп соғуы мүмкін. Соңғы кездері анықталғандай, одонтогенді периоститті көбінесе организмге патогенді емес стафилококктар тудырады. Олар сезімталдығы жоғары организмге гиперергиялық қабыну шақырады. Пародонттағы микроорганизмдер олардың тіршілігінен ыдыраған заттар, іріңді қан тамыр сыртындағы қабыну сұйықтығы-экссудат альвеоланың табақша-пластинкасындағы фолькман және гаверс түтікшелері немесе сүйек қуысының майлы кеңістігі арқылы сүйектің сыртқы қабығы астына шығады. Сонымен бірге,

микроорганизмдер периодонттан сүйектің сыртқы қабығы астына лимфа тамырлары арқылы да жетуі мүмкін. Көп жағдайда, созылмалы периодонтиттің қайта қозған түрінде, тіс түбірін қоршаған тіндердегі іріңді қан тамыр сыртындағы қабыну сұйықтығы- экссудат сүйектің сыртқы қабығы астына альвеола өсіндісіндегі қабынудың әсерінен пайда болған сүйек қуышшалары арқылы жетеді.

Патологиялық анатомиясы. Бастапқы кезде қызыл иек домбығу әсерінен ісініп, сүйектің сыртқы қабығы мен шырышты қабықтың ұйыспа-инфильтрациясы байқалады. Іріңді қан тамыр сыртындағы қабыну сұйықтығы-экссудат сүйек пен оның сыртқы қабығының астына жиналады. Қан тамыр сыртындағы қабыну сұйықтығы-экссудаттың мөлшері көбейген сайын, сүйектің сыртқы қабығы кортикальды табақша-пластинкадан ажырайды. Микроскопиялық өзгерістер — іріңді ұйыспа-инфильтрация, ал оның шет жақтарында — жаңа сүйек затының пайда болуы байқалады.

Жақ сүйегінің кортикальды табақша-пластинкасының іріңді ошаққа жақын орналасқан және сүйектің сыртқы қабығынан ажыраған тұсында қабыну және ағзаның жеткіліксіз қоректенуі-дистрофиялық өзгерістер болады. Сүйектің сорылу-резорбациясы гаверс, фолькман түтікшелерінің кеңуіне және жақ сүйегінің кортикальды бөлігінің остеопорозына әкеп соғады. Сорылуға-резорбацияға ұшыраған сүйек учаскесі клеткалы-талшықты тіндермен алмасады, яғни бұл ұлғайып өскен сүйек іші-эндоост болып табылады. Мұның бәрі жақ сүйегінің кортикальды қабатының жұқарып, кейбір жерінде ақаулардың пайда болуына әкеп соғады. Осы ақаулар арқылы лейкоциттер сүйек майы кеңістігінің шеткі учаскелері мен гаверс өзектеріне енеді. Соның салдарынан сүйек майының ұяшық-альвеолды өсіндіге жақын жатқан тұсында домбығу пайда болады. Сонымен, периоститте болатын гистологиялық өзгерістер, жедел ағымды периодонтит кезінде қоршаған сүйек тіндерінде болатын өзгерістердегідей.

Бірақ та бұл кезеңдер-процестер кезінде, сұйық зат учаскесінде айтарлықтай өлеттену мен жойылу байқалмайды.

Клиникалық көрінісі. Науқас көбінесе жақ сүйегінің ауыратындығына (бірінші күні тісінің ауыратындығына) және бет аймағының ісінгеніне шағымданады. Кезең-процестің орналасқан жеріне байланысты ауру сезімі ұдайы, үдемелі-интенсивті, шанышқылап, құлаққа, самайға әсер етуімен білінеді. Ауру сезімі сүйектің сыртқы қабығы астына жиналған экссудаттың (жалқық), оның кеңуінен пайда болады.

Науқас анамнезінен бұзылған тісте ауру сезімі күшейіп, тілмен, қарама-қарсы тіспен, тағаммен түйіскенде ұлғайғандығын білуге болады. Бет әлпетінде ісіну пайда болысымен, ауру сезімі бұрынғыдай емес, бәсеңдейді. Ісінген жерге жылу басса, ауру сезімі басылмай, домбығу

үдей түседі. Дене қызуы $37,6 - 37,8^{\circ}\text{C}$ немесе одан да жоғары көрілуі мүмкін. Ол организмнің реактивтігіне (қарсыласу күшіне) байланысты. Организмнің улануынан әлсіздік, қалжырау, бас ауруы, тәбетінің бұзылуы байқалады. Сонымен бірге ауру сезімінен ұйқының бұзылуы да науқас жағдайын нашарлатады. Периоститте, остеомиелиттегідей дене түршігуі (қалтырау) болмайды.

Көбінесе қабыну кезеңі-процесі жақ сүйектерінің ауыз қуысының кіреберісінде-вестибулярлық бетінде орналасады. Ол сондағы қан және лимфа тамырларының көптігіне және сүйек қабырғаларының жұқалығына байланысты.

Төменгі жақ сүйегінде іріңді периоститтің пайда болуына көбінесе бірінші үлкен азу тіс себепкер болады. Екінші орында — үшінші азу (ақыл) тіс. Сирек жағдайда қабынуға себепші екінші үлкен азу, 1-2-ші кіші азу тістер, 1-2-ші күрек тістер және сүйір тістер болады.

Жоғарғы жақ сүйегінде қабынуға бірінші себепкер болатын — бірінші үлкен азу тіс, екінші — бірінші кіші азу тіс, үшінші — екінші кіші азу тіс, сонан кейін екінші үлкен азу тіс, кіші күрек тістер, сүйір тістер және ең соңғы орында үшінші үлкен азу тістер. Сырт көзбен қарағанда — науқастың бет-әлпеті бүйір тармақтар-коллатеральды домбығудан өзгерген, тері түсі өзгермеген, қолмен ұстағанда қатпарға жиналады: тіндердің тереңінде, яғни сүйектің сыртқы қабығының астында қабыну бар тұста, қолмен басқанда ауыру сезімі болады. Өтпелі қатпарды басқанда күлтілдеу-флюктуация байқалады.

Жоғарғы күрек тістердің әсерінен пайда болған периоститте жоғарғы еріннің, мұрын қанатшалары мен қалқаншасының асты домбығады. Егер периоститтің пайда болуына сүйір тіс және кіші азу тістер себепші болса, онда домбығу ұрт, бет сүйегі, көзасты аймақтарына, астыңғы қабаққа дейін жайылуы мүмкін. Егер қабыну кезеңі-процесі үлкен азу тістердің таңдай түбірінен, бірінші кіші азу тістен немесе кіші күрек тістерден пайда болса (тіс түбірінің ұшы артқа қарай қисайған болса) онда бет әлпеті ісінбейді, өйткені домбығу таңдай жанында орналасады. Іріңді периостит төменгі күрек тістерден пайда болса, онда төменгі ерін мен иектің, кейбір жағдайда иекасты аймағынан да домбығып ісінуі мүмкін. Ал қабыну кезеңі-процесі төменгі сүйір тіс пен кіші азу тістерге байланысты болғанда, бүйір тармақтары-коллатеральды домбығу ұрт аймағының төменгі жағынан езуге дейін созылып, жақасты аймағына жайылуы мүмкін. Жедел ағымды одонтогенді периостит төменгі азу тістерден туындаса, домбығу ұрт аймағының төменгі жағына, құлақ жаны — меншікті шайнау еті және жақасты аймақтарына жайылуы ықтимал.

Кейбір жағдайда, іріңді кезең-процесс төменгі азу тістерден төменгі жақ сүйегінің бұрышы, бұтағы және сыртқы қабығы астына жайылып, меншікті шайнау бұлшықеті мен алдыңғы-медиальды қанатша бұлшықетінің жиырылуы, содан кейін қабыну әсерінен контрактурасын

(қарысуын) тудырады. Жақ бұлшықеттерінің 3 түрлі қарысуы болады:

I – ауыз ашылуы аз ғана шектеледі.

II – ауыз қуысы 1 см ғана ашылады.

III – жақ бұлшықеттері түгел қарысып, науқас өз бетімен аузын аша алмайды.

Аймақты-регионарлы лимфа түйіндері ерте үлкейе бастайды (жақасты, иекасты түйіндері). Оларды қолмен басқанда ауыру сезімі туады, көлемдері үлкейген, тығыздығы-консистенциясы жұмсақ.

Ауыз қуысында қабынуға себепші болған тістің тұсындағы шырышты қабық қызарып, домбыққан. Егер қабыну жақтың ауыз қуысына кіреберісте-вестибулярлық бетіне орналасса, оған себеп болған және оның жанында орналасқан тістердің тұсындағы өтпелі қатпар ептеп тегістеліп, ірің жинала бастағанда көтеріледі. Ол жерді қолмен басса ауырады, кейінірек күлтілдеу-флюктуация пайда болады. Егер бір себептермен сүйектің сыртқы қабығы астындағы абсцесс тіндерді тілу арқылы шығарылмаса, онда 4-6 күн өткен соң сүйектен ажыраған сыртқы қабығы өлеттеніп, тесіледі де, іріңді зат ұяшық-альвеолды өсіндінің шырышты қабығының астына жиналады. Яғни шырышты қабықасты абсцесі пайда болады. Біраз уақыт өткен соң, ірің өз бетімен шырышты қабықты тесіп ауыз қуысына шығады да қабыну кезеңі-процесі кері дамиды. Егер де ірің қызыл иек арқылы шықпай жұмсақ тіндерге өтеп кетсе, шектелген не жайылмалы іріңді қабыну (абсцесс, флегмона) кезеңі-процесі пайда болады. Қабыну жақ сүйегін қаптап жатқан қабық ұяшық-альвеолды өсіндінің ауыз қуысына кіреберісте-вестибулярлық бетінде ғана емес басқа жерінде де болуы мүмкін. Жоғары үйлескен және кіші азу тістердің жедел ағымды және қайта қозған созылмалы периодонтитінде, ірің гаймор қуысының ішіне еніп, іріңді гайморит пайда болуы мүмкін. Төменгі азу тістерден пайда болған периодонтиттерде, қабыну ұяшық-альвеолды өсіндінің тіл жағына орналасса, науқас жұтынғанда ауырсынады. Қабыну бар жердегі ұяшық-альвеолды өсіндінің шырышты қабығын қан кернеп қызарған, домбыққан, 2-3-ші тістің тұсында (тіл жақ бетінде) ауыратын ұйыспа-инфильтрат білінеді.

Ал енді қабыну кезеңі-процесі үлкен азу тістердің таңдай түбірінен бірінші кіші азу тістен не болмаса кіші күрек тістен туатын болса, іріңді экссудат таңдай жағына қарай тарайды. Таңдайда жарты шар тәрізді немесе сопақша, келген, көлемі-диаметрі 3-4 см аса қоймайтын ісік байқалады. Таңдайдағы абсцесс дамыған сайын іріңді экссудат сүйек сырты қабығын сүйектен ажыратады да, солқылдап ауыра бастайды.

Ісікке тілмен тиіскенде, тамақ жегенде, сөйлегенде ауыру сезімі үдей түседі. Таңдайдың шырышты қабығы тығыз әрі қалың болғандықтан, бұл жерде орналасқан абсцесстер 7-10 күн өткенде ғана өз бетімен жарылуы мүмкін.

Ірің өз бетімен жарып шыққан тесік кішкентай болғандықтан, көп

уақытқа дейін (бірнеше апта) таңдайдағы ісік қайтпайды және өте аз мөлшерде одан мезгіл-мезгіл ірің шығып тұрады. Қалғаны өлеттенген грануляциялық тінмен толы болады. Кейбір жағдайда осы грануляциялық тіннің ішінде таңдайдың кортикальды пластинкасының өлеттенген майда сүйектің шіріген бөлігін-секвестрларын кездестіруге болады. Бұл остеомиелит дамуының белгісі. Бұл кезең-процесстің өз бетімен ұзақ уақыт бойы жазылуы және іріңді заттың бірден шыға қоймауы. Осының әсерінен таңдай сүйегінің қан айналу процесі бұзылып, сүйек өлеттеңіп секвестрацияға ұшырауы мүмкін. Бірақ жедел ағымды іріңді периостит өз бетімен сүйекте үлкен өзгерістер тудыра алмайды, остеомиелит екіншілік дамиды ауру. Бұл іріңді периоститтің остеомиелиттен негізгі айырмашылығы. Тіс қатарын тексергенде тіс жегі қуысымен тіс қуысы байланысқан тісті көруге болады. Тісті аспаппен соққанда ауырады, егер қабыну процесі тіс түбірі ұшындағы инфекция ошағынан басталмаса, онда маргинальды периодонтиттің, пародонтиттің немесе альвеолиттің белгісі анықталады. Рентген суретінде қабынуға себеп болған патологиялық кезеңі-процестің, яғни периодонтиттің бір түріне тән, сарысулы ісікке немесе ретенцияға ұшыраған тістің көрінісін көруге болады. Қанның құрамындағы гемоглобин мен эритроциттердің саны аз уақыт ішінде өзгере қоймайды. Лейкоциттер саны көптеген науқастарда $9-10 \times 10^3$ мкл немесе одан жоғары көтерілуі мүмкін (көбінесе сегмент ядролы нейтрофильдер әсерінен). Эритроциттердің тұнбаға түсу уақыты 15-20 мм/сағ дейін өседі, қан сары-суы құрамында С-реактивті белок пайда болады. Іріңді ота-операция жолымен шығарған соң қан көрсеткіштері келесі күні қалпына келе бастайды. ЭТЖ уақыты бірнеше күн ішінде қалыптасады, ал несеп көрсеткіштері жедел ағымды іріңді периоститте еш өзгеріске ұшырамайды.

Тек кейбір организмі әлсіз науқастарда ғана зәр құрамында белок — 0,33 дейін кездесуі мүмкін.

Жедел ағымды іріңді периоститті — жедел ағымды іріңді немесе қайта қозған созылмалы периодонтиттен, жедел ағымды жақ сүйегі остеомиелитінен, жақ жанындағы жұмсақ тіндердің флегмонасынан ажырата білу керек (Периоститтің периодонтиттен және жақ сүйегі остеомиелитінен айырмашылығы кітаптың арнайы бөлімінде айтылады). Жақ сүйегі жанындағы жұмсақ тіндердің флегмонасында — беттің тері қабатында домбығумен бірге тығыз ұйыспа-инфильтрат байқалады. Оның бетіндегі тері қабаты қан кернеп қызарған, жылтырап тұрады, қатпарға жиналмайды. Периоститте — тері қабатының түсі өзгермейді, қатпарға жиналады. Флегмона кезінде науқастың жалпы жағдайы қатты төмендейді, дене қызуы көтеріледі, улану белгілері пайда болып, қан құрамында үлкен патологиялық өзгерістер білінеді.

Іріңді периоститті емдеудің негізгі мақсаттары а) инфекцияның негізгі ошағын жою; б) сүйектің сыртқы қабығы астындағы инфильтратты ашып, іріңді экссудатты шығару; в) дәрі-дәрмекпен ем

шараларын жүргізу.

Бірінші шарты — қабынуға себепші болған тісті жұлумен немесе оның косметикалық, функционалдық бағалығы және түбір өзегі кең әрі жақсы өтетін болса, периосттың қабынуы шектелген аймақта орналасса, онда тіс түбірі ұшындағы экссудатты тіс түбірі өзегі арқылы шығарады. Тісті сақтап қалып емдеп, бітемелейді-пломбылайды. Ал сүйектің сыртқы қабығы астындағы іріңді экссудатты жергілікті жансыздандыру арқылы немесе көрсетілген жағдайда жалпы жансыздандыру арқылы тіліп шығарады. Ол үшін инфилтраттың ең жоғарғы, көтеріліп тұрған жерінің кілегей және сүйектің сыртқы қабықтарын сүйекке дейін жеткізіп, қабынуға себепші болған тістің және ең кемінде екі көршілес тістердің тұстарынан тіледі. Оның ұзындығы ұйыспаның-инфилтраттың көлеміне сәйкес болуы керек. Қабынған жерді тек ірің жиналғанда ғана емес қабына бастаған жағдайда да тілген дұрыс. Өйткені тілінген жердегі тіндердің қысымы төмендеп, ауыру сезімі бәсеңдейді де, сүйектің сыртқы қабығы астындағы экссудаттың сыртқа шығуына мүмкіндік туады. Таңдай абсцестерін ұяшық-альвеолды өсіндіге параллель келеді немесе абсцесс орналасқан жердегі шырышты қабықты үшбұрыш етіп кесіп алып тастайды (Г.А. Васильевтің әдісі бойынша).

Көптеген оқулықтарда тілінген жараға қашыртқы-дренаж қою ұсынылады (дәкемен немесе резеңке қолғаптан жасалған). ҚазҰМУ-дың хирургиялық стоматология кафедрасы ұжымы ауыз қуысындағы жараларға қашыртқы-дренаж қоюды дұрыс деп есептемейді. Өйткені сөйлегенде тамақ ішкенде, ұйықтағанда қашыртқы-дренаж жараның ішіне кіріп, қалып қоюы мүмкін. Бұл пікірді бізде дұрыс деп есептейміз. Егер де оны дәрігер не науқастың өзі байқамаса ол инфекцияланған бөгде дене ретінде, бірнеше ай не жыл бойы қабыну кезеңінің қайта қозуына себепкер болады. Бірақ қашыртқының пайдасы өте күшті, себебі іріңді шығаруға оңды септігін тигізеді. Оны дұрыс пайдалана білу қажет екенін ескертеміз.

Қабынған жерді тілген соң, науқас аузын жылы әлсіз антисептикпен шайқағаны дұрыс. Егер келесі күні жараның шеттері бірігіп, жабылып қалса, оны тегістеуішпен немесе «москит» тәрізді қысқашпен ашқан жөн. Науқас үйде аузын антисептик ерітінділерімен шайқауын жалғастыруы қажет.

Келесі күннен бастап дәрігер физиотерапиялық ем тағайындайды. Одонтогенді периостит гиперергиялық реакция түрінде жүретіндіктен организмнің иммунологиялық реактивтігін қалыптастыру үшін, сенсбилизацияға қарсы ем (кальций хлориді, димедрол, кальций глюканаты, супрастин) тағайындайды.

Көрсетілген жағдайда антибактериалды (антибиотиктер сульфаниламидтер) ем, ауыру сезімін басатын дәрі-дәрмектерді тағайындауға болады. Қалыпты жағдайда қабынуға себепші болған тісті

жұлып, ірінді ошақты тілген соң науқастың жағдайы жақсарып, қабыну басылады. Егер қолданылған емнен нәтиже шықпаса, онда периостит жақ сүйегі остеомиелитіне немесе жұмсақ тіндердің флегмонасына жалғасып кеткені.

Созылмалы периодонтиттің хирургиялық емдеу әдістері. Созылмалы периодонтитте отасыз-консервативті ем қолдануға болмайтын жағдайда немесе қолданған емнен күткен нәтиже болмаса, хирургиялық ем әдістерінің бірін қолдану қажет:

1. Тіс жұлу; 2. Тіс түбірінің ұшын кесу (резекция) гранулемамен бірге; 3. Тіс түбірінің ұшын кеспей (резекциясыз) гранулеманы алу; 4. Реплантация (тісті жұлып емдегеннен кейін қайтадан өз ұясына қондыру); 5. Гемисекция (тісті жартылай кесіп алып тастау); 6. Апикотомия (ампутация) яғни емдеуге келмеген түбірін кесіп алу.

Тіс жұлу отасы-операциясы арнайы тарауда толық берілді.

Тіс түбірінің ұшын кесу ота-операциясы гранулемамен бірге.

Осы отаны-операцияны жасауға болатын жағдайлар:

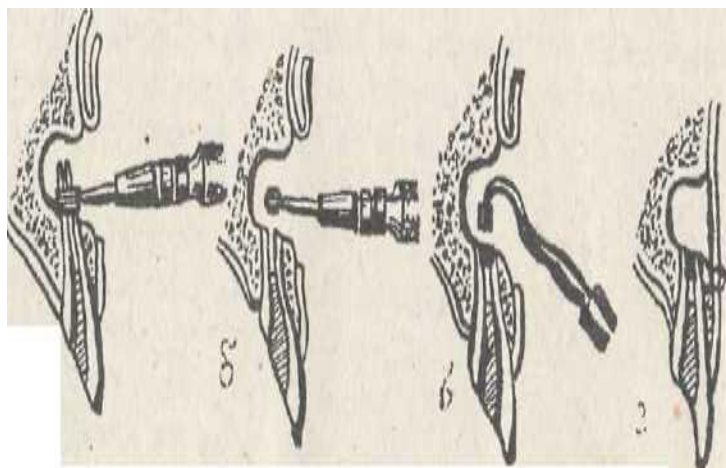
1. Тіс түбірін емдегенде түбір ұшына дейін бара алмаса, ұшы қисық не болмаса түбір өзегінің саңылауының болмауы; 2. Тіс түбірі ұшынша үлкен гранулеманың болуы; 3. Бордың немесе пульпоэкстрактордың тіс түбірі өзегінде сынып қалуы; 4. Тіс түбірі ұшының бормен жұмыс істегенде тесіліп қалуы; 5. Тіс түбірі ұшының сынуы; 6. Бітемелік-пломбалық затты тіс түбірі ұшынан көп мөлшерде шығарып жіберуі; 7. Сарысулы ісікті алған кезде.

Тіс түбірінің ұшын кесу ота-операциясын жасауға болмайтын жағдайлар:

1. Тіс босаңдау болса; 2. Жүрек-қан тамырлар ауруы болса; 3. Жүйке-нерв жүйесі нашарласа; 4. Геморрагиялық диатезде.

Мүшені кесіп тастау-резекция — көбінесе біртүбірлі тістерге жасалынатын ота-операция. Отаға-операцияға тісті алдын ала дайындау қажет, ол үшін ота-операция жасайтын күні немесе біркүн бұрын тіс түбірі өзегін механикалық, химиялық жолдармен тазалап, өзекті фосфат цементпен бітейді-пломбылайды, содан кейін рентгенге түсіріп тексеру қажет.

Жансыздандыру жасалғаннан соң кілегей және сүйектің сыртқы қабықтарын сүйекке жеткізіп трапециялы не болмаса доғалдап кеседі. Кесілген тіндердің көлемі гранулема орналасқан сүйек қуысының көлемінен үлкен болуы керек. Кесіндіні тегістегішпен сүйектен сыдырып дөңгелек бормен тіс түбірі ұшы проекциясының айналасынан бірнеше жерден тесіп, фиссурлы бормен тесіктерді қосып, сыртқы кортикальды қабатын алып тастап, тісті ұстап тұрып оның ұшын кеседі де гранулемамен бірге алып тастайды. Пайда болған сүйек қуысын қыратын-кюретаж жасайтын қасықпен жақсылап тазалап, антисептиктермен өңдегеннен кейін тіс түбірі ұшына дейін бітемемен



Сурет-56. Тіс түбірін кесу операциясының кезеңдері:
а, б) түбірді кесу, тегістеу; в) амальгамамен бітеу-пломбылау;
г) жараға тігіс салу

бітелгенбе-пломбылаған ба, жоқ па соны тексереді.

Егер пломба тіс түбірінің кесілген жеріне дейін жетпесе, онда оның өзегін кеңітіп теріс конус тәрізді бор арқылы күміс амальгамасымен бітейді-пломбылайды. Сүйек қуысы жиегінің тегістігін тексеріп, оны антисептикпен жуып, қан ұйығымен толтырады. Егер, сүйек қуысы үлкен болса, сүйектенуді жылдамдататын брезоматериалмен немесе сүйектің ұнтағымен толтырады, содан кейін кілегей және сүйектің сыртқы қабықтар қиығын орнына қойып кетгутпен тігеді.

Кесіп тастау-резекция отасының артықшылығы — ұзақ уақытқа дейін тісті сақтап қалуға мүмкіншілік береді (56-с у р е т).

Кемшілігі: 1) Тістің тұрғылықтығы нашарлайды; 2) Ота-операция зақымды деп есептеледі; 3) Кейде кесілген қиындының көлемі кішігірім болса сүйек жеткілікті ашылмайды да, ота-операцияның уақытын ұзартады.

Екінші ота-операция тіс түбірінің ұшын кеспей гранулеманы алу. Бұл ота-операцияның жасау әдісі-техникасы жоғарыда айтылған тіс түбірінің ұшын кесу ота-операциясымен бірдей, айырмашылығы түбірдің ұшы кесілмейді. Оның ұшындағы гранулеманы немесе грануленген тіндерді қыру-кюретажды қасықпен түтелдей қырғап тазалап, антисептиктермен жуып, құрғатып, содан кейін түбірдің ұшын фуоропластпен перхлорвинилмен бірге немесе БФ—6 клеймен жауып, 1-2 минуттан кейін клей қатайған соң пайда болған сүйектегі қуысты қан ұйығымен толтырып, кесілген қиындыны орнына қойып, кетгутпен тігеді.

Фуоропласт, перхлорвинил және БФ—6 клей тіс түбірінің ұшындағы өзектердің өлген ұлпа микробтарының шығуына кедергі жасайды.

Бұл ота-операцияның артықшылығы: 1) Тістің тұрақтылығы өзгермейді; 2) Кесіп тастау отасына-резекция операциясына қарағанда зақымдылығы аздау.

Тісті реплантация жасау, яғни тісті жұлып өндегеннен кейін ұясына қайта отырғызу. Бұл ерте кезден қолданып келе жатқан әдістердің түріне жатады. **Бірінші рет 1794 жылы Амбруаз Паре ұсынған болатын.** Кейбір мәліметтерге қарағанда бұл отаны-операцияны Гиппократ уақытында қолданған. Тарихи мәліметтерге қарасақ тісті қайта қондыру отасы-операциясы басқа органдарды қайта қондыру отасынан-операциясынан әлдеқұрлым ерте қолданыла бастаған. Соңғы кездерде емдеу мекемелерінің техникалық жабдықталуының жақсаруына және антибиотиктерді кеңірек қолдануға байланысты бұл отаға-операцияға көзқарас өзгеріп, жиі пайдаланыла бастады.

Реплантация жасау операциясы төменгі жағдайларда қолданылады:

1. Қателікпен сау тісті жұлғанда; 2. Зақымның әсерінен сау тіс ұядан шығып қалғанда; 3. Гранулденген, грануломатозды созылмалы периодонтитте. Бұл отаны-операцияны көп жағдайда көптүбірлі тістерге қолданады.

Жансыздандырғаннан кейін тегістегішпен айналасындағы жұмсақ тіндерді көп зақымдамай сыдырып, тіс ұясының қабырғасын, түбірлерін зақымдамай тісті жұлу қажет. Егер де жұлған тіспен бірге гранулема шықса, қыруды-кюретажды қасықпен қырып тазалайды, бірақ периодонтқа көп зақым келтірмеу керек. Тістің ұясын антисептикпен жуып залалсыздандырылған-стерилді тампонмен жауып, тістің қуысын ашып, түбірлерінің өзегін кеңейтіп, тазартып, жуып, құрғатып бітемемен бітелгеннен-пломбылағаннан соң түбірлер ұшын кесіп тастайды. Осыдан кейін тісті антибиотик ерітіндісіне салып қою керек. Ұясындағы қан ұйығын жуып, тісті өз ұясына отырғызады. Реплантация жасалған тісті айналасындағы тістерге тез қататын пластмассада жасаған қаппа арқылы немесе құрсау яғни шина арқылы бекітеді. Кейбір ғалымдардың пікірінше, егер тіс өз ұясына мықты отырса оны айналасындағы тістерге бекіту қажет емес. Құрсаулар 3-4 апта бойы тұруы қажет. Отадан-операциядан кейін науқасқа ауырғанды басатын, қабынудың алдын алатын дәрі-дәрмектер беру қажет.

В. А. Козловтың (1962) пікірінше өз ұясына отырғызылған тіс пен сүйектің өзара байланысы «периодонтты түрде» болған кезде (ота-операция жасалғанда периостит пен периодонт көп зақымдалмаған жағдайда) тістің қызмет ету-функциясы жақсы сақталып 10-15 жыл өз қызметін атқарады.

Реплантация жасаған тістің бітуі «остеоидты» түрде болуы мүмкін, яғни тістің түбірі мен сүйектің байланысы сүйектің бітісуі сияқты болады. Бұл жағдайда тістің қызмет ету-функциялық қабілеті өте төмен болады.

Үшінші түрі — аралас немесе фиброзды деп аталады.

Кей кездерде тісті өз ұясына қайта қондыру ота-операциясын жедел ағымды қабыну кезеңдерінде-процестерінде (жедел ағымды остеомиелит, периоститте немесе жедел ағымды периодонтитте)

қолдануға болады (И. К. Широков, 1967). Мұндай жағдайда реплантация отасын-операциясын екі кезеңде өткізеді, яғни кейінге қалдырылған реплантация.

Бірінші кезеңі: тісті жұлғаннан кейін оның ұясын антибиотик ерітіндісі сіңген тампонмен толтырып қояды. Бірнеше күн бойы жедел ағымды қабыну кезінде болған өзгерістерді қалпына келтіру үшін ем жүргізеді. Осы аралықта жұлынған тісті антибиотик ерітіндісіне салып тоңазытқышта сақтайды. Қабыну кезеңі-процесі басылған соң (15-20 күн аралығында) тіс ұясындағы жетілмеген дәнекер тіндерді кюретажды қасықпен алып тастап, антибиотик ерітіндісімен жуады да тісті бітемелеп-пломбылап өз орнына отырғызады. Сонымен қатар отаның-операцияның екінші кезеңінде қабыну кезеңі-процесі кері қайтқанда тіс өз ұясына отырғызылады.

Тісті қайта отырғызу ота-операциясының тағы бір түріне трансплантация жатады, яғни тісті өз ұясынан алып басқа ұяға (сол аурудың) отырғызу.

Гемисекция негізінде көптүбірлі тістерге қолданылады. Бұл ота-операция кезінде әртүрлі себептермен отасыз-консервативті емдеуге болмайтын жағдайда жасалынады: 1. Түбір өзегінде саңылаудың болмауы; 2. Емдеу кезінде түбір өзегінің қабырғасы немесе түбірлерінің қосылған жерін-бифуркациясын (айрықшасын) тесіп алу; 3. Түбір өзегінде пульпоэкстрактордың, бордың қалып қоюы.

Гемисекция отасы-операциясы эндодонтиялық емдеу мен тіс сауытының қуысын бітегеннен-пломбылағаннан кейін жасалады. Жансыздандыру жасағаннан кейін сепарациялық дискімен төменгі жақ сүйегіндегі тістің сауытын екіге бөледі де түбірімен бірге элеватормен немесе қысқашпен жұлады. Тіс түбірі аралық пердесін және тіс сегментін қоршаған сүйек тінін сақтап қалу керек. Егер жоғарғы азу тістің таңдай түбірін алу қажет болса, тіс сауытын сагитальды жазықтықта кеседі, ал ұрт түбірін алу қажет болса «Г» әрпі тәрізді кеседі. Отадан-операциядан кейін қалған тістің жартысы жасанды сауытпен қапталуы тиіс.

Ампутация - бұл ота-операция көптүбірлі тістерде бір түбірін қосылған жерінен-бифуркацияға дейін кесіп алу.

Бұл отаны-операцияны жасауға болатын жағдайлары жоғарыда айтылған гемисекция ота-операциясындай, сондықтан қайталамаймыз.

Жансыздандыруды жасағаннан кейін жақ сүйектің ұрт не болмаса таңдай, тіл жағынан кілегей және сүйектің сыртқы қабықтарын кесіп, трапедия не доғалдап сүйектен сыдырып, тіс ұясының сыртқы қабырғасын бормен ойып алады. Жалаңаштанған тіс түбірін фиссурлы алмаз бормен қосылған жері-бифуркациясының деңгейінен кесіп, элеватормен не қысқашпен алады, гранулденген тіндерді қырнап алып, антисептикпен жуып кілегей және сүйектің сыртқы қабықтарының қиындысын қойып кетгүтпен тігеді.

8.5. Жақ сүйектерінің жедел ағымды одонтогенді остеомиелиті

«Остеомиелит» термині «сүйек миының қабынуы» дегенді білдіреді. XIX ғасырдың I-ші жартысында ұсынылды. Бірақ бұл қабынуда патологиялық кезең-процесс тек сүйек миымен шектелмей оның барлық құрамын, коршаған жұмсақ тіндерін қамтиді. Сондықтан бұл атау ауруға толық сәйкес келмейді. Кейін бұл аурудың басқаша атауы ұсынылғанмен (сүйек флегмонасы, гаверсит, остеит, остит, паностит т.б.) осы «остеомиелит» атауы қалдырылды.

«Остеомиелит» - жақ сүйегінің барлық элементтерінің және оны қоршаған жұмсақ тіндердің, ішкі және сыртқы жағдай-факторлардың әсерінен пайда болатын инфекциялы-аллергиялық іріңдеп өлеттеніп қабынуы.

Келіп шығуы-этиологиясы. Жақ сүйектері остеомиелитінің қоздырғышы - ауыз қуысының тұрақты микрофлорасы: стафилококк, стрептококк, энтерококк, диплококк, Гр-таяқшалар т. б.

Көптеген ғалымдардың пікірі бойынша одонтогенді инфекция ошағын стафилококк монокультурасы немесе стрептококктар тудырады. Кейде остеомиелитте стафилококктың бета-гемолитикалық стрептококкпен ассоциациясы кездеседі. В. И. Кочеровец (1981) барлық одонтогенді остеомиелитпен ауыратын адамдарда анаэробты флораның 3-4% өлімінің (фузобактерия, бактероид, пептост-рептококкт.б.) ассоциациясын, сонымен бірге 70% ауруда анаэробты стафило,- стрептококктың көптеген антибиотиктерге резистентті түрін тапқан. Клиникалық және зерттеу-эксперименталдық мәліметтерге қарағанда инфекцияның пайда болуы мен дамуы тек микроорганизм қасиетіне емес организмнің төзімділігіне де байланысты.

Патогенезі. Остеомиелит патогенезін зерттеуде Э. Лексер (1884), А.А.Бобров (1889) көп еңбек сіңірген. Өздерінің клинико-тәжірибелік-эксперименталдық зерттеулерімен гематогенді остеомиелиттің инфекциялы-эмболиялық теориясын тұжырымдады. Олардың айтуынша, бактериялық эмбол қан ағысымен біріншілік ошақтан сүйекке түсіп, оның соңғы тамырларының біріне отырады, әрі қарай іріңді кезеңінің-процестін көзі болып табылады. Бұл теорияның шығуына жаңа туған бала мен балалардың түтік сүйектеріндегі қанмен қамтамасыздандыру ерекшеліктері себеп болды. Өсіп келе жатқан сүйекте диафизарлық, метифизарлық, эпифизарлық тамырлар жүйесі анастомоз құрамай тұйық бітеді. Әрі қарай бұрынғы совет анатомдары мұндай тұйық қан тамыры тек ұрықтың ішкі дамуында болып, ол әрі қарай жақсы анастомоз құрайтын тамырлармен алмасатынын дәлелдеді (В. М. Уваров, 1936, М. Г. Привес, 1938). В. М. Уваровтың (1934) зерттеуі жақ сүйектерінің қанмен қамтамасыздануында дамыған анастомозы бар экстра және интраоссальды жүйе бар екенін дәлелдейді.

Э. Лексер (1884) жұмысы теріске шыққан соң Пенке (1903) сүйек

миының өте жоғары бактерицидтік қасиеті бар, сондықтан сүйекке тікелей микроорганизм енгізіп экспериментальды остеомиелит алу мүмкін емес деген тұжырымға келді.

А. М. Лукьяненко (1968) және басқалар төменгі жақ сүйегінің көп сүйек тіндерінің шіріген бөлігін-секвестрациясын төменгі ұяшық-альвеолды артерияның тромбозымен, эмболиясымен және басылып қалуымен байланыстырады.

Осыған орай қан айналысы бұзылуымен байланыстыруға болады, бірақ остеомиелит патогенезінде шешуші рөл атқарады деу өте дұрыс емес.

Осыған қарамастан соңғы жылдары остеомиелит дамуына тіндердегі микроциркуляция бұзылуы әсер ететіні жайлы көптеген жұмыстар жасалды. Сүйекке қабыну эксудатының енуі сүйек миындағы микроциркуляцияны бұзады. Бұл микроциркуляторлық бұзылыстың негізінде аллергия феномендері жатыр: 1) Антиген-антидене қосылысынан туған тамыр реакциясы; оған базофиль немесе толық клеткалар қатысады; 2) Тін мен клетка мембранасында антиген-антидененің өзара қатынасындай цитотоксикалық реакциялар; 3) Комплемент қатысуымен болатын антиген-антидене реакциясы; 4) Баяу дамидын гиперсезімталдық реакциясы. Бұл механизмдер қызыл сүйек миының микроциркуляторлық шоғыры қабырғасының өткізгіштігі мен фибринолитикалық, ұю жүйелерінің бұзылуын анықтайды. Соңғы нәтижесі ретінде сүйек миының тамырында тромбоз болып, ол іріңдеп ыдырайды. Сүйекте ірің жиналуынан сүйекішілік гипертензия дамып, кезең-процесске экстро-оссалды тамырлар қатысады. Жедел ағымды остеомиелитте гемодинамиканың жергілікті бұзылуы қан жүйелерінің жалпы көрсеткіштерінің бұзылуына әкеледі.

Остеомиелит патогенезінде маңызды рөл С. М. Дерижановқа беріледі (1940). Ол жануарды жылқы сарысуына аздап микроб қосып сенсбилизациялаған. Осы қоспаның шешуші дозасын сүйек миы қуысына енгізгенде жедел ағымды остеомиелит дамыған. Дерижанов жедел ағымды остеомиелит тек сенсбилизацияланған адам организміне күшті инфекция түскенде дамиды деген, оған қосымша арнайы емес тітіркендіргіштер (жарақат, салқын тию т. б.) болады.

Л. М. Снежко (1951) мен Г. А. Васильев (1953) зерттеулері бойынша тәжірибе-эксперимент түрінде остеомиелит дамыту үшін алдын ала организмді сенсбилизациялау керек.

Одонтогенді остеомиелиттің тәжірибе-эксперименталды моделін 1961 жылы М. Девятаков алды. Ол қоянға жылқы сарысуын 5 күн бойы күніне 6 рет тері астына жіберіп тұрды. Жылқы сарысуын енгізгеннен-инъекциядан соң 10 күннен кейін сүйек миына ашылған тіс өзегі арқылы шешуші мөлшерін-дозасын жіберді.

Г.И.Семенченко (1956) тәжірибе-эксперименталдық зерттеулерге орай остеомиелит дамуында жақ сүйектерінің жүйке жүйесінің-

иннервациясы маңызды рөл атқарады деген шешім жасады. Ол қоянның төменгі жақ сүйегінде төменгі ұяшық-альвеолды жүйкені металл сақинамен ұзақ уақыт тітіркендіре отырып остеомиелит тудырды. Оның ойынша төменгі жақ сүйек остеомиелиті дамуында нейротрофикалық бұзылыстар маңызды рөл атқарады.

М. М. Соловьев (1969), Т. К. Супиев (1983) шешімдері бойынша жергілікті иммунитеттің төмендеуі және созылмалы одонтогенді инфекция ошағының көшуі (мобилизация) бүйрекүсті безі қыртысының гармондары әсерінен жүреді. Олар инфекциялы аллергиялық кезеңі-процессті күшейтеді. Организмде бұл гармондардың көбеюі оларды емдік мақсатта қолданудан немесе интоксикация; суықтау, эмоционалдық бұзылыстардан секрециясы күшейгенде болады.

«Қазіргі кезде микробиология, биохимия, иммунология, патофизиология жетістіктерімен остеомиелит даму механизмдері аяқталды.

Сүйектегі іріңді-өлеттену кезеңі-процесінің дамуында организм реактивтігі, туа және жүре пайда болған иммунитет бұзылыстары орын алады.

Жақ сүйектері остеомиелиті дамуында жергілікті иммунитет жағдайы, созылмалы одонтогенді ошақ, оның өршуі жергілікті клетка және гуморальдық реакция балансын бұзады. Микробтар мен оның өнімдерінің үнемі сүйек миына әсерінен оның құрылысын, қорғаныш реакциясын, клеткалық потенциясын бұзады.

Іріңді кезеңнің-процесстің периодонттан сүйекке өтуіне анатомиялық ерекшеліктері: қан, лимфа тамырлары, жүйкелер өтетін майда тесіктердің болуы көмектеседі. Жедел ағымды периодонтит пен созылмалы периодонтиттердің өршуінде сүйек тіні едәуір сорылып тіс түбірі ұшында қайта құрылу кезеңі-процесі жүреді де альвеола қабырғасындағы табиғи тесіктер кеңейеді. Нәтижесінде іріңді экссудат периодонттан сүйекке еркін өтеді.

Патологиялық анатомиясы. Жедел ағымды іріңді остеомиелиттің біріншілік кезеңінде макроскопиялық зерттеу кезінде сүйек миының қара-қызылтүсті бөлек аймақтарын көруге болады. Әрі қарай сүйек миының іріңді ыдырауы болып осы қара-қызыл аймақтар арасында сарғыш ошақтар көрінеді. Микроскопияда сүйек миында көптеген әртүрлі іріңді инфильтрация ошағы мен іріңді ыдырау ошақтары, көптеген микроорганизмдер шоғырлары көрінеді. Біртіндеп іріңді ошақтар бір-бірімен қосылады. Сүйектің зақымданған жерінде қан тамырлары кеңейген, стаз, тромбоз, тромбтың іріңдеуі байқалады. Ал оның айналасында тамырдың кеңеюі және көптеген қан құйылу ошақтары көрінеді. Сүйек миы ұйыспа-инфильтрация кезеңінде серозды экссудатпен анықталады.

Қабыну кезеңі-процесі сүйек миынан сүйектің қоректік өзекшелеріндегі затқа өтеді. Онда да тамырлар кеңіген, стаз, тромбоз

байқалады. Тамырлардың маңындағы тіндерге алдымен серозды, кейін іріңді экссудат жиналады. Қоректік өзекшелердегі зат іріңдеп, ыдырап, қан тамыр қабырғасымен бірге жойылады.

Сүйек миы мен сүйек балкаларының лейкоциттерге толуынан өте үлкен ірің ошақтары пайда болып, ондағы сүйек тіні өледі.

Микрофлора сипатында, организмнің иммунобиологиялық жағдайына байланысты процесс тек сүйектің аз жеріне жайылып шектелген остеомиелит дамуы мүмкін. Ал қабыну құбылыстары белсенді-прогрессивті дамыса сүйектің жаңа жерлері зақымданып диффузды остеомиелит дамиды.

Шектелген және жайылған остеомиелитте сүйекті қоршаған тіндерде: сүйек қабығына, жақ сүйегі жұмсақ тіндерінде, лимфа түйінінде қабыну кезеңі-процесі дамиды. Бүйір тармақтар-коллотеральды ісіну болады. Сүйек қабығы зақымданғанда сол жақта ісіну, қызарып-гиперемия болып сүйек қалыңдайды. Серозды экссудат нейтрофилді лейкоцитпен толып іріңге айналады. Сүйектің екі жағында да сүйек қабығы асты іріңдіктер дамиды. Жоғары және төменгі жақ денесінен іріңді экссудат шығар кезде инфекция жақ сүйегі маңындағы жұмсақ тіндерге тарап шектелген, жайылған іріңдіктер (абсцесс, флегмона) пайда болады. Кейде ірің жұмсақ тіндерге сүйек қабығы астындағы ошақтан тарауы мүмкін. Бұл жерде остеомиелиттің ағымын ауырлатады. Тамырлық өзгерістер тереңдей түседі. Интраоссальды және периоссальды гемодинамикадан басқа тағы сүйек қабы және жұмсақ тіндер тамырларында өзгерістер туындайды. Бұдан сүйектегі үлкен бөліктердің қоректенуі бұзылады. Іріңді-өлеттену кезеңінің-процесінің ортасында сүйектің қанмен қамтамасыз етілуінің бұзылуы секвестрлену сипатына әсер етеді. Сүйекте үлкен-кіші қуыстар, беткей немесе орталық секвестрлер пайда болуы мүмкін. Сүйектен ірің шығып өлеттенгеннен кейін жедел қабыну процесі бәсеңдейді, жеделдеу сатысына өтеді. Сүйектің өлген тіндері жанынан қан тамырларына бай грануляциялық тін өсе, бастайды. Ал өлген сүйек тіні сорылып кетеді. Ақырында өлеттенген жердің сау жерлерден бөлектенуіне жағдай туады. Секвестрлену басталады. Сонымен қатар сүйек қабығы жағынан жаңа сүйек тіні өсе бастайды.

Жағдай созылмалы кезеңіне өтерде әрі қарай қабыну ошағы шектеліп, секвестрлер бөлінеді (отторжение). Жаңа сүйек тінінің түзілуі жалғасып сүйек қалыңдайды. Кальцификация жүріп сүйек қатаяды. Қоршаған тіндердің қабынуы азайып, шектеледі. Бөлінген секвестрлер қозғалмалы болады. Ал жаңадан түзілген сүйек тіні секвестральдық қорап рөлін атқарады.

Өз бетімен бөлінген немесе ота-оперативті жолмен алынған секвестрдің түсі қошқыл-сұр, жиектері иректі болады. Оның орны біртіндеп грануляциялық және остеоидты тіндермен толып, ол кейін сүйекке айналады. Жақ сүйегінің кей жерлерінде грануляциялық тінмен

толған немесе секвестрлері бар қабыну ошақтары қалуы мүмкін. Бұл ошақтар осы кезеңнің-процесстің өршіп, ұзаққа созылуына себеп болады. Өте майда секвестрлер сорылып кетеді. Ал грануляциямен толған, микробты қуыстар созылмалы ошақ құрып қорғаныш факторларына теріс әсерін тигізеді. Ошақта клеткалық реакция жүріп, одан аллергия дамиды да тікелей баяу сезімталдықтың жоғарылауына әкеледі. Одан организмге аутоиммундық процесс дамиды. Бұның бәрі созылмалы остеомиелиттің ұзақ уақыт секвестр түзбей, жаңа жерлерді қамти отыра жүруіне соқтырады.

Жіктелуі. Жақ сүйектерінің остеомиелиті одонтогенді, жарақат-травмалық, гематогенді, арнайы болып бөлінеді. 3 фазада өтеді: жедел ағымды, жеделдеу, созылмалы. Қабыну кезеңінің жайылуына қарай шектелген, жайылған түрі бар. В. И. Лукьяненко (1968), М. М. Соловьев, И. Худояров (1970) шектелген, ошақты және диффузды түрлерін ажыратады. Шектелген остеомиелитте кезең-процесс 2-3 тіс пародонт тұсында орналасады. Ошақты түрінде кезең-процесс ұяшық-альвеолды өсіндімен қоса жақ сүйегінің денесі мен бұтағының бір жерінде орналасады. Диффузды түрінде жақ сүйегінің жартылай немесе толық тотальды зақымдану белгісі болады.

Соңғы жылдары дене температурасы көтерілмей, жыланкөз түзілмей атипті түрде өтетін остеомиелит жиі кездеседі. Бұл остеомиелиттің біріншілік түріне жатады.

Одонтогенді остеомиелиттің көптеген жіктеулері анықталған. Ең толықтауы Н. М. Александров (1954), Г. И. Семенченко (1958), В. И. Лукьяненко (1968), М. М. Соловьев, И. Худояров (1979) жасаған жіктелу.

Н.М. Александров (1954) созылмалы остеомиелиттің өршуін ажыратып, кезеңнің-процесстің, асқынуы бар-жоғын көрсетеді.

В. И. Лукьяненко (1968) созылмалы остеомиелитке аурудың ауырлық дәрежесін (жеңіл, орташа, ауыр) көрсетуді ұсынады.

А. Г. Шаргородский (1985) созылмалы остеомиелиттің продуктивті немесе деструктивті кезеңмен-процесспен қосылуын ажыратады.

Клиникалық көрінісі. Аурудың жедел ағымында науқас жақ сүйегінің бір жерінде немесе жайылмалы белсенді түрдегі-интенсивті ауыру сезіміне шағымданады. Алғашқы клиникалық белгілі созылмалы периодонтиттің өршуі тәрізді болады. Бірақ тез арада жергілікті ауыру сезімі жақ сүйегіне түгел жайылып күшейе түседі. Үшкіл жүйке жүйесі бойымен таралады.

Іріңді қабыну кезеңі-процессі жақ сүйегі деңгейінен шыққанда науқас жұмсақ тіндерінің ісінгеніне, ауызды ашу қиындағанына, жұтынып-шайнағанда ауыру сезіміне, тыныс алу мен сөйлеудің бұзылғанына шағымданады.

Аурудың жедел ағымында науқастың жалпы жағдайы орташа немесе ауыр, қалтыраудың жиі қайталануы тән.

Жақ сүйектерінің одонтогенді остеомиелитінің жіктелуі (М. М. Соловьев)

Остеомиелиттің клинко-рентгенологиялық түрлері	Ауру кезеңдері	Инфекциялы-қабыну процесінің таралуы бойынша	Деструкция сипаты бойынша	Ауру ағымы бойынша
I. Одонтогенді ірінді остеомиелит	жедел жеделдеу	1. Шектелген 2. Ошақты 3. Диффузды		
II. Деструктивті одонтогенді остеомиелит	жедел жеделдеу	1. Шектелген 2. Ошақты 3. Диффузды	а) литикалық б) секвестрленген	
III. Гиперостозды одонтогенді остеомиелит	жедел жеделдеу	1. Шектелген 2. Ошақты 3. Диффузды	а) литикалық б) секвестрленген	а) біріншілік жеделдеу б) рецидивті
IV. Созылмалы деструктивті одонтогенді о/м	жедел жеделдеу	1. Шектелген 2. Ошақты 3. Диффузды		а) біріншілік жеделдеу б) рецидивті
V. Созылмалы гиперостозды одонтогенді о/м	жедел жеделдеу	1. Шектелген 2. Ошақты 3. Диффузды	-//-	

Әдетте науқас бозарған, мең-зең (заторможен), енжар. Есі сақталған, бірақ кейде есі ауытқып сандырақтауы мүмкін. Басы ауырып, ұйқысы бұзылады, жалпы әлсіздік, тәбеті нашарлап, тез шаршайды, апатия болады. Жүрек соғуы бәсең, тамыр соғуы-пульсі жиілейді.

Бет-жақ аймағын тексергенде бет әлпетінің едәуір ісінгені көрінеді. Тері қызарып ісінген, қатпарға жиналмайды. Сипап тексергенде-пальпация жасағанда қатты аз қозғалмалы ұйыспа-инфильтрат білінеді, ортасында күлтілдеу-флюктуация болуы мүмкін (абсцесс, флегмона болса). Төменгі жақасты, иекасты, кейде алдыңғы мойың лимфа түйіндері ұлғайған, пальпация жасағанда ауырмайды. Қабыну кезеңі-процесі шайнау бұлшықеттерін қамтығандықтан ауызды ашуы шектелген. Ауыздан шіріген иіс шығады. Тілі қақпен жабылған, секрециясы төмендеуіне байланысты сілекей қою, созылмалы болады. Аурудың басында қозғалмайтын ауру тіс кейін тез арада қозғала бастайды. Сонымен қатар қасындағы тістер де қозғалып, ұрып тексергенде-перкуссия жасағанда ауырады.

Бірнеше тістер тұсында ұяшық-альвеолды өсіндінің шырышты қабығы қызарған, екі жағынан да ісінген. Бұл жерді сипап қарағанда қызыл иек ауырады, сүйек тінінің кейбір контурлары тегістелгені байқалады.

3-4 тәулікте ауру тіс тұсындағы қызыл иек ұяшық-альвеолды өсіндіден сылынады. Оны басқанда астынан ірің шығады. Шырышты қабығы көгеріп (цианоз) пастозды болады. Шектелген остеомиелитте қабыну кезеңі-процесі ұяшық-альвеолды өсіндінің, кейде жақ сүйегі денесінің сүйек қабын екі жағынан да қамтып, сүйек қабығы асты іріңдіктер түзіледі. Диффузды остеомиелитте бұл көріністер жақ сүйегінің үлкен бөлігін алып, екі жағында бірнеше сүйек қабығы асты іріңдіктер дамиды. А. М. Соловьев, А. А. Тимофеевтің (1989) айтулары бойынша жедел ағымды остеомиелиттің 67% абсцестер, флегмоналар

кездеседі.

Жедел ағымды остеомиелиттің клиникалық көріністері жоғарғы, төменгі жақ сүйектерінде ерекше белгілермен көрінеді. Жоғарғы жақ сүйегінде жедел ағымды остеомиелит жеңілдеу өтеді, уақыты аздау, сүйек тіні өте көп деструкцияға ұшырайды, флегмонамен сирек асқынады.

Бұл жоғарғы жақ сүйегінің анатомо-топографиялық ерекшелігіне байланысты - қанмен жақсы қамтамасызданған, кортикальды табақша-пластинкасында тесіктер көп болғандықтан іріңді экссудат тез көшіп отырады. Жоғарғы жақ сүйегіне өте көп бұлшықет жабыспайды, клетчатка кеңістіктері көп емес. Сондықтан жайылмалы флегмоналар дамымайды.

Сүйек тінінің зақымдануы жоғарғы жақ сүйегінің дөңесінде орналасса ірің қанатша-таңдай шұңқырына өтіп, одан төменгі көз саңылауы арқылы көз алмасы клетчаткасына тарауы мүмкін. Ірің тағы самайасты шұңқыры мен қанатша-жақ кеңістігіне өтіп, ауру ағымын ауырлатуы мүмкін. Кейде қабыну кезеңі-процесі гаймор қуысын да қамтиды.

Төменгі жақ сүйегінің жедел ағымды одонтогенді остеомиелиті жоғарыдағыдан ауырлау өтеді. Қабыну сүйектің көп жерін қамтып, жұмсақ тіндер жағынан асқынулар жиі болады.

Төменгі жақ сүйегі денесіндегі үлкен және 2-ші кіші азу тістер тұсындағы ұяшық-альвеолды өсіндіні қамтитын жедел ағымды одонтогенді остеомиелит қан тамыр-жүйке-нерв шоғырын қоса зақымдап, ол төменгі ұяшық-альвеолды және иек жүйкесі-нервімен қоректенетін тіндердің сезімталдығы бұзылуымен (Венсан белгісі-симптомы) сипатталады. Төменгі жақ денесі мен өсіндісінің жедел ағымды остеомиелитінде іріңді кезеңі- процесс шайнау және медиальды қанатша бұлшықетіне таралып, ауыздың ашылуы шектеледі — шайнау еттерінің қабыну қарысуы-контрактурасы дамиды.

Жедел ағымды одонтогенді остеомиелит дамыған алғашқы күндері рентген суретінде тек патологиялық емес кезеңдер-процестер, яғни бұрынғы созылмалы периодонтиттегі өзгерістер ғана көрінуі мүмкін. Алғашқы сүйек тіндерінің өзгерісі тек 10-14 тәулікте немесе 2-3 аптадан соң көрінеді. Жақ сүйектерінде сүйек құрылымы анық емес, кейін остеома, некроз ошақтары көрінеді.

Жедел ағымды остеомиелитте қан, несеп құрамында өзгерістер болады. Шектелген, диффузды түрінің жедел нормергиялық ағымында лейкоциттер $10-15 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцит (70-80%) таяқша ядросы 15-20% өседі. ЭТЖ біртіндеп 15-тен 40-қа дейін көтеріледі. Несепте белок 0,066 г/л, лейкоциттер 20-25 көру аймағында.

Гиперергиялық қабыну реакциясында Нв мен эритроциттер азайып, лейкоциттер $18,0-20,0 \times 10^9/\text{л}$ -ге дейін солға жылжып көбейеді және нейтрофильдердің жас түрлері дамиды. Соның ішінде миелоциттер

көбейіп, лимфопения дамиды. ЭТЖ 50-60 мм/сағ. жоғарылайды. Несепте белок (0,033-3 г/л), гематурия, цилиндрурия анықталады.

Жедел ағымды остеомиелиттің гиперергиялық ағымында қанда Нв мен эритроциттер азайып, лейкоциттер қалыпта немесе төмендеуі мүмкін. ЭТЖ қалыпта кейде төмендейді. Несепте өзгерістер науқастың жасына байланысты әртүрлі болады.

Науқастың қан сарысуында С-реактивті белок көбейеді. Альбуминдер мен глобулиндердің қатынасы өзгереді (глобулиндерге ауытқуы).

Ажырату нақтамасы-диагнозы. Жедел ағымды одонтогенді остеомиелитті келесі аурулардан ажырату керек. 1) Жедел ағымды немесе созылмалы периодонтиттің өршуінен; 2) Жедел ағымды іріңді периоститтен; 3) Одонтогенді жұмсақ тіндердің қабыну процестерінен (абсцесс, флегмона); 4) Бет-жақ аймағының іріңдеген кисталарынан; 5) Арнайы қабыну процестерінен (актиномикоз, туберкулез); 6) Қатерлі ісіктерден.

Жедел ағымды (немесе созылмалы периодонтиттің өршуі) периодонтитте тек бір тіс қозғалады, ал жедел ағымды остеомиелитте бірнеше тістер қозғалып, қызыл иек астынан ірің шығып тұрады. Периодонтитте қабыну ошағы бір тіс ұяшығында болып, тек ауру тіс тұсында қызыл иек, шырышты қабық ісінген, сипап тексергенде-пальпация жасағанда ауыру сезімі болады. Ал жедел ағымды остеомиелитте бүкіл ұяшық-альвеолды өсіндінің жұмсақ тіндеріне жайылған ұйыспа-инфильтрация өте айқын дамиды. Периодонтитте науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық, ал остеомиелитте орта немесе ауыр өтеді.

Жедел ағымды периоститтен айырмашылығы: онда қабыну белгілері (гиперемия, ісіну, жұмсақ тіндердің инфильтрациясы) тек бір жақта, ал остеомиелитте екі жағынан болады. Н. А. Груздев (1978) бұл жедел ағымды остеомиелиттің ерекшелігін **«жақ сүйегін қамтыған екі жақты-муфта тәрізді қабыну ұйыспа-инфильтраты»** деп сипаттайды. Жедел ағымды іріңді периоститте ауру тіс қатты қозғалмалы, ұрып тексергенде-перкуссия жасағанда көрші тістерге ауыру сезімі өтеді. Ал жедел ағымды остеомиелитте тістер қатары ауруымен қоса қозғалмалы болып қызыл иек астынан ірің бөлініп тұрады. Іріңді периостит төменгі жақта болғанда өте сирек Венсан белгісі-симптомы болса, жедел ағымды остеомиелитте бұл белгі-симптом жиі кездеседі. Іріңді периоститте жақ сүйегі маңының тіндерінде болатын ісіну тіндердің пастоздылығымен сипатталады, тері қызармаған-гиперемияланбаған, қатпарға тез жиналады, сипағанда-пальпацияда ауырады. Ал жедел ағымды остеомиелитте жұмсақ тіндерде жайылған қаттылау, қатты ауыратын ұйыспа-инфильтрат болады, терісі керіліп қатпарға жиналмайды. Периоститте науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық, сирек орташа, ауыр өтуі мүмкін.

Бет-жақ аймағы мен мойында орналасқан аденоабсцесс, аденофлегмоиалардың басталуының өзіне тән ерекшеліктері бар.

Олардың алдында одонтогенді, одонтогенді емес лимфа түйіндерінің қабынуы болады.

Жақ сүйектерінің іріңдеген кисталарында сүйектер түрін өзгертеді-деформацияланады. Рентген суретінің көмегімен сүйектегі өзгерістер анықталады.

Т.Г.Робустова (1983) зерттеулері бойынша бет-жақ аймағының актиномикозына нақтама-диагноз қою үшін іріңді зерттеу және иммунодиагностика әдістері қолданылады. Актиномикоз баяу дамиды, ауыру сезімі әлсіз, өте қатты ұйыспа-инфильтрат, шырышты қабығы ақшылдау түсті құрғақ, майлы болып келеді.

Жедел одонтогенді остеомиелит пен ісіктерді ажыратқанда іріңді қабыну ісікке екіншілік болып қосылатынын ескеру керек. Қатерлі ісіктің рентген суретінде сүйектің бүлінуі-деструкциясы және сүйек пен сүйек қабындағы реактивті, репаративті кезеңдердің-процестердің жоқтығы көрінеді. Қозғалмалы тісті ұрғанда-соққанда ауыру сезімі жоғалмайды.

8.6. Жақ сүйектері остеомиелитінің жеделдеу кезеңі

Жеделдеу кезеңінде (1,5-2 апта) науқастың жалпы жағдайы жақсарады, ұйқысы түзеледі, тәбеті көтеріліп, дене қызуы басылады. Беттің домбығуы азайып, жұмсақ тіндердің ұйыспасы-инфильтрациясы шектеледі, операциялық жара грануляциялық тінмен толып, өлеттенген тіндерден тазарады. Оның ортасында бір немесе бірнеше жыланкөздер түзіледі. Бөлініп тұрған сұйық біртіндеп азайып, нашар иісі жойылады, экссудат қоюланады. Аймақтық-региональды лимфа түйіндері қатайып, қозғалмалы болып, ауыру сезімі азаяды, ауыз ашылып, тек остеомиелит ошағы төменгі жақ бұтағында болғанда шектелуі мүмкін.

Ұяшық-альвеолды өсінді мен ауыз кіреберісінің кілегейлі қабығы көгерген (цианоз). Сүйек қабыасты іріңдіктерді тілген жерлердегі жыланкөздерден іріңді сұйық бөлініп тұрады. Тіс ұяшығынан грануляция өсіп шығады. Қабыну ошағында орналасқан тістер босап, ал шеткері тұрған тістер сәл қатайған. Қан көрсеткіштері өзгереді, лейкоциттер азайып нормаға жақындайды. Жас нейтрофильдер жойылып таяқша ядролы клеткалар қалпына келеді. ЭТЖ төмендейді несепте сәл ғана өзгеріс болады.

Жеделдеу сатының рентген суретінде пішіні әртүрлі шекарасы анық емес бір немесе бірнеше ыдыраған ошақтар көрінеді. Жақ сүйегі шетінде түрліше тығыздықтағы, қалыңдығы мен ені әртүрлі толқынды көлеңке көрінеді. Ол сүйектенуші периост пайда болуына байланысты.

Емі. Жедел одонтогенді остеомиелиттің емі кешенді-комплекті түрде БЖА стационарында жүргізілуі тиіс.

Ем сүйектегі және қоршаған жұмсақ тіндердегі іріңді қабыну кезеңін-процессін жойып, инфекциямен күресу, организм қызметін

қалпына келтіру шараларын жүргізуге бағытталады.

Жедел остеомиелиттің біріншілік сатысында себепші тісті жұлу осы емінің негізгі міндетті түрі болып табылады. Оыда іріңдікке шығар көз ашылып, сүйек іші қысымын төмендетеді, қан айналымын жақсартады, сүйекте қайтымсыз кезең-процесс болуынан сақтандырады. Қозғалмалы тістерді шендеуішпен шендейді. Тіс жұлумен қоса сүйекқабы астындағы және жұмсақ тіндердегі іріңді ошақты ашып өлеттенген тіндерді-некротомия жасайды. Біраз ғалымдар- ошақты қашыртқы-дренаждау үшін остеоперфорация жүргізуді ұсынады (1979). Яғни төменгі жақ жиегі бойымен теседі. Әсіресе төменгі жақтың кортикальды табақшасын-пластинкасын тесу тиімді. Кейбір хирургтер бұл жағдайда сүйек миы орналасқан төменгі жақ өзегіне сәйкес жерден декорткация жасауды ұсынады. Олардың айтуынша қоршаған жұмсақ тіндер есебінен бұл кезде экссудат шығуы күшейіп сүйектің қанмен қамтамасыз етілуі жақсарады.

Жедел остеомиелит кезінде барлық ота-оперативті шаралар сенімді жергілікті немесе жалпы жансыздандырумен жасалады. Бөлек әлсіз қосымша аурулары бар науқастарға тісті жұлу жедел процесс басылғанша кейінге қалдырылуы мүмкін.

Іріңді жараны күтіп, тазалауға ерекше көңіл бөлініп, жуып-шаю, инстиляция жүргізіледі. Әр түрлі антисептиктермен, нитрофуран препаратымен, антибиотиктермен, иммунды препараттармен жергілікті ем жасалады.

Іріңді жараны тазалаған соң физиоом тағайындалады: Соллюкс лампасы, УЖЖ, димексидпен, кальций хлоридімен ионофорез жасау, гелийнеон сәулесін қолдану.

Науқас клиникаға түскеннен бастап антибактериальды терапия жүргізіледі. Сүйек тініне сіңе алатын антибиотиктер (тетрацилин, линкомицин, морфоцилин, фузидин натрий т.б.) тағайындалады. Онда науқастың препаратқа сезімталдығын ескеру керек. Бактериологиялық себінді нәтижесін алғаннан кейін ем тұрақтандырылады.

Антибиотик пен антибактериальды препараттардың өзара әсерлерін ескере отырып сульфаниламидтер, нитрофурандар (мезоцим, трипсин, химопсин т.б.) бұлшықетке инъекция түрінде тағайындайды. Бұл емді шектелген остеомиелитте 8-10 күн, диффузды түрінде 2 апта жедел көріністері басылғанша жүргізеді.

Асқынулардың алдын алу үшін, әсіресе кең спектрлі антибиотиктерді қолданғанда, саңырауқұлақтарға қарсы препараттар (нистатин, леворин) қолданылады.

Организмді дезинтоксикациялау үшін және қанның реологиялық қасиетін жақсарту, тұз-су алмасу, белоктық баланстың бұзылуын дұрыстау үшін көк тамырға-венаға гемодез, реополиглюкин, 5% глюкоза ерітіндісі, Рингер ерітіндісін тамшылатып жібереді. Организм сенсбилизациясы және тамыр қабырғаларының өткізгіштігін төмендету үшін 10% кальций хлориді, антигистаминді препараттар (супрастин,

тавегил, фенкарол т.б.) тағайындайды.

Кешенді-комплекті емге витаминдер (С, В тобы), антигенді стимуляторлар (метилурацил, пентоксил, натрий оротаты, продиглозан), дибазол, женьшень, қытай лимоннигі т. б. 2-3 күн кварцпен сәулелендіру жақсы стимулдеуші әсер береді.

Жүрек қан тамырлар жүйесіне баса көңіл бөлінеді. Оның соғуын күшейту үшін кофеин, кордиамин, кокарбоксилаза т. б. береді. Сонымен қатар ауру сезімін басатын, қабынуға қарсы препараттар-амидопирин, анальгин 0,25-0,5 г 3-4 рет (күніне) тағайындалады.

Кешенді-комплекті емге тағы көп сұйықтық ішу, әсіресе витаминдер, минералдар бар су ішу қосылады. Науқас белокпен витаминдерге бай тағамдармен тамақтану керек. Ауыздың ашылуы қиындаған жағдайда тағам сұйық болу керек. Тамақтанып болған соң ауыз қуысын мұқият шайып отырған жөн. Организмнің қорғаныс күшін жоғарылату үшін аутогемотерапия, иммуномодулятор — тималин, тимоген (бірақ міндетті түрде қан анализі мен иммунограмманы бақылап отыру керек) қолданады.

Жақ сүйектер остеомиелитінің жеделдеу түріндегі ем алдында жүргізілген емдеу-терапияның нәтижесіне байланысты. Соған байланысты иммуномодуляциялық, жалпы жағдайын жақсартатын физио-ем қолданылады.

8.7. Жақ сүйектерінің созылмалы остеомиелиті

Жақ сүйектері остеомиелитінің созылмалы кезеңі ұзаққа созылуымен, сүйектің шірік тіннің сау тіннен-секвестрдің бөлінуімен, регенеративті кезеңдермен-процесстермен сипатталады. Сонымен қатар осы кезде ауыз қуысының сыртында және ішіндегі шырышты қабықта жыланкөздер пайда болады. науқастың жалпы жағдайы мен көңіл күйі жақсарады, дене қызуы мен қан көрсеткіштері қалпына келе бастайды.

Патологиялық анатомиясы. Жоғарғы және төменгі жақ сүйектерінің созылмалы остеомиелитінің ағымы жақ сүйектері құрылысының және қанмен қамтамасыз етілу ерекшеліктеріне байланысты (Уваровтың төменгі жақ сүйегінің қанмен қамтамасыз етілу сызбасын-схемасын қолданған ыңғайлы). Төменгі жақта көп, ал жоғарғы жақта аз мөлшерде сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестр түзілуі осы сызба-схемамен түсіндіріледі. Жақ сүйек остеомиелитінің жеделдеу кезінде өсіп келе жатқан қан тамырларына бай грануляциялық тін жиналған іріңді экссудатты және өлген тіндер бөлігін қоршайды. Бұл кезде сүйектің шірік тіннің сау тіннен-секвестрация басталады, яғни сүйектің некрозға ұшыраған бөліктері жартылай сорылып, біртіндеп тірі сүйектен бөліне бастайды, осымен қатар қабыну ошағының айналасында сүйек қабығы жағынан жаңа сүйек тіні түзіле бастайды. Жақ сүйегі остеомиелитінің созылмалы сатысында қабыну ошағы тынышталып, шектеле бастайды, сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлер

бөлінуі және жаңа сүйек тінінің түзілуі жалғасады. Қабынып өзгерген тіндер азаяды. Толық бөлінген секвестрлер қозғалмалы болады. Сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлер айналасында сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлік қорап пайда болып, кальцификация дәрежесіне байланысты қатайды. Жиі, әсіресе балалардың төменгі жақ сүйектерінде көп мөлшерде жаңа сүйек жиналып қалады.

Сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрді алып тастағанда немесе ол өз бетінше бөлінген соң, оның орны біртіндеп өскен дәкекер тінмен толады, кейіннен ол сүйекке айналып кетеді. Созылмалы остеомиелит жақ сүйектерінің жарақаттану тереңдігі мен таралуына байланысты 2 топқа бөлінеді:

Созылмалы шектелген немесе ошақты остеомиелит.

Созылмалы жайылмалы (диффузды) остеомиелит.

Осылай бөлу клиникалық тәжірибе үшін ыңғайлы, өйткені шектелген және жайылған остеомиелиттер кезіндегі ота-оперативтік емнің бір-бірінен айырмашылығы бар.

ҚазҰМУ клиникасының мәліметтері бойынша (Шинкаренко Д. И. 1968) 210 созылмалы одонтогенді остеомиелитпен ауырғандардың ішінде (1958-1967 ж), 86,2% шектеулі остеомиелит; 13,8% жайылмалы түрі болғаны анықталған. Жайылмалы остеомиелит көбіне төменгі жақта кездеседі.

Клиникалық көрінісі. Созылмалы шектелген остеомиелит кезінде бұрынғы тесіктен қалған тыртық нәтижесінде бет әлпетінде аздап өзгерістерді кейде жыланкөзді көруге болады. Ауыз қуысында бұзылған тіс немесе түбір, кейде жазылмайтын тіс ұяшығында грануляцияны, одан іріңнің бөлініп тұрғанын анықтауға болады, шырышты қабықта бір немесе бірнеше жыланкөз болуы мүмкін. Дене қызуы қалыпты, қан көрсеткіштерінде де айқын өзгерістер жоқ.

Рентгенограмма. Одонтогендік ошаққа жақын жерде сүйек бүлінуі-деструкциясы айқын көрінеді, кейде сүйек тінінің шіріген бөлігі- секвестрлер анықталады. Сүйек тінінің сиректенуімен сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестр өзінің тығыздығы бойынша ерекшеленіп тұрады және бос жатқан үлкен мөлшердегі қою көлеңке түрінде көрінеді. Бірақ өте ұсақ мөлдір сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлер рентгенограммада анықталмауы мүмкін, сондықтан бұл зерттеу мәліметтерін жоғары бағалаудың қажеті жоқ.

Созылмалы шектелген остеомиелит өршиді және жедел остеомиелит клиникасын береді, бірақ жыланкөздер арқасында ірің оңай шығып қабыну процесі тезірек жазылады.

Егер жыланкөз бет терісі жағынан болса, ауру тез дәрігерге қаралады, ал егер ол ауыз қуысында болса жылдар бойы ауырып жүре береді. Әрбір жаңа өршуден кейін жарақат аймағы үлкейе береді де, бұл процесс созылмалы жайылған остеомиелитке айналуы мүмкін.

Созылмалы жайылмалы остеомиелиттің клиникасы. Бұл кемтарлыққа алып келетін ауру, әдетте ол жайылмалы жедел іріңді остеомиелиттен кейін дамиды.

Сырттай қарағанда, жақ сүйектерінің деформациясы және тыртықтар, жыланкөз жолдары қосылуынан пайда болған бет әлпетіндегі күшті деформацияны көруге болады. Жыланкөз тесігінің айналасынан саңырауқулақ тәрізді грануляция шығып, олардан көп мөлшерде ірің ағып тұрады.

Жыланкөз айналасындағы тері қабаты сырылып кеткен (57-сурет). Ауыз қуысында көп тістері жоқ, қалған тістері қозғалмалы, олар бір жаққа қарай қисайып орналасқан. Жақ доғасы патологиялық сынық нәтижесінде қисайған. Шырышты қабық көкшіл, жыланкөздерден көп ірің ағып тұрады, жыланкөзді тексергенде жалаңаш сүйекті анықтауға болады, шайнау қызметі бұзылған. Дене қызуы әдетте қалыпты, аздап лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарлаған, анемия. Зәрде белок іздері бар.

Сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлер үлкен көлемді болады, кейде бүкіл төменгі жақ секвестрленеді. Сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлер біреу не көп болуы мүмкін және бүтін, орталық, шеттік болып бөлінеді (57-сурет). Сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрация кезеңі-процесі орташа есеппен жоғарғы жақта 3-4 жұмаға, төменгі жақта 5-6 жұмаға созылады.



Сурет-57. Созылмалы остеомиелиттер

Жақ сүйегінің жайылып жарақаттануы кезінде бұл кезең-процесс 3-6 айға созылуы мүмкін. Созылмалы остеомиелиттердің нақтамасы-диагностикасы үшін томографияның мәні зор.

Егер жыланкөз сүйектегі жарақат ошағынан алыс орналасып, екеуінің арасында көрінерліктей байланыс болмаса, түтік арқылы тексерген-фистулограмма істеген жөн.

Остеомиелиттің созылмалы түрі жиі өршіп тұрады. Бұл кезде науқастың жалпы жағдайы қиындап, көңіл-күйі нашарлайды, дене қызуы $38,5^{\circ}\text{C}$ -ке дейін көтеріледі. Кей кезде іріңнің жиналуы нәтижесінде жыланкөз жолдары ашылып одан экссудат сыртқа шығады, ал кейде

инфекция жақ маңындағы тіндерге және мойын аймағына таралып, абсцесс, флегмоналар дамиды.

Кейінгі 20 жыл ішінде жақ сүйектері созылмалы остеомиелитінің атипиялық түрінің саны едәуір көбейді, бұл түрінде химиялық емес реакциялардан продуктивті реакциялар басым. Көбіне төменгі жақ сүйегі, оның денесі, бұрышы және бұтағы жарақаттанады. Жиі жақ сүйектері созылмалы остеомиелитінің ұялық түрі кездеседі, бұл кезде сүйек затының ыдырауы жайылмалы түрде жүріп жеке ұсақ ошақтар құрады, бұларға некрозға ұшыраған сүйек бөліктері қосылған, олар көбіне сорылып кетеді. Остеомиелиттің бұл клиникалық ағымы ұзақ және жиі өршіп тұрады.

Клиникалық көрінісінде төменгі жақ сүйегінің бір бөлігінің қалыңдағанын айтуға болады. Бұрынғы жыланкөз жолдарының орнында қалған тыртықты өзгерістер және осы тіндердің жанындағы сүйекке жабысуы, төменгі жақ сүйегіне бекіген бұлшықеттің қалыңдағаны анықталады. Сипап тексергенде ауыз қуысында ұяшық-альвеолды өсіндінің периостальды қалыңдағаны байқалады. Тістер интактылы, кейбір ауруларда жақ сүйектерінің ұзаққа созылған остеомиелитінде жыланкөздер болмайды. Сүйектегі эндостальды және периостальды түзілім айқын бөлініп тұрады. Көптеген ғалымлардың мәліметтері бойынша, бұл төменгі жақтың созылмалы остеомиелитінің продуктивті, гиперпластикалық немесе гиперостозды түрлерінің көрінісі болып табылады. Ауызда қуысында біріншілік созылмалы ағымда болуы мүмкін, бұл кезде ауру тарихында-анамнезінде тіс аймағында қабыну құбылысы болғаны. Ауру көбіне жас адамдарда кездеседі. Жақ сүйектерінің одонтогенді остеомиелитінің созылмалы сатысында өлген сүйектердің бөлінуі кезінде қан құрамы біраз қалыпқа келеді, Нв деңгейі көтеріледі, эритроциттер көбейеді, лейкоциттер саны төмендеп, кейінірек ЭТЖ қалыпқа келеді.

Рентгенологиялық суреті. Аурудың ұзақтығына және сүйектегі остеомиелиттік ошақтың орналасуына байланысты жақ сүйегінің сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрленуі әртүрлі болады. Одонтогенді ошаққа жақын орналасқан бөліктердегі сүйек бүлінуі-деструкциясы анық көрініп тұрады, кейде сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлер айқын көрінетін қуысты көруге болады. Сүйек тінінің сиректенуіне байланысты сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестр өзінің тығыздығымен көрініп тұрады және үлкен мөлшердегі қою бос жатқан көлеңке тәріздес болады. Өте ұзақ және жылтыр (мөлдір) сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлер рентгенограммада анықталуы мүмкін, сондықтан бұл зерттеуді аса жоғары бағалауға болмайды. Төменгі жақтағы созылмалы остеомиелиттің ұялық түріндегі рентгенограммада бүліну-деструкция ошақтары төменгі жақтың денесінде, бұтағында көрінеді, олардың ішінде көптеген ұсақ сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлер орналасады.



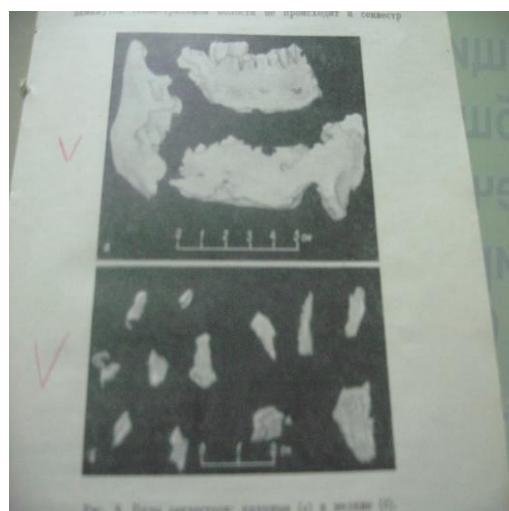
Бүліну түрі (деструктивная)



Ұялық түрі (гнездная)



Сүйектің ұлғайған жері (гиперостозная, гиперпластическая) түрі



Тіннің шіріген бөлігі (секвестрлердің) түрлері

Кейіннен бұл сүйек тінінің шіріген бөлігі- секвестрлердің көбі сорылады, кейде қапалады (инкапсуляция). Бірнеше жылдар бойы төменгі жақ сүйегінде грануляцияға толған аз мөлшерде сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлері бар немесе сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрсіз ұзақ ошақтар қалады. Жылдар өткен сайын қатаюы-склероздану кезеңі-процесі айқын жүреді де сүйектің бүлінуі-деструкция ошақтары остеосклероз ошақтарымен алмасады.

Төменгі жақтағы созылмалы остеомиелит кезіндегі продуктивті өзгерістің күштілігі рентгенограммада сүйектің эндостальды және периостальды қайта құрылуымен сипатталады. Сүйектің кемік затының құрылысының көмескілігі, оның едәуір қаттылығы, сүйек қатаюы-склерозы анықталады.

Сүйек тінінің аздаған сорылу ошақтарын әрең байқауға болады. Түзілген сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестр қабы уақыт өткен сайын қатайып, кәдімгідей күшке шыдайды. Бірақ организмі әлсіреген ауруларда және қарттарда тіннің қайта тіктелуі-регенерациялық кезеңі-

процесс төмендегендіктен, әсіресе төменгі жақтың көп бөлігі өлеттенсе сүйек тінінің шіріген бөліг-секвестрлік тығыз қабық құралмайды.

Ажырату нақтамасы-диагнозы. Келесі аурулардан ажырату керек: 1.Актиномикоз.2.Жақ сүйектерінің ісіктері.3.Жақ сүйектерінің туберкулезі.

Актиномикоздың ерекшелігі — ұйыспа-инфильтрат ағаштай қатты немесе тығыз, жыланкөздер көп, одан үгітінді зат (крошковидное) бөлінеді. Жағындыны микроскопиялық тексергенде саңырауқұлақтар-друзалар табылады. Туберкулезде, ауруды тексергенде біріншілік ошақ, Пирке, Манту сынамалары оң болады. Жыланкөздерден иіссіз ірің ағады, сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлер өрнексіз.

Қатерлі ісіктер кезінде сүйек және сүйек қабы жағынан реактивті және репаративті кезеңдер-процестер болмайды. Қозғалмалы тістерді жұлғаннан кейін күшті қан кетіп, оны тек сыртқы ұйқы артериясын байлап тоқтатуға болады.

Емі. Ота-оперативтік емнің сипаты мен көлемі, дәрілік заттарды таңдау, физиотерапевтік ем және басқа жалпы емдеу кешенді-комплексінің шаралары аурудағы жақ сүйек остеомиелитінің классикалық көрінісінің жинақталуына және осылардың ішінде одонтогенді қабыну кезінің-процесінің өту барысына байланысты болады. Созылмалы жақ сүйек остеомиелитімен ауырған ауруларды емдеудің негізгі міндеті — сүйектің сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрленген бөлігін уақытында алып тастау, яғни секвестрэктомия болып табылады.

Бұл ота-операция алдында дәрігер келесі мәселелерді шешіп алуы керек:

1. Ота-операция уақытын анықтау. 2. Секвестрлік қуысқа жету жолы. Ауыз іші арқылы жету әдісі таңдалады. 3. Аурудың отадан кейінгі кезеңін жүргізу.

Секвестрэктомия ота-операциясына секвестр шекаралары рентген суретте жақсы көрінген кезде ғана кірісу керек. Барлық қозғалған тістерді жұлуға ұмтылу дәрежесі қателік болып есептеледі. Тек себепші тіс жұлынады, егер ол бұрын (ертеректе) жұлынбаған болса. Қалған қозғалмалы тістерді біржақты байланыстырушы шендеуіш-қазықпен бекіту керек немесе қажетті протез дайындау керек.

Шектелген остеомиелитте секвестрэктомия бір кезеңде, ал жайылған түрінде бірнеше кезеңге бөлініп жүргізіледі. Сүйек түзілуін сақтау мақсатында грануляцияны қырып алмайды. Жыланкөз жолындағы грануляциялық тін толық қырылып алынады немесе кесіледі. Ота-операция кезінде кесілген патологиялық өзгерген тістерді гистологиялық зерттеуге жіберу керек, әсіресе күмәнді жағдайда.

Ота-операцияға дейін сүйекте пайда болған қуысты толтыру мәселесін шешіп алу керек. Егер қуыс кішкентай болса, оны гемостатикалық губкамен немесе көрсеткіші бойынша антибиотиктермен толтырып, 1-2 резиналық қашыртқы-дренаж салып тігеді. Үлкен

қуыстарды пластикалық кезеңдерге-процестерге жағымды әсер ететін материалдармен толтыру керек. Жақ сүйектің созылмалы одонтогенді остеомиелитінен кейінгі қалған қуыстар мен ақауларды толтыру үшін көптеген әртүрлі пластикалық материалдар ұсынылған. Нативті формалинделген немесе мофилденген сүйек ауто-және аллотрансплантаттарын қолданғанда жақсы нәтижелер беретіні анықталған (Безруков А.И. 1979, Плотников Н.А. 1979, Водолашкин М. П. 1981).

ҚазҰМУ клиникасында және хирургиялық стоматология кафедрасында, жақ сүйектердің созылмалы одонтогенді остеомиелитіндегі секвестроэктомиядан кейінгі сүйекте пайда болған қуыстар мен ақауларды толтыру үшін брeфоостеопласт қолдану әдісін ұсынған. Ұсынылған әдіс брeфоостеопласт дайындау кезеңінде оның құрамына емдік эффектiсін едәуір дәрежеде жоғарлатуға бағытталған дәрілік заттар қосуға мүмкіндік береді.

Брeфоостеопласт ЦНИИС (1993) әдісі бойынша дамуы кенеттен бұзылған 20-25 жұмалық адам ұрығының аяқ-қолдарының қуысты сүйектерінен дайындалады.

Гомогенизация, лиофилизация, гамма-сәулесімен залалсыздандыру-стерилдеу нәтижесінде алынған препараттар ұрық сүйегінің бактерицидтік, пластикалық гемостатикалық, қасиеттерін сақтайды (репаративті кезеңдерді-процестерді жоғарлату, айқын антигендік қасиетінің жоқтығы). Ота-операциядан кейінгі кезеңде ауруларға төсектік тәртіп, көрсеткіші бойынша антибиотерапия ережесін ескере отырып, антибиотиктер, сульфаниамидтер, десенсибилизациялық терапия тағайындайды. Жалпы жағдайын жақсартатын ем жүргізіледі. Жергілікті байқаулар, УЖЖ, УКС, ауыз қуысын мұқият күту.

Қосымша аурулары бар болса, мамандардың кеңесі бойынша созылмалы остеомиелитпен бірге басқа ауруларын қатар емдеу керек.

Егер ауруға емханада ота-операция жасалса, ол жұмыстан босатылады. Диффузды созылмалы остеомиелитте жұмысқа жарамсыздық мерзімі айларға созылуы мүмкін. Асқыну болған жағдайда (патологиялық сынық, контрактулар, сүйек ақаулары т. б.) ауруларды мүгедектікке ауыстырады.

Болжамы. Сүйек көп мөлшерде жарақаттанса және сүйектік тіннің шіріген бөлігі-секвестрлік қаптың түзілуіне тіндік реакциялар жеткіліксіз болса патологиялық сынық (жалған буын) пайда болады. Жақ сүйек бұзылысы, самай-төменгі жақ буынының анкилозы және шайнау бұлшықеттерінің тыртқы контрактурасының пайда болуы диффузды остеомиелиттің осындай түрлерімен байланысты. Остеомиелиттің ұялы сүйектік тіннің шіріген бөлігісіз-секвестрсіз көріністе өтуі, әсіресе біріншілік және екіншілік иммунды жетіспеушілік жағдайында және аурулар фотосептикопиемия, ішкі ағзалар амилоидозымен асқынып көп жылдарға созылады. Жақ-сүйек остеомиелитінің диффузды түрінің

ішінде сүйектің ұзақ уақытқа созылатын ұяшықты, гиперпластикалық жарақаттануымен ауырған аурулар диспансерлік бақылауда болуы керек. Жиі аталған жарақаттар нәтижесінде ауруды мүгедектікке аударуға тура келеді. Созылмады остеомиелит қайталануы-рецидиві болса, екінші рет ота-операция жасалады. Егер ауруға емханада ота-операция жасалса, ол жұмыстан босатылады.

Асқынулардың алдын алу. Егер медициналық көмек уақытында көрсетілмесе немесе мамандандырылған болмаса созылмалы одонтогендік емес жақсүйек остеомиелитінде көптеген асқынулар болады:

1. Одонтогенді теріасты гранулемасы. 2. Тыртықтар түзіліп, буыннан тыс контрактуралардың пайда болуы. 3. Гиперостозды түрі, анкилоз. 4. Төменгі жақ сүйегінің патологиялық сынуы. 5. Жалған буын. 6. Гайморит. 7. Төменгі жақ самай буынының артриті. 8. Ірінді отит. 9. Үшкіл жүйке невралгиясы. 10. Беттің ымдау бұлшықетінің шала салдануы-парезі мен салдануы-параличтері. 11. Жаралы стоматит. 12. Созылмалы остеомиелиттің өршуі кезінде әртүрлі жұмсақ тіндердің Ірінді-қабыну аурулары, бет жүйкесінің-нервісінің тромбофлебиті, кавернозды синустың тромбозы, менингиттер, менингоэнцефалиттер, сепсис, септикопиемия т. б. болады.

Әр кезде есте сақтайтын жай — созылмалы остеомиелит дұрыс емделмеген жедел остеомиелит нәтижесі (салдары) болып табылады, сол себепті ірінді асқынулардың алдын алу үшін жақ сүйегінің жедел одонтогенді остеомиелитін дұрыс емдей білу керек. Егер кезең-процесс созылмалы кезеңге өтсе, бірден ота-операция мезгілін белгілеп, уақытында секвестрэктомия жасау керек. Күтіп отыру тактикасы өте қауіпті, өйткені бұл кезде шектелген кезең-процесс жайылған түріне өтіп кетуі мүмкін. Асқыну болған жағдайда уақытында оны жою керек. Есте сақтайтын жай, егер ауру организмінде ұзақ уақыт ірің ошағы сақталса, ол ішкі ағзалардың амилоидозына ауысуы мүмкін. Қосымша аурулары болған

жағдайда, мамандардың кеңесін алып, оларды да созылмалы остеомиелитпен қатар емдейді.

Остеомиелиттер профилактикасы. Бәрінен бұрын кең көлемде жалпы сауықтыру шараларын жүргізу керек. Жарамсыз-герметизмге шыдамайтын тістер жұлынады. Тістерді жарақатты жұлғанда, қосымша аурулары болса немесе әскери далалық жағдайда жұлынса мүмкіндігінше алдын алу-профилактика ретінде антибиотиктер қолданылады. Тістердің қиналып жарып шығуы кезінде «ақыл тісті» уақытында жұлу керек.

8.8. БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ АБСЦЕССТЕРІ МЕН ФЛЕГМОНАЛАРЫ

Жақ-бет аймағының жұмсақ тіндерінің іріңді кезеңдері-процестері, жақ-сүйек остеомиелитімен бірге үйлесіп не болмаса өз бетімен пайда болуы ықтимал.

Инфекцияның таралуы — лимфа, вена тамырларымен немесе іріңді заттың жақ сүйектен жұмсақ тіндерге жарып шығуынан пайда болады. Май қабатының іріңді қабынуы (шіруі) абсцесс не флегмона түрінде өтеді. Бет-жақ аймағы тері, теріасты, ет аралығы май қабатына өте бай. Ал, дербес май қабаты лимфа бездерімен және қан, лимфа тамырларына толып, солар арқылы бір-біріне ұласып жатады.

Абсцесс — бұл тері немесе теріасты май қабатының шектелген іріңді қабынуы.

Абсцестің жергілікті белгілері: анық шектелген, ауыратын тығыз инфильтрат (ісік), оның бетіндегі тері қабаты не шырышты қабық керілген, қан кернеп қызарған, аздап жылтырайды. Ұйыспаның-инфильтраттың ортасы босап және күлтілдеу-флюктуация (сұйық заттың толқынды қозғалысы) байқалады. Қабынудың жалпы белгілері, абсцестің орналасқан жері мен мөлшеріне байланысты болады. Сонымен қатар дене қызуы, бас ауруы, қалтырауы, лейкоцитоздың болуы және ЭТЖ өсуі мүмкін.

Флегмона — теріасты, бұлшықеттер және фасциялар арасындағы (шелдің) клетчаткалардың жайылмалы іріңдеп қабынуы.

Бұл жағдайда ауыратын (тығыз), анық шектелмеген, домбыққан тіндер ішінде орналасқан ұйыспа-инфильтрат байқалады.

Беткей орналасқан флегмоналарда, ауру басталысымен ауыратын тығыз ұйыспаның-инфильтраттың тері қабаты мен шырышты қабығы қан кернеп қызарып, тіндер домбығады. Терісі «жылтырап! керілген, бет шұңқырлары тегістелген, терісі қатпарға жиырылмайды. Тереңдеу орналасқан флегмоналарда, бастапқыда тері қабатында өзгеріс аз болады. Тек бүйір тармақтар-коллатеральды домбығу мен ауыратын тығыз ұйыспа-инфильтрат байқалады. 2-3 күн өткен соң тіндердің іріңді іруінен ұйыспаның-инфильтраттық тығыздығы төмендейді де, ортасында күлтіреу-флюктуация пайда болады, терісі қызарып, кейде көкшіл тартып тұруы мүмкін. Аумақтық лимфа түйіндері үлкейіп, қолмен басқанда

ауырады.Іріңді «көздің» орналасуына байланысты жергілікті өзгерістер — жақтың қарысуы (контрактура), шайнау қызметінің бұзылуы, жұтына алмаушылық не ауыр жұтыну, сөйлеу және тыныс алу қызметінің бұзылуы, дауыстың қырылдауы сияқты белгілермен білінеді. Сілекейдің бөлінуі көбейіп, ол қою және ауыз қуысы түбі (асты) флегмонасында-тілдің көлемі тез үлкейіп, жоғары көтеріліп тұрады.

Этиологиясы мен патогенезі. Бет және мойын аймақтарының абсцесстері мен флегмоналарын қоздыратын микробтарға стрептококктар, стафилококктар, диплококктар, пневмококктар, ішек таяқшасы микробы және басқа да анаэробты микробтар жатады. Бұл микробтар жекеше не болмаса үйлескен түрінде кездеседі. Көбінесе стафилококк және стрептококк табылады.

Инфекцияның тіндерге кірер қақпасы «бұзылған» тістер мен тіс түбірлері. Сондай-ақ инфекция ошағына тіс-қызыл иек қалтасы, бадамша безі, іріңді жақ сүйектің сарысулы ісігі, жақ сүйектің сынығы, сыздауықтар стоматиттер жатады. Егер жұмсақ тіндерде дамыған флегмона, ауыз қуысындағы тістерге байланысты болса, онда ол одонтогендік (тістен пайда болған) флегмона, ал остеомиелиттің асқынуынан пайда болған флегмона-остеофлегмона деп аталады.

Аденофлегмона — лимфа түйіндері іріңдегенде және қоршаған жұмсақ, тіндерге жарып шыққанда пайда болады. Олар одонтогенді (тістен пайда болған) одонтогенді емес (тіске байланысты емес) деп бөлінеді.

Қабыну процесінің дамуына байланысты, организмнің улануы үдеп, жалпы сырқаттану белгілері пайда болады (дененің қалтырауы, жалпы әлсіздік, бас ауруы, тәбеттің шаппауы). Дене қызуы 37°C-тен 40°C-ке дейін көтеріліп, дем алу және тамыр соғуы жиілейді.

Тіндердің анаэробты іріп-шіруінің бастапқы кезеңінде, науқаста эйфория (көңіл-күйінің көтерілуі) пайда болып, жағдайының жақсы екені туралы жалған пікір тууы мүмкін. Бірақ, содан кейін организмнің дереу көп улануына байланысты, барлық ағзалар зардап шеге бастайды. Кей жағдайда жергілікті тіндердің реакциясы (ішкі немесе сыртқы әсерлерге беретін жауабы) әлсіз болады. Бұл, организмнің қарсылау күшінің төмендегенін және аурудың артын болжау күмәнді екенін көрсетеді. Эксудаттың түріне қарай флегмоналар іріңді, іріңді-геморрагиялық және шіріктік деп бөлінеді.

Анаэробтар және олардың басқа да микробтармен үйлесіп тудыратын газды флегмонасы өмірге қауіпті болып есептеледі. Анаэробты инфекция, көбінесе бұлшықет тіндері мен терең клетчаткалы кеңістіктерде кездеседі.

Егер, іріңді флорадан пайда болған флегмонада, тіндердің іріңді қабынуы болады, ал газды флегмонада — тіндердің гангрена (шіруі) пайда болады. Бұл, тіндердің қан тамырларында қанның ұйып, газбен қысылу қан айналымының нашарлауына байланысты.

Науқастың жалпы жағдайы тез нашарлайды: организмнің улануы-интоксикациясы өсіп, (жиі және әлсіз тамыр соғуы, қан қысымының төмендеуі), эритроциттердің ыдырауынан тері қабаты сарғыштаанады.

1965 ж. Д. Е. Альперн және 1971 ж. В. И. Русаков және т. б. қабыну кезеңдерін-процестерінде гиперфибриногенемия (фибриннің пайда болуының үдеуі) болатынын байқаған. Фибриннің, пайда болуы, қабыну

ошағын шектеуге бағытталған қорғаныс реакциясы болып табылады.

Гиперергиялық қабынуда, қан ұю процесі жеделдейді, сонымен бірге фибриногеннің сапалық өзгерісінің негізінде, ол фибрин және фибриноид ретінде тұнып, қан тамыры ішінде қанның ұюына, капиллярлар мен прекапиллярдың жабылып қалуына себепші болады. Бұл кей жағдайда, шіріктік қабынуға әкеп соғады. Жақ-бет аймағының іріңді ауауларында, гемокоагуляция мәселесіне аса зор назар аударған жөн, өйткені анатомия-физиологиялық ерекшеліктері, аурудың ерекше түрін туғызады. Соның әсерінен аурудың клиникалықкөрінісі, нақтамасы-диагностикасы, сондай-ақ дәрігердің науқасты тексеруі, емдеу тәсілі де өзгеруі мүмкін.

Жақ-бет және мойын аймақтарының флегмоналары мен абсцесстерінің топографиялық-анатомиялық жіктелуі:

I. Жоғарғы жақ сүйегі маңында орналасатын абсцесстер мен флегмоналар.

1. Көзасты аймағының («айбат» шұңқыры).
2. Шықшыт аймағы.
3. Көз ұясы аймағы.
4. Самай аймағы.
5. Самайасты қанатша-тандай шұңқыры.
6. Қатты және жұмсақ таңдай.

II. Төменгі жақ сүйегі маңында орналасатын абсцесстер мен флегмоналар.

1. Иекасты аймағы.
2. Ұрт аймағы.
3. Жақасты үшбұрыштығы.
4. Жақ-қанатша кеңістігі.
5. Жұтқыншақ маңы кеңістігі.
6. Меншікті шайнау еті астының кеңістігі.
7. Меншікті шайнау еті-құлақмаңы аймағы және жақарты шұңқыры.

III. Ауыз қуысы түбі абсцесстері мен флегмоналары.

1. Ауыз қуысы түбінің жоғарғы бөлімінің абсцестері мен флегмоналары (аша сүйек-жақ-тіласты бұлшықетінен жоғары)
2. Жақ сүйек-тіл абсцесі.
3. Ауыз қуысының төменгі бөлімінің абсцестері мен флегмоналары (аша сүйек-жақ-тіласты бұлшықетінен төмен).

IV. Тілдің абсцесстері мен флегмоналары;

1. Меншікті тіл абсцесі.
2. Тіл түбірі флегмонасы.

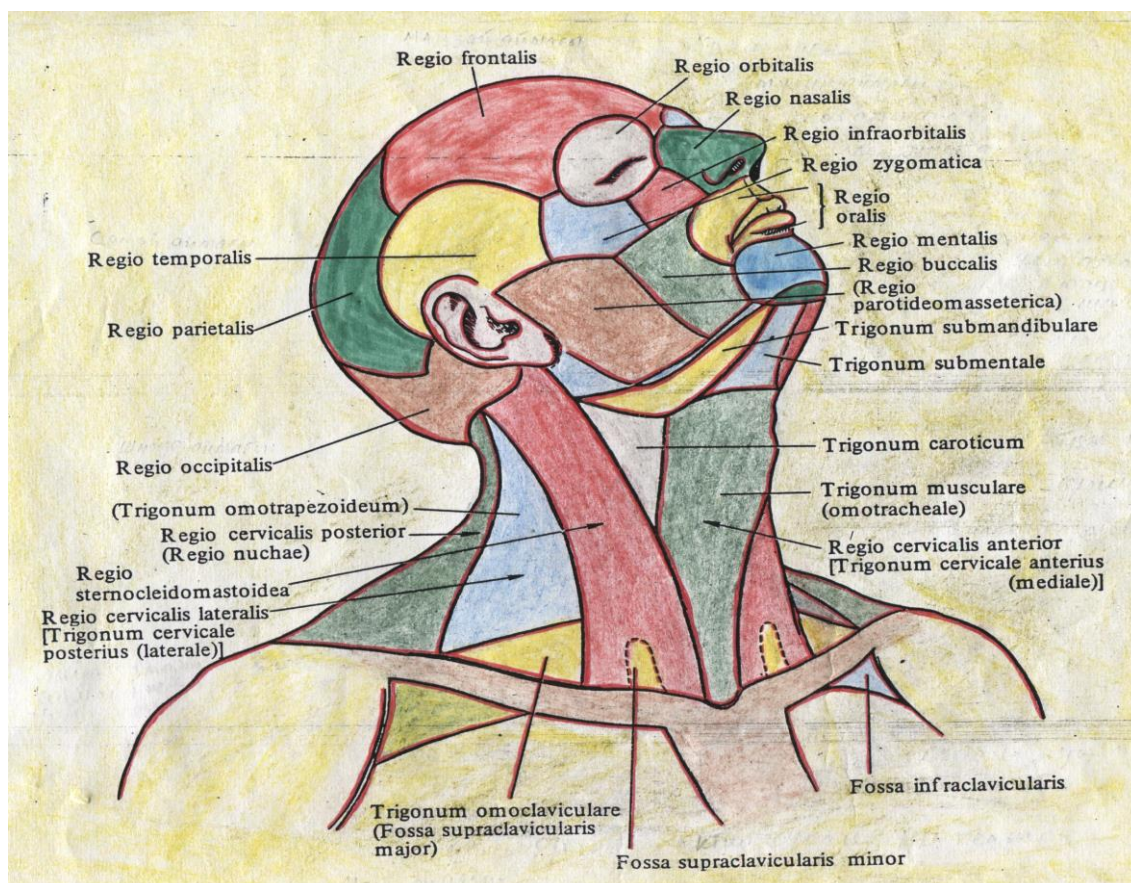
8.8.1. Жоғарғы жақ сүйегі маңында кездесетін абсцесстер мен флегмоналар

Көзасты аймағының абсцесстері мен флегмоналары.

Бұл аймақтың анатомиялық шектері: көз ұясының қыры, жоғарғы

жақ сүйегінің ұяшық-альвеолды өсіндісі, мұрынның бүйір қабырғасы, жақ және шықшыт сүйектерінің жігі. Бұл жерде, борпылдақ (жұмсақ) шелді қабатпен-фасциялармен қоршаған «күлкі бұлшықеттері» орналасқан. Еттердің арасында, көзасты аймағынан шықшыт және ұрт аймақтарына ірің тарайтын шел (май) клетчаткасы болады. Сондай-ақ инфекцияның таралуына, өте көп көк тамырлық-веналық тордың болуы, оның бұрыштық көк тамыр-вена арқылы көз шарасы (ұясы) көк тамырмен-веналарымен жалғасуы үлкен рөл атқарады. Көзасты аймағында іріңді кезең-процесстің, пайда болуына, бұзылған жоғарғы ит және кіші азу тістер, кей жағдайда кіші күрек тістер мен екінші кіші азу тістер- премолярлар себепші болады.

Клиникалық көрінісі. «Айбат» шұңқырында, ісік пайда болып, домбығу мұрын қапталына, жоғарғы және төменгі қабақтарға, шықшыт аймағына, жоғарғы ерінге тарайды. Соның әсерінен мұрын-ерін қатпары тегістеледі, езуі төмен түседі, көз саңылауы жабылады. Науқас, көзасты аймағы жүйкесінің-нервісінің қысылып, тітіркенуінен болатын интенсивті (үдемелі) ауруына шағым айтады.



Сурет- 58.Бас және мойын аймақтары

Кейбір жағдайларда, тері қабатының да іріңді кезеңге-процеске шалдығуы ықтымал. Тері қабаты қызарып, қолмен басқанда күлтілдеу-флюктуация байқалады.

Емі. Іріңді затты шығару үшін, ауыз қуысы арқылы өтпеді қатпарды 3-ші, 4-ші тістің тұсында кесіп, сүйектің сыртқы қабығын тіледі де, қан тоқтататын қысқаш арқылы, жоғарғы жақ сүйегінің алдыңғы бетінде орналасқан бұлшықеттердің арасын ашып, «айбат» шұңқыршасына жетеді. Іріңді сырттан шығару үшін ұзындығы 2,5 см етіп ерін-мұрын қатпары бойымен тіледі.

Асқынулар. Көзасты қырының остеомиелиті, гайморит, флебит.

Шықшыт (бет) сүйегі аймағының абсцесстері мен флегмоналары. Бұл аймақтың шегі шықшыт сүйегінің шегіне сай келеді, жоғарғы жағында көз ұясы-орбита қыры мен самай шұңқыршасының төменгі қыры, алдында — көзасты аймағы, астында—ұрт аймағы, артында — құлақ маңы шайнау бұлшықеті аймағы орналасқан.



Сурет-59. Көз ұясының флегмонасы

Бұл аймаққа іріңді зат көрші клетчаткалы кеңістіктерден кіреді де, жайылмалы, өте қатты ауыратын ұйыспа-инфильтрат және бүйір тармақтар-коллатеральды домбығу пайда болады.

Қабыну құлақ маңы-шайнау бұлшықеті аймағына тараса, төменгі жақ сүйегінің қабыну қарысуы-контрактурасы болуы мүмкін.

Емі-тек хирургиялық жолмен жүреді. Ұйыспаны-инфильтраттың төменгі полюсімен, бет жүйкесінің-нервісінің бұтақтарына параллель етіп, ұзындығы 2-2,5 см тері қабатын кеседі де, қан тоқтатқыш қысқашпен

қабынған тіндерді ашып іріңді шығарады. Ірің шыққан қуысқа хирургиялық қолғаптан жасалған қашыртқы-дренаж (түтікше) қойып жараны таңады.

Көз шарасының абсцесстері мен флегмоналары. Көз шарасының клетчаткалы кеңістігіне инфекция тромбофлебитте бұрыштық көк тамыр-вена арқылы, гаймор қуысынан, самайасты және қанатша-таңдай шұңқыршасы флегмонасынан енуі мүмкін.

Көз шарасы флегмонасының клиникалық көрінісі өте ауыр болады: дене қызуы жоғары көтеріліп, зардапты бас ауруы пайда болып, улану күшейеді. Қабақ домбығып, (хемоз) шырышты қабығының айналып сыртқа шығуы (экзафталм), көздің шарасынан бұлтиып шығуы (диплопия) пайда болады. Ірің көз шарасының тереңіне (бөлімдеріне) кеулесе, «көз алмасының» қимылы бұзылады (59-сурет).

Көз шарасы флегмонасына ұшыраған науқастарды емдеу окулистің, нейрохирургтың, стоматологтың кеңесінен кейін ғана жүргізіледі. Іріңді шығару үшін көз шарасының төменгі-сыртқы қырының терісін, шел клетчаткасын, шелді қабат-фасциясын тіліп, қан тоқтатқыш басы иілген қысқаш аспапты, көз ұясының сыртқы қабырғасымен сүйекке тақай отырып, терең жылжытады да, іріңді шығарады. Жараға қашыртқы-дренаж қояды. Көру жүйке-нервісінің көп уақыт бойы басылып қалуы — соқырлыққа себепші болады. Сондықтан, ауыр қабыну жағдайларында, көз шарасының іріңін, гаймор қуысы арқылы шығаруға тура келеді. Бұл жағдайда гаймор қуысын ашып (трепанация), оның жоғарғы сүйек қабырғасын алып тастайды да көз ұясына кіреді. Гаймор қуысының ауыз жағындағы трепанациялық тесігі, 10-15 күнде өз бетімен жазылады.

Самай шұңқыршасының абсцесстері мен флегмоналары. Самай шұңқыршасының шегі: жарты ай тәрізді бұлшықет — жоғарғы және артқы шегі, шығыңқы бет сүйегінің маңдай өсіндісі — алдыңғы, шығыңқы бет сүйегінің самай өсіндісі, шығыңқы бет сүйегі доғасы және самайасты қыры — астыңғы шегі болып табылады.



Сурет-60. Самай шұңқыршасының флегмонасы

Самай шұңқыршасы сыртынан қалың апоневрозбен қапталтан, ол бас сүйегімен тығыз бітіскен, тек төменгі шегінде ғана ұрттың май түйіншегі, самайасты және қанатша-таңдай шұңқыршаларымен байланысты. Самай шұңқыршасына инфекция осы клетчаткалы кеңістіктерден кіреді. Әсіресе, іріңді қабынудың пайда болуына үстінгі азу тістер жиі себепші болады.

Самай аймағында бірнеше қабат клетчаткалы кеңістіктер бар:

1 қабат — теріасты шелі, 2 қабат — самай бұлшықеті мен апоневроздың арасында, 3 қабат — самай бұлшықетінің астында (самай сүйегі бетінде), ең тереңі.

Теріасты шел қабатының флегмонасында -үлкен шегі көмескі ұйыспа-инфильтрат пайда болады, бұлшықет қабынбайды, сондықтан қарысу-контрактура байқалмайды. Клиникалық көрінісі ауыр емес. Іріңді шығару үшін ұйыспаны-инфильтраттың төменгі шегін бойлай кеседі.

Егер ірің 2-ші қабатта орналасса, клиникалық көрінісі ауырлау болады. Организмнің улануы-интоксикация күшейіп, II дәрежелі қабыну қарысуы-контрактурасы пайда болады. Іріңді шығару үшін самай шұңқыршасын алдыңғы шегінде тіледі де, жоғарғы азу тістердің өтпелі қатпары арқылы контрапертура жасайды. Қашыртқы-дренаж ауыз қуысындағы және сыртындағы кесілген жараны қосып бұруы қажет. Сондай-ақ жараны жылы антибиотик, антисептик және фермент ерітінділерімен жуып тұрады.

Терең, бұлшықетасты клетчаткасы қабатының флегмонасында да улануы-интоксикация күшейіп, дене қызуы жоғары көтеріледі. Қабыну қарысуы-контрактурасы пайда болады. Сырт көзбен қарағанда жастық тәрізді көтерілген ұйыспаны-инфильтратты, қабақтың домбығуын, терінің керіліп тұрғанын көруге болады. (Флегмонаны кесіп - ашу үшін, (терең және жайылмалы) самай бұлшықеті талшықтарының бойымен, ұзындығы 4-5 см етіп, 2-3 радиальды және самай бұлшықетінің бекіген жерінде доға тәрізді ұзындығы 9 см-дей етіп кесу керек те, бұлшықетті сүйектен ажырату қажет. Ірің шыққан соң жараға бірнеше жерден қашыртқы-дренаж қою керек.

Самайасты және қанатша-таңдай шұңқыршаларының абсцесстері мен флегмоналары. Самайасты шұңқыршасының анатомиялық шегі: артында — біз тәрізді өсіндіге бекитін бұлшықеттер, алдында- жоғарғы жақ сүйегінің бұдыры, латеральды (қапталында) - төменгі жақ сүйегі бұтағының ішкі беті, үстінде-самайасты қыры, медиальды жағында қанатша-таңдай шұңқыршасымен шектеседі.

Самайасты шұңқыршасы көзасты саңылауы арқылы — көз ұясымен (шарасымен), ал төмен жағында саңылаулы клетчаткалар аралығы арқылы жұтқыншақ маңы, жақ-қанатша кеңістігімен және ұрттың май түйінімен байланысады. Осы аймақта орналасқан қанатша (венозды) өрімдері, бүйір тармақтар-коллатеральдар арқылы бас сүйегі вена қуыстарымен тіке байланысқан. Сондықтан инфекцияның бас сүйек қуысына тарап, өмірге қауіпті асқынулар тудыруы мүмкін. Самайасты

және қанатша таңдай шұңқыршаларында іріңді кезең-процестің пайда болуына, жоғарғы азу тістер себепкер болады.

Бұл флегмоналардың клиникалық көрінісі өте ауыр, улануы-интоксикация күшейіп, зардапты бас ауыруы пайда болады, дене қызуы көтеріледі. Бірінші тәуліктерде өзгеріс байқай қою қиын, тек ауыз қуысы арқылы жоғарғы жақ бұдырын қолмен басқанда — қатты ауыратыны және өтпелі қатпардың тегістелгені байқалады. Кейінірек шығыңқы бет сүйегі доғасының жоғарғы жағында ұйыспа-инфильтрат пайда болып, қабақ домбығады. Ірің жедел түрде жұтқыншақ маңына жайылып, жұтыну және дем алу процесстерін қиындатады.

Іріңді шығару үшін үлкен азу тістердің тұсында шырышты қабықты 2,5-3 см етіп тіліп, иілген қан тоқтатқыш қысқашты жоғарғы жақ бұдырымен астынан жоғары қарай, сырттан ішке қарай, алдынан артқа қарай бағыттап, қанатша-таңдай шұңқыршасының кіреберісіне жетеді де, қысқаштың аузын ашып сол бойымен кейін шығарады. Ауыз қуысын антисептик ерітінділерімен жиі шайқау керек.

Жұмсақ және қатты таңдайдың, іріңді кезең-процесстері. Жұмсақ таңдайдың аумағында аз ғана клетчаткалардың бар екені анық. Сондықтан осы жерде абсцестер мен флегмоналардың пайда болуы ықтимал. Бұл жерге инфекция, көбінесе жоғарғы үшінші азу тістің түбір ұшынан жетуі мүмкін. Жұмсақ таңдай мөлшері дереу үлкейіп, сау жағына қарай жылжыған, бұлшықеттері шала салға, парезге ұшыраған.

Емі. Шырышты қабықтың томпайып көтеріліп тұрған жерін, алдынан артқа қарай ұзындығы 2 см етіп тіледі. Қатты таңдайда абсцесстер ұяшық-альвеолдық өсіндінің таңдай бетіне жақын орналасқан, бұзылған тіс түбірлерінен пайда болады (кіші күрек тістер, бірінші азу тістің таңдай түбірі). Қатты таңдайдың шырышты қабығының астына жиналған ірің қатты ауырады, өйткені бұл жерде борпылдақ клетчатка болмайды. Сондықтан шырышты қабық сүйек сырты қабығымен бірге сүйектен ажырап, сезімтал жүйке-нерв талшықтарының тітіркенуіне әкеп соғады. Абсцессті ашу үшін, шырышты қабықты ұйыспа-инфильтраттың дәл ортасынан үшбұрышты не ромбы тәрізді етіп кесіп алып тастау қажет. Сонда ірің дереу шығады, жараның шеттері тез жабыса қоймайды.

8.8.2. Төменгі жақ сүйегі маңында кездесетін абсцесстер мен флегмоналар

Топографиялық анатомиясы: алдында — төменгі жақ сүйегінің иек бөлімі, шет қапталдарында оң және сол қос қарынша бұлшықетінің алдыңғы қарынша бөлігі, үстінде — жақ-тіласты бұұлшықеті, артында — тіласты сүйегінің денесі, төменінде — мойынның меншікті фасциясы. Бұл жерде бұлшықет арасы борпылдақ клетчаткасы және 2-4 иекасты лимфа түйіндері орналасқан. Бұл аймақта іріңді қабынудың пайда болуына лимфа түйіндерінің қабынуы және төменгі күрек тістердің түбір ұшында инфекция ошағының болуы себепші деп есептеледі.

Клиникалық көрінісі. Екінші иек тәрізді қатты ауыратын ұйыспа-инфильтрат пайда болып, бет аумағы ұзарғандай көрінеді. Жалпы көрінісі онша ауыр емес. Ауыз ашу шектелмеген, ауыз қуысы түбінің шырышты қабығы өзгермеген, тек әбден асқынған жағдайда шырышты қабық домбығады, ал тері қабатында — қан кернеп қызару және күлтіреу-флюктуация пайда болады.

Іріңді шығару үшін иекасты аймағының терісін ортаңғы сызықпен ұзындығы 2-2,5 см етіп тіледі де, қан тоқтатқыш қысқашпен тіндерді жылжытып (сырып), ірің шыққанға дейін ашады. Жараға қашыртқы-дренаж қойып таңады.

Төменгі жақасты үшбұрышының абсцесстері мен флегмоналары. Үшбұрыштың анатомиялық шегі: төменгі жақ сүйектің төменгі қыры, қос қарынша бұлшықетінің алдыңғы және артқы қарыншалары, жоғарғы шегі-жақ-тіласты бұлшықеті, астыңғы шегі-мойынның меншікті шелі-фасциясының беткей қабықшасы.

Жақасты кеңістігін толтырып тұратын клетчаткада жақасты сілекей безі, бет артериясы, алдыңғы бет венасы лимфа түйіні орналасады. Бұл жерге инфекция — кешеуілдеп жарып келе жатқан үшінші азу тістен, төменгі үлкен және кіші азу тістердің түбір ұшында болатын қабыну процестерінен тарайды. Жақ астында ауыратын ісік пайда болып, жұтынуда ауырсынады. Жақасты үшбұрыштығының тереңінде тығыз, ауыратын ұйыспа-инфильтрат пайда болып, тері қабаты керіле бастайды. Коллатеральды домбығу күшейіп, төменгі жақ сүйек қимылында

ауырсынады және II—III дәрежелі жақ қарысуы болуы мүмкін (61-сурет).



Сурет-61. Төменгі жақасты аймағының флегмонасы

Флегмона—даму шыңына жете бергенде, дене қызуы 38-39°C көтеріліп, науқастың жалпы жағдайы нашарлап, тәбеті мен ұйқысы бұзылады. Іріңді зат мойынға жұтқыншақ маңы кеңістігіне және ауыз қуысы түбіне таралуы мүмкін. Сондай-ақ алдыңғы бет жүйесі және

мойындырық венасының тромбозы болуы ықтимал. Жақасты клетчаткалы кеңістігінің флегмонасы сепсиспен және медиастинитпен асқынуы мүмкін.

Емі. Флегмонаны ашу үшін, төменгі жақ сүйегінің қырынан төмен қарай және оған параллель 1-2 см төмен ұзындығы 3-4 см тері қабатын тіледі де, теріасты клетчаткасы мен бұлшықеттерін қан тоқтатқыш қысқашпен ашады. Іріңді шығарып, жараға қашыртқы-дренаж қояды.

Меншікті шайнау етіасты кеңістігінің, абсцесстері мен флегмоналары. Кеңістіктің топографиялық анатомиясы: Төменгі жақ сүйегі бұтағының сыртқы беті — медиальды шегі, меншікті шайнау етінің ішкі беті — латеральды шегі, шықшыт доғасының қыры- жоғарғы шегі, төменгі жақ сүйегі қыры — төменгі шегі болып табылады. Бұл жерде май клетчаткасы аз болғандықтан, ірің меншікті шайнау еті мен сүйек сырты қабығы араларында жиналады, Аурудың себебі — төменгі үшінші азу тістің кешігіп қиналып жаруы және төменгі азу тістер жанындағы тіндердегі инфекциялардың лимфа және вена жолдары арқылы таралуы.

Клиникалық көрінісі. Меншікті шайнау етінің бекіген тұсында, яғни төменгі жақ сүйегінің бұрышынан жоғары тығыз, ауыратын ұйыспа-инфильтраттың пайда болуынан, бет әлпет өзгереді. Тері қабаты өзгермейді, бірақ I-II дәрежелі қабыну қарысу-контрактурасы пайда болады. Науқастың жалпы жағдайы — орташа, асқынған жағдайда — ауыр, дене қызуы 38-39°C градусқа дейін көтеріледі. Ауру әрі қарай асқынған кезде домбығу және ұйыспа-инфильтрация самай, жақарты және құлақмаңы меншікті шайнау еті аймағына жайылып, ауыруы үдейді.

Емі. Іріңді затты шығару үшін төменгі жақтың бұрышын айналдыра ұзындығы 4-5 см етіп тері қабатын тіледі де, шайнау етінің бекілген жеріндегі сіңірін (жақтың бұрышына таман жерінде) жартылай кесіп, қан тоқтатқыш қысқашпен етті төмен жағынан, жақ сүйек бұтағының сыртынан ажыратады. Іріңді шығарып, жараға қашыртқы-дренаж қояды.

Жақ сүйегіарты аймағының флегмонасы. Топографиялық анатомиясы. Жақарты шұңқыршасы төменгі жақ сүйектің бұтағының артқы қырымен -алдында, емізікше өсіндісімен оған бекитін — төс-бұғана-емізікше бұлшықетімен — артында, біз тәрізді өсінді мен оған бекіген еттермен — медиальды жағында, сыртқы дыбыс есту тесігімен — жоғарғы жағында шектеледі. Сырт жағында құлақмаңы шайнау еті шелі-фасциясымен жабылған. Бұл жерде лимфа түйіндері, май клетчаткасы, құлақмаңы сілекей безінің артқы полюсі орналасқан.

Флегмонаның пайда болуына, төменгі азу тістері мен инфекцияның көрші аймақтардан келуі себепші болады (подмассетериальды, жақасты аймақтары).

Клиникалық көрінісі. Тығыз, ауыратын ұйыспа-инфильтрат пайда болып, бүйір тармақтар-коллатеральды домбығу самай, құлақмаңы және ыртқы есту тесігі маңына жайылады. Жалпы жағдайы орташа, дене

қызуы 38-39°C дейін көтеріліп, төменгі жақ сүйегі мен мойын қимылы шектеледі. Іріңді шығару үшін төменгі жақ сүйегі бұтағының артқы қырына параллель етіп, ұзындығы 2,5 см-дей тері қабатын қандауырмен тіледі де, ары қарай тіндерді өткір емес аспаппен ашады. Іріңді шығарып, жараға қашыртқы-дренаж қояды.

Жақ-қанатша кеңістігінің флегмонасы. Топографиялық анатомиясы. Жақ-қанатша кеңістігінің латеральды қабырғасын — төменгі жақ сүйегі бұтағының ішкі беті, артқы және төменгі қабырғасын — медиальды қанатша бұлшықетінің сыртқы беті құрайды. Жоғарғы жақ шегі — медиальды және латеральды қанатша бұлшықеттерінің фасциальды жапырағы, алдыңғы жағында - ұрт-жұтқыншақ жігі.

Жақ-қанатша кеңістігі борпылдақ клетчаткамен толтырылған, оның латеральды қабырғасының ортасында ұяшық жүйкесі-альвеолды нерв, артерия және вена өтетін төменгі жақ сүйек тесігі орналасқан. Қанатша-жақ кеңістігі- самайасты, қанатша-таңдай шұңқыршаларымен, жұтқыншақ маңы кеңістігі және жақарты аймағымен, ал дөңгелек тесік арқылы — үшкіл нерв бұтақтарының жолымен, бас қуысымен байланысады. Осы кеңістіктегі іріңді кезең-процесстер, кей жағдайда адам өміріне қауіп туғызатын ауру болып табылады.

Жақ-қанатша кеңістігі клетчаткасының іріңді қабынуына көбінесе төменгі азу тістер себепші болады. Сондай-ақ инфекция мандибулярлық жансыздандыру кезінде де енуі мүмкін.

Тістен пайда болған одонтогендік (инфекциялық флегмона) флегмоналарда қабыну ұйыспа-инфильтраты — бұл кеңістіктің төменгі бөлімінде, ал инфекциялы флегмоналарда ұйыспа-инфильтрат көбінесе кеңістіктің жоғарғы бөлімінде пайда болады.

Клиникалық көрінісі. Қабынудың ең ерте білінетін белгісі — II-III дәрежелі қарысу-контрактура және ауырсынып жұтыну болып есептеледі. Сонан соң төменгі жақ сүйегі бұрышында тығыз, ауыратын ұйыспа-инфильтрат пайда болып, ауыз ашылуы одан әрі шектеледі. Жалпы жағдайы нашарлап, дене қызуы 38-39°C көтеріледі. Ауыз қуысын тексергенде — алдыңғы таңдай иінінің, қанатша-жақ қатпарының шырышты қабығының ұйыспа-инфильтрациясын көруге болады. Сондай-ақ Венсан белгісі-симптомы байқалуы мүмкін (иек аймағының сезімталдығының бұзылуы) ол төменгі альвеолды нервсінің, жақ сүйегі өзегіне кірер жерінде қысылып қалуының салдары.

Емі. Іріңді шығару үшін төменгі жақ сүйегі бұрышын айналдыра, ұзындығы 4-4,5 см етіп, тері және теріасты клетчаткасын тіліп, ары қарай қан тоқтатқыш қысқашпен, төменгі жақ сүйегінің ішкі бетіне бекітін медиальды қанатша бұлшықетінің сіңірін сүйектен ажыратады. Аспапты жақсүйек бұтағының ішкі бетімен жылжыта отырып, іріңді шығарады. Жараға қашыртқы-дренаж қойып танады.

Қабыну кезеңінде ұйыспа-инфильтрат қанатша-жақ кеңістігінің жоғарғы бөлімінде орналасса, іріңді шығару үшін ауыз қуысы

арқылы қанатша-жақ қатпарына параллель етіп, шырышты қабықты тік кеседі, яғни қатпар мен төменгі жақ сүйегінің алдыңғы қыры арқылы. Өткір емес аспаппен қанатша-жақ кеңістігі тінін ашып іріңді шығарады.

Жұтқыншақмаңы кеңістігінің флегмонасы. Жұтқыншақ маңы кеңістігінің мөлшері кіші болғанымен, іріңді аурулар клиникасы үшін мағынасы бар. Өйткені бұл жерге кеңірдек жақын орналасады және үлкен қан тамыры, нерв бағандары өтеді. Сондықтан бұл аймақтың флегмоналары өмірге үлкен қауіп тудыруы мүмкін.

Топографиялық анатомиясы. Жұтқыншақтың бүйір қабырғасының бұлшықеттері — кеңістіктің ішкі қабырғасын; медиальды қанатша бұлшықетінің ішкі беті — сыртқы қабырғасын; қанатша-жақ-алдыңғы қабырғасын; біз тәрізді өсінді өзіне бекитін үш бұлшықетпен және екі байламмен (Жонеско диафрагмасы) бірге — артқы қабырғасын; жақасты сілекей безі — төменгі қабырғасын шектейді.

Парафарингеалды кеңістікте борпылдақ клетчатка да мол болады. Ол жақарты шұңқыршасымен, медиальды қанатша бұлшықетінің және бізше-жұтқыншақ апоневрозының арасына сыналап кіріп жатқан жұтқыншақ өсіндісі арқылы құлақмаңы (шықшыт) сікелей безі ұясымен, біз-тіласты және біз-тіл бұлшықеттері арқылы ауыз қуысы түбі және жақасты ұшбұрыштығымен байланысады.

Жұтқыншақмаңы кеңістігінің іріңді қабынуына - балық сүйегінен немесе бөтен денелерден жарақаттану немесе басқа көрші аймақтардан (паротитте, баспада, ауыз қуысы түбі флегмонасында) инфекцияның кіруі себеп болады.

Клиникалық көрінісі. Дене қызуы көтеріліп, жұтыну кезең-процесі құлаққа шауып, қатты ауырады. Науқастың жалпы жағдайы тез нашарлап, жұтынуы, дем алуы қиындайды, даусы қырылдап, міңгірлей бастайды. Бет келбеті дөңгелектеніп, көкшіл тартады. Ауызды ашу қиындайды. Лимфа түйіндері үлкейіп, ауырсынады (төс-бұғана-емізкіше бұлшықеті бойындағы). Ауыз қуысының артқы бөлімін қарағанда онда жұмсақ таңдайдың, оның иіндершің және жұтқыншақтың бүйір қабырғасының домбығуы мен ұйыспа-инфильтрациясын көруге болады, жұмсақ таңдай тілшігі сау жаққа қарай жылжыған, жұтқыншақ (аңқа) кішірейген.

Парафарингеалды кеңістіктің қауіпті асқынуы — көкірек қуысының іріңдеуі, яғни медиастинит болып есептеледі. Көкірек қуысына инфекцияны өткізуші болып, ұйқы, мойындырық веналары, бассүйек-ми жүйкелерінің-нервтерінің бағандары есептеледі.

Емі. Парафарингеалды кеңістіктің іріңін шығару үшін, төменгі жақ сүйегінің бұрышын айналдыра, ұзындығы 4-4,5 см етіп тері қабатын тіледі де, қан тоқтатқыш қысқашты медиальды қанатша бұлшықетінің ішкі бетімен астынан жоғары қарай, сырттан ішке қарай жылжытады. Ірің шыққан соң, жараға қашыртқы-дренаж қояды. Егер шектелген абсцесс пайда болса, онда қанатша-жақ қатпарына параллель ішке қарай,

ауыз қуысы арқылы тік, тереңдігі 0,5-0,75 см-дей шырышты қабықты тіледі де, қан тоқтатқыш қысқашпен тінді ашып, ірінді шығарады. Ауыз қуысын жылы антисептиктермен бірнеше рет шайқайды.

Тамақасты флегмонасы. Топографиялық анатомиясы. Тамақ астын (диафрагма) аша сүйек-жақ-тіласты бұлшықеті құрайды. Оның жоғарғы жағында симметриялы түрде — иек-тіл және тіласты-иек бұлшықеттері орналасады; диафрагмадан төмен қосқарынша бұлшықетінің алдыңғы қарыншасы орналасады. Осы еттердің арасында борпылдақ клетчатка болады.

Аша сүйек-жақ-тіласты бұлшықеті тамақ астын 2 қабатқа бөледі — жоғарғы және төменгі. Жоғарғы қабатында — тіласты сілекей бездері, төменгі қабатында — жақасты сілекей бездері, қан тамырлары, нервтер мен лимфа түйіндері орналасады.

Тамақасты флегмонасының пайда болуына - төменгі азу тістері мен басқа аймақтардан (тамақасты үшбұрыштығы, жұтқыншақмаңы немесе қанатша-жақ кеңістігі) инфекцияның кіруі және сілекей безі себепші болады.

Клиникалық көрінісі. Науқастың жалпы жағдайы ауыр, дене қызуы 39-40°C градусқа дейін көтеріледі де, тамыр соғуы жиілейді. Тынысы жиілеп, ауырлайды. Беттің төменгі бөлімінде — жайылмалы, ауыратын, тығыз инфильтрат пайда болып, тері қабаты керіліп, қан кернеп қызарады. Ауызы жартылай ашылып, тілі кеуіп, ауызға сыймай тұрады (инфильтраттың әсерінен). Ауыздан жағымсыз иіс шығады. Сілекей қою және таза емес (61-сурет).

Тіласты біліктері мен қатпарлары тілұшы астында үлкейіп, екінші тіл тәрізденіп тұрады. Жұтынуы қиындайды немесе мүлдем жұтына алмайды, даусы қырылдап, сөйлеу қиынға соғады.

Науқастың лажыз басы төмен салбырап, селқос жағдайда немесе шамадан тыс көтеріңкі күйде болуы мүмкін.

Емі. Ірінді ошақты уақтылы ашып, ірінді шығару өте қажет шара. Тамақастының шектелген флегмонасында орта сызық бойымен ұзындығы 4 см-дей етіп иектен тіласты аша сүйегіңе дейін тіліп, тіласты аймағына дейін аспаппен тінді ашады.



Сурет-62. Ауыз қуысы түбінің флегмонасы

Ал тамақастының жайылмалы флегмонасында, орта сызық, бойымен кесіп-ашып қана қоймай, жақасты үшбұрыштығында, төменгі жақ қырына параллель етіп, оң-сол жақтарын да тіледі. Барлық тілінген жер арқылы, клетчаткалы кеңістіктерді ашып, іріңді шығарады да, жараға жақсылап қашыртқы-дренаж қояды.

Ауыз қуысы арқылы тек шырышты қабық астында кездесетін шектелген абсцесстерді ғана тіледі.

Тіл-жақ абсцесі. Топографиялық анатомиясы. Тіл-жақ науасы үлкен азу тістердің тұсында, тіласты аймағының артқы бүйір бөлімінде, төменгі жақ сүйегі денесінің ішкі беті мен тіл түбінің бүйір қабырғасында орналасқан.

Науаның ұзындығы 2-2,5 см, ені-1-1,5 см, бұл жерде борпылдақ клетчатка орналасқан. Инфекция осы аймаққа төменгі азу тістерден енеді. Жақ-тіл науасы қабынуын уақтылы анықтап емдемесе, ол жақасты кеңістігі және тамақасты флегмоналарымен асқынады.

Клиникалық көрінісі. Ауру жедел басталып, науқас жұтынғанда, тіластының ауыратынын, сілекей бөлінуінің күшейгенін, ауызды ашудың шектелгенін және сөйлегенде, тамақ жегенде ауыратынын айтады. Дене қызуы, 37,5-39°C-қа дейін көтеріледі. Сырт көзбен қарағанда жақасты үшбұрыштығында ептеп ісік барын көруге болады. Ауыз қуысында жақ-тіл науасының шырышты қабығының көтеріліп, қан кернеп қызарғанын және қолмен басқанда қатты ауыратын ұйыспа-инфильтраттың барын көруге болады. Сондай-ақ күлтіреу-флюктуация бұл жерде ерте пайда болады.

Жақ-тіл науасы абсцесінің, зардапты ауыруы тіл жүйке-нервісінің экссудатпен басылып қалуымен түсіндіріледі.

Емі. Іріңді шығарарда, тіл нервісі мен тіл венасын зақымдап алмау үшін, төменгі жақ сүйегінің ішкі беті мен науаның орта сызығының арасын, қандауырмен ұзындығы 2 см етіп тіледі де, қан тоқтатқыш қысқашпен тіндерді ашады. Іріңді зат шыққан ауыз қуысын антисептик ерітінділерімен жиі шайқау керек.

Ауыз қуысы түбінің флегмонасы (Людвиг баспасы). Бұл ауру туралы 1836 жылы неміс дәрігері Людвиг жазған.

Бұның кәдімгі флегмоналардан айырмашылығы, тамақасты тіндерінде пайда болып, тіндерде ірің орнына аз мөлшерде жағымсыз иісті, шикі ет жуған су тәріздес сұйықтық болады.

Людвиг баспасының пайда болуына бұзылған төменгі азу тістер, тонзиллит және пародонтоздың ауыр формалары себепші болуы мүмкін.

Ауруды — анаэробты инфекциялар тудырады (гемолитикалық стрептококк).

Людвиг баспасында негізгі кезең-процесс бұлшықеттерде жүреді. Ол жиі жақасты аймағында басталып, дереу ауыз қуысы түбінің тіндеріне жайылады. Сондықтан өте тығыз, жайылмалы, аздап ауыратын ұйыспа-

инфильтрат пайда болады (тығыздығы ағаш тәрізді). Тері қабаты домбығып керілген, түсі мрамор тәріздес, бірақ қан кернеп қызармаған.

Ауызы жартылай ашылып, тіл көлемі үлкейіп, көтеріледі, ауыз қуысынан жағымсыз иіс шығады.

Тыныс алуы жиілеп, қиындайды. Науқас — лажысыз жартылай отырған күйде болады, мұрын-ерін қатпары көкшіл тартып, жұтынуы ауырлап, сөзі түсініксіз болады. Ұйыспа-интоксикация күшейіп, жүрек-қан

тамыры, орталық жүйке-нерв жүйелері жағынан өзгеріс байқалады. Дене қызуы 38-38,5°C дейін көтеріледі.

Ауру басталғаннан 3-4 күн өткен соң, ұйыспа-инфильтратты қолмен басса, газ көпіршіктерінің сықырлау-крепитациясы байқалады. Ол тері астында тіндердің шіруінен пайда болады.

Людвиг баспасында организмнің улануы нәтижесінде-интоксикацияның, сепсистің, жүрек қызметі нашарлауының және тыныс алу орталығының зардап шегуінің әсерінен өлім-жітім жағдайы көп кездеседі (40-60% дейін).

Емі. Хирургиялық ем тәсілін неғұрлым ерте қолданған жөн. Барлық инфильтрацияға ұшыраған тіндер және бұлшықетаралық кеңістіктері кең ашылуы тиіс. Ол тіндерге ауаның жеңіл жетуін қамтамасыз етеді. Тілінетін жер төменгі жақ сүйегінің бір бұрышына дейін жақ сүйекке параллель (жаға тәрізді) болуы тиіс. Сонымен бірге жақ сүйекке бекіген бұлшық еттер де кесілуі тиіс. Ұйыспа-инфильтратты тіліп ашқанда одан аз мөлшерде жағымсыз, сұр түсті лайлы сұйық зат және газ көпіршіктері шығады.

Бұлшықеттер, клетчаткалар, сілекей бездері піскен ет түстес болады.

Ұйыспа-инфильтратты кең ашып, ұзақ уақыт оксигенция (кеңістіктерге оттегін кіргізу) жүргізу қажет. Ол үшін жараны 1% сутегі тотығы ерітіндісімен калий перманганатын қосып жуады, сондай-ақ тампонға марганец қышқылды калий ерітіндісін сіңдіріп жараға қоюға болады. Бактерияларға қарсы еммен бірге гангренаға қарсы «бағытталған сарысуды (сыворотка) да тағайындау қажет.

Тілдің абсцесстері мен флегмоналары. Топографиялық анатомиясы. Тілдің, жоғарғы бөлімі — ұзынша және көлденең жолақты бұлшықеттердің талшықтарынан тұрады. Төменгі бөлімі немесе түбірі — жұп иек бұлшықеті, бір өсіндісі – тіл бұлшықеті және таңдай-тіл бұлшықеттерінен тұрады.

Бұлшықеттердің арасында клетчаткалы кеңістіктер болады. Тіл қан және лимфа тамырларына өте бай келеді. Әсіресе иек-тіл бұлшықеті -тілге өткен жерінде өте көп клетчатка және екі лимфа түйіні орналасқан. Тілдің іріңдеп қабынуы әртүрлі себептерге байланысты бұзылған тіс сауытының өткір қыры, протездер және т.б. Сондай-ақ тіл абсцесстері жаралы ауыз уылуынан (стоматит), тонзилиттің асқынуынан да пайда болуы мүмкін.

Бұл жердің ірінді процесстері:

1) тілдің меншікті бұлшықеттері аралығының жоғарғы бөлімінде шектелген абсцесс; 2) жайылмалы флегмоналы қабыну; 3) тіл түбірінің абсцессі немесе флегмонасы, ретінде кездесуі мүмкін.

Клиникалық көрінісі. Тілдің беткей орналасқан абсцесстерінде- бір жақ жартысында немесе орта шенінде қатты ауыратын, шектелген инфильтрат пайда болады. Содан кейін тілдің көлемі үлкейіп, бетінде тіс дақтары (іздері) көріне бастайды. Тіл домбығып, инфильтраттың шегі үлкейеді. Ауыздан жағымсыз иіс

шығып, созылған сілекей бөлінеді. Даусы қырылдап, жұтына алмаушылық байқалады. Дене қызуы 38°C-қа дейін көтеріліп, жақасты, иекасты лимфа түйіндері ауырып, үлкейеді. Беткей орналасқан абсцесстерді, тілдің бойымен кішкене ғана тіліп ашады.

Ал терең орналасқан флегмонада ұйыспа-инфильтрат және іріндік тілдің төменгі бүйір бетінде кездеседі. Науқастың жалпы жағдайы ауырлап, тілдің көлемі үлкейеді де, қимылы шектеледі.

Тіл флегмонасын — бүйір бетін тілу арқылы ашады, кейбір жағдайларда, тіл арқасы бойымен қосымша тіліп ашады.

Тіл түбірі флегмонасы өте ауыр жүреді: дене қызуы 39-40°C дейін көтеріліп, дене қалжылдап, науқастар ұйықтай алмайтындығына және тұншығып қалу қорқынышына шағымданады.

!!! Науқастар жұтына алмайды немесе өте ауыр жұтынады.

Бет әлпеті бозарып, сәл көкшіл тартып, көз қарашығы үлкеюі мүмкін.

Тіл үлкейген, бірақ жұмсақ, пальпация жасағанда тілдің жағы ауырады. Иекасты аймағында (тіласты аша сүйегіне жерде) ауыратын ұйыспа-инфильтрат байқалады. Тіл түбірі флегмонасын ашу үшін, иекасты аймағында, орта сызық бойымен тері және теріасты клетчаткасын тіліп, аспаппен қос қарынша бұлшықетінің алдыңғы қарыншасын жылжытады (арасын ашады). Содан соң аша сүйек-жақ тіласты бұлшықетін орта жігінен кесіп, қолдың саусағымен тіл түбіріне жетеді. Ірің шыққан соң, жараға кең етіп қашыртқы-дренаж қояды. Кейбір науқастарда, ірің тәулік өткен соң ғана пайда болуы ықтимал. Егер тыныс алу қызметі нашарлай берсе, онда трахеотомия жасау қажет.

8.8.3. Бет-жақ аймағы флегмоналарын емдеудің негізгі қағидалары

Емдеу жолы жан-жақты кешенді-комплекссті шаралардан тұруы қажет.

Негізгі шаралар:

1) **Хирургиялық ем.** *Мақсаты:* жұмсақ тіндердегі ошақты іріңді ашып, қашыртқы-дренаж жасау; 2) микробқа қарсы; 3) улануға-интоксикацияға қарсы; 4) сенсibiliзацияға қарсы; 5) организмнің нашарлаған функциясын қалпына келтіруге бағытталған; 6) жалпы әлдендіргіш және иммунды-биологиялық қасиеттерді көтеру үшін бағытталған стимуляциялық емдер.

Жақ-бет аймағының флегмонасында ота-оперативтік ем, яғни бұзылған (қабынуға себепші болған) тісті жұлу және жұмсақ тіндерді ашып, іріңді шығару кейінге қалдыруға болмайтын, кей жағдайда шұғыл ота-операция түріне жатады.

Тісті жұлудың негізгі мақсаты — сүйек ішіндегі іріңді қашыртқы-дренаж шығарып токсиндердің қанға сіңуін және экссудаттың сүйек өзектері арқылы жайылуын азайту болып табылады.

Сонымен бірге, тісті жұлғанда, инфекция «көзі» де жойылады.

Микробқа қарсы ем. *Антибиотиктер.* Микробтар клеткасына әсер ету механизміне байланысты антибиотиктер екіге бөлінеді:

1) Бактерицидті; 2) Бактериостатикті әсерлі антибиотиктер.

Егер организмнің реактивтігі сақталса, онда бактериостатикті антибиотиктерді (стрептомицин, неомицин, нитрофурандар тобы, фурадонин, фурагин) тағайындайды. Жедел одонтогенді инфекцияларда пенициллиннің жартылай синтетикалық препараттары, жоғары нәтижелі болып есептеледі. Олардың кейбірлері пенициллинге тұрақты микробтар штамдарында антибактериалды әсер етеді. Олардың бірі — метациклин, 1960 жылы алынған. Оның ерекшелігі — бензилпенициллинге және басқа да антибиотиктерге тұрақты стафилококктарға әсер етеді.

Метициллин организмнен дереу бөлініп шығады, сондықтан оны бұлшықет ішіне тәулігіне 1 гр-нан 4-6 рет салады.

Одонтогенді инфекциялардың асқынған жағдайында (сепсис) метициллиннің тәуліктік дозасын 10-12 г дейін көбейту қажет. Оксациллин — әлсіз қышқыл ортаға тұрақты, сондықтан оны ішке тәулігіне, 5 грамнан 4-6 рет (тамақ ішер алдында 30-40 мин бұрын) тағайындайды. Бұлшықет ішіне де тәулігіне 0,5 граммнан 4-6 рет жіберіледі.

Пенициллиннің басқа түрлеріне қарағанда, ампициллиннің әсер ету спектрі үлкен. Ол грамм оң және грамм теріс бактерияларды жоя алады. Оны ішке, тамақ ішерден 30-40 минут бұрын тәулігіне 0,5 граммнан 4-6 рет тағайындайды.

Тетрациклиндер-микробтарға бактериостатикті әсер етеді. (Ненициллин мен стрептомицинге тұрақты түрлеріне). Олар жаңа микроб клеткалары пайда болу үшін қажет белок синтезін ұстап

қалады.

Тетрациклин немесе окситетрациклин гидрохлориді 1-2% новокаин ерітіндісінде 0,1-0,25 граммнан тәулігіне 3-4 рет бұлшықет ішіне енгізіледі.

Морфоциклин — остеотропты антибиотик қатарына жатады сондықтан ол сүйек тініндегі инфекцияға, басқа антибиотиктерге қарағанда күшті әсер етеді. Оны көбінесе жедел одонтогенді остеомиелитте тағайындайды. Оның 10-20 мл 5% глюкоза ерітіндісіндегі 0,1-0,15 грамы көк тамыр-венаға тәулігіне 1 рет жәйлап жіберіледі. Ем курсы 5-7 күн.

Стрептомициндер — көбейіп келе жатқан микробтар клеткаларына, бактериостатикті әсер етеді. Ас қорыту жолында нашар сіңетін болғандықтан, оны бұлшықет ішіне тәулігіне 0,5-1,0 г 2 рет енгізеді.

Стрептомициннің бір инъекциясы 8 сағаттан көп уақыт қан құрамында жүреді.

Неомициндердің әсер ету спектрі кең, бірақ орталық жүйке-нерв жүйесіне және бүйрекке улы әсер етеді.

Қисындасқан антибиотиктер. Олететрин- олеандомицин мен тетрациклиннен тұрады, спектрі кең болғандықтан, грамм теріс бактерияларға күшті әсер етеді. Сондықтан оны қатты ауырған жағдайларда тағайындайды.

Олететрин таблеткасын тәулігіне 4-5 рет 0,5 г-нан қабылдайды.

Тетраолеан (сигмамицин) олететрин тәрізді, тек бұлшықет ішіне 0,1 г-нан изотониялық ерітіндіде тәулігіне 2-3 рет енгізеді.

Олеоморфоциклин - олеандомицин мен морфоциклиннің қоспасы; оны көк тамыр-венаға 0,26 г (250 000) тәулігіне 1 рет қана жібереді.

Басқа топтағы антибиотиктер. Ристомин — күрделі құрылысы бар, жоғары молекулалы антибиотик. Басқа антибиотиктерге тұрақты микробтарға қарсы тиімді дәрі. Оны ауыр сепсистік жағдайларда қолданады.

Көк тамыр-вена арқылы тамшылатып, 500 000 Б. тәулігіне 2 рет енгізеді. Сонымен бірге қан құрамы мен бүйректің несеп бөлу функциясын (қызметін) қадағалау қажет.

Линкомицин — кейбір анаэробтарға антибактериалды әсер етеді. Оны басқа антибиотиктерге тұрақты микробтардан пайда болған сепсистік жағдайларда қолданады. Бұлшықет ішіне 0,5 г тәулігіне 2 рет немесе капсула түрінде тамақ ішерден 1 сағат бұрын, 0,5 г-нан тәулігіне 3 рет береді.

Науқастар линкомицинді жақсы көтереді, бірақ бауыр мен бүйрек қатты ауыратын жағдайларда тағайындауға болмайды.

Одонтогенді инфекцияда, микрофлора көбінесе цепоринге сезімтал келеді. Ол бұлшықет ішіне енгізіледі. Ең жоғары тәуліктік дозасы 6 г. **Сульфаниламидті препараттар** кокктардан пайда болатын ауруларда тиімді келеді.

Олардың жеткіліксіз дозасын қабылдағанда немесе қабыдануды ерте тоқтатқан жағдайда, микробтардың оларға тұрақтылығы пайда болады да, бірнеше буынына тарайды. Сондықтан ұзақ әсер ететін сульфаниламидті препараттарды тағайындаудан бұрын науқастың дәріні «көтере» алатындығын анықтау қажет. Науқастар, бұл препараттарымен бірге тәулігіне 3 л сұйық зат ішуі керек. Ол бүйректе тас пайда болмауы және препараттың организмде дереу сіңуі үшін қажет. Сонымен бірге «В» тобындағы «витаминдердің орташа дозасын тағайындау қажет, өйткені сульфаниламидтер «В» тобындағы витаминдердің синтезін жасайтын ішектегі сапрофитті бактериялардың қызметін баяулатады.

Жалпы кез келген инфекциялы кезең-процестерде зат алмасудың жеделдеуіне байланысты, организмге витаминдер мен белоктардың шығындалуы үдейді. Сондықтан антибиотиктер мен сульфаниламидтерді қабылдағанда витаминдер мен белоктарды тағайындау қажет. Олар — инфекцияның пенициллинге тұрақтылығын жеңу үшін және пенициллиназаны инактивациялау үшін қажет.

Жедел одонтогенді инфекцияның интенсивті (қарқынды, үдемелі) емі. Интенсивті ем өмірге қажет ағза мен жүйелердің бұзылған функциясын уақытша басқару.

Жедел одонтогенді инфекцияның, интенсивті емнің мақсаты мыналар:

- Тыныс алу қызметін реттеу (сыртқы және тіндік);
 - Адекватты (бара-бар) қан айналысын қолдау;
 - Зат алмасу кезең-процестерін ретке келтіру (ас қорыту жолдары мен бүйрек);
 - Жүйке-нерв және эндокриндік жүйелердің қызметін реттеу;
 - Қабынуға қарсы көлемді және мақсатты бағытталған ем;
 - Организмнің улануына--интоксикацияға қарсы шара;
 - Қанның ұйытатын және ұйытуға қарсы жүйелерінің жұмысын реттеу.
- Жақ-бет аймағының флегмонасында, тыныс алудың жетіспеушілігі**

(асфиксия): а) орталықтан; б) тыныс жолдарының обтурациясынан (бітелуінен) пайда болуы мүмкін.

Орталықтан пайда болатын тыныс алудың жетіспеушілігі — тыныс алу орталығының токсиндерден зардап шегуіне байланысты. Сондай-ақ науқастарға тағайындалған дәрілердің күшінің әлсіздігінен-депрессиясынан да пайда болуы мүмкін (аминазин, морфий, барбитураттар).

Бұл ауруды емдеу - тыныс алдыру аналептиктерін тағайындау (цититон, лобелин, кордиамин). Тыныс алу орталығы «терең» бұзылған кезде өкпеде ауа алмастыруды ұзақ уақыт қолдан жүргізу үшін трахеостома салады.

Тыныс алудың жетіспеушілігі ірің көмей кіреберісінің клетчаскасында орналасқанда, сондай-ақ тамақасты және тіл түбірі флегмоналарында қоршаған тіндердің домбығуынан, көмей кіре-берісінің

тарылуы әсерінен пайда болуы мүмкін.

Сонымен бірге ауыз қуысында ота-операция жасағанда, ірің мен қанның көмейге кетуінен аспирациялық асфикция болуы ықтимал.

Тамақасты және тіл түбірі флегмоналарын тіліп-ашқан соң, «домбығуға» қарсы ем тағайындаған жөн (вена арқылы 0,5-1г гидрокортизон, эуфиллин және кальций хлориді). Ауыз қуысындағы қою сілекейді шығару үшін 2% натрий бикарбонаты ерітіндісімен шайқау керек.

8.9. БЕТ ЖӘНЕ МОЙЫН ЛИМФАДЕНИТИ

Лимфа ағзалармен дене бөлшектеріне жеткізетін тамырлар оның бойына орналасқан лимфатикалық түйіндер лимфатикалық жүйе құрып, адам организміңде көптеген міндеттер атқарады лимфаны тіндерден венаға өткізеді (өткізгіш міндет), лимфоидтық элементтер құрады (лимфопоэз) және организмге кірген бөтен заттарды сүзіп аластайды (тосқауыл міндет), лимфатикалық тармақтармен қатерлі ісік клеткалары жайылып басқа ағзаларға жетеді (метастаза).

Лимфатикалық түйін домалақ немесе сопақша болып келеді де, мөлшері бидай дәнінен бұршақтай болады. Ол дәнекер қапшықпен қапталып, түйінге қарай перделермен бөлінеді. Перделер арасы лимфоидтық

тіндермен толтырылған, ол қабыршақ ми заттарына ұқсас орналасқан. Лимфоидтық тіндер мен перделердің арасында кеңістіктер бар, ол лимфатикалық синустар деп аталады.

Лимфа, лимфатикалық түйіндерге синуска келіп ашылатын лимфатикалық тамырлар арқылы жетеді. Синустарда лимфа ағуы баяулап ол түйін тіндерінде жатқан лимфоциттермен бірге алып кеткіш тамырлар арқылы әрі қарай жылжиды.

Жақ-бет аймағынан, лимфа жинайтын лимфатикалық түйіндерге мыналар жатады: құлақмаңы, құлақарты, жақарты, жұтқыншақарты, ұрт, төменгі жақ, иекасты, төменгі жакасты, беткей және тереңде орналасқан мойын түйіндері, тілдің лимфатикалық түйіні. Құлақ маңындағы лимфатикалық түйіндер құлақ қалқаны мен сыртқы құлақ тесігінен алдыңғы жағына орналасып, құлақ маңайындағы сілекей бездерімен тығыз байланыста болады. Құлақ маңындағы түйіндер беткей (1-2) олар без қапшығының сыртында және терең (4-10) түйіндер (И.И. Косицин бойынша), олар без түйіні бөліктерінің арасында тереңірек, құлақтың сырғалық бөлігінің тұрасында.

Құлақарты лимфатикалық түйіні, емізікше өсіндінің маңайында орналасқан. Төменгі жақ лимфатикалық түйіні, жақ бұрышының артқы жағында, құлақ қалқанының астында, олар құлақ маңайындағы сілекей бездерімен жабылып тұрады.

Жұтқыншақарты үш-төрттен жұтқыншақтың артқы кеңістігіндегі клеткада орналасқан. Жұтқыншақтың ауыз қуыс бөлімінде, ұрттық түйіндер, ұрттық бұлшықеттердің беткей жағында орналасып, алдыңғы

топ ауыздың езу маңында, ал артқы топ ұрт бұлшықетінің арасынан өтетін сілекей безі өзегінің маңында орналасқан. Бұлар көп емес, әр топта бір-екі түйін ғана және С.П. Бердышевтің зерттеуі бойынша булар көбінесе тұрақсыз болады. Астыңғы жақ түйіндері, астыңғы жақ сүйек денесінің шайнау бұлшықеттерінің бекитін жерлерінің алдыңғы қатарында бет артериясы мен вена аралығында бір-екеу және тұрақсыз болады.

Иекасты лимфатикалық бездері (әдетте 2-4) жақ-тіласты бұлшықетінің беткей жағында қос қарыншалы бұлшықетінің алдыңғы қарыншаларының ортасында орналасады.

Төменгі жақасты лимфатикалық түйіндері үш топқа бөлінеді: ортаңғы, артқы. Олар жақасты үш бұрышында, сілекей безінің орналасатын жерінде, оның қапшығының тысқары әр жағында 3-10 түйіннен болады. Тілдің лимфатикалық түйіндері, астында тіласты-тіл, иек-тіл бұлшықеттерінің ортасында теңірек орналасып әр жағында бір-бір түйіннен болады. Мойынның беткей және терең орналасқан лимфатикалық түйіндері тамырларды, жүйке-нервтерді және төс-бұғана-емізікше бұлшықеттерін жағалап көпқатарлы тор құрып моншақ тәріздес орналасқан.

Бет аймағынан барлық лимфатикалық түйіндерінің ұрт түйіндерінен басқа (алып кетуші) тамырлар лимфаны тереңдегі мойын түйініне

апарады. Ал ұрттың алып кетуші тамыры лимфаның жасты түйініне апарады. Бет аймағының лимфатикалық түйіндерінің афферентті (алып келуші) тамырлары көптеп саналады, олар қабат-қабат болып орналасып (тері, терінің майлы клетчаткасы, бұлшықет) лимфаны бет-жақ ағзаларынан әкеледі.

Ұрт, төменгі жақ, жақарты, жақасты, иекасты лимфатикалық түйіндер, тіс жүйесінен, жақтардан, сілекей бездерінен, ауыздың шырышты қабығынан, мұрынның қосалқы қуыстарынан лимфаны қабылдайды (онымен қоса организмдегі инфекцияны). Олар жоғарыда аталған ағзалар мен дене бөліктерінің, алдыңғы қатарлы аймақтық лимфатикалық түйіндері болып саналады.

Қабыну кезең-процестері алғашқы басталған кезден-ақ аймақты лимфатикалық тамырлардың өткізгіш қасиеті бұзылады, лимфаның жылжуы бәсеңдейді осы арқылы организмдегі қатерлі заттар патологиялық ортадан, лимфатикалық тамыр мен түйін көмегімен көк тамыр-венаға келіп құйылады.

Қабыну кезең-процессінің өршіген кезінде лимфатикалық тамырларда тромб пайда болады, лимфатикалық жүйе тежеледі де, қабынуды іріңді аймақтан жан-жаққа таратпайды. Микробтар, олардан бөліп шығаратын улы заттар жинақталып лимфа тамырларын, түйіндерін патологиялық өзгеріске ұшыратады (И. Руфанов 1960).

Лимфа тамырларының қабынуы (лимфангоит) бет-жақ аймағында

сирек кездеседі, жиі кездесетіні лимфа түйіндерінің қабынуы (лимфаденит).

Этиологиясы мен патогенезі. Қабыну процессін әр микрофлора қоздыра алады, соның ішінде стафилококк пен стрептококктың орны ерекше. Лимфадениттер одонтогенді, одонтогенді емес болып бөлінеді. Одонтогендіге инфекциялы-одонтогенді қабыну ошақтары (жедел және созылмалы периодонтиттер, периостит, жақ остеомиелиті, іріңді киста, перикоронарит, пародонтоз т. б.) болып табылады.

Одонтогенді емес топтарына пиодермиялық, стоматогендік, риногендікі тонзилогендік т.б. симптоматиялық лимфадениттер жатады, олардың тіс-жақ жүйесімен байланысы жоқ.

Кей уақытта алғашқы қабыну ошағын таба алмағанда және қабыну кезең-процесі тез сөніп қалуына байланысты лимфадениттің өздігінен (алғашқы лимфаденит) пайда болуы мүмкін деген тұжырымға келеді.

Жоғарыда аталған лимфадениттердің барлығын арнайы емес қабынуға жатқызамыз.

Ал арнайыға туберкулезді, актиномикозді, мерезді этиологиясы бар лимфадениттер жатады. Олар жеке тарауда сипатталған.

8.9.1. Жедел лимфадениттер

Науқас басын қимылдатқанда ыңғайсыздық білініп, қабынған түйін немесе түйіндер аумағында әлсін-әлсін ауыру сезімі туады.

Аурудың алғашқы белгісі, қабынған аймақта көлемі шағын, домалақ, ауырмайтын немесе аздап ауыратын ісік пайда болады. Науқастың ауру тарихында тістер бадамшасының, жақ-бет аймағындағы тағы да басқа ағзалардың қабыну процесстері болғаны аталған.

Сары су лимфаденитінде науқас организмінде жалпы өзгеріс байқалмайды, тек дене қызуы аздап көтеріліп (субфебрилді) лейкоцитоз (аздаған) болады. Қарап көргенде ауырған жағында қоршаулы ісік, терісі қозғалмалы өзгеріссіз болады.

Сипап көргенде ауыратын үлкейген, қозғалмалы тығыз, сопақша пішінді, лимфатикалық түйіндер байқалады. Мұқият тексергенде қабынудың алғашқы ошағы периодонтит, пародонтоз, перикоронарит, стоматит, тонзилит, шиқан немесе бет жарақаты т. б. анықталады.

Алғашқы қабыну ошағын жойған кезде сарысулы лимфадениттің кері дамуы басталады.

Емдеу дұрыс жүргізілмесе, сарысулы лимфаденит іріңді лимфаденитке айналады. Науқастар, солқылдаған ауыру сезімінің қабынған аумақта күшейе түскеніне, мазасыздығына, тамаққа тәбетінің жоқтығына, дене қызуының көтерілуіне (37,2-38,0°C дейін) шағым жасайды. Жергілікті периодонтиттің клиникалық көріністерінің басым болуына байланысты, лимфатикалық түйін шекараларының анықтығы жоғалады. Ол қозғалыссыз, басқа түйіндермен жабысып бірігіп, іріңдей бастайды. Қабынған түйіндер аумағындағы тері ісінген, қатты, қозғалыссыз, қызарған, артынан ол жұмсарады. Науқастың жалпы

жағдайы ауырлайды. Шеткі қан айналысында, лейкоциттердің көбейгені байқалады, нейтрофилез сол жаққа жылжыған, эозинопения.

Патологиялық анатомиясы. Лимфатикалық түйіндегі қабыну оның қызаруынан және синустарының кеңеюінен басталады. Эндотелий клеткалары жиырылып, домалақтанып, қозғалып макрофагтың міндетін атқарып, микробтар мен бөтен заттарды ұстайды.

Аденофлегмона. Инфекциялық қабыну процессі үдеуінен лимфатикалық түйін қапшығының сырт жағындағы тіндерге жайылып лимфаденитке тән клиникалық сурет жойылып көбінесе остеофлегмонаға ұқсайды. Сөйтсе де аденофлегмонаның дамуы, ағысы остеофлегмонаға қарағанда жәй және ақырын болады. Дененің қызуы аденофлегмонада 37-38,7°C, өте сирек жағдайда 39°C көтеріледі.

Лейкоцитоз, нейтрофилез болады, ЭТЖ 30-40 мм/сағ дейін көтеріледі, бұл суреттер жәй дамитын процесске тән.

Қарап көргенде лимфатикалық түйіндер аумағында жайылмалы ісіктер көрінеді. Терінің қызарғаны, ісік үстіндегі терінің қатаюы, артынан жұмсаруы остеофлегмонаға қарағанда кешірек байқалады.

Жедел лимфадениттің емі. Ем одонтогенді, одонтогенді емес инфекцияның алғашқы ошағын жоюдан басталады. Кейінгі емдеу, аурудың клиникасына, кезеңіне байланысты. Жедел лимфадениттің сарысулы кезеңінде отасыз-консервативтік ем қажет, ол организмнің инфекциямен қарсыласуын, күресуін күшейтуге арналады (құнарлы тамақтану, поливитамины, десенсибилизациялық дәрі-дәрмектер).

Қабыну процессі асқына бастағанда антибактериялық емдерді (антибиотиктер, сульфаниламидтер, нитрофуран қатарынан дәрі-дәрмектер), физиемдеуді бастайды (УЖЖ, ӨЖЖ сәл жылу мөлшерінде, УКС).

Іріңді лимфаденит пен аденофлегмонада іріңді ошақты тері жағынан кесіп қашыртқы-дренаж қояды. Қалған ем бет-жақ аймағындағы абсцесстер мен флегмоналарды емдеу шараларына тән.

8.9.2. Созылмалы лимфаденит

Созылмалы арнайы емес лимфаденит жедел лимфадениттің салдарынан немесе әлсіз вирулентті инфекцияның күшімен болады.

Аурулар лимфатикалық түйіндер аймағында домалақ ауырмайтын бірде-бірде үлкейіп, бірде кішірейетін ісіктерге көңіл аударады. Созылмалы лимфаденитпен ауырған аурулардың жалпы жағдайы қанағаттарлықтай, тек организмде созылмалы ошақтың болуы дене қызуын субфебрильді көтеріп, тез шаршау, мазасыздық туғызады. Ауруды тексеріп көрген кезде организмде одонтогенді немесе одонтогенді емес ошақтардың жойылмағаны белгілі болады. Кей уақытта аурудан сұрап білген кезде

алғашқы ошақтың жойылғаны мәлім болады. Бірақ кейбір анотомиялық аумақтарда, ұстап көргенде жеке-жара, үлкейген аздап қозғалмалы, сәл ауыратын кейде ауырмайтын лимфатикалық түйіндердің бар екені белгілі болады. Олардың үстіндегі тері қабаттары өзгеріссіз. Бұл түйіндердің іріңдеуі өте сирек кездеседі тек алғашқы ошақтың қайта қозу процесі қайталанғанда.

Патологоанотомиялық суретте гиперпластикалық, деструктивтік және іріңді (қозған) созылмалы лимфадениттерді бөлуге болады. Созылмалы лимфадениттер бірте-бірте ұзақ уақыт бойы лимфа түйіндерінің лимфоидтық элементтерінің гиперплазиялануымен сипатталады, кейінірек олар дәнекер тіндермен қоршалады. Лимфа түйіні жиырылып, фиброздық тартпаға айналып дәнекер тіндермен бірігіп кетеді. Созылмалы арнайы емес лимфаденитті созылмалы арнайы туберкулезден, актиномикотикалық және мерезді этиологиясы бар лимфадениттерден ажырату керек.

Науқастарда, туберкулез ауруына тән улану байқалады, Пирке, Манту сынақтары оның дәлелдері бола алады. Жарадан алынған сұйықты микроскоп арқылы тексергенде тек туберкулездік гранулемаға тән клеткаларды көреміз, олар **Пирогов-Лангганстың үлкен клеткалары**.

Мерезді лимфаденитте бірнеше аймақтың түйіндері қабынады, олар өзара және айналасындағы тіндермен бірігіп жабыспайды, басып көргенде

қатты ауырмайды көбінесе моншақ тәрізді орналасады. Ешқашан іріңдемейді. Қабынған түйіндерден алынған сұйықтарды тексергенде бозғылт спирохеталарды көруге болады. Созылмалы арнайы емес лимфадениттерді басқа аурулардан ажырату кезінде қатерсіз ісіктерді, дермоидты-сарысулы ісікті (киста), лимфа түйіндерінің алғашқы қатерлі ісіктерін (лимфогра-нулематоз, лимфа-және ретикулосаркома), қатерлі ісіктердің метастазасын ойдан шығармаған жөн.

Жоғарыда аталып өткен процестерден ажырату нақтамсы-диагнозы үшін түбегейлі жиналған анамнез, жан-жақты клиникалық тексеру өте қажет, бірақ түптеп келгенде цитологиялық және гистологиялық тексерулер шешуші болып табылады.

Созылмалы лимфадениттердің емі. Жедел лимфадениттер сияқты алғашқы ошақты жоюдан басталады, соның әсерінен бірте-бірте лимфатикалық түйіндегі қабыну да жойылады.

Емдеу шараларды мыналарға бағытталған:

1). Ауру организмнің жалпы иммунологиялық қарсыласуын арттыру (толық диета, витаминді емдеу).

2). Жалпы организмдегі иммунды жүйенің функционалдық белсенділігін арттыру (арнайы емес терапия, алоэ экстрактысы, ФИБС, пирогикол, преднизолон салу, УКС).

3). Бет-жақ аймағындағы иммундық қасиетін күшейте отырып,

қабыну ошағындаш иммунды процестерді арттыру (УЖЖ, ӨЖЖ, ультрадыбыс, калий йодитімен электрофорез). Егер осы комплексті емдеу шараларынан лимфатикалық түйіндер кішіреймесе оны сылып алып тастау қажет.

8.9.3. Лимфангоиттер

Этиологиясы және патогенезі. Лимфангоит немесе лимфангит - лимфа тамырларының қабынуы. Лимфангоит микрофлораның және олардың токсиндерінің лимфа жолдарына өтуінен пайда болады. Ол периодонтта, периостта жақ сүйектерінің қабыну процесстері кезінде дамиды. Лимфа тамырларына ісік клеткаларының ыдырау өнімдері және де бөгде заттардың енуінен де лимфангоит дамуы мүмкін.

Клиникалық көрінісі. Лимфангоиттар жедел және созылмалы болып бөлінеді. Жедел қабыну процесі беткей немесе терең орналасқан лимфа тамырлар торларында дамиды.

Созылмалы лимфангоиттар жедел қабыну процесінің созылмалыға өтуінен дамиды, ол организмнің қорғағыштық қасиетінің төмендеуінен немесе антибиотиктерді дұрыс қабылдамау әсерінен дамуы мүмкін.

Жедел лимфангоит қамтылған тамырлар топографиясына сәйкес торлы (ретикулярлы) және тармақты (турункулярлы) болып бөлінеді.

Ретикулярлы немесе торлы лимфангоит жара, шикан, көршіқан айналасындағы беткей орналасқан лимфа тамыр торларының қабынуымен ерекшеленеді. Нәтижесінде тілмелік қабынуға ұқсас клиникалық көрініс береді. Қызару және ауру сезімі байқалады, кейіннен

инфекциялық ошақтан лимфа түйіндеріне бағытталған жіңішке қызыл жолақтар пайда болады. Дене қызуы 38-39°C дейін көтеріліп, қалтырау және уланудың басқа да көріністері байқалады (құрғақ, тіл, бас ауруы, тәбеттің болмауы).

Турункулярлы немесе тармақтың лимфангоит ірі лимфа тамырларын қамтиды, тері бетінде біріншілік инфекциялық ошақтан аймақтық лимфа түйіндеріне бағытталған 1-2 ашық-қызыл жолақ байқалады. Бұл жолақтар лимфа тамырлары қабырғаларының қабыну әсерінен қызаруынан пайда болады. Алғашқыда жолақ бойымен сыздаған ауыру сезімі анықталады. Кейіннен тығыз, басып тексергенде ауыру сезімі бар жолақтар, ал олардың айналасындағы тіндерді ісіну және кернеу пайда болады. Лимфа тамырларынан қабыну процестерінің оны қоршаған тіндерге өтуі (перилимфангоит) терідегі қызару көлемінің ұлғаюы, бет және мойын жұмсақ тіндерінің ісінуімен суреттеледі және төменгі жақасты немесе мойын аймақтарының лимфадениттеріне ауысады.

Терең орналасқан лимфа тамырларының қабынуы негізінен, беткей лимфа тамырларының қабынулары әсерінен дамиды.

Нақтамасы-диагнозы. Торлы лимфангоиттардың нақтамасы-диагнос-тикасы көп қиындық тудырмайды, тек түгел бет терісінің

қызаруы кезінде тілме қабынуы көрінісіне ұқсайды. Тармақты лимфангоит кезінде көлемді ісінудің дамуы- флебит, флегмона сияқты кате нақтама-диагноз қоюға себеп болуы мүмкін.

Емдеу шаралары негізінен біріншілік инфекциялық ошақты жоюға бағытталуы керек. Жергілікті хирургиялық емдеумен қатар, антибиотиктер, сульфаниламидтер және т.б. тағайындалуы тиіс.

Алдын алу. Біріншілік инфекциялық ошақтарды дер кезінде тоқтату (периодонтиттер, периоститтер, остеомиелиттер, гаймориттер т.б.).

Тұжырым: Бет-жақ аймағындағы қабыну аурулары өзінің келіп шығуы және өту кезеңдерінің әртүрлілігімен ерекше орын алады. Сол себептен науқасты медициналық және зертханалық тексеру кезінде өте жауапты түрде жандасу керек. Бұл науқастар көпшілік жағдайда жедел жәрдем көмегімен өте ауыр халде ауруханаға жеткізіледі-түседі, сондықтан аурудың тарихын зерттеу мен зертханалық шараларды жедел өткізуге тура келеді. Міне осындай кезде қателіктерге жол бермеу керек. Науқасқа дер кезінде сапалы да білікті арнайы медициналық көмек көрсету үшін дәрігер әрқашан дайын болуы керек. Дәрігер күнделікті өмірде өз-өзімен көп жұмыс жүргізуі шарт: медицинаның соңғы жаңалықтарын, енгізіліп жатқан тиімді әдістерді, жаңадан енгізілген дәрі-дәрмектердің аңдатпаларын оқып біліп және өз өмірінде жинаған бай тәжірибесін науқасты емдеуде қолдана білгені жөн.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Остеомиелит дегеніміз

А) жақ сүйегінің инфекциялы-аллергиялық іріңдеп өлеттеніп қабынуы.

Б) инфекциялы, медикаментозды

В) аллергиялық, оқты

Г) инфекциялы, оқсыз

Д) іріңдеп өлеттеніп, улану

2. Инфекция көзі мен таралу жолына қарай деп бөлінеді.

А) одонтогенді, одонтогенді емес

Б) одонтогенді емес, арнайы

В) одонтогенді, арнайы,

Г) одонтогенді емес, арнайы емес

Д) одонтогенді, арнайы емес

3. Қоздырғыштар түріне қарай болып бөлінеді.

А) арнайы, арнайы емес

Б) арнайы емес, одонтогенді

В) арнайы, одонтогенді

Г) арнайы емес, одонтогенді емес

Д) арнайы, одонтогенді емес

4. Периодонтит дегеніміз жүретін қабыну ауруы.

А) тіс ұяшығы, тіс түбірі арасындағы жұмсақ тіндерде

Б) тіс түбірі арасындағы жұмсақ тіндерде, сүйек тінде

В) тіс ұяшығы, буын өсіндісінде

Г) тіс түбірі арасындағы жұмсақ тіндерде, маңдай өсіндісінде

Д) тіс ұяшығы, құлақ маңы аймағында

5. И. Г. Лукомский (1958) периодонтиттің клиникалық көрінісі, таралу дәрежесі, патологиялық сипатына қарай түрін ажыратады.

А) Жедел (экссудативті), созылмалы (пролиферативті), созылмалы периодонтиттің өршуі.

Б) Жедел (экссудативті), аралық, жеке-дара

В) созылмалы (пролиферативті), біріккен, аралық,

Г) созылмалы периодонтиттің өршуі, қосалқы, біріккен

Д) Жедел (экссудативті), жанама, жеке-дара

6. Созылмалы гранулематозды периодонтиттің рентген суретінде дейін ыдыраған жерін көруге болады.

А) сүйек тіні дөңгелек, жиегі тегіс, көлемі дәннен ас бұршағына

Б) жиегі тегіс, жұмыртқа, сүйек тіні бөлінген

В) көлемі дәннен ас бұршағына, төртбұрышты, сопақша

Г) сүйек тіні дөңгелек, төртбұрышты, сопақша

Д) жұмыртқа, сүйек тіні бөлінген, төртбұрышты, сопақша

7. Созылмалы гранулденген периодонтиттің рентген суретінде ошағын көруге болады.

А) тіс түбірі ұшының сүйек тінінде шекарасы анық емес, шеттері тегіс

емес, бүлінуі-деструкция

Б) бүлінуі-деструкция, сорылу, қайта біту

В) шеттері тегіс емес, дөңгелек анық, төртбұрышты

Г) шекарасы анық емес, сопақша, иірілген

Д) шеттері тегіс емес, түзу, ойық-ойық

8. Клиникалық көрініске ие болған теріасты одонтогенді гранулемасы белгі-симптоммен сипатталады:

А) бұзылған тіс, ұйыспаға-инфилтратқа созылған таспа (тяж), гранулема.

Б) бұзылған тіс, бүлінуі-деструкция, жиегі тегіс

В) ұйыспа, жиегі тегіс, сүйек тіні дөңгелек

Г) созылған таспа, бүлінуі-деструкция, сүйек тіні дөңгелек

Д) гранулема, жиегі тегіс, сүйек тіні дөңгелек

9. Теріасты гранулемасына тән белгі-симптом болады.

А) ауру тіс, таспа, гранулема

Б) таспа, дәнекер тін, гранулема

В) гранулема, дәнекер тін, ауру тіс

Г) фиброзды тін, дәнекер тін, гранулема

Д) дәнекер тін, ауру тіс, фиброзды тін

10. Беттің одонтогенді теріасты гранулемасының даму кезеңдерінің клиникалық түрі бар

- А) біріншілік, стационарлық, жылжымалы, іріңдеуіш
 - Б) стационарлық, іріңдеуіш, қозғалмалы, түрін өзгертетін
 - В) жылжымалы, емханалық, қозғалмалы, екіншілік
 - Г) іріңдеуіш, қозғалмалы, түрін өзгертетін, екіншілік,
 - Д) екіншілік, емханалық, қозғалмалы, түрін өзгертетін
11. Одонтогенді жақ сүйек периоститі дегеніміз..... жедел ағымды іріңдеп қабынуын айтады.
- А) ұяшықты-альвеольды өсіндінің, жақ сүйегі сыртқы қабығының
 - Б) жақ сүйегі сыртқы қабығының, біріншілік
 - В) ұяшықты-альвеольды өсіндінің, жылжымалы
 - Г) жақ сүйегі сыртқы қабығының, түрін өзгертетін
 - Д) ұяшықты-альвеольды өсіндінің, қозғалмалы
12. Актиномикоздың қоздырғышын атаңыз
- А) сәулелі саңырауқұлақ.
 - Б) Кохтың микобактериясы
 - В) Трелл дәнешігі
 - Г) Пирогов үшбұрышы
 - Д) Жонеско қабаты
13. Шиқан (фурункул) деп атаймыз
- А) Түк қапшықтары, май бездерінің қабынуы.
 - Б) Түк қапшықтары, дәнекер тіндер
 - В) май бездерінің қабынуы, сүйек тінінің
 - Г) Түк қапшықтары, сүйек тінінің
 - Д) май бездерінің қабынуы, дәнекер тіндер
14. Төменгі жақ сүйегінде периоститтің пайда болуына себепкер.....тіс
- А) бірінші үлкен азу тіс
 - Б) бірінші кіші азу тіс
 - В) екінші үлкен азу тіс
 - Г) екінші кіші азу тіс
 - Д) үшінші үлкен азу тіс
15. Жақ бұлшықеттерінің қарысуы түрлерін атаңыз
- А) 3 түрі
 - Б) 2 түрі
 - В) 4 түрі
 - Г) 7 түрі
 - Д) 1 түрі
16. Реплантация дегеніміз
- А) тісті жұлып өндегеннен кейін ұясына қайта отырғызу.
 - Б) тісті кесіп тастау
 - В) тісті қайта өндеу
 - Г) тісті жұлып алу
 - Д) тісті дәрі-дәрмекпен емдеу
17. Реплантация әдісін бірінші рет ұсынған ғалым және жылы

А) Амбруаз Паре, 1794 жылы

Б) Эйнгорн, 1885 жылы

В) Эскулап, 1788 жылы

Г) Гиппократ, 1537 жылы

Д) Пирогов, 1893 жылы

18. В. А. Козловтың (1962) пікірінше өз ұясына отырғызылған тіс пен сүйектің өзара байланысы түрде болады

А) периодонтты, остеоидты, аралас немесе фиброзды

Б) остеоидты, дәнекер тінді, бұлшықетті

В) аралас немесе фиброзды, дәнекер тінді, бұлшықетті

Г) периодонтты, дәнекер тінді, бұлшықетті

Д) остеоидты, периодонтты, дәнекер тінді

19. Гематогенді остеомиелиттің инфекциялы-эмболиялық теориясын ұсынған ғалымдардың аты және жылы .

А) Э. Лексер (1884), А.А.Бобров (1889)

Б) Дерижанов (1905)

В) Снежко (1953)

Г) Бойко (1958)

Д) Смирнов (1983)

20. Остеомиелиттің келіп шығуында нейротрофикалық бұзылыстар теориясын ұсынған ғалымның аты және жылы .

А) Г.И.Семенченко (1956)

Б) В.К.Поленичкин (1987)

В) С.В.Черненко (1977)

Г) В.П.Карманов (1985)

Д) А.В.Федоров (1988)

21. М.М. Соловьев (1969), Т. К. Супиев (1983)

мәліметтері бойынша бүйрекүсті безі қыртысының гармондары әсерінен жүретінін және остеомиелиттің келіп шығуында аса маңызды рөл ойнайтынын дәлелдеген..

А) жергілікті иммунитеттің төмендеуі, созылмалы одонтогенді инфекция ошағының көшуі

Б) созылмалы одонтогенді инфекция ошағының көшуі, қан кету

В) жергілікті иммунитеттің төмендеуі, естен тану

Г) созылмалы одонтогенді инфекция ошағының көшуі, біріншілік

Д) жергілікті иммунитеттің төмендеуі, екіншілік

22. Жақ сүйектерінің остеомиелиті болып бөлінеді.

А) одонтогенді, жарақат-травмалық, гематогенді, арнайы

Б) әлсіздік, одонтогенді, жарақат-травмалық,

В) жарақат-травмалық, гематогенді, қан кету

Г) қан кету, одонтогенді, жарақат-травмалық,

Д) жарақат-травмалық, гематогенді, естен тану

23. Жақ сүйектерінің остеомиелиті фазада өтеді:

А) жедел ағымды, жеделдеу, созылмалы.

- Б) жеделдеу, созылмалы, қарқынды, әлсіз
В) созылмалы, жедел ағымды, баяу, қан кету
Г) созылмалы, жедел ағымды, қарқынды, әлсіз
Д) жеделдеу, созылмалы, баяу, қан кету
24. Созылмалы остеомиелит жақ сүйектерінің жарақаттану тереңдігі мен таралуына байланысты топтарға бөлінеді:
А) Созылмалы шектелген, жайылмалы остеомиелит.
Б) жайылмалы, қарқынды, әлсіз
В) шектелген, сопақ, бүйір тармақтар
Г) жайылмалы, сопақ, бүйір тармақтар
Д) шектелген, қарқынды, әлсіз
25. Төменгі жақтағы созылмалы остеомиелит кезіндегі продуктивті өзгерістің күштілігі рентгенограммада қайта құрылуымен сипатталады.
А) сүйектің эндостальды және периостальды
Б) периостальды, дәнекер тін
В) сүйектің эндостальды, бұлшық еттік
Г) периостальды, төртбұрышты
Д) сүйектің эндостальды, үшбұрышты
26. Абсцесс бұл іріңді қабынуы.
А) тері, теріасты май қабатының шектелген
Б) теріасты, бұлшықеттер, жайылмалы
В) теріасты май қабатының, фасциялар арасындағы клетчаткалардың
Г) фасциялар арасындағы клетчаткалардың жайылмалы
Д) фасциялар арасындағы клетчаткалардың шектелген
27. Флегмона бұл іріңдеп қабынуы.
А) теріасты, бұлшықеттер, фасциялар арасындағы клетчаткалардың (шелдің) жайылмалы
Б) тері, теріасты май қабатының шектелген
В) теріасты, бұлшықеттер, шектелген
Г) фасциялар арасындағы клетчаткалардың шектелген
Д) теріасты май қабатының, шектелген
28. Бет және мойын аймақтарының абсцестері мен флегмоналарын қоздыратын микробтарға микробтар жатады.
А) стрептококктар, стафилококктар, диплококктар, пневмококктар, ішек таяқшасы микробы, анаэробты
Б) стрептококктар, стафилококктар, Кохтың микобактериясы
В) Кохтың микобактериясы, диплококктар, пневмококктар
Г) ішек таяқшасы микробы, сәулелі саңырауқұлақ
Д) анаэробты, Кохтың микобактериясы сәулелі саңырауқұлақ,
29. Аденофлегмона бұл пайда болады.
А) лимфа түйіндері іріңдегенде, қоршаған жұмсақ тіндерге жарып шыққанда
Б) қоршаған жұмсақ тіндерге жарып шыққанда, сәулелі

саңырауқұлақ

В) лимфа түйіндері іріңдегенде, Кохтың микобактериясы,

Г) қоршаған жұмсақ тіндерге жарып шыққанда, стрептококктар,

Д) лимфа түйіндері іріңдегенде, сәулелі саңырауқұлақ

30. Самай аймағында қабатты клетчаткалы кеңістіктер бар:

А) теріасты шелі, самай бұлшықеті, апоневроздың арасында, самай бұлшықетінің астында (самай сүйегі бетінде), ең тереңі.

Б) апоневроздың арасында, стрептококктар, стафилококктар,

В) теріасты шелі, Кохтың микобактериясы

Г) самай бұлшықеті, диплококктар, пневмококктар

Д) самай бұлшықетінің астында, ең тереңі, сәулелі саңырауқұлақ

ІХ ТАРАУ

ТІС ЖАРЫП ШЫҒУ КЕЗЕҢДЕРІНІҢ АУРУЛАРЫ

Тістің жаруы әдеттегі физиологиялық кезеңдерге-процесстерге жатады. Олар белгілі уақытында, адамға білінбей, ешқандай ауыру сезімінсіз шығады. Бірақ кейбір тістер нақтылы шығатын уақытынан кешігіп шыққанда оның маңайындағы тіндер қабынады. Тістің кедергімен кеш жаруы өз алдына мынадай топқа бөлінеді.

1. Дистопия — дұрыс қалыптасқан тістің тіс қатарынан-шет шығуы. Кейде ұртқа қарай не тілге қарай жантая шығады. Кейбір тістер мұрынның ішіне немесе Гаймор қуысына немесе көзге қарай шығуы мүмкін. Бұндай жағдайда тістің жаруы кешігіп, сол маңай тіндері зақымданып, қабынуы мүмкін. Онда тісті суырып алып тастау керек.

2. Ретенция—дұрыс қалыптасқан тістің шығуы әртүрлі кедергімен баяулап ұсталып қалуы. Егер тіс жартылай шықса, онда шала ретенция, ал тіс мүлде шыға алмай қалса, онда толық ретенция деп аталады.

Кейде көп уақыттан кейін адамның бар тістері түсіп, алмалы-салмалы тіс протезін пайдаланған кезінде ғана бұрын уақытында шықпай қалған тістің жарғанын байқауға болады. Тұрақты тістердің ұрыктану кезеңінің бұзылғанынан олар мүлде жарып шықпаса, онда **толық адентия** деп атайды.

Дистопия мен ретенцияға сүт тістер де, тұрақты тістер де ұшырайды. Тұрақты тістердің ішінде ретенцияға жиі ұшырайтын ақыл тістер, әсіресе төменгі сегізінші тістер. Ал сирек ұсталып шыға алмай қалған жағдайға сойдақ тістер (ұры тіс) мен жоғарғы не астыңғы кіші азулар тап болады. Ретенция мен дистопия ауруының себебі толық анықталмаған. Әртүрлі ғалымдардың пікірі бойынша оның мынандай себептері болуы мүмкін:

а) Зат алмасу кезеңінің бұзылуы-ішкі секреция бездерінің, гормондардың реттеу жұмысының нашарлағаны не витаминдердің жеткіліксіздігі, инфекциялық аурудың әсері т.б. жағдайлар.

б) Зат алмасудың реттелуіне қатынасатын ішкі бездер қызметінің өзгерістері (гормондар қызметі бәсеңдесе не инфекциялық) себебінен тіс дұрыс ұрыктанбай қалады не жақ сүйектердің кейбір бөліктері ерекше дамып, тістің жарып шығуын тежейді және қанмен жабдықталуын да өзгертеді.

Филогенез — даму кезеңінде адам тісінің саны мен мөлшері біркелкі қалпында қалса, жақ сүйектердің көлемі кішірейеді. Сондықтан кейбір тістерге шығатын орын болмай, ол не ұяшық өсіндінің ішінде немесе сүйектің денесінде шыға алмай қалады.

3. Тістердің уақтылы жарып шығуын тежейтін жергілікті себептер көп: сүт тістер түбірінің кеш сорылуы немесе сүт тістерді ерте суырып тастаса қатардағы тістер бос орынға қарай жылжығандықтан кейін шыққан тұрақты тіске орын болмай қалады. Кейде сүт тіс маңындағы

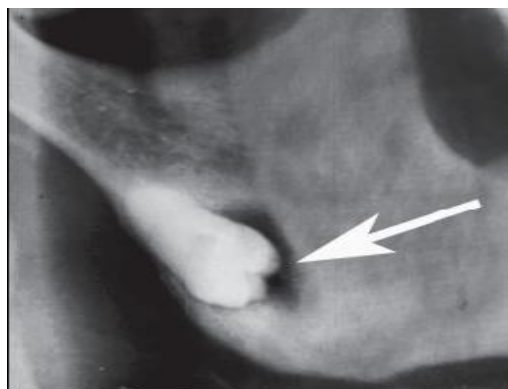
шырышты қабықта зақымданып, қабынуы немесе тіс ұрығының жақ сүйекте өте терең жатуы тістің кедергімен кеш жарып шығуының бір себебі болады. Жақ сүйектерінің дамып өсу кезеңдері бұзылса немесе сүйекте ісік болса, тістің эмбриональдық дамуы бұзылып, тіс кеш шығуы немесе шетке қарай жаруы мүмкін.

Клиникалық көрінісі. Қатардан тыс жарып шыққан (дистопиялы) немесе шыға алмай ұсталып қалған тістер ешқандай зиян келтірмесе, кездейсоқ рентгенге түскенде ғана табылады. Кейде науқастар жақ сүйектің әлсін-әлсін сыздап ауырғанына көңіл бөледі немесе төменгі жақтың тістері сыздап ауыратын болады, ернінің ұюы байқалады.

Сырт көзбен қарағанда тістің кедергімен қиналып жарып келе жатқан белгілері мынадай болады: қатарда бір тістің жоқ болғаны анықталады, бұрын жұлынса бос орын болу керек немесе уақытында түспей қалған сүт тісі турады не ол тіс қатардан тыс жарып келе жатқаны көрінеді. Кейде ұяшық өсіндінің шырышты қабығының астынан шығып тұрған төмпешік байқалады. Рентген суретінде ұсталып шықпай қалған тістің бейнесі көрінеді.



Сурет-63. Төменгі жақ бұтағының артқы-алдыңғы-
жоғарғы бөлігінде орналасқан ақыл тістің
дистопиясы



Сурет-64. Төменгі жақ бұтағының
төменгі бөлігінде орналасқан ақыл тістің
дистопиясы

Біраз ғалымдардың пікірінше және біздің тәжірибедегі бақылауымыз бойынша кедергімен кешігіп жарған тістер жиі қабынуға ұшырауы мүмкін. Содан пульпит (тістің ұлпасының қабынуы) периодонтит (тістің дәнекер қабығының қабынуы) сияқты аурулар болады немесе қатар тұрған тісті зақымдауы мүмкін. Кейде ауру өрбіп асқынып жедел перикоронаритке айналуы мүмкін. Сол себептен ірің әрі қарай тарап сүйекті шірітеді де маңайындағы май шелімен жұмсақ тіндеріне жайылады. Сол аурудың салдарынан жақасты бездері шошынып лимфаденит дамиды. Қабыну кезеңінің даму себебінің бірі ауыз ішіндегі инфекциялардың зақымданған шырышты қабыққа еніп оны қабындыруы немесе денедегі басқа созылмалы инфекциялық аурудан қан

арқылы тарап, шыға алмай жатқан тістің зардабынан болған жараны қабындырып іріңдікке айналдырады. Кедергімен ұсталып шыға алмаған тістің зардабынан қатерсіз ісіктер — амелобластома, одонтома т.б. ісіктер өсуі мүмкін. Ұсталып кедергімен жарған тіс туралы түрлі ой бар. Егер ол тіс қатарындағы тістерге зақым келтірмесе, жақ сүйекте дұрыс орын алып, залалсыз, қабындырмай шықса, онда оған тиіспейді. Ал егер оның себебінен жарақаттар шықса, онда ол тісті жұлып алып тастау керек. Егер ақыл тіс кедергімен кешігіп жарып, тіс қатарындағы өз орынында дұрыс тұрса, онда ол тістің тездеп шығуына жағдай жасау керек. Ол үшін үстіндегі қызыл иек бүркенішін кесіп алып тастап, маңайының қызыл иегін тітіркендіріп функционалдық әрекеттер істеуге болады. Ақыл тіс ұсталып кедергімен жарғанда бас не жақ сыздап ауырса не шырышты қабық оның маңайындағы жұмсақ тіндер қабынып іріндесе ондай тісті суырып алып тастап, емдеу керек.

Ұсталып кедергімен кешігіп жарған тісті жұлу едәуір қиын болады.

Дұрыс қалыптасқан тістердің тіс қатарынан шет шығып қалуы және дұрыс қалыптасқан тістердің қалыпты жағдайда шықпай қалуы болған кезде себепші тістерді жұлу көрсеткіштері:

1) тістерді жұлады, адам организміндегі жалпы қалыпсыз жағдайларға (бас ауруы және т.б.);

2) тістерді жұлады, дұрыс қалыптасқан тістердің тіс қатарынан шет шығып қалуы және дұрыс қалыптасқан тістердің қалыпты жағдайда шықпай қалуы болған кезде себепші тістер ісік және ісік тәрізді құрылымның құрамында болған жағдайда;

3) тістерді жұлады, сүйектерді кесу кезінде, себебі тіс сүйектерді кесу сызығында жатуы мүмкін;

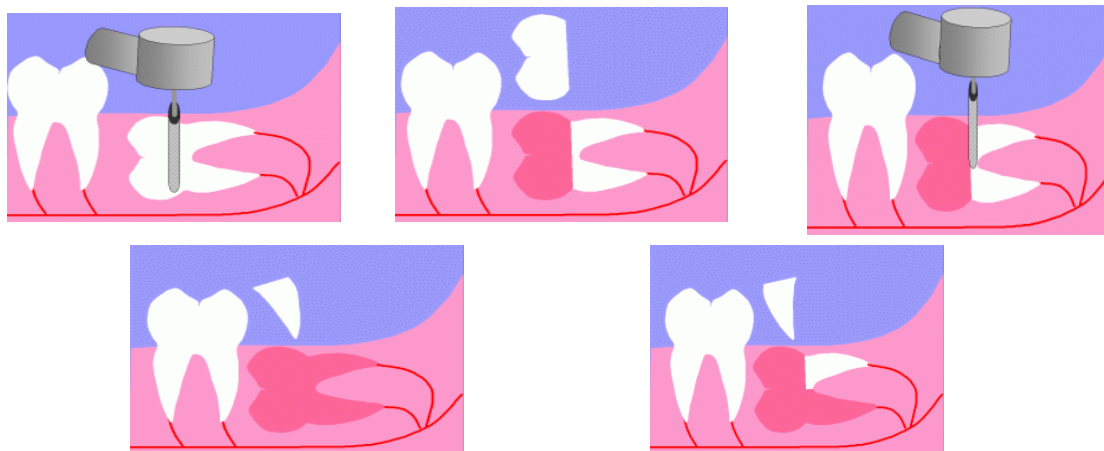
Сондықтан бұл отаны жасаудан бұрын екі проекцияда рентген суретін түсіру керек. Рентген арқылы ол тістің қалай жарып келе жатқанын, қатардағы тіске қатынасын, төменгі жақтың өзегімен байланысын анықтайды. Жоғарғы жақта тістің мұрынның ішіне немесе Гаймор қуысына қарай шыққанын және ол сүйектің ішіне не сыртына жақын жатқандығын анықтау керек; себебі отаның ыңғайы соған байланысты болады. Тістің жақын жатқан тұсынан шырышты қабағын сопақша немесе үш бұрыш және трапеция тәрізді қиықша кесіп сүйектен сыдырады, содан соң сауытына сәйкес мөлшерде бормен немесе қашаумен ұяшық өсіндінің қыртысынан тесік жасайды. Кедергімен шыға алмай қалған тісті мүмкіндік болса қысқышпен немесе элеватормен суырып алады. Айтылған әдіспен суырылмаса, онда оны бормен әлде қашаумен бөліп барып элеватормен суырып алады, содан соң тіс үгінділерін және оның майының фолликулдық дәнекерін, өлеттенген грануляцияларды хирургиялық қасықпен тазартып, қуысты

зарарсыздандыратын ертіндімен жуады. Жұлынған тістің орнандағы қуысты ұйыған қанмен толтырып, үстінен пенициллин немесе сульфадимезин ұнтағын сеуіп, қиық кесіндіні орнына келтіреді де шеттерін кетгут жібімен қапсыра тігеді. Отадан кейін қабынуға қарсы ем тағайындалады. Бұндай отаны жергілікті жансыздандыру әдісімен жасайды.

Аурудың келіп шығуы. Тістің кедергімен қиналып шығуымен қоса пайда болатын ауруларды талдап-талқылаудан бұрын ең алдымен ондай ауруларды қандайда бір топқа бөліп, оларға қандай термин қолдану керектігін анықтап алған жөн. Себебі, әртүрлі ғалымдар тістің кедергімен қиналып жарғанын және содан болған асқынуды өз ойынша талқылайды. Бірақ, клиниканың пайдасына «тістің кедергіден қиналып жаруы» деген термин мен оның «асқынып қабынуы» деген түсінікті бөліп айтқаны жөн. «Кедергімен қиналып шығу» деген термин тіс жару кезеңіне қарайды. Бұл термин тістің ерекше кедергіленіп қисық жаруын анықтайды, ал соның салдарынан болған қабыну зардабын — периостит, перикоронарит деп атайды. Сондықтан аурудың нақтамасын былай жазады: Төменгі ақыл тістің кедергімен қиналып жаруы мен оның маңындағы сүйек қабығының жедел қабынуы (периостит) немесе жақ сүйегінің іріндеп шіруі (остеомиелит) мен асқинуы.

Төменгі ақыл тістің кедергімен қиналып шығуының себебі көп. Әртүрлі ғалымдар өз пікірін алға шығарады. Сондықтан бұл себептерді мынандай топқа бөлген жөн деп есептедік.

1. Тістің дұрыс шығуына кедергі болатын себептің бірі ол жақ сүйектің анатомо-топографиялық ерекшелігі.
2. Шығатын тістің маңындағы қызылиек етінің ерекшелігі.
3. Шығып келе жатқан ақыл тістің өзіне байланысты себептері.



Сурет-65. Ақыл тістердің төменгі жақта орналасуының түрлері

Ақыл тістің кедергімен кеш жаруынан болған аурулардың асқынуы

Көптеген ғалымдардың пікірі бойынша ақыл тістің дамуы басқа тістерден ерекше болады. Және ол өте қолайсыз жағдайда шығады, оған ұяшық дайындайтын алдынан ізашар сүт тісі жоқ және ол тіс қатарында ең шеткісі. Төменгі жақ сүйектің ішінен де сыртынан да өтетін қиғаш сызығы сүйекті қалыңдатып, 8-ші тістерге арналған ұяшықтарды тарылтып сол тістердің жарып шығуына кедергі келтіреді.

Ақыл тістер 18-25 жас шамасында төменгі жақ толық қалыптасқан, кальцийленіп қатайған кезде кедергіден кешігіп жарып шығуға мәжбүр болады. Кейде ақыл тіске орын аз немесе мүлдем жоқ болғандықтан ол қатардан шет шығады немесе сүйектен мүлде шықпай қалуы мүмкін.

Төменгі жақ сүйегінде ақыл тіске орын болмауы филогенезде адамның эволюциялық дамуына қарай жақсүйектің кішіреюінен болады.

Бірақ, филогенездік даму кезеңінде тістің жалпы саны азаймаған. Кейде төменгі жақтың даму бұзылыстарына байланысты болады. Оның себебі гормондық ішкі секреция бездері қызметінің бұзылуы, витаминдердің жетіспеуі, бала кезінде жақсүйегі іріңдіп игіріп немесе инфекциялық аурумен ауырса не тістің ұрықтанып жетілу шарты бұзылса және т. б. себептер болуы мүмкін.

Ұяшық өсіндісінде 8-ші тіске орынның жеткіліксіздігінен ақыл тіс төменгі жақтың ұяшық өсіндісінің ішкі жағына немесе сыртына, кейде тіс астына қарай шығуы мүмкін. Ақыл тіс тәж бұтағының түбіне қарай жарса, онда үстінен төнген сүйек қалқанынан шыға алмай ұсталып қалуы да мүмкін. Ақыл тіс дұрыс жарып шығу үшін оның маңындағы қызыл иек пен шырышты қабыққа зор маңыз беру керек, 7-ші тістер артының қызыл иегі мен шырышты қабығы өте қалың болады. Ол шайнағанда тамақпен не қарама-қарсы тіспен зақымданып тыртықтанып қатаяды. Сондықтан ақыл тіс жарғанда ол сорылмайды да шығуына бөгет болады. Кейде ақыл тістің үстінен тік жүрген (жазық емес) жақ-қанатша қатпары бөгет жасайды. Оны кесіп алса да тістің шығуын бөгейді.

Жоғарыда аталған кедергілермен қоса, кейде ақыл тістің кедергімен шығу себебі оның өте үлкен, ірі болуынан болады.

Клиникада өте жиі кездесетін жағдайдың бірі — ақыл тістің қисық орналасуы. Ақыл тістің ұрықтану нүктесінің төменгі жақтың тәждік бұтағына қарай жайғасуынан оған орын болмауы мүмкін.

Адам өскен сайын тістің ұрығы да дамып болашақ ұяшағына қарай жайлап жылжиды. Бірақ кейде сәтті болмайды. Ақыл тіс әдеттегі тік қалпынан ауытқып кетсе, онда шығуының түрі неше сапқа бөлінеді: а) ақыл тістің көлденең жатуы; б) қисық орналасуы - медиальды, дистальды, ұрттық және тілдік қисаюлары болады.

Әрине, дұрыс орын алмаған тіс кешігіп қинала шығады кейде мүлде шықпай қалады.

Төменгі ақыл тістің кедергімен ұсталып қиналып шығуы тек

жоғарыда аталған жағдайлармен байланысты болмайды. Ақыл тіске орын жеткілікті болып, тік тұрса да қиналып кешігіп жарғаны байқалады, бірақ себебі белгісіз. Сондықтан П.П.Львовтың (1929), Д.Е. Танфильевтің (1952) пікірлерімен келісуге тура келеді. Олардың айтуынша төменгі ақыл тістің кедергімен қиналып шығу себебі ішкі немесе сыртқы жағдайлар- факторларымен байланысты болуы мүмкін. Күнделік жұмыс бабына байланысты ақыл тістің кедергімен жаруынан болған әр түрлі қабыну, асқынған ауруларды кездестіреді.

Ондай ауруды дұрыстап зерттеу үшін Е. А. Магид пен В. М. Штейнберг мынадай топқа бөледі:

I Тістің жұмсақ жабын тіндерінің қабынуынан болған;

1. Жедел перикоронарит: а) қанталап қызаруы; б) іріңді түрі; в) іріңді-жаралы түрі.

2. Созылмалы перикоронарит.

II.Төменгі жақтың кемік тіндерінің ауыр қабыну кезеңдері:

1) жедел іріңді периостит; 2) шырышты қабықтың іріңдеуі (абсцесс) мен шелдерінің іріңдеп өлеттенуі (флегмона); 3) Ауыздың шырышты қабығының іріңді жарасы (стоматит).

III. Төменгі жақтың ауыр қабыну кезеңі.

1. Одонтогенді остеомиелит: а) жедел; б) созылмалы;

2. Парадентарлы іріңдік (тіс маңындағы).

IV. Аталған асқыну ауруларынан басқада кездесетін асқыну аурулары (қатар жатқан тістің зақымдануы, жүйкенің қабынуы, жүйкенің салданып жансыздануы т. б.).



Сурет-66. қатар жатқан тістің зақымдануы

Бұл топқа актиномикоз, одонтогенді гранулема, тістен болған жара т.б. аурулар кірмеген. Ондай науқастар сирек кездесетіндіктен оларды екінші немесе төртінші топқа жатқызуға-кіргізуге болады.

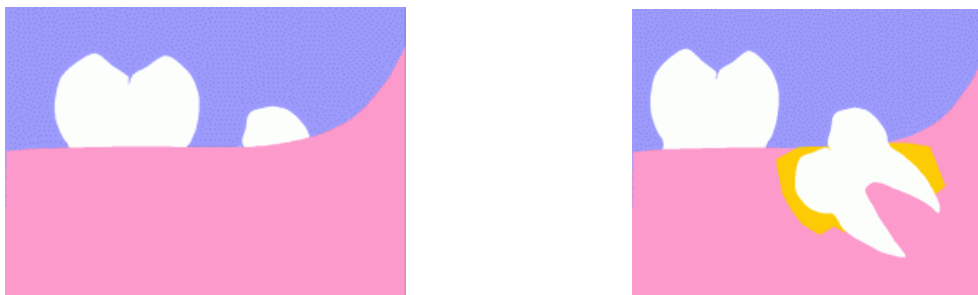
Асқынулардың патогенезі. Асқынудың пайда болуына бірден-бір себеп-жарып келе жатқан тістің шайнау бетін жауып тұратын (шырышты-сүйек сыртқы қабықтарынан тұратын) жабынды тін. Оны ақыл тістің шайнау бетіндегі бір бұдыры жарып шығады да, оның астында қалта пайда болады. Осы «қалтада» тамақ, шырыш, тіндердің өлі клеткалары жиналып, микробтардың өсіп-енуіне жағдай жасайды.

Жабындының үстіңгі беті жоғарғы жақ сүйегіндегі ақыл тістен

зақымданып қабыну кезеңі дамиды. Аурудың бұл кезеңінде инфекциялы қабыну кезеңі ақыл тістің сауытын қоршаған және жауып тұрған жұмсақ тіндермен шектелетіндіктен, **оны перикоронарит деп атайды.**

Егер жақ сүйегінде сегізінші тістің жарып шығуына орын жеткілікті болса немесе дер кезінде дәрігерлік көмек көрсетілсе, бұл тіс толық жарып шығады да, сонымен қабыну кезеңі тоқтайды. Егер тістің жарыпшығуына жағдай болмаса, жедел перикоронарит созылмалы түріне өтеді де қабыну кезеңі қоршаған жұмсақ тіндер мен сүйекке жайылады. Сегізінші тістің орналасуындағы топографиялық-анатомиялық ерекшеліктерге байланысты, қабыну кезеңі кез келген бағытта таралуы мүмкін.

Төменгі үшінші азу тістің кедергіленіп жаруынан пайда болатын асқынулардың клиникалық көрінісі. Перикоронарит — жедел және созылмалы болып бөлінеді. А. Т. Руденко (1961) перикоронариттің қайталану-рецидивті түрін бөлуді ұсынады. Перикоронарит — төменгі ақыл тістің кешігіп жаруында жиі және көбінесе бірінші (75% дейін) кездесетін асқыну түрі. Ол екінші азу тістің артында ауыру сезімінің пайда болуымен білінеді.



Сурет-67. Көп қайталанып тұратын перикоронарит

Алғашында ақыл тістің үстіндегі шырышты қабық ептеп қан кернеп қызарып, домбығады. Егер сүңгі-зондпен ептеп байқап көрсе жарып шығып келе жатқан тістің сауытын байқауға болады. Жабынды қолмен басқанда, жұтынғанда және аузын ашқанда ауыру сезімі болып, ол күшейеді. Жақасты лимфа түйіндері үлкейіп, ауырсына бастайды. Науқастың дене қызуы көтеріліп, басы ауырады, тәбеті нашарлайды.

Егер тіс жартылай жарып шықса, онда оның қалған бөлігін жауып тұрған жабынды зақымданып жарақаттанады да, экссудаттың шығуы нашарлайды. Ол қабыну кезеңінің үдеуіне әкеп соғады. Ол жақ жанындағы жұмсақ тіндерде бүйір тармақтары-коллатеральды домбығудың пайда болуымен және жақ бұлшықеттерінің қарысуымен сипатталды. Жабынды астынан ірің шығады. Оның шырышты қабығы жараға айналады. **Жедел перикоронаритті катаральды, іріңді, жаралы түрлеріне бөлу шартты болып есептеледі.** Қабыну белгілерінің көрінісі мен аурудың жалпы жағдайына қарай перикоронаритті жеңіл, орташа, ауыр формаларына бөледі. Қабыну

күшейген сайын қанатша жақ бүрмесі, алдыңғы таңдай доғасы, жұтқыншақ қан кернеп қызарып, домбығады. Жұтынғанда ауыру сезімі күшейіп, құлаққа, самайға тарайды. **Бұл «дентарлық ангина» көрінісі деп аталады.** Сондықтан науқастар құлақ, тамақ және мұрын ауруларын тексеретін дәрігерге көрінуі мүмкін.

Жұтынғанда пайда болатын ауру сезімі күрделі емес. Сегізінші азу тістің сауытын жауып тұратын шырышты қабық таңдайдың алдыңғы доғасына өте жақын. Ал шырышты қабық астындағы клетчатка, жұтқыншақтың бүйір бетіндегі клетчаткамен тікелей байланысты. Сондықтан төменгі үшінші азу тістен пайда болған қабыну кезеңі жұмсақ таңдайға, бадамша безге, жұтқыншақтың қабырғасына жайылады. Шайнау бұлшықеттерінің қарысуы сезімтал және қозғалтқыш жүйкелердің қабынуына және қабыну кезеңінің тікелей еттердің астына жайылуына байланысты.

Созылмалы перикоронариттің нақтамасы-диагностикасы – келіп шығу тарихына-анамнез және клиникалық белгілерінен құралады.

Көбінесе науқастарда ешқандай шағым болмайды. Тісті жауып тұрған жапқыш аздап, домбыққан, оның астынан біраз сарысулы іріңді зат шығады. Үнемі домбығудың жарақаттанудың әсерінен жапқыш тыртықтанады. Ол тістің жару шығу кезеңін одан сайын тежейді. Сегізінші тістің сауыты мен дистальды бетіне жақын орналасқан сүйектің арасында патологиялық қалта пайда болады да, ол грануляциялық тінмен толады.

Рентген суретінде бұл қалта «жарты ай» тәрізді сүйектің ыдырауымен байқалады.

Сүйек-грануляциялық тіннің әсерінен сорылып бұзылады. Оны ретромолярлы остит (ақыл тіс артындағы сүйек қабынуы) деп атайды. Оның орнында уақыт өткеннен кейін парадентарлы киста (тіс маңындағы қалта) пайда болады. Ол да рентген суретімен анықталады. Ретромолярлы остит пен парадентарлы киста созылмалы перикоронариттің жиі қозуының себепшісі болуы мүмкін. Созылмалы перикоронарит - созылмалы жақасты лимфаденоитіне әкеп соғады.

Сонымен бірге созылмалы перикоронарит, одонтогенді жылжымалы теріасты гранулемасының пайда болуына себепші болуы мүмкін. Жапқыш астындағы грануляция ұрт аймағындағы теріасты клетчаткасына енеді де, қабыну кезеңінің туындауына себепші болады. Іріңді зат жиналысымен тері қабаты жұқарып, көкшіл тартады. Бұл жерде мезгіл-мезгіл жыланкөз пайда болып тұрады.

Үшінші азу тістің кедергіленіп жаруынан жедел іріңді периостит дамиды (10-12% дейін). Егер жедел перикоронаритте жапқыш астындағы экссудаттың шығуы қиындаса ол жақ сүйегінің вестибулярлық қабығы астына қиғаш сызықтың бойымен жылжып түседі де, жетінші, алтыншы азу тістердің немесе кіші азу тістердің (премолярдың) тұсында іріңді қабыну тудырады. Ол іріңдікті тіліп ашпаса,

орнында жыланкөз пайда болады. Егер үлкен азу тістердің біреуі бұрын емделген болса, ол қабынуға себепші болған тіс деп қате жұлынуы мүмкін. Содан соң жыланкөз жұлынған тістің ұясына ауысады. Ол өз алдына тіс ұяшығының созылмалы остеомиелитінің көрінісін білдіреді де, жасалған ем еш нәтиже бермеуі мүмкін. Сондықтан төменгі жақ сүйегінің жедел іріңді периоститі деген нақтаманы қоярда, созылмалы перикоронариттің жоқ екеніне көз жеткізу керек. Ақыл тістің кедергіленіп жаруы кезінде пайда болатын төменгі жақ сүйегінің одонтогенді остеомиелиті көбінесе жақтың бұрышы мен бұтағына жайылады.

А. И. Евдокимов, Г. А. Васильев (1959 ж), Г. И. Семенченко (1961 ж) остеомиелиттің себепшісі ретінде екінші орында, үшінші-төменгі азу тістің кедергіленіп жаруы тұрады деп есептеген. Инфекция маргинальды (қызылиек жиегі) жолмен тарайды.

Остеомиелит сау тістің маңында пайда болатындықтан, клиникалық көрінісінде ерекшелігі болады.

Кезең көбінесе шектелген, созылмалы түріне-формасына тез өтеді.



Сурет-68. Инфекцияның қызылиек жиек (маргинальды) арқылы таралуы

Венсан белгісі-симптомы кездеспейді немесе өте кеш пайда болады. Мұндай остеомиелиттің көрінісі - науқас организмнің жалпы жағдайына, әсерлесу дәрежесіне байланысты.

Үшінші азу тістің кешігіп жаруы абсцесс және флегмоналармен де асқынады. Олар өз бетінше немесе остеомиелиттің асқынуымен пайда болады. Мұндай абсцесс, флегмоналардың клиникалық көрінісі басқа себептерден туған абсцесс, флегмоналармен бірдей болады.

Ауыз қуысының жаралы уылуы (стоматит) – созылмалы перикоронариттің асқынуы болып есептеледі. Ол қайталанып тұратын және ауырған тіс жағындағы шырышты қабықты қамтитын ауру. Бұл ауыру созылмалы периодонтитте ауыз қуысында биологиялық тепе-теңдік бұзылып тіндердің резистенттігі төмендейді де, организмде сенсбилизация пайда болуымен сипатталады.

Үшінші азу тіс- медиальды қисая немесе көлбеу орналасса, онда оның көрші тіспен жанасқан бетінде тіс жегісі (кариес) пайда болып, уақыт өте ол пульпитпен, периодонтитпен асқынады.

Оның дұрыс нақтамасы тек рентген суретінің негізінде қойылады. Егер нақтама дұрыс қойылмаса, науқастар ұзақ уақыт бойы үшкіл жүйкесінің невралгиясынан емделуі мүмкін.

Төменгі үшінші азу тістің кешігіп жаруынан пайда болатын асқынуларды емдеу тәжірибелік-практикалық дәрігерлер үшін күрделі мәселе болып отыр. Өйткені оларды емдеудің көптеген әдістері ұсынылған және олар бір-біріне қарама-қайшы келеді.

Мысалы: жарып шығып келе жатқан тісті жұлудың орнына, оның жапқышын кесіп ашады немесе алып тастайды. Кейбір жағдайда үшінші тістің жарып шығуы үшін, екінші үлкен азу тісті немесе жоғарғы үшінші азу тісті жұлу ұсынылады.

Сонымен қатар кейбір ғалымдар, тісті тек жедел қабыну белгілері басылғаннан кейін ғана жұлу керек деп есептейді, біз бұл пікірді қолдамаймыз. **Себебі оның барлығы науқастың хал-жағдайына байланысты, шешімі кезек күттірмейтін мәселе болып есептелінеді.**

Біздің бақылауымыз бойынша қабынуға себепші болған тістің тағдырын шешу үшін, ұяшық өсіндіде жарып келе жатқан тіске орын жеткілікті ме, тістің өсі ұяшық өсіндінің өсіне қалай орналасқан және тіске жақ-қанатша бүрмесі мен ұрт тіндерінің кедергісі бар ма деген сұрақтарды шешу қажет. Бұл сұрақтарды шешу үшін нақты-объективті көріністер мен аурудың келіп шығуына-анамнезге қоса рентген суретіне көңіл бөлу қажет. Біздің көзқарасымыз бойынша жақ сүйегінде тік орналасып жарып келе жатқан тістің дистальды беті мен жақ сүйегі «бұтағының» алдыңғы қырына дейінгі ара қашықтық 0,5 см кем болмаса, онда тіске орын жеткілікті деп есептеледі. Тәжірибелік-практикалық бақылаулар көрсеткендей 0,5 см бұл тіспен жақ сүйегі бұтағының алдыңғы қырына дейінгі ара қашықтық. Бұл кезде тіс жарып шыға алады және үстіндегі шырышты қабық кедергі болмайды. Егер тіс үстіндегі шырышты қабық қалындаса, онда тіс артындағы және жапқышты кесу ешқандай нәтиже бермейді. Мұндай жағдайда тісті жұлу қажет.

Тісті сақтап қалу мүмкіншілігі болса, жедел перикоронаритті отасыз-консервативті және хирургиялық жолмен емдеу қажет.

Егер тістің шайнау бетінің көп бөлігі жарып шықса, онда жапқыш астындағы кеңістікті бірнеше қайталап жуу, тістесуді (прикус) ажырату, қабыну кезеңінің басылуына және тістің жаруына мүмкіндік тудырады. Егер шайнау бетінің көп бөлігі жапқыш астында қалса, онда оны түгел кесіп алып тастау қажет. Ол үшін қандауыр немесе кішкене қайшы қажет. Жапқышты кесерде «москит» тәрізді қысқышпен ұстап тұру керек. Ота ішке сіңу-жергілікті жансыздандыру әдісімен жасалады.

Егер бұлшықеттер қарысуы болса, оны Берше әдісімен жансыздандыру арқылы босаңсытады.

Дәрі-дәрмекпен емдеу әр адамның организміне байланысты

жүргізіледі. Көрсетілген жағдайда ауыру сезімін басып қабынуға қарсы, сенсбилизацияны жоятын, домбығуға қарсы дәрі-дәрмектер және физиотерапия тағайындалады. Егер науқастың жағдайы қанағаттанарлық, ал қабыну кезеңі шамалы болса, онда дәрі-дәрмек тағайындаудың қажеті болмайды. Жапқышты тіліп қана қою оның астындағы экссудатты шығару үшін қолданылатын уақытша шара. Мұны рентген суретін жасап, жарып келе жатқан тістің тағдырын толық шешкенге дейін жүргізуге болады. Бұл ота қабынуға қарсы ем тағайындаумен толықтырылуы тиіс.

Кедергіленіп жарып келе жатқан төменгі ақыл тісті жұлатын жағдайлар.

1. Қалыпты жағдайдан ауытқыған кез келген тіс жұлынуы тиіс.
2. Ұяшық өсіндіде жарып келе жатқан тіске орын жетіспесе ол да жұлынады.
3. Егер де тіс, жақ сүйегінде тік орналасса, бірақ оның үстінен қанатша-жақ бүрмесі төніп тұрса ол тіс жұлынуы тиіс. Өйткені бүркенішті кесіп алып тастағанмен, қанатша-жақ бүрмесі жарып шыққан тістен зақымданып жаралар, тыртықтар, қабыну кезеңдері пайда болуы мүмкін.
4. Созылмалы қайта қайталанған перикоронаритте тіс жұлынуы тиіс.
5. Егер де қабыну кезеңі жапқыштың шегінен шығып ұлғайып кетсе (жедел ірінді периостит, остеомиелит, флегмона және т. б.) тіс жанындағы сүйекте патологиялық кезең пайда болса (пародентарлы киста, ретромолярлы остеомиелит және т. б.) және отасыз- консервативті ем оңды нәтиже бермесе, ол тісті жұлу қажет.

Тісті жұлуға науқастың жалпы жағдайы қарама-қайшылық келтірмесе, онда тісті неғұрлым ерте жұлу науқастың жазылуын жеделдетеді және жұмысқа жарамсыздық уақытын қысқартады. Сегізінші азу тіс жарып шығу үшін, сау жетінші тісті жұлу пайдалы емес, өйткені 8-ші тістің жарып шығуына анатомиялық-топографиялық жағдай кедергі болады.

Үшінші азу тіс, жұлынған тістің ұясына жылжымайды, керісінше медиальды (бері) қисайып, қызмет ету-функциональдық бағалығы болмайды. Жетінші азу тісті, тек оның түбірінде, сегізінші тістің көлбеу орналасуынан тіс жегі пайда болса, оны емдеу мүмкіншілігі болмаса ғана жұлу қажет. Егер сегізінші азу тіс ұяшық өсіндіде өте терең, көлбеу орналасса, оны атипиялық әдіспен жұлғаннан соң, жетінші тістің дистальды түбірі жалаңаштанып әр түрлі тітіргендіргіштерге сезімтал келеді. Осыдан өте терең сүйек қалтасы пайда болады. Осындай жағдайлар өте сирек кездеседі, сондықтан біз тәжірибемізге сүйене отырып, осы тақырыптың көкейкестілігін ескеріп, бірнеше қолжазбалар жаздық және алдын ала патент куәлігін алу үшін меншік құқықы туралы комитетке тапсырыс бердік. Сол үшін бірінші 7-ші азу тісті жұлып, одан кейін көлбеу орналасқан 8-ші тісті жұлған жөн.

Шала жарған төменгі ақыл тісті жұлу отасының техникасы. Ота өткізгіштік жансыздандыру әдісімен жасалады. Қажет жағдайда Берше және мандибулярлы жансыздандыру жасалады.

Отаны, ұяшық өсіндінің қыры арқылы дистальды бағытта 1,5-2 см ұзындықпен жапқышты сүйекке жеткізе тіліп, тістің сауыты мен мойнын қоршап жатқан тіндерден ажыратудан бастайды.

Егер тісті қысқашпен ұстау мүмкіншілігі болмаса, оны тік элеватормен ырғап босатады. Оны жетінші және сегізінші тістің ортасына сырт жағынан ішке қарай бағыттап кіргізеді. Элеватордың бағытын, тістің қаттылығын, төменгі жақ сүйегінің буынынан қозғалғыштығын, тыныс алу жолдарының жақындығын еске ала отырып, дәрігер жетінші тіспен жақ сүйегін мықтап ұстап тұруы қажет. Сол жақтағы сегізінші тісті жұларда, сол қолдың 1,4,5 саусақтары төменгі жақ сүйегін қапсыра ұстап (4, 5 саусақтар ауыз қуысы ішінен), сұқ саусақ ұрт тіндерін кері ысырады, ортаңғы саусақ жетінші және сегізінші тістерді, ұяшық өсіндінің тіл жақ қабырғасын ұстап тұрады.

Оң жақтағы тісті жұларда дәрігер науқастың оң және арт жағында орналасып, сол қолымен басын қапсыра ұстайды да, 3,4,5 саусақтарымен төменгі жақ сүйегін астынан және сырт жағынан бекітеді; сұқ саусақ ұрт тіндерін кері ысырады. Ал бас бармақ 7,8 тістерді және ұяшық өсіндінің тіл жақ қабырғасын ұстап тұрады. Элеваторды сегізінші тістің мойнынан төмен енгізіп, тісті артқа және жоғары қарай ырғап босатады да қысқашпен ұстап тісті жұлады. Егер тіс жартылай жарып шықса, оның сауытының үстінен сүйек төніп тұрса (әсіресе тіс жақ сүйегінде көлбеу орналасқанда) онда тісті қоршаған жұмсақ тіндермен қатар, төніп тұрған сүйектен де босату қажет. Ол сүйекті бордың немесе балға мен қашаудың көмегімен алып тастайды. Сондықтан тістің қатарындағы бүркенішті тіліп кесумен қатар, оны өтпелі қатпарға қарай жетінші тістің тұсынан төмен жалғастыру қажет. Сонда үшбұрышты қиынды пайда болады. Сүйекті жалаңаштап, тіске кедергі болып тұрған тұсын қашаумен не бормен жайлап ойып алып тастайды.

Тістерді атипиялық жұлу дегеніміз - тістерді және олардың түбірлерін жұлу кезінде қосалқы құрал-жабдықтардың-қашаудың немесе бордың көмегіне жүгіну әдісі болып саналады.

Тісті жұлған соң «қиындыны» орнына қойып, кетгутпен тігеді. Отадан кейін ұзақ уақытқа созылған жақ бұлшықеттерінің қарысуы, альвеолит, тіс ұяшығы жүйкесінің невриті, тіс ұяшығы остеомиелиті, сияқты асқынулар кездесуі мүмкін. Олардың алдын алу үшін, антибиотиктер, сульфаниламидтер, витаминдер, сұйық және жоғарғы калориялы тағам тағайындалуы қажет.

Жоғарыда аталған асқынулардың көбі емханада емделеді.

Тұжырым: Бұл тарауда бет-жақ аймағында кездесетін аурулар туралы

мәліметтер келтірілген. Тістің жаруы әдеттегі физиологиялық кезеңдерге-процесстерге жатады. Олар белгілі уақытында, адамға білінбей, ешқандай ауыру сезімінсіз шығады.

Ақыл тістер 18-25 жас шамасында төменгі жақ толық қалыптасқан, кальцийленіп қатайған кезде кедергіден кешігіп жарып шығуға мәжбүр болады. Кейде ақыл тіске орын аз немесе мүлдем жоқ болғандықтан ол қатардан шет шығады немесе сүйектен мүлде шықпай қалуы мүмкін.

Төменгі жақ сүйегінде ақыл тіске орын болмауы филогенезде адамның эволюциялық дамуына қарай жақсүйектің кішіреюінен болады.

Бірақ, филогенездік даму кезеңінде тістің жалпы саны азаймаған. Кейде төменгі жақтың даму бұзылыстарына байланысты болады. Оның себебі гормондық ішкі секреция бездері қызметінің бұзылуы, витаминдердің жетіспеуі, бала кезінде жақсүйегі іріндіп игіріп немесе инфекциялық аурумен ауырса не тістің ұрықтанып жетілу шарты бұзылса және т. б. себептер болуы мүмкін.

Ұяшық өсіндісінде 8-ші тіске орынның жеткіліксіздігінен ақыл тіс төменгі жақтың ұяшық өсіндісінің ішкі жағына немесе сыртына, кейде тіс астына қарай шығуы мүмкін. Ақыл тіс тәж бұтағының түбіне қарай жарса, онда үстінен төнген сүйек қалқанынан шыға алмай ұсталып қалуы да мүмкін. Ақыл тіс дұрыс жарып шығу үшін оның маңындағы қызыл иек пен шырышты қабыққа зор маңыз беру керек, 7-ші тістер артының қызыл иегі мен шырышты қабығы өте қалың болады. Ол шайнағанда тамақпен не қарама-қарсы тіспен зақымданып тыртықтанып қатаяды. Сондықтан ақыл тіс жарғанда ол сорылмайды да шығуына бөгет болады. Кейде ақыл тістің үстінен тік жүрген (жазық емес) жақ-қанатша қатпары бөгет жасайды. Оны кесіп алса да тістің шығуын бөгейді.

Жоғарыда аталған кедергілермен қоса, кейде ақыл тістің кедергімен шығу себебі оның өте үлкен, ірі болуынан болады.

Клиникада өте жиі кездесетін жағдайдың бірі — ақыл тістің қисық орналасуы. Ақыл тістің ұрықтану нүктесінің төменгі жақтың тәждік бұтағына қарай жайғасуынан оған орын болмауы мүмкін.

Адам өскен сайын тістің ұрығы да дамып болашақ ұяшағына қарай жайлап жылжиды. Бірақ кейде сәтті болмайды. Ақыл тіс әдеттегі тік қалпынан ауытқып кетсе, онда шығуының түрі неше сапқа бөлінеді: а) ақыл тістің көлденең жатуы; б) қисық орналасуы - медиальды, дистальды, ұрттық және тілдік қисаюлары болады.

Әрине, дұрыс орын алмаған тіс кешігіп қинала шығады кейде мүлде шықпай қалады.

Төменгі ақыл тістің кедергімен ұсталып қиналып шығуы тек жоғарыда аталған жағдайлармен байланысты болмайды. Ақыл тіске орын жеткілікті болып, тік тұрса да қиналып кешігіп жарғаны байқалады, бірақ себебі белгісіз. Сондықтан П.П.Львовтың (1929), Д.Е. Танфильевтің (1952) пікірлерімен келісуге тура келеді. Олардың айтуынша төменгі ақыл тістің кедергімен қиналып шығу себебі ішкі

немесе сыртқы жағдайлар-факторларымен байланысты болуы мүмкін. Күнделік жұмыс бабына байланысты ақыл тістің кедергімен жаруынан болған әр түрлі қабыну, асқынған ауруларды кездестіреді.

Сол себептен науқасқа стоматологиялық көмек көрсету кезінде науқастың бет-әлпетіне, ауыз қуысындағы жағдайға байланысты түбегейлі шешім қабылдау, бұл тістерді жұтуда білгіленген ережелерге бағыну керек.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Дистопия дегеніміз
 - А) дұрыс қалыптасқан тістің тіс қатарынан-шет шығуы.
 - Б) дұрыс қалыптасқан тістің шығуы
 - В) әртүрлі кедергімен баяулап ұсталып қалуы.
 - Г) жартылай, толық
 - Д) толық кедергімен баяулап ұсталып қалуы.
2. Ретенция дегеніміз
 - А) дұрыс қалыптасқан тістің шығуы әртүрлі кедергімен баяулап ұсталып қалуы.
 - Б) дұрыс қалыптасқан тістің тіс қатарынан-шет шығуы.
 - В) толық кедергімен баяулап ұсталып қалуы.
 - Г) жартылай қалыптасқан тістің шығуы
 - Д) сүт тістер, жартылай, толық
3. Ретенция түрлерге бөлінеді.
 - А) жартылай, толық
 - Б) кедергімен баяулап ұсталып қалуы.
 - В) жартылай қалыптасқан тістің шығуы
 - Г) сүт тістер, жартылай,
 - Д) толық кедергімен баяулап ұсталып қалуы.
4. Дистопия мен ретенцияға де ұшырайды.
 - А) сүт тістер, тұрақты тістер
 - Б) жартылай, толық
 - В) сүт тістер, жартылай,
 - Г) жартылай қалыптасқан тістің шығуы
 - Д) кедергімен баяулап ұсталып қалуы.
5. Перикоронарит деп атайды.
 - А) ақыл тістің сауытын қоршаған оны жауып тұрған жұмсақ тіндерінің инфекциялы қабынуын
 - Б) жартылай қалыптасқан тістің шығуы
 - В) кедергімен баяулап ұсталып қалуы.
 - Г) жартылай, толық
 - Д) 3 топқа
6. Перикоронарит болып бөлінеді.
 - А) жедел, созылмалы
 - Б) жартылай қалыптасқан тістің шығуы

- В) кедергімен баяулап ұсталып қалуы.
Г) дұрыс қалыптасқан тістің тіс қатарынан-шет шығуы.
Д) жеделдеу, созылмалы, өршу
7. Е. А. Магид, В. М. Штейнберг бөледі:
А) 3 топқа
Б) 1 топқа
В) 2 топқа
Г) 4 топқа
Д) 5 топқа
8. Жедел перикоронарит түрлерге бөлінеді.
А) катаральды, іріңді, жаралы
Б) жедел, созылмалы
В) кедергімен баяулап ұсталып қалуы.
Г) жеделдеу, созылмалы, өршу
Д) жартылай, толық
9. оны «дентарлық ангина» көрінісі деп атайды.
А) жұтынғанда ауыру сезімі күшейіп, құлаққа, самайға тарайды.
Б) катаральды, іріңді, жаралы
В) сезімтал және қозғалтқыш жүйкелердің қабыну кезеңінің
Г) кедергімен баяулап ұсталып қалуы.
Д) жеделдеу, созылмалы, өршу
10. Шайнау бұлшықеттерінің қарысуы тікелей еттердің астына жайылуына байланысты.
А) сезімтал және қозғалтқыш жүйкелердің қабыну кезеңінің
Б) кедергімен баяулап ұсталып қалуы.
В) одонтогенді жылжымалы теріасты гранулемасының
Г) созылмалы жақасты лимфаденитіне
Д) катаральды, іріңді, жаралы
11. Созылмалы перикоронарит пайда болуына себепші болады.
А) одонтогенді жылжымалы теріасты гранулемасының
Б) сезімтал және қозғалтқыш жүйкелердің қабыну кезеңінің
В) созылмалы жақасты лимфаденитіне
Г) жартылай қалыптасқан тістің шығуы
Д) дұрыс қалыптасқан тістің шығуы
12. Созылмалы перикоронарит әкеп соғады.
А) созылмалы жақасты лимфаденитіне
Б) одонтогенді жылжымалы теріасты гранулемасының
В) жартылай қалыптасқан тістің шығуы
Г) дұрыс қалыптасқан тістің шығуы
Д) катаральды, іріңді, жаралы
13. Жақ остеомиелиттің себепшісі болып табылады
А) үшінші-төменгі азу тістің кедергіленіп жарып шығуы
Б) жедел іріңді периостит
В) абсцесс, флегмоналармен

- Г) катаральды, іріңді, жаралы
Д) дұрыс қалыптасқан тістің шығуы
14. үшінші азу тістің кедергіленіп жаруынан дамиды
А) жедел іріңді периостит
Б) катаральды, іріңді, жаралы
В) Ауыз қуысының жаралы уылуы (стоматит)
Г) дұрыс қалыптасқан тістің шығуы
Д) өткізгіштік жансыздандыру әдісі
15. Үшінші азу тістің кешігіп жаруы де асқынады.
А) абсцесс, флегмоналармен
Б) Ауыз қуысының жаралы уылуы (стоматит)
В) өткізгіштік жансыздандыру әдісі
Г) Берше және мандибулярлы жансыздандыру әдісі
Д) оң және арт жағында
16. Созылмалы перикоронариттің асқынуы болып есептелінеді.
А) Ауыз қуысының жаралы уылуы (стоматит)
Б) катаральды, іріңді, жаралы
В) жедел іріңді периостит
Г) дұрыс қалыптасқан тістің шығуы
Д) үшінші-төменгі азу тістің кедергіленіп жарып шығуы
17. Шала жарған төменгі ақыл тісті жұлу отасында қолданылады.
А) өткізгіштік жансыздандыру әдісі
Б) оң және арт жағында
В) жедел іріңді периостит
Г) катаральды, іріңді, жаралы
Д) Ауыз қуысының жаралы уылуы (стоматит)
18. Ақыл тісті жұлу отасында, жақ қарысқан жағдайда қолданылады.
А) Берше және мандибулярлы жансыздандыру әдісі
Б) жедел іріңді периостит
В) Төмпешіктік жансыздандыру әдісі
Г) көз асты жансыздандыру әдісі
Д) оң және арт жағында
19. Оң жақтағы тісті жұларда дәрігер науқастың орналасады
А) оң, арт жағында
Б) сол, алдыңғы жағында
В) сол, арт жағында
Г) оң, алдыңғы жағында
Д) басы жоғары көтерілген күйінде
20. Сол жақтағы тісті жұларда дәрігер науқастың орналасады
А) оң және алдыңғы жағында

- Б) оң, арт жағында
В) басы жоғары көтерілген күйінде
Г) сол, арт жағында
Д) сол, алдыңғы жағында
21. Патологиялық қалтаның R- суреттегі сипаттамасы
А) «жарты ай» тәрізді сүйектің ыдырауымен
Б) жақ бұлшықеттерінің қарысуы
В) альвеолит, тіс ұяшығы жүйкесінің невриті,
Г) тіс ұяшығы остеомиелиті
Д) тістерді, олардың түбірлерін жұлу кезі
22. Тістерді атипиялық жұлу дегеніміз көмегіне жүгіну әдісі болып саналады.
А) тістерді, олардың түбірлерін жұлу кезінде қашаудың немесе бордың
Б) «жарты ай» тәрізді сүйектің ыдырауымен
В) альвеолит, тіс ұяшығы жүйкесінің невриті,
Г) жақ бұлшықеттерінің қарысуы
Д) тек рентген суретінің негізінде қойылады.
23. Отадан кейін ұзақ уақытқа созылған ... сияқты асқынулар болады
А) жақ бұлшықеттерінің қарысуы, альвеолит, тіс ұяшығы жүйкесінің невриті, тіс ұяшығы остеомиелиті
Б) тістерді, олардың түбірлерін жұлу кезі
В) «жарты ай» тәрізді сүйектің ыдырауымен
Г) қатерсіз ісіктер — амелобластома, одонтома т.б. ісіктер
Д) тек рентген суретінің негізінде қойылады.
24. Үшінші азу тістің кешігіп жаруып шығуын, дұрыс нақтамасы
А) тек рентген суретінің негізінде қойылады.
Б) «жарты ай» тәрізді сүйектің ыдырауымен
В) тістерді, олардың түбірлерін жұлу кезі
Г) жақ бұлшықеттерінің қарысуы
Д) альвеолит, тіс ұяшығы жүйкесінің невриті,
25. Кедергімен ұсталып шыға алмаған тістің әсерінен өсуі мүмкін.
А) қатерсіз ісіктер — амелобластома, одонтома т.б. ісіктер
Б) альвеолит, тіс ұяшығы жүйкесінің невриті,
В) жақ бұлшықеттерінің қарысуы
Г) тістерді, олардың түбірлерін жұлу кезі
Д) тек рентген суретінің негізінде қойылады.
26. Біздің пікіріміз бойынша тіспен жақ сүйегі бұтағының алдыңғы қырына дейінгі ара қашықтық тіске орын жеткілікті деп есептеледі.

А) 0,5 см болса

Б) 1,5 см болса

В) 2,0 см болса

Г) 2,5 см болса

Д) 3,0 см болса

27. Жақ остеомиелиттің келіп шығуына себепшісі болған инфекцияның

..... таралу жолы

А) маргинальды (қызылиек жиегі) жолмен тарайды.

Б) ауа

В) тамшы

Г) сүйіскенде

Д) түшкіргенде

28. Төменгі жақ сүйегінің одонтогенді остеомиелиті жайылады.

А) жақтың бұрышы мен бұтағына

Б) жақтың денесі

В) жақтың бұрышы, денесі

Г) буын бұтағы, жақ төмпешігі

Д) жақтың денесі, көз асты аймағы

29. Созылмалы перикоронариттің жиі асқынуына себепшісі болуы мүмкін.

А) Ретромолярлы остит, парадентарлы киста

Б) жақтың бұрышы мен бұтағына

В) буын бұтағы, жақ төмпешігі

Г) жақтың денесі, көз асты аймағы

Д) көз асты аймағы, тіс ұяшығы

30. П.П.Львовтың (1929), Д.Е. Танфильевтің (1952) пікірлері бойынша төменгі ақыл тістің кедергімен қиналып шығу себебі

байланысты болуы мүмкін.

А) ішкі, сыртқы жағдайлар-факторларымен

Б) жанама, сыртқы жағдайлар-факторларымен

В) ішкі, бүйір жағдайлар-факторларымен

Г) сыртқы, алдыңғы жағдайлар-факторларымен

Д) ішкі, артқы жағдайлар-факторларымен

Х ТАРАУ

ЖОҒАРҒЫ ЖАҚ СҮЙЕК ҚУЫСЫНЫҢ ОДОНТОГЕНДІ ҚАБЫНУЫ

Гаймор қуысын (жоғарғы жақ қуысы, синус) 1651 жылы ағылшын дәрігері Гаймор бірінші болып тексеріп, оған сипаттама берді.

Қуыс ішін жауып тұратын кілегей қабығының қабынуының инфекция көзі одонтогендік болса, онда бұл қабыну кезеңін гаймор қуысының одонтогенді қабынуы деп атайды.

Одонтогендік гаймориттің пайда болуы, өрбуі жергілікті және жалпы патогенетикалық жағдайлар, оның анатомиялық құрылымына байланысты болады және оған өз әсерін тигізеді. Жергілікті патогенетикалық жағдайларға: периодонтит, остеомиелит, жоғарғы жақ сүйегінің сары-сулы ісігінің қабынуы, жоғарғы жақ өсіндісіне ота жасаған кезде және жарақаттан болған жоғарғы жақ қуысның тесіктері, Гаймор қуысына басқа заттардың түсуі, сүйек ішінде шықпай қалған тістер болып есептеледі. Гаймориттің дамуына жедел және созылмалы аурулардан кейінгі организм халінің жалпы әлсіреуі әсерін тигізеді.

Жіктелуі. Инфекцияның көзіне байланысты Гаймориттер одонтогенді, риногенді, гематогенді және жарақаттан кейінгі болып бөлінеді.

Патогенезіне (өрбу жолдары) байланысты улану (токсический) және инфекциялы болып екіге бөлінеді. Біріншісі Гаймор қуысының кілегей қабығы одонтогенді қабыну ошағындағы токсиндермен уланғандықтан болса, екіншісі сүйек тіні немесе қан тамырлары арқылы микробтардың енуіне байланысты.

Г. Н. Марченко келесі клиникалық жіктелуін ұсынады:

1. Жабық түрі: а) созылмалы периодонтиттерге; б) кисталардың іріңдеуіне байланысты.

2. Ашық түрі: а) перфоративті (тесілу); б) остеомиелиттерден кейінгі гаймориттер.

Гаймориттер клиникалық дамуына байланысты жедел және созылмалы болып екіге бөлінеді.

Жедел гаймориттің нақтамасы және клиникалық көрінісі. Одонтогенді жедел гайморит серозды немесе іріңді болып қабынады. Клиникалық белгілері нақсыз-субъективті және нақты-объективті болып бөлінеді.

Нақсыз-субъективті белгілері алдында ұстамалы түрде басталып, кейін келе жоғарғы жақ сүйегін кернеп ауырады. Жоғарғы жақ сүйегінде орналасқан тістер түгелімен қақсап, бас ауыруы үдейді. Ал «бұзылған» тіс ұзарғандай болады. Дене түршігіп, қалтырап әл кетеді. Дене қызуы 38-40° С-ге дейін көтеріледі. Ауыру сезімі самай, көз және маңдайға тарайды. Мұрын арқылы дем алу қиындап, иіс сезу төмендейді. Ауырған жақтағы мұрын жолы бітеліп (тұмау) одан су мен

ірің қосылып ағады. Кейіншелік осы жолменен ұдайы ірің ағады. Ауырған жақтағы көз жанары жарықтан қорқып, одан жас ағады. Осындай белгілермен қатар көзасты жүйкесінің невралгиясы басталады.

Нақты-объективті белгілері. Сырттан қарағанда ауырған жақтағы жұмсақ тіңдер домбығып (ісініп), терісі қызарыңқырап, сау жағымен салыстырғанда қызуы көтеріледі. Саусақпен сипау-пальпация жасағанда жоғарғы жақ сүйегі және төменгі көзасты тесігі ауырады.

Алдыңғы риноскопия жасағанда ауырған жақтағы мұрын қуысының кілегей қабығы қызарып домбыққанын және ортаңғы мұрын желбезегінің астынан Гаймор қуысында жиналған ірің ағуын байқауға болады.

Риноскопияға қосымша әдістердің бірі В.И.Воячек ұсынған диафоноскопия болып есептеледі. Қараңғыланған бөлмеге науқасты отырғызып, ауыз қуысына кішкене электр шамын немесе диафоноскопты енгізіп еріндердің толық жабуын өтінеді. Осыдан кейін шамды жаққанда сау жағындағы тіңдер және көз жанары қызарады, ауырған жағы қараңғы болып қалады. Ал, науқас сәулені тек сау жағымен сезінеді.

Жоғарғы жақ сүйегі қуысының ауруларын тексергенде рентгенография әдісі өте бағалы мағлұматтар береді. Әдетте қуыс іші толған, сондықтан рентген сәулесін кедергісіз өткізеді де рентгенограммада ашық болып көрінеді. Егер Гаймор қуысында сулы-ірің немесе басқа заттар болса рентген сәулесі тосқауылға тоқтап рентгенограммада бұлдыр немесе қараңғы болып көрінеді.

Егер, жоғарғы жақ қуысында сұйық ірің жиналса рентгенографияны науқасты тұрғызып жасағанда оның деңгейін байқауға болады. Қуыстың кілегей қабығы домбықса қабырға көлеңкесі тәріздес көрінеді. Одонтогенді гайморитте бұл айтылған көріністер тек бір жағында орналасып, басқа қосалқы мұрын қуыстары таза болады. Рентгенографияны сәуле тоқтататын (контрасты) сұйық заттармен жасағанда аурудың көлемін және сипатын көрумен қатар, дұрыс ем қолданылуын қамтамасыз етеді.

Томография әдісі аурудың қай қабатта жатқанын, оның орналасуын-топографиясын анықтайды. Қазіргі кезде компьютерлік томография әдісі Гаймор қуысында кездесетін ауруларды анықтауға үлкен көмегін тигізеді.

Жоғарғы жақ қуысын төменгі мұрын жолымен Гартман әдісімен тесіп қуыс ішіндегі заттарды сорып алып, оны цитологиялық жолмен тексеріп нақтаманы анықтауға болады. Ол үшін төменгі мұрын жолын 2% дикаин ерітіндісімен жансыздандырып қисық Куликовский инесімен қуысты теседі. Тескеннен кейін шприц арқылы қуыс ішіндегі затты сорып алып, сол ине арқылы қуысты антисептикалық ерітінділермен жуу керек.

Гаймор қуысының ауруларын тіс ауруларымен байланысын анықтау

үшін жоғарғы жақ сүйегінде орналасқан тістерді тексеру қажет. Әсіресе жегімен бұзылған тістерді, емделген тістерді электроодонто-нақтама әдісін қолдана отырып тексереді.

Жедел одонтогенді гайморитті жедел іріңді периоститтен, жоғарғы жақ сүйегінің жедел остеомиелитінен, үшкіл жүйкенің невралгиясынан және риногендік гаймориттен айыра білген жөн.

Одонтогенді гайморитті риногенді гаймориттен келесі ерекшеліктеріне сүйене отырып ажыратуға болады: Ауру тістің ауырғанынан басталады, жоғарғы жақ сүйегінде қабыну кезеңдері (периодонтит, пародонтоз, остеомиелит, іріңді киста) болуы мүмкін, жоғарғы жақ қуысымен қатынасты жыланкөз, әдетте қуыс біржақты бұзылады.

Жедел одонтогенді гайморитті емдеу жалпы және жергілікті болып бөлінеді.

Ең алдымен, инфекция көзін жою үшін оған себепші болған тісті жұлып, остеомиелит ошағын ашып қуыс ішіндегі іріңді ағызу қажет. Ол үшін мұрын қуысының төменгі жолының кілегей қабығын 1% дикаин, 2-3% эфедрин ерітінділерімен (жағып) жансыздандырып Куликовский инесімен іріңді сорып алғаннан кейін, қуысқа резинка түтігін енгізу қажет. Сол түтік арқылы қуысты антисептиктермен, антибиотик, кортикостероидты (гидрокортизон, преднизолон т.б.) және протеолитикалық ферменттер ерітінділерімен жуу қажет. Әдетте, қуысқа тәулігіне 10-25 мг трипсинді немесе химотрипсинді 2-3 мл физиологиялық ерітіндімен жібереді. Жалпы ем үшін антибактериялық, десенсибилизациялық, жалпы нығайту, симптоматикалық емдерді қосып қолдану керек.

Созылмалы одонтогенді гайморит. Созылмалы гайморит жедел гаймориттің жалғасы немесе оның асқынуы. Кейбірде созылмалы гайморит өз бетінше басталады.

Созылмалы периодонтиттерге, тіс жұлу отасынан кейін немесе сарысулы ісіктің іріңдеуіне байланысты созылмалы гайморит астыртын басталады.

Созылмалы гаймориттердің патологиялық-анатомиялық көрінісі әртүрлі болып келеді. Мысалы: қанталап қабынуда Гаймор қуысын жапқан кілегей қабық домбығып кейбір жерлері қалыңдайды, кейде барлық қуысты толтырады. Ал полипозды қабынуда түрі шыны тәріздес жасыл-көк түсті кең сабаққа орналасқан ісік кездеседі.

Іріңді қабынуда, кілегей қабық үсті грануляциямен жабылып, қалындап іріндейді. Кейбір жерінде жара пайда болып, ол сүйекке шауып, кейін жыланкөз пайда болады.

Бұл аурудың клиникасында нақсыз-субъективті және нақты-объективті белгілері болады.

Тұрақты белгілерінің бірі — ауырған жағындағы танаудан үнемі іріңді су ағуы. Әдетте оның сапасы, көлемі бір тәулік ішінде өзгеріп

отырады, Осыған байланысты мұрыннан жағымсыз иіс сезіледі. **Ол объективті және субъективті какосмия болып бөлінеді.**

Егер науқас жағымсыз иісті өзі сезіп, одан жеркенсе оны субъективті какосмия, ал науқаспен қатар оның айналасындағы адамдар сезсе оны объективті какосмия деп атайды.

Науқас басының бір жағы тоқтамай ауырады, мимен жұмыс істеу қиындайды. Үшкіл жүйкенің екінші бұтағының невралгиясы басталады. Бастың аударылу бағытына байланысты танаудан ағатын ірің көлемі өзгеріп, бас қай жаққа ауса сол жақтан ірің ағады. Жоғарғы жақ қабырғаларын ұрып тексергенде ауыру сезімі болуы мүмкін.

Нақты-объективтік белгілері тек арнайы тексеру әдістерін қолдану арқылы анықталады. Ауыз қуысын тексергенде түбірлері Гаймор қуысының түбіне жақын орналасқан, тіс жегімен зақымдалған тістердің үстіндегі жыланкөздері немесе шектелген одонтогенді гаймориттің клиникалық көрінісі байқалады.

Алдыңғы риноскопияда ауру жағында кей кезде ортаңғы, тыныс жолының, ортаңғы және төменгі мұрын қуыстарының шырышты қабатының гипертрофиясы қою немесе шырышты ірің, іріңді қабық, полиптер көрінеді. Дегенмен одонтогенді гаймориттерде риногенді гаймориттерге қарағанда жиі жағдайда Гаймор қуысының шырышты қабаты өзгермейді, сондықтан экссудаттың Гаймор қуысынан мұрынға ағуы бұзылмайды (А.М.Солнцев, 1962).

Клиникалық көрінісін рентгенографиялық зерттеу дәлелдейді. Рентген суретте Гаймор қуысының күңгірттенгені анықталады. Іріңді түрі күңгірттенуінің біріңғай күшейе түсуімен сипатталады, ал полипозды түрінде Гаймор қуысында перде тәрізді және көлемі әр түрлі көлеңке көрінеді. Ауыз қуысының рентген суретінде тіс түбірлерінің қуысқа қатынасы олардың айналасындағы тіндердегі өзгерістер гранулема (киста) сарысулы ісік анық көрінеді. Созылмалы гаймориттерде өзгеріске ұшыраған қуыстағы шырышты қабаттың орналасқан жерін, оның көлемін және сын-сипатын анықтау үшін контрасты рентгеноскопия әдісі өте тиімді. Контрасты зат ретінде 3-7 мл йодлипол қолданылады.

Созылмалы одонтогенді гайморитті Гаймор қуысының шырышты қабатының қатерлі ісігінен ажырата білген жөн. Тұрақсыз белгілерден басқа қатерлі ісік болған жағдайда рентген суретінде Гаймор қуысы қабырғаларының бүлінуі-деструкциясы көрінеді. Толық дұрыс нақтама қою үшін эндоназалды биопсия немесе гайморотомия отасында алынған тінді гистологиялық зерттеу жүргізу керек.

Гаймор қуысындағы одонтогенді қабыну кезеңін басқа да ісіктерден (саркома, остеома, амелобластома, сарысулы ісік) айыра білу керек.

Созылмалы одонтогенді гайморитті парадентарлы Гаймор қуысы қабырғасын жоғары және артқа ығыстырып өсетін сары-сулы ісіктен ажырату керек. Бұл жағдайда мұрыннан су ақпайды. Рентгенограммада ісік анық шектелген, ал пункция жасаса жылтырақ ірің алуға болады.

Осымен қатар одонтогенді гайморит Гаймор қуысының шырышты қабатының созылмалы аллергиялық қабынуына ұқсайтынын есте сақтау керек. Аллергиялық гайморитпен ауырған науқастардың талдауында, аллергиялық экзема, нейродермит, конъюнктивит, Квинке ісінуі, эксудативті диатез (тамаққа немесе дәрі-дәрмектерге) бар екені анықталады. Аллергиялық гаймориттерде одонтогенді ошаққа байланысты ауыру сезімі болмайды, ауру өте ұзаққа созылу мерзімі тән болып, өте көп мөлшерде мұрыннан мөлдір қою су бөлінеді. Мұрынның шырышты қабаты күрт ісініп көгереді.

Созылмалы одонтогенді гаймориттің емі. Созылмалы одонтогенді гайморитті отасыз-консервативті және хирургиялық жолдармен емдейді. Оның толық емделуі келесі, негізгі талаптарды орындауына байланысты:

1) гайморитке соқтықтырған себепті жою; 2) Гаймор қуысындағы патологиялық өзгеріске ұшыраған тіндерді мұқият түрде алып тастау; 3) Гаймор қуысынан эксудатқа ағуға мүмкіндік жасау және оны аэрациялау; 4) соңынан рационалды ем қолдану. Гайморит емін барлық жағдайларда қабыну кезеңінің дамуына себепкер болған одонтогенді қабыну ошағын жоюдан бастап, соңынан отасыз-консервативті ем қолданады. Оларға физиотерапия әдістері (УЖЖ, диатермия, соллюкс) және қайта пункция жасап Гаймор қуысын жуып, патологиялық өзгеріске ұшыраған шырышты қабатының көлемі аз ғана болған жағдайда оны дәрімен емдеуге болады.

Гаймор қуысында қабыну кезеңі жайылмалы немесе созылмалы түрлеріне өткен жағдайларда отасыз-консервативті ем өз нәтижесіне бермейді. Сондықтан хирургиялық ем жиі тағайындалады.

Гаймориттердің хирургиялық ем әдістерінің бірі кеңінен таралып қолданатын Коллуэль-Люк отасы. Ота жергілікті ішке сіңу-инфилтративті және өткізгіш (туберальды, көзасты) жансыздандыру арқылы жасалады, ал кей кезде эндотрахеалды наркоз беріледі. Мұрынның шырышты қабаты 3% кокаин немесе 1% дикаин ерітіндісімен жансыздандырылады. Тілік жоғарғы жақтың өтпелі қатпарында латеральды күрек тістен екінші үлкен азу тіске дейін жасалады. Шырышты қабатты сүйектің сыртқы қабығын қоса сылады.

Қашаулап немесе бормен, Марченко тескішін қолдана отырып Гаймор қуысының алдыңғы қабырғасын тесіп ашады. Сүйек тесігіне сай Гаймор қуысының шырышты қабатын кесіп алады. Қуыстағы жиналған экссудат, полиптер, өзгеріске ұшыраған шырышты қабатты алып тастайды.

Қуыстағы патологиялық өзгерген тіндерден тазаланған соң мұрынның төменгі тыныс жолымен қатынасатын көлемі 1,2x1,5 см тесік жасалады. Тесіктің мұрынның төменгі тыныс жолының деңгейінде болғанына көңіл аудару керек.

Қуысты йодоформды немесе синтомицин эмульсиясына малынған тампонмен толтырады. Тампонның бір ұшын мұрынның төменгі тыныс

жолына шығарады. Жоғарғы жақтық өтпелі қатпарындағы жараға кетгутпен тігіс салады. Ертеңіне тампонды алып тастайды, 3-4 тәулік бойы мұрынның төменгі тыныс жолында жасалған тесік арқылы қуысты жуып тұрады.

Қабыну кезеңі жоғарғы жақтың ұяшық өсіндісінің сүйегін қамтыған жағдайда Денкер, Иванов, Рудаков, Лянде т. б. ғалымдар әдістері бойынша жасалатын оталар оқулықтарда берілген.

Сол оталардың бірі Верлоцкий мен Заславский радикалды гайморотомия отасының түрі. Мұнда тек қабыну кезеңсімен қамтылған ұяшық өсіндінің вестибулярлы бетінен шырышты және сүйектің сырт қабығынан трапециялы қиынды кесіліп алынады. Сонан соң тілік өтпелі қатпармен немесе одан сәл төменірек латеральды күрек тіске және үшінші үлкен азу тіске дейін жалғасады. Әрі қарай ота барысы жоғарыдағы жазылған әдісімен жасалады. Отадан кейін жалпы қабынуға қарсы тағайындалатын терапиямен науқастарға прозерин, дибазол, В₁ витамині, ал отадан екі күн өткен соң УЖЖ, 8-10 күндерінен бастап калий йодиді немесе новокаин мен электрофорез тағайындалады. Жүргізілген емнен кейін анемия, парестезия сезімі азайып, тістердің электр тітіркену сезімінің деңгейі төмендейді.

10.1. ЖОҒАРҒЫ ЖАҚ ҚУЫСЫ ТҮБІНІҢ ТЕСІЛУІ ЖӘНЕ ОНЫҢ ЖЫЛАНКӨЗІ

Д. Е. Танфильев Гаймор қуысының тесілуінің себептеріне байланысты келесі жіктелуін ұсынады:

1) Одонтогендік тесік (тіс жұлу, тіс түбірін кесу, цистотомия, гайморотомия).

2) Арнайы тесік (туберкулез, мерез, актиномикоз).

3) Ісіктерден болатын тесік.

4) Жарақатқа байланысты тесіктер.

Клиникалық мәліметтерге қарағанда Гаймор қуысы түбінің тесілуі 50%-дан 90%-ға дейін тіс жұлу отасына байланысты. Жоғарғы жақ қуысының түбі жиі жағдайда жоғарғы үлкен және кіші азу тістерді жұлғанда тесіледі, ол әдетте қуыспен тіс түбірлерінің өзара анатомиялық қарым-қатынасына немесе тіс түбірлеріндегі созылмалы қабыну кезеңдеріне байланысты. Кей жағдайда ұяшық өсіндінің ісіктеріне жасалған отаның асқынуынан, созылмалы остеомиелит, сарысулы ісік, жоғарғы жақ жарақатының салдарынан да тесіледі. Гаймор қуысы түбінің, тесілуі жедел немесе созылмалы, асқынған және асқынбаған түрлерінде болуы мүмкін.

Қуыс түбі тесілген күннен бастап 2-3 аптаға дейін нақтама қойылса ол жедел түріне жатады, ал жоғарыда аталған мерзімнен асса-созылмалы деп саналады.

Егер түбі тесілген Гаймор қуысында қабыну кезеңі дамымаса немесе

оған бөгде заттар кірмесе (тіс түбірі, тампон т.б.) бұл асқынбаған түрі, ал гаймор қуысында қабыну кезеңі дамыса, тіс түбірі кірсе, жұлынған тіс ұяшығында остеомиелит болса асқынған деп есептейді.

Кейбір науқастардың Гаймор қуысында қабыну кезеңі кезінде, жоғарғы азу тістерін жұлып жатқанда қуыс түбі тесілуі мүмкін. Гаймор қуысымен ауыз қуысының арасындағы тесік ұзақ мерзімге созылса, жара өзегі бітпесе, жұлынған тіс ұяшығының аумағында жыланкөз дамиды.

Науқастың шағымына, аурудың келіп шығу тарихына-анамнезіне, арнайы зерттеу (сүңгімен тексеру, қуысты жуу, рентгенография т.б.) мәліметтеріне сүйене отырып Гаймор қуысының тесілгеніне нақтама қойылады.

Науқас сіңбіргенде жұлынған тіс ұяшығы арқылы ауыз қуысына ауа өтетініне, ауызын шайғанда су мұрнына кететініне шағым айтады. Науқасты тексергенде оған саусақтарымен мұрнын қысып ол арқылы ауа шығарып көруін ұсыну керек- егер қуыс түбінде тесік болса жұлынған тіс ұяшығына ысылдап немесе ысқырып ауа шығады. Кей жағдайда ұяшықтан көпірген қан немесе ірің ағады. Гаймор қуысының шырышты қабатында полип болған жағдайда, ол тесікті жауып қалып ауа мұрыннан ауыз қуысына өтпейтінін ескеру керек, бұл жағдайда науқас ұртына ауа толтырып үрлей алмайды, өйткені ауа аузынан мұрын арқылы шығып кетеді.

Егер қуыс түбі қабыну кезеңі бар жағдайда тесілсе ұяшықтан ірің ағып, полип шығып тұруы да мүмкін.

Әдетте қабыну кезеңі бар қуыстың тесілуі біріншілік созылмалы ағымда болады.

Бірақ кей жағдайларда тіс жұлынғаннан бірнеше күн өткен соң жедел гаймориттің көрінісі дамуы мүмкін (сыздап ауыру, қалтырау, дене қызуының көтерілуі, бетінің ісінуі, мұрынның бітуі). Бұл белгілер қуыста жиылған экссудаттың ағып шыға алмауын дәлелдейді. Егер экссудат көз тауып ағып шықса жоғарыда аталған белгілер көрінісі бәсеңдейді.

Ауыз қуысын тексергенде пайда болған ақаудың көлемін, жарақат жолының, оның айналасындағы тіндердің жағдайы (ұяшықтан шығып тұрған полип бар ма, жоқ па, ұяшық толық немесе жартылай эпителизацияланды ма, сарысу немесе ірің аға ма) анықтайды.

Мұндай науқастарды тексергенде қосалқы зерттеу әдістеріне сүңгімен шұқып тексеру және қуысты ұяшық арқылы антисептиктер ерітіндісімен жуып-шаю жатады. Сүңгінің бату дәрежесі мен жуынды құрамын қарап Гаймор қуысында қабыну кезеңінің бар-жоғын анықтайды.

Гаймор қуысының тесілуін анықтау үшін рентгенография, контрасты рентгенографиялық зерттеу әдістерінің орны өте маңызды. Бұл әдістер дәрігерге сүйек ақауының көлемі, қуыста тіс түбірінің бар жоғы,

шырышты қабатында қабынудың болуын, оның орны мен көлемі туралы мәліметтер береді.

Науқасқа жүргізілетін емдік іс-әрекеттің кезектілігі, оның түрі, ота емнің керек еместігі, қажет болса оның көлемі қуыста қабыну кезеңінің бар-жоғына байланысты. Қуыс түбінің тесілуі асқынбаған жедел түрінде бірден анықталса, ұяшықты тіс жұлынысымен тігеді, керек болса кедергі жасаған ұяшық өсіндінің қырларын қысқашпен кесіп алып, вестибулярлы және таңдай жағының жұмсақ тіндерін сылып босатқан соң барып тіс ұяшығына тігіс салады. Кей жағдайларда Гаймор қуысы мен ауыз қуысы аралығындағы тесікті жауып, ол өздігінен біту үшін тез қататын пластмассадан тосқауыл табақша-пластина қоюға болады.

Егер қуыс түбі тесілуімен қатар, аз көлемді қабыну кезеңі болса алдымен отасыз-консервативті ем қолданады. Гаймор қуысын антисептик ерітінділерімен жуып соңынан сульфаниламидтер, антибиотиктер, протеолитикалық ферменттер жібереді. Хирургиялық ем тек тесікті жабумен шектеледі.

Ал қуыс түбінің тесілуі қуыста жайылмалы қабыну кезеңімен қатар жүрсе, радикалды гайморотомия және тесікке пластикалық ота жасалады.

Гаймор қуысының тесігіне пластикалық отаны жоспарлағанда тесіктің көлемін, оның айналасындағы тіндердің жағдайын ескеру керек. Әрбір бөлек жағдайда әр түрлі әдістер қолданылады: тесікті ұяшық өсіндінің сырт жағындағы жұмсақ тіндермен немесе таңдайдан алынған көпір тәріздес, ұяшық өсіндінің ауыз қуысына кереберіс-вестибулярлы бетінен алынған тіл тәріздес қиындылармен жабады.

Тұжырым: Одонтогендік гаймориттің пайда болуы, өрбуі жергілікті және жалпы патогенетикалық жағдайлар, оның анатомиялық құрылымына байланысты болады және оған өз әсерін тигізеді. Жергілікті патогене-тикалық жағдайларға: периодонтит, остеомиелит, жоғарғы жақ сүйегінің сары-сулы ісігінің қабынуы, жоғарғы жақ өсіндісіне ота жасаған кезде және жарақаттан болған жоғарғы жақ қуысның тесіктері, Гаймор қуысына басқа заттардың түсуі, сүйек ішінде шықпай қалған тістер болып есептеледі. Гаймориттің дамуына жедел және созылмалы аурулардан кейінгі организм халінің жалпы әлсіреуі әсерін тигізеді.

Инфекцияның көзіне байланысты Гаймориттер одонтогенді, риногенді, гематогенді және жарақаттан кейінгі болып бөлінеді.

Патогенезіне (өрбу жолдары) байланысты улану (токсический) және инфекциялы болып екіге бөлінеді. Біріншісі Гаймор қуысының кілегей қабығы одонтогенді қабыну ошағындағы токсиндермен уланғандықтан болса, екіншісі сүйек тіні немесе қан тамырлары арқылы микробтардың енуіне байланысты.

Жоғарғы жақ сүйегі қуысының ауруларын тексергенде рентгенография әдісі өте бағалы мағлұматтар береді.

Томография әдісі аурудың қай қабатта жатқанын, оның орналасуын-топографиясын анықтайды. Қазіргі кезде компьютерлік томография

әдісі Гаймор қуысында кездесетін ауруларды анықтауға үлкен көмегін тигізеді.

Жоғарғы жақ қуысын төменгі мұрын жолымен Гартман әдісімен тесіп қуыс ішіндегі заттарды сорып алып, оны цитологиялық жолмен тексеріп нақтаманы анықтауға болады.

Созылмалы гаймориттерде өзгеріске ұшыраған қуыстағы шырышты қабаттың орналасқан жерін, оның көлемін және сын-сипатын анықтау үшін контрасты рентгеноскопия әдісі өте тиімді. Контрасты зат ретінде 3-7 мл йодлипол қолданылады.

Жедел одонтогенді гайморитті жедел іріңді периоститтен, жоғарғы жақ сүйегінің жедел остеомиелитінен, үшкіл жүйкенің невралгиясынан және риногендік гаймориттен айыра білген жөн.

Одонтогенді гайморитті риногенді гаймориттен келесі ерекшеліктеріне сүйене отырып ажыратуға болады: Ауру тістің ауырғанынан басталады, жоғарғы жақ сүйегінде қабыну кезеңдері (периодонтит, пародонтоз, остеомиелит, іріңді киста) болуы мүмкін, жоғарғы жақ қуысымен қатынасты жыланкөз, әдетте қуыс біржақты бұзылады.

Гаймор қуысындағы одонтогенді қабыну кезеңін басқа да ісіктерден (саркома, остеома, амелобластома, сарысулы ісік) айыра білу керек.

Клиникалық мәліметтерге қарағанда Гаймор қуысы түбінің тесілуі 50%-дан 90%-ға дейін тіс жұлу отасына байланысты. Жоғарғы жақ қуысының түбі жиі жағдайда жоғарғы үлкен және кіші азу тістерді жұлғанда тесіледі, ол әдетте қуыспен тіс түбірлерінің өзара анатомиялық қарым-қатынасына немесе тіс түбірлеріндегі созылмалы қабыну кезеңдеріне байланысты. Кей жағдайда ұяшық өсіндінің ісіктеріне жасалған отаның асқынуынан, созылмалы остеомиелит, сарысулы ісік, жоғарғы жақ жарақатының салдарынан да тесіледі. Гаймор қуысы түбінің, тесілуі жедел немесе созылмалы, асқынған және асқынбаған түрлерінде болуы мүмкін.

Дәрігер-стоматолог науқасты емдеу кезінде көптеген кедергілерге тап болады. Сол үшін науқастың толық емделуі келесі, негізгі талаптарды орындауына байланысты:

1) гайморитке соқтықтырған себепті жою; 2) Гаймор қуысындағы патологиялық өзгеріске ұшыраған тіндерді мұқият түрде алып тастау; 3) Гаймор қуысынан экссудатқа ағуға мүмкіндік жасау және оны аэрациялау; 4) соңынан рационалды ем қолдану. Гайморит емін барлық жағдайларда қабыну кезеңінің дамуына себепкер болған одонтогенді қабыну ошағын жоюдан бастап, соңынан отасыз-консервативті ем қолданады. Оларға физиотерапия әдістері (УЖЖ, диатермия, соллюкс) және қайта пункция жасап Гаймор қуысын жуып, патологиялық өзгеріске ұшыраған шырышты қабатының көлемі аз ғана болған жағдайда оны дәрімен емдеуге болады.

Гаймор қуысында қабыну кезеңі жайылмалы немесе созылмалы

түрлеріне өткен жағдайларда отасыз-консервативті ем өз нәтижесіне бермейді. Сондықтан хирургиялық ем жиі тағайындалады.

Гаймориттердің хирургиялық ем әдістерінің бірі кеңінен таралып қолданатын Коллуэль-Люк отасы. Егер қуыс түбі тесілуімен қатар, аз көлемді қабыну кезеңі болса алдымен отасыз-консервативті ем қолданады. Гаймор қуысын антисептик ерітінділерімен жуып соңынан сульфаниламидтер, антибиотиктер, протеолитикалық ферменттер жібереді. Хирургиялық ем тек тесікті жабумен шектеледі.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Д.Е.Танфильев Гаймор қуысының тесілу себептеріне байланысты..... жіктелу нобайын ұсынады:
 - А) Одонтогендік, арнайы, ісіктерден болатын, жарақатқа байланысты
 - Б) арнайы, созылмалы, жедел
 - В) ісіктерден болатын, арнайы емес, қоздырғыш
 - Г) Одонтогендік, жеделдеу, көпір тәріздес
 - Д) жарақатқа байланысты, жұмсақ тіндер
2. Жоғарғы жақ қуысының түбі жиі жағдайда жұлғанда тесіледі
 - А) жоғарғы үлкен және кіші азу тістерді
 - Б) күрек, ит тістер, төменгі кіші азу тістерді
 - В) ит тістер, төменгі үлкен азу тістерді
 - Г) күрек, төменгі үлкен азу тістерді
 - Д) жоғарғы кіші азу және төменгі кіші азу тістерді
3. Гаймор қуысы түбінің тесілуі тіс жұлу отасына байланысты.
 - А) 50%-дан 90%-ға дейін
 - Б) 10%-дан 25%-ға дейін
 - В) 15%-дан 35%-ға дейін
 - Г) 25%-дан 55%-ға дейін
 - Д) 50%-дан 70%-ға дейін
4. Жоғарғы жақ қуысы түбінің тесілуі кезеңдеріне байланысты.
 - А) тіс түбірлерінің өзара анатомиялық қарым-қатынасына, тіс түбірлеріндегі созылмалы қабыну
 - Б) тіс түбірлерінің, сатысына, жедел
 - В) өзара анатомиялық қарым-қатынасына, денесі мен бұтағына
 - Г) тіс түбірлеріндегі, денесі мен бұтағына
 - Д) созылмалы қабыну, сатысына, жедел
5. Жоғарғы жақ қуысы түбінің тесілуі салдарына байланысты.
 - А) ұяшық өсіндінің ісіктеріне жасалған отаның асқынуынан, созылмалы остеомиелит, сарысулы ісік, жоғарғы жақ

жарақатының.

- Б) ұяшық өсіндінің ісіктеріне, дәнекер тіндерге
- В) жасалған отаның, жедел түріне, бұлшықет тініне
- Г) созылмалы остеомиелит, бұлшықет тініне, арнайы
- Д) сарысулы ісік, құстұмсық, көлденең жазық бойынша

6. Гаймор қуысы түбінің тесілуі..... түрлерінде болуы мүмкін.

- А) жедел, созылмалы, асқынған, асқынбаған
- Б) созылмалы, арнайы, жайылмалы, тұйық
- В) асқынған, арнайы емес, нақты, себепсіз
- Г) жедел, тұйық, шектелген, себепті
- Д) асқынбаған, нақты емес, қоздырғыш, тітіркендіру

7. Қуыс түбі тесілген күннен бастап нақтама қойылса, жедел түріне

жатады

- А) 2-3 аптаға дейін
- Б) 4-7 аптаға дейін
- В) 5-8 аптаға дейін
- Г) 6-9 аптаға дейін
- Д) 7-10 аптаға дейін

8. Қуыс түбі тесілген күннен бастап 2-3 аптадан асса жатады

- А) созылмалы түріне
- Б) жеделдеу түріне
- В) арнайы түріне
- Г) арнайы емес түріне
- Д) жанама түріне

9. Түбі тесілген Гаймор қуысында қабыну кезеңі дамымаса, оған бөгде

заттар кірмесе (тіс түбірі, тампон т.б.) бұл.....жатады

- А) асқынбаған түріне
- Б) созылмалы түріне
- В) арнайы емес түріне
- Г) арнайы түріне
- Д) жеделдеу түріне

10. Түбі тесілген Гаймор қуысында қабыну кезеңі дамыса, тіс түбірі кірсе, жұлынған тіс ұяшығында остеомиелит болса, бұл.....жатады

- А) асқынған түріне.
- Б) жеделдеу түріне
- В) арнайы емес түріне
- Г) жанама түріне
- Д) арнайы түріне

11. Гаймор қуысының қабынуының инфекция көзі одонтогендік болса, онда оны деп атайды.

- А) гаймор қуысының одонтогенді қабынуы
- Б) гаймор қуысының қан арқылы қабынуы

- В) гаймор қуысының лимфа түйіндері қабынуы
Г) гаймор қуысының мұрын қуысы арқылы қабынуы
Д) гаймор қуысының құлақ саңылауы арқылы қабынуы
12. Гаймор қуысымен ауыз қуысының арасындағы тесік
жыланкөз дамиды.
- А) ұзақ мерзімге созылса, жара өзегі бітпесе, жұлынған тіс
ұяшығының
аумағында
Б) ұзақ мерзімге созылса, жедел
В) жара өзегі бітпесе, жеделдеу
Г) тіс ұяшығының аумағында, жанама
Д) құлақ саңылауы арқылы қабынуы, жарақаттан кейінгі
13. Инфекцияның көзіне байланысты гаймориттер болып
бөлінеді.
- А) одонтогенді, риногенді, гематогенді және жарақаттан кейінгі
Б) гематогенді, дәнекер тіні, созылмалы, жайылмалы
В) риногенді, құлақ саңылауы, мұрын қуысы, жанама
Г) жарақаттан кейінгі, жанама, құлақ саңылауы, мұрын қуысы
Д) лимфа түйіндері, созылмалы, жанама, қарама-қарсы
14. Г. Н. Марченко клиникалық жіктелуін ұсынады:
- А) жабық, ашық түрі
Б) жасырын, жапсырма түрі
В) жанама, жабық түрі
Г) созылмалы, ашық түрі
Д) жарақаттан кейінгі, жасырын түрі
15. Гаймориттер клиникалық дамуына байланысты
..... екіге бөлінеді.
- А) жедел, созылмалы болып
Б) жабық, ашық болып
В) жасырын, жапсырма болып
Г) жарақаттан кейінгі, жасырын болып
Д) жанама, жабық болып
16. Одонтогенді жедел гайморит болып қабынады.
- А) серозды, іріңді
Б) іріңді, жабық
В) серозды, жапсырма
Г) жалпы, іріңді
Д) жергілікті, серозды
17. Одонтогенді жедел гайморит клиникалық белгілеріне байланысты
..... болып бөлінеді.
- А) нақсыз-субъективті және нақты-объективті
Б) нақты-объективті, жасырын
В) жергілікті, жанама
Г) жалпы, жапсырма

- Д) нақсыз-субъективті, ашық
18. Жедел одонтогенді гайморитті емдеу болып бөлінеді.
- А) жалпы және жергілікті
- Б) жергілікті, серозды
- В) жалпы, іріңді
- Г) серозды, жапсырма
- Д) іріңді, жабық
19. Какосмия болып бөлінеді.
- А) нақты-объективті және нақсыз-субъективті
- Б) жарақаттан кейінгі, жасырын
- В) жанама, жабық
- Г) созылмалы, ашық
- Д) жедел, созылмалы
- 20..... субъективті какосмия деп атайды.
- А) науқас жағымсыз иісті өзі сезіп, одан жеркенсе оны
- Б) жарақаттан кейінгі, жасырын иіс пайда болса
- В) жанама, жабық иіс пайда болса
- Г) науқас жабық иіс пайда болғанын сезбесе
- Д) созылмалы, ашық түрдегі иіс пайда болса
- 21..... объективті какосмия деп атайды.
- А) науқаспен қатар оның айналасындағы адамдар сезсе оны
- Б) нақты-объективті, ашық түрдегі иіс пайда болса
- В) нақсыз-субъективті, науқас жабық иіс пайда болғанын сезбесе
- Г) жедел, созылмалы ашық түрдегі иіс пайда болса,
- Д) нақты-объективті, науқас жабық иіс пайда болғанын сезбесе
22. R- суретте Гаймор қуысының анықталады.
- А) күңгірттенгені
- Б) ашық, жабық
- В) анық, шектелмеген
- Г) жасырын, анық
- Д) қою көлеңкелі, ашық
23. жоғарғы жақ қуысы, синус бірінші болып тексеріп, оған сипаттама берген дәрігердің аты, жылы.
- А) дәрігер Гаймор, 1651 жылы
- Б) дәрігер Линьков, 1965 жылы
- В) дәрігер Чарльз, 1875 жылы
- Г) дәрігер Дэвид, 1755 жылы
- Д) дәрігер Чарлтон, 1705 жылы
24. Гаймориттің дамуына организм халінің жалпы әлсіреуі әсерін тигізеді.
- А) жедел және созылмалы ауруларден кейінгі
- Б) дәрігер Чарлтон, 1705 жылы, шектелмеген
- В) созылмалы, анық, қою көлеңкелі

Г) дәрігер Дэвид, 1755 жылы

Д) созылмалы, қою көлеңкелі, ашық

25.Келіп шығуына-патогенезіне (өрбу жолдары) байланысты
болып екіге бөлінеді.

А) улану (токсический) және инфекциялы

Б) инфекциялы, күңгірттенгені

В) улану (токсический), ашық, жабық

Г) инфекциялы, анық, шектелмеген

Д) улану (токсический), жасырын, анық

ХІ ТАРАУ

БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ АРНАЙЫ (ИНФЕКЦИЯЛЫҚ) ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ

Жақ-бет аймағында кездесетін арнайы қоздырғыштар сәулелі саңырауқұлақ, туберкулез микобактериясы және бозғылт спирохеталар (трепонема) арқылы пайда болатын ауруларды әдетте арнайы қабынулар деп атайды. Жақ-бет аймағында: шиқан (сыздауық), көршиқан, тілме, сібір жарасы, нома тәріздес ауруларды одонтогенді емес қабынулар қатарына жатқызады. Актиномикоз, туберкулез, сифилис, шиқан, көршиқан, тілме, сібір жарасы, нома аурулардың халықаралық жіктелуі (ДХЖ) бойынша инфекциялық ауруларға жатады. Сондықтан бұл аурулар осы тарауда қаралады.

11.1. АКТИНОМИКОЗ

Актиномикоз – сәулелі саңырауқұлақ арқылы пайда болатын созылмалы арнайы қабыну.

Осы аурумен ауыратын адамдардың ішінде 60-80% бет-жақ аймағында кездеседі. Актиномикоз ауруын қоздырушы сәулелі саңырауқұлақты, 1877 жылы Лангенбек малдан, ал 1878 жылы Израил бірінші рет адамнан тауып, оны «адам сәулелі саңырауқұлағы» деп атады. Көп жылдар бойы адам денесіне сәулелі саңырауқұлақ түрлі өсімдіктер арқылы жұғады, яғни бұл сырттан кіретін қоздырғыш ауруларға жатады деп келді (экзогенді аурулар). Осыған байланысты П.Х.Касквее, П.Я.Яшмискас актиномикоз тек ауыл шаруашылығымен айналысатын адамдарда кездесетін аурулар деп есептеді. Д. И. Гринев, Е. М. Гофнич т.б. сәулелі саңырауқұлақты ауыз қуысы мен барлық ас қорытатын жолдардан тапқаннан кейін бұл теория өзгерді. Осыған байланысты қазіргі кезде көптеген ғалымдар (Д. И. Аснин, Г.О.Сутеев, А.И.Рыбаков, Т.Г.Робустова) бұл науқасты аутоинфекцияға жатқызады.

Актиномикоздың негізгі дамуына иммундық жүйе жұмысының бұзылуы әсер етеді. Жалпы жағдайлардың ішінен иммунитеттің бұзылуына біріншілік немесе екіншілік иммунды тапшылық аурулары жатады. Жергілікті жағдайлар ішінен одонтогендік, стоматогендік, тонзилгендік, риногендік қабынуларды айтуға болады.

Патологиялық анатомиясы. Инфекция кірген жерде арнайы гранулема пайда болады. Саңырауқұлақ айналасында лимфоциттер мен полинуклеарлы жасушалар-клеткалар жиналады. Сырт жағындағы жұмсақ грануляциялық қабат плазмалық клеткалармен қатар, фибробластардан тұрады. Осы клеткалар ішінде үлкен көпядролы ксантома тек актиномикозға тән клетка болып есептеледі. Гранулема ортасы бұзылып, ал шет жағындағы грануляциялық тін фиброзға айналады. Сәулелі саңырауқұлақтың өзі ұшы колба сияқты кеңейген жіңішке жіпше.

Актиномикозға морфологиялық өзгерістер организмнің арнайы және арнайы емес қорғануына байланысты. Көптеген жағдайда актиномикозға ірің микробтарының қосылуы үлкен әсерін тигізеді.

Инфекцияның таралу жолдары:

1) жалғасу (ұласу); 2) лимфа тамырлары; 3) қан тамырлары

С. Ф. Дмитриевтың сәулелі саңырауқұлақ тобының-друзының «лизис» феноменін ашқаннан кейін лимфа және қан арқылы тарау жолдары түсінікті болды. Бет-жақ аймағында лимфа тамырлары арқылы инфекцияның тарауы көп кездеседі.

Қан тамырлары арқылы инфекция тараса актиномикозбен көбінесе барлық организм уланып, өкпе, бауыр, бүйрек қабынуға шалдығады.

Жіктелуі. Актиномикозды Г. О. Сутеев (1951) 3 түр, К. И. Бердигин 4 түрге бөледі.

Ал енді біз Т. Г. Робустованың жіктеуі дұрыс деп түсінеміз, өйткені ол барлық жағдайларды қамтиды;

1) Тері; 2) Теріасты; 3) Теріасты -бұлшықет; 4) Сүйек; 5) Лимфа түйіндері; 6) Сүйек қабы; 7) Кілегейлі қабық; 8) Кілегейлі қабықасты; 9) Одонтогендік актиномикоз гранулемасы; 10) Көмекей сілекей бездер актиномикоздары.

Клиникалық көрінісі бойынша актиномикоз екі түрде кездеседі:

1) асқынбаған; 2) асқынған түрі (ірің микробтарымен қоса) болып бөлінеді.

Асқынбаған актиномикоздың клиникалық көрінісі. Актиномикоздың клиникалық көрінісі организмнің өзіндік ерекшеліктеріне, орналасқан аймағына байланысты.

Жақ-бет аймағындағы жұмсақ тіндерде ауырмайтын немесе сәл ауыратын шектелген ұйыспа-инфильтрат пайда болады. Бұл ұйыспа-инфильтрат біртіндеп өсіп, шекарасын жоғалтып үлкейіп, «ағаш» тәріздес қатайды. Сипап тексергенде ауырады. Ұйыспа үстіндегі тері қызғылт-көк түсті. Дене қызуы сәл көтеріліп, жалпы жағдайы ауырлай түседі.

Одан кейін тері ұйыспа-инфильтратқа байланысты қызғылт түске еніп жұқарып «жыланкөз» пайда болады. Жыланкөзден кішкентай ақшыл-сары түйінді сұйық ағады (25-сурет). Бұл түйіндер сәулелі топ-друз деп аталады. Шамалы уақыттан кейін жыланкөз жабылып, орнында шұқырша қалады. Бұндай кезең көп кешікпей басқа жерлерде (инфильтрат үстінде) пайда болады. Осының әсерінен ұйыспа-инфильтрат үстіндегі тыртықтар «көктелген көрпе» тәрізді болады. Клиникасы жараның орналасқан жеріне (топографиясына) байланысты. Мысалы, ауру құлақ-шайнау аймағында болса шайнау бұзылып, ауыз ашылмай қалады. Ал мойында болса бас қозғалысы қиындайды.

Ірің микробтарымен қоса асқынған актиномикоздың клиникалық көрінісі. Егер актиномикозға ірің микробтары қосылса, бет-жақ аймағында флегмона, абсцесс белгілері көрінеді. Яғни аурудың жалпы

жағдайы нашарлап, дене қызуы 40°C-қа дейін көтеріледі, әр жерде абсцесстер мен



Сурет-69. Актиномикоз. Теріасты түрі.

флегмоналар пайда болады. Оларды емдегеннен кейін, актиномикоздың клиникасы жоғарыда айтылғандай болады. Айта кететін жағдай, актиномикозға ірің микробтары қосылмағанның өзінде, бұл сырқат өте қатерлі науқас болып есептеледі.

Ажырату нақтамасы-диагнозы. Т. Г. Робустованың айтуынша, стацио-нардан тыс, тек 8% ауруға ғана актиномикоз деген нақтама-диагноз дұрыс қойылады. Бұндай жағдайдың басты себебі, дәрігерлердің актиномикоз ауруының клиникалық көрінісін нашар білуімен қатар, бұл науқас бір көрініспен ғана аяқталады деген болжамның болуында. Осыған байланысты дәрігерлер актиномикозды ақыл тіс артындағы оститтен, жедел және созылмалы остеомиелиттен, одонтогендік теріасты гранулемадан, туберкулез бен сифилистен клиникалық белгілері мен келесі қосалқы әдістемелерге сүйене отырып ажырата білу қажет:

1) Сәулелі саңырауқұлақ шоғын (друзын) микроскоп арқылы анықтау.

2) Жыланкөзден шығатын іріңді жағындыны шыны арқылы тексеру.

3) Д. И. Аснин әдістемесі бойынша актинолизатпен тері-аллергиялық сынақ жасау. Бұл сынау әдісі: білектің ішкі жағына (оң және сол жағына) тері ішіне 0,3 мл актинолизат енгізіледі. Бақылау үшін одан 8-10 см төмен 0,3 мл ет-пептонды сорпа немесе физиологиялық ерітінді енгізіледі. Сынақты 24 сағаттан кейін оқиды. Егер: 1) теріде тек иненің орны қалса реакцияның жоқтығы (-); 2) сынаған және бақылау орындарында бірдей қызыл түсті кішкене қызару пайда болса, реакция күдікті (+); 3) ине шаншылған жерде (сынау) әр түрлі көлемді қызғылт түсті эритема пайда болса, реакция бар бірақ әлсіз (+); 4) тері эритемасы ашық-қызылт түсті, сипағанда ауырса реакцияның болғаны (++) 5) эритема ашық-қызыл болып, тері домбығып ісіп ауырса реакцияның күшті

болғаны (+++); б) актинолизат жіберілген жерге байланыссыз организмде жалпы немесе ошақты өзгерістер болса реакцияның өте күшті болғаны (+ + +) .

4) Агарға себу арқылы сәулелі саңырауқұлақты бөліп алу.

5) Биопсия арқылы анықтау.

6) Жалпы қанды тексеру (лейкопения, гемоглобин азаюы. ЭТЖ көбеюі. С реактивтік белок пайда болуы).

7) Комплимент байланысы реакциясын ауру сарысуымен тексеру. Актинолизат антиген болып есептеледі.

8) Рентген сәулесі арқылы тексеру.

Емдеу әдістері. 1. Хирургиялық емдеу абсцесстермен флегмоналарды ашу, тісті жұлу, ауыз қуысын тазарту (санациялау), ауруға шалдыққан лимфа түйіндерін алу, секвестрэктомия жасаумен шектелуі қажет.

2. Арнайы иммунитетті көтерумен қатар сәулелі саңырауқұлаққа қарсы күрес — актинолизат, АПВ актиномицеттік поливаленттік вакцина жіберу керек. Бұл вакцина (Д.И.Аснин, О.Б.Миникер, Т.Г.Сутеев, М.В.Фирюкова) медициналық паразитология және тропикалық медицина институтының актиномикозға қарсы күресу бөлімінде ашылған. Егер актиномикоз организмнің қалыпты қабыну реакциясымен жүрсе, онда емдеу актинолизатотерапия және жалпы нығайту терапиясынан басталады.

Егер актиномикоз гиперергиялық қабыну қалпында басталса, емдеуді жалпы нығайту терапияларынан бастаған жөн. Ағзалар мен жүйелердің қосымша аурулары болмаса емді левамизолмен емдегеннен соң актинолизатты ем-терапияны бастау керек.

Ал, актиномикоз гиперергиялық типтес реакциядан басталса, онда қабынуға қарсы, ферментативтік, инфузиялық, жалпы нығайту, витаминдер В,С, кокарбоксилаза, АТФ ем-терапиялар (2-3 жетіден 1-2 айға дейін) қолданғаннан кейін актинолизатты ем-терапия мен левамизол қолдануын бастау қажет. Актинолизатқа қарсы реакция болса (аурудың жалпы жағдайы нашарлап, ыстығы көтеріліп, дірілдеп-қалшылдаса), онда жалпы терапияны тоқтатпай одан әрі жүргізіп, қашан организм орнына келмейінше левамизолмен емдеу керек.

Г.С. Сутеев әдісі бойынша актинолизатты 3 мл-ден жетісіне екі рет, курсына 20 рет бұлшықетке ине шаншады-енгізеді. Осыдан кейін 1 ай демалыс, сонан соң екінші, кейбірде үшінші курстарын жасайды. Клиникалық сауыққаннан кейін профилактика ретінде 10-15 рет актинолизатты ине арқылы жіберген жөн.

ҚазҰМУ клиникасында, актинолизатты тері қабатына жіберетін Д.И.Аснин әдісі былай жүргізіледі. Бірінші рет білектің іш жағынан тері ішіне жетісіне 0,5-1,0 мл екі рет ине шанышқаннан; екінші рет 0,5 мл-ден екі рет, ара қашықтығы 6-8 см; үшінші рет бір жерге 1,0 мл, екінші жерге 0,5 мл; төртінші рет 1,0 мл-ден екі жерге; қалған ине шаншу 1,0 мл 2 жерге, курсына 20-25 рет жасау керек. Бұл әдісте тері ішінде

актинолизат қоры жиналып, организмге біртіндеп таралуы ем үшін өте қолайлы.

3. Йод препараттарын беру.

4. Қабынуға қарсы емді антибиотиктерді көк тамырға-венаға енгізу әдісінен бастайды. Д. И. Асниннің әдісі бойынша 150 мың морфоциклинді тәулігіне екі реттен 10 тәулік көк тамырға-венаға енгізеді. ҚазҰМУ клиникасында, пенициллиннің новокаинды тұзын немесе кевзолды 1 миллионнан 8-9 тәулік венаға енгізген өте жақсы нәтиже берді. Әрине антибиотиктермен қосып сульфаниламидтерді тағайындау керек.

5. Физиотерапевтік емдер. УЖЖ, лазер, әртүрлі дәрілерді лазеро-электрофорез арқылы енгізген жөн. Осы аталған емдерді қолдану жергілікті нәтиже бермесе, қабынуға қарсы рентгенотерапия қолдану қажет.

Тағы да айта кететін мәселе, жоғарыдағы аталған емдер біріктіріліп қолданылса актиномикоз ауруынан құтылуға болады.

11.2. ТУБЕРКУЛЕЗ

Туберкулез микобактериясы немесе Кох туберкулез таяқшасы арқылы пайда болатын созылмалы арнайы қабыну. Қазіргі көптеген ғалымдар (А.А.Лимберг. П.Львов, Ю.И.Бернадский т.б.) бет-жақ аймағында кездесетін туберкулезді, организмнің жалпы туберкулезбен улануының жергілікті түрі деп есептейді.

Дегенмен Воробьев (1904), ҚазҰМУ клиниканың (1965, 1977) деректері бойынша бет-жақ аймағында лимфа түйіндері туберкулезге бірінші рет шалдығады.

Инфекция лимфа, қан тамырлары, дем алу, асқазан жолдары және жанау арқылы таралады.

Клиникалық көрінісі. Туберкулез бет-жақ аймағында үш түрлі болып кездеседі: 1. Люпоидты туберкулез немесе жегі; 2. Колликувативті туберкулез немесе скрофулодерма; 3. Мыңдаған жара (миллиарно-язвенный) туберкулезі.

Кәдімгі жегі. Әдетте мұрын, бет, жоғарғы ерін терілерінде 70% дейін, ал ауыз қуысының кілегейлі қабығында 30%-ке дейін кездеседі. Ең әуелі мұрынның кілегейлі қабығында орналасып содан соң теріге тарайды. Мұрын кілегейлі қабығының астында түсі қызыл-сарғыш, ауырмайтын, үсті эпидермиспен жабық, шетке қарай өсуге бейім кішкентай тары дәні тәріздес түйіндер (люпома) пайда болады. Диаскопия жасағанда төмпешік сарғыш түсті (Алма қойыртпағы белгісі). Сүңгімен басқанда түйін жеңіл бұзылады (Поспелов белгісі).

Кәдімгі жегі өзінің дамуында 4 кезеңнен өтеді:

1. Инфилтративті (жиналу); 2.Түйінді (төмпешікті); 3. Жаралы; 4.Тыртықтану.

Скрофулодерма. Теріасты май шелінде түйін пайда болады. Ол

біртіндеп жұмсап, терімен байланысып жараға айналады. Бұны қысқаша сары жара деп атайды. Бұл мойында, төменгі жақ астында, бетте, құлақ қалқанында орналасады.

Мыңдаған жара туберкулезі. Бұның бірінші белгісі бірнеше ондаған кішкентай тары дәні секілді түйіндер ауыз қуысының кілегейлі қабығында пайда болып, олар тез арада бірімен-бірі қосылып жараға айналады. Жараның түбінде және айналасында көптеген әлі жараға айналмаған туберкулез түйіндері болады. Оларды Трель нүктесі деп атайды.

Жара өзінің орналасқан жерінің түрін қабылдайды да, тереңдігі тек кілегей қабықтың деңгейінен шықпайды, яғни таяз болып, жан-жағы желініп жараның үстіне құлағандай болады. Жара қатты ауырады, әсіресе тамақ жегенде, шайнағанда.

Сүйек туберкулезі көбінесе жоғарғы жақ сүйегінде, төменгі жақ сүйек төмпешігінде бет сүйегінде орналасады. Сүйек туберкулезінің бірінші белгісі жыланкөздің пайда болуы. Грануляциясы аз, одаң аздап әдетте майда түйінді сұйық ірің ағады. Аймағындағы тері көгеріп жұқарады да сүйекпен жабысады. Бір жыланкөз жабылып, одан кейін екінші жерден шығып осы кезең бірнеше рет қайталанады. Жыланкөзді сүңгі арқылы тексергенде сүйектегі кішкене шұңқырды сезуге болады. Рентгенограммада сүйектің аздап бұзылып, аймағы қарайып, шұңқыр ортасында майда секвестрлер көрінеді. Егер сүйек туберкулезіне ірің микробтары қосылса, оның клиникасы жедел остеомиелитке ұқсайды.

Туберкулезбен ауырған науқастарды арнайы диспансерлерге жіберіп нақтамасын анықтау қажет.

Емі. Бет-жақ туберкулезін белгілі туберкулез емдейтін мекемелерде емдейді. Ал, хирургиялық емдеу бет-жақ хирургиялық бөлімшелерде жүргізіледі. Олар туберкулезді емдегеннен кейінгі ақаулар, тыртықтар, деформациялар қалмауы тиіс.

11.3. МЕРЕЗ

Мерез бозғылт спирохетадан (трепаном) пайда болатын созылмалы арнайы аурулар қатарына жатады. Спирохета адам денесіне бұзылған ауыз қуысының кілегей қабығы арқылы кіреді. Мерез жүре пайда болған және туа пайда болған деп екіге бөлінеді.

Мерез өзінің дамуында 4 кезеңнен өтеді:

1. Инкубациялық (жабық); 2. Бірінші; 3. Екінші; 4. Үшінші кезеңі. Инкубациялық (жабық) кезеңі бір айға дейін созылады. Бұл кезеңнің уақыты емдеуге байланысты бір айдан аз болуы да мүмкін.

Бірінші кезеңнің басталуы спирохета енген жерде түйін пайда болған уақыттан басталады. **Бұны түйінді-қатты шанкр деп атайды.** Бірінші кезең 6-7 жетіге созылады. 7-8 күннен кейін лимфа түйіндері үлкейіп дене қызуы көтеріліп, бас, буындар ауырып, организм әлсірейді. Бұл уақытта спирохета палида өте тез көбейіп өседі. Қатты шанкр жараға айналып, 2

жетіден кейін өзінен-өзі жазылады. Кейбір кезде жара орнында кішкене түйін қалуы мүмкін.

Екінші кезең осыдан 6-8 жетіден кейін басталады. Оның бірінші элементі барлық тері қабатында ішінде суы бар қызылша бөрттік пайда болудан басталады. Лимфа түйіндері үлкейеді. Сулы бүршік ішінде мыңдаған спирохета пайда болады. Осы кезең өте жұқпалы қауіпті болып есептеледі. Осыдан кейін екінші мерез өзінің жабық кезеңіне айналып барлық белгілері төмендейді. Бірақ, серологиялық реакция әрқашан оң нәтиже көрсетеді. Екінші мерез 2-4 жылға созылады.

Үшінші кезең немесе гумма мерезі 6-7 жылдан кейін басталады. Бұның бірінші құрамдық бөлігі-элементі гумма (мерез түйіні) болып есептеледі. Мерез түйіні қаттылау-майысқақ, қызыл-күрең түсті. Бұл тері немесе кілегейлі қабық астында орналасып, кейін түйін ортасында өзек пайда болады. Өзек кілейлі суланып басқа тіндерден бөлініп шығады, яғни түйін ортасында жара пайда болады. Ол терең, жан-жағы тегіс, қатты, ойық (кратер) тәріздес. Түбі терең мұз астындай жалтылдап жатады, кейбірде жара түбінде қайта тіктелген дәнекер тіндер-грануляция болады. Жара ауырмайды.

Бет-жақ сүйегінің ішінде мерез мұрын сүйегінде көп кездеседі. Мұрын сүйегінің қабынып жоғалуына байланысты оның түрі-формасы ер тәріздес өзгереді, яғни мұрынның орта бөлігі төмен түседі.

Ауыз қуысында гумма әдетте таңдай сүйегінде орналасады. Қабынуға байланысты таңдай сүйегімен қатар кілегей қабығы да жойылып ауыз қуысы мұрын қуысымен жалғасады. Осыған байланысты таңдайда жоғарыда айтылған белгілері-симптомдары бар жара пайда болады да, дауыс үні бұзылады. Осындай дауыстың өзгеруін қазақ маңқа деп атайды (70-сурет).



Сурет-70. Мерез

Мерез ауруын тиісті мекемелерде емдегеннен кейін, бет-жақ хирургтері осы аурудан кейін пайда болатын ақаулар мен деформацияларды емдейді.

11.4. Адамда қан тапшылығының қоздырғышы

Адамда иммундық тапшылық вирусы инфекциясы-ВИЧ-адамның жұқпалы ауруы болып, иммундық жетіспеушіліктен пайда болады. Адамда иммун-дық тапшылық вирусы инфекциясы ауруымен ауырған адамның барлық қор-ғаныс жүйесі мен жүйкені реттеп тұратын орталықты зақымдалады. Адамда иммундық тапшылық вирусы инфекциясы жеке-дара аурулар санатына жат-пайды және белгілі-кешенді сипатқа ие. Бет-жақ аймағында адамда иммундық тапшылық вирусы инфекциясының бірлі-жарым белгілері пайда болуы мүмкін. Бірінші рет баспада адамда иммундық тапшылық вирусы инфекциясы адамда қан тапшылығының қоздырғышы деген атпен жарық көрді. Сонымен қатар АҚТҚ туралы 1981 жылы Американың ауруларды қадағалау Федералды орталығы мәлімдеме жасады және бұл ауру тек қана біртекті жыныстық қатынаста болатын адамдарда кездесетіні дәлелденген. Қазіргі кезде бұл аурумен ауыратын адамдардың саны күннен күнге артуда.

Бұған мысал ретінде 2006 жылғы Оңтүстік Қазақстан облысындағы жас балалардың жаппай адамның вирустық инфекциясы ауруына шалдығуын келтіруге болады. Қазақстан Республикасы ТМД елдері ішінде 5-ші орында, бірақ саны артуда.

Келіп шығуы. Адамда иммундық тапшылық вирусы ауруының қоздырғышы-вирустар, олар ретровирустар тобына жатады. Вирустар негізінен инфекциялы қоздырғыштардан организмнің қорғаныс жүйесінде аса маңызды рөл атқаратын ақ қан жасушаларын (Тх-жасушасын), моноциттер-макрофактар, жүйке жасушаларын зақымдайды. Адам организміндегі барлық қорғаныс жасушаларын қырып-жойып, иммундық тапшылық және әртүрлі қалыпсыз жағдайлар туғызады.

Таралуы басым көпшілік жағдайда жыныстық жолмен және адамда иммундық тапшылық вирусы ауруы мен ауыратын әйелден баласына, адамда иммундық тапшылық вирусы ауруы мен ауыратын адамның қанын көк тамырға енгізу арқылы, наркомандар арасында залалсыздандырылмаған ине шаншуды қолданғанда. Вирусты француз вирусологы Л.Монтанье 1983жылы ашқан, ал оны бөлшек-бөлшектеріне және егжей-тегжей зерттеген америкалық ғалым Р.Галло 1984 жылы. Адам қоздырғыш-вирустарды жұқтырғаннан кейін бірінші клиникалық белгілердің пайда болуы және инкубациялық мерзімі бірнеше аптадан 4-айға немесе 4-5 жылға, ал оның жасырын түрі ұзақ жылдарға дейін созылады. Адамда иммундық тапшылық вирусынан кейін антитела-қарама-қарсы қорғаныс жүйесі пайда болады. Вирус қанда, кіші дәретте, ұрықта және сілекейдің құрамында болады. Адам организміне түскен немесе енген вирус, ол бірден адамда иммундық тапшылық вирусы ауруын келтіріп шығармайды. Адамда иммундық тапшылық вирусы бар адамдарда, осы ауруға тән бірен-сараң белгілердің пайда болуы мүмкін.

Клиникалық көрінісі В.И.Покровскийдің жіктеуі бойынша адамда

иммундық тапшылық вирусы ауруын 4 сатыға бөледі:

I-ші сатысы- инкубация- аурудың жүкқан кезден бастап клиникалық белгілерінің пайда болғанға дейінгі мерзім, антитела-қарама-қарсы қорғаныс жүйесінің пайда болуы.

II-ші сатысы- алғашқы, бірінші-клиникалық белгілерінің пайда болуы- ол өткір инфекция, белгісіз инфекция, лимфа түйіндері жүйесінде тұрақсыздық жағдай-лимфаденопатии.

III-ші сатысы- екінші-клиникалық белгілерінің пайда болуы.

IV-ші сатысы- ақтық (соқғы) дау кезеңі.

Стоматологиялық тәжірибеде барлық кезде ауыз қуысында болатын өзгерістерге баса көңіл аудару керек. Адамда иммундық тапшылық вирусы ауруымен ауырған науқастарда жалпы белгілермен қатар, ауыз қуысында көптеген патологиялық өзгерістер болады. Олар: лимфаденопатия, кандидоздар,гингиво-пародонтальді өзгерістер, стоматиттер және ксеротомия. Ауыз қуысының зақымдануын J.Pinborg мынандай жіктейді: шашты лейкоплакия, микотикалық инфекция, стоматиттің сан-алуан түрлері, пародонтоздың жайылмалы түрі, неопластикалық кезеңдер, вирусты инфекциялар.

Лимфа түйіндерінің көлемінің үлкеюі соның ішінде бет және мойын патологиялық өзгерістер лимфаденопатия түрінде байқалады. Бет аймағында және ауыз қуысында болатын өзгерістер-көлемінің үлкеюі байқалмайды, ал оның қоздырғышын табу қиын. Салыстырмалы нақтамасын мерезбен, туберкулезбен, инфекционды мононуклеоза мен өткізуге болады.

Ауыз ішілік кандидоз-(оральный)- иммундық тапшылықтың салдарынан пайда болады, сонымен қатар асқазан-ішек жолдарында осындай өзгерістер болуы мүмкін. Ауыз қуысындағы кандидамикоз: жаралы- жұқа қабық (пленка), эритематоз,гистоплазмоз түрінде көрініске ие.

Кандидамикоздың клиникалық көрінісі ауыз қуысындағы көрінісі ыдырап бара жатқан қатерлі ісікке ұқсайды.

Адамда иммундық тапшылық вирусы ауруымен ауырған науқастарды арнайы диспансерлерге жіберіп нақтамасын анықтау қажет.

Серонақтамасын- арнайы мекемелерде жүргізіледі.

Емдеу нәтижелері тексерулер мен иммундық тапшылықты жоюға бағытталған.

Алдын алу шаралары: Адамда иммундық тапшылық вирусы ауруымен ауырған науқастарға стоматологиялық көмек көрсету кезінде барлық санитарлық ережелерді мұқият орындау қажет.

11.5. ДИФТЕРИЯ

Дифтерия – тыныс алу жолдарының өткір инфекциялы ауруы. Кейінгі жылдары жылдан- жылға дифтерия мен ауыратын науқастардың саны көбеюде. Аурудың таралу жолы: ауыз қуысының шырышты қабаты және ауыз –жұтқыншақ болып табылады. Сондықтан дәрігер-стоматологтар

бірінші болып клиникалық көрінісіне байланысты нақтама қоюға тура келеді. Сол үшін әрбір тәжірибелі дәрігер маман, бұл аурудың клиникалық көрінісін, заманауи тексеру-зерттеу әдістерін меңгерген болуы керек және нақтамасын қоя білуі қажет.

Келіп шығуы дифтерияның қоздырғышы – Леффлер таяқшасы, ол факультативті анаэробты топқа жатады. Дифтериялық таяқша өте тұрақсыз, сондықтан түрін тез өзгертуге бейім және оның биологиялық үш түрі бар. Олар: гравис, митис, интермитис. Таяқшалар көбею кезінде өзінен өте көп мөлшерде улы заттар шығарады (экзотоксин). Сол себептен улы заттар бөлетін және улы заттар бөлмейтін штаммдарға бөлінеді.

Таралу жолдары: ауа-тамшы түрінде, дифтериямен ауыратын науқастан дені сау адамға жұғады, сонымен қатар үшінші адам болуы мүмкін. Себебі ол адам дифтерия қоздырғышының тасушысы болып табылады, тамақ өнімдері арқылы ж. т. б. жағдайларда. Аурудың келіп шығуына адамның иммундық қорғанысына байланысты. Сол үшін уақытында алдын алу егу шараларын мүлтіксіз орындау қажет.

Клиникалық көрінісі қабыну ошақтарының пайда болуымен сипатталады, Ауыз қуысының шырышты қабаты және ауыз қуысының жұтқыншақ аймағы фибринді қабықпен жабылады, сол себептен организмде көп мөлшерде улану белгілері байқалады. Егер аурудың улы түрі болса ісіктер бет аймағында және ерінде пайда болады. Фибринді қабық бөлініп түсіп кеткеннен кейін өлеттенген жаралы жер қалады.

Нақтамасы: Клиникалық көрінісі мен қосымша бактериологиялық зерттеулер негізінде-дифтериялық таяқшаны табылады да оның улылығы анықталады.

Салыстырмалы нақтамасы: Дифтерияны сифилистің біріншілік түрімен, адамда иммундық тапшылық вирусы ауруының кешенді белгілерімен, ауыз қуысы шырышты қабатының вирустық, саңырауқұлақты және аллергиялық зақымдануларымен, лейкоплекиямен салыстыруға болады.

Емі Науқас жұқпалы аурулар ауруханасында емделеді.

Алдын алу шараларын санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы өткізеді және ең бастысы – алдын ала егу шарасы.

11.6. СІБІР ЖАРАСЫ (КҮЙДІРГІ)

Сібір жарасы — жануарлардан жұғатын, өте сирек кездесетін, жедел ағымды инфекциялы аурулардың тобына жататын ауру.

Келіп шығу тарихы-этиологиясы. Сібір жаралы грамм оң таяқшалы бактерияның әсерінен пайда болатын ауру.

Патогенезі. Сібір жарасының қоздырғышы адам организміне, бет терісі, мұрын, ауыз қуыстарының шырышты қабықтары арқылы, ауру малдардың жүнінен, терісінен, етінен т.б. жұғады. Сібір жаралы таяқшаның таратқышы әртүрлі шыбын-шіркейлер болып табылады. Ауру

көбінесе жылдың жазғы-күзгі айларында кездеседі. Сібір жарасының инкубациялық мезгілі 2-14 күн созылады. Оның қоздырғышы организмге енгеннен соң эндоматозды (қабындырғыш), протективті (қоздырғыш) және өлу жағдайларынан құралған экзотоксин бөліп шығарады. Жоғарыда атап өткен жағдайлардың әртүрлі бірлесуінің күштілігі аурудың жалпы және жергілікті көріністерін бейнелейді. Бет терісі жұқпалы зат аз мөлшерде және беткей енгенде зақымданады.

Сібір жарасының жергілікті патологиялық анатомиясы. Қоздырғыш енген жерде сарысулы-қанды қабыну ошағы байқалады. Қабынған ошақ өлеттеніп, айналасындағы жұмсақ тіндер домбығып, жергілікті лимфаденит пайда болады. Жылжымалы макрофагтар сібір жарасының қоздырғыштарын лимфа тамырлары мен лимфа түйіндеріне тарауына мүмкіндік тудырып, ол жерде сарысулы, сарысулы-қанды немесе өлеттенген қанды қабыну дамиды. Көп жағдайда қабыну кезеңі беттің сібір жаралы көршиқанымен немесе жергілікті лимфаденитпен шектеледі, кейбір жағдайларда инфекция күшейіп жайылуы мүмкін.

Клиникалық көрінісі. Бет-жақ аймағында, әдетте сібір жарасының жергілікті шектелген (терілік) түрі дамиды. Ауру жәй, жалпы көріністері байқалмай дамуы мүмкін, бірақ дене қызуы 38°C-қа дейін көтеріледі. Ауру басталар алдында бет терісінде қышитын түйіншек пайда болады. Оның ортасында қанды бөртік, ал айналасында үлкен ұйыспа-инфильтрат дамып, жұмсақ тіндері домбығып ісінеді. Бөртік өздігінен жарылып, ұйыспа-инфильтраттың бетінде қатты қара түсті қабыршақ пайда болады. Қабыршақтың айналасынан сарысу шығып тұрады. Ұйыспа-инфильтрат айналасы білікті ісініп, түбі қарайған жара пайда болады. Жараның айналасындағы күлдіреген көпіршіктер жарылып 5-6 күннен кейін көршиқан дамиды. Төменгі жақасты, иекасты және мойын лимфа түйіндері үлкейіп, қатаяды. Сібір жарасы немесе көршиқан инфекциясының күшейіп асқынып, аурудың жағдайы нашарлап, дене қызуы 40°C-қа дейін көтеріліп, организм улануының тағы да басқа көріністерімен сипатталады. Жара ауыз қуысының шырышты қабығына да шығуы мүмкін. Мұндай жағдайда ұйыспа-инфильтрат айналасындағы жұмсақ тіндер қатты ісінеді. Жұтқыншақ ісінгенде аурудың тыныс алуы нашарлап, жұтынғанда ауырсынып, дауысы қарлығады.

Нақтамасы, ажырату нақтамасы. Сібір жарасы нақтамасын өзіне тән клиникалық көрінісіне сүйене отырып қояды. Әсіресе олардың ішінде жаралы ошақта іріңнің болмауы, жарылған көпіршіктерден, өлеттенген жерден сібір жарасы қоздырғыштарының табылуы негізге алынады.

Нақтамасын анықтау үшін ауру қанын, үлкен дәретін бактериологиялық зерттеуге алады және антроксинмен терісіне аллергиялық сынақ қояды. Науқастың жұмысы ауру жануарлармен байланысты болғанын анықтау нақтама қою үшін өте маңызды. Сібір жарасын шиқан, көршиқан, тілмеден ажырата білген

жөн.

Емі. Сібір жарасы, көршіқан бетте, ауыз қуысының шырышты қабығында орналасса отасыз-консервативті ем қолданады. Ауруға емдік майлы танбалар қолданып, тыныштық жағдай туғызады. Дезинтоксикациялық, десенсибилизациялық, антибиотиктер, сульфаниламидтер тағайындайды. Жалпы денсаулығын нығайту терапиясын жүргізеді, Сібір жарасының ағымы ауыр, инфекция күшейіп жайылған жағдайда пенициллинді 1,5-2 миллионнан, стрептомицинді тәулігіне 6-8 рет организмге ендіреді. Антибиотиктерді I ауыстырғанда тетрациклин, левомецитин, цефалоспорин, макролид т.б. дәрілерді қолданған жөн.

Болжамы. Сібір жарасының терілік түрі организмге қауіпсіз, ал инфекция күшейіп жайылған жағдайда, әлсіз аурулар өміріне қауіпті болуы мүмкін. Бетке, ауыз қуысына сібір жарасын жұқтырмас үшін, ауру жануарлармен араласқанда, олардың еті, терісі және жүнімен жұмыс істегенде санитарлық, жалпы гигиеналық ережелерді сақтап, ауыз қуысының, дене терісінің гигиенасын қадағалау керек. Сібір жарасының алдын алу үшін СТИ вакцинасын қатаң түрде эпидемиологиялық жағдайдың көрсеткіштеріне байланысты қолданады. Сібір жарасымен ауырған жануарлар немесе жұқпалы заттармен жұмыс істеген адамдар, зерттеліп арнайы бақылауда болуы керек, қажет болса емделуі керек.

11.7. НОМА НЕМЕСЕ СУЛЫ РАК

Нома — жақ ауыз қуысын бет тіндерінің тез жайылатын ылғалды гангрена, бұл инфекциялық ауру.

Келіп шығу тарихы-этиологиясы осы күнге дейін белгісіз. Нома дамыған кезде өлеттенген тіндерден анаэробты микробтардың фузоспикилярлы түрлері, ауыз қуысында әдетте кездесетін анаэробты микробтардың түрлері бөлініп шығады.

Номаның патогенезінде организмнің инфекцияға қарсы қорғаныс күштерінің мағынасы зор. Көп жағдайда ауру балаларда кездеседі.

Нома 50 жастан кейін жүрек-қан тамыр жүйесі ауруы бар адамдарда кездеседі. Номаның дамуына ауыз қуысының гигиенасын сақтамау, емделмеген гангренозды тістер, ауыз қуысының шырышты қабығын жарақаттайтын сауыты бұзылған тістердің көп әсері бар.

Патологиялық анатомиясы. Әдетте нома болғанда морфологиясында ерін, ұрт, ауыз қуысының шырышты қабықтары өлеттенеді. Өлеттенген ошақ тез арада жан-жағына тереңінен жайылып айқын шекарасыз ауыз қуысының шырышты қабығының беткей қабатына өтеді. Микроскоп арқылы қарағанда бұл жерлерде, қан, лимфа тамырларының тромбозы байқалады. Кезең жайылып айналасындағы сау тіндерді зақымдауға бейім. Асқынбай және ем уақытты басталған жағдайда, өлеттенген тіндер ыдырап орнында үлкен ақаулар пайда болады. Олар тыртықтанып, аурудың бет-әлпеті ұсқынсызданып, шайнау, ымдау еттері қарысып қалады.

Клиникалық көрінісі. Ауру ақырын, науқастың мазасы кетіп, дене қызуы 37°C-қа дейін көтеріліп басталады, ал кей жағдайда жедел басталып дене қызуы 38-40°C-қа дейін көтеріліп организмнің әр түрлі дәрежедегі жалпы улануы байқалады.

Ауыз қуысының шырышты қабатында, бет терісінде, ерін аумағында қабыну ошағы пайда болады. Шырышты қабат көпіршіктеніп, қанталап, бет терісі күңгірт-көк түсті дақтанады. Біраз жағдайларда қабыну кезеңі шіріп өлеттенген гингивиттен басталады. Алғашқы номамен зақымданған жер жан-жағына және тереңінен жайылады. Айналасындағы тіндер домбығып, ауыратын тығыз ұйыспа-инфильтратты үлкен қабыну ошағы пайда болып, ортасындағы тері тесіліп, жұмсақ тіндер шіриді (71-сурет).

Ауыз қуысында бұл кезең қызыл иекке жайылып тістер босап қалады, сонан соң кезең ауыз қуысының түбіне, тіл, жоғарғы және төменгі жақ сүйектеріне көшеді.

Бет терісінде кезең ауыз қуыс аумағынан иекасты үшбұрыштарына түседі. Ол теріден жұмсақ, тіндерге тереңдеп жоғарғы және төменгі жақ сүйектерін қамтиды. Өлеттенген тіндер шіріп, олардан жағымсыз иіс шығып, лайлы сұйықтық бөлініп тұрады. Зақымданған тіндер басқанда қатты ауырады. Бет номасы пневмониямен, ал өлеттенген тіндермен аспирацияланса өкпе гангренаcымен асқынуы мүмкін.

Номаның өсу қарқыны-прогрессивті ағымы сепсиске әкелуі мүмкін. Аурудан кейін дамитын функционалды, косметикалық тыртықталуы және ақауларының дәрежесі номанен зақымданған жердің көлеміне байланысты.

Нақтамасы, ажырату нақтамасы. Номаның нақтамасы, айқын клиникалық көрінісіне, микробиологиялық, морфологиялық және иммунологиялық зерттеу мәліметтеріне сүйене отырып қойылады.

Нома шіріп өлеттенген флегмоналар, іріңді, шіріп-өлеттенген паротит және ыдыраған қатерлі ісіктерден ажыратылады. Флегмона тіс түбірлерінің ұшында дамып, клетчаткалық кеңістіктерде орналасады, паротит без тіндерінен дамып, тіндері шектеліп өлеттенеді, ал нома мен қатерлі ісікті ажыратқанда морфологиялық зерттеу мәліметтеріне сүйенген жөн.

Емі. Организмді дезинтоксикациялап, барлық ағзалар мен жүйелердің қызметін қалыпты жағдайда ұстап, организмнің қорғаныс жұмысын күшейтуге бағыттау керек. Қан тамыры арқылы антибиотиктер, десенсибилизациялайтын, жүрек-қан тамырларының қызметін жалпы организмді күшейтетін және дезинтоксикациялайтын дәрілер жібереді. Осымен қатар, қан немесе қан орнына қолданылатын заттар құйылады. Жергілікті зақымданған жерлер фурациллин, фермент ерітінділерімен жуып-шайылып, 0,25%-тен 0,5%-ке новокаин немесе тримекаинге ерітілген мөлшері 25-100 мл дейін антибиотик ендіріледі. Антибиотиктер, антисептик және финлепсин мен таңбалар тартылады.



Сурет-71. Нома (сулы рак)

Болжамы. Номаның прогрессивті ағымы науқас өміріне қауіпті, ал шектеліп өлеттенген ошақ қауіпсіз болмағанымен косметикалық, функционалдық өзгерістер ұзақ ем қажет етеді.

Алдын алу. Әлсізденген балалардың жалпы организмін күшейтуге ем жүргізіліп, ал қан айналымы бұзылған, жұқпалы ауруы бар балаларда нома көп кездесетіндіктен жоғарыда айтылған ем керек. Осымен қатар, ауыз қуысының гигиенасы, санация, шырышты қабық жарақаттарының алдын алу керек.

11.8. ТІЛМЕ (РОЖА)

Тілме — терінің және шырышты қабықтардың жедел сарысулы немесе сарысулы-қанды қабынуымен сипатталанатын организмнің жалпы улануымен көрінетін инфекциялы ауру.

Келіп шығу тарихы-этиологиясы А тобындағы бетта — гемолитикалық стрептококк тілме қоздырғышы болып табылады. Ауру қоздырғышы стрептококктың басқа да түрлеріде болуы мүмкін, ал ауру ағымы ауыр жағдайда, патологиялық кезеңде т.б, микробтар, соның ішінде стафилококкта қатысады.

Патогенезі. Организм сенсibilзацияланып оның жалпы және жергілікті инфекцияға қарсы қорғаныс жағдайларының төмендегенде тілме дамиды. Гетеро-және аутосенсibilзациялық жағдайлардың ішінде терінің және жалпы организмнің салқындауы, қажуы, созылмалы аурулардың өршуі, әртүрлі стресті жағдайлар жататынын атау керек. Терінің қарсыласу және бактериоцидтік белсенділігінің көп маңызы бар. Аурудың дамуы, әсіресе терінің стрептококкпен ұрықтанғанында ықтимал. Инфекция ену көзі тері, көп жағдайларда, оның жарақаттары эрозиялар, қабыну.

Кей жағдайларда тілмеге организмнің туа біткен бейімділігі де байқалады. Организм сенсibilзацияланып оның иммундық қорғанысы бұзылады, қан құрамында гистамин көбейіп және организмнің

гистаминді залалсыздандыру қызметінің төмендеуі тілменің дамуына әкеліп соқтырады.

Патологиялық анатомиясы. Тілменің патологиялық анатомиясы терінің емізікше қабатының сарысулы немесе сарысулы-қанды қабынуымен және ретикулярлық қабатының домбығуымен сипатталады. Қан және лимфа тамырлары кеңейіп, құрамында көптеген микробтар бар экссудатпен толады. Қан тамырларының айналасында, лимфоидты және ретикулогистиоциттардан тұратын клеткалы ұйыспа-инфильтрация байқалады. Пайда болған экссудат эпидермиске қарай тарайды да, құрамында фибрині бар көптеген көпіршіктер пайда болады.

Экссудат жанасып жатқан клетчаткаға жайылып оның флегмонозды қабынуына кей кезде өлеттенуіне соқтыруы мүмкін.

Клиникалық көрінісі. Бет аймағында көбінесе тілменің алғашқы қабынуы дамиды. Инкубациялық кезеңі бірнеше сағаттан 4-5 күнге дейін созылады. Ауру жедел басталып, жалпы қабыну көріністерімен сипатталады. Кейбір жағдайларда ауру, дене қызуының субфебрилді температурасымен, бас ауруымен, әлсізденуімен және жалпы жағдайының нашарлауымен басталады.

Ауру басталған соң 2-3-ші күні, оның жалпы көріністері күшейе түседі, дене қызуы 38°C-қа дейін көтеріледі. Науқас лоқсып, құсып, денесі қалтырап, қан айналымы бұзылады, есеңгіреп, сандырақтайды. Аурудың жергілікті көріністері жалпы көріністерімен бірге немесе ауру басталғаннан соң 2-3 күннен кейін дамиды. Бетте тілме көбінесе мұрын, ұрт аймақтарында, көбелек тәріздес болып орналасады. Дами бара қабыну қабақ, мойын, құлақ, бастың шаш бөлігіне қарай жайылады. Кей кезде ауыз қуысының шырышты қабығы, жұтқыншақ, ауыз қуысының түбіне жайылып, ауру ағымын ауырлатады. Аймақтық лимфа түйіндері үлкейіп ауырсынуы мүмкін. Тілменің клиникалық жіктелуінің негізіне жергілікті өзгерістер алынған. Оның эритематозды, эритематозды-буллезды, эритематозды-қанды және буллезды-қанды түрлерін ажыратады осымен қатар, өлеттенген және флегмонозды асқынған түрлері де болады, Қамту аймағына байланысты, жергілікті, көшпелі (блуждающий) немесе жайылмалы түрлерін ажыратады. Жалпы қабыну кезеңінің ағымына қарай жеңіл, орташа, ауыр және біріншілік, рецидивті (бірнеше айдан 1-2 жылға дейін), қайталанған (алғашқы тілмеден 2 жылдан аса уақыттан соң) түрлеріне бөлінеді.

Нақтамасы, ажырату нақтамасы. Тілмені анықтап нақтамасын қою аурудың жалпы клиникалық көріністеріне негізделеді. Егер тілме ошағында орналасқан көпіршіктерден патогенді стрептококктар бөлініп шықса, оның нақтамасын анықтау тіпті оңайға түседі. Тілмені жақ аймағының абсцесі, флегмонасы, лимфаденит, бет венасының флебиті, актиномикоз және сібір жарасынан ажырата білу керек.

Емі. Тілменің эритематозды түрінде сульфаниламид, витаминдер, десенсибилизацияландыру, осылармен қатар науқасқа тыныштық және

ультрасәулесімен емдеу тағайындалады. Оның басқа түрлерінде антибиотиктер және қабынуға қарсы кешенді-комплексі ем жүргізеді. Флегмонозды немесе өлеттенген түрі дамыған жағдайда жоғарыда атап өткен емге қоса науқастың жасын, қосақталған ауруларын ескере отырып қосымша интенсивті (екпінді) терапиялық ем қолдануын қажет етеді. Аурудың жеңіл түрінде витаминдер, метилурацил, пентоксил, продигиозон және аутогемотерапия тағайындалады.

Тілменің эритематозды-буллезды, буллезды-қанды, флегмонозды, өлеттенетін түрлерінің жергілікті емі көпіршіктер мен іріңді ошақтарды ашып, өлеттенген тіндерді кесіп алып тастауды қажет етеді. Зақымданған жерлерге фурацилинмен Вишневский, Шостаковский майларымен емдік таңбалар тартылады. Ауру инфекцияның жайылуы, менингит, сепсиспен асқынуы мүмкін. Тілмен ауырған науқастарды арнайы инфекциялы бөлімшелерде емдеген жөн. Аурулар толық емделіп шығады, бірақ жасы келген, кәрі кісілерде тілме асқынып өміріне қауіп төндіруі мүмкін.

Алдын алу инфекция енетін көздерді жою, әртүрлі физикалық ем-тәсілдерін қолданып терінің резистенттігін көтеруден тұрады. Осымен қатар одонтогенді ошақтарға тазалап-санация жасап, ауыз қуысының, беттің гигиенасын сақтау керек. Тілменің қайталану-рецидивті түрімен ауыратын науқастар диспансерлік есепке алынып, жыл бойы бициллин емін алуы керек.

11.9. ШИҚАН

Түк фолликуласының және оның айналасындағы тіндердің жедел түрде іріңдеп, өлеттене қабынуын шиқан деп атайды.

Бірнеше түк фолликуласы мен майлы бездерді қамтып тері және теріасты клетчатканың іріңдеп өлеттене қабынуын көршиқан дейді.

Бір уақытта немесе біртіндеп терінің бірнеше жерлерінде қабыну ошақтарының дамуын фурункулез дейді.

Беттің аз ғана шектелген бір бөлігінде бірнеше шиқан орналасса, оны жергілікті фурункулез дейді.

Шиқанмен көршиқанның дамуы тікелей бет-жақ аймағының, оның ішінде терісінің анатомиялық ерекшеліктеріне байланысты. Тері адамның маңызды ағзаларының бірі, ол зат алмасу және жылу реттестіру кезеңдеріне қатысады. Тері қорғаныс, тыныс алу, секрет (тер, тері майын) бөліп шығару қызметтерін атқарады. Теріде орналасқан күрделі жүйке аспаптары көптеген сезіну, қысым, ауру, ыстық, суық сезімдерін қабылдап ми қатпарларына жібереді. Бет терісінің бірнеше ерекшеліктері бар. Оның беткей қабаты эпителиалды клеткалардан құрылған эпидермистен тұрады. Бет терісінің мүйізді қабаты адам денесінің басқа жерлеріне қарағанда жұқалау болып келеді. Эпидермистің жылтыр қабаты, ал кей кезде дәнді қабаты да бетте жоқ болуы мүмкін. Дерма немесе меншікті тері торлы және емізікше қабаттан құрылған. Дерманың торлы қабатында тер, май бездері және түк түбірлері орналасады. Түк түбірінің буылтығына, терінің терең қабатынан түкті

қоректендіретін қан тамырлары бар емізікше жанасып жатады. Сондықтан оны түбірімен қоса зорлап жұлуға болмайды, өйткені бұл жағдайда дерма жалаңаштанып микробтарға қарсы төтеп бере алмайды. Терінің үшінші қабаты көптеген майлы клетка жиынтығынан құралған теріасты майшелі болып табылады. Мұнда бет терісіне бекіген ымдау бұлшықеттері орналасады. Бұл еттердің үнемі қозғалысы клетчаткалық кеңістіктерге микробтардың еніп, терінің терең қабатында қабыну кезеңдерінің жайылуына соқтырады. Ымдау еттерімен терінің осы байланысы қабынған тіндерге жергілікті тыныштық тудыруға мүмкіндік бермейді, ал бұл беттегі шиқан мен көршиқан емінің негізгі бір жағдайы болып табылады.

Бет-жақ аймағындағы қан тамырлардың, оның ішінде әсіресе, көк-вена тамырларының молдығының беттегі іріңді қабыну ағымына өте маңызы көп. Беттің сол жағындағы веналар оң жағындағы веналармен, беткей веналар тереңдегі веналармен жалғасып көптеген анастомоздар құрады. Көз веналары арқылы, бас қаңқасының ішкі веналары мен мидың қатты қабығының синустары, оның ішінде үңгірлі қуыспен байланысатын бет веналары анастомоздарының маңызы бар. Бет веналары мен ми қабаттарының синустарын байланыстырып жатқан қан тамырларындағы қан ағымы бағытының да маңызы көп. Қалыпта қан бұрышты вена арқылы бет венасына құяды, бірақ жоғарғы ерін, көзасты және мұрын-ерін қатпары аумақтарында қабыну процесі дамыған жағдайда, қан ағымының бағыты көз веналары мен үңгірлі қуысқа қарай өзгереді (М. А. Сресли 1957). Бұған бет веналары мен мидың қатты қабатының анастомоздарында қақпақшалардың болмауы мүмкіндік тудырады. Осы жоғарыда атап өткен бет веналарының құрылыс ерекшеліктері бетке орналасқан шиқан, көршиқанның асқынып, менингит және үңгірлі қуыстық тромбоздың дамуына мүмкіндік тудырады. Осымен беттің шиқан, көршиқандарының клиникалық ағымының өзгешелігі, асқынуларының жиілігі жақ-бет аймағының, оның тері құрылысының ерекшелігімен тығыз байланысты.

Шиқан мен көршиқанның нақтамасын қою, емін дұрыс жүргізу, олардың асқынуларының алдын алу үшін бұл ерекшеліктерін білген жөн.

Бет шиқаны мен көршиқаны вирулентті патогенді стафилококктың (алтын немесе ақ) кей жағдайларда оның басқа микроб ассоциацияларымен сырттан енгенінде дамиды. Бұл аурулардың дамуына келесі себептер мүмкіндік тудырады:

- бет терісінің шаң басып кірлеуі, әсіресе майлы заттармен жұмыс жасағанда лас қолмен бетін сүртіп, қасу;
- терінің микрожарақаттары (түгін алу, қырынғанда кесіп алу, тырнап алу, қасты теру);
- температураның күрт өзгеруі;
- кейбір тері аурулары (экзема, сикоз, безеу);

- зат алмасуының бұзылуы, қант диабеті, авитаминоз;
- әр түрлі созылмалы аурулар, ауыр жұқпалы аурулардың әсерінен организмнің әлсіреп жүдеуі;
- жас өспірімдердің безеулерін сығуы;

Патологиялық анатомиясы. Шиқан дамығанда түк фолликуласының, майлы бездің және олардың айналасындағы дәнекер тіндердің өлеттенуі байқалады. Өлеттенген тіндердің ортасында стафилококктар шоғырланып жиналады, айналасында макрофактар мен нейтрофилдерден тұратын жалпақ білік пайда болып, оның шеті ісініп, қан тамырлары кеңейіп, плазмодты клеткалардан, лимфоциттерден және нейтрофилден құрылған ұйыспа-инфильтрат байқалады. Эпителий сылынып оның астынан іріңді көпіршік көрінеді.

Көршиқан дамығанда бірнеше түк фолликулалары, майлы бездері, тері және теріасты клетчатка өлеттеніп, бетінде көптеген тығыз іріңді өлеттенген өзек пайда болады. Веналарды қан кернеп, тығындалып, артериялар экссудатпен қысылып, циркулярлы қан айналымы бұзылып, өлеттену көлемі кеңейіп, терінің терең қабатынан фасция мен бұлшықеттеріне жайылып, кей кезде сүйекті де қамтуы мүмкін. Өлеттенген тері тесіліп, олар арқылы ірің бөлінеді.

Клиникалық көрінісі. Шиқан түк фолликуласының қабынуынан басталады. Түктің айналасы іріңдеп жан-жағы аздап қызарады. 1-2-ші күннің аяғында дермада томпиған конус тәріздес қабыну қйыспа-инфильтраты дамиды. Оның үстіндегі тері күңгірт-қызыл түсті, ал айналасындағы тіндер домбығып ісінеді. Бұл кезде шиқан аумағында ауыру сезімі күшейе түсіп, кей жағдайларда үшкіл жүйке бұтақтарының бойымен жайылып, науқасты қатты мазалайды. Бас ауруы пайда болады. 3-4 күннен кейін ұйыспаның-инфильтраттың ортасында күлтілдеу-флюктуация (былқылдақ) пайда болады. Аз арада шиқанның ауызы ашылып онан шамалы қою ірің шығады. Ауызы ашылған соң, сол жерде шиқанның өзегі көрінеді. Бірте-бірте өлеттенген өзек іріңмен бірге бөлініп шығады. Өлеттенген өзекті зорлап шығаруға мүлде болмайды, өйткені зақымданған тері мен сау тіндердің арасындағы табиғи тосқауыл бұзылып инфекция беттің венозды өріміне өтуі мүмкін.

Өлеттенген өзек бөлініп шыққаннан соң, оның орнындағы кратер тәріздес жара біртіндеп грануляциямен толып, тыртықтанп бітеді. Қабынбаған шиқан 8-10 күннің ішінде жазылады, бірақ кей жағдайларда шиқанның көлемімен онан бөлініп шықан ірің көбейгенде өлеттенген өзек толығымен шіріп абсцесс немесе флегмона белгілері байқалады.

Көршиқан дамығанда қабыну кезеңі жақын орналасқан бірнеше шаш фолликулаларын және майлы бездерді қамтып, тері мен теріасты клетчаткасы өлеттенеді. Көршиқанның дамуының бастапқы кезінде бетте кішкентай қабыну ұйыспасы-инфильтраты пайда болып ол тез арада үлкейеді. Айналасындағы тіндер домбығып ісініп, торлы лимфа

түйіндерінің лимфадениті дамиды. Ұйыспаның-инфильтраттың үстіндегі тері күңгірт-қызыл-көкшіл, тері қатпарға жиналмайды. Терінің беткей қабаты жұқарып, бірнеше жерден тесіліп ірің бөлініп шығады, ол жерлерден өлеттенген тіндер немесе өзектер байқалады. Бара-келе кішкене тесіктер бір-бірімен қосылып үлкен жараға айналады. Бұдан ірің бөлініп шығып тыртықтанып жазылады. Бет-жақ аймағының анатомиялық физиологиялық ерекшеліктеріне байланысты шиқан, әсіресе көршиқанның жұмсақ тіндеріндегі инфилтраттар қатты ісініп домбығып, жиі абсцесске айналып, өте ауыр өтеді. Ол барлық жағдайда жергілікті лимфаденитпен қосарласып жүреді. Ағымы жедел науқастардың дене қызуы 39-40°C-қа дейін көтеріліп, денесі қалтырап, басы, қабыну кезеңі орналасқан жері қатты ауырып, мазасызданып, әлсірейді. Шеткі қанда лейкоцитоз, ЭТЖ үдеуі, қан сарысуында белок фракциялары жылжуы мүмкін.

Ажырату нақтамасы. Шиқан мен көршиқанның нақтамасын анықтау әдетте қиындық тудырмайды, дегенмен кей кездерде төменде аталатын басқа аурулардан ажырату керек болады.

Беттің теріасты одонтогенді гранулемасы теріасты май шеліндегі созылмалы гранулденген периодонтиттің әсеріне байланысты әлсіз өтетін іріңді кезең. Бұл аурудың өзіне тән үш белгісі бар: ауру тіс, теріасты гранулема, тістен немесе тіс ұяшығынан беттегі құрылымға созылған тығыз тартпа. Атерома - майлы бездің шығару түтігінің тығындалып қалуынан пайда болатын, терімен дәнекерленген, ауырмайтын, анық шектелген ісік тәріздес құрылым. Кейбір аурулардың атеромасы іріңдеп клиникалық көріністері шиқан мен көршиқанға ұқсайды. Атероманың шиқан мен көршиқаннан айырмашылығы қабыну басталар алдында науқастың бетінде ауырмайтын құрылым болады, осымен қатар атероманың инфекция ену көзі болмайды, оны хирургиялық жолмен тіліп ашқанда, іріңге аралас май тәріздес іртік зат бөлініп шығады.

Сібір жарасы тері немесе шырышты қабат арқылы сібір жарасының таяқшасы енгенде дамиды. Инфекция көзі, үй немесе жабайы жануарлар. Кәдімгі шиқан мен көршиқанға қарағанда, сібір жарасына келесі белгілер тән: көлемі 1 см-ден 3 см-ге дейін шектелген, қара-қоңыр, айналасында бұдырлы сары көпіршіктермен қоршалған қабығы болады (сібір жарасының інжу алқасы), айналасындағы жұмсақ тіндер ісініп, домбығады, қабыршақ астында кейде білінбейтін тығыздалған жұмсақ тін байқалады, барлық уақытта ірің және ауыру сезімі болмайды. Күдікті жағдайда қабыршақ астынан алынған тінді немесе көпіршіктің ішіндегі сарысуды бактериологиялық зерттеуге жіберу керек.

Жақ-бет аймағының актиномикозына инфекция түскенде шиқанға немесе көршиқанға ұқсайды. Көршиқанға қарағанда актиномикоздың ағымы ұзақ уақытқа созылып, қабыну ұйыспа-инфильтраты тақтай секілді қатты болады, тері көк түсті, көптеген жыланкөз пайда болады, осыған баяланысты ұйыспа-инфильтрат «көктелген көрпеге» ұқсайды.

Шиқан мен көршиқандардың қабыну кезеңі беттің ортаңғы және жоғарғы аймағында орналасқанда (жоғарғы ерінде, мұрын, көзасты аумағында т.б.) өте қауіпті және бет веналарының флебитімен, тромбофлебитімен жиі асқынады. Әсіресе көз венасы арқылы, үңгірлі қуыспен анастомоз құратын бұрышты венаны тромбофлебиті өте қауіпті. Бет веналарының жедел тромбофлебиті ауыр өтеді, науқастың дене қызуы көтеріліп, қалтырап, басы ауырып, терлеп әлсірейді. Тексергенде қабынған веналардың бойында тартпа тәріздес өте ауыратын тығыз ұйыспа-инфильтрат, ал негізгі қабыну ошағының шегінде жұмсақ тіндердің бүйір тармақтар-коллатеральды ісінуі, веналардың кернеуі мен соғуы және терінің қызаруы байқалады. Қабыну кезеңінің бастапқы кезеңінде-ақ организмнің улануының, қан айналым және жүрек-қан тамыр жүйесі қызметінің бұзылуы салдарынан еріннің, қабақтың, маңдай, мұрын, құлақ терісінің көгергені байқалады. Бұрыштық венаның тромбофлебиті көз веналарын қамтып ретробульбарлы клетчатканың флегмонасының дамуына, ал әрі қарай үңгірлі синустық тромбоз және іріңді менингитке соқтырады. Бұл бет шиқаны мен көршиқанының өлімге әкелетін ең қауіпті асқынулары. Жоғарыда аталып өткен жақ-бет аймағының анатомиялық ерекшеліктерімен бірге аурулардың өздері шиқан мен көршиқаннның алғашқы құрамдық бөліктерін-элементтерін сығып тастауы, қабыну кезеңінің бет веналарына көшуіне себеп болады. Бет шиқаны мен көршиқандарының жиі кездесетін асқынуларының бірі — сепсис.

Жалпы кездесетін асқынулардың ішінде іріңді менингит, бүйрек абсцесі, іріңді артрит, сүйектері, жұмсақ тіндердегі метастазды абсцесстермен қосарлана жүретін метастаздық пневмония мен іріңді плевритті атап өткен жөн. Жалпы асқынулармен қатар жергілікті лимфаденит, жедел іріңді отит (егерде ошақ сыртқы дыбыс жолында орналасса), тілме, абсцесс, флегмона, экзема жиі кездеседі.

Шиқан мен көршиқанды емханада емдеу керек, әсіресе бұл қабыну кезеңі құлақтың сырғалығы мен бұрышын жалғайтын сызықтан жоғары орналасқан науқастарға тиісті. Науқасқа барынша тыныштық керек (бірнеше күн төсекте жату, көп сөйлеуге рұқсат бермеу, жоғары калориялы сұйық тамақ). Қабыну кезеңінің алғашқы кезеңінде УЖЖ терапия жақсы әсер етіп, ауыру сезімі бәсеңдеп, шиқанның жазылу мерзімі қысқарады. Ұйыспа-инфильтрациялау кезеңінде шиқан мен көршиқаннның айналасындағы тіндерге 0,25 немесе 0,5% новокаин ерітіндісіне қосып антибиотиктер жібереді. Абсцесс кезеңінде жалпы хирургиялық ереже бойынша іріңді ошақты тіліп, жараны құрғатады (қашыртқы-дренаждайды).

Тұжырым: Жақ-бет аймағында кездесетін арнайы қоздырғыштар сәулелі саңырауқұлақ, туберкулез микобактериясы және бозғылт спирохеталар (трепонема) арқылы пайда болатын ауруларды әдетте арнайы қабынулар деп атайды. Жақ-бет аймағында: шиқан

(сыздауық), көршиқан, тілме, сібір жарасы, нома тәріздес ауруларды одонтогенді емес қабынулар қатарына жатқызады. Актиномикоздың негізгі дамуына иммундық жүйе жұмысының бұзылуы әсер етеді. Жалпы жағдайлардың ішінен иммунитеттің бұзылуына біріншілік немесе екіншілік иммунды тапшылық аурулары жатады. Жергілікті жағдайлар ішінен одонтогендік, стоматогендік, тонзиллогендік, риногендік қабынуларды айтуға болады. Туберкулез мико-бактериясы немесе Кох туберкулез таяқшасы арқылы пайда болатын созылмалы арнайы қабыну. Қазіргі көптеген ғалымдар (А.А.Лимберг, П.Львов, Ю.И.Бернадский т.б.) бет-жақ аймағында кездесетін туберкулезді, организмнің жалпы туберкулезбен улануының жергілікті түрі деп есептейді.

Мерез бозғылт спирохетадан (трепаном) пайда болатын созылмалы арнайы аурулар қатарына жатады. Спирохета адам денесіне бұзылған ауыз қуысының кілегей қабығы арқылы кіреді. Мерез жүре пайда болған және туа пайда болған деп екіге бөлінеді. Адамда иммундық тапшылық вирусы ауруының қоздырғышы-вирустар, олар ретровирустар тобына жатады. Вирустар негізінен инфекциялы қоздырғыштардан организмнің қорғаныс жүйесінде аса маңызды рөл атқаратын ақ қан жасушаларын (Тх-жасушасын), моноциттер-макрофактар, жүйке жасушаларын зақымдайды. Адам орган-изміндегі барлық қорғаныс жасушаларын қырып-жойып, иммундық тапшылық және әртүрлі қалыпсыз жағдайлар туғызады.

Біз бірнеше өзекті және көкейкесті әлеуметтік ауруларға тоқталып, емдеу саласында кешенді шаралар қолдану керек екендігін ескертпе есебінде келтірдік.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Бет-жақ аймағының..... ауруларын арнайы қабыну аурулары.
 - А) арнайы қоздырғыштары бар
 - Б) арнайы емес, кездейсоқ
 - В) жайылмалы, жанама
 - Г) терең, беткей
 - Д) сәулелі, күңгірт
2. Актиномикоз арқылы пайда болатын созылмалы арнайы қабыну.
 - А) сәулелі саңырауқұлақ
 - Б) жалғасу (ұласу), беткей
 - В) лимфа тамырлары, терең
 - Г) қан тамырлары, күңгірт
 - Д) жайылмалы, жанама
3. Актиномикоз ауруын қоздырушы сәулелі саңырауқұлақты бірінші рет тапқан ғалымның аты мен жылы.
 - А) Лангенбек 1877 жылы-малдан, Израил 1878 жылы-адамнан

- Б) Сидоров 1767 жылы, Иванов 1837 жылы
В) Воячек 1839 жылы, Буран 1888 жылы
Г) Магарилла 1935 жылы, Козлов 1939 жылы
Д) Водянин 1945 жылы, Евдокимов 1955 жылы
4. Актиномикоз инфекциясының таралу жолдарын атаңыз
А) жалғасу (ұласу), лимфа тамырлары, қан тамырлары
Б) лимфа тамырлары, терең
В) қан тамырлары, күңгірт
Г) жайылмалы, жанама
Д) арнайы емес, кездейсоқ
5. Т. Г. Робустованың жіктеуі бойынша актиномикоз түрге бөлінеді
А) 10 түрге
Б) 2 түрге
В) 3 түрге
Г) 7 түрге
Д) 5 түрге
6. Клиникалық көрінісі бойынша актиномикоз түрде кездеседі:
А) екі (асқынбаған, асқынған) түрі
Б) 3 (жайылмалы, жанама) түрі
В) 4 (арнайы емес, кездейсоқ) түрі
Г) 5 (қан тамырлары, күңгірт) түрі
Д) 8 (лимфа тамырлары, терең) түрі
7. ұйыспа-инфильтрат үстіндегі тыртықтар тәрізді болады.
А) көктелген көрпе
Б) жапырақ
В) алмұрт
Г) ағаш
Д) қиылысқан жол
8. Арнайы иммунитетті көтерумен қатар сәулелі саңырауқұлаққа қарсы күрес егу арқылы жүргізіледі
А) актинолизатты
Б) новокаинды
В) кокаинды
Г) эфирді
Д) спиртті
9. Туберкулез арқылы пайда болатын созылмалы арнайы қабыну
А) туберкулез микобактериясы немесе Кох туберкулез таяқшасы
Б) актинолизатты
В) жапырақ
Г) көктелген көрпе

Д) 5 (қан тамырлары, күңгірт) түрі

10. Туберкулез инфекциясының таралу жолдарын атаңыз

А) лимфа, қан тамырлары, дем алу, асқазан жолдары және жанасу

Б) арнайы емес, кездейсоқ

В) лимфа тамырлары, терең

Г) жайылмалы, жанама

Д) қан тамырлары, күңгірт

11. Туберкулез бет-жақ аймағында болып кездеседі:

А) үш түрлі

Б) екі түрлі

В) төрт түрлі

Г) бес түрлі

Д) жеті түрлі

12. Диаскопия жасағанда төмпешік сарғыш түсті белгісі байқалады

А) алма қойыртпағы.

Б) лимфа тамырлары, терең

В) жайылмалы, жанама

Г) көктелген көрпе

Д) актинолизатты

13. Сүңгімен басқанда түйін жеңіл бұзылады белгісі байқалады

А) Пospelов

Б) Шораев

В) Давыдов

Г) Малышев

Д) Кенбаев

14. Жараның түбінде, айналасында жараға айналмаған туберкулез түйіндері болады, оларды деп атайды.

А) Трель нүктесі

Б) Төлеуов нүктесі

В) Русанов нүктесі

Г) Сағатбаев нүктесі

Д) құрақбаев нүктесі

15. Сүйек туберкулезінің бірінші белгісі пайда болуы.

А) жыланкөздің

Б) қабынудың

В) жараның

Г) іріңнің

Д) ұйыспаның

16. Мerez арқылы пайда болатын созылмалы арнайы қабыну.

А) бозғылт спирохетадан (трепаномa)

Б) жыланкөздің

В) жараның

Г) жүре, туа

Д) іріңнің

17. Мерез пайда болған деп екіге бөлінеді.

А) жүре, туа

Б) жыланкөз, ірің

В) жара ірің,

Г) ірің, ұйыспа

Д) жыланкөз, жара

18. Мерез өзінің дамуында өтеді:

А) 4 кезеңнен

Б) 2 кезеңнен

В) 3 кезеңнен

Г) 5 кезеңнен

Д) 7 кезеңнен

19. Бет-жақ сүйегінің ішінде мерез көп кездеседі.

А) мұрын сүйегінде

Б) Бет сүйегінде

В) жақ сүйегінде

Г) қол сүйегінде

Д) аяқ сүйегінде

20. Адамда иммундық тапшылық вирусы ауруының қоздырғышы

А) вирустар

Б) новокаин

В) дикаин

Г) суперкаин

Д) лидокаин

21. Вирус құрамында болады.

А) қанда, кіші дәретте, ұрықта және сілекейдің

Б) сілекейде, денеде

В) қанда, баста

Г) ұрықта баста

Д) қанда, денеде

22. Адамда иммундық тапшылық вирусы таралуы жолдары:

А) жыныстық жолмен, адамда иммундық тапшылық вирусы ауруы мен ауыратын әйелден баласына, адамда иммундық тапшылық вирусы ауруы мен ауыратын адамның қанын көк тамырға енгізу арқылы, наркомандар

Б) жыныстық жолмен, сілекейде, денеде

В) ауыратын адамның қанын көк тамырға енгізу арқылы, қанда, баста

Г) адамда иммундық тапшылық вирусы ауруы, ұрықта баста

Д) наркомандар, қанда, кіші дәретте, ұрықта және сілекейдің

23. В.И.Покровскийдің жіктеуі бойынша адамда иммундық тапшылық вирусы ауруын бөледі:

А) 4 сатыға

Б) 1 сатыға

В) 2 сатыға

Г) 5 сатыға

Д) 3 сатыға

24. Дифтерия - тыныс алу жолдарының ауруы

А) өткір инфекциялы

Б) созылмалы инфекциялы

В) жайылмалы инфекциялы

Г) жанама инфекциялы

Д) терең инфекциялы

25. Дифтерияның қоздырғышы болып табылады

А) Леффлер таяқшасы

Б) Кох таяқшасы

В) Эйнштейн таяқшасы

Г) Борис таяқшасы

Д) Рудольф таяқшасы

26. Сібір жаралы бактерияның әсерінен пайда болатын ауру.

А) грамм оң таяқшалы

Б) Леффлер таяқшасы

В) Эйнштейн таяқшасы

Г) Борис таяқшасы

Д) терең таяқшасы

27. Сібір жарасының инкубациялық мезгілі дейін созылады.

А) 2-14 күнге

Б) 5-7 күнге

В) 3-8 күнге

Г) 2-9 күнге

Д) 1-10 күнге

28. Тілменің қоздырғышы болып табылады.

А) А тобындағы бетта-гемолитикалық стрептококк

Б) Леффлер таяқшасы

В) грамм оң таяқшалы

Г) Эйнштейн таяқшасы

Д) созылмалы инфекциялы

29. Тілме ауруының инкубациялық кезеңі дейін созылады.

А) бірнеше сағаттан 4-5 күнге

Б) 1-5 күнге

В) 2-6 күнге

Г) 3-7 күнге

Д) 4-8 күнге

30. шиқан деп атайды.

А) түк фолликуласының, оның айналасындағы тіндердің жедел түрде іріңдеп, өлеттене қабынуын

Б) түк фолликуласының, Эйнштейн таяқшасы

В) оның айналасындағы тіндердің, грамм оң таяқшалы

Г) жедел түрде іріңдеп, Леффлер таяқшасы

Д) өлеттене қабынуын, созылмалы инфекциялы

XII ТАРАУ

СІЛЕКЕЙ БЕЗДЕРІНІҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ (СИАЛОАДЕНИТТЕР)

Сілекей бездері жақ-бет аймағының анатомиялық функционалды құрамды бөлігі және ауыз қуысының қосымша бөлігі болып саналады. Сілекей бездерінің патологиясы мен ауруларын емдеу мәселелері стоматологиямен тығыз байланысты. Сондықтан да бұл мәселелерді терең зерттеу жұмыстарымен стоматологтар айналысады.

Ірі, жұп сілекей бездерге құлақмаңы, жақасты және тіласты, ал майда және тақ бездерге ауыз қуысының шырышты қабығының бездері жатады. Бұлар өздерінің атауына сәйкес анатомия-топографиялық аймақтарда орналасады.

Құлақмаңы сілекей безі - ең ірі без (25-30 гр). Ол жақарты шұңқырында шайнау бұлшықетінің алдыңғы бетінің бір бөлігін жауып жатады. Бездің жоғарғы шекарасы сыртқы дыбыс жолы, ал төменгі жақтың бұрышы оның төменгі шекарасы болып саналады. Құлақмаңы безі беткі және терең бөліктерден тұрады. Олар бір-бірімен өзекше арқылы жалғасады. Бездің алдыңғы қырында, негізгі шығару түтігі жанында оның қосымша бөлігі орналасқан. Без капсуламен жабылған, оның латеральды беті қалың, ал медиальды беті жұқа, кей жерлерде болмауы да мүмкін, осыған байланысты без жұтқыншақмаңы кеңістігінде өтіп кетуі де мүмкін. Сыртқы ұйқы артериясынан тарайтын бірқатар қан тамырлары бездің бойына торлай таралады, ал вена қаны жақарты венасына жиналады.

Лимфа тамырлары бөліктерінің арасында орналасқан құлақмаңы лимфа түйіндеріне жиналады. Бет жүйкесі осы бездің бойынан басталып өзінің тармақтарына, яғни самай-ұрт және ұрт-бет жүйкелеріне үлкен қаз табан жасай бөлінеді.

Ұзындығы 5-7 см болатын бездің шығару түтігі оның алдыңғы қырынан шығып, шайнау етінің алдыңғы бетін айнала отырып 90° бұрылып ұрт етін бойлай өтіп, ауыз қуысының кіреберісі не екінші үлкен азу тіс деңгейінде ашылады. Түтіктің ашылатын жерінде бүртік емізікшелер болады. Құлақмаңы безі негізінен белокты сұйықтық бөліп шығарады.

Төменгі жақасты сілекей безі төменгі жақ сүйегі мен қос қарыншалы ет аралығындағы кеңістікте орналасады. Бездің салмағы 7,77 гр. Оның артқы бөлігінде, төменгі сыртқы бетінен бет көк тамыры-венасы өтеді. Ол бездің артқы бөлігін айналып алдыңғы бетіне өтіп, бет венасымен бірге төменгі жақ сүйегінің астыңғы қырына өтеді. Тіл жүйкесі қанатша ет арасындағы кеңістіктен шыққан соң, ауыз қуысы түбінің шырышты қабатымен бездің артқы бөлігінің арасынан өтіп, оның шығару түтігімен жақ тіл астауында, екінші үлкен азу тіс тұсында қиылысады. Бездің өзі тіласты жүйкесі доғасын жауып жатады.

Бездің шығару түтігі ауыз қуысы түбінің шырышты қабатында, тіл үзеңгісінің жанында ашылады. Түтіктің ұзындығы 5-7 см.

Тіласты безі майда бөліктердің борпылдақ дәнекер тін арқылы қосылған жиынтығы болып келеді.

Бездің пішіні сопақ үсті шырышты қабықпен жабылған жақ-тіл етінің жоғарғы бетінде орналасқан. Ауыз қуысында без тіласты білігін құрайды. Оның көлемі 2 см, орташа салмағы 3,5 гр, негізгі шығару түтігінің ұзындығы 2 см, ал бездің үлкен бөлігінен басталып төменгі жақасты безінің шығару түтігіне келіп қосылады. Бездің майда бөліктері ауыз қуысы түбінің шырышты қабатына майда түтіктермен ашылады.

Жоғарыда аталған бездердің барлығы жұп бездер жалғыз бездердің болуы өте сирек кездеседі.

Сілекей бездері ас қорыту, шығару, эндокринді, инфекцияға қарсы және тістерге әсер ету қызметтеін-функцияларын атқарады. Ересек адамда тәулігіне 1000-1500 мл сілекей бөлініп шығады.

12.1. СІЛЕКЕЙ БЕЗДЕРІНІҢ АУРУЛАРЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ТЕКСЕРУ

Науқастарды тексеру жалпы қағидалармен жүргізіледі, оларға: шағым жинау, келіп шығу тарихы-анамнезі, қарап, сипап (кейде екі саусақпен сипап) тексеру, шығару түтіктерінен бөлінген сілекей құрамын зерттеу. Шығару түтіктерін шұқығышпен қарау, рентгенологиялық-сиалогграфиялық, сцинтиграфиялық, секреторлы функцияларын тексерулер, биопсия жатады.

Науқастың жасы, жынысы, жалпы жағдайы нақтамалық бағытын анықтауы мүмкін.

Сілекей бездерінің жедел ұлғаюы кезінде науқастың, қоршаған ортасы туралы мәліметтер жинау керек.

Кейбір аурулардың келіп шығу тарихында өзіне тән ерекшеліктері болады: бездің қақсауы сілекей-тас ауруы немесе созылмалы аурудың болуын көрсетуі мүмкін.

Бөлінетін сілекейдің көлемі және сапасы туралы мәліметтерді науқастың өзінен алуға болады.

Қарап тексеру без көлемінің ұлғаюы, жанындағы жұмсақ тіндер жағдайы, жыланкөздің болуы, сілекейдің сапасы туралы анықтама береді.

Сипап тексеру арқылы бездің тығыздығын-консистенциясы (жұмсақ, тығыз, бұдырлы), жанындағы жұмсақ тіндер туралы мәлімет алуға болады.

Бимануальды тексеру арқылы түтікте тас барын анықтауға болады. Сілекейді таңертең аш қарынға 8 тамшы пилокорпин (1) бергеннен соң

шығару түтігіне канюляны енгізіп жинап, калориметриялық әдіспен РН ортасын, белоктың санын және сілекейдің қоюлығын анықтайды.

Қалыптағы жағдайда құлақмаңы сілекей безінде РН 5,7-7,6 арасында болады, белоктың мөлшері — 0,33-26,4, қоюлығы— 0,75-1,2 дейін. Төменгі жақасты сілекей безінде РН 6,9-7,8, белок—0,066-3,33, қоюлығы—1,4-1,9 дейін болады. Қалыпты жағдайда екі жақтағы сілекей бездерінің жұмысы сілекей құрамындағы белоктың мөлшері, қоюлығы сияқты көрсеткіштері бірдей. Осыған байланысты екі жақ сілекей безінің секреторлы функциясын тексере отырып ауру безді анықтауға болады.

Адам сілекейінің құрамында 99% су, 1% еріген минералды және органикалық заттар болады. Ересек адамда тәулігіне 1,5 литрдей сілекей бөлінеді. Сілекей бездерінің аурулары кезінде олардың қызметі төмендеп, ауыз қуысы құрғақтанады.

Цитологиялық тексеру жүргізу үшін сілекейдің бір тамшысын алып шыны әйнекке жағады. Жағындылар (мазок) Райто-Романовский немесе Романовский-Гимзе әдісімен алынады.

Сүңгімен тексеруде шығару түтігінің бағытын, өзегінде конкременттің, барлығын және оның орнын, өзектің тарылуын, кейде атрезиясын анықтауға болады.

Сілекей безін тексеру үшін арналған құралдар құрамында шығару түтігіне қолданылатын арнайы сүңгілер болуы қажет.

Ұзындығы 150 мм екі жақтық конус тәрізді сүңгі-зонд. Ол диаметріне байланысты алты түрлі болады: № 1 —диаметрі 0,8 мм, №2— 1 мм, № 3—1,1 мм, № 4—1,3 мм, № 5—1,5 мм, № 6—1,7 мм. Сүңгінің ұштары конус тәрізді, доғал, аздап бұрыш құрайды. Бұл сүңгі-зондтар шығару түтіктерін тексеруге арналған.

1. Цилиндр тәріздес ілмегі бар, ұзындығы 45-60 мм сүңгі. Оның доғал ұшын шығару түтікке енгізіп, ал екінші ұшын ілмек арқылы ауыз қуысының шырышты қабатына тігіп қояды. Бұл сүңгі сілекей безінің шығару түтіктерінде немесе түтікті қоршаған жұмсақ тіндерге ота жасаған кезде қолданылады.

Сиалография әдісі. Бұл әдісті сілекей безіне рентгенография жасалғаннан соң бездердің секреторлы қызметінің өзгерісін анықтау үшін қолданады.

Контрасты заттарды енгізу үшін көлемі 2,5 мл шприц пен ұшы доғал инені қолдануға болады. Йодолиполды адам денесінің қызуындай жылытып алған жөн.

Инені сілекей безінің шығару түтігіне 0,5-1 см тереңдікке енгізіп, сілекей безінде толу сезіміне дейін контрасты зат жіберіп, біраз уақыт өткеннен соң сілекей безінде жеңіл ауыру сезімі пайда болғанға дейін тағы жібереді. Ауыз қуысындағы артық қалған контрасты заттарды тампонмен сүртіп алып сілекей безінің рентгенографиясын жасайды.

Сцинтиграф аппаратымен сцинтиграмма алынады. Графикалық жазба

әр түрлі нүкте және сызықшалар кестесі түрінде болады. Әр без сілекейінің қоюлығы туралы мәлімет береді. Суреттегі ақаулар без қызметінің бұзылыстарын (мысалыға склероз немесе ісіктің болуын) көрсетеді. Сцинтиграфияның басқаша сканирования, гаммаграфия деп те атайды.

Медициналық тәжірибеде жасанды радиоактивті изотоптардың енгізілуі, клиникада бездердің шығару қызметінің бұзылыстарын анықтауға мүмкіндік берді. Бұл әдіс радиосиалография деп аталады.

Бұл әдістің дамуына:

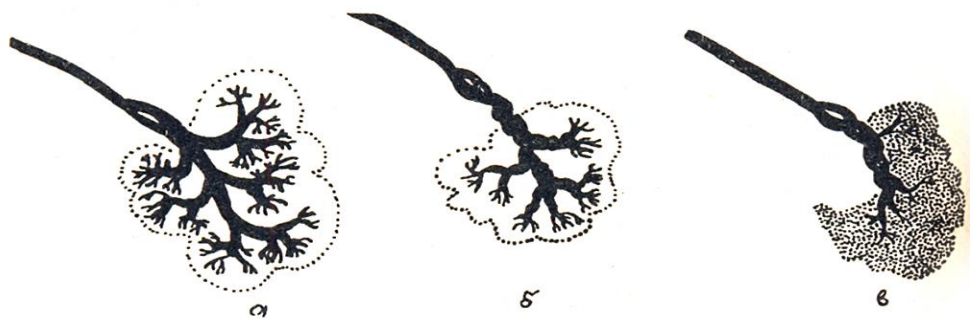
- 1) сілекей бездері әр түрлі радиоактивті изотоптарды өзіне жинап әрі сілекеймен шығара алуы;
- 2) сілекей бездерінде ^{131}I және Tc^{99} жоғарғы пайызда жиналуы;
- 3) сілекей бездері топографиясының ерекшеліктері және олардың жалғыз орналасуы сияқты көрсеткіштер әсер етті.

Бұл тәсіл 1 кг дене салмағына сәйкес радиоактивті йод (^{131}I) 0,4 мкк немесе пертехнетат натрий (Tc^{99} м) 150-200 мкк көлемінде жүргізіледі. Бұл дәрілік заттар көк тамырға-венаға 1,0% физиологиялық ерітіндісімен бірге енгізіледі.

Сілекей бездерінің сиалографиясын жедел қабыну кезеңдері басылғанда немесе ремиссия кезеңінде жүргізу қажет. Сиалоадениттің өршуі кезінде бұл әдіс тек кейбір жағдайларда ғана жүргізіледі.

Рентгенография әдісі. Сілекей бездерінің рентгенографиялық тексеру контрасты емес рентгенография, сиалографияның әртүрлі жолдары арқылы, пневмосубмандибулография немесе осы әдістерді біріктіріп жүргізіледі. Бұл әдіс бездердің қабыну кезеңдерін, ісіктерді, сілекей-тас ауруларын морфологиялық нақтамасында ғана емес, қызметінің ерекшеліктері туралы да мәлімет беруде ерекше маңызды орын алады.

Сиалография кезінде негізінен шығару түтіктер жүйесі (негізгі және 10-12 дихотомиялық III-IV қатарға дейінгі) толады. Сиалограммада диаметрі 0,2 см-ге дейінгі майда түтіктер көрінеді. Ал өте майда диаметрі 5- 10 мм болатын құрылымдық элементтер — мойыншықтар, ацинустар, сілекей түтікшелері рентгенограммада айқындалмай, паренхима суретін береді. Сілекей безінің айқын көрінуі контрасты заттардың реологиялық қасиеттеріне және енгізу қысымына байланысты. Паренхиманың айқын көрінуі қалыпты жағдай деп есептелінеді (72-сурет).



Сурет-72. Сілекей тас ауруының әр түрлі сатысындағы өзгерістер

Ең көп қолданылып жүрген контрасты заттарға йодолипол, йодипин, липиодол жатады, ал диотраст, кардиотраст, сергозин дәрі заттары сирек қолданылады.

Сілекей безіне контрасты заттарды енгізер алдында, шығару түтіктерінің өзегін босатып алу қажет. Бұл үшін сілекей маңын жеңілуқалау-массаж жасалады.

Құлақмаңы сілекей безін толтыру үшін науқастың басын шалқайтып отырғызып, ұрттың шырышты қабаты спиртпен немесе йодтың әлсіз ерітіндісімен өңделеді. Егер рентгеноконтрасты заттардың төменгі жақасты сілекей безіне енгізу қажет болса, науқастың басын алға қарай еңкейтіп, иегін жылжыту қажет.

Құлақмаңы немесе төменгі жақасты сілекей безінің шығару түтігін тапқан соң, өзегін кеңейтіп бағытын анықтау үшін сүңгі-зонд енгізіледі. Содан кейін диаметрі сәйкес доғал ине немесе канюля арқылы контрасты заттың 2-5 мл жібереді. Йодолипол дене қызуына сәйкес алынғаны жөн.

Канюляның ұзындығы 40 мм. Ал диаметріне байланысты төртке бөлінеді: № 1—0,4 мм, № 2—0,6 мм, № 3—0,8 мм, № 4—1 мм. Канюляның ұшынан 1,5 см аралықта иілген жері бар, ол 150° бұрыш жасайды. Оны «Рекорд» типтес шприцтерге тығыз орналастырады.

Сілекей бездерінің әртүрлі дерттерінде термовизиография әдісін қолдануға болады (әсіресе ісіктер диагностикасында). Бұл тәсіл патологиялық процестер аймағында температуралық реакциялардың өзгерістеріне негізделген.

Медициналық термовизиография. Бұл АГА фирмасының (Швеция) тепловизор аппараты көмегімен қараңғы, температурасы 19-20° болатын бөлмеде жүргізіледі.

Жылуды көру және термограмма жазбаларын үш проекцияда жүргізеді: алдымен екі жанынан. Термограммада беттің түрлі бөліктерінде көлемді және интенсивтігі әртүрлі сәулелену пайда болады. Сілекей бездерінің қабыну процестерінде температураның жоғарылауы байқалады, бұл термовизор экранында сәулеленудің интенсивтігін жоғарылатады, ал қатерсіз ісіктерде қатерлі ісіктерден салыстырмалы түрде температурасы төмендеу болады.

Ультрадыбысты нақтама әдісі. Бұл тәсіл организм ағзалары мен тіндердің акустикалық параметрлерін көзбен бағалап тексеруге негізделген және әртүрлі ағзалар мен тіндердің пішіні, көлемі, морфологиялық құрылысы туралы мәлімет береді. Ең бастысы науқастарға арнайы дайындықты қажет етпейді, әрі қауіпті емес.

Бұл әдісті жүргізу үшін, ультрадыбысты нақтамалық УЗД-4 (УЗД-5) аппараты қажет. Оның жұмысы пьезоэлектр әсеріне негізделген.

Сілекей бездерінің қабынуы ағымы бойынша жедел және созылмалы болады.

12.1.1. Жедел ағымды эпидемиялық паротиттер

Бұл вирусты контагиозды ауру. Қоздырғышы — 1934 жылы Джонсон және Пудпасчер ашқан сүзілетін вирус.

Балалар бақшасы мен мектеп жасындағы балалар (5-10) және жас кезінде ауырмаған ересек адамдар ауырады.

Бұл ауруға мерзімдік сырқаттану тән — көктем, қыс айларында жиі кездеседі. Продромалды кезеңі 3 аптаға дейін созылады. Бұл кезеңде науқастар әлсіздікке, тәбетінің жоқтығына шағымданады.

Инкубациялық кезең өтісімен, құлақ маңындағы бір немесе екі безі, төменгі жақасты бездері немесе барлық сілекей бездері де ауруға шалдығуы мүмкін.

Сілекей бездерінің ұлғаюымен беттің әлпеті осы ауруға тән өзгереді, осыған байланысты бұл «свинка» деген атқа ие болған.

Жұтынғанда ауырып, оның құлақ маңына таралуы, тамактанар алдында ауыру сезімінің үдей түсуі (немесе тамақты көргенде), басты қимылдатқанда ауыруы осы ауруға тән. Эпидемиялық паротиттің тұрақты белгісі-дірілдің, безгектің болуы. Безгектің ұзақтығы 5-7 күн. Бездер ұлғайған, сипап тексергенде ауру сезімі болады. Эпидемиялық сиалoadениттерде үш нүктеде: құлақ сырғалығы жанында, емізікше өсінді аймағында және төменгі жақ өсіндісінің жарты ай ойығы аймақтарында ауыру сезімінің болуы тән. Ауыздың ашылуы қиындайды. Ауыз қуысының шырышты қабаты күңгірттеніп, сілекей бөлінуі нашарлайды, сілекей безінің оның шығару түтігінің ашылған орны қызарып, ісінеді.

Ауру ағымына байланысты үш түрге: жеңіл, орташа және ауыр болып бөлінеді.

Аурудың ауыр түрінде науқастың жалпы жағдайы нашарлайды, дене қызуы 39-40°C, бездегі ауыру сезімінен басқа, буындардың, аяқ бұлшықеттерінің, жүрек аймағының ауыруы, брадикардия, қан қысымының төмендеуі болуы мүмкін.

Аурудың жедел кезеңі 4 күннен 10 күнге дейін созылады, 5-ші күннен бастап дене қызуы төмендеуі, жалпы жағдайының жақсаруы, без көлемінің кішіреюі байқалады.

Ауру тұрақты иммунитет береді. Айығуы 2-4 аптадан соң басталады.

Аурудың асқынуы. Бездің іріңдеп еруі, жыланкөз пайда болуы мүмкін. Қабыну кезеңі ортаңғы құлаққа, көру мүшелеріне өтуі мүмкін.

Эпидемиялық сиалoadениттердің жиі болатын асқынулары: балаларда орхит, әйелдер мен қыздарда мастит, жедел панкреатит, нефрит және т.б.

Ажырату нақтамасы. Оны бірінші кезекте Р.Л.Герценбергтің жалған паротитімен жүргізу қажет, ол ақыл тістің қиналып жарып шығуына байланысты құлақмаңы сілекей безінің бір жағынан капсула ішінде орналасқан лимфа түйіндерінің қабынуынан пайда болады. Жалған паротит кезінде сілекей бөліну қызметі бұзылмайды. Бұл ауру сілекей безінің паренхимасының не болмаса шығару түтігінің ауыруы емес, бұл негізінен лимфаденит болып табылады.

Паренхиматозды паротит эпидемиялық паротиттен ұзақ созылмалы жиі асқынулары болып тұруымен өзгешеленеді. Жалпы бір жақта болады.

Микулич ауруында барлық сілекей және жас бездері ауруға ұшырап, созылмалы түрде жүреді.

Емі. Симптоматикалық және жалпы әлдендіретін — сульфаниламидтер, ауыр жағдайда антибиотиктер, сілекей бөлінуін реттеуші дәрі-дәрмектер, термопсис, «А» және «С» тобындағы витаминдер, сұйықтықты көп мөлшерде қабылдау, ауыз қуысын сауықтандыру, без аймағына жылы компресстер қолдану керек.

Без іріңдеген жағдайында хирургиялық ем көрсету қажет.

12.1.2. Жедел ағымды эпидемиялы емес паротит

Бұл ауру бездердің іріңдеуіне алып келеді және өте ауыр түрде жүреді, созылмалы қабынуға өтуі де мүмкін.

Аурудың жергілікті себептеріне: бөгде заттың енуі, сілекей тастарының пайда болуы, жұқа жаралар-афтозды және жаралы стоматиттер, бездің жарақат алуы, қабыну кезеңдерінің көрші аймақтардан өтуі жатады.

Жалпы себептері: инфекциялық аурулар, іш қуыстарына жасаған оталар, сусыздануға алып келетін аурулар.

Клиникалық көріністері. Жедел эпидемиялы емес паротиттер клиникалық ағымына қарай серозды, ірінді және гангренозды деп бөлінеді.

Бұл ауру кезінде науқастар ауыз қуысының құрғақтығына, жалпы әлсіздігіне, дене қызуына, құлақалды маңында қатты ауыру сезімінің болуына, оның тамақтанар алдында үдей түсетініне шағымданады.

Қарап тексергенде, құлақ маңындағы ұйыспа-инфильтраттан пайда болған беттің асимметриясы анықталады (екі жақтық сирек). Ұйыспа-инфильтраттың әсерінен құлақ сырғалығы көтеріліп тұрады. Аурудың жедел серозды кезеңінде ауыздың ашылуы шектелмеген, шығару түтігінің ашылған орны қызарған, ісінген. Құлақмаңы сілекей безіне массаж жасағанда сілекейдің бөлінуі байқалмайды, кейде күнгірт-шырышты сұйық бөлінуі мүмкін. Содан кейін кезеңнің кері дамуы басталады, без маңындағы ұйыспа-инфильтраттың ісігі қайтып көлемі кішірейеді, ауыру сезімі төмендейді, сілекей мөлшері қалыптағыдай болады.

Жедел серозды паротит ірінді түріне өткенде безде қабыну кезеңі өте тез дамиды.

Бездің тығыз капсуласының болуынан ірінді жалқықтың теріасты клетчаткасына шығуы қиындайды, осының әсерінен ауыру сезімі күшейе түседі. Құлақмаңы сілекей безі аймағындағы ұйыспа-инфильтраттың көлемі ұлғайып, жұмсақ тіндерде ісіну пайда болады. Ұйыспа-инфильтрат бетіндегі тері қабаты қызарған, қатпарға

жиналмайды. Ауыздың ашылуы шектеледі. Шығару түтігінен көп мөлшерде ірің бөлінеді. Без капсуласы іріндеп ерігенде, былқылдау- (флюктуация) болады. Құлақмаңы сілекей безі аймағында пайда болған жұмсақтану ошақтары өз бетімен ұрттың тері қабатына немесе сыртқы дыбыс жолына ашылуы мүмкін. Іріңді паротиттің кері дамуы 12-15 күннен кейін басталады. Қабыну кезеңдері басылып ауыру сезімі төмендейді және тамақтанар алдында ауырмайды, науқастың жалпы жағдайы жақсарып, тамаққа тәбеті ашылады, дене қызуы қалыпты жағдайға келеді. Без маңындағы ұйыспа-инфильтрат кішірейіп, жоғала бастайды, Сілекей бөліну қызметі қалыпты жағдайына түсіп, мөлдірленеді, жыланкөздер жабылады. Паротиттің гангренозды түрінде тіндердің көлемді некрозы және науқаста ауыр септикалық жағдай болады. Бет веналарының тромбозы мен флебиттер дамып, ми синустарына өтуі мүмкін.

Ажырату нақтамасы. Жедел іріңді паротит ұрт, самай аймағындағы, шайнау еті астының кеңістігіндегі флегмоналардың клиникасына ұқсас, бірақ сілекей безінің қызметі бұзылмайды, шығару түтігінен мөлдір сілекей бөлінеді.

Жедел эпидемиялық паротиттен жедел эпидемиялық емес паротиттің айырмашылығы, оның жиі бір жақта және ересек адамдарда болуы. Қандағы эритроциттердің тұнбаға түсу жылдамдығының жоғарлауы, лейкоцитоз, нейтрофильдер санының жоғарылауының солға жылжуы байқалады.

Емі. Жедел паротит кезіндегі емдеу шаралары аурудың сатысына байланысты жүргізіледі. Қабынудың серозды түрінде науқас сілекей бөлінуін жоғарлататын диета және тамақтанар алдында пилокарпин гидрохлоридтің 1% ерітіндісін 6-8 тамшы қабылдау қажет. Тамақтанып болғаннан соң ауыз қуысын сілтілік ерітінділермен шайған дұрыс. Сілекей безі аймағына физиотерапевтикалық ем, әлсіз жылулық бактерицидтік әсері бар УЖЖ — терапия қабылдауы, күндіз құрғақ жылы, ал түнге қарай камфор майымен жылы компрестер жасау және күнделікті шығару түтіктері жүйесін антибиотиктердің 0,5% новокаиндегі ерітіндісімен немесе протеолитикалық ферменттермен жуып-шаю жақсы емдік әсер береді. Егер қабыну кезеңі өрши түссе, онда микрофлораның сезімталдығын анықтап, антибиотиктер тағайындалады. А.В.Вишневский әдісі бойынша тосқауыл-блокада жасау, яғни құлақмаңы сілекей безінің аймағында орналасқан ұйыспа-инфильтрат төңірегіне антибиотик қосылған новокаиннің 0,25% ерітіндісін енгізеді.

Егер қабыну кезеңі іріңді немесе гангренозды түріне өткен болса, онда улануға қарсы жалпы әлдендіру және симптоматикалық емдерден басқа, бет жүйкесі талшықтарының орналасуын-топографиясын есепке ала отырып тіліктер жасау көрсетілген.

Алдын алу. Ауыз қуысының тазалығын сақтау, сілекей бөлінуін

жоғарылатып тітіркендіргіш тағамдар (қышқыл тамақ) немесе пилокарпиннің 1% ерітіндісін күніне 3-4 рет 4-6 тамшыдан қабылдау, тұз, аскорбин қышқылдарын қабылдау жатады.

12.1.3. Төменгі жакасты және тіласты сілекей бездерінің жедел ірінді қабынулары

Бұл ауру өте сирек кездеседі. Қабынудың себептері: сілекей тастары, жарақат алу, стоматит.

Клиникалық көрінісі. Науқас жұтынғанда, тамақтану кезінде ауыру сезімінің болуына, ауыз қуысының құрғақтығына шағымданады. Қарап тексергенде: бездің ұлғайғаны, тері қабаты жылжымалы, қатпарға жиналмалы, түсінің өзгермегені байқалады. Ауыз қуысын тексергенде ауыз түбінің шырышты қабаты ісініп, қызарған, шығару түтігі ісініп, кернелген және ауыру сезімі болады. Шығару түтігін сипап тексергенде сілекей тастары анықталуы мүмкін.

Безді сипап тексергенде шығару түтігімен ірің, фиброзды тығындықтар, қою сілекей бөлінеді.

Емдеу шаралары паротиттегідей жүргізіледі.

Сілекей бездерінің созылмалы қабынуы. Жедел қабыну кезеңдерінің салдарынан созылмалы сиалоаденит дамиды. Оны үлкен екі топқа бөлуге болады: 1.Жалқықты кезеңдері басым созылмалы сиалоаденит-қабыну 2.Продуктивті кезеңдері басым сиалоаденит-қабыну.

Тәжірибеде-практикада қолайлы деп саналған А.В.Клементовтың сиалоадениттердің жіктеуі сілекей бездері қабынуларын паренхиматозды және интерстициалды деп бөледі.

12.1.4. Созылмалы паренхиматозды паротит

Науқастар бездің ұлғайғаны, кейде, әсіресе тамақтанған кезінде ауызда ірің дәмі болатынына шағым айтады.

Көріп тексергенде без ұлғайған, бұдырлы, ауыру сезімі болады. Безді массаж жасағанда шығару түтігінен ірің немесе фиброзды ұйынды бөлініп шығады.

Қабыну кезеңі кезінде без паренхимасы фиброзды тінге ауыса бастайды. Сиалограммада шығару түтігі кеңейген және қалыңдаған.

Күз мезгілінде созылмалы қабыну өршуі мүмкін. Бұл кезде ауыру сезімі бездің ұлғаюымен, дене қызуының жоғарылауымен, ауыздың ашылуы шектелуімен жүреді.

Ажырату нақтамасы. Құлақмаңы безінің қатерлі ісіктерінен, Микулич ауруынан, сілекей-тас ауруынан, ретенциалды кисталардан ажырата білу қажет.

Емі. Қабыну кезеңінің дамуын тоқтату және асқынуды баяулату қажет. Антибиотиктер ерітіндісімен безді жуу көрсетілген.

Йодолиполдың, рентгенотерапияның қабынуға қарсы әсері бар,

емдік дозасы 100 р-нен 500-800 р-ге дейін болуы қажет. Егер де отасыз-консервативті ем көмектеспесе, хирургиялық жолмен безді алып тастау керек.

Созылмалы интерстициалды паротит. Аурудың келіп шығу-этиологиясын кейде анықтау мүмкін емес. Оның басталуы құлақмаңы безінің ауыру сезімінсіз ұлғаюымен және бір жақта болуымен жүреді. Без аймағының ісінуі ұзақ уақытқа, кейде жылдарға созылуы мүмкін, кейде себепсіз кішіреюі байқалады.

Патолого-анатомиялық көрінісі. Бездің аралық тінінің өсіп паренхимасының орнын басуы байқалады. Аурудың ұзаққа созылуы шығару түтігі мен шеткі бөліктерінің жоғалуына-атрофиясына алып келеді және гиалинденген фиброзды дәнекер тінінің арасында қалады. Шығару түтігінің өзегі тарылған.

Клиникалық көрінісі. Құлақмаңы сілекей безі аймағында жұмсақ, ауырмайтын ісіну байқалады. Тері қабатының түсі өзгермеген, қатпарға жиналады. Шығару түтігінен аз мөлшерде мөлдір шырыш бөлінеді. Осындай жағдайда науқас біраз жыл жүруі мүмкін. Аурудың өршуі кезінде 1-2 күннің арасында бездің едәуір ұлғаюы, ауыруы және ауыз қуысының құрғақтануы байқалады. Науқастың жалпы жағдайы қалыптағыдай болады. Физикалық емнің (құрғақ, жылу, камфор майымен компресс) әсерінен ісік қайтып, ауыру сезімі басылады, бездің шығару түтігінен қою сілекей бөлінеді. Ремиссия кезеңінде таза сілекей бөлінеді, бірақ оның мөлшері азаяды.

Рентген сәулесімен дозасы 0,6-0,9 Гр әр 2-3 күн сайын қосынды дозасы 6-дан 8 Гр болатын емдік курсын жүргізу қажет.

12.1.5. Төменгі жақасты сілекей бездерінің жедел қабынуы

Төменгі жақасты сілекей бездерінің жедел қабынуы кезінде науқастар ауыз қуысының құрғақтығына, төменгі жақасты аймағындағы ауыру сезімінің жұтыну және тамақтанған кезде ұлғаюына шағымданады.

Клиникалық көрінісі. Төменгі жақасты үшбұрышының артқы бөлігінде тығыз ауыратын ұйыспа-инфильтрат анықталады. Шығару түтігінің ашылу орны ісінген, қызарған. Бимануальды әдіспен тексергенде без тығыз, қозғалмалы және ауыратыны анықталады. Шығару түтігі өзегінде тығыз ауыратын ұйыспа-инфильтрат көрінеді. Аурудың бастапқы кезеңінде-ақ төменгі жақасты безінің қызмет бұзылыстарына байланысты сілекейдің бөлінуі анықталмайды.

Аурудың іріңді кезеңінде, қабыну кезеңдері айқын жүреді. Төменгі жақасты аймағында едәуір ісіну және айналасындағы жұмсақ тіндерде ұйыспа-инфильтрат болады. Жедел сиалоаденит төменгі жақасты және иекасты аймақтарының кейбір жағдайларда ауыз қуысы түбінің флегмонасына алып келуі мүмкін.

Нақтамсы. Аурудың жедел басталуы, сілекей бөлінуінің төмендеуі-гипосаливация, сілекей безі көлемінің ұлғаюы, тамақты көргенде немесе

тамақтанған кезде ауыруы, шығару түтігінен іріңді жалқықтың бөлінуі сиалoadениттерге тән көріністер.

Нақтама қою мақсатымен сілекей бездерінің жедел қабыну кезеңінде контрасты заттарды енгізу дұрыс емес.

Емі. Төменгі жақасты сілекей безінің аймағына, түнге қарай камфор майымен жылытатын компресс жасау, күндіз құрғақ таңғыш, күніне 3-4 рет ауыз қуысын 0,5-1,0% натрий гидрокарбонатының жылы ерітіндісімен шаю қажет. Сілекей бөлінуін жоғарылататын тағамдар (құрғақ нан, лимон, шырындар) және де поливитаминдер қабылдау қажет. Сілекей бөлінуін- саливацияны жоғарылату мақсатымен пилокарпин гидрохлоридтің 1,0% ерітіндісін күніне 5-6 тамшыдан 3-рет қабылдаған жөн.

Қабыну кезеңдерінің айқын көріністері кезінде антибиотиктер мен сульфаниламидтер тағайындалуы қажет.

Төменгі жақасты аймағында абсцесс немесе флегмона дамыған кезде ірің ошағын ауыз қуысының сыртынан ашу керек. Ол үшін тері, теріасты май қабаттарын, мойынның беткі фасциясын бұлшықетімен және безді қаптаған терең фасцияны тіліп, іріңді ошақты доғал жолмен ашу керек. Жараға натрий хлоридінің гипертоникалық ерітіндісімен суланған борпылдақ дәке білік қояды.

Төменгі жақасты безінің созылмалы қабынуы. Паротиттегідей жүреді. Ол созылмалы экссудативті және паренхиматозды сиалoadениттерге бөлінеді.

Созылмалы қабынудың фиброзды және іріңді түрлері болады. Олардың клиникалық белгілері бірдей, бірақ түтіктен шығатын сілекейдің түріне қарай айырылады.

Клиникасы. Сілекей безі қатты қақсап ауырып, көлемі ұлғаяды. Дене қызуы жоғарлауы мүмкін, ауыздың ашылуы шектеледі.

Қабыну кезеңі төменгі жақасты безінде дамыса жұтынғанда ауыру сезімі болуы мүмкін. Шығару түтігін басып көргенде фибринді немесе іріңді тығындар, қою сілекей тамшылары содан кейін таза сілекей бөлінеді. Тығындар шыққан соң ауыру сезімі басылып, бездің көлемі кішірейеді.

Сиалограммада басты түтіктерінің қапшық тәрізді кеңейгені байқалады.

Емдеу шаралары. Шығару түтіктерін тығындықтардан босату (массаж). Шығару түтігінің өзегі тар болған жағдайда антисептикалық ерітінділермен шаю көрсетілген. Сілекей бөлінуін реттеу (диетаны сақтау, сілекей бөлінуін күшейтетін дәрі-дәрмектер), физиотерапия, йод дәрілерін қолдану қажет.

Гужеро-Шегрен белгісі-синдромы. Сирек кездесетін ауру. 1925 жылы Гужеро мен Шегрен анықтаған. Ауруға 40 жастан асқан әйелдер жиі шалдығады.

Келіп шығуы-этиологиясы белгісіз, гормональды бұзылыстар. А, В1

витаминдерінің жетіспеуімен және неврологиялық бұзылыстарға байланыстырады.

Ауру ауыз қуысының қатты құрғақтығына, сөйлей алмайтындығына, ауызды суламай тамақ қабылдай алмайтынына шағымданады.

Ксеростомияның 3 дәрежесі болады.

I дәрежесінде науқастар ауыз қуысының құрғақтығына шағымданады. Кейде ауыру сезімі болмауы мүмкін. Бірақ науқастарды глоссалгия мазалайды, ауыз қуысының шырышты қабатында күй сезімі болуы мүмкін. Осындай науқастарды көріп тексергенде, ауыз қуысының, шырышты қабатының түсі қызғылт, аздап суланған, кіреберісі, тіласты және ұрттың шырышты қабатында көбіктенген сілекей анықталады. Сілекей бездерінің шығару түтігінен аз мөлшерде мөлдір сілекей бөлінеді.

II дәрежесінде науқастар ауыз қуысының тұрақты құрғақтығына, әсіресе тамақтанған кезде (құрғақ тамақтың артынан су ішуі) айқындалуына шағымданады. Осындай науқастарды көріп тексергенде, құрғаған, беті сарғыш қабыршақтармен жабылған ерінді байқауға болады. Тілі құрғақ науқас ұзақ әңгімелесе алмайды. Ұрт және таңдай шырышты қабатында құрғақ немесе өте аз суланған, түсі өзгеріссіз, қабыну кезеңдері жоқ. Сілекей безін массаж жасағанда, бірнеше тамшы сілекей бөлінуі мүмкін.

III дәрежесінде тұрақты құрғақтықтан басқа, ауыз қуысының шырышты қабатында қабыну кезеңдері болуы мүмкін.

Осындай науқастарда негізінен мынадай шағымдар болады: тамақ қабылдағанда ауырып (әсіресе ащы және тұздалған тамақтар), ауыз қуысында күй сезімінің болуы. Тістер тез арада бұзылады. Еріндері жарылған, ауыздың бұрыштары қызарып, жарылып тұрады. Ерін мен ұрттың шырышты қабатында эрозиялар пайда болып, гингивит дамуы мүмкін. Тіл құрғақ, қақталған, қызарған. Сілекей бездерін белсенді массаж жасаған кезде де сілекейдің бөлінуі байқалмайды.

Клиникасы. Ксеростомия, ксерофтальмия, кератоконъюнктивит, ринофарингит, ларинготрахеит, созылмалы полиартриттер және шаштардың түсуі, тырнақтардың сынғыштығы байқалады. Құлақмаңы сілекей бездері қайталамалы ісінуі мүмкін. Шығару түтіктерінен сілекейдің бөлінуі, белсенді массаж жасаған кезде де болмайды. Бездердің сиалограммасында түтіктердің жартылай кеңейгені, жартылай тарылғаны байқалады.

Емі. Жиі симптоматикалық, құлақмаңы сілекей безінде қабыну кезеңдері жиі қайталана беретін жағдайда сілекей безін алып тастауға тура келеді. Науқас офтальмологтың, терапевтің, стоматологтың қарауында болуы керек.

Микулич ауруы. 1892 жылы сипатталған, келіп шығуы-этиологиясы белгісіз. А.И.Абрикосов бұл ауруды алейкемиялық немесе лейкокемиялық

лимфаденоз, ал А. И. Пачес коллагеноздар қатарына жатқызады.

Клиникалық көрінісі. Жас және сілекей бездерінің симметриялық ұлғаюы анықталады. Тері қабатының түсі өзгеріссіз, бездерді сипап тексергенде беті бұдыр, ауыру сезімі жоқ. Жас бездерінің ұлғаюынан жоғарғы қабақ төмен түскен. Ауырмайды, сондықтан да науқастардың шағымы да негізінен косметикалық жағынан болады, бірақ кейін ауыз қуысының құрғақтығы қосылуы мүмкін. Аурудың бастапқы уақытында сілекей бездерінің шығару түтіктерінен мөлдір сілекей бөлінеді, соңынан оның бөлінуі төмендейді. Кейде терінің қышынуы, қолтықасты, және шабының лимфа түйіндері ұлғайғаны байқалады. Ауыз қуысындағы майда лимфа түйіндері де ұлғаюы мүмкін.

Емі. Лимфаденоздың шектелген түрлеріне сәулелі терапия мышьяк дәрісі өте жақсы нәтиже береді және бензол мен уретан дәрілерін де қолдануға болады.

12.1.6. Сілекей-тас ауруы (Сиалолитиазис)

Сілекей-тас ауруы сілекей бездері ауруларының ішіндегі жиі кездесетіні (40-60%). Сілекей тастары жиі Вартонов түтігінде және төменгі жақасты безінде орналасады. Өте жиі төменгі жақасты безі зақымдалады.

М.Н. Михайловтың мәліметтері бойынша (1957), төменгі жақасты сілекей безі 8 9,5% науқастарда, тіласты сілекей безі 7,5%, ал құлақманы безінің жарақаттануы—3% науқастарда кездеседі.

Көбіне тастар бір сілекей безінде пайда болады. Ер адамдарда әйелдерге қарағанда жиі кездеседі. Жас шамасының шешуші маңызы жоқ. Тастардың көлемі мен пішіні әр түрлі, бірақ сілекей безінде орналасқан тастар, негізінен үлкен, пішіні домалақтау болады. Кейде көпқырлы тастар да кездеседі.

Тастардың түсі ақшыл, сары, қоңыр, жасылдау болуы мүмкін. Түсінің түрлі болуы олардың химиялық құрамына, яғни қышқылды фосфор, көмірқышқылды калий, натрий, хлор, темір, магний элементтерінің іздері және белок, муцин сияқты органикалық заттарға байланысты.

Сілекей тастары ядросының пайда болуына сілекейлі тығындықтар, бөгде заттар, бактериялар колониясы әсер етуі мүмкін.

Тастардың келіп шығуы-патогенезі толық анықталмаған.

Д. В. Подвысоцкий 1899 жылы тастың пайда болуының 4 жағдайын көрсеткен: сілекей бөлінуінің іркілісі, мөлшерінің-концентрациясының өсуі, құрамында бөгде заттардың пайда болуы — бактериялар, фибриннің, сілекей құрамының өзгеруі (құрамындағы химиялық кезеңдер ерімейтін қосылыстардың шөгуіне алып келуі мүмкін).

Сілекей-тас науқастарыда қан плазмасында кальций мөлшерінің

жоғарылағаны анықталған, яғни бұл өзгерістер организмдегі минералдық алмасудың бұзылыстарын көрсетеді. Тамақтың құрамында А витаминінің аз мөлшерде болуы, сілекей тастарының пайда болуына алып келеді деген жорамал бар. **И.Г. Лукомский** тастардың пайда болуына керек заттар сілекей құрамынан емес, қабынған бездің тіндерінен немесе шығару түтіктерінен түсуі мүмкін деген ойды айтады.

А.В.Клементов (1959, 1960 ж.) сілекей-тас ауруының толық жіктелуін ұсынды, ол тастың орналасу орнын, аурудың ағымын және тастың өздігінен түсуін немесе алынуын ескерді.

А. В. Клементов бойынша сілекей-тас ауруының жіктелуі.

I Тастардың орналасуы:

- 1). Төменгі жақасты безінің шығару түтіктерінде;
- 2). Құлақмаңы безінің шығару түтігінде;
- 3). Тіласты безінің шығару түтігінде; а) бездің қабынуынсыз; б) бездің созылмалы ауруы кезінде; в) бездің созылмалы қабынуының өршуі кезінде.

II. Тастардың бөтен жерде орналасуы:

- 1). Төменгі жақасты;
- 2). Құлақмаңы;
- 3). Тіласты. а) бездің қабынуынсыз; б) бездің созылмалы қабынуы кезінде; в) бездің созылмалы қабынуының өршуі кезінде.

III. Сілекей-тас ауруынан дамыған бездің созылмалы қабынуы:

- 1). Төменгі жақасты;
- 2). Құлақмаңы;
- 3). Тіласты бездерінде: а) тастың өздігінен түсуінен кейін; б) тастың хирургиялық жолмен алынуынан кейін дамыған.

Клиникалық көріністері. Аурудың клиникасы оның мерзімінің ұзақтығына, тастың көлемі мен орналасқан орнына, бездің жарақаттану дәрежесіне, организмнің қорғану қабілетіне (иммундық) байланысты.

Аурудың клиникасында жасырын кезеңі болған жағдайда науқастардың шағымы болмайды. Тас - рентгенологиялық тексеру кезінде кездейсоқ анықталуы мүмкін. Бездің шығару түтігі тығындалған жағдайында ауыру сезімі пайда болады, көлемі ұлғайып, сілекейдің бөлінуі бұзылады, жалпы жағдайы өзгереді. Әсіресе екіншілік инфекцияның қосылуы және бездің іріңді қабынуы кезінде қатты айқындалады.

Әдетте, тамақтанған кезде сілекей безі үлкейіп, кернегендей ауыру сезімі пайда болады, **оны «сілекейлі шаншу» деп атайды.**

Түтіктің тығындалуы кезінде бездің ұлғаюы өте тез жүреді. Осы кезде болатын ауыру сезімі құлақ, мойын аймақтарында және тілге таралады. Ауыру сезімінің қатты болуы науқасқа тамақтануды тоқтатуға мәжбүр етеді. Біраз уақыттан соң бездің көлемі кішіреюі мүмкін.

Аурудың созылмалы түрінде без қатты, беті бұдырлы болады. Ауыз қуысында қалындаған тіласты білігі көрінеді, түтікті сипап тексергенде қатты тарам түрінде байқалады. Безбен оның шығару түтігін тексеру үшін бимануальды түрде сипау жүргізеді-жасайды.

Кейде шығару түтіктерінен сілекей тасын сипап анықтауға болады. Ірі және орташа көлемдегі тастар жиі жақ-тіл сайының артқы-дистальды бөлігінде орналасады, ал ұсақ тастар сілекейдің ағысымен түтіктің алдыңғы үштен бір бөлігіне жиналады. Қабынудың жедел түрінде ауыз қуысында тасты сипап тексеріп анықтауға мүмкіншілік болмайды. Шығару түтігінен бөлінген сілекейдің құрамына көңіл бөлу қажет. Сілекей-тас ауруы безде қабынумен жүргенде, шығару түтігінен ірің бөлінеді. Шығару түтігінің шыға берісі ісініп қызарған, аузы үңірейіп ашылған.

Сілекей-тас ауруында келесі белгілер анықталады:

- 1). Бездегі қабыну процестері;
- 2). «Сілекейлі шаншу»;
- 3). Тамақтанумен байланысты ауыру сезімі;
- 4). Тамақтанумен байланысты без көлемінің өзгеруі;
- 5). Рентгенограммада сілекей тасы көлеңкесінің анықталуы.

Сілекей тастары экстра немесе интрагландулярлы орналасуы мүмкін. Негізінен тастар шығару түтіктерінің бұрылыстарында орналасады. Рентгенограммада ірі тастар түтіктерде контрасты зат қолданылмай-ақ анықталады. 20%-ында тастар тек сиалограммада ғана анықталады. Төменгі жақасты безінде конкременттерді анықтау үшін ауыз қуысы түбінің панорамдық рентгенограмма әдісін, ал құлақмаңы безінде бас қаңқасының тік проекциядағы шолу рентгенограммасын және төменгі жақ сүйегі бұтақтарының бүйір рентгенограммасын қолдану қажет.

Рентгенограммада тастар домалақ, сопақ немесе әр түрлі пішінді тығыз көлеңке түрінде анықталады. Тас безде орналасқан жағдайда, орналасу орнын және оның көлемін анықтау үшін контрасты сиалография әдісін қолдануға болады. Сиалограммада бездегі жұмсақ тастарды да «толу ақауы» ретінде анықтауға мүмкіншілік бар (дефект наполнения). Ұзақ жүретін кезеңдерде бездің өзіндегі ісінген, ұлғайған т.б. сияқты өзгерістерді шығару түтіктерінің I және III қатарында да кездестіруге болады және майда түтіктердің контрасты заттармен толмауын байқауға болады.

Тастар шығару түтіктерінің өзектерінде орналасқан жағдайда контрасты сиалографияны қолдануға болмайды, себебі тастың безге немесе түтіктің дистальды бөлігіне жылжып кету қаупі бар.

Асқынулары. Ең жиі кездесетін асқынулары бездің және шығару түтігін қоршаған жұмсақ тіндердегі қабыну кезеңдері, жиі абсцесстер мен флегмоналар. Бұлар одонтогенді қабыну кезеңдерінен ажырату нақтамасын жүргізгенде шығару түтігінің шыға берісінің өзгерістері (ісіну, қызару, үңіреюі), іріңді жалқықтың бөлінуі және

рентгенологаялық тексеру мәліметтерінің маңызы бар.

Емі. Негізінен хирургиялық. Емнің мақсаты — тасты түтіктен немесе безден алу. **Тас төменгі жақасты безінде кездескенде хирургиялық әдістердің үш жолы бар:** 1). Безді таспен бірге алу; 2) Тасты безден ауыз қуысы ішінен алу; 3) Тасты безден ауыз қуысы сыртынан алу.

Тас шығару түтігі бойында орналасқан жағдайда оны ауыз қуысы ішінен тілік жасай отырып алады. Жергілікті жансыздандыру арқылы түтікті (тастың орналасқан жерінің арт жағынан оның ота кезінде орнынан жылжымауы үшін) тігеді. Содан кейін түтікке енгізілген сүңгі-зонд арқылы, тастың үстінен тілік жасап, оны хирургиялық қасықпен немесе пинцетпен алады. Жараға тігіс салынбайды. Науқасқа пилокарпин, жеңіл диета, құрғақ жылы, ауыру сезімін басатын дәрі-дәрмектер тағайындалады.

Бездің созылмалы қабынуы жиі өршігенде, тас бездің ішінде орналасқанда оның қызметі толық бұзылғанда кесіп алып тасталады-экстирпация көрсетілген.

Ота әдісі: жансыздандырып, төменгі жақасты үшбұрышынан ұзындығы 8-10 см-дей тілік жасалынады. Тері, мойынның беткей бұлшықеті, бездің жапқыш шандыры тілінеді. Безді доғал жолмен іреп, бет артериясын байлайды. Бездің түтігі бөлініп кесіледі де 24 сағаттан соң алынады.

Ауртикулотемпоралды белгі-синдром (құлақмаңы гипергидрозы). Келіп шығуы-белгісіз. Бірақ бұл құлақ-самай жүйкеінің және вегетативті тармақтар өткізгіштігінің өзгерістерінен болатын ауру. Бұл жүйкелер құлақмаңы безінің секреторлы қызметін реттейді.

Науқас тамақ ішер алдында немесе эмоциональды өзгерістер кезінде құлақмаңы және самай аймақтарында біржақты өте көп мөлшерде терлейтініне шағымданады.

Клиникасы. Жарақаттанған жағында терлер алдында тері қатты қызарады. Тер ірі тамшылап шығады және үнемі үдей түседі, бұл науқастың гигиеналық, косметикалық, эмоционалдық жағынан қолайсыздық туғызады.

Емі. Аурикулотемпоралды белгі-синдром кезінде, төменгі жақ жүйкесінің медиальды жағында, сопақ тесіктін, астында орналасқан құлақ-самай жүйкесін және құлақ түйінін тежеу (блокада) жақсы нәтижелер беруде. Тежеуді-блокаданы күнделікті 0,25-0,5% новокаин ерітіндісімен 5-7 мл мөлшерінде жасайды. Бұл белгінің-синдромның тұрақты түрінде хирургиялық жолмен құлақ-самай жүйкесін байлау және құлақ түйінін жарақаттау көрсетілген.

12.1.7. Сілекей бездерінің жыланкөздері

Сілекей бездерінің жарақаты сирек кездеседі. Мұнда без тіндері мен түтіктерінің бүтіндігі жойылуы мүмкін. Құлақмаңы сілекей безінің

жарақаты жиі кездеседі. Доғал немесе өткір заттардың әсерінен без тіндерінің бір бөлігі тілінуі немесе мыжылуы мүмкін. Оқ тиюден болған жарақаттардың аумағы үлкен болады. Бұл бездің жарақаты кезінде бет жүйкесі де жарақаттануы мүмкін.

Құлақмаңы сілекей безінің жарақаттануы без ісіктерін алу, маңындағы флегмоналарды ашу және төменгі жақ бұтағы отасы кезінде кездесуі мүмкін.

Құлақмаңы сілекейі безінің шығару түтігінің жарақаттануы ауыз қуысы ішінде жасалатын тіліктер кезінде болуы мүмкін. Бұл жарақаттар сілекей жыланкөздерінің пайда болуына себеп болады. Төменгі жақасты немесе тіласты сілекей бездерінің жарақаттары кезінде жыланкөздер пайда болмайды.

Жыланкөздер тері бетінде және ішкі, яғни шырышты қабат бетінде ашылуы мүмкін. Ауыз қуысының ішінде ашылған жыланкөздер емдеуді қажет етпейді. Сыртқы жыланкөздер науқасты физикалық және эмоционалды күйзелістерге ұшыратады, ол беттің және мойынның бүйір бетінде орналасып, әрдайым сілекеймен суланып, қабынып, дерматиттер дамиды.

Тері қабатына жиі құлақмаңы безінің немесе оны шығару түтігінің жыланкөздері ашылады.

Жыланкөздер толық және жартылай деп бөлінеді. Толық жыланкөздер түтік бүтіндігінің бұзылуынан, үзілуінен пайда болады, бұл жағдайда түтіктің толық үзілуінен, оның шеткі бөліктермен жалғасы болмайды, сілекей түгелдей жыланкөз арқылы шығады.

Жартылай жыланкөздер түтіктің жарақаттануынан пайда болады, бірақ сілекейдің түтік арқылы шығуы сақталады (ауыз қуысына).

Сілекей безінің паренхималық жыланкөздері болған жағдайда құлақтың қалқан алды тері қабатында, кейде құлақ сырғалығында және бездің анатомиялық шекарасы аймағында мөлдір сілекей бөлініп тұрған нүкте тәрізді тесік анықталады. Жыланкөздің ұзындығы қысқа және бағыты без тіндерінің бағытымен сәйкес келеді.

Жыланкөз ұрт аймағында шайнау бұлшықетінің алдында ашылып көп мөлшерде сілекей бөлініп тұрса, бұл белгілер құлақмаңы безінің негізгі түтігінің жыланкөзіне сәйкес келеді.

Жыланкөздің орналасуын немесе басқа да белгілерін анықтау үшін, (сүңгі-зондпен тексеріп көру әдісінен басқа) өзекке боялған зат жіберу керек (метилен көгі, бриллиант жасылы). Сиалогграфия әдісімен: жыланкөздің ерекшелігін, оның бездің кейбір аймақтарымен және негізгі түтікпен байланысын, олардың жағдайын анықтауға болады.

Емі. Жаңадан пайда болған жыланкөздерді диатермокоагуляция әдісімен, гальванокаутермен күйдіру, ляпис кристалдарымен өңдеу, жыланкөз өзегіне бірнеше тамшы йод ерітіндісін жіберу арқылы емдеу шаралары жүргізіледі. Бұл шараларды 0,1 % атропин сульфат ерітіндісінің

6-8 тамшысын немесе беладонна тұнбасымен қатар жүргізген жөн.

Аталған шаралар жартылай жыланкөздерде сілекей мөлшерінің азаюына септігін тигізеді.

Хирургиялық ем. Қолданылатын оталарды екі топқа бөлуге болады:

1. Сілекейдің шығуына механикалық кедергі жасау;
2. Сілекейдің ауыз қуысына шығуына жағдай жасау.

Барлық жартылай жыланкөздерді бірінші хирургиялық жолмен жабуға болады.

Қиын жойылатын жартылай жыланкөздерді К.П.Сапожковтың (1926), Н. П. Жаковтың (1943) және Лимбергтің ұсынған әдістерімен жабуға болады.

Құлақмаңы сілекей безінің секреторлы қызметін жоғарылату үшін 1% пилокарпин ерітіндісінің 6-8 тамшысын тамақтанар алдында отадан кейін үш күн қабылдау қажет.

Сілекей бездерінің секреторлық қызметін төмендету, хирургиялық емге көнбейтін, тұрақты жыланкөздер кезінде көрсетілген.

Секторлық қызметін төмендету үшін, науқасқа күніне 2-3 рет атропиннің 0,1% ерітіндісін тері астына жібереді.

Рентгенотерапия әдісін қолдану жақсы нәтижелер береді.

Сапожков әдісі. Жыланкөздің ашылу аймағында сопақша тілік жасайды, өзегіне сүңгі-зондты түгел тереңдете ендіріп, жібек лигатурамен байлайды. Пайда болған жарадан 2-3 см жоғары және төмен тері қабатынан апоневрозға дейін жеткізіп тілік жасайды. Осы тілік арқылы айналдыра жібек жіппен тігіс жасап, түгел буып байлайды. Содан кейін жараға кетгутпен (тереңінен), ал тері қабатына қылмен тігіс салады.

М. П. Жаков әдісі. Жыланкөздің ашылған орнын айналдыра сопақша екі тілік жасайды. Жыланкөз жолдары түгел тереңдікте тіліп алынады. Ақауға пластикалық, ал жара шекараларына ішекпен тігіс жасайды. Тігістерді тері бетінен 5 күннен кейін, ал пластикалық тігісті 8-10 күннен соң алады.

А.А.Лимберг әдісі. Бұл әдісті қолдану отадан кейінгі кезеңде жарадан сілекейдің бөлінуін сақтап, сол арқылы сілекейлі жараның бір-бірімен ажырамауын қамтамасыз етеді және жараның тегіс жазылуына әсер етеді.

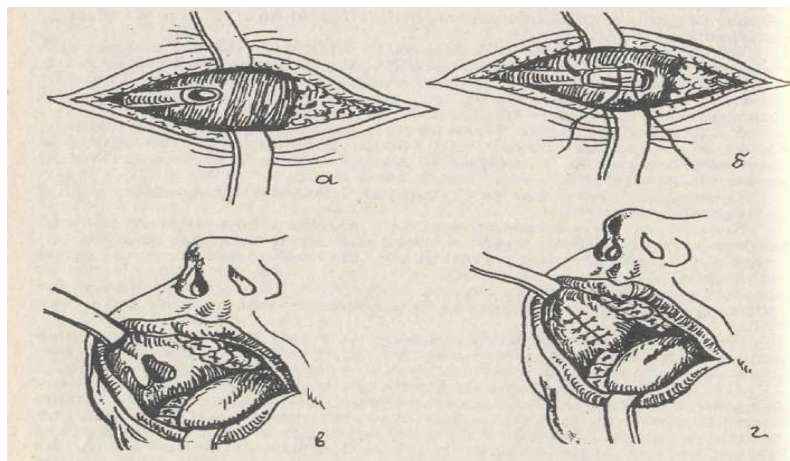
Екіншіден тыртықтанған тіндерді түгелдей тіліп алып, көрші тіндермен жабады.

Көлемі үлкен тыртықтарды тіліп алынған соң қалған ақауды үшбұрышты қиықтарды 45° қарсы жылжыту арқылы жабуға болады. Жараның төменгі бөлігінде сілекей бөлінуі үшін орын қалдырады.

Отадан кейінгі кезеңде сілекей бөлінуін төмендететін шаралар қолдануды (атропин, беладонна) Лимберг-зиян деп есептейді.

Жыланкөздерді жабудың қолайлы әдісі ауыз қуысына ашылатын жаңа жол ашу және шығару түтігінің шеткі бөліктерін пластикалық жолмен жалғастыру болып есептеледі.

Г.А.Васильев әдісі. Ішке сіну-инфильтрациялық жансыздандыру арқылы жыланкөздің ашылу аймағында, шығару түтігінің бағытына сәйкес, доға тәрізді көлденең тіліктер жасайды. Жараның алдыңғы шекарасы шайнау етінің алдыңғы қырынан 1 см алға орналасуы керек. Түтіктің ортаңғы бөлігін ашып, жыланкөзді ұзына бойы тері қабатымен бірге тіліп алады. Содан соң ауыз қуысы ішінен шырышты қабатынан және ұрт етінен өтетін доғал тілік жасайды.



Сурет-73. Г.А.Васильев бойынша құлақмаңы безінің түтігін пластикалық жолмен қалпына келтіру отасы

Тілше қиынды жасап (ені 1-2 см), бұл қиындының негізі шайнау етінің алдыңғы қырына және тістердің қосылу сызығынан жоғары орналасуы қажет. Қиындының ұзындығы жыланкөздің орналасуына байланысты. Қиынды дайын болған соң, оның негізінен бағыты түтіктің ортаңғы ашылған бөлігіне қарайтың кішкене тік тілік жасайды. Осы пайда болған үгіртау-туннель арқылы қиындыны сыртқа шығарады. Түтіктің ортаңғы бөлігін ұзындығы 3-5 мм болатын тілік жасап, қиындыны түтіктің қабырғасына жұқа кетгутпен тігеді. Оның бойымен резиналы қашыртқы-дренаж өткізіп, бір ұшын ұрттың шырышты қабатына тігеді. Ұрттың шырышты қабатында пайда болған ақауды тартып, жақындастырып тігеді (73-сурет).

12.2. СІЛЕКЕЙ БЕЗДЕРНІҢ ЖАРАҚАТТАРЫ

Сілекей бездері жарақаттанғанда айналасындағы жұмсақ тіндер, кейбірде сүйектер бұзылады. Өткір өтпейтін заттармен жарақаттанса, олар кесіледі немесе езіледі. Ал оқ тисе барлық айналасындағы тіндермен қоса талқандалуы мүмкін.

Сілекей бездерінің ішінде көбінесе құлақмаңы сілекей бездері жарақатқа көп ұшырайды. Оның себебі бұл без төменгі жақ өсіндісінің сыртқы бетінде және төмеугі жақ артындағы шұқырда орналасқан.

Сонымен қатар ол осы маңда жасалатын оталар кезінде жарақаттануы мүмкін.

Мысалы өзінен шыққан ісіктерді алғанда, құлақ маңындағы және жақ артындағы флегмоналарды ашқанда, төменгі жақ өсіндісінде, шықшыт буынында жасалатын оталар кезінде.

Үлкен сілекей шығатын түтік ұртта орналасқан ісіктерді алу, флегмонаны ашу кезінде зақымдануы мүмкін.

Жақасты және тіласты сілекей бездері оқпен жарақаттанғанда, флегмона мен абсцесстерді ашқанда, ісіктерді алғанда жарақаттануы мүмкін. Бірақ бұлардан кейін жыланкөз пайда болмағандықтан тиісті ғылыми еңбектерде ескерусіз қалған (А.И. Евдокимов). Стоматологтардың жұмысында сілекей түтіктері тіс емдеу немесе сепарация жасайтын дискімен жұмыс істеген кездерде зақымдануы мүмкін. Жаралардың орналасуына байланысты түтік және сілекей паренхимасының жарақаттары деп бөледі.

Сілекей бездері жарақаттарының клиникасы олардың орналасуына (түтік, паренхима) байланысты әр түрлі болады. Егер жара үлкен болса, ондағы сілекей бездерінің бүртіктенген тіндерін көруге болады. Қабыну кезеңі аяқталғаннан кейін жыланкөздер, сілекей түтіктерінің тарылуы, жабылуы пайда болады.

Сілекей бездерінің жыланкөздері. Егер жыланкөз тері арқылы сыртқа шықса оны сыртқы, ал ауыз қуысының шырышты қабығына шықса ішкі деп аталады. Ішкі жыланкөздер ауруларды мазаламайды, сондықтан емдеудің қажеті болмайды.

Ал сыртқы жыланкөздер науқастарды қатты мазалайды. Олардан өне бойы сілекей ағып (сілекей тамақтанғанда көбейеді) айналасындағы теріні бұзып қабыну пайда болады. Егер жыланкөздері жабылса (уақытша) без үлкейіп, ауырады. Жақасты сілекей бездерінің жыланкөздері жақ астының терісінде орналасады, олар өте сирек кездеседі.

Көбінесе жыланкөздер құлақмаңы сілекей бездерінің жарақатынан болады. **Олар түтіктік және паренхималық болып бөлінеді.** Жыланкөз без бөлшектерінің түтіктерінен шықса паренхималық, ал негізгі түтіктен (паренхимадан алыс) пайда болса түтіктік болып есептелінеді.

Барлық жыланкөздер толық және жартылай болып екіге бөлінеді. Толық жыланкөздер негізгі түтіктің толық жыртылуынан пайда болып, сілекей түгелімен осы жолдар арқылы сыртқа шығады. Егер түтік қабырғасы жыртылып одан жыланкөз пайда болып, сілекей негізгі түтікпен және жыланкөз арқылы екіге бөлініп ақса жартылай жыланкөз дейді. Кейде құлақасты сілекей бездері аймағында нүктелі, таза сілекей тамшысы шығатын жыланкөздер кездеседі, бұлар өте қысқа сілекей бездерінің кішкене бөліктерімен байланысады. Сілекей бездері жыланкөздерін сүңгілеу-зондылау және бояулы сұйықтар жіберу

арқылы білуге болады. Ал жыланкөздерге толық мағлұмат беретін әдіс контрасты сиалография болып табылады.

Жартылай жыланкөздерде, йодолиполды жыланкөз арқылы жібергенде сұйық негізгі түтіктен шығады, ал негізгі түтікке жібергенде жыланкөзден шығады. Йодолипол сонымен қатар, сілекей бездерінің қалған бөліктерін толтырады.

Толық жыланкөзде негізгі түтікке жіберілген йодолипол тек жыланкөзбен байланысты без бөліктеріне таралады.

Сілекей түтіктерінің тарылуы (стеноз). Сілекей түтіктері жұмсақ тіндердің тыртықтанып бітуінің әсерінен тарылуы мүмкін. Бұл жағдайда науқас сілекей бездерінің ісуіне және сыздап ауыратынына шағым жасайды. Олар ас ішкенде пайда болып бірнеше сағаттан (1-2 сағат), кейде бірнеше минуттан кейін басылады. Ол ас ішкен кезде сілекей көп жиналып, тарылған түтіктен аздап жүруіне, ісігінің тарылу көлеміне байланысты. Қараған уақытта сілекей бездері аймағындағы жұмсақ ісікті сипау-пальпация арқылы байқауға болады, ол ас ішіп болғаннан кейін қайтады. Егер аурудың пайда болғанына көп уақыт болса, сілекей бездерінің қатайғандығын және қалыптасып үлкейгендігін сипау-пальпация арқылы білуге болады. Негізгі түтіктердің тарылуын-стенозын сүңгі-зонд арқылы анықтайды.

Сілекей түтіктерінің жабылуы (облитерация). Сілекей түтіктерінің жарақаттан жабылған кезінде науқас сол бездердің сыздап ауырып, үлкейгенін айтады. Без үлкейіп қатайды, 3-4 сағаттан кейін ауыру сезімі біртіндеп азаяды. Бірақ, ол үлкейіп қатайған бойында қалады. Бұл жиналған сілекейдің, жан-жақтағы жұмсақ тіндер арқылы сорылуынан деп есептеледі. 3-4 айдан кейін жайлап ауыру сезімі, бездің ас ішкен кездегі үлкеюі басыла бастайды. Сипау-пальпация жасағанда сілекей бездері үлкейіп қатайған. Түтік көздерінен сілекей ақпайды. Кейін келе бездердің сілекей шығару жұмысы тоқтайды. Ауыруы, сыздауы, үлкеюі тоқталады. Негізгі түтіктер көзін сүңгі-зондпен тексеру арқылы сілекей жолының жабылғанын білуге болады. Сиалография жасағанда түтіктің шығу жағы ғана сәулеге ұқсайтын сұйықпен толады, ал одан жоғарыға бармайды.

Сілекей бездерінің жарақаттан болған кисталары. Науқас жарақат алғаннан кейін (1-2 жеті ішінде) сілекейлер орналасқан аймақта ісік пайда болғанын арыздайды. Жара ұзақ уақыт ішінде жазылады. Емдеу барысында ісіктің ішіндегі сілекейді қанша сорып алғанмен, ол кішіреймейді, бірнеше айдан кейін тұрақты халге келеді.

Ісік жұмсақ, ауырмайтын, анық шектелген. Теріде ауыз қуысының кілегей қабығында жарақат немесе операция орындарын табуға болады. Пункция жасағанда одан сілекей алынады. Сиалограммада түтіктердің толу ақауы немесе ақауларын-деформацияларын көруге болады.

Сілекей бездерінің жарақаттарын емдеу. Сілекей бездерінің жарақаттарын біріншілік хирургиялық өңдеуден өткізуде, жақ-бет

аймағында жасалатын өңдеу ережелері мен ерекшеліктері толығынан пайдаланылады. Егер ота кезінде бет жүйкесі талшығының үзілгені білінсе, оларды бір-бірімен тігіп қосу керек. Ал, егер құлақтүбі сілекей безінің негізгі түтігі үзілсе, оның ішіне полиэтиленнен жасалған катетер енгізіп екі ұшын бір-бірімен тігіп жалғастырады. Оны 12-14 күнге түтікте қалдырады. Осыдан кейін без тіндерін, фасциясын, майлы қабатты және теріні мұқияттап тігеді. Тігіс аралығына қашыртқы-дренаж қойылады (2-3 күнге). Жараның жазылу барысында сілекей безінің секреторлық жұмысын баяулату үшін 0,1% атропин сульфатын қолдану керек. Сілекей бездері жыланкөздерін отасыз-консервативтік және ота әдістер арқылы емдейді.

Отасыз-консервативтік әдістерге жыланкөзді әртүрлі қышқылдармен күйдіру жатады. Олар: хром, HCl, сүт қышқылдары, 7% спирт, 5% йод қосындысы, 20% күміс нитраты. Иненің ұшына жұқалап мақта орап оны 20% күміс нитратына батырады. Осыдан кейін инені жыланкөздің барлық тереңдігіне енгізіп 1 минут ұстайды, келесі күні тереңдіктің жартысын, үшінші күні қалған жерін 1 минуттан күйдіреді.

Бұл шараларды қолданғанда науқасқа тамақ алдында (жарты сағат бұрын) 6-8 тамшы 0,1% атропин сульфатын берген жөн.

Жартылай жыланкөздерді К.П.Сапожкова әдісімен емдеу. Ол үшін жыланкөзді кесіп алып тастайды да тері астындағы майлы қабатқа кесет тәріздес тігіс салады. А. А.Лимберг әдісі: жыланкөзді кесіп тастаған соң, орынын айқаспалы үшбұрышты қиықшамен жауып тігеді.

Толық жыланкөзін жарты ай тәріздес кесіп, безге дейін босатады. Содан кейін негізгі түтіктің қалдығы болса оның ұшы мен жыланкөздің ұшын, түтікке кигізген тефлоннан немесе полиэтиленнен жасалған түтіктің үстінен тігіп жалғастырады.

Егер жыланкөз қысқа болса Г.А.Васильев әдісін қолданады. Жыланкөзді жарты ай тәріздес кесіп безге дейін босатқаннан кейін ауыз қуысының шырышты қабығынан тіл тәріздес қиықша алып жыланкөздің ұшын соған тігеді.

Негізгі түтік тарылса және жабылса оны арнайы жасалған сүңгі-зондтармен бұрғылау қажет. Егер бұл әдіс өз нәтижесін бермесе хирургиялық әдіс қолдану керек.

Тұжырым: Ірі, жұп сілекей бездерге құлақмаңы, жақасты және тіласты, ал майда және тақ бездерге ауыз қуысының шырышты қабығының бездері жатады. Бұлар өздерінің атауына сәйкес анатомия-топографиялық аймақтарда орналасады. Науқастарды тексеру жалпы қағидалармен жүргізіледі, оларға: шағым жинау, келіп шығу тарихы-анамнезі, қарап, сипап (кейде екі саусақпен сипап) тексеру, шығару түтіктерінен бөлінген сілекей құрамын зерттеу. Шығару түтіктерін шұқығышпен қарау, рентгенологиялық - сиалогграфиялық, сцинтиграфиялық, секреторлы функцияларын тексерулер, биопсия жатады.

Науқастың жасы, жынысы, жалпы жағдайы нақтамалық бағытын

анықтауы мүмкін. Жедел паротит кезіндегі емдеу шаралары аурудың сатысына байланысты жүргізіледі. Қабынудың серозды түрінде науқас сілекей бөлінуін жоғарлататын диета және тамақтанар алдында пилокарпин гидрохлоридтің 1% ерітіндісін 6-8 тамшы қабылдау қажет. Тамақтанып болғаннан соң ауыз қуысын сілтілік ерітінділермен шайған дұрыс.

Құлақмаңы сілекейі безінің шығару түтігінің жарақаттануы ауыз қуысы ішінде жасалатын тіліктер кезінде болуы мүмкін. Бұл жарақаттар сілекей жыланкөздерінің пайда болуына себеп болады. Төменгі жақасты немесе тіласты сілекей бездерінің жарақаттары кезінде жыланкөздер пайда болмайды. Жыланкөздер тері бетінде және ішкі, яғни шырышты қабат бетінде ашылуы мүмкін. Ауыз қуысының ішінде ашылған жыланкөздер емдеуді қажет етпейді. Сыртқы жыланкөздер науқасты физикалық және эмоциональды күйзелістерге ұшыратады, ол беттің және мойынның бүйір бетінде орналасып, әрдайым сілекеймен суланып, қабынып, дерматиттер дамиды.

Науқастарды кешенді емдеу ауру туралы толық мәлімет жинаудан басталады, науқасты медициналық және зертханалық тексерулер сатысында заман талабына жауап беретін медициналық құрал-саймандардан және жаңа емдеу әдістерін пайдалану дәрігердің білімімен оның қабілетіне байланысты болады. Сондықтан әрбір дәрігер қызмет саласында өз білімін жетілдіру және бай тәжірибе жинауы керек.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. бет-жақ аймағының сілекей бездері көлеміне қарай бөлінеді
 - А) ірі, жұп болып
 - Б) кіші, жұп болып
 - В) ірі, тақ болып
 - Г) құрама, ірі болып
 - Д) құрама, болып
2. Ірі, жұп сілекей бездерге жатады
 - А) құлақмаңы, жақасты, тіласты
 - Б) ұрт, таңдай, мұрын
 - В) құлақмаңы, ұрт, таңдай
 - Г) жақасты, мұрын, ұрт
 - Д) тіласты, таңдай, мұрын
3. Ересек адамда тәулігіне сілекей бөлінеді.
 - А) 1,5 литрдей
 - Б) 2,0 литрдей
 - В) 2,5 литрдей
 - Г) 3,0 литрдей
 - Д) 3,5 литрдей
4. Радиосиалогграфия әдіс деп аталады.

- А) медициналық тәжірибеде жасанды радиактивті изотоптардың енгізілуі, клиникада бездердің шығару қызметінің бұзылыстарын анықтауға арналған әдісті
- Б) медициналық тәжірибеде жасанды радиактивті изотоптардың емханада енгізілу әдісті
- В) клиникада бездердің шығару қызметінің бұзылыстарын бөлмелерде анықтауға арналған әдісті
- Г) клиникада бездердің шығару қызметінің бұзылыстарын емханада анықтауға арналған әдісті
- Д) медициналық тәжірибеде жасанды радиактивті изотоптардың ауруханада енгізілу әдісті
5. Ең көп қолданылып жүрген контрасты заттарға жатады
- А) йодолипол, йодипин, липиодол
- Б) димедрол, йодипин, липиодол
- В) кордиамин, йодолипол, йодипин,
- Г) сульфадемизин, йодипин, липиодол
- Д) АТФ, йодолипол, йодипин
6. Сілекей бездерінің қабынуы ағымы бойынша болады.
- А) жедел және созылмалы
- Б) өткір және жедел
- В) жанама және созылмалы
- Г) қосарланған және өткір
- Д) аралас және созылмалы
7. Жедел ағымды эпидемиялық паротиттің бірінші қоздырғышын тапқан ғалымның аты және тапқан жылы
- А) Джонсон және Пудпасчер, 1934 жылы
- Б) Эскулап және Оразалин, 1965 жылы
- В) Гиппократ және Темуров, 1997 жылы
- Г) Амбруаз Паре және Төлеуов, 1963 жылы
- Д) Фошар және Құраш, 1975 жылы
8. Жедел ағымды эпидемиялық паротиттің қоздырғышын атаңыз
- А) сүзілетін вирус.
- Б) қорғаныш вирус
- В) арнайы вирус
- Г) арнайы емес вирус
- Д) жанама вирус
9. Эпидемиялық сиалоадениттерде нүктеде ауыру сезімінің болуы тән.
- А) құлақ сырғалығы жанында, емізікше өсінді аймағында және төменгі жақ өсіндісінің жарты ай ойығы аймақтарында
- Б) құлақ сырғалығы жанында, төменгі жақ денесінде
- В) емізікше өсінді аймағында төменгі жақ денесінде
- Г) құлақ сырғалығы жанында, маңдай өсіндісінде

Д) төменгі жақ өсіндісінің жарты ай ойығы, маңдай өсіндісінде

10. Ауру ағымына байланысты түрге бөлінеді.

А) жеңіл, орташа және ауыр

Б) ауыр, өткір және созылмалы

В) жеңіл, жайылмалы және орташа

Г) ауыр, жанама және созылмалы

Д) жеңіл, өткір және орташа

11. Аурудың жедел кезеңі созылады

А) 4 күннен 10 күнге дейін

Б) 3 күннен 5 күнге дейін

В) 2 күннен 7 күнге дейін

Г) 1 күннен 6 күнге дейін

Д) 8 күннен 15 күнге дейін

12. Жедел эпидемиялы емес паротиттер клиникалық ағымына қарай деп бөлінеді.

А) серозды, ірінді және гангренозды

Б) ірінді, экссудативті және серозды

В) гангренозды, паренхиматозды және ірінді

Г) серозды, экссудативті және жайылмалы

Д) ірінді, паренхиматозды және серозды

13. А.В.Клементовтың сілекей бездері қабынуларын деп бөледі.

А) паренхиматозды және интерстициалды

Б) ірінді, паренхиматозды және серозды

В) гангренозды, паренхиматозды және ірінді

Г) серозды, экссудативті және ірінді

Д) серозды, экссудативті және жайылмалы

14. Төменгі жақасты безінің созылмалы қабынуы бөлінеді.

А) экссудативті және паренхиматозды сиалоадениттерге

Б) серозды, экссудативті және жайылмалы

В) ірінді, паренхиматозды және серозды

Г) серозды, экссудативті және ірінді

Д) гангренозды, паренхиматозды және ірінді

15. Созылмалы қабынудың түрлері болады.

А) фиброзды және ірінді

Б) дәнекер және серозды

В) фиброзды және серозды

Г) дәнекер және ірінді

Д) ірінді және бұлшықетті

16. Ксеростомияның дәрежесі болады.

А) 3 дәрежесі

Б) 1 дәрежесі

В) 2 дәрежесі

Г) 4 дәрежесі

Д) 5 дәрежесі

17. Сілекей тастары жиі безінде орналасады

А) Вартонов түтігінде және төменгі жақасты

Б) гаймор қуысында және төменгі жақасты

В) Егоров нүктесінде және төменгі жақасты

Г) Пирогов үшбұрышында және төменгі жақасты

Д) Лимберг қиындысында және төменгі жақасты

18. А.В.Клементов (1959, 1960 ж.) сілекей-тас ауруының мынандай жағдайларына сүйене, ескере отырып толық жіктелуін ұсынды

А) тастың орналасу орнын, аурудың ағымын және тастың өздігінен түсуін немесе алынуын

Б) тастың орналасу орнын, гаймор қуысында

В) аурудың ағымын, Егоров нүктесінде

Г) тастың өздігінен түсуін, Вартонов түтігінде

Д) тастың өздігінен алынуын, Лимберг қиындысында

19. Тамақтанған кезде пайда болады, оны «сілекейлі шаншу» деп атайды.

А) сілекей безі үлкейіп, кернегендей ауыру сезімі

Б) кернегендей ауыру сезімі, тастың орналасу орнын

В) сілекей безі үлкейіп, тастың орналасу орнын

Г) кернегендей ауыру сезімі тастың өздігінен алынуын,

Д) сілекей безі үлкейіп, тастың өздігінен алынуын

20. Сілекей тастары орналасуы мүмкін.

А) экстра немесе интраглангулярлы

Б) интраглангулярлы немесе терең

В) экстра немесе беткей

Г) интраглангулярлы немесе жасырын

Д) экстра немесе жанама

21. Рентгенограммада тастар пішінді тығыз көлеңке түрінде анықталады.

А) домалақ, сопақ немесе әр түрлі

Б) сопақ, ойық немесе дөңгелек

В) әр түрлі, қиынды немесе тік

Г) домалақ, көлденең немесе жазық

Д) домалақ, үшбұрыш немесе тік

22. Тас безде орналасқан жағдайда, орналасу орнын және оның көлемін анықтау үшін әдісін қолдануға болады.

А) контрасты сиалогграфия

Б) толық және жартылай

В) екі топқа

Г) домалақ, үшбұрыш немесе тік

Д) домалақ, көлденең немесе жазық

23. Жыланкөздер деп бөлінеді.

А) толық және жартылай

- Б) контрасты сиалогграфия
В) домалақ, көлденең немесе жазық
Г) домалақ, үшбұрыш немесе тік
Д) сопақ, ойық немесе дөңгелек
24. Сиалогграфия әдісімен олардың жағдайын анықтауға болады.
- А) жыланкөздің ерекшелігін, оның бездің кейбір аймақтарымен, негізгі түтікпен байланысын
Б) жыланкөздің ерекшелігін, көлденең немесе жазық
В) оның бездің кейбір аймақтарымен, үшбұрыш немесе тік
Г) негізгі түтікпен байланысын, көлденең немесе жазық
Д) толық және жартылай, ойық немесе дөңгелек
25. Қолданылатын оталарды бөлуге болады
- А) екі топқа
Б) бір топқа
В) үш топқа
Г) төрт топқа
Д) жеті топқа
26. Жыланкөздерді жабудың қолайлы әдісі жалғастыру болып есептеледі.
- А) ауыз қуысына ашылатын жаңа жол ашу және шығару түтігінің шеткі бөліктерін пластикалық жолмен
Б) ауыз қуысына ашылатын, үшбұрыш немесе тік
В) жаңа жол ашу, ойық немесе дөңгелек
Г) шығару түтігінің шеткі бөліктерін пластикалық жолмен, толық
Д) жаңа жол ашу, үшбұрыш немесе тік
27. Негізгі түтіктердің тарылуын-стенозын арқылы анықтайды.
- А) сүңгі-зонд
Б) қысқыш
В) қашыртқы
Г) жіп
Д) қашау
28. жыланкөздер құлақмаңы сілекей бездерінің жарақатынан болады.
- Олар болып бөлінеді.
- А) түтіктік және паренхималық
Б) паренхималық, ойық немесе дөңгелек
В) түтіктік, ойық немесе дөңгелек
Г) паренхималық, үшбұрыш немесе тік
Д) түтіктік, үшбұрыш немесе тік
29. Жыланкөздерге толық мағлұмат беретін әдіс болып

табылады.

А) контрасты сиалогграфия

Б) түтіктік, үшбұрыш немесе тік

В) паренхималық, үшбұрыш немесе тік

Г) түтіктік, ойық немесе дөңгелек

Д) паренхималық, ойық немесе дөңгелек

30. Хирургиялық емнің мақсаты тасты толық алу болып табылады.

А) түтіктен немесе безден

Б) паренхималық, ойық немесе дөңгелек

В) түтіктік, ойық немесе дөңгелек

Г) паренхималық, үшбұрыш немесе тік

Д) түтіктік, үшбұрыш немесе тік

ХШ Т А Р А У

БЕТ- ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫНАН БОЛҒАН ЖАРАҚАТТАР

Бет-жақ аймағында кездесетін жарақаттарға дұрыс нақтама қою, нәтижелі-адекватты ем қолдану, оңтайландыру-реабилитация жасау және асқынуларының алдын алу үшін осы аймақтың (жарақаттануына байланысты) анатомофизиологиялық ерекшеліктерін дәрігер-стоматолог өте жақсы білуі қажет. Олар:

1. Бет-жақ аймағы ең бірінші көзге көрінетін жер болғандықтан адам өмірінде үлкен эстетикалық орын алады. Психиатр ғалымдардың зерттеулері бойынша жақ-бет аймағында ақаулары мен деформациялары бар науқастардың 65-85%-н психикасы бұзылады.

2. Бұл аймақта 18 ымдау (мимикалық) еттері орналасады. Бұл еттер арқылы адам өзінің ымдау (эластомимика) қабілетін іске асырады.

Ымдаумимикоз (эластомимикоз) ішкі және сыртқы тітіркендіргіштерге организмнің өзіндік жауап қайтару реакциясы. Осы реакция арқылы оның психоэмоционалдық жағдайын білуге болады. Бұл ымдау еттерінің жиырылуы М.П.Павловтың заңы бойынша іске асырылады. Яғни ішкі және сыртқы тітіркенулер (қоздырғыштар) афферентті (көтерілетін) жолдарымен ми қабығына барып, онда қоздыру ошағын тудырады. Осы ошақтан эфферентті (түсетін) жолдарымен келіп бет жүйкесі арқылы ымдау еттерін әр түрлі жиырады. Еттердің жиырылу қабілеті қоздырғыш қабілетіне байланысты (қуану, қорқу, ауыру кезеңінде, ащы мен тәттіге т.б.). Ымдау еттерінің өзіндік жиырылуына байланысты адам бетінде уақытша немесе тұрақты әжімдер пайда болады. Осы реакция жақсы психолог, психоневролог, терапевт, хирург мамандарға науқасқа дұрыс нақтама қоюдың негізін көрсетеді. Ал ымдау еттерінің жүйкеленуінің немесе афферентті жолдарының бұзылыстарынан бұл реакция іске аспайды.

3. Бет-жақ ауданы шокогендік аймаққа жатады. Тұрмыс жағдайында болған жарақаттардың барлығы осы аймақта болады. Мысалы: төбелес кезінде тек бетке соғады.

4. Бұл аймақта барлық сезім мүшелері орналасқан деуге болады. (көру, есту, иіс, дәм, сезім түйсігі). Мимен және көкірек қуысындағы мүшелермен тығыз байланыста.

5. Қан тамырларының ерекшеліктері.

1) Артерия тамырларының ерекшеліктері:

а) Үлкен артериялар теріасты майлы қабатында жатып, артериола торын құрайды. Сондықтан үлкен қиықшалар кесіп алып ақауларды жамауға болады;

б) Артерия мен вена тамырлары бөлек орналасады;

в) Артерия тамырында қан қысымы өте жоғары болады. Сондықтан жараларды хирургиялық өңдеу уақытында қанды тоқтатуға өте мұқият қарау керек;

г) Артерия тамырлары тек бір жағы екінші жағымен қысылып қоймай, олар өзара да қосылады (анастомоз);

д) Бұл аймақта сыртқы және ішкі ұйқы артерия бассейндері қосылады. Сондықтан қан тоқтату өте қиынға соғады.

2) Вена тамырларының ерекшеліктері:

а) Вена тамырларында қақпақша жоқтың қасы. Өйткені олар кішкентай, бір-бірінен алшақ орналасқан және вена түтігін толық жаппайды. Сондықтан, жарақат кезінде ауа эмболиясы болуы мүмкін.

б) Веналар таяз және терең тін қабаттарында орналасады. Бұл екі қабаттағы веналар бір-бірімен қосылып жатады. Сонымен қатар, өз алдына мидағы вена қуысымен тығыз байланыста. Мысалы, беткей орналасқан бет веналар торы *v.oftalmica*, ал ол *v.prolani* арқылы ми қуысымен қосылады. Ал терең орналасқан вена бас сүйегінің астыңғы жағында орналасқан табиғи тесіктер арқылы ми қуыстарымен байланысады.

6. Бет-жақ аймағындағы тіндер эмбрионалды тіндер сияқты жылдам өседі. Өйткені олардың ішінде аз дифференциалдық жасуша-клеткалар бар. Олар жасуша-клеткалар Давыдовскийдің пікірінше, тіндердің өсуіне керек.

7. Ауыз қуысындағы тістердің пайдалы және зиянды жағы бар. Зиянды екі жағы: а) Оқ тигенде тіс ұясынан шығып ауыз қуысындағы мүшелерді жарақаттап, тіпті тыныс жолдарына түсіп тұншығуы-асфикция болуы мүмкін. б) Тіс жегісімен бүлінген тіс сынық жолында тұрса, инфекция көзі болуы мүмкін. Яғни, тіс арқылы инфекция ауыз қуысынан сүйек жарасына енуі немесе бөгде зат болуы мүмкін.

Тістің пайдалы екі жағы: 1) Тіс арқылы (рентгенограммасыз) жақ сүйегінің сынған жерін бұлжытпай табуға болады. 2) Тіс құрсауды бекітетін жер. Ол арқылы сынықты дұрыстап орнына салуға болады.

8. Бет-жақ аймағы көптеген майлы клетчаткалық қойнауларға толы. Олар бір-бірімен тығыз байланысты, ірінді қабыну кезінде ірің осы майлы клетчаткалар арқылы тарайды.

9. Бет терісі басқа жерлерге қарағанда жұқа (1 мм) және майлы қабықта жатқандықтан өте қоздырғыш. Терінің осы қасиетін пластикалық оталарда кеңінен пайдаланады.

10. Иммунобиологиялық қасиеті ауыз қуысында болатын микроорганизмдерге байланысты. А. И. Рыбаковтың ғылыми зерттеуі

бойынша, ауыз қуысында 96 түрлі патогендік микроорганизм өмір

сүреді. Осыған қарамай ауыз қуысындағы және аймағындағы жарақаттар тез арада жазылады. Бұл құбылысты үш жағдай-фактормен түсіндіруге болады:

1) Ауыз қуысындағы микроорганизмдер бір-бірімен қарсылықта (антогонизм) өмір сүреді. Мысалы: сүт қышқылды таяқша микробтар мен іріңді кокктардың ортасында биологиялық теңдік пайда болады. Осы теңдік бұзылса тез арада қабыну процесі басталады.

2) Сілекей құрамында бактерияларға қарсы лизоцим бар. Ол микроорганизмдерді жойып, ауыз қуысындағы ерітінділердің рН ортасын реттейді.

3) Организм өмірінде ауыз қуысындағы және аймағындағы тіндерде, осы микробтарға қарсы, жергілікті иммунитет пайда болады. Осы жоғарыда айтылған барлық ерекшеліктер бет-жақ аймағы жарақаттарының жазылуына (регенерация) толық жағдай жасайды, яғни бұл аймақтағы тіндер тез арада жазылады.

13.1. БЕТТІҢ ЖҰМСАҚ ТІНДЕРІНІҢ ЖАРАҚАТТАНУЫ

Бет-жақ аймағының механикалық жарақаты бар науқастарда бет тіндерінің зақымдануы кездеседі. Олардың себептері: тұрмыста, транспортта, өндірісте және спортта алған жарақаттар болып табылады. Жұмсақ тіндердің жарақатты зақымдануын екі негізгі топқа бөледі (Агроскино А. П. 1986).

1. Беттің жұмсақ тіндерінің жекелеген зақымдануы.

2. Беттің жұмсақ тіндерінің және бет қаңқасы сүйектерінің бірлескен зақымдануы.

Жұмсақ тіндердің зақымдануы жарақаттану орнына, жарақаттаушы заттың әсер ету күші мен түріне байланысты әр қилы келеді. Бетке тиген жұмыр заттың әлсіз соққысынан бұлшықет пен теріасты май клетчаткасы зақымданады. Жұмсақ тіндер ісініп, қанталаумен ұштасады. Қанталап ісінген жер 12-14 күндерге таман біртіндеп жоғалып, жасылданып кейін сары түске айналады. Жарақат алған жерге 2 күнге дейін салқын, кейін жылы басқан жөн.

Иек, бет доғасы аймағында, мұрын, маңдай, терілері жиі жараланады, тері бүтіндігі бұзылады, бірақ тігіс салуды қажет етпейді. Теріні антисептикалық ерітіндімен өңдеп жарға бриллиант көгі немесе 5% йод тұнбасын жақса жеткілікті. Жаралы жердің жазылуы қабықша астында жүреді. Қабықша тез түзілу үшін жарақаттың бетіне калий перманганатын әр 5-7 мин, сайын 1:10 ерітіндісін жағуға болады.

Өткір құралмен ұрғанда жұмсақ тіндер жарақаттануы мүмкін. Жарақат беткей немесе терең болуы, кейде бұлшықеттер, тамырлар мен жүйкелер зақымдануы мүмкін. Бет жарақаты кейде ауыз қуысын, мұрынды, ЛОР-мүшелерді, көзді, бассүйек-миды қамтуы мүмкін.

Жарақаттың кесілген, шаншылған, шабылған, жыртылған, соғылған, жыртылып-соғылған және т.б. түрлерін ажыратады. Мұрын, құлақ, ерін аймақтарында жануарлар немесе адамның тістеуінен де жарақаттар кездеседі. Соғылған, жыртылған жарақаттар маңындағы тіндер зақымдануы мүмкін. Жарақаттың пішіні алуан түрлі келеді.

Кесілген, шаншылған, шабылған жарақаттарда тіндер ақаусыз, жиектерінде қан аққан тегіс саңылау болады. Шабылған жарақатта сүйек те зақымданады. Клиникалық көрінісі көбінесе жарақаттың орналасуына байланысты. Жоғарғы немесе төменгі еріннің зақымдануына жарақат шеттерінің ақаулануы тән. Ауыз айналасындағы бұлшықеттердің зақымдануынан ауыз қуысының толық жабылуы бұзылып, сілекей ағып тұрады. Жарақат ластанып, тістермен зақымданғандықтан еріннің шырышты қабығы жыртылады. Ас қабылдауы қиындап, сөйлеуі бұзылады.

Құлақмаңы шайнау аймағы тіндерінің жарақаттануы сілекей безінің зақымданып, сілекей жыланкөздерінің түзілуімен не бет жүйкесі бұтақтарының, беттің ымдау бұлшықеттерінің зақымдануына әкелуі мүмкін.

Меншікті шайнау бұлшықеттерінің жыртылуынан болатын тыртықты өзгерістер тыртықты қарысу-контрактураның дамуына әкеліп, ауызды ашу бұзылады.

Төменгі жақасты айнағының тіндері жарақаттанғанда бет артериясы мен венасы, төменгі жақасты сілекей бездері, көмекей мен кеңірдек, ауыз қуысының түбі мен тіл зақымдануы мүмкін.

Мұрынның зақымдануы қан кетіп, тіндердің ісінуімен жалғасады. Мұрын ақауы пайда болса, оны күрделі реконструктивті оталар жасау арқылы жоюға болады.

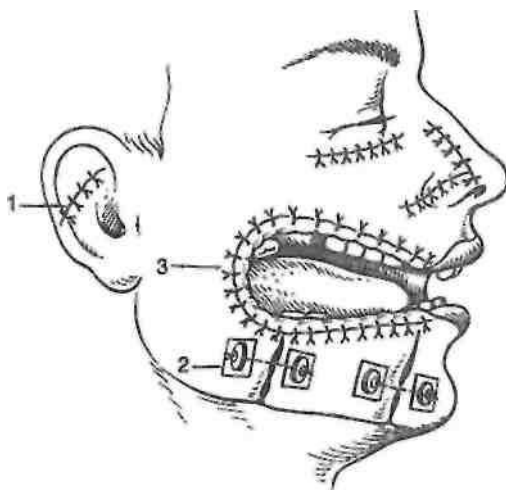
Кей жағдайларда бор мен сепарациялық дискілер ауыз қуысын зақымдайды. Тіс емдейтін бор терең жыртылған жарақат түзеді, ол инфекциямен асқынады. Одан кеткен қанды тіндерді тігу арқылы тоқтатуға болады. Одан кейін абсцесске қарсы дәрілер қолданған жөн.

Сепарациялық диск ауыз қуысын әртүрлі тереңдікте жарақаттайды. Дискімен немесе таспен тіласты аймағын, тіл венасы, артериясын кесіп кету өте қауіпті. Ол қатты қан кетумен жалғасса, оны емхана жағдайында тоқтату өте қиын. Тілдің көлемі тез ұлғайып, тұншығуға әкелуі мүмкін. Қан тамырлардан басқа төменгі жақасты сілекей бездері, тіл нервсі зақымдануы мүмкін, ол аурухана жағдайында емдеуді талап етеді. Тілдің жарақаттануы қатты қан кетумен көрінеді. Оны жарақатты тігу арқылы тоқтатуға болады (егер тіл артериясы зақымданбаса).

Жарақатты біріншілік хирургиялық өңдеу. Алдымен бет жұмсақ тіндерінің терісін гигиеналық өңдейді. Оны стерилді щетканы сабындап, жылы сумен жуады. Бірақ бұл кезде жарақатқа ластанған сумен, сабынды көпіршіктен қорғау қиын. Сондықтан теріні алдымен

бензинмен, кейін спиртпен сүртеді. Тері жабындысындағы түкті қырып тастайды. Кейін жарақатты антисептикалық ерітінділермен жуып механикалық жолмен бөгде денелер мен ластанудан тазартады. Егер жарақатты өңдеу жергілікті жансыздандыру-анестезиямен жүргізілсе анестетик ерітіндісіне антибиотиктер қосады. Ал жалпы жансыздандырудан-наркоздан кейін

жүргізсе, жарақат маңына антибиотик ерітіндісін жібереді. Егер өңдеуді мықты тігіс салумен аяқтаса, онда жарақатты қабат-қабатымен тігеді. Бұлшықетке міндетті түрде тігіс салады. Ауызға енген жарақат кезінде бірінші шырышты қабықты, кейін бұлшықетпен фасцияны, одан соң теріасты майлы клетчаткасымен теріні тігеді. Ерін жарақаттанғанда 1-ші бұлшықетті, кейін қызыл жиегін біріктіріп келтіріп, оның терімен біріккен шекарасынан тігеді, содан кейін теріасты майлы қабатпен теріні, соданкейін барып еріннің шырышты қабатын тігеді. Егер хирургиялық өңдеу 48 сағат ішінде жүргізілсе (беттің кез келген аймағының жарақатында), тінді мұқият тігіп резина түтік салуға болады.



Сурет- 74. Тігіс салу түрлері.

1-біріншілік терең тігіс салу. 2-пластикалық тігіс салу.

3-жараны айналдыра тігіс салу

Егер өңдеу 48 сағаттан соң жүргізілсе, тіндерден қабыну белгілері болса да ерін, қабақ, мұрын қанаты, құлақ қалқаны, ауыз қуысының шырышты қабатына мұқият тігіс салуға болады. Беттің қалған бөліктеріне сирек түйінді тігістер салған жөн. Тіндер ақауланса, біріншілік хирургиялық өңдеумен бірге жергілікті тіндермен 1-шілік пластикалық ем жүргізу керек, бұл кейін болатын деформациялардың алдын алу мақсатымен жасалады.

Беттің жұмсақ тіндерінің үлкен тесілген ақауында, хирургиялық өңдеуді, теріні ауыз қуысының шырышты қабатымен көмкере тігумен аяқтайды. Бұл кейін ақауды пластикалық жабуға қолайлы жағдай жасап осы аймақтағы дөрекі тыртықтар мен өрескел деформациялардың түзілуінің алдын алады.

Құлақмаңы сілекей безі зақымданғанда, бездің паренхимасын, кейін оның капсуласын, фасциясын, теріасты майлы клетчаткасын және теріні мұқият тіккен жөн. Ал шығаратын өзегі зақымданса, оның ортаңғы кесіндісіне түтікше енгізіп, ауыз қуысына шығарады. Бұл ауыз қуысында толық сілекей жыланкөзінің түзілуіне мүмкіндік жасайды. Түтікті 15-20 күннен кейін алып тастайды. Кейде зақымданған түтіктің ұшын тефлонды түтікте тігуге болатынын ескерген жөн.

Науқас 72 сағаттан соң келсе, жарақатта іріңді қабыну дамиды, бұл кезде біріншілік (кеш) хирургиялық өңдеу жүргізеді және іріңді процессті тоқтататын ем жасайды: іріңдікті тіліп, қашыртқы-дренаждайды, жарақатты антибактериалды дәрілермен жуып-шаяды. Қабынған процессті жойған соң, ерте екіншілік тігіс салады. Жарақатқа міндетті түрде түтікше салады. Барлық жағдайда схема бойынша сіреспеге қарсы сарысу енгізу көрсетілген.

13.2. БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ ЖАРАҚАТТАРЫ ЖӘНЕ ЗАҚЫМДАРЫНЫҢ ЖІКТЕЛУІ

Ұлы Отан соғысы жылдары кезінде жақ-бет аймағында кездесетін жарақаттар мен зақымдануларды зерттей отырып Д.А.Энтин және Б.Д. Кабаков 1951 жылы олардың жіктелуін ұсынды. Бірақ, осы уақыт аралығында көптеген терминдер, келіп шығуы-этиологиясы, сипаттамасы, бейбіт уақытта болатын жарақаттардың құрамы өзгерді. Осыған байланысты С.М.Киров атындағы соғыс-медициналық академиясының бет- жақ хирургия кафедрасының ұжымы, жоғарыдағы жіктелу мен Ю.И. Бернадский, П. З. Аржанцев, Т. Л. Лурье, Ж.Б.Оразалин т. б. ғалымдардың ұсыныстарын негізге ала отырып, 1984 жылы жаңа жіктелу нобайы қолданысқа енді (клиникада).

Жақ-бет аймағының жарақаттануы мен зақымдануының жіктелуі:

I. Бет аймағының жоғарғы, орталық, төменгі бөліктерінің жарақаттары:

1. Орналасуы бойынша;

А.Жұмсақ тіндердің жақ-бет аймағындағы мүшелермен бірге жарақаттануы: а) тілдің; б) сілекей бездерінің; в) ірі жүйкелердің; г) ірі қан тамырларының.

Б. Сүйек зақымдары: а) төменгі жақ; б) жоғарғы жақ; в) бет сүйегі; г) мұрын сүйектері; д) екі және онан көп сүйектер.

2. Жарақаттар түрі бойынша: тесіп өткен, соқыр, жанай тиген, ауыз қуысына енген және енбеген, жоғарғы жақ және мұрын қуыстарына енген.

3. Зақымдағудың механизмі бойынша: оқпен, жалғыз оқпен, жарқыншақпен, бытырамен, ине тәріздес заттармен.

II. Аралас зақым.

III. Күйіктер.

IV. Ісіктер.

Ескерту. Зақымдану келесі түрде кездесуі мүмкін: жеке, жеке-көптеген, жеке- қосымша (бастысы және қатар жүретін), қосымша көптеген (қатар жүретін және бастысы).

Халықаралық статистикалық жіктелуі.

Себебі бойынша:

I. Өндірістік:

А. өнеркәсіптік: а) химиялық; б) металлургиялық т. б.

Б. Ауыл шаруашылық: а) техникалық; б) мал шаруашылық.

II. Өндірістен тыс: а) тұрмыста; б) көшеде; в) көлікте; г) спортта; д) басқа жағдайда.

Егер зақым өндірістен болса, онда жұмыстан босату қағазы (бірінші күннен бастап беріледі. Өндірістен тыс жағдайда зақымданса, алтыншы күннен (алдыңғы 5 күнге Ф-095-/У түрдегі-формалы анықтама беріледі. Мас болған жағдайда барлық емделген күндерге Ф-094-і/У түрін-формасын береді.

Сынық түрі бойынша:

а) сынық санына байланысты, жалғыз, екі және көп жерден;

б) сынық бағытына байланысты: қисық, ұзына бойы, көлденең, иректелген, доға тәріздес т. б.;

в) күш түскен жерге байланысты: тура, тура емес, жұп (тура сынық күш түсірген жерде пайда болады, ал одан қарама-қарсы жақта болса оны тура емес сынық) деп атайды. Жұп сынық күш түсірген жерде және қарсы жағында болады;

г) механизміне байланысты (А. Э. Рауэр): шектен тыс майысудан, қысымнан, ығысудан, жұлынудан;

д) жарқыншақтың ауытқуына байланысты: алғашқы, кейінгі, қайта ауытқу деп бөлінеді.

Жарқыншақтың алғашқы ауытқуына, тиген күштің орнына, бағытына және күшіне байланысты болғандықтан, оның дәрежесін нақтылы білу қиын. Өйткені күштің тиген жерін ғана байқауға болады, ал бағыты мен күші, белгісіз. Сондықтан дәрігер алғашқы ауытқуды тек болжамдайды.

Кейінгі ауытқу жарқыншақтағы бұлшықеттердің жиырылуына және өз салмақтарының жылжуына байланысты. Бұл ауытқуды дәрігер нақты білуі қажет. Өйткені бұлшықеттердің басталып, аяқталатын жерлерін білумен қатар, олардың жұмыстарын толық білу қажет.

Қайта ауытқу сынықты орнына салып, бекітіп емдеу барысында пайда болады. Оның себептері: науқастардың ем тәртібін бұзуы, дәрігерлердің ем әдісін дұрыс қолданбауы.

ж) Жарқыншақтар ауытқуы мен қозғалуына байланысты (С.С.Тигерштедт): қозғалатын, майысып қозғалатын, қиын қозғалатын, бір-біріне кірген, алынбайтын болып бөлінеді.

е) Ашық және жабық сынықтар.

Ашық сынықтар егер сүйек жарасының сыртпен қатынасы болса және ол тек тіс қатарында кездеседі, ал жабық- сыртпен қатынасы болмаған және ол тек тіс қатарында кездеспейтін жағдайда болады.

Сынық-сүйек бүтіндігінің бұзылуы. Ол жарақаттық (зақымдану) және патологиялық болып бөлінеді. Сынық сүйекке өзінің пластикалық мүмкіншілігінен артық күш түсуі әсерінен пайда болады. Осы жағдайда сүйекпен қосыла жұмсақ тіндер де жарақаттанады.

Барлық адам қаңқасының ішінде бет-жақ аймағы сүйектерінің сынықтары 3,2%-тен 8%-ке дейін кездеседі.

Оның ішінде орташа есеппен 80-85 %-ы төменгі жақ сүйегінің үлесіне тиеді. **Себептері:**

1) Төменгі жақ сүйегі қозғалмалы сүйек. 2) Құрылысы шеңбер тәріздес тұйық болғандықтан жаққа тиген күш шеңбер бойымен тарала отырып ең осал жерінде сынады. 3) Бұл сүйек ашық жерде орналасқан, сондықтан барлық зақым осы сүйекке келеді. Жоғарғы жақ сынығы мұрын, шықшыт, сүйектерімен қосылып 12% болады.

Себебі:

1) Жоғарғы жақ сүйегі ми-бассүйек тереңінде (артында) және басқа сүйектерінің қоршауында орналасқан. Мысалы, жоғарыда маңдай, екі жағында шықшыт, алдында мұрын, астында төменгі жақ сүйектері.

Жоғарғы жақ сүйегін сындыру үшін күш алдынан артқа қарай бағытталып үлкен пәрменмен берілуі қажет (балтаның шүйдесімен т. б.)

Жоғарғы және төменгі жақтың қосылып сынуы 8% көлемінде. Бұл орташа статистикалық есеп студенттер үшін беріліп отыр.

Мысалы Ж.Б. Оразалиннің (1981) ғылыми деректері бойынша, Қазақстан Республикасында бір жыл ішінде 3,5 мың адамдардың төменгі жағы сынған. Оның ішінде 1-2-ші орынды Алматы, Қарағанды, Павлодар қалалары бөліседі.

13.3. ЖОҒАРҒЫ ЖАҚ СҮЙЕК СЫНЫҚТАРЫНЫҢ ЖІКТЕЛУІ

Беттің орталық аймағының сыну механизміне, сүйек кемігінің арқа тәріздес құрылысы және контрфорстардың (сүйектің қатты қабығының қалындауы) болуы үлкен әсерін тигізеді. Бұл маңайда 4 контрфорс бар.

1) Мұрын-маңдай контрфорсы ұяшық өсіндінің алдыңғы жағынан басталып жоғары жақ сүйегінің маңдай өсіндісімен көтеріледі.

2) Ұяшық контрфорсы жоғарғы үлкен азу тістерден басталып шықшыт альвеолды жотасы арқылы шықшыт сүйегіне және оның өсінділеріне тарайды.

3) Артқы контрфорс жоғарғы жақ төмпешігін негізгі сүйектің қанатша өсіндісіне қосады.

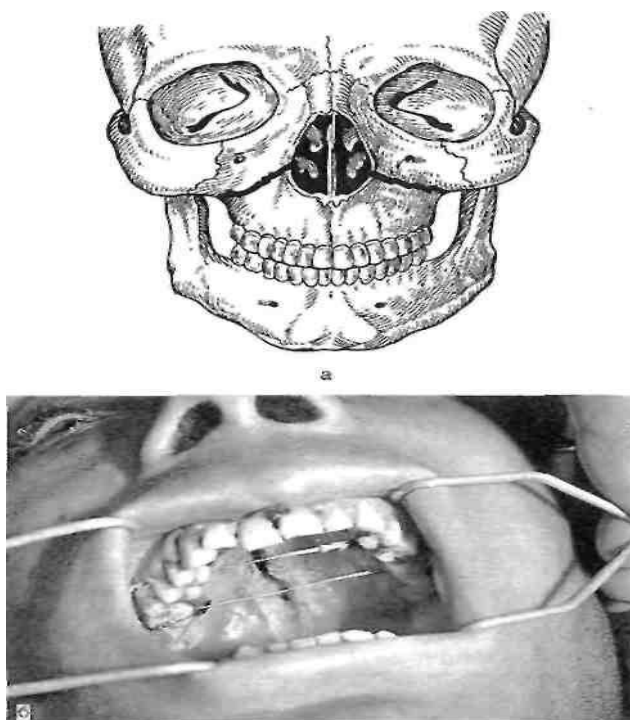
4) Таңдай контрфорсы мұрын түбіндегі екі астауша тәріздес сай арқылы мұрын-маңдай контрфорсымен жалғасады.

Жоғарғы жақ сүйегі бір-бірімен орталық сызық арқылы байланысып, ауыз, мұрын, көз қуыстарын жасауға қатынасады. Ол сүйектің ішінде гаймор қуысы орналасқан, оның қабырғалары кілегей қабықпен қапталған. Жоғарғы жақ сүйегінде бірнеше осал жерлер бар. Зақымдалған уақытта осы жерлерде сынық пайда болады. Оны зерттеген француз ғалымы Ле Фор (1901 ж.) Сондықтан бұл сынықтарды осы ғалымның есімімен атайды.

Ле-Фор жоғарғы жақ сынығын 4 түрге бөледі.

I. (Ле-Фор-I төменгі нұсқасы). Сынық бағыты жоғарғы жақ ұяшық өсіндінің негізінен көлбеу жазықтықта, алмұрт тәріздес тесіктің астымен, гаймор қуысының төменгі қабырғасымен, жоғарғы жақ төмпешігімен, негізгі сүйектің қанатша өсіндісі арқылы өтеді. Сынық екіжақты.

Мұнда жоғарғы жақтың ұяшық өсіндісі екі жағынан, жоғарғы жақ сүйегінің денесінен ажырайды (75-сурет).



75-сурет. Жоғарғы жақ сүйегінің Ле-Фор I бойынша сынығы

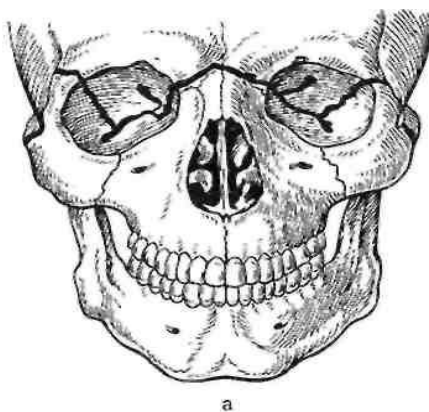
II. (Ле-Фор-II орталық нұсқасы). Сынық маңдай сүйегінің мұрын өсіндісімен мұрын сүйегінің қосылған жерінен (жігінен) басталып көз қуысының ішкі қабырғасы арқылы көзасты астаушысына келеді. Осы жерден алға қарай жоғарғы жақ сүйегімен шықшыт сүйегінің қосындысы және негізгі сүйектің қанатша өсіндісі сынады. Бұл жағдайда жоғарғы жақ, мұрын сүйектерімен қоса шықшыт және бас сүйектерінен ажырайды. Торлы сүйек сынып оның клеткалық өсінділеріне жабысқан ми қабығы жыртылады, яғни бас қаңқасының негізі сынуы мүмкін

(76-сурет).



76-сурет. Жоғарғы жақ сүйегінің Ле-Фор II бойынша сынығы

III. (Ле-Фор-III жоғарғы нұсқасы). Сынық жолы маңдай сүйегімен мұрын сүйегінің жігінен басталып көз қуысының ішкі, төменгі сыртқы қабырғалары арқылы өтіп шықшыт-маңдай сүйектерінің жігімен сынады. Артқы жағынан негізгі сүйектің қанатша өсінді мен шықшыт сүйектің



77-сурет. Жоғарғы жақ сүйегінің Ле-Фор III бойынша сынығы доғасы арқылы өтеді. Сөйтіп жоғарғы жақ, мұрын, шықшыт сүйектері

бас қаңқасынан ажырасуы немесе суббазальды (А. Э. Рауэр) сынық деп атайды (77-сурет).

Осындай сынықтар кезінде бас қаңқасының негізі сынады.

IV. (Ле-Фор-Герен). Жоғарғы жақтың ұяшық өсіндісінің бір жақты сынығы.

Ескеретін жағдай, жоғарыдағы Ле-Фор сынық сызбасы барлық сынық түрлерін қамти алмайды. Мысалы, жоғарғы жақ сынығы біржақты, бір жағында Ле-Фор II, екінші жағы Ле-Фор III т. б. аралас түбірлері кездесуі мүмкін.

13.4. ТӨМЕНГІ ЖАҚ СҮЙЕК СЫНЫҚТАРЫНЫҢ ЖІКТЕЛУІ

Бейбітшілік уақытта (оқсыз зақымданғанда) төменгі жақ тұйық доға тәріздес болғандықтан, сырттан тиген күш сол тұйық шеңбер арқылы тарап оның белгілі бір жерлері сынады. Осындай жер әдеттегі сынатын немесе сүйектің осал жері не болмаса доғаның ең көп иілген бұрышы деп аталады. Олар орталық жік, 3/3 тіс ұялары, төменгі жақ бұрышы және төменгі жақ буын өсіндісі (78-сурет).

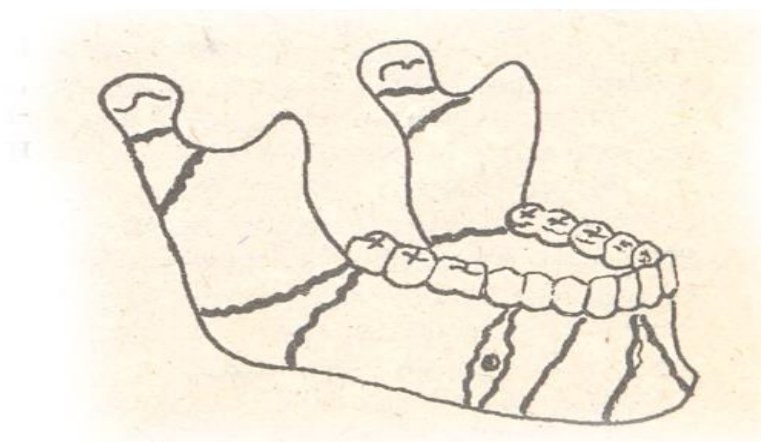
Орталық сызықта жақтың екі бөлігі қосылады. Ол жік өте қатты болғандықтан сынық оның оң немесе сол жағынан 1-2 мм ауытқиды.

3/3 тіс түбірі жуан және ұзын, маңындағы жақ сүйегі жұқа, сондықтан көбіне осы жер сынады.

Сынықтың төменгі жақ бұрышында болу себебін екі түрлі ғылыми көзқараспен дәлелденді: 1) Төменгі жақ доғасының ең үлкен иіні осы жерде орналасады, 2) Осы жерде өсу аймағы орналасқандықтан сүйекте кальций, фосфор қышқылдарының тұздары аз.

Жақ сүйегінің буын өсіндісі төменгі жақ доғасының ең жіңішке жері болғандықтан, көбінесе осы жердің сынығы кездеседі.

Төменгі жақ сынықтары біржақты, екіжақты, жалғыз, екі жерден және бірнеше жерден деп бөлінеді.



78-сурет. Төменгі жақ сүйегі сынатын осал жерлерінің жобасы

Тіс қатарындағы сынықтар ашық жарақаттар қатарына жатады. Өйткені ұяшық өсіндісіндегі шырышты қабық сүйек қабығымен тығыз байланыста. Бұл қабықтар сүйек сынғанда жыртылып, сүйек жарасы инфекция көзі болып есептелетін ауыз қуысымен байланысады. Сонымен қатар, сүйек сынықтарының аралығындағы тістер инфекция көзі болып табылады. Сондықтан бұл сынықтар асқынбас үшін инфекцияға қарсы күрес жүргізіп және барлық науқастарды сіреспеге қарсы егу керек.

Жұмсақ тіндер жыртылып жарақаттанбаса, тіс қатарынан тыс сынықтар көбінесе жабық жарақаттар қатарына жатады.

Төменгі жақсүйек сынуының механизмі. Төменгі жақ сүйегінің сынуы шектен тыс майысудан, қысымнан, ығысудан, жұлынудан болады. Сынықтар келесі нұсқаларда кездеседі: 1) Күш төменгі жақ сүйегі бүйірінің бір нүктесіне түссе тура сынық пайда болады. Кей жағдайларда осы сынық қарама-қарсы жағында тұра емес, буын өсіндісі қосымша сынуы мүмкін. 2) Күш төменгі жақ бүйірінің көлемді жеріне түссе, буын өсіндісінен немесе бұрышынан тура емес сынады. 3) Күш төменгі жақтың екі бүйірінен үлкен көлемде тисе, тура емес сынық орталық жікте де пайда болады.

4) Күш төменгі жақтың екі бүйірінеі симметриясыз тисе тура емес сынық иек маңында және қарама-қарсы жағынан буынды өсінді сынады.

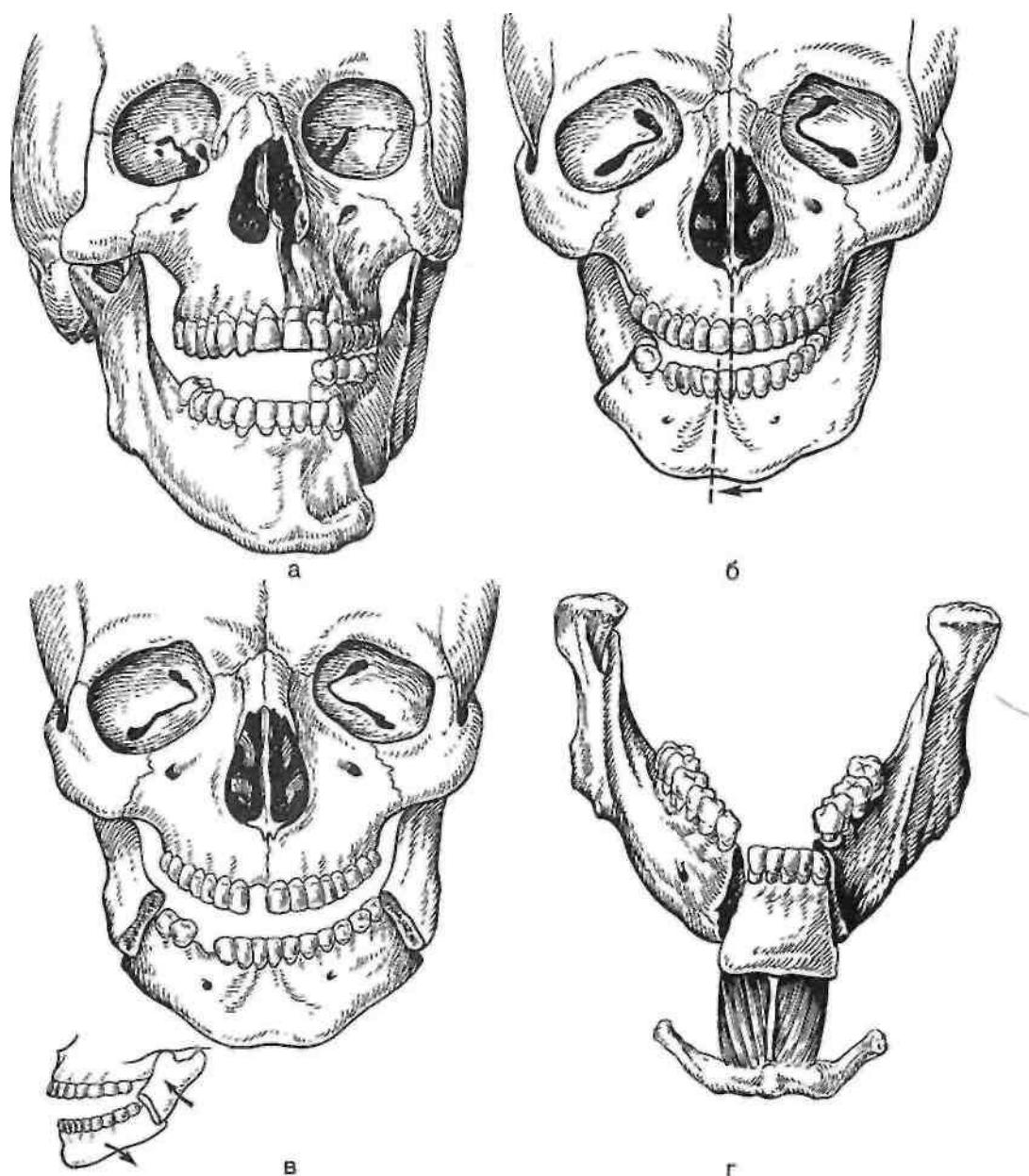
5) Күш төменнен жоғары қарай шектен тыс тисе буынды өсінді екі жағынан сынады.

Осымен, егер сынық шектен тыс майысудан пайда болса, онда шамалы аумаққа түскен күш әсерінен тура, үлкен аумаққа түскен күш әсерінен тура емес сынық пайда болады.

Қысым механизмі. Егер екі күш бір-біріне қарсы бағытталса, сүйек тіндері қысымға түседі (компрессия). Күш төменгі жақ бұрышынан көлемді аумақта төменнен жоғары бағытта соғылса, сүйек шықшыт буыны мен төменгі жақ бұрышының арасында қысылады. Осындай жағдайда жақ өсіндісінің ортасы көлденең сынады.

Ығысу механизмі. Күш түскенде сүйек тірегі бар жерімен салыстырғанда, тірегі жоқ жері ығысып сынады. Егер күш көлемі аз жерден төменгі жақ бұрышынан жоғары қарай тәж тәріздес өсіндіге бағытталса тірегі бар буын өсіндісі орнында қалып, тірегі жоқ жақ өсіндісінің алдыңғы жағы (тәж өсіндісімен қосылса) ұзына бойы ығысып сынады.

Жұлыну механизмі. Ауыз жабық кезінде жоғарыдан төменге қарай иекке соққанда төменгі жақ өсіндісінің тәж өсіндісі жұлынып сынады. Бұл сынық түрі өте сирек кездеседі. Тәж өсіндісіне тіркелген самай бұлшықетінің жиырылуынан деп есептелінеді.



Сурет-79. Жақтың сынығы кезінде сүйек бөліктерінің орнынан ауытқулары.

- а- төменгі жақ денесі;**
- б- төменгі жақтың бұрышы;**
- в- төменгі жақтың екі жақтық бұрыш аймағы;**
- г- төменгі жақтың екі жақтық иек аймағы.**

13.5. Жақ сүйектері сынықтарының клиникасы

Медициналық травматология саласындағы негізгі сынықтар жіктелуі олардың клиникалық көріністері бір-бірімен байланысы бір заңдылыққа бағынады. Сондықтан, бұл оқулықта осы заңдылықты қолдана отырып жақ-бет аймағы травматологиясының жіктелуі және клиникасы жеке қаралып отыр. Өйткені барлық сүйектер сынығының клиникасы ортақ болады. Бірақ әр сүйекке тән өзіндік негізгі белгісі бар.

Травматологияда барлық адам сүйектері сынығының жалпы

клиникалық белгілерін келесі бес топқа бөледі;

- 1). Жергілікті-локальды ауыру сезімі.
- 2) Патологиялық қозғалыс.
- 3) Сынықтың ауытқуы.
- 4) Сықырлау.
- 5) Сүйек жұмысының бұзылуы.

Осылардың ішіндегі әрбір сүйек сынығына тән өзіндік белгілері сол сүйек сынығының негізгі клиникалық белгісі болады. Бұл басқа сынық белгілерімен қосылып отыратынын еске сақтау қажет.

Төменгі жақ сүйегі сынығының клиникасы және нақтамасы. Төменгі жақ сүйегі доға тәріздес қозғалмалы тығыз сүйек. Екі симметриялы бөліктен тұрады. Сүйек тығыз тінінен құралып, аралығында аздаған кемік тіндері болады. Денесі жоғары қарай ұяшық өсіндіге ұласып, тіс ұясының қабырғаларын құрайды. Ұяшық өсіндінің қабығы сүйек қабығымен тығыз байланысып, қозғалмайды. Төменгі жақ сүйегінің ішінде қан тамыры және төменгі альвеолды нерв жүретін өзегі бар. Ми сауытымен бұл сүйек самай-төменгі жақ буыны арқылы байланысады.

Сынықтың қай жерде болуына және оның түріне байланысты аурулардың шағымдары әртүрлі болады. Барлық жағдайда да олар төменгі жақтың анық бір жерінде пайда болатын ауыру сезіміне шағым жасайды. Бұл жақ қозғалысында, тамақты тістегенде және шайнағанда ұлғая түседі. Кейде төменгі еріннің сезімталдығы жойылады (бұл жүйке қан тамырларының қысылуына немесе үзілуіне байланысты). Тістеу бұзылып және ауыздан қан ағуы ықтимал. Осылармен қатар бас айналып, ауырып, құсқысы келеді, кейде құсуы мүмкін.

Аурудың тарихын-анамнез жинаған кезде зақым қандай жағдайда, қашан, қайда, қай уақытта болғанын анықтау қажет. Осылармен қатар, ми мен бас қаңқасы негізінің бұзылуын (естен айырылу, құсу, жүрегі көтерілу, құлақтан қан кету, ретроградтық амнезия т.б.) анықтаған жөн.

Бұл мәліметтер нақтама қоюға, емдеуге керектігімен қатар, еңбектен босату құжаттарын бергенде, заң қорғау және мемлекеттік сақтандыру орындарына қажет болуы мүмкін. Сондықтан олар сырқатнамаға толық жазылуы қажет.

Нақты-объективті тексергенде науқастың жалпы жағдайын ағзалар мен жүйелерді тексеру (есін, тынысын, тамыр соғысын, қан қысымын, ішін пальпация арқылы тексеру, басқа ішкі мүшелерін тексеру) арқылы оның жалпы жағдайын білу қажет. Басқа аймақтардың зақымдануын тексеру қажет.

Аурудың бет-жақ аймақтарын сырттан қарағанда оның түрі-формасы, жұмсақ тіндердің зақымнан пайда болатын домбығудан, қанталау-гематомадан, иектің ауытқуынан, өзгеруі мүмкін. Бет терісінде

қанталау, сыдырылу және жара болулары мүмкін.

Төменгі жақты сипау-пальпация жасағанда жоғарыдан ортаға немесе орталықтан жоғары қарай саусақтарды төменгі жақ сүйегінің төменгі жиегімен жүргізу керек. Сипау-пальпацияны жақтың сау жағынан бастаған жөн. Бұл кезде ауыратын нүктесін, сүйек жарқыншағы жоқ жерін, ісік немесе қанның ұюын-гематоманы анықтауға болады.

Дәрігер саусақ ұшын құлақ құсына енгізіп төменгі жақты төмен және оңға, солға бұру арқылы буын басының қозғалуын байқауы керек. Немесе буын басының қозғалуын құлақ алдынан сипап байқауға болады.

Осыдан кейін ауыратын нүктені анықтау үшін ауыру белгісін тексеру керек. Ол үшін: 1) Оң алақанды иекке қойып алдынан артқа қарай төменгі жақты итереді. 2) Екі алақанды жақ сүйегінің екі жағына тіреп бір-біріне қарай қысады. 3) Бас бармақтарды төменгі жақ бұрышының екі жағына қойып, төменнен жоғары қарай (буын өсіндісіне қарай) ептеп басады.

Егер төменгі жақ сынған болса дәрігердің салған күшінен сынған жер ауырады, оны науқас бір саусағымен дәл көрсетеді. Әдетте, бұл жердің нүктесі бұрынғы сипау-пальпация жасаған кезде анықталған сүйек жарқыншағының жылжыған жері мен жұмсақ тіннің қанның ұюын- гематомасына сәйкес келеді.

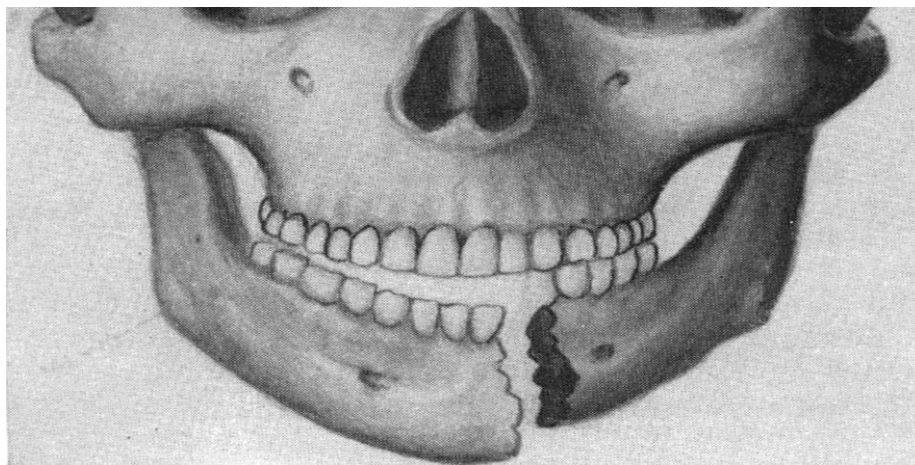
Төменгі жақ сынғанда иек сынған жаққа қарай ауытқиды. Ине арқылы ерін иек терісінің сезімталдығын екі жағынан анықтау қажет. Егер төменгі ұяшық жүйкесі үзілсе, сыйған жақта сезімталдық жойылады.

Осыдан кейін ауыз қуысын тексереді. Науқас аузын ашқанда оның тербеліс құлашы-амплитудасы азайып, иек сынған жаққа ауытқиды, жапқанда орталық сызық сынық жаққа ауысады, бұлар сынық белгілері болып есептеледі. Жақ сүйегі сынған жағдайда ауыз қуысының, әсіресе ұяшық өсіндінің кілегей қабығы қанталап жыртылуы мүмкін. Тісті ұрып көргенде-перкуссия жасағанда сынық аралығындағы тістер ауырып, тістестіру өзгереді. Тістестірудің өзгеруі сынық ауытқуынан болса, ал оның мөлшері негізінде ондағы бұлшықеттерге байланысты.

Сынықтың бар жоғын және оның орнын анықтайтын негізгі белгілердің бірі сынық бөлшектерінің қозғалуы. Оны келесі әдіспен анықтайды: оң қолдың сұқ саусағын бір сынықтағы тістің үстіне, ал сол қолдың сұқ саусағын екінші сынықтағы тістің үстіне қойып бас бармақтармен төменгі жақтың сыртынан ұстап, бірін жоғары екіншісін төмен, алға және артқа қарай жылжытады. Сол уақытта (сынық болса) сынық жанындағы тістердің биіктігі, ара қашықтығы өзгеруімен қатар, альвеолды өсіндінің кілегей қабығының жыртығы ұлғайды.

Клиникалық болжауды рентгенограмма арқылы дәлелдеу қажет. Рентгенограмма сынықтың және жарқыншақтардың ығысу дәрежесін, тіс түбірінің сыныққа қатынасын сипаттайды (80-сурет). Әдетте, екі

рентгенограмма жасалады: бірі — тік, екіншісі — бүйірден. Егер мүмкіншілік болса ортопантограмма жасаған жөн. Төменгі жақтың буын өсіндісі сынса, томограмма көп мәлімет береді. Дәрігер клиника-рентгенологиялық көрсеткіштердің негізінде дұрыс топикалық нақтама қойып, емдеу жоспарын жасайды.



80-сурет. Төменгі жақ сүйегінің сынығы

Сүйек сынықтарының ауытқуы. Төменгі жақ сүйегі сынығының негізгі клиникалық белгісі жарқыншақтардың ауытқуы болғандықтан, клиникада жиі кездесетін және орталық жіктен 3/3 тіс ұяларындағы төменгі жақ бұрыштарындағы сынықтарға назар аударамыз. Жоғарыда айтылғандай, жарқыншақтар негізінде өз салмағы және шайнау бұлшықеттерінің жиырылуы әсерінен ауытқиды. Сондықтан төменгі жақ сүйегіндегі шайнау бұлшықеттерін сипаттап өтейік.

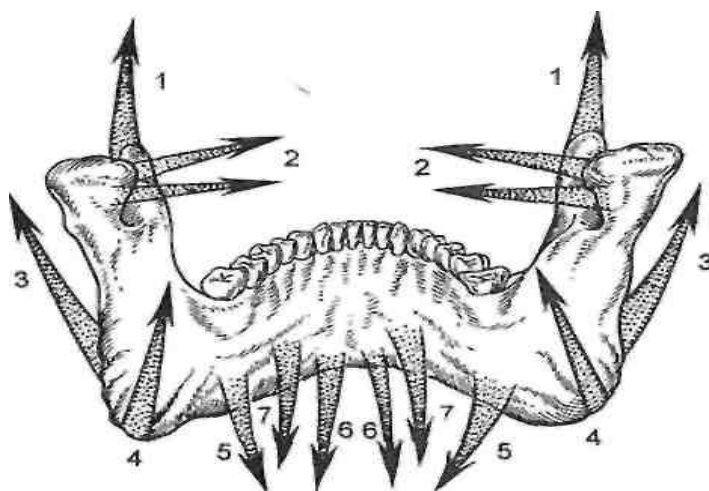
Шайнау бұлшықеттерінің көтергіш (артқы) тобы:

1. Шайнау—шықшыт бұлшықеті-сүйегі доғасының астыңғы қабаты мен жиегімен, шықшыт сүйегінен, жоғарғы жақ сүйегінің шықшыт өсіндісінен басталып төменгі жақтың үстіңгі қабатында (бұрышында) орналасқан шайнау төмпешіктеріне бекиді. Бұл ет екіжақты жиырылғанда төменгі жақты көтереді. Біржақты жиырылғанда төменгі жақты көтерумен қатар, оны сынық жағына қарай ауытқытады.

2. Самай бұлшықеті -тармақты орналасып келесі үш қабаттан тұрады: беткей, орталық және терең. Самай фасциясының ішкі қабатының жігінен, самай сүйегінен, негізгі сүйектің - үлкен қанатынан, самай беткейінен, төбе сүйектен, маңдай сүйектің қатпаршасынан, шықшыт сүйектің самай бетінен басталып төменгі жақ сүйегінің тәж тәріздес өсіндісіне бекінеді. Бұл ет жиырылғанда төменгі жақ жоғары көтеріледі.

3. Ішкі қанатша бұлшықет—негізгі сүйектің қанатша өсіндісінің екі пластинка аралығындағы шұңқырдан және жоғарғы жақ төмпешінен (сыртқы қанатша еттің басталатын жерінің сәл сыртынан) басталып, төмен, артқа, сыртқа қарай бағыттталып, төменгі жақ бұрышының ішкі беткейіне бекітіледі. Бұл ет жиырылғанда төменгі жақ жоғары көтеріледі.

4. Сыртқы қанатша бұлшықет—негізгі сүйектің үлкен қанатының самайасты беткейінен, негізгі сүйектің қанатша өсіндісінің сыртқы пластинкасынан және жоғарғы жақ төмпешігінен басталады. Ет төменгі жақтың буын өсіндісіндегі қанатша шұңқырына, буын қабына, жақ буынының ішіндегі шеміршекке бекиді. Ет екіжақты жиырылса төменгі жақ көлбеу жазықтықпен солға қарай жылжиды, ал біржақты жиырылса ол қарсы жаққа қарай ауытқиды.



Сурет-81. Бұлшықеттердің тартылу бағыттары

1 — самай бұлшықеті; 2 — сыртқы қанатша; 3 — шайнау;
4 — ішкі қанатша; 5 — жақ-тіласты; 6 — иек-тіл; 7 — иек-тіласты

Шайнау бұлшықеттерінің түсіргіш (алдыңғы) тобы:

1. Қосқарыншалы бұлшықет— артқы қарыншасы самай сүйегінің емізік жырығынан басталып алға және төмен қарай жүре отырып тіласты сүйегінің денесіне сіңір арқылы бекиді. Алдыңғы қарыншасы сол сіңірден басталып төменгі жақ сүйегінің иегінің астында орналасқан қосқарынша шұңқырына бекиді. Қалыпты жағдайда бұл ет жиырылғанда тіласты сүйегі төменгі жақ сүйегін төменнен артқа қарай тартады, ал төменгі жақ сүйегі тіласты сүйегін алға тартады.

2. Жақ-тіласты бұлшықеті төменгі жақ сүйегінің ішкі жағында орналасқан сызықшадан басталып орталық жікте (сызықта) екі жақтан қосылып орталық ақ сызық жасай отырып, артқы жағында төмен түсіп тіласты сүйегіне бекиді. Бұл етті ауыз қуысының диафрагмасы немесе мойынның жоғарғы шекарасы деп атайды.

3. Иек-тіласты бұлшықеті иек астынан басталып құрмау сүйегінің денесіне бекиді.

Қалыпты жағдайда тіласты сүйегі төменгі жақ сүйегін артқа, ал жақ сүйегі тіласты сүйегін алға қарай жылжытады.

4. Иек-тіл бұлшықеті-тіласты сүйегінің денесі төмен үлкен өсіндінің жоғарғы қырынан басталып, алға және жоғары көтеріліп тіл

ішіне енеді. Ет тілді артқа және төмен тартады.

Орталық жік сынығының клиникалық көрінісі. Төменгі жақ сүйегі орталық жіктен сынса бірдей екі жарқыншақ пайда болады. Бұлшықеттердің бекитін орны екеуінде де бірдей. Осыған қарамай төменгі жақ жиегінде (иекте) үшбұрышты (төбесі жоғарыда, негізі астында) ақау пайда болады. Ақау шайнау бұлшықеттерінің жиырылуына байланысты. Бұл еттердің жиырылу күші үлкен болғандықтан төменгі жақ жарқыншақтары сыртқа, ал тістер ішке қарай ауытқиды. Бұл кезде орталық тістер бір-біріне иін тіресіп тіс қатарында ауытқу болмайды. Сипап-пальпация жасағанда **ауыру сезімі және «тепкішек»** белгісін анықтауға болады. Кейде екі қолмен тексергенде патологиялық жылжу байқалады. Орталық тістер маңында кілегей қабықтың жыртылуы, қан ағу, ауыз қуысының асты қанталауы мүмкін.

Сойдақ тіс ұясындағы біржақты сынық клиникалық көрінісі. Бұл жер сынғанда екі жарқыншақ пайда болады, бірі — кіші, екіншісі — үлкен. Кіші жарқыншақ шайнау бұлшықеттерінің көтергіш тобының жиырылу күштерінің әсерінен жоғары жылжып тістер өз антогонистерімен қосылады.

Үлкен жарқыншақтың алдыңғы жағы түсіргіш бұлшықеттердің жиырылу күші әсерінен төмен жылжып, тістер бір-бірімен тістеспейді (ашық тістесу). Ал артқы жағы көтергіш үш шайнау бұлшықеттерінің әсерінен жоғары ығысады, тістер өз антогонистерімен тістеседі (түйіседі). Орталық сызық сынған жағына ауысады. Екі жарқыншақ ұяшық өсінділермен ішке ығысады.

Төменгі жақ бұрышы сынығының клиникалық көрінісі. Бұл сынықта да екі жарқыншақ пайда болады бірі — кіші, екіншісі — үлкен.

Жарқыншақтардың ауытқуы бұрыштағы шайнау және ішкі қанатты бұлшықеттерінен жасалған қапшыққа байланысты. Егер сынық сол қапшықтың алдында немесе артында (8/8 тіс) орналасса жарқыншақтар ауытқиды. Ал сынық сол қапшық ішінде орналасса, жарқыншақтар әдетте орнында қалады, сіңірлі еттен тұратын қапшық жарқыншақтарды орындарында ұстап тұрады. Егер жоғарыда айтылғандай сынық қапшықтан тыс орналасса, кіші жарқыншақ жоғары, үлкенінің алдыңғы жағы төмен, артқы жағы жоғары және сынық жағына қарай жылжиды. Тістесу алдыңғы жағында ашық, артқы жағында тістер өз антогонистерімен түйіседі.

Төменгі жақтың буын өсіндісінің бір жақты сынығының клиникалық көрінісі. Бұл сынық өсіндінің түбінде, мойын бөлігінде және буын басында орналасуы мүмкін. Кіші жарқыншақ сүйектің ішкі және сыртқы қабатының сынық деңгейіне байланысты. Екі бағытта жылжиды.

Бұған мысал ретінде оқулық иесінің ғылыми-клиникалық мәліметтерін келтіруге болады.

1. Сынық ішкі қабаттан басталып жоғарыдан төмен және сыртқа қарай бағытталса, онда кіші жарқыншақ сыртқа жылжиды. Үлкен

жарқыншақтың басы артқы (көтергіш) шайнау бұлшықеттердің әсерінен жоғары жылжып, кішкене жарқыншақты сыртқа итере оның орнын алады. Бұл жағдайда кіші жарқыншақты отасыз-консервативті әдістер (тіс аралығына көтергіш қойып ауызды жақаралық шендеуіш-күрсау арқылы жұмсақ тарту) арқылы орнына келтіріп емдеуге болады.

2. Сынық сүйектің сыртқы қабатынан басталып жоғарыдан төмен және ішке қарай бағытталған жағдайда, кіші жарқыншақ сыртқы қанатша еттің әсерінен ішке және алға қарай жылжиды. Ал үлкен жарқыншақ жоғары жылжып кіші жарқыншақтың орнына тұрады. Бұл сынықты емдеу үшін хирургиялық әдістер қолданылады.

3. Егер сынық бағыты буын өсіндісіне тік бұрышты көлбеуде болса кіші жарқыншақ ішке және алға қарай жылжиды, ал үлкені үш көтергіш шайнау бұлшықеттер әсерінен жоғары және сыртқы қанатша ет әсерінен сыныққа қарай ауысады.

Барлық буын өсіндісінің сынықтары кезінде буын өсіндісінің басы шығып буын қабы жыртылуы мүмкін. Бұл жағдайда құлақ алдындағы жұмсақ тіндер босап, буын басының буын сайында қимыл болмайды. Ал, буын басы орнында болса қимыл көлемі, сау жағымен салыстырғанда әлдеқайда азаяды.

Бүйірден және тіке жасаған рентгенограммаларда буын өсіндісінің тек төменгі жағында орналасқан сынықтар жақсы көрінеді. Ал жоғарыда орналасқан сынықтарды анықтау үшін томография немесе компьютерлі томография жасаған жөн.

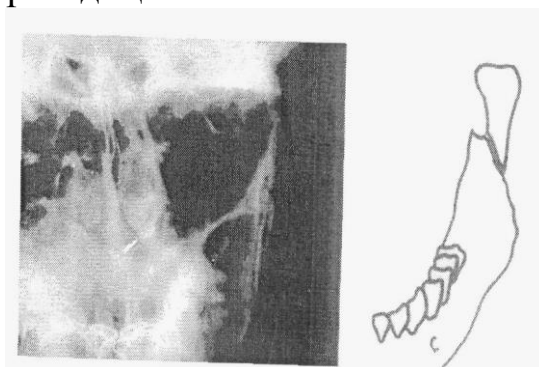
Буын өсіндісі – төменгі жақ сүйегінің өте нәзік құрылымы болып, зақым-дануға, жарақатқа бейім келеді. Оқулықтарда төменгі жақ буын өсіндісі аймағының жарақатын нұсқалы түрде 3-ке бөлуге болады.

Буын өсіндісінің негізінің сынуы;

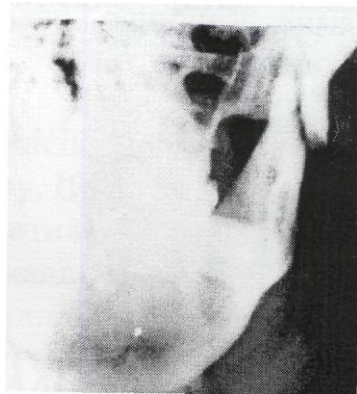
Буын өсіндісінің мойын аймағының сынуы;

Буын өсіндісінің бас аймағының сынуы.

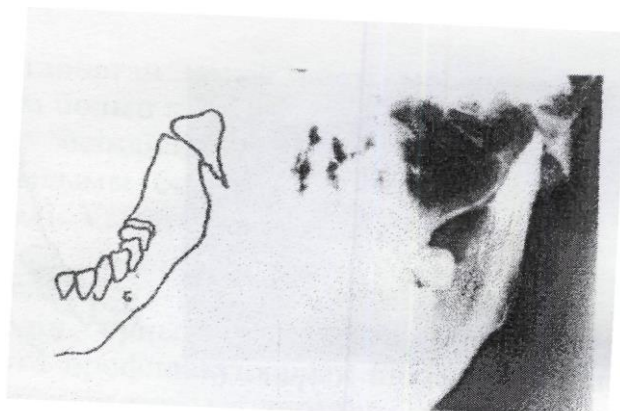
Бұл бөліну өте қолайлы және ол өз қызметіне сай деп есептеу керек, бірақ біздің пікірімізше, өте қолайлы жұмыс нұсқауы болып, емдеу кезінде өзінің қнды септігін тигізеді және осы нұсқаға сүйене отырып, буын өсіндісінің сынуын клиникалық-рентгенологиялық көріністері мен ағымына сай емдеу әдістерінің нәтижесін, қортындысын ескере отырып, біз шартты түрде 4-топқа бөлуді ұсындық.



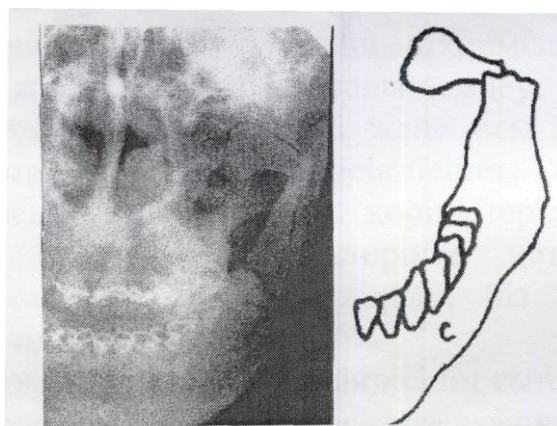
I-топқа төменгі жақ буын өсіндісінің сынуы-бұл жағдайда сүйек бөліктері орнынан ауытқмайды, қозғалмайды.



II-топқа төменгі жақ буын өсіндісінің сынуы- сүйек бөліктерінің қозғалуы тікеден-тік түрде, яғни төмен және алдыға қарай сүйек бөлігінің соңы жұмсақ тіндерге енбейді, сүйек бөліктерінің арасында ауытқулар байқалады.



III- топқа төменгі жақ буын өсіндісінің сынуы- сүйек бөліктерінің қозғалуы, ауытқуы тікеден-тік және көлбеу түрде, яғни сүйек бөлігінің соңы жұмсақ тіндерге еніп тұрады, сүйек бөліктерінің арасында ауытқулар байқалады.

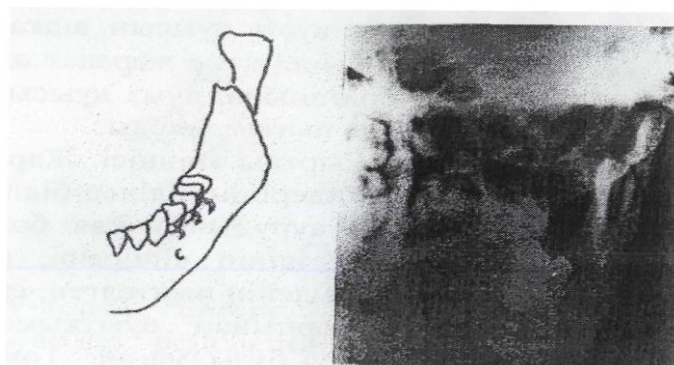


IV- топқа төменгі жақ буын өсіндісінің сынуы- буын өсіндісінің басы жартылай және толық шығуы, буын өсіндісінің басының шығуы алдыға сонымен қатар алдыға-артқы бағытта болады.

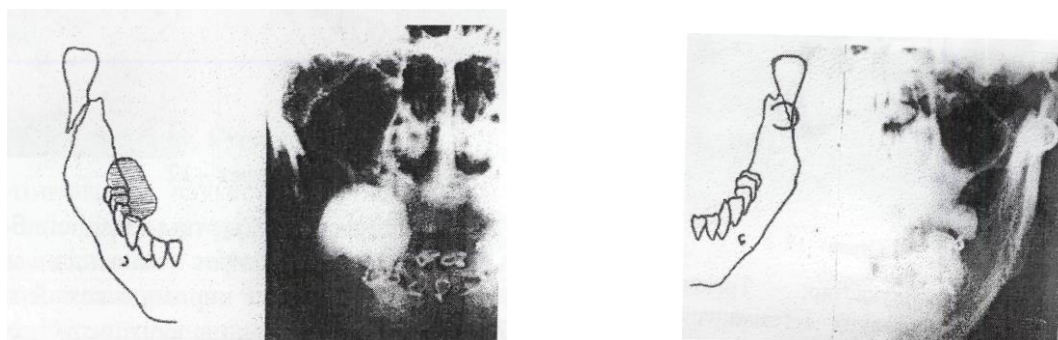
Төменгі жақ буын өсіндісінің сынуын емдеуде жоспарлы түрде

мынандай әдістерді қолдануды ұсынамыз:

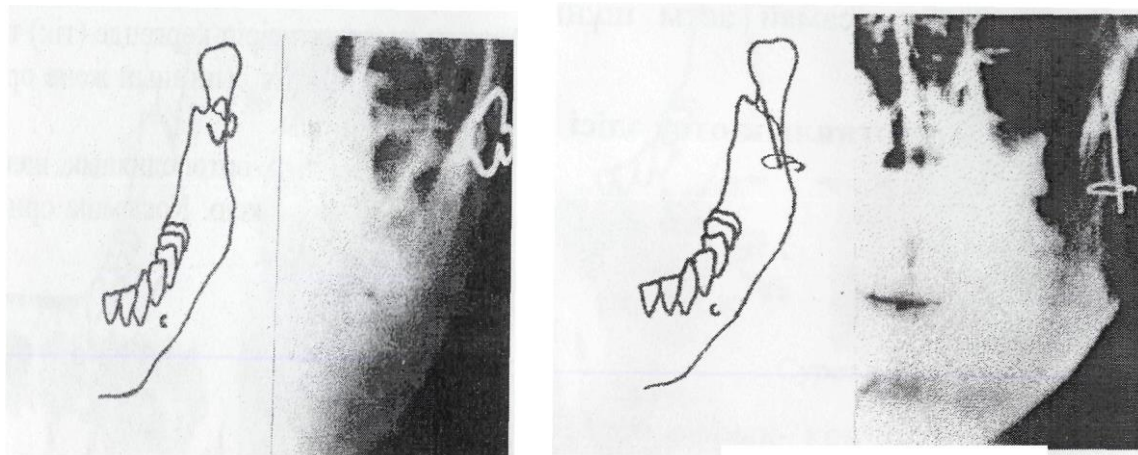
I-топтағы науқастарға – тек ортопедиялық, отасыз-консервативтік ем қолдану-шендеуіш салу-қою.



II- топтағы науқастарға - ортопедиялық, отасыз-консервативтік емдеу әдісі-мен қатар қосымша орнатқыш-шендеуіш қойылады, егерде бұл әдіс тиімді болмаса, онда хирургиялық-ота әдісі қолданылады.



III - IV- топтағы науқастарға – тек хирургиялық-ота әдісі мен шендеуіш қолданылады.



Шайнау қызметінің қалпына келу дәрежесін анықтау мақсатында -өзіміз жаңартқан – гнатодинамограф- аспабында тексеріп көрдік.

I-топтағы науқастарға ем көрсетілген күннен кейін 7-ші тәуліктен бастап, күш түсіріп шайнау құбылысының нәтижесін анықтауға болады.

Екіжақты үшінші тістер ұясында орналасқан сынықтар клиникалық көрінісі. Сынық екі жақтың үшінші тістер ұясында орналасса үш жарқыншақ пайда болады: екеуі бүйірде, бірі ортаңғы.

Ортаңғы жарқыншақ түсіргіш бұлшықеттердің әсерінен төмен және артқа жылжиды, ондағы тістер алға қисайып тістесу ашық болады. Осы кезде тіл артқа жылжып тыныс тарылады және дислокациялық асфиксия (түншығу) дамуы мүмкін. Кіші жарқыншақтар жоғары және алға жылжиды.

Екіжақты бұрыш сынықтарының клиникалық көрінісі. Егер бұрыштағы қапшық жыртылмаса жарқыншақтар қозғалмайды. Ал қапшық жыртылып немесе сынық жолы қапшықтан тыс орналасса, бүйірдегі жарқыншақтар жоғары және алға жылжып орталық жарқыншақ алдыңғы жағында төмен, артқы жағы жоғары қозғалады. Олардың тербеліс құлашы-амплитудасы артқа орналасқан еттердің күшіне байланысты.

Буын өсіндісінің екіжақты сынықтарының клиникалық көрінісі. Сынық жолдарының бағытына байланысты кіші жарқыншақтар, жоғары және ішке (біржақты сынық тәріздес) немесе сыртқа жылжиды. Орталық жарқыншақтың арты жоғары, тістер өздерінің антогонистерімен тістеседі, ал алды төмен түседі (себептері жоғарыдағыдай). Тістесу ашық.

Жоғарғы жақ сынықтарының клиникалық көрінісі. Жоғарғы жақ сүйегінің ішінде үлкен жоғарғы жақ қуысы бар, сонымен қатар ол көз-мұрын қуыстарын құрауға қатысып, ми сауытының негізімен байланысып, бет сүйектерімен ұласып жатады. Өзіне үлкен күш түскенде белгілі осал жерлерінде сынық пайда болады. Француз ғалымы Ле-Фор (1901) сол жерлерді тексеріп жоғарғы жақ сүйегі сынығының жіктелуін ұсынды.

Жоғарғы жақ сынығы үшке бөлініп (төменгі, орталық, жоғарғы) оқулықтарда ғалымның атымен аталады. Гаймор, мұрын қуыстарының қабығы өте нәзік, жұқа болғандықтан сүйек сынған кезде жыртылады. Сондықтан жоғарғы жақ сынығы ашық болып есептеледі. Оның негізгі механизмі ығысу.

Жоғарғы жақ сүйегі сынығының басты белгісі патологиялық қозғалыс. Оны ауруды жатқызып тексерген жөн. Ол үшін оң қолдың екі саусағымен жоғарғы жақ ұяшық өсіндінің алдыңғы (21/12) жағынан ұстап, жоғары және төмен қарай ақырындап патологиялық жылжуды сезгенше және көзбен көргенше қозғалтады.

Жоғарғы жақ сынығының төменгі типінің (Ле-Фор І) клиникалық көрінісі. Аурудың негізгі шағымы: Жоғарғы жақ ауырып, ауыру сезімі тамақты шайнағанда, тістескенде үдей түседі. Алдыңғы тістермен тамақты тістеу мүмкіншілігі жойылып, тістердің сезімталдығы азаяды, тістесу дұрыс болмай, тамақта бөтен зат тұрғандай сезім пайда болып, құсқысы келіп, мұрынмен дұрыс демала алмайды.

Сырт қарағанда бет әлпет, жоғарғы ерін және беттің жұмсақ тіндері ісініп, мұрын-ерін қатпары тегістеледі. Осы маңдағы теріде сыдырылу, жыртық — жара, қанталаумен қатар, теріасты май қабатында ауа (эмфизема) болуы ықтимал. Жарқыншақтың төмен жылжуына байланысты бет әлпетінің төменгі бөлігі ұзаруы мүмкін. Ауыз қуысын қарағанда барлық кілегей қабық қанталап, кейбір жерлері жыртылуы мүмкін.

Жоғарғы жақтың ұяшық өсіндісі екі жағынан қозғалады. Жарқыншақ төмен ығысып, кейде оның алдыңғы жағы көтеріліп артқы жағы сыртқы қанатша еттің күшімен төмен түседі. Сипап-пальпация жасағанда сүйек сықыры, жергілікті ауыру сезімі және «сатылы» белгілерін байқауға болады. Гаймор және мұрын қуысының сынуына байланысты жұмсақ тіндерде ауа (эмфизема) пайда болады. Негізінде бұл сынықтың ауытқуы-жылжуы бірінші ығысу жағдайларына-факторларына байланысты.

Төменгі жақ қатарының жоғарғы бөлігінен сәл ішкерірек, негізгі сүйектің қанатша өсіндісінің басын (ілгегін) басқанда ауыру сезімі пайда болады (**салмақ түсіру белгісі**).

Оң қолдың бас бармағы мен сұқ саусақтар арқылы жоғарғы жақ сүйегінің қозғалысын байқау барысында сол қолдың саусағын ауыз қуысының өтпелі қатпарына қойып сынық бағытын білуге болады.

Жоғарғы жақ сынығының ортаңғы (Ле-Фор II) типінің клиникалық көрінісі. Аурудың шағымы жоғарыдағыдай Ле-Фор I тәріздес оған қосыла көзасты, танау, үстіңгі ерін, мұрын пердесінің терісінде сезімталдық жойылуы мүмкін. Мұрын-жас өзегі бұзылса көзден жас ағуы мүмкін. Иіс сезу жүйкесінің бұзылуына байланысты иіс сезу қабілеті жойылуы мүмкін.

Көзасты, мұрын түбі жұмсақ тіндерінің қанталауына байланысты адамның бет әлпеті өзгереді.

Көз конъюнктиваларының қанталауы, жұмсақ тіндерде ауа (эмфизема) болуы мүмкін.

Қозғалысындағы патологиялық белгілеріне барлық жоғарғы жақ сүйегі мұрын сүйектерімен қосылып қозғалуы жатады. Сынған сүйек өз салмағымен төмен түседі де, оның артқы бөлігі бір басы жоғарғы жақ сүйегінің төмпешігімен басталатын сыртқы қанат тәріздес еттің тартылыс әсерінен күрт төмен түседі. Алдыңғы бөлігі жоғары көтеріледі. Артқы тістер антогонист тістермен түйісіп, тістесу ашық болады.

Жоғарғы жақтың артқы бөлігінің төмен түсуінен тіл түбірі тітіркеніп науқаста үнемі лоқсу рефлексі пайда болады. Көп жағдайда көзасты аумағының, төменгі қабақ және мұрын қанатшасының терісінде ауыру сезімі болады. Көз ұяшығының төменгі қырын басып тексергенде саты сүйек қыры байқалады. Жұмсақ тіндердің домбығып ісінуіне байланысты мұрын-маңдай жік аумағында шығыңқы сүйекті табу өте қиынға түседі. Дегенмен бұл аумақта кей жағдайларда сынықтардың сықырлауын

байқауға болады. Егер сол қолдың сұқ саусағын көзасты аумағында, ал бармақты мұрын түбіріне орналастырып, оң қолмен ақырындап жоғарғы жақты алға-артқа жылжытып сипаса, екі жерде сүйек сынығының бір уақытта қозғалғаны байқалады. Ал сынық жоғары-төмен бағытта ығысса мұрын түбірі үстіндегі терінің қатпарланғанын немесе сынықтың ығысуынан тері керіліп, оның түсінің өзгергенін көруге болады. Осымен қатар мұрыннан, ауыздан, және мұрын-жас түтігі жарақаттанып оған қан кеткен жағдайда қан ағуы мүмкін.

Ауыз қуысында жоғарғы жақтың өтпелі қатпарында, кіші азу тістер аумағында жартылай ұрттың кілегей қабығының қанталағаны көзге түседі. Басып тексергенде бет-ұяшық қырының аумағында және оның артқы жағында шығыңқы сүйек қыры байқалады. Кіші азу, сойдақ, күрек тіс аумақтарының шырышты қабатының сезімталдығы екі жағында да бұзылады, ал үлкен азу тіс аумағында ауыру сезімі сақталады. Жұтқыншақтың сырт қабырғасының домбығуы оның айналасындағы кеңістікте гематома бар екенінің белгісі болып табылады. Жүктеме белгі сынық сызығының бойында оң болады. Ал басқа нақты-объективті көріністер Ле-Фор I типіндегідей болады.

Жоғарғы жақтың Ле-Фор II көбінесе мидың шайқалуымен, ұрылуы және мидың сығылуымен бірге жүреді. Бас қаңқасының негізінің сынуы мен мидың шайқалуы алдыңғы ми сауытты шұңқырымен қатар, ортаңғы-сында да болуы мүмкін. Жарақаттанған науқастың, көзіне бір зат

қосарланып көрінеді. Яғни қосарлану-диплопия белгісі пайда болады. Сондықтан науқас дәрігермен әңгімелескенде бір көзін жауып отырады немесе саусақпен көзін астынан көтеріңкіреп диплопияны жояды. Тістерін тістескенде көздері ұяшығының түбімен бірге жоғары қарай жылжиды. Жұмсақ тіндердің қанмен инфильтрациялануына байланысты экзофтальм пайда болады, ал мұрын түбірі мен көздің жоғарғы сыртқы аумақтарында сықырлау немесе сүйек қыры байқалады. Тәж тәріздес өсінді ығысқан бет сүйегіне қосылғанымен науқас аузын ашқанда бұл аумақта ауыру сезімі күшейе түседі.

Жоғарғы жақтың, мұрын сүйектерінің, мұрын ұшы мен көз алмаларының патологиялық қозғалысы байқалады. Басқа белгілері Ле-Фор II сынығындай, Ле-Фор II, Ле-Фор III жоғарғы жақ сынықтарында жиі бас қаңқасының негізі қосарлана сынады. Бұл жағдайда негізгі белгілер:

а) шынайы көзілдірік белгісі, алдыңғы көз ұясының және көз айналасындағы клетчаткалық қанталауы 24-48 сағаттан кейін шегіне-опогеясына жетеді;

б) ауыз, мұрын қуыстарының және құлақтың сыртқы дыбыс жолының ликвореясы. Сондықтан хирург-стоматолог басқа да белгілерге сүйене отырып, бас қаңқасының негізі сынғанын анықтау үшін келесі белгілерді білуге тиіс:

1). Басын төмен түсіргенде, күшенгенде және мойынның ірі

веналарын саусақпен басқанда мұрыннан ликвор ағу күшейе түседі.

2). Бет орамал белгісі, ликвормен ылғалданған таза бет орамал кепкенде қатты болады.

3). Медициналық орамал (салфетка) белгісі. Қан құрамында ликвор болғанда, салфеткаға мұрыннан тамған сұйықтан шеті ашық түсті ликвормен қоршалған қызыл дақ қалады.

4). Жұлын пункциясы жұлын сұйығында қанның барлығы диагноздың дәлелі айқын және емдік іс-қимылы болып саналады.

Астыртын ликвореяны анықтау үшін жасалатын жұлын пункциясы, 1-урасин (баяу) немесе радиоактивті фосфорды эндолюмбалды ендіру нейрохирургтің немесе невропатологтың міндетіне жатады. Кей жағдайда ликвореясы бар науқастарда ликворлы кеңістіктерде ауа жиналуы мүмкін. Бұл жағдай негізгі маңдай қуыстары, торлы лабиринт сынғанда сирек кездесетін айқын белгі.

5). Мидың 12 жұп жүйкесінің бұзылуы. Жиі зақымданатын үшкіл, бет, тіл-жұтқыншақ жүйкелері. Ми қатпарының тітіркенуі, Керинг белгісі т.б. патологиялық рефлексдер түрінде байқалады. Жоғарғы жақ сынығының барлық белгілері бір кешенді-белгілерге жиылып жоғарғы жақ белгісі-синдромы деп аталады. Бұлар: а) Ұзарған, жалпайған, таңқалған бет, бұл белгілер жоғарғы жақ сүйегі сынықтарының төмен ығысуына байланысты, артқы бөлігі төмен ығысып, көз қуысы үлкейеді; б). Мұрын сүйектерінің сынуына байланысты онымен дем алуы және маңқалануы; в) Көзасты жүйке-нервінің қызметі бұзылуынан невралгия, анестезия, парестезия дамуы; г). Жоғарғы жақтың төмен және артқа ығысуынан жалған прогения пайда болуы.

Жоғарғы жақ сынығының нақтамасын барынша толық анықтау үшін ең көп созылған және сүйектердің қысылғанына сай келетін нүктелерді басып тексергенде ауыратынын ескеру керек.

1. Жоғарғы мұрындық- мұрын пердесінің негізінде;
2. Төменгі мұрындық-мұрын пердесінің негізінде;
3. Экстраорбитальды- көз ұясының сыртқы қырында;
4. Инфраорбитальды -көз ұясының төменгі қырында;
5. Беттік;
6. Туберельдық- жоғарғы жақ сүйегінің төмпешігінде;
7. Бет-ұяшығы- жоғарғы 7-ші тістің үстінде.

Жақ сүйектері сынықтарының ерекшеліктері:

1) Тіс қатары аймағында сынықтар 100% жағдайда ашық деп аталады, өйткені ұяшық өсіндінің шырышты қабаты сүйектің сыртқы қабығымен және сүйекпен тығыз байланысқан, сондықтан сүйек сынғанда шырышты қабат жыртылып сүйек жарасы ауыз қуысымен байланысып жатады.

Бұл ерекшелікті білу жақ сүйегі сынықтарының қабынуын және сіреспенің алдын алу емдерін жүргізуді қамтамасыз етеді.

2) Нақтама қойғанда сынықтың соққы тиген жақтың қарама-қарсы жағында орналасатынын ескеу керек (әсіресе төменгі жақта).

3) Шайнау, тыныс алу, сөйлеу, жұтылу қызметін атқаратын еттердің әсеріне байланысты зақымданған ағзаға тыныштық қамтамасыз етудің қиындығы. Сынықты орнына дұрыс салу керек, дұрыс салынбаған жағдайда ондағы тістер шайнау қызметін атқара алмайды;

4) Тістердің жағымды және жағымсыз рөлі. Жағымды — тістерге қарап сынған жерді анықтауға және құрсау бекітуге болады. Жағымсыз сынық бойында орналасқан ауру тістер инфекция көзі, ал сынық сызығы периодонт қуысымен өтсе инфекция өткізгіші, жүйке-нерв-қан тамыр шоғыры үзілсе — тіс бөгде зат болып саналады.

Жақ-бет аймағы жарақаттанған науқастарға көмек көрсету. Жақ сүйегі сынған науқастардың еміне барынша тез арада олардың жоғалтқан пішіні мен қызметін қалпына келтіру жатады. Бұл мақсатқа жету үшін травматологияның келесі жалпы қағидаларын орындау қажет: а) репозиция (сынықты өз орнына салу); б) фиксация (бекіту); в) ауру ағзаға тыныштық жасау немесе физиологиялық ем; г) асқынулардың алдын алу.

Көрсетілген көмектің көлемі, түрі жарақат алған жердегі жағдайға, медициналық бекеттер мен мекемелердің дислокациясына (орналасқан жеріне) байланысты өзгеруі мүмкін.

Көмек көрсетудің бірнеше түрін ажыратады:

1). Алғашқы көмекті науқастарға жарақат алған жерде, санитарлық посттарда санитар, санинструкторлар болмаса өзіне-өзі немесе біріне-бірі көмек көрсетеді.

2). Дәрігерлік көмекке дейінгі жәрдемді фельдшер немесе мейіркеш көрсетеді, оның мақсаты алғашқы көрсетілген көмекті толықтыру.

3) Бірінші дәрігерлік көмек, жарақат алғаннан бастап 4 сағатқа дейін көрсетілу керек (бұл көмекті ауылдық ауруханаларда, дәрігерлік денсаулық бекеттерінде, жедел көмек оталарында маман емес дәрігерлер көрсетеді).

4). Жетілдірілген хирургиялық көмек медициналық мекемелерде жарақат алғаннан бастап 12-18 сағаттың ішінде көрсетілуі тиіс.

5). Мамандандырылған көмек жарақат алғаннан соң бір тәуліктің ішінде арнайы мекемелерде көрсетілу керек.

Алғашқы көмек көрсеткенде ең бірінші инфекцияның алдын алу үшін науқасты қырынан жатқызып басын төмен қарту немесе жарақаттанған жағына бұрып, жараға асептикалық таңғыш салынады. Беттің химиялық күйіктерінде күйген жерді тез арада салқын сумен жуып алғашқы көмек көрсеткен соң науқасты медициналық көмек көрсету бекетіне жібереді.

Дәрігерлік көмекке дейінгі көмек қан тоқтату, тұншығу-асфиксия, шокпен күресуді көздейді. Қан ағумен күрес. Қан тек сыртқа және ауыз қуысына ақпай тіндердің терең қабатына да ағуы мүмкін. Егер қан майда қан тамырларынан ақса оған тампон басып, қысып таңып тастайды

(асфиксия немесе жақ сүйегінің сынықтарын ығыстырып жібермесе).

Ал сыртқы ұйқы артерияның ірі бұтақтары зақымданса (тіл, бет, жоғарғы жақ, беткей самай артериялары) үлкен саусақпен ортақ ұйқы артерияны 4-ші мойын омыртқаның көлденең өсіндісіне қысып қанды уақытша тоқтатады. Төртінші мойын омыртқаның көлденең өсіндісі төрбұғана-емізікше бұлшықеті ортасындағы нүктеге сай келеді. Бірақ бұл әдіспен ұзақ уақытқа қанды тоқтатуға болмайды, себебі саусақ тез шаршайды. Ұзақ уақытқа қанды тоқтату үшін сау жағының қолын басқа қойып бинттеп немесе дәкеден тығыз орама жасап, оны зақымданған жақтың ұйқы артериясы проекцияланған жерге орналастырады. Сонан соң білікті басқа қойылған қолдың сыртынан айналдырып таңып тастайды. Қолдың орнына тақтайды да қолдануға болады.

Тұншығу-асфиксияның алдын алу және онымен күрес. Даму механизміне байланысты асфиксияның бес түрін ажыратады:

1. Тілдің артқа ығысуы (дислокациялық);
2. Кеңірдек қуысының қан ұйындысымен жабылуы (обтурациялық);
3. Кеңірдектің гематомамен немесе ісінген тіндермен қысылуы (стенотикалық);
4. Таңдайдың немесе тілдің салбыраған тіндерімен көмекей кіреберісін жабуы (қақпақшалық);
5. Қан, құсық, су т.б. қақалу (аспирациялық).

Тұншығу-асфиксияның алдын алу үшін науқасты отырғызып басын төмен қаратады, ал оның жағдайы ауыр немесе есінен танған болса шалқасынан жатқызып басын жарақаттанған жағына немесе жанына бұрады. Төменгі жақ сүйегі денесінің уатылуына, әсіресе иектің қосарланып сынуына байланысты тілдің артқа ығысуынан тұншығу-асфиксия жиі пайда болады. Тұншығу-асфиксиямен күрес жүргізудің тиімді әдістерінің бірі — тілді жібек жіппен киіміне тігіп немесе түйрегішпен түйреп қою. Обтурациялық асфиксияның алдын алу үшін ауыз қуысын мұқият тексеріп ондағы қан ұйындыларынан, бөгде заттардың тамақ қалдықтарынан және құсықтан тазартады.

Шокқа қарсы жүргізілетін шаралар. Бірінші кезекте қан кетуді тоқтату, асфиксияны жойып, транспорттық иммобилизацияны жүзеге асыру керек. Бет-жақ аймағындағы жарақаттар әсірінен болатын шокпен күрес барлық шаралар комплексін құрайды. Жарақатты одан әрі инфекциямен асқынбауы үшін асептикалық дәкемен байлап таңады. Бет сүйегі сынған кезде сынық жылжып кетпеуі үшін қатты тартып байлауға болмайды. Беттің кез келген зақымдануында жұмсақ тіндер жарақатына орта медицина қызметкеріне тігіс салуға тыйым салынады. Бет-жақ аймағының, ашық жарақаттарында, тіс қатары деңгейіндегі жақтың сынығын қосқанда, бұл кезеңде Безредкийдің сіреспеге қарсы сарысуын (3000 АЕ) жібереді. Науқасты арнайы мамандандырылған мекемеге жібергенде, не істелгенін көрсетіп, тасымалдауға қолайлы

жағдай жасау қажет. Есі жоғалған кезінде анамнезін жатқан кезде ғана тексеру қажет. Көмек пен тасымалдау да тек осы жағдайда жүргізіледі. Фельдшерлік-акушерлік бекеттің жабдықталуы біріншілік дәрігерлік көмек көрсетуге көптеп түскен кезде (авария, апаттар, әскери қимылдар және т. б.) дұрыс сұрыптап орын ауыстыру өте маңызды.

Біріншілік дәрігерлік көмек. Облыстық, аудандық, ауылдық, бөлімшелік ауруханада, орталық және аудандық қалалық, дәрігерлік денсаулық бекеттерінде көрсетіледі.

Негізгі мақсаты: қан кетумен, асфиксиямен, шокпен күрес.

Қан кетумен күрес — жарақаттағы тамырларды байлап таңу немесе мықтап дәкелеу. Ауыз қуысынан өте көп қан кеткенде әдеттегі әдістермен тоқтату мүмкін емес, дәрігер шұғыл трахеотомия жүргізіп, ауыз қуысы мен жұтқыншақты мықтап дәкелеу қажет. Тұншығу белгілері байқалған сәтте себебі анықталуы тиіс. Дислокациялық асфиксияда тіл тігіледі. Ауыз қуысын мұқият қарап, қан ұйындысы мен бөгде заттар алынып тасталса обтурациялық асфиксия қорқынышы тарайды. Егер айтылған шараларға көнбей асфиксия дами берсе, шұғыл трахеотомия жасалуы қажет.

Шокқа қарсы шаралар хирургиялық жалпы шұғыл ережелермен жүргізіледі. Жақ сынған кезде міндетті түрде бекітетін таңғыш салынады.

13.5.1. Жақ сынақтарын уақытша бекіту әдістері.

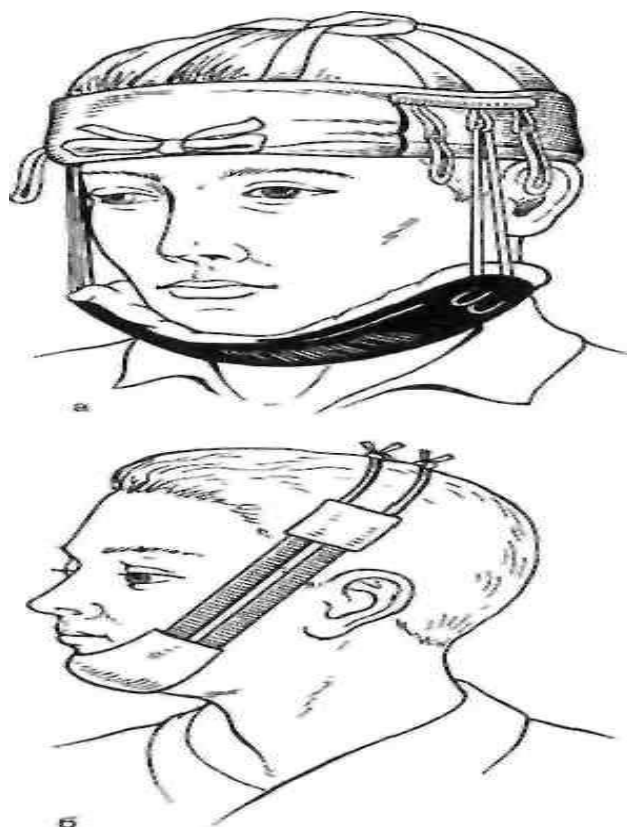
Төбе-иектік таңғыш салу. Науқасты тасымалдаған кезде сынықтардың жылжуына мүмкіндік бермейді.

Бұл мақсатта торлы эластикалық дәкені пайдалануға болады. Стандартты транспорттық таңғыш сынықтардың мықты бекуін қамтамасыз етеді. Ол иек сақпаны мен тірек қалпақтан тұрады. Оның 3 жұп ілмегі болады, ол резина сақинаны бекітеді. Ілмек астында дәке салатын қалта болады. Сондықтан резина сақина ісінген жұмсақ тіндерге күш түсірмейді және жарақаттамайды.

Қалпақ шүйде бұдырын жауып тұруы қажет. Сақпан жиегін жабу үшін қосымша мақталы дәке салады. Бұл ісінген жұмсақ тіндердің таңғы мен тікелей жанасуынан, иек маңындағы тері жабындыларының зақымдануынан қорғайды. Резина сақинаның санына байланысты, сақпан сыныққа күш түсіруі немесе түсірмеуі мүмкін. Төменгі жақ тіс қатарларынан тыс сынғанда және жоғарғы жақ сынғанда стандартты таңғышты 3 жұп резина сақина қолдану арқылы салады. Төменгі жақ тіс қатары деңгейінде сынса тек сынықты ұстату үшін салады. Біріккен сынықтарға шектен тыс күш түсірілсе одан әрі бітісіп асфиксияның даму қаупін туғызады. Сондықтан маман еместерге ұстатушы ретінде стандартты транспорттық таңба салу нұсқасы беріледі. Померанцева-Урбанскаяның жұмсақ иек сақпаны. Мұның иек-тіл бөлігі бірнеше қабат дәкеден немесе бязден дайындалған. Аралық бөлігі екі кең резинадан тұрады, ол таңғыштың шеткі бөлігіне

өтеді. Мұның бауы, сақпанның резиналы жолақтарының тартылу дәрежесін реттейді. Бұл таңғыш науқастар үшін тиімді, қолдануға қарапайым және сынықтардың жақсы бекітілуін қамтамасыз етеді.

Ауыздан тыс желісі бар (стержень) металл шина-қасық. Төменгі жақта тіс болмаса немесе жеткіліксіз болса жоғарғы жақ сынығы кезінде қолданылады. Дәкеден жасалған қасықты ауызға енгізіп жоғары жақ тістеріне қысып, оның желісін науқастың басына дәке немесе стандартты қалпақтың көмегімен бекітеді. Ауыздан тыс желі науқастарға көптеген ыңғайсыздық тудырады, қасық тістерде керегінше тығыз жатпайды. Қазіргі кезде бұл әдіс өте сирек қолданылады.



Сурет-82. а- қалыпты транспорттық байлам
б- Померанцева-Урбанскаяның жұмсақ иек сақпаны

Жақаралық лигатуралық бекіту-төменгі жақ сынықтарының орнынан жылжып кетуінен сақтайды. Оны жүзеге асыру үшін әр сынықта екіден мықты және антогонист тістер болуы қажет. Танып байлағанда сынық тұсында тұрған жарақатты пульпит немесе периодонтит белгісі бар тістерді қоспайды.

Жақаралық лигатуралық бекітуге келмейтін жағдайлар: мидың шайқалуы, ауыз қуысы тіндерінен қан кетуі, құсықтың пайда болу қаупі. Бұл таңғышты науқасты тасымалдау кезінде (әсіресе су мен әуе транспорты) салуға болмайды.

Таңғыш салу үшін қола-алюминий сымы (0,5-0,6 мм) қолданылады.

Қажетті аспаптар: қан тоқтатқыш қысқаш, анатомиялық пинцет, крампонды қысқаш, металл қайшы. Сым ұштары сағат бағытымен қайырылады.

Көптеген лигатуралық бекітулердің ішінде Айви бекітуі жиі қолданылады.

Жақаралық лигатуралық қарапайым бекітуде 5-6 см лигатуралық сым ұштарын тіс аралықтарына өткізеді де тіл жағынан орап қайтадан ауыз қуысының кіреберісіне әкеледі. Осы жерде сымның екіушы тіс мойнын орайды. Екінші лигатураны дәл осылай көрші тіске бекітеді. Кейін екі сымды өзара орай бір таңғышқа біріктіреді. Осылайша таңғышты екінші сынықтағы тіске, кейін антогонист тістерге салады. Сынықтарды орнықтырып, жоғарғы жақ тістерімен жанасқанға дейін жақындатады да сымдарды орай отырып бекітеді. Сымның ұштарын қайшымен кесіп, ұрт пен иектің шырышты қабығын жарақаттамайтындай етіп қайырып иеді.

Сегіз тәрізді бекіткенде, сым лигатураның екі ұшын тіс аралығына кіреберіс жағынан ауыз қуысына өткізгенде тістегі таңғышты да қамтуы қажет. Кейін сымның ұшы кіреберіс жағына қайтарылады. Бір ұшы кіреберіс жағынан тісті қамтитын сымның үстінен, ал екіншісі астынан өткізіледі. Кіреберіс бетінде сым ұштары өзара оралады. Кейін осындай таңғышты екінші сынық пен антогонист тістерге салады. Алдыңғы жағдайдағы сияқты жоғарғы және төменгі жақ тістеріне бекітілген сымдарды өзара орайды. Артықтарын қайшымен қиып тастайды.

Айви бойынша бекіткенде ұзындығы 10 см сымды алдын ала түйреуіш тәрізді етіп иеді де бір ұшын екіншісінен 1-1,5 см артық қылып қалдырады. Түйреуіштің ұшына — 0,2 мм шамасында ілмек қалдырады. Бұл үшін алюминий сымның кішкене бөлшегі, крампонды қысқыш, пинцет қолданылады. Сымның екі ұшы кіреберіс жағынан ауыз қуысы жағына тіс аралығы арқылы өткізіледі. Сымның ұзын ұшын, кіреберіс жағына, тіс арасы арқылы қайтадан өткізеді. Қысқа ұшы — кіреберіс жағына ілмектің алдына қарай орналасқан тіс арасы арқылы өткізіледі де ұзын ұшымен оралады. Сымның артығы қиылады, қалған бөлігі шырышты қабатты жарақаттамайтындай етіп қайырылып иіледі. Осындай таңғышты екінші сынықтағы тіске тіс — антогонистке салады. Сынықтар орнына салынып, сыммен жоғарғы жақ тістеріне бекітіледі.

Жақаралық лигатуралық бекітуде, жоғарғы жақ асқынғанда иек сақпаны немесе шеңберлі төбе-иек дәкелі таңғыш салғанда тістердің периондонтитіне, сыныққа бекітілген бұлшықетке күш түседі. Уақыт өте келе бұл тістер қозғалмалы келеді.

Мамандандырылған хирургиялық көмек. Мамандандырылған хирургиялық көмек емханаларда, травматологиялық бекеттерде, аудандық және қалалық хирургиялық, травматологиялық бөлімдерде дәрігер хирургтар мен травматологтар арқылы жүзеге

асырылады. Ең бірінші кезекте көмек шок, қау кету, жедел қан жоғалту, асфиксия белгілері бар науқастарға көрсетіледі. Мысалы, егер бет-жақ аймағының ірі қан тамырларынан қан кетуді тоқтату мүмкін болмаса, сыртқы ұйқы артериясын байлап таңады. **Мамандандырылған хирургиялық көмек көрсету кезеңін 3 топқа бөледі.**

1-тек хирургиялық көмекті қажет ететіндер (жұмсақ тіндер жарақаты, I-II дәрежелі күйіктер, бет үсігі);

2-арнайы көмекті қажет ететіндер (жұмсақ тіндер мен сүйек жарақаты, III-IV дәрежелі күйіктер, бет үсуі) көмек көрсетілгеннен кейін стоматологиялық стационар бөлімдерге жіберіледі.

3- тасымалдауға келмейтін және дененің басқа аймағы, зақымдануы кезінде (әсіресе ми жарақаты).

Жарақатқа қайтадан хирургиялық ем жүргізудің себебі алдын ала рентгенологиялық тексеру жүргізбегеннен болады. Бет сүйегі сынғанына күмәнданса оның тіндерінің регенеративті қабілеті артады да хирургиялық ем жүргізуге мәжбүр болады. 3-ші топ науқастарына мамандандырылған көмек көрсеткенде, дәрігер-хирург: 1) сынған жерге жансыздандыру жүргізуі; 2) жарақатқа антибиотик енгізуі; 3) қарапайым транспорттық иммобилизациялау; 4) жарақаттан қанның ақпай тұрғанына көз жеткізуі; 5) сіреспеге қарсы сарысу жіберуді тексеру; 6) дұрыс тасымалдауды қамтамасыз етуі (транспорт түрі мен науқастың жағдайы); 7) науқасқа не істелгені жайлы құжаттардың бәрін дәл көрсетуі тиіс. 3 топта- хирургиялық бөлімдерде барлық дәрігерлер, хирург-травматологтар мамандандырылған көмек көрсетуі тиіс. Өз кезегінде хирург-травматологтар бетті хирургиялық өңдеудің қағидаларын сақтап, сынықтарды транспортты иммобилизациялау әдістерінің негізін білуі қажет.

Бет пен басқа аймақтардың біріккен жарақаттарын емдеу дәрігер-стоматологтың қатысуымен хирургиялық ауруханада-стационарда жүргізілуі тиіс. Аудандық ауруханада стоматологиялық бөлімдер, отадан кейінгі бөлмелер көп болса да, бөлім бастығы аудандағы травматологиялық көмекті ұйымдастыруға және оның жағдайына жауапкершілік міндетін алуы тиіс. Бет-жақ жарақатын дәл тізімге алу үшін дәрігер-стоматолог фельдшерлік бекеттер мен учаскелік ауруханалармен байланыста болуы қажет. Бұдан басқа ем нәтижелерін де тексеріп отыру қажет. Арнайы бөлімдерге беттің күрделі және асқынған жарақатында ғана әкеледі. Мұнда жұмсақ тіндердің біріншілік пластикасы мен бет сүйегі сынықтарын емдеудің жаңа әдістері жүргізіледі.

Арнайы мамандандырылған шұғыл көмек және емдеу. Көмектің бұл түрі стоматологиялық стационарларда көрсетіледі (республикалық, облыстық, қалалық ауруханада, медицина институттары мен дәрігер мамандығын жетілдіру институттарында, ғылыми-зерттеу институтында, травматология және ортопедия институттарының бет-жақ бөлімдерінде).

Стационардың қабылдау бөлімдеріне науқастар түскен кезде 3 сұрыптау тобына ажыратқан жөн (В.И. Лукьяненко).

1. Ота және таңу бөлімдерінде арнайы мамандандырылған немесе мамандандырылған көмектің шұғыл шараларын қажет ететіндер: бет жарақатында қан тоқтамаса, асфиксия, трахеотомиядан кейін ауыз қуысы мен жұтқыншақты мықтап дәкелегеннен кейін, есін жоғалтқанда. Бұлардың бәрін таңу немесе ота бөлмесіне бірінші кезекте әкеледі.

2. Нақтаманы және зақымданудың ағымын анықтауын қажет ететін топ. Бұларға; бет пен жақ, ЛОР — мүшелер, бас, көз және т. б. аралас жарақаттар жатады.

3. Бөлімге екінші кезекте жіберілетіндер. Бұл топқа барлық науқастар жатады.

Науқас хирургиялық ем алдында клиникалық және рентгенологиялық тексерулерден өтуі тиіс. Алынған деректер негізінде ота көлемі анықталады. Хирургиялық өңдеу жұмсақ тіндер мен сүйек пластикасы, жергілікті оталар бір сәтте және толық жасалу керек.

А.А.Срагер мен Т.М.Аурье (1988) көрсеткендей регенерациялық бластомалар (остеогенді, фиброзды, аралас) сипаты сынық аймағында, тіндердің оксобиотикалық белсенділігімен анықталады, сондықтан барлық травматологиялық және емдік факторлар жергілікті қамтамасыз ету арқылы репаративті остеогенездік сапасы мен жылдамдығына әсер етеді.

Зақымдану нәтижесінде әрқашанда жергілікті қан айналымы регионарлы (БЖА) немесе жалпы (шок) бұзылады. Жергілікті және аймақтық қан айнарудың бұзылуы ұзағырақ болады, әсіресе қабынулы асқынулар пайда болғанда және сынықтардың иммобилизациясы болмағанда. Осының салдарынан тіндердің репаративті реакциясы өзгереді. Адекватты қанмен қамтамасыз етілгенде зақымданған аймақта сүйек тіндерінің ангиогендік түзілімдері жүреді. Сынықтардың қиылысқан жерінде дәнекер тіндік немесе шеміршекті регенерация, яғни репаративті остеогенез жүреді. Репаративті регенерацияның мұндай жолы тіндік ресурстар мен уақытты талап етеді. Ол сынықтың екіншілік бітісуімен аяқталуы мүмкін, кейде ұзақ сақталып немесе тыртықты дәнекер тін созылмалы қабыну ошағы болып, жарақатты остеомиелиттің өршуі түрінде көрінуі мүмкін.

Бет сүйектерін жабық репозициялап бекітудің артышылығы мол. Сондықтан сүйек сынықтары негізінде мына қағидалар ұсынылған:

- 1) Сынықтарды дәл қою. 2) Сынықтарды жақындатып қиыстыру.
- 3) Қиыстырылған сынықтарды тығыз бекіту. Бұл қағидаларды сақтау сүйектің біріншілік бітісуіне жағдай жасайды, мерзімін қысқартады.

13.6. Жақ сүйектері сынықтарын емдеу әдістері

Жақ сынықтарының емдеу әдістері жергілікті және жалпы деп

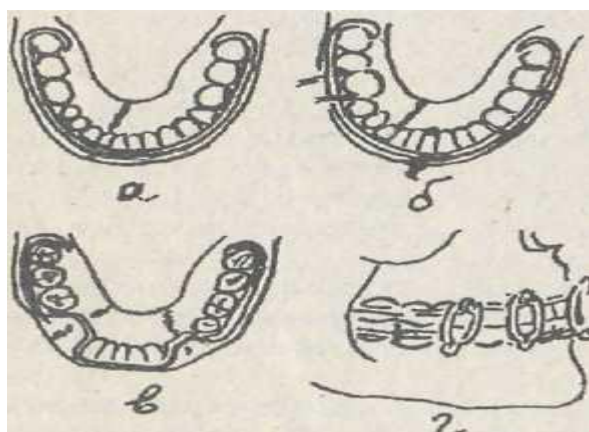
бөлінеді. Жергілікті емнің өзі уақытша (транспорттық) және тұрақты (емдік) емге бөлінеді. Тұрақты емнің ортопедиялық және хирургиялық түрлері бар.

Шендеуіштердің көмегімен көрсететін ортопедиялық ем үш топқа бөлінеді: тістік, тіс-қызыл иектік және қызыл иекүстілік.

Шендеуіштерге қойылатын талаптар: 1. Шендеуіш сынықтарды мықтап ұстап тұруы; 2. Құрылысы қарапайым болуы; 3. Қолда бар заттардан оңай дайындалуы; 4. Ағза қызметіне кедергі келтірмеуі керек.

Тістік шендеуіштер. Бұл шендеуіштердің ішінде кеңінен тараған алюминий сымынан жасалған Тигерштедтің, Васильевтің таспалы стандартты шендеуіштері. Тістік шендеуіштер тек тістерге бекітіледі, сондықтан олар тістер жеткілікті болса ғана қолданылады. Бұл шендеуіштерді орыс әскерінің тіс дәрігері Тигерштедт С.С. (1915) қолдануды ұсынған. Оны дайындау үшін диаметрі 1,8-2,0 мм алюминий сымы, 0,5-0,6 мм қола-алюминий сымы және аспаптар жиынтығы (крампон қысқышы, анатомиялық пинцет, қан тоқтатқыш қысқаш, егеу) қажет. **Шендеуішті дайындау ережелері:** Шендеуіш тістердің мойын аумағында орналасып, әрбір тіске жанасып тіс қатарының доғасымен иіледі. Ол серпілігі қызыл иекті жарақаттамау керек. Шендеуішті әр тіске сыммен бір

басынан бастап бекітеді, осыған байланысты тістерге түскен салмақ шендеуішке байланған тістерге біркелкі бөлінеді, оның күтімін жеңілдетеді. Шендеуішті ию барысында бірнеше ережелерді орындау қажет. Оны крампон қысқашымен қысып ұстап саусақпен иеді.



Сурет-83.Тигерштедтің шендеуіштері:

Бұл талап орындалмаса шендеуіштің иіліп дайын болған жері деформациялануы мүмкін.

Қазіргі кезде Тигерштедт шендеуіштерінің ішінде тегіс жақша тәріздес, тіректі шендеуіш, екі жақтық ілмектері бар шендеуіштерді көп қолданады, ал көлбеу шендеуішті сирек қолданады (83 а, б, в, г сурет). Шендеуішті салу алдында жергілікті жансыздандыру жасап сынық

бөліктерін орнына салады.

Біржақтық байланыстырғыш, жақша тәріздес шендеуіш сынықтың үлкен бөлігінде 4 тістен кем, ал кішісінде 2 мықты тістерден кем болмаса салынады.

Тегіс жақша тәріздес шендеуішті алдыңғы тістер аумағындағы оңай салынатын немесе ығыспаған тік сызықты сынықтарда, жоғарғы және төменгі жақтардың ұяшық өсіндісінің ортаңғы бөлігінен, бүйірінен сынғанда, егер сынық бөлігінде 2-3 тістен, жарақаттанбаған бөлігінде 3-5 мықты тістерден кем болмаса, тіс ұясынан шыққанда немесе сынғанда қолданады. Дегенмен жоғарыда аталған жақ сынықтарында екіжақтық ілмектері бар шендеуіш қолданған жөн. Өйткені тегіс жақша тәріздес шендеуіш иек аумағындағы сынық бөліктерін бір-біріне жақындата алмайды. Егер тіс ұясынан шықса немесе сынса оларды бекіту үшін шендеуіш каппалар қолданады.

Біржақтық жақша тәріздес шендеуішті дайындау үшін әуелі соңғы тісті тығыз қамтып ауыз қуысының тіліне кіріп тұратын (тіс түбірі $1/2$ немесе $1/3$ ұзындығына) ілмек иеді. Ілмектің ұшын тік жазықта 45° бұрыш жасай қайшымен қиып, ұшын егеумен тегістейді. Ілмек орнына қысқа жіңішке үшбұрышты тіс аралығына кіріп тұратын иін июге болады. Шендеуіш тістердің мойын деңгейінде орналасу үшін ілмек жасалған тіс сауытының ортасында немесе оның алдында орналасқан тіспен аралығында сымды жоғарыға (жоғарғы жақтан төмен) иеді. Сонан соң шендеуішті әрбір тіске жақындата отырып тіс қатарының бойымен иіп сыммен бекітеді. Сымның ұшын 5 мм қалдырып орталық сызық бағытында шендеуіштің астына қарай майыстырады.

Тіректі шендеуішті төменгі жақ сүйегі тіс қатарының аумағында жылжымай сынса немесе сынық оңай салынса, егер сынық сызығы альвеолды өсіндінің тістері жоқ жерлерінен өтсе және төменгі жақ сүйегі тіс қатарының аумағында ақауланып сынса қолданады.

Шендеуішті дайындау әдісі жақша тәріздес тегіс шендеуіштікіндей, тек сынық тістер жоқ жерден сынса, екі иығы сынықтың- жан-жағында тұрған тістерге тығыз жанасып тұратын иін иіледі. Иін ұяшық өсіндінің тістері жоқ жағына бағыттталып иіледі, оның ұзындығы тістің бүйір бетінің жалпақтығына сай келеді. Тіреуіш иін ұяшық өсіндінің деңгейінде немесе онан 5 мм шығыңқы болады. Шендеуіштің жекелей салу ережесі жоқ, өйткені тіреуіш иінді арнайы иілетін шендеуіштің кез келгенінде дайындауға болады.

Екіжақтық ілмектері бар шендеуіш жоғарғы және төменгі жақтарға бірдей дайындалады. Бұл шендеуішті төменгі жақ сынығы тіс қатарының аумағында жылжып сынғанда немесе сынық бөліктері қиын жылжыса, төменгі жақ екі, үш жерден сынса, сынық сызығы тіс қатарының артынан өтсе, жоғарғы жақ сүйегі сынса (қосымша төбе-иекті таңғышпен байлау немесе стандартты иектік сақпан) және сүйекке

пластикалық ота жасалған жағдайларда қолданады. Егер сынық бөліктерін қолмен орнына салуға мүмкіндік болмаса, оларға ілмектері бар шеңдеуіш бөлек дайындалады да, оларды жоғарғы жақ сүйегіндегі шеңдеуішке резинка дөңгелектермен тартып дұрыс жағдайға келтіреді, сонан соң қосымша жіңішке ортодонтиялық сымнан иген доға тәріздес шеңдеуішпен бекітіп бір-бірін тез қататын пластмассамен бекітеді.

Сынық бөлігінің біреуі жоғары қарай көбірек ығысқан жағдайда антогонист тістердің арасына резинкадан төсеніш қойып оны лигатурамен шеңдеуішке бекітіп қояды. Резиналы дөңгелектерді резиналы түтіктен кесіп дайындайды, олардың диаметрі әр түрлі болады. Резиналы дөңгелектің тарту күші оның диаметріне қарама-қарсы пропорцияда. Алғашқы екі күн диаметрі үлкен дөңгелектер салынады, кейінгі күндері олар диаметрі кішірек дөңгелектерге ауыстырылады. Сынық бөліктерінің бағытын дұрыс бағыттау үшін дөңгелек тартылысының бағытын өзгерту керек.

Шеңдеуішті дайындау әдісі. Әр шеңдеуіште 5-6 ілмек иіледі: сынықтың үлкен бөлігіне 3-4, ал кіші бөлігіне 2-3 ілмектен. Ілмектердің ұзындығы 3-5 мм болып жоғарғы жақта олар жоғары, ал төменгі жақта төмен қарай орналасып, тіс өсімен $35-45^\circ$ бұрыш құрайды. Ілмектің ұшы қызыл иектің шырышты қабатынан 2 мм қашықтықта тұрады, бұл резиналы дөңгелектермен қызыл иекті жарақаттамауға мүмкіндік жасайды. Мүмкіндігінше ілмектерді 2 күрек, 1 кіші және үлкен азу тістердің

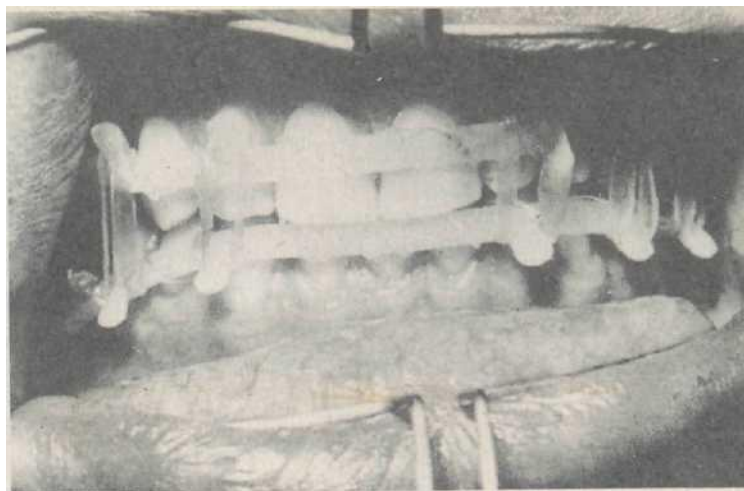
аумағында иген жөн. Ілмектер тістердің аралығында емес қатты тіндерінде орналасуы керек. Иілген ілмектер бір деңгейде орналасып, барлық тістермен тығыз жанасуын қадағалау керек.

Шеңдеуіштерді иіп болғаннан соң, оларды мүмкіндігінше әрбір тіске бекіткен дұрыс, өйткені оларға ілінген резина дөңгелектер қосымша күш түсіреді.

Ем біткен соң дөңгелектерді алып, науқасты 2-3 күндей бақылайды, егер бұл мерзім ішінде тіс түйісуі өзгермесе, сынық бөліктерінің патологиялық қозғалысы байқалмаса шеңдеуіштер алынады.

Сынықтың түріне байланысты шеңдеуіштерді 4-6 аптаға салады.

Оразалиннің екіжақты стандартты ілмегі бар пластмасса шеңдеуіші. ҚазҰМУ-дің хирургиялық стоматология клиникасында 1982 ж. бастап төменгі қысымды полиэтиленнен жасалған стандартты шеңдеуіш қолданылады. Бұл шеңдеуіштер майысқақ, жеңіл, сонымен қатар өте мықты және улы заттар бөліп шығармайды.



Сурет-84. Ж. Б. Оразалиннің пластмасса шеңдеуіші

Шеңдеуіш доға тәріздес бір-бірінен 1,0 см ара қашықтықта орналасқан ілгектері бар. Оның ұштарында тіс аралығына кіріп тұратын иіндері бар. Шеңдеуіштің ұзындығы 11-13 см, салмағы 0,7-0,8 г. Шеңдеуіш тістерге полиамидті жіппен немесе лигатуралы сыммен бекітіледі (84-сурет).

Сабын және щеткамен өңделіп залалсыздандырылған соң шеңдеуішті қайта қолдануға болады.

Васильевтің таспалы стандартты шеңдеуіші. 1967 жылы қолданылуға ұсынылған, оның жалпақтығы 2,3 мм, ұзындығы - 134 мм. Шеңдеуіштің стандартты ілмектері бар, сондықтан оны қолдану оңай және көп уақыт алмайды. Бірақ бұны барлық уақытта кіші және үлкен азу тістердің аймағында Шпейс қисығына сай орналастыруға мүмкіндік болмайды. Егер тіс түйісуі терең немесе тістер қысқа болса шеңдеуішті қолдану өте қиынға түседі, кей кездерде тіпті қолдануға болмайды. Бұл шеңдеуішті басқа, ілмектері бар шеңдеуіштер қолданатын жағдайларда пайдаланады.

Тіс-қызыл иектік шеңдеуіштер. Ұяшық өсіндіге және тістерге тіреліп бекітіледі.

Вебер шеңдеуіші төменгі жақ сүйегінің сынық сызығы тіс қатары аумағымен өтіп сынық бөліктерінің әрқайсысында бірнеше мықты тістер болса ғана қолданылады. Шеңдеуіш ұяшық өсіндінің тістері жоқ жеріне тіреліп, қызыл иектің шырышты қабатына жанасып тістерді жан-жағынан тығыздап ұстап тұрады. Тістердің шайнау беттерімен кескіш қырларын жаппай тұруына байланысты антагонист тістердің түйісуі бұзылмайды. Бұл шеңдеуішті сынық бөліктері жылжымаған жағдайда сынық пайда болысымен салып, ем толық біткенше пайдалануға болады.

Ванкевич және Ванкевич-Степанов шеңдеуішін сынық төменгі жақ сүйегі тіс қатарының аумағында және оның артында болғанда, төменгі жақ сүйегі ақауланып сынған жағдайда қолданады. Шеңдеуішті төменгі және жоғарғы жақ сүйектері қатарласып сынғанда стандартты

сыртқы таңғышпен біріктіре қолдануға болады.

Шеңдеуіштің негізі (Ванкевич бойынша) таңдай негіз-базисі болып табылады немесе (Ванкевич-Степанов бойынша) төмен қарай бағытталған

енкіш жазықтығы бар болат доға болады. Негізгі күш жоғарғы жақ сүйегіне түседі. Бұл шеңдеуішті қолданғанда ауыз қуысындағы сақталған тістердің саны әсер етпейді. Емнің бастапқы кезінде шеңдеуішке қосымша стандартты иектік сақпан тәріздес таңғышты қолданған жөн.

Кызыл иектік шеңдеуіштер. Бұлар ды өсіндінің шырышты қабатына жанасып тіреліп тұрады. Қазіргі кезде толық тістерінен айырылған науқастардың төменгі жақ сүйеп сынған жағдайда Порт шеңдеуіші қолданылады. Бұл жоғарғы және төменгі жақтық екі базисті пластакадан тұрады, олар бүйір бетінде бір-бірімен орталық окклюзияда бір блокқа біріктірілген.

Шеңдеуіштің алдыңғы бөлігінде тамақ қабылдайтын тесік жасалған. Оны ауыз қуысына кіргізген соң төменгі жақ сүйегінің сынық бөліктерін төменгі базиске қысып, иектік сақпанның және калпақтың көмегімен бекітіп қояды. Бұл шеңдеуіш әлсізденген, ота ем әдістерін жүргізуге болмайтын науқастарға қолдануға арналған.

Сынықтарды хирургиялық әдістермен емдеудің жіктелуі

Сүйектік әдістер	Сүйек-ішілік әдістер	Ошақтан тыс аппараттар	Желімдеу әдісімен емдеу	Ультрадыбыспен пісіру	Өз қалпын сақтап қалатын бекіткіштер (TiNi)
Сүйектік тігіс	Киришнер сымдары	В.Ф.Рудько, В.П.Панчоха	Остеопласт	Поляков, Н.Н.Бажанов, М.О.Қоспағалиев	В.К.Поленичкин, Ф.Т.Темуров
Павловтың Сүйектегі табақшасы	Мүйізден және металдан жасалған штифтер	В.М.Уваров, С.И.Ермолаев, И.И.Кулагин, М.М.Соловьев, Е.М.Магарилла, Я.М.Збаржа, С.И.Коганович, А.В.Ярошевич, Ж.Б.Оразалин	Э.Тихонов, Циакрин, А.М. Алхайдаров		
Металдық білік	Өзіндік сорылатын материалдан жасалған		Ксеракин, Осакин, Акрилоксид		

	Ж.С. Сағатбаев сымдары				
Ж.Б.Ораза - линнің сүйектегі остеосин- тезі және т.б.					

13.7. Сынықтарды хирургиялық әдістермен емдеу

Сынықтарды хирургиялық әдістермен емдеудің көрсеткіштері:

Тістері жоқ жақтардың сынықтары немесе тістер санының аздығы. Дұрыс бітпеген сынықтар немесе жалған буын, жұмсақ тіндер сынықтардың ортасында тістеліп қалса, қан тамыр-жүйке шоғырының зақымдана сынуы, тіс қатарынан тыс сынықтың жылжуы, көптеген сынықтар, көп жарқыншақты сынықтар, жұмсақ тіндер қоса зақымданған сынықтар, тіс сауыттары конус тәрізді болса, психикалық науқастар, жоғарғы, төменгі жақтардың бірлескен сынықтары, сынық сызығы кисталық қуыспен өткен кезде.

Сүйектік тігіс. Төменгі жақ денесінің, бұрышының, бұтағының, буын өсіндісі негізінің сызықты және алшақ орналасқан сынықтары кезінде сүйектік тігіс салынады. Тігіс материалы ретінде болаттың арнайы амагнитті, тотықпайтын түрінен жасалған, IX 18M9T ЭП— 400, ЭК-1 нихром, виталиум, тантол, титан 0,6-0,8 мм және полиамидті жіптер мен диаметрі 0,7-1,0 мм хромдалған лавсан кетгут кең қолданылады.

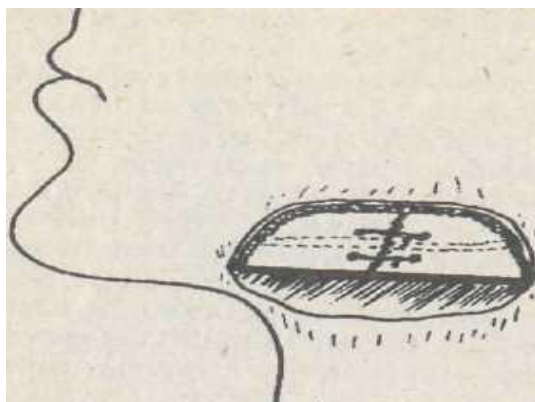
Сүйектік тігіс салу әдістерін ауызішілік және ауыздан тыс деп бөлуге болады. Ауыз іші арқылы тігу ұяшық өсінді аймағына салынады, ол үшін диаметрі кішкене (0,1-0,3 мм) материал қолданылады. Оталық әдіс жергілікті жансыздандыру арқылы жүргізіледі. Жеткілікті мөлшерде ұяшық қырдың ұшы арқылы тәрізді тілік жүргізіледі. Шырышты-сүйек қабығы қиындысын сыдырады да сынықтарды орнына қойып сүйекті тігеді. Тәжірибеде бұл ота жиі жасалынады. Бұл зақымданған аймақтың бойына тексеру-ревизия жүргізуге мүмкіндік береді және сүйек бөліктерін-репозицияны жеңілдетеді. Үлкен диаметрлі тігіс материалын (0,6-1,0 мм) салу сынықтардың мықты бекуін қамтамасыз етеді.

Сүйекті тіккенде сынықтардың орнына қарамастан мыңа жағдайларды сақтауға ұмтылу керек:

а) Тігіс материалын жүргізетін тесік сынық сызығынан 1 см-дей алшақ болуы керек, ол арқылы жүргізілген тігіс сынық сызығына перпендикуляр, ал өзара параллель болуы тиіс. ә) Тігіс мүмкіндігінше төменгі жақ жиегі мен альвеолды өсінді негізінің аралық ортасымен, сынықтың саңылауын

қиып өткені жақсы.

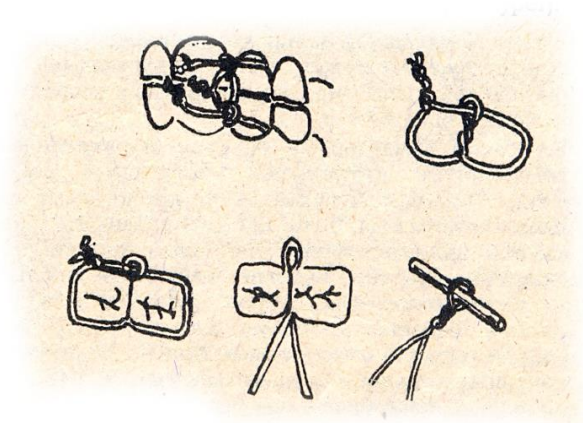
в) Сүйек тігісінің тесігін төменгі жақ өзегі мен тістер түбірін қамтитындай етіп жасау керек.



Сурет-85. Ауыз сыртынан жасалатын сүйектік тігіс салу отасы

Ауыз сыртынан жасалатын ота жалпы жалпы жансыздандыру-наркозбен жүргізіледі. Сынық сызығын жалаңаштап алған соң оларды біріктіріп, дұрыс жағдайға келтіріп бормен 4 тесік (әрбір сынық бөлігінде 2-2-ден) жасайды. Ол сынық сызығынан 1-1,5 см алшақ болды. Осы тесіктер арқылы сымдар жүргізіліп ұштарын сыртқы бетінде орап тастайды (85-сурет).

Ж. Б. Оразалиннің жоғары қысымды полиэтиленнен жасалынған сүйектік төсеніш тұтқасы (86-сурет). Төменгі жақ сынған кезде жасалатын остеосинтез отасының ұзақтығын және оның жарақатын азайту үшін полиэтиленмен остеосинтез жасалатын құрал ойлап шығарылды. Оның ені 0,5 см, қалыңдығы 0,2 см, ұзындығы әр түрлі, шеттері тегіс, бұрыштары дөңестенген, тік бұрышты пластина.



Сурет-86. Ж. Б. Оразалиннің жоғары қысымды полиэтиленнен жасалған сүйектік төсеніш тұтқасы (жоба)

Жұмысшы бетінде шетке таман, пластинамен мықты байланысқан, бекітілуге лайықталған конусы болады. Аяқша — үшбұрышты, биіктігі

0,15- 0,20 см, төменгі жақтың кортикалды қабатының қалыңдығына сәйкес келеді. Бекіткіш конустың биіктігі 0,3-0,4 см, негізі ішке иілген. Жарықшақтарды репозициялағаннан кейін бор немесе қандауырдың көмегімен жақтың сынған жерінде пластинаның ішкі беті жақтың сыртқы кортикалды пластинкасымен сәйкес келтіріледі. Конус тәрізді шығыңқы жердің ұшына бриллиант жасылын жағып, жаққа төсеніш қойылады да сүйекті тесетін нүкте белгіленеді. Бордың көмегімен сыртқы кортикалды пластинка тесіледі. Жаққа пластинка салынады. Конус тәрізді бөлік сүйек қалыңдығынан тесік арқылы өтіп кеуекті затта жазылып бұрынғы күйіне қайтып келеді. Осылай жақ сынықтарын мықтап бекітеді.

Сүйек остеонсинтезі. Бұл әдісті төменгі жақ ортасынан сынғанда қолданады. Мұнда бекітілген бұлшықеттердің тартуынан сүйекті тіккен кезде, остеопороз пайда болып, сымдар шығып кетеді. Сондықтан сынықты дәл қойып бекіту қажет. Ол үшін темір сым қолданылады. Оның көмегімен төменгі жақтың бұрышы және бұтақтың төменгі бөлігі сынған кезде жақ денесі аздап ақауланып және тіссіз сынғанда қолданады.

Ал сүйек ақауы 2 см көп болса және бұтағы мен буын өсіндісі жоғарыдан сынған бұл әдісті қолдануға болмайды.

В. И. Лукьяненко бойынша ота жасау әдісі. Жақтың төменгі қырының бойымен сынық аймағының ұзындығы 7-8 см тері тілінеді, сынық сызығы жалаңаштап ашады. Әр сынықтағы сүйектің сыртқы қабығын жұмсақ тіндермен қоса распатордың көмегімен ажыратады. Алдыңғы сынық — сүйектің сыртқы қабығынан 2,5-3,5 см, ал артқысы 1-1,5 см жаңалаш- танады. Сынық сызығынан 2,5-3 см-дей алшақтап, жарықшақтың сыртқы төменгі қырының бойымен кортикалды қабатта бормен сүйектің кемігіне дейін тесіледі. Осыдан соң жарықшақтарды біріктіріп жасалған тесікке металл стержень енгізеді. Балғаның көмегімен сәл ғана соққы беріп алдыңғы жарықшақты сыныққа қарай бағыттайды. Ұшы сүйектен тыс жатқан сабақ-стерженнің бос ұшы 0,5-0,7 см болуы тиіс. Сабақ-стерженнің

артығын тістеуікпен кесіп, өткір жиектерін тегістейді. Жарақатты антибиотиктермен өңдеп, қабат-қабатымен тігеді. Тігіс арасына 48 сағатқа резина салады. Сабақ-стерженді отадан 2 айдан соң алған жөн, жалпы сабақ-стержень маңындағы тіндерге еш зақым келтірмейді, сондықтан сүйек әбден бітискен соң 6-12 айдан кейін де алуға болады.

Металл стерженмен бірге сынықтарды Киршнер сыммен бекітуге болады. Оны арнайы бұрғының (И. А. Макиенко) көмегімен енгізеді. Сым жіңішке және дөңгелек, сынық жылжымау үшін 2 сым енгізіледі.

Ж.С.Сағатбаевтың өздігінен таралатын темір сыммен жасалатын остеосинтезі. Магнийдің тотығуға төзімділігі бұрыннан белгілі. Бірақ таза магний морт сынғыш келеді және тіндерге тез таралады.

1965 жылы Қазақтың клиникалық және эксперименталдық хирургия институтында негізі магний өздігінен таралатын құйма

ұсынылған (Мд-90,5, Ал-8,5, Чл-0,5 Мп-0,5). Алынған құймадан сынықтарды бекіту үшін қолданылатын штифтер дайындалған. Сынықтың орналасуына байланысты ұшында бинттік жолақтары бар сымдар немесе тегіс штифтер қолданылды.

Остеосинтез әдісі. Сынықтарды репозициялағаннан кейін, төменгі жақтың анатомиялық ерекшеліктеріне байланысты, 0,2 см бұрғымен ортақ өзек бұрғыланады. Жасалынған өзекке 4,5-6,0x0,24 см мөлшердегі бұранда тәрізді сымды бұрап енгізеді. Ал кортикалды пластинкаға жеткенше бұралады. Сынық ұштары сүйектің сыртқы қабығынан ажырайды, ол сүйекті ішінен бекіту әдісіне қолайлы жағдай жасайды. Демек сынықтардың консолидациясына сүйектің барлық элементтері қатысады.

Төменгі жақ бұрышы аймағының сынығында сүйек едәуір жұқарғандықтан, тегіс штифтер қолданылған. Сынықтарды біріктіріп орнына қойған соң бұрғымен (0,18 см) ортақ өзек бұрғыланады. Мұнда 4,5-6,0x0,2 см мөлшерде сым енгізіледі. Сымның диаметрі 0,2 см-ге үлкен, бұл фиксаторды тығыз шаншып енгізуге мүмкіндік береді. Дисталды сынық жылжымайды, демек сынық сызығы кеңімейді.

Гомопластикалық остеосинтез (Бажанов Н. Н., Қоспанғалиев М. О. 1977). Бөліктерді бекіту үшін ортан жіліктен алынған гомологиялық формалинденген трансплантаттар қолданылады. Сыртқы кортикалды пластинканы және сүйек бөліктерінің төменгі жиегінің бойымен сынық сызығы арқылы белгілі ендікте аралайды. Бұл пластинканың ені 4,5 мм, жақтың төменгі қырының ені 2 см, аралық ұзындығы 2-3 см. Сынықтарды мұқият орнына қойып, осы жағдайда ұстап тұрады. Сынық сызығы арқылы сыртқы кортикалды пластинкадан және төменгі қырымен ультрадыбысты кесінді жүргізеді. Кесіндіге трансплантатты тығыз енгізеді. Трансплантаттардың ұшы, өз сүйегімен пісіріліп бекітіледі.

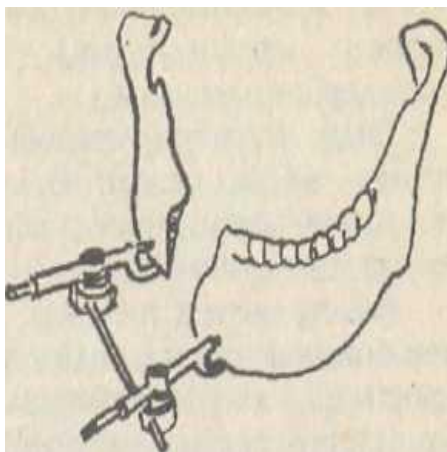
Орнататын материал ретінде циакрин және сүйек ұны 1: 1 қатынасында алынған. Кесу және пісіру кескіш аспаптың 30-40 мкм тербелу амплитудасында, 30-10 секунд уақытында жүргізілген.

Ошақтан тыс бекітілген аппараттар. Бұл аппараттар жоғарғы төменгі жақтардың тістері болмағанда төменгі жақ сүйегінің оңай салынатын

барлық сынықтарын және ол ақау көлемі 2,0 см-ден артық сынғанда қолдануға арналған, тек қана төменгі жақ сүйегінің бұтақтары және буынды өсіндісі мойнынан сынған жағдайда қолданбайды. Бұл аппараттардың барлығы бір принцип бойынша құралған тек кейбір бөлшектерінің айырмашылығы бар. Әрбір аппаратта сынық бөлігінің төменгі қырына бекітілетін сүйектің қысқаштары бар, олар бұранданың көмегімен бекітіледі. Қысқаштармен қатар әр аппараттың біріктіргіш түтіктері, аралық шегелері және т.б. майда бөлшектері бар.

Рудько аппараты. Бұл аппаратты бекіту үшін сынық аумағында жақ

сүйегінің төменгі қырын жалаңаштап, сынық бөліктерін тіс түйісуіне бағыттай отырып қалпына келтіріп, сүйек қысқаштарымен бекітіп, оларды бір-біріне ауыз қуысының сыртынан штангамен жалғап жараны қабаттап тігеді. Жұмсақ тіндерден шығып тұрған қысқашты йодоформды



Сурет-87. Рудько аппараты

дәкемен таңып қояды. 10-12 күн өткен соң (сүйек ыдырауына байланысты) қысқаштар босап кетуі мүмкін, сондықтан олардың мықтылығын қадағалап тұру керек. Аппарат ота-операциядан соң 30-35 күннен кейін алынады. Кей кезде аппаратты алғаннан кейін қысқаштар тұрған жердегі сүйекті кюретажды қасықпен қысып тазалау керек. Ревизиядан соң тері 1-2 жерінен тігіледі, оларды 6-7 тәуліктен соң алып тастайды (87-сурет).

С.И.Коганович - А.В.Ярошевичтердің компрессиялық аппараты сынық сызығына қысымды перпендикулярлы бағыттауға мүмкіндік тудырады, бұл жағдай төменгі жақ сүйегінің сынық бөліктерін (қисық сынықтарында) барлық ем уақытында мықтап бекітуге мүмкіндік береді.

Биологиялық циакрин желімімен остеосинтез (Алхайдаров 1970). Биологиялық желіммен ота-оперативтік ем жүргізуге келесі көрсеткіштер жатады:

1. Төменгі жақ сүйегінің тік және қисық сынықтары тіс қатарының артынан сынғанда;
2. Сынық сызығының бойында бұзылған тіс орналасып, жақ сүйегі бұрышынан сынғанда.

Ота жасау әдісі. Сынықтық орналасқан жеріне байланысты, табиғи қатпарлардың бойымен тіліп сүйекті жұмсақ тіндерден ажыратып мұқият қаннан тазартып, жараны антисептиктер ерітіндісімен жуады. Сүйек бөліктерінде бормашинамен ойындылар жасалып, сүйек бөліктері дұрыс жағдайға келтіріледі. Сүйектегі ойындыларға қалыңдығы 0,1-0,2 см

сүйек ұнтағын салып оны желіммен сіндіреді де ойындыларға гомотрансплантат ендіріп, сол жағдайда бір минуттай ұстап тұрады. Осы уақыттың ішінде желім полимеризацияланады. Жараны қабат-қабатымен тігеді.

13.8. Жоғарғы жақ сүйегі сынықтарының емі

Уақытша иммобилизация. Жоғарғы жақ сүйегі сынықтарында уақытша иммобилизация жабдығы иек-төбелік таңба, Померанцев-Урбанскийдің эластикалық таңбасы, қатты иектік сақпаннан және қалпақтан тұратын стандартты транспорттық таңба. Тасымалдаған уақытта жоғарғы жақ сынықтарын жылжытпай ұстап тұратын биологиялық шеңдеуіштің қызметін төменгі жақ атқарады. Темір қасық, ағаш таяқшаларын т.б. аспаптарды транспорттық шеңдеуіш ретінде қолданған дұрыс емес, себебі олар сынық бөліктерін артқа ығыстырып тұншығуға-асфиксияға әкелуі мүмкін.

Жоғарғы жақ сүйегі сынған науқастарды емдегенде сынған сүйек бөліктерін орнына салып қалыпты жайында бекіту керек.

Тұрақты иммобилизация. Жоғарғы жақ сынықтарына отасыз-консервативті (ортопедиялық) және ота-оперативтік иммобилизация әдістерін қолданады.

Емдік (тұрақты) иммобилизацияны мүмкіндігінше аз мерзім ішінде жасау қажет. Бұл сынықтың тез бітуін және оның асқынуларының (соның ішінде бас қаңқасының ішіндегі) алдын алуын қамтамасыз етеді.

Отасыз-консервативті әдістер. Төменгі, ортаңғы, және жоғарғы типтер бойынша сынық бөліктері қозғалмалы және оңай салатын сынықтарда екі жақтың ілмегі бар шеңдеуіш қолданылады ілмектерге резинадан тартпа салар алдында үлкен азу тістердің аумағында резина түтігімен төсем салған жөн болады. Бұл тәсілмен иммобилизация жасағанда қосымша төменгі жақты сақпан тәріздес таңбамен бекіту керек.

Збарж аппараты. Бұл ауыз қуыстың тұйықталмаған, қосақталған доға тәріздес болат шеңдеуішінен тұрады. Оны жоғарғы жақ тістеріне таңдай және вестибулярлық бетінен сыммен байлап бекітеді. Доғадан ауыз сыртына шығып тұратын белдеулер (стержень) болады, 4 дәнекер белдеу және 8 қыспалы қамыт арқылы бас қалпағына бекітіледі. Осы принцип бойынша Аржанцевтің, Орлов, Гельман аппараты бекітіледі. Бұл әдіс көбінесе ортаңғы және жоғарғы сынықтарда қолданылады. Аппаратты бекіту алдында сынық бөліктері қалыпты жайына келтірілуі қажет, сынықтар дұрыс

алынбаған жағдайда беттің ортаңғы бөлігі қысқаруы мүмкін. Бұл аппараттар арқылы жоғарғы жақтың төмен түсіп кеткен бөліктерін көтеру мүмкін емес.

Бас қаңқасының төбесі сынғанда немесе маңдай, төбе және

желкенің жұмсақ тіндері зақымданса бұл аппараттарды қолдану қиындық тудырады немесе тіпті қолдануға болмайды.

Ота-оперативтік әдістер. Фальтин-Адамс әдісі және оның түрлері-модификациялары. Бұл тәсіл бойынша сынған жоғарғы жақ сүйегі көз ұясының төменгі қырына (төменгі тип), бет сүйегінің доғасына (төменгі және ортаңғы тип), маңдай сүйегінің бет өсіндісіне (жоғарғы тип) бекітіледі. Тіс доғасына төмен қараған екі ілмегі бар шеңдеуіш бекітіледі. Көз ұясының төменгі қыры немесе жоғарғы сыртқы бұрышының жұмсақ тіндері тілініп ашылады да сүйекте бормен тесік жасалып полиамидті жіп өткізіледі, сонан соң қан құятын инемен жіпті жұмсақ тіндер арасымен 2-ші кіші азу немесе 1-ші үлкен азу тістерінің деңгейінен ауыз қуысына шығарады. Сынықтарды өз орнына орналастырған соң ауыз қуысындағы жіптердің ұшын шеңдеуіштің ілмектеріне байлайды, терідегі жаралар тігіледі. Бет сүйегінің доғасына бекітілгенде инені еркін өткізу үшін қандауырмен бет сүйегінің маңдай және самай өсінділерінен құралған бұрыштың терісін тессе жеткілікті.

Федершпиль-Дингман әдісі. Жоғарғы жақ сүйегінің тістеріне шеңдеуіш салып оған жіңішке болат сымды бекітіп, оның ұшын ұрттың және еріннің жұмсақ тіндері арқылы ауыз қуысынан сыртқа шығарып (өткізгіш ретінде жуан ине қолданады) гипстелген бас таңбасының ілмектеріне бекітеді.

Егер де жоғарғы жақ сынығы тығыз қозғалмалы болып оны қолмен салу мүмкін болмаса ауыз қуысынан шығарған сым гипстелген бас таңбасына резинадан жасалған тартпа арқылы бекітіледі, бұл жақ сүйегін біртіндеп тартып бас сүйектеріне тығыз бекітеді және төменгі жақ сүйегі қосыла сынғанда оны жоғарғы жақ тесіктеріне бекітеді. Бұл тесік өте қарапайым, бірақ кей жағдайларда гипстелген қалпақ кигізу керек болғандықтан қолдануға болмайды.

Жоғарғы жақ сүйегі жоғарғы тип бойынша сынғанда бет сүйегі арқылы бір ұшы жұмсақ тіннен шығып тұратын темір сымды көлденең өткізіп бекітуге болады (трансфасциалды бекіту). Сымды гипстелген бас таңбасына мықтап бекітеді.

АОЧ аппаратымен М.А. Макиенко бойынша Киршнер сымдарымен жасалатын остеосинтез. Төменгі тип бойынша сынғанда сымды екі жақтан бет сүйегі арқылы алдыңғы мұрын қырына алға және төмен бағытта өткізеді. Ортаңғы тип бойынша сынса сым бір бет сүйегінен екінші бет сүйегіне көлденең бағытта өткізіледі, ал жоғарғы тип бойынша сынғанда иммобилизацияны екі параллелді орналасқан сымдармен жасайды. Бірін бет сүйегінің доғасымен сынық сызығының артынан бүкіл жоғарғы жақ сүйегін тесіп шығып, қарама-қарсы жақтың бет сүйегінің доғасы арқылы өткізеді. Екіншісін қарама-қарсы жағынан бірінші сымға параллель

өткізеді. Сымдарды еңкіш бағытта бір жақ бет сүйегінің алдыңғы бөлігінен қарама-қарсы жағының бет сүйегіне өткізуге болады. Сымдар

жоғарғы жақ қуысы және мұрын қуысы арқылы өтеді.

Billet-Vigneul бойынша бас қаңқа-жоғарғы жақтық бекіту. Жоғарғы жақ және маңдай сүйектері сынған науқастарға қолдануға болады.

Бұл жарақат көп жағдайда мида гематома дамуымен қосарлана жүреді. Маңдай және төбе сүйектері аймақтарындағы нейрохирургпен жасалған нақтама-диагностикалық фрезалық тесіктерді жоғарғы жақ сүйектерін бекітуге пайдалануға болады. Лигатуралық сымды сол тесіктер арқылы, өткізгіш иненің көмегімен самай етінің, бет сүйек доғасының астынан өтпелі қатпарымен ауыз қуысына өткізіп тістік шеңдеуішке бекітеді. Фрезалық тесіктер арнайы, жоғарғы жақ сүйегінің сынығын бекіту үшін жасалуы мүмкін. Бас қаңқасы езіліп ішке кіріп сынғанда тесіледі-трепанация жасалынады. Бұл жағдайда бас сүйегінің ақау қырын лигатураны бекітуге пайдалануға болады.

Сыммен тігілетін остеосинтез. Төменгі тип бойынша сынғанда лигатуралық тігіс ұяшық қыр және алмұрт тәріздес тесік аймағында салынады, ортаңғы тип бойынша сынса көз ұясының төменгі қыры және бет-ұяшық қырларының, жоғарғы типте бет сүйегінің доғасы және көз ұясының жоғарғы сыртқы қырынан тігіледі. Сынықты мықтап бекіту үшін жоқ дегенде екі жерден сыммен тігу керек.

Жоғарыда айтылған жоғарғы жақ сүйек сынықтарының отасыз-консервативті және отаоперативті ем әдістері тек жақын арада және сынық бөлімдері қозғалмалы болса нәтиже береді. Ескірген сынықтарда қаңқалық керіп-созу қолданылады. Бұл үшін тігіске фосфат цементімен бекітілетін, болаттан жасалған шеңдеуіш каппа дайындайды. 3 болат сымнан ілмегі бар темір сымнан жасалған доғаны басқа кигізетін қалпаққа гипстеп тастайды. Бір ілмек ортаңғы сызық бойында, келесі екеуі бірінші ілмектің екі жағында 2 см қашықтықта орналасады. Керіп-созуды болат пружина немесе резина тартпалар арқылы жүргізеді, олардың бір ұшы шеңдеуішке, бір ұшы ілмекке бекітіледі. Керіп-созу үшін біртіндеп В. Я. Кавракиров бойынша күшейтеді.

Жоғарғы жақ сүйегі шаншыла сынса төсек басына орнатылған шығыр (блок) арқылы сынықты керіп-созып орнына келтіреді. Бұл жағдайда үлкен азу тіс аралығына резинкадан төсем қойылады. Керіп-созуға болат пружинасын, подшипникті шығыр, полиамидті жіп, және гарьнер қолданған жөн.

Керіп-созу мерзімін қысқарту үшін сынық сызығына өткір распатор кіргізіп ырғауға болады. Сынық бөлігін босатқан соң керіп-созуды бастауға болады. Хирургиялық және ортопедиялық ем тәсілдерін бірге қолдана отырып, сынық бөліктерін 5-7 тәулік ішінде өз қалпына келтіруге болады.

Айта кету керек 1979 жылдан бері бет-жақ аймағының жарақаттарында-травматологиясында Дүние жүзінде бірінші (пионер) болып өз қалпын сақтап қалатын металл қоспалары қолданыла бастады.

Оны никель және титанның ТН-ІХЭ қоспаларынан жасап, Томск Политехника инсти-тутының профессоры В.Э.Гюнтер мен Томск Медицина институтының бет-жақ хирургиясы кафедрасының меңгерушісі, профессор В.К.Поленичкин бет-жақ аймағындағы сынықтарында сүйек бөліктерін бекітуде клиникада қолданып өте жақсы нәтижелерге қол жеткізді. Осы қоспаны қолданып, оның оңды нәтижелерін ескере отырып, 30-дан астам докторлық және 100-ге жақын кандидаттық диссертациялар жақталды. Новокузнецк қаласында РФ, арнайы өз қалпын сақтап қалатын бекіткіштер жасап шығаратын шағын медициналық-инженерлік орталық жұмыс істейді.

Өз қалпын сақтап қалатын бекіткіштердің 50-ден астам және тістік имплантаттың 10-нан астам түріне куәлік алынған.

Орта Азия және Қазақстанға біріншілерден болып, осы қоспаны қолданып кандидаттық диссертация жақтаған ғалым Қ.А.Ясауи атындағы Қазақ-Түрік Университеті, Оқу-клиникалық базасының Стоматологиялық пәндері кафедрасының оқытушысы, жоғары санатты бет-жақ аймағы хирургі **Темуров Фазладин Тұрабай ұлы** болып саналады.

Бұл қоспаның келешегі алды, себебі қоспа көп қаражатты талап етпейді, қолдануға тиімді, отадан кейін жараның және сынықтардың бітуі анағұрлым тез (кәдімгі ота әдістеріне қарағанда). Сол үшін бет-жақ аймағының жарақаттарында және тістік имплантация жасауда, осы қоспадан кеңінен қолданылса, айтарлықтай жетістіктерге жетеді деген үміттеміз.

13.9. БЕТ- ЖАҚ АЙМАҒЫ ЖАРАҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАРДЫ ТАМАҚТАНДЫРУ ЖӘНЕ ОЛАРҒА КҮТІМ КӨРСЕТУ

Тамақтандыру

Жақ-бет аймағы жарақаттанған науқастарды тамақтандыру өте ауыр мәселе, өйткені шайнау, кей кезде жұтыну қызметтері толық бұзылуына байланысты олар кәдімгі тамақты қабылдай алмайды.

Адам тамағына қойылатын негізгі мақсат оның физиологиялық құндығы. Сондықтан жақ-бет аймағы жарақаттанған науқастарға кәдімгі физиологиялық тағамдар тағайындалады, тек механикалық және химиялық тұрғыдан қарағанда науқасқа ауыртпалық түсірмеу керек.

Жарақаттанған науқастардың ауыз қуысының анатомиялық құрылымы және физиологиялық қызметтерінің күрт бұзылатындықтан тамақтың температурасы 45° С жоғары болмау керек. 50°С жоғары болса, ауыз қуысы және өңештің шырышты қабатын күйдіруі мүмкін.

Жоғарыда айтылғанды ескере отырып жақ-бет аймағы жарақаттанған науқастарға үш түрлі физиологиялық диета тағайындалады. Жақтық немесе сүңгі-зонд арқылы (1) жақтық (2) және жалпы диета (15). 1-ші және 2-ші жақтық тағамдардың химиялық құрамы бірдей болады, тек қана консистенцияларында айырмашылығы

бар: 1-ші жақтық тағамның консистенцияса кілегей, ал 2-ші жақтық тағамдікі сұйық қаймақтай болады.

1-ші жақтық тағам сүңгі-зонд арқылы — шайнау және жұтыну функциялары бұзылған науқастарға тағайындалады (тілі, мандайы, ауыз қуысының түбі қатты ісініп жарақаттанған, екіжақты сынықтарын тістік шеңдеуішпен бекіткен науқастар т. б.). Тағамның кілегейлі консистенциясы мұрын немесе ауыз арқылы асқазандық немесе дуоденалды сүңгі-зонд арқылы оңай, еркін өтуіне мүмкіндік береді.

2-жақтық тағам шайнау функциясы бұзылған, бірақ жұтыну функциясы сақталған науқастарға тағайындалады. Бұл тағамға сорпа, сүт т.б. сұйықтықтар қосып консистенциясын сұйық қаймактікіне жеткізеді. 2-ші жақтық тағам аққұман мұрнына кигізілген түтік арқылы кедергіленбей өтеді.

15-ші жалпы диета — ауыз қуысындағы жаралар жазылған және сынықтары біте бастаған науқастарға тағайындалады. Бұл әртүрлі кулинарлық өңдеуден өткізілген күнделікті қолданатын азық-түліктерден дайындалған физиологиялық құндылығы толық тағамдар.

Барлық қоректік заттарды организмге жіберу жолдарын энтералды және парэнтералды деп бөледі. Энтералды әдіске- пероралды, асқазандық немесе дуоденалды сүңгі-зонд арқылы; ректалды, парэнтералды әдіске — вена теріасты, бұлшықет және сүйек арқылы жіберу жатады.

Жалпы парэнтералдық тамақтандыруды ес-түссіз жатқан немесе жарақаттану салдарынан энтералды тамақтанудың бұзылуынан зат алмасуды керекті дәрежеге келтіре алмағанда тағайындайды. Былайша парэнтералды тамақтандыру бет-жақ аймағы жарақаттанған науқастарға өте сирек тағайындалады. Осыған байланысты парэнтералды тамақтандыруды негізгі энтералды тамақтандыруға қосымша деп білу керек.

Парэнтералды тамақтандыру организмге белоктың, энергетикалық заттарды, витаминдер және гармондарды ендіруді көздейді. Белоктарды организмге полипептидтер және аминқышқылдарының дайын қосынды түрінде ендіреді. Оларға аминопептид, казеин гидролизаты, ЦОЛИПК, Л-103 гидролизин, аминокробин және т. б. жатады.

Парэнтералды тамақтандырудың энергетикалық компоненттеріне (2,5; 5; 10) глюкозаның гипертоникалық ерітінділері, фруктоза т. б. жатады. Суда еритін (С және В тобының) витаминдерді глюкозамен, ал майда еритіндерін (А, Д, К) майлы эмульсиямен бірге жібереді. Натрий тұзы, кальций, калий т. б. минералдық заттарды әртүрлі трансфузиялық сұйықтықтардың құрамында немесе бөлек ендіреді.

Парэнтералды тамақтандырудың ішінде вена әдісі кеңінен тараған. Тамақты жіберу жылдамдығы оның құрамына тікелей байланысты.

Белокты гидролизатор мен майлы эмульсияларды әдетте минутына 30-40 тамшы, глюкоза ерітінділерін, тұздардың изотоникалық ерітінділерін минутына 60 тамшыға дейін немесе мин 4-5 мл ендіреді. Бір

рет ендірілетін ерітіндінің мөлшері 200 мл, тәулігіне 2-4 л-ге дейін.

Пероралды тамақтандыруды шайнау функциясы бұзылған науқастарға мұрнына, ұзындығы 15-20 см резиналы түтік кигізілген аққұманмен береді. Ол үшін науқастың кеудесіне кленкалы алжапқыш жауып, жалпы жағдайына қарай орындыққа отырғызып болмаса төсекке жатқызады. 50 С° дейін жылытқан тамақты аққұманға құйып, тамақтандырушы аққұманды тамақ ағып кетпес үшін орта белінен жоғарырақ саусағымен қысып ұстап түтіктің ұшын тіл түбіріне дейін ендіреді де құманды ауыз қуысынан жоғары ұстап, түтікті қысып тұрған саусақтарын босатады. Үш секунд өткен соң түтікті тағы да саусағымен қысып қалып, науқасқа тамақты жұтып және дем алуына мүмкіндік береді. Осы 3 секунд ішінде ауыз қуысына 8-10 мл-дей тамақ құйылады.

Осы әдіспен асықпай науқасты тамақтандырады.

Бет-жақ аймағынан жарақаттанған науқастарды күніне кемінде 4 рет тамақтандыруға тиіс. Азанда сағат 9-ға түсте 13-14-ке кешке сағат 18-ге және ұйқыға жатудан 1-1,5 сағат бұрын жеңіл тамақ (шәй, кисель, айран, т. б.). 4 рет тамақтандыру бойынша тамақтың күндік колориялығы былайша бөлінеді: азанғы – 30%, түскі —40% кешкі — 20-25%, ұйқы алдындағы — 5-8%.

Күтім Бет-жақ аймағы жарақаттанған науқастардың күтімін жарақаттың түріне және орналасуына қарай жалпы және арнайы деп ажыратады.

Жалпы күтім. Ең әуелі науқастың жүрек-қан тамыр жүйелерінің, тыныс және физиологиялық дәрет алуына назар аударып бақылау керек.

Бронхопульмоналды асқынулардың алдын алу үшін науқасқа кеудесіне арналған жаттығулармен қатар, оларды белсенді түрде қимылдатқан жөн.

Бет-жақ аймағы мидың зақымдануымен бірге жарақаттанған науқастардың амалсыз гиподинамиясын мақұлдағанмен, оларда ауыр жауыр пайда болуының алдын алу үшін төсегінде күнде кешке 3-4 рет тыныс алу гимнастикасын жасату керек.



Сурет-88. Ауыз қуысының гигиенасы және науқасты тамақтандыру

Арнайы күтім. Бет-жағы жарақаттанған науқастардың жалпы жағдайына қарамастан, әсіресе сүйек сынықтарын шеңдеуішпен бекіткен соң, ең бірінші ауыз қуысының тазалығына мұқият күтім керек, өйткені бұл науқастардың ауыз қуысы өздігінен жазылуы мүмкін емес. Әдеттегі ауыз шаюдың орнына, сүйек сынықтарын шеңдеуішпен бекіткеннен соң, әсіресе, тамақтанып болғаннан кейін ауыз қуысын дезинфекциялағыш ерітіндімен қатты қысыммен ирригациялайды (88-сурет).

Ауыз қуысында тістік шеңдеуіштерді ұзақ мерзімге қалдыру салдарынан қызыл иектің шырышты қабаты зақымданып жаралануы мүмкін, сондықтан ауытқыған шеңдеуіштерді дұрыстап, босаған лигатураны бұрап бекітіп тұру керек.

13.10. БЕТ ЖӘНЕ МҰРЫН СҮЙЕКТЕРІНІҢ СЫНЫҚТАРЫ

Бет сүйегі -бет қаңқасының бүйір бөлімін құрайтын жұп сүйек.

Оның латералды—ұрттық беті шығыңқы болады. Бет сүйегі үш өсіндісі арқылы маңдай, самай, жоғарғы жақ сүйектерімен жалғасады, осыған байланысты сүйектердің жалғасқан жерлері жіктеп аталады (бет-маңдайлық, бет-жоғарғы жақтық, бет-самайлық). Бет сүйегінің көздік беті көз ұясының латералды қабырғасын, жартылай оның түбін құрайды, ал артқа қараған самай беті, самайасты шұңқырын құрайды.

Бет сүйегі доғасын құрауға самай сүйегінің самай өсіндісі қатысады. Бұл доға жұмсақ тіндермен өте жұқа қапталған және ең шығыңқы жері, осыған байланысты көп жарақаттанады.

Бет сүйегінің және оның доғасының сынуы тұрмыстық, спорттық, транспорттық және өндірістік жарақаттарға байланысты. Оның 3 тобын ажыратады: 1) Бет сүйегінің жылжыған, жылжымаған және жоғарғы жақ қуысының қабырғаларының жарақаттануымен болатын сынығы; 2) Бет сүйегі доғасының жылжыған және жылжымалы сынығы; 3) Бет сүйегінің және доғасының қосарлана жылжымай, жылжып, жоғарғы жақ қуысының қабырғаларын жарақаттаумен сынуы (Р. Ф. Низова).

Бет сүйегінің және доғасының сынығы ашық және жабық, сызықты және жарқыншақты болуы мүмкін. Жиі жағдайда сынған сүйек төмен, ішке, және артқа, сирек жағдайда - жоғары, ішке және артқа жылжиды. Сынық бөлігі-фрагменті тек өс бойымен бұрылуы мүмкін.

Бет сүйегінің сынықтары кейбір жағдайларда орта немесе ауыр дәрежелі мидың жабық жарақатымен қосарланып жүреді.

Бұл аумақта жүйке және қан тамырлары өрімдерінің көптігі және олардың құрылысының күрделілігіне байланысты, жарақаттанған кезде әртүрлі өзгерістер пайда болады.

Осы зақымдардың барлығы «Пурчер белгісі-синдромы» немесе жарақатты ринопатия және ангиопатия деп аталады. Бұл синдромға жарақат алғаннан соң 1-2 тәуліктен кейін көрудің нашарлауы көз торының тыртықтанып, сылынуы кіреді.

Клиникалық көрінісі. Бет-орбиталды комплексі жарақаттанған

науқастар, аузын ашқанда ауыратынына, көзасты жүйке тармақтарындағы (көзасты, жоғарғы ерін, мұрын қанаты) және жоғарғы тіс өрімінің (қызыл иек, тістер), парестезия немесе анестезиясына, бейненің қосарланып көру ретіне (диплопия), көрудің нашарлағанына шағымдайды.

Сырттан қарап тексергенде, тері, теріасты, клетчаткасының ісінуі салдарынан беттің мұрыннан қан аққаны (жоғарғы жақ қуысынан), энофтальмия (көздің шүңіреюі), жалған көзілдірік белгілері анықталады.

Саусақпен басып тексергенде көз ұясының төменгі қырының және бет ұяшық қырының көлемі-рельефтерінің бұзылғаны, «текпішек» белгісі, екі шпатель белгісін — бет сүйегінің жалпаюы (Р.Ф.Низов) анықталады. Егер гаймор қуысының қабырғалары жарақаттанса (Е.С.Малевич) жарылған құмран белгісі, осымен қатар теріасты эмфиземасы және сүйектің сықырлауы байқалады.

Бет сүйегі доғасының сынығы әдетте жылжып ішке қарай кіріп кетеді. Осының салдарынан төменгі жақтың тәждік өсіндісі қысылып қалады да ауыз ашу шектеледі.

Рентгенографиялық зерттеу, арқылы анықталатын белгілер.

1). Бет-ұяшық өсіндінің, көз ұясының төменгі қыр бірлігінің бұзылуы, гаймор қуысына қан кетудің салдарынан қуыстың рентген суретте анықтығының төмендеуі, көз ұясы көлемінің тігінен үлкеюі (бет сүйегінің немесе жоғарғы жақ сүйегінің бет сүйегімен бірге төмен жылжып түсуіне байланысты).

2). Бет сүйек доғасының V—тәріздес болып самайасты шұңқырына қарай жылжуы.

Бет-сүйегінің және доғасының сынығына анамнез, сырттай қарап және саусақпен басып тексеру, аксиалды және сагиталды (мұрын-иектік) проекцияда жасалған рентген суреттерінің мәліметтеріне сүйене отырып нақтама-диагноз қойылады.

Бет сүйегі және оның доғасының сынықтарының емі сынған жердің орналасуына, бағытына, ығысу дәрежесіне, қосалқы зақымдарына (мидың зақымдануы) және оның айланасындағы жұмсақ тіндердің жарақаттануына байланысты.

Емі. Отасыз-консервативті және ота-хирургиялық жолмен емделеді. Отасыз-консервативтік ем жақын арада болған және сынық бөліктері аз ғана жылжығанда көрсетіледі. Жалпы тыныштық, гематоманың және ісінудің алдын алу үшін 2 күн 10-15 мин жергілікті мұз қою. Ауыздың ашуын шектеу, сұйық тамақ тағайындалады.

Саусақты әдісі хирург сұқ саусағын немесе үлкен саусағын ауыз қуысы кіреберісінің артқы бөлігінің жоғарғы жағына кіргізіп, ал екінші қолының саусақтарымен сынықтың дұрыс салынғанын бақылай отырып сынықты орнына салады.

Гаймор қуысының бүтіндігі бұзылмай, сынық бөліктері азғана ығысқан бет сүйегі сынығында үш тәулікке дейін сынықты ауыз

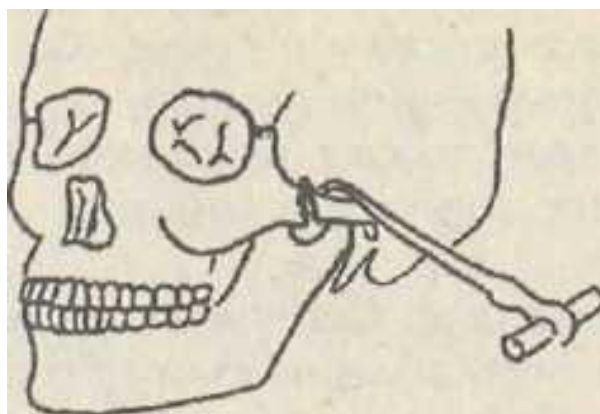
қуысының ішінен (саусақты, Буяльский күрекшесімен) орнына салуға болады.

Қазіргі кезде бет сүйегінің және оның доғасының сынықтарының көптеген ота-оперативтік ем әдістері баршылық. (Дубов, Е. Ю. Брагин, Матас-Берини, Ходарович, және Баринова В.Н. әдістері). Біз жиі қолданатын ота-хирургиялық ем әдістеріне тоқталайық.

1. А.А.Лимберг әдісі 10 тәулік ішінде қолданылады. Орнынан жылжыған бет сүйек және оның доғасының сынығын, терідегі тілік арқылы арнайы көлденең орналасқан сабы бар ілмекпен іліп алып сыртқа және жоғары тартып орнына салады (90-сурет).

2. Бет сүйегі және көз ұясының төменгі қабырғасының сынығын айбат шұңқыры және жоғарғы жақ қуысы арқылы орнына салу.

Айбат шұңқырының аймағында, өтпелі қатпарда тілік жасап шырышты сүйек қабығынан тұратын қиындыны ілмекпен жоғары көтеріп айбат шұңқырын ашады. Гаймор қуысының алдыңғы бүйір қабырғасынан тесік жасап, ол арқылы қуыстағы қан ұйындысын, майда сүйек жарқыншақтарын алып тастайды. Сонан соң саусақпен қуыстың қабырғаларын тексеріп оның сынған жерін және көз ұясының қабырғасы қаншалықты қуысқа кіргенін анықтайды. Гаймор қуысы қабырғаларын, бет сүйегі сынығын, антибиотиктер ерітіндісі, май сіңген дәкемен қуысты толтыру арқылы орнына салынады. Коллуэлл-Люк әдісімен гайморотомия операциясын-дағыдай қуыста жұмсақ резинадан түтік қалдырады, оның бір ұшын мұрын қуысынан шығарып қояды.



Сурет-90. Сабы бар Лимберг ілмегі

Өтпелі қатпардағы жараға тігіс салып, 2 күннен кейін тампонды алып тастайды.

Қарағанды медициналық институтының хирургиялық стоматология кафедрасының клиникасында гайморотомия операциясынан соң қуыстың қабырғаларын гетерогенді іш пердемен қаптап үрмелі балонның көмегімен ұстатып қояды. А. В. Клементов, Б. Я. Кельман т.б. қуысты йодоформды тампондауды ұсынады.

3. Сүйекке тігіс салу. Бет сүйегінің сынығын самай немесе ауыз

қуысының ішінен жасалған тілік арқылы распатормен орнына салған соң бет-маңдай және бет-жоғарғы жақ аумақтарында қосымша 2 тілік жасап, сынық сызығының екі жағынан бормен тесіктер жасап, одан диаметрі 0,4-0,6 мм болат сым өткізіп ұштарын бір-біріне байлау арқылы сынық бөліктерін бекітуді ұсынады.

4. Н. А. Шинберев бет сүйегі сынығын Лимбергтің бір тісті ілмегімен гипстелген бас қалпағына бекітуді ұсынады.

5. Матас-Берини әдісімен сынықты сым тұзақпен салу. Бассинидің иілген үлкен инесімен жіңішке сым тұзақты самай етінің аралығына кіргізіп сынықты тұзаққа іліп алып орнына салып бекітеді.

Нәтижелері. Сынық бөліктерін уақтылы, орнына дұрыс салып бекіткен жағдайда асқыну болмайды.

Функционалды өзгеріске ұшырамаған сүйек сынығына 1 жылдан астам уақыт өтсе косметикалық ақауын жою үшін контурлы пластика жасаған жөн. Ал бет сүйегі сынып төменгі жақ сүйегінің қызметі бұзылғанына 1 жылдан асқан жағдайларда тәжді өсіндінің алып тасталынады-резекциясы немесе бет сүйегінің доғасына остеотомия ота-операциялары жасалады.

13.10.1 Мұрын сүйектерінің сынықтары

Анатомиялық тұрғыдан қарағанда мұрын сыртқы мұрын және мұрын қуысна бөлінеді. Сыртқы мұрын беттің ортасында орналасып, оның пішіні сүйек және шеміршекті құрылысына байланысты әртүрлі болады. Сыртқы мұрынның маңдаймен жалғасқан жерін мұрын түбірі дейді, төменірек мұрын жотасы орналасқан, ол мұрын ұшымен шектеледі. Бүйір бетінің төменгі жағында танауды шектеп тұратын қанатшалары орналасады.

Мұрын сүйектері көбіне соққы бүйірінен тигенде сынады. Бұл жағдайда сынық соққы тиген жағында ішіне қарай (ортаңғы сызыққа), ал қарама-қарсы бетінде сыртқа қарай ығысады. Егер соққы алдынан артқа қарай тисе мұрын сүйектері маңдай, жоғарғы жақ сүйектерімен жалғасқан жіктері бойымен сынады және мұрын пердесі зақымдануы мүмкін. Мұрын сүйектері кеңсіріктің, мұрынның қорымша қуыстарының, көз ұясы сүйектерінің, бас қаңқасының алдыңғы шұңқырында негізінен қатарласып сынуы мүмкін.

Носовтың мұрын сүйектері сынықтарының жіктелуі клиникада қолдануға өте қолайлы.

1. Мұрын сүйектерінің сынық бөліктері жылжымай және сыртқы мұрынның деформацияланбай (ашық, жабық) сынуы.

2. Мұрын сүйектерінің сынық бөліктері жылжып және сыртқы мұрынның деформацияланып (ашық, жабық) сынуы.

3. Мұрын пердесінің зақымдануы.

4. Мұрын пердесінің ашылған кітап тәріздес болып зақымдануы.

Мұрын сүйектері сынған науқастар ауыру сезіміне, косметикалық ақауға, мұрынмен тыныс алудың нашарлауына, кейде бастың айналатынына, лоқсуына шағым айтады. Мұрын сүйектері мидың

зақымдануымен қосарлана жарақаттануы мүмкін, сондықтан зақымдану жағдайын және оның организмге әсерін мұқият тексеріп анықтау қажет. Мұрын сынуының ең айқын белгілерінің бірі одан қан ағуы. Сырттай қарап тексергенде мұрынның жұмсақ тіндерінің қатты ісінгені, төменгі қабақтың, сыртқы мұрынның теріасты клетчаткасының, төменгі және жоғарғы қабақ конъюнктивасының қанталағаны көзге түседі. Саусақпен басып тексеру тәсілі сүйек сынықтарының жылжымалығын, ығысып кеткен сүйектердің үшкір қырларын, сықырлауын, мұрын қуысының шырышты қабаты зақымданған жағдайда пайда болған теріасты эмфиземасын анықтауға мүмкіндік береді.

Қатты ісінген жұмсақ тіндер мұрын сүйектерін саусақпен басып тексеруге қиындық тудырады. Белгісі бары-жоғын анықтау үшін гаймор қуысының алдыңғы қабырғасын, алмұрт тәріздес тесіктің қырларын, көз ұясының төменгі қырларын саусақпен тексеру қажет. Алдыңғы риноскопия әдісі қан кеткен, тыныс алуға кедергі жасайтын жерлерді, мұрынның шырышты қабатының жағдайын, мұрын пердесінің ақауын-деформациясын анықтауға мүмкіндік береді.

Сынықтың бар-жоғын, оның сын-сипатын, орналасқан жерін және сынықтардың ығысуын алдыңғы және бүйір проекциясында жасалған рентгенограммадан анықтауға болады.

Мұрын сүйектері сынған науқастарға көмек көрсетуге артқы немесе алдыңғы тампондау әдісімен қан тоқтату және сынықтарды орнына салу іс-әрекеттері кіреді. Мұрын сүйектері сынғанда жұмсақ тіндер жарақаттанса алғашқы хирургиялық өңдеу жүргізу керек.

Мамандандырылған көмек көрсеткенде барынша сыртқы мұрынның пішінін орнына келтіріп, оның физиологиялық қызметін жөндеуді мақсат ету керек. Мұрынның шырышты қабатын 1-2% дикаин немесе 5% кокаин ертіндісімен және сынық сызығы өтетін жердің жұмсақ тіндерін 2% лидокаин, тримекаин немесе новокаин ертіндісін ендіру арқылы жансыздандырады.

Сынық бөліктерінің жылжыған, жылжымаған, ашық немесе жабығына қарамай сынықты мұрын ішінен (эндоназалды) салады. Ол үшін мұрын қуысына, басына дәке оралған Кохер қысқашының немесе элеватор ұшын кіргізіп сынықтарды, сынық бағытына қарама-қарсы бағытқа итеріп орнына салады. Осы іс-қимылдармен бірге- екінші қолының саусақтарымен сынық бөліктерін орнына дұрыс орныққанын бақылап тұрады. Сынық бөліктері қайта ығысып кетпес үшін отадан соң жоғарғы және ортаңғы мұрын тыныс жолдарына 7-8 күнде вазелинмен майланған йодоформды тампонмен толтырады, ал тыныс алуға мүмкіндік беру үшін мұрынның төменгі тыныс жолына хлорвинилді түтік салынады. Мұрынның сыртқы бүйірлеріне дәкеден жасалған тығыз білік қойылып, олар жабысқақ тартпамен бекітіледі. Уақытында көрсетілген көмек жақсы функционалдық және косметикалық нәтиже береді. Науқастың жұмысқа жарамсыздығы 10 күнге созылады.

13.10.2. Бет-жақ жарақатында кездесетін асқынулар, алдын алу және емдеу

Қазіргі кезде асқынулардың ерте және кеш түрлерін ажыратады. Тікелей ерте асқынуларға тыныс алудың жеткіліксіздігі және асфиксия, қан кету, шок және коллапс, ертерек қан кету, тыныс алу жолдары өткізгіштігінің жеткіліксіздігі және организмдегі су-электролит тепе-теңдігінің жедел өзгеруі жатады.

Кеш дамитын асқынуларға: екіншілік қан кету, бронхопульмональдық бұзылулар, жарақатты (оқ тиген) остеомиелит, жоғарғы жақ қуысының жарақатты синуситі, церебральды өзгерістер т.б. (диплопия, парестезия, гиперестезия, сілекей жыланкөздері, анкилоз, шайнау бұлшықеттерінің контрактурасы жалған буындар және т. б.).

Кеш асқынулардың негізгі 4 себебі бар:

1. Бет-жақ аймағының жұмсақ және сүйек тіндерінің ақауларымен ауыр жарақаттануы.
2. Науқасты емдегенде мамандандырылған стоматологиялық көмектен қате кетуі.
3. Организмнің жалпы реактивтілігінің төмендеуі.
4. Ауыз қуысының патогенді емес микрофлорасының тез патогенді және жоғары вирулентті микрофлораға айналып, антибиотикке төзімділігінің артуы.

Ерте асқынулар. Тұншығу-асфиксия- өмірге қауіпті асқыну. Бет-жақ жарақатында асфиксияның даму себебіне байланысты 5 түрін ажыратады.

1. **Дислокациялық асфиксия.** Төменгі жақтың, әсіресе иек бөлігі сынған кезде тілдің артқа кетуінен пайда болады. Тіл түбі көмекейге қысым түсіріп жолды жауып тастайды. Шұғыл көмек көрсету: Науқасты қырымен жатқызады. Мүмкіндігінше тілді жібек жіппен тігіп омырауға бекітеді. Тіл тістің тістесу қырымен қатты жанаспауы керек әйтпесе жарақаттануы мүмкін. Тілді бинтке түйреуішпен бекітеді.

Төменгі жақ оқпен жарақаттанып сынғанда тіл де бірге зақымданады. Бұл жағдайда тілді тігудің пайдасы аз. Бұндай науқасты иегімен жатқызып, трахеостома жасайды.

2. **Обтурациялық асфиксия.** Жоғарғы тыныс жолдарына бөгде заттардың түсуінен болады. Оларды жұтқыншақтан саусақпен алса ауаның енуіне жағдай жасап асфиксияны жояды. Ал тілді тіксе бөгде зат көмекейге және кеңірдекке кетеді.

3. **Стенотикалық асфиксия.** Дауыс байламы кеңістігіне немесе көмекейдің артқы бөлімінде гематоманың пайда болуынан болады. Мұны клиникалық тексеруден өткізгенде көз жеткізеді. Мойындағы қан аққан тамырды тауып, тігіп, ісінуге қарсы ем жүргізгеннен кейін тыныс алудың

жеткіліксіздігі басылады. Егер қысым түсіруші дене көлемі үлкен болса крикотомия жасауға болады. Трахеяны жуан инемен тесіп трахеостома салады, тіл тігілмейді.

4. Қақпақшалық асфиксия. Жұмсақ тандай немесе жұтқыншақтың артқы қабырғасы жыртылғанда пайда болады. Бұл түрін обтурациялық асфиксиядан ажырату керек. Саусақпен қарағанда жұмсақ тіндердің қиындысы байқалады.

Мұндайда науқасты басын төмен қаратып немесе бүйірімен жатқызу керек. Экстремальды жағдайда коникотомия немесе жуан инемен трахеяны тесуге болады. Хирург-стоматолог жұмсақ тіндерді қалпына қойып тігеді.

5. Аспирациялық асфиксия. Трехея мен бронхқа құсық массалары, қан ұйындысы түскенде дамиды. Көмек көрсету: Трахеостома салынады. Трахеобронхиальды бағана санацияланады. Мұнда көбіне төменгі трахеостомия жасалады. Саусақпен қалқан тәрізді шеміршектің төменгі жиегін ұстап көріп алады. Тілік ортаңғы сызық бойынша сақина тәрізді шеміршектен төмен төс ойығына дейін жүргізіледі (үлкендерге 6-7 см, балаларда 3-4 см). Теріні, теріасты клетчаткасын, беткей фасцияны кеседі. Одан кейін екінші фасцияны кесіп ашады. Клетчатканы тұйық жолмен сыдырады, анатомиялық пинцетпен төмен сырғытып, тұйық ілмекпен веноздық өрімді әрі жылжытады. Одан әрі мойынның үшінші фасциясын тіледі. Сәл тереңіректе көмекейдің бұлшықеттерін ілмекпен ажыратып, трахея қабырғасына, қалқанша безге жетеді. Тұйық ілмекпен безді жылжытады. Трахеяны ашпас бұрын мұқият қан кетуді тоқтатады. Құрғатып сүртеді де операциялық алаңға салфеткалар қояды. Үшкір екі тісті ілмекпен трахеяны екі жағынан көтеріп қандауырмен кеңірдектің екі сақинасын (4-5-ші) кесіп, аспаптың ұшын 0,5-1 см енгізеді. Шырышты қабаттың тітіркенуінен тыныс түтігін кескенде жөтелу рефлексі пайда болады. Кеңірдектің жиегін Груссо кеңейткішімен ажыратып трахео-стомалық түтік енгізеді. Одан бұрын ішіне — 5% кокаин ертіндісі немесе 2% дикаин ертіндісін тамызу керек. Сонда ғана жөтел рефлексі болмайды.

Жарақаттың бұрышы бірнеше жерден тігіледі. Трахеостомиялық түтіктің ұшын дәкеге бекітіп мойынға ұстатады. Тігіс сызығының бойын аздап таңып жабысқыш пластырмен бекітеді. Түтіктің түбіне ылғалданып қалмас үшін клиенка жапқыш енгізеді.

Қан кету. Ерте және кейін қан кету, қан тамырлары жыртылғанда бірінші 24-48 сағатта өтеді.

Біріншілік көмек. Жараға қысым түсіретіндей етіп таңу. Профузды қан кететін жағдайда тамырды саусақпен басу керек. Жалпы ұйқы артериясын VI мойын омыртқасының бүйір өсіндісінің тұсында басады. Бұл нүкте төс-бұғана-емізیکше бұлшықетінің алдыңғы қырымен қалқанша шеміршектің жоғарғы жиегінен жүргізілген көлденең сызықпен қиылысқан жері. Бұл жерді бас бармақпен басады, ал қалған

саусақтар мойынның артында қалады.

Жалпы ұйқы артериясына қысымды таңба салуға болады. Мойынның жарақаттанған жеріне тығыз білік салып, қолынан өткізе дәкемен байлап тастайды. Бұл сау жағындағы ұйқы артериясын қысымнан сақтайды. Мойындағы жарақаттан қан кеткенде, алдымен мойынның қан тамыр шоғырын төс-бұғана-емізікше бұлшықеттерінің алдыңғы жиегінен ұзынша тілікпен жалаңаштап, жалпы ұйқы артериясы мен ішкі мойындырық венасының астына провизорлы лигатура енгізеді, содан кейін ғана жарақатты тексеріп таңады.

Сыртқы ұйқы артериясын бойлау. Науқасты шалқасынан жатқызып, жауырын астына білік қойып басын шалқайтады. Төс-бұғана-емізікше бұлшықетінің алдыңғы қырынан төменгі жақтың бұрышына дейін 5-6 см тілік жасап, теріасты май қабатын, беткей фасция және теріасты бұлшықетін, мойынның меншікті фаоциясын кеседі. Төс-бұғана-емізікше бұлшықетінің медиалды жиегін жалаңаштап, оның алдыңғы жағын жарып сыртқа қайырады. Қынаптың артқы қабырғасын да кеседі. Тұйық жолмен венозды бағаналар мен тіласты жүйкесін жылжытады. Егер бет венасын жанынан әкетуге мүмкіндік болмаса оны байлап, кесіп қояды. Одан кейін ұйқы артериясының фасциясын ашады. Жалпы ұйқы артериясы мен ішкі мойындырық веналарының арасында, артқа таман кезеген жүйке орналасқан. Жалпы ұйқы артериясының бойымен оның бифуркациясына жетеді. Ол қалқанша тәрізді шеміршектің алдыңғы деңгейінде. Сыртқы ұйқы артериясы ішке және алға қарай орналасқан және ол ірі тармақтар береді. Ал ішкі ұйқы артериясының тармақтары жоқ. Сыртқы ұйқы артериясын ішкі мойындырық венасы мен кезеген нервтен ажыратып алған соң, астына екі лигатура салып бір-бірімен 1 см қашықтықта жоғарғы қалқанша және тіл артериялары араларында байлап, сол аралықтан қияды. Артерияның ортаңғы шетіне екінші лигатура салады. Лигатураны байламай тұрып самай артериясының пульсі тоқтап қалмауын байқап алу керек.

Тіл артериясын байлау. Төменгі жақасты аймағында параллель болатындай етіп жақтың жиегінен 2 см төмен ұзындығы 6 см тілік жасайды. Теріні, теріасты май клетчаткасын, мойынның беткей фасциясын, беткі жапырақшасын кеседі. Төменгі жақасты сілекей безін жалаңаштап ашып, мобилизациялап, жоғары және ішке әкетеді. Шамамен Пирогов үшбұрышын анықтайды, ол (алдынан) жақ-тіл бұлшықетінің артқы қырымен (артынан) қосқарыншалы бұлшықеттің артқы қарынша сіңірімен және (жоғарыдан) тіласты нервсімен шекараланады. Үшбұрыш аймағында тіласты-тіл бұлшық еті, одан ішкері тіл артериясы орналасады. Бұл бұлшық еттің талшығын қысқашпен жылжытады да тіл артериясын ашып, тігіп байлайды. Егер манипуляция дөрекі орындалса жұтқыншақ қабырғасын жыртып алу қаупі туады.

Бет артериясын байлау. Төменгі жақтың қырынан 2 см төмен

параллель ұзындығы 5 см тілік тілінеді. Тіліктің бастамасы төменгі жақ бұрышынан 1 см алға орналасу керек. Теріні, теріасты май қабатын, мойын фасциясын, теріасты бұлшықеті кесіледі. Меншікті шайнау бұлшықетінің алдыңғы жиегінен өтетін бет артериясын ажыратып алып, байлап таңады. Оның жанында бет венасы болады. Кеш асқынуларға екіншілік қан кету бронхопульмональды асқыну, контрактура, сынықтар консолидациясы, жалған буындардың түзілуі, жарақатты остеомиелит және гайморит.

Екіншілік қан кету. Жарақаттанғаннан 7-15 күннен соң, әсіресе оқ тиіп жарақаттанғанда кездеседі. Негізгі себептер: тромбтың іріңді қалқуы немесе қан тамырдың тесілуі. Кеш қан кету бірнеше рет қайталануы мүмкін. Бұл жарақаттың сипатына, іріңді асқынудың ағымына, ол жарақатты хирургиялық өңдеудің сапалылығына байланысты. Кеш қан кету 2-5% жағдайда кездеседі. Ол кенеттен пайда болады, күндіз немесе түнде екіншілік қан кету пайда болғанға дейін мынадай белгілері біліне бастайды: а) жарақатта еш себепсіз ауыру сезімі күшейеді; б) жарақаттан қан шыға бастайды; в) қанды сілекей аралас қақырық немесе жөтел пайда болады; г) ауыз қуысы түбінде және мойында ірі қан тамырлар маңайында іріңді процестер күшейеді. Дәрігерлік көмек көрсетілгенге дейін ұйқы артериясың қысу қажет. Шұғыл дәрігерлік көмек — қысқаш салып, тамырды екі лигатурамен көрші жұмсақ тіндерге бекітеді. Қан тоқтатқаннан кейін науқастарға антигеморрагиялық, антибактериялық дәрілер тағайындалады. Қатаң төсек режимі, арнайы бақылау жасайды.

Тыныс алу жеткіліксіздігі. Негізгі үш түрі бар: орталық, шеткі және аралас.

Орталық түрі көбінесе бет-жақ аймағы, бас-ми жарақаттары бар науқастарда кездеседі. Шеткі тыныс алу түрі бас-ми жарақатымен қатар іш пен төс жарақаттанған кезде болуы мүмкін. Сондықтан тыныс жолдарында айқын обтурация көрінеді. Әсіресе жұтқыншақта, құсық массалары, қан мен аралас бөгде заттар білінеді. Клиникалық көрінісі: тыныс алуы бұзылады. Көмек көрсету ауыз қуысын тазарту, жұтқыншақты тазартып, ауаның енуін қамтумен сипатталады. Ол егер ауыр болса трахеостома салуға тура келеді.

Аралас түрінде ажырату мен көмек көрсету қиынға түседі. Негізгі күш трахеобронхиальды бағананы тазартып, өткізгіштігін қалыптастыруға бағытталады. Өкпе вентиляциясы жақсарғаннан кейін қан айналым жақсарады. Венамен қан келу толығыады, қысым теңесіп, жүрек қызметі қалпына келеді. Сондықтан тахикардия азайып, артериялық қысым төмендейді.

Дұрыс орналаспаған сынықтарды бекіту-консолидациялау. Жиі өз уақытында көрсетілмеген көмек немесе қателік салдарынан болады. Бұл окклюзияның бұзылуына әкеледі.

Емдеу. Төменгі жақтың дұрыс бітіспеген сынықтарын қайта

бөлшектеп, оларды дұрыс жағдайға келтіріп бекіту. Мұндай операцияларда өзі қататын пластмассаларды металмен араластырып остеосинтез жүргізген жөн. Бұл операция өте күрделі, себебі, сүйектер бітісіп кеткен. Сынықтарды бөлшектегенде қызыл иек шырышты қабығы жарақаттануы мүмкін. Сынықтарды репозициялағанда тістесу бойынша жүргізген жөн. Сондықтан алдын ала тіске құрсау салады.

Баяуланған бекіту-консолидация және жалған буын. Төменгі жақ сынған кезде сынықтардың бекуі-консолидациясы негізгі мерзімнен 2-3 аптаға кешігуі мүмкін. Оның себебі: авитаминоз, инфекциялы аурулар, зат алмасудың бұзылуы, ішкі секреция бездерінің дерттері (диабет). Жергілікті себептерге: сынықтардың ығысып жылжымалы келуі, жұмсақ тіндермен сүйек бөліктері-фрагменттері арасында орнынан ауытқуы-интерпозиция, сүйек тінінің ақауы, трофикалық бұзылулар, сүйек жарақатындағы қабыну процесстері. Бұл асқынуларды емдеудің мақсаты: себебін жою, организмнің қорғаныс қызметін нығайту. Кейде сынықтар мүлде бітпегендіктен, жалған буындар қалыптасады. Бұл кезде сүйек сынықтарының ұштары муфта тәрізді фиброзды тінмен өзара байланысқан болады. Жалған буынның түзілу себептері: төменгі жақ сынықтарын кеш немесе жеткіліксіз иммобилизацияланудың тиімсіздігі, сүйек фрагменттерін дұрыс репозицияламау, сынық ұштарының аралығында бұлшықеттің болуы, жақтың патологиялық сынуы, сынық ұшында қабыну процессінің дамуы.

Клиникалық көрінісі. Сүйек сынықтарының беку-консолидация мерзімі басталғаны, рентгенограммада әр сынықта компактiлi пластинка көрінеді.

Емдеу. 2 см-ден асқан сүйектің сынуы кезінде мықты бекітудің-фиксацияның өзінде қалпына келмей жалған буын дамиды. Мұндай жағдайда сүйек рамасы немесе бұрандалы пластинкамен остеосинтездеу әдісі тиімді келеді. Сынықтарды бейткеннен кейін түзілген ақауға, аутотрансплантат енгізеді.

Жарақатты остеомиелит. Төменгі жақтың жарақатты сынығы кейде жарақатты остеомиелитпен асқынады. Ал жоғарғы жақта мұндай асқынулар сирек кездеседі.

Остеомиелиттің дамуына жергілікті факторлардың әсері бар:

1).Сынықтың ұзақ уақыт қозғалмалылығы инфекцияның енуіне жағдай жасауы.

2).Сынық тұсында созылмалы процесстері бар түбірлер мен тістердің болуы.

3).Остеомиелиттің дамуына сынық сызығының сипаты мен сынық аралығындағы жарықшақтардың көп болуы.

Төменгі жақтың жарақатты остеомиелитінің 4 клиникалық кезеңі бар:

1). Жасырын кезеңі — жарақатта біріншілік реакцияның болуы.

2). Жедел қабыну белгілері бар кезең. Қолайсыз жағдайлар әсер

еткенде басталады. Бұл кезең әдетте 7 күннен кейін басталып, тіндердің ісінуінің ұлғайып, дене қызуының артуымен сипатталады. Жалпы әлсіздік болады. 4-5 күн ішінде жақ маңында абсцесс немесе флегмона түрінде іріңдіктер түзіледі.

3).Іріңдіктердің ашылуы. Бұл кезеңде жалпы жағдайы қанағаттанарлық болып, ауыру сезімі басылып, ұйыспа-инфильтрат және беттің жұмсақ тіндерінің ісінуі азаяды. Іріңді жыланкөздер пайда болады. Басында азаяды, бірақ жоғалып кетпейді. Іріңнің бөлінуі қабынудың айқындылығы мен жеделдігінің дәрежесіне байланысты.

Іріңдікті кескеннен кейін бірінші күндері ол сарғыш, тұтқыр болады. Осы кезеңде остеомиелитке нақтама-диагноз қояды. Секвестрді алғанша іріңнің ағуы тоқтамайды.

Жарақатты остеомиелиттің рентгендік көрінісі біртіндеп дамиды, 1-ші және 2-ші кезеңде рентгендік көріністе остеомиелиттің белгілері дамиды. Сүйек тініндегі рентгендік өзгерістер жарақаттан соң 2 аптадан кейін басталады. Сынық сызығы кеңіп, остеопороз дағы пайда бола бастайды.

8-12 күннен кейін жара жиегінде тегіс емес, мөлдір, бүліну-деструкция ошақтары көрінеді. Осы кезде әр мөлшерде секвестрлер түзіле бастайды. Секвестрлер қосарланып келуі мүмкін. Олар фрагменттердің шеткі бөлімінде, не болмаса негізгі сынықтардың арасында жатқан ұсақ жарықшақтардан түзіледі. Секвестр толық бөлінген соң периостадды қабаттану пайда болады. Секвестр сүйектің тығыз аймағы ретінде көрінеді. Бірінші рентгендік көріністе фрагменттер арасындағы диастаздардың ұлғайғаны, орналасқан фрагменттердің анық контуры, төменгі жақ негізінің ұзына бойы периосталды қабаттануы көрінбесе қабыну процессінің болмағаны анықталады.

8-9 айларда фрагменттер аралығындағы саңылаулар сүйек тіндерімен толады. Егер остеомиелитті тоқтата алмаса сүйек тіні (1-4 см) ақауланады.

Жарақатты остеомиелиттің (төменгі жақтағы) клиника-рентгенологиялық тексерулердің негіздеріне сүйене отырып (орналасуға байланысты) мына топтарға ажыратады.

- а). Төменгі жақтағы ұяшық өсіндінің остеомиелиті.
- б). Төменгі жақ сүйегінің сыртқы жартысының остеомиелиті.
- в). Жақтың төменгі қырының остеомиелиті.
- г). Төменгі жақ сынықтарының шеткі бөліктерінің остеомиелиті.

Ұяшық-альвеолды өсіндінің жарақатты остеомиелиті. Ұяшық өсіндінің остеомиелитінің клиникалық ағымына — тіс ұяшығында қабыну процессінің басталып, жақ маңындағы сүйектерді қамтуы тән.

Бұл процессте ауыз қуысы шырышты қабығының ісінуі кіреберіс жерінде байқалады. Іріңді ұйыспа-инфильтрат ауыз қуысының түбіне таралмайды. Егер остеомиелит процессі төменгі жақ бұрышына таман орналасса әртүрлі дәрежедегі жақтың қабыну белгілері білінеді.

Науқастардың жалпы жағдайы орташа, дене қызуы $37,7-37,8^{\circ}\text{C}$ шамасында болады.

Себепкер тісті жұлып, қасықпен ұяшықты қырған кезде ұсақ секвестрлер мен грануляциялар шығады. Бұл топтағы науқастарда жақтың альвеолды жиегінің, сынықтың төменгі бөлігіндегі репаративті процесстермен бірігіп қабынуы тән. Бұл кезде рентгендік және клиникалық көріністер сәйкес келмейді. Мұның себебі жұлынған тіс ұяшығындағы дамыған остеомиелит процессі сынық бойындағы сызықтан фрагменттердің бітісіп кетуіне кедергі келтірмейді. Рентгенологиялық өзгерістер тек сапалы рентгенограмма немесе томограмма жүргізілген кезде ғана анықталады. Олардың мөлшері онша үлкен емес және ұяшықтағы сүйек тінімен байланысты болып қалады. Сынық сызықтары тарылып қайта түзілген сүйек тінімен толығыады.

Төменгі жақ негізінің ұзына бойында периосталды қабаттану байқалады.

Жақтың төменгі қырының жарақатты остеомиелиті. Сынықтарды ота-оперативті емдегеннен кейін жиі дамиды. Науқастар жалпы жағдайының әлсірегенін, бетіндегі жұмсақ тіндерде қабыну процессінің басталғанын сезеді. Дене қызуы $37,3^{\circ}\text{C}$ шамасында болады және кешкілік, таңертең аздап өзгеріп отырады. Төменгі жақ қимылы бұзылады. Жақтың төменгі қырының остеомиелитінде рентгенологиялық белгі - көп мөлшердегі кортикалды секвестрдің болуы. Ол остеопороз және сүйек тінінің ыдыраған бөлігінде орналасады. 7-10 күн шамасында секвестр маңындағы сүйек тінінің ыдырауы біртіндеп ұлғайып, басқа сүйек тіндерімен оқшауланады. Сынық сызығының жоғарғы жатқан бөлігі өз диаметрін өзгертпейді, фрагменттің контуры анық болып қалады.

Төменгі жақтың шеткі сынықтарының жарақатты остеомиелиті. Бұл түрінде остеомиелиттік жарақаттануы байқалады. Себебі сынық жиегінің барлық бетін қамтиды. Жұмсақ тіндердегі қабыну процесстері мен анық ауыру сезімі байқалады. Дене қызуы көтеріліп, қанда өзгерістер болады. Науқастарда үшкіл жүйкесінің үшінші тармағының иннервациялау аймағында сезімталдық бұзылады.

Рентгендік көріністе сүйек тінінің резорбциясы байқалады. Сынықтың жиегі анық емес. Әртүрлі мөлшердегі секвестрлер сынық сызығының бойымен орналасады.

Созылмалы остеомиелиттің ұзақ мерзімі нәтижесінде жақтың ақауы пайда болады. Гемограммада қан жағынан өзгерістер байқалмайды. Тек нейтрофилез, салыстырмалы және абсолютті моноцитоз, лимфопения байқалады. Егер жарақатты остеомиелит жақ маңындағы абсцесс немесе флегмонамен асқынса эритроциттердің тұну жылдамдығы артады және лейкоцитоз байқалады.

Жарақатты остеомиелитті емдеу. Бірінші емдік шара, іріндерді ауыз ішінен немесе сыртынан тіліп шығару. Абсцестер ауыздың ішінен ашылады. Ол үшін міндетті түрде жұмсақ тіндерді 3 см сүйекке дейін

кеседі. Жайылған қабыну процессінде 5-6 см сыртқы тілік жасалады, тіндер ажыратылып, төменгі жақтың тінін тексереді.

Ірің көбейсе қанат тәрізді бұлшықеттің ішкі жағынан тіліп ашып антибиотикті ерітінділермен жуады. Гипертониялық ерітіндіге суланған дәкемен орап, стерилді резина қолғаптың қиындысымен қашыртқы-дренаж қояды. Бұл отадан соң қабыну процесі азаяды.

Жарақатты остеомиелитті емдеген кезде негізгі қағида себепкер факторды жою. Егер ол фактор жақ сынығы дұрыс бекілмегенінен болса, шұғыл түрде төменгі жақ сынығын дұрыс бекітіп, бір мезгілде іріңдікті тіліп ашу қажет. Іріңнен тазарған соң отасыз-консервативті ем тағайындалады. Антибиотикотерапия, сульфаниламидті препараттар, нитрофуран препарат-тары, витаминотерапия, жалпы жағдайды көтеретін, сезімталдықты жоятын ем.

Іріңді тіліп ашқанда-микрофлора мен оның антибиотикке сезімталдығын анықтау үшін жұғынды (мазок) алған жөн. Микробиологиялық тексерулер қорытындысы 48 сағаттан соң белгілі болады. Сондықтан басында кең спектрлі антибиотиктер белгіленеді (тетрациклин 200000 Б 4 рет күніне немесе монолицин 2000 Б-4 рет). Анализдер қорытынды алынған соң бағытталған антибиотерапия белгіленеді. Бұдан басқа сульфадемизин немесе күніне 4 реттен норсульфазол 1,0, фуразалидон 0,15 белгіленеді. Антибактериалды аралас ем 5-6 күн жүргізіледі, егер процесс тоқтамаса, қайтадан жарақаттан бөлінген сұйықты зерттейді. Антибиотикті өзгертеді. Кейбір авторлар антибиотикті қабыну ошағына салуды ұсынады.

Жарақатты остеомиелитті емдеу үшін Д.А.Энтин (1940) сынық аймағына 70% спирттегі 2% новокаин ерітіндісін енгізуді ұсынады. Мұндай инъекциядан кейін ауыру сезімі жойылады, жағымсыз сезімдер басылады. Спирт-новокаин ерітіндісі 2-3 күннен соң 5 рет енгізіледі (1,5-2 мл).

Көп жағдайда спирт баяу созылмалы процесстерде енгізіледі. А, В, С витаминдерін глюкоза ерітіндісімен бірге көк тамырға-венаға жібереді. Сезімталдықты жою үшін димедрол, кальций хлориді белгіленеді.

Физиологиялық ем. УЖЖ немесе қысқа толқынды ем, операциядан соң белгіленеді. Жарақатты остеомиелитті емдегенде физиопроцедура керек. Р. Н. Михайлова мен Я. Г. Зайковский (1968) дәлелденген.

Созылмалы процесстерде беттегі жұмсақ тіндердің ұйыспа-инфильтраты тез сіңіп кетеді.

Төменгі жақтың ұяшық өсіндісінің жарақаты остеомиелитінде сынықтың тұсындағы себепкер тіс жұлынады да ұяшыққа қыру-кюретаж жүргізіледі. Осы кезде секвестрленген түбіраралық перде мен ұяның қабырғасы алынады. Ауыз қуысын фурациллин ерітіндісімен жуып шаяды.

Төменгі жақтың сынық жиегінің остеомиелитінде секвестрэктомия немесе остеотомия жүргізуге асықпау керек, өйткені ол ақаудың пайда

болуына әкелуі мүмкін.

13.10.3. Жарақатты остеомиелиттің алдын алу шаралары:

1. Сүйек сынықтарын ерте және тиімді бекіту (жарақатты хирургиялық өңдегеннен кейін).

2. Сынық тұсындағы созылмалы процесс бар тістерді дер кезінде жұлу.

3. Сынықтың саңылауын антисептикалық ерітінділермен жуып шайғаннан соң ауыз қуысынан мұқият оқшаулау.

4. Сынықтағы микроциркуляцияны қалпына келтіру үшін ем жүргізу антикоагулянттар тағайындау: (қанның реологиялық қасиетін жақсартатын ерітінділер енгізу).

5. Сүйек тініне сезімтал антибиотикті ерте пайдалану.

6. Жалпы жағдайын көтеретін ем, репаративті остеогенезді нығайту.

7. Ауыз қуысы тазалығын сақтау.

Жарақатты гайморит. Жарақатты гайморит-тек оқ тиген жарақаттың асқынуынан ғана емес, тұрмыстағы әртүрлі жағдайдың салдарынан бет қаңқасы сүйектерінің жарақаттануынан да, соның ішінде жоғарғы жақтың бет сүйек доғасының және ЛОР — мүшелердің жарақаттануынан дамиды. Бет қаңқасының жарақатынан басқа, бет сүйек доғасы сынған кезде де бет қаңқасы көп жағдайда төмен, ішке және артқа қарай кіріп кетеді (қозғалады). Осы кезде бет сүйек доғасы гаймор қуысына кіріп, оның сүйекті және шырышты қабықтарын жарақаттайды. Егер қуысқа сүйек еынықтары түсетін болса — жарақатты гайморит дамиды.

Жарақаттан соң алғашқы күндері жарақатты гаймориттің айқын клиникалық белгілері болмайды, себебі, бұл уақытта жақ сынығының клиникалық көрінісі басым келеді. Науқастың басы ауырып, мұрын арқылы дем алысы қиындайды, мұрынынан алғашында серозды, сонан соң іріңді қан бөлінеді, дене қызуы көтерілуі мүмкін.

Жарақаттанғаннан бірнеше күннен кейін жедел көріністер созылмалы түрге ауысады. Созылмалы гаймориттің клиникалық көрінісі қуыстың қабырғасы мен шырышты қабығының жарақатының сипаты мен көлеміне, қуысты жарақаттаған сүйек сынығы немесе бөгде дененің мөлшеріне байланысты болады. **Созылмалы гаймориттің ең басты белгісі — жыланкөз, мұрын жолдарынан бөлінген ірің мен жергілікті ауыру сезімі.** Қан ұюы мен кейбір шырышты қабықтың және жақ сүйек некрозының салдарынан шырышты қабықтың полипозды түрінде продуктивті процесстер дамиды. Жоғарғы жаққа оқ тию салдарынан болған жарақатты гайморит ағымының өзіне тән ерекшелігі бар. Жарақаттанған кездегі қуысқа түскен сүйек сынықтары, кейін пайда болатын секвестрлер ұзақ уақыт бойына қуыстың шырышты қабығын қабындырады. Соңынан

қуыстың грануляция тіні осында қалған сүйек сынықтарымен, бөгде денемен бірігіп фиброзды тінге (тыртыққа) айналады, ол өз кезегінде ауық-ауық процестің асқынуына соқтырады (көзасты аймағының ауыру сезімі және ісінуі, мұрын мен жыланкөзден ірің бөлінуі және т. б.).

Рентгенограммада қуыс пневмотизациясының өте төмендеуі байқалады. Алғашқы күндердегі рентгенограммадағы қуыстың қараюы жоғарыда айтылғандағыдай қан ұюын кейіннен-шырышты қабықтағы патологиялық өзгерістерді көрсетеді. Процесс айларға, жылдарға созылуы мүмкін.

Созылмалы жарақатты гайморитте жоғарғы жақ қуысына радикалды операция жасайды. Қуыстың алдыңғы қабырғасын алғаннан кейін, оның ішіндегі тыртық пен фиброзды өзгерген тіндерді және бөгде денелер мен сүйек сынықтарын алып тастайды. Бөлек қуыстарды бір-бірімен қосып бір қуыс жасайды да, жоғарғы жақ қуысы мен төменгі мұрын жолының арасына кең түтікше қояды. Қуыстың шырышты қабығының полипозды жерлері кесіліп алынады да, өзгермегендері-қалдырылады. Қуысты жуып, кептіргеннен кейін, оның ішін вазелинді майға батырылған йодоформды тампонмен толтырып, оның ұшын түтікше арқылы шығарып, төменгі мұрын қуысында қалдырады. Ауыз қуысының шырышты қабығының жарақатын саңылау қалдырмай тігіп тастайды.

Церебальды өзгерістер. Өте алуан түрлі. Жалпы олар ми шайқалуы салдарынан болатын қысқа мерзімде немесе ұзақ уақытқа созылған естен тану түрінде байқалады.

Ми жарақатының белгілері басым болған науқастарды жарақатты өңдеп және жақ сынықтарын орнына қойғаннан кейін неврологиялық не нейрохирургиялық бөлімдерге орналастырғанан жөн.

Бас-ми жарақаты кезінде, әсіресе бас қаңқасының негізі жарақаттанған кезде, мамандар травмалық менингиттің профилактикасына аса көңіл бөлуі керек. Бұл үшін антибактериальды заттардың (антибиотиктер), сульфаниламидті препараттардың күшті дозаларын тікелей қанға жіберу керек. Осымен бір мезгілде дезинтоксикациялық, дегидротациялық және жалпы жағдайын жақсартатын ем жүргізу керек. Бұл шаралар жаңа жарақаттанғандардың барлығын менингиттің дамуынан сақтайды, ал болған жағдайда шамамен науқастардың 90%-ін 7-10 күнде емдеп шығарады.

Жарақаттан кейінгі сынықтарды жалпы емдеу. Жүргізілген морфологиялық-клиника-лабораториялық және функционалдық тексерулердің негізінде сүйек жарақатының жазылуының 4 кезеңге бөлуге болады. Бұл жалпы организмдегі күрделі биохимиялық, патофизиологиялық өзгерістерді және жарақаттан кейінгі кездегі болжамды анықтауға мүмкіндік береді.

I кезең — Жарақаттағы біріншілік реакциялар кезеңі.

Жарақаттанған жерде деструктивті процесстердің болуымен сипатталады. Олар: сүйектің тұтастығының бұзылуы, сыртқы қабығының, Гаверс өзегінің, эндоосттың жыртылуы және дәнекер тінді түзілімдер мен бұлшықеттердің, төменгі жақты қоршаған жүйкелсер, қан, тамыр және лимфа тамырларының өзгерулері. Кезеңнің ұзақтығы 3 күнге дейін.

Осы кезеңде қабыну процесінің айқындылығы мен грануляциялық тіннің түзілуіне әсер етіп қана қоймай, сүйек тұтастығының толық қалпына келтіруге әсер ететін екі түйінді процессті ажырату керек:

1)Тотығу-тотықсыздану процесстерінің өзгеруі, гипоксия көрінісінің ұлғаюы мен қан келудің бұзылуы нәтижесінде тіндердің протеолизі.

2) Полимерлік комплекстердің, мукополикантсутектер мен белоктардың клеткалық құрылымдарының ыдырауы, дезинтеграция және деградациясы, сынық аймағында гетерогенді органикалық және бейорганикалық қосындыларын түзеді. Ол сыныққа жақын остеогендік және дәнекер тінді клеткалардың пролиферациясы мен дифференциация-сының белсенділігін арттырады.

Ауыру сезімі мен психо-эмоциональды импульсация, улы заттардан болатын тітіркенулер, тіндердің жарақаты салдарынан сүйек тініндегі түзілімдер рефлекторлы және гуморальды жолдармен орталық жүйке жүйесінің жоғары бөлімдеріне беріледі. Ол жерде вегетативті жүйке жүйесінің симпатикалық бөлігінің қозуы нәтижесінде жалпы физиологиялық жауап ретінде қорғану реакциясы түзіледі, шеткі қан ағысы арқылы бүйрекүсті безі гормондары: кортикотропин, глюкокортикоид организмдегі катаболикалық процесстерді күшейтеді.

Бұл кезеңде, сүйек жарақатындағы регенеративті процесстерді арттыру үшін негізгі әрекет:

1. Эмоциональды стресс пен ауру синдромын азайту немесе жою.
2. Қан айналымы бұзылуларын қалыпқа келтіру. Қанмен қамтамасыз ету дәрежесі сүйек жарақатындағы зат алмасу түріне байланысты (гликолитикалық, мукополисахаридті немесе оксидотикалық). Олар сүйек, шеміршек тіндердің түзілуіне әкеледі.
3. Тыныс алу бұзылыстарын қалыпқа келтіру (асфиксияның алдыналу мен себебін жою).
4. Зат алмасу бұзылыстарын қалыптастыру. Біріншілік реакциялар кезінде ыдыраудың, протеолиздік, симпатико-адреналды жүйенің күшеюі нәтижесінде катаболикалық процесстер жүреді, олар белоктың, майдың, гликогеннің витаминдердің ыдырауын күшейтіп, қанға ыдырау өнімдерінің сіңіруіне әкеледі.
5. Сүйек жарақатының инфекциямен асқынуын болдырмау. Жақтың барлық сынығы тіс қатарының деңгейінде ашық келеді. Тамақтанғаннан соң ауыз қуысын тазалағанда одан әрі бүлініп, гигиеналық жағдай нашарлайды. Егер ауыз қуысында тіс жегісі болса, асқынған тіс жегісі, тіс тастары, пародонт аурулары кездессе сүйек жарақаты инфекциясының

одан әрі асқынуына мүмкіндік туады. Сондықтан жоғарғы немесе төменгі жағы сынған науқастарға көмек көрсеткен кезде тістің тағдырын шешіп алу маңызды. Сынық тұсындағы тіс инфекцияны өткізіп тұрса немесе сынықты салуға кедергі жасаса жұлынуға тиіс. Мысалы: сынық маңайындағы тістің созылмалы периодонтиті, пародонттың абсцесстенген түрі, пульпитті тіс және сынған тіс.

ҚазҰМУ-нің хирургиялық стоматология кафедрасының клиникалық зерттеулерінің мәліметтері бойынша сынық тұсында тұрған және функционалдық қажетін жоғалтпаған сау тістердің ұлпасын алып, бітеме-пломбыланғаннан кейін олардың түбір өзектері арқылы сынық саңылауын брeфоматериалмен толтырып сақтауға болады (Оразалин Ж. Б., Жартыбаев Р.Н.).

Қабылдау бөлімінде екіжақты өткізгіштік жансыздандырудан кейін (2,0-5,0% анальгин және 2,0 мл 2% димедрол ерітінділері), сынық саңылауын 0,02% хлоргексидин ерітіндісімен жуып-шайып, сынықтарды орнына салып, жыртылған шырышты қабықты тігіп, бекітеді. Отасыз-консервативті және ота-оперативті әдістер көрсеткіштері бойынша сынықтарды дер кезінде салып бекіту жүзеге асырылады.

Клиникада күн сайын түнде анальгин мен димедрол бұлшықетке, триоксазин 0,3х3 рет, тағайындалады. Қанның реологиялық, қасиетін жақсарту, микроциркуляция мен зат алмасуды қалыптастыру үшін тікелей венаға ерітінділер енгізіледі (Рингер ерт., глюкоза және т.б.). Нитрофуран қатарының препараттары, антибиотиктер тағайындалады. Ауыз қуысының тазалығын сақтап, (0,02% хлоргексидин ерітіндісімен шайқау және) 1-ші жақтық диета тағайындалады.

Екінші кезең — Сүйек шорының түзілу кезеңі. Ұзақтығы 8 күн, 3 сатыдан тұрады:

1. Қабыну-пролиферативті кезі, остеогенді және дәнекер тінді клеткалардың қабыну инфильтрациясы мен пролиферацияның күшеюі.

2. Грануляциялық тіннің түзілуі.

3. Клеткалы-талшықты остеогенді тіннің жетіле бастаған кезі. Бұнда: лейкоцитоз, нейтрофилді солға жылжу, ЭТЖ артады, ГИ-ПО және диспротеинемия, альбумин азайып, глобулин фракциясының күшеюі фибриноген гаммаглобулин, лимон қышқылы және сілтілі фосфатозда құрамдарының өсу тенденциясы байқалады. С-реактивті белогына сынама жүргізілсе оң болады.

II кезеңнің негізгі мақсаты қабыну процесстерінің алдын алу және сүйек тінінің репаративті регенерациясына қалыпты жағдай жасау болып табылады. Сондықтан 1-ші кезеңдегі шаралар одан әрі жалғастырылады, қосымша: метилурацил 0,5-3 рет, кальций глюканаты 0,5х3 рет тағайындалады. Күн сайын құрсаудың жағдайы тексеріліп, ауыз қуысының гигиенасына көңіл бөлінеді. Жарақаттанған кезден бастап 3-ші күні УЖЖ, жалпы кварц сәулесі тағайындалады.

III кезең-Сынықтардың бітуі мен шорлану кезеңі. 2 сатыдан тұрады:

1. Жетілмеген сүйек құрылымдарының қалыптасуы.

2. Сүйек шорының жетілуі.

Кезеңнің ұзақтығы орташа 9 күннен бастап 21 күнге дейін. Науқас толық бейімделіп кетеді. Сондықтан тамақ ішкенде қолайсыздық болмаса негізінен шағым жасамайды.

III кезеңнің емдік-профилактикалық шаралары репаративті остеогенезді жеделдету.

Бұл мақсатпен жалпы және жергілікті шаралар кешенді-комплексі жүзеге асырылады. Лазерлі ем остеогенезді күшейтеді (20 мВт, тығыздық күші 150 мВт), экспозициясы 2-3, барлығы 12-15, сәулеленуі 12-14. Соңғы кезеңде 2-ші жақ столы, кальций хлоридімен электрофорез тағайындалады, ол сүйек шорының тығыздануына қолайлы жағдай жасайды.

III кезеңнің алдында науқастар амбулаторлы емделуге реабилитация бөлмесіне жіберіледі.

IV кезең — сауығу кезеңі. 2 сатыдан тұрады:

1. Сүйек шорының түбегейлі жетілуі.

2. Жетілген сүйек шорының функциональды-детерминальды қайта қалыптасуы.

IV кезеңнің 1-ші сатысы орташа 21-ден 29-30 күнге созылады.

Сүйек жарақаты процесінің кезеңдеріне жоспарлы болжам жасауға болмайды. Ал егер процесс ағымы күрделі болса тікелей алдын алу мен емдеу шаралары жүзеге асырылуы тиіс.

13.11. ТІСТЕРДІҢ ШЫҒЫП КЕТУІ ЖӘНЕ СЫНУЫ

Тістердің шығып кетуі мен сынуы жақ-бет аймағының барлық жарақатты зақымданудың 1/3 құрайды.

Тістің шығып кетуі. Механикалық әсерлерден (құлау, соққы) жиі алдыңғы тістердің шығуы кездеседі. Тіс жұлуға арналған элеваторларды (тік, бұрышты) дұрыс, тиянақты қолданбаған жағдайларда тістің шығып кетуі кездеседі.

Тістің шығып кетуі тістің альвеола ұяшығындағы орнының өзгеруі әсерінен периодонт талшықтарының толық немесе жартылай үзілуімен және қан тамыр-жүйке шоғырының зақымдануымен қатар жүреді. Тістің шығып кетуі жеке түрде және тіс түбірінің сынуымен ұяшық өсіндісінің немесе төменгі жақсүйек денесі сынықтарымен үйлесуі мүмкін. Тістің шығуы толық жартылай және шегеленген түрлеріне бөлінеді.

Тіс жартылай шыққан кезінде периодонт талшықтарының бір бөлігі үзіліп, сақталған бөлігі әртүрлі мөлшерде созылған жағдайда болады. Тіс әр түрлі бағытта қозғалуы мүмкін. Өз өсінен бұрылған кезде қан тамыр-жүйке шоғырының бүтіндігі көбінесе сақталады. Тек кейбір жағдайларда тамырлар тромбозының әсерінен тіс ұлпасы өлеттенуі мүмкін.

Тіс шыққан кезінде науқастар тістерінің ауыратынына, тістеу және шайнау мүмкіншілігінің болмауына, терінің қозғалатындығына шағымдайды. Қарап тексергенде беттің жұмсақ тіндері, ерін немесе ұрт аймақтарында механикалық әсердің іздері байқалады (ісіну, қанталау, жара т. б.). Ауыз кейде жартылай ашық. Шыққан тіс сауытының бұрылуы әсерінен тіс қатарында ерекшеленіп, қозғалмалы болады да, ұрып тексергенде қатты ауырады. Тіс бір жағына ығысқан кезінде шыққан тіс пен көрші сау тістер арасында саңылау пайда болады. Тіс түбірі сауытқа қарама-қарсы бағытқа жылжиды. Сондықтан да рентген суретте тістің ауытқыған бетінде периодонт саңылауы кішірейіп немесе мүлде болмайды, ал қарама-қарсы бетінің кеңейгенін көруге болады.

Тіс вестибулярлы немесе ауыз қуысы ішіне қарай ығысқан кезінде, оның тістесу қырының биіктігі көрші тұрған тістердің тістеу қырларымен бірдей болмайды. Рентген суретте тіс түбірінің қиғаш орналасуына байланысты қысқарған секілді көрінеді. Периодонт саңылауының кеңейгенін немесе кішірейгенін анықтауға болады.

Жоғарғы жақ тісі төмен немесе төменгі жақ тісі жоғары жылжыған жағдайларда олардың тістеу қырлары көрші тістердің тістеу қырларымен салыстырмалы түрде төмен немесе жоғары орналасуы мүмкін. Тістесу кезінде тек шыққан тіс қана түйісіп тұрады. Рентгенограммада периодонт саңылауының бір қалыпты кеңейгені және альвеола түбінің түбір ұшынан бос екені анықталады.

Тістің толық шығуы периодонт талшықтарының тіс түбірінен толық үзілуімен, қан тамыр-жүйке шоғырының өлуімен, кейде ұяшық өсіндісінің вестибулярлы бетінің сынығымен, тістің өз ұясынан шығып қалуымен қатар жүруі мүмкін. Толық шыққан тіс кейде тек екі суланған жазықтықтар арасындағы адгезиялық қасиеттері әсерінен немесе тістің айналма байламдарының сақталған талшықтары арқасында ұсталып тұруы мүмкін.

Тіс толық шыққан кезінде науқастар жарақатының әсерінен пайда болған тіс қатарындағы ақауға шағымданады. Қарап тексергендегі белгілер тістің жартылай шығуындағы белгілерге ұқсас. Науқас дәрігерге өзінің түскен тісін әкелуі мүмкін. Түскен тістің ұяшығы қан ұйығымен толған. Қызыл иектің шырышты қабығы жырылған, үзілген, тіс ұяшығының бір қабырғасы сынған немесе болмауы мүмкін. Тіс ұяшығы қабырғаларын міндетті түрде тексерген дұрыс, себебі тек сақталған қабырғалары бар ұяшықтарға және жарақаттан кейінгі уақыт 3 тәулікке жетпесе тісті қайта отырғызу мүмкіншілігі туады.

Тістің қадалып шығуы (вколоченный вывих). Тістің толық шығуының бір түрі, бұл кезде түс түбірі ұяшықтың компактті пластинкасын тесе отырып, альвеолды өсіндінің сүйек кемігіне енуі байқалады. Бұл жағдайда қантамыр-жүйке шоғыры толық үзіледі.

Тіс қадалған кезде науқас жарақаттанған тіс аймағындағы ауыру сезімінің болуына шағымданады. Қарап тексерудегі өзгерістер жоғарғы

аталып кеткен белгілерге ұқсас. Тістің төмен (төменгі жақ сүйегінде) немесе биік (жоғарғы жақ сүйегінде) орналасқан және оның өз өсінен бұрылғаны немесе бір бағытқа ауытқығаны анықталады. Кейде тіс сауыты түгелдей ұяшыққа еніп, альвеола қырынан төмен орналасуы мүмкін. Сүйектің механикалық әсерінен, тіс орнында мықты тұрады. Тіс ұлпасы өлеттенеді. Рентген суретте периодонт саңылауы кішірейген, кейде тіс бөлігінің төмен түсуі әсерінен периодонт саңылауы мүлдем байқалмайды.

Емі. Жергілікті жансыздандыру арқылы шыққан тісті саусақпен ұяшық өсіндісімен бірге қоса ұстап ақырын орнына қою керек. Тісті иммобилизациялау каппалық құрсаулар арқылы жүргізілгені дұрыс. Бекітілетін тіске тістесу кезіндегі ауырлық қысым үшін, оның тістесу қырын пластмассадан ашық, бос қою қажет, бұл және емдеу барысында ұлпаны электроодонтометрдің көмегімен тексеруге қолайлы. Егер иммобилизация тегіс қапсырма шеңдеуіш арқылы жүргізілсе лигатура тістің мойын бөлігінде орналасуы және тістеу қыры арқылы сыртқа және ішкі бетін орай орналасуы қажет. Құрсаулар 5-6 аптадан ұзақ уақытқа қойылады.

Тіс толық шыққан кезінде белгілі әдістермен реплантация жүргізуге болады. Тісті каппалы құрсаумен бекітеді. Реплантация жүргізуге болатын көрсеткіштер жоғарыда берілген.

Тіс шегеленіп шыққан кезінде бір мезгілді репозиция көрсетілмеген, себебі бұл жағдайда тіс түбірі сорылуы (резорбциясы) мүмкін. Шегеленіп шығу кезінде тіс өзегінен бірте-бірте қалыпты орнына келеді. Жарақаттан соң өлген ұлпадан тазартып, өзектерді пломбалық материалдармен толтыру керек. Егерде тісті бастапқы орнына қою қиынға түссе ортодонтиялық аппарат көмегімен қалпына келтіреді.

Жедел қабыну процессі дамыған кезде, тістің жұмсақ тіндерге, жақ сүйек денесіне түгелінен енуі кездерінде тісті жұлу көрсетілген. Науқастардың дәрігерге кеш қаралу жағдайларында, шыққан тісті ортодонтиялық әдістер арқылы орнына келтіреді.

Тіс сынықтары. Тіс сынықтары тістің шығуымен қатар жүреді, себебі периодонт қоса жарақаттанады. Периодонт жарақатына байланысты тістің қозғалғыштығының дәрежесі анықталады. Тістің сыну себебі оның шығу кезіндегі себептерге ұқсас.

Жоғарғы тістің сауытын төменгі тістерді жұлу кезінде сындырып алуы мүмкін.

Жоғарғы тістер төменгі тістерге қарағанда, жиі сынады. Тіс көлденеңінен және бойлай сынуы мүмкін. Бірінші жағдайда сыну сызығы тіс сауыты немесе түбірі арқылы вертикальды өсіне көлденең, ал екінші жағдайда тіс сауыты және түбірі арқылы вертикальды өс бойына жүреді.

Тіс сауыты эмаль немесе дентин деңгейінде тіс қуысының ашылуынсыз және ашылуымен мойын бөлігінен түгелдей сынуы мүмкін.

Тіс түбірі ортаңғы, жоғарғы немесе төменгі бөліктерінен сынуы

мүмкін. Кейде тіс түбірінің ортаңғы немесе жоғарғы бөліктерінің сынықтары кезінде, қан тамыр-нерв шоғырының зақымдануынсыз жүруі мүмкін. Тіс түбірінің сынықтары көлденең, қиғаш, кейде ұзына бойы болады. Сынықтардың орналасу орнына байланысты науқастар механикалық, температуралық тітіргендіргіштер әсерінен немесе өздігінен пайда болатын ауыру сезіміне шағымданады. Қарап тексергенде ауыз қуысы аймағына түскен күш орнында жұмсақ тіндердің ісінуін, қанталау ошақтарын, жара, жырылу т.б. белгілерді байқауға болады.

Тістер көбінесе толық түйіспейді. Тіс сауытының сынықтары кезінде оның әртүрлі ақауларын, кейде тіс ұлпасының ашылғанын көруге болады. Тіс түбірінің сынықтары кезінде ұлпаға қан құйылу әсерінен сауыт қызғылт түстен күлгін түске дейін боялуы мүмкін.

Тіс қозғалмалы. Сынық сызығының түбір ұшына жақын орналасқан сайын, тістің қозғалғыштығы кемі береді. Тісті ұрып тексергенде-перкуссиясы ауру сезімін тудырады.

Ауыз қуысының ішінен түсірген рентген суретте тіс түбірінің сыну сызығының бағыты, орналасу деңгейі анық көрінеді.

Емі. Тіс сауытының қуысы ашылмай сынған кезде емдеу шаралары өткір қырларды егеу, ақауы орнын бітеме-пломбалық материалдармен қалпына келтіруге бағытталады. Тіс сауыты сынғанда ұлпа ашылып қалса, оны алып, түбір өзектерін бітеме-пломбалық материалдармен толтырып, тіс сауыты қалпына келтіріледі.

Тіс сауыты толық сынған кезде түбірлерді әрдайым жұла бермейді, себебі оны штифті тіс орнатуға қолдануға болады. Түбір ұшы сынықтары кезінде өлген ұлпаны алып, түбір өзектерін бітеме-пломбалық материалдармен толтырып, операция арқылы сынған бөлігін алып тастауға мүмкіндік бар. Егер ұлпасы тірі тіс қозғалмалы болса онда тіс ұлпасын сақтай отырып құрсау — каппамен бекітеді.

Егер тіс түбірі ортаңғы бөлігінен сынса және қан тамыр-жүйке шоғыры сақталса, онда цеменобласттар мен одонтобласттардың пластикалық қызметінің нәтижесінде, цемент пен дентин аймақтарында сынық бітуі мүмкін. Ұлпаның тіршілікке қабілеттілігін тексеріп алғаннан соң құрсау — каппамен тісті кем дегенде 5 аптаға бекітіп тастайды. Егер де қан тамыр-жүйке шоғыры сақталмаса ұлпаны алып, сынықтарды болат штифтімен бекітеді. Штифт шайнау қысымының әсерінен деформацияланбайтын материалдардан дайындалғаны дұрыс және де оның ұзындығы мен жуан-дығы жеткілікті болуы тиіс. Тіс ұзына бойы сынған кезде, оны жұлу керек.

13.11.1 Төменгі жақтың шығуы

Төменгі жақтың шығуы жарақаттан және туа пайда болған, жедел және үйреншікті, алдыңғы және артқы, бір және екі жақтық болып бөлінеді.

Төменгі жақ екі жағынан шығып кеткен кезде ауызды жабу мүмкіншілігі болмауынан науқас шағымдарын дәрігерге жеткізе алмайды. Тек ымдау, бет қимылдары арқылы ауыру сезімі бар екенін, көп мөлшерде сілекейдің ағуын түсіндіреді. Қарап тексергенде бет конфигурациясы оның төменгі бөлігінің ұзаруынан және иектің алға жылжуынан өзгерген. Тіл құрғақ, бірақ ауыздан көп мөлшерде сілекей бөлініп тұрады. Меншікті шайнау еттері кернелген. Құлақалды аймағындағы тіңдер ішке енген, ал бет доғасы астында (екі жақта бірдей) саусақпен басып тексергенде буынды өсіндінің буын басы анықталады.

Сыртқы құлақ жолында буын басының қозғалыстары анықталмайды. Ауыз қуысы ішінен сипап тексергенде төменгі жақ сүйегінің тәжді өсіндісінің алға жылжығанын айқын анықтауға болады. Тістесуі ашық, тек- үлкен азу тістер ғана түйіскен. Бүйір проекцияда жасалған рентгенограммада төменгі жақ сүйегінің буын басының, буын төмпешігінің алдыңғы бүйіріне орналасқаны анықталады. Буын шұңқыршасы бос.

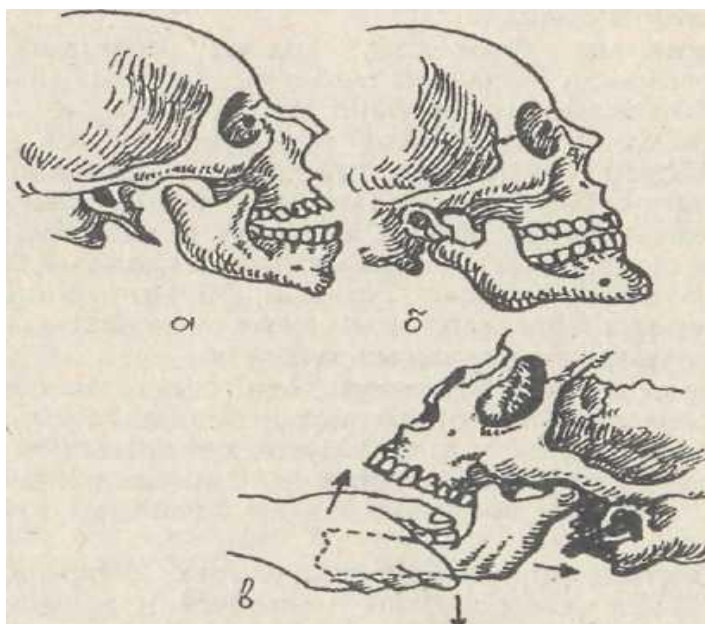
Екіжақты буынның шығуын жақтың буынды өсінділерінің сынықтарынан ажырата білу қажет. Сынықтар кезінде иек артқа қарай жылжыған, құлақалды аймағында тіңдердің ішке енуі сирек кездеседі. Рентген суретте сүйек бүтіндігінің бұзылысын, сынық сызығын анықтауға болады.

Төменгі жақтың біржақты шығуы кезіндегі науқастар шағымының жоғарыда айтылған шағымдардан көп айырмашылығы жоқ. Иектің алға және сау жағына жылжуынан бет әлпеті өзгерген. Қалған белгілер жоғарыда берілгендей, тек бір бетінен анықталады. Тістер бір-бірімен түйіспеген, орталық сызық сау жағына жылжыған. Төменгі жақтың бір жағынан шығуын, буынды өсіндінің бір жағынан сынуынан ажырату керек. Бұл кезде орталық сызықтың сынық жағына жылжуы анықталады. Сыртқы есту жолында саусақпен баса отырып буын басының буын шұңқыршасындағы қозғалыстарын анықтауға болады. Сынық орналасқан жағындағы тістер тығыз түйіскен.

Төменгі жақтың, артқа шығуы өте сирек кездеседі, иекке бағытталған соққының әсерінен пайда болады. Буынды өсіндінің басы артқа қарай жылжиды, бұл буын қапшығының зақымдануымен және есту жолының сүйек қабырғаларының сынуымен жүруі мүмкін, осының әсерінен кейде құлақтан қан ағуы байқалады.

Төменгі жақтың үйреншікті шығулары. Үйреншікті шығу ол жалпақ буын басы немесе буын төмпешігінің жалпақ болуынан, буын байламдарының әлсіздігінен, тістесулердің әртүрлі аномалиялары мен жақ сүйектерінің ақаулары кезінде пайда болуы мүмкін.

Осы жағдайларда есінеу, жақ сүйекке аз күш түсіру, жөтелу немесе түшкіру кезінде шығулар пайда болу мүмкін. Дәрігердің көмегінсіз өзінен-өзі орнына түсуі тән.



Сурет-91. Самай төменгі жақ буынының шығуы

Емі. Гиппократ әдісі. Жақты орнына салу үшін науқасты төменгі жақ сүйегі дәрігердің шынтақ буыны деңгейімен бірдей қалыпта отырғызу қажет. Дәрігер бас бармақтарын төменгі азу тістердің шайнау бетіне орналастырып, қалған саусақтарымен жақ сүйекті орай ұстайды. Орнына түсетін буын басы, буыннан шыққан жолын, керісінше қайталау қажет, яғни төмен, артқа және жоғары бағытта. Бұл үшін дәрігер бас бармақтарымен ақырын төмен басып күшті біртіндеп күшейте түседі. Бұл шайнау етінің талшықтарын ауыру сезімісіз созуға көмектеседі. Ал тістерге тез күш түсіру шайнау етінің рефлекторлы түрде жиырылуын шақырады және қатты ауыру сезімін тудырады.

Біраз уақыт өткеннен соң иекті жоғары көтере отырып төменгі жақ сүйегінің артқы бөлігін бірге төмен басу керек. Осы қарама-қарсы бағыттағы қозғалыстарды үйлестіре отырып, буын басын төмен түсіруге болады. Сонымен бірге төменгі жақ сүйегін артқа жылжыта оның бұрыштарын жоғары көтеру керек.

Буын басының буын төмпешігінің алдыңғы құрамасынан, буын шұңқыршасына түсуі тістердің қатты тістесуімен аяқталады. Сол үшін дәрігер бас бармақтарын көп қабатты дәкемен орап алғаны және дер кезінде саусақтарын ұяшық өсіндісінің вестибулярлы бетіне ауыстырғаны жөн. Шыққан буынды орнына салған соң иек астынан таңғыш қойғаны дұрыс. Науқасқа сұйық тамақ ішуге, ауызды 7-10 күндей қатты ашпауға кеңес беру керек. Біржақты буынның шығуы кезінде орнына салу жоғарыда берілген тәсіл бойынша бір жағынан жүргізіледі. Алдын ала 3-5 мл 2% новокаин ерітіндісін латеральды қанатша етке жіберу буынды орнына салуға қолайлы жағдай туғызады, себебі латеральды қанатша еті буын басын басқа орында ұстап тұрады.

және контрактура дамиды. М.Д.Дубов бойынша жансыздандыру жасау үшін шыққан буын басын саусақпен сипап тексеру арқылы анықтап, инені буын басының алдыңғы жағынан бет доғасы астынан төменгі жақ ойығы арқылы 2-2,5 см тереңдікке шаншып, ерітіндіні жібереді.

Г.Л.Блехман әдісі. Ауыздың кіреберісімен дәрігер төменгі жақ сүйегінің тәжді өсіндісінің орналасуын анықтап алады. Дәрігер сұқ саусақтарымен тәжді өсіндіні артқа және төмен басады. Осының әсерінен шайнау етінің босауы және буын басының орнына түсу мүмкіншілігі туады.

Бұл тәсілді ауыз қуысы сыртынан жүргізуге болады, ол үшін бет доғасы астынан тәжді өсіндіні саусақпен анықтап алады (Ю.Д. Гершуни бойынша). Содан соң ұрт тіндері арқылы тәжді өсінділерге артқа және төмен қарай күш түсіреді.

Төменгі жақтың мерзімі 4-5 аптадан асқан алдыңғы шығулары кезінде жоғарыда айтылған әдістермен орнына салу мүмкіншілігі бола бермейді. Осындай жағдайларда В. Попеску ұсынған тәсілді қолданған жөн. Науқас ауызды барынша кең ашып жатады. Үлкен азу тістер арасына диаметрі 1,5-2 см болатын қатты тығыз дәке біліктерін орналастырады. Иек астынан жоғары қарай күш салады, бұл кезде төменгі жақтың буын басы төмен түседі. Содан соң иектен артқа қарай басады, бұл кезде буын басы орнына түседі. Бұл әдіс жалпы немесе жергілікті жансыздандыру арқылы жүргізілуі тиіс. Бұл кезде де төменгі жақты 2-3 аптаға иммобилизациялау көрсетілген.

Төменгі жақтың артқы шығуларын орнына салу үшін дәрігер бас бармақтарын ұяшық өсіндісінің вестибулярлы бетімен үшінші үлкен азу тіс аймағына қиғаш сызық арасына орналастырып, қалған саусақтарымен төменгі жақ сүйегін орай ұстайды. Бас бармақтардың көмегімен төменгі жақты төмен тартып, ал қалған саусақтарымен алға қарай жылжытады, осылай шыққан буын орнына түседі.

Буынның үйреншікті шығуларында отасыз-консервативті және ота-хирургиялық жолмен емдеуге болады. Отасыз-консервативті ем самай-төменгі жақ буынының патологиясын шақырған негізгі ауруды емдеуге (подагра, полиартрит) және буын қапшығымен байламдарын күшейтуге бағытталған. Ортопедиялық аппараттар немесе шеңдеуіштер көмегімен буындағы қозғалыстарды шектеудің үлкен маңызы бар.

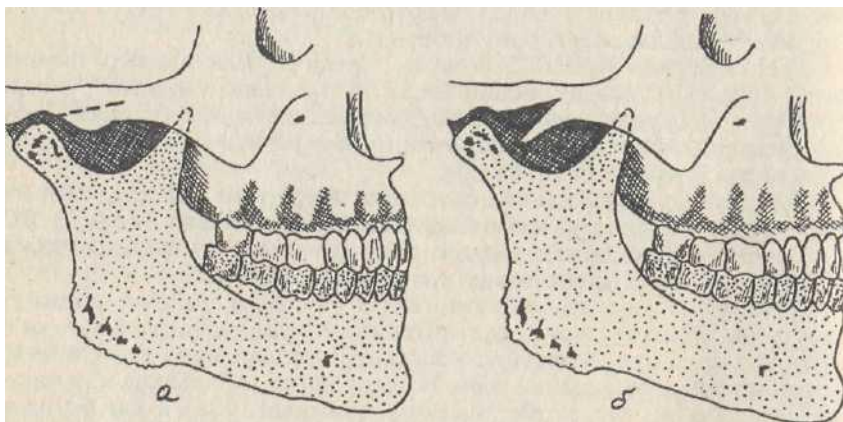
Петросов аппараты ауыздың ашылуын, буын басының буын төмпешігінен аспайтын деңгейде шектейді. Ол жоғарғы және төменгі тістерге кигізілетін жасанды сауыттардан және шектегіш шарнирден тұрады.

Төменгі жақтың буын өсіндісінің амплитудасын азайту мақсатымен қолданылатын Бургонскийдің, Ходоровичтің аппараттары мен Ядрованың шеңдеуіштері бар.

Емдеудің ота-оперативті әдістері буын төмпешігінің биіктігін жоғарылатуға, буын шұңқыршасын тереңдетуге, төмпешік алдына қосымша

тірек қоюға, буын қапшығы байламдарын күшейтуге бағытталған.

Мысалы Линдеман сүйек төмпешігін жарықшақтап, алдыңғы аяқшасын төмен түсіру арқылы биіктетті (92 а, б-сурет).



Сурет -92. Линдеман әдісімен буынды төмпешіктің биіктігін көтеру отасы

Буын төмпешігін биіктетудің ең тиімді әрі оңай әдісі — А.Э. Рауэрдің әдісі. Буынның үстіндегі терісін тіліп, науқастың өзінен немесе өліктен алып өңделген қабырға шеміршегін буын төмпешігінің үстіне периост астына ендіреді.

13.12. БЕТ КҮЙІКТЕРІ

Белгілі жетістіктерге қарамастан, соңғы екі онжылдықта күйген ауыр науқастардың емі клиникалық медицинада күрделі бөлімнің бірі болып саналады.

Термиялық жарақаттар патогенезі күрделі және толық зерттелмеген.

Терең және аумақты күйіктер кезінде барлық негізгі ағзалардың және жүйелердің морфологиялық қызметтерінің терең ауытқулары байқалады. Осы себепті өзара байланысты бұзылыстар клеткалық және субклеткалық деңгейде табылады да ондағы жүріп жатқан патологиялық процестерді анықтауын қиындатады.

Соңғы екі онжылдықта күйіктердің жиілігі үздіксіз көтерілді. Бүкіл дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша термиялық зақымданулар басқа жарақаттар арасында үшінші орын алады. Бұл қазіргі кезде өндірісте, транспортта жоғарғы кернеулі токтарды, агрессивті химиялық сұйықтарды және қауіпті газдарды қолданғанымен түсіндіріледі.

Әскери медициналық тәжірибеде термиялық зақымданулардың сипатталуы соғыс әдістеріне байланысты. Шетел баспа мәліметтері бойынша ядролы қару қолданбаған соңғы шайқастарында барлық жарақаттардың ішінде күйіктер 10-30% жағдайда кездеседі. Белсенді соғыс әрекеттерін ескермесе, көбінесе әскери қызметкерлер күйіктерді бензин және басқа жеңіл жанатын заттарды дұрыс қолданбағаннан

алады. Әсіресе дененің киіммен қорғанбаған жерлері (беті, қолдары) зақымданады.

1945 жылы Жапониядағы Хиросима, Нагасаки қалаларында бірінші атом бомбасы жарылған кезде барлық жарақаттар ішінде термиялық зақымданулар 80-85% кездесті, соның зардабынан өлген адамдардың ішінде 50% термиялық жарақаттан.

Соғыста қолданатын өртегіш заттарға өртенгіш напалм, пирогель, термит және ақ фосфор жатады.

Өртегіштерді— мұнай өнімінен дайындайды. Олар 800-1100°C температурада 5-10 мин қызыл жалынмен жанып, улы заттар аралас қара қою түтін бөліп шығарады.

Пирогельдер — мұнай өнімінің негізінде жасалған темір аралас өртегіш сұйық заттар. Жану температурасы 1400-1200°C жетеді. Олар ашық жарық жалынмен, құрамында улы өнімдері көп ақ қою түтін бөліп 1-2 минут жанады.

Термиттер 2-3 минут алаулап түтінсіз жанып, температурасы 2800-3000°C дейін қызу бөліп жанады.

Фосфор аралас жанатын заттар өздігінен ауада көгілдір жалынмен жанып температурасы 800-1200° қызу бөліп шығарады. Фосфордың термохимиялық күйіктерге әкелуімен қатар жалпы уландыру әсері бар.

Термиялық факторлар әсерінен пайда болған барлық күйіктерді **4 дәрежеге бөледі.**

I. Эпидермис жарақаттанады, тері ісініп әрі қызарып, аздап ауыру сезімі байқалады. 2-3 күннен кейін осы белгілер қайтады. Жарақаттанған эпидермис қабыршақтанып күйіктің беті өздігінен эпителиймен жабылады. Біраз уақыт күйген жерде дақ сақталады, кейін ол ізсіз жоғалады (93-сурет).

II. Эпидермиспен бірге дерманың беткей қабаты жарақаттанады. Қызарған теріде сары мөлдір сұйықтық толған көпіршіктер пайда болады. Оның астында ашық-қызыл түсті ылғалды тін көрінеді. Жара 1-2 апта ішінде тыртықсыз өздігінен эпителиймен жабылады.

IIIa. Эпидермиспен қоса дерманың торлы және емізінді қабаты бұзылады, тек тер бездері және түк қапшықтары жарақаттанбайды. Олар сарғыштау түсті сұйыққа толған. Күйікті жараның түбі ашық-қызғылт түсті және ылғалды болады (94-сурет). Ауыру сезімі толығымен сақталған немесе төмендеген. Күйіктің айналасы ашық-сұрғылт және қоңырқай түсті болып келеді.

Оның беті жұмсақ, ауыру сезімі төмендеген, сезгіштігі сақталған. 4-6 аптаның ішінде жұмсақ тыртықтар пайда бола отырып өздігінен жазылады, күйіктің бетінде эпителий болуы мүмкін. Кейде келлоидты тыртықтар пайда болады, олар функционалды өзгерістерге алып келеді.



Сурет -93. Беттің I дәрежелі күйігі 94-сурет. Беттің III^a дәрежелі күйігі

III б. Эпидермис және дерманың түк қапшықтары тер бездерімен бірге толығымен зақымданады. Жанында жатқан тіндер жарақаттануы мүмкін. Күйіктің беті сарғыштау, сұр немесе қоңырлау түсті, III а дәрежесіне қарағанда қаралау болады. Пайда болған көпіршіктер қанды суға толған. Жараның түбі құрғақ және анық емес ақ дақтар көрінеді. Ауыру сезімі бірден төмендеген немесе толық жойылған. Гранулденген жара нәзік тыртықтанып жазылады. Жазылу мерзімі жараның көлеміне және орналасуына байланысты. III а және III б дәрежелі күйіктерді өзара клиникалық белгілері бойынша ажырату қиын.

IV. Эпидермиспен және дермамен бірге, теріасты майлы клетчаткасы, фасциясы, бұлшықеттері, кейде сүйектер жарақаттанады (95-сурет). Күйіктің беті қоңыр немесе қара түсті әртүрлі қабаттағы тығыз өлеттенген қабықпен жабылған. Ауыру сезімі байқалмайды. Күйіктің IV дәрежесінде баяу жазылатын тіндердің, мүшелердің қалыптасқан ақаулары болуы мүмкін. **Ересек адам күйіктерінің аймағын анықтау үшін «тоғыздық ережесімен» «алақан ережесін» қолданған тиімді.**

Біріншісі әрбір анатомиялық аймақ проценттік қатынаста 9-ға тең: бас пен мойын 9, кеуденің алдыңғы және артқы беті— 18, әрбір қол— 9, әрбір аяқ— 18, жыныс мүшелері және аралық— 1. Бет аймағы 3 құрайды. Алақанның көлемі— 1-1,1. Күйіктің бетіне қойылатын алақанның саны зақымдану аймағын анықтайды.

Балаларда күйік алаңын анықтау үшін арнайы кесте қолданады. Оның ауырлығын **Франк индексі** арқылы бағалайды, бірақ анықтау үшін терең күйіктің көлемін білу керек. Проценттік қатынаста есептегенде I терең күйікті 3 беткей күйікке теңестіру керек. Франк индексі проценттік қатынастағы беткей күйіктің көлемі мен терең күйік көлемінің үш еселенген аумағының қосындысына сәйкес келеді.



Сурет-95. Бет-жақ аймағының IV дәрежелі күйігі (электркүйік)

Мысалы күйік жарақатының жалпы аумағы дененің бетінде 50% болса, онда 20% терең жарақатына келеді. Бұл жағдайда **Франк индексі** беткей күйік аумағы мен үш еселенген терең күйік аумағына тең болады ($20 \times 3 = 60$), $30 + 60 = 90\%$. Егерде күйік 30%-тен аз болса оның болжамы жақсы, 30- 60% болса салыстырмалы жақсы, ал 61-90% болса күмәнді, 91% жоғары болса нашар болады. Күйік ауруы аумақты термиялық жарақаттанған кезде дамиды: Терең күйіктер ересек адамдарда дене беткейінде — 15%, балалар мен қарт адамдарда — 10% орын алады. Беткей және аумағы бойынша шектелген терең күйіктерден күйік аурулары дамымайды. Бастың, бет пен мойынның жекелеген күйіктерінде, күйік ауруы өте сирек дамиды.

Күйік ауруының 4 кезеңін ажыратады

1. Күйіктік шок. 2. Жедел күйіктік токсемия. 3. Күйіктік септикотоксемия. 4. Реконвалесценция.

Күйіктік шок. Келіп шығуы. Термиялық жарақат әсеріне болатын организмнің біріншілік реакциясы **күйік шоғы деп аталады**. Ол дене беткейінің 15% алатын кең және терең күйіктерде пайда болады.

Күйік шоғы күйіктен кейін немесе бірнеше уақыттан соң шеткі қан тамырларының жиырылуы нәтижесінде 4-6 сағат ішінде дамиды. Сондықтан оның клиникалық белгілері болмайды. Клиникалық көрінісі қосымша жарақаттанғанда, әсіресе тасымалдағанда болуы мүмкін. Патофизиологиялық және биохимиялық тексерулер күйік шоғының патогенезінің күрделілігін көрсетеді. Оның механизмі толық ашылмаған. Нақтаманы негізгі зерттеулерге, патофизиологиялық және биохимиялық мәліметтеріне сүйеніп қояды. Күйіктің ауырлығы оның көлемі мен аумағына байланысты және тыныс алу жолдарының жағдайына назар аудару керек. Бұл аймақтың күйігі ауырлығы бойынша дене бетінің 10% терең күйігіне тең болады. Күйік шоғының клиникалық көрінісі 20% және 15 % терең күйікте байқалады. Мұндай науқастарда ОНЖ-нің бұзылуына байланысты қозу байқалып, тәбеті бұзылады. Науқастар төсекте дөңбекшиді, айқайлайды, 1-2 сағаттан соң ауыру сезімі басылып

қозу тежелуге ауысып апатияға әкеледі. Кейде жарақаттан кейін селқостық байқалады, тоңып дірілдейді. Дене қызуы қалыпты немесе төмендеген. Терісі суық, ылғалды, көгерген, науқастар шөлдейді, бірақ су ішсе жүрегі айнып құсады. Тыныс алуы біркелкі емес. Пульс минутына 110-120-ға дейін жиілейді. Артериялық қысым көтеріліп немесе түсуі мүмкін. Гемодинамиканың маңызды көрсеткіші қан айналымындағы қан көлемі (ҚАҚК) болып табылады. Ол қалыпты жағдайда еркектерде 75 мл/кг, ал әйелдерде 65 мл/кг.

Күйік шогын емдеу. 1. Афферентті импульсациямен күрес жүргізу (психоэмоционалдық тыныштықты қамтамасыз ету, нейролептиктер енгізу, аналгетикалық наркоз).

2. Оксигенотерапия.

3. Айналымдағы қан көлемін қалыпта сақтау.

4. Су-тұз алмасуы бұзылуының және бүйректің зәр бөліп шығару қызметінің бұзылуын емдеу және алдын алу.

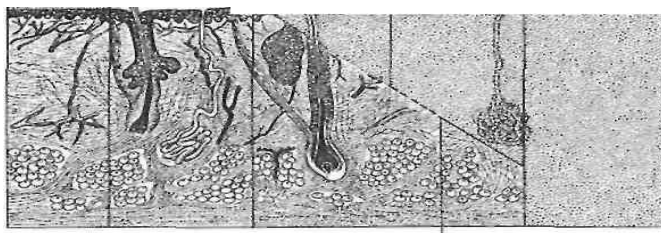
5. Метаболикалық ацидозбен күрес жүргізу.

6. Энергиялық алмасуды реттеу.

7. Фармокологиялық заттарды қолдану — ауыру сезімін басып, жүрек, ОНЖ қызметін реттейтін заттар, спазмолитиктер, витаминдер, гормондар, антибиотиктер.

Бас, бет және мойын күйіктерінің ерекшеліктері. Жалпы дене аумағының 3,12%-ін беттің беткейі құрайды. Беттің жақсы иннервациясы мен васкуляризациясы, аурудың психикалық жағдайының нашарлығы, беттің ұсқынсыздануы, II-IV дәрежедегі беттің оқшауланған күйігінде науқастың жағдайын нашарлатады. Бет әлпеті тегіс емес, терісі жұқа және әртүрлі аймақтарда қалыңдығы бірдей емес. Сондықтан бетте бір-біріне жақын аймақтардың өзінде күйіктің тереңдігі әртүрлі болуы мүмкін: беткей күйіктен терең күйікке дейін. Терең күйіктер беттің шығыңқы аймақтарында қас үстіндегі доғада, құлақта, мұрында, бетсүйек аймағында, ерінде, иекте кездеседі. Құлақ қалқаны терең күйсе шеміршек мүлдем зақымданады, сөйтіп хондрит дамып ісінеді, қатты ауырады. Іріңдеген аймақта жалқықтың жиналуынан борқылдақ-флюктуация пайда болады. Шеміршектің жансызданған аймақтары түскендіктен құлақ қалқанының ақаулары мен деформациясы пайда болады. Құлақ қалқанының түгелдей зақымдануында сипағанда қатты ауырмайды, ақ немесе қара түсті келеді. Мұрынның анатомиясы күрделі, қырының терісі жұқа. Оның астында теріасты май клетчаткасы болмайды, тек аздаған борпылдақ дәнекер тін қабаты болады. Мұрын қанатшалары аймағында жұқа шеміршектер орналасқан. Күйік кезінде мұрын ұшы және мұрын қанатшалары, кейде үшбұрышты және қанатша шеміршектер зақымданады. Ол хондриттің дамуына әкеліп одан әрі некрозға ұшыратады. Мұрын тіндерінің ақауын тудырып, деформацияға әкеледі. Бет сүйегі аймағының тіндері мен ұрт күйген кезде құлақ маңындағы фасция зақымданып, құлақмаңы сілекей бездері ашылып

қалуы мүмкін.



Сурет-95 а. Бет-жақ аймағының тері қабаттары көрсетілген

Бұл аймақтар тіндерінің тыртықтануы төменгі қабақтың айналып, ауыз бұрышының сыртқа қисаюуына әкеледі. Бет сүйектері өлеттенуі-некрозға ұшырауы мүмкін.

Ерін — беттің қозғалмалы бөлігі. Олар тамақ қабылдауда үлкен рөл атқарады. Еріннің қызыл жиегінде тер және кілегейлі бездер түкті талшықтар болмайды. Жабынды эпителий жұқа және мөлдір.

Ерін күйген кезде қызыл жиегі өліп жансызданады және қалпына келмейді. Түзілген қабықтар жарақаттанады, қан кетеді. Ерін жарылып, тамақ қабылдаған кезде ауырады. Ісіну салдарынан айналып, «балық ауыз» түзіледі. Еріннің күйінен микростома пайда болады.

Төменгі ерінмен бірге иек те зақымданады. Ер адамдарда күйік жарақаты беттегі түктерге байланысты әр түрлі тыртықтың пайда болуына әкеледі. Маңдайдың терең күйігінде маңдай сүйегі зақымданып өлеттенеді, фронтит дамиды. Одан әрі ми қабатына қабыну процесі таралуы мүмкін. Қабақ аз зақым-данады, себебі термиялық әсер еткен кезде бұлшықет рефлекторлы жиырылады, қабақпен бірге көздің склерасы мен мүйізді қабығы зақымданады. Көз аймағының ісінуі 5-6 күндерге қарай басылады. Кірпіктері өлеттеніп іріңді қабықпен жабылады. Кератит дамуы мүмкін. Қабақтың тыртықтануы шеміршекті пластинканың деформациясымен жалғасады. Қабақ күйген кезде көз тіндері жарақаттанса науқасты емдеуге окулист қатысуы керек. Мойын күйігі беттің төменгі бөлігімен, көкірек клетчаткасымен бірге жүреді. Мойынның алдыңғы беті жиі, бүйір беті сирек күйеді. Ал артқы беті мен оның айнала күйі сирек кездеседі. Тереңдігі әртүрлі

болып терең тыртықтардың дамуымен жалғасып деформацияға ұшырайды. Бұл мойынның теріасты бұлшықеттерінің жарақаттануына байланысты.

Ауыр жағдайларда иек көкірек клеткасымен бірігіп күйі мүмкін. Ол басты қозғалтпай тастайды. Төменгі ерін төмен тартылып, айналып, ауыз жабылмайды, сілекей ағып тұрады. Бет күйіктерінің ерекшеліктеріне тіндердің ісінуін, қатты ауыруын жатқызады.

Күйіктің дәрежесі дененің басқа аймақтарынан үлкен болады. Бет күйігі жоғарғы тыныс алу жолдарының күйігімен бірігеді. Ауыз қуысының шырышты қабығы мұрын, жұтқыншақ, сирек көмекей өрт лебінің әсерінен күйеді. Олар әрқашанда беткейлі. Клиникада мұрын тесігіндегі түктердің күйіп, қызарып, шырышты қабықтың ісінуімен көрінеді. Күлгін ақ түсті дақтар анықталуы мүмкін. Дауыс бұзылады. Көмекейдің, ауыздың, кеңірдектің және бронхтың шырышты қабықтарының терең күйіктері ұзақ уақыт жоғары температуралы жабық бөлмеде қалып қою нәтижесінде дамиды және ыстық тамақ кептеліп қалса да дамуы мүмкін. Мұндай науқастарда қақырықты жөтел пайда болады.

Емдеу. Ауруханада емдеудің көрсеткіштері:

1. Дене бетінің 10% 1-2 дәрежелі және терең күйіктері.
2. Тыныс алу мүшелерінің, бет пен мойын аймағының күйіктері.
3. Маңызды қызмет атқаратын және косметикалық аймақтар.
4. Басқа жарақат түрлерімен араласқан күйіктер және жүрек-қан тамыр жүйесінің өкпе, бауыр, бүйрек және т. б.

Біріншілік медициналық көмек оқиға болған жерде көрсетіледі. Термиялық агенттің әсерін тоқтату керек (су, қар, құм, брезентпен, көрпемен жабу). Жаралыны тұрған күйінде ұстауға болмайды. Оны бүйірімен жатқызу керек. Киім өртенгенде қашуға болмайды. Себебі ауа жалынды күшейтеді. Жарақат алған кезде күйген жерге суық су, мұз, сулы орамал басу керек. Уақытында суық басылса 20 секундта кейін 1 см тереңдікте қалыпты температура болады. Егер суықты қолдануға мүмкіндік болмаса ашық салқын ауада қалдыру керек. Тасымалдаған кезде жараны асептикалық таңғышпен жапқан жөн. Көрсеткіштеріне қарай өкпе-жүрек реанимациясын жүргізеді. Дәрігерге дейінгі көмек: орта медициналық қызметкер наркотикалық емес немесе наркотикалық аналгетиктерді жүрек-қан тамыр препараттарын, сіреспеге қарсы сарысу немесе анатоксин енгізеді. Науқасқа 0,5-2 литр су береді (5,5 гр ас тұзы және 4 гр ас содасы қосылған). Тасымалдау қажет болса асептикалық таңғыш салу керек. Беткей күйген теріге вазелин жағады. Біріншілік және дәрігерге дейінгі көмек көрсеткен кезде жақпа май, ашытатын заттар, метилен бриллиант жасылын қолдануға болмайды. Бұл күйік жарақатын өңдеудің және күйіктің тереңдігін анықтауға қиындық туғызады. Венаға полиглюкинді (400-800 мл), 15% манитол ерітіндісін (200-400 мл), 5% гидрокарбонатын (150-200 мл) енгізеді.

Күйген науқастарды емдеу кешенді-комплексі болу керек. Тұншығу-асфиксия белгісі болмаса трахеостома салынбайды. Отасыз-консервативті ем жүргізеді (жүрек дәрілері, бронхолитиктер, кортикостероидты гармондар). Ауыз қуысын антисептикалық ерітіндімен шайқайды. Антибиотиктер тағайындалады. Күйік жарақатын мұқият өңдейді. Сау теріні бензинмен, 96° этил спирті немесе 0,5% мүсәтір спиртімен өңдейді. Теріні сабынды сумен жууға болады. Күлдіреуіктерді фурациллин ерітіндісімен өңдейді. Түлеген эпидермисті алып тастайды. Күлдіреуіктегі сұйықтық шығарылады. Босап қалған эпидермис биологиялық таңғыш рөлін атқарып, жараның жазылуын тездетеді. Күлдіреуікте ірің болған жағдайда оны теседі. Беттің күйігін ашық, кейде жабық әдіспен емдейді.

Жергілікті емдеуге арналған препараттың бактериостатикалық қасиеті болуы қажет. Тіндерді тітіркендірмеу керек. Ең басты талап: жараның эпителизациясын тоқтатпау керек. Бірінші дәрежелі күйікте, шабдалы майы, тазартылған су, 2% борлы вазелин, преднизалон қолданылады. Мырыш тотығын, талькты глицеринді қолдануға болады. Беттегі жарақат ашық әдіспен емделсе күніне 3-4 рет 10% синтомицин эмульсиясын, 1% гентамицин, 0,5% фурациллин, 10% анестезин немесе 10% сульфамипол майларын жағады. Біздің клиникада облипихамен аэрозольдар қолданады. III-IV дәрежелі күйіктерді емдегенде негізгі мақсат қабықты құрғатып оның түсуін жеделдету. Бұл жараның жетілуіне жағдай жасайды, яғни аутодермопластиканы жетілдіреді. Бұл мақсатқа тез жетуге болады. Қабық түскеннен кейін эпителий түзілуі үшін майлы бальзаммен таңғыш қойылып, УКС жүргізіледі. Бет терең күйгенде ерте некроэктомия жасалмайды, ол әбден өлеттенгенде ғана жасалады. Бетте жүйке--қан тамырларын зақымдап алу қауіпі болғандықтан оны жасау қиын. Сондықтан отасыз-консервативті ем жүргізе отырып пластикалық жабуға дайындайды. Сау тіндерді жарақаттамай қайшымен қабықты мұқият қиып алады. Беттегі гранулденген жараны аутодермопластикаға дайындайды. Ол үшін іріңді қабыну белгілері болмауы қажет. Тері трансплантаттың қалыңдығы 0,3-0,4 мм болуы мүмкін. Бет күйігінде дененің кез келген қолайлы аймағынан дерматоммен алынған жалпақ тері қиындылары қолданылады. Қиындыға тесік жасалынбайды, себебі косметикасын нашарлатады. Қабақ пен мүйізді қабықтың I-II дәрежелі күйіктерінде жарақаттанған аймақты 1% новокаин ерітіндісімен жуады, көзге 3-4 сағат сайын альбуцидтің 30% ерітіндісін 2 рет тамызады. Бұдан басқа конъюнктива қапшығына күніне 2 рет гидрокортизон, тетрациклин, левомецитин, көз майларын жағады.

Ауырғанда 0,25% дикаин ерітіндісін тамызады. Мүйізді қабыққа арнайы антибактериалды ауыртпайтын қасиеті бар көз пленкасын салады. Құлақ қалқаны күйген кезде шприцтің және иненің көмегімен ота жасап жедел хондриттің дамуын болдырмауға болады. Егер іріңдеген жағдай болса дереу іріңдікті кесіп ашып түтікше салады.

Құлақ қалқанының айқын деформациясы нәтижесінде естуі төмендеуі мүмкін. Еріннің, иектің, ұрттың терең күйіктерінде алдын ала пластинкалық материал дайындап қою қажет. Тыртықты құрылымдарды болдырмау үшін функционалдық емдеу әдістері үлкен рөл атқарады. IV дәрежелі күйіктердің, әсіресе бет сүйектерінің зақымдануы қиын жағдайға алып келеді. Оларды жою үшін көп кезеңді реконструктивті ота әдістері қолданылады. I-II дәрежелі күйіктер ғана толық жазылады. Өлім қаупі күйіктің көлеміне, тереңдігіне және жасына байланысты. **Күйіктің ауырлығын жүздік (100) ереже арқылы анықтайды.** Науқастың жасына күйіктің жалпы аймағын қосады, егер барлығы 101-ге тең немесе көп болса болжам нашар, 81-100 күмәнді, 61-80 салыстырмалы жақсы, 60 жақсы болады. Бұл ереже тек ересектерде қолданылады.

13.13. ЭЛЕКТРКҮЙІКТЕР

Электркүйіктер электр тогы тіндермен жанасқан жерінде пайда болады. Мұнда электр энергиясы жылуға айналып 3000-4000 С° дейін жылу түзеді де әртүрлі мүшелердің бірінші кезекте жүрек-қан тамыр және тыныс алу жүйелерінің қызметін бұзады. Электр тогы қысқа уақыт қана әсер еткеннің өзінде тыныс алу, тоқтап, жүрек бұлшықеттерінің фибрилляциясы жүреді. I-II дәрежеде есін жоғалтуы немесе жоғалтпауы мүмкін, III дәрежеде жүрек бұлшықеті қызметі бұзылып естен тану, ал IV дәрежеде клиникалық өлімге әкеледі.

Электр тогымен жарақаттанғанда күйік пайда болса, жарақаттың ауырлық дәрежесі анық болмайды, өйткені көмірге айналған тін изолятор болады.

Атмосфералық электр (найзағай) тогының күші мен кернеуі өте үлкен әрі өте ауыр зақымдануға әкеледі.

Беттің электркүйігі күйік жарақаттарының 1,3%-ын құрайды. Олар кәдімгі термиялық күйіктен өзгеше және терімен жанасу алаңына байланысты нүктелі (нысана және «ток белгісі» түрінде) немесе үлкен көлемді болады. «Ток белгісі» құрғақ, жылтыр, терінің ауырмайтын аймағы ақшыл сары немесе сұрғылт түсті. Олар терінің сау бөлігінен анық көтеріліп тұрады. Кейін тығыз қабыршаққа айналады. Найзағай түскенде «ток белгісі» қызыл жолақты бұтақ пішіндес болады. Электркүйіктер терең болады, сондықтан теріасты май клетчаткасы ғана емес, бұлшықеттер мен бет сүйек қаңқасының бөліктері де күйеді (51-сурет). Бұлардың ерекшеліктері, тері жарақаты локальды, ал бұған жататын тіндерде көлемі жағынан кеңірек таралған болуы мүмкін. Бұл әртүрлі тіндердің электр өткізгіштігінің бірдей еместігіне және қан айналымының бұзуларына байланысты. Жарақатты процесс, термиялық күйіктердегі сияқты дамиды, бірақ мұнда тіндердің бұзылуынан анық интоксикация белгілері болады. Егер іріңді инфекция қосылса терең іріңдіктер (абсцесс, флегмона) дамуы мүмкін. Электржарақат алғаннан

кейін 2-4 аптадан соң ірі тамырлардан эрозивті қан кетуі мүмкін. Жанасқан электр тогының әсерімен түзілген беттің күйік беткейі ауырмайды, кейде аздап ауырады. Күйік маңында тіндердің ісінуі мен терінің гиперемиясы болмайды. Жарақат іріңді микрофлораға тұрақты. Трофикалық бұзылулар айқын. Тіндердің регенерациясы баяу.

Біріншілік көмек науқасқа электр тогының әсерін тоқтатуға бағытталады. Өздігінен тыныс алу мен жүрек жиырылуы болмаса, жүрек-өкпе реанимациясын, жүрекке жабық массаж, қолдан тыныс алдыру (ауыздан ауызға немесе ауыздан мұрынға) керек.

Науқасты стационарға жатқызылған күйінде жеткізіп, электр-жарақаттың дәрежесіне қарамай, реанимациялық бөлімге жіберу қажет.

13.14. Химиялық күйіктер

Химиялық күйіктер тұрмыста немесе өндірісте теріге қышқылдардың (азот, күкірт, тұз, фторсутегілік), сілтілер (натрий, калий, өшпеген известь), ауыр металл тұздарының (көмір нитраты, цинк хлориді) түсуінен пайда болады. Күйіктің тереңдігі химиялық заттардың концентрациясына, температурасына, терімен жанасу ұзақтығына байланысты. Химиялық күйіктер химиялық агенттің сипатына байланысты термиялық күйіктен ерекшеленеді. Қышқылдар ұйытады, ал сілтілер — сұйылтады. Қышқылдар мен сілтілер сау тіндердің трофикасы мен микроциркуляциясын бұзады. Сондықтан химиялық күйіктер кезінде жарақаттардың жазылуы баяу жүреді. Қышқылдармен, сілтілермен, ауыр металдармен күйгенде тіндер коагуляциялық (құрғақ) тип бойынша некрозданады. Олар белоктардың ыдырап, тіндердің құрғап, коагуляцияланған аймақтардың түзілуіне әкеледі. Күкірт қышқылымен күйгенде зақымданған тері сұрланып немесе қарайып кетеді, тұздармен күйсе — сары, фтор сутегімен күйсе — лас-сары немесе ақ болады. Сілтілермен күйгенде колликовациялық (ылғалды) некроз дамиды. Сілтілер белоктарды, сілтілі протеин түзіп, майларды ерітеді. Теріге түскенде бірінші эпидермисті бұзады. Ол жерде ашық-қызыл эрозия пайда болады. Некрозға ұшыраған тіндер, бірнеше күндер бойы сілтіні сақтайды да жақсы сіңетін улы альбулинаттар түзеді. Сілтілер баяу, ұзақ әсер етіп тіндерге терең сіңеді. Сондықтан басқаларға қарағанда сілтімен күйеу тереңдігі кеш анықталады.

Көмек көрсеткенде мүмкіндігінше теріні химиялық заттан тез тазарту керек. Концентрациясын азайтып, тіннің зақымданған аймағын суытады. Бәрінен де жеңіл, қарапайым түрі зақымданған аймақты ағынды сумен 20-30 минут бойы жуу. Өшпеген әк-известь, күкірт қышқылы суға тигенде жылу бөліп химиялық реакцияға түседі. Сондықтан қосымша тіндердің химиялық зақымдануына әкелуі мүмкін. Диэтиламин гидридi мен және триэтиламинмен күйген кезде сумен шаюға болмайды, себебі олар қосылғанда жалын береді.

Біріншілік көмек көрсеткен кезде күйіктің бетін бейтараптайтын ерітінділермен жуып шаяды (гидрокарбонат натрийдің әлсіз ерітіндісі, 0,01% тұз қышқыл ерітіндісі, 1-2% сірке қышқылы ерітіндісі).

Химиялық заттар неғұрлым ерте алынса, тіндер соғұрлым аз зақымданады. Бұдан басқа көмек көрсететін және зақымданған адамдардың өзі химиялық заттардың табиғатын біле бермейді, сондықтан бейтараптайтын ерітінділерді емдеу мекемелерінен тыс қолдануды білмейді.

Стационарда химиялық агенттің табиғатын анықтап, оны бейтараптау қажет. Бұл тері қалыңдығына және теріасты май клетчаткасына қышқылдар мен сілтілердің енуіне байланысты. Қышқылды бейтараптау үшін 2-5% натрий гидрокарбонатының ерітіндісі, сілтілерді бейтараптау үшін қышқылдар ерітіндісі (1-2% сірке, лимон қышқылдары және т.б.) қолданылады.

Егер зақымданған адам кеш жеткізілсе, күйіктің бетіне (паста) қойырытпақ жағып қояды. Улану белгілері білінсе дезинтоксикациялау емі жүргізіледі. Тиісті антидоттарды белгілейді.

Химиялық күйіктерді жергілікті емдеудің термиялық күйікті емдеуден айырмашылығы жоқ.

13.15. ҮСІК

Үсік төменгі температураның әсерінен дамиды. Бетте, әсіресе мұрын, құлақ, бет сүйегі аймағының тіндері үсікке жиі шалдығады. Төменгі температураның әсерінен тері аз зақымданса да шеміршек зиян шегеді. Перихондриттер дамуы мүмкін, олар ұзаққа созылып, құлақ қалқаны мен мұрын ақауланады. Бет қаңқасының сүйектері үсікке өте сирек шалдығады. Ерін мен тілдің (балаларда) металды заттарға жанасуынан үсуі кездеседі. Төменгі температура әсерінен зақым тіндерге тереңдеп таралады. Бет тіндерінің үсуі госпитализациялау көрсеткіші болып табылады.

Үсік кезіндегі патологиялық өзгерістердің дамуының екі кезеңін ажыратады: а) тіндік гипотермия; б) тіндердің жылынуынан кейін басталатын реактивті кезеңі. Дәл осы екінші кезең бұзылуларының клиникалық көріністерін анықтайды. Бұл алдында спазммен, кейін қан тамырлардың тромбозымен көрінеді.

Алғашқы кезеңде науқастар шаншып, ысыған, бет аймағында ауыру сезімін байқайды. Кейін мүлде жансызданғанын сезеді. Науқастар үсікке шалдыққанын байқамай қалады. Бұл кезеңде терінің бозарғаны, зақымданған аймақта температураның төмендегені, ауыру сезімінің жоғалғаны анықталады. Үсікке шалдыққан тіндерді жылытқан соң анық ауыру сезімі пайда болады.

Зақымдану тереңдігіне байланысты үсіктің 4 дәрежесін анықтайды:

I-Тіндер өлмейді. Науқастар қышынып, анық ауыратынына, ысыған,

жансызданған сезімге шағымданады (парестезия). Тері қызарған, көкшіл-денген таңбалар бар. Тіндердің айқын ісінгені көрінеді. Ауыру сезімі төмендеген. Аталған өзгерістер 3-7 күннен кейін басылып, эпидермистің түлеуі байқалады.

II-Эпидермис өледі, шағымдар I дәрежедегідей, бірақ ауру сезімі күшейеді, әсіресе түнде 2-3 күндей ауыру сезімі сақталады. Өлген эпидермис сыдырылып бір немесе бірнеше күлдіреуіктер түзіледі. Олар сары немесе геморрагиялық сұйықтықпен толған. Егер күлдіреуіктің қабығын сыдырса ауыратын ашық-қызыл дерма көрінеді.

II дәрежелі үсікте жаралар 10-15 күннен кейін эпителиймен жабылып жазылады.

III-Терінің барлық қабаты және жұмсақ тіндері өледі. Науқастар қатты және ұзақ ауыру сезіміне, парестезияға шағымданады. Іштері геморрагиялық сұйықтықпен толған күлдіреуік астындағы дерма қоңыр түсті болып келеді. Күлдіреуіктің орнына 6-7 күннен кейін қара түсті өлеттенген қабық пайда болады. Қабық 3-4 аптаның соңына таман сыпырылып түсіп, гранулденеді. Жиіктік эпителизацияның біртіндеп жүруімен тыртық түзіліп барып жазылады.

IV-Жұмсақ тіндер өліп, сүйек жалаңаштанады. Кейде зақымданады. Шағымы III дәрежедегідей. Ісіну өлген тіндерден асып, таралып айқын көрінеді. Қабық түзіліп, біртіндеп түседі. Улану белгілері байқалып, науқастың жалпы жағдайы ауырлайды. Үсіктің III және IV дәрежелерінде 5-7 күннен кейін өлетті шекарасы көріне бастағаны анықталады.

Үсіктің IV дәрежесінде бет, мұрын, құлақ, ұрт, бет доғасының жұмсақ тіндері жойылуы мүмкін.

Бетке пластикалық (қалпына келтіру) оталар жасалған адамдар, әсіресе Филатов сабақшасын қолданғанда, суықтан сақтануы қажет. Филатов сабақшасы тіндердің суыққа сезімталдығы әрқашанда жоғары болады. Олар ауа температурасы — 5°C 2-3 сағат аралығында үсікке шалдығуы мүмкін.

Дұрыс және уақытында көрсетілген көмек үсік кезіндегі өзгерістердің жайылуын тежеуі мүмкін. Бұл тіндерге қан келуді қалпына келтіру жылдамдығына байланысты. Терінің зақымданған аймағы қызарып, жылынғанша қолмен жеңіл, жылы массаж жасау тиімді. Кейін теріні спиртпен немесе йодтың әлсіз тұнбасымен сүртіп, вазелин немесе басқа жылытатын таңғыш салған жөн. Үсіген жерді қармен уқалауға болмайды, себебі одан әрі салқындап, зақымдану ағымын ұлғайтады. Бұдан басқа қардың кристалдары теріні жырып тіндердің инфекциямен зақымдануына жағдай жасайды.

I дәрежеде біріншілік көмек көрсетілгеннен кейін арнайы емді қажет етпейді.

II дәрежелі үсікте көпіршіктердің бүтіндігін сақтауға тырысу қажет, өйткені оның астында жарақаттың эпителизациясы жүреді. Егер

көпіршік ішіндегі сұйықтық іріңдесе, көпіршік алынады. Бет тіндерін құрамында антибиотик немесе антисептик бар май, эмульсиямен жабады.

III дәрежелі күйіктерде жарақаттың бетіне 5% йод тұнбасын жағады және қабықты алады. Жараның іріңдеуін болдырмау үшін жиі антисептик ерітінділерімен жуады. Қабық алынып, гранулденген соң ылғалды-құрғататын таңғыш салады, яғни жабық әдіспен жазылғанға дейін. Таңғышты сулау үшін антисептик ерітінділері қолданылады. Осы кезге дейін үсікті емдеу ашық әдіспен жүргізіледі. Үсік салдарынан ақауланған бет тіндері мен мүшелерді реконструктивті оталар көмегімен қалпына келтіру қажет. Үсікке шалдыққан науқастарға сіреспеге қарсы сарысу енгізген жөн.

Үсікке шалдыққан тіндердің төменгі температура әсеріне сезімталдығы жоғары келеді. Суық аз әсер еткен күнде де қайтадан үсуі мүмкін.

13.16. Бет пен ауыз қуысы тіндерінің аралас радиациялық жарақаттары

Екі немесе одан көп зақымдаушы факторлар әсерінен болатын жарақат — аралас жарақаттар деп аталады. Аралас радиациялық жарақаттар бет-жақ аймағының оқпен немесе оқсыз жарақаттануы. Сәуле ауруын тудыратын радиоактивті заттармен зақымданғанда көрінеді. Сәуле ауруы β , α — бөлшектерімен және рентген сәулесімен сәулену салдарынан дамуы мүмкін немесе α және β — бөлшектерінің организмге жарақат, тыныс алу, ас қорыту жолдары арқылы енген кезде дамиды β , α — бөлшектері және жұмсақ рентген сәулелері радиоактивті күйіктер шақырады. Жедел ағымды сәуле ауруы патогенезінде бөлінген клеткалар мен лимфоциттердің өлуі маңызды рөл атқарады. Сәуле ауруының пайда болуы ионданушы радиацияның сіңген мөлшеріне байланысты. Бұл ауру кезінде организмнің иммунобиологиялық қасиеті жойылады, ол тіндердің репаративті мүмкіндігін төмендетеді: сынықтар баяу бітіседі, жұмсақ тіндер жарақатының жазылуы баяу және ұзақ өтеді. Сәуле ауруы жарақаттың жазылуын асқындырады, ал механикалық жарақат ауруы ағымын ауырлатады.

Радиацияның сіңген мөлшеріне байланысты, сәуле ауруының бірнеше дәрежесін ажыратады.

Адамда сәуле ауруының жеңіл дәрежесі радиацияның сіңген 1-2 Гр, мөлшерінде дамиды, орта ағымы — 2-4 Гр, ауыр 4-6 Гр, өте ауыр 6 Гр жоғары. Егер 10 Гр мөлшерінен жоғары болса өлімге әкеледі. Сәуле ауруының ағымы — қосалқы аурулардың санына байланысты.

Сәуле ауруын 4 кезеңге бөледі:

I-біріншілік реакциялар. Сәулемен зақымданғаннан 24 сағаттан соң дамып бірнеше сағаттан бірнеше күнге созылуы мүмкін (көбіне 2 күнге). Науқас әлсіздікке, бастың айналып ауыратынына, ауыздың

құрғақтығына, дәмді сезбеуіне, шөлдейтініне шағымданады. Тері қабатының гиперемиясы, дене қызуының артуы, еңтігу, тахикардия, артериялық қысымның түсіп кетуі анықталады. Кейде қозу, ұйқышылдық, әлсіздік болады. Менингиялды белгілер көрінуі мүмкін: бұлшықет тонусы артуы, іштің түйіліп ауыруы, кебуі, динамикалық іштің жүрмей қалу белгілері көрінеді. Қанда уақытша лейкоцитоз, анықталады, ЭТЖ артқан. Сәуле ауруының жеңіл дәрежесінде клиникалық біріншілік реакциялар көрінбейді. Жоғары сіңірілген мөлшерде науқастар кома жағдайында болады. Бұл кезеңде жарақатқа біріншілік хирургиялық емдеу жүргізуге болмайды. Ол жарақатқа қосымша зиян әкеледі. Хирургиялық көмек өмірлік көрсеткіштер бойынша ғана қолданылады.

II - Жасырын (латентті) ұзақтығы 12-14 күндей. Бұл уақытша клиникалық жеңілдікпен сипатталады. Жоғарыда аталған белгілер жоғалып, қан көрсеткіштері қалыпқа келеді. Бет тіндерінің аралас радиациялық жарақаттануы кезінде 1-ші хирургиялық өңдеуді мерзімнен кейін жүргізеді. Ол бір мезгілдік, радикалды және ақырғы ем болуы тиіс, міндетті түрде тұйық тігістер салумен аяқталады. Осы талаптарды мүлтіксіз орындағанда ғана сәуле ауруының шыңына дейін жарақаттың жазылуына жағдай жасалады. Тіндердің механикалық жарақаттануында новокаинмен тежеу-блокада жасалу көрсетілген. Антибиотиктерді міндетті түрде қолданады. Кеш біріншілік хирургиялық өңдеу (48 сағаттан соң) жарақаттың іріңдеуін жоймаса де инфекциялық асқынудың ауырлығы мен ағымын азайтуға жағдай жасайды. Біріншілік хирургиялық өңдеу жүргізгенде тіндерді аз, үнемдеп кесу керек. Мұқият түрде бөгде денелерді алып тастайды, әйтпесе олар ойық жаралар тудыруы мүмкін. Зақымданған тамырларды тігеді. Сәуле ауруы шыңына жеткенде аққан қанды тоқтату өте қиын, кейде геморрагиялық синдромдар көрінуі мүмкін. Сынық тұсындағы тістер міндетті түрде жұлынады, ал сынықтардың өткір шетін тегістейді.

Сүйек жарақатын өңдеген кезде барлық сүйек жарқыншақтары мен сынық тұсындағы тістер жұлынады. Сүйек сынықтары хирургиялық остеосинтез әдістерімен орнына келтіріліп бекітіледі, яғни сынық мықтап тігіледі (сүйек тігісі сыммен, бізбен т.б.). Сүйектік қысқышы бар аппараттар сынықтарға жоғары аталған иммобилизациялау әдістерін қолдану мүмкіндігі болмаған жағдайда пайдаланылады. Тістік шиналарды қолдануға болмайды, себебі олар қызыл иектің шырышты қабығын жарақаттайды, Жақ сынықтарын мықтап бекіткеннен кейін, сүйек жарақатын ауыз қуысынан мұқият оқшаулайды да кілегей қабықты тігеді. Кейін жақ маңындағы жұмсақ тіндер мықтап сыртынан тігіледі. Ақауды жабу үшін жергілікті тіндермен пластика әдісін қолдануға болады.

Жарақатты қашыртқы-дренаждап (24-48 сағат ішінде) міндетті

түрде антибиотиктер жібереді.

Егер жарақатты бір себептермен мықтап тігу мүмкіндігі болмаса ол екіншілік бітісумен баяу жазылады, аздаған асқынулар болуы мүмкін.

Жасырын кезеңнің ұзақтығы сәулелену дозасына кері пропорционалды деп есептейді. Радиацияның сіңген дозасының аз мөлшерінде жасырын кезеңі болмауы мүмкін, сондықтан I кезеңнен кейін белгілері бірден анықталуы мүмкін.

III- клиникалық көріністері айқын көрінетін немесе сәуле ауруының асқынған кезі. Ұзақтығы 1 ай шамасында, бірақ одан да көп болуы мүмкін. Егер өлім қауіпі болмаса, III кезең IV кезеңге ауысып, тұрақты гипотония анықталады. Геморрагиялық синдром айқын көрінеді, сүйек миының қызметі өзгереді, агранулоцитоз, неврологиялық бұзылулар, терінің қоректену өзгерістері, құсу, іші өту белгілері байқалады. Асқазан-ішек жолының шырышты қабығында жаралар мен эрозиялар түзіледі. Эндокринді бездердің қызметі әлсірейді, организмнің қарсы тұру қабілеті күрт төмендеп кетеді. Ауыз қуысының шырышты қабығында ісіну мен гиперемия болады және бадамша бездер мен жұтқыншақта, ерін мен тілде ауыратын жарықтар пайда болады. Олардан қан ағуы мүмкін, кейін қою кілегеймен жабылған нашар иісті жұқа қабықшалар мен жаралар пайда болады. Жаралар тіндердің барлық қалыңдығына жайылуы, сүйек тіндері жалаңаштануы мүмкін. Ауыздың шырышты қабығы сәл жарақаттан-са жаралы өлеттенген стоматит дамиды. Сондықтан кез келген тістік құрсаулар мен аппараттар, алмалы протездер, сапасыз дайындалған жасанды сауыттар мен дұрыс қойылмаған пломбалар, ауыздағы өлеттенген жаралардың дамуына себеп болады. Бұл асқынулардың алдын алу үшін ауыз қуысын санациялаған жөн. Тіс протездерін мұқият коррекциялау қажет. Металл бітеме-пломба мен алмалы протезді алып тастайды.

IV- қалпына келу немесе сауығу кезеңі (аз жарақаттанған кезде) созылмалы кезеңге өту. Радиоактивті зақымдау аймағынан шұғыл көшіру, теріден жарақаттан, шырышты қабықтан, міндетті түрде дозиметрлі бақылау жүргізе отырып, радиоактивті изотоптардан тазарту керек. Радиоактивті заттар организмге түссе, 5-10 мл 5% унитиолдың ерітіндісін бұлшықетке жібереді, ішке полоний түссе 20 мл 10% тетрацинкальций ерітіндісін 500 мл 5% глюкоза ерітіндісімен 3-4 сағат шамасында (ауыр металл тұздары), 20 мл 10% динарий тұзының ерітіндісін 500 мл глюкоза ерітіндісімен қосып венаға жібереді (стронций енген кезде). Глюкозаның гипертониялық ерітіндісі (40-60 мл 40%), 10% кальций хлорид (10 мл), 5% аскорбин қышқылының ерітіндісі, антигистаминдік препараттар, дезинтоксикациялық ем жүргізіледі.

Барбитураттар, анальгетиктер, апиын және пиразолон өнімдері, сульфаниламидтер, қан түзілуге қысым көрсететін (угнетение) басқа

препараттарды қолдануға болмайды.

Сәуле ауруын емдеуде тәжірибесі бар хирургтар мен терапевтер аралас радиациялық зақымдарда комплексті емдеу әдісін жүргізеді. Аталған ем әдістері неғұрлым ерте басталуы қажет.

Дер кезінде және дұрыс жүргізілген біріншілік хирургиялық өңдеу, сүйек сынықтарын дұрыс бекіту, антибиотиктерді қабылдау, арнайы күтім мен рационалды тамақтану, науқастың сауығуына жақсы жағдай туғызады.

13.17. Бет-жақ аймағының бірлескен жарақаты

Бірлескен жарақаттанулар — бір зақымдаушы фактормен дененің бірнеше анатомиялық мүшелері мен ағзаларының бір мезгілде зақымдануы.

Бет-жақ аймағының бірлескен жарақаттануына — бет сүйегінің немесе жұмсақ тіндердің мимен бірлескен жарақаты немесе дененің басқа аймағындағы жұмсақ тіндер мен қаңқа зақымдануы жатады. Бұл жарақаттар ерекше ауыр болып саналады. Аралас зақымданған науқастардан шағымын сұрап, келіп шығу тарихын-анамнез жинау өте қиын немесе мүмкін емес. Осыған қарамастан жақ-бет аймағын нақты-объективті тексеру мұқият болуы тиіс. Бет-жақ аймағының зақымдануы, жоғарғы тыныс жолдарының өткізгіштігін бұзып, кеңірдек пен бронхқа қанның, сүйек жарықшағының, тістердің түсуінен, аспирациялық пневмонияның дамуына әкеледі. Есін жоғалтып, қорғаныс рефлекстері жоғалғанда бұл қауіп арта түседі. Бұл науқастарды тексергенде және емдегенде тек хирург-стоматолог ғана емес, нейрохирург, отоларинголог, окулист, невропатолог, хирург-травматолог қатысуы қажет.

Жақтары сынған науқастар организмінде белоктар мен витаминдер құрамы кенеттен түсіп кетеді, ас қабылдауы бұзылады. Оларда септикалық асқынулар жиі кездеседі, себебі одонтогенді аурулар инфекция ошағы болып табылады. Жақтың араласқан сынықтарында — жарақатты остеомие-лит дамиды, сынықтар дұрыс бітіспейді, жалған буындар қалыптасады. Хирург-стоматологтың арнайы көмегі дер кезінде көрсетілмесе бет сүйек доғасының тұрақты деформациясы дамиды. Аралас жарақаты бар науқастарды емдеу көп салалы клиникалық ауруханаларда жүргізілуі қажет.

Госпитальға дейінгі кезеңде дәрігерлік көмек шокқа қарсы шаралар, қан кету, асфиксиямен күрес, жақ және тірек-қимыл аппарат сүйектерінің сынықтарын уақытша иммобилизациялауға негізделеді. Науқасты тасымалдау кезінде, тыныс алу жолдары өткізгіштігінің бұзылуын, құсық массаларымен тұншығуын болдырмауды қамтамасыз ету қажет (науқасты етбетімен немесе жанымен жатқызады). Есінен танған науқасқа дереу интубация жүргізу қажет, егер мұндай мүмкіндік болмаса, ауа өткізгіш енгізу қажет. Беттегі жарақатқа салынған таңғыш, жақ сүйектерінің сынықтарының қосымша жылжуына әсер етіп, тыныс

жолдары өткізгіштігін нашарлатпауы тиіс.

Наукас аурухананың қабылдау бөліміне түскен кезде, оны хирург-травматолог, нейрохирург, невропатолог, хирург-стоматолог тексеріп, көрсеткіштері бойынша реанимациялық шаралар немесе интенсивті терапия жүргізеді. Негізгі клиникалық мәліметтерге және ми мен бетсүйек қаңқасына жасалған көлемді рентгенограмманың нәтижесіне сүйеніп, бет сүйегінің зақымдануы жөнінде қорытынды жасайды.

Мамандандырылған ем наукасты госпитальға жатқызылғаннан кейін жүргізеді. Ол шұғыл түрде, жедел және уақытша болуы мүмкін. Шұғыл мамандандырылған көмек наукас түскен бойда, қан кетуді тоқтату және тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз етуге негізделеді. Жедел көмек жарақатта біріншілік хирургиялық өңдеу, бет сүйектерін уақытша немесе тұрақты иммобилизациялауды жүргізумен көрінеді. Оны наукас емханаға түскеннен кейін 2 күннің ішінде жүзеге асырады.

Уақытша ем наукас емханаға түскен соң 48 сағаттан кейін немесе кеш жүргізіледі. Анестезиологияның қазіргі даму деңгейі - наукас госпитальға түскеннен кейін тез арада мамандандырылған көмек жүргізуге мүмкіндік жасайды. Шокқа қарсы ем жүргізілгеннен бастап 12 сағат ішінде гемодинамика тұрақтанса, жедел мамандандырылған емдеуді толық көлемде жүргізуге болады. Егер шоктың ұзақтығы 24 сағатқа жетсе, толық мамандандырылған ем жарақаттан 12-14 сағаттан соң гемодинамиканың тұрақтану көрсеткіш-теріне байланысты жүргізіледі. Шоктың ұзақтығы 24 сағаттан артық болса өмірлік көрсеткіштеріне байланысты хирургиялық ем жүргізіледі (қан кетуді тоқтату, сыртқы тыныс алу бұзылысымен күрес және т. б.). Жақ сынықтарын ерте әрі дұрыс бекіту ауыр бірлескен жарақаты бар наукастарда менингит, энцефалит, ми абсцессі дамуының, ликвореяның алдын алады.

Реабилитация бөлмесінде ми жарақатымен аралас жағы сынған наукас-ты емдеуді дәрігер-стоматолог невропатологпен бірге жүргізеді. Бұл наукастар диспансерлік бақылауға алынады. Еңбекке жарамдылығы бірлескен жарақаттың сипаты мен ауырлығына байланысты.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Жақтардың сынықтары болып 2-ге бөлінеді.

А) ашық және жабық сынықтар.

Б) толық және ашық

В) жабық және толық

Г) жартылай және ашық

Д) жартылай және толық

2. Ашық сынықтар сынықтарды айтамыз.

А) сүйек жарасының сыртпен қатынасы болса және ол тек тіс қатарында кездескен

Б) ол тек тіс қатарында кездескен, сүйек жарасының қатынасы жоқ

В) сүйек жарасының сыртпен қатынасы болса, тіс қатарынан тыс

- Г) ол тек тіс қатарында кездескен сүйек жарасының қатынасы бар
Д) сүйек жарасының сыртпен қатынасы болса, тілге жақын

3. Жабық сынықтарды айтамыз.

А) сыртпен қатынасы болмаған және ол тек тіс қатарында кездеспейтін

Б) тіс қатарында кездеспейтін, тілге жақын

В) сыртпен қатынасы болмаған, мойында омыртқасында

Г) тіс қатарында кездеспейтін, желкеден жоғары

Д) сыртпен қатынасы болмаған, Гаймор қуысында

4. Ле-Фор-I төменгі нұсқасына - сипаттама беріңіз.

А) Сынық бағыты жоғарғы жақ ұяшық өсіндінің негізінен көлбеу жазықтықта, алмұрт тәріздес тесіктің астымен, гаймор қуысының төменгі қабырғасымен, жоғарғы жақ төмпешігімен, негізгі сүйектің қанатша өсіндісі арқылы өтеді.

Б) Сынық бағыты төменгі жақ ұяшық өсіндісінен тік жазықтықта

В) Сынық бағыты алмұрт тәрізді тесіктің артқы жағынан

Г) Сынық бағыты жоғарғы жақ ұяшық өсіндісінен тік жазықтықта

Д) Сынық бағыты гаймор қуысының бойымен

5. Ле-Фор-II орталық нұсқасына - сипаттама беріңіз.

А) Сынық маңдай сүйегінің мұрын өсіндісімен мұрын сүйегінің қосылған жерінен (жігінен) басталып көз қуысының ішкі қабырғасы арқылы көзасты астаушысына келеді. Осы жерден алға арай жоғарғы жақ сүйегімен шықшыт сүйегінің қосындысы және негізгі сүйектің қанатша өсіндісі сынады.

Б) Сынық мұрын өсіндісімен мұрын сүйегінің қосылған жерінен

В) Сынық басталып көз қуысының ішкі қабырғасы, ортаңғы, соңы

Г) Сынық ішкі қабырғасы арқылы көзасты астаушысына келеді.

Д) Сынық осы жерден алға қарай жоғарғы және төмен қарай

6. Шайнау бұлшықеттерінің көтергіш (артқы) тобына жатады.

А) шайнау-шықшыт, самай, ішкі қанатша, сыртқы қанатша

Б) самай, төбе, мойын, қол

В) шайнау-шықшыт, қарақұс, маңдай, аяқ

Г) ішкі қанатша, желке, бауыр, бөксе

Д) сыртқы қанатша, тіласты, көз, мұрын

7. Шайнау бұлшықеттерінің түсіргіш (алдыңғы) тобы жатады

А) қосқарыншалы, жақ-тіласты, иек-тіласты, иек-тіл

Б) сыртқы қанатша, тіласты, көз, мұрын

В) шайнау-шықшыт, қарақұс, маңдай, аяқ

Г) шайнау-шықшыт, қарақұс, маңдай, аяқ

Д) ішкі қанатша, желке, бауыр, бөксе

8. Орталық жік сынығын сипап тексергенде белгісін анықтауға болады.

А) ауыру сезімі және тепкішек

- Б) тепкішек және өз енімен
В) ауыру сезімі және бойына
Г) тепкішек және қарама-қарсы
Д) ауыру сезімі және тік
9. Жоғарғы жақ сынығының төменгі типінің (Ле-Фор I) сипап тексергенде белгісін анықтауға болады.
А) сүйек сықыры, жергілікті ауыру сезімі және сатылы
Б) ауыру сезімі және бойына
В) тепкішек және өз енімен
Г) ауыру сезімі және тік
Д) тепкішек және қарама-қарсы
10. Жоғарғы жақ сынығының ортаңғы (Ле-Фор II) типінің клиникалық көрісіне тән белгісі
А) шынайы көзілдірік
Б) еңбектің түсуі
В) құлақ маңында
Г) ауыз қуысында, тіс қатарында
Д) төменгі жақ буын өсіндісінде
11. Жоғарғы жақ сынығының ортаңғы (Ле-Фор II) типінің клиникалық көрісіне тән белгісі
А) қосарлану-диплопия
Б) ауыз қуысында, тіс қатарында
В) төменгі жақ буын өсіндісінде
Г) еңбектің түсуі
Д) құлақ маңында
12. Даму механизміне байланысты асфиксияның ажыратады.
А) бес түрін
Б) үш түрін
В) төрт түрін
Г) екі түрін
Д) түрлері белгісіз
13. дислокациялық тұншығу деп аталады.
А) Тілдің артқа ығысуы
Б) көз қарашының шығуы
В) мұрын өсіндіге жақын жерде
Г) құлақ маңына қарай
Д) мойынның алдыңғы жағында
14. обтурациялық тұншығу деп аталады.
А) Кеңірдек қуысының қан ұйындысымен жабылуы
Б) көз қарашының шығуы
В) құлақ маңына қарай
Г) мойынның алдыңғы жағында
Д) мұрын өсіндіге жақын жерде
- 15..... стенотикалық тұншығу деп аталады.

- А) Кеңірдектің гематомамен немесе ісінген тіндермен қысылуы
- Б) Тілдің артқа ығысуы
- В) Кеңірдек қуысының қан ұйындысымен жабылуы
- Г) көз қарашының шығуы
- Д) мойынның алдыңғы жағында

16. қақпақшалық тұншығу деп аталады.

А) Таңдайдың, тілдің салбыраған тіндерімен көмекей кіреберісін жабуы

Б) Кеңірдек қуысының қан ұйындысымен жабылуы

В) Тілдің артқа ығысуы

Г) көз қарашының шығуы

Д) Кеңірдектің гематомамен немесе ісінген тіндермен қысылуы

17..... аспирациялық тұншығу деп аталады.

А) Қан, құсық, су т.б. қақалу

Б) тілдің салбыраған тіндерімен көмекей кіреберісін жабуы

В) Кеңірдектің гематомамен немесе ісінген тіндермен қысылуы

Г) Кеңірдек қуысының қан ұйындысымен жабылуы

Д) Тілдің артқа ығысуы

18. Мамандандырылған хирургиялық көмек көресету кезеңін бөледі.

А) 3 топқа

Б) 2 топқа

В) 4 топқа

Г) 5 топқа

Д) топтарға бөлінбейді

19.Оразалиннің стандартты ілмегі бар пластмасса шендеуішіне сипаттама беріңіз.

А) доға тәріздес бір-бірінен 1,0 см ара қашықтықта орналасқан ілгектері, ұштарында тіс аралығына кіріп тұратын иіндері бар, ұзындығы 11-13 см, салмағы 0,7-0,8 г.

Б) ұштарында тіс аралығына кіріп тұратын иіндері бар, қисық

В) ұзындығы 11-13 см, салмағы 0,7-0,8 г. тік жазықтық бойымен

Г) 1,0 см ара қашықтықта орналасқан ілгектері, доға бойымен

Д) доға тәріздес бір-бірімен қиылысқан, тік жазықтық бойымен

20. Васильевтің таспалы стандартты шендеуішіне сипаттама беріңіз.

А) жалпақтығы 2,3 мм, ұзындығы - 134 мм, стандартты ілмектері бар, сондықтан оны қолдану оңай және көп уақыт алмайды.

Б) сондықтан оны қолдану оңай және көп уақыт алмайды, жеңіл

В) жалпақтығы 2,3 мм, орналасқан ілгектері, доға бойымен

Г) ұзындығы - 134 мм, қиылысқан, тік жазықтық бойымен

Д) стандартты ілмектері, аралығына кіріп тұратын иіндері бар

21. Өз қалпын сақтап қалатын металл қоспалары бірінші болып қолданған ғалым

А) В.К.Поленичкин

Б) В.В.Васильев

В) Ж.Б.Оразалин

Г) Қ.Т.Төлеуов

Д) В.П.Русанов

22. Тістің шығуы түрлеріне бөлінеді.

А) толық, жартылай және шегеленген

Б) шегеленген, жанама, тік

В) толық, көлденең, төртбұрыш

Г) жартылай, үшбұрыш, қиынды

Д) жарқыншақты, ойық, көлденең

23. Тіс түбірі бөліктерінен сынуы мүмкін.

А) ортаңғы, жоғарғы немесе төменгі

Б) бүйір, артқы, алдыңғы

В) ортаңғы, жанынан, көлденең

Г) төменгі, алдыға, тік

Д) жоғарғы, бойымен, артқа

24. Төменгі жақтың шығуы болып бөлінеді.

А) жарақаттан және туа пайда болған,

Б) туа пайда болған, ісіктер, ойықтар

В) жарақаттан, бұлшықеттер, шаш тәрізді

Г) туа пайда болған, қолмен, мойын аймағында

Д) жарақаттан, секіргенде, жатқанда

25. Төменгі жақтың шығуы..... болып бөлінеді.

А) жедел және үйреншікті,

Б) созылмалы және шаш тәрізді

В) үйреншікті және секіргенде, жатқанда

Г) жедел және айқын

Д) өршуі және созылмалы

26. Төменгі жақтың шығуы..... болып бөлінеді.

А) алдыңғы және артқы,

Б) ортаңғы және артқы

В) жоғары және алдыңғы

Г) төменгі және артқы

Д) жанынан және алдыңғы

27. Төменгі жақтың шығуы..... болып бөлінеді.

А) бір және екі жақтық

Б) екі және үш жақтық

В) бір және үш жақтық

Г) орта және бүйір жақтық

Д) бүйір және жоғарғы жақтық

28. Термиялық факторлар әсерінен пайда болған барлық күйіктерді..... бөледі.

А) 4 дәрежеге

Б) 2 дәрежеге

В) 3 дәрежеге

Г) 7 дәрежеге

Д) 9 дәрежеге

29. Күйіктің ауырлығын арқылы анықтайды.

А) жүздік (100) ереже

Б) Соловьев ережесі

В) Сағатбаев ережесі

Г) Жартыбаев тұжырымдамасы

Д) Бажанов белгісі

30. Зақымдану тереңдігіне байланысты үсіктің анықтайды:

А) 4 дәрежесін

Б) 3 дәрежесін, 2 сатысын

В) 2 дәрежесін, 3 сатысын

Г) 4 дәрежесін, 3 сатысын

Д) 5 дәрежесін, 2 сатысын

XIV Т А Р А У

**БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫ ҚАБЫНУЫНЫҢ АСҚЫНУЛАРЫ.
СЕПСИС, МЕДИАСТЕНИТ, БЕТ ВЕНАЛАРЫНЫҢ ЖӘНЕ
МИ ҚАБЫҒЫ СИНУСТАРЫНЫҢ ТРОМБОФЛЕБИТІ**

Сепсис (грекше-шіру)- қанның залалдануы. Бұл патологиялық жағдай іріңді қабыну ошағынан микроорганизмдердің қанға үздіксіз немесе мезгіл-мезгіл түсіп тұруынан пайда болады. Бұнда жергілікті өзгерістерге сәйкес емес жалпы ауыр бұзылыстар және әртүрлі ағзалар мен тіндерде жаңа іріңді ошақтар пайда болады.

Макроорганизмнің реактивтілігі өзгерген кезде патогенді микробтардың ену нәтижесінде сепсис дамиды анықталған.

Кузин М.И. және де басқа ғалымдармен бірге былай деп есептейді: инфекцияның топтануы яғни генерализациялану үшін қабыну ошағында микробтардың саны белгілі бір деңгейден асып, қан тамырлар арқылы денеге тарауы керек.

Жалпы іріңді инфекцияның ағымы бірнеше кезеңде өтеді:

1. Іріңді резорбтивті қалтырау;
2. Сепсистің бастапқы кезеңі;
3. Жергілікті іріңді процесс;
4. Септицемия (қанда патогенді микробтардың болуы, бірақ екіншілік метастазды іріңді қабыну ошағының әлі дамымаған кезеңі);
5. Септикопиемия (организмнің улануымен бірге ағзаларда, тіндерде екіншілік метастазды абсцестердің дамуы);
6. Өлім.

Бастапқы кезде науқас әлсізденеді, тамаққа тәбеті болмайды, дене қызуы 39-40°C-қа дейін көтеріледі, кейде тез жоғары көтеріліп, күрт төмен түседі. Ұйқысы бұзылып, басы ауырады, денесі қалтырайды, терісі ылғалданады, ал сепсис ауыр түрде дамыса түнге қарай суық жабысқақ тер басады.

Қан құрамының талдауында: лейкоциттердің саны көбейеді. ЭТЖ 50-60 мм/сағ. дейін көтеріледі. Сепсистің бастапқы кезеңде анықтау өте қиын, айтылған белгілер біріншілік одонтогенді іріңді процесстің ауыр өтіп жатқан жағдайымен байланыстырылуы мүмкін. Бірақ, сепсис басталған кезде науқастың жалпы жағдайы нашарласа да жергілікті іріңді процессте айтарлықтай өзгеріс болмайды. Жергілікті өзгерістер мен науқастың жалпы жағдайының арасындағы қайшылығы дәрігерді ойландыруы керек. Сондықтан науқасты тез толық тексеріп септикопиемия яғни екіншілік метастазды абсцестердің басқа ағзаларда бар-жоғын анықтау керек. Ең жиі, әсіресе балалардың арасында септикопиемия, стафилак-кокты пневмония, менингоэнцефалит кездеседі.

Кейде қанның бактериялық тексеруі нәтиже бермейді, яғни себудің нәтижесі теріс болып, сепсистің анықталуы қиындайды, ал науқастың жалпы ауыр жағдайы біріншілік іріңді процесспен, организмнің улануымен байланыстырылады.

Сепсистің соңғы сатысында клиникалық көрініс өзгереді, организмнің реактивтілігі төмендегендіктен лейкоцитоздың орнына лейкопения пайда болады, сол себепті дене қызуы субфебрильдіге дейін

төмендейді. ЭТЖ сол жоғарлаған деңгейде қалады, бірақ анемия пайда болады, әлсіздік ұлғаяды, терісі құрғақтанады. Осындай кезде біріншілік іріңді ошақтың ағымы да өзгереді, іріңді жалқық сұйықталады, қабынған аймақтың шетіндегі ұйыспа-инфильтрат кішірейеді, жараның ағымы баяулап маңындағы тіндер өлеттенді.

Одонтогенді сепсистің емі жалпы қабылданған интенсивті комплексті емнің принципімен (жүйесімен) жүргізіледі. Науқас ауруханаға түскен уақытта қабыну ошағын мұқият тексеріп, іріңнің жиналып қалған жері бар ма, жасалынған тілік, салынған жолақтар өз мақсатын атқара ма, жоқ па соны анықтау керек. Себепші болған біріншілік ошақты жою керек. Содан кейін кең спектрлі антибиотиктер, сульфаниламидтер және нитрофуран қатарындағы препараттар тағайындалады. Иммунды жүйесі төмендегендіктен арнайы және арнайы емес (лабораториялық тексеру жүргізіп анықталады — комплимент титры, фагоцитоз) ем тағайындалады.

Организмнің улануын төмендететін дезинтоксикациялық ем ретінде гемодез, полиглюкин, желатиноль, 5% глюкозаның ерітіндісін венадан тамшылатып жібереді. ЭКГ жасап және бауыр, бүйрек қызметін бақылай отырып, сепсисті емдеу кезінде (үнемі) өмірге қажетті ағзалардың қызметін және ішкі ағзаларда, теріде іріңді ошақтардың болмауын қадағалау қажет.

Бет-жақ аймағының жедел одонтогенді инфекциясының ең бір ауыр асқынуларына **медиастенит** жатады. Ол инфекцияның көкірек аралығына енуінен пайда болады. Бұл туралы оқулықтарда айтарлықтай көңіл бөлінбеген, бірақ бұндай асқынулардың кездесуі сирек емес. Алдыңғы көкірек аралығы мойынның жүйке-қан тамырларының бойымен жұтқыншақ кеңістігінің артқы бөлігімен қатынасады, сол жол арқылы инфекция жайылып одонтогенді алдыңғы медиастенит дамиды. Іріңнің мойынға содан кейін алдыңғы көкірек аралығына жайылатын екінші жолы -тіл түбінің жайылған флегмонасы кезінде мойынның меншікті фасция-сының ішкі қабатын тіласты сүйек маңында тесіп, IV фасцияның висце-ральды, париетальды жапырақтарының арасымен мойынның кеңірдек маңының клетчаткасына тарайды. Кеңірдек пен мойынның қантамыр-жүйке жүйесінің фасция аралығымен ірің алдыңғы көкірек қуысына төмен түседі. Одонтогенді флегмонада артқы медиастенит өте сирек дамиды. Артқы көкірек аралығына ірің паратонзиллярлы абсцесс кезінде омыртқаның алдыңғы клетчаткалы кеңістігі арқылы жайылады. Артқы көкірек аралығының инфекцияланатын екінші жолы мойын маңындағы клетчатканың флегмонасы кезінде тіндер өлеттеніп, ірің мойынның IV фасциясының висцеральды қабатын тесіп, өңеш маңындағы клетчаткаға тарап, артқы көкірек аралығына түседі.

Одонтогенді жанаспалы медиастениттің ағымы өте ауыр өтеді. Науқастың жалпы жағдайы бірден қатты нашарлайды. Дем алуы қиындағандықтан төсекте басын еңкейтіп отырады. Реактивтігі

төмендегендіктен денесі ауырлап, ұйқысы келе береді, есі күңгірттенеді, кейде сандырақтайды, сирек жағдайда төсектен тұрып, палатадан қашып, көрінбейтін жауларымен сөйлесіп, солармен күресіп, ұрысады.

Ал, кей науқастарда эйфория жағдайы кездеседі: көңілі өте көтеріңкі болады. Эйфориядан кейін науқас есінен танып, өліммен аяқталады. Науқастардың дене қызуы 39-40°C болады ($\pm 1-2^\circ$) Тамыр соғысы мину-тына 140-150 аритмиялы, әлсіз болады. Қан қысымы төмендеуі мүмкін. Ол жиі жағдайда қалпында болады.

Медиастенитке тән белгі — дем алуының бұзылуы, демікпе пайда болады (минутына 45-50 рет). Тынысы беткей, демін ішіне тартуы қысқарады, ал шығаруы 2-3 есе ұзарады. Көкірек қуысында ауыру сезімі пайда болады, жұтынуы қиындайды, кейін мүлде жұтына алмайды, кейде жөтелгенде қақырық бөлінеді, ол бара-келе көбейеді (тәулігіне 1,5 литрге дейін). **Медиастенитке тән белгі — ұдайы жөтелу.** Ол әрине көкірек қуысындағы ауру сезімді күшейтеді. Гирке белгісінде басын шалқайт-қан кезде көкірек қуысындағы ауыру сезімі күшейеді. Иванов белгісінде мойынның қантамыр-жүйке шоғырының бойымен сипаса немесе жоғары қарай тартса көкірек қуысындағы ауыру сезімі күшейеді. Равич-Шербо белгісінде демін ішке алғанда мойындырық ойық терісі ішке қарай тартылады. Н. Г.Попов мынадай жаңа белгі анықтаған, мысалы науқас төсекте аяғын созып жатқан кезде өкше сүйегін қағып тексерсе кеудесінде ауыру сезімі және жөтел пайда болған. Науқастардың төсі, қабырғалары ауырады. Бет, мойын, кеудесінің терісі көкшіл тартып, ісініп, мрамор түстес болады. Кейде мойын және кеуденің теріасты клетчат-касында газдың пайда болуынан басқанда сықырлайды.

Одонтогенді медиастенит кезінде рентгеннің, электрокардиограмманың және таңдайды қағып тексерулердің мәліметтері нақтама-диагнозды анықтауға жеткіліксіз болады, тек соңғы кезеңдерде көмектеседі.

Рентгенде 3 проекцияда түсіру қажет (алдынан артқа қарай, бүйірінен, қиғаш).

Жанаспалы одонтогенді медиастениттің патологиялық, анатомиялық түрлерін-формасын-сарысулы, іріңді, іріңді-өлеттенген, шіріп-іріңдеген, шіріп-өлеттенген және шіріген — ажыратады.

Ағымы көбінесе жедел, кейде жеделдеу. Ағымында бірнеше кезеңдер болады: компенсаторлы, субкомпенсаторлы, декомпенсаторлы, ал кейде өте жылдам өтуі мүмкін.

Компенсаторлы кезеңде жалпы жағдай нашарласа да, жергілікті белгілер болса да өмірге қажетті ағзаларда айтарлықтай өзгеріс болмайды.

Субкомпенсаторлы кезеңінде орталық жүйке жүйесінің жүрек-қан тамырларының және бөліп шығаратын ағзалардың қызметтері бұзылады.

Декомпенсаторлы кезеңінде өмірге қажетті ағзалардың қызметтері

бұзылады, дененің өте қатты улануы байқалады. Жергілікті өзгерістерден жалпы белгілері басым болып, науқас «кома» немесе «агония» жағдайында болады, одан шығарып алуға мүмкіншілік болмайды.

Іріңді медиастенит кезінде біріншілік емі — хирургиялық. Емді дұрыс жүргізу және инфекция тарау жолдарын айқын болжау үшін бет-жақ аймақтың, мойынның, көкірек аралығының анатомиялық, топографиялық ерекшелігін, бір-бірімен байланысатын жолдарын білу қажет.

Жанаспалы одонтогенді медиастенитте хирургиялық ем — Розумовский ұсынған орталық және бүйір медиастенотомия отасы жиі қолданылады. Көкірекаралыққа жету үшін тілікті мойындырық ойығы арқылы немесе жиі қолданылатын төс-бұғана-емізیکше бұлшықеттің алдыңғы шетінен (бетінен) кеңірдекті ала отырып жасалатын әдісті қолдануға болады. Бұл әдісті жүргізгенде төс-бұғана-емізیکше бұлшықеті фасциясының алдыңғы ішкі қабырғасын тіліп ашқаннан соң қантамыр-жүйке талшықтарын сыртқа қарай, ал қалқанша без бен сәйкес бұлшықеттерді ішке қарай ысырады. Кеңірдектің бүйір және алдыңғы бетінен алдыңғы көкірек қуысына, ал өңештің бойымен артқы көкірек қуысына жетуге болады. Мойын медиастиномия бет-жақ аймағының біріншілік іріңді ошақтарымен бірге кең ашылуы тиіс. Көмекейге ісік тарағанда немесе ісікпен қысылғанда трахеотомия жасалуы қажет. Медиастиномия жасалынған соң 7-10 күн науқастың аяқ жағын көтеріңкіреп жатқызу қажет. Көкірек қуысын ұдайы антибиотик ерітіндісімен жуып, электр сорғышпен, шприцпен немесе вакуум-дренажбен сорып алып тұру қажет.

Медиастениттен кейін науқас сауығып кетуі мүмкін, кейде қабыну жеделдеу фазасына өтеді, ал кейде өліп кетеді.

Бет-жақ аймағының қабыну ауруларының ең жиі кездесетін және күрделі асқынуы — бет-веналарының тромбофлебиті, жиі жағдайда ми сауытының венозды синустарына тарайды.

Бет-жақ аймағының тромбофлебиті — венаның және оны қоршаған тіндердің жедел қабынуы мен тамырішілік тромбозы.

Одонтогенді инфекциядан тромбофлебиттің дамуына организмнің қарсыласу күшінің төмендеуі, суық әсер етеді.

Тромбофлебит жиі жағдайда бет шиканының, көршиқанының және самайасты, қанатша-таңдай шұңқырының флегмонасының асқынуы болып табылады.

Тромбофлебиттің дамуына бірнеше факторлар әсер етеді: бет-жақ аймағының инфекциясы кезінде тіндердің ыдырауынан пайда болатын аутоаллергия және микробты аллергия вена эндотелийінің қабынудан және жарақаттан зақымдануы, әсіресе сезімталдығы организмінде, тамырішілік қанның ұюына және тромбоздың дамуына жағдай тудырады (Балуда В. И. 1975), стафилакокктың агрессивті экзотоксины организмнің

арнайы емес реактивтігін төмендетеді, ал аллергиялық реактивтігін жоғарлатады.

Бет, мұрын қуысының және қанатша-таңдай шұңқыры веналарының, көз шарасының — бұрыштық, жоғарғы, төменгі көздік веналары арқылы ми сауытының үңгірлі синустарымен байланыста екенін есте сақтау керек.

М. А. Сресли (1957) бет веналарының қан ағысы өзгерісінің мүмкін екендігін дәлелдеген.

Қалыптағы жағдайда көз шарасынан қан бет венасына ағады, ал тромбофлебит кезінде бұрыштық вена арқылы көз шарасына қарай ағады.

Тромбофлебиттің клиникасы. Бет немесе бұрыштық венаның бойында қатты ісіну, ұйыспа-инфильтрат пайда болады, бастапқы кезде қатты ауырып сипағанда «таспа» тәрізді білінеді. Терісі қызарып көкшіл тартады, ісіну ұйыспа-инфильтраттың шегінен асып тарайды. Жиі жағдайда қабыну ошағынан теріасты кеңіген веналар радиалды жан-жаққа тарағаны көрінеді. Науқас организмнің улануы байқалады: дене қызуы өте жоғары болып, қалтырайды, әлсіздік пайда болады, қатты терлейді, науқас бозарып, кейде есекжем пайда болады. Қан анализінде-лейкоцитоз, формуласы солға жылжиды. ЭТЖ өте жоғары т. б.

Гемостаздың (қан ұюының) бұзылуы тромбофлебиттің дамуында ерекше орын алады. **Гемостаз үш кезеңде өтеді:** бірінші кезеңде - қанда, тінді тромбопластин құрылады, екінші кезеңде — тромбопластиннің әсерінен қан протромбины тромбинге айналады, үшінші кезеңде — тромбиннің әсерінен қанның фибриногені фибрин-мономеріне, ал ол фибрин-полимерге ауысады. Олардың бір-біріне (мономердің полимерге) ауысуы плазмадағы, тромбоциттегі, венаның қабырғасындағы және басқа тіндердің құрамындағы XIII фактордың әсерінен болады, Фибрин-мономерден құралған қан ұйығы қанның плазминімен жеңіл ериді, соның әсерінен қан тамырларында қанның жүруі сақталады немесе қалпына келеді. Егер қан ұйығы фибринполимерге айналса, онда қан тамырында тромб пайда болады, себебі фибринполимер плазмінде ерімейді. Бет-жақ аймағының тромбофлебитінде гемостазда өзіне тән өзгерістер болады, мысалы: Венозды қанның ұю уақыты қысқарады, қанда фибриноген көбейеді (5-7-ден 10-12 мг/мл Мигабели әдісімен).

Б-фибриноген фракциясы пайда болады- тромбиннің индикаторы қалыпты жағдайда қанда болмайды. XIII фактордың күні артады, фибринолиз төмендейді. Осындай өзгерістер гемостаздың гиперкоагуляцияға қарай ауысқанын көрсетеді, ол тромбозға сәйкес келеді.

Тромбофлебиттің бастапқы кезінде немесе 3-4 тәулік аралығында септикопиемия пайда болуы мүмкін, ішкі ағзаларда өкпеде, бауырда, мида абсцесстер пайда болады.

Емі. Тромбофлебиттің емі жедел болуы тиіс -септикопиемияның алдын алу, қабынудың жайылуын тоқтату және гемостазды қалпына келтіру үшін шаралар қолдануы тиіс.

Сызба-схема:

1. Тромбофлебиттің бірінші белгілері пайда болғаннан қабыну ошағынан эксудатты сеуіп микрофлораны зерттеп, оның қандай антибиотикке сезімталдығы бар екенін анықтау қажет. Венадан қан алып коагулограмманың көрсеткіштерін анықтау және бактериемияны тексеру қажет.

2. Инфекциямен күресу үшін кең спектрлі антибиотиктер, стафилококқа қарсы глобулин, гипериммунды плазма, стафилакоккты анатоксин жіберіледі.

3. Улануға қарсы ем: гемодез 400-500 мл, 5% глюкоза ерітіндісі «С» витаминімен күніне 2 рет. Рингер ерітіндісі 100 мл, кокарбоксилаза, витаминдер. Жүрекке күш түсірмеу үшін жіберілген ерітіндінің мөлшері шығарылған несептің мөлшерімен сәйкес болуы тиіс.

4. Тромбофлебит ауыр түрде өткен кезде негіздік-қышқылдық тепе-теңдік бұзылып ацидоз пайда болғандықтан 200-400 мл 2-4% натрий гидрокарбонатын венадан 1-2 күн аралығында жіберу қажет.

5. Эритроцит, гемоглобин саны азайса жұмасына 1-2 рет гепаринмен бірге қан құю қажет.

6. Сезімталдықты төмендету үшін 1% димедрол, 10% кальций глюконаты, 10% хлорлы кальций тағайындау қажет.

7. Абсцесс пайда болса, іріңдіктерді ашып жуып антисептиктермен, ферменттермен (химотрипсин) жолақ қойып емдеу қажет.

8. XIII фактордың күшін төмендету және фибринолизді күшейту үшін никотин қышқылын күніне 0,05 гр 1-2 рет тағайындау қажет.

9. Қан ұюды азайту үшін 4-6 сағат аралығында қан ұю уақытын бақылай отырып, бірден венаға 2500-5000 мөлшерде гепарин жіберілуі тиіс, ал аздап төмендегеннен кейін бұлшықет арқылы жіберіледі.

Егер гепариннің мөлшері асып кетсе жарадан қан кетуі мүмкін және несеп анализінде эритроциттердің пайда болуын бақылау қажет. Антикоагулянттар бірден еммен шығарылып тасталынбайды, оның дозасын бірте-бірте төмендетіп алу қажет.

Егер бет венасының тромбофлебитімен науқас уақтылы қаралмаса немесе уақтылы дұрыс ем қолданбаса ми сауытының үңгірлі қуыстарына өтіп кетуі мүмкін. Қабыну өте тез дамуы мүмкін, бірнеше сағаттың ішінде инфильтрация тез ұлғайып, қабақтары ісініп хемоз, экзофтальм пайда болады. Экзофтальм екінші көзіне өтуі мүмкін. Көз алмасының қимылы шектеледі. Бұл тромбоз кезінде неше түрлі асқынулар кездеседі: менингит, көз қимылдату бұлшықетінің салдануы, көру жүйкесінің семуі, сол себепті көрудің төмендеуі, бет жүйкесінің салдануы және т. б.

Емі. Бет веналары тромбофлебитінің еміне сәйкес болады:

антибиотиктерді — жалпы ұйқы артериясы арқылы жібереді. Н.А.Груздевтін мәліметі бойынша, үңгірлі қуыстардың сепсисті тромбозында антибиотиктерді артерия арқылы жіберсе өлім жағдайы әжептәуір төмендейді.

Тұжырым: Сепсис жағдайында іріңді қабыну ошағынан микроорганизмдердің қанға үздіксіз немесе мезгіл-мезгіл түсіп тұруынан пайда болады. Бұнда жергілікті өзгерістерге сәйкес емес жалпы ауыр бұзылыстар және әртүрлі ағзалар мен тіндерде жаңа іріңді ошақтар пайда болады.

Сепсистің бастапқы кезеңде анықтау өте қиын, айтылған белгілер біріншілік одонтогенді іріңді процесстің ауыр өтіп жатқан жағдайымен байланыстырылуы мүмкін. Бірақ, сепсис басталған кезде науқастың жалпы жағдайы нашарласа да жергілікті іріңді процессте айтарлықтай өзгеріс болмайды. Жергілікті өзгерістер мен науқастың жалпы жағдайының арасындағы қайшылығы дәрігерді ойландыруы керек. Сондықтан науқасты тез толық тексеріп септикопиемия яғни екіншілік метастазды абсцесстердің басқа ағзаларда бар-жоғын анықтау керек. Ең жиі, әсіресе балалардың арасында септикопиемия, стафилакокты пневмония, менингоэнцефалит кездеседі. Бет-жақ аймағының жедел одонтогенді инфекциясының ең бір ауыр асқынуларына **медиастенит** жатады. Ол инфекцияның көкірек аралығына енуінен пайда болады. Бұл туралы оқулықтарда айтарлықтай көңіл бөлінбеген, бірақ бұндай асқынулардың кездесуі сирек емес. Бұндай жағдайда дәрігер шұғыл емдік шараларын қолдану шарт. Себебі науқастың хал-жағдайы өте ауыр, өмір-тіршілік үшін күрес кезінде қолда бар мүмкіншіліктерді пайдалану керек.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Сепсис (грекше-шіру)- дегеніміз не?

- А) қанның залалдануы.
- Б) лимфа түйіндерінің қабынуы
- В) лимфоциттердің қабынуы
- Г) жүйке жүйесіндегі бұзылыстар
- Д) адам ағзасындағы әлеуметтік жағдай

2. Жалпы іріңді инфекцияның ағымы өтеді:

- А) 6 кезеңде
- Б) 5 кезеңде
- В) 4 кезеңде
- Г) 3 кезеңде
- Д) 1 кезеңде

3. Бет-жақ аймағының жедел одонтогенді инфекциясының асқынуларына.....

- А) медиастенит жатады
- Б) бурсит жатады
- В) миоцит жатады

- Г) хондрит жатады
Д) остит жатады
4. Медиастениттің келіп шығуына сипаттама беріңіз
А) инфекцияның көкірек аралығына енуінен пайда болады.
Б) инфекцияның бас бөлігі аралығына енуінен пайда болады.
В) инфекцияның іш аймағы аралығына енуінен пайда болады.
Г) инфекцияның мойын бөлігі аралығына енуінен пайда болады.
Д) инфекцияның Гаймор қуысы аралығына енуінен пайда болады.
5. Одонтогенді алдыңғы медиастенит дамуына сипаттама беріңіз.
А) Алдыңғы көкірек аралығы мойынның жүйке-қан тамырларының бойымен жұтқыншақ кеңістігінің артқы бөлігімен қатынасады, сол жол арқылы инфекция жайылып
Б) жұтқыншақ кеңістігінің артқы, алдыңғы бөлігімен қатынасады
В) мойынның жүйке-қан тамырларының алдыңғы бөлігі қатынасады
Г) сол жол арқылы инфекция жайылып, алдыңғы бөлігі қатынасады
Д) Алдыңғы көкірек аралығы, артқы, алдыңғы бөлігімен қатынасады
6. Одонтогенді флегмонада артқы медиастенит дамиды.
А) өте сирек
Б) жедел
В) жеделдеу
Г) жиі
Д) өте жиі
7. артқы медиастенит дамуына сипаттама беріңіз.
А) Артқы көкірек аралығына іріңді паратонзиллярлы абсцесс кезінде омыртқаның алдыңғы клетчаткалы кеңістігі арқылы жайылады
Б) Артқы көкірек аралығына, жоғарғы жақ кеңістігі арқылы жайылады
В) омыртқаның алдыңғы клетчаткалы, бас терісі арқылы жайылады
Г) іріңді паратонзиллярлы абсцесс, мұрын кеңістігі арқылы жайылады
Д) жоғарғы жақ Гаймор қуысы кеңістігі арқылы жайылады
8. Медиастенитке тән белгілер пайда болады
А) дем алуының бұзылуы, демікпенің
Б) тамақтану, іш кету
В) мұрыннан қою сұйықтықтың бөлінуі
Г) құлақтың есіту қабілетінің нашарлау
Д) маңдай бөлігінде ақаудың пайда болуы
9. Медиастенитке тән белгілер пайда болады
А) көкірек қуысында ауыру сезімі, жұтынуы қиындайды,
Б) бас бөлігінде, көрудің қиындауы
В) қарақұс бөлігінде, есітудің қиындауы
Г) шүйде бөлігінде, жұтынудың қиындауы
Д) самай бөлігінде, жөтелудің қиындауы
10. Медиастенитке тән белгілер пайда болады

- А) жөтелгенде қақырық бөлінеді, ол бара-келе көбейеді
Б) қаракұс бөлігінде, есітудің қиындауы
В) шүйде бөлігінде, жұтынудың қиындауы
Г) самай бөлігінде, жөтелудің қиындауы
Д) бас бөлігінде, көрудің қиындауы
11. Медиастенитке тән белгілер пайда болады
А) ұдайы жөтелу
Б) ұдайы құсу
В) ұдайы мұрыннан қан кету
Г) ұдайы құлақ тесігінен ірің ағуы
Д) ұдайы ауыз қуысының жабылмауы
12. Гирке белгісінде ауыру сезімі күшейеді.
А) басын шалқайтқан кезде көкірек қуысындағы
Б) самай бөлігінде, жөтелудің қиындауы
В) ұдайы жөтелу
Г) ұдайы мұрыннан қан кету
Д) бас бөлігінде, көрудің қиындауы
13. Иванов белгісінде ауыру сезімі күшейеді.
А) мойынның қантамыр-жүйке шоғырының бойымен сипаса немесе жоғары қарай тартса көкірек қуысындағы
Б) жөтелгенде қақырық бөлінеді, ол бара-келе көбейеді
В) ұдайы құлақ тесігінен ірің ағуы
Г) ұдайы ауыз қуысының жабылмауы
Д) басын шалқайтқан кезде көкірек қуысындағы
14. Равич-Шербо белгісінде ішке қарай тартылады.
А) демін ішке алғанда мойындырық ойық терісі
Б) ұдайы жөтелу
В) жөтелгенде қақырық бөлінеді, ол бара-келе көбейеді
Г) ұдайы мұрыннан қан кету
Д) басын шалқайтқан кезде көкірек қуысындағы
15. Н. Г. Попов белгісінде..... кеудесінде ауыру сезімі және жөтел пайда болған.
А) науқас төсекте аяғын созып жатқан кезде өкше сүйегін қағып тексерсе
Б) демін ішке алғанда мойындырық ойық терісі
В) басын шалқайтқан кезде көкірек қуысындағы
Г) демін ішке алғанда мойындырық ойық терісі
Д) басын шалқайтқан кезде көкірек қуысындағы
16. Науқастардың ауырады.
А) төсі, қабырғалары
Б) аяғы, басы
В) қолы, көзі
Г) мойны, іші
Д) аяғы, іші

17. Бет, мойын, кеудесінің терісі түстес болады.

- А) көкшіл тартып, ісініп, мрамор
- Б) ақ, бозарған
- В) қара, ісінген
- Г) сұр, жалпақтау
- Д) ақшыл, жайылған

18. Мойын және кеуденің теріасты клетчаткасында
сықырлайды

- А) газдың пайда болуынан басқанда
- Б) қабынудың әсерінен
- В) ұйыспа тығыздалып қалады
- Г) іріңді заттардың тығыздалып қалуы
- Д) серозды заттардың тығыздалып қалуы

19. Медиастенит ағымы көбінесе болады:

- А) жедел, кейде жеделдеу.
- Б) өткір, созылмалы
- В) созылмалы, жедел
- Г) кейде жеделдеу, серозды
- Д) жедел, іріңді

20. медиастениттің ағымында кезеңдер болады:

А) компенсаторлы, субкомпенсаторлы, декомпенсаторлы, өте жылдам

өтуі

- Б) іріңді заттардың тығыздалып қалуы
- В) серозды заттардың тығыздалып қалуы
- Г) ұйыспа тығыздалып қалады
- Д) кейде жеделдеу, серозды

21. Компенсаторлы кезеңде жалпы жағдай нашарлайды
айтарлықтай өзгеріс болмайды.

- А) жергілікті белгілер болса да өмірге қажетті ағзаларда
- Б) жалпы жағдай күрт өзгереді
- В) жергілікті жағдай өмірге қажетті ағзаларда өзгерген
- Г) жалпы жағдай өмірге қажетті ағзаларда бұзылған
- Д) өмірге қажетті ағзалардың бұзылуы байқалады

22. Субкомпенсаторлы кезеңінде ағзалардың қызметтері
бұзылады.

- А) орталық жүйке жүйесінің жүрек-қан тамырларының, бөліп шығаратын
- Б) өмірге қажетті ағзалардың қызметтері бұзылады
- В) өмірге қажетті ағзалардың бұзылуы байқалады
- Г) жергілікті жағдай өмірге қажетті ағзаларда өзгерген
- Д) жалпы жағдай өмірге қажетті ағзаларда бұзылған

23. Декомпенсаторлы кезеңінде байқалады.

- А) өмірге қажетті ағзалардың қызметтері бұзылады, дененің өте

қатты

улануы

Б) жалпы жағдай өмірге қажетті ағзаларда бұзылған

В) жергілікті жағдай өмірге қажетті ағзаларда өзгерген

Г) өмірге қажетті ағзалардың бұзылуы байқалады

Д) науқас «кома» немесе «агония» жағдайында болады

24. Декомпенсаторлы кезеңінде байқалады.

А) Жергілікті өзгерістерден жалпы белгілері басым болып, науқас «кома» немесе «агония» жағдайында болады,

Б) жалпы жағдай күрт өзгереді

В) жергілікті жағдай өмірге қажетті ағзаларда өзгерген

Г) жалпы жағдай өмірге қажетті ағзаларда бұзылған

Д) орталық жүйке жүйесінің жүрек-қан тамырларының бұзылуы

25. Іріңді медиастенит кезінде біріншілік емі

А) ота-хирургиялық

Б) отасыз-ем

В) рентген-ем

Г) физио-ем

Д) зертханалық-ем

26. Жанаспалы одонтогенді медиастениттің патологиялық, анатомиялық түрлерін ажыратады.

А) сарысулы, іріңді, іріңді-өлеттенген, шіріп-іріңдеген, шіріп-өлеттенген, шіріген

Б) іріңді-өлеттенген, фиброзды

В) сарысулы, іріңді, серозды

Г) шіріп-іріңдеген, шеміршекті

Д) шіріп-өлеттенген, бұлшықетті

27. Гемостаздың (қан ұюының) бұзылуы дамуында ерекше орын алады.

А) тромбофлебиттің

Б) артриттің

В) хондриттің

Г) альвеолиттің

Д) невриттің

28. Гемостаз өтеді

А) үш кезеңде

Б) екі кезеңде

В) бес кезеңде

Г) төрт кезеңде

Д) жеті кезеңде

29. Бет немесе бұрыштық венаның бойында ұйыспа-инфильтрат пайда болады,

А) қатты ісіну

Б) үсуден

В) қорқудан

Г) естен тану

Д) есін жоғалту

30. Бет немесе бұрыштық венаның бойында білінеді.

А) бастапқы кезде қатты ауырып сипағанда «таспа» тәрізді

Б) кейіншелік сорылып кетеді

В) қатты ұйыспа күйінде қалады

Г) борпылдақ тінге ұқсайды

Д) бұлшықтті өзгеріске ұшырайды

XV TA P A Y

БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНДАҒЫ ЖҮЙКЕ АУРУЛАРЫ

Бет-жақ аймағында кездесетін жүйке жүйесі ауруларын нейро-стоматологиялық аурулар деп, ал оны зерттейтін медицина ғылымының саласын нейростоматология деп атайды.

Нейростоматологиялық аурулар мен белгілері-синдромдары өте көп

болғанымен олардың белгілері: ауыру, вегетативті, жоғары жүйке жүйелері жұмыстарының бұзылуы, тіндер қимылдарының бұзылуы. Бұлардың ішінде ауыру белгісі-симптомы көп кездесетін және ең басты белгі-симптом болып есептеледі.

Жүйке жүйелері ауруларынан пайда болатын беттің ауыруын **прозопалгия** деп атайды. Егер ол сезімтал жүйкелердің жұмысының бұзылуынан болса, оны **соматоалгия**, ал вегетативтік жүйкелердікі болса **симпатоалгия** деп аталады.

Барлық нейростоматологиялық аурулармен белгілерді-синдромдарды, физиологиялық принципті негіз ете отырып В.Е.Гречко (1990)

6 топқа бөледі.

I топ-бас жүйкелері жұмыстарының бұзылуынан пайда болатын симптомкомплекстер: үшкүл, бет, тіл-жұтқыншақ, кезеген, тіласты жүйкелері жұмыстарының бұзылуынан пайда болатын сезгіш, қозғалғыш, вегетативті т. б. жұмыстарының өзгеру белгілері.

II топ - вегетативтік нервтер жұмыстарының бұзылуы әсерінен пайда болатын симптомкомплекстер. Бұлар ауыру, трофикалық, вегетативті көріністерімен білінгенімен, оның ішіндегі басты симптомы вегетативті жүйке жүйелерінің бұзылуынан пайда болады. Оларға тез және созылмалы бет домбығуы (ангионевротикалық Квинке домбығуы, Россалимо-Мелькерсон, Розенталь синдромдары), глоссалгия, глоссадения, вегетативтік ганглиялардың бұзылуы кіреді.

III топ- Бет-жақ аймағының қозғалтқыш жүйке жүйесінің бұзылуы-нан пайда болатын көріністер. Олар тек бет аймағында немесе барлық организмде болатын қозғалу жүйесінің бұзылуының бет аймағындағы көрінісі ретінде сипатталады. Бұл топқа тырысқақ және гиперкинезия, еттің үдемелі дистрофиясы т. б. дерітер жатады.

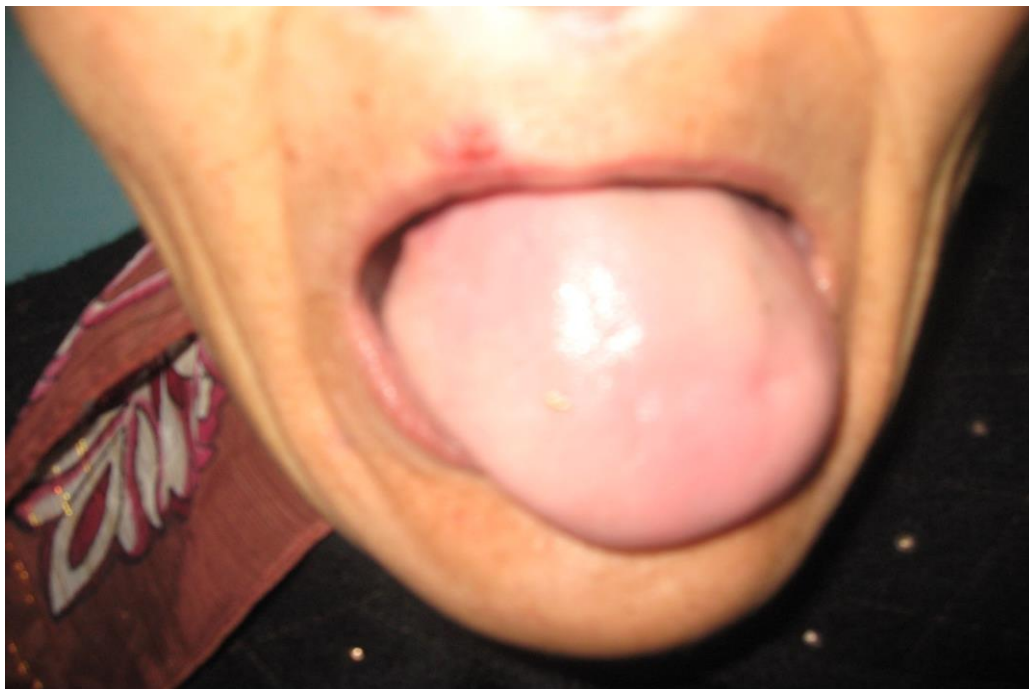
IV топ- тіс-жақ-шықшыт буындар жүйесінің неврологиялық синдромдары. Яғни одонтогенді, артрогенді, вертеброгенді, стоматогенді, оторино-афтольмогенді синдромдар.

V топ- организмнің ішкі ағзалары мен жүйелерінде болатын аурулардың бет-жақ аймағындағы көріністері.

VI топ- жоғары жүйке жүйесінің бұзылуынан пайда болатын синдромдар. Яғни невроздан пайда болатын нейростоматологиялық синдромдар: невротения, истерия, көңіл-күй өзгерістері.

Міне осындай алуан түрлі нейростоматологиялық наукастар хирург-стоматологтерге жүйке жүйесінің ауруларымен келеді. Әсіресе үшкүл

жүйке жүйесінің ядросында, ми деңгейінде, ми қабығында, миасты құрамында және шетінде пайда болатын аурулар көп кездеседі.



Біз ойласа келе мына суреттегі әйел туралы анықтама беруді жөн,- деп санадық. Науқас М. 54 жаста, бұл аурумен ауырғанына 4-5 жыл. Науқас бірнеше рет ауруханада ем алған, бірақ ем өз нәтижесін бермеген. 2010 жылы Темур-Ф медицина орталығына дәрігер-стоматологқа келіп көрінді. Сонда науқастың шағымы мынандай: тілінің шектен тыс көлемінің үлкеюіне, сөзінің анық еместігіне, тілінің шектен тыс көлемінің үлкеюінен сөйлей алмайды.

Сыртқы көрінісі: бет-әлпеті өзгеріске ұшырамаған, аузы жабылмайды, себебі, тілінің көлемі шектен тыс үлкейген, тілінде қабыну кезеңдері жоқ, сипап көргенде ауру сезімі білінбейді, бірақ ұйығандай сезім пайда болады. Дәмді сезеді, жоғарғы және төменгі жақтарында алмалы-салмалы протездер, протездерді 1,5 жылдан бері пайдаланады, қажамайды, үйренген. Науқасты толық медициналық, зертханалық тексеруден өткізгеннен кейін невропатолог-дәрігердің кеңесін алуға жолдама берілді. Науқасқа ми қыртысындағы жүйкелердің тіл қызметін қамтамасыз ететін тармақтарындағы бұзылыстың әсерінен екендігі анықталып, нақтама қойылды. Науқас қазіргі кезде невропатолог-дәрігердің бақылауында, емін бір қалыпты алып тұрады. Жағдайы бір қалыпқа түсті.

15.1.Үшкүл жүйке жүйесінің невралгиясы

Бұл симптомкомплекс (белгілер жинағы) ішінде өте ауыр, азапты ауру. Клиникалық практикада қаталдығы қауіптілігі, азаптылығы жөнінде үшкүл жүйке жүйесіндегі невралгиясына тең келетін белгі жоқ. Осымен қатар, бұл ауру организмдегі жүйкелер ауруларың ішінде бірінші орын алады (Л. И. Луссен 1936).

Үшкүл жүйке жүйесі неврологиясының негізі афференттік, анималдық, вегетативтік жүйке тіндерінің бұзылуынан болады. Оның бұзылған жерінен

қозу (ирритация) диэнцифалды аймаққа (гипоталамус) және ми қабығындағы сезіну ядросына тарап, онда қозу ошағы пайда болады. Сыртқы ауыру туғызатын күштердің салдарынан ирригация ошағы қозады және ол бұзылған жүйке жүйесіне тарайды.

Этиологиясы және патогенезі. Қазіргі кездегі көзқарас бойынша үшкүл жүйке жүйесінің невралгиясы көпэтиологиялық болып есептеледі. Көптеген ғалымдар этиологиялық факторлардың көбісін жүйке шығатын сүйек көзінің тарылуынан деп есептейді, Өйткені үшкүл жүйкенің екінші тармағында кездесетін невралгия ауруларының ішінде 31% көзасты тесігінің тарылуынан пайда болған (О.Н.Савицкий 1973), ал үшкүл жүйкенің үшінші тармағының невралгиясында 0,25% төменгі жақ өзегінің тарылуы-стенозы байқалған (В. М. Маркунас 1981, В. И. Сабалис 1972). Сондықтан В. А. Карлов (1991 ж.) бұл жүйке жүйесінің невралгиясын компрессиялы **радикулоневропатия** деп атайды.

Басқа этиологиялық себептер ішінен инфекциялық уланулар (токсикалық, грипп, тонзилит, гайморит, одонтогенді қабынулар), жүйке тіндері қоректенуінің бұзылуы (атеросклероз, гипертониялық дерт), арохноидит кезінде ми сұйығының бұзылуы, жалпы зат алмасуының бұзылуы, шайнау аппараттары жұмыстарының бұзылуы мен жарақаттары.

Ертеректен бері невралгияны келесі екі топқа бөледі: 1) Алғашқы немесе эссенциалды, идиопативті, таға тәрізді, әдеттегі; 2) Қосымша немесе симптоматикалық. Бірінші топқа этиологиялық себептері табылмаған невралгияны енгізеді. Олардың саны нақтамалық-диагностикалық әдістердің -техниканың өсуіне байланысты азаюда.

Симптоматикалық (қосымша) невралгия-алғашқы невралгияның асқынуынан пайда болатын белгілер жиыны.

В.Е.Гречко үшкүл жүйе жүйесінің невралгиясын негізгі екі топқа бөледі:

1) Негізгі себебі орталық жүйке жүйесінде орналасқан невралгия.

2) Негізгі себебі шеткі жүйке жүйесінде орналасқан невралгия.

Негізгі себебі орталық нерв жүйесінде орналасқан үшкүл жүйке жүйесінің невралгиясы көбінесе 46-60 жас арасындағы әйелдерде кездеседі (3:2). Бұндағы басты себеп қан жүйесі және ішкі бездер жұмысының өзгерістері болып есептеледі.

Клиникасы. Үшкүл жүйке тармақтарының бірінде немесе бірнешеуінде ұстамалы азапты аурудың пайда болуы.

Ауру ұстамасы бірнеше секундтан бірнеше минутқа дейін созылып, ол бірқатар науқаста бір тәулік ішінде бірнеше рет, ал басқаларында жиі-жиі қайталанады.

Ұстамалы ауру күйдіргендей, оқпен атқандай, жұлып алғандай, кесіп, тығып алғандай, «электр тогымен ұрғандай» т. б. болып сипатталады. Олар кенеттен басталып кенеттен тоқтайды. Ұстама аралығында әдетте ауырмайды. Бірақ ұзаққа созылған (бірнеше айлар, жылдар) аурулар кезінде белгісіз аумақта сипауға болмайтын ауырсынулар пайда болады.

Кейбір жағдайда ұстамалы ауыру белгілі бір **тригерлік немесе алгогендік** деп аталатын аймақты қоздырғанда пайда болады. Бұл аймақты «шүріппе аймағы» деп те атайды. Олар бет, терісінде, ауыз қуысының кілегей қабығында, тіптен тістерде де орналасуы ықтимал. Бұл нүктелерді сәл ғана сипаса, тіптен аздап жел тисе болғаны ауру ұстамасы басталып кетеді. Сол себептен ұстама кезінде бұл науқастар сөйлей алмай, ауру қоздыратын нүктені тек саусақпен нұсқап көрсетеді.

Науқас ұстама кезінде үрейлі қорқыныш сезімімен бір орнында жылжымай тұрып қалады. Ауырған нүктені қатты басып уқалай бастайды. Өйткені қатты қоздырғыш ауыру сезімін басады. Үшкүл жүйке вегетативті түйіндермен байланысты болғандықтан ауру ұстамасы кезінде вегетативті жүйке жүйесі жұмысының бұзылу белгілері байқалады. Олар жалпы бет терісінің қызаруы (гиперемия), тер шығу (терлеу), жүрек соғуының жылдамдауы, жас ағу, сілекей көбею, ринорея т.б. көріністермен сипатталады.

Көбінесе ұстама кезінде мимикалық шайнау бұлшықеттерімен қатар, мойын еттері рефлекторлы жиырылуы мүмкін. Ұстаманың алдында (30-35%) парестезия, бет жыбырлау, тісте және жақ сүйектерінде сыздағандай ауыру, жансыздану, гипергидроз, «тіс ұзару», ыстық немесе суық әсері; қышыну, беттің қызаруы тәріздес көріністер пайда болады. Бұлар бірнеше күннен 1,5 айға созылады. Сондықтан осы арада науқастар тіс жұлғызу, басқа стоматологиялық әрекеттер жасатуға стоматологтарды мәжбүр етулері мүмкін. Нақты-объективті белгілердің қатарына Ваилл нүктелерін басқанда пайда болатын ауырсынулар жатады.

Үшкүл жүйкенің II, III тармақтары қосылып ауыруы мүмкін, ал I тармағы бөлек ауырады. Бірінші тармақ невралгиясының нақтамасын-диагнозын қойғанда өте мұқият болу керек. Өйткені онда фронтит, тромбоз, жергілікті қабыну процесстерінің белгілері болуы мүмкін.

Негізінде невралгия тек біржақты болады, кейде екіжақты да кездеседі.

Емі. Емдеу әдістері отасыз-консервативті және хирургиялық болып бөлінеді.

1. Дәрілер арқылы емдеу тәсілдерінде тырысуға қарсы (финлепсин, тегретол, стазепин), антидепресанттар, седативті препараттар, ми қан айналымын күшейтетін, спазмолитиктер, қан тамырларын ұлғайтатын, никотин қышқылы, алоэ т. б. дәрілер қолданылады.

2. Физикалық әдістер: Дарсонвализация, Бернар тогі, электрофорез, иглорефлексотерапия.

Отасыз-консервативтік әдістер нәтиже бермеген жағдайда хирургиялық әдістерді қолданылады.

1.0,5-1% новокаин немесе тримикаин ерітінділерін нерв шығатын тесіктерге жеткізу арқылы инъекциялық емдеу. Ол үшін 5 мл ерітінді жетісіне 2-3 рет, курсына 15-20 инъекция жасау.

2. Гемоновокаин тежеу-блокадасын жасау. Ол үшін гепаринделген 20 мл шприцпен тамырынан 10 мл қан алып оған 0,5% новокаин ерітіндісін қосады. Осыдан кейін өткізгіштік жансыздандыру тәсілін қолданып ауырған сүйектен шығатын жеріне инъекция арқылы жеткізеді. Жетісіне 2 рет, курсына 5-10 инъекция. Бұл әдіс өте жақсы нәтиже береді.

3. Алкоголизация. 2% новокаин ерітіндісін 80% спирт ерітіндісіне қосып ауырған жүйкені шығатын жерде химиялық әдіспен күйдіру. Ескерте кететін жағдай, бұл әдісте жүйкенің химиялық күйдірген жерінде біртіндеп фиброз тінімен қатар, нерв тіні пайда болады, сондықтан келесі жіберілген дәрілер жүйке өткізгіштігіне әсер етпей ауыру қайталаанады.

4. Гидротермиялық деструкция. Бұл әдісті біздің елде бірінші болып Изаков қолданды. Екі рет дистилляция жасалған ыстықтығы 95-100° суды үшкүл жүйкенің жалпы ядросы жатқан Меккель қойнауына, рентген сәулесі арқылы қадағалап, инъекция арқылы жібереді.

5. Қазіргі кезде жүйке шығатын сүйек тесіктерін кеңейту отасы кеңінен қолданылып келеді. Ал жүйке бағанын кесу отасын өте қажет болғанда ғана нейрохирургтер жасайды.

Негізгі себебі шеткі жүйке жүйесінде орналасқан үшкүл жүйке невралгиясы. Бұл невралгия патологиялық процесстердің үшкүл жүйкенің әрбір бөлігіне әсер етуінен пайда болады. Оның орталық жүйке жүйесінде орналасқан үшкүл жүйке жүйесінің невралгиясынан келесі клиникалық айырмашылықтары бар.

1. Әдетте ауыру сезімі патология орналасқан аймақтан басталады (ісік, қабынған жерде, жарақат т.б.).

2. Үшкүл жүйке тармақтарының бойымен таралатын ауыру сезімі ұстамадан бұрын науқасты көп уақыт өте қажытады.

3. Ауру ұстамасы күшейіп көпке (сағат, тәулік) созылып бірте-бірте баяулайды.

4. Новокаин және спирт-новокаин тежеу-блокадалары аз уақытқа ұстаманы тоқтады, кейін қайта басталады.

5. Аналгетиктер жақсы терапевтік әсерін тигізеді. Ал фенлипсин, тегретол қабылдағанда, олардың нәтижесі аз, кейбір науқастарға ешбір әсер етпейді.

6. Жұмсақ тіндер қозғалмайды және алгогендік (шүріппе) нүктелер жоқ.

7. Тригиминалды синдромның себебін жойғанымен ұстамалы ауыру сезімі тоқталмайды. Бұл жағдайдың мәнісін В. Н. Крижановский (1976) эксперимент арқылы шешті. «Қандай бір невралгияның түрі болмасын ол соңғы кезеңінде себепті түрде орталық жүйке жүйесіне ауысады» деп жазды. Бұл өте қажет тұжырым, өйткені стоматолог өзінің күнделікті жұмысында түсініксіз жағдайға кезігеді. Аурудың себебін, мысалы ауру тісті жұлғанмен, науқас ауыру сезімімен дәрігерге қайта келеді.

Негізгі себебі шеткі жүйке жүйесінде орналасқан үшкүл жүйке жүйесі невралгиясының келесі негізгі түрлері: одонтогенді үшкүл жүйке жүйесі

невралгиясы, тіс плексалгиясы, герпестен кейінгі үшкүл жүйке жүйесі невралгиясы, Гассер түйінінің бұзылуынан болған невралгия, үшкүл жүйке жүйесінің басты тармақтарының невралгиясы.

Одонтогенді үшкүл жүйке жүйесінің невралгиясы. Бұл көбінесе 60-70 жастар аралығындағы әйелдерде кездеседі. Невралгияның басты себептері: тістің қиын жұлынуы (көбінесе «ақыл» тіс); тіс ұясында түбір немесе сүйек жарқыншағышың қалуы; пульпит, периодонтит; ауыз қуысында гальванизм құбылысы, ауыз қуысының кілегей қабығын зақымдайтын немесе тістесуді бұзатын нашар салған бітемелер-пломбалар мен протездер; парадонтит, гингивит.

Одонтогендік невралгияның негізгі клиникалық белгісі тұрақты ауыру сезімі. Науқас ауыру сезімінің мына түрлеріне шағым жасаулары мүмкін: сыздау, сырқырау, шаншу, қышу. Ауру адамды қатты қинайды. 20 минуттан бірнеше сағатқа тіптен тәулікке созылатын ұстама пайда болады. Ауыру сезімі біртіндеп күшейіп барып басылады.

Ауыр жұмыс, ауа райы, жағымсыз жағдайлар ауыру сезімін қоздырады. Ұстама аралығында аздап сыздап ауыру сезімі қалады.

Емі. Аналгетиктерді транквилизаторлармен қосып тағайындаумен қатар, В және С тобындағы витаминдер, КІ электрофорезі, ұстама кезінде вегетативтік белгілер пайда болуы мүмкін. Ауыру сезімі тек бір жүйке иннервациялайтын аумаққа тарайды. Оны дентальды плексалгия деп 1973 жылы В. А. Гречко енгізді. Көбінесе 30-70 жас аралығындағы әйелдерде кездеседі.

Этиологиясы. «Ақыл» тістердің қиын жұлынуы, жақ сүйектеріндегі оталар, бір уақытта бірнеше тістердің жұлынуы, бітеме-пломба жасаған заттардың жүйке тіндерін зақымдауы т. б.

Ауыру сезімі тек тістерде немесе олардың орындарында пайда болып, басқа жақтарға таралмайды және үнемі сыздап ауырады, көбінде түнде басылады.

Одонтогенді невралгия мен дентальды плексалгия емдері кешенді. Ауруларды мұқият зерттеп, себеп болған факторларды жояды. Айта кететін жағдай, осыдан кейін ауыру сезімі басылмайды. Сондықтан науқастарға аналгетиктер, антигистаминді препараттар, В витаминдері тағайындалады. Иглорефлексотерапия жақсы нәтиже береді.

Физикалық әдістер ішінен диадинамика тогын, ультрадыбыс, УЗЖ-терапия, УКС, новокаинмен электрофорез тағайындауға болады. Айығу кезінде лаймен емдеу, парафин, озокерит биостимуляторлар (алоэ экстрактісі, шыны тәріздес зат) қолданылады.

Үшкүл жүйке жүйесінің қозғағыш тобының бұзылуы. Бұл аурудың негізгі белгісі салдану, жақтың қарысуы (тризм) болып табылады. Ми бағаны аймағында орналасқан ісік, қан жүйесінің бұзылуы, кене энце-

фалиті, күшпен зақымдану салданудың негізгі себептері болып табылады.

Науқастарда шайнау бұлшықеттерінің салдануы ауырған жағында пайда болады. Ауызды ашқанда төменгі жақ ауырған жаққа қарай жылжиды. Көпке созылған аурудың әсерінен шайнау, самай бұлшықеттері солып, семеді. Оларды көзбен көріп, саусақпен ұстап анықтауға болады. Бұлшықеттердің көлемін сау жағымен салыстырып көрген жөн. Үшкүл жүйке жүйесінің қозғағыш тобының бұзылуы екіжақты болуы ықтимал. Ол кезде төменгі жақ қозғалысы шектеліп, төмен түсіп ауыз жабылмайды. Екіжақты зақымдану үшкүл жүйкенің орталық нейронының ядро үстіндегі жолының бұзылуынан болады. Бұл нейрон орталық мидың алдыңғы қатпарын үшкүл жүйкенің ми өткелінде орналасқан қозғалту ядроларымен қосады. Үшкүл жүйке жүйкесінің қозғалтқыш талшықтарының қоздыру синдромы шайнау және самай бұлшықеттерінің қары-суымен сипатталады. Тризм үшкүл жүйке жүйкесінің невралгиясы қозуының, сіреспенің, құтыру ауруларының белгі-синдромының бірі болып есептеледі. Бірақ көбінесе бұл белгі бет-жақ аймағының бұлшықеттерінің қабынуы және ішкі қанатша еттің жансыздандыру кезіндегі зақымдануынан болады. Бұл уақытта шайнау бұлшықеттері жанды қинап, сіресіп, жиырылады. Төменгі жақтың қозғалуы шектеліп, тістері тістесіп, аурудың тамақтануы, сөйлеуі бұзылады. Ауыздың ұзақ уақыт жабылуына байланысты ауру жүдеп, әлсіреуі мүмкін.

Емді психотерапиялық әңгімеден бастаған жөн. Седативті, бұлшықет релаксантаарын тағайындайды. Ал шайнау бұлшықеттерінің қабынып қарысуында негізгі аурудың емі механо және физиотерапия.

15.2. Үшкүл жүйкенің қабынуы (неврит)

Бұл аурудың себептері жарақаттану, жүйке маңындағы тіндердің қабынуы, одонтогендік қабыну, көптеген инфекциялық аурулар, организмнің жалпы улануы және аллергиялық жағдайлар болып есептеледі.

Негізгі клиникалық белгі тұрақты ауыру сезімі үшкүл жүйкенің ауруға шалдыққан тармағының иннервация жасайтын тіндерінде болып, тістерге, қызыл иекке, бет терісіне тарайды.

Нақты-объективті әдістермен тексергенде үшкүл жүйке тармақтарының сезімталдық қасиеті гиперестезия, гипостезия, анестезия немесе парестезия тәріздес болып табылады.

Емі. Үшкүл жүйкенің невритін емдеу әдістері оның келіп шығуына-этиологиясына байланысты болып, қабынуға қарсы ем бірінші орында тұрады. Сүйек сынығынан не басқа жарақаттанудан пайда болған невриттерді тексерген уақытта олар сүйек арасында қысылып қалғандығын анықтау қажет. Бұл жағдайда жүйкені қысқан сүйектен

босатып, басқа заттарды алып тастау қажет.

Егер жүйке үзілсе оны бір-бірімен тігіп жалғастыру қажет. Невриттердің келіп шығуы-этиологиясы жалпы инфекциялық аурулар немесе аллергия, уланудан болса, онда оларға жалпы ем қолдану қажет.

Бет жүйкесінің невриті. Барлық сыртқы жүйке жүйесінің арасында бұл жүйкенің қабынуы 2-5%-ке дейін кездесіп, көбінесе әйелдер арасында болады.

Этиологиясы мен патогенезі. Топикалық нақтамасы-диагностикасының қойылуына байланысты «бет жүйкесінің невриті» терминінен көрі бет жүйкесінің салдануы (парез, паралич) деген дұрыс. Өйткені жүйке жұмысының бұзылуы тек қабынуға байланысты емес, басқа этиологиялық себептерден де болады.

Неврит жүйке тіндерінің бүтінділігі сақталғанда және олардың зақымдануына байланысты. Жүйке тіндерінің сақталуына байланысты невриттердің себебі инфекция (грипп, ангина), қатты тоңу (мұздау), қанмен қоректенуінің бұзылуы, гипертония, атеросклероз болуы мүмкін. Кейбір жағдайда отит, паратит ауруларының асқынуынан да пайда болады. Бет жүйкесінің салдануы төменгі жақ жүйкесін жансыздандырған кезде кенеттен пайда болуы мүмкін (нейроаллергия тәріздес).

Клиникалық белгілер көрінісі мимика еттері жұмысының өзгеруіне байланысты. Сонымен қатар адам денесіндегі жалпы сезімталдық және вегетативті қан тамырлары жұмыстарының өзгеруі белгілер көрінісі болуы ықтимал. Дәмнің сезімталдығын білдіретін тілдің алдыңғы 2/3 бөлігі бұзылып, көзден жас ағады және т. б. белгілер пайда болады.

Барлық жағдайда мимикалық еттер жұмысының өзгеруі негізгі белгі болып табылады. Кәдімгі жағдайда бет әлпет өзгеріп мимика қозғалысы кезінде ауырған жағына тартылады. Бұл жағдайда бет қатпарлары тегістеліп, ауыз бұрышы төмен түсіп, сілекей ағып, ас алу қиындайды. Ұрттары үрленбейді. Көз шарасы кеңіп (лагофталм), одан жас ағады да кейінірек көздің мүйізді қабығы құрғап, көру нашарлайды. Бұл айтылған құбылысты білудің блефорорафия отасын жасауда көп маңызы бар. Бірінші және екінші топтардағы қозғалыста блефорорафия жасауға болады, ал үшінші топтағы қозғалыста болмайды.

Құлақ манында және бетте пайда болатын жеңіл ауыру сезімі, гипостезия, гиперестезия, парестезия сезімтал жүйке жүйесі жұмысының бұзылу белгілері болып есептелінеді. Конъюнктиваның қызаруы, бет терісінің әркелкі боялуы, ауыз қуысы кілегей қабығының домбығуы, вегетативті қан жүйесі жұмыстарының бұзылу белгілері жатады.

Емі. Алдымен невритке себеп болған жалпы ауруды емдеу қажет.

Аурудың жедел даму уақытында қабынуға қарсы күресіп, дене қызуын басатын, ауыру сезімін жоятын дәрілер тағайындау керек. В тобындағы витаминдер, 0,015 г прозерин тәулігіне үш мезгіл ішу. Немесе 0,05% прозерин ерітіндісін инъекция арқылы тері астына енгізу қажет. Оның сызбасы-схемасы 0,1 мл-бірінші күні, 0,2 мл екінші күні,

сөйтіп 1,0 дейін, содан соң дозасын 0,9; 0,8; 0,7; ... 0,1 мл-ге дейін төмендетеді.

Невриттің патогенезді факторларының негізі тін домбығуы болғандықтан дегидротация терапиясын (фуросемид 40 мл) және кортикостероид препараттарын беру қажет. 3-5 күннен бастап физиотерапия тағайындаған жөн, оның ішінде УЖЖ, парафин, ультрадыбыс, йонофарез т. б. физиотерапия қабылдаған жөн, 10-15 күннен кейін маңдай терісін жиыру, қасты көтеру, көз жұму, тісті ақситу, ұртты толтыру сияқты мимикалық еттердің жұмысын жақсартатын емдеу гимнастикасын қолданып, оларға массаж жасау қажет. Иглорефлексотерапия жақсы нәтиже береді.

Егер осы айтылған емдер 3 жылға дейін нәтижесіз болса, онда емші хирургиялық әдістер қолдануға мәжбүр болады. Олар келесі топқа бөлінеді;

1). Кесілген немесе жарақаттанған жүйке ұштарын бір-бірімен, микрохирургиялық құралдарды пайдаланып, тігіп жалғастыру.

2). Невриттің әсерінен төмен түсіп кеткен тіңдерді кинетикалық және статикалық әдістерді қолдану арқылы жоғары көтеріп сүйекке бекіту. М. Э. Ягизаров төмен түскен ауыз жұмсақ тіңдерін тәжді өсіндіге асу және самай етін қолдануды ұсынды. Соңғы кезде бұл әдіс кеңінен қолданылып жүр және жақсы нәтиже беруде.

3). Бұл топқа ауырған жүйкенің ұшын басқа (тіласты, диафрагма, қосымша жүйкелер) қозғалтқыш жүйкелерімен тігіп жалғау.

15.3. Мимикалық бұлшықеттердің салдануы

Стоматологтың тәжірибесінде бет жүйкесінің әртүрлі зақымдануы жиі кездеседі. Әсіресе оның жарақаттанып зақымдануы, бүтіндігінің бұзылмай зақымдануы жиі байқалады. Нәтижесінде мимикалық бұлшықеттердің салдануы мен парезі түрінде қимыл бұзылыстары пайда болады.

Бет жүйкесінің біріншілік невриті (**Белл салдануы**) ангина, тұмау және т. б. аурулардың нәтижесінде пайда болады. Мұндай жағдайдың ақыры жақсы, 1-3 аптадан соң бұл құбылыс жоғалып кетеді. Жүйке қызметінің бұзылуы ортаңғы құлақтың іріңді қабынуы, арахноидиттің салдарынан дамиды.

Клиникалық көрінісі. Беттің аталған жағында барлық бұлшықеттер қимылсыз қалады. Ерін-ұрт қатпары тегістеліп, ауыздың бұрышы төмен түскен одан сілекей ағып тұрады, беттің табиғи сайлары — әжімдер жойылған, көз саңыауы кеңіген. Бұл құбылыстар — дәм сезудің бұзылуы, көзден үнемі жастың ағып тұруы немесе көздің құрғауы. Кейде парезден бұрын ауыру сезімі болады. Ол көбіне сезімталдықтың жойылуымен ұштасады.

Емі. Негізгі күш бет жүйкесі невритін тудыратын негізгі ауруды емдеуге бағытталады. Аурудың бірінші күндері ыстықты және ауыру

сезімін басатын (амидопирин, анальгин, ацетилсалицил қышқылы) дәрілер белгіленеді. В тобының витаминдері, антихолинэстеразалық препараттар: прозерин ішке 0,015 күніне 3 рет, және тері астына 1 мл-0,05% ерітіндісі, 1 мл 1% галатамин ерітіндісі, барлығы 20-30 инъекция және биогенді стимуляторлар белгіленеді.

Аурудың бірінші күндерінде жергілікті құрғақ жылумен, парафин қолданылады. 5-6 күн өткен соң қысқа толқынды диатермия, салицилаттар, кальций хлоридімен гальванизациялауға болады. Жеңіл массаж, ем-дік денешынықтыру және электростимуляция қолданған жөн.

Ымдау бұлшықеттерінің қайтпайтын тұрақты салдануында хирургиялық ем қолданылады. Ол бұлшықеттердің қызметін қалпына келтіруге және босаңсыған тіндерді статикалық және кинетикалық ұстатуға бағытталады. Зақымданған бұлшықеттерді коллатеральды қанмен қамтамасыз ету үшін зақымданған жүйке ұштарын басқа жүйкемен біріктіріп тігеді (мысалы, қосымша, диафрагмальды немесе тіласты), жүйке-бұлшықеттік пластика, яғни кез келген жүйкені салданған бұлшықетке тігеді және сау бұлшықетті салданған бұлшықетке тігеді.

Қазіргі кезде М.Э. Ягизаров бойынша ымдау бұлшықеттердің салдануы кезінде босаңсыған жұмсақ тіндерді жақ бұтағының тәжді өсіндісіне кинетикалық іліп қою әдісі және бұлшықеттік пластика қолданады. Бұлшықет пластикасында шайнау бұлшықетін төменгі жаққа бекіген жерінен ажыратып, аяқша тәрізді етіп ауыздың босаңсыған бұрышына тігеді немесе барлық шайнау бұлшықеттерін бекіген жерінен кесіп алып ауыз бұрышы аймағына орын ауыстырады (П. В. Наумов).

Ауыз бұрышының миопластикасы үшін төс-бұғана-емізікше және самай бұлшықеттерін қолданады.

Көз саңылауын (лагофталм) азайту үшін жоғарғы және төменгі қабақтың латеральды бөліктері тігіледі. Сонымен бірге склероблефарорафия отасы жасалады (М. Э. Ягизаров).

Тұжырым: Қазіргі кездегі көзқарас бойынша үшкүл жүйке жүйесінің невралгиясы көпэтиологиялық болып есептеледі. Көптеген ғалымдар этиологиялық факторлардың көбісін жүйке шығатын сүйек көзінің тарылуынан деп есептейді, Өйткені үшкүл жүйкенің екінші тармағында кездесетін невралгия ауруларының ішінде 31% көзасты тесігінің тарылуынан пайда болған, ал үшкүл жүйкенің үшінші тармағының невралгиясында 0,25% төменгі жақ өзегінің тарылуы-стенозы байқалған. Кейбір жағдайда ұстамалы ауыру белгілі бір **тригерлік немесе алгогендік** деп аталатын аймақты қоздырғанда пайда болады. Бұл аймақты «шүріппе аймағы» деп те атайды. Олар бет, терісінде, ауыз қуысының кілегей қабығында, тіптен тістерде де орналасуы ықтимал. Бұл нүктелерді сәл ғана сипаса, тіптен аздап жел тисе болғаны ауру ұстамасы басталып кетеді. Сол себептен ұстама кезінде бұл науқастар сөйлей алмай, ауру қоздыратын нүктені тек саусақпен нұсқап көрсетеді. Үшкүл

жүйкенің II, III тармақтары қосылып ауыруы мүмкін, ал I тар-мағы бөлек ауырады. Бірінші тармақ невралгиясының нақтамасын-диаг-нозын қойғанда өте мұқият болу керек. Өйткені онда фронтит, тромбоз, жергілікті қабыну процесстерінің белгілері болуы мүмкін. Негізі күш бет жүйкесі невритін тудыратын негізгі ауруды емдеуге бағытталады. Аурудың бірінші күндері ыстықты және ауыру сезімін басатын (амидопирин, анальгин, ацетилсалицил қышқылы) дәрілер белгіленеді. В тобының витаминдері, антихолинэстеразалық препараттар: прозерин ішке 0,015 күніне 3 рет, және тері астына 1 мл-0,05% ерітіндісі, 1 мл 1% галатамин ерітіндісі, барлығы 20-30 инъекция және биогенді стимуляторлар белгіленеді.

Аурудың бірінші күндерінде жергілікті құрғақ жылумен, парафин қолданылады. 5-6 күн өткен соң қысқа толқынды диатермия, салицилаттар, кальций хлоридімен гальванизациялауға болады. Жеңіл массаж, ем-дік денешынықтыру және электростимуляция қолданған жөн.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Бет-жақ аймағында кездесетін нейростоматологиялық аурулар деп атайды.
А) жүйке жүйесі ауруларын
Б) бас ауруларын
В) желке ауруларын
Г) жамбас ауруларын
Д) самай ауруларын
2. Жүйке жүйесі ауруларын зерттейтін медицина ғылымының саласын деп атайды.
А) нейростоматология
Б) психология
В) психиатрия
Г) гематология
Д) урология
3. Жүйке жүйелері ауруларынан пайда болатын беттің ауыруын..... деп атайды.
А) прозопалгия
Б) соматоалгия
В) симпатоалгия
Г) нейростоматология
Д) паразитология
4. В.Е.Гречко (1990) барлық нейростоматологиялық аурулармен белгілерді-синдромдарды, физиологиялық принципті негіз ете отырып бөледі.
А) 6 топқа
Б) 5 топқа

В) 4 топқа

Г) 3 топқа

Д) 7 топқа

5. Көзқарас бойынша үшкүл жүйке жүйесінің невралгиясы болып есептеледі.

А) көпэтиологиялық

Б) бір этиологиялық

В) этиологиялық жағдайларға жатпайды

Г) зат алмасудың күшеюі

Д) зат алмасудың азаюы

6. Үшкүл жүйке жүйесі невралгиясының негізі..... бұзылуынан болады.

А) афференттік, анималдық, вегетативтік жүйке тіндерінің

Б) шеткі, артқы, жанама жүйке тіндерінің

В) вегетативтік, орталық жүйке тіндерінің

Г) анималдық, шеткі, алдыңғы, орталық жүйке тіндерінің

Д) афференттік, орталық, жанама жүйке тіндерінің

7. В. А. Карлов (1991 ж.) жүйке жүйесінің невралгиясын компрессиялы деп атайды.

А) радикулоневропатия

Б) гепатология

В) этиологиялық жағдайларға жатпайды

Г) шеткі, артқы, жанама жүйке тіндерінің

Д) афференттік, анималдық, вегетативтік жүйке тіндерінің

8. невралгияны келесі топтарға бөледі:

А) эссенциалды, идиопатиялы, таға тәрізді, әдеттегі және симптоматикалық;

Б) таға тәрізді, еңбекке жарамсыз, әдеттегі

В) симптоматикалық, ауыру сезімі айтарлықтай емес, таға тәрізді

Г) идиопатиялық, еңбекке жарамсыз, ауыру сезімі айтарлықтай емес

Д) эссенциалды, таға тәрізді, әдеттегі

9. В.Е.Гречко үшкүл жүйе жүйесінің невралгиясын топқа бөледі:

А) негізгі екі

Б) негізгі үш

В) негізгі төрт

Г) негізгі бес

Д) негізгі жеті

10. В.Е.Гречко үшкүл жүйе жүйесінің невралгиясын топқа бөледі

А) себебі орталық және шеткі жүйке жүйесінде орналасқан невралгия

- Б) себебі алдыңғы және шеткі жүйке жүйесінде орналасқан невралгия
В) себебі артқы және орталық жүйке жүйесінде орналасқан невралгия
Г) себебі жанама және шеткі жүйке жүйесінде орналасқан невралгия
Д) себебі жанасқан, орталық жүйке жүйесінде орналасқан невралгия
11. Кейбір жағдайда ұстамалы ауыру белгілері..... деп аталатын аймақты қоздырғанда пайда болады.
А) бір тригерлік немесе алгогендік
Б) Павлов нүктесінде
В) Пирогов нүктесінде
Г) Сағатбаев нүктесінде
Д) Төлеуов нүктесінде
12. шүріппе аймағын қоздырғанда пайда болады.
А) ұстамалы ауыру белгілері
Б) созылмалы ауыру белгілері
В) өткір ауыру белгілері
Г) жанама ауыру белгілері
Д) доңғалақ ауыру белгілері
13. Науқас ұстама кезінде үрейлі қорқыныш сезімімен қалады.
А) бір орнында жылжымай тұрып
Б) есінен таңып
В) жылжи береді
Г) арылы-берілі
Д) екпеттеп және шалқасынан жатаып алады
14. Одонтогендік невралгияның сезімі болып табылады.
А) негізгі клиникалық белгісі тұрақты ауыру
Б) негізгі клиникалық белгісі өткір, жанама
В) негізгі клиникалық белгісі жедел, созылмалы
Г) негізгі клиникалық белгісі жеделдеу, жайылмалы
Д) негізгі клиникалық белгісі жасырын, созылмалы
15. Үшкүл жүйке жүйесінің қозғағыш тобының бұзылу себептері болып табылады.
А) негізгі белгісі салдану, жақтың қарысуы (тризм)
Б) негізгі белгісі сыну, жақтың қарысуы (тризм)
В) негізгі белгісі жақ денесінің бойымен
Г) негізгі белгісі жарылу, жақтың қарысуы (тризм)
Д) негізгі белгісі жақтың буын өсіндісінің арт жағында
16. Бұл невралгия патологиялық процесстердің үшкүл жүйкенің болады.
А) әрбір бөлігіне әсер етуінен пайда
Б) негізгі белгісі салдану, жақтың қарысуы (тризм)
В) негізгі белгісі жарылу, жақтың қарысуы (тризм)
Г) қинап, сіресіп,

Д) негізгі белгісі жақ денесінің бойымен

17. Тризм белгі-синдромының бірі болып есептеледі.

А) үшкүл жүйке жүйкесінің невралгиясы қозуының, сіреспенің, құтыру ауруларының

Б) негізгі белгісі жақтың буын өсіндісінің арт жағында

В) қинап, сіресіп,

Г) негізгі белгісі салдану, жақтың қарысуы (тризм)

Д) әрбір бөлігіне әсер етуінен пайда

18. Бұл уақытта шайнау бұлшықеттері жанды жиырылады.

А) қинап, сіресіп,

Б) гиперестезия, гипоестезия

В) негізгі белгісі жақтың буын өсіндісінің арт жағында

Г) анестезия, парестезия

Д) ауырған жағына, тәріздес

19. үшкүл жүйке тармақтарының сезімталдық қасиеті болып табылады.

А) гиперестезия, гипоестезия, анестезия немесе парестезия тәріздес

Б) ауырған жағына, тәріздес

В) қинап, сіресіп,

Г) әрбір бөлігіне әсер етуінен пайда

Д) өзгеруінің негізгі белгісі

20. Бет әлпет өзгеріп мимика қозғалысы кезінде тартылады.

А) ауырған жағына

Б) ауырған жағына, тәріздес

В) қинап, сіресіп,

Г) гиперестезия, гипоестезия

Д) анестезия, парестезия

21. Дәмнің сезімталдығын білдіретін тілдің алдыңғы т.б. белгілер пайда болады.

А) 2/3 бөлігі бұзылып, көзден жас ағады

Б) көзден жас ағады, 1/4 бөлігі қосылған

В) 2/5 бөлігіне кемейген, мұрыннан қан ағады

Г) мұрыннан қан ағады, құлақ ауырады

Д) құлақ ауырады, көз көрмейді

22. Барлық жағдайда мимикалық еттер жұмысының....болып табылады.

А) өзгеруі негізгі белгі

Б) тегістеліп

В) ауыз бұрышы төмен түсіп

Г) сілекей ағып

Д) ангина, тұмау

23. Бұл жағдайда бет қатпарлары қиындайды.

А) тегістеліп, ауыз бұрышы төмен түсіп, сілекей ағып, ас алу

Б) ангина, тұмау

- В) көзден жас ағады, $\frac{1}{4}$ бөлігі қосылған
- Г) мұрыннан қан ағады, құлақ ауырады
- Д) $\frac{2}{5}$ бөлігіне кемеіген, мұрыннан қан ағады

24. Бет жүйкесінің біріншілік невриті (Белл салдануы).....

нәтижесінде

пайда болады.

- А) ангина, тұмау және т. б. аурулардың
- Б) буындардың, желке
- В) іш, иық және т. б. аурулардың
- Г) жамбас және т. б. аурулардың
- Д) көкірек және т. б. аурулардың

25. Ымдау бұлшықеттерінің қайтпайтын тұрақты салдануында ем қолданылады.

- А) хирургиялық
- Б) физиеом
- В) элетрофорез
- Г) физикалық
- Д) химиялық

26. Көз саңылауын (лагофталъм) азайту үшін латеральды бөліктері тігіледі.

- А) жоғарғы және төменгі қабақтың
- Б) көз асты және төменгі қабақтың
- В) көз үсті және төменгі қабақтың
- Г) көз асты және жоғарғы қабақтың
- Д) көз үсті және жоғарғы қабақтың

27. Ауыз бұрышының миоластикасы үшін бұлшықеттерін қолданады.

- А) төс-бұғана-емізікше және самай
- Б) қарын, жақ асты
- В) мойын, сорушы
- Г) құлақ маңы, шайнау
- Д) қосқарыншалы, иық

28. Негізі күш бет жүйкесі невритін тудыратын емдеуге бағытталады.

- А) негізгі ауруды
- Б) физикалық
- В) химиялық
- Г) элетрофорез
- Д) хирургиялық

29. Жүйке қызметінің бұзылуы салдарынан дамиды.

- А) ортаңғы құлақтың іріңді қабынуы, арахноидиттің
- Б) бас сүйегінің шіруі
- В) қарақұс сүйегінің қабынуы
- Г) көз алмасының қанталауы

Д) мұрыннан қан кету

30. Алдымен невритке себеп болған емдеу қажет.

А) жалпы ауруды

Б) қабынуға қарсы

В) шіруге қарсы

Г) сіріспеге қарсы

Д) қарысуға қарсы

XVI ТАРАУ ТӨМЕНГІ ЖАҚ БУЫНЫНЫҢ АУРУЛАРЫ

Буынның топографоанатомиялық суреттемесі. Самай-төменгі жақ

буынының топографоанатомиялық ерекшеліктері оның қабынуының клиникалық көріністері мен емдеу барысында маңызды орын алады.

Төменгі жақтың буын өсіндісі мен самай сүйегінің буын шұңқыры самай-төменгі жақ буынын құрайды.

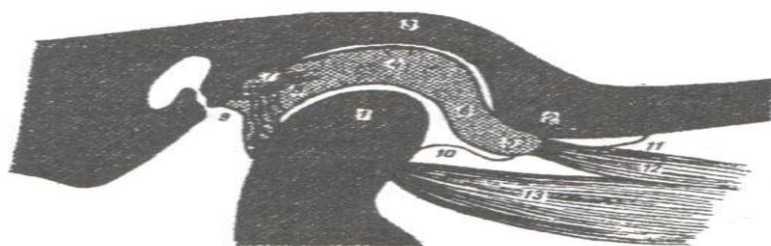
Самай-төменгі жақ буынының бір-бірінен айыратын ерекшеліктері.

1. Буын беткейлері. Гиалинді шеміршекпен емес, нашар жұқа дәнекер тінді шеміршекпен қапталған. Бұл ерекшелігі буынның жиі жарақаттанып, іріңді қабыну аурулары кезінде тыртық немесе сүйек тініне ауысып кетуге бейімділігін сипаттайды (анкилоз).

2. Буын қабының қалыңдығы біркелкі емес. Алдыңғы жағы жұқа болғандықтан оңай созылады. Бұл буын басының алға шығуының се-бебі болып табылады.

3. Сырт жағынан буын тарамдары самай сүйегінің бет сүйегі өсіндісінен басталатын мықты сіңірмен бекітілген. Оның талшықтары төмен және артқа бағыттталып буын өсіндісі мойынның артқы және сыртқы жағында қосылады. Талшықтардың біраз бөліктері буын қабымен бірігіп кетеді. Өзінің күрделі құрылысына байланысты сіңір буын өсіндісінің соғылған кезде төмен, сыртқа және ішкі қарай ығысуына кедергі жасайды.

4. Буынның ішінде екі жағынан қысыңқы сопақ шеміршек табақша болады. Оның ортасы жұқа (1-2 мм), шеттері қалың (3-4 мм). Табақша фиброзды шеміршектен құралған, оның шеттері буын қапшығымен бірігіп кеткендіктен оны төменгі және жоғарғы қабаттарға бөледі. Табақшаның атқаратын қызметі орасан зор.



Самай-төменгі жақсүйек буыны
(жоба)

1 - төменгі жақсүйек буын өсіндісінің басы; 2 - буын темпешігі; 3 - буын ойығы; 4 - буын ішілік шеміршектің артқы бөлімі; 5 - буын ішілік шеміршектің алдыңғы бөлімі; 6 - буын ішілік шеміршектің қан-тамырсыз ортаңғы бөлімі; 7 және 8 - шемірше-картының "жастығы"; (7 - артқы шеміршек-самай байламы; 8 - артқы шеміршек- жақсүйек байламы); 9 - буын қапшығы; 10 - алдыңғы шеміршек-жақсүйек байламы; 11 - алдыңғы шеміршек-самай байламы; 12 және 13 - сыртқы канат тәрізді бұлшықеті (12-жоғарғы бөлімі, 13-төменгі бөлімі)

Ең алдымен ол буынның сүйек беттерін бір-бірінен ажыратып, олардың бірігіп кетуіне кедергі жасайды, төменгі жақтың, оңай қозғалысына мүмкіндіктер туады. Төменгі жақтың көтеріліп түсуі кезінде табақша мен буын шұңқыры тұтас құрылым құрайды, себебі табақша

қозғалыссыз қалады. Иекті алға қарай жылжытқанда, әсіресе оны төмен қарай түсірген кезде табақша буын басымен бірге буын шұңқырынан шығып алға жылжиды. Төменгі жақты жанына қарай жылжытқанда бір жағындағы табақша өз орнынан жылжып, өз өсінен айналады. Буын элементтерінің бір-біріне қатынасы тістесуге, әсіресе оның биіктігіне тікелей байланысты.

Қалыпты жағдайда самай-төменгі жақ буынының үш түрі белгілі.

1. Тегіс буын. Буын шұңқыры терең емес, бірақ кең. Төменгі жақтың буын басы жалпақ, төмпешігі биік емес. Мұндай буындар тік тістесулерге сай келеді.

2. Аздап томпақ шұңқыр буын. Буын шұңқыры жақсы айқындалған, басы томпақ, төмпешігі де жақсы жетілген. Буынның бұл түрі ортогнатиялық тістесуге сай келеді.

3. Томпақ шұңқырлығы қатты жетілген буын. Буын шұңқыры жақсы жетілген. Төменгі жақтың буын басы томпақ, төмпешігінің артқы етегі биік. Мұндай буын терең күрек тістің тістесуіне сай келеді.

Самай-төменгі жақ буынының артриті. Бүкіл одақтық анти-ревматикалық комитетінің жіктеуіне байланысты артриттерді: инфекциялық, инфекциялық емес (дистрофиялық) және жарақатты деп ажыратады.

Инфекциялық артриттер арнайы емес (ревматикалық және ревматоидты) және арнайы (гонореялық, туберкулездік, актиномикоздық, бруцеллездік және т. б.) деп екіге бөлінеді.

Инфекциялық емес артриттер (дистрофиялық және артроздар) зат алмасу дистрофиялық, нерводистрофиялық, эндокринопатиялық және т. б, деп бөлінеді.

Жарақатты артриттер созылмалы микрожарақаттардың (тіс қатарының бұзылуының) немесе жедел жарақаттардың (құлау, соққы, оқпен немесе оқсыз жарақаттар) әсерінен болады.

Самай-төменгі жақ буынының арнайы емес инфекциялық артриттері жедел ағымды, созылмалы деп бөлінеді. Ауру инфекцияның қанмен немесе көрші аймақтан келуінен (отит, жақтың остеомиелиті, құлақманы аймағының флегмонасы, паротит, мастоидит) басталады. Балалардағы артритке көбінесе ортаңғы құлақтағы іріңді қабыну процесстері себеп болады. Артрит сонымен қатар, организмдегі созылмалы инфекцияның әсерінен, оның ішінде одонтогенді хронический, ревматикалық поли-артриттің әсерінен де болады.

Самай-төменгі жақ буынының жедел ағымды артриті кезінде науқастар жалпы жағдайының нашарлығымен қатар, құлағы мен самай буындарындағы қатты ауыру сезімге шағымданады. Ауызды ашу мен шайнаудың мүмкіндігі болмайды. Науқас тек сұйық тамақпен ғана қоректене алады. Буынның айналасындағы жұмсақ тіндер ұйыспа-инфильтраттанған, беткей терісі қызарған. Буын аймағын басқанда

ауырады. Сыртқы дыбыс жолы тарылып, науқастың құлағы ауырлайды. Дене қызуы жоғарылап, лейкоцитоз және ЭТЖ жылдамдайды. Көп жағдайда процесс іріңдіктер түзілуімен аяқталады. Ол көбінесе сыртқы дыбыс жолына жарылады. Сыртқа құлақмаңы аймағына сирек тесіліп шығады.

Самай-төменгі жақ буыны қабынуын жедел ағымды отиттен, үшкіл жүйкенің невралгиясынан ажырату керек. Ауыру сезімінің құлаққа, самайға тебуі әсерінен науқастар отоларинголог, невропатолог мамандарына қаралып, бұл науқастарға жиі дұрыс нақтама-диагноз қойылмайды. Қиналып тіс жаруда төменгі жақ бұтағының бойымен және тіс қатарымен өтетін ауыру сезімімен ажыратылады.

Созылмалы ревматикалық артрит кезінде буын екі жағынан да зақымданып, оқтын-оқтын өршуімен, субфибрилді дене қызуымен, самай-төменгі жақ буынымен қатар, басқа да буындардың ауыруымен ерекшеленеді. Буынның айналасындағы тіндердің жағдайы өзгеріссіз болады. Буынның қызметі өзгерген. Кешенді емдер қабылданса қабыну әрекеттері ертерек басылады.

Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарда патологиялық процесс көбінесе бір буынында болады, бірақ кейде басқа буындарында да кездеседі (тізе, тобық және т.б.). Суық тиген кезде осы буындардың барлығында да ауыру сезімдері қайталап өршиді, ал буынның сіресуі барлық уақытта болады.

Егер самай-төменгі жақ буынының ревматикалық артриті бар науқастарда жүрегінде патологиялық өзгерістер кездесе (ревмокардит және т. б.) аталған өзгерістер мүлде анықталмайды.

Аталған ерекшеліктерімен қатар, атай кететін нәрсе ревматоидты артритті емдеу, ревматикалық артритті емдегенге қарағанда айтарлықтай әсер бермейді (тіпті емнен кейін де), қайталай береді.

Самай-төменгі жақ буынының кез келген артритіндегі рентгенограммада саңылаудың кеңейгені, тыртықты түрінде тарылғаны байқалады.

Созылмалы артриттердің нақтама-диагностикасы мұқият жиналған аурудің келіп шығу тарихын-анамнездің, нақты-объективті тексерулердің, оның ішінде рентгенографиялық және томорентгенографиялық зерттеулердің нәтижелеріне негізделеді. Созылмалы паротиттен ажыратып алу керек. Оған тән нәрсе сілекей бөлінуінің өзгеруі.

Емі. Жақтың функциялық ерекшеліктеріне байланысты емдеу қиынға түседі. Себебі емдеу кезеңдерінде буынды ұзақ уақыт мүмкіндігінше қозғалтпай қоюға тура келеді. Сондықтан жедел арнайы емес артритті емдеу әртүрлі шаралар кешенінен тұрады.

1). Буыннан тыс қабыну ошақтарының инфекция көзін жою (тістердегі, ортаңғы құлақтағы, бадамша бездегі, гаймор қуысындағы). Гангренозды тістерді немесе қабынған бадамша бездерді алу оталарынан

соң артриттің қайтадан өршуінің алдын алу үшін ацетилсалицил қышқылымен, амидопирин, бутадион, сульфаниламидтермен және антибиотиктермен емделеді.

2). Организмнің жалпы иммунологиялық реактивтілігін және десенсибилизациясын күшейту, қуатты майдаланған және сұйық тамақ, ацетилсалицил қышқылы, кортизон немесе преднизалон. АКТ өнімдерін кезектестіріп пайдалану.

3). Буынға тыныштық беру (Айви таңбасы, екіжақты жай байлап бекіту немесе азу тістердің тұсына қалыңдығы 5-10 мм-дей резеңке қойып иекті жоғары қарай сақпан тәрізді таңбамен таңу).

4). Физиотерапия: жедел ағымында — жылу (қыздыру компрестері, УЖЖ, соллюкс), басылған кезде — вирапинмен немесе медициналық өтпен (Бернадский Ю. Д) электрофорез жасау.

5). Ине рефлекс емі.

Арнайы инфекциялық артрит. Арнайы емес артритке қарағанда өте сирек кездеседі. Туберкулездік, гонореялық, мерездік, актиномикоздық, ревматикалық, дизентериялық, бруцеллездік және т. б. артриттер деп бөлінеді. Туберкулездік және актиномикоздық артриттер көбінесе көрші аймақтармен түйісу арқылы дамыса, гонореялық, мерездік, ревматикалық және басқа да артриттер инфекцияның буынға қан арқылы түсуінен дамиды.

Туберкулездік артрит аурудың төменгі жақтың бұтағынан, ортаңғы құлақтан, самайдың жұмсақ тіндері мен сүйегінен тарауынан дамиды. Туберкулез қоздырушысының өкпеден, жоғарғы тыныс жолдарынан, қан мен лимфа жолдары арқылы тарауы мүмкін. Қабыну процесі ұзақ уақыт дамып, буын өсіндісінің, буын бетінің бұзылып сорылуына әкеліп соғады да фиброзды анкилоз дамиды.

Гонореялық артрит самай-төменгі жақ буынында гонореяның-жедел немесе жеделдеу ағымында кейде созылмалы түрінің өршіген кезеңінде дамиды.

Жедел және жеделдеу ағымдарының дамуы жедел ауыру сезімдермен, буынның ісінуімен, сыртқы дыбыс жолының тарылуымен көрінеді. Буын қапшығының жанында сарысулы, кейін сары-сулы фиброзды, ең ақырында іріңді қабынуы буын мен қапшық ішіндегі табақшаны қоршаған жұмсақ тіндердің бұзылуына әкеліп соғады. **Аурудың ақыры шеміршек бетінің дөрекі бұзылуларына әкеліп соғып, анкилоз дамиды.**

Самай-төменгі жақ буынының арнайы артриті көбінесе жақын айналадағы тіндердегі гуммалардан дамиды. Қан арқылы дамуы да мүмкін. Ағымы баяу, созылмалы түрде аздаған ауыру сезімімен қатар жүреді.

Рентгенограммада буын өсіндісімен төменгі жақтың ортасында деструкциялық ошақ, шетінде ақау байқалады. Дер кезінде әрі дұрыс жасалған арнайы ем мен механотерапия анкилоздың алдын алады.

Актиномикоздық артрит. Самай-төменгі жақ буынында мойын, бет актиномикоздарының асқынып буын қапшығына таралуынан дамиды. Бұл кезде буынмен бірге шайнау бұлшықеттері ауруға шалдығатындықтан жақ қозғалысы бірден шектеледі. Аурудың шағымы кез келген кешендік аурудағыдай секілді баяу, қоршаған жұмсақ тіндерге оқтын-оқтын өршуімен суреттеледі. Бір өршумен екіншісінің арасында науқас ешқандай ауруды сезбейді. Тек иекті алдын артқа қарай итерген кезде буында ауыру сезімі пайда болады. Процесс тек буын қапшығын зақымдайды, сондықтан ауру жазылғаннан кейін де төменгі жақтың қозғалуында шектелулер сақталады.

Жарақатты артриттер ағымына қарай жедел және созылмалы болып бөлінеді. ҚазҰМУ-ның хирургиялық стоматология кафедраларының зерттеулері бойынша самай-төменгі жақ буын патологиясының 50% стоматологиялық себептер болып табылады: терапевтік (пломбалық заттарды артық салу), ортопедиялық (дер кезінде дұрыс протез жасалмау), хирургиялық (жақтардың сынуы кезінде жедел жарақатты артритті дер кезінде анықтап емдемеу). Клиникасында науқастар жарақаттан немесе аузын қатты ашудан кейін пайда болған біржақты немесе екіжақты ауыру сезіміне шағымдайды. Ауызды ашу, есінеу, тамақ ішу, тіпті сөйлеу мүмкін болмайды.

Сырт көрінісінде төменгі жақ қимылының шектелуі, буын айналасындағы тіндердің инфильтрацияланып қанталауына байланысты ісінуі анықталады, саусақпен басқанда ауыру сезім күрт күшейеді. Рентгенографиялық зерттеулер буын қуысында айтарлықтай өзгерістерді көрсетпейді. Ол кезде саңылаулардың кеңейгені анықталады.

Созылмалы жарақатты артрит. Көбінесе созылмалы майда жарақаттардың ұзақ уақыт әсерінен болады. Мысалы терең тістесуде, жоғары үйкелістен, азу тістерді жоғалтудан, протездер кезінде салынбағандықтан, әсіресе төменгі жақтарда.

Созылмалы жарақатты артритте науқас ауызды ашқанда және шайнау, сөйлеу кезінде үнемі үдей түсетін ауыру сезіміне шағымдайды. Жиі жағдайда ол үшкүл жүйке невралгиясындағыдай ұстамалы болады. Кей жағдайларда науқастарда **Костен белгісі-синдромы** кездеседі: төменгі жақ буын аумағында мойынға, құлаққа, тілге, жарақатты артритке ұшыраған бетінде басының жарты бөлігіне беріліп ауырады, буын аумағында терінің гиперестезиясы, аузын ашқанда буынның сықырлауы, кейде ауыздың құрғауы, естудің, төменгі жақ қимылының нашарлауы. Көп жағдайларда осы аталған белгілердің біреуі немесе бірнешеуі байқалады.

Ем жүргізгенде әуелі буынға құйылған қан мен экссудаттың ыдырауын көздейді, осымен қатар 2-3 күнге тіс аралығына төсем салып төменгі жақты сақпан тәрізді таңғышпен таңып тастайды да, буын қуысына 1-2 рет 2 мл 2% новокаинға араласқан 1 мл гидрокортизон және антибиотиктер ерітіндісін жібереді. Бірінші ерітіндіні жіберу мен

екіншісінің арасы 2-3 күн. Гидрокортизон қан мен экссудаттың құрамындағы фибриннің ыдырап тарауына әсер етсе, новокаин ауыру сезімін жояды, ал антибиотик қанмен бірге буынға инфекция енген жағдайда оның алдын алады. **Гидрокортизонды жүкті әйелдерге, бауыры, бүйрегі және жүрек ауруы бар науқастарға жіберуге болмайды.** Осымен қатар, гиалорунидаза құрамына кіретін ара уымен (вирапин) не болмаса калий йодиды және новокаинмен ионофорез жасалады. Осы аталған емге қосымша анальгетиктер, күніне 100 мг С витамині және 1-2 сеанс Бернардың диадинамикалық тогын тағайындайды. 3-4 күн ем қолданғаннан кейін барлық науқастарда ауыру сезімі жойылып, олар тамақ шайнай алады, тек кейбір науқастардың буынында 2-3 аптаға дейін буын қозғалысы нашар болады.

16.1. САМАЙ-ТӨМЕНГІ ЖАҚ БУЫНЫНЫҢ АРТРОЗЫ

Артроздар артриттік өзгерістердің одан әрі асқынуларымен қатар, буынның нейродистрофикалық және эндокринопатиялық зақымдануларынан да дамиды. Ондай жағдайларға дұрыс жасалмаған тіс протездері мен шайнау бұлшықеттерінің өзгерістері де жатады. Остеоартроздың негізгі себебі, буынның шеміршекті тінінің төзімділігі мен түсірілген күштің сай келмеуі болып табылады. Осыған байланысты буынның тіндерінде инфекциясыз дегенеративті өзгеріс басталады. Кейбір ғалымдар мұны артрозарtritтер немесе артроздар, дегенеративті артриттер, артропатиялар, гипертрофикалық артриттер деп атайды. Жоғарыда аталғандарға сай буын компоненттерінде склероздаушы және деформациялаушы артроздар деп бөлінеді. Склероздаушы артроздар кезінде буынның сүйек кемігінің терең және беткей бөліктерінің склероздары байқалады.

Деформациялаушы артроздар кезінде төменгі жақтың буын өсіндісінде біз тәрізді сүйек өсінділері шығып кетеді. Самай төменгі жақ буынының артрозында ауыру сезімі байқалмайды. Науқастар әдетте буындарының сықырлайтынына, таңертең буыны дұрыс қозғалмай уқалағаннан кейін түзелетіндігіне шағымдайды. Олар көбінесе мұндай аса мазаламайтын нәрселерге көңіл аудармай дәрігерлерге кейін қайтпайтын өзгерістер шыққан кезде келеді. Аурудың өзіне тән белгілері аталған тәртіппен келмейді. Буынның сықырлауы кейде аурудың басында болса, кейде буынның қызметі бұзылған кезде пайда болады. Бұл кезде төменгі жақтың төмен және екі жағына қозғалысы шектеледі. Рентген көрінісі самай-төменгі жақ буынының зақымдану дәрежесіне байланысты болады. Склерозды артрозда буын саңылауының тарылғаны, буын басының деформациясы байқалса, деформациялы артрозда буын басы мен буын төмпешігінің қатты деформациясы байқалады. Буын басының қозғалысы өзгереді.

Артроздардың отасыз-консервативті емі: 1. Буынға бір ай бойы

түнге қарай өтпен компресс жасау; 2. Буын аймағына медициналық өтпен электрофорез жасау; 3. Парафин емі; 4. Батпақ емі. 5. Егер, процесс асқынса төменгі жақты уақытша бекіту, содан кейін механотерапия жасау.

Буын басындағы өзгерістер қайтымсыз болғанда отасыз-консервативті ем тиімсіз болса ота-оперативті ем қолданылады.

Жарақатты деформациялы артроздың хирургиялық емінің негізгі мәселесі тек қана зақымданған буын басын алып тастау емес, сонымен қатар буынның анатомиялық біртұтастығымен, оның қызметін қалыпқа келтіру. Ең тиімді әдіс алдын ала консервіленіп дайындалған өліктің төменгі жағының буын өсіндісін ортотопиялық трансплантация жасау. Себебі ол материалмен, аурудың алып тастаған өсіндісінің құрылысы мен пішіні ұқсас. Бұл ота кезінде тек буын өсіндісі ғана емес, бұлшықеттер, буын қапшығы, буын шеміршектері қоректенетін сұйық бөлетін синовиальды қабаты да қалыпқа келтіріледі. Осылармен қатар эксперименттік жұмыстардың нәтижелері көрсеткендей (Плотников Н.А., Золотарев Ю.Б.) сыртқы қанатша ет пен буын қапшығының аллотрансплантантқа бекітілуі себептерінен онық тамырлануы жылдамдайды.

16.2. Самай-төменгі жақ буынының анкилозы

Анкилоз — дегеніміз төменгі жақтың қозғалысы жартылай немесе түгелдей шектеліп, буын беттері фиброзды немесе сүйекті бітісіп кететін самай-төменгі жақ буынының тұрақты деформациясы. Буынның мұндай өсіп кетуіне көбіне инфекциялы процесстер, сирек буынның механикалық зақымданулары себепкер болады. Самай-төменгі жақ буынының анкилоздарын туғызатын инфекциялық аурулардың қатарына қызылша, дифтерия, сузек, оспа, туберкулез, актиномикоз және жақтардың остеомиелиттері жатады. Инфекциялы процесстердің ішінде төменгі жақтың остеомиелиті алдыңғы орында тұр. Ортаңғы құлақтағы қабыну процесстері кезінде ірің дабыл жарғаның шырышты қабығын ерітіп Гассер саңылауы арқылы самай-төменгі жақ буынына енеді. Іріңді артриттерден кейін анкилоз балаларда да ересектерде де кездеседі.

Анкилоздарды туа және жүре пайда болған, қабынбалы және жарақатты деп бөлу қабылданған. Сонымен қатар түгел және жартылай, сүйек және фиброзды, біржақты және екіжақты деп бөлінеді. Буынға енген инфекция онда жедел ағымды немесе созылмалы қабыну процесстерін тудырады. Қабыну процесстері салдарынан буын беттері мен мениск өлеттенеді. Ақауланған жерлер гранулденген тіндермен алмасып, одан кейін фиброзды және сүйек тіндерінде алмасады.

Көбінесе буындағы жедел қабыну процессі айналасындағы сүйек және жұмсақ тіндерге жайылып, сол жерлерде пролиферативті процестің қарқынды дамуына себеп болады. Соның салдарынан самай сүйегі және

оның бетсүйегі өсіндісінде, төменгі жақ бұтағының жоғарғы бөлігінің арасында дөрекі тыртықтар мен сүйектенулер пайда болады. Балада және жас кезде сүйек анкилоздары, ал ересектерде фиброзды анкилоздар кездеседі.

Клиникалық көрінісі. Самай-төменгі жақ буынының анкилозы ауыздың түгелдей немесе жартылай ашылуымен, зақымданған буында жылжу қимылының болмауымен ерекшеленеді.

Біржақты анкилоз. Егер ауруға бала кезден шалдықса зақымданған жағынан төменгі жақ пен оның бұтағының зақымдануына байланысты беттің асимметриясы дамиды. Бұл кезде иек, мұрынның ұшы, төменгі еріннің тартпасы, ауру жағына қарай ауытқыған құлақ қалқаны сау жағынан төмен орналасқан. Беттің сау жағы ауру жағына қарай ауысуына байланысты тегістеліп кеткен секілді көрінеді.

Екіжақты анкилоздарда қалыпты тамақ қабылдау мүмкін емес. Науқас сұйық немесе тістерінің арасынан өтетіндей ботқа тамақтарды ішеді. Тамақты дұрыс шайнап жей алмағандықтан ауызда гингивит дамып, тіс тастары көбейіп, тістер қозғалмалы бола бастайды. Науқас өте әлсіз, жүдеу болады. Олардың сөйлеуі бұзылған, ауырған тістерін емдеу немесе жұлу тіпті мүмкін емес. Мұндай аурулардың құсуы кезінде аспирация мен асфиксия даму себептерінен өміріне қауіп тууы мүмкін. Жақтың өспеуінен науқас шалқасынан жатқан кезде тілдің артқа түсіп кетуінен тұншығып немесе қатты қорылдайды.

Сүйек анкилозының рентген суреттерінде: а) буын саңылауының жоқтығы, б) бір сүйектің екінші сүйекке өтуі; в) сүйектің буын басы контурының жоқтығы көрінеді.

Фиброзды анкилоз кезінде буындағы барлық шеміршек жойылып, буын басы буын шұңқырына тығыз фиброзды тінмен бітіп кетеді. Буын қапшығында да фиброзды тіннің дамуынан тыртықты өзгерістер пайда болады.

Фиброзды анкилозды буын бөлігінің остеопорозы, буын саңылауының тарылуы мен ауызды ашқандағы буын басының қозғалмауы сияқты белгілер тән. Анкилозды төменгі жақтың қарысуынан және ауыздың механикалық кедергілерінен ажырату керек. Оның диагнозын анаменезді анықтай отырып, этиологиялық факторлар мен ауру динамикасын, клиникалық және рентгенографиялық зерттеулердің көрінісіне арқа сүйеп қою керек.

Фиброзды анкилоздың емі оталық жолмен фиброзды байламды кесу және отасыз наркозда жатқан науқастың аузын кергішпен күшпен ашып фиброзды байламдарды үзу. Фиброзды анкилозды отасыз-консервативті емнен бастаған жөн. Науқастың буынына аптасына екі рет 25 мг гидрокортизонды шприцпен жіберу керек. Гидрокортизонның әсерінен буын ішіндегі жас фиброзды байламдар ыдырап жойылып кетеді.

Буынның ішіндегі фиброзды байламдарды кесу отасы бір жақты анкилоздар кезінде жасалады. Жалпы, суббазальды инфильтрациялық

жансыздандырулар арқылы буын қапшығы кесіліп, тыртықтанып өзгерген табақша мен тыртықтар алынып тасталады. Егер бұдан соң да жақ дұрыс ашылмаса металл шпательдің ұшын буын саңылауына салып, қосымша остеотомия отасы жасалады. Отадан кейін 5-6 күн жаққа тыныштық беріп таңып тастайды. 6 күннен кейін таңғышты алып тастап, активті және пассивті механотерапия тағайындайды.

Сүйек анкилоздарының барлығы хирургиялық жолмен емделеді. Анкилоздардың хирургиялық емі өзінің мақсаты мен мәселелеріне байланысты екі үлкен топқа бөлінеді.

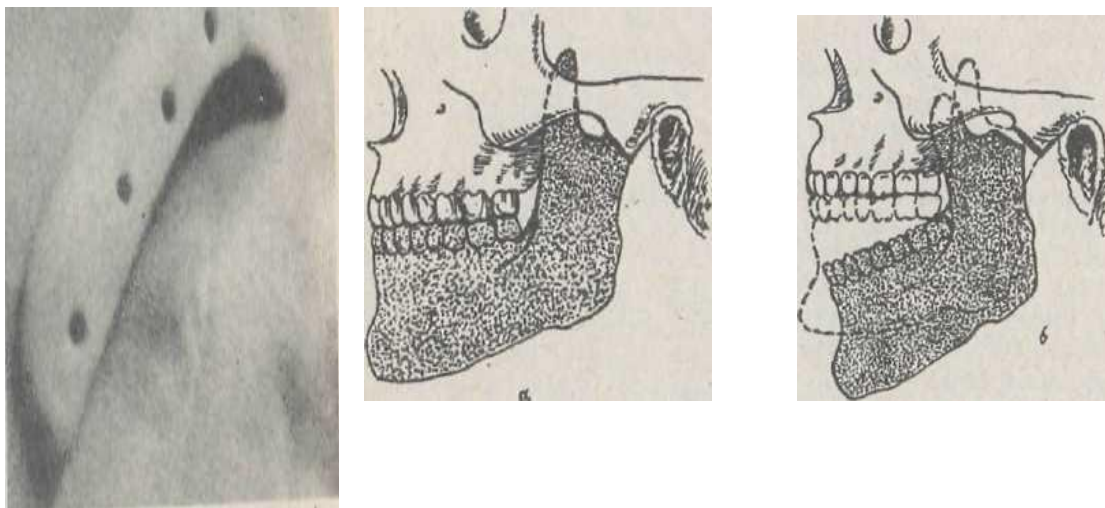
1. Анатомиялық компоненттерін қайта қалыпқа келтірмей-ақ буын қызметін атқаратын тұрақты жалған буын жасау.

2. Самай-төменгі жақ буыны қызметін, анатомиялық компоненттерін және беттің төменгі бөлігінің косметикалық ақауларын қалыпқа келтіруге бағытталған оталар.

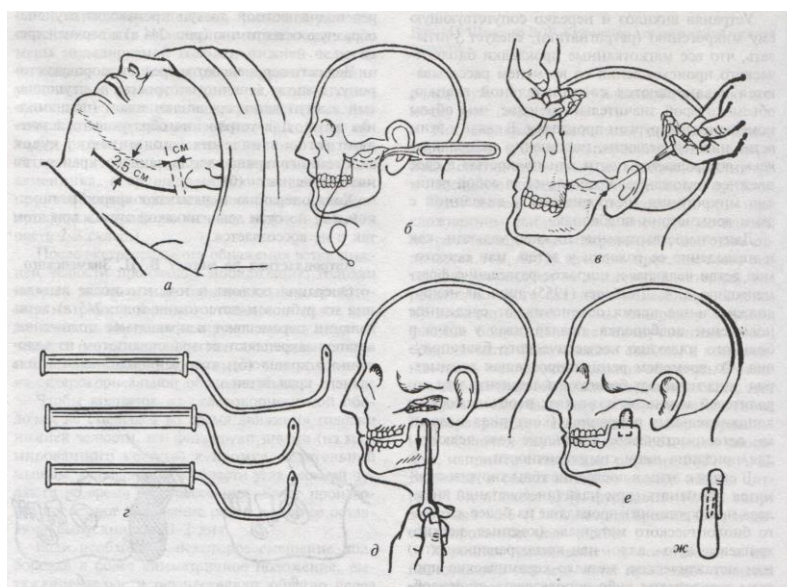
Бірінші топтағы оталар өз буынына жақын орналасқан жалған буындар жасауға бағытталған. Отадан кейін қайтадан қайталамас үшін жаңа жасалған буын басы мен буын шұңқырының ортасына әртүрлі материалдар қойылады.

Осы мақсатпен металл және пластмасса қалпақтар (А. Э, Рауэр, Н. М. Михельсон), тері май қиындысы (Косых С.Ф.), диэпителизацияланған Филатов сабағын сүйектің арасына салу (Лимберг А. А.) сүйек жарасын химиялық заттармен түтіндеген азот қышқылымен өңдеп (1-2 минут қоңырланғанша) қосқышқылды сода ерітіндісімен бейтараптау (Великанов М. М.). Бұл оталардың негізгі әдісі сүйектің көлбеу отасы (Львов П.П., Рауэр А. Э.) (96 а, б-сурет). А.Э.Рауэр буынға құлақ түйінінің қасынан кесуді ұсынады. Самай-төменгі жақ буыны қызметін, анатомиялық компоненттерін, және беттің төменгі бөлігінің косметикалық ақауларын түзету мақсатымен лиофилизацияланған ортотопикалық сүйек аллотрансплантатты қолдану (А. А. Плотников), самай сүйегінің қабыршағынан жаңа буынды кортикалды сүйектен артропластика (Титов А.Т., Каспаров А. Н.), самай-төменгі жақ буын қабырғаның сүйекті-шеміршекті аллотрансплантатымен артропластика жасау (Савицкий В. А, Иоаннидис Г. П.), буын өсіндісінің ақауы болса тәжді өсіндісін пластика жасап оның орнына көшіру (Г.П. Иоаннидис және Ю. И. Бернадскийлер) оталары жасалады.

Қазақстан Республикасында буын өсіндісінің ақауын жою мақсатымен келесі пластикалық оталардың түрлері мен оларды жасауға болатын кез-дері және жасалу мерзімі туралы ұсыныстар берілуде (Төлеуов Қ.Т.1990). 1.Самай-төменгі жақ буынының анкилозы мен микрогнатиясын ситаллдан жасалған имплантант арқылы жою.



Сурет -96. Төменгі жақ сүйегінің анкилозына жасалатын А.Э. Рауэр әдісі бойынша остеотомия отасы



Сурет- 97. Иоаннидис Г. П. әдісі бойынша артропластика отасы

Жалпы жансыздандыру-наркоз арқылы төменгі жақтың астынан бұрышын айналдыра жарты ай тәрізді тілік жасалады. Төменгі жақтың бұтағы мен анкилозданған самай-төменгі жақ буыны жалаңаштанады. Бұрынғы буынның орнына неғұрлым жақын жерден остеотомия жасалады. Остеотомиядан соң төменгі жақ бұтағының дистальды ұшы босаған соң самай сүйегінде буын шұңқыры жасалады. Төменгі жақ дұрыс орнына қойылады. Жасаған ақауға алдын ала дайындалған ситалл имплантант қойып, оны сыммен бекітеді. Буын қапшығын айналасындағы жұмсақ тіндермен қалыпқа келтіріледі.

Отадан кейін барлық науқастарға миогимнастика тағайындалады. Төменгі жақтың қызметі толық қалыпқа келтіріліп, тістесу ортогнатиялыққа жақындайды. Электромиографиялық тексерулер бұрын

семіп кеткен шайнау бұлшықеттерінің қызметтері қалыпқа келе бастағанын көрсетеді.

2. Самай-төменгі жақ буынының анкилоздары мен микрогнатияны жамбас сүйегінің қырымен оның маңайындағы жұмсақ тіндері арқылы қалыпқа келтіру.

Бұл әдіс егер зақымданған жағында төменгі жақ тепкісі болмаған жағдайда көбінесе балалар мен 20 жасқа дейінгі науқастарға жасалады. Аталған аутотрансплантаттың төмендегідей жақсы жерлері бар:

1) Алдыңғы жоғарғы жағы сүйек қабымен тығыз жабылған әрі пішіні буын өсіндісіне ұқсас.

2) Оның үстіндегі жұмсақ тіндерді қолдану анатомиялық үйлесімді әрі тиімді.

Ота әдісі: Эндотрахеальды жалпы жансыздандыру-наркозбен төменгі жақасты жолы арқылы, жақтың бұтағы мен анкилозданған буын жалаңаштанады. Одан әрі сүйек конгломератын алып, жасанды буын шұңқыры жасалады. Ауыз ашылған соң тістерге екіжақты шеңдеуіш салынады. Төменгі жақтың тістесуін ортогнатиялық қалыпта бекітеді. Отаның келесі сатысында аталған аутотрансплантатты ақаудың орнына қояды. Сүйектердің арасындағы жұмсақ тіндер төсеніш ретінде пайдаланылады. Жұмсақ тіндер самай сүйегіне лавсан тігістері арқылы, трансплантаттың сүйек бөлігі төменгі жақтың бұтағына екі сым тігісі арқылы бекітіледі. Одан кейін кесіліп ашылған тіндер қабат-қабатымен тігіледі.

3. Буын өсіндісіне төменгі жақтың артқы қырының «тепкісі» және айналасындағы жұмсақ тіндері арқылы жасалатын аутопластика. Бұның басқа әдістерден (аутоқабырға, жамбас сүйегінің қырын қолдану) артықшылығы бар. 1) Аутотрансплант алу үшін дененің басқа бөліктері жарақаттанбайды; 2) Аутотранспланттың жоғары сәйкестігі; 3) Сүйек жарасын жаңа қалыптастырған буын шұңқырынан қорғау үшін өз жұмсақ тіндері қолданылады; 4) «Тепкінің» басы қатты сүйек қабатымен және сіңірмен қапталған; 5) Айналасындағы жұмсақ тіндерді қолдану (сіңір, бұлшықет, деэпидермизацияланған тері мен оның астындағы клетчатка) буын өсіндісінің басына тығындық қосымша материалдарды керек еткізбейді.

Бұл әдіс самай-төменгі жақ буынының анкилозбен зақымданған бұрышындағы «тепкісі» жақсы дамыған балалар мен жас өспірімдерге жасалады.

Ота әдісі: Эндотрахеалық жалпы жансыздандыру-наркоз арқылы төменгі жақ бұрышының аймағынан алдын ала деэпидермизацияланған теріге екі жарты ай тәрізді тілік жасалады. Неғұрлым бұрынғы буынның орнына жақын жерден остеотомия, жасалып, қалған конгломераттың орнынан жасанды буын шұңқыры жасалады. Төменгі жақ бұтағының артқы қырында «тепкі» көлеміне сәйкес ұзына бойына кесіледі. Ауыз ашылған соң тістерге екіжақты шеңдеуіш қойылып, ортогнатиялық

тістесуде бекітіледі. Аутотрансплантатты 180°-қа бұрып, жасанды буын шұңқырына ендіреді. Сүйектерді сыммен бекітеді. Одан соң тіндер қабат-қабатымен тігіледі.

4. Буын өсіндісінің ақауын ортан жіліктің кортикалды пластинкасымен пластика жасау.

Бұл әдісті жасауға болатын жағдайлар: 1). Науқастың жасы 25-тен үлкен болуы; 2) Төменгі жақтың бұрышында «тепкінің» болмауы; 3) 15 жасқа дейінгі қыз балаларда жамбас сүйегін қолдану мүмкіндігінің болмауы; 4). Ситалл имплантанттар мен ортотопиялық трансплантаттарды қолданудың техникалық мүмкіншілігінің болмауы.

Ота әдісі: Эндотрахеалды жалпы жансыздандыру-наркоз бен төменгі жақасты жолы арқылы төменгі жақтың бұтағы жалаңаштанады. Бұрынғы буынның орнына неғұрлым жақын жерден остеотомия жасап, қалған сүйек конгломератын алып тастап жасанды буын шұңқыры жасалады. Төменгі жақ ортогнатиялық тістесуде бекітіледі. Буын басы өкшенің аллотерісіне оралған, алдын ала ортан жіліктің кортикалды пластинкасынан дайындалған аллотрансплантатты жасалған ақауға орналастырып, төменгі жақ сүйегіне сүйек тігісімен бекітеді, ал төсеніш самай сүйегінің бет өсіндісіне лавсанмен бекітіледі. Жұмсақ тіндер орнына қабатымен тігіледі.

Микрогнатия — төменгі жақтың денесі мен бұтағының қысқаруы. Кейбір жағдайларда бір уақытта жүретін процесс. Микрогнатия біржақтық немесе екіжақтық болады. Кейде самай-төменгі жақ буынының анкилозымен бірге жүреді.

Микрогнатияның клиникалық көрінісі. Самай-төменгі жақ буынының анкилозы болмаған уақытта беттің асимметриясымен сипатталады. Қысқарған жаққа қарай иек ауытқыған. Жақ неғұрлым қысқа болса, соғұрлым иек ортаңғы аймақтан өте көп ауытқиды. Тез көрінетін микрогнатия кезінде тістесу бұзылады. Микрогнатияның себебі әртүрлі. Көбіне ол бала кезінде болған төменгі жақ остеомиелитінен кейін дамиды. Остеомиелит кезіндегі сүйек секвестрлері жақ бұтақтарын деформациялаумен қатар, буын өсіндісінің өсуіне және оның дамуына, кейде сорылып бұзылуына әкеліп соғады. Микрогнатияны орнына келтіру үшін әртүрлі тәсілдер қолданылады. Кейбір уақытта ауыздың ашылуы. Ашылған кезде иектің бір жаққа қарай ауытқуы аз немесе болмаған кезде жоғарғы тістер төменгі тістермен жақсы түйіскенде және жақтың қысқаруы аз болған кезде (10-15 мм-ге дейін) тек қана косметикалық талаппен жасалынады. Бұл уақытта контурлық пластика жасалынады.

Жақтың деформацияланған аймағына жергілікті жансыздандыру жасалынып, пішіні мен мөлшері сай келетін шеміршекті немесе пластмасса имплантаттар енгізіледі. Кішігірім микрогнатияны Лимбергтің мыжылған шеміршекті әдісімен жасауға болады. Жақтың денесі мен бұтағының мөлшеріне байланысты А. Т. Титова әртүрлі оталар ұсынды.

Микрогнатияны Титова бойынша радикалды емдеу 3 кезеңнен тұрады.

I. Төменгі жақтың орналасуын хирургиялық тәсілдермен жөндеу.

Ортопедиялық құрсаулар және остеотомия арқылы жақты жаңа орынға келтіру (қысқарған бөлікті ұзарту).

II. Жоғарғы жақтың пішіні мен тістесуін ортопедиялық жолмен орнына келтіру.

III. Беттің асимметриясын түзету үшін қолданылатын қосымша оталар (контурлы пластика, жергілікті тіндермен жасалатын пластика). Емдеу тістерді протездеумен аяқталады. Ота жасау әдістерін таңдаған кезде мынадай көрсеткіштерді білу керек: 1. Микрогнатия анкилозбен бірге жүре ме әлде жүрмей ме? 2. Жақ денесі мен өсіндісінің қысқару мөлшері.

3. Ауыз, ерін ашыла ма және иек жанына қарай ауытқи ма?

Иек ауыратын жаққа қарай ауытқымай ауыз жақсы ашылуы үшін А. Т. Титова жақ бұтағын орнына келтіріп және сүйекті еркін орналастырып, жаңадан самай сүйектің қабыршағынан жаңа буын жасады. Бұл отаны эндотрахеальды жалпы жансыздандыру-наркоз беру арқылы жасайды. Төменгі жақтың деформацияланған және қысқарған бұтағын, сыртқы және ішкі беттерін жұмсақ тіндерден ажыратып алады. Осы уақытта деформацияланған буын және тәжді өсінділердің деформациясы сақталса остеотомия жүргізіледі. Остеотомияны горизонталды жүргізіп, жақты төмен және сау жаққа қарай дұрыс орналасқанша ауыстырады. Одан кейін доғал жолмен бет өсіндісімен самай сүйегі қабыршағының арасындағы жұмсақ тіндерді алады. Қабырғадан алынған шеміршекті трансплантатты буын төмпешігінің алдынан немесе соңының тұсындағы самай шұңқырына шеміршекті жағын қаратып енгізеді. Бұл уақытта міндетті түрде сүйек трансплантатты самай сүйектің қабыршағына дейін жеткізеді. Одан кейін жұмсақ тіндері қабат қабатымен тігіледі және олар сүйек трансплантатты тығыз қоршап тұруы керек.

Отадан кейінгі 10-12 күнге дейін иектің дұрыс жатуын және трансплантатқа тыныштық береді.

Жоғарғы және төменгі жаққа жасалатын мұндай оталардан тістесу түзелмейді, бірақ ол ортопедиялық әдістерден соң біртіндеп қалыпқа келеді.

Торлы компактостеотомия отасы А.А.Лимбер басқарған клиникада тәжірибеге енді. Ота жергілікті жансыздандыру арқылы жасалады. Жоғарғы және төменгі жаққа жасалған отадан соң ортопедиялық ем 12-16 күннен кейін басталады. Себебі осы кезде асептикалық қабыну мен отадан соң, сүйектің қайта құрылуының әсерінен ол жұмсақ болады.

16.3. ТӨМЕНГІ ЖАҚТЫҢ КОНТРАКТУРАСЫ

Төменгі жақтың контрактурасы — бет-жақ аймағының патологиялық өзгерістері мен жұмсақ тіндердің пластикалық қасиетінің және самай-

төменгі жақ буыны қызметінің бұзылуы.

Ағымына және себебіне қарай контрактура тұрақты және тұрақсыз болады. Тұрақсыз контрактура көп жағдайда ұзақ уақыт тісаралық резиналы тартпасы бар құрсауды қолданғаннан, меншікті шайнау бұлшықеттердің босауынан және төменгі жақты қоршаған жұмсақ тіннің патологиялық процесстері болған кезде байқалады.

Контрактураның мынадай түрлері бар:

1. Дермотогенді.
2. Мукогенді.
3. Миогенді.
4. Десмогенді.
5. Тыртықты.

Жақтың контрактурасына мынандай патологиялық процесстер әкеледі:

1. Ауыз қуысының жаралы-өлеттенген процессі (нома, скарлатинадан кейінгі асқыну, сүзек, жүрек, қан-тамыр бұзылыстары)
2. Ауыз қуысы мен қоршаған тіңдердің созылмалы арнайы процесстері (сифилис, туберкулез актиномикоз).
3. Термиялық және химиялық күйіктер.
4. Жарақатты зақымдану.
5. Қатерлі және қатерсіз ісіктердің операциясынан кейін.
6. Миозит.

Клиникалық көрінісі. Төменгі жақ контрактурасы кезінде сөйлеу және тамақ қабылдау қызметі бұзылады. Әсіресе алдыңғы тістер «желпігіш» тәрізді орналасады. Сирек жағдайда жоғарғы және төменгі жақ деформациясы болады. Егер контрактура бет қаңқасының өсуінен бұрын пайда болса, онда төменгі жақтың дамуы кедергіленеді, бірақ деформациясы анкилоз кезіндегідей өте анық. Жақтың толық қарысуы және барлық тістердің болуы — төменгі жақ бұтағының ішкі бетінің тексерілуін қиындатады.

Осы аймақтың шырышты қабығының тыртықтанып өзгеруін ауыз қуысын тек маңдай рефлекторы мен тіс қатарының ақаулары арқылы анықтайды.

Төменгі жақ бұтағының ішкі бетіндегі және тәжді өсінді аймағындағы тыртықтар пайда болған контрактураға, төменгі жақтың сәл алға және сау жағына қисаюына тән. Бұны негізінде төменгі жақ-самай буынының анкилозынан ажырату керек. Тыртықты контрактура кезінде буын басының қозғалуы байқалады, ал рентгенде басының, мойнының, буын өсіндісінің және төменгі жақ бұтағының деформациясы байқалмайды.

Емі. Тыртықты контрактураның отасыз-консервативті емі парафин, пирогенал, В. П. Филатовтың тінді терапиясын гиалуронидазамен, лидазамен, ренидазамен, гидрокортизонмен, терапия және ультрадыбыспен жүргізіледі.

Отасыз-консервативті емінің негізгі мақсаты коллогенді талшықтарда гиалиноз дамуына жол бермеу. Бұл ем егер тыртық жас, жаңа және 9-12 айдан аспаған жағдайда нәтижелі болады.

Жақтың контрактурасын хирургиялық әдіспен емдеу. Жақтың бет терісімен теріасты майлы қабатының тыртықталып өзгерген тіндерінен (күйіктен, жарақаттардан т.б. аурулардан) кейін пайда болған контрактураны кесіп алып тастап, Лимберг әдісімен айналасындағы тіндерден алған қиындыларды жылжыту арқылы немесе Филатов сабақшасымен жоюға болады. Бұл оталардың ойдағыдай болуы контрактураның себебі болған тыртықтанған тіндерді алып тастауына (ауыз толығымен ашылу қажет) және одан кейін пайда болған ақаудың толығымен жабылуына байланысты. Жақтың тұрақты қарысуына себепкер болатын ұрттың шырышты және шырышасты қабатында орналасқан жалпақ тыртықтарды төменгі, жоғарғы жақ ұяшық өсінділеріне бекіген жерінен кесіп толығымен ажыратады. Пайда болған жара бетін жұқа тері қиықтарымен жабады. Қиықтарды протезге бекітілген стенстен дайындалған төсеніштен көшіріп орналас-тырады немесе йодоформды білікті жара қуысына орналастырып жібек жіппен тігеді. Соңғы кезде ұрт ақауларын жабу, тыртықты контрактураны жою үшін Филатов сабақшасын кеңінен қолданады. Сабақшаны дайындаған соң оны ақау шетіне көшіреді де тыртықты кесіп алып, ауыз толық ашылған соң ақауды екі қабаттап жабады.

Тәжді өсіндімен бет сүйегі немесе оның доғасы және төменгі жақ сүйегінің бұтағымен жоғарғы жақ сүйегінің төмпешігі бітісуіне байланысты контрактура емі өте қиынға түседі. Мұндай контрактуралар оқпен жарақаттанғанда немесе нома, созылмалы остеомиелиттен кейін дамиды. Тәжді өсінді бет сүйегі немесе оның доғасымен бітіскен жағдайда тәжді өсіндіні кесіп алып тастайды. Төменгі жақ аймағында тілік жасағаннан соң меншікті бұлшықет жақ бұрышына бекітілген жерінен ажыратылып, жақ сүйегінің бұтағы жалаңашталады да тәжді өсінді остеотоммен алынады. Сонымен қатар, маңындағы тыртықтар қиылады. Ауыз ашылған соң шайнау тістерінің арасына резиналы кергіш қояды. Төменгі жақтың бұтағы, жоғарғы жақтың төмпешігі және бет сүйектері бітіскенде төменгі жақ бұтағының алдыңғы бөлігін кесіп алып тастайды. Ота жасау жолы тәжді өсіндіні кесіп алғандағыдай.

Тұжырым: Самай-төменгі жақ буынының жедел ағымды артриті кезінде науқастар жалпы жағдайының нашарлығымен қатар, құлағы мен самай буындарындағы қатты ауыру сезімге шағымданады. Ауызды ашу мен шайнаудың мүмкіндігі болмайды. Науқас тек сұйық тамақпен ғана қоректене алады. Буынның айналасындағы жұмсақ тіндер ұйыспа-инфильтраттанған, беткей терісі қызарған. Буын аймағын басқанда ауырады. Сыртқы дыбыс жолы тарылып, науқастың құлағы ауырлайды.

Дене қызуы жоғарылап, лейкоцитоз және ЭТЖ жылдамдайды. Көп

жағдайда процесс іріңдіктер түзілуімен аяқталады. Ол көбінесе сыртқы дыбыс жолына жарылады. Сыртқа құлақмаңы аймағына сирек тесіліп шығады. Самай-төменгі жақ буыны қабынуын жедел ағымды отиттен, үшкіл жүйкенің невралгиясынан ажырату керек. Ауыру сезімінің құлаққа, самайға тебуі әсерінен науқастар отоларинголог, невропатолог мамандарына қаралып, бұл науқастарға жиі дұрыс нақтама-диагноз қойылмайды. Қиналып тіс жаруда төменгі жақ бұтағының бойымен және тіс қатарымен өтетін ауыру сезімімен ажыратылады. Жақтың функциялық ерекшеліктеріне байланысты емдеу қиынға түседі. Себебі емдеу кезеңдерінде буынды ұзақ уақыт мүмкіндігінше қозғалтпай қоюға тура келеді. Артроздар артриттік өзгерістердің одан әрі асқынуларымен қатар, буынның нейродистрофикалық және эндокринопатиялық зақымдануларынан да дамиды. Ондай жағдайларға дұрыс жасалмаған тіс протездері мен шайнау бұлшықеттерінің өзгерістері де жатады. Остеоартроздың негізгі себебі, буынның шеміршекті тінінің төзімділігі мен түсірілген күштің сай келмеуі болып табылады. Осыған байланысты буынның тіндерінде инфекциясыз дегенеративті өзгеріс басталады.

Жалпы жансыздандыру-наркоз арқылы төменгі жақтың астынан бұрышын айналдыра жарты ай тәрізді тілік жасалады. Төменгі жақтың бұтағы мен анкилозданған самай-төменгі жақ буыны жалаңаштанады. Бұрынғы буынның орнына неғұрлым жақын жерден остеотомия жасалады. Остеотомиядан соң төменгі жақ бұтағының дистальды ұшы босаған соң самай сүйегінде буын шұңқыры жасалады. Төменгі жақ дұрыс орнына қойылады. Жасаған ақауға алдын ала дайындалған ситалл имплантант қойып, оны сыммен бекітеді. Буын қапшығын айналасындағы жұмсақ тіндермен қалыпқа келтіріледі.

Тапсырманы қайталауға арналған тестілік және жағдайлық (ситуациялық) сұрақтар:

1. Төменгі жақтың буын өсіндісі мен самай сүйегінің буын шұңқыры.....құрайды.
А) самай-төменгі жақ буынын
Б) иық буынын
В) жамбас буынын
Г) қол буынын
Д) тізе буынын
2. Қалыпты жағдайда самай-төменгі жақ буынының белгілі.
А) үш түрі
Б) екі түрі
В) бір түрі
Г) төрт түрі
Д) бес түрі
3. Тік тістесулерге сай келеді.
А) Тегіс буын.
Б) бұдыр буын.

В) жанама буын.

Г) ойық буын.

Д) көлденең буын.

4. Ртогнатиялық тістесуге сай келеді.

А) Аздап томпақ шұңқыр буын.

Б) жалпақ шұңқыр буын.

В) тік шұңқыр буын.

Г) көлбеу шұңқыр буын.

Д) жазық шұңқыр буын.

5. Терең күрек тістің тістесуіне сай келеді.

А) Томпақ шұңқырлығы қатты жетілген буын.

Б) жазық шұңқыр буын.

В) көлбеу шұңқыр буын.

Г) жұқа шұңқыр буын.

Д) қатты шұңқыр буын.

6. антиревматикалық комитетінің жіктеуіне байланысты артриттерді деп ажыратады.

А) инфекциялық, инфекциялық емес (дистрофиялық) және жарақатты

Б) инфекциялық емес және созылмалы, арнайы

В) инфекциялық, және жарақатты, жедел

Г) инфекциялық емес және жарақатты, оқ тиген

Д) инфекциялық, оқсыз, және созылмалы

7. Инфекциялық артриттер деп екіге бөлінеді.

А) арнайы емес және арнайы

Б) инфекциялық, және жарақатты, жедел

В) инфекциялық, оқсыз, және созылмалы

Г) инфекциялық емес және созылмалы, арнайы

Д) инфекциялық емес және жарақатты, оқ тиген

8. Инфекциялық емес артриттер (дистрофиялық және артроздар)

.....

деп бөлінеді.

А) зат алмасу дистрофиялық, жүйке-дистрофиялық, эндокринопатиялық және т. б,

Б) жүйке-дистрофиялық, жұқа шұңқыр буын.

В) эндокринопатиялық, жұқа шұңқыр буын.

Г) жүйке-дистрофиялық, көлбеу шұңқыр буын.

Д) эндокринопатиялық, көлбеу шұңқыр буын.

9. Жарақатты артриттер әсерінен болады.

А) созылмалы микрожарақаттардың немесе жедел жарақаттардың

Б) іріңді жарақаттардың немесе жедел жарақаттардың

В) созылмалы микрожарақаттардың немесе іріңді жарақаттардың

Г) фиброзды жарақаттардың немесе жедел жарақаттардың

Д) созылмалы микрожарақаттардың немесе фиброзды

жарақаттардың

10. Самай-төменгі жақ буынының арнайы емес инфекциялық артриттері деп бөлінеді.

- А) жедел ағымды, созылмалы
- Б) фиброзды жарақаттардың, жедел ағымды,
- В) созылмалы, фиброзды жарақаттардың,
- Г) фиброзды жарақаттардың, бұлшықеттердің жарақаттардың,
- Д) созылмалы, бұлшықеттердің жарақаттардың,

11. Туберкулездік артрит аурудың тарауынан дамиды.

- А) төменгі жақтың бұтағынан, ортаңғы құлақтан, самайдың жұмсақ тіндері мен сүйегінен
- Б) самайдың жұмсақ тіндері мен иық буыны
- В) төменгі жақтың бұтағынан мен тізе буыны
- Г) ортаңғы құлақтан және тобық аймағынан
- Д) фиброзды жарақаттардың және самайдың жұмсақ тіндері

12. Туберкулез қоздырушысының арқылы тарауы мүмкін.

- А) өкпеден, жоғарғы тыныс жолдарынан, қан мен лимфа жолдары
- Б) жоғарғы тыныс жолдарынан және жүрек аймағы
- В) қан мен бұлшықеттердің жарақаттардың,
- Г) лимфа жолдары, фиброзды жарақаттардың,
- Д) өкпеден, бұлшықеттердің жарақаттардың,

13. Гонореялық артрит самай-төменгі жақ буынында гонореяның өршіген кезеңінде дамиды.

- А) жедел немесе жеделдеу ағымында кейде созылмалы түрінің
- Б) кейде созылмалы түрінің, бұлшықеттердің жарақаттардың,
- В) жеделдеу ағымында, фиброзды жарақаттардың,
- Г) жедел немесе фиброзды жарақаттардың,
- Д) жеделдеу ағымында, бұлшықеттердің жарақаттардың,

14. Жедел және жеделдеу ағымдарының дамуы жолының тарылуымен көрінеді.

- А) жедел ауыру сезімдермен, буынның ісінуімен, сыртқы дыбыс
- Б) буынның ісінуімен, бұлшықеттердің жарақаттардың,
- В) жедел ауыру сезімдермен фиброзды жарақаттардың,
- Г) сыртқы дыбыс, бұлшықеттердің жарақаттардың,
- Д) жедел ауыру сезімдермен фиброзды жарақаттардың,

15. Аурудың ақыры шеміршек бетінің дамиды.

- А) дөрекі бұзылуларына әкеліп соғып, анкилоз
- Б) анкилоз, жақын айналадағы тіндердегі гуммалардан
- В) дөрекі бұзылуларына әкеліп соғып, шетінде ақау
- Г) анкилоз, ортасында деструкциялық ошақ
- Д) дөрекі бұзылуларына әкеліп соғып, мойын

16. Самай-төменгі жақ буынының арнайы артриті көбінесе дамиды.

- А) жақын айналадағы тіндердегі гуммалардан

Б) сыртқы дыбыс, бұлшықеттердің жарақаттардың,

В) дөрекі бұзылуларына әкеліп соғып, мойын

Г) анкилоз, ортасында деструкциялық ошақ

Д) дөрекі бұзылуларына әкеліп соғып, анкилоз

17. Рентгенограммада буын өсіндісімен төменгі жақтың байқалады.

А) ортасында деструкциялық ошақ, шетінде ақау

Б) жақын айналадағы тіндердегі гуммалардан

В) дөрекі бұзылуларына әкеліп соғып, мойын

Г) сыртқы дыбыс, бұлшықеттердің жарақаттардың,

Д) жедел немесе фиброзды жарақаттардың,

18. Самай-төменгі жақ буынында таралуынан дамиды.

А) мойын, бет актиномикоздарының асқынып буын қапшығына

Б) сыртқы дыбыс, бұлшықеттердің жарақаттардың,

В) ортасында деструкциялық ошақ, шетінде ақау

Г) дөрекі бұзылуларына әкеліп соғып, мойын

Д) жақын айналадағы тіндердегі гуммалардан

19. Бұл кезде буынмен бірге қозғалысы бірден шектеледі.

А) шайнау бұлшықеттері ауруға шалдығатындықтан жақ

Б) сыртқы дыбыс, бұлшықеттердің жарақаттардың,

В) жедел ауыру сезімдермен фиброзды жарақаттардың,

Г) мойын, бет актиномикоздарының

Д) жеделдеу ағымында, бұлшықеттердің жарақаттардың,

20. Жарақатты артриттер ағымына қарай болып бөлінеді.

А) жедел және созылмалы

Б) арнайы, жанама және созылмалы

В) арнайы емес және жеделдеу

Г) жеделдеу ағымында, бұлшықеттердің жарақаттардың,

Д) созылмалы және инфекциялық

21. Созылмалы жарақатты артрит әсерінен болады.

А) Көбінесе созылмалы майда жарақаттардың ұзақ уақыт

Б) жедел және созылмалы

В) арнайы еме және жеделдеу

Г) арнайы, жанама және созылмалы

Д) жеделдеу ағымында, бұлшықеттердің жарақаттардың,

22. Созылмалы жарақатты артритте ауыру сезіміне шағымдайды.

А) ауызды ашқанда және шайнау, сөйлеу кезінде үнемі үдей түсетін

Б) сөйлеу кезінде, жүгіргенді

В) ауызды ашқанда, ұйықтап жатқанда

Г) сөйлеу кезінде, көзін жұмғанда

Д) ауызды ашқанда, кірпіктері қимылдағанда

23. Артроздар артриттік өзгерістердің зақымдануларынан дамиды.

- А) одан әрі асқынуларымен қатар, буынның нейродистрофикалық және эндокринопатиялық
Б) буынның нейродистрофикалық, сөйлеу кезінде, көзін жұмғанда
В) одан әрі асқынуларымен қатар, арнайы еме және жеделдеу
Г) буынның нейродистрофикалық, арнайы еме және жеделдеу
Д) одан әрі асқынуларымен қатар, сөйлеу кезінде, көзін жұмғанда
24. Артроздар сай буын компоненттерінде деп бөлінеді.
А) склероздаушы және деформациялаушы артроздар
Б) деформациялаушы артроздар, сөйлеу кезінде, жүгіргенді
В) склероздаушы, сөйлеу кезінде, жүгіргенді
Г) деформациялаушы артроздар, ауызды ашқанда, ұйықтап жатқанда
Д) склероздаушы, ауызды ашқанда, ұйықтап жатқанда
25. Склероздаушы артроздар кезінде буынның байқалады.
А) сүйек кемігінің терең және беткей бөліктерінің склероздары
Б) беткей бөліктерінің склероздары, сөйлеу кезінде, жүгіргенді
В) сүйек кемігінің терең, сөйлеу кезінде, жүгіргенді
Г) беткей бөліктерінің склероздары, ауызды ашқанда,
Д) сүйек кемігінің терең, ұйықтап жатқанда
26. Деформациялаушы артроздар кезінде шығып кетеді.
А) төменгі жақтың буын өсіндісінде біз тәрізді сүйек өсінділері
Б) біз тәрізді сүйек өсінділері, ұйықтап жатқанда
В) төменгі жақтың буын өсіндісінде, ұйықтап жатқанда
Г) біз тәрізді сүйек өсінділері, ауызды ашқанда
Д) төменгі жақтың буын өсіндісінде, ауызды ашқанда
27. Анкилоз дегеніміз..... кететін самай-төменгі жақ буынының тұрақты деформациясы.
А) төменгі жақтың қозғалысы жартылай немесе түгелдей шектеліп, буын беттері фиброзды немесе сүйекті бітісіп
Б) төменгі жақтың қозғалысы, ұйықтап жатқанда
В) жартылай немесе түгелдей шектеліп, ұйықтап жатқанда
Г) буын беттері фиброзды, ұйықтап жатқанда
Д) сүйекті бітісіп, ұйықтап жатқанда
28. Самай-төменгі жақ буынының анкилоздарын туғызатын жатады.
А) инфекциялық аурулардың қатарына қызылша, дифтерия, сүзек, оспа, туберкулез, актиномикоз және жақтардың остеомиелиттері
Б) дифтерия, сүзек, пневмония, гепатит
В) инфекциялық аурулардың қатарына қызылша, остит
Г) оспа, туберкулез, миозит
Д) актиномикоз және жақтардың остеомиелиттері, бурсит
29. Микрогнатия дегеніміз деп аталады
А) төменгі жақтың денесі мен бұтағының қысқаруы.
Б) бұтағының қысқаруы, оспа, туберкулез, миозит

- В) төменгі жақтың денесі, оспа, туберкулез, миозит
- Г) бұтағының қысқаруы, дифтерия, сузек, пневмония, гепатит
- Д) төменгі жақтың денесі, дифтерия, сузек, пневмония, гепатит

30. Төменгі жақтың контрактурасы бет-жақ аймағының бұзылуы.

- А) патологиялық өзгерістері мен жұмсақ тіндердің пластикалық қасиетінің және самай-төменгі жақ буыны қызметінің
- Б) самай-төменгі жақ буыны қызметінің, оспа, туберкулез, миозит
- В) патологиялық өзгерістері мен оспа, туберкулез, миозит
- Г) самай-төменгі жақ буыны қызметінің, пневмония, гепатит
- Д) патологиялық өзгерістері мен пневмония, гепатит

ПАРАДОНТ АУРУЛАРЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН ЕМДЕУ

Парадонт ауруларын кешенді емдеу әдістерінің ішінде хирургиялық әдіс басты орын алады. Сондықтан үстіміздегі ғасырдың 60-80 жылдарынан парадонтитті хирургиялық жолмен емдеу кеңінен қолданылып келеді. Хирургиялық әдіс қызыл иектегі орнына келтіру, тіс-иек, тіс-сүйек қалталарын жойып, осы қалталардан аққан іріңді тоқтату үшін және жақ сүйектің қырын орнына келтіріп, тістердің тіс ұясында қозғалмауы үшін қолданылады. Дер кезінде жасалған отаның нәтижесі жақсы әрі ұзаққа созылады. Терапиялық әдістермен емдеуден кейін кілегей қабықтың тіс қалталарына қараған бетінде ойдым-ойдым қабынған жерлер қалады. Оларды тек хирургиялық әдіспен ғана жоюға болады.

Хирургиялық емді қолданар алдында жақ сүйек қырының анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктеріне назар аудару керек: қызыл иекте жұмсақ ет аз, жақ қыры бұзылып төмендеген, ал тіс ұясы мен ұялар арасындағы сүйектер де жұқа тін, осыған байланысты тіс босап, қан айналысы бұзылады. Тіс-иек, тіс-сүйек қалталары неше түрлі микробтармен, ас қалдықтарымен зақымданып, адам көбіне жүрек, өкпе, бүйрек ауруларымен ауырады. Осы айтылғандарды ескере отырып, дәрігерлер науқасты отаға жан-жақты даярлайды.

Науқасты отаға дайындау жұмысы мыналардан тұрады:

1. Науқас адам міндетті түрде терапевттің кеңесінен өтуі қажет. Ал керек болған жағдайда басқа мамандармен кеңесіп, олардың қорытындысын дайындық жоспарына енгізеді.

2. Стоматолог-терапевт, стоматолог-ортопед кеңестері мен терапевт мамандардың емдеу жоспары, сондай-ақ стоматолог-хирург жоспары бірін-бірі толықтыруы тиіс.

3. Хирургиялық әдіс ауыз қуысын толық тазалағаннан (санациядан) кейін қолданылады. Ол үшін: а) кариес пен пародонтит болған тістерді емдеп, жақсы бітеме-пломба қойылуы; б) қызыл иек-тіс, тіс-сүйек қалталарын тазалап, тіс түбірінің үстіңгі және астыңғы қабатында пайда болған тастардан тазартып, антисептиктермен жуылуы; в) тіс түбірін, және III, IV дәрежелі қозғалатын тістерді алу; г) барлық терапевтік әдістерді қолдана отырып ауыздың уылуын жою керек.

4. Жоқ тістердің орнын иммедиат (алмалы-салмалы) протезбен толтырып, қатты қозғалатын тістерге шина протез жасау қажет.

5. Аурудың түнгі ұйқысының тыныш болуын қадағалап, қажет болса ұйықтататын дәрі беру керек.

Ота алдында бір сағат бұрын қобалжуды басатын әдістер (премедикация) қолданған жөн. Ол үшін кіші транквилизаторлар: андаксин, триоксазин, седуксен қолданған дұрыс.

Ота жасарда оның көлеміне, ауыр-жеңілдігіне қарай жансыздандыру

әдісін белгілейді. Әдетте, ауырған жерді жансыздандыруға 2% новокаин, 2% тримикаин, 1% лидокаин, ал кей жағдайда жалпы жансыздандыру-наркоз қолданылады.

Қазіргі хирургиялық әдістерді үлкен үш топқа бөлуге болады.

I. Ол қызыл иек (гингивальная) хирургиясы;

1. Тіс-иек, тіс-сүйек қалталарын қасықшамен тазалау (кюретаж);
2. Қызыл иекті тілу (гингивотомия);
3. Қызыл иекті сылып тастау (гингивэктомия);

II. Қызыл иек кілегей қабығының (мукогингивальная) хирургиясы;

1. Ауыздықты тілу (френулотомия);
2. Ауыздықты сылып алу (френулоэктомия);
3. Ауыздың кіреберісін жасау (формирования полости рта);

III. Жамау оталары:

1. Қызыл иек кенересін кілегей қабықпен көмкеру;
2. Парадонтты орнына келтіру үшін жасалатын құрақ (жамау) оталары.

Қызыл иек (гингивальная) хирургиясы. Тіс-иек, тіс-сүйек қалталарын қасықшамен тазалау (кюретаж).

Тіс-иек, тіс-сүйек қалталарын қасықшамен тазалау қалта тереңдігі 4 мм-ден асқанда қолданылады. Бұл отаны жасайтын арнаулы аспаптар кешені-комплексі медицина заводтарында дайындалады.

Аспаптар құрамына имек ілгіш, көтергіш, астауша (кюретки), түрпі, бұрышты көтергіш тәрізді аспаптар кіреді.

Отаның негізгі мақсаты — патологиялық қызыл иек және тіс-сүйек қалталарын жою. Мұны орындау үшін біріншіден, қызыл иектің үстіңгі және астыңғы жағында жиналған іріңді тұнбаларды қалдырмай алып тастап, екіншіден — бұзылған тіске жиналған тастарды (қақты), жұмсақ түйір еттерді, қызыл иек және тіс-сүйек қалталарына қарай өскен эпителийдің өскінін алып тастау керек (98-сурет). Сонда отадан кейін жарақатты таза ет пен сүйек қана қалады. Сөйтіп, бұл араларға қан келіп, ол ұйығаннан кейін қатты етке айналады да, тіс цементімен біргіп қалталар жоғалады. Алайда мұндай отаны қабыну процессі асқынғанда жасауға болмайды. В. Е. Крешкина 1973 жылы бұл отаның басты негізгі төрт принципін атады. Олар:

1. Ота жасалатын жерді жансыздандыру;
2. 2-3 тіс қалталарын ғана тазалау;
3. Сау ет пен сүйекке аса ұқыпты болып, оларды сақтай білу;
4. Таза сау тіс қалталарына толған қанды іріңді түрлі биологиялық дәрі-дәрмектермен залалсыздандыру.

Бұл отаның мынадай артықшылықтары бар:

а) онай, б) жеңіл, в) аспаптар жеткілікті; г) аурудан тез арада жазылуға болады.

Қызыл иекті сылу (гингивотомия). Бұл отада қызыл иек қалтасын

кесіп алып, тіс айналасын қасықшамен тазалайды. Отаны мынадай көрсеткіштер бар кезде жасайды: а) тар және терең, біржақты тіс қалтасы болғанда; б) дара, 1-2 тістің парадонтальды іріңді тіс-иек қалталары болғанда. Отаны мына жағдайда жасауға болмайды: кең және терең тіс-иек және тіс-сүйек қалталары болғанда.

Ота жасау әдісі. Тиісті әдістер арқылы ота жасайтын жерді жансыздандырғаннан кейін, тіс өсімен параллельді қызыл иек қалтасын түбіне дейін кеседі. Осыдан кейін сүйек тазалайтын қасықшамен толған грануляцияны — тіс іріңдерін өте ұқыпты түрде тазалау керек. Қалта орнын антисептиктермен жуған соң, кесілген қызыл иекті кетгут жібімен тігеді. Тігісті қорғаныш-байлағышпен қорғайды.

Бұл отаның кемшілігі: а) ота жасаған жер жақсы көрінбейді; б) қызыл иек еттері отадан кейін жетіліп, дұрыс жазылмайды.

Қызыл иекті кесіп алып тастау (гингивоэктомия). Бұл отаның негізгі мақсаты — қызыл иек қалталарын кесіп тастаумен қатар, қасықшамен тіс айналасын тазалау. **Отаның екі түрі бар.** Ол: қызыл иекті жеңіл кесіп алу және қызыл иекті түбімен кесу.

Жеңіл кесу — тіс-иек қалтасының екі жағынан түбіне дейін кесіп, қызыл иектің іріңді етін алып тастауға арналған ота. Қалталардың тереңдігі бірдей еместігіне байланысты кесу жолы түзу емес, толқын тәріздес болады. Ота жасалатын жерді тиісті әдіспен жансыздандырғаннан кейін, қалталардың екі жағынан түбіне дейін және иектің қызыл іріңді етін кесіп алып тастайды. Тіс-сүйекке және тіс-сүйек қалталарына «соқыр» қыру-кюретаж жасалады. Оның себебі, бұл отада тек тіс-иек қалталары ғана кесіліп алынады. Отаны қорғаныш-таңғыш салумен бітіреді (56-сурет).



Сурет-98.

Патологиялық қалтаға қыру-кюретаж жасау отасы (жоба)

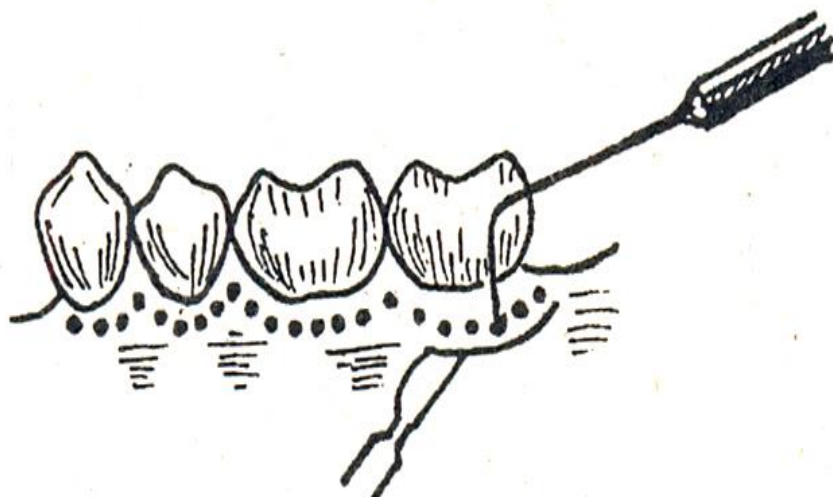
Бұл отаның кемшілігі де өткен екі отадағыдай, бірақ артықшылығы — тіс-иек қалтасын бірден жояды.

Қызыл иекті түбімен сылып тастау. Бұл тәріздес оталардың негізгі

мақсаты — тіс-иек, тіс сүйек қалталарын алып тастау және жақ қыры басының тігінен кемуін көлденеңінен кемуге айналдыру.

Жасалу әдісі: ота жасалатын жерді жансыздандырғаннан кейін, тіс өсіне параллель екі тілік тіледі. Бірі-ота жасалатын орынның алдыңғы, екіншісі артқы шекарасынан жасалады. Кесу тереңдігі тіс қалталарының түбіне дейін жетеді. Осыдан соң кесілген жердің төменгі жағын көлденеңінен кесіп қосады. Содан кейін қызыл иектің кілегей қабығын алады. Барлық қалталардың іші-сыртын тазалап, жақ қырының басын бор машинамен алып, тігінен семуді көлденең семуге айналдырады. Отаны қорғаныш-таңғыш салумен бітіреді. Бұл отаның кемшілігі-отадан кейін тістердің мойны ақсиып көрініп, адам сөйлегенде, ас жегенде көзге түсетін косметикалық кемшілік пайда болады.

Ауыздың кілегей қабық құрағын пайдаланып жасайтын операциялар.



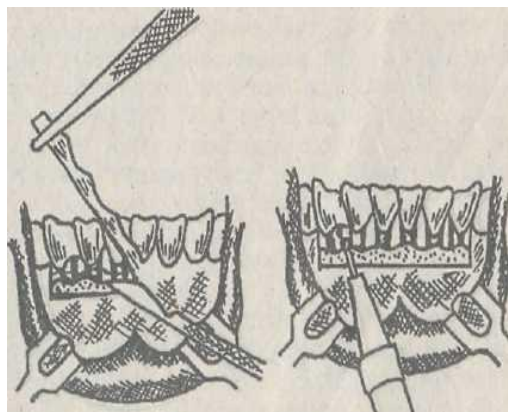
Сурет-99. Қарапайым гингивэктомия (жоба)

Бұл оталар қызыл иек және тіс-сүйек қалталарын жою үшін, қызыл иек ернеулерін толтырып көмкеру үшін, бұзылған жақ-сүйектің анатомиялық құрылыс өзгерісін қалпына келтіру үшін жасалады. Кілегей қабықтың құрағы (жамауы) екі түрлі болады.

1. Жай құрақ (жамау) — отадан кейін өз орнына қойылады.

2. Жылжымалы құрақ (жамау) — ота кезінде өз орнын алынып жаңа орынға жапсырылады. Біріншісі Цешинский-Видман-Нейман әдісі деп аталады. Бұл отаны бір-бірімен байланыссыз Цешинский 1914 жылы, Видман 1918 жылы, ал Нейман 1929 жылы жасап, баспа сөзде жариялаған. Ота мына жағдайларда жасалады.

Парадонттың қабынуы сүйек және қызыл иек қалталары мен жақ қырының тік семуімен қосылғанда, тіс қозғалуының I-II дәрежесінде, қызыл иектің кемуінде. Ота жасалатын жерді жансыздандырғаннан кейін, тіс өсіне қандауырмен параллель екі тілік жүргізеді.



Сурет-100. Радикалды гингивэктомия

Оның бірінде ота жасалатын жердің алдыңғы, екіншісінде, артқы жағынан, қызыл иектің басынан бастап, жақ қырының кілегей қабығы қосылатын жерге дейін кеседі. Осыдан кейін қызыл иек ернеуін 2 мм-дей кесіп алады. Өткір көтергіш арқылы кілегей қабық пен сүйек үстін төмен немесе жоғары қарай сүйектен ажыратады. Осылайша кілегей қабық құрағын (жамауын) құрайды. Осыдан кейін тіс шөгінділері, грануляциялық тіндер алынады. Тіс түбірін және жақ қырының басын бормашинамен жонады. Кілегей қабық құрағының ішкі эпителийін міндетті түрде алып тастау керек. Алмаған жағдайда құрақ (жамау) тіс түбірі мен жақ қырына жабыспайды.

Құрақ жамалғаннан кейін, жараланған әр тістердің арасын полиамид жібімен тігеді. Тігіске салған жіпті 6-7 күннен кейін алып тастайды.

Бұл әдістердің басқаларға қарағанда мынадай артықшылығы бар: а) тістің иек және сүйек қалталары жақсы көрінетіндіктен тазалау оңай болады; б) отадан кейінгі жара көп жағдайда жақсы бітеді, тіс түбірлері және жақ қырлары қызыл иек еті болмаған соң жалаңаштанып қалады. Сондықтан, бұл әдіс клиникада көп қолданылмайды. Жоғарыда айтылған әдістердің ортақ кемшіліктері – тіс түбірінің босауына байланысты тіске суық, ыстық тигізбейді және косметикалық жағынан алғанда қолайсыз көрініске әкеліп соқтырады.

В. П. Русанов әдісі бойынша остеогингивопластика отасы.

Отаға трансплантант ретінде минералды заттан айырылған формалин-денген сүйек матриксі қолданылады.

Ол 18-50 жастағы жедел мерт болған адамдардан 12 сағат ішінде дайындалады, яғни сүйек суық сумен жуылып 1,2% қалыпты тұз қышқылы ерітіндісіне салынады да 5 тәулік бойы 2-4°C температурада деминерализацияланады. Бұл процесс біткенін сүйекті инемен шаншып немесе иіп тексереді. Дайын болған сүйек иілгіш келеді, түйінге байланады. Сүйек материалын 1-1,5 сағат ішінде салқын жерде салқын ағын сумен жуады, ал қалған қышқыл қалдықтарын жою үшін сүйекті 1,5 сағатқа 10-15% натрий тиосульфатының немесе 3-5% ас содасы

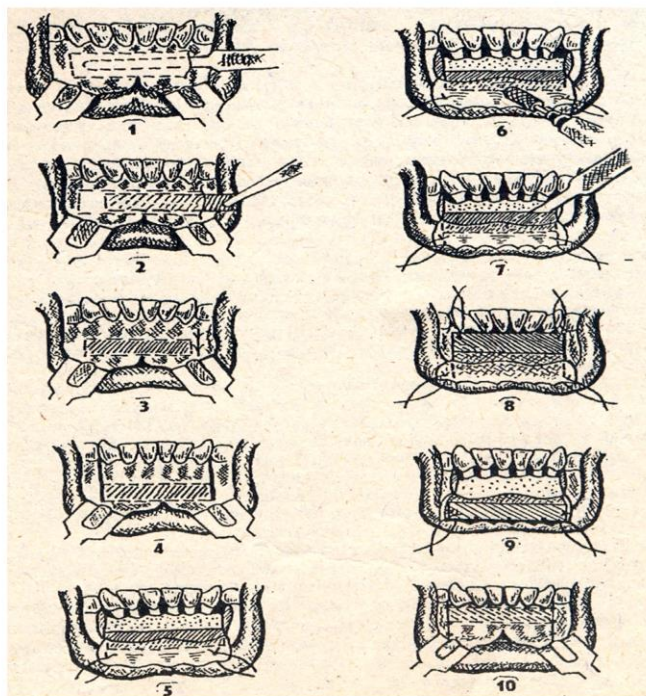
ерітіндісіне салып қояды. Сүйектің консервациясы мен залалдануы 0,25% бейтарап формалин ерітіндісіне гентамицин қосылып жүргізіледі.

Бұл ерітіндіде 7 тәулік сақталып, 3 ай қолдануға болады.

Остеогингивопластика отасы 2% тримикаин немесе лидокаин ерітінділерімен алдын ала премедикация жасаумен іске асырылады.

Бұзылған парадонт аймағында көлденең бағытта кілегей қабықты тіліп, қашаумен сүйек сырты-кілегей қабық қиындысы таңдай және вестибулярлық бетінен сүйектен ажыратылады. Одан әрі иекасты шөгінділері, грануляциялық тіндер тазаланады. Жалаңашталған тіс түбірлерінің цементі ағаш тегістегішпен тегістеледі де оталық алаң антисептик ерітінділерімен жуылады.

Жоғарыдағы әдіспен даярланған сүйек матриксі реципиент сүйегімен жанасқанға дейін және сүйек ақауынан 1 см артық көлемде өлшеніп кесіледі де, әрбір 1 мм сайын бордың көмегімен тесіледі. Пайда болған жара-қаттың шеті 0,5 см-ден туннель ретінде тереңдетіліп парадонт тініне матриксті отырғызады. Сүйек матриксін дайындағанда төменгі заттар мына қатынаста алынады: гидроксипатит - 60; фибриноген- 10; қан сарысуы -30. Ол матрикстің сүйекке бекуін қамтамасыз етеді. Егер қалған сүйек қалталары болса олар сүйек матриксінің ұнтағымен, гидроксипатитпен толтырылады. Сүйек сырты кілегей қабық қиындысы орнына қойылып әрбір тіс арасынан капрон жіппен тігіледі. (101-сурет).



Сурет-101. В.П.Русанов әдісінің кезеңдері

Отадан соң науқасқа жеңіл диета, ауыз қуысының тазалығын

сақтау тәртібі-режимі тағайындалып, жалпы әлдендіргіш, лазерлі ем бекітіледі.

Тұжырым: Хирургиялық әдіс қызыл иектегі орнына келтіру, тіс-иек, тіс-сүйек қалталарын жойып, осы қалталардан аққан іріңді тоқтату үшін және жақ сүйектің қырын орнына келтіріп, тістердің тіс ұясында қозғалмауы үшін қолданылады. Дер кезінде жасалған отаның нәтижесі жақсы әрі ұзаққа созылады.

Отаның негізгі мақсаты — патологиялық қызыл иек және тіс-сүйек қалталарын жою. Мұны орындау үшін біріншіден, қызыл иектің үстіңгі және астыңғы жағында жиналған іріңді тұнбаларды қалдырмай алып тастап, екіншіден — бұзылған тіске жиналған тастарды (қақты), жұмсақ түйір еттерді, қызыл иек және тіс-сүйек қалталарына қарай өскен эпителийдің өскінін алып тастау керек. Сонда отадан кейін жарақатты таза ет пен сүйек қана қалады. Сөйтіп, бұл араларға қан келіп, ол ұйығаннан кейін қатты етке айналады да, тіс цементімен біргіп қалталар жоғалады. Алайда мұндай отаны қабыну процессі асқынғанда жасауға болмайды.

Хирургиялық емді қолданар алдында жақ сүйек қырының анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктеріне назар аудару керек: қызыл иекте жұмсақ ет аз, жақ қыры бұзылып төмендеген, ал тіс ұясы мен ұялар арасындағы сүйектер де жұқа тін, осыған байланысты тіс босап, қан айналысы бұзылады. Тіс-иек, тіс-сүйек қалталары неше түрлі микробтармен, ас қалдықтарымен зақымданып, адам көбіне жүрек, өкпе, бүйрек ауруларымен ауырады. Осы айтылғандарды ескере отырып, дәрігерлер науқасты отаға жан-жақты даярлайды.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Қазіргі хирургиялық әдістерді үлкен бөлуге болады.

- А) үш топқа
- Б) төрт топқа
- В) бес топқа
- Г) сегіз топқа
- Д) он екі топқа

2. Аспаптар құрамына бұрышты көтергіш тәрізді аспаптар кіреді.

- А) имек ілгіш, көтергіш, астауша (кюретки), түрпі,
- Б) имек ілгіш, Пьена қысқышы, әр түрлі қысқыштар
- В) көтергіш, сабы бар Лимберг ілмегі
- Г) астауша (кюретки), Рудько аспабы
- Д) түрпі, Збаржа аспабы

3. Отаның негізгі мақсаты жою.

- А) патологиялық қызыл иек және тіс-сүйек қалталарын
- Б) тіс-сүйек қалталарын, астауша (кюретки), Рудько аспабы
- В) патологиялық қызыл иек, көтергіш, сабы бар Лимберг ілмегі
- Г) тіс-сүйек қалталарын, имек ілгіш, Пьена қысқышы,

- Д) патологиялық қызыл иек, астауша (кюретки), Рудько аспабы
4. В. Е. Крешкина 1973 жылы бұл отаның басты принципін атады.
- А) негізгі төрт
 - Б) негізгі үш
 - В) негізгі бес
 - Г) негізгі жеті
 - Д) негізгі тоғыз
5. Бұл отаның мынадай артықшылықтары бар:
- А) оңай, жеңіл, аспаптар жеткілікті; аурудан тез арада жазылуға болады.
 - Б) оңай, қан кету, асқынулар көп болады
 - В) жеңіл, созылмалы қасиетке ие
 - Г) аспаптар жеткілікті, гингивит, пародонтоз дами бастайды
 - Д) аурудан тез арада жазылуға болады, қан кету, асқынулар көп болады
6. Қызыл иекті сылу (гингивотомия) отасы дегеніміз
- А) қызыл иек қалтасын кесіп алып, тіс айналасын қасықшамен тазалайды.
 - Б) тіс айналасын қасықшамен тазалайды, зат алмасуды жақсарту үшін.
 - В) қызыл иек қалтасын кесіп алып, зат алмасуды жақсарту үшін.
 - Г) тіс айналасын қасықшамен тазалайды, тыныс алуды жақсарту үшін
 - Д) қызыл иек қалтасын кесіп алып, тыныс алуды жақсарту үшін
7. Қызыл иекті кесіп алып тастау (гингивэктомия) отасы дегеніміз
- А) қызыл иек қалталарын кесіп тастаумен қатар, қасықшамен тіс айналасын тазалау.
 - Б) қасықшамен тіс айналасын тазалау, элеватор мен жұлу.
 - В) қызыл иек қалталарын кесіп тастаумен қатар, элеватор мен жұлу.
 - Г) қасықшамен тіс айналасын тазалау, Лимберг ілмегін пайдалану.
 - Д) қызыл иек қалталарын кесіп тастаумен қатар, тігу әдісін
8. Қызыл иекті түбімен сылып тастау отасы дегеніміз
- А) тіс-иек, тіс сүйек қалталарын алып тастау және жақ қыры басының тігінен кемуін көлденеңінен кемуге айналдыру.
 - Б) жақ қыры басының тігінен кемуін, көлбеу тілік
 - В) тіс-иек, тіс сүйек қалталарын алып тастау көлбеу тілік
 - Г) көлденеңінен кемуге айналдыру, тік тілік.
 - Д) тіс-иек, тіс сүйек қалталарын алып тастау тік тілік.
9. Қызыл иек (гингивальная) отасы дегеніміз
- А) тіс-иек, тіс-сүйек қалталарын қасықшамен тазалау (кюретаж).
 - Б) тіс-сүйек қалталарын қасықшамен тазалау, сүңгімен өлшеу

- В) тіс-иек, сүңгімен өлшеу
Г) тіс-сүйек қалталарын қасықшамен тазалау, балғамен қағып көру
Д) тіс-иек, балғамен қағып көру
10. Тіс-иек, тіс-сүйек қалталарын қасықшамен тазалау қалта тереңдігі
..... асқанда қолданылады.
А) 4 мм-ден
Б) 7 мм-ден
В) 8 мм-ден
Г) 9 мм-ден
Д) 12 мм-ден
11. Қызыл иекті кесіп алып тастау (гингивоэктомия) түрі бар
А) Отаның екі
Б) Отаның үш
В) Отаның төрт
Г) Отаның бес
Д) Отаның жеті
12. Жеңіл кесу алып тастауға арналған ота.
А) тіс-иек қалтасының екі жағынан түбіне дейін кесіп, қызыл иектің іріңді етін
Б) түбіне дейін кесіп, қалпына келтіру
В) тіс-иек қалтасының екі жағынан, қан ағуды тоқтату.
Г) қызыл иектің іріңді етін, қан ағуды тоқтату.
Д) тіс-иек қалтасының екі жағынан, зат алмасу
13. Қызыл иекті түбімен сылып тастау...көлденеңінен кемуге айналдыру.
А) тіс-иек, тіс сүйек қалталарын алып тастау және жақ қыры басының тігінен кемуін
Б) түбіне дейін кесіп, қалпына келтіру
В) қызыл иектің іріңді етін, қан ағуды тоқтату.
Г) тіс-иек қалтасының екі жағынан, зат алмасу
Д) тіс-иек қалтасының екі жағынан, қан ағуды тоқтату.
14. Кілегей қабықтың құрағы (жамауы) болады.
А) екі түрлі
Б) үш түрлі
В) төрт түрлі
Г) бес түрлі
Д) жеті түрлі
15. Жай құрақ (жамау) дегеніміз.....қойылады.
А) отадан кейін өз орнына
Б) қан ағуды тоқтату.
В) зат алмасу
Г) қалпына келтіру
Д) тісті жұлуға дайындау

16. Жылжымалы құрақ (жамау) ота жапсырылады.
А) кезінде өз орнын алынып жаңа орынға
Б) тісті жұлуға дайындау
В) 7 тәулік
Г) зат алмасу
Д) қан ағуды тоқтату.
17. Жай құрақ (жамау) отасы әдісі деп аталады.
А) Цешинский-Видман-Нейман
Б) Кенбаев-Шалабаев
В) Шораев-Құрақбаев
Г) Дюсупов-Сағатбаев
Д) Жартыбаев-Төлеуов
18. В. П. Русанов әдісі бойынша остеогингивопластика отасында негізгі трансплантант ретінде..... қолданады.
А) минералды заттан айырылған формалинденген сүйек матриксі
Б) металл
В) пластмасса
Г) биологиялық заттар
Д) бейорганикалық заттар
19. Ерітіндіде сақталу мерзімі тәулік
А) 7 тәулік
Б) 5 тәулік
В) 10 тәулік
Г) 15 тәулік
Д) 21 тәулік
20. ай мерзімде қолдануға болады.
А) 3 ай
Б) 5 ай
В) 7 ай
Г) 9 ай
Д) 11 ай
21. Сүйек матриксін дайындағанда төменгі заттар мына қатынаста алынады:
А) гидроксилапатит - 60; фибриноген- 10; қан сарысуы -30.
Б) фибриноген- 10; лимфоцит-20; моноцит-30.
В) гидроксилапатит - 60; эритроцит-10; гемоглбин-15.
Г) қан сарысуы -30. ЭТЖ-10мм/сек; лейкоцит-25.
Д) гидроксилапатит - 60; лимфоцит-15; лейкоцит-30.
22. Жеңіл кесу ота соқыр қыру- кюретаж жасалады.
А) тіс-сүйекке және тіс-сүйек қалталарына
Б) тіс-сүйек қалталарына, шеміршек
В) тіс-сүйекке, бұлшықеттер
Г) тіс-сүйек қалталарына, металл
Д) тіс-сүйекке, пластмасса

23. Отаның мынадай артықшылықтары бар:

- А) оңай, жеңіл, аспаптар жеткілікті, аурудан тез арада жазылуға болады
- Б) оңай, жеңіл, тіс-сүйекке, пластмасса
- В) аспаптар жеткілікті, тіс-сүйек қалталарына, металл
- Г) аурудан тез арада, тіс-сүйекке, пластмасса
- Д) тіс-сүйекке, бұлшықеттер тез арада жазылуға болады

24. Бұл оталар үшін жасалады.

- А) қызыл иек және тіс-сүйек қалталарын жою үшін, пластмасса
- Б) тіс-сүйек қалталарын жою үшін, тіс-сүйекке, пластмасса
- В) қызыл иек, тіс-сүйек қалталарына, металл
- Г) тіс-сүйек қалталарын жою үшін, металл
- Д) қызыл иек, тіс-сүйекке, пластмасса

25. Аталған оталар өзгерісін қалпына келтіру үшін жасалады.

- А) қызыл иек ернеулерін толтырып көмкеру үшін, бұзылған жақ-сүйектің анатомиялық құрылыс
- Б) бұзылған жақсүйектің анатомиялық құрылыс, металл
- В) қызыл иек ернеулерін толтырып көмкеру үшін, пластмасса
- Г) бұзылған жақсүйектің анатомиялық құрылыс, гипс
- Д) қызыл иек ернеулерін толтырып көмкеру үшін, стомальгин

XVIII ТАРАУ ТІСТІК ИМПЛАНТАЦИЯ

Тістік имплантация - өте күрделі және аса тез қарқынмен дамып келе жатқан стоматологиялық пән болып саналады. Бұған куә есебінде мысал келтірсек, тістік имплантаттар біздің эрамызға дейінгі кезеңдерде де қолданғанын археологиялық қазбалар нақ дәлелдеп есебінде көрсетіп отыр. Олардың мәліметтеріне сүйене отырып, тістік имплантаттарды Мысырда, Грецияда, Этрустар, Қытай, Индия және Араб елдерінде тістік трансплантация, ал Орталық және Оңтүстік Америкада тәжірибе ретінде бос қалған тіс ұяшықтарын әртүлі имплантаттар мен толтырып отырған. Стоматологиялық (тістік) имплантология заманауи медицинаның ең жетік меңгерілген жобалардың өзектісі болып саналады. Бұл жоба XX ғасырдың ортасында кішігірім пән мамандығы есебінде дүниеге келді. Бірақ өзінің ғылыми тұрғыдан көп зерттелуі керек екендігін және оның көкейкесті мәселелерін ғылыми тұрғыдан зерттеулер нәтижесінде қарқынды өсу дәуірінде екендігін аңғартуда. Имплантаттарды қолдану арқылы стоматологиялық ем жүргізу мамандар және науқастар жағынан үлкен қызығушылықтар туғызуда.

Алғаш рет имплантатты Россия Федерациясында қолданған ғалым атақты Н.В. Склифосовский клиникасының дәрігері, Мәскеу Университетінің тіс емдеу бойынша доценті, медицина докторы Н.Н. Знаменскийді атауға болады. Осы сала бойынша ол 18 жыл қызмет атқарады және көптеген жаңа жаңалықтар ашты. **«Имплантат», «Имплантация»** - деген медициналық атауларды Н.Н. Знаменский енгізді және қазіргі заман медицинасында кеңінен қолданылып келуде.

Н.Н. Знаменский бірінші тәжірибесін 1890 жылы қараша айының 27-ші жұлдызында өткізді. Ол имплантат есебінде фарфор мен каучукті қолданып тіс қатарын толықтырды. Өкінішке орай, ол кісі-ғалым ретінде өзінен кейін шәкірт қалдыра алмады және өз мектебін аша алмады.

Сонымен тістік имплантацияның бірінші толқыны өз дамуын тоқтатты.

XX ғасырдың 50-ші жылдарына дейін тістік имплантация туралы андасанда еске алынып жүрді. Тістік имплантацияның дамуындағы екінші толқыны Э.Я. Варестің ғылыми еңбектері арқылы өз дамуын жалғастыра бастады.

Э.Я. Варес тістік имплантация туралы диссертациясында жеткен жетістіктерге талдау жасап, тістік имплантацияның өміршендігін дәлелдеп берді. Ал бірақ, 1958 жылы Кеңестер Одағының Денсаулықты сақтау Министрлігі бұйрық шығарды. Бұл бұйрық бойынша Кеңестер Одағында тістік имплантацияны қолдануға тыйым салынды. Осы бұйрықтың кесірінен Кеңестер Одағының стоматология (имплантология) саласы Дүние жүзі стоматология (имплантология) саласының жетістіктерінен шамамен 40-жылдай арта қалды.

1964 жылы Леонард Линков тесігі бар табақшалы имплантатын

ұсынып, тәжірибеге және емханада қолдану үшін енгізді. Сөйтіп Л. Линков 1-сатыдан тұратын фиброостеоинтегрлік имплантаттарды қолданудың негізін қалаушы есебінде тарихта қалды. Пер-Ингвар Бранемарк 1965 жылы жаңа тұжырымдамасын алға тартты. Шведтердің Ұлттық имплантологтар мектебі 2-сатыдан тұратын остеоинтегрлік тұжырымдамасын жасап, негізін қалады және 1978 жылы өте жақсы нәтижелердің арқасында қалыпты жағдайға қол жеткізді.

Дамудың үшінші толқынына бірінші кезекте Кеңестер Одағында Отандық имплантологтардан Каунас қаласынан профессорлар С.П. Чепулис, О.Н.Суров, А.С. Черникистерді жатқызуға болады. Олар Кеңестер Одағында 1979 жылы имплантаттар мен оған керекті құрал-жабдықтарды дайындау кезеңдерін зерттеу жұмыстарымен бірге кең көлемде ғылыми және тәжіри-белік жұмыстарын жүргізе бастады. Осындай қажырлы еңбектердің арқасын-да 1981 жылы ғана клиникалық тәжірибелік зерттеу жұмыстарын сәттілікпен жүргізіп, алғашқы имплантаттарын жасауға қол жеткізді. Олар титаннан жас-алған имплантаттарды қолданып жақсы нәтижелерге қол жеткізіп, ал 1983 жылы тістік имплантация және тіс салу зерттеу-экспериментальды зертхана-сын ашу мәртебесіне ие болды. Бірақта профессор С.П. Чепулис көптеген медицина саласын басқаратын шенеуліктер жағынан қыспаққа алынып, кедергілерге душар болады, соңында көптеген мақала және науқастардың алғыс хаттарының, зертханалық нақты да анық дәлелдемелердің арқасында тістік имплантацияға деген өзінің көзқарасын өзгертпей аса басымдылықпен жеңіске жетті. Сонымен жылдар өтті, 1986 жылдың 4-ші наурызында Кеңестер Одағының Денсаулықты сақтау Министрлігінің көптен күткен №310 бұйрығы жарық көрді. Бұл имплантолог дәрігерлердің толық жеңісі еді. Қайта даму кезеңі басталды. «Ортопедиялық емдеу тәжірибесінде тістік имплантацияны енгізу және қолдану әдістері», деп аталып, тістік имплантацияның өсіп өркендеуіне үлкен де жарқын жол ашты. Осы бұйрықтан 2 ай кейін Орталық Ғылыми-зерттеу Стоматология Институтын-да тістік имплантология бөлімі ашылды, оны басшысы болып А.И. Матвеева тағайындалды. Орта Азия және Қазақстанда бірінші болып, Өзбекистан Респуликасында Коканд қаласында медицина ғылымдарының кандидаты, Қытай Халық Республикасының құрметті профессоры, Өзбекистан Респулика Денсаулық сақтау саласының үздігі Бахтияр Мансуров тістік имплантология орталығын ашты. Ал 1992 жылдың сәуір айының 20 жұлдызында Россия Федерациясы тістік имплантология бірлестігінің құрылтайы өтті, ал 1994 жылы Мәскеу Медициналық Стоматология Институтында жаңа хирургиялық стоматология және имплантология кафедрасы ашылды. Кейінгі 15-20 жылда тістік имплантация саласы бойынша көптеген диссертациялар мен ғылыми еңбектер, кітаптар, жеке кітаптар жарық көрді. Ғалымдар тістік имплантация саласы бойынша патенттік куәліктерге ие болды. Россия Федерациясында Отандық

имплантологияның дамуына 80-ші және 90-шы жылдары төмендегі дәрігер-профессорлар өзінің үлкен үлестерін қосты. Олар: А.С. Черникис, В.А. Воробьев, Б.П. Марков, В.В. Лось, Э.Г. Амрахов, И.В. Балуда, С.П.

Чепулис, М.З. Миргазизов, Т.Г. Робустова, В.Н. Олесова, А.А. Кулаков және т.б. Бұл ғалымдардың ғылыми еңбектерінде тістік имплантология мәселелері, тістік имплантация жасауға болатын және болмайтын жағдайлар, тістік имплантация жасауға көрсет-кіштер мен қарама-қарсы көрсеткіштер мен қатар тістік имплантацияның болжамдары, имплантат жасалатын керекті заттар көкейкесті шешімін толық таппаған мәселелер ретінде көтерілді.

Біздің елімізде Тәуелсіз Қазақстанда тістік имплантацияны бірінші болып Республикалық Ғылыми Клиникалық Стоматология Орталығы, ҚазҰМУ-нің хирургиялық және ортопедиялық стоматология кафедралары профессорлар Ж.Б.Оразалин мен Қ.Т.Төлеуов басшылығында клиникаға енгізе бастады. Тістік имплантацияның Тәуелсіз Қазақстанда дамуында ғылыми-өндірістік бірлестік Импланттың көмегі мен қолдауы орасан күшті болды. Бұл сала бойынша ғылыми-өндірістік бірлестік Импланттың алатын орны айрықша және мәртебелі. Тістік имплантация еліміздің үлкен қалаларында: Алматы, Астана, Қарағанды, Өскемен, Тараз және Шымкент жақсы жолға қойылған.

«Имплантат»-дегеніміз белгілі бір пішінге ие болған, биологиялық емес заттан жасалған, адам организміне енгізген кезде, адам организмінде ұзақ уақыт сақталып, белгілі қызмет атқаратын затты атаймыз. Қолданылып жүр-ген импланттарды түрлері көп болғанымен, олар бір тұжырымдамаға бағынады. Әрбір имплантат басы, денесі және оларды қосып тұратын мойын бөлімінен тұрады.

Әрбір **«Имплантат»** келесі талаптарға жауап беруі тиіс:

1. Имплантолог мамандардың пайдалану үшін қол жетімді болуы шарт,

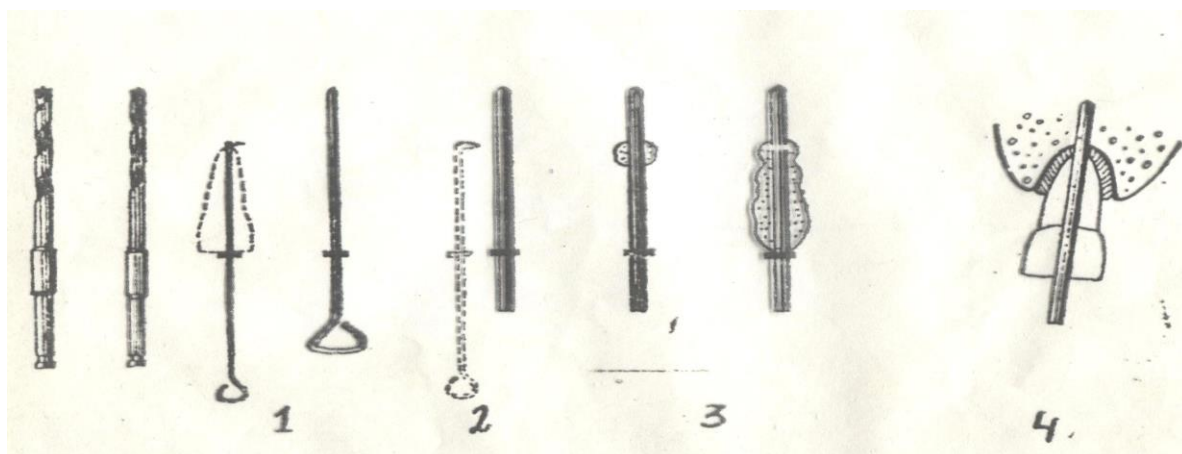
2. Айналасындағы тіндерді жарақаттамауы керек,

3. Адам организмдегі тіндерге оңай енгізіліп, оңай шығарылуы қажет,

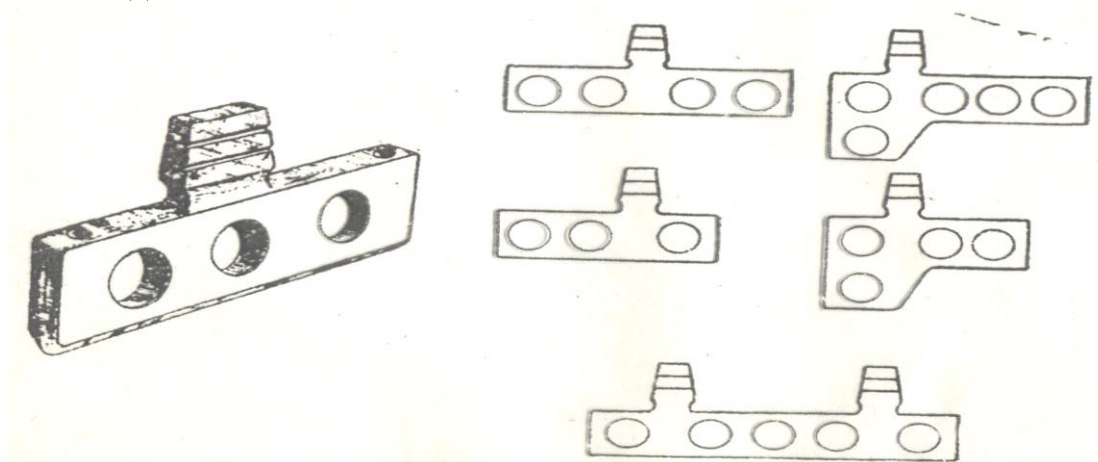
4. Таяныш, демеу және ұстап тұрушы қызметтерді атқаруға,

5. Әртүрлі өзгерістерге, күштерге төтеп беретіндей және сынуға қарсы тұра алатындай қасиетке ие болып, ерекшеліктеніп тұруы керек. Тістік имплантаттарды атқаратын қызметіне байланысты және айналасындағы тіндермен қарым-қатынасына қарай 5 топқа бөлінеді:

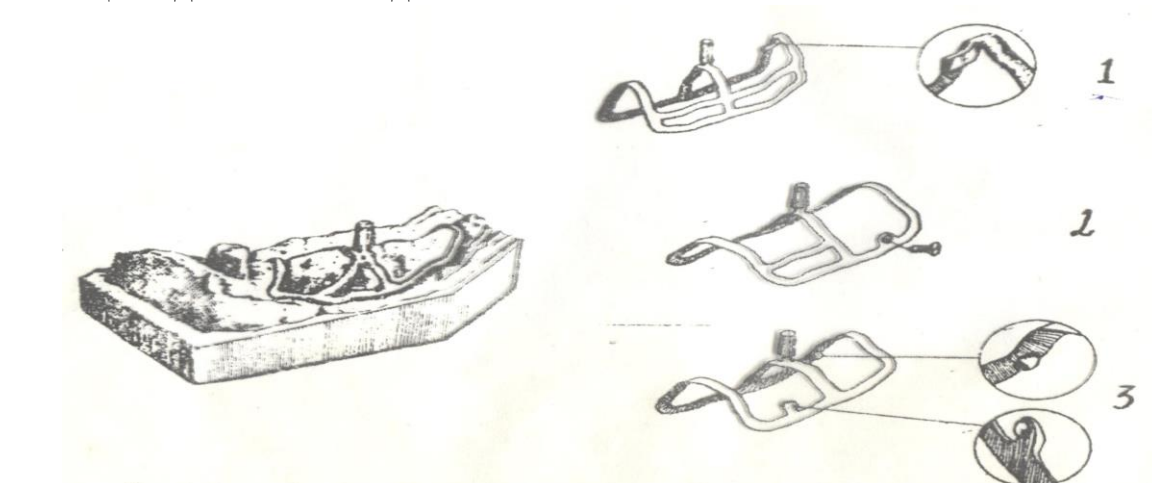
1. Эндодонто-эндооссалді имплантация, имплантат тіс өзегіне енгізген таяқша тәрізді болады, сүйек тініне тамырдың арығы арқылы енгізіледі.



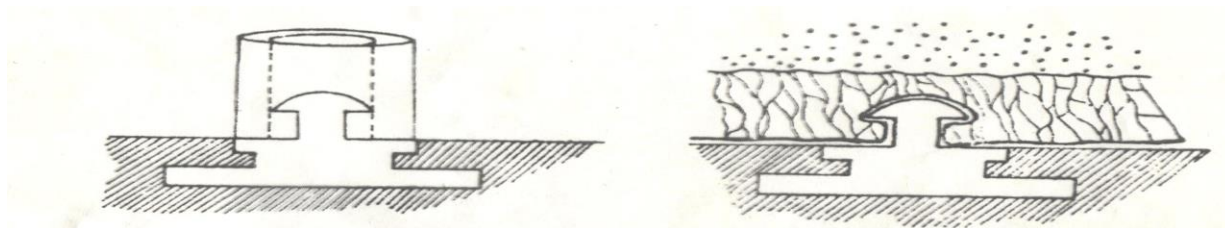
2. Эндооссалді имплантация, әртүрлі имплантаттар сүйек тініне енгізіледі.



3. Субпериосталді имплантация, әртүрлі имплантаттар сүйек асты тініне енгізіледі. Ол 2-кезеңнен тұрады. Бірінші-ұяшық өсіндіні тіліп, ашып алына-ды, одан кейін қалып алып жеке имплантат дайындалып, 2-ші кезеңде дайын имплантатты орнына қойып, шырышты қабат және сүйек асты қиындысы жабылады.



4. Инсерт- имплантация немесе шырышты қабат ішілік, металдан жасалған түймелі имплантатты шырышты қабат астына енгізу.



1-Протез; 2-сүйек; 3-шырышты қабат; 4- шырышты қабат ішілік имплантат; 5- пластмассалық түтік.

5. Субмукозды имплантация, шырышты қабаттың өтпелі қатпарына қақпақты немесе алып-салынатын тіс протездерінің ұстап қалатын-кідіру аймағына тұақты магнитті енгізу.

Тістік имплантация жасауға болатын көрсеткіштер мен болмайтын қарама-қарсы көрсеткіштер:

Бірінші кезекте тістік имплантация жасауға болатын көрсеткіштер қатарына екіншілік адентия-тістің болмауы немесе түсіп кетуі, оны тістік имплантация жасау арқылы қалпына келтіру, егерде мүмкіншілігі болса сүйек ішілік имплантаттардан кеңінен пайдаланып, науқастарды емдеуде ортопедиялық әдіспен бірге сүйек ішілік имплантаттарды қолдану болып саналады.

Тістік имплантация жасауға болатын көрсеткіштер:

Екі немесе бір жақта тістерінің мүлдем болмауы – толық адентия, тіс қатарының ішінара кетігі, тіс қатарының соңғы бөлігінің кемтігі, тіс қатарында бір тістің жоқ болуы, жеке адам организмінің пластмассаға сезімталдығының жоғары және құсық рефлексінің болуы, сонымен қатар алмалы-салмалы протездерді таға алмауы, тістесу қызметінің бұзылуы нәтижесінде ауру белгілерінің пайда болуы.

Тістік имплантацияны жасауға болмайтын қарама-қарсы көрсеткіштерін абсолютті және салыстырмалы деп 2-ге бөлеміз:

Абсолютті қарама-қарсы көрсеткіштер:

Психикалық науқастар (шизофрения, паранойя, невротикалық белгілер) қалқанша безінің қызметінің бұзылуы, қан ауруларымен ауыратын науқастар, Кушинга белгісі, қатерлі ісіктер, пародонтоз ауруының жайылмалы түрі.

Салыстырмалы қарама-қарсы көрсеткіштер:

Ауыз қуысы тазалығының (гигиенасының) нашарлығы, созылмалы пародонтоз ауруының жайылмалы түрінің асқынуы, қант диабетімен ауыратын науқастар сәулелі емнен кейін, ауыз қуысы шырышты қабатының рак алды аурулары, остеопароз, климакс кезеңі,маскүнемдік

пен наркомания, екі қабат әйелдерге немесе туғаннан кейін (1 жылдан ішінде), гормонды дәрі-дәрмектерді пайдаланатын науқастарға, патологиялық тістесу, төменгі жақ самай буыны аурулары және де аурулардың соматикалық түрлері мен созылмалы түрлерінің өршу кезеңінде.

Сүйек ішілік тістік имплантация отасына науқастарды дайындау сатысы басқа оталарға қарағанда өзінің ерекшелігімен оқшауланып тұрады. Сол себептен ауыз қуысын толық тазарту қажеттілікті талап етеді. Тістік имплантация отасын жасау үшін науқасты мұқият дайындау керек. Ол үшін науқасқа жоспарланған тістік имплантация отасы туралы толық мәліметтер беру, отадан кейінгі жағдай және асқынуларды түсіндіру керек.

Егерде науқас тістік имплантация отасын жасауға келісім берсе, онда ол науқасты мұқият медициналық көріктен өткізу шарт. Ауыз қуысының, ауыз қуысында қалған тістердің жағдайын, тіс қатарындағы кемтіктің аумағын, ұяшық өсіндісінің қалыңдығын, тіс қатарындағы кемтік аумағындағы ұяшық аралық биіктікті, ауыз қуысының шырышты қабатының жағдайына, тістердің тістесу, төменгі жақ самай буыны жағдайына назар аудару керек. Сонымен қатар рентгенологиялық және гематологиялық зерттеулер өткізу қажет.

Клиникалық мәліметтерді зерттей отырып, тістік имплантация отасынан кейін болатын асқынуларды ескертуге қортынды жасадым. Олар мыналар:

1. Тігілген жара қырлары тігісінің ажырап кетуі, имплантаттың ашылып қалмауы
2. Тігілген жара қырлары тігісінің ажырап кетуі, имплантаттың ашылып қалуы
3. Имплантат аймағында қабыну ұйыспасының пайда болуы
4. Имплантат аймағында, имплантаттың қозғалысының I-II дәрежесі болып сүйек тінінің сорылуы болмаған жағдайда
5. Имплантат аймағында, имплантаттың қозғалысының II-III дәрежесі болып сүйек тінінің сорылуы болған жағдайда
6. Имплантат аймағында, имплантаттың қозғалысының III-IV дәрежесі болып сүйек тінінің сорылуы болған жағдайда
7. Имплантат аймағында ауру сезімі және сезімталдықтың бұзылуы,
8. Имплантат аймағында ұяшық өсіндісінің остеомиелиті,
9. Имплантаттың мойын бөлігінің сынуы,
10. Имплантаттың көрініп қалуы,
11. Гаймор қуысының тесілуі,
12. Тістердің бір-бірімен жарақатты (травматический окклюзия) тістесуі,
13. Салынған көпір тәрізді протездің сынуы,
14. Жақ сүйегінің кортикалды қабатының сынуы,
15. Имплантат аймағында периоститтің пайда болуы,
16. Имплантаттың сүйек тініне жабыспай-бітіспей ажырап кетуі.

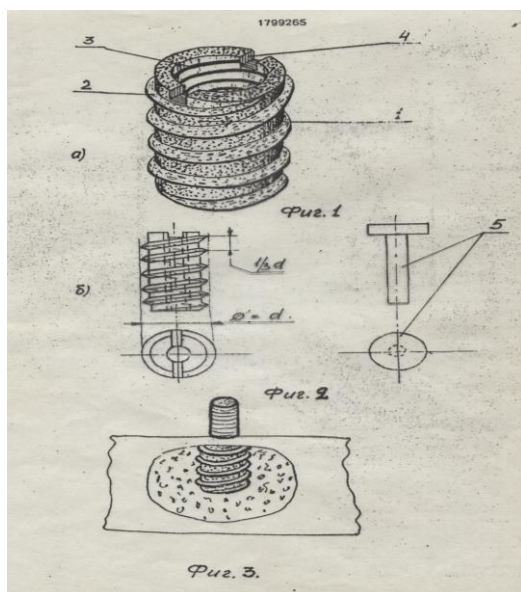
Имплантаттарды дайындауға арналған заманауи заттар

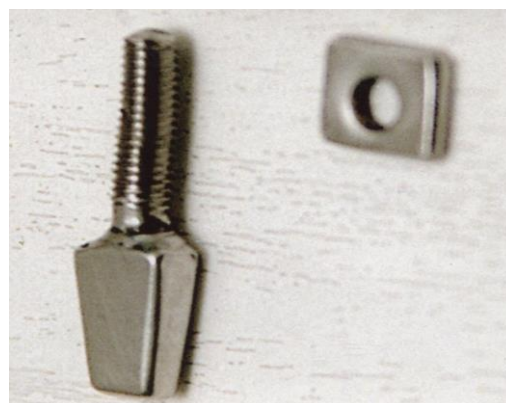
Әлем стоматолог-имплантолог дәрігерлердің тәжірибесінде ең жауапты да маңызды мәселелердің бірі имплантатты дайындау болып есептелінеді. Сондықтан дайындайтын затқа аса көңіл бөлген қажет. Себебі барлық заттарды имплантат есебінде қолдануға болмайды.

Имплантат мынандай қасиеттерге жауап беруі тиіс:

Имплантат тотықпауы, биотолерантты, адам организмiне (жақтың сүйектеріне) жеңіл енгізіліп, жеңіл шығуы, салмағы айтарлықтай ауыр болмауға, сүйек тіндеріне сіңісу қабілеті жоғары болу керек. Осындай қасиеттерге жауап беретін жалғыз зат бар, олда болса титан және оның қоспалары. BT1-00 және BT1-0, оны техникалық тұрғыдан алғанда таза титан деп атайды.

Бұл металл жоғарыда келтірілген қасиеттердің барлығына жауап бергендіктен имплантат есебінде қолдануға рұқсат етілген. Аталған қасиеттерінің барлығы клиникалық зерттеулермен және химиялық әдістер арқылы зерттеліп дәлелденген. Қазіргі кезде тістік имплантация жасауға қолданатын жаңадан көптеген заттар енгізілуде. Соның бірі: өз қалпын сақтап қалатын никелид-титан жасалған тістік имплантаттар (TiNi). Жоғарыда аталған қасиеттердің барлығына жауап берумен қатар, ол затты магнит сезбейді, сондықтан амагнитті деп аталады және кедендік бекеттерде тексергенде, тексеру құралына жауап бермейді. Осындай тістік имплантаттың иесі медицина ғылымдарының кандидаты Темуров Ф.Т.





Үлгі есебінде төмендегілерді ұсынуды жөн көрдік.
Табақшалы имплантаттарды енгізу кезеңдері:



Шырышты қабатты тілу әдісі



нысаналы тесікті қалыптастыру



Бордың көмегімен имплантат
жататын тіндерді қалыптастыру



Имплантатты енгізетін құралдың
көмегімен имплантатты орнату



Имплантат орнына
қойылған



Жара тігілген



Емдік шараның нәтижесі

Сүйек ішілік имплантаттарды енгізу кезеңдері:



Шырышты қабатты тілу әдісі



Имплантатты орнату үшін
нысананы белгілеу



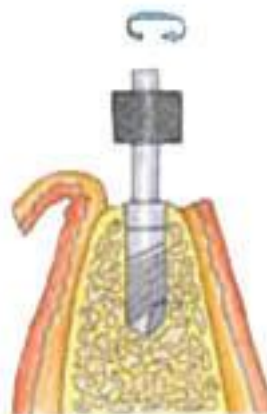
Бордың көмегімен бағыттаушы тін-
тесікті қалыптастыру



Бұрғының көмегімен бағыттаушы
имплантат жататын тіндерді
түпкілікті қалыптастыру



Өлшеуіштің көмегімен бұранда
жасау



Имплантатты енгізетін құралдың
көмегімен имплантатты орнату



Тығындыны орнату



**Жараға тігіс қойылып
имплантатты орнату**



Ауыз ішілік жараны тігу үлгісі



**12 күннен кейін шырышты
қабатты немесе қызыл иекті
қалыптастыру**



**Металлокерамикадан жасалған
сауытты қаптама**

Тістік имплантация жасауға керекті құрал-жабдықтардың үлгісін ұсынуды жөн көрдік Chiropro 980



Құрал-жабдықтарды шығаратын

Мекеме: BIEN-AIR

Ел: Швейцария

Сипаттама:

Бір және екі моторға арналған үстел үстіндегі құрылғы. Бордың айналу уақытынан бастап, айналу жылдамдығына нәтижелі бақылау-100%. Үлкен санды көрсеткіш жарықтанғыш құралымен. Қалаған мезетте қолдың күшімен 8-жоспар бойынша өзгертуге болады.

ELCOMED

Құрал-жабдықтарды шығаратын Мекеме: W&H Австрия



Сипаттама:

Қуатты-күшті, бет-жақ аймағы хиургиясында, имплантологияда, микрохирургия және кіші сүйектер хиургиясында қолданатын көп салалы құрылғы.

Ерекшелігі: моторында щеточкасы болмайды – тіректі, техникалық күтімді талап етпейді, залалсыздандыруға өте қолайлы,

IMPLANTMED



Құрал-жабдықтарды шығаратын

Мекеме: W&H Австрия

Сипаттама: Қуатты-күшті, бет-жақ аймағы хиургиясында, имплантологияда, микрохирургия және кіші сүйектер хиургиясында қолданатын көп салалы құрылғы.

Ерекшелігі: қарапайым, моторында щеточкасы болмайды – тіректі, техникалық күтімді талап етпейді, залалсыздандыруға өте қолайлы.

Тұжырым: Қорыта келе айтқанда, тістік имплантация әдісімен науқастарды емдеу заман талабы. Сондықтан болар оның маңызды да тиімділік жақтарын қасиеттеріне байланысты тандап, стоматологиялық тәжірибеде кеңінен қолдануға болатындығын дәлелдеме ретінде ұсынамыз. Уақытша протездердің гигиеналық күтімі, тістерді жұмсақ тіс тазалағышымен абайлап тазалу керек. Салынған тігістерді жарақаттамауға тиіс. Сұйық және жұмсақ тағамдардан пайдануды ұсынамыз. Бұл тағамдармен емдеу кезеңінде және тұрақты протездерді орнына отырғызғаннан кейін 2-апта бойы тамақтану-қажеттілігін талап етеді. Тағамдық сұйық ақ уыз-дың (белоктардың) қоспасынан пайдалану тиімді деп есептелінеді. Егерде науқаста асқазан-ішек жолдарында бұзылыстар болатын болса, онда ол өзінің емдеуші дәрігерінен кеңес алу және оған жүгінуі шарт.

Қойылған протездерде кішігірім қозғалыс болатын болса, ондай протезді тұрақты түрде отырғызуға болмайды. Тістік имплантация әдісімен емделген науқастар қосымша емдік шараларына мұқтаждық болмауы керек, тек қана тағамдардан дұрыс пайдаланып, гигиеналық күтімге зор мән беру керек екендігін ұмытпауы тиіс.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Алғаш рет имплантатты қолданған ғалымның атын атаңыз
 - А) Н.Н. Знаменский
 - Б) Н.В. Склифосовский
 - В) В.К.Поленичкин
 - Г) А.Е.Миндлин
 - Д) А.Ф.Коняхин
2. «Имплантат», «Имплантация»- деген медициналық атауларды енгізген ғалымның атын атаңыз
 - А) Н.Н. Знаменский
 - Б) А.А.Лимберг
 - В) Г.П.Иоаннидис
 - Г) О.Н.Суров
 - Д) Ю.А.Медведев
3. 1-сатыдан тұратын фиброостеоинтегрирлік имплантаттарды қолданудың негізін қалаушы ғалымның атын атаңыз
 - А) Л. Линков
 - Б) С.П. Чепулис
 - В) М.З. Миргазизов
 - Г) Т.Г. Робустова
 - Д) А.А. Кулаков
- 4.2-сатыдан тұратын остеоинтегрирлік имплантаттарды қолданудың негізін қалаушы ғалымның атын атаңыз
 - А) Шведтердің Ұлттық имплантологтар мектебі, Пер-Ингвар

Бранемарк

- Б) В.В. Лось
- В) Э.Г. Амрахов
- Г) И.В. Балуда
- Д) С.П. Чепулис

5. Имплантаттарды қолдануға тыйым салынған Кеңестер Одағының Денсаулықты сақтау Министрлігі бұйрығының шыққан жылы

- А) 1958 жылы
- Б) 1948 жылы
- В) 1938 жылы
- Г) 1928 жылы
- Д) 1918 жылы

6. Имплантаттарды қолдануға рұқсат етілген Кеңестер Одағының Денсаулықты сақтау Министрлігі бұйрығының шыққан жылы

- А) 1986 жылдың 4-ші наурызында №310 бұйрығы
- Б) 1976 жылдың 25-ші мамырында №175 бұйрығы
- В) 1966 жылдың 22-ші маусымында № 451 бұйрығы
- Г) 1956 жылдың 29-ші қазанында № 583 бұйрығы
- Д) 1946 жылдың 13 қарашында №712 бұйрығы

7. Қазақстан Республикасында тістік имплантология бірлестігінің президенті кім?

- А) Жартыбаев Р. Н.
- Б) Темірбаев М.А.
- В) Рузудинов С.Р
- Г) Русанов В.П.
- Д) Құрақбаев Қ.Қ.

8. Қазақстан Республикасында алғаш рет тістік имплантатты қолданған

ғалымдардың аттарын атаңыз

- А) Оразалин Ж.Б., Төлеуов Қ.Т.
- Б) Темірбаев М.А., Мәмеков А.Д.
- В) Рузудинов С.Р., Еслямғалиев Ғ.Т.
- Г) Құрақбаев Қ.Қ., Есенбаева С.С.
- Д) Русанов В.П., Ибрагимова Р.С.

9. «Имплантат»-дегеніміз белгілі атқаратын затты атаймыз.

- А) бір пішінге ие болған, биологиялық емес заттан жасалған, адам организміне енгізген кезде, адам организмінде ұзақ уақыт сақталып, қызмет
- Б) бір пішінге ие болған, биологиялық емес заттан жасалған, сүйек тіні
- В) адам организміне енгізген кезде, бұлшық еттерге әсер ететін
- Г) адам организмінде ұзақ уақыт сақталып,
- Д) адам организмінде белгілі қызмет, дәнекер тіндердің бұзылуы

10. Әрбір имплантат бөлімінен тұрады.
А) басы, денесі және оларды қосып тұратын мойын
Б) металл заттар мөлшерінің көбеюі
В) басы, кеуде, мұрын
Г) оларды қосып тұратын мойын, қол-аяқ, табан
Д) денесі, бойы, қол-аяқ, табан
11. Тістік имплантаттарды атқаратын қызметіне байланысты және айналасындағы тіндермен қарым-қатынасына бөлінеді:
А) қарай 5 топқа
Б) қарай 7 топқа
В) қарай 9 топқа
Г) қарай 12 топқа
Д) қарай 15 топқа
12. Эндодонто-эндооссалді имплантация, ... арқылы енгізіледі.
А) имплантат тіс өзегіне енгізген таяқша тәрізді болады, сүйек тініне тамырдың арығы
Б) тіс сауытына
В) жақтардың бұрыш бөлігіне
Г) мұрынның шырышты қабатына
Д) ауыз қуысының кіреберісіне
13. Эндооссалді имплантация, ... арқылы енгізіледі.
А) имплантаттар сүйек тініне
Б) ақаудың бұлшықеттеріне
В) көз шарасына
Г) көз алмасына
Д) құлақ маңына
14. Субпериосталді имплантация, ... арқылы енгізіледі.
А) имплантаттар сүйек асты тініне
Б) бұлшықеттерге
В) дәнекер тіндерге
Г) сүйекке
Д) мойын бөлігіне
15. Инсерт- имплантация немесе шырышты қабат ішілік, ... енгізіледі.
А) металдан жасалған түймелі имплантатты шырышты қабат астына
Б) мойын бөлігіне
В) дәнекер тіндерге
Г) бұлшықеттерге
Д) ми талшықтарына
16. Субмукозды имплантация, ... енгізу.
А) шырышты қабаттың өтпелі қатпарына қақпақты немесе алып-салынатын тіс протездерінің ұстап қалатын-кідіру аймағына тұрақты магнитті
Б) бұранда

В) жіп

Г) ине

Д) қорап

17. Тістік имплантация жасауға болатын тікелей көрсеткіштер қатарына

жатады

А) екіншілік адентия-тістің болмауы немесе түсіп кетуі,

Б) зат алмасу

В) ас қорыту

Г) тірек

Д) қорғаныш

18. тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Тігілген жара қырлары тігісінің ажырап кетуі, имплантаттың ашылып қалмауы

Б) пародонтоз

В) кариес

Г) пульпит

Д) периодонтит

19. Тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Тігілген жара қырлары тігісінің ажырап кетуі, имплантаттың ашылып қалуы

Б) миозит

В) бурсит

Г) плеврит

Д) флебит

20. Тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Имплантат аймағында қабыну ұйыспасының пайда болуы

Б) кариес

В) плеврит

Г) пародонтоз

Д) бурсит

21. Тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Имплантат аймағында, имплантаттың қозғалысының I-II дәрежесі болып сүйек тінінің сорылуы болмаған жағдайда

Б) Валле нүктесі

В) ауру сезімінің ауыз қуысынан тыс пайда болуы

Г) көздің көрінің нашарлауы

Д) сілекейдің көп мөлшерде бөлінуі

22. Тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Имплантат аймағында, имплантаттың қозғалысының II-III дәрежесі болып сүйек тінінің сорылуы болған жағдайда

Б) сілекейдің көп мөлшерде бөлінуі

В) бурсит

Г) пародонтоз

Д) көздің көрінінің нашарлауы

23. Тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Имплантат аймағында, имплантаттың қозғалысының III-IV дәрежесі

болып сүйек тінінің сорылуы болған жағдайда

Б) ауру сезімінің ауыз қуысынан тыс пайда болуы

В) Валле нүктесі

Г) плеврит

Д) кариес

24. Тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Имплантат аймағында ауру сезімі және сезімталдықтың бұзылуы

Б) ауыз қуысы шырышты қабатының домбығуы

В) ауыз қуысының кіреберісінің қызаруы

Г) стоматит

Д) глоссит

25. Тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Имплантат аймағында ұяшық өсіндісінің остеомиелиті,

Б) ауру сезімінің ауыз қуысынан тыс пайда болуы

В) құлақ қаңқасының кішіреюі

Г) мұрын қуысынан су ағуы

Д) мұрын сүйегінің қисаюы

26. Тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Имплантаттың мойын бөлігінің сынуы,

Б) имплантаттың сүйектен шығуы

В) ферменттің жетіспеуі

Г) зат алмасуының бұзылуы

Д) ұйқы безінің қызметінің нашарлауы

27. Тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Имплантаттың көрініп қалуы, имплантаттың сүйек тініне жабыспай- бітіспей ажырап кетуі.

Б) ферменттің жетіспеуі

В) ұйқы безінің қызметінің нашарлауы

Г) мұрын қуысынан су ағуы

Д) құлақ қаңқасының кішіреюі

28. Тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Гаймор қуысының тесілуі, жақ сүйегінің кортикалды қабатының сынуы,

Б) стоматит

В) ауыз қуысы шырышты қабатының домбығуы

Г) зат алмасуының бұзылуы

Д) еңкейгенде бас ауруы

29. Тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Тістердің бір-бірімен жарақатты (травматический окклюзия) тістесуі,

Б) ауыз қуысы шырышты қабатының домбығуы

В) ауыз қуысының ашылмауы

Г) еңкейгенде бас ауруы

Д) бұлшықеттердің тарылуы

30. Тістік имплантация отасынан кейін болатын мыналар:

А) Салынған көпір тәрізді протездің сынуы, имплантат аймағында
периоститтің пайда болуы

Б) ауыз қуысының ашылмауы

В) бұлшықеттердің тарылуы

Г) дәнекр тіннің қабынуы

Д) басқа зақым келуі

XIX ТАРАУ

АУЫЗ ҚУЫСЫН ТІС САЛУҒА ХИРУРГИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН ДАЙЫНДАУ ӘДІСТЕРІ

Ауыз қуысын тіс салуға хирургиялық жолмен дайындау ол бір ғана хирург стоматологтың қызметіне жатпайды. Дәрігер-ортопед-стоматолог науқасты көріп, оны мұқият зерттегеннен кейін, тіс салуға тиімді, ауыз қуысындағы патологиялық өзгерістерді қалпына келтіру, жасалған протездердің сапалы да қолайлы болу үшін, осындай мақсаттармен дәрігер-хирург-стоматологқа жолдама береді. Бұл кезде науқастың психологиялық жағдайы аса маңызды рөл ойнайды, себебі науқас түсіну керек, не үшін ота жасалады және ол осы отадан кейін қандай нәтижелер күтеді. Науқастың көңіл-күйін жасалатын протезге аудару қажет.

Хирург-стоматолог науқастың барлық жағдайын ескеру керек. Сол үшін клиникалық және қосымша зерттеулерді өте мұқиттықпен өткізу шарт. Бұл кешенді шара болып саналады. Сондықтан, ауыз қуысын тіс салуға хирургиялық жолмен дайындау кезінде тістерді жұлу отасы жасалғанда, санитарлық және тіс жұлу отасының барлық ережелерін мүлтіксіз орындау керек екендігін естен шығару керек емес.

Жақтардың сүйек тіндеріне жасалатын оталар:

Жақтардың сүйек, жұмсақ (шырышты қабатта, сүйек асты қабатында, бұлшықеттер орамында) тіндерінде, үшкіл жүйкенің шеткі тармақтарында болған патологиялық бұзылыстарды қалпына келтіру болып табылады. Тіс жұлу отасын жасағанда ұяшық доғасының көлеміне көңіл бөлу, сүйек және жұмсақ тіндерді жарақаттамау керек.

Тіс салу үшін сүйек-пластикалық отасын жасаған кезде мынандай ережелерге бағыну шарт: жұмсақ тіндер жараны жабуға жеткілікті мөлшерде болуы; сүйекті пластика жасауға дайындау- оның кортикалды қабатын түпкілікті алу және оны толық қанға батырып сіңдіру шарт. Отаны жасаған кезде биологиялық заттарды мөлшерлеп пайдалаған жөн;

Бет-әлпетінің тербелісіне және тіс қатарының әдемілігіне баса назар аудару керек.

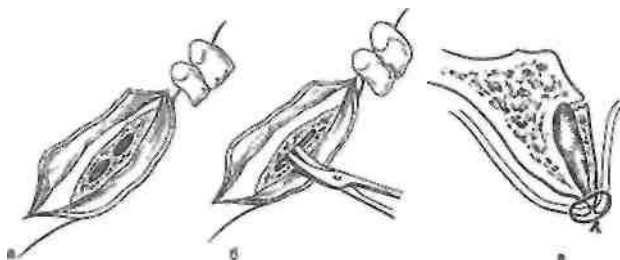
Жұлынған тіс ұяшығына пластика жасау. Жұлынған тіс ұяшығының сүйек тіні мүлдем жоқ болып кету қаупі туған жағдайда, отаның тиімді түрлерінің бірі –жұлынған тіс ұяшығына пластика жасау әдісі болып саналады. Тіс жұлынғаннан кейін, оның орнын мұқият тазалайды, жұмсақ тіндерді тіс орнын жабу үшін дайындайды. Тіс ұяшығына биозаттар салынады. **Биологиялық заттар:** гидроксипол, колапол, коллапан, остим-100, биоим-плант, мидің қатты қабатының остеобласты жасушалары және т.б.

Тіс ұяшығына пластика жасау кезінде ұяшықты ғана толтырып

қоймай, ұяшық қырын да биозаттармен толтырып тегістеген жөн. Сүйек тінінің қайта пайда болуы 2-3 ай аралығында және 6 айға дейін созылуы мүмкін. 6 аптада пайда болған остеоидты сүйек тініне имплантат отырғызуға болады. Осы кезді ұтымды пайдаланып, уақытша тіс салуға мүмкіншілік туады. Ал ортопедиялық емді тұрақты түрде 2,5-4 айда соңына жеткізуге тиіс.

Ұяшыққа пластика жасаудың қарапайым түрі. Бір немесе бірнеше тістерді жұлған уақытта және де ұяшықта кездесетін ақауларды жою мақсатында тістердің ұяшығына қарапайым пластика жасалады. Бұл жағдайда шырышты-сүйек асты қиынды ашып, зақымдалған сүйек тінін белгілейді. Борлардың, сүйек тістеуіктің, сүйек егеуінің көмегімен сүйек ақауларын ұяшық доғасының ішкі, сыртқы жақтарымен бірге қалпына келтіру шарт. Бормашинамен жұмыс істеген кезде ота орнын әртүрлі ерітіндімен жуып салқындатып тұру керек. Одан кейін ұяшыққа биозаттарды салып, егерде артық қалған жұмсақ тіндер болса, оны қиып алынады да үстін шырышты-сүйек асты қиынды жақсылап жауып тігіс салынады.

Ұяшықты пластика жасаудың ішкі ұяшықты перделі түрі. Бір немесе бірнеше тістерді жұлған кезде сүйек тіндері ұяшық доғасынан шығып тұрса, келешекте тіс салуға кедергі жасайтын болса, онда ол сүйек тіндерін алып тастап, ақауларын қалпына келтіруді қажет етеді. Бұл жағдайда бірінші кезекте жұлынған тістердің орнын сүйек тіндерін саусақтармен басып, қызыл иек тіндерін орнына келтірген жөн. Оны саусақтар арқылы орнына келтіре алмаса, онда қосымша құрал-жабдықтарға - борлардың, сүйек тістеуіктің, сүйек егеуінің көмегіне жүгіну шарт.



Ұяшықты пластика жасаудың ішкі ұяшықты перделі түрі

Жоғарғы жақ ұяшық өсіндісіндегі және төменгі жақ ұяшық бөліміндегі түзу болмаған, қисық ұяшық доғасынан шығып тұрған сүйек тіндерінің көлемін қысқарту және қалпына келтіру. Жоғарғы жақ ұяшық өсіндісіндегі және төменгі жақ ұяшық бөліміндегі төмпешікті ойдым-ойдым болған сүйек тіндері мен ақаулары тіс салуға кедергі жасайды. Сондықтан бұл кедергілерді орнына келтіру үшін ұяшықты пластика жасаудың ішкі ұяшық-ты перделі түрін қалпына келтіру әдісін қолдану керек.

Жоғарғы және төменгі жақтарда кездесетін сүйек тіндерінің ұяшық доғасынан шығып тұруы және оны кесіп қалпына келтіру

әдістері.

Жоғарғы және төменгі жақтарда өткізілген тіс жұлу отасынан кейін ұя-

шық өсіндіде төмпешіктер, сүйек тіндері қалып-экзостоз, тіс салуға кедергі болуы мүмкін. Қалып қойған сүйек тіндерін сүйек қырыққыштарымен, балғашаның және бордың т.б. көмегімен қалпына келтіру әдісін қолдану керек. Қалпына келтіру кезінде тегіс емес жерлеріне биологиялық заттар салып, одан үнемді пайдаланып тігіс салынады.

Қатты таңдайдағы шығып қалған сүйек тіндерін кесіп қалпына келтіру әдістері.

Қатты таңдайда көлемі әр түрлі болған сүйек тіндері қалыпты жағдайдан ауытқуы болып, анда-санда көп болмаса да ұшырап тұрады. Бұл өз кезегінде жоғарғы жаққа тіс салуға кедергі жасайды. Суретте көрсетілгендей етіп, тілік салып, сүйек тіндерін сүйек қырыққыштарымен, балғашаның және бордың т.б. көмегімен қалпына келтіру әдісін қолдану керек.

Жақ-тіласты сызығын қысқарту және оны кесіп алып тастау. Жақ-тіласты сызығы аймағын протездерді салу кезінде көптеген қиындықтар ұшырап тұрады. Біріншіден жақ-тіласты сызығы өткір болуы мүмкін, ол өз кезегінде ауру сезімі пайда болуына себепші болады-жарақаттайды, екіншіден бұл жерге бұлшық еттердің талшықтары бекиді.

Иек төмпешігін және иек дөңесін қысқарту. Төменгі жақ сүйегінің семуі тіс протездерін тағуға болмайтын жағдайлар кездеседі. Себебі оған иек төмпешігі немесе иек дөңесі кедергі болуы мүмкін. Қалпына келтіру үшін иек төмпешігін және иек дөңесін қысқарту отасын қолданамыз.

Төменгі жақ білігін (торус) жұлу. Төменгі жақта білік (торус) көбінесе төменгі жақ денесінің ішкі жағында кіші азу тістер маңында жайласады. Оны жұлып алу немесе кесіп алу үшін жергілікті жансыздандыру жасалады. Білік орналасқан жерді тіліп және оны өте ұқыптылықпен жұлып немесе кесіп алынады.

Тісті жұлғаннан кейін ұяшық өсіндісін сақтап қалу. Бір немесе бірнеше тістерді жұлу кезінде жоғарғы және төменгі жақтарда ұяшық өсіндісінің сему болады. Жұлынған тістердің аймағында тіс ұяшығының сүйек тіндері жарақаттанып, жоғалуы мүмкін және ұяшық қырлары бірнеше бақытта (көлденең,тік және көлбеу) семиді. Оны ұқыптылық пен тегістеп, биологиялық заттармен орнын толтырып қалпына келтіріп тігіс салады.

Тіс ұяшығында тіс түбірі қалдырған жағдайда хирургиялық өңдеу.

Жақтарда сүйек тіндерінің семуінің алдын алу үшін және тіс салуға қолайлы жағдай жасау мақсатында көптеген ғалымдардың пікірінше, тіс ұяшығында тіс түбірін қалдырған жөн,- деп санайды.



Науқасты толық медицинлық тексеруден өткізіп, әсіресе рентгенологиялық тіс ұяшығында қалдырылатын тіс түбірінің бітіммен бітелу сапасы және ондағы қалталардың қалай жағдайда екендігін анықтау керек. Тіліп қиынды дайындап, осы қиындымен қалдырылған тіс түбірі жабылып, ұқыптылық пен тегістеп, биологиялық заттармен орнын толтырып қалпына келтіріп тігіс салады.

Жоғарғы жақтың ұяшық өсіндісінің және төменгі жақ ұяшығының бір бөлігін кесіп алу. Кесіп алуға көрсеткіштер- тіндердің шамадан тыс көбейіп кетуі, сонда тіс салу кезінде протезде тістерге орын болмай қалуы немесе қарама-қарсы жақта кедергі болатын жағдайлар болуы мүмкін. Науқасты толық медицинлық тексеруден өткізіп, әсіресе рентгенологиялық зерттеуде мұрын және Гаймор қуысына өте көп көңіл бөлу керек, себебі ота кезінде болатын және отадан кейінгі асқынулардың алдын алу үшін шараларды өткізуге дәрігер сақадай сай, толық мәліметке ие болуы керек. Сызықты тілік жасаладыда қиынды дайындап алады. Одан кейін жоғарғы жақтың ұяшық өсіндісінің және төменгі жақ ұяшығының бір бөлігін кесіп алып оны тегістеп, қалпына келтіріп тігіс салады.

Ұяшық бөлігіне пластика жасау. Тіс қатарында бір және бірнеше тістер жұлынған болса, сол жерде сүйек тінінің жетіспеу жағдайлары кездесіп тұрады. Бұл жағдайда науқасты толық медицинлық тексеруден өткізіп, әсіресе рентгенологиялық зерттеуден өткізген жөн. Остеотомия отасын жасап сүйек тінінің керекті бөлігін сүйек тінінің жетіспеген жеріне қойып толықтырады да оны тегістеп, қалпына келтіріп тігіс салады.

Кең және биік ұяшық доғасын қайта құру. Тіс салу кезінде дәрігер қиын жағдайға тап болу мүмкін, Тістердің түсіп кетуінен ұяшық доғасы және онымен бірге негізгі сүйек тіндері семіп кетеді. Бұл жағдайда хирургиялық-ота жолымен семіп кеткен жерді-сүйек тіндерін сүйек тіндері арқылы өсіріп оны тегістеп, қалпына келтіріп тігіс салады және биологиялық заттармен толтырады. Ең қарапайым аутогенді, аллогенді, ксеногенді және жасанды-синтетикалық биологиялық заттарынан қолдану әдістері болып саналады.

Төменгі жаққа пластика жасау. Төменгі жақтың көлемін сүйек асты қабатына биологиялық заттарды енгізу арқылы оның көлемін үлкейту. Көлемін үлкейту үшін аутогенді, аллогенді, ксеногенді және жасанды-синтетикалық биологиялық заттардан қолданып қалпына келтіреді.

Жоғарғы жақты пластика жасау арқылы өсіру. Жоғарғы жақ

сүйегінің және ұяшық доғасының шектен тыс семуі арқысында тіс салуға кедергі болатын болса, бұл жағдайда жоғарғы жақты пластика жасау арқылы өсіру керек екендігін естен шығармайтын кез болып есептелінеді. Бұл жағдайда науқасты толық медицинлық тексеруден өткізіп, әсіресе рентгенологиялық зерттеуден өткізген жөн. Көлемін үлкейту үшін аутогенді, аллогенді, ксеногенді және жасанды-синтетикалық биологиялық заттардан қолданып қалпына келтіреді.

Иек жүйкесін қозғалуы-орын алмастыруы. Төменгі жақ сүйегінің ұяшық бөлігінің шектен тыс сему жағдайлары тәжірибеде көптеп кездесуі, бұл заман заңдылығы. Соның нәтижесінде төменгі жақтағы қан-тамыр-жүйке жүйесі ұяшық доғада жатуы мүмкін. Өртүрлі протездерді тағу осы жүйені зақымдайды да соның арқасында ауру сезімі пайда болады. Егерде осы зақымды отасыз орнына келтіру нәтиже бермесе, көптеген ғалымдардың пікірінше, осы иек жүйкесін ота жасау арқылы орын ауыстыру қажет деп санайды. Бұл жағдайда хирургиялық-ота жолымен семіп кеткен жерді-сүйек тіндерін сүйек тіндері арқылы өсіріп оны тегістеп, қалпына келтіріп тігіс салады және биологиялық заттармен толтырады.

Ауыз қуысындағы жұмсақ тіндерге ота жасау. Тістер жұлынғаннан кейін ауыз қуысында кейбір жағдайларда жұмсақ тіндері өзгеріске ұшырауы мүмкін. Бұл жағдайлар туа және жүре пайда болуы табиғат заңдылықтарына байланысты. Осы аталған бұзылыстар мен өзгерістер тіс салуға айтарлықтай кедергі жасайды. Сондықтан оны қалпына келтіру үшін ота әдісіне жүгіну қажет. Бұл жағдайда науқасты толық медицинлық тексеруден өткізіп, әсіресе рентгенологиялық зерттеуден өткізген жөн. Хирург-стоматолог және ортопед-стоматолог келісімді түрде емдеу жоспарын кешенді түрде жоспарлайды.

Төмпешік көлемін кешірейту отасы. Жоғарғы жақтың ұяшық өсіндісі мен төменгі жақтың ұяшық бөлігін жауып тұратын шырышты және сүйек асты қабаттарында кейбір жағдайларда белгісіз себептермен төмпешік пайда болады. Ол өз кезегінде тіс салуға кедергі жасайды. Оны ота әдісімен бұзыл ған тіндерді айнала-эллипс тәрізді түйісетін тіліктермен тілік жасалынып, тегістеп, қалпына келтіріп тігіс салады.

Ретромолляр аймағындағы тіндердің көлемін кешірейту отасы. Ретромолляр аймағында көпшілік жағдайларда тіндердің шектен тыс жиналуынан, көлемінің үлкеюінен пайда болады. Көлемі үлкейген тіндерді ота әдісімен бұзылған тіндерді айнала-эллипс тәрізді түйісетін тіліктермен тілік жасалынып, тегістеп, қалпына келтіріп тігіс салады.

Таңдайдың артқы бөлігіндегі шектен тыс жиналған тіндерді алып тастау отасы. Кейбір жағдайларда таңдайдың артқы бөлігінде шектен тыс жиналған тіндерді кездестіруге болады. Ол өз кезегінде тіс салуға қиындық туғызып, кедергі жасайды. Сондықтан таңдайдың артқы бөлігінде шектен тыс жиналған тіндерді, ота әдісімен бұзылған тіндерді айнала-эллипс тәрізді түйісетін тіліктермен тілік жасалынып, тегістеп,

қалпына келтіріп тігіс салады.

Ұяшық доғасындағы шектен тыс жиналған тіндерді алып тастау отасы. Көпшілік жағдайда сапасыз протездерді қолданған кезде және сүйек тінінің шамадан тыс семуінің нәтижесінде ұяшық доғасында шектен тыс жиналған тіндер пайда болады. Ол өз кезегінде тіс салуға қиындық туғызып, кедергі жасайды. Сондықтан ұяшық доғасында шектен тыс жиналған тін-дерді, ота әдісімен екі параллель соңы түйісетін тіліктермен сүйек асты қабатқа дейін тілік жасалынып, тегістеп, қалпына келтіріп тігіс салады.

Қабынып-бұзылып жиналған тіндерді алып тастау отасы.

Сапасыз протездерді қолданған кезде ұяшық доғасының шырышты қабатында фиброзды өсімтелер пайда болады. Тіс протездерін салу кезінде бұл өсімтелерді қалпына келтірген жөн. Алайда дер кезінде қалпына келтіріл-месе, оны ота жолымен қалпына келтіруге тура келеді. Бір ғалымдар оны электр тогымен коагуляция істесе, екінші біреулері лазермен кесіп алып тастайды, ал жараның бітуі екіншілік дәрежемен бітеді. Сондықтан түйісетін тіліктермен тілік жасалынып, тегістеп, қалпына келтіріп тігіс салады.

Тіл үзбесін ұзарту отасы. Сапалы тіс протездерін салу үшін ауыз қуысын мұқият көріктен өткізіп, тіл үзбесінің жағдайын білу қажеттілікті талап етеді. Егерде тіл үзбесі тіс салу кезінде кедергі жасайтын болса, онда оны ота жолымен-ұзарту керек. Көбінше көлбеу тілік жасалынып, қалпына келтіріп тігіс салады.

Ауыз қуысының кіреберісінде бұлшықеттік, тіліктен кейін пайда болған тартпаларды еріннің үзбесін кесу арқылы қалпына келтіру. Жоғарғы және төменгі ерін үзбесі қысқа болған жағдайда, сапалы тіс протездерін салу кезінде кедергі жасайтын болса, онда оны хирургиялық ота жолымен-ұзарту керек. Жағдайға байланысты әртүрлі тіліктерді қолдануға болады.

Ауыз қуысының кіреберісіндегі шырышты қабат астындағы тіндерге пластика жасау отасы. Тіс салу кезінде протездердің жабысуы және жақсы тұруы үшін ауыз қуысының кіреберісіндегі шырышты қабат астындағы тіндерге пластика жасау отасын қолдануға тура келеді (Обвегезер). Көбінше тік тілік жасалынып, қалпына келтіріп тігіс салады.

Жоғарғы жақтың ауыз қуысының кіреберісін шырышты немесе тері трансплантаттары пластика жасау отасы. Бұл өте күрделі ота есептелінеді, ауыз қуысының кіреберісінде шырышты қабаттың жеткілікті мөлшерде болмауы, сапалы тіс протездерін салу кезінде кедергі жасайтын болса, онда оны хирургиялық ота жолымен шырышты немесе тері трансплантаттары пластика жасау отасына жүгінуге тура келеді. Шырышты немесе тері транс-плантаттарының түрлері көп, оны хирургтың өзі анықтайды.

Тұжырым: Ең бірінші бізге тіс протездерін салу үшін, сол протезді ұстап тұратын сапалы орын керек. Сондықтан тіс протездерін салу үшін

СТОМАТОЛОГ-ДӘРІГЕРГЕ ЖЫЛЫНА 2 РЕТ КӨРІНУДІ ҰМЫТПАҢДАР! АҒАЙЫНДАР!!!

асықпай науқасты медициналық көріктен өткізіп, рентгенологиялық зерттеулер жасап, жоғарыда аталған оталардың көмегімен протезге сапалы орын дайындап, протездерді сапалы және қол жетімді етіп салып берсек нұр үстіне нұр болар еді.

XX T A P A Y

БЕТ- ЖАҚ АЙМАҒЫНДА КЕЗДЕСЕТІН ІСІКТЕР

Бет-жақ аймағы мен ауыз қуысы ағзаларында кездесетін ісіктер, онкологиялық және стоматологиялық клиникалардың мәліметтері бойынша, адам организмінде кездесетін ісіктердің ішінде көрнекті орын алады (25%-ке дейін).

Жалпы қабылданған жіктелу бойынша дененің басқа бөліктеріндегі ісіктер секілді мұнда да қатерсіз және қатерлі ісіктер деп бөлінеді.

Қатерсіз ісіктер қоршаған тіндерден анық шекарамен оқшауланып, көлемі үлкейген сайын айналасындағы тіндерге кіріп, оларды ығыстырып өседі. Олар баяу өсетіндіктен, көп жылдарға дейін байқалмауы мүмкін. Ығыстырылған тіндердің жаңа жағдайға қалыптасуының арқасында, өз қалпынан ығысқан көрші ағзалар қызметінде айтарлықтай өзгерістер болмайды. Қатерсіз ісіктер науқастың жалпы жағдайын өзгертпейді, әрі метастаздар бермейді. Олар түбегейлі отаның дұрыс жасалмаған жағдайда береді.

Қатерлі ісіктер қатерсіз ісіктерден жылдам өсуімен, қоршаған тіндерді ығыстырып қана қоймай, олардың анатомиялық құрылысы мен қызметтерін бұза отырып етіне шаншыла өсуімен ерекшеленеді. Қан тамырлары зақымдануының әсерінен қайталап қан кетулерге, жүйке жүйесінің зақымдануынан невралгиялық ауыру сезімдерге, невриттерге, парестезияға, сезімталдықтың жойылуына әкеліп соғады. Бұл ісіктер көп жағдайда метастаздар береді.

Қатерсіз ісіктер	Қатерлі ісіктер
қоршаған тіндерден анық шекарамен оқшауланып, көлемі үлкейген сайын айналасындағы тіндерге кіріп, оларды ығыстырып өседі. Олар баяу өсетіндіктен, көп жылдарға дейін байқалмауы мүмкін. Ығыстырылған тіндердің жаңа жағдайға қалыптасуының арқасында, өз қалпынан ығысқан көрші ағзалар қызметінде айтарлықтай өзгерістер болмайды. Қатерсіз ісіктер науқастың жалпы жағдайын өзгертпейді, әрі метастаздар бермейді.	жылдам өсуімен, қоршаған тіндерді ығыстырып қана қоймай, олардың анатомиялық құрылысы мен қызметтерін бұза отырып етіне шаншыла өсуімен ерекшеленеді. Қан тамырлары зақымдануының әсерінен қайталап қан кетулерге, жүйке жүйесінің зақымдануынан невралгиялық ауыру сезімдерге, невриттерге, парестезияға, сезімталдықтың жойылуына әкеліп соғады. Бұл ісіктер көп жағдайда метастаздар береді.

Қатерлі ісіктерді кезінде қатерсіз ісіктен клиникалық айыру өте қиын. Бірақ уақыт өте келе оның ұйыспа-инфильтративті өсуінің

нәтижесінде шекарасының анықтығы жойылады. Ісіктер негізінен лимфа және қан тамырлары, жүйке талшықтары, бездердің шығу өзектері арқылы өсіп, метастаздар береді. Сау тіндердің деңгейінде ісіктерді алып тастаған күнде де жиі метастаздар береді. Қатерлі ісіктің өсуіне тән белгілері науқастың қатты азуы, әлсіздіктің пайда болуы, терісінің сары-сұрғылт тартуы, қанда гемоглобин азайып, ЭТЖ-ның артуы т. с. с.

Қатерсіз ісіктердің морфологиялық ерекшелігі оны құрайтын элементтердің (клетчаткалардың) жетілгендігі болып табылады. Бірақ ісік тіндері әрқашан атипиялы орналасады.

Қатерлі ісіктер жетілмеген, пішіні мен қасиеті өзгерген клеткалардан тұрады. Клеткалардың денесі мен ядроларының бір-біріне қатынасы қалыптағыдан тыс өзгерген. Ісіктер қатерсіз және қатерлі деп қана емес, дамыған тіндеріне қарай: **дәнекер тіндік, лимфоид және миелоид, тамырлық, эпителийлік, ет және жүйкелік деп бөлінеді.** Аталғандардан басқа бірнеше тіндерден тұратын аралас ісіктер де кездеседі. Жақ сүйектерінде ерекше одонтогенді ісіктер болады, ісіктің өсуі тіндерде жасушаның-клетканың көбею қабілеті бар аймақтарда басталады. Мұндай аймақтарға тамырлар айналасындағы тін, эпидермистің ұрықтық қабаты, бездердің шығу өзектері, эпителиймен бүркенген шырышты қабықтың қойнаулары жатады. Ісіктердің қатарына ұрықтық тіндердің дұрыс қалыптасуының әсерінен пайда болған ісік тәріздес тератоидты ісіктердің пайда болу этиологиясы медицина мен биологияның өзекті мәселесі болып қала бермек. Ісіктің дамуына созылмалы үнемі алған жарақаттар, физика-химиялық әсерлер, созылмалы қабыну процесстері себеп болады.

Оқып үйрену үшін клиникада жақ-бет аймағының қатерсіз ісіктерін одонтогенді және одонтогенді емес деп бөледі. Одонтогенді емес ісіктер остеогенді сияқты, туа біткен кисталар мен тератомалар деп бөлінеді.

20.1. ОДОНТОГЕНДІ ІСІКТЕР

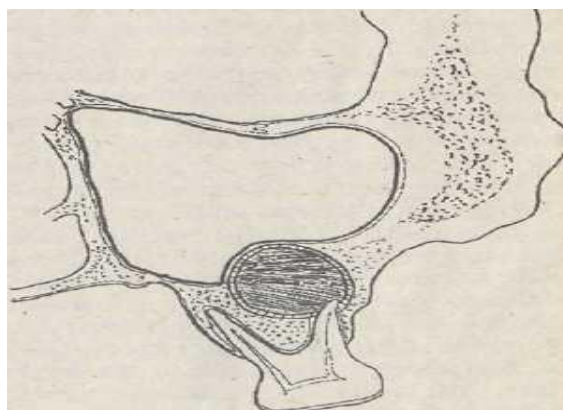
Пайда болуы тіс жүйесімен байланысты ісіктерді одонтогенді дейді. Олар: жақ кисталары, амелобластома (адамантинома), одонтома, цементома. Кейбір мамандар бұл топқа эпулистерді де қосады, бірақ кейінгі кезде ғалымдардың көзқарасы өзгеріп, бұл ісіктерді басқа топқа-ісік тәрізділер тобына жатқызуда.

Жақ кисталары. **Киста дегеніміз сыртында қабығы бар сұйық немесе қоймалжың заттан тұратын қуыс ісік.** Жақ сүйектеріндегі қуыстардың қабығы екі қабаттан тұрады, сыртқы қабаты тығыз дәнекер тіннен, ішкісі ауыз қуысының шырышты қабаты секілді көпқабатты жалпақ эпителийден құралады. Гаймор қуысына жақын жерлерінде цилиндр тәрізді эпителий де кездеседі. Дәнекер қабат пен эпителий қабатының арасында тамырлар мен лимфоидты элементтерге бай гранулденген тін қабаты кездеседі. Кистаның ішіндегі сұйықтық құрамы

холестеринге бай сарысудан тұрады. Жақ кисталары дамуына қарай түбірлік (**радикулярлық**) сауыттық

(**фолликулярлық**) деп бөлінеді.

Түбірлік кисталар. Көбінесе (94-94%) жағдайда жақтарда кездеседі. Түбірлік кисталардың эпителий тіндерінен даму жолдарының бірнеше тұжырымдары бар: қабыну процесінің салдарынан түзілген химиялық және механикалық тітіркендірулердің әсерінен периодонттағы эпителий элементтері үлкейіп көбейе бастайды. Осының әсерінен микроскопиялық қуыстар ішіне сарысу толып, біртіндеп үлкейіп кистаға айналады. Түбірлік кисталар тіс жегімен бұзылған тістердің немесе бұрын жарақат алған тістердің аймағында кездеседі (102-сурет).



Жұлынған тістердің орнында өте сирек кездеседі. Киста көптеген айлар немесе жылдар бойы баяу, ауруды мазаламай өседі. Сондықтан оның алғашқы сатыларын тек рентген суретіне түсіргенде ғана анықтаймыз. Онда көзге бірден сүйектің бұзылған ошағының көлеңкесі анық түседі. Уақыт өте келе жақ деформациясы наукастың өзінің де, тексерген дәрігердің де, қоршаған ортаның да назарына түсе бастайды. Ұяшықты өсіндінің ісінуінен беттің асимметриясы пайда болады. Жалпы тексеру кезінде жақтың ұяшық өсіндісі мен деңесінде таңдай немесе сырт жақ бағытына қарай өскен дөңгелек пішінді артық зат байқалады.

Киста бұршақ пен тауық жұмыртқасының көлеміне дейін кездеседі. Ол даму уақыты мен даму сатысына тікелей байланысты болады. Ісіктің үстіндегі шырышты қабықпен сүйектің беткі қабаты өзгермейді. Уақыт өте келе жұқарған сүйек қабырғасын басқанда **сықырлаған** (Рунге-Дюпюитрин белгісі) **резеңке немесе пластмасса ойыншық** (Ю.И.Бернадский белгісі) белгілері пайда болады. Біртіндеп өршіген сүйек семуінің әсерінен кистаның үстіндегі сүйек ақауларын, бетін шырышты қабықпен сүйектің беткі қабаты ғана жапқан терезе пайда болады. Осының салдарынан кистаның жаңа **былқылдақ белгісі** мәлім бола бастайды.

1892 жылы Парч түбірлік кисталар гранулематозды периодонтиттердің соңғы сатысы екенін дәлелдеді. Себебі өлеттенген

қуыстың қабырғасына эпителий жасуша-клеткалары жабысып, гранулематозды тіндер сұйыққа айналады. Осыған орай кистаның түзілуі организмнің қабыну ошағын сау тіндерден оқшаулау қабілеті деп саналады. Қуыс ішіндегі сұйықтық, оның барлық қабырғаларына бірдей қысым келтіретіндіктен геометриялық дұрыс домалақ пішін береді.

1906 жылы Парч 21 түбірлік кисталардың микроскопиялық зерттеу нәтижелерінен кистогранулемадағы эпителий жыланкөз арқылы ішке енген ауыздың шырышты қабығынан дамиды деген тұжырым айтты. Бірақ бұл тұжырым жыланкөзі жоқ жердегі гранулемаларға дәлел бола алмады. Эпителий көзі әрбір тістің периодонтында кездесетін Мальяссе эпителиальдық аралдарынан дамиды деген тұжырым да бар.

Кисталық қуысты жуан инемен тескен кезде мөлдір сұйықтық алуға болады. Осы иненің көмегімен қуыстағы сұйықтықты түгел сорып алып, орнына рентген контрасты зат (йодолипол, торотраст және т.б.) жіберсе қуыс шекарасының анық көлеңкесі көрінеді. Көлеңке мен қуыстың сүйек қабырғасының арасында жұмсақ қабықтың қалыңдығына тең ара қашықтықты байқауға болады. Киста іріндеген жағдайда жалпы белгілеріне қоршаған тіндердің қызаруы, ісуі, ұйыспа-инфильтрациясы, киста бар аймақтың ауыру сезімі, дене қызуының көтерілуі қосылады. Егер іріндеген киста жедел остеомиелитке өтсе осы аурудың белгілері басым болады. Кистаның іріндеуі мен қабыну процессінің өршуіне кистасы бар тіс түбірі өзегіндегі инфекция себеп болады. Өзек ішіндегі инфекцияның өршуіне, организмнің иммунобиологиялық жағдайларының, тұмау, улану, гиповитаминоз, хронический, жарақаттар, тоңу, қатты шаршау, ұйқының қашуы т.с.с. әсерінен әлсіреуі жағдай тудырады. Септігін тигізуші факторларға тіске тиген соққы, стоматит, гингивит, жақ сынықтары, гайморит, жақын маңындағы сүйекке жасалған оталар жатады.

Түбірлік кисталардың клиникалық және рентгенологиялық айқындалуы оның дамуындағы ерекшеліктерге, айналасында қайта қабыну процесстерінің бар-жоқтығына, орналасу ерекшеліктеріне және пайда болған уақытына тікелей байланысты.

Бұл кисталардың көбінесе рентген суретте көлемі онша үлкен еместігі көрінеді. Диаметрі 1,5-2 см кисталар өте сирек кездеседі. Қуыстың ішінде бір немесе бірнеше тістердің түбірлері болуы мүмкін. Себепші тістің ұлпасы түтелдей өлеттенген. Түбірлік кисталар үлкейе келе домалақ пішінін жоғалтады. Олар ұяшық өсінді мен жақ сүйектерінің денесіне ұзына бойына созыла орналасады. Өз жолында тіс түбірлерін ығыстырып немесе оларды айналып өтіп, кейде өзінің ішіне ендіріп те алады. Бұл кездері тістердің тіршілігі мен қуыстың сыртқы кортикалды қабаты сақталады. Киста үлкейген сайын оның көлеңкесінің анықтығы сүйектегі ақаулардың әртүрлі тереңдікте орналасуына байланысты бұзылады. Осындай рентген сурет түбірлік кисталарға тән болмайтындықтан оны амелобластомадан, алып клеткалы ісіктің кейбір

түрлерінен, жаратылысы басқа кисталардан айырып анықтауды керек етеді.

Жоғарғы жақ сүйегі кемігінің жұмсақтығыта байланысты онда кездесетін кисталардың көлемі төменгі жақтағы кисталардан үлкен болып

келеді. Жоғарғы жақ сүйегі ұяшық өсіндісінің қысымға кедергісі аз болғандықтан ондағы кисталар жан-жаққа қарай өседі. Кез келген жерде орналасқан кисталардың домалақтығының сақталуы олардың пайда болған уақытының ұзақтығына байланысты. Төменгі жақтың түбірлік кисталарын ең алдымен қуысты адамантинома мен сауытты кистадан ажырату керек.

Түбірлік кисталардың емі хирургиялық. Егер кистаның диаметрі 1-1,5 см-ден аспаса оларды отасыз-консервативті емдеуге болады.

1892 жылы және 1910 жылы Парч кисталарды емдеудің екі жолын ұсынды: цистотомия (Парч I отасы) және цистэктомия (Парч II отасы).

Цистотомия немесе пластикалық цистотомия отасы Парчқа дейін ұсынылған болатын. Ол бұл отаны одан әрі жетілдіріп, оның әр кезеңіне мән беріп суреттеп берді. Сондықтан бұл отаны Дюпюинтрин-Парч пластикалық цистотомиясы деп атаған дұрыс. Соңғы кезде бұл ота өте сирек жасалып жүр.

Цистотомия отасы кезінде кистаның алдыңғы қабырғасын ғана алып, оны ауыздың кіреберісімен немесе ауыз қуысымен бір қылып қояды. Ота кезінде қуыстың ішіндегі қысымды жойып, қуыстың біртіндеп тегістеліп одан әрі мүлдем жойылуына әкеліп соғады. Ота қарапайым, аз жарақатты, науқастар оңай көтереді. Бірақ одан кейінгі ақау сақталып, көпке дейін гигиеналық күтім керек етеді.

Цистотомия жасауға болатын жағдайлар:

1. Қуысының ішінде 3 немесе одан да көп (рентген суретінде) периодонт саңылаулары сақталған сау тістері бар кисталар.

2. Мұрын түбінің сүйегі мен таңдай пластинкасы бұзылған жоғарғы жақтың үлкен кисталары.

3. Төменгі жақ денесінің сүйегі 1-0,5 см-ге дейін жұқарған аумақты кисталар. Бұл жағдайда кистаның қабығын жартылай сақтау жақтың патологиялық сынуының алдын алу шарасы болып табылады.

4. Ауыр стоматологиялық аурулармен сырқаттанған немесе жасы ұлғайған науқастар.

Цистотомия отасына тек себепші тісті ғана дайындайды, басқа тістер қуыстың ішінде болғанымен отадан соң кистаның қабымен жабылған күйі қалады. Төменгі жақтың үлкен кисталарына ота жасау кезінде жақ сынып кетпеу үшін құрсаулар салынады. Ота жергілікті жансыздандыру арқылы жасалады. Көлемі сүйек ақауының көлеміндей шырышты қабық пен сүйектің беткі қабығынан тұратын жартылай сопақ құрақ іріп алынады. Себепші тісті сақтап қалатын болса құрақтың

негізін қызыл иекке қаратпауға болады. Себебі тіс түбірін кескеннен кейін осы құрақпен үстінен жабу керек. Сүйек жаңалаштанғаннан кейін бормен және трепанмен қуыстың беткі қабырғасын өз диаметрінен үлкенірек етіп алады. Себебі сүйек жазылу кезінде ақаудың пішіні кішірейеді. Кисталық қуысты жуып, шырышты қабық пен сүйектің беткі қабығынан тұратын құрақты йодоформды дәкемен көмкеріп қояды. Кейбір ғалымдар көмкерілген құрақты кистаның қабығына тігіп қояды. Кистаның қабығын ауыз кіреберісінің шырышты қабығына тігу әдісі де қолданылады.

Отадан 6-8 күннен кейін йодоформды тампон ауыстырылады. Себебі оған сілекей сіңіп, жарадан оқшаулана бастайды. Осы тәртіппен тампон 3-4

рет ауыстырылады. 3 аптаның соңына қарай жараның айналасы эпителийленіп ауыздың кіреберісімен немесе ауыз қуысымен жалғасқан қосымша қуыстар пайда болады.

Цистоэктомия (Парч II отасы) бұл кистаның қабығын түгелдей алып тастап жараны тігу отасы.

Цистоэктомия отасын жасауға болатын жағдайлар:

1. Одонтогенді эпителийдің дамуына себеп болған киста.
2. 1-2 сау тістердің көлеміндегі кішігірім кисталар.
3. Төменгі жақтық көлемді кистасы. Кистаның орналасқан жерінде тістер болмауы және жақ үшін денесінің сүйегі сынбайтындай қалыңдықта (1 см-ге дейін) болуы керек.
4. Жоғарғы жақтық көлемді кисталары. Киста бар жерде тістер және мұрын түбінің сүйегі сау болып, гаймор қуысында қабыну процесстерінің нышаны болмауы керек.

Біртүбірлік кисталарды алу алдында түбір өзегін цементті түбірден сыртқа шығарып бітеме-пломбылау керек. Көптүбірлі тістер мен жарып шыға алмаған тістерді сақтап қалу мүмкін болмаса ота кезінде оларды жұлып тастайды.

Киста аймағындағы сау тістер электр одонтометрмен тексеріліп, тоққа тістің әсер етуі төмен болса, тиісті ем жасалуы керек. Мұндай тістердің түбір өзектері себепші тісті емдегендей цементпен бітеме-пломбыланады. Ота өткізгіштік және жайылмалы жансыздандырулар арқылы жасалады. Жақтың ұяшық өсіндісінің сырт жағынан, негізін өтпелі қатпарға қаратып, жартылай сопақ немесе трапеция тәрізді құрақ кесіледі. Құрақтың көлемі киста көлемінен үлкен болуы керек. Құрақты сүйектен қашау-распатормен сыдырып алады. Одан соң болашақ ақаудың орнын домалақ бормен тесіп сопақ бормен бір-бірін қосады. Дөңгелек пішінді сүйек пластинкасы алынып тасталады. Қуыстың алдыңғы қабырғасы ашылады. Егер сүйекте тесіктер болса қысқашпен кеңітіледі. Кистаның қабығын сүйек қабырғасынан ажыратады, бірақ себепші тіс түбірінің ұшынан ажыратпайды. Кистаның қабығын түгелдей ажыратып болған соң

түбірдің ұшы бормен кесіліп кистамен бірге алынып тасталады. Одан кейін қуысты қайта мұқият тексеріп, қабықтың қалғаны болса алып, түбірдің өзегі цементпен бітеме-пломбыланғанына көз жеткізу керек.

Киста алынып тасталғаннан кейін алдын ала дайындалған тістердің түбірлеріне кесіп алып тастау отасы жасалады. Отадан кейін сүйектің өткір қырларын тегістеп қуысты қан ұйығымен толтырады. Сыдырылған құрақ кетгутпен тігіледі.

Жоғарғы екінші күрек тістен пайда болған кисталар таңдайға өсіп, таңдай сүйегінің сорылуына әкеліп соғады. Ота кезінде кистаның қабығы сүйектің беткі қабығымен етене өсіп кеткендіктен түгелдей алу мүмкін болмайды. Сондықтан таңдай жағынан цистотомия отасын жасаған жөн.

Фолликулярлық кисталар. Одонтогенді кисталардың екінші тобын фолликулярлық кисталар құрайды. Бұлар түгелдей жетілмеген тіс сауыттарының айналасында түзіледі (А.И.Евдокимов). Жақ кисталарының ішінде бұл кистаның үлесіне 4-6% тиеді. Одонтогенді кисталардың басқа түрлері (аралық, тіс жару кисталары) сирек кездеседі. Фолликулярлық кисталардың табиғаты мен дамуы күні бүгінге дейін белгісіз болып отыр. Кейбір ғалымдардың айтуынша оның дамуы түбірлік кистаның дамуындағыдай сүт тістердің түбір ұшындағы қабыну процесстері себеп болады. Қуыстың эпителийленуі Маясссе эпителий қалдықтарынан немесе тұрақты тіс ұрығының эмалінен түзіледі деп түсіндіреді. Енді бір ғалымдар бұл кисталарды ісіктерге жатқызып, тіс ұрығының даму барысындағы өзгерістері деп түсіндіреді. Фолликулярлық кисталар деген терминді біреулердің айтуынша қабынудың әсерінен, ал екіншілердің айтуынша тіс түзілетін эпителийдің жетілмеуінен пайда болатын одонтогенді кисталарды біріктіретін жинақты ұғым түрінде қарау керек.

Фолликулярлық кисталар түбірлік кисталарға қарағанда көбінесе төменгі жақтың денесі мен бұрышында кездеседі. Кейде бір ауруда бірнеше кистаның болуы да мүмкін. 30 жасқа дейінгі кісілерде жиі кездеседі. Түбірлік кисталарға қарағанда фолликулярлық кисталар сирек іріңдейді. Бұл киста кезінде жас адамның тіс қатарында бір тұрақты тістің жоқтығы байқалады. Көп жағдайда оның орнында сүт тісі сақталған. Түбірлік кисталарға қарағанда сүйектің ақаулануы немесе жұқаруы өте сирек кездеседі. Клиникалық көрінісі мен нақтамасы түбірлік кисталармен бірдей.

20.2. АМЕЛОБЛАСТОМА (АДАМАНТИНОМА)

Эмаль органы эпителийінен немесе Маясссе жасуша-клеткаларына ұқсас эмбирон эпителийі қалдығынан пайда болатын тіске байланысты өсетін ең жиі кездесетін ісік. Атауының болуы (көп камералы кистама, пролиферацияланушы жақ кистасы, орталық парадентарлы кистама, кистааденома, адамантинум т.б.) оның құрылысының күрделі клиникалық көріністерінің маңызды екендігін дәлелдейді.

Нәрестелер мен қарттарда да кездесуі мүмкін, бірақ, ол негізінен 21 мен 40 жас аралығындағы адамдарда кездеседі. Әйелдер көп ауырады. Ісік төменгі жақтың бұрышы мен бұтағында, төменгі ақыл тістер төңірегінде жиірек, жақ денесінде сирегірек кездеседі.

Макроскопия көрінісіне қарай амелобластоманың 2 түрі бар: **кисталы және көлемді**. Бұл түрі ұршық немесе цилиндр тәрізді болып, сау сүйектен анық білініп, іші ашық сұр затқа толы келеді. Өте үлкен болып өскенде сүйектің кортикал пластинкасын тесіп, жұмсақ тінге өтеді.

Кисталы түрі астарына эпителий, дәнекер тіні төселген, көп орталықтан өсетін қуыстар көрінісіне ұқсайды. Қуыстар арасында сау сүйек перделері сақталады. Қуыстар сұйық немесе жартылай сұйыққа толы болады. Ісіктің негізгі бөлігі қуыстардан тыс орналасады. Қуыстарға қарап сұрыптау онша дұрыс емес, себебі, қомақты ісіктің де орта тұсында киста қуыстары кездеседі. Олар әрі қарай өсіп қомақты ісікке айналуы мүмкін.

Амелобластомалардың микроскопиялық көрінісі әрбір ісікте ғана емес, тіпті бір ісіктің өзінің әр жерінде әртүрлі болады. Бұл құбылыс оларды зерттеуді қиындатады. Амелобластоманың нақтылы классикалық құрылымында эмальдың өсуінің алғашқы сатыларына тән ерекшеліктер көрінеді. Өсіп жетілген эпителий әртүрлі клеткалардан құралған. Аталған өсінділер мен ісіктердің шетінде цилиндр тәрізді клеткалар, ал ортасына таман полигональ, сосын жұлдызша клеткалар орналасады.

Соңғы 25 жыл бойы жүргізілген гистологиялық зерттеулердің нәтижесі бойынша көріністері әртүрлі болып келетін, түрліше гистологиялық құрылымдардың бірсыпырасы «амелобластома» деген атпен аталды (Ермолаев И. И. 1962,1965).

Негізгі гистологиялық түрлерге кәдімгі амелобластома, адено-амелобластома, одонтопластикалық және меланоамелобластомалар жатады. И. И. Ермолаев амелобластомалардың тоғыз түрін ажыратады:

1. Тіс ұрығының эмаль мүшесіне ұқсас құрылымы бар;
2. Стромасынан едәуір үлкен трабекулярлы немесе құрылысы ұяшық тәрізді паренхимасы бар;
3. Эпителийдің дистрофиялық өзгерістерінің нәтижесінде пайда болған ірі онкоцит тәрізді жасуша-клеткалары басым;
4. Паренхимасында кейде эпидермоидты құрылысы бар ангиоматоз бен қан құйылу ошақтары бар кәдімгі плексиморфты түрі;
5. Тіс өсіп шығатын жапырақшаға ұқсас бұтақты эпителий жолшалары бар;
6. Әрі қарай дамымайтын тығыз орналасқан базальды жасуша-клеткалардың үлкен жолшалары мен жинағынан тұратын;
7. Конгруентті орналасқан эпителиальды жасуша-клеткалы алаңдарының бар екендігімен сипатталады. Олар стромасы

гиалиноздалып түзілген денелері кейде минерал тұздары шайылуына шалдыққан тікенек қабатына ұқсас.

8. Жиналған оксифилді ошақтарының минерал тұздары шайылып аденоматозды құрылымдарының басымдылығымен ерекшеленеді.

9. Пигментті жасуша-клеткалы, альвеолярлы құрылымды шағын ошақтары бар.

Амелобластомалардың пайда болуы бүгінгі күнге дейін белгісіз болып келді. Кейбір мамандар ісік тіс ұрығы өсуінің бұзылуы салдарынан келіп шығады десе, көпшілік ғалымдар ол ауыз қуысының кілегей қабығының эпителий элементтерінен бастау алады деп ой қорытады (жабынды эпителий, безді эпителий). Одан басқа жекелеген ғалымдардың ойынша ісік фолликулярлы кисталардың эпителий төсенішінен келіп шығады.

Амелобластомалардың 5%-ға дейіні қатерлі ісікке айналып, лимфа түйіндеріне метастаздар береді. Бұл ісіктің барлық түрлерінің сыртында, жылдам өсе бастаған кезінде эпителийдің белсенді ұйыспинфльтрациялы қабаты көрінеді. Ісіктер өсе келе маңындағы сау сүйектен шығып, кейде капсулаға айналады.

Рентген суретте амелобластомалар бір немесе бірнеше камералы қуыстар болып көрінеді. Кейде кортикал пластинкаға әртүрлі тереңдікте батып, бір қарағанда, қуыс араларында перделері бар көп кисталы ісік сияқты жалған көрініс береді. Әдетте қомақты амелобластомалар рентген суретте түрліше жарық өтетін бір үлкен камера болып көрінеді. Аса үлкен көлемді бола тура сүйектің кортикал пластинкасы жұқарғанымен, оны аса көп томпайтпайды, бұзып өтпейді. Кисталы түрі араларында сүйек тіндері сақталған есепсіз көп ортадан өсіп шыққан жеке қуыстарға ұқсайды. Орасан үлкен қуыс пайда болса да ісіктің негізгі бөлігі, белгілі киста аймағынан алыс орналасып, өсе келе олар бір-бірімен жалғасып кетеді.

12-15% жағдайда, кисталы амелобластома қуысында ретенцияға ұшыраған тіс немесе толық қалыптаспаған тіс ұрығы кездеседі. Амелобластомалардың кисталы түрлері бұл ісіктердің басым көпшілігін құрайды. Олар әдетте төменгі жақтың бұрышына орналасып, әрі қарай бұтаққа немесе жақ денесіне бағыттала өседі. Ол үлкен аймақты зақымдап кортикал пластинканы тіл және ұрт тұсына қарай айтарлықтай ендіреді. Қомақты амелобластомаға қарағанда жиірек перделермен бөлінген бірнеше ірі қуыстардан түзілген сияқты, жалған көрініс береді. Рентген көрінісінде шеткі қуыстарға қарағанда орталық қуыстар ашығырақ келетіні байқалады. Кейбір қуыс тұсында кортикал пластинканың сорылып кеткені де жалған көрініс. Дегенмен, ісік кортикал пластинканы жарып сүйек сыртына шығуы мүмкін. Бұл жағдай қомақты амелобластомаларға қарағанда кисталы түрінде жиірек кездеседі. Қуыс іріндегенде, рентген суретте ішіндегі сұйықтың деңгейі байқалады.

Олар төменгі жақ өзегіне жақын орналасса, оны төмен қарай

ығыстырады. Егер кистаның ішінде азу тістер кездессе, онда ісік фолликулярлы кистадан өсіп шықты деп ойлауға болады.

Амелобластоманы, клиникалық көріністері ұқсас келгендіктен остеобластокластомадан ажырату керек. Остеобластокластомада аурудың алғашқы белгілерінің қатарына себепсіз пайда болған тіс ауруы болса, амелобластокластомада бұл жағдай сирек кездеседі. Остеобластокластомада тістер жиірек босап қалады. Кисталы амелобластомада пункциядан холестерин түйірлері бар сұйықтық алынса, остеобластокластомада қанды сұйықтық алынады. Аталған айырмашылықтар ісікті шамалап қана анықтауға мүмкіндік береді. Нақты дәлелді биопсиялық зерттеу ғана көрсетеді.

Одонтогенді кисталардан ажырату қажеттігі олардың белгісіз басталып, ауырмай өсіп, жақты деформациялайтын ұқсастықтарына негізделген. **Түбірлік кисталар** амелобластомадан ұлпасыз немесе өлі ұлпасы бар тіспен байланыстылығымен ерекшеленеді. Оларды анамнез, клиника, рентген арқылы анықтау онша қиын емес.

Амелобластомалардың емі хирургиялық. Оларға киста тәрізді ота жасау, айтарлықтай нәтиже бермейді. Ісікті сау сүйекті қамти мұқият қырнап сылып алу кейбір адамантиномаларды емдегенде тәуір нәтиже беруі мүмкін. Ісік қайта шығып малигнизация қаупі орын алмас үшін, ісікті оның айналасындағы сау тіндермен қоса алып тастау керек. Әдетте жақ сүйегіне резекция жасалынады. Бірақ кесіп алу-резекция қатерлі ісіктерге қарағанда сәл азырақ жасалынады. Егер адамантинома жақ айналасындағы тіндерге өткен болса, онда субпериостал резекция жасаумен шектелу жеткіліксіз. Зақымдалған жақ айналасындағы тіндерді де қоса алып тастау керек.

20.3. ОДОНТОГЕНДІ ФИБРОМА

Одонтогенді фибромалар жақтардың сүйек іші фибромаларының бір түрі болып саналады. Бұл фибромалардың тағы бір белгісі дәнекер тінді ісіктің ортасында тіс өсіп шығатын эпителийдің майда қалдықтарының кездесуі. **Егер миксомалы өзгерген жерлері кездессе, онда нақтама фибромиксома деп қойылады.**

Одонтогенді фиброманы жұмсақ одонтомадан ажырату керек. Жұмсақ одонтоманың өсіп шығатын екі компоненті де (эпителиальды, дәнекер тінді) жинақты біркелкі өсіп, тіс ұрығының өсу сатысының алғашқы көрінісіне ұқсайды. Одонтогенді фиброма, өзін қоршаған сүйектен ісіктің сыртын ала тығыз орналасқан коллаген талшықтарынан түзілген пердемен бөлініп тұрады. Ісіктің өсуіне байланысты жақ сүйегінің біркелкі сорылуы-резорбциясы байқалады.

Одонтогенді фибромалардың клиникалық, рентгенологиялық көріністері онша айқын емес.

Емі — хирургиялық жолмен ісікті мұқият сылып алу.

Эпулис. Эпулистерді (Фиброматозды, ангиоматозды, алып жасушалы-клеткалы) соңғы 25 жыл ішіндегі зерттеу оларға деген көзқарасты өзгертті. Оларды жақтың ұяшық өсіндісіндегі, қызыл иектегі анатомиялық, топографиялық орналасуына қарап қана топтастыру қазіргі онкология ғылымына сай келмейді. Бұндай көзқарасты бізде қолдаймыз. Себебі, бұл құрылымдардың ішінде ісіктер (фиброма, ангиома), ісікке ұқсас (фиброматозды, ангиоматозды эпулис) ісіктер кездеседі. Біздің ұғымымыз бойынша эпулис-аты айтып тұрғандай-қызыл иек үсті, сондықтан оны ісік тәріздес деген топқа жатқызуға болады деген пікір білдірмекшіміз. Ісікке ұқсас өсінділер, қызыл иектің жасанды сауытпен, бітеме-пломбамен, тістесудің бұзылуымен т.с.с. себептермен созылмалы қабынуының әртүрлі сатылары болып есептеледі. Олар тіннің әртүрлі жауап әрекеті болып, морфологиялық тұрғыдан қабыну ошағындағы иммунитеттің өзгергенін дәлелдейді. Ертеректе алып клеткалы эпулис деп, бір бөлігі қызыл иектің тінінен пайда болып, қалған бөліктері альвеола өсіндісінің сүйегінен шығатын көкшіл-қызыл ісік сияқты өсіндіні айтатын. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ісіктердің халықаралық гистологиялық жіктелуінде бұл жарақаттардың мәні түрліше болғандықтан, оларды бөліп қарауға тура келеді. Қызыл иектен өсіп шығатын ісік шеткі алып жасушалы-клеткалы гранулема деп аталып, жұмсақ тіндердің ісік тәрізді фиброзды жарақаттары тобына қосылады. Ал сүйектен өсіп шыққанын алып клеткалы жасушалы-гранулема (алып клеткалы репаративті гранулема) деп атап, оларды сүйектің ісік тәрізді жарақаттары бөлімінде қарайтын боламыз.

Стоматологтардың жұмысында эпулис жиі кездеседі. Ол негізінен ересек адамдарда, оның ішінде әйелдерде көбірек кездеседі.

Фиброматозды және ангиоматозды эпулистердің клиникалық көріністері ерекше. Фиброматозды эпулис табаны жалпақ, шекарасы анық, пішіні белгісіз, көбіне қырлары қызарған, ауырмайтын тығыз ісік болып келеді. Әдетте қызыл иектің кіреберісінде орналасып, тіс арасынан ет сияқтанып өтіп барып жалғасады. Тексеру барысында, эпулис аймағындағы тістің жасанды сауытының дәл еместігі, бітеме-пломбаның дұрыс салынбағандығы, тіс жегісі бар немесе протездің кламмері дұрыс орнатылмағандығы анықталады. Аталған заттар негізгі себепші болып грануляцияның өсіп шығуына жол ашады. Әрі қарай ол өсе келе, жетілген фиброзды дәнекер тінге айналады.

Ангиоматозды эпулистің фиброматозды түрінен айырмашылығы оның жұмсақтығы мен қызарып тисе де тимеседе қанай беретіндігінде. Микроскопта-ангиоматозды эпулисте жетіле бастаған фиброз тіндерімен қатар көптеген қан тамырлары көрінеді. Алып жасушалы-клеткалы эпулистің (шеткі остеобластокластома) клиникалық көрінісі аталған эпулиске ұқсас. Бірақ, өзіне тән өзгешеліктері бар, олар: түсі көкшіл-қызыл, бұдырлы-эрозиялы беткейінде антогонист тістердің ізі бар, тығыз-

серпімді, қанағыш келеді (103-104-суреттер). Гистология есепсіз көп ядролы алып жасушаларды-клеткаларды көрсетеді. Оның стромасы тіндерге бай, қан тамырлары мол, фиброзды тін сирек.



Сурет-103. Алып –жасушалы-клеткалы эпулис



Сурет-104. Ангиоматозды эпулис

Гемосидерин түйірлері кездеседі. Отадан соң қайталануы мүмкін. Жүктілердің гранулемасы (жүктілердің эпулисi)— кейбір әйелдердің екіқабат кезінде пайда болып, тез өсіп қанағыш келеді. Босанған соң гранулема кішірейеді, кейде мүлдем жоғалып та кетеді.

Жұмсақ тіндерден өсіп шыққан эпулистерді рентгенде қарағанда сүйекте ешқандай өзгеріс көзге шалынбайды.

Фиброматозды, ангиоматозды эпулистерді емдеу жолы тек ота ғана емес. Бірінші және негізгі мәселе жарақат көздерін түгел жою керек. Мысалы, көпір протезді алу, пломбаны тузету, кариесті емдеу, түбірлерді жұлу және тістесуді қалпына келтіру. Осыларды мұқият орындаса 2-3 аптадан соң қызыл иектегі ісіктер күрт кішірейіп, тіпті жоғалып та кетеді. Бірнеше тістің аумағында орналасқан үлкен эпулис түгел жоғалып кетпей тұрып қалуы да ықтимал. Дегенмен ол кішірейіп, қатайып, айналадағы кілегей қабаттан айырмасы білінбей қала береді, Әйтседе оны кесіп алуға асықпаған жөн, себебі кері даму бірнеше айларға созылып оң нәтижемен аяқталуы мүмкін. Протез салу қажет кезде эпулис кесіп алынады. Шеткі алып жасушалы-клеткалы гранулеманың емі-сау тіндердің деңгейінде кесіп алу. Гранулемадан 2-3 мм-дей әріден қандауырмен тінді сүйекке дейін тіліп, қырғышпен патологиялық тінді сүйектің қабығымен қоса бөліп алады.

Қанаған жерлерді электро-коагулятормен тоқтатып, егер тоқтату мүмкін болмаса, йодоформды дәкемен жабады. Жарада грануляция пайда болысымен тампонды алады. Оның орнына эпителий өсіп жетіледі. Отадан кейін тістердің мойындары аршылып қалады. Эпулистің барлық

түрлері мен шеткі алып клеткалы гранулемада ісік аумағында тұрған дербес тістерді сақтап қалған дұрыс. Әйелдердің екіқабат кезіндегі гранулемасын емдеудің қажеті жоқ. Бірақ, қызметтік-функционалды өзгерістер пайда болса, ісікті кесіп алуға болады.

Одонтома. Олардың екі түрі бар. Нашар дамыған тіс тіндерінен тұратын, тек өсе бастаған тіс ұрығында ғана кездесетін жұмсақ одонтомалар, екіншісі негізінен петрификатталған, жақсы дамыған тіс құрылымдарынан тұратын қатты одонтомалар.

Бұл ісіктердің жиі кездесетін жері төменгі жақтың бұрышы мен оған жақын тұрған бұтағы мен денесі. Көптеген мамандардың айтуынша қатты одонтомалар жоғарғы жақта сирек кездеседі десе, И. И. Ермолаев (1959) екі жақта да бірдей кездеседі деп жазады.

Құрылым ерекшеліктеріне қарай қатты одонтомалар **күрделі, күрделі-аралас, жай және кисталы болып жіктеледі**. Күрделілері, әртүрлі дәрежедегі ісік, бірақ біртұтас боп бірігіп кеткен бірнеше тіс сияқты заттар мен тіс ұрықтарынан құралады. Кейде мұндай одонтомада көптеген тіс рудименттері мен тіс сияқты заттар кездеседі.

Клиникада мұндай одонтомалар жақ сүйегінде бұдырланып, ауырмайтын қатты томпақ, ал рентгенде қаттылығы тіске ұқсас, бірақ біркелкі емес тіннің көлеңкесі көрінеді. Көлеңкенің шеттері көбінесе шұңқырлар мен қылқандардан түзіледі де бүлдірген, жүзім немесе тұт жемістеріне ұқсас келеді (А.И. Евдокимов, 1959). Көлеңкелі айнала ашық жолақ көрінеді, одан әрі сүйек жолағының нығыздалған (склероздалған) көлеңкесі көрінеді. И.И.Ермолаевтың айтуынша, кәрі адамдарда одонтоманың сыртында ашық жолақ болмауы да мүмкін.

Күрделі-аралас одонтомалар қалай болса солай тәртіпсіз араласып кеткен тістің қатты және жұмсақ тіндерінен құрылған конгломерат түрінде кездеседі. Оның ішінде жекелеген, жартылай қалыптасқан тістер де ұшырасады. Рентгенде күрделі-аралас одонтома біркелкі емес қатты, домалақ, яғни сопақ пішінді, қырлары біршама тегістеу, сыртында ашық жолағы бар көлеңке болып көрінеді.

Жай одонтомалар бір тіс ұрығынан болмаса тіске ұқсас заттың конгломератынан (аралас, қырық құрау) құралады.

Жай одонтомалар, өз кезегінде толық (тістің толық ұрығы тіске ұқсас, яғни домалақ пішінді), толық емес (оның бір бөлігі ғана) болады. Олар тістің қайсы бөлігінен өсіп шыққанына қарап, одан әрі қай бөлігін деформациялағанына қарап түбір немесе сауыт одонтомасы деп аталады. **Кисталы одонтома** фолликула кистасында орналасады. Сондықтан клиникада ол фолликула кистасы болып көрінеді де, рентгенде-кистаның ішінде ретенцияға ұшыраған тіс емес, одонтома көрінеді.

Одонтомалардың клиникалық белгілері, олардың құрылымы, көлемі, орналасуы, қабының асқынуына байланысты. Әдетте кілегей қабықты тесіп шыққан сүйек тәрізді зат көрінеді. Тесіктің айналасы қалталанып оған тамақ, сілекей, микроорганизмдер толады да жұмсақ, қатты тіндерде

созылмалы қабыну процессі басталады.

Қатты одонтомаларға қарағанда жұмсақ одонтомалардың нақтамасын қою қиындау. Оларды адамантинома, остеобластокластома т.б. сүйек ісіктерінен айырып анықтау керек. Олар, радикалды емделмесе қайталап өсуі, малигнизациялануы да мүмкін. Жұмсақ одонтомалардың клиникалық белгілері жоқ. Олар тек тұрақты тістері қалыптаса бастаған балаларда көбірек кездесетінін атап айтуға болады. Олар екі жақта да, әдетте үлкен азу тістер маңында өседі. **Бұл ісік адамантиномаға ұқсап біркелкі, бұдырлы томпақ болуымен суреттеледі.** Жақтың кортикалды пластин-касын бұзып, айналасындағы жұмсақ тіндерге өсіп кіреді, яғни ауыз қуысына қарай томпайып өседі. Ауызда бұдырлы, серпімді-эластикалық, көкшіл, сәл тисе қанайтын ісік пайда болады. Бұл ісіктің сыртқы көрінісі эпюлиске ұқсайды.

Жұмсақ одонтоманың диагнозын қою оңай емес, ол патогистологиялық тексеру негізінде анықталады.

Жұмсақ одонтома, қатты одонтомаға немесе одонтогенді саркомаға айналып кетуі мүмкін.

Ренттенде одонтоманың нақтамасын қою онша қиын емес. Ісік сүйек тінінде әркелкі ақ дақтар түрінде болады. Онда қалыптасқан тіс пен оның бөліктер жиынтығы кездесіп қалады. Кейде ол ортасында қаттылығы сүйек пен дентинге ұқсас затпен толған қуысқа ұқсайды. Одонтоманың салыстырмалы рентген нақтамасының қажеті шамалы. Ісік дистопия мен ретенцияға ұшыраған тіс ұрығына өте сирек ұқсайды.

Емі — хирургиялық. Оларды дәнекер тінді капсуласымен бірге, қалдырмай мұқият алып тастау керек. Бір бөлігі қалып қойса қайталауы-рецидив беруі мүмкін. Отаның ішкі (альвеолды өсіндісіне) және сыртқы (жақ бұрышында, денесінде, бұтағында) екі жолы бар. Түбегейлі-радикалды алу үшін сүйектегі тесік (ісікті алып оның орнын қырып тазалауы үшін) үлкен болғаны шарт. Отадан кейін сүйектің орны бірте-бірте толып бітеледі. Үлкен одонтомаларды (сүйекті бұзған) сүйекке жартылай кесіп алып-резекция, соңынан сүйек пластикасын (төменгі жақта) қатар жасау арқылы аламыз. Жоғарғы жақтың ақауы обтуратор протезбен уақытша бекітіледі.

Цементома — жарып шыққан тістің перицементінен бастау алған шын ісік пен диспластикалық процесстің (цементодисплазия) аралығындағы ісік. Гистологиялық тұрғыдан цементома құрамында цементкльдер (клеткасыз цемент жиынтығы) мен одонтоцементобласттарға айналатын фибробластардан тұратын дәнекер тіндерінің қабаттарының жиынтығы. Кейде ол остеоид тіндерін де қосып алады. Ісік сүйек ішінде орналасып баяу үлкейе береді. Үлкен цементомалар ісігі ауырып науқасты мазалай бастайды.

Цементомалардың екі түрі кездеседі. Бірі ошақтық- бір тістің төңірегінде өседі. Екіншісі жайылмалы — сүйектің едәуір жерін қамтиды. Олар әртүрлі жастағы адамдарда, жиірек әйелдердің төменгі

жағында кездеседі. Әдетте жақтың орта бөлігінде күрек, сойдақ тістердің тұсында орналасады.

Микроскоппен қарағанда цементомма эластикалық ақшыл-сұр тін болып көрінеді. Ісік дәнекер тінді қапшықтың ішінде орналасып, зақымданбаған сүйектен оңай ажырап алынады. Периапикалды цементо-дисплазиялардың шеттері ирек, өздері тым қатты болады. Жай көзбен қарағанда бұл ісіктер тіс цементіне ұқсас тіндерден құралады. Ошақты зақымданудың 80% белгісіз болып, рентген жасағанда кездейсоқ анықталады. Рентген суретінде периапикалды аймақтың остеолизі гранулемаға өте ұқсас болып келеді. Егер мұндай көрініс сау тіс айналасында кездессе ешбір күдіксіз нақтама қойылады. Кариеспен зақымданған тіс төңірегіндегі осы тектес цементомаларды, ісіктің асқынып ұлғайған кезінде ғана анықтай аламыз. Кейбір кездерде ошақты зақымданған сүйек өте қатты, құрылымы белгісіз затқа ұқсайды. Ол сүйектің зақымданбаған бөлігімен ақшыл жолақ арқылы бөлініп тұрады. Уақыт өткен сайын ақшыл жолақ-қалыпты сүйек тінімен алмасады. Ісік ұзақ уақытқа созылса, түбірлер гиперцементозы сияқты көрініс қалыптасады.

Төменгі жақтың периапикалды цементомалары негізінен оның орта бөліктерінде солитар немесе топ болып орналасады. Ісіктің көлемі бірнеше миллиметрден бірнеше сантиметрге дейін болады. Өсе келе ол кейбір тістерді ығыстырып орнынан жылжытады. Жылжыған тістердің түбірлері көбіне аномалиялы болып келеді.

Жайылмалы зақымданудың рентген суреттерінде сүйектен де қатты тіндер яғни көптеген цементиктермен толған киста қуыстары көрінеді. Ота радикалды жасалмаса ісік жедел өсе бастайды.

Рентгенде цементомалар фиброзды дисплазияға ұқсас келеді. Қатты түйірлі заттары бар киста тәрізді жерлердің арасында өзгермеген сүйек тіндері кездеседі. Жайылмалы зақымданған сүйек зақымданбаған, яғни құрылымы өзгерген сүйек тінімен, хаосты орналасқан қатты жерлермен алмасып отырады. Рентгенде жайылмалы зақымдану өте айқын, анықтауды қажет етпейді. Цементоманың ошақты түрін одонтома, остеома, оссификацияланған фибромадан гистологиялық тексеру арқылы ажыратып алуға болады. Цементомма үлкейе келе айналадағы анатомиялық құрылымдарды ығыстырады. Жоғарғы жақ пен мұрын қуысы қабырғаларын ығыстырғанмен, оларға өсіп кірмейді. Ісік шекаралары барлық кезде анық көрінеді. Бірақ, рентгенде түрлі проекциямен бірнеше сурет жасалғанымен мұны дәл анықтау қиын. Цементоманы остеобластокластома, остеома, остеохондрома, түбірлік киста, остеогенді саркома, остеоид -остеома т.б. ісіктерден ажырату керек.

Емі — тек хирургиялық. Жақ ауырып, ісік жедел өсе бастаса, патологиялық сынғанда маңында созылмалы қабыну процессі болса, бет пішіні мен қызметі бұзылса ота жасалады.

Ота кезінде цементомамен байланысты тіс жұлынады. Жедел өсе

бастаған, сан алуан элементтері көп ісік қайталамас-рецидив бермес үшін маңындағы тіндермен қоса алынады.

Түбір ұшын кесу тек біртүбірлі тісте түбегейлі-радикалды оңай алып тастау мүмкіндігі бар кезде ғана қолданылады.

Остеобластокластома. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жіктеуі бойынша — остеобластокластома. Басқа да түрлі атаулары бар: алып жасушалы-клеткалы ісік, алып клеткалы репаративті гранулема т.б. Клиникалық көріністері онша айқын емес (жақ сүйегінің белгілі бір жерінің ұлғайып деформациялануы, тістердің жан-жағына қарай қисайып-конвергенцияға ұшырап босауы). Остеобластокластомамен зақымданған сүйектің аймағы амелобластома мен кистадан да үлкен болып ұлғайып ісінеді (105-сурет).



105-сурет. Остеобластокластома

Сипап тексерген кезде-пальпацияда аздап ауырып, пергаменттің қытыры сезіледі. Әдетте өздігінен ауырмайды.

Рентген көріністеріне қарап 3 түрге бөлеміз: **ұялы, кисталы және литикалық.** Басқаларынан көрнектірек деп *ұялы түрін* атауға болады. Мұнда зақымданған бөлік ерекше ісініп, кортикалды пластинка барынша жұқарады.

Ұялар онша үлкен болмайды, олардың саны көп болғандықтан ісік сабын көбігінің жинағына ұқсайды. Ісіктің бұл түрі баяу өсіп, көбіне жасы үлкен адамдарда кездеседі. Ұялар әртүрлі, арасындағы перделер толық, жартылай, ісік көлемі-контуры анық. Ісік аймағында сау сүйек тіні мен тіндердің қайта тіктелуі-регенерация жоқ. Кортикалды табақша-пластинка әбден жұқарып, жойылып кеткен сияқты болады. Сүйектің ісінуі оның өсіне көлденең орналасқандықтан, анықтау үшін оксиальды проекциядағы рентген суреті жасалуы керек. Ұялы остеобластокластоманың көлеңкесі біркелкі, амелобластома мен кистадан сәл ашық түсті келеді. Зақымданған аймақтағы тіс түбірлерін ешқашан ығыстырмайды, олар негізінен таралып, жымдалады. Бұл осы ісікке тән ерекшелік.

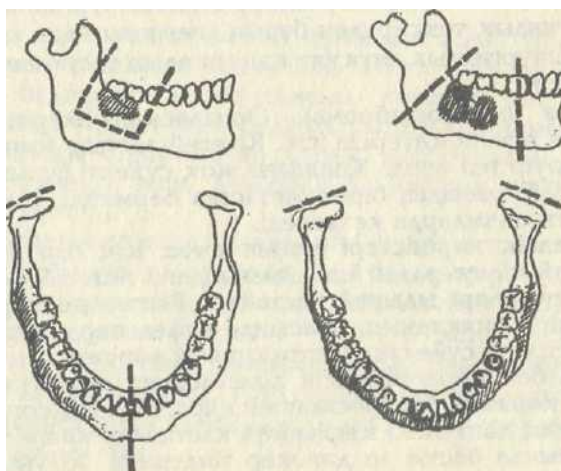
Кисталы түрімен зақымданған жақ сүйегі ұлғайып, жедел өсуімен, көбінде ісіктің ауырғанымен ерекшеленеді. Рентгенде ісік қырлары анық, пішіні сопақ немесе домалақ, киста сияқты болып көрінеді. Ісіктің кішкентай кезінде табақша-пластинка жұқармайды. Үлкен кисталы остеобластокластомалар қоршалып, кортикалды табақша-пластинканы тым жұқартып, ол тілге қарай томпайып тұрады.

Литикалық түрі сирек кездеседі, оның нақтамасын-диагнозын қою да оңайға түспейді. Ісіктің бұл түріне тән ерекшелік ол жақ сүйегінің кортикалды табақша-пластинкасына сыбайлас орналасып іштен сыртқа емес, керісінше өседі. Кортикалды табақша-пластинка томпайған жұқа қабық ретінде сақталады. Пластинка бұзылған соң ісік жұмсақ тінге қарай өседі. Сүйек ақауының көлемі-контуры өте анық болады.

Кистадан жоғарғы жақтың остеобластокластомасы қуысының үлкендігімен пішінсіздігімен, қуыс ішіндегі тіс түбірлерінің сорылуымен-резорбциясымен ерекшеленеді. Орталықта орналасқан ісіктерден басқа, жақ сүйегінің шет бөліктерінде, кілегей қабықта немесе қызыл иекте кездесетін кездері де болады. Қызыл иекке орналасқанын алып клеткалы репаративті гранулема деп атайды.

Шеткі орналасқандары диаметрі 2 см-ден аспай үстіңгі, төменгі жақ сүйектерінде кездеседі, олар орталықта орналасқандықтан жақты 4 есе жиірек зақымдайды. Көбіне жас, ер адамдар ауырады. Көпке дейін белгісіз болып келген ісік ұлғайып жақ сүйекті деформациялаған кезде айқындала бастайды. Ісіктің өсуіне тістің жұлынуы тікелей әсер етуі мүмкін.

Емі хирургиялық. Кисталы, ұялы түрлерінде зақымданған жерді мұқият қырып тазалау жеткілікті. Егер ісік жақтың біраз жерін қамтыған болса, онда жақ сүйегіне резекция жасап, қолма-қол сүйек пластикасы жасалады (106-сурет).



106-сурет. Төменгі жақ ісіктерінің хирургиялық емдеу әдістері

Литикалық түрінде жақтың бүгіндігін сақтап, жартылай резекция жасалады, кейде жақтың бір бөлігін резекция жасап, бір мезгілде сүйек

пластикасы қолданылады. Белгілі себептерге байланысты хурургиялық тәсілмен емдеуге жол болмаса сәулемен емдейді.

Жақ остеомалары. Остеома жақ- сүйегінің кортикалды немесе кеуекті қабаттарында кездесетін негізінен жетілген сүйек тіндерінен құралған, сирек кездесетін ісік.

Ол жиірек төменгі жақты зақымдайды, бірақ, гаймор қуысының ішкі қабырғасында, мұрын қуысында, шықшытмаңы безінде кездесуі мүмкін.

Клиникалық ағымы. Остеомалар белгісіз, жылдар бойы баяу өседі. Науқастың алғашқы шағымы ісіктің орналасқан жері мен көлеміне байланысты. Төменгі жақтың ішінде өскен ол төменгі жақ нервiсін қысып ауық-ауық мазалайды, бет асимметриясы байқалады. Тәждік өскінде орналасса бірте-бірте төменгі жақтың қимылы шектеледі. Мұрын қуысында өссе мұрынмен тыныс алуға кедергі жасайды. Гаймор қуысындағы остеома тіпті кеш байқалады. Ол жайлап гаймор қуысын толтыра өседі. Оны кездей-соқ рентген жасағанда немесе көзге айқын шалына бастағанда, бет асимметриясында табамыз. Кейде жақ қарысып қалғанда остеоманың үстіңгі жақ бұдырына орналасқанын анықтаймыз.

Өсе бастағанына қанша жыл уақыт өткендігіне қарай оның көлемі де үлкен болады. Шағын остеомалар баяу, ауырмай, ағза қызметі мен пішінін бұзбай қала береді. Бірақ ұлғайып өсе келе адам келбетіне нұқсан келтіріп, жақты қарыстырып, көз алмасын да ығыстырып жібереді.

Гистологиялық тұрғыдан олар: жинақты, кеуекті және жұмсақ болып бөлін еді.

Жинақты остеоманың нақтамасын-диагнозын қою қиын. Ол рентгенде анық, қатты «артық тін» (плюс ткань) болып көрінеді. Кеуекті жұмсақ остеомаларды остеобластокластома, қомақты адамантиннома, сүйек дисплазиясы, остеофит, экзостоз, созылмалы периоститтен ажырата білу керек.

Сүйек қылқандары — остеофиттер мен ірірек өскіндер — экзостоздар көбіне созылмалы тітіркену немесе созылмалы қабыну салдарынан пайда болатынын анамнезден айқындауға болады.

Емі тек хирургиялық, ісікті түгел алып тастайды. Ота жасалар алдында функциялық және косметикалық ауытқуларды жою үшін алмалы тіс протезі дайындалады.

Остеоид-остеоманы, яки жұмсақ остеоманы кейбір мамандар нағыз ісік емес, ол реактивті қабынудың көрінісі деп есептейді. Олар жақ сүйектерде өте сирек кездеседі (А. А. Колесов бойынша жақтың ісік пен ісікке ұқсас құрылымдарының 0,5% ғана құрайды).

Жұмсақ остеома сүйектің кеуекті, кортикалды қабаттарында немесе субпериосталды орналасады. Диаметрі 5-20 мм.

Оның клиникасы сыздап, ауық-ауық, әсіресе түнде мазалайтын ауыру болады. **Бір ерекшелігі аспирин дәрісі оны басады.** Сыртқа

орналасқанда бет асимметриясына әкеледі. Рентгенде, оның сыртын ала ағарған жолақпен қоршалған, орта тұсында рентген өткізгіш бөліктен тұратын көрініс байқалады. Бұл кейде дөңгелек одонтоманы еске салады. Бірақ, басқа, жолақпен қоршалған, біртектес, түгел рентген өткізгіш түрі де кездеседі.

Патологиялық тексеруден бұрын нақтамасын-диагнозын дәл қою қиын.

Емі — хирургиялық, мұқият қырып алып тастамаса қайта өсіп шығуы мүмкін.

Миксома (миксофиброма). Орналасқан жерінде жұмсақ тіндерге ене өсетін қатерсіз ісік. Кілегей заттың жиналуына байланысты едәуір тез өседі. Қапшығы жоқ сүйекті бұзып өседі. Жиі (рецидив) қайталанатын, бірақ метастаз бермейді. Негізінен жас, орта жастағы адамдарда кездеседі.

Клиникалық көріністері айқын емес. Ісік бар жердегі жақ сүйек томпайып, ауырады. Ісік аймағындағы тістер босап, жылжып (қисайып) түбірлері ыдырай бастайды. Рентгенде қарағанда «**сабын көпіршігі**» сияқтанып, арасында сүйек перделері бар майда ұялардан түзілген сүйектің бүлінуі-деструкциясы көрінеді.

Жай көзбен қарағанда ісік кілегейленіп тұрған жұмсақ, сұр түсті болып көрінеді. Микроскоппен қарағанда миксоид стромасына орналасқан дөңгелек, қырланған жасушалар-клеткалар көзге түседі. Миксома құрамында басқа да дәнекер тіндерінің болуына қарап ол миксофиброма миксохондрома т.б, болып аталуы мүмкін.

Емі. хирургиялық жақ сүйегіне резекция жасалынады.

20.4. ЖҰМСАҚ ТІНДЕРДІҢ ҚАТЕРСІЗ ІСІКТЕРІ

Жалпақ жасушалы-клеткалы папиллома — көпқабатты жалпақ эпителийден өсіп шығады. Клиникалық көрінісінде айналасындағы тіндерден жіңішке немесе жалпақ (экзофитті өсу) табаны арқылы биіктеп, көлемі 1-2 мм-ден, диаметрі 2 см-ге дейін емізікше өсіп шығады. Ісік кез келген жерде (тіл, ұрттың кілегей қабығы, таңдай) кездесе береді. Әдетте папилломаның түсі айналасындағы кілегей қабықпен бірдей, эпителий қабығы мүйіздене бастағанда ол ақшыл, кейде жылтыр ақ түске енеді. Папиллома ауырмай, баяу өседі. Оның қатерлі ісікке айналуының белгілері жылдам өсуі, жараға айналуы және төңірегіндегі тіндерге ұйыспа-инфильтрациясының болуы.

Папилломаны фибромадан ажыратады. Папиллома кілегей қабықпен терінің шекарасында орналасса жиі мүйізденеді. Гистологиялық тексеру арқылы папилломаның дәл нақтамасын-диагнозын қояды.

Емі. Қандауырмен, яғни электрпышақпен түбегейлі-радикалды түрде кесіп алынады.

Қызыл иек фиброматозы. Қызыл иек пен оның емізікшелерінің диффузды түрде өсуі. Жастар мен орта жастағыларда кездеседі, жалпы сирек кездесетін ісік.

Клиникасы: Қызыл иектің тіс сауытын жартылай, түгел жауып жұмырланып өседі. Көбінесе ауыздың кіреберісі жағынан зақымданады, бірақ бұл өзгеріс тіл, таңдай тұста да болуы мүмкін. Ісіктің беті бөлшекті, папиллома тәрізді, ал (көбіне тегіс жылтыр, түсі боз немесе қызарып көрінеді. Сипап тексергенде-пальпацияда фиброматоз ауырмайтын тығыз серпімді. Тіс сауыты мен ісік арасында қалталар пайда болып, оларға тамақ, тіс тасы жиналып қабынады, қызыл иекті зақымдап тістен ажыратады.



107-сурет. Қызыл иек фиброматозы

Рентгенде, ұзақ уақыт өскен фиброматозда түбір арасындағы перде мен ұяшық өсіндісінің қыры ыдырай бастайды. Жоғарғы жақ будырларына орналасып, көбірек таңдай тұстан көрінетін ісіктер үстіңгі жақ бұдырларының фиброматозы (ертеде симметриялы фибромалар деген) деп аталады. Осындай фиброматоз төменгі жақ ұяшық өсіндісінің артқы бөліктерінде де кездеседі.

Микроскоппен қарағанда қызыл иек фиброматозы тығыз, талшықты қан тамырлары аз, дәнекер тінді болып көрінеді.

Емі. Патологиялық тінді сүйекке дейін, сүйек қабығын қоса біртіндеп кеседі, сонымен бірге 8-6, 6-8 тістер тұсын үстіңгі немесе төменгі жақтан кесіп, жарақат бетіне йодоформ тампонын 7-8 күнге дейін қалдырады. Грануляция өсіп жара эпителиймен жабылғанда йодоформды тампонды алады. Кейде отадан кейін-соң қайталануы-рецидив болу да мүмкін.

Ринофима — орта, одан да үлкен жастағы ер адамдардың мұрын шеміршегі терісінің май бездерінен болатын ісікке ұқсас зақымдануы. Ол ауырып, бұдырлы, тығыз серпімді, түсі көкшіл- қызыл болады.

Ринофима бірнеше, тіпті ондаған жылдар бойы жайлап өсіп адамның көркін бұзады (108-сурет).

Оның патоморфологиялық көрінісі май бездерінің гиперплазиясы, ерекше васкуляризациясы, содан соң созылмалы қабынуымен суреттеледі.

Емі. Патологиялық зақымданған тіндерді кесіп алып тастап бірден тері пластикасын жасау. Кішкентай ринофиманы фрезамен жонып алып, жара бетін майлы таңғышпен жабу керек. Жара беті өзі эпителийленеді.



108-сурет. Ринофима

Липома — терінің май қабатынан өсіп шығады. Ол тері астындағы майда құрылысының жөнсіздігімен, әсіресе май бөлшектерінің ерекше, көлемдері әртүрлі болуымен көзге түседі.

Липомалар маңдай терісі астында, ұртта, ерінде, шықшытта, төменгі жақасты аймағында, сирегірек тілде, ауыз түбінің кілегей қабығының астында кездеседі.

Клиникасы. Ауырмай баяу өседі. Сипап тексергенде-пальпацияда тері мен кілегей қабыққа жабыспаған (қызыл иектен басқа жерде), аздап қозғалатын, жұмсақ немесе тығыз ісік білінеді. Ісік түтелімен капсула ішінде бөлікшелерден тұрады, оның шекаралары көп жағдайда анық білініп тұрады. Салыстырмалы нақтамасын дермоидты киста, тамырлы ісіктермен жүргізіледі. Сипап тексергенде-пальпацияда дермоидты кистаның контуры айқын, тегіс, серпімді болып білінеді. Ауыздың түбінде тіласты сүйегіне таман жұмсақ тіндерде орналасқан киста жұтқыншақпен бірге қимылдайды. Тамырлы ісіктер (қуысты гемангиома, қуысты және кисталы лимфангиома) липомаға қарағанда беті тегіс (жалпақ) кейде бұдырлы контурлы онша айқын болмайды, олар

липомадан жұмсақтау, ал қуысты гемангиомаға **«сығылу» және «толу» белгілері** тән. Тамырлы ісікке пункция жасаса қан шығады лимфангиомадан лимфа алынады.

Емі. Хирургиялық жолмен қалтасы-капсуласымен бірге алынады.

Тері мүйізі. Ісіктің негізін тамырлары бар дәнекер тін құрайды. Оның бетінде эпителий қабаты орналасқан. Эпителий емізіктеніп, ісік тұстары тез мүйізденіп, гиперкератоз пайда болады. Үлкендігі бұршақтан орман жаңғағына дейін, пішінсіз қоңыр, қара түйіндер бет терісінің әртүрлі жерінде кездеседі. **Тері мүйізі папилломаның бір түрі болып саналады.** Кейде жалпақ, жіңішке (сирек кездеседі) байламдармен теріге байланысып тұрады. Оның беті томпақ, тегіс. Мұндай папилломаларды сүйел деп атайды. Олар жабынды эпителийден өсіп шығып, аналық тіннің құрылыс ерекшелігінің біразын сақтап қалады. Сүйелдер, фибриозэпителийлі ісік, дәнекер тіннің құрылысына қарай тығыз немесе жұмсақ болады. Бет терісінде сәл түртсе қанайтын көбінесе жеке, сирегірек топты түйін түрінде кездеседі.

Аталған ісіктердің нақтамасын-диагнозын қою қиын емес.

Емі. Тері мүйізі мен жеке сүйелдер — хирургиялық жолмен алынып тасталады.

Фиброма — жетілген фиброзды дәнекер тінінен тұратын ісік. Бетте сирек кездеседі, негізінен ауыз қуысында болады. Байқаусызда тістеп алатын жерлерге (ұрт, тіл, ерін) орналасқан фиброма тіннің жарақатқа жауабы ретінде пайда болады. Ол нағыз ісік қатарына жатпай фиброзды өскін деп қана қаралады. Бұған ауыз кіреберісінің өтпелі қатпарының алмалы протездің биік қырларымен жараланған бұдырлы құрылымы да жатады.

Фиброма клиникада жалпақ табаны бар, қалыпты кілегей қабықпен жабылған дөңгелек пішінді ісік ретінде көрінеді. Өте баяу өседі, тістеп алғанда қабынады. **Олар қатты және жұмсақ болады.** Қатты фиброма коллагенге бай фиброз тінінен құралады, ал жұмсақ фиброманың құрамында май тіні болады, сондықтан оны фибролипома дейді. Бетте гистиоцит пен фибробласт тәрізді клеткалар, әртүрлі мөлшерде коллаген, қан тамырларынан құралған дерматофиброма (гистиоцитома) кездеседі. Көбіне олардың капсуласы болмайды. Клиникада ауырмайтын шектелген, тығыз серпімді тығыздығы-консистенциялы ісік боп көрінеді. Мұрынға орналасып адам көркіне нұқсан келтіреді.

Емі — сау тінді жағалай отырып кесіп алу. Тістесудің бұзылуы, тағы да басқа жарақат себептерін тауып, оларды дер кезінде жою керек.

**Өте сирек кездесетін ісіктердің бірнеше түрін үлгі есебінде
көрсетуді жөн көрдік**



Лимфангиомалардың жіктелуі

Ісіктердің халықаралық гистологиялық жіктеуі бойынша лимфа жүйесі ісіктерінің мынадай түрлері бар:

Лимфа тамырларының ісік және ісікке ұқсас болып зақымдануы.

А) Қатерсіз:

Лимфангиома: капиллярлы; қуысты; кисталы (гигрома)

Лимфангиомиома

Жүйелі лимфангиоматоз

Б) Қатерлі:

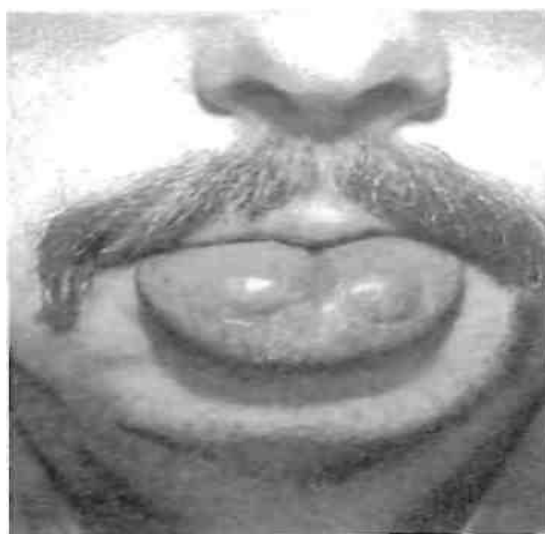
1. Қатерлі лимфангио-эндотелиома (лимфангиосаркома).

Клиникада жиірек капиллярлы (жай), қуысты және кисталы лимфангиомалар кездеседі. Өсу дәрежесіне байланысты шектелген, жайылмалы, беткей және терең лимфангиомалар бар.

Жақ-бет аймағының лимфангиомалар клиникасының

ерекшеліктері Капиллярлы (жай) лимфангиомалар көбінесе ерін, мұрын, ауыздың кілегей қабығы, мойында кездеседі. Ісік әдетте кішкене болады, кейде бір-бірімен дәнекер тін арқылы бөлініп тұратын бірнеше ісіктердің жиыны кездеседі.

Қуысты лимфангиомалар. Тері, ет, ауыздың кілегей қабығын түгел қамтиды. Көбіне ұрт, тіл, ерін, шықшыт аймағына орналасып, мұндағы тіндер мен мүшелер қызметіне нұқсан келтіреді. Ауыз қуысы кілегей қабығының майда шық немесе інжу сияқты іші ашық түсті, яғни қан аралас затқа толы бір не бірнеше тамшылардың пайда болуы лимфангиоманың өзіндік нақтама-диагностикалық белгісі болып табылады. Олар шашырап, яғни топталып тістердің түйісу сызығын бойлай орналасады. Мұрын лимфангиомасында, ол бір жағына қарап, кейде симметриялы біркелкі үлкейеді. Гемангиомамен салыстырғанда мұрынның пішіні мен көлемін өзгертпейді. Ауыз түбі мен мойынға тараған ісік сөйлеу, жұту, тыныс алу қызмет-теріне кедергі болады (109-сурет). Шықшыт аймағындағы лимфангиоманы анықтау қиын, әсіресе шықшыт безі фасциясының астында орналасқан ісікті анықтау оңайға соқпайды.



109- сурет. Лимфангиомалар

Қиын жағдайда безге контрасты рентгенграфия, ісікке пункция-цитологиялық тексеру жасалады. Қуысты лимфангиоманы тілгенде дақтары бар қызғыш сұр түсті кеуек тін көрінеді. Каверналар ісік ортасында үлкен, шет жағында кішірек болып келеді. Ісік капсуласы айқын білінеді. Ұрттың көлемді каверналы лимфангиомалары тіс-жақ деформациясына әкеледі.

Мұрын аймағындағы қуысты лимфангиомалар мұрынды деформациялайды.

Тілдің каверналы лимфангиомасын ерекше атап өту керек. Ісіктің ұласқан түрінде тіл еттері де зақымданып тез өсе бастайды. Мейлінше

үлкен тіл ауызға симайтын халге жетеді. Ауызды жабу қиындайды. Ісіктің бүйір тұстарында тістердің батқан іздері көрінеді, олар жараланып қанайды. Сөз адам түсініксіз болып шығады.

Кисталы лимфангиома (гигрома) — бір немесе көп қуысты кисталы ісік. Сипап тексергенде-пальпацияда флюктуация анық білінетін жұмсақ консистенция сезіледі. Пункция кезінде мөлдір немесе ашық-сары түсті сұйықтық алынады. Әдетте кисталы лимфангиомалар онша үлкен емес (диаметрі 10-12 см-дей), кейде аса үлкен болып өсуі мүмкін.

Лимфэктазия-дәнекер тінде орналасқан тамырлар мен саңылаулардың кеңейіп лимфаға толуы. Шектелген бет терісінің беткейіне орналасқан киста сияктанып кеңіген лимфа тамырларынан тұрады. Оның ішінде коагуляцияға ұшыраған лимфа мен лимфоциттер болады. Кейде мұндай лимфангиоманың лимфа тамырлары түгел эпидермиспен қоршалып ангиокератозға ұқсайды. Басқа жағдайда бет терісінде түссіз мең болып кездеседі.

Қуысты лимфангиома эндотелиймен астарланған, бір-бірімен перделермен бөлінген, ретсіз орналасқан қуыстардан тұрады. Перделер фиброзды тінге бекіген бірыңғай салалы ет талшықтары мен май тіндерінен құралған.

Кисталы лимфангиома сүт түсті, детрит немесе холестерин аралас қан секілді зат толған бір немесе бірнеше камералардан тұрады.

Гемангиомаларға қарағанда лимфангиомалардың нақтамасын дәл қою көбінесе қиындық туғызады. Бет-жақ, мойын аймағының лимфангиома-ларын гемангиома, нейрофиброматоз, липома, дермоидты кисталарды, мойынның орта және бүйір кисталарынан ажырату керек.

Гемангиома мен лимфангиоманың айырмашылығын бірнеше бағытта жүргізу керек. Мысалы, ісіктің ауа райына байланысты өзгеруі. **Лимфангиома күн салқын кезде ұлғайып «өседі. Ал гемангиома күннің ыстық кезінде ұлғаяды.** Тіл мен ұрттың лимфангиомалары салқын, ылғал күндері қабынуға бейім тұрады. Ісік үстіндегі тамырлардың тырсыып көрінуі де ауа райына байланысты. Тактильді сезімталдығы бойынша гемангиома — жылы, лимфангиома салқын болып білінеді. Сипап тексергенде-пальпацияда бет лимфангиомасында тығыз кішіреймейтін ісік байқалады. Тіндер пастозды, ұрттың кілегей қабығында емізікше ісіктер бұртиып, айқын көрініп, азу тістердің батқан ізі білінеді. Бет-жақ аймағының жұмсақ тіндеріндегі лимфангиомалар көбіне капиллярлы, қуысты және аралас түрде кездеседі. Қуысты лимфангиома жұмсақ, жылы сезіледі, оның үстіндегі тері жұкарып, теріасты тіндері атрофияға ұшырайды. Саусақпен екі жақты тексергенде конкремент — флебориттер (кальцийлі тромбтар) бар екендігі білінеді. **Былқылдақ флюктуация анықталады.** Тіл аймағындағы лимфангиома тілдің барлық жеріне дерлік тарайды, тіл түбірінің лимфоидты гиперплазиясы, гипертрофияға ұшырайды.

**Тілдің шектелген лимфангиомасын ажырату
(А. А. Колесов т. б. бойынша, 1989)**

Белгісі	Шектелген лимфангиома	Шектелген гемангиома	Фиброма	Папиллома
Ісік беті	Көпіршіктер	Тегіс немесе бұдырлы	Тегіс	Қылшықты
Түсі	Мөлдір, яғни қан аралас зат көрініп тұрады	Көкшіл-қы- зыл	Кілегей қабық өзгер- меген	Кілегей қабық өз- гермеген, кейде сәл ағарған
Ісік табаны	Аздап көтеріңкі	Көтеріңкі	Көтеріңкі, яғни жалпақ табан	Жалпақ табан, яғ- ни жіңішке аяқша
Қабыну			Көбіне бол- майды	
Толтыру	жоқ	бар	жоқ	

Кейінірек жарақатты шпиллит, ұстамалы макрогласия және оған байланысты тістесу өзгеріп прогения шығады. Лимфангиомамен салыстырғанда гемангиома көпшілік жағдайда бір бүйірге қарай орналасады.

Тамырлы ісік тілді түгел қамтыған кезде лимфангиома туралы ойлаған жөн. Ісіктің тығыздығы әртүрлі болып, қуысты гемангиомада барлық кезде флебориттер анықталады.

Тіл түбірінің шектелген лимфангиомасын оның аденомасынан қалқанша бездің жартылай немесе түгел бір бөлігінің дистопиясынан ажыратады. Науқас жас бала болса, оны эндокринологуға көрсету керек.

Емі. Негізгі емі-хирургиялық. Лимфангиома қабынғанда антибактериялық ем жасап, ота қабыну басылған соң шамамен, 3-4 аптадан соң жасалады. Бет пен мойынның шектелген кисталы лимфангиомасымен, тілдің шектелген лимфангиомасында ісік түгел алынып тасталады. Көлемді, ұласқан лимфангиомаларды біртіндеп бөлектеп кесіп алады. Отадан кейін-соң қатаю-склероздау терапиясының нәтижелері қанағаттандырылғы емес.

20.6. Гемангиомалардың жіктелуі

1. Шын гемангиомалар: капиллярлы (жай, гипертрофиялы), қуысты, бұтақты, аралас.
2. Жалған гемангиомалар: жалпақ медиалды, жұлдызды, ангиофиброма.
3. Септелген гемангиомалар.

Капиллярлы гемангиомалардың клиникалық көрінісінде жақ-бет аймағындағы тамыр ісіктерінің клиникалық ағымының өз ерекшеліктері бар. Олар науқастың жасына, ісіктің орналасуына, ісік түріне байланысты. Бұл ерекшеліктер емдеушараларын жоспарлағанда есепке алынуы керек.

Капиллярлы гемангиомалар жай және гипертрофиялы болып

екіге бөлінеді: жай гемангиомалар түсі анық, бірақ біртегіс емес, ашық күлгін немесе күлгін-қызыл дақты. Терінің бетінде (110-сурет) жатады. Ісік әр уақыт өсуге бейім болып тұрады. Капиллярлы гемангиомалар алғашында тездеп өсе бастаған даққа ұқсайды. Бұл ісіктерге тән ерекшелік, олар сыртқа қарай өсіп, томпайып, шеті сопақтана немесе дөңгелене бастайды. Майда томпақтардан түзілген (бүлдірген сияқты) гипертрофиялы ісікті жаңылысып, каверналы деп қалу мүмкін. Жалпы бұл ісіктер диаметрі 2-3 см-дей, қызыл түсті жұмсақ қамыр сияқты болады. Кейбір науқастар ісік аймағындағы температураның көтерілгенін байқаған. Капиллярлы гемангиомаларды қарағанда, олардың клиникалық ағымына көңіл аударады. Тамырлы ісіктер жедел өсіп, мүшелер қызметін бұзып, көріксіздендіргенімен бірге, керісінше өз бетімен кері дамып жоғала бастауы (спонтанды регрессия) мүмкін.

Кері дамудың екі түрі белгілі. Бірі — жарақаттайтын механикалық әсер ісікті жараға айландырып барып өздігінен жазылуы. Мұнда ангиоматоз тіндер дәнекер тінді тыртыққа алмасады.

Екіншісі ұзақ мерзім ішінде (бірнеше жыл) қан тамырларының облитерацияланып бітіп қалуынан болады.

Тамырлы ісіктің қуысты түрлерінің беті бұдырлы, түрі қанық қызыл, консистенциясы жұмсақ болып келеді. Ісік кең, қанға толы, әртүрлі пішінді қуыстардан тұрады. Кейде қуыстарда қан тастары - флебориттер болады. Ісік кез келген тінге өсіп кіріп, тіпті бет сүйектерін өзгертіп жібереді. Көбінесе орасан үлкен болып, бірнеше аймақты қамтып өсіп, келбетті көріксіздендіріп, қансырау қаупін туғызады.

Басты төмен салбыратқанда немесе күшенгенде қуысты гемангиома тез босап, артынша дәл осылай тез қанға толып шыға келуі мүмкін.



110-сурет. Гемангиомалардың түрлері

Бұтақты гемангиома кеңейген тамыр сабақтарынан құралады. Олар теріні, етті, сүйекті қамтып шаншыла өседі. Беткейдегі тамыр соғуын тыңдағанда үрлеген секілді дыбыс естіледі. Клиникалық тексеруге бет сүйектерінің рентген суретін де қосқан жөн, себебі сүйекте құрылымды өзгерістер анықталады. Азғана жарақаттың өзі өмірге қауіпті қансырауға соқтыруы мүмкін. Аталып өткен белгілерге сүйеніп гемангиоманың бірнеше түрлерінің нақтамасын қоюға болады. Терең жатқан қуысты гемангиоманы анықтау қиын. Оны липома мен лимфангиомалардан ажырата білу керек. Ол үшін саусақпен басып көргенде — гемангиоманың көлемі тез өзгереді.

Жалған гемангиомалар беті тегіс, түсі ақшыл-күлгін, күлгін-қызыл, кейде көкшіл тартып тұрады.

Медиальды тамырлы дақтардың шеті белгісіз болып, күшенгенде (айқай, жылау) ғана білінеді. Жұлдызды түрінде — көзге анық түсетін орта нүктесінен радиалды жұлдыз сәулесі секілді тамырлар ыдырап тарайды. Өте баяу өседі. Сығылу және толу белгісі жұлдызды гемангиомаға тән.

Емі. Емдеу жоспарында оның түрі, өсу ерекшелігі, орны, науқастың жасы есепке алынады. **Белгілі емдеу әдістері, негізгі үш топқа бөлінеді.** Олар: отасыз-консервативті, хирургиялық, аралас.

Склероздау терапиясы. Емнің бұл түрінің мағынасы, ісіктің ішіне немесе қуысына химиялық заттар енгізуге негізделген. Бұл мақсатқа арналып көптеген заттар ұсынылғанымен олардың көпшілігі кең қолданыс таппады (тұз, күкірт қышқылы, йод, хлорлы мырыш, ас тұзының гипер-тониялық ерітіндісі, моноэтанолламин 3% ерітіндісі), енгізгенде қатты ауыртып, улайтын әсерінің күштілігі олардың қолданылуына шектеу болады. 1971 жылы ұсынған этил спиртіннің әртүрлі пайыздарын-проценттерін (70° этил спирті +2% новокаин ерітіндісі— 1:5) енгізіп, сыртынан баса таңып тастау кең қолданыла бастады. Одан басқа склероздауға варикоцид (морруат натрийдің 5% ерітіндісі), вистарин қолданылады.

Варикоцид пен вистаринді қолдану әдісі этил спиртіне ұқсас. Кейбір мамандар дигидрохлорид хининді уретанмен араластырып сулы ерітінді даярлаған. Ол аса улы, кейде көтере алмайтын жайлар да кездеседі. Қазіргі уақытта хининуретан клиникада қолданылмайды.

Хирургиялық емдеу жолдары. Гемангиомалардың хирургиялық емдеу жолдары 4 топқа бөлінеді. 1) ангиоманы қоректендіретін тамырларды байлау; 2) тамырлы ісікті айналдыра тігу; 3) ісікті түгелдей немесе жартылай кесіп алу; 4) ісікті кесіп алып, орнына бір мезгілде жергілікті тіндерді еркін көшіру немесе Филатов сабақшасымен пластика жасау.

Қоректенетін тамырларды байлау дербес тәсіл ретінде жақ-бет аймағында оң нәтиже бермейді. Бұл әдіс қанап тұрған көлемді гемангиоманы хирургиялық емдеу алдында жасалады. Кейде склероздау

терапиясымен қатар жүреді. Айналдыра тігу көп қан жоғалтудың алдын алу шаралары ретінде көлемді ісікті кесіп алу үшін, немесе склероздаумен қатар жасалады. Ота аймағында қабыну, өлеттену болмас үшін ісікті айландыра капрон жіппен тігеді. Бет аймағында тігіс тері астында тұзақ секілді салынады. Ісікті түгелдей тігіп шығу косметикалық тұрғыдан дұрыс емес.

Ангиомаларды айналдыра тіккенде тігіс ісік айналасындағы сау тіндерге салынады, ал шырмай тіккенде ісік үстіне түседі.

Гемангиомаға салатын тігіс түрлері көп (көрпе көктегендей), Петров, Васильев, Соколовтардың әдісі бойынша клиникада гемангиомаларды айналдыра, шырмай тігу жиі қолданылады.

Тігіс техникасы: Кетгут немесе капрон жібі бар үлкен дөңгелек ине теріге тереңдеп қадалып 3-4 см-дей жерден шығады. Жіптің ұшын басқа жалпағырақ инеге сабақтап тері астынан кері қарай жүргізіп, бірінші шаншыған жерден қайта шығарамыз. Нәтижеде теріасты тұзағы пайда болады. Келесі түйінді алдыңғыға қатар саламыз, сөйтіп ісікті түгел айналып шығамыз. Мұндай тігісті бірнеше қатар етіп салуға болады. Хирургиялық жолмен ісікті кесіп алу емнің тиянақты түрі болып саналады. Ол кіші, орташа ангиомалар мен капсулалы гемангиомаларды алу үшін қолданылады. Үлкен күрделі гемангиомаларды алу ептілік пен сақтықты талап етеді. Мұндай ісіктер бөлшектеп, біртіндеп алынады. Хирургиялық ем жоспарланғанда, мүмкіндігінше косметикалық нұқсан аз болатын, түгелімен кесіп алуға болады деп табылған жайлардың бәрінде де ангиомаларға ота жасау керек деп шешіледі.

Гемангиомалардың көлеміне, орны мен таралып өсуіне байланысты жасалатын ота әдістерін айтып өту қиын болғандықтан, Горбушина көрсеткен алты шартты есте ұстаған жөн.

1. Науқасты отадан кейін де оталардың болуы мүмкін екендігін ескерту керек. 2. Бет пен мойынның қуысты гемангиомаларына ота жасаудан бұрын сыртқы күре тамырды байлап тастаған жөн. 3. Ісікке келген негізгі тамырлар анықталған болса, оларды алдын ала байлап тастау керек. 4. Қуысты гемангиомаларды кесіп алу үшін бетті онша көзге түспейтін жерлерінен ғана тілу керек. Мұнда, әрине, пластикалық хирургияның қағидалары мен топографиялық ерекшеліктерін естен шығаруға болмайды.

Тілу, көбіне жақасты, жақарты, шықшыт, самай аймақтарында, мұрын-ерін қыртысында, жоғарғы еріннің ортасында, ұрттың радиалды бағыттарында жасалады. 5. Ота кезіндегі жоғалған қанды қалпына келтіріп, құйып отыру керек. 6. Беттің бүйір тұстарындағы гемангиоманы алғанда бет жүйкесі тармақтарын сақтап қалу керек.

Тамырлы ісік алынғаннан соң қалған ақауды бастапқы еркін тері пластикасымен жабамыз.

Жалпақ капиллярлы гемангиомаларды емдеу үшін сульфат бариймен хирургиялық әшекей (татуировка) жасауға болады. Капиллярлы

гемангиомаларға ем отасыз-консервативті түрде жүргізілсе, тамырлы ісіктің басқа түрлеріне ота жасалады (кесіп алынады).

Сәуле терапиясы. Бір жасқа дейінгі балалардың тамырлы ісіктері рентген сәулелеріне өте сезімтал келеді. Бес жастан әрі қарай бұл сезімталдық азаяды. Түрлі гемангиомалардың ішінде сәулеге қуысты гемангиомалардың сезімталдығы басым.

Көбіне қысқа фокусты рентгентерапия қолданылады. Оның ұтымдылығы экспозициясы қысқа, сәулені мөлшерлеуге болатындығы.

Гемангиомаларды криодеструкциялау. Гемангиомаларды терапиялық әдістермен емдеу-оларды өте төмен температура әсерімен некрозға, тыртыққа айналдыруға негізделген. Криотерапия төмен температураның ангиома тініне әсер етуіне негізделген.

Криоәсер ісікке үш түрлі жолмен қолданылады: түйісу, көпіршік (пенетрация), криотозаң.

Түйісу әдісі — аспаптың мұздатын ұшын ісікке тигізіп әсер етуге негізделген. Криоагент (көмір қышқылының ұлпасы) ісік тініне жанасу-аппликация түрінде де қолданылады.

Көпіршік әдісі — тінге кіргізілген аспап арқылы тереңнен мұздатуға негізделген.

Криотозаң сұйық зат арқылы жасалынады. Бас пен мойынның ісіктеріне қолданылатын бірнеше аспаптар бар: КАУМ — 0 1 (криодеструктор азотный универсальный медицинский), аспаптар жинағы КАМ — 01 (криогенный медицинский), КА-02 (криодеструктор азотный), КА-02 МТ (криораспылитель азотный медицинский).

Соңғы жылдары криоагенттердің ішінде сұйық азот көбірек қолданылады. Ісіктің орны мен тереңдігіне қарап — 60°-тан 196°-қа дейін мұздатуға болады.

Гемангиомаларды ферезолмен химиялық-деструкциялау. Беткей орналасқан капилляр (жай), жалған (жалпақ, жұлдыз) гемангиомаларды химиядеструкция жасауға ферезол қолданыс тапты.

Ферезол—60% фенол мен 40% трикрезолдың гомогенді қосындысы. Фенол өткір исті, қозғалғыш, ашық-қоңыр, қара-қоңыр түсті, тиген жерін күйдіретін, бактерицидті әсері бар май сияқты зат. Ферезолға батырылған тампонмен гемангиоманың бетін өңдейді. Алғашқы 3-5 секунда тамыр ісігінің беті бозарады. Себебі дәріні эпидермис өзіне сіңіріп, тамырлар рефлекторлы түрде тарылады. Науқас тез тарқап кететін күйіп жатқан сезімді айтады. Алғашында бозарған гемангиоманың беті, оған дәріні жаққан сайын қара-қотыр түске боялады. Ферезолмен өңдеп болған соң оның түгел сіңіп кетуін күтеді. Бактерицидті қасиетіне байланысты жараның беті басқа антисептикалық дәрілермен өңделмейді. Бірақ қабыршақтың беті бриллиант жасылымен өңделеді. Тамыр ісігінің орнындағы тері ашық-қызғылт немесе қызғылт түсті болады. 2-3 айдан кейін айналасындағы теріден айырмашылығы болмайды.

20.7. БЕТ- ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІ

Қатерлі ісіктер XX ғасырдың негізгі ауруы болып табылады, себебі адамзат тарихында бұл аурулар бұрын-соңды мұншалық маңызды орын алған жоқ еді (Н. А. Блохин 1988).

Қатерлі өсу дегеніміз — инициация, промация және прогрессия деп аталатын үш кезеңнен тұратын көп сатылы күрделі құбылыс. Себепшісі эндогендік, вирустық және жасушалық-клеткалық онкогенді қабілеті бар — бір жасуша-клетка. Канцерогендік әсер ету көптеген гендер құрылысының бұзылуына әкеліп соғады, одан әрі екінші кезең промоция (канцерогендік агенттердің әсер етуі) басталады. Оның артынша ісіктің өсуі өршиді. Жасуша-клетка пішінінің өзгеруін (малигнизациясын) түсіне отырып қатерлі ісіктің өзіне де анықтама беруге болады.

Бұл организмнің басқаруынан тыс, тіндердің шектен тыс патологиялық өсуі. Ол өзін тудырған себепшісі қызметін тоқтатқаннан кейін де жалғаса беретіндігімен ерекшеленеді. Ісік өзінің түрін, сапасын түбегейлі өзгерткен жасушалардан-клеткалардан тұрады және өзінің осындай қасиеттерін ұрпақтан ұрпаққа беріп отырады.

Қатерлі ісікке тән қасиеттер қайтымсыз тез өсуі, ағымның жылдамғы (орташа 1-2 ай), қайталануы-рецидивтердің шығуы, айналасындағы тіндердің құрылысын бұзып, оларға шаншыла етене өсуі, метастаздар беруі. **Дамитын тіндеріне байланысты қатерлі ісіктерді 4 топқа бөлуге болады:** эпителилік-эртүрлі карциномалар; дәнекер тіндік- эртүрлі саркомалар; құрамында пигменті бар тіндер-меланомалар және белгісіз себептерден пайда болатын ісіктер тобы (мысалы, Капош саркомасы және т. б.).

Ісіктердің дамуына әсер ететін себептердің ішінде радиацияны, қоршаған орта және кәсіби жағдайларын-факторларын айтуға болады. Ал кейбір ісіктерге вирустық агенттер, генетикалық және эмбриональдық жағдайлар-факторлар әсер етеді, ісіктің өсуін түсіндіретін көптеген теориялар бірін-бірі жоққа шығармайды.

Дәрігер науқасты тексеру және зерттеуден бастап, оның сырт көзге түсетін өзгерістеріне көңіл аударуы керек. Мысалы: әлсіздік, көңіл-күйінің нашарлауы, терісінің түсі (сұр немесе топырақ түстес), шағымы (бір қалыпты үнемі, көбіне түнге қарай үдейтін ауру сезім, бөгде заттың пайда болуы, қақырықта қан түйірлерінің барлығы, ауыздан иістің шығуы, түйіндерінің пайда болуы т. б.) Шағымдардан кейін аурудың тарихын-анамнездерін мұқият жинау және онымен танысу керек. Клиникалық нақтаманы-диагнозды негізінен саусақпен тексеру және цитологиялық, гистологиялық зерттеулерде анықтайды.

Қатерлі ісіктің дамуына көбінесе раққа ұқсас ісіктер себеп болады, олардың қатарына мыналар жатады:

1. Облигатты (гректің міндетті түрде — деген сөзінен алынған бұл ісіктер раққа айналуға өте бейім немесе міндетті түрде айналады) —

пигментті ксеродермия, Боуэн ауруы, Кеир эритроплазиясы, Манганоттидің рак алды хейлиті, Дюбреил меланозы және т. б.

2. Факультативті (ракқа өз бетінше өтуі де, өтпеуі де мүмкін)-папилломалар, эрозивті-жаралы және қызыл жегі мен қызыл жалпақ теміреткінің гиперкератикалық түрі, лейкоплакия, тері мүйізі, жаңа жасушалы-клеткалы және пигментті невус және т. б.

Сондықтан осындай өзгерістері бар кісілер дер кезінде қажетті емдер алулары керек. Себебі олар қауіпті топта тұрады. Ісіктің орналасуына байланысты кейбір түсініктерді анықтай кету керек. Ісіктің алғашқы ошағы — ісіктің нағыз шыққан жері. Оның екінші ошағы — көрші анатомиялық аймақтан шығуы. Метастаз ісіктің лимфа және қан жүйесімен таралуы.

Алғашқы көптеген ісікті ошақ — алыс жатқан мүше, ағзалар мен тіндердің бірге жарақатталуы.

Алғашқы ошағы беймәлім — метастаздар анықталғанымен Ісік табылмайды.

Жақтың ортаңғы рагі — Маляссе аралдарынан, гаймор қуысының төсенішінен, жүйке-қан тамыр шоғырының эндотелиінен және парадонт тіндерінен дамиды.

Жақтық сыртқы рагі — сүйектің сыртқы қабығынан, жақтың ұяшық-альвеолды өсіндісінің шырышты қабығынан дамиды.

Рактың жайылуына байланысты клиникалық ағымын TNM жүйесі бойынша 4 сатыға бөледі.

T — ісік:

T1 — ісіктің көлемі 2,0 см-ге дейін.

T2 — ісіктің көлемі 2,0 см-ден 4,0 см-ге дейін.

T3 — ісіктің көлемі 4,0 см-ден жоғары.

T4 — көлеміне байланыссыз ет пен сүйекке өсіп кеткен.

T in situ — ісік жоқ, бірақ күдікті жерден рак клеткаларының табылуы.

N — ісіктің мойын лимфа жүйелері арқылы таралу жолы.

N 1 — гомолатеральды зақымданған жағынан көлемі 3,0 см-ге дейін.

N 2 — билатеральды көлемі 3,0 см-ге дейін немесе гомолатеральды көлемі 6,0 см-ге дейін.

N3 — көлемі 6,0 см-ден жоғары немесе көлеміне қарамай етке, теріге, сүйекке өсіп кетуі.

M — жеке ағзалар жүйелердегі метастаздар.

M₀ — метастаздар жоқ.

M₁ — метастаздар бар.

Осы көрсеткіштерге байланысты лайықты сатысы қойылады.

I — T1, No, Mo.

II — T2, No, Mo.

III — T3 немесе N1.

IV — T4N2—3 немесе M1

20.7. Терінің қатерлі ісіктері

Терінің қатерлі ісіктері Қазақстан бойынша (1991 жылғы мәлімет) әрбір 100 мың адамға шаққанда — 8,3%, оның ішінде ерлерде—8%, әйелдерде—11,6%. Тері рагі көбінесе 50-70 жас аралығында жиі дамиды. Бүкіл ісіктердің ішінде 3-ші орында тұр.

Тері 70%-ке дейін базальды-клеткалы раппен зақымданады, 25-30% жалпақ клеткалы раппен, терінің құрылымдарының (тер бездері, түк қапшықтары) рагі 1-5%.

Базальды-клеткалы рак — жергілікті деструктивті, баяу өсетін тері ісігі. Метастаз бермей көбінесе 50 жастан асқан әйеддердің арасында жиі кездеседі. Жиі пайда болатын жерлері ауыздың айналасы, мұрын мен самай терісі. **Оның клиникалық көрінісі әр қилы — экзофитті де эндофитті де өседі.** Қай түрі болса да ісіктің консистенциясы тығыз, жұмсақ, айналасында инфильтраты бар, ісіктің ортасындағы деструктивті ошақ қатты қабыршақпен жабылған. Қабыршақтың астында өлеттенген, шеттері иректі шұңқыр көрінеді. Аймақтың лимфа бездері үлкеймеген. Нақтама қою онша қиынға түспейді, сонда да болса гистологиялық зерттеуге жарадан шыныға жағынды, қырынды немесе биопсия алған орынды.

М. М. Соловьевтың (1983) айтуынша, егер ісік 1 см-ден кіші әрі ұйыспасы-инфильтрациясы онша терең болмаса, оны бірден кесіп алып тастаған жөн.

Емі. Хирургиялық — сау тіндердің көлемінде ісікті алып тастау немесе жақын фокусты рентген және электр сәулелерімен емдеу. Екеуін кезектесіп қолдануға болады. Суықпен деструкциялау және электрмен күйдіру өте сирек пайдаланылады.

Жалпақ клеткалы рак — экзофитті түрінде беті мүйізді қабатпен жабылған, бұдыр, түбі жалпақ әрі қатты, теріден жоғары шығып тұратын ісік. Беткей капиллярлар тітіркенуінің әсерінен ісік, түсті капуста тәрізді болып көрінеді. Науқасты жергілікті ауру сезім, түбіндегі ұйыспа-инфильтрат пен ісіктің тез өсуі мазалайды. Аталған көріністер көп жағдайда I-II сатысына сай келеді. Себебі III сатысында экзофитті бөлігі өлеттеніп, одан әрі жаралы инфильтрациялық өсуінің клиникалық көріністері басталады. Эндофитті өсу түрінде ісік 80%-ке дейін жаралы инфильтративті, ал жаралы және инфильтративті түйінді түрі сирек кездеседі. Клиникалық көрінісінде ұйыспа-инфильтрат тығыз, әрі ауырмайды, жараның шеттері көтеріліп, іш жағы қазылған шұңқыр тәрізді, кейде беті қабыршақпен жабылған. Жоғарыда аталғандармен қатар жараның түбінде ірің, қанталаған капиллярлар, өлеттенген тіндер, сұр өңез болуы мүмкін. Кеш сатысында тығыз ауырмайтын лимфа бездерін басып көруге болады. Нақтама қою базальды-клеткалы рактікімен бірдей, қоса кететін нәрсе, цитологиялық зерттеу үшін аумақтық метастаздарға хирургиялық пункция жасау. **Емдеу әдістерін тағайындау барысында TNM жүйесіне арқа сүйеу керек.**

Емі. Ең көп тараған әдіс жақын фокусты, жалпы мөлшері 60-65 Грей

рентген және электр емдері. Бұл ем аурудың I-II сатысында негізгі ем ретінде қолданылса, III-IV сатысында хирургиялық еммен қатар жүргізіледі. Кез келген сатысында сәуле емін қолдана отырып 85% ауруларды толық айықтыруға болады, ал I сатысында 100% ауруларды жазуға мүмкіншілік бар. Хирургиялық шаралар-ісікті кесіп алу, электрокоагуляция немесе электроэксцизия және суықпен деструкциялау, III-IV сатысында мойын клеткаларын фасциялы-футлярлық кесу отасының кейбір түрлері қолданылады. I-II сатысында 0,5% колхамин майын 20-30 күн дәрет пен қан көрсеткіштерін бақылай отырып жергілікті қолдануға немесе дәл осы тәртіппен 30% проснидин майын қолдануға болады. Майларды тек беткей әрі көлемі кішігірім ісіктерге ғана қолдануға болады. Жүйелі химиялық емдер ауру асқынып, сәуле емі мен хирургиялық шаралар жасауға мүмкіндік жоқ жағдайда жүргізіледі (А. Н. Полеводникова 1995 ж.) Монохимиялық ем: 1. Биомицин, 2. Простидин. Полихимиялық ем: Пладидиам, Метатрексат, Биомицин.

Меланомалар



Сурет-111. Меланома

Сурет-112 Алып пигментті неvus

Қатерлі меланома ісігін анықтау үшін тек қана әйнекке жағылған (әйнекті ісікке ақырын жапсырып алынған) жұғындыны микроскоппен қарау керек (цитология).

А.И.Савицкийдің пікірі бойынша қатерлі меланоманы төрт клиникалық сатыға бөлудің қажеті жоқ, себебі, меланоманың даму процессінің қай сатыда екенін байқау мүмкін емес, сондықтан да оны алғашқы және жайылған түріне бөлген жөн.

Сонымен бірге А. И. Савицкийдің айтуынша қатерлі меланомадан биопсия алуға болмайды.

Тері меланомасының даму болжамы көптеген жағдайларға-факторларға тығыз байланысты (науқастың жынысы, жасы, ұлты, алғашқы ошақтың орналасқан жері және т. б.) Көбінесе европалық халықтардың арасында көп кездеседі. Меланома өте күрделі ісік. Кейде ол пигментті дақ немесе түйін секілді, кейде жалпақ негіздегі папилломатозды өсінді түрінде кездеседі. Түсі қарадан көгілдір немесе сұр, ал кей жағдайда түссіз де болып кездеседі. Ісік жаралануы да мүмкін.

Болжау барысында меланомды клеткалардың дермаға енуі маңызды орын алады (Кларк жүйесі бойынша 5 деңгей).

I— Меланомды жасуша-клеткалар базальды пердеден аспайды.

II— Базальды перде мен емізікті қабатқа жетеді.

III— Емізікті қабат пен торлы қабатқа дейін толады.

IV—Дерманың торлы қабатындағы коллаген талшықтарына енеді.

V —меланома теріасты май қабатына өтеді. Бреслау бойынша меланоманың ену деңгейі ойша екі топқа бөлінеді:

I — Ісіктің қалыңдығы 0,76 мм-ден кем болмаған кезде қолайлы жағдай деп есептеледі.

II—0,76 мм-ден артық болса метастаз мүмкіншілігі бар кез деп саналады.

Меланоманың қалыңдығы 2 мм-ден кем болғанда науқастың аман қалуы 80%-тей.

Емі. Қатерлі меланома ісігін емдеудің бүгінгі таңда екі жолы бар. Біріншісі хирургиялық жолмен ісікті алып тастау. Екіншісі - аралас әдіс. Мұндай жағдайда, әуелі ісікті рентген немесе гамма сәулесімен өлтіріп, содан кейін хирургиялық жолмен қалған қалдықты түп нұсқасымен, ісіктің айналасынан 2-3 см қашықтықтағы терісімен қоса сылып алып тастайды. Әлбетте, хирургиялық оталарды электр пышақпен жасау қажет, өйткені кейбір шашыраған меланома клеткалары электр пышағымен бірге күйіп кетеді.

Алғашқы I-III деңгейдегі тері меланомасын емдеудің негізгі әдісі

хирургиялық. Меланоманы сау тіндерден алып тастау. Жайылмалы түрінде дәрімен емделеді. Өкпедегі, бауырдағы, сүйек және ми ішіндегі метастаздарға қарағанда тері мен мойынның лимфа бездеріндегі метастаздар химиялық емге сезімтал. Меланоманың диссимиनाльдық түрінде ең тиімді дәрі декарбазин болып табылады.

Нитрозомочевинаның өнімдерін екінші шектегі препарат ретінде пайдаланады. Әсері жоғары жаңа препараттардың ішінде платинаның өнімдері цистплатин немесе платидиам, параплатин, карбоплатин, платинді айтуға болады.

Полихимиялық емнің әсері де улылығы да монокимиялық емге қарасанда 25-35%-тей жоғары. Операциядан кейін ауру одан әрі асқынып кетпес үшін қолайсыз IV-V және III деңгейдегі қалыңдығы 2 мм-ден жоғары меланомаларда адекватты ем қатар қолданылады.

Монокимиялық ем: 1. Декарбазин, 2. Араноза, 3. Декарбин.

Полихимиялық ем: 1-ші тәсіл. Декарбазин, винбластинмен, цистплатинмен қосып жасалады. 2-ші тәсіл. Нитрозометилмочевина дактиномицинмен, винкристинмен қосылып жасалады.

Иммуномодуляторлар мен иммунологиялық емнің алатын орны енді зерттелу үстінде. Х2 интерферон метастаз жұмсақ тіндерде болған кезде 25-27% тиімді. Емнің әсері бір дәрінің немесе бір схеманы қолдануында емес, метастаздың орналасуына байланысты. Лимфа бездері мен терідегі кішігірім метастаздарда ғана 100% сорылу әсеріне қол жетеді. Кей жағдайда интерлейкин-2 цитостатикалық препараттармен қосылып беріледі. Меланоманың диссимиациялық түрінде тамоксифенді ұзақ уақыт химиялық еммен қатар немесе онсыз пайдалануға болады.

20.10. Еріннің ісіктері

Қазақстанда ерін рагімен ауырған адамдардың саны әр 100 мың адамға шаққанда: ерлерде -5,8%, әйелдерде 1,6% (40-60 жастың арасында). Ауылшаруашылығындағы, зиянды өндіріс аймақтарындағы тұрғындардың ауруға шалдығу жиілігі жоғары. Н.П.Наталковтың мәліметтері бойынша ТМД елдерінің ішінде Украина мен Ресейдің көрсеткіштері жоғары. Қазақстанның оңтүстік облыстарындағы (Қызылорда, Оңтүстік Қазақстан обл.) тұрғындар солтүстік облыстардағы тұрғындарға қарағанда аз ауырады. Қазақстандағы жергілікті тұрғындарға қарағанда сырттан келген еуропалық терісі ақ тұрғындарда ерін рагі 15 есе көп кездеседі. Ісік әдетте төменгі ерінде болады, жоғарғы еріннің алғашқы жарақат-тануы 10 есе сирек. Көлемі 0,5-1,0 см ісіктің клиникалық суреттері өзінің өсу түріне байланысты айқындалады.

Экзофитті ісіктің түрі инфильтративті негізі бар капиллярлық немесе саңырауқұлақ тәрізді болады. Жарақаттанудың әсерінен ол тез жараланып қанауы мүмкін (113-сурет).



Сурет-113. Ерін рагі

Сурет-114 . Ауыз қуысының дермоидті
Кистасы

Эндофитті өсу кезінде, инфильтративті ісік еріннің ортасында түйін тәрізді жасырын өседі. Ауыру сезімі, еріннің бүтіндігінің бузылуы, лимфа бездеріндегі метастаздар кештеу шығады. Ісіктің жаралы-инфильтративті өсу түрі ерінде пішіні сопақ, шеттері білік тәрізді көтерілген жарамен ерекшеленеді. Жараның түбі қабыршақпен немесе сұр өңезбен жабылған. Қабыршақтың астынан тез қанайтын майда дән секілді тінді көруге болады. Тек ісіктің жаралы инфильтративті өсуінде ғана басқа белгілерінен бұрын ауыру сезім мен эрозиялық қанау басталады. Ісіктің саусақпен басып тексерудің орны жоғары.

Соңғы нақтама-диагноз патологиялық ошақтан алынған материалды цитологиялық және гистологиялық зерттеулер арқылы қойылады. Еріндегі орналасқан көлемі 1 см-ге жететін ошақтан биопсия алу кезінде ісікті көлденең тілік арқылы сылып алып тастаған дұрыс. Гистологиялық зерттеуге кесіп алынған материалдың аз ғана бөлігін сау тінмен бірге алады.



Емі. Ерін рагінің I-II сатысында криодеструкция емі тағайындалады. Осы сатыларында жақын фокусты рентгенем, қысқа фокусты ем немесе радиоактивті элементті еріннің ішіне имплантациялау. Жергілікті сәуле мөлшерінің жиынтығы 60-70 Гр. Кей жағдайда тек хирургиялық емді қолданады. Еріннің рагін емдеуде

Новокузнецк қаласындағы Дәрігерлер білімін Жетілдіру Институтының хирургиялық стоматология кафедрасының доценті, медицина ғылымдарының кандидаты атақты хирург А.Е.Миндлин 2002 жылы

өзгеріске ұшыраған тіндерді түбегейлі алумен қатар, бір мезетте пластика жасау әдісін енгізді. Ісіктің III-IV сатысында алғашқы ісіктің ошағын алумен қатар, одан кейінгі қалған ақауға алғашқы пластикалық ота жасауға дайындайды. Ал ісіктің III-IV сатысында ота алдында сәулемен емдейді. Сәуленің жалпы жиынтығы 30-40 Гр. Соңғы жылдары төменгі еріннің рагін емдеуде жылдам электрондарды пайдалану өзін ақтады (Г.К. Жұмағазиева 1988). Ерін рагін емдеу, оның сирек кездесуіне байланысты және жайылуы мен метастаз беруі төмен болғандықтан жақсы нәтижелерге жетіп отыр.



Сурет-115 . Тіл рагінің орналасатын сүйікті жерлері

20.11. ЖАҚТАРДЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІ

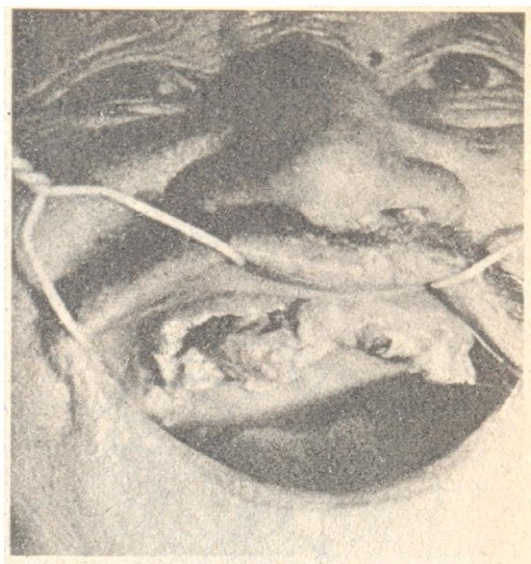
Жақтың қатерлі ісіктерімен ауыратын науқастар бет-жақ аймағы қатерлі ісіктерімен зақымданған науқастардың жалпы санының 6,6%-ін құрайды. (Соловьев М.М.Сточний В.А. 1974). Кездесетін жағдайлардың 60-70%-і 40-60 жас арасындағы кісілердің жоғарғы жағы. Аймақтық метастаздарды өте сирек береді, шамамен 14,9%. Жоғарғы жақтағы қатерлі ісіктің көп кездесетін түрі (патоморфологиялық) жалпақ клеткалы рак 65%, сирек безді рак 8%, әртүрлі саркомалар 5,8%, меланомалар мен себебі белгісіз рак 11,4% (Процык В.С. 1984).

I сатысы. Ісік жақтың бір қабырғасындағы шырышты қабық пен оның астындағы қабатпен ғана шектелген. Аймақтық метастаздары жоқ.

II сатысы. Ісік сүйек қабырғасының аумақты жерінің құрылысын бұзады. Бірақ одан әрі тарамайды. Аймақтық метастаздары жоқ. Сонда да болса мына белгілерді есте сақтау қажет, тістердегі жайылмалы ауыру сезімі, парестезия, ісігі бар жағының ауырлауы, нашар иістің шығуы, мұрынның бітуі, қанды судың ағуы, көзден жас ағу, тіс жұлғаннан кейінгі созылмалы альвеолиттер мен ұяшықтың іркілдек ісік затымен толуы (69-сурет). Өкінішке орай аталған белгілердің бірі болса бірі болмағандықтан, диагноз қоюда маңызды көмекті рентген сурет, компьютерлік томография, цитологиялық тексерулер, инфрақызыл спектроскопия

әдістері көрсетеді. Қатерлі ісіктер ағымының жасырын өтуі немесе басқа аурулар клиникасын қайталауына байланысты Қазақстанда I-II сатысына қарағанда III-IV сатысы жиі кездесетіні анықталып отыр.

III сатысы. Ісік бір немесе бірнеше анатомиялық аймаққа (көз ұясына, мұрын қуысына, қатты таңдайға, торлы лабиринтке, ұяшық өсіндіге және т. б.) сүйек тінін бұза отырып тарайды. Осы сатысында метастаздар шыға бастайды.



Сурет-116. Жоғарғы жақ сүйегінің рагі

IV сатысы. Ісік беттің терісіне өсіп, жақтың қарама-қарсы жағына бас қаңқасының негізіне, бет сүйегіне өтеді. Осы сатысында ісіктің аймақтық метастаздарына қарағанда, алыс метастаздары айқындала бастайды.

Аурудың ағымы ауырлаған сайын клиникалық көріністері де анықтала береді. Мысалы: жақтар пішінінің бұзылуы, сау тістердің қозғалмалы болуы және олардың ығысуы, экзофтальм, әртүрлі қызметтердің бұзылуы және т. б.

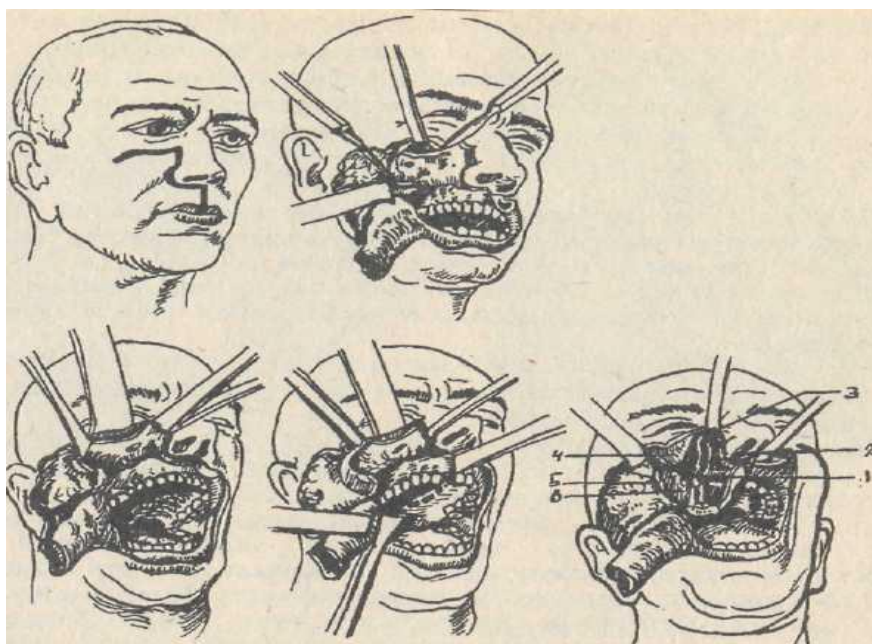
Емі. I-II сатысында хирургиялық ем (жақ сүйегін шетінен, жартылай, түтел кесу отасы (117-сурет)).

III-IV сатысында тек кешенді ем қолданылады: Бірінші дистанциялық 30-40 Гр. гамма емі, жергілікті және аймақтық химия емдерімен отаға дайындайды. Ота алдымен алғашқы ошаққа, одан кейін аймақтық метастаздар бар болса. Крайль немесе мойын клетчаткалары мен лимфа бездеріне шандырмен қалталы кесу отасы жасалады.

Ауыздың шырышты қабығының қатерлі ісіктері

Ауыздың шырышты қабығының қатерлі ісіктері бүкіл ісіктердің 15%-ін құрайды. Соңғы 20 жылда бұл аурудың жиілегені аталып отыр (Г.Б. Әділбаев 1992) 40 пен 70 жас аралығындағы ер кісілерде 2 есе жиі

кездеседі (74,6%). Зақымданған жердің тез көрінетіндігіне қарамастан Қазақстан бойынша III-IV сатысындағы ісік 55,5% құрайды. Әрбір жаңа түскен 100 аурудың 69-ы қайтыс болады.



Сурет-117. Жоғарғы жак сүйегін жартылай резекциялау отасы

Нақтама қойылғаннан кейін республикада 1991 жылдың ішінде қайтыс болғандардың көрсеткіштері 24,1%-ке тең.

Шырышты қабықтың рагімен ауыратын аурулар үнемі басылмайтын ауыру сезімге, жазылмайтын жараға, егер тіл зақымданған болса тамақ ішу мен сөйлеу қызметтерінің бұзылғанына шағымдайды. Науқастар аурудың басталғанына 2-айдай болғанын айтады. Ауыз қуысында көбінесе тері мен ерінге қарағанда жаралы-инфильтративті түрі жиі кездеседі (80%-тен жоғары). Жараның негізі еттен басталады. Оның пішіні терең жырықты, ұлудың бақалшақтарына ұқсас болады. Әрине өзгерісіне қарай ағымы да әртүрлі болады. Науқастарда көбінесе жиі экзофитті өсетін ісік, ал біреулерінде аралас түрі кездеседі. Эндофитті өсу қолайсыз түрі. Қанша жұтқыншаққа жақын орналасқан ісік, сонша қатерлі болып табылады. Себебі оның анықталуының қиындығында.

I- ісік 1 см-ге дейін, шырышты қабық пен оның астындағы қабатымен ғана шектеледі. Аймақтық метастаздары жоқ.

II- ісік 2 см-ге дейін, тілдің рагінде тереңдігі 1 см-дей, басқа жерде кездессе тереңдігі шырышты қабықтың астыңғы қабатынан аспайды.

III— ісік 2 см-ден үлкен. Тілдің рагінде инфильтрация артқы сызыққа немесе ауыздың шырышты қабығына өтіп кетеді. Қалған басқа жердегі рактерде ұйыспа-инфильтрация көрші аймаққа немесе көрші ағзаға өтіп кетеді. Аймақтық

метастаздар байқалмайды. Тек жалғыз немесе көптеген аралас метастазданған лимфа бездері пайда болады.

IV — ісік анатомиялық аймақты түгел бұзып, қоршаған жұмсақ тіндер мен бет қаңқасы сүйектеріне өсіп кетеді. Метастаздың кез келген түрлері кездесуі мүмкін.

Емі. Ісіктің орналасуы мен сатысына байланысты. I-II сатысында криодеструкция, ісіктің ішіне радиоактивті элементті ендіру, хирургиялық шаралар, дистанциялық ем қабылданады. III-IV сатысында ең тиімді әдіс хирургиялық жолмен алып тастау. Ісікті алып тастаумен қатар, одан кейінгі ақауларды тері ет қиықтарымен бірден жамау әдісі де қолданылады. Ісікті алып орнына пластикалық оталар жасаумен қатар, Крайль отасын немесе мойынның клетчаткасы мен лимфа бездеріне шандырлы-қалталы кесу отасы жасалады. Дистанциялық емнің жалпы мөлшері 60-65 Гр-ге дейін. Соңғы кезде қатерлі клеткаларға сәуленің әсер етуін күшейту мақсатымен радиомодификаторлар мен радиосенсебилизаторларды қолдану әдістері жетілдіруде. Полихимия емін қолданудың көптеген әдістері бар.

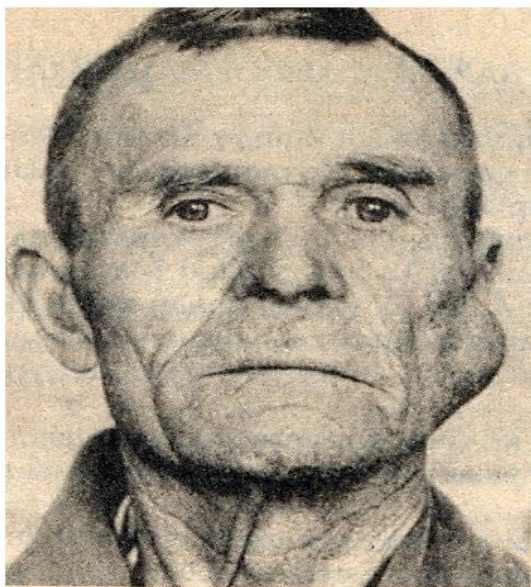
Мысалы: фторурацилмен емдеу әдісі. Кешендік емнің тағайындау тәртібі: I кезеңінде химия, сәулелі ем (дистанциялық гамма); II кезеңінде емнің нәтижесіне қарамастан толық хирургиялық ем жүргізіледі. III кезеңінде отадан кейінгі мөлшері 25-30 Гр. сәуле емі мен адекватты полихимия емі (жылына 6-8 курс). Ауыз қуысы ағзаларының асқынған сатысындағы зақымданулары өте қатерлі болып саналады. Мұндай ақауларды қалыпқа келтіру өте қиын. Пластикалық оталар мен протез жасаудан басқа бұл науқастарға логопедпен жұмыс қажет.

20.13. СІЛЕКЕЙ БЕЗДЕРІНІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІ

Бұл аурумен жылына 2 мыңға жуық кісілер ауырады. Негізінен кездесетіні эпителийден дамыған ісіктер. Оларға: цилиндромалар, аденокарциноманың әр түрлері, ересек рак, мукоэпидермоидты рак, жалпақ клеткалы рак, төменгі дифференциялды рак, аралас ісік рагі жатады (118-119-суреттер). Эпителиден дамыған қатерлі ісіктер өте сирек кездеседі (саркома, қатерлі невринома, лимфоретикулярлы ісік) метастаздары лимфогенді де, гематогенді де тарайды. Кіші сілекей бездері ауруға сирек шалдығады, бірақ үлкен сілекей бездерінің ісіктеріне қарағанда жеңілдеу дамиды.

Цилиндромалар инфильтративті өсуімен ерекшеленіп, қан арқылы метастаздарын өкпе мен сүйекке жібереді. Сілекей бездерінің аденокарциномалары мен жалпақ клеткалы рагі лимфа бездеріне, одан кейін өкпе мен омыртқаға жиі метастаз береді. Мукоэпидермоидты рак қоршаған тіндерге ерте инфильтрацияланып, 25 жағдайда жақын аймақтық

лимфа түйіндеріне метастаздар береді. Сілекей безінің рагіне тән белгілер: жаңа нәрсенің пайда болуы, Стенонов немесе Вартонов өзектері қызметінің күшеюі, сілекейдің азаюы, оның үлкен бездерден бөлінбеуі, қан түйіршіктері бар қоймалжың заттың бөлінуі, ымдау еттері қызметінің бұзылуы және т.б.



Сурет-118.

Құлақмаңы безінің аралас ісігі

Нақтама қою барысында йодолиполмен немесе суға еритін заттармен жасалған көлеңкелі сиалографияның көмегі көп.

Емі. Жалғыз хирургиялық емнің сілекей бездерінің қатерлі ісіктерінде нәтижесі аз. Отадан кейін асқынулар (рецидивтер) көп қайталай береді. Сондықтан науқастарға негізінен кешенді ем тағайындалады. Отаның алдында сәуле немесе сәуле және химиялық емдер (жалпы жиынтығы 30-40 Гр. дистанциялық гамма ем) тағайындалады. Егер осыдан соң сілекей ісігінің төменгі полюсінде капсула пайда болса, бет нервісінің бұтақтары ісіктік бұзылудан аман болса, безді жартылай, сау тіндердің мөлшерінде кесіп алады. Одан кейін науқасқа адекватты химиялық ем тағайындалады: циклофосфан, ванкрастин, адриалицин, преднизалон және жалпы мөлшері 30 Гр. сәуле емі қоса тағайындалады.

Тұжырым: Жалпы қабылданған жіктелу бойынша дененің басқа бөліктеріндегі ісіктер секілді мұнда да қатерсіз және қатерлі ісіктер деп бөлінеді. Қатерлі ісіктің өсуіне тән белгілері науқастың қатты азуы, әлсіздіктің пайда болуы, терісінің сары-сұрғылт тартуы, қанда гемоглобин азайып, ЭТЖ-ның артуы т. с. с.

Қатерсіз ісіктердің морфологиялық ерекшелігі оны құрайтын элементтердің (клетчаткалардың) жетілгендігі болып табылады. Бірақ ісік тіндері әрқашан атипиялы орналасады.

Ісіктер қатерсіз және қатерлі деп қана емес, дамыған тіндеріне қарай: дәнекер тіндік, лимфоид және миелоид, тамырлық, эпителийлік, ет



Сурет-119. Құлақмаңы безінің қатерлі ісігі

және жүйкелік деп бөлінеді. Аталғандардан басқа бірнеше тіндерден тұратын аралас ісіктер де кездеседі.

Пайда болуы тіс жүйесімен байланысты ісіктерді одонтогенді дейді. Олар: жақ кисталары, амелобластома (адамантинома), одонтома, цементома. Кейбір мамандар бұл топқа эпулистерді де қосады, бірақ кейінгі кезде ғалымдардың көзқарасы өзгеріп, бұл ісіктерді басқа топқа-ісік тәрізділер тобына жатқызуда.

Киста дегеніміз сыртында қабығы бар сұйық немесе қоймалжың заттан тұратын қуыс ісік. Кистаның ішіндегі сұйықтық құрамы холестеринге бай сарысудан тұрады. Жақ кисталары дамуына қарай түбірлік (**радикулярлық**) сауыттық (**фолликулярлық**) деп бөлінеді.

Киста бұршақ пен тауық жұмыртқасының көлеміне дейін кездеседі. Ол даму уақыты мен даму сатысына тікелей байланысты болады. Ісіктің үстіндегі шырышты қабықпен сүйектің беткі қабаты өзгермейді. Уақыт өте келе жұқарған сүйек қабырғасын басқанда **сықырлаған** (Рунге-Дюпюитрин белгісі) **резеңке немесе пластмасса ойыншық** (Ю.И.Бернадский белгісі) белгілері пайда болады. Біртіндеп өршіген сүйек семуінің әсерінен кистаның үстіндегі сүйек ақауларын, бетін шырышты қабықпен сүйектің беткі қабаты ғана жапқан терезе пайда болады. Осының салдарынан кистаның жаңа **былқылдақ белгісі** мәлім бола бастайды.

Соңғы 25 жыл бойы жүргізілген гистологиялық зерттеулердің нәтижесі бойынша көріністері әртүрлі болып келетін, түрліше гистологиялық құрылымдардың бірсыпырасы «амелобластома» деген атпен аталды (Ермолаев И. И. 1962,1965).

Негізгі гистологиялық түрлерге кәдімгі амелобластома, адено-амелобластома, одонтопластикалық және меланоамелобластомалар жатады. И. И. Ермолаев амелобластомалардың тоғыз түрін ажыратады.

Ісіктің орналасуы мен сатысына байланысты. I-II сатысында криодеструкция, ісіктің ішіне радиоактивті элементті ендіру, хирургиялық шаралар, дистанциялық ем қабылданады. III-IV сатысында ең тиімді әдіс хирургиялық жолмен алып тастау. Ісікті алып тастаумен қатар, одан кейінгі ақауларды тері ет қиықтарымен бірден жамау әдісі де қолданылады. Ісікті алып орнына пластикалық оталар жасаумен қатар, Крайль отасын немесе мойынның клетчаткасы мен лимфа бездеріне шандырлықалталы кесу отасы жасалады. Дистанциялық емнің жалпы мөлшері 60-65 Гр-ге дейін. Соңғы кезде қатерлі клеткаларға сәуленің әсер етуін күшейту мақсатымен радиомодификаторлар мен радиосенсебилизаторларды қолдану әдістері жетілдіруде. Полихимия емін қолданудың көптеген әдістері бар.

Мысалы: фторурацилмен емдеу әдісі. Кешендік емнің тағайындау тәртібі: I кезеңінде химия, сәулелі ем (дистанциялық

гамма); II кезеңінде емнің нәтижесіне қарамастан толық хирургиялық ем жүргізіледі. III кезеңінде отадан кейінгі мөлшері 25-30 Гр. сәуле емі мен адекватты полихимия емі (жылына 6-8 курс). Ауыз қуысы ағзаларының асқынған сатысындағы зақымданулары өте қатерлі болып саналады. Мұндай ақауларды қалыпқа келтіру өте қиын. Пластикалық оталар мен протез жасаудан басқа бұл науқастарға логопедпен жұмыс қажет.

Сәуле терапиясы. Бір жасқа дейінгі балалардың тамырлы ісіктері рентген сәулелеріне өте сезімтал келеді. Бес жастан әрі қарай бұл сезімталдық азаяды. Түрлі гемангиомалардың ішінде сәулеге қуысты гемангиомалардың сезімталдығы басым.

Көбіне қысқа фокусты рентгентерапия қолданылады. Оның ұтымдылығы экспозициясы қысқа, сәулені мөлшерлеуге болатындығы.

Гемангиомаларды криодеструкциялау. Гемангиомаларды терапиялық әдістермен емдеу-оларды өте төмен температура әсерімен некрозға, тыртыққа айналдыруға негізделген. Криотерапия төмен температураның ангиома тініне әсер етуіне негізделген.

Криоәсер ісікке үш түрлі жолмен қолданылады: түйісу, көпіршік (пенетрация), криотозаң.

Түйісу әдісі — аспаптың мұздататын ұшын ісікке тигізіп әсер етуге негізделген. Криоагент (көмір қышқылының ұлпасы) ісік тініне жанасу-аппликация түрінде де қолданылады.

Көпіршік әдісі — тінге кіргізілген аспап арқылы тереңнен мұздатуға негізделген.

Криотозаң сұйық зат арқылы жасалынады. Бас пен мойынның ісіктеріне қолданылатын бірнеше аспаптар бар: КАУМ — 0 1 (криодеструктор азотный универсальный медицинский), аспаптар жинағы КАМ — 01 (криогенный медицинский), КА-02 (криодеструктор азотный), КА-02 МТ (криораспылитель азотный медицинский).

Соңғы жылдары криоагенттердің ішінде сұйық азот көбірек қолданылады. Ісіктің орны мен тереңдігіне қарап — 60°-тан 196°-қа дейін мұздатуға болады.

Гемангаомаларды ферезолмен химиялық-деструкциялау. Беткей орналасқан капилляр (жай), жалған (жалпақ, жұлдыз) гемангиомаларды химиядеструкция жасауға ферезол қолданыс тапты.

Ферезол—60% фенол мен 40% трикрезолдың гомогенді қосындысы. Фенол өткір исті, қозғалғыш, ашық-қоңыр, кара-қоңыр түсті, тиген жерін күйдіретін, бактерицидті әсері бар май сияқты зат. Ферезолға батырылған тампонмен гемангиоманың бетін өңдейді. Алғашқы 3-5 секундта тамыр ісігінің беті бозарады. Себебі дәріні эпидермис өзіне сіңіріп, тамырлар рефлекторлы түрде тарылады. Науқас тез тарқап кететін күйіп жатқан сезімді айтады. Алғашында бозарған гемангиоманың беті, оған дәріні

жаққан сайын қара-қотыр түске боялады. Ферезолмен өңдеп болған соң оның түгел сіңіп кетуін күтеді. Бактериоцидті қасиетіне байланысты жараның беті басқа антисептикалық дәрілермен өңделмейді. Бірақ қабыршақтың беті бриллиант жасылымен өңделеді. Тамыр ісігінің орнындағы тері ашық-қызғылт немесе қызғылт түсті болады. 2-3 айдан кейін айналасындағы теріден айырмашылығы болмайды.

Кешендік емнің тағайындау тәртібі: I кезеңінде химия, сәулелі ем (дистанциялық гамма); II кезеңінде емнің нәтижесіне қарамастан толық хирургиялық ем жүргізіледі. III кезеңінде отадан кейінгі мөлшері 25-30 Гр. сәуле емі мен адекватты полихимия емі (жылына 6-8 курс). III-IV сатысында тек кешенді ем қолданылады: Бірінші дистанциялық 30-40 Гр. гамма емі, жергілікті және аймақтық химия емдерімен отаға дайындайды. Ота алдымен алғашқы ошаққа, одан кейін аймақтық метастаздар бар болса. Крайль немесе мойын клетчаткалары мен лимфа бездеріне шандырмен қалталы кесу отасы жасалады.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. ісіктер деп бөлінеді.

- А) қатерсіз және қатерлі
- Б) арнайы және арнайы емес
- В) жедел және созылмалы
- Г) өткір және соқыр
- Д) жанама және қосымша

2. Ісіктер дамыған тіндеріне қарай деп бөлінеді.

- А) дәнекер тіндік, лимфаиод және миелоид, тамырлық, эпителийлік, ет және жүйкелік
- Б) тамырлық, амелобластома, одонтома, эпулис
- В) эпителийлік, ет және фиброма, остеома
- Г) жүйкелік, лимфагранулема, нейрофиброма
- Д) дәнекер тіндік, лимфаиод және ринофима, саркома

3. Киста дегеніміз сыртында қабығы бар қуыс ісік.

- А) сұйық немесе қоймалжың заттан тұратын
- Б) іші затқа толған қуыс
- В) дәнекер тіннен пайда болған қуыс
- Г) лимфа тіннен пайда болған қуыс
- Д) эпителийлік тіннен пайда болған қуыс

4. Жақ кисталары дамуына қарай деп бөлінеді.

- А) түбірлік (радикулярлық) сауыттық (фолликулярлық)
- Б) ретенциялық, диастема
- В) тістердің тістесуінің бұзылуы, трема
- Г) самай-төменгі жақ буыны, фронтит
- Д) глоссит, миозит, бурсит, лимфа тіні

5. Киста көлеміне дейін кездеседі.

- А) бұршақ пен тауық жұмыртқасының

Б) үшбрыш пен домалақ,сопақ

В) сопақ және сүйір, домалақ

Г) бүйір және көлбеу, ойық

Д) көлденең және ойық, бүйір

6. Жұқарған сүйек қабырғасын басқанда белгілері пайда болады.

А) сықырлаған (Рунге-Дюпюитрин белгісі)

Б) сыздаған (Варес)

В) жіп тәрізді (Михайлов)

Г) қышыған (Сидоров)

Д) дірілдеген (Иванов)

7. Жұқарған сүйек қабырғасын басқанда белгілері пайда болады.

А) резеңке немесе пластмасса ойыншық (Ю.И.Бернадский белгісі)

Б) каучук (Шимановский)

В) металл (Поленичкин)

Г) бітіспе (Рудько)

Д) құйылмалы (Темерханов)

8. Парч бойынша кисталарды хирургиялық емдеудің бірінші жолы

А) цистотомия (Парч I отасы)

Б) адентия (Краиль)

В) трема (Курляндский)

Г) диастема (Каламқаров)

Д) Электромиография (Рубинов)

9. Парч бойынша кисталарды хирургиялық емдеудің екінші жолы

А) цистэктомия (Парч II отасы).

Б) резекция (Иоаннидис)

В) ампутация (Семенченко)

Г) пункция (Михельсон)

Д) биопсия (Евдокимов)

10. Эмаль органы немесе Маляссе жасуша-клеткаларына ұқсас эмбирон эпителийі қалдығынан пайда болады.

А) амелобластома

Б) невринома

В) меланома

Г) ринофиброма

Д) фиброма

11. Макроскопия көрінісіне қарай амелобластоманың түрі бар

А) кисталы және көлемді.

Б) жайылмалы, тұйықталған

В) шеңберлі, шектелген

Г) тұйықталған, шеңберлі,

Д) жайылмалы, шектелген

12. Рентген суретте амелобластомалар болып көрінеді.

- А) бір немесе бірнеше камералы қуыстар
- Б) көп камералы ойық қуыстар
- В) домалақ-домалақ оралған
- Г) түйілген, шектелген
- Д) байлам-байлам кесілген

13. Амелобластоманың салыстырмалы нақтамасын өткізу керек

- А) остеобластокластома
- Б) эпулис
- В) алып жасушалы
- Г) фиброма
- Д) хондрома

14. Эпулистерді деп топтарға бөлуге болады.

- А) Фиброматозды, ангиоматозды, алып жасушалы- клеткалы
- Б) жайылған, түйілген, шектелген
- В) тұйықталған, көп камералы ойық қуыстар
- Г) шектелген, байлам-байлам кесілген
- Д) бұрамды, домалақ-домалақ оралған

15. Құрылым ерекшеліктеріне қарай қатты одонтомалар болып жіктеледі.

- А) күрделі, күрделі-аралас, жай және кисталы
- Б) тұйықталған, көп камералы ойық қуыстар
- В) бұрамды, домалақ-домалақ оралған
- Г) шектелген, байлам-байлам кесілген
- Д) жайылған, түйілген, шектелген

16. Цементомалардың түрі кездеседі.

- А) ошақтық, жайылмалы
- Б) кисталы және көлемді.
- В) жайылмалы, тұйықталған
- Г) тұйықталған, шеңберлі,
- Д) бұрамды, домалақ-домалақ оралған

17. Рентген көріністеріне қарап остеобластокластоманы түрге бөлеміз

- А) ұялы, кисталы және литикалық.
- Б) күрделі, күрделі-аралас, жай және кисталы
- В) тұйықталған, көп камералы ойық қуыстар
- Г) бұрамды, домалақ-домалақ оралған
- Д) ошақтық, жайылмалы

18. Остеома гистологиялық тұрғыдан болып бөлінеді.

- А) жинақты, кеуекті және жұмсақ
- Б) қатты, қою және сұйық
- В) борпылдақ, сықырлаған, шыны тәрізді
- Г) ауыз қуысының ашылуы шектелген
- Д) самай-төменгі жақ буын аймағында

19. Жинақты остеома рентген суретте болып көрінеді.

- А) анық, қатты «артық тін» (плюс ткань)
- Б) арнайы, сұйық және борпылдақ
- В) самай-төменгі жақ буын аймағында
- Г) борпылдақ, сықырлаған, шыны тәрізді
- Д) ауыз қуысының ашылуы шектелген

20. Жалпақ жасушалы-клеткалы папиллома өсіп шығады.

- А) көпқабатты жалпақ эпителийден
- Б) жинақты, кеуекті және жұмсақ
- В) борпылдақ, сықырлаған, шыны тәрізді
- Г) қатты, қою және сұйық
- Д) ауыз қуысының ашылуы шектелген

21. Ринофима болатын ісікке ұқсас зақымдануы.

- А) шеміршегі терісінің май бездерінен
- Б) дәнекер тінінің қабынуы
- В) бұлшық ет тіні семуі
- Г) жүйке жүйесінің салдануы
- Д) сүйек тінінің сорылуы

22. Липома дегеніміз өсіп шығатын ісіктер түрі.

- А) терінің май қабатынан
- Б) шырышты қабатынан
- В) кортикалды қабатынан
- Г) сорушы қабатынан
- Д) тері асты қабатынан

23. Липомалардың ең көп кездесетін жерлерін атаңыз.....

- А) маңдай терісі астында, ұртта, ерінде, шықшытта, төменгі жақасты аймағында, сирегірек тілде, ауыз түбінің кілегей қабығының астында

- Б) маңдай терісі астында, қол-аяқ аймағында
- В) ұртта, ерінде, шықшытта, бас бөлігінде
- Г) төменгі жақасты аймағында, кеуде бөлігінде
- Д) ауыз түбінің кілегей қабығының астында, құлақ маңы

24. Дамитын тіндеріне байланысты қатерлі ісіктерді болады

- А) 4 топқа бөлуге
- Б) 3 топқа бөлуге
- В) 5 топқа бөлуге
- Г) 7 топқа бөлуге
- Д) 9 топқа бөлуге

25. Рактың жайылуына байланысты клиникалық ағымын TNM жүйесі бойынша бөледі.

- А) 4 сатыға
- Б) 7 сатыға
- В) 9 сатыға
- Г) 12 сатыға

Д) 15 сатыға

26. Меланомалардың ең көп кездесетін жерлерін атаңыз

А) Ұртта, самайда, құлақта жиі

Б) ұртта, ерінде, шықшытта, бас бөлігінде

В) төменгі жақасты аймағында, кеуде бөлігінде

Г) маңдай терісі астында, қол-аяқ аймағында

Д) ауыз түбінің кілегей қабығының астында, құлақ маңы

27. Кларк жүйесі бойынша меланомды клеткалардың дермаға енуі..... деңгейге бөлеміз

А) 5 деңгей

Б) 2 деңгей

В) 3 деңгей

Г) 7 деңгей

Д) 9 деңгей

28. Базальды-клеткалы рак түрде өседі.

А) экзофитті және эндофитті

Б) базофилді және эндофитті

В) дәнекер тін және экзофитті

Г) жайылмалы және экзофитті

Д) тұйықталған және эндофитті

29. Метастаз дегеніміз ісіктің таралуы.

А) лимфа және қан-тамырлар жүйесімен

Б) бұлшық ет және шеміршек

В) жүйке жүйесі және қан-тамырлар жүйесімен

Г) дәнекер тін және шеміршек

Д) бұлшық ет және лимфа жүйесімен

30. Фиброма құрамы болады.

А) қатты және жұмсақ

Б) жайылмалы және экзофитті

В) бұлшық ет және лимфа жүйесімен

Г) тұйықталған және эндофитті

Д) дәнекер тін және экзофитті

XXI Т А Р А У

БЕТ- ЖАҚ АЙМАҒЫНДАҒЫ АҚАУЛАР МЕН ДЕФОРМАЦИЯЛАР

Бет сүйегі жарақаттары мен ауруларының ішінде ең көп кездесетіні төменгі жақ сүйегінің жарақаты мен аурулары және оның көбісі сүйек тінінің ақауымен қатар жүреді.

Ең алғаш бет-жақ аймағы хирургиясында төменгі жақтың алдыңғы бөлігіндегі атпен мәлімдемені Zarry жазған. 1893 жылы Clod Martin каучук протезін ұсынды. 1954 жылы Л. М. Обухова (Самарқанд қаласы) , сонан кейін Н. М. Михельсон 1956 жылы амелобластоманың салдарынан төменгі жақты кесіп алып тастағаннан-резекциялаудан кейін пластмасс имплантантпен ақауға пластикалық ота жасады.

Бет-жақ аймағындағы қалпына келтіру хирургиясының қазіргі жетістіктері көп жағдайда консервіленген (консервированные) тіндерді пайдалануға байланысты.

Бет қаңқасының деформациясы дегеніміз- оның морфофункционалдық элементтер қатынасының және эстетикалық пропорциялардың бұзылуы, осының салдарынан бет пішінінің өзгеруі, көлемі мен бас сүйегі бөліктерінің орналасуының бұзылуы (Х. А. Каламкаров, А. А. Робухина, В. М. Безруков, 1981).

Жақ сүйектері дамуының бұзылуына әсер ететін жағдайлар-факторлар туралы қазіргі түсініктер. Бас сүйектің пропорциональды қалыптасуы үшін: остеогенез процессінің барлық кезеңінің қалыпты жүруі, сүйек қатаю нүктесінен өз уақытында мезенхимальды және шеміршек тіндердің дамуын қамтамасыз ететін сүйектің сыртқы қабығы, эндогенді және механикалық әсерлердің тепе-теңдігі, организмдегі зат алмасу процессі қалыпты жағдайда болуы керек. Шайнау және тіл бұлшықеттерінің қызметі, ЛОР — ағзалар, тістердің уақытында шығуы да үлкен рөл атқарады. Осы жағдай-факторлардың бәрі бірігіп бас сүйегінің гармониялық дамуына әсер етеді, бұл өз кезегінде адамдардың нәсілі, ұлты, семьялық және өз басының ерекшеліктерінің белгілі бір қалыптан өте ауытқымай қалыптасуына әсер етеді.

Деформацияға әсер ететіндер:

1.Остеогенез бен дифференцияланудың, соның ішінде генетикалық түрінің де, туғаннан бұзылуы;

2. Эндогенді және зат алмасуының бұзылуы;

3. Тұқым қуалаған және жүре пайда болған жағдай-факторлар;

4. Өсу аймағының аурулары мен жарақаттары;

5. Қаңқаның жекелеген бөлшектерінің өсу не өспей қалуына себепші жағдайлар.

6. Бет қаңқасының жарақаты.

Бет қаңқасының деформациялануына туғаннан кейінгі жалпы және

жергілікті жағдай-факторлар әсері, жасанды тамақтандыру, балалардың ерте жастағы аурулары, эндокринді аурулар, мұрнымен дем алуының бұзылуы, жағымсыз әдеттер, баланың ұйықтағанда ыңғайсыз жатуы, тіс жегісі, сүт тістері мен тұрақты тістерінің болмауы, тіс сауытының біркелкі қажалмауы және сүт тістерінің ауысуы мерзімінің кешігуі, периодонтит, остеомиелит, жарақат, бет пен ауыз айналасы аймағының күйі, ауыз қуысы мен жақтағы жаңа түзілімдер үлкен әсер етеді.

21.1. БАС ҚАҢҚАСЫ ДЕФОРМАЦИЯЛАРЫНЫҢ ЖІКТЕЛУІ

I. Туа біткен деформациялар:

1. Тератогенді жағдай-факторлар әсерінен болған, жырық, әр түрлі дискраниялар, краниостеноздар, 1-2 желбезек доғасы синдромдары, жақ дисплазиясы, іштей туған жарақаттар.
2. Дәлелденген хромосомды аурулар.

II. Жүре пайда болған деформациялар:

1. Эндокринді және зат алмасу; 2. Қызмет атқару бұзылуы әсерінен; 3. Жарақаттан кейінгі; 4. Қабыну және инфекциялық агенттердің әсерінен; 5. Сәулелендіру салдарынан.

Орналасуына қарай:

1. Тіс ұяшықтық; 2. Гнатикалық; 3. Жалпы бас қаңқалық.
- Қалыптан ауытқуы үлкендігіне, пішініне және жақтың жағдайына, олардың бір-біріне қарым-қатынасына байланысты болуы мүмкін.

Осыған орай бет қаңқасының деформациясын 5 түрге бөледі:

1. Макрогнатия немесе гиперплазия (ВОЗ/ДДҰ) жіктемесі бойынша (IX қайта қаралуы 1975) — жоғарғы, төменгі жақтың (барлық немесе кейбір бөлшектерінің) мөлшерінің ұлғаюы.
2. Микрогнатия немесе гипоплазия -жоғарғы, төменгі жақ мөлшерінің (барлық немесе кейбір бөлшектерінің) кішіреюі.
3. Жоғарғы (төменгі) жақтың немесе кейбір бөлігінің пішінінің өзгеруі.
4. Бас қаңқасының негізіне қарағанда жақ сүйектерінің дұрыс орналаспауы — сагиттальды, вертикальды немесе трансверсальды бағытта ауытқуы.
5. Жақ деформацияларының бірігуі (сочетание).

Жақ деформациясы бар науқастарды тексерудің негізгі әдістері. 1. Нақсыз-субъективті әдістер — шағымы, аурудың келіп шығу тарихы- анамнезі, өмір анамнезі.

2. Нақтылы-объективті — науқасты жалпы қараудан басталады. Науқастың физикалық дамуы, жасына сәйкестігі, дене бітімі, толықтығы, аяқ-қолдың ерекшелігі, көкірек клеткасы, мойын, бас, сымбаты (осанка) омыртқа қисығы (бар-жоғы) т.б. назар аударылады. Кей жағдайда көрсеткіштеріне қарай дене салмағын,

бойын, көкірек көлемін тексереді. Кейін науқастың басы мен бетін қарайды. Ми мен бет қаңқасы мөлшерінің арақатынасын, симметриялығы, бет әлпеті конфигурация ерекшелігі, беттің жоғарғы, ортаңғы және төменгі бөліктерінің пропорционалдығы тексеріледі. Бет қаңқасы сәйкессіздігін анықтау үшін антропометриялық өлшемдер жүргізіледі:

1) Бет доғасының диаметрі - бет доғасының шығыңқы нүктесінің аралығы.

2) Орбиталды аралық — көз қарашығы аралығы.

3) Төменгі жақ диаметрі — төменгі жақ бұрышының аралығы.

4) Мұрын биіктігі мен ені — мұрын қанатшаларының аралығы, тері нүктелері nasion және subnasale қиығының ұзындық аралығы.

5) Беттің nasion және gnasion морфологиялық биіктігі.

6) Төменгі жақтың денесі мен бұтағының мөлшері, бұрышы.

3. Арнайы әдістерге: жақтың диагностикалық моделдерін оқу, және графикалық, рентгенологиялық, краниометриялық, және функционалдық әдістер жатады. Жақтың гипс мүсінінде тіс қатарының пішінін, оң және сол жағының симметриялығын, тіс қатарының ені мен ұзындығын, оның жекелеген бөліктерінің қатынасын, жеке тістер мен топтардың медиальды және дистальды жылжуын, таңдай тереңдігін оқып үйренуге болады.

Деформациясы бар науқастарды тексергенде графикалық әдістер кең қолданылады: бет суреті, жақтың гнатостатикалық мүсіні, бұлар трансверсальды, вертикальды деформацияларын анықтауға көмектеседі.

Емдегенге дейін және емделген соң суреттерін салыстырады.

Рентген әдісімен зерттеу деформациясының табиғатын дәл анықтап, хирургиялық және ортодонтиялық ем әдістерінің нәтижесін көрсетеді.

Жоғарыда аталған науқастарды тексеру әдістерін басқа ортопедиялық стоматологияда қосымша функционалдық сынама қолданылады (Ильина-Маркосьян 1984), шайнау сынамасы (С.Е.Гельман, М. С. Рубинов 1951 ж.).

Төменгі жақ деформациясының клиникасы. Макрогения-иектің және төменгі тістердің қалыпты дамыған жоғарғы жаққа қарағанда едәуір шығып тұруы. 1,5%-4,28% дейін кездеседі. Қазіргі кезде Б. А. Богацкийдің жіктеуі жиі қолданады.

Ол 3 дәрежеге ажыратады.

I. Кері фронтальды тістеу, тістер арасындағы жанасу көп немесе сагитальды саңылау 2 мм дейін. Бұрыш 135°-қа дейін кеңейген, алтыншы тістер қатынасы бұзылған, жоғарғы және төменгі жақтар сагитальды бағытта 5 мм-ге дейін, жекелеген тістердің аномалиялық орналасуымен сипатталады.

II. Сагитальды сақылау 10 мм-ге дейін $\frac{3}{6} | \frac{3}{6}$ және $\frac{6}{6} | \frac{6}{6}$ тістер арасындағы сагитальды арақатынас бұзылған. Төменгі жақ бұрышы 138°-қа дейін кеңейген, жоғарғы жақ тарылған.

III. Сагитальды сақылау 10 мм $\frac{6}{6} | \frac{6}{6}$ арасы, 1,1 -1,8 см төменгі жақ бұрышы 145°.

Нағыз прогенияның негізгі белгілері: 1. Төменгі жақ денесінің барлық бағытта мөлшерінің үлкеюі. 2. Иектің шығып тұруы. 3. Төменгі жақ бұрышының үлкеюі. 4. Беттің төменгі бөлігінің ұзаруы. 5. Беттің тарылуы. 6. Беттің ортаңғы бөлігінің ойысуы және жоғарғы еріннің қысқаруы. 7. Төменгі еріннің шығып тұруы. 8. Мұрын-ерін қатпарының тереңдеуі немесе тегістеліп жазылуы. 9. Фронтальды тістердің сагитальды сәйкессіздігі. 10. Алтыншы тістің алдыңғы ұрт бұдыры мен төменгі алтыншы тістің көлденең сайының сагитальды сәйкессіздігі. 11. Алдыңғы тістердің вертикальды қатынасының бұзылуы, аздаған тістесу, терең тістесу, тік және ашық тістесу. 12. Трансверсальды бағытта тіс доғасы мөлшерінің сәйкессіздігі. 13. Жекелеген тістердің аномалиялық және тістердің тығыз орналасуы, диастема, трема, дистопия. 14. Тіс доғасының қалыпты тарылуы және кеңеюі.

Ашық тістесудің клиникасы. Ашық тістесу — жақ бұзылысы, тістер тістескен кезде окклюзиялық контакт тек бірінші молярларға дейін ғана болады. Клиникалық көрінісі вертикальды, горизонтальды бағытта анықталады.

Вертикальды мөлшерге байланысты 3 дәрежесі болады:

I. 2 мм-ге дейін; II. 3-тен 5 мм; III. 5 мм-ден артық.

Ағымына қарай 3 түрі бар:

1) Барлық алдыңғы тістер мен бөлімдері артикуляцияға түспейді.

2) Алдыңғы тістер мен премолярлар артикуляцияға түспейді.

3) Тек екінші молярлар артикуляцияға түседі.

Ашық тістесудің анық түрінде: ауыз ашылып, тістер аралығынан тіл көрінеді, беттің төменгі бөлігі едәуір үлкендеу. Шайнау қызметінің бұзылғанын (тістеп алу), сыртқы бет әлпеті эстетикасының бұзылғанын айтады. Сирек ауыз құрғап, мұрынмен, ауызбен дем алады.

Бет қаңқасы деформациясын емдеудің негізгі қағидалары

Емдеудің негізгі мақсаты анатомиялық және функционалдық бұзылуларды жою. Бұдан басқа психикалық сауығуды қамтамасыз ету. Соңғы 10 жылда бет қаңқасының ақауы бар науқастарды емдеу айтарлықтай өзгерді. Емдеу жоспары мамандар тобымен құрылады: хирург, анестезиолог, реаниматолог, ортопед,

ортодонт, нейрохирург.

Осыдан басқа көпшілік жағдайларда ЛОР-мамандар, невропатологтар, окулистер, логопедтер, психоневрологтар, эндокринологтар қатыстырылады.

Сондықтан деформацияларды емдеу арнайы мамандар мен керекті аппаратуралары бар мамандандырылған орталықтарда жүргізілуі керек.

Хирургиялық емдеудің негізгі қағидалары. 1. Ота жолымен емдеуге ең ыңғайлы жас— 16-18 жас. Н.Овергейзер (1969) атап көрсеткендей, деформация салдарынан болатын психикалық бұзылыстар жыныстық дамып жетілу кезеңінде қатты ұлғаяды. Егер де 20-28 жасқа дейін бет пішіні қалыпқа келтірілмесе, оның салдарынан болған психикалық өзгерістер тұрақты болып қалады да, тіпті ота жақсы жасалса да психикалық өзгерістер сол қалпында қалып қоюы мүмкін.

2. Ота жолымен емдеу әдісін жоспарлау барлық тексеру әдістерінің нәтижесінде жасалуы қажет.

3. Науқасты алғаш қабылдағаннан емдеу уақыты біткенге дейін ол хирург пен ортодонттың бақылауында болуы керек.

4. Бірнеше бұзылыстар бірге жүрсе (жұмсақ тін, шеміршек, сүйек) алдымен ота қаңқаға жасалады, сонан соң қалған кемшіліктерді қаңқаға байланысты қалпына келтіреді.

5. Тіс қатарлары бұзылысын ортодонт отаға дейін емдеуі керек.

6. Жансыздандыру — жалпы (анестезиолог пен хирург шешеді).

7. Отадан кейін науқастың жағдайын анестезиолог, хирург, қажет болған жағдайда нейрохирург бақылайды.

8. Антибиотикпен емдеу операцияға дейін 24 сағат бұрын басталып, 7-10 тәулік бойына антистафилококкты гамма-глобулинмен қоса жүргізіледі.

21.3. Туа пайда болған деформацияларды емдеу

Бұл бұзылыстар, краниостеноздар бас қаңқасы мен бет қаңқасының диастоздарын емдеудің негізгі қағидалары беттің ортаңғы аймағының гипоплазиясын емдеуге негізделген.

Жоғарғы прогнатияны қалыпқа келтіру. Жоғарғы прогнатия терең тістесумен бірігіп келгенде (1968) Н. Коле 1-ші премолярларды екі жағынан жұлып, таңдайдың ортаңғы сызығымен медиальды тілік жасап, ұяшық өсіндінің алдыңғы бөлігіне остеотомия жүргізген. Қатты таңдайды 2 см-ге дейін бордың көмегімен тесіп, кесіп алып тастаған-резекциялаған. Сүйек фрагменті жоғары және артқа жылжып, шырыппы қабатқа тігіс салып, тістерге құрсау салу арқылы бекіткен.

Г.Н.Семенченко (1962) ашық тістесуді қалыпқа келтіру үшін фронтальды бөлікте остеотомия әдісін қолданады.

Жоғарғы бесінші тістер жұлынып, шырышты қабықта вестибуляр және таңдай жағынан тілік жасалып қиындысы сүйектен сыдырылып алынады, нәтижесінде алдыңғы фрагментте сүйек бөлігі толық жалаңаштанады. Жұлынған тістер аумағында ұяшық өсіндіні циркулярлы арамен кеседі. Тік кесілген кесіндіден жазық және 90°-пен алмұрт тәрізді ойықтың төменгі қырына дейін остеотомия жүргізіледі. Сүйек фрагменті фронтальды тістермен бірге артқа жылжытылады, ал шырышты қабатқа тігіс салынады. Тістерге құрсау салу арқылы бекітеді-фиксацияланады. Бұл әдістің теріс жағы сүйекті толық сыдырғанда шырышты қабықтың трофикасы бұзылады. Отадан кейін асқынып, некрозға ұшырауы мүмкін.

Жоғарғы ретрогнатия немесе микрогнатияны қалыпқа келтіру. Жоғарғы ретрогнатия туа пайда болған жарақаттан кейін жоғарғы ерін мен таңдай жырығына ота жасаған соң болуы мүмкін. Бұзылыс түріне және шығуына байланысты беттің ортаңғы аймағында ішке еніп тұрғандай болады, кейде көзасты бет-сүйек аймағы осылайша көрінеді. Жоғарғы ретрогнатияда оның даму дәрежесіне байланысты әртүрлі хирургиялық әдістер қолданылады.

Жоғарғы микрогнатияны қалпына келтіру үшін жасалатын ота әдісін 5 топқа бөледі.

1. Горизонтальды (төменгі және жоғарғы) остеотомия, сүйек трансплантаттарын қолдану немесе қолданбай-ақ жүргізеді. Остеотомиядан кейін деструкциялық әдіс.

2. Жоғарғы жақтың альвеолды өсіндісінің фронтальды бөлігінің остеотомиясы.

3. Жоғарғы жақтың фрагменттің остеотомиясы, компакт остеотомиясымен, ортопедиялық еммен бірге.

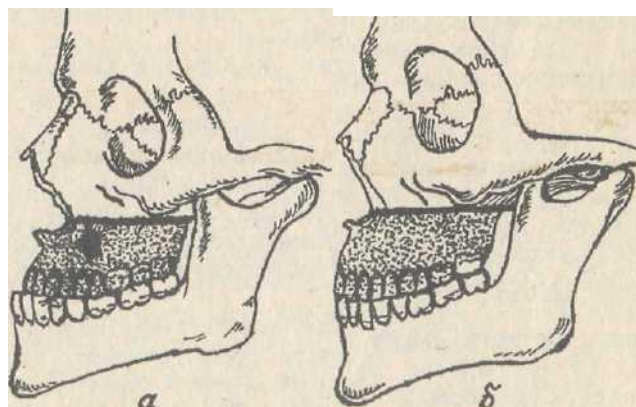
4. Назомаксилярлы комплекс аймақтағы пирамидалды остеотомия.

5. Ортодонтиялық еммен компактостеотомия.

Төменгі прогнатияны қалпына келтіру. *Төменгі жақтың ұяшық өсіндісіндегі оталар.*

Американдық хирург I. Hylliren 1848 жылы тістесу ауытқуының біріккен түрі-формасы бар науқастың төменгі ұяшық өсіндісінің фронтальды аймағына екіжақты сына тәрізді кесіп алған-резекция жасаған. Ота премолярларды симметриялы жұлумен жалғасқан. Мұндай ота алдыңғы тіс қатарының тістесуінің болмауы кезінде ғана жүзеге асырылады. Кейін 1928 жылы Е. Е. Бабицкий бұл отаны жаңартып жүргізген, бірақ кең түрде қолданыла қоймады

Төменгі жақ денесіндегі оталар. Қазіргі кезде прогнатияда 18 түрлі ота жазылған. 1-шісі 1898 жылы V. P. Blais төменгі прогнатияда премолярлар деңгейінде жақасты жолымен екіжақты тік остеотомия жүргізген. Деформацияның дәрежесіне қарай I-ші және 2-ші молярлар жұлынған. Жақ фрагменттері сым тігіспен бекітілген.



Сурет-120. Семенченко бойынша жоғарғы жақ сүйегінің микрогнатиясына жасалатын ота үлгісі

А.А.Лимберг төменгі жақта жұлынған 1-ші моляр тұсында тік остеотомиямен бірге ұяшық өсіндіде екіжақты сына тәрізді резекция жүргізген. Бұл ота ашық тістесу кезінде қолданылады. Алдымен А. А. Лимберг қан тамыр-жүйке шоғырын жарақаттамай, ұяшық өсіндіні сына тәрізді бөліп, алтыншы тіс тұсында аралап кескен. Төменгі жақ денесі төменгі жақ қырына қарай қиылысады.

Ақаудың жоғарғы аймағына жақтың иек бөлігі толығымен жанасады. Жақтың алдыңғы бөлігі жоғары және артқа жылжып, тіс қатары дұрыс окклюзиялық қатынаста орнығады. Сүйек фрагменттері сым жіппен тігіледі. Иекасты таңу мен тіске құрсау салу арқылы жақаралық бекітілген-фиксация жүргізіледі. Жасалған отаның кемістігі — сүйек фрагментінің жанасу алаңы тар және қайталанады-рецидив береді, жалған орын түзуі мүмкін.

1927 жылы А. Э. Рауэр төменгі жақ денесінде алтыншы және жетінші тістердің тұсында сүйекті алып баспалдақты остеотомия жасауды ұсынған. Отада қан тамыр-жүйке шоғыры сақталады. Бұл әдістің артықшылығы сүйек фрагменттерінің жанасуы үлкен аумақты, сондықтан қайталанудың-рецидивтің алдын алады.

В. А. Богацкий 1965 жылы төменгі прогнатияны жою үшін төменгі жақ денесінде қан тамыр- жүйке шоғырын сақтай отырып баспалдақты остеотомия жүргізген. Тиімділігі — сүйек жарақатымен ауыз қуысының қатынасы жоқ.

Төменгі жақ аймағындағы оталар. Owergeizer мен Dal-Pont отасын өзгертіп ұсынған төменгі жақтағы белгі-симптомда ретромолярлы остеотомия отасы кең қолдану тапты. Бұл отада — тілік сыртқы қисық сызықпен ұзыннан шырышты қабатпен және сүйектің сыртқы қабымен, одан әрі қан тамыр — жүйке шоғырын сақтай отырып жасалады. Кортикальды пластинка ажыратылады, төменгі жақ артқа жылжытылады. Тістерді дұрыс тістесуге әкеледі де құрсаумен және резина тартқышпен бекітеді. Сынықтарды сүйек жігімен біріктіреді.

Прогенияны емдеу. Прогенияны жоюдың Рудько екі әдісін ұсынған.

1. Төменгі жақ бұтағын қисық остеотомиялау.

2. Тік остеотомия — жарты ай тәрізді ойықтан жақтың бұрышына дейін. Фрагменттер екі сым жіппен бекітіледі.

Сукачев жылжымалы (сырғымалы) остеотомияны ұсынған. Мұның ерекшелігі бұтақты кесу жазықтыққа қиғаш жүргізіледі. Бұл барлық оталар: екі жақтық құрсау салумен, жақаралық тартумен 37-45 күнге салынады.

Ашық тістесуді емдеу. Отасыз-консервативті (ортодонтиялық), хирургиялық және аралас әдістер науқастың жасына, сипатына, дәрежесіне, деформацияның айқындылығына байланысты. Бала кезде емделмеген немесе дұрыс ем алмаған ересек адамдарды емдеуге қолданылатын хирургиялық әдістерді нақтырақ қарастырайық. Хирургиялық көмек ашық тістесудің 2-3 дәрежесіне қолданылады.

Ашық тістесудің әртүрлі деформациялармен бірігіп келуін емдеудің көптеген әдістері қазіргі уақытта белгілі.

Бұл оталарды былайша топтастыруға болады.

1. Төменгі жақтың бұрышы мен денесіне жүргізілетін оталар.

2. Төменгі жақтың бұтағы мен аймағындағы оталар.

3. Жоғарғы жақтағы оталар.

Н. Owergeizer (1964) төменгі прогениямен біріккен ашық тістесуді төменгі жақ аймағында сагитальды жазықтықта ажырату арқылы кетірген.

Бұл отаның маңызы былайша: Жақасты жолымен бұрыш аймағында төменгі жақтың бұрышы, денесі жалаңаштанады. Вестибуляр жағынан тік пластинканы кеуекті заттың бөлігінен 2-ші молярлар аралығында ажыратады. Сүйек фрагментін уақытша Рингер ерітіндісіне салып қояды. Жақтың бұрышы деңгейінде сына тәрізді аумағын бөліп алады. Үлкен фрагментті екіжақты остеотомиядан кейін жоғары және артқа жылжытылады. Остеотомия кезінде қан тамыр- жүйке шоғыры жарақаттанбайды. Сүйек пластинкасы қойылғаннан кейін сүйек жігімен екі тесік арқылы бекітіледі.

К. Schuchardt ұсынған оталық әдісті В.С.Дмитриева мен В.И.Арцыбушев (1967) өзгерткен. Оның негізі: бір сәттегі остеотомия және жоғарғы жақтың кіреберісі мен таңдай жағынан горизонтальды кесіп алады-резекция жасайды, ал остеотомиялық сызығы жоғарғы жақ бұрышымен шектеліп қана қоймай, негізгі қанатша өсінділерін де қамтиды.

Вестибуляр жағынан 3-4-ші тістер аралығынан вертикальды бағытта 2-2,5 см ұзындықта шырышты қабатпен, сүйектің сыртқы қабатына тілік жасалады. Тіліктің жоғарғы жиегінен көлденең тілікті өтпелі қатпардың бойымен 7-ші тіс деңгейіне дейін жасайды. Жұмсақ тіндер жарақатының жиегі мобилизацияланады. Жоғарғы жақ бұдыры жанынан және қанатша өсіндіге қарай, жалпақ остеотоманың көмегімен тоннель жасайды. Осылайша ортаңғы сызықтан сәл 1 см алшақта таңдайдың

шырышты қабатында тоннель жасайды, ол жұмсақ таңдай шекарасына дейін жеткізіледі. Остеотомия фисурлы бор, остеотомиялық фрездің көмегімен жүзеге асырылады. Кіреберіс жағынан кесілетін жазықтың үлкендігі қашау-распатор енетіндей болуы керек. Таңдай жағынан остеотомия тоннельде ұзын бордың көмегімен жүргізіледі. Қашау көмегімен вертикальды таңдай остеотомиясы жасалады. Вестибуляр жағынан қанатша өсінділер қиылады.

Аталған әдістерді қолданғаннан кейін жоғарғы жақтың дистальды бөліктерінің сүйек фрагменттері хирург қолымен сындырылады. Одан кейін бұл фрагменттер жоғары жылжытылады, ал егер қажет болса жоғарғы бөлшектерде қосымша резекция жасалады. Шырышты сүйек артқы қабаты қиындысына кетгүтпен тігіс салынады. Сүйектер 1 айға бекітіледі. Қазіргі кезде заман талабына жауап беретін оталар әдістерінен В.И.Куцевляк әдісі көп қолданылуда. Осындай әдіспен 2008 жылы ОҚММА Хирургиялық стоматология кафедрсының оқытушысы медицина ғылымдарының кандидаты Темуров Ф.Т. 14 жастағы балаға ота жасады.

21.4. БЕТ- ЖАҚ АЙМАҒЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ ХИРУРГИЯСЫ

Қалыпқа келтіру хирургиясы ақаулар мен деформацияларды жоюмен айналысатын хирургияның бір тармағы. Сонымен қатар қалпына келтіру хирургиясы косметикалық хирургия деп те аталады.

Бет пен жақты қалпына келтіру хирургиясында жергілікті тіндермен жасалатын пластика, қоректік аяқшасы бар қиық Филатов сабақшасымен және тіндерді еркін көшіру әдістері қолданылады.

Қалпына келтіру оталарын жоспарлау.

Беттің, жақтың және ауыз қуысы ағзаларының ақаулары мен деформациялары әртүрлі аурулардың әсерінен болады. Олардың ішінде ауыр қабыну, жаралы-өлеттенген процесстер, инфекциялы аурулар (сүзек, жегі) жарақаттары, әртүрлі ісіктерге байланысты жасалған операциялардан кейін, туа пайда болған ақаулар. Қалпына келтіру оталарын жоспарлау ақау мен деформацияның көлемі мен түріне байланысты.

Бұл оталар медициналық көрсеткіштеріне байланысты алдын ала жасалған жоспар бойынша жасалуы тиіс. Дәрігер науқастың психикалық жағдайын бағалап, қажет болса психоневрологты көмекке шақыруы керек.

Ота жасаудың басты шарты:

- 1) Ота әдістерін білу.
- 2) Ақау мен деформацияның жағдайларын мұқият білу. Бұл кезде ақаудың орналасқан жерін, көлемі мен пішінін (енін, ұзындығын, тереңдігін), қандай тіндерінің өлгенін және айналасындағы тіндердің жағдайларын ескеру керек. Жарақатты тексеру және ем жоспарын

дұрыс жасау хирургтың бұл мәселені шешудегі басты әрекеті.

3) Отаны ойластырып, жоспарын жасау.

Пластикалық оталарды жоспарлау оның неғұрлым тиімді түрін, анатомиялық, функционалдық және эстетикалық жетістіктерге жету сияқты шараларды өзіне біріктіреді. Бұл үшін 1) ота кезеңдерінің аздығы; 2) пластикалық материалдардың аз жұмсалуды; 3) ауруға қолайсыз жағдайлардың аздығы; 4) толық жазылу уақытының жылдамдығы ескеріледі. Емдеу жоспарын жасау барысында ең алдымен қандай пластикалық материалдың қанша мөлшерде керектігі, пластиканың қай түрі қолданылатындығы, шешіліп, көп сатылы отаның ең тиімді жолы тандап алынады. Дұрыс жоспар құру үшін дәрігер бет құрылысының ерекшеліктерін біліп, оның жетпеген жерін жобалай білуі керек. Беттің бүтін ағзаларын қалпына келтіру кезінде қолданылатын антропометрия негіздерін міндетті түрде білу қажет. Отаны жоспарлау кезінде беттің фотосуреті маскасы, модельдері дайындалып, жоба суреттері салынады.

Сонымен қалпына келтіру оталарын дұрыс жоспарлау хирургиялық емнің тиімді жасалуының ағзаның анатомиялық пішінінің, қызметінің, көріктілігін, бұрынғы қалпына қайта келуінің тікелей себепшісі болып табылады.

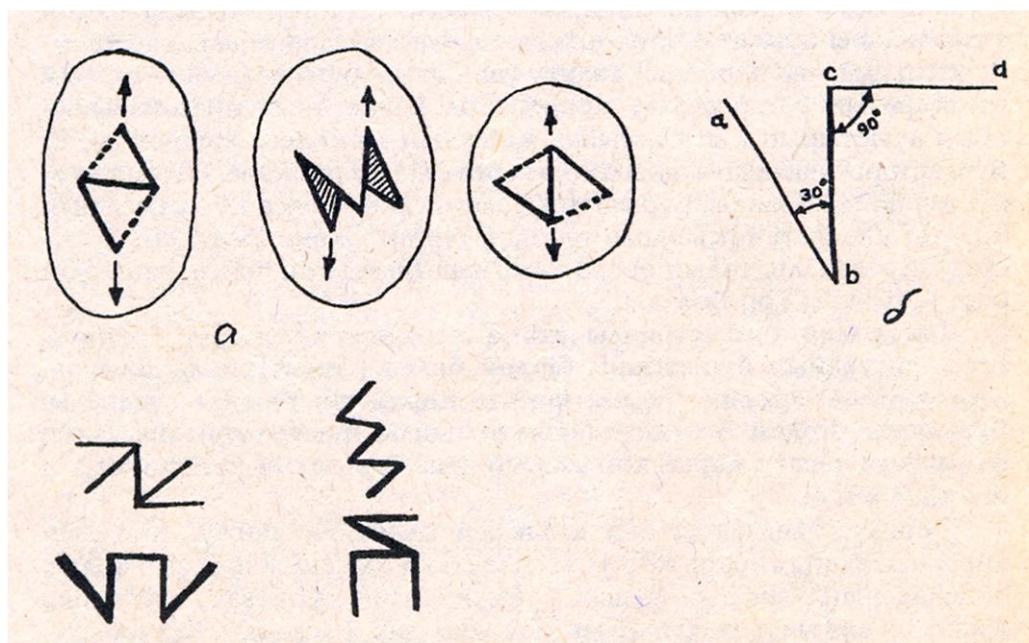
21.4.1. Жергілікті тіндермен жасалатын пластика

Жергілікті жасалатын пластикалық оталарды үш түрге бөлуге болады:

1) тыртықты кесіп алып, тіндерді бір-біріне жақындату; 2) тіндерді тіліп арасын ашу (сабақшаны тігу немесе теріні еркін көшіру); 3) тіндерді қарсы алмастыру (әртүрлі пішіндегі қиықтармен жасалатын пластика).

Қарсы орын ауыстыру тең қабырғалы үшбұрышты қиықтарды жылжытып пластика жасауға негізделген. Орын ауыстырған кезде жара шеттерінің ұзындығы дәл келуі керек. Егер қиықтардың пішіні әртүрлі болса орын ауыстыру кезінде жара түгел жабылмай қалады. Жергілікті пластика жасағанда сол жердегі тін созылады, қысқарады және орын ауыстырады. Мұндай нәрсе пластиканың кез келген түрінде болады. Тіндердің қысқарып, созылуы көп емес және ол эластикалық талшықтардың болуына байланысты. Сондықтан отадан бұрын ақаудың айналасындағы тіндердің артықтығы мен оның созылмалылығы ескерілуі керек. Лимберг пластикалық оталарды ойша қысқармайтын және созылмайтын екі беттің орын ауыстыруы—деп қарау керек деген қағиданы айтып, оны математикалық тұрғыдан дәлелдеп берді. Үшбұрыш қарсы қиықтармен пластика жасау үшін үш тілік жасау керек: Бір ортаңғы және бұрыш тәрізді жанама екі тілік. Тіндердің физиологиялық тартылуы дұрыс болу үшін үш тіліктің де ұзындықтары бірдей болуы керек. Үшбұрыш қиықтарды орын ауыстырған кезде: 1) диагональдары орын

ауыстырады; 2) бұрыштары ашылып — жабылады; 3) жараның шеттері орын ауыстырады.



Сурет-121. Қарама-қарсы келген үшбұрышты қиық фигуралардың түзілуі (үлгі)

Ота жасалған тіндерде келесі өзгерістер болады: 1) Диагональдары ауысатын болғандықтан (қысқа диагональдың орнына ұзын диагональ келеді) ұзарту үшін ұзын диагональды неғұрлым қысқаратын бағытта тілу керек. Сол кезде ұзын диагональдың орын ауыстырып қысқаруынан қиықтың да көлемі кішірейеді. 2) Бұрыштары ашылып жабылғандықтан «жатқан» және «тұрған» конустар пайда болады. Бұрыштың көлемі үлкен болса құрылысының конус тәрізділігі айқындала түседі («тұрған» және «жатқан» конустар). Диагональдардың өзара айырмашылығы көп болса, тіндердің өсуі соғұрлым көп болады.

Фигуралар симметриялы және асимметриялы деп бөлінеді. Егер фигураның бұрыштары бірдей болса (симметриялы фигуралар) ортаңғы сызықтың екі шетіне қарай тін біркелкі ұзарады. Бұрыштар бірдей болмаса (асимметриялы фигуралар) тін үлкен бұрыштың ұшына қарай көп ұзарып, кіші бұрыштың негізіне қарай ені кішірейеді.

Қоректік аяқшасы бар қиықпен пластика жасау. Ақаудың айналасындағы тіндер жергілікті пластика әдісіне жарамсыз болса, айналасынан немесе алшақ аймақтардан қоректі өзегі бар қиықтар арқылы пластикалық оталар жасалады. Бұл пластиканың екінші әдісі. Біраяқшалы қайырылған, екіаяқшалы қайырылған, екіаяқшалы көпір тәрізді, қосқабатты артериялы, жасырын тамыр аяқшалары бар қиықтар деп бөлінеді. Қиық отадан кейін өліп қалмас үшін оның ұзындығының еніне қатынасы 3 : 1 тең болуы керек. Оның өмір сүруіне дұрыс сыдырып

іреудің маңызы зор. Және ол тым қатты тартылуы не бос қалмауы керек. Пластика жасаған кезде физиологиялық тартылу болуы тиіс. Егер бұл жағдай тудырылмаса қоректік тамырлары тарылып, қан келуі нашарлап өлеттенуі мүмкін.

В. Г. Вайнштейннің мәліметтері бойынша аяқшаны 16-21 күні кеседі. Аударылған қиықты іреп сыдырғаннан кейін 180°-қа артқа қайырып ақаудың ішкі жағына тігеді. Бұл әдіс ұрттың тесік ақауы кезінде оның ішкі бетін, мұрын мен таңдайдың ішкі бетін қалыптастыру үшін қолданады.

Екі қоректік аяқшасы бар қиықтарды көпір тәрізді қиықтар деп атайды. Бұған А. Г. Лапчинскийдің иекасты аймағынан алып төменгі ерінді пішуге арналған қиығы мен Лексердің жоғарғы және төменгі еріндерді жасауға арналған, төбе аймағынан екі параллель тілік жасап алынатын қиық мысал бола алады.

Қосқабатты қиықтар екі бірқабатты қиықтан тұрады. Олар өзінің жаралы беттерімен біріне-бірі тиіп тұрады. Клапп бойынша иықтағы қиық көлденең, ал көкіректе тік. Ал, А.Э.Рауэр бойынша тілік иықта тік, көкіректе көлденең бағытта жасалады.

Артериялы қиықтар дегеніміз қоректендіретін ірі тамыры бар бірқабатты қиық. Ерін, ұрт қатпары аймағынан қиық дайындалса бұрыштың артериясы, самай аймағынан дайындалса беткей самай артериясы, желке аймағынан дайындалса желке артериясы болуы керек. Бұл жағдайда артерия арқылы қиық қанмен жақсы қамтамасыз етіліп, қиықты сыдырып-іреу кезінде оның қатынасын 4:1 етіп алуға болады. Артериялы қиықтың негізінде терілі аяқшасы болмай, тек тамырлары бар теріасты клетчаткасы болса да өміршең болады. Сондықтан бұл қиық өте жылжымалы болып келеді.

Дельтопекторальды қиынды. Көкіректің алдыңғы жоғарғы бөлігі мен иықтың беткей терісі көкірек артерияларының тері бұтақтарымен және жауырынды қоршап тұрған артқы артериядан тараған майда (5-8) қан тамырларымен қоректенеді. Дельта тәрізді аймақтың алдыңғы ішкі бөлігінде қосымша қан айналым көзі ретінде, бұлшықеттен жоғары қарай тік шығатын көптеген майда артериялар мен веналар бар. Ішкі көкірек артериясының бұтақтары төстің шеткі қырынан 5-35 мм ара қашықтықта бірнеше жерден шығуы мүмкін. Қан тамырларының өсті-тірек құрылысы тек бірінші, төртінші қабырға аралықтарында ғана байқалады. Бұл жерде артериялар веналармен қабат жүре, үлкен көкірек бұлшықетімен оның шандырын тесіп өтіп, 8-12 см-дей жерде теріасты майлы қабатында қабырға аралығының проекциясында жатады. Иық көкірек артериясының, тері бұтағы үлкен көкірек бұлшықетінің астындағы негізгі өзегіне параллель орналасуы, яғни дельта тәрізді сайдың жоғарғы қырынан төстің семсерше өсіндісіне қарай қиғаш бағытталған. Бұл бұтақ әлсіз және тұрақты болмағандықтан негізі иыққа қараған қиындының өсті-тірек құрылысы онша білінбейді. Қабырғалар

бойымен тері-шандырлы қиындыны қалыптастырғанда өсті-тірек құрылыс тек көкірек артериясының теріасты веналарында айқын білінеді, сондықтан негізі төске қараған дельтопекторальды қиынды өсті-тірек қиындыларды құру қағидаларына толығымен сай келеді. Бұл қиындылардың өміршеңдігі қоректену аяқшаның еніне емес, қан тамырларының бағытына байланысты.



Сурет-122. Дельтопекторальды қиындыны қиып алу

Сурет-123. Қиындыны ақау аймағына көшіріп бекіту

Дельтопекторальды қиындының орташа мөлшері 20-25X9 см, қажет болса ұзындығын 30 см дейін ұзартуға болады.

Н. Schaurp пен G.Rosemann (1975) ұзын қиынды алу үшін ота жасаудан 7-10 күн бұрын теріні горизонтальды бағытта тіледі яғни қиындыны шынықтырады.

Қиындыны дайындау техникасы. Тері-шандыр таспасын үлкен көкірек бұлшықеті шандырын қоса иықтан ішке қарай бөледі. Қиындының қоректі тамырлары теріасты майлы қабатында шандырдың үстінде жатады. Қиындыны сылғанда қан тамырлары жаралануы мүмкін. Дельтопекторальды қиынды үш қабаттан тұрады тері, теріасты майлы қабат және шандырдан. Шандырды иық-көкірек сайында еттен ажырату кезінде қолдың теріасты венасын жаралап алудан сақтану керек. Иық-көкірек сайынның жоғарғы жағында иық-көкірек артериясының диаметрі 1,0 мм-дей келетін тері бұтағын бөліп алып байлап қияды. Көптеген мамандар тері-шандырлы қиындыны ажыратуын төстің сыртқы қырына 4-4,5 см қалғанда тоқтатқан жөн деп есептейді. Иықтағы жараны ажыратылған тері қиықтарымен немесе жараның екі жағындағы тіндерді іреп бір-біріне жақындатып жабады. Жара толық жабылған соң

қиындының шет бөлігінің өмір сүру қабілетін анықтайды. Оны анықтау үшін тері капиллярларының реакциясын саусақпен басып тексереміз. Егер саусақпен басқан жерде пайда болған ағарған дақ 3-5 сек өткен соң қалыпты түсіне келсе ол жақсы қан айналымының белгісі. Қиындының шеттерінен қан ағып тұруы да оның жақсы қоректенуінің белгісі. Күдікті жағдайда қиындының шеттері жеткілікті қан айналу белгілері пайда болғанша кесіліп алынады. Қиындыны аяқшаның шеттерін бір-біріне қайырып, шеттерін түйістіріп жібек жіппен немесе лавсанмен тігеді. Дельтопекторальды қиындыны беттің төменгі, ортаңғы бөліктерінің, мойынның алдыңғы, бүйір беттерінің, самай, маңдай және бастың шашты бөлігінің ақауларын жою үшін қолданады (122-123-суреттер).

21.4.2. Филатовтың сабақшалы қиығымен пластика жасау

1916 жылы бет тіндерінің ақауын жамау кезінде В.П.Филатов пластикалық хирургияда теріасты клетчаткасына қоса алынған тері қиындысын түтік тәрізді орап теріні көшіру әдісін ұсынды.

Ақау аумағында бұл түтікшені жазып беттің ақауын қалыпқа келтіреді. Алғашқы рет В. П. Филатов мойында жоғарыда аталған тері түтігін жерілікті жансыздандыру арқылы бүгіп, қабақ ақауын жамау үшін қолданған.

Филатов сабақшысын жетілдіру үшін В. П. Филатовтың өзінің, Б. Е. Франкенбергтің, А. А. Лимбергтің, М. П. Шефтельдің 20 жуық әртүрлі сызбалары ұсынылды. **Сонымен қазір Филатов сабақшасының үш түрі бар:** 1) Екі аяқшасы бар кәдімгі сабақша (чемодан тұтқасы секілді);

2) Жылдам орын ауыстыратын ақауға көшіру үшін бір аяқшасы бірден білекке немесе дененің басқа бөлігіне көшірілген сабақша;

3) Үшкір сабақша: Оның бір аяқшасы бірден жазылып ақаудың жара бетіне тігіледі.

Домалақ Филатов сабақшасы екіаяқты, үшаяқты, төртаяқты және үзік аяқшалы болып, ал көлемі бойынша макросабақша, орташа және микро-сабақша деп бөлінеді.

Филатов сабақшасымен пластика жасаудың қатаң көрсеткіштері бар. Оны беттің көлемді ақаулары кезінде жергілікті тіндер аз болған жағдайда жасайды. Сабақшаны пайдалану барысында отаның кейбір ерекшеліктерін ескерген жөн. Дұрыс анатомиялық нақтама-диагноз қойылуы, аурудың келіп шығу тарихы-анамнездің мәліметтері, жалпы жағдайы, оталық әдістің жоспары, әртүрлі қосымша шаралар. Оталық емдеу алдында мына жағдайларды ескеру керек: 1) Сабақшаның керек көлемі. Ол кішкентай да үлкен де болмауы керек. Үлкен сабақшаны ақаудың көлеміне сай келмесе, жараның шетіне тігу одан кейін ақауға сай пішіндеу қиынға соғады. 2) Сабақшаның одан кейінгі орын ауыстыруы. Кезеңдері және ортаңғы тыртықтың орналасуы. 3) Науқастың уақытша мәжбүр жағдайда болу мерзімі. 4) Сабақшаны

көшіру барысында оны бекіту жағдайы. 5) Сабақшаның бір аяқшасын қабылдайтын орын. Бұл орынның беткі жеткілікті, тіндері патологиялық өзгеріссіз қалыпта болуы керек. 6). Сабақшаның өзін қалыптастыратын орын. Осы жердегі терінің сапасы, артық тіндер көлемінің жеткіліктілігі ескерілуі тиіс.



Сурет-124. Филатов сабақшасын көшіру кезеңі

Проф. А. И. Евдокимов, оны алатын орынды таңдау Филатов сабақшасын қалыптастыру барысында аурудың эстетикалық талаптарын ескеру керек. Дененің бір ақауын жабамыз деп киіммен жабылмайтын екінші жеріне тыртық қалдырмауымыз керек деген. Сондықтан терісінің түсі терісіне ұқсас болса да мойыннан және көкіректің жоғарғы жағынан тері алуға болмайды. Осы аталған жерлерде келлоидты тыртықтар жиі пайда болатынын айтсақ проф.А.И.Евдокимовтың сөздері одан да сенімді болады.

Қазіргі уақытта Филатов сабақшалары іштің бүйір бөлігінен, немесе көкіректің бүйір бетінің төменгі бөлігінен қалыптастырылады. Себебі бұл жердегі тіндердің көлемі жеткілікті болғандықтан функциокальды, эстетикалық өзгерістер болмайды (124-сурет).Содан кейін отаның кезеңдері, сонымен қатар жүргізілетін басқа ем жоспарлары жасалады. Сабақша көлденең немесе аздап тік бағытта орналасу керек. Сол кезде дайындалған жеріне жанаспайды.

Сабақшаны жергілікті жансыздандыру арқылы қалыптастырады. Тілік жасайтын сызықтарды метилен көгімен белгілейді. Алдымен тек тері ғана кесіліп одан ары теріасты клетчаткасының мөлшеріне қарай тереңделеді. Филатов сабақшасын тері мен теріасты клетчаткасынан параллель екі тілік тіліп, оның енін ішкі беттерімен, ал аналық бетінің жара шеттерін бірін-бірімен тігеді. Филатов сабақшасын қалыптастыру кезінде мына жағдай-ларды сақтау қажет. Сабақшаның қан айналымы жақсы болуы керек. Себебі чemoдан тұтқасындай етіп тігу кезінде,

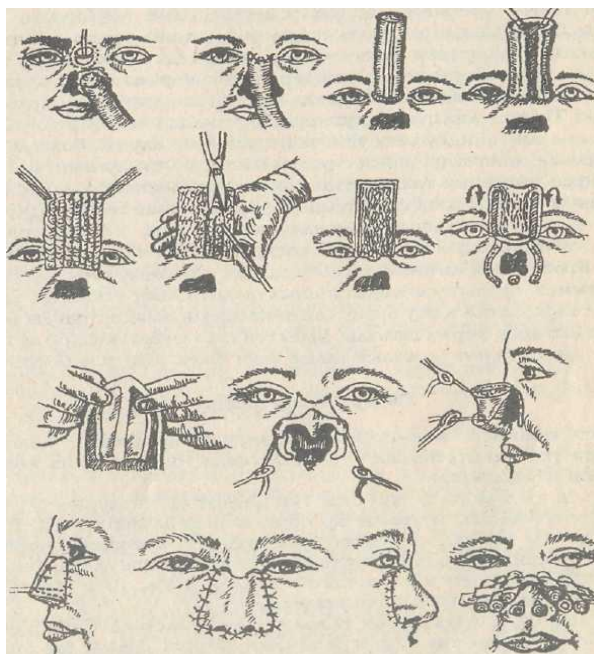
теріасты клетчаткасы ісінуінің салдарынан немесе сабақшаның шектен тыс тартылуынан тамырлар қысылып қалса сабақша өлеттенеді. Егер тұтқа тәрізді етіп бүктегеннен кейін іші қуыс қалып, оған қан ұйып қалса сабақша іріңдеп кетеді, Филатов сабақшасының биологиялық өміршеңдігі қан тамырлар торы түзіліп, қанмен жақсы қамтамасыз етілуіне байланысты. Себебі оған қанның келуінің ғана емес кетуінің де маңызы зор.

Кейін ғалымдар сабақшаны қалыптастырғаннан кейін үш күн сабақшаға жергілікті гипотермия жүргізуді ұсынды. Үш аптадан кейін тамыр торлары біркелкі дамиды, ал қанталаған жерлер біртіндеп дәнекер тіндерге айналып, соңынан тыртықтанып, 26-28-күннен кейін сабақшаның қанмен қамтамасыз етілуі толық қалыптасып отаның келесі кезеңіне дайын болады. Сабақшаны көшіру кезінде оның екінші ұшы теріасты клетчаткасымен терінің шекарасына тігілу керек. Себебі қан тамырлары дерма мен теріасты клетчаткасының жоғарғы қабатында көп орналасқан.

Ф. М. Хитров қосқабатты жұмыр Филатов сабақшасынан дайындалған теріасты клетчаткасын түгел алып тастаған тері таспасынан мұрын дайындау әдісін ұсынды (125-сурет).

Ота әдісі:

1) Көкіректің бүйір бетінен іштің алдыңғы бетіне өтетін көлемі 10х24 см тері таспасынан жұмыр сабақша дайындалады.



Сурет -125. Хитров әдісімен жасалатын ринопластика отасының кезеңдері (түсініктемесі тақырыпта берілген)

- 2) 3-4 аптадан кейін сабақшаның дистальды ұшын бірінші және екінші саусақтардың арасына немесе білектің төменгі бөлігіне көшіреді.
- 3) Екінші сатыдан үш апта өткен соң мұрынның түбінен тіл тәрізді

қиық кесіліп, оған сабақшаның бір ұшы тігіледі.

4) Мұрынның бар бөлігі бірден қалыптастырылады. Алдыңғы сатысынан 21 күн өткен соң қолдағы қоректенетін аяқшасы кесіліп, сабақша жоғары көтеріледі. Сабақшаның арт жағындағы және болашақ мұрын шекарасындағы тыртықтар кесіліп алынады. Сабақшаны таспа тәрізді жазады. Одан әрі таспадағы жал-жал болып тұрған май клетчаткалары түбінен кесіліп алынады. Майдың орындарында көптеген қанаған нүктелер мен қан тамырлары көрінеді. Одан әрі тері таспаны ортасынан көлденең бүктейді. Бүктелген жерде болашақ мұрынның ұшы мен қанаттары қалыптастырылады. Мұрын ақауының және жоғарғы ерінде мұрынның болашақ сыртқы қабырғалары, қанаты және орналасатын жерлердегі терілер тілінеді. Жоғарғы ерінде (перде орналасатын ұшы) төмен қарайтын үшбұрыш тілік тілініп, терісі көтеріледі. Бүктелген теріні екі қолдың саусақтарымен ұстап ішкі бетін ұзынынан бүктейді. Сол кезде онда көлденең қыртыс пайда болып, алдыңғы жағынан мұрынның ұшы мен екі қанатының контуры байқала бастайды. Бүктелген бойы оны алдын ала тіліп дайындалған жерге жақындатып терісі теріге тігіледі.

Бұл манипуляцияны міндетті түрде ішкі бетіне бүгілген қыртыстың мұрын ұшына өтетін жерден (1,5-2 см ішке) хирургиялық шымшуырмен-пинцетпен қысып алып, алға және жоғары тартудан бастайды. Осы кезде мұрын ұшының қанаттарына өтуі анықтала түседі. Шымшуырмен-пинцетпен ұстап мұрын, мұрынның ұшына, бүгілген бетінің ішкі және сыртқы қабырғаларына жіппен тұзақ тәрізді етіп ұстағыштар салады. Шымшуырмен-пинцетпен ұсталған жердің екі жағынан бір-бірден тігеді. Одан кейін салбырап тұрған төменгі бөлігін шымшуырмен-пинцетпен тартып тұрып жараның шеттеріне тігеді.

Филатов сабақшасы жағдайының негізгі көрсеткіші оның түсі мен температурасы. Егер сабақшаның жылулығы мен түсінің айналасындағы теріден айырмашылығы болмаса, онда оның трофикасы қалыптағыдай. Жылы, бірақ сабақша түсі бозғылт болса, артериясының кеңейіп веналарының тарылғаны. Сабақша бозғылт әрі салқын болса артериясы да, венасы да, капиллярлары да тарылғаны. Сабақша терісінің көкшіл тартуы артериясының тарылып, веналарының кеңеюін білдіреді. Оның қалыпты температурасы 29-31°C. Филатов сабақшасын қалыптастырғаннан кейін келесі асқынулар кездесулері мүмкін.

- 1) Аналық бетіндегі сабақшадағы жара тігісінің ажырап кетуі.
- 2) Сабақшаның жартылай және толық өлеттенуі.
- 3) Сабақшаның тілме қабынуына шалдығуы.

Сабақшаның ұштары көшірілгеннен кейін сол орынға тығыз жанасып тұрмауынан гематомалар кездеседі. Сабақшаны түтік тәрізді етіп қайыру кезінде тіндердің мөлшері аз болса қуыстар пайда болады. Сондықтан астында жатқан шандыр да қоса алынуы керек. Тігістің

ажырап кетуі терінің шамадан тыс тартылуынан, гематоманың іріңдеуінен, тігіс жіптерін ерте алудан болады. Сабақшаның өлеттенуі оның трофикасының бұзылуынан болады. Көбінесе ота техникасын сақтамағандықтан болады. Тілме қабынуы стрептококк флорасының енуімен және терінің бактерицидтік қарсыласуының төмендеуінен дамиды. 28-30 күннен кейін сабақша орын ауыстырып көшіруге дайын болады. Фотоплетизмография-ның көмегімен сабақшаның қан айналымы 24 күнде толығымен қалып-тасатындығы анықталды. Оның кесілетін аяғын күнде аз уақытқа қысу оның қан айналымын жақсартпайды және оны жасаудың керегі шамалы. Білектен сабақшаны көшіру кезінде оқыс қимылмен оны жұлып алмас үшін білек уақытша бекітіледі.

21.4.3. Тіндерді еркін көшіру

Бет қаңқасы мен жұмсақ тіндерінің ақауларын қалпына келтіру үшін хирургиялық стоматологияда тіндерді еркін көшіру кеңінен қолданылады.

Еркін көшірудің 5 түрі бар. 1) аутогенді өз тіндерінен; 2) сингенді генетикалық жағынан бір организмнен алынатын тін; 3) аллогенді осы тәрізді организмнен алынады; 4) ксеногенді — бөтен түрдегі организмнен алынған тіндер; 5) өлі заттарды организмге ендіру — имплантаттар-егер олар тінге түгелдей еңсе, тінге жартылай ендірілсе- эксплантаттар деп аталады.

Бітісіп кетуі жағынан ең тиімдісі — **аутопластика**. Себебі организмнен алынған тін бірден жойылып кетпей белгілі бір уақыт өзінің өмірін сақтайды. Жаңа орынға отырғызылғаннан кейін ол өзінің өмірін сақтап қана қоймай, отырғызылған жерге бітіп кетеді. Пластиканың бұл әдісі аутопластикалық материалдың аздығына байланысты жиі қолданылмайды және оны алу кезінде науқасқа қосымша жарақат жасалады.

Генетикалық жағынан туыс адамдардан алынған тіндер көшіріп қондырғанда жақсы бітіседі. Мысалы, бір жұмыртқалы егіздерден алынған тіндер.

Аллогенді пластика — бір кісіден алынған тінді немесе мүшені басқа кісіге салу. Антигенді қасиеттерді төмендету үшін қанша әдістер қолданылғанымен тіндердің белоктық қайшылықтарына байланысты, оларды көшіріп қондыру сәтсіз аяқталады. Тірі организмдерден алғанға қарағанда, өліктен алынған материалдар тиімдірек болып саналады. Себебі өліктің антигенді қасиеті әлдеқайда төмендейді.

Ксеногенді пластика — жануардан алынған тіндермен адамның ақауына пластика жасау. Қазіргі уақытта пластиканың бұл әдісі қолданылмайды. Тек ақаудың айналасындағы тіндердің қайта жетілу процесстеріне жағдай жасау үшін ғана қолданылады. Тірі емес заттармен пластика жасау — бұл пластмасса, металл, көмірсутекті қоспалар т.б.

Отырғызылған **тірі тін** — *транспланттар* деп, **өлі (жасанды)** зат *имплантат* немесе *эксплантат* деп аталады. Биологиялық тұрғыдан қарайтын болсақ кез келген отырғызылған тін бітісіп өмір сүріп кетуі керек.

Егер отырғызылған тін айналасындағы тіндермен тығыз байланысқа түсіп оның бір бөлшегіне айналып, зат алмасу процессі жүрсе онда оның бітісіп кеткені және оны трансплантат деп атайды.

Егер оны тек дәнекер тін қоршап өсіп айналасындағы ортамен қатынаста болмаса, кез келген бөгде денелер секілді қапшықпен қапталып қала береді.

Теріні, теріасты клетчаткасын, шандырды, байламдарды, шырышты қабықты, етті, шеміршекті, сүйекті, жүйкені, тамырды, аралас тіндерді көшіріп отырғызуға болады.

Теріні еркін көшіру пластикалық хирургияның ең тиімді әдістерінің бірі болып саналады.

Қиықтың қалыңдығына байланысты теріні көшірудің 3 түрі белгілі.

1. Қалыңдығы 0,4 мм эпидермалық және терінің өзіндік қабатының өсу қабатынан ғана тұратын жұқа тері қиығы. Мұнда эластикалық талшықтар аз. Сондықтан бұл қиықтар астындағы тіндердің тыртықтануына байланысты қыртыстанады.

2. Қалыңдығы 0,5-0,7 мм терінің екі ажыратылған қиық. Қиықтарда терінің торлы қабатының эластикалық талшықтары көп болады. Бұл қиықтарды әртүрлі арнайы дерматом аппараттарына (Педжет, Колокольцев, Драже, НИИЭХАиИ) байланысты кеңінен қолданыла бастады.

3. Қалыңдығы 0,8 мм-ден қалың тері қиығы (Яценко, Лаусон, Краузе). Ол терінің бар қабатынан тұрады. Бұл қиықтар өзінің көрсеткіштеріне байланысты қолданылады. Теріні қондырған соң оның бітіп кетуі, оның қалыңдығына байланысты. Қалыңына қарағанда жұқа қабықтар жақсы бітіп кетеді.

Әрбір жағдайға байланысты хирург қай әдіс тиімді екенін ескеруі керек. Бет жараларын жабу үшін көбінесе екі ажыратылған қиық қолданылады. Ауыз қуысына жұқа қиық қолданған дұрыс. Тері пластикасы алғашқы, екінші және теріні грануляцияға отырғызу деп бөлінеді, Алғашқы тері пластикасы жаңа жараға жедел жарақаттан кейін немесе терісі көп жоғалған отадан кейінгі жараға жасалады.

Алғашқы тері пластикасы қалыпқа келтіру отасының алғашқы кезеңі болып саналады. Ол тері пластикасының басқа да түрлерімен бірге жүргізілуі мүмкін.

Екінші жасалатын терінің еркін көшірілуі әртүрлі гранулденген жаралардың бетін кескеннен кейін жүргізіледі. Грануляция түгелімен алынып тасталуы керек.

Күйіктерді емдеу барысында теріні еркін көшіру жиі қолданылады.

Бетте және мойында теріні тұтас қиық түрінде ақаудың көлеміне сай етіп отырғызады.

Шеміршекті отырғызу. Контурлық немесе тіреуіштік пластикада, қалыпқа келтіру хирургиясында шеміршек кеңінен қолданылады. Ең алғашқы рет 1890 жылы кеңірдектің ақауын жабу үшін аутошөміршекті Мантольдт қолданды. Шөміршек пышақпен оңай кесіліп өңделетіндіктен емес, жоғары биологиялық қасиетіне байланысты жақсы пластикалық материал болып саналады. Шөміршек тамырсыз тін. Тін сұйығының диффузиясы арқылы қоректенеді. Өзінің өміршеңдігіне байланысты ол инфекцияға төзімді және іріңдеген күнде өлмейді. Мұрын қырының ер тәрізді деформациясын, көз ұясының төменгі қырының ақауын түзеу үшін беттің контурлық пластикасы қолданылады. Көбіне VII қабырғаның шөміршегі қолданылады. Себебі ол көлемді (8-12 см) әрі алуы оңай. М.М.Михельсонның ұсынған өлік шөмір-шегін отырғызу өте тиімді. Себебі өлік шөміршегінің антигенді қасиеті төмен, сондықтан ол сирек сорылады (әсіресе оларды үлкен түйірімен отырғызғанда). Мұздатылған немесе кептірілген шөміршек көбірек сорылады.

Жақтардың сүйек пластикасы. Жақ сүйектері пластикасының әсіресе төменгі жақтың, өзінің қиыншылығы бар. Бұл келесі ерекшеліктерге байланысты:

1) Бұл қозғалмалы сүйек және әртүрлі қызметтерге қатынасады. Мысалы; сөйлеу, тыныс алу, шайнау, ымдау.

2) Оның қозғалысы күрделі: шарнирлі және кері қайтарылушы.

3) Жақта тістер орналасқандықтан олар сыртқы ортамен қатынаста. Сондықтан осы жерлердегі патологиялық процесстер (жарақаттар, қабыну, ісіктер) отадан кейінгі ағымын ауырлатады.

4) Жақтардың эстетикалық орны.

Сүйек пластикасы негізінен төменгі жаққа жасалады. Жасалу уақытына байланысты алғашқы және екінші сүйек пластикасы деп бөлінеді.

Алғашқы сүйек пластикасының көмегімен жарақаттан немесе қатерсіз ісікті алғаннан кейінгі ақау бірден жамалады. Қазіргі кезде бұл әдіс кеңінен қолданылады, себебі хирургияда антибиотик-362-тердің қолданылуына байланысты хирургтер, бұрынғыдай ақаудың ауыз қуысымен аз уақыт қатынасынан сақтанбайды. Антибиотиктердің қолданылуы ақаудың тез жазылуына және сынықтардың тыртықтанып тартылуына септігін тигізеді.

Екінші сүйек пластикасы зақымнан кейін белгілі бір уақыт өткен соң, әдетте 6-8 айдан кейін жасалады. Трансплантат алуға ең қолайлы екі жер аталған, олар қабырға (V, VI және VII), мықын сүйегінің айдаршасы. Қабырғаны толық немесе екі айырып алады. Егер иек аймағында бұрыш керек болса мықын сүйектің айдаршасы алынады.

Трансплантатты бекітудің басты мәселесі оны жақ сүйегі сынықтарының ұшына бекіту. Осы мақсатпен трансплантат пен жақ сүйегінің бөліктерінің бастарына әртүрлі құлыптар жасалады. Олардың

бөліктері

сыммен тігіліп, ошақтан тыс бекітілетін Рудько, Бернадский, ж. т. б. аппараттары қолданылады.

Трансплантат жақсы бітіп кетуі үшін төменгі жаққа тыныштық қажет. Ондай жағдайға ауыздың ішінен және сыртынан қолданатын аппараттардың көмегімен қол жеткізіледі (алюминий сым құрсауы, каппалар, Ванкевич құрсауы ж. т. б.).

Сүйек пластикасы кезінде алдын ала ақаудың көлемімен қолданылатын трансплантатты қай жерден алатындығы шешіледі. Трансплантат бітіп жазылған соң, онда биологиялық қайта құрылу мен қайта қалыптасу процесстері басталады. Егер отырғызылған сүйек ерте жұмысқа қатысса, онда аталған қайта құрылу процесстері ерте басталады, 15 күннен кейін сүйекте деструкция басталып, екінші айдың аяғында толығымен аяқталып, одан кейін регенерация процессі күш ала бастайды. Сүйек трансплантат қатайып қалыңдайды. Аутосүйекті көшірудің келесі кемшіліктері бар:

1) Кейде үлкен трансплантат алу мүмкін емес; 2) Трансплантатқа қажетті пішін берудің қиындығы; 3) Науқасқа қосымша жарақаттың жасалуы. Жоғары жетістікке леолифизацияланған (Десфор, Блекстейн, Н.А. Плотников), 70°C-қа дейін мұздатылып, 20°C-та вакуумда кептірілген өлік сүйегімен пластика жасау әдісі ендіруде. Суық трансплантаттың антигенді қасиетін төмендетеді. Ампуладағы сүйек бөлме температурасында ұзақ уақыт сақталады. 0,5% формалин ерітіндісінде консервіленген өлік сүйегі де жетістіктермен қолданылуда. Әртүрлі жолдармен консервіленген сүйектер ортотопиялық трансплантаттар қолдануға мүмкіндіктер береді. Себебі олардың пішіні ақауланған жердікімен бірдей болады. Н. А. Плотников пен А.А.Никитин (1987) самай-төменгі жақ буынымен қоса алынған трансплантатты ұсынды. Онымен тек ақауды ғана емес, самай-төменгі жақ буынын да қоса қайта қалыпқа келтіреді. Соның әсерімен төменгі жақтың біржақты ақаулары қалпына келтіріледі.

21.4.4. Аралас трансплантаттарды еркін көшіру

Аралас трансплантаттар дегеніміз тұтас күйінде отырғызылатын әртүрлі тіндерден тұратын трансплантат мұрынның қанаты мен ұшын, құлақ қалқанының бір бөлігімен пластика жасау әдісі мысал бола алады.

Алғашқы рет мұндай пластиканы 1898 ж. К. П. Суслов жасады.

Беттің және жақтың ақаулары мен деформациялары өзінің себептеріне қарай әртүрлі болғанымен пішініне қарай бірдей болады. Сондықтан оларды пластиканың жалпы қағидаларына қарай: жергілікті тіндермен, аяқшасы бар қиықпен, Филатов сабақшасымен, теріні еркін көшіру, және толық қабатты аутоотрансплантаттармен қалпына келтіреді.

Үлкен аумақты ақауларды толық қабатты аутоотрансплантатпен пластика жасау. Үлкен аумақты ақауларды

(тіндердің барлық қабаттары жоқ) жою үшін толық қабатты аутоотрансплантат қолданады. Оны дайындау барысында қатты таңдайдан алынған шырышты қабатты жұмсақ тіндер арасына ендіру тәсілі қолданылады. Ақаудың көлеміне және оның айналасындағы тіндердің жағдайына байланысты қиынды алынатын аймақ таңдалады (бұғанаүсті, дельтопекторальды, торакодорзальды, жауырын). Ота жергілікті жансыздандыру-анестезия арқылы жасалады. Алдын ала таңдалған аймақта тері-ет қиындысын дайындауды жалпы қолданатын әдіс бойынша дистальды бөлігінен бастайды. Сонда еттің шандыр қапшығының біртұтастығы бұзылмайды. Дайындалған қиынды жылы физиологиялық ерітіндіге малынған майлықпен-салфеткамен жабылады. Сонан соң қатты таңдайдың шырышты қабатын алуға кіріседі. Қатты таңдайдың бір жағында екі параллель тілік жасалады. Бірі ортаңғы жіктің бойымен, екіншісі қызыл иектен 0,3 см төменірек. Тіліктердің ұштары доға тәрізді қосылады. Шырышты қабаттың беті сылынып алынады. Қатты таңдайдағы жара йодоформды дәкемен жабылып пластмасса пластинамен бекітіледі. Ауыз қуысының ақауы көлемді болса шырышты қабат таңдайдың қарама-қарсы бетінен алынады. Алдын ала дайындалған қиынды бетіне таңдайдан алынған шырышты қабатты «арал» тәрізді біркелкі отырғызып кетгүтпен бекітеді. Олардың көлемі 1,0X0,5 см. Құрамында тері, теріасты майлы қабат, ет, қан тамырлары және шырышты қабат «аралдары» бар қиындыны өз орнына орналастырылып шеттері кетгүтпен тігіледі. Жараға асептикалық таңғыш салынады. Үш аптадан кейін қиындыны көтеріп, астындағы шырышты қабаттың жағдайын анықтайды. Қиындының шеттерінен қан ағып тұрса, түсі өзгермесе, айналасындағы тіндердің қызуымен айырмашылығы болмаса оның қоректенуі жақсы деп есептеледі. Донорлық жара тігіледі. Отаның келесі кезеңінде қан тамырлы аяқшасы ұзартылып, қиынды ақауға көшіріліп, оның шеттері қабат-қабатымен реципиент тік орынға тігіледі. Төрт аптадан кейін жергілікті жансыздандыру-анестезия арқылы қиындының аяқшасы кесіледі.

21.4.5. Ауыз қуысы маңы аймағының пластикасы

Жоғарғы және төменгі еріннің ақаулары жартылай және түгелдей деп бөлінеді. Қызыл жиегіндегі кішкене ақауларды шырышты қабықты жылжыту арқылы орнына келтіруге болады. Ауыз қуысының айналасындағы тыртықтану процесстерінің салдарынан тарылып микростомия дамиды. **Ондай деформацияны үш әдіспен қалыпқа келтіреді.**

1) И. Г. Лукомский әдісі. Ауыздың бұрыш аймағының зақымданбаған терісінен түбін ұрт аймағына қаратып төрт бұрыш қиықтар қиылады. Одан кейін осы қиылған тері қиықтары ауыздың ішіне қарай қайырылып, шырышты қабықпен тігіліп тасталады. Мұндай оталар тек

әйелдерге жасалады. Егер қиық қиған аймақта сақал немесе түк болмаса ерлерде де жасалады.

2) А. И. Евдокимов әдісі. Ауыздың айналасындағы тыртықтарды ауыздың шетінен жартылай кесіп ішкі шырышты қабығын іреп босатып, сыртқы теріге қайырып тігеді. Ауыздың бұрышы мен қызыл жиегі қоса қалыпқа келтіріледі.

3) Г. А. Васильевтің әдісі. Жақсы сақталған еріннің қызыл жиегінің шетінен айналдыра түгелдей кесіледі. Одан кейін осы доға тәрізді қиықты кең түрде іреп босатады. Оны көлденең тіліп тыртық байламдарынан босатып, тартып тігеді. Ауыз қуысын неғұрлым кең етіп (6-7 см-ден көп) жасаған дұрыс. Себебі кейінгі тыртықтану процесстерінің әсерінен ол аздап тарылады.

Тыртықтану процессінің салдарынан кіреберісі мен өтпелі қатпары жойылып кетеді. Сондықтан осы аталған жерлерге теріні еркін көшіріп пластина жасалады. Қос ерін бұл көбінесе жоғарғы еріннің қызыл жиегінің астынан пайда болған шырышты қабықтың қосымша қатпары. Ол дұрыс сөйлеуге бөгет жасайды және науқастар оны көбіне тістеп ала береді. Ол шырышты қабық асты клетчаткасы мен шырыш бездерінің шамадан тыс өсуінің салдарынан пайда болады. Сондықтан қыртысты алу кезінде клетчаткамен шырыш бездерін толық алып тастау керек.

Жоғарғы еріннің туа біткен, отадан кейінгі жартылай ақауларынан кейін Эстландер және Абби ұсынған әдістермен қайтадан оталар жасалады. Отаның маңызы төменгі еріннен жоғарғы еріннің ақауы үшін сына тәрізді қиық алу, 15-16 күннен кейін оның аяқшасы аналық негізінен кесіледі. Жоғарғы еріннің екіжақты жырығын қалпына келтіруден кейін қалған ақауларға сына тәрізді емес, қарлығаштың құйрығы немесе латынның «V» әріпі секілді етіп алынады.

Жоғарғы жақтың толық ақауын қалыпқа келтіру үшін Брунстың ұрттан алынған төрт бұрышты тері ет қиықтарын біріне-біріне 90°-та бұрып тігу, Ю.К. Шимановскийдің ұрттан алынған төрт бұрыш жылжымалы қиығы, Иозефтің ерін ұрт қатпарынан алынатын сына тәрізді қиығы қолданылады. Кейде Брунс және Ю. К. Шимановскийдің әдістері Эстландер және Абби әдістерімен қосып жасалады. Төменгі еріннің ақау-лары Брунс.Ю.К. Шимановский, Иозеф, Седилло әдістерімен қалыпқа келтіріледі. Айта кететін нәрсе ер кісілердің жоғарғы және төменгі ерін ақаулары самай-төбе аймағынан және А.Г.Лапчинскийдің иекасты аймағынан алынатын қиықтарымен қалпына келтіріледі. Кейде еріннің толық ақауларын Филатов сабақшасы арқылы жамауға болады. Бірақ мұндай еріндер қозғалыссыз болғандықтан ауыз үнемі ашық түреді болады және одан сілекей ағып тұрады.

Тұжырым: Бет сүйегі жарақаттары мен ауруларының ішінде ең көп кездесетіні төменгі жақ сүйегінің жарақаты мен аурулары және оның көбісі сүйек тінінің ақауымен қатар жүреді.

Бет қаңқасының деформациялануына туғаннан кейінгі жалпы және жергілікті жағдай-факторлар әсері, жасанды тамақтандыру, балалардың ерте жастағы аурулары, эндокринді аурулар, мұрнымен дем алуының бұзылуы, жағымсыз әдеттер, баланың ұйықтағанда ыңғайсыз жатуы, тіс жегісі, сүт тістері мен тұрақты тістерінің болмауы, тіс сауытының біркелкі қажалмауы және сүт тістерінің ауысуы мерзімінің кешігуі, периодонтит, остеомиелит, жарақат, бет пен ауыз айналасы аймағының күйі, ауыз қуысы мен жақтағы жаңа түзілімдер үлкен әсер етеді.

Жақ деформациясы бар науқастарды тексерудің негізгі әдістері. 1.Нақсыз-субъективті әдістер — шағымы, аурудың келіп шығу тарихы- анамнезі, өмір анамнезі.

2.Нақтылы-объективті — науқасты жалпы қараудан басталады. Науқастың физикалық дамуы, жасына сәйкестігі, дене бітімі, толықтығы, аяқ-қолдың ерекшелігі, көкірек клеткасы, мойын, бас, сымбаты (осанка) омыртқа қисығы (бар-жоғы) т.б. назар аударылады. Кей жағдайда көрсеткіштеріне қарай дене салмағын, бойын, көкірек көлемін тексереді. Кейін науқастың басы мен бетін қарайды. Ми мен бет қаңқасы мөлшерінің арақатынасын, симметриялығы, бет әлпеті конфигурация ерекшелігі, беттің жоғарғы, ортаңғы және төменгі бөліктерінің пропорционалдығы тексеріледі. Бет қаңқасы сәйкессіздігін анықтау үшін антропометриялық өлшемдер жүргізіледі:

1) Бет доғасының диаметрі - бет доғасының шығыңқы нүктесінің аралығы.

2) Орбиталды аралық — көз қарашығы аралығы.

3) Төменгі жақ диаметрі — төменгі жақ бұрышының аралығы.

4) Мұрын биіктігі мен ені — мұрын қанатшаларының аралығы, тері нүктелері nasion және subnasale қиығының ұзындық аралығы.

5) Беттің nasion және gnasion морфологиялық биіктігі.

6) Төменгі жақтың денесі мен бұтағының мөлшері, бұрышы.

3.Арнайы әдістерге: жақтың диагностикалық моделдерін оқу, және графикалық, рентгенологиялық, краниометриялық, және функ-ционалдық әдістер жатады. Жақтың гипс мүсінінде тіс қатарының пішінін, оң және сол жағының симметриялығын, тіс қатарының ені мен ұзындығын, оның жекелеген бөліктерінің қатынасын, жеке тістер мен топтардың медиальды және дистальды жылжуын, таңдай тереңдігін оқып үйренуге болады.

Деформациясы бар науқастарды тексергенде графикалық әдістер кең қолданылады: бет суреті, жақтың гнатостатикалық мүсіні, бұлар трансверсальды, вертикальды деформацияларын анықтауға көмектеседі.

Емдегенге дейін және емделген соң суреттерін салыстырады.

Рентген әдісімен зерттеу деформациясының табиғатын дәл анықтап, хирургиялық және ортодонтиялық ем әдістерінің нәтижесін көрсетеді.

Жоғарыда аталған науқастарды тексеру әдістерін басқа ортопедиялық стоматологияда қосымша функционалдық сынама қолданылады (Ильина-Маркосьян 1984), шайнау сынамасы (С.Е.Гельман, М. С. Рубинов 1951 ж.).

Емдеудің негізгі мақсаты анатомиялық және функционалдық бұзылуларды жою. Бұдан басқа психикалық сауығуды қамтамасыз ету. Соңғы 10 жылда бет қаңқасының ақауы бар науқастарды емдеу айтарлықтай өзгерді. Емдеу жоспары мамандар тобымен құрылады: хирург, анестезиолог, реаниматолог, ортопед, ортодонт, нейрохирург. Осыдан басқа көпшілік жағдайларда ЛОР-мамандар, невропатологтар, окулистер, логопедтер, психоневрологтар, эндокринологтар қатыстырылады.

Сондықтан деформацияларды емдеу арнайы мамандар мен керекті аппаратуралары бар мамандандырылған орталықтарда жүргізілуі керек.

Хирургиялық емдеудің негізгі қағидалары. 1. Ота жолымен емдеуге ең ыңғайлы жас— 16-18 жас. Н.Owergeizer (1969) атап көрсеткендей, деформация салдарынан болатын психикалық бұзылыстар жыныстық дамып жетілу кезеңінде қатты ұлғаяды. Егер де 20-28 жасқа дейін бет пішіні қалыпқа келтірілмесе, оның салдарынан болған психикалық өзгерістер тұрақты болып қалады да, тіпті ота жақсы жасалса да психикалық өзгерістер сол қалпында қалып қоюы мүмкін.

2. Ота жолымен емдеу әдісін жоспарлау барлық тексеру әдістерінің нәтижесінде жасалуы қажет.

3. Науқасты алғаш қабылдағаннан емдеу уақыты біткенге дейін ол хирург пен ортодонттың бақылауында болуы керек.

4. Бірнеше бұзылыстар бірге жүрсе (жұмсақ тін, шеміршек, сүйек) алдымен ота қаңқаға жасалады, сонан соң қалған кемшіліктерді қаңқаға байланысты қалпына келтіреді.

5. Тіс қатарлары бұзылысын ортодонт отаға дейін емдеуі керек.

6. Жансыздандыру — жалпы (анестезиолог пен хирург шешеді).

7. Отадан кейін науқастың жағдайын анестезиолог, хирург, қажет болған жағдайда нейрохирург бақылайды.

8. Антибиотикпен емдеу операцияға дейін 24 сағат бұрын басталып, 7-10 тәулік бойына антистафилококкты гамма-глобулинмен қоса жүргізіледі.

Н. Owergeizer (1964) төменгі прогениямен біріккен ашық тістесуді төменгі жақ аймағында сагитальды жазықтықта ажырату арқылы қалпына келтірген.

Бұл отаның маңызы былайша: Жақасты жолымен бұрыш

аймағында төменгі жақтың бұрышы, денесі жалаңаштанады. Вестибуляр жағынан тік пластинканы кеуекті заттың бөлігінен 2-ші молярлар аралығында ажыратады. Сүйек фрагментін уақытша Рингер ерітіндісіне салып қояды. Жақтың бұрышы деңгейінде сына тәрізді аумағын бөліп

алады. Үлкен фрагментті екіжақты остеотомиядан кейін жоғары және артқа жылжытылады. Остеотомия кезінде қан тамыр- жүйке шоғыры жарақаттанбайды. Сүйек пластинкасы қойылғаннан кейін сүйек жігімен екі тесік арқылы бекітіледі.

К. Schuchardt ұсынған оталық әдісті В.С.Дмитриева мен В.И.Арцыбушев (1967) өзгерткен. Оның негізі: бір сәттегі остеотомия және жоғарғы жақтың кіреберісі мен таңдай жағынан горизонтальды кесіп алады-резекция жасайды, ал остеотомиялық сызығы жоғарғы жақ бұрышымен шектеліп қана қоймай, негізгі қанатша өсінділерін де қамтиды.

Вестибуляр жағынан 3-4-ші тістер аралығынан вертикальды бағытта 2-2,5 см ұзындықта шырышты қабатпен, сүйектің сыртқы қабатына тілік жасалады. Тіліктің жоғарғы жиегінен көлденең тілікті өтпелі қатпардың бойымен 7-ші тіс деңгейіне дейін жасайды. Жұмсақ тіндер жарақатының жиегі мобилизацияланады. Жоғарғы жақ бұдыры жанынан және қанатша өсіндіге қарай, жалпақ остеотоманың көмегімен тоннель жасайды. Осылайша ортаңғы сызықтан сәл 1 см алшақта таңдайдың шырышты қабатында тоннель жасайды, ол жұмсақ таңдай шекарасына дейін жеткізіледі. Остеотомия фисурлы бор, остеотомиялық фрездің көмегімен жүзеге асырылады. Кіреберіс жағынан кесілетін жазықтың үлкендігі қашау-распатор енетіндей болуы керек. Таңдай жағынан остеотомия тоннельде ұзын бордың көмегімен жүргізіледі. Қашау көмегімен вертикальды таңдай остеотомиясы жасалады. Вестибуляр жағынан қанатша өсінділер қиылады.

Аталған әдістерді қолданғаннан кейін жоғарғы жақтың дистальды бөліктерінің сүйек фрагменттері хирург қолымен сындырылады. Одан кейін бұл фрагменттер жоғары жылжытылады, ал егер қажет болса жоғарғы бөлшектерде қосымша резекция жасалады. Шырышты сүйек артқы қабаты қиындысына кетгүтпен тігіс салынады. Сүйектер 1 айға бекітіледі. Қазіргі кезде заман талабына жауап беретін оталар әдістерінен В.И.Куцевляк әдісі көп қолданылуда. Осындай әдіспен 2008 жылы ОҚММА Хирургиялық стоматология кафедрсының оқытушысы медицина ғылымдарының кандидаты Темуров Ф.Т. 14 жастағы балаға ота жасады.

Қалыпқа келтіру хирургиясы ақаулар мен деформацияларды жоюмен айналысатын хирургияның бір тармағы. Сонымен қатар қалпына келтіру хирургиясы косметикалық хирургия деп те аталады.

Бет пен жақты қалпына келтіру хирургиясында жергілікті тіндермен жасалатын пластика, қоректік аяқшасы бар қиық Филатов сабақшасымен

және тіндерді еркін көшіру әдістері қолданылады.

Қалпына келтіру оталарын жоспарлау. Беттің, жақтың және ауыз қуысы ағзаларының ақаулары мен деформациялары әртүрлі аурулардың әсерінен болады. Олардың ішінде ауыр қабыну, жаралы-өлеттенген процесстер, инфекциялы аурулар (сүзек, жегі) жарақаттары, әртүрлі ісіктерге байланысты жасалған операциялардан кейін, туа пайда болған ақаулар. Қалпына келтіру оталарын жоспарлау ақау мен деформацияның көлемі мен түріне байланысты.

Бұл оталар медициналық көрсеткіштеріне байланысты алдын ала жасалған жоспар бойынша жасалуы тиіс. Дәрігер науқастың психикалық жағдайын бағалап, қажет болса психоневрологты көмекке шақыруы керек.

Ота жасаудың басты шарты:

1) Ота әдістерін білу.

2) Ақау мен деформацияның жағдайларын мұқият білу. Бұл кезде ақаудың орналасқан жерін, көлемі мен пішінін (енін, ұзындығын, тереңдігін), қандай тіндерінің өлгенін және айналасындағы тіндердің жағдайларын ескеру керек. Жарақатты тексеру және ем жоспарын дұрыс жасау хирургтың бұл мәселені шешудегі басты әрекеті.

3) Отаны ойластырып, жоспарын жасау.

Пластикалық оталарды жоспарлау оның неғұрлым тиімді түрін, анатомиялық, функционалдық және эстетикалық жетістіктерге жету сияқты шараларды өзіне біріктіреді. Бұл үшін 1) ота кезеңдерінің аздығы; 2) пластикалық материалдардың аз жұмсалуды; 3) ауруға қолайсыз жағдайлардың аздығы; 4) толық жазылу уақытының жылдамдығы ескеріледі. Емдеу жоспарын жасау барысында ең алдымен қандай пластикалық материалдың қанша мөлшерде керектігі, пластиканың қай түрі қолданылатындығы, шешіліп, көп сатылы отаның ең тиімді жолы тандап алынады. Дұрыс жоспар құру үшін дәрігер бет құрылысының ерекшеліктерін біліп, оның жетпеген жерін жобалай білуі керек. Беттің бүтін ағзаларын қалпына келтіру кезінде қолданылатын антропометрия негіздерін міндетті түрде білу қажет. Отаны жоспарлау кезінде беттің фотосуреті маскасы, модельдері дайындалып, жоба суреттері салынады.

Сонымен қалпына келтіру оталарын дұрыс жоспарлау хирургиялық емнің тиімді жасалуының ағзаның анатомиялық пішінінің, қызметінің, көріктілігін, бұрынғы қалпына қайта келуінің тікелей себепшісі болып табылады.

Тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары:

1. Бет қаңқасының деформациясы дегеніміз атайды.

А) морфофункционалдық элементтер қатынасының және бет пішінінің

өзгеруі, эстетикалық пропорциялардың, көлемі мен бас сүйегі бөліктерінің орналасуының бұзылуы

Б) морфофункционалдық элементтер қатынасының, диплопия

- В) бет пішінінің өзгеруі, қан қысымының артуы, менингит
Г) эстетикалық пропорциялардың, эндоартрит, ревматизм
Д) көлемі мен бас сүйегі бөліктерінің орналасуының бұзылуы, птоз
2. Деформациясы бар науқастарды тексергенде графикалық әдістер..... анықтауға көмектеседі және кеңнен қолданылады.
- А) бет суреті, жақтың гнатостатикалық мүсіні, бұлар трансверсальды, вертикальды деформацияларын
Б) бет суреті, жақтың гнатостатикалық мүсіні, биопсия
В) бұлар трансверсальды, пункция, остеотомия
Г) вертикальды деформацияларын, остеоктомия, пластика
Д) вертикальды деформацияларын, зат алмасуының бұзылуы
3. Деформацияға әкеп соқтыратын жағдайлар.....
- А) Остеогенез бен дифференциаланудың, соның ішінде генетикалық түрінің де, туғаннан бұзылуы;
Б) соның ішінде генетикалық түрінің де, туғаннан бұзылуы; птоз
В) Остеогенез бен дифференциаланудың, пункция, остеотомия
Г) соның ішінде генетикалық түрінің де, туғаннан бұзылуы; хемоз
Д) Остеогенез бен дифференциаланудың, эндоартрит, ревматизм
4. Деформацияға әкеп соқтыратын жағдайлар.....
- А) Эндогенді және зат алмасуының бұзылуы;
Б) зат алмасуының бұзылуы, бас сүйегінің қабыну
В) Эндогенді және қол-аяқтың ісуі
Г) зат алмасуының бұзылуы, қол-аяқтың ісуі
Д) Эндогенді және бас сүйегінің қабыну
5. Деформацияға әкеп соқтыратын жағдайлар.....
- А) Тұқым қуалаған және жүре пайда болған жағдай-факторлар;
Б) жүре пайда болған жағдай-факторлар, қан қысымының кемеюі
В) Тұқым қуалаған, қан қысымының кемеюі, бас сүйегінің жарақаты
Г) жүре пайда болған жағдай-факторлар, бас сүйегінің жарақаты
Д) қан қысымының кемеюі, бас сүйегінің жарақаты
6. Деформацияға әкеп соқтыратын жағдайлар.....
- А) Өсу аймағының арулары мен жарақаттары,
Б) жарақаттары, электромиографиялық зерттеу
В) Өсу аймағының аурулары, электромиографиялық зерттеу
Г) жарақаттары, бурсит, миозит
Д) Өсу аймағының аурулары, бурсит, миозит
7. Деформацияға әкеп соқтыратын жағдайлар.....
- А) Қаңқаның жекелеген бөлшектерінің өсу не өспей қалуына себепші жағдайлар.
Б) өспей қалуына себепші жағдайлар, остеотомия, алып тастау
В) Қаңқаның жекелеген бөлшектерінің өсу, остеоктомия, кесу
Г) өспей қалуына себепші жағдайлар, остеоктомия, кесу
Д) Қаңқаның жекелеген бөлшектерінің өсу, остеотомия, алып тастау

8. Деформацияға әкеп соқтыратын жағдайлар.....
- А) Бет қаңқасының жарақаты.
 - Б) остеозэктомия, кесу
 - В) остеотомия, алып тастау
 - Г) электромиографиялық зерттеу
 - Д) бурсит, миозит, диплопия
9. Бет қаңқасының деформациясын бөледі
- А) 5 түрге
 - Б) 2 түрге
 - В) 3 түрге
 - Г) 7 түрге
 - Д) 9 түрге
10. Жоғарғы микрогнатияны қалпына келтіру үшін жасалатын ота әдісін бөледі.
- А) 5 топқа
 - Б) 3 топқа
 - В) 7 топқа
 - Г) 9 топқа
 - Д) 12 топқа
11. Қалыпқа келтіру хирургиясы хирургияның бір тармағы.
- А) ақаулар мен деформацияларды жоюмен айналысатын
 - Б) деформацияларды жоюмен айналысатын, естен тану
 - В) ақаулар мен қабыну кезеңдері мен күресу
 - Г) деформацияларды жоюмен айналысатын, тістің ұяшығынан шығуы
 - Д) ақаулар мен тістің ұяшығынан шығуы
12. Қалпына келтіру хирургиясы деп те аталады.
- А) косметикалық хирургия
 - Б) абдоминалды хирургия
 - В) кеуде хирургия
 - Г) ортопедия, терапия
 - Д) травматология, педиатрия
13. Қалпына келтіру оталарын жоспарлау байланысты.
- А) ақау мен деформацияның көлемі мен түріне
 - Б) деформацияның көлемі мен түріне, естен тану
 - В) ақау мен қабыну кезеңдері мен күресу
 - Г) деформацияның көлемі мен түріне, остеотомия, алып тастау
 - Д) ақау мен остеозэктомия, кесу, сүйекті тесу
14. Беттің, жақтың және ауыз қуысы ағзаларының болады.
- А) ақаулары мен деформациялары әртүрлі аурулардың әсерінен
 - Б) деформациялары әртүрлі аурулардың әсерінен, сүйекті тесу
 - В) ақаулары мен остеозэктомия, кесу, сүйекті тесу
 - Г) деформациялары әртүрлі аурулардың әсерінен, алып тастау
 - Д) деформацияның көлемі мен түріне, естен тану

15. Жергілікті жасалатын пластикалық оталарды болады

- А) үш түрге бөлуге
- Б) екі түрге бөлуге
- В) бес түрге бөлуге
- Г) жеті түрге бөлуге
- Д) тоғыз түрге бөлуге

16. Еркін көшірудің бар.

- А) 5 түрі
- Б) 7 түрі
- В) 9 түрі
- Г) 12 түрі
- Д) 15 түрі

17. Еркін көшірудің өз тіндерінен жасалатын түрін деп аталады

- А) аутогенді
- Б) миогенді
- В) биогенді
- Г) алып тастау
- Д) кесу, сүйекті тесу

18. Еркін көшірудің алынатын тіннен жасалатын түрін атайды

- А) синергенді генетикалық жағынан бір организмнен
- Б) қиықтың тіннен ажырауы
- В) қиықтың тінге әсері
- Г) қиықтың өз құнын жоғалтуы
- Д) қиықтың беткейлік бөлігі

19. Еркін көшірудің жасалатын түрін атайды

- А) аллогенді осы тәрізді организмнен
- Б) аяқшасы бар қиындының созылуы
- В) қосқарыншалы бұлшық еттің жиырылуы
- Г) иек асты терісінің қызаруы
- Д) жақ асты аймағының ақауы

20. Еркін көшірудің жасалатын түрін атайды

- А) ксеногенді — бөтен түрдегі организмнен алынған тіндерден
- Б) Филатов сабақшасы
- В) екі аяқты қиынды
- Г) самай, екі аяқты қиынды
- Д) иек асты терісінің қызаруы

21. Еркін көшірудің жасалатын түрін атайды

- А) өлі заттарды организмге ендіру арқылы
- Б) самай, екі аяқты қиынды
- В) қосқарыншалы бұлшық еттің жиырылуы
- Г) аяқшасы бар қиындының созылуы
- Д) аллогенді осы тәрізді организмнен

22. Қиықтың қалыңдығына байланысты теріні көшірудің белгілі.

- А) 3 түрі

Б) 13 түрі

В) 5 түрі

Г) 7 түрі

Д) 11 түрі

23. Ауыз қуысының тарылуы микростомияны қалыпқа келтіреді.

А) үш әдіспен

Б) екі әдіспен

В) сегіз әдіспен

Г) бес әдіспен

Д) алты әдіспен

24. Аралас трансплантаттар дегеніміз..... трансплантат

А) тұтас күйінде отырғызылатын әртүрлі тіндерден тұратын

Б) иек асты терісінің қызаруы

В) қосқарыншалы бұлшық еттің жиырылуы

Г) аллогенді осы тәрізді организмнен

Д) аяқшасы бар қиындының созылуы

25. Отырғызылған тірі тін деп аталады.

А) транспланттар

Б) имплантат

В) экплантат

Г) аяқшасы бар қиынды

Д) аяқшасы бар сабақша

26. Отырғызылған өлі (жасанды) заттар деп аталады.

А) имплантат немесе экплантат

Б) трансплантат

В) тұтас күйінде отырғызылатын әртүрлі тіндерден тұратын

Г) ксеногенді — бөтен түрдегі организмнен алынған тіндерден

Д) қосқарыншалы бұлшық еттің жиырылуы

27. Филатов сабақшасының бар

А) үш түрі

Б) бес түрі

В) төрт түрі

Г) алты түрі

Д) жеті түрі

28. Домалақ Филатов сабақшасы болып бөлінеді.

А) екіаяқты, үшаяқты, төртаяқты және үзік аяқшалы

Б) трансплантат

В) тұтас күйінде отырғызылатын әртүрлі тіндерден тұратын

Г) ксеногенді — бөтен түрдегі организмнен алынған тіндерден

Д) өлі заттарды организмге ендіру арқылы

29. Домалақ Филатов сабақшасы көлемі бойынша деп бөлінеді.

А) макросабакша, орташа және микро-сабақша

Б) макросабакша, аяқшасы бар қиындының созылуы

В) орташа және қосқарыншалы бұлшық еттің жиырылуы

- Г) микро-сабақша, аллогенді осы тәрізді организмнен
 - Д) макросабакша, қосқарыншалы бұлшық еттің жиырылуы
30. Рентген әдісімен зерттеу деформацияның нәтижесін көрсетеді.
- А) табиғатын дәл анықтап, хирургиялық, ортодонтиялық ем әдістерінің
 - Б) ақаулары мен деформациялары әртүрлі аурулардың әсерінен
 - В) иек асты терісінің қызаруы
 - Г) деформациялары әртүрлі аурулардың әсерінен, алып тастау
 - Д) синергенді генетикалық жағынан бір организмнен

**1991 жылы Тәуелсіз Қазақстан Республикасы болып атанған күннен
бастап бүгінгі күнге дейінгі қолданыстағы стоматология және бет-жақ
аймағы хирургиясы саласы бойынша бұйрықтардың тізімі**

1. Приказ МЗ РК №516 от 10 октября 1997 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению».

2. Приказ МЗ РК №759 от 27 декабря 2007 г. «Об утверждении нового перечня тарификатора медицинских услуг и внедрение пилотного проекта модели частичного финансирования».

3. Приказ МЗ РК №759 от 28 декабря 2007 г. «Об утверждении периодических протоколов диагностики и лечения».

4. Приказ МЗ РК №32 от 20 января 2009 г. «Об утверждении правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения РК».

5. Приказ МЗ РК №103 от 26 февраля 2009 г. «Об утверждении стандартов аккредитации для медицинских организаций».

6. Кодекс РК от 18 сентября 2009 года №193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения».

7. Приказ МЗ РК №661 от 6 ноября 2009 г. «Об утверждении правил проведения квалификационных экзаменов в области здравоохранения».

8. Приказ МЗ РК №685 от 10 ноября 2009 г. «Об утверждении профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».

9. Постановление Правительства РК №2136 от 15 декабря 2009 года «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

10. Приказ МЗ РК №136 от 26 февраля 2010 г. «Об утверждении санитарных правил и санитарно-эпидемиологические требования к содержанию и эксплуатации стоматологических объектов».

11. Приказ МЗ РК №907 от 23 ноября 2010 г. «Об утверждении первичной медицинской документации организации здравоохранения».

12. Постановление Правительства РК №1363 от 15 декабря 2010 года «О внесении дополнений в Постановление Правительства РК №2136 от 15 декабря 2009 года «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

(Ортодонтическая помощь при врожденных аномалиях ЧЛО).

13. Приказ МЗ РК №145 от 16 марта 2011 г. «О внесении изменений в Приказ МЗ РК №685 от 10 ноября 2009 г.»

Қолданылыстағы бұйрықтар стоматология саласы бойынша жұмыс жүргізуге кедергі келтіреді, –деп ойлаймыз. Себебі: Бұл бұйрықтардың барлығы стоматологиялық мекемелер мен емханалар жекешеленіп кеткеннен кейін шыққан. Біздің пікірімізше №240-241-ші жекешеледіру туралы Үкімет қаулысын қайта қарау керек екендігін аңғартып тұрғандай. Бұл мәселе бойыншада онды шешім (жекешеленіп кеткен бала-бақшалар жаппай мемлекетке қайтарылуда, мемлекеттік стоматологиялық мекемелерге қазірде қосымша штаттық бірліктер көптеп бөлуде) шығаруға болады деген үміттеміз.

Қ О Р Ы Т Ы Н Д Ы

Оқулық кітап ХХІ тараудан тұрады. Бірінші тарау хирургиялық стоматологиясы мен бет-жақ хирургиясының пән есебінде дамуы және өзі тектес пән-дермен байланысы туралы толық мәліметтер берілген.

Сонымен қатар Тәуелсіз Қазақстандағы даму сатылары және де осы саланы дамытудағы қазақ ғалымдарының қосқан үлесі мен табыстары тайға таңба басқандай етіп жазылған. Тәуелсіз Қазақстанда хирургиялық стоматологиясы мен бет-жақ хирургиясы көмегін ұйымдастыру, керекті құрал-жабдықтар, науқастарды медициналық тексеру ерекшеліктері, жансыздандыруға керекті дәрі-дәрмектер, оның ішінде жергілікті жансыздандыруға жататын күрделі эфирлер мен амидтер тобына көп көңіл бөлінген және көптеген тарауға жаңалықтар енгізілген және енгізілуде. Сондықтан жергілікті жансыздандыруға жататын жаңадан енгізіліп, тікелу сатысындағы Суперкаин туралы кеңейтілген мәліметтер, бет-жақ аймағының анатомиялық, физиологиялық ерекшеліктерін егжей-тегжей зерттеп, дәлелдер мен мысалдар келтіріліп, тараума тарау рет-ретіме шынайы қарапайым ана тілімізде жазылған. Ал жетінші тарауда тіс жұлу отасының ерекшеліктері мен керекті құрал-жабдықтар, оны өткізу әдістер және тіс жұлу отасынан кейінгі асқынулар, оларға көрсетілетін көмектің түрлері, тіс жұлу отасындағы қазіргі заман талабына сай қолданылатын әдістер жазылған. Сегізінші және тоғызыншы тарауда бет-жақ аймағында кездесетін қабыну аурулары мен тіс жарып шығу ауруларына арналады. Қабыну аурулары мен тіс жарып шығу ауруларының келіп шығу тарихы, оның түрлері, арнайы қоздырғыштары, салыстырмалы нақтамасы, олардың айырықша белгілерімен сипатталып, зерттеу және емдеу әдістерінің ең маңыздыларына аса көп көңіл бөлінген.

Дәрігер-стоматолог тәжірибесінде ең көп кездесетін асқынулардың бірі және ең маңыздысы – бұл Гаймор қуысының қабынуы мен тесілуі. Осындай кезде түбегейлі емдеу әдісін қолдану, одан үнемді пайдалану дәрігер-стоматологтан үлкен тәжірибені және білімді талап етеді. Сілекей бездерінің аурулары туралы он бірінші тарауда талқыланады. Онда еліміздің аймақтарында осы аурудың кездесу кестесі салыстырмалы түрде келтірілген. Зерттеу және емдеу шараларының өзектілігі көкейкесті мәселе екендігі айтылады. Он екінші тарауда бет-жақ аймағының жарақаттары мен емдеу әдістерінің ерекше-ліктері мен оған Отандық ғалымдардың қосқан орасан үлестері туралы жазылған. Бет-жақ аймағында қабыну ауруларының асқынулары өте жиі кездесетін құбылыс. Сондықтан науқас осындай халде болғанда, оны зерттеу оған жедел көмек көрсету шараларын ұйымдастыру, өте ауыр жағдайдан алып шығу дәрігерден өз қызметіне деген аса үлкен жауапкершілікті, тәжірибені және біліммен қажырлы еңбекті талап етеді. Жүйке және Самай-төменгі жақ буынының аурулары дәрігер-стоматолог өмірінде өте жиі кездесетін болғандықтан, оларға арнайы тарау бөлініп, мәліметтер дәлелдермен келтірілген. Парадонтоз аурулары мен тістік имплантация және ауыз қуысын тіс салуға дайындау, ісіктер мен бет-жақ аймағын қалпына келтіру хирургиясы салаларына арнайы тараулар бөлінген. Әрбір тарау тапсырманы қайталауға арналған естемелік жаттығу сұрақтары мен тұжырымдалып тұрады.

Қолданылған әдебиеттер

- 1.Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Москва: Издательство «Медицинская литература», 2007 г. - 416 с.
- 2.Оразалин Ж.Б., О.М.Мырзабеков., А.М.Сабданаалиев. Челюстно-лицевая хирургия в казахстане сегодня. Актуальные вопросы хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и новые организационные формы детской стоматологической службы в РК. Материалы Конгресса (III-съезда) стоматологов Казахстана 28-31 мая 2003 г. Алматы-2003- С. 1-13.
- 3.Грецул С.Ф., Безруков В.М. Синдром системного воспалительного ответа и сепсис в клинике челюстно-лицевой области. // Хирургия.-2000.-№1.-С.47-53.
- 4.Мырзабеков О.М. Обоснование стратегии развития стоматологической службы Республики Казахстан в рыночных условиях. Автореф. Док.дис.-Алматы. 2001.-42с.
5. Абай. Қара сөздер-нақыл-сөздер. Алматы, 2007.-158с.
6. Гуцан А. Э., Бернадский Ю. И., Годорожа П. Д. Челюстно-лицевые операции (Справочник) . – М.: Издательство «Медицинская литература», 1997 г. - 400 с.
- 7.Айтбаев Ж.Ж. Использование стандартных поднадкостничных имплантатов. Актуальные вопросы хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и новые организационные формы детской стоматологической службы в РК. Материалы Конгресса (III-съезда) стоматологов Казахстана 28-31 мая 2003 г. Алматы-2003- С.72-76.
- 8.Зайцев Л.А. Профилактика осложнений при удалении глубоко залегающих остатков корней зубов: Автореферат дис...канд. мед. наук. – К., 1986. – 21 с.
- 9.Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей /Под ред. проф. В.Н.Балина и Н.М.Александрова. – СПб.: Специальная литература, 1998. – 591с.
- 10.Кровотечение после операции удаления зуба/ Сост. В.Ф. Тулянкин, Т.И. Тулянкина // Домашний Доктор. - АОЗТ «Паритет», 1997.
11. Branemark P. Et al //Acta orthop. Scand.-1997.-Vol 52.-№6.-P. 155-170.
- 12.Кульгавов В.Г. Обезболивание в хирургической стоматологии.- Иркутск,1989.-149 с.
- 13.Операція вилучення зубів та їх коренів (практичний посібник) / О.Є. Малевиц, Л.В. Харьков, А.А. Світловський та ін. – Дніпропетровськ: Рекон. Мед, 1999. – 108 с.
- 14.Персин Л.С, Елизарова В.М., Дьякова СВ. Стоматология детского возраста. — Изд. 5-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. — 640 с: ил.
- 15.Ружин Г.П., Бурых М.П. Основы технологии операций в

хир.стоматологии и ЧЛ хирургию – Х.: ООО «Знание», 2000. – 292 с.

16.Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (в 2-х томах). Том 1/ Под редакцией В. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. – Москва: Издательство «Медицина», 2000 г. – 776 с.

17.Танфильев Д.Е. Удаление зубов. Библиотека практического врача. – М.: Медгиз, 1956. – 163 с.

18.Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста. – М.: Книга плюс, 2001. – 470 с.

19.Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. – М.: Медицина, 1976. – 248 с.

20. Амбулаторная хирургическая стоматология. Безруков. М: 2002-75 с.

21. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Бернадский . М.: 2003-416с.

22. Руководство по хирургической стоматологии и ЧЛХ в 2-х тт. Безруков. М:2000 (776с., 488с)

23.Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник, М., Медицина, 2001-666 с.

24. Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология. Вагнер. Н.Н: 2002-124 с.

25. Дентальная имплантология. Параскевич. М.: 2006-400с.

26. Черепно-лицевая хирургия. Бельченко. М.: 2006-340с.

27. Тематические экзаменационные тесты по вопросам стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: учебное пособие под ред. В.В. Афанасьева, Э.А. Базикина, А.М. Панина. – М., 2009. – 416 с.

28.Оразалин Ж.Б., Төлеуов К.Т. - Хирургиялық стоматология. Алматы. «Білім», 1998-368 бет

29.Сағындықов Х. Л., Ревюк И. С., Айтбаев Ж.Ж. Стоматологиялық тәжірибедегі қауіпті жағдайлар мен бет-жақ аймағының жедел қабыну аурулары және жарақаттары кезінде көрсетілетін жедел көмектер: Оқу әдістемелік нұсқау. – Астана: ҒТАО, 2006.-118 бет

30.Талимов К. К., Атабаев С.А. – Пародонт ауруларын хирургиялық жолмен емдеу тәсілдері – Оқу әдістемелік нұсқау. Алматы 2002 ж.

31. Тажибаева Н.С., Хасанова М.И., Усманов Ф.К., К вопросу изучения гигиены труда врачей стоматологов-терапевтов. Среднеазиатский научно-практический журнал № 1-2, 2009 (39-40).

32. Мороз Б.Т. Исследования уровня тяжести и напряженности трудового процесса на рабочем месте рача стоматолога //Материалы «X международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов».-СПб.,2005.

33. Саханов А.А. Исследование влияние трудового процесса на свойства внимания врача стоматолога терапевта // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины.-СПб.,2005.

34. Румянцев Г.И. «Гигиена». Москва, 2008, Третье издание.
35. СанПин 0231-07 Санитарные нормы и правила проектирования, строительства и эксплуатации лечебно- профилактических учреждений. Т. 2007.
36. Санпин 0143-03 Санитарные нормы и правила проектирования, строительства и эксплуатации поликлинических учреждений частного сектора. Т. 2003.
37. Айтмамбетова А.А. Комплексная медико-социологическая оценка статуса врача в рыночных условиях. // Автореф. дисс.канд. мед.наук. — Алматы. 2005.24с.
38. Мороз Б.Т. Исследование уровня запыленности и бактериальной обсеменности в зоне дыхания врачей стоматологов –терапевтов и ортопедов // Институт стоматологии.-СПб.-2008.-№4 (41).
39. Баке М.Я., Аулика Б.В., Лусе И.Ю. Риск влияние химического фактора на здоровья стоматологов // Гигиена и санитария //-2002. №4-С.29-30.
40. Цыганий А.А. Карманный справочник анестезиолога. Практическая анестезиология— К.: Книга плюс, 2000.-385 с.
- 41.Чехова. И.Л. Диагностика та лжування гострих неспецифічних л^мфадентв щелепно-лицевоТ дтянки та ши1 у д1тей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук — К., 1994. — 19 с.
- 42.Чехова И.Л. Новые методы лечения острых лимфаденитов челюстно-лицевой области и шеи у детей//Стоматология.— 1995.— № 3,— С. 26-35
- 43.Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. —М., 1999.- 220 с.
- 44.Шувалов СМ. Злокачественные опухоли ротоглотки. — Винница, 1996.-231 с.
- 45.Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста Национального медицинского университета: история становления и развитие // Современная стоматология — 2000.— № 1.— С.62-65.
- 46.Яновская Т.Ю. Иммунная система.- К.: Книга плюс, 2000.— 192 с.
- 47.Bodner L, Miller V.J. Temporomandibular joint dysfunction in children: evaluation of treatment.- International jornal of Pediatric Otorinolaryngology. 1998, Jul. 44(2): 133-137.
- 48.Chirurgia szczekowo-twarzowa/ prof.dr.hab.Stanislaw B.Bartkowskie/ Collegium medicum uj Krakow/- 1999. -465 p.
- 49.Craniofacial abnormelites and cleft of the lip, alveolus and palate. Edited by Gerhard Pfeifer.- 1991.- 490 p.
- 50.Curi MM., Did L.L., Dinto D.S. Management of solid ameloblastoma of the jaws with liquid nitrogen spreycryosurgery.- J.Oral Surger.oral Medicine,end oral pathologi. 1999, Oct .84(4): 339-344.
46. Баданин В. В. Диагностика дисфункции височно-

нижнечелюстного сустава с применением компьютерной томографии. М., - 1996. 20 с.

47. Гринин В. М. Концепция патогенеза окклюзионных нарушений при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава. //Стоматология, - 1995. Том 74, № 4. - С. 29-32.

48. Гринин В.М., Максимовский Ю.М. Особенности формулирования диагноза при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава. //Стоматология, - 1998. Том 77, №5 - С.19-22.

49. Гринин В.М., Смирнов А.В. Поражение височно-нижнечелюстного сустава при болезни Бехтерева. //Стоматология, - 1997. Том 76, №1. – С.18-21.

50. Гринин В. М., Смирнов А. В. Клинико-рентгенологические варианты остеолитических форм ревматоидного артрита височно-нижнечелюстного сустава. //Стоматология, - 1996. Том 75, №2. - С. 40-43.

51. Губайдуллин И. Р. Возрастные изменения суставного хряща височно-нижнечелюстного сустава у людей. Молодые ученые - практическому здравоохранению : Сб. науч. тр. молодых ученых педиатр. фак. : К 35-летию педиатр. фак. БГМУ. Уфа, - 1996. - С. 117-119.

52. Ильин А. А., Дергилев А. П., Дудин М. А., Драчена Е. В. Новые способы диагностики и хирургического лечения деформирующего артроза височно-нижнечелюстного сустава. Новые методы диагностики, лечения заболеваний и управления в медицине: //Материалы науч.-практ. конф. ГОКБ (14 марта 1997 г.) Новосибирск, - 1997. – 216 с.

53. Кааивраджиян Э.С., Аешева Е.А., Картавцева Н.Г., Мутафян М.И. Методика бесконтактной компьютерной визуализации движений головки нижней челюсти височно-нижнечелюстного сустава. //Стоматология, - 1999. Том 78, №2 - С.31-33.

54. Минаева И. Н. Диагностика изменений в височно-нижнечелюстных суставах при дистальном прикусе. Посвящена 100-летию со дня рождения И. М. Оксмана : //Сб. науч. тр. Казань, - 1995. Кн.1. - С.69-70.

55. Насибуллин Г. Г., Зизевский С. А. Диагностика и лечение дисфункций височно-нижнечелюстного сустава. //Казан. мед. журн. – 1995, Том 76, № 2. - С.137-140.

56. Петросов Ю.А., Калпакьянц О. Ю., Сеферян Н.Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Краснодар, - 1996; 352 с.

57. Об эффективности нового вида рентгеновской съемки - панорамной зонографии - при диагностике патологии височно-нижнечелюстного сустава и средней зоны лицевого черепа. / Рабухина Н. А. и др. //Материалы II Съезда Стоматологической ассоциации (Общероссийской), (Волгоград, 23-25 мая 1994 г) Екатеринбург, - 1995. - С. 174-176.

58. Рижик В. М., Дудій П. Ф., Рузін Г. П., Чечін О. Д. Клініко-рентгенологічна диференціальна діагностика захворювань скронево-

нижньощелепних суглобів. //Вестн. стоматологи, - 1995, №2. - С.114-117.

59. Семкин В.А., Рабухина Н.А., Букатина Н.В. Клинико-рентгенологические проявления мышечного дисбаланса височно-нижнечелюстного сустава и его лечение. //Стоматология, - 1997, Том 76, №5. – С.7-15. 60. Сысолятин П.Г., Безруков В.М., Ильин А.А. Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. //Стоматология, -1997, Том 76, №3. – С.29-34.

61. Сысолятин П. Г., Ильин А. А., Макарова И. А., Дудин М. А. Классификация неогнестрельных повреждений височно-нижнечелюстного сустава. /Новые методы диагностики, лечения заболеваний и управления в медицине : //Материалы науч.-практ. конф. ГОКБ (14 марта 1997 г.) Новосибирск, - 1997. - С. 214.

62. Хорев, Олег Юрьевич. Этиология, клиника и лечение бруксизма у детей и подростков. Ставрополь, - 1996. –144 с. + ил., табл.

63. Шайхутдинов И. Ф., Лазарев С. А., Лазарев В. А. Анализ ортопантограмм у больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава. Посвящена 100-летию со дня рождения И. М. Оксмана. /Сб. науч. тр.//Казань, - 1995, Кн.1. - С. 72-74.

64. Шаргородский «Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи». Москва ГЭОТАР-МЕД 2002г.

65.Н. Н. Бажанов. «Стоматология» Москва ГЭОТАР-МЕД 2001г.

66.А. Г. Шаргородский, Стефанцов Н.М. «Повреждение мягких тканей и костей лица». Москва ВУНМЦ 2000г.

67.Хирургическая стоматология (под ред.Робустовой Т.Г.). – М.: Медицина, 1996. – 679 с. 68.Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Т.1. - Киев, «Червона рута – Турс), - 1999, 429 с.

69.Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Витебск, «Белмедкнига», 1998, 447 с.

70.Григорчук Ю.В. Заживление гнойных ран челюстно-лицевой области у больных пожилого и старческого возраста \\\ Стоматология, 1985, т.64, №2, с.27-29.

72.Иммуностимуляторы в комплексном лечении больных одонтогенными абсцессами и флегмонами \\\ Биберман Я.М. и др. \\\ Стоматология, 1985, т.64, №2, с.43-45.

73.Козлов Н.Н. Лечение и прогнозирование одонтогенных флегмон: Автореф.дис. ...канд.мед.наук. – К., 1989. – 23 с.

74.Кульбашная Я.А. Совершенствование методов диагностики и прогнозирование исходов одонтогенных флегмон: Автореф.дис... канд.мед.наук. – К.-1990.-17 с.

75.Семенченко Г.И., Дяченко Ю.В., Голуб Г.Б. Профилактика и

лечение гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. – Одесса, 1978, - 16 с.

76. Тимофеев А.А. Гнойная хирургия челюстно-лицевой области и шеи. Учебное пособие. – К.: «Червона рута-Турс». – 195. – с.155.

77. Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Т.1. - Киев, «Червона рута – Турс), - 1999, 429 с. .

78.Шейх Али Хусейн. Клинико-лабораторные и гемодинамические особенности острых одонтогенных воспалительных заболеваний (периодонтит, периостит, остеомиелит): Автореф.дис. ...канд.мед.наук. – Львов, 1989. – 12 с.

79.Широков И.К. Реплантиция зубов при остром одонтогенном остеомиелите челюстей: Автореф.дис. ...канд.мед.наук. – Одесса, 1968, - 16 с.

80. Методические разработки к практическим занятиям по стоматологии под редакцией проф. Г. А. Баирова

81. Стоматология детского возраста под редакцией А.А Колесова

82. Клиническая оперативная челюстно лицевая хирургия под редакцией Н.М. Александрова

83.Васильев Г.А. Хирургия зубов с курсом челюстно-лицевой травматологии медицина 1973г.

84.Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи спб 1997г.

85.Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь медицина 1988г.

86 Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии Киев 1983г.

87.Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно лицевой области и шеи Медицина 1985г.

88. Супиев Т.К., Соловьёв М.М. Одонтогенные воспалительные заболевания Алма-ата 1988г.

89. Темуров Ф.Т., Миндлин А.Е., Поленичкин В.К., Чичкова Г.А., Толченицин И.А. Обоснование хирургических методов лечения переломов мышечного отростка нижней челюсти. Актуальные проблемы стоматологии и смежных областей Материалы научно – практической конференции (23 марта 2001 г.) Новосибирск-2001.-С. 71-73.

90. Темуров Ф.Т., Миндлин А.Е., Толченицин И.А., Чичкова Г.А., Травма челюстно – лицевой области, это медико – социальная и экономическая проблема. Вопросы сохранения и развития здоровья населения Севера и Сибири. Красноярск-2003г.-С.110-111.

91. Темуров Ф.Т., Сыдыгалиев К.М., Шораев Б.И, Орманов Е.К. Степень восстановления функций жевательных мышц при различных методах фиксации переломов мышечного отростка нижней челюсти. Научно – практический журнал «Проблемы стоматологии».- 2003. - №2(20).-С.67-68

92. Темуров Ф.Т., Тажибаев Б.М., Шарапединова Ю.О. Использование различных методов при лечении переломах мышечкового отростка нижней челюсти. Научно – практический журнал «Проблемы стоматологии».- 2003. -№2(20).-С.69-71.

93. Темуров Ф.Т., Шораев Б.И. Шаншураев И.А. Байбурина М. Жармухамедов А.Г. Экономические подходы к исходу лечения переломов челюстно – лицевой области. Научно – практический журнал «Вестник Южно – Казахстанской Медицинской Академии».- 2003. -№ 14.-С.39-40.

94. Темуров Ф.Т., Миндлин А.Е. Темурова Г.Я. Шаншураев И.А. Сиротин А.И. Методические подходы экономической эффективности методов лечения травм челюстно – лицевой области. Научно – практический журнал «Вестник Южно – Казахстанской Медицинской Академии» - 2003.- № 14.-С.40-42.

95. Темуров Ф.Т., Организация и осуществление лечения травмы челюстно – лицевой области. Сборник научных работ материалы международной научно – практической конференции «Проблемы современной стоматологии Казахстана» часть II Алматы 2004 г.-С.2-4.

96. Темуров Ф.Т., Рысбеков М.М. Тажимуратов Р.Т. Есиркепов М.Р. Дюсупов К.Б. Шораев Б.И. Балыкбаев Е.Т. Нарыжный В.И. Новое в профилактике и лечении медиастинитов и глубоких флегмон шеи. Труды международной научной конференции «Наука и образование на пороге XXI-века», посвященной 10-летию Южно – Казахстанского Гуманитарного института имени М.Сапарбаева.-2004. -С.290-291.

97. Темуров Ф.Т., Стоматологиялық көмек көрсетудің медициналық әлеуметтік және экономикалық мәселелері Труды международной научной конференции «Наука и образование на пороге XXI-века», посвященной 10-летию Южно – Казахстанского Гуманитарного института имени М.Сапарбаева.-2004.-С.294-297.

98. Темуров Ф.Т., Ахатаев С.С. Миндлин А.Е. Чупрына А.Н. Шықшыт буынының ауыратын дисфункциясын емдеуге арналған қондырғы. Научно – практический журнал «Проблемы стоматологии».-2004.- № 4 (26).-73с.

99. Темуров Ф.Т., Хегай С.М. Курашев А.. Айдосов М.Р. Аббаси – Мухамад Пластика дефектов мягкого неба языка глоточным стеблем. Среднеазиатский научно – практический журнал «Stomatologiya».- Ташкент.-2004.- №1-2, (23-24).-С.48-50.

100. Темуров Ф.Т., Мусаев И.Ю. Нургазиева Г.А. Мусаев У.Ю. Калменов Е.Ж. Показатели некоторых звеньев свободно – радикального окисления липидов эпителия полости рта у больных железодефицитной анемией. Среднеазиатский научно – практический журнал «Stomatologiya».- 2005.- № 3-4 (29-30).-С. 21-23

101. Темуров Ф.Т., Калменов Е.Ж. Шораев Б.И. Мусаев У.Ю. Применение пружинно – коронкового устройства при лечении болевой дисфункции височно – нижнечелюстного сустава. Среднеазиатский научно – практический журнал «Stomatologiya». -2005. -№ 3-4 (29-30).-С. 65-67.

102.Темуров Ф.Т., Миндлин А.Е. Айкина Т.П. Вьюгов В.Ю. Эозинофильная гранулема челюстей (гистиоцитоз - х) диагностика и лечение Среднеазиатский научно – практический журнал «Stomatologiya».- 2005.- № 3-4 (29-30).-С. 110-112.

103.Темуров Ф.Т., Миндлин А.Е. Чичкова Г.А. Толченицин И.А. Вьюгов В.Ю. Уточкина Е.А. Врожденное незаращение верхней губы и неба, хирургическое лечение и реабилитация Среднеазиатский научно – практический журнал «Stomatologiya»- 2005.- № 3-4 (29-30).-С.113-115.

104.Темуров Ф.Т., Булешов М.А. Ахатаев С.С. Алиева Г.А.Бектурганов Р.С. Санитарно – гигиенические и профессионально – производственные проблемы здоровья врачей – стоматологов Среднеазиатский научно – практический журнал «Stomatologiya».-2005. -№ 3-4 (29-30).-С.176-178.

105.Темуров Ф.Т., Булешов М.А. Ахатаев С.С. Друмчегло Т.Н. Оценки взаимосвязи состояния окружающей среды стоматологических кабинетов и здоровья врачей основных стоматологических профессий. Труды научно – практической конференции «Наука и образование на современном этапе» Шымкент 2005 г.-С.34-36.

106.Темуров Ф.Т., Мусаев У.Ю. Мусаев И.Ю. Оценка стоматологического статуса у больных железодефицитной анемией. Научно – практический журнал «Dentist Казахстан». 2005.- 2 (2).-С.22-24.

107.Темуров Ф.Т., Миндлин А.Е. Карпов Р.Д. Ахатаев С.С. Мусаев У.Ю. Состояние и особенности организации массового медицинского обслуживания по экстренным показаниям, в том числе с травмами и воспалительными заболеваниями челюстно – лицевой области. Научно – практический журнал «Dentist Казахстан» -2005.- 2 (2).-С.96-98.

108.Темуров Ф.Т., Миндлин А.Е. Байхарашев Р.С. Ахатаев С.С. Калменов Е.Ж. Мусаев И.Ю. Медико – социальные и экономические проблемы, оптимизация и моделирование организации стоматологической медицинской помощи населению. Научно – практический журнал «Dentist Казахстан».-2005.- 1 (1).-19-21.

109.Темуров Ф.Т., Отношение медицинских работников стоматологического профиля к своему здоровью. Научно – практический журнал «Вестник Южно – Казахстанской Медицинской академии».-2007.- № 3 (36).-С.146-148.

110.Темуров Ф.Т., К вопросу о состоянии здоровья врачей стоматологического профиля. Научно – практический журнал «Вестник Южно – Казахстанской Медицинской академии». - 2007.-№ 3 (36).-С.150-152.

111.Темуров Ф.Т., Медициналық тексерудің мәліметі бойынша стоматологиялық бейіндегі дәрігерлердің аурушандығы Научно–практический журнал «Проблемы стоматологии» -2008. -№ 1 (39).-С.16-18.

112.Темуров Ф.Т., Медициналық тексерудің мәліметі бойынша дәрігер –стоматологтардың өз денсаулығына көзқарасы. «Стоматология

мәселелері» ғылыми-практикалық журнал -2008.–№2(40).-С.19-21.

113.Темуров Ф.Т., Даирбаев О.Д. Булешев М.А. Жуманазаров Н.А. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред. Среднеазиатский научно-практический журнал –2008. - №1-2 (35-36).С.14-15.

114.Темуров Ф.Т., Даирбеков О.Д. Жуманазаров Н.А. Экспертная оценка недостатков в оказании стоматологической помощи. Среднеазиатский научно-практический журнал – 2008.-№1-2 (35-36).-С. 10-12.

115.Темуров Ф.Т., Булешов М.А. Жуманазаров Н.А. Сыдыков Ш.Н. Анализ судебно-медицинских экспертиз по правонарушениям медицинских работников за 5 лет по Южно-Казахстанской области. Среднеазиатский научно-практический журнал –2008.-№1-2 (35-36).-С.15-17.

116.Темуров Ф.Т. Комплексное изучение и определение частоты заболеваемости врачей стоматологического профиля путем анкетирования. Среднеазиатский научно – практический журнал «Stomatologiya» -2008.- № 3-4 (37-38).-С.7-9.

117.Темуров Ф.Т., Шораев Б.И. Төменгі жақ буын өсіндісін хирургиялық әдіспен емдеу. Әдістемелік нұсқау. -2004.- 20Б.

118.Темуров Ф.Т., Төменгі жақ буын өсіндісін емдеуде өз қалпын сақтап қалатын бекіткішті қолдану. Әдістемелік нұсқау.-2004.-16Б.

119.Темуров Ф.Т., Миндлин А.Е.Орманов Е.К.Байтов Қ.А. Тіс жұлү әдісі. Патент. -2005ж.

120.Темуров Ф.Т., Төменгі жақ сүйектерінің сынықтары. Оқулық.- 2004.-80Б.

121.Темуров Ф.Т., Шораев Б.И.Тюменев Ю.Р.Орманов Е.К. Балаларда кездесетін стоматологический аурулардың алдын алу шараларының өзіндік ерекшеліктері. Астана медицинский журнал, научных трудов I Международной конференции «Новые технологии в стоматологии и дентальной имплантологии, Астана - 2010». -Астана, 16-17 апреля 2010г.-С.52-53.

122.Темуров Ф.Т., Давыдов Р.Г. Особенности применения субпериостального дентального имплантата с ножкой при различного рода дефекта зубного ряда челюстей. Астана медицинский журнал, научных трудов I Международной конференции «Новые технологии в стоматологии и дентальной имплантологии, Астана - 2010». -Астана, 16-17 апреля 2010г.-С.71-72.

123.Темуров Ф.Т., Дентальная имплантология – история и его перспектива. Астана медицинский журнал, научных трудов I Международной конференции «Новые технологии в стоматологии и дентальной имплантологии, Астана - 2010». Астана, 16-17 апреля 2010г.-С.24-25.

124.Темуров Ф.Т., Тасбулатов Н.К. Серіпшелі сауыт жабдығы және

оны қолдану ерекшеліктері. Астана медицинский журнал, научных трудов I Международной конференции «Новые технологии в стоматологии и дентальной имплантологии, Астана - 2010». -Астана, 16-17 апреля 2010г.- С.23-24.

125.Темуров Ф.Т., Кенбаев В.О. Эпулис – диагностика и особенности лечения. . . . Астана медицинский журнал, научных трудов I Международной конференции «Новые технологии в стоматологии и дентальной имплантологии, Астана - 2010». Астана, 16-17 апреля 2010г.- С.73-74.

126.Темуров Ф.Т., Санитарлық-гигиеналық ережелердің бұзылуы және кәсіптік аурулар. «Билиг» журналы. Түрік дүниесі әлеуметтік ғылымдар журналы.-2010.-№3-4.-С.25-27.

127.Темуров Ф.Т., Стоматология саласында қызмет атқаратын дәрігер стоматологтардың еңбек жағдайын санитарлық-гигиеналық тұрғыдан зерттеу. «Билиг» журналы. Түрік дүниесі әлеуметтік ғылымдар журналы. - 2010.-№3-4.-С.29-31.

128.Темуров Ф.Т., Дәрігер стоматологтардың денсаулығы және оның санитарлық, гигиеналық көкейкесті мәселелері.«Билиг» журналы. Түрік дүниесі әлеуметтік ғылымдар журналы.-2010.-№3-4.-С.34-36

129.Темуров Ф.Т., Санитарно-гигиенические требования и личная гигиена медицинского персонала в стоматологическом учреждении для профилактики профессиональных заболеваний. Среднеазиатский научно – практический журнал «Stomatologiya».-2010.-№ 3-4(47-48).-С.15-17.

130.Темуров Ф.Т., Давыдов Р.Г. Кенбаев В.О. Профилактическая работа в стоматологии. Среднеазиатский научно – практический журнал «Stomatologiya».-2010.-№ 3-4 (47-48).-С.21-23.

131.Темуров Ф.Т., Кенбаев В.О. Давыдов Р.Г. Анализ заболеваемости по данным хирургического кабинета областной стоматологической поликлиники. Среднеазиатский научно – практический журнал «Stomatologiya».-2010.-№3-4 (47-48).-С.27-28.

132.Темуров Ф.Т., Кенбаев В.О. Давыдов Р.Г. Рентгенологическое исследование в амбулаторно-поликлинических условиях. Среднеазиатский научно – практический журнал «Stomatologiya».-2010.-№ 3-4(47-48).-С.32-33.

133.Темуров Ф.Т., Давыдов Р.Г.Кенбаев В.О.Кулмаханбетова А.М. Особенности слизистой оболочки полости рта в возрастном аспекте.Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік Университетінің хабаршысы.-2010.-№-1-2 (67-68).- 429-438 б.

134. Мырзабеков О.М., Супиев Т.К., Есембаева С.С., Ибрагимова К.Х. Стоматологическая помощь сельскому населению Республики Казахстан. Журнал «Проблемы стоматологии»-2001-№3.-С.10-14.

135. Багаутдинова В.И. Ранняя диагностика изменений в височно-нижнечелюстном суставе при переломах нижней челюсти разной локализации // Соврем. Стомат. и чел-лиц. Хирургия.-Киев.1998.-С.120.

136. Золотарева Т.В., Топоров Г.Н. Хирургическая анатомия головы. М., 1968.-227с.
137. Александров Н.М. Травмы челюстно-лицевой области. М., 1996.
138. Гюнтер В.Э., Котенко В.В., Миргазизов М.З., Поленичкин В.К., Витюгов И.А., Итин В.И., Зиганьшин Р.В., Темерханов Ф.Т. Сплавы с памятью формы в медицине. Изд-во Томск. Универ-та. Томск.-1996г.-208с.
139. Дурсунов А.М. Украинский медицинский альманах. -2002.-Т5-№1-С.52-55.
140. Темуров Ф.Т. Лечение больных с переломами мышечного отростка нижней челюсти с помощью фиксаторов из никелида титана. Автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук.-Алматы.-2002. -21 стр.
141. Килимжанова Б.Т. Селективная детоксикация ЦНС при острых гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛЮ. дисс. к.м.н.-Алматы, 2001.
142. Уразалин Ж.Б. Вопросы совершенствования лечебной помощи больным с переломами нижней челюсти. Автореф. док. дисс.-М., 1986.-С.33.
143. Жаканов Т.В. Внутривитовой способ лечения переломов нижней челюсти. Сб. науч. тр.-Алматы, 2002.-С. 113-117.
143. Сағындыков Х.Л. Разработка и совершенствование методов лечения больных с переломами нижней челюсти. Автореф. дисс. к. м. н. – Алматы, 1990.
144. Изимбергенов Н.И. Лечение гнойных ран.-Актобе, 2001.
145. Иорданишвили А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей. –С-Пб., 2000.-217с.
146. Уразалин Ж.Б., Курмангалиев З.К., Батыров Т.У. Основные принципы организации догоспитальной медицинской помощи при переломах костей лицевого скелета.-Алматы, 1998.
147. Құраш. А.Ғ. Бастың және мойынның клиникалық анатомиясы. Оқулық. Қарағанды-2006.-279 бет.
148. Безруков В.М., Григорьянц Л.А., Рабухина Е.А., Бадалян В.В. Амбулаторная хирургическая стоматология.-М., 2002.-75с.
149. Сағатбаев. Ж.С. Артериализация свободно-пересаживаемых трансплантатов нижней челюсти. Дисс. д.м.н.- Алма-Ата, 1987.
150. Калайдов А.Ф. Использование барьерных мембран в дентальной имплантации. С чего начать? // Новое в стоматологии. -2002.-№6.-С. 59-62.
151. Мушеев И.У., Олесова В.Н., Фромович О.З., Сағатбаев А.Д. Биомеханическое и экспериментально-клиническое обоснование межкостальной фиксации дентальных имплантатов в боковом отделе верхней челюсти.//Стоматологический вестник.-Алматы.-2001.-№12.-С.3-6.
152. Хамзина Н.К., Темірбаев М.А., Алтынбеков К.Д., Атабаев С.А. Реформа стоматологического образования в свете концепции развития образования Республики Казахстан и нового государственного

общеобязательного стандарта (ГОСО). Сб. науч. тр. Материалы международной научно-практической конференции «Проблемы современной стоматологии Казахстана» (Часть-I).-Алматы,-2004.-С.-2-16.

153. Ибрагимова Р.С., Мирзакулова У.Р., Саданалиев А.М. Вклад кафедры хирургической стоматологии КазНМУ в развитие стоматологии в Казахстане. Сб. науч. тр. Материалы международной научно-практической конференции «Проблемы современной стоматологии Казахстана» (Часть-I).-Алматы,-2004.-С.-36-44.

154. Кулаков А.А., Дмитрова А.Г. Экспериментальное изучение новой конструкции пластиночных имплантатов с использованием методов компьютерного моделирования. Актуальные вопросы хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и новые организационные формы детской стоматологической службы в РК. Материалы Конгресса (III-съезда) стоматологов Казахстана 28-31 мая 2003 г. Алматы-2003- С.70-72.

155. Мусиенко А.И., Мусиенко С.И., Матешука А.И. Устранение негативной ситуации в полости рта больных при лечении переломов нижней челюсти. Актуальные вопросы хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и новые организационные формы детской стоматологической службы в РК. Материалы Конгресса (III-съезда) стоматологов Казахстана 28-31 мая 2003 г. Алматы-2003- С.154-157.

156. Жапаров А.М. Применение остеогенона в комплексном лечении после удаления доброкачественных опухолей и кист нижней челюсти. Актуальные вопросы хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и новые организационные формы детской стоматологической службы в РК. Материалы Конгресса (III-съезда) стоматологов Казахстана 28-31 мая 2003 г. Алматы-2003- С.146-149.

157. Бернадский Ю.И., Бернадская Г.П., Денисенко А.Г. Удаление Зубов у больных гемофилией // Стоматология. – 1988. – Т.67. - № 4. – С.31-33.

158. Линков Л.И. Беззубных протезов: перевод с английского языка.- СПб., 1993-220с.

159. Поляк Л. // Клиническая имплантология и стоматология.-1998г.- №1.-с13-15.

160. Мансуров Б.М. Клиническая и организационные аспекты применения дентальных имплантатов в практической стоматологии. Автореф.к.м.н. Казань.-1993.-16стр.

161. Тулеуов К.Т. Развитие дентальной имплантологии в Республике Казахстан. «Проблемы стоматологии»-Алматы.-№2.-1999г.-с.23-26.

162. Төлегенова Р.А. Қазақша-орысша сөздік. – Қостанай-Санкт-Петербург,-2002.

163. Курашев А.Г. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения больных нижней макрогнатией // Автореф. на соиск. учен. степ. док. мед. наук. – Алматы, 1997.

164. Жандар Керімбектің Ермаханы. Тәнтану атауларының латынша-қазақша-орысша сөздігі.-Алматы: «Ана тілі» баспасы, 1996.

165. Петрова М. // Клиническая имплантология и стоматология.-1998г.-№1.-с33-36.

166. Linkov. L. Tuber Bludas // I oral ItpIanI-1980 Yol. 9 №2. P-190-216.

167.Франк В. Орысша-қазақша-ағылшынша пәндік-тақырыптық сөздік. Алматы,2000.

168. <http://www.stomatolog.md/student/>

169. <http://www.dentway.ru>

МАЗМҰНЫ

АЛҒЫ СӨЗ	4
I ТАРАУ	
ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ ХИРУРГИЯСЫ. БАСҚА МЕДИЦИНА САЛАЛАРЫМЕН БАЙЛАНЫСЫ. ТАРИХИ ЖӘНЕ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ДАМУ ЖОЛДАРЫ	6
II ТАРАУ	
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ КӨМЕГІН ҰЙЫМДАСТЫРУ. ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ КӨМЕГІН ЕМХАНАЛАРДА ҰЙЫМДАСТЫРУ	16
2.1. Стоматология емханаларындағы медицина қызметкерлерінің штаттық нормативі	21
2.2. Хирургия бөлімінің еңбек жұмысын ұйымдастыру	22
2.3. Бөлімдер алдына қойылатын негізгі міндеттер	24
III ТАРАУ	
БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ АНАТОМИЯЛЫҚ, ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ	30
3.1. Жоғарғы жақсүйек	32
3.2. Төменгі жақсүйек	39
3.3. Самай-төменгі жақ буыны	42
3.4. Тіласты сүйегі	43
IV ТАРАУ	
БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНА ЖАСАЛАТЫН ОТАЛАРДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	48
V ТАРАУ	
ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ЖАҚ-БЕТ АУРУЛАРЫН ТЕКСЕРУ	55
5.1. Науқасты зерттеп-тексерудің нобайы	61
5.2. Стоматологиядағы деонтология қағидалары	61
VI ТАРАУ	
ЖАНСЫЗДАНДЫРУ ЖӘНЕ ЖАЛПЫ ЖАНСЫЗДАНДЫРУДЫҢ ЖАҚ-БЕТ АЙМАҒЫНДАҒЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	67
6.1. Жалпы жансыздандыру	67
6.1.1. Тыныс жолдары арқылы емес жалпы жансыздандыру	68
6.1.2. Нейролептаналгезия	68
6.2. Жақ-бет аймағын жалпы жансыздандырудағы ерекшеліктер	69
6.3. Ауруларды жалпы жансыздандыру-наркозға және отаға-операцияға дайындау	70
6.4. Жалпы жансыздандырудың-наркоздың стоматологиядағы ерекшеліктері	70
6.5. Емханаларда берілетін –жалпы жансыздандыру-наркоз	72
6.6. Кенеттен өлген кездегі реанимация	72
6.7. Хирургиялық стоматологиядағы жергілікті жансыздандыру	78
6.8. Хирургиялық стоматологияда жергілікті жансыздандыруға қолданылатын дәрілерге клиника-фармакологиялық талдау жасау	79
6.9. Жергілікті жансыздандырудың (анестезияның) күшін арттырып, әсерін және мерзімін ұзартатын дәрі-дәрмектер	81
6.9.1. Жергілікті жансыздандырудың (анестезияның) түрлері	82
6.10. Жақ пен жақ айналасының жүйкеленуі	84
6.11. Ішке сіңу жансыздандыруы-инфильтрациялы анестезия	88
6.12. Инесіз жансыздандыру жасау	89
6.13. Өткізгішті жансыздандырулар (анестезиялар)	90

6.13.1. Жоғарғы жақты өткізгішті жансыздандыру	91
6.13.2. Төменгі жақтың өткізгіш жансыздандырулары.	94
6.14. Жергілікті жансыздандырудан кейінгі асқынулар	100
VII ТАРАУ	
ТІС ЖҰЛУ ОТАСЫ	113
7.1. Тіс жұлу отасын жасауға болатын және болмайтын жағдайлар	113
7.1.1 Тіс жұлу отасын жасауға болатын жағдайлар	114
7.1.2. Тіс жұлу отасын жасауға болмайтын жағдайлар	115
7.2 Тіс жұлу отасының әдістері	117
7.3. Тіс жұлынған соң жараны өңдеу, күтім	131
7.4. Тіс ұясының жазылуы	132
7.5. Тіс пен тіс түбірлерін жұлу кезінде және жұлынғаннан кейін болатын асқынулар	132
7.5.1. Жалпы асқынулар	133
7.5.2. Тіс немесе тіс түбірді жұлу кезінде болатын асқынулар	134
7.5.3. Тіс жұлынғаннан кейін кездесетін асқынулар	137
VIII ТАРАУ	
БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ	150
8.1. Периодонтит	151
8.1.1. Жедел ағымды серозды периодонтит	152
8.1.2. Жедел ағымды іріңді периодонтит	152
8.2. Созылмалы периодонтит	154
8.3. Беттің одонтогенді теріасты гранулемасы	156
8.4. Жедел ағымды жақ сүйегі периоститі	159
8.5. Жақ сүйектерінің жедел ағымды одонтогенді остеомиелиті	168
8.6. Жақ сүйектері остеомиелитінің жеделдеу кезеңі	168
8.7. Жақ сүйектерінің созылмалы остеомиелиті	178
8.8. Бет-жақ аймағының абсцесстері мен флегмоналары	185
8.8.1. Жоғарғы жақ сүйегі маңында кездесетін абсцесстер мен флегмоналар	188
8.8.2. Төменгі жақ сүйегі маңында кездесетін абсцесстер мен флегмоналар	193
8.8.3. Бет-жақ аймағы флегмоналарын емдеудің негізгі қағидалары	201
8.9. Бет және мойын лимфадениті	204
8.9.1. Жедел лимфадениттер	206
8.9.2. Созылмалы лимфадениттер	207
8.9.3. Лимфангоиттар	209
IX ТАРАУ	
ТІС ЖАРЫП ШЫҒУ КЕЗЕҢДЕРІНІҢ АУРУЛАРЫ.....	216
X ТАРАУ	
ЖОҒАРҒЫ ЖАҚ СҮЙЕК ҚУЫСЫНЫҢ ОДОНТОГЕНДІ ҚАБЫНУЫ	234
10.1. Жоғарғы жақ сүйек қуысы түбінің тесілуі және оның жыланкөздері	239
XI ТАРАУ	
БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ АРНАЙЫ (ИНФЕКЦИЯЛЫҚ) ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ	247
11.1. Актиномикоз	247
11.2. Туберкулез	251
11.3. Мерез	252
11.4. Адамда қан тапшылығының қоздырғышы	253
11.5. Дифтерия	255
11.6. Сібір жарасы (күйдіргі)	256
11.7. Нома немесе сулы рак	258

11.8. Тілме (рожа)	260
11.9. Шиқан	262
XII ТАРАУ	
СІЛЕКЕЙ БЕЗДЕРІНІҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ (СИАЛОАДЕНИТТЕР)	272
12.1. Сілекей бездерінің ауруымен ауыратын науқастарды тексеру ерекшеліктері	273
12.1.1. Жедел ағымды эпидемиялық паротиттер	276
12.1.2. Жедел ағымды емес эпидемиялық паротиттер	278
12.1.3. Төменгі жақасты және тіласты сілекей бездерінің жедел іріңді қабынулары	279
12.1.4. Созылмалы паренхиматозды паротит	280
12.1.5. Төменгі жақасты сілекей бездерінің жедел қабынуы	281
12.1.6. Сілекей-тас ауруы (Сиалолитиазис)	284
12.1.7. Сілекей бездерінің жыланкөздері	287
12.2. Сілекей бездерінің жарақаттары	290
XIII ТАРАУ	
БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫНАН БОЛҒАН ЖАРАҚАТТАР	299
13.1. Беттің жұмсақ тіндерінің жарақаттануы	301
13.2. Бет-жақ аймағының жарақаттары және зақымданудың жіктелуі	304
13.3. Жоғарғы жақ сүйек сынықтарының жіктелуі	306
13.4. Төменгі жақ сүйек сынықтарының жіктелуі	308
13.5. Жақ сүйектері сынықтарының клиникалық көріністері	311
13.5.1. Жақ сынықтарын уақытша бекіту әдістері	325
13.6. Жақ сынықтарын емдеу әдістері	329
13.7. Сынықтарды хирургиялық әдістермен емдеу	334
13.8. Жоғарғы жақ сүйегі сынықтарының емі	339
13.9. Бет-жақ аймағы жарақаттаған науқастарды тамақтандыру және оларға күтім жасау	342
13.10. Бет және мұрын сүйектерінің сынықтары	345
13.10.1. Мұрын сүйегінің сынықтары	348
13.10.2. Бет-жақ жарақатында кездесетін асқынулар, алдын алу және емдеу	350
13.10.2. Жарақатты остеомиелиттің алдын алу шаралары	357
13.11. Тістердің шығып кетуі және сынуы	362
13.11.1. Төменгі жақтың шығуы	365
13.12. Бет күйіктері	369
13.13. Электркүйіктер	376
13.14. Химиялық күйіктер	377
13.15. Үсіктер	378
13.16. Бет пен ауыз қуысы тіндерінің аралас радиациялық жарақаттары	380
13.17. Бет-жақ аймағының бірлескен жарақаты	383
XIV ТАРАУ	
БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫ ҚАБЫНУЫНЫҢ АСҚЫНУЛАРЫ. СЕПСИС, МЕДИАСТЕНИТ, БЕТ ВЕНАЛАРЫНЫҢ ЖӘНЕ МИ ҚАБЫҒЫ СИНУСТАРЫНЫҢ ТРОМБОФЛЕБИТІ	390
XV ТАРАУ	
БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНДАҒЫ ЖҮЙКЕ АУРУЛАРЫ	401
15.1. Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы	402
15.2 Үшкіл жүйкенің қабынуы (неврит)	407
15.3. Мимикалық бұлшықеттердің салдануы	409
XVI ТАРАУ	
ТӨМЕНГІ ЖАҚ БУЫНЫНЫҢ АУРУЛАРЫ	416
16.1. Самай-төменгі жақ буынының артрозы	421
16.2. Самай-төменгі жақ буынының анкилозы	422

СТОМАТОЛОГ-ДӘРІГЕРГЕ ЖЫЛЫНА 2 РЕТ КӨРІНУДІ ҰМЫТПАҢДАР! АҒАЙЫНДАР!!!

16.3. Төменгі жақтың контрактурасы	428
XVII ТАРАУ	
ПАРАДОНТ АУРУЛАРЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН ЕМДЕУ.....	436
XVIII ТАРАУ	
ТІСТІК ИМПЛАНТАЦИЯ.....	447
XIX ТАРАУ	
АУЫЗ ҚҰЫСЫН ТІС САЛУҒА ХИРУРГИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН ДАЙЫНДАУ ӘДІСТЕРІ	463
XX ТАРАУ	
БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНДА КЕЗДЕСЕТІН ІСІКТЕР	469
20.1. Одонтогенді ісіктер	470
20.2. Амелобластома (адамантинома)	475
20.3. Одонтогенді фиброма	478
20.4. Жұмсақ тіндердің қатерсіз ісіктері	486
20.5. Лимфангиомалардың жіктелуі	490
20.6. Гемангиомалардың жіктелуі	493
20.7. Бет-жақ аймағының қатерлі ісіктері	497
20.8. Терінің қатерлі ісіктері	499
20.9. Меланомалар	501
20.10. Еріннің ісіктері	503
20.11. Жақтардың қатерлі ісіктері	505
20.12. Ауыс қуысының шырышты қабығының қатерлі ісіктері	506
20.13. Сілекей бездерінің қатерлі ісіктері	508
XXI ТАРАУ	
БЕТ-ЖАҚ АЙМАҒЫНДАҒЫ АҚАУЛАР МЕН ДЕФОРМАЦИЯЛАР	517
21.1. Бас қаңқасы ақауларының (деформацияларының) жіктелуі	517
21.2. Бас қаңқасы ақауларын (деформацияларын) емдеудің негізгі қағидалары	519
21.3. Туа пайда болған ақауларды (деформацияларды) емдеу	520
21.4. Бет-жақ аймағын қалпына келтіру хирургиясы	524
21.4.1. Жергілікті тіндермен жасалатын пластика	525
21.4.2. Филатовтың сабақшалы қиығымен пластика жасау.....	529
21.4.3. Тіндерді еркін көшіру	533
21.4.4. Аралас трансплантаттарды еркін көшіру	536
21.4.5. Ауыз қуысы маңы аймағының пластикасы	537
БҰЙРЫҚТАР ТІЗІМІ	547
ҚОРЫТЫНДЫ	548
ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	550

Темуров Ф.Т.

ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ

Оқулық стоматология факультетінің талапкерлеріне, клиникалық ординатура және аспирантурада оқитын ғылыми қызметкерлерге, жас стоматолог мамандарға арналған.

I бөлім

Кітап Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің «Тұран» баспаханасында көбейтілді.

Пішімі: 57/82
32 баспа табақ. Таралымы 1000 дана.
Тапсырыс 2145